Aalborg Universitet

Fælles følgeskab - et aktionsforskningsprojekt om patientovergange fra intensiv til stamafsnit

Winther, Susanne

Publication date:
2017

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Link to publication from Aalborg University

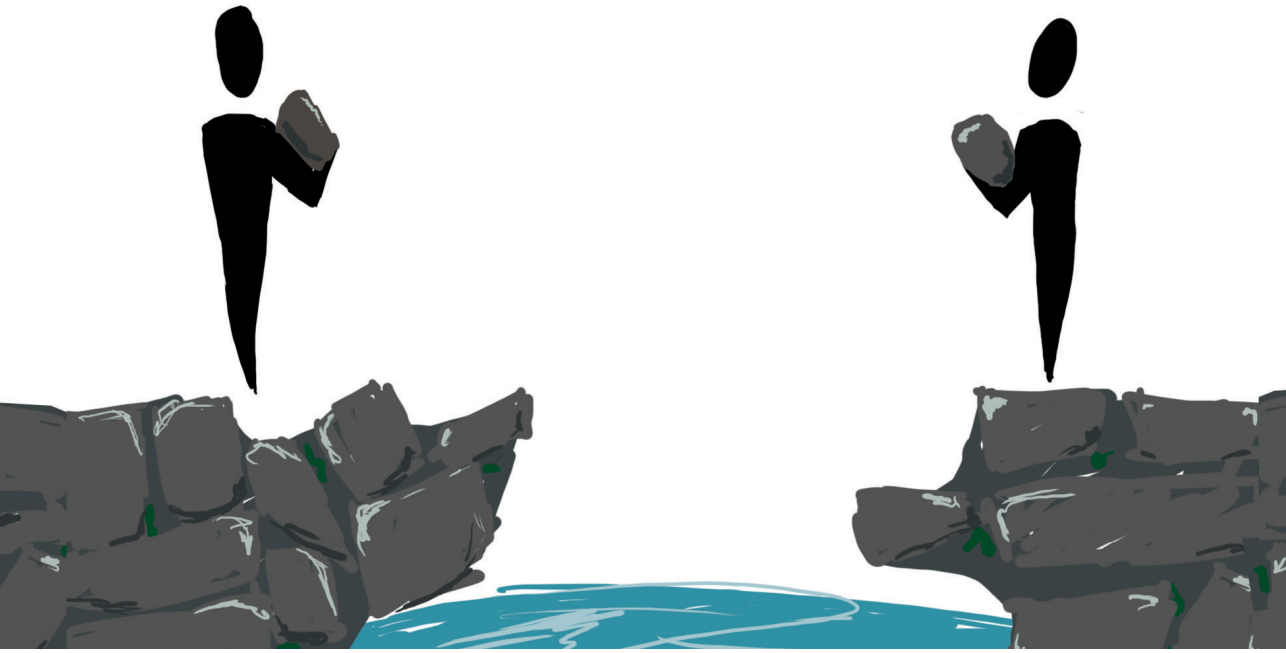
Citation for published version (APA):
Winther, S. (2017). *Fælles følgeskab - et aktionsforskningsprojekt om patientovergange fra intensiv til stamafsnit*. Aalborg Universitetsforlag.

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

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

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from vbn.aau.dk on: May 02, 2026



FÆLLES FØLGESKAB

-ET AKTIONSFORSKNINGSPROJEKT OM
PATIENTOVERGANGE FRA INTENSIV TIL STAMAFSNIT

AF
SUSANNE WINTHER

PH.D. AFHANDLING 2017

AALBORG UNIVERSITET

Fælles følgeskab

-et aktionsforskningsprojekt om patientovergange fra intensiv til stamafsnit

Af

Susanne Winther

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Maj 2017

Ph.d. indleveret: Maj 2017

Ph.d. hovedvejleder: Lektor Hanne Dauer Keller
Det Humanistiske Fakultet
Institut for Læring og filosofi, Aalborg Universitet

Ph.d. medvejledere: Prof. emeritus i psykisk helsearbeid Jan Kåre Hummelvoll
tidligere Professor ved Høgskolen i Hedmark
og Høgskolen i Sørøst-Norge

Professor Erik Elgaard Sørensen
Forskningsenhed for klinisk sygepleje
Aalborg universitetshospital
& Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet.

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor Søren Frimann
Aalborg Universitet

Lektor Janne Gleerup
Roskiled Universitet

Professor Bengt Eriksson
Høgskolen i Innlandet

Ph.d. serie: Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-123X
ISBN (online): 978-87-7112-963-2

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Susanne Winther

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2017

CV

Læring og læreprocesser i praksisfeltet går som en rød tråd igennem mit professionelle virke. Allerede som nyuddannet sygeplejerske i 1983, blev jeg optaget af læreprocesser og læring. Mit engagement i sygeplejen og dens vilkår førte blandt andet til aktiv deltagelse i et 2-årigt udviklingsprojekt om 'primary nursing', hvor det var patienternes behov, der var styrende for sygeplejen. Det var også her jeg første gang stiftede bekendtskab med organisatorisk læring uden at kende begrebet. I mit arbejde i praksis på kirurgiske og medicinske afsnit, og senere også Arbejdsmedicinsk Klinik og den kommunale hjemmesygepleje, fortsatte jeg min interesse for udviklingen af et godt lærings – og arbejdsmiljø. En interesse, der også førte til et organisatorisk engagement i Dansk Sygeplejeråd. En omorganisering i kommunen fik mig til at søge en sygeplejefaglig diplomuddannelse med fokus på læring i 1993. Herefter arbejdede jeg i flere år indenfor uddannelsesområdet, inden jeg igen var tilbage i hospitalspraksis i 1998. Her blev jeg samme år ansat som udviklingssygeplejerske med ansvar for at opbygge læringsmiljøer og initiere udviklingsprojekter i samarbejde med praktikerne på forskellige medicinske og kirurgiske akutafdelinger. Dette arbejde inspirerede mig til at tage en masteruddannelse i læreprocesser, som jeg afsluttede i 2002. I 2009 fik jeg ansættelse i en regional innovationsafdeling; Idéklinikken, hvor jeg fra en procesinnovativ vinkel fik mulighed for at arbejde med patientforløb og særligt de sårbare patientovergange, som jeg havde mange års erfaring med fra akutområdet. Samme tema var mit fokus som gæstestuderende på kandidatuddannelsen i klinisk videnskab og teknologi i 2012. Patientovergange, læring og udvikling i samarbejde med praksisfeltet blev derfor springbrættet til nærværende aktionsforskningsprojekt, hvormed jeg blev indskrevet som ph.d. studerende i 2014.

ENGLISH SUMMARY

Research has shown that patient transitions or handovers from intensive care units (ICUs) to general hospital wards often provoke anxiety and stress symptoms in patients and is a cause of insecurity and worry for their families and the nurses delivering or receiving the patients. Ultimately, the transition may cause the patient to sustain further complications, readmission to ICU or death.

The study aimed at examining the possibility of improving the quality of patient handovers. This ambition generated the following problem statement:
How can nurses' collaboration and an intensified focus on developing handovers from the ICU to general wards improve the safety, continuity and professionalism of the transition process for patients, families and nurses?

The problem statement lead to a two-phased action research process: In the first phase, individual qualitative interviews with patients, family and leaders combined with focus group interviews involving nurses from both ICU and general wards identified the existing transition procedures through a focused ethnographical study. In the second phase, 19 nurses from the ICU and eight general wards were recruited as co-researchers for a process involving three workshops with intermediary dialogue meetings in all wards.
The methodology employed for the study was inspired by Greenwood and Levin's (2007) tenets to support pragmatic action research. The study draws on three ontological approaches: phenomenology, hermeneutics and pragmatism. The phenomenological approach (Husserl, 1997) was chosen as the thesis focuses on life phenomena and the nurse-patient relationship. The actors' understandings and their creation and interpretation of meaning were examined from a hermeneutic perspective (Gadamer, 2007). Deweyan pragmatic philosophy (2005) also supported our experimental, action-oriented study of change. In combination, this eclecticism provides a strong ontological foundation for the broad perspective taken by the thesis.

The analyses of the data collected in the action-oriented phase were based on Martinsen's care ethics theory (2012) and on theories of professionalism (Delmar, 2010; Holm-Petersen et al., 2006), dialogue and communication (Madsen, 2000; Dewey 2005) and learning processes (Lave & Wenger, 2003; Wenger, 2004).

The initial study phase provided a descriptive analysis, which formed the basis of the co-researchers' preparation for the second, action-oriented, phase.

The first phase showed that:

- Transitions created insecurity in patients and families. They felt that their need for care, nursing and treatment was inadequately met, recognized and appreciated in general wards

- Patients and their families called for greater visibility of collaboration between the ICU and general wards
- While nurses in both the ICU and the receiving wards recognized the risks involved in patient handovers, they focused primarily on their counterpart's contribution to the risk factors
- Nurses and leaders recognized the lack of continuity in patient transitions and identified its primary cause as restricted or absent collaboration between the parties
- Nurses and leaders in general wards and the ICU recognized the need for intensified collaboration to succeed in developing safe and continuous patient handovers

The action research phase showed that:

- Giving co-researchers time and space for reflection and involving them in creativity-enhancing processes stimulated their collaboration
- Confrontation with patients' and families' accounts of their experiences was conducive to collaboration among co-researchers
- Integrating patients' and families' messages in the professional and ethical argumentation for professional choices was conducive to co-researchers' negotiation of meaning
- Giving undue weight to structural and economic conditions in professional reasoning processes created barriers to the development of collaboration
- The different foci in co-researchers' daily practice may hamper their collaboration

The action research process contributed to:

- Eliciting co-researchers' verbalization of their presuppositions
- Highlighting differences of perspectives
- Aiding the professional handling of disagreement, resistance and conflict
- Leveraging the development of new professional actions
- Supplying the energy for initiating learning processes

It is concluded that the highly problematic patient transitions already described in international studies are also found in a Danish university hospital. My analyses demonstrate that safety may in some cases be jeopardized, and considerable safety risks arising from linguistic confusion in both written and oral communication were identified.

By collaborating on solutions, co-researchers can improve their awareness of the problems encountered in daily practice. They do this while clarifying the barriers created by their different conditions by which their professional identities and competences are affected.

Research has shown that practical concerns take precedence when production logic asserts itself. This is most clearly apparent in co-researchers from general wards and may present a serious barrier to improving patient transitions.

The presented analyses show that co-researchers are capable of collaborating and negotiating meaning to stimulate the development of improved patient handovers. Action research facilitates processes in which clinicians generate knowledge and develop safety-enhancing actions, continuity and professionalism in patient transitions. Improvement towards a professional handling of patient transitions would require the allocation of resources for the development of practical competences that will likewise stimulate safety and continuity. Enhancing professional handover procedures furthermore requires investigation of the future role of the nursing profession.

DANSK RESUME

Forskningen viser, at patientovergange fra intensiv til stamafsnit er forbundet med mange risici som fx udvikling af angst og 'relocation stress' hos patienterne og utryghed og bekymring hos pårørende og hos de sygeplejersker, der overleverer og modtager patienterne. I værste fald er der i overgangen risiko for, at patienten pådrager sig tilstødende komplikationer, genindlæggelse på intensiv eller død.

Det er afhandlingens ambition at undersøge, om det er muligt kvalitativt at forbedre patientovergangene. Denne ambition har genereret problemformuleringen:
Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?
Problemformuleringen har fordret en aktionsforskningsproces opdelt i to faser: Den første fase undersøger og identificerer, hvorledes de nuværende patientovergange forløber gennem et fokuseret, etnografisk studie, kvalitative, individuelle interviews med patienter, pårørende og ledere samt interviews i fokusgrupper med sygeplejersker fra både intensiv og stamafsnit. Den anden fase inddrager 19 sygeplejersker fra intensiv og otte stamafsnit som medforskere i et forløb med tre workshops, der inkluderer mellemliggende dialogmøder på samtlige afsnit.
Afhandlingen tager metodologisk afsæt i en pragmatisk aktionsforskningstilgang inspireret af Greenwood & Levin (2007). Afhandlingens videnskabsteoretiske fundament tager afsæt i tre videnskabsteoretiske tilgange: Fænomenologi, hermeneutik og pragmatisme. Fænomenologien (Husserl, 1997) er valgt, fordi afhandlingen har fokus på patienternes livsfænomener og relationen mellem sygeplejerske og patient. Hermeneutikken (Gadamer, 2007) er valgt, fordi afhandlingen har fokus på aktørernes forståelse, meningsskabelse og meningsfortolkning, og endelig er pragmatismen (Dewey, 2005) valgt, fordi afhandlingen har fokus på forandring og en eksperimenterende, handlingsorienteret tilgang. Tilsammen udgør denne tilgang et solidt, videnskabsteoretisk fundament, der bredt kan berige afhandlingens perspektiver.

Analyserne i den handlingsorienterende fase anvender et teoretisk fundament, der kombinerer omsorgsetik (Martinsen, 2012) professionalisme (Delmar, 2010; Holm-Petersen et al, 2006), dialog og kommunikation (Madsen, 2000; Dewey 2005) samt læreprocesser (Lave & Wenger, 2003; Wenger, 2004).

Den første undersøgelsesfase har bevirket en deskriptiv analyse, der er udleveret til medforskerne som forberedelse til den anden og handlingsorienterede fase.

Fra den første fase udledes, at:

- Patienter og pårørende er utrygge i overgangen. De føler ikke, at deres behov for omsorg, pleje og behandling bliver set, genkendt og anerkendt i tilstrækkeligt omfang på stamafsnittene

- Patienter og pårørende efterspørger et mere synligt samarbejde mellem intensiv og stamafsnit
- Sygeplejersker, der overleverer og modtager patienten i overgangen, erkender overgangenes risici og har primært fokus på modpartens andel i risikofaktorerne
- De involverede sygeplejersker og ledere erkender, at der er manglende sammenhæng i patientovergange og finder, at det primært skyldes et begrænset eller manglende samarbejde mellem parterne
- De involverede sygeplejersker og ledere fra stamafsnit og intensiv erkender, at der er behov for at intensivere samarbejdet, hvis det skal lykkes at udvikle sikre og sammenhængende patientovergange.

Fra handlingsfasen kan det udledes, at:

- Det virker fremmende på medforskernes samarbejde, når parterne fritages fra handlingstvang og involveres i at samarbejde i kreativitetsskabende processer
- Det virker fremmende på medforskernes samarbejde, når de konfronteres med patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer
- Det virker fremmende på medforskernes meningsforhandlinger, når patienters og pårørendes budskaber medtænkes i de faglige og etiske begrundelser for professionelle valg
- Det skaber barrierer for udvikling af samarbejdet, når strukturelle og økonomiske vilkår får overvægt i argumentationerne
- Det kan være en barriere for samarbejdet mellem medforskerne, at de har forskellige foki i deres daglige arbejde.

Aktionsforskningsprocessen bidrager til at:

- Provokere medforskernes antagelser og forforståelser
- Skabe synlighed om forskelle
- Muliggøre håndtering af uenighed, modstand og konflikter
- Fungere som løftestang for udvikling af nye faglige handlinger
- Levere det brændstof, der igangsætter læreprocesserne.

Det konkluderes, at de problematiske og sårbare patientovergange, der er velbeskrevet i internationale studier, genfindes i en lokal kontekst på et dansk universitetshospital. Analyserne viser, at sikkerheden i nogle tilfælde kan være udfordret, og der ses betydelige sikkerhedsrisici på områder, der angår sprogforbistringer i både den skriftlige og mundtlige kommunikation.
Igennem samarbejdet om løsninger når medforskerne frem til en større erkendelse af de problemer, som de genkender fra deres dagligdag, og samtidigt synliggøres barrierne i form af de forskelle i vilkår, som medforskerne er underlagt og som påvirker deres fagligheder og kompetencer. Forskningsprojektet peger på, at det er den praktiske (forvalter)faglighed, der får overtaget, når produktionslogikken bliver påtrængende. Dette sætter sig tydeligst igennem hos medforskerne fra stamafsnit og kan være en alvorlig barriere for en kvalitativ forbedring af patientovergange.

Analyserne viser, at medforskerne formår at samarbejde og meningsforhandle om at udvikle anderledes patientovergange. Gennem aktionsforskning er det muligt at facilitere en proces, hvor praktikere både kan genere viden og udvikle handlinger, der kan forbedre sikkerheden, sammenhængen og professionalismen i patientovergangene på væsentlige områder. Den professionelle patientovergang fordrer tilførsel af ressourcer til udvikling af praktiske kompetencer, der også vil få væsentlige implikationer på sikkerheden og sammenhængen. Ydermere stiller den professionelle overgang krav om en granskning af, hvad der skal være sygeplejerskers faglighed fremover.

Ethvert studium, der udøves således, at det fører til en stigende interesse for livets værdier, og ethvert studium, der skaber større følsomhed overfor samfundets velbefindende og en større evne til at fremme dette, er et humanistisk studium.

(Dewey, 2005:301)

TAK

Denne afhandling handler om patientovergange fra intensiv til stamafsnit og tager sit afsæt tilbage i 2013, hvor jeg med inspiration fra kolleger og ledere på Aalborg Universitetshospital blev opmærksom på de sårbare patientovergange fra intensiv til stamafsnit.

Afhandlingen er blandt andet blevet til på baggrund af patienter og pårørendes fortællinger og aktive medvirken. Det er fortællinger, der har berørt mig dybt og som har været en vægtig motivationsfaktor, når det føltes ekstra svært at sætte sig til tasterne. Tusind tak til jer for jeres åbenhed og velvillighed til at dele jeres oplevelser med mig og med medforskerne. For nogles vedkommende; endda flere gange. Uden jer havde afhandlingen ikke haft den samme betydning og værdi.

Projektet er blevet fulgt tæt og med stor interesse af sygeplejersker, social – og sundhedsassistenter, ledere og læger. Særligt skylder jeg en kæmpetak til de 19 medforskere, der med stort gå på mod har deltaget i projektet igennem det meste af et år. Uden jeres vedholdenhed og engagement var der slet ikke blevet noget projekt. Tusind tak til Anne Marie Thorsen, Annie Johannesen; Birgit Nørmark; Birgit Zakarias; Birgitte Vangsted; Camilla Baggesen; Charlotte Hindsgavl; Christina Andersen; Dorte Haldrup; Gitte Blaabjerg Nielsen; Helle Lind Jacobsen; Kristine Toft Petersen; Luise Petersen; Maria Bæk Pedersen; Maria Kjelsteen; Maria Sindberg Nielsen; Nicole Flou Rasmussen; Sarah Retbøll Eliasson og Rikke Brauner Mikkelsen.
Også tak til de afsnitsledende sygeplejersker fra både stamafsnit og intensiv, der beredvilligt deltog i dialogmøder og bød mig velkommen i deres afsnit. En særlig tak til Birte Rasmussen og Dorthe Fuglsang fra Intensiv afsnit R for jeres imødekommenhed og åbenhed. En imødekommenhed som jeg også har mødt hos viceklinikchef Hanne Larsen og overlæge Lise Knudsen, som jeg også skylder en stor tak.

En stor tak til Idéklinikken og innovationschef Kjeld Lisby for både økonomisk og praktisk støtte til projektet. Jeg er taknemmelig for, at I turde satse på en anderledes innovativ tilgang til forskning. Også tak til mine gode kolleger i Idéklinikken for jeres interesse for mig og i projektet.

Tak også til Novo Nordisk Fonden for den økonomiske støtte, der gjorde det muligt for mig at frikøbe praktikere som medforskere, og dermed yde støtte til en praksisnær forskning, der vanligvis ikke nyder den store opmærksomhed.
Tak til Medicinsk Bibliotek for jeres store hjælpsomhed med at fremskaffe litteratur. En stor tak til Foto AV for hjælp med video, poster og figurer. Tak til Astrid Kielland Scheibel for kompetent sprogvask og korrektur og for et fantastisk engagement lige til det sidste.

Ét er at igangsætte et projekt, noget andet er at fuldføre og beskrive det. Her skylder jeg mine tre vejledere en kæmpetak. Tak til min hovedvejleder, prodekan og lektor

Hanne Dauer Keller for din enestående evne til at lytte og se bagom ordene i min ofte noget springende tankegang. Med din store tålmodighed og dine gode spørgsmål, har du været der for mig og støttet mig hele vejen. Tak til min norske vejleder professor Jan Kåre Hummelvoll for dine altid meget kloge og reflekterende spørgsmål og kommentarer, og for din store omsorg for projektet og for mig. Du har beriget mig både fagligt og personligt. Sidst men ikke mindst tak til min tredje vejleder professor Erik Elgaard Sørensen, for din støtte og vedholdende tro på mig. Med dit store overblik har du formået at guide mig til at træffe nogle gode valg igennem ph.d. junglen.

Jeg skylder også en stor tak til min alle mine venner og mine dejlige veninder, som har troet på mig og heppet fra sidelinjen. En helt særlig tak til min personlige vejleder, sparringspartner og facilitator i projektfasen; Jette Andreasen. Du er ikke alene klog og betænksom, men også tålmodig og storsindet. Din betydning for projektet er uvurderlig.

Og til min kære familie skal der lyde den allerstørste tak; Tak til mine børn og svigerbørn; Signe og Philip; Søren og Julia for jeres omsorg og kærlighed. Tak også til et lille menneske, som har den største plads i mormors hjerte; Carla, fordi du med hele dit væsen skaber livsglæde og stjernestunder. Og til den, der er allertættest på, og som har været der og stadig er der; Anders – fra mit hjerte til dit, skal der lyde en dybfølt tak for din støtte, omsorg og kærlighed.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1. Indledning og baggrund 21
1.1. Sikkerhed i sundhedsvæsenet 21
1.2. Patientsikkerhed – hvilke faktorer påvirker sikkerheden i overgange 22
1.3. Sammenhængende patientforløb – et mangeårigt politisk team 23
1.4. Patientovergange fra intensiv til stamafsnit 25
1.5. Afgrænsning, formål, problemformulering og forskningsspørgsmål 29
1.6. Undersøgelsens hovedfokus og centrale begreber 30
1.7. Læsevejledning 34
Kapitel 2. Hospitalet som institution og organisation 37
2.1. Hospitalet tilblivelse og samfundsmæssige formål 37
2.2. Sygeplejefaget i en historisk belysning 40
2.3. Hospitalet som et magtpolitisk felt 45
2.4. Afhandlingens kontekst 48
2.4.1. Præsentation af intensiv og stamafsnit 51
Kapitel 3. Afhandlingens videnskabsteoretiske afsæt 53
3.1. En fænomenologisk, hermeneutisk- og pragmatisk ontologi og epistemologi 54
3.2. Fænomenologi i Husserls perspektiv 56
3.3. Hermeneutik i Gadamers perspektiv 58
3.4. Pragmatisme i Deweys perspektiv 60
Kapitel 4. Aktionsforskning 65
4.1. Aktionsforskningens historie og dens udløbere 66
4.2. Aktionsforskningens forskellige tilgange 69
4.3. Aktionsforskning med inspiration fra Dewey 71
4.4. Afhandlingens pragmatiske tilgang 77
4.5. Den cykliske proces 81
4.6. Vidensformer i aktionsforskning 85

4.7. Validitet i aktionsforskning 87
4.8. Etiske overvejelser i et metaperspektiv 88
Kapitel 5. Et teoretisk fundament 91
5.1. Sygeplejens rammesætning med fokus på omsorg og faglighed 92
5.2. Et supplerende analytisk teorikompleks 97
5.2.1. Professionalisme og fagidentitet 97
5.2.2. Forskningens dialogiske processer 98
5.2.3.Læreprocesser i praksisfællesskaber 100
Kapitel 6. Forskningsdesign 105
6.1. Metoder i de to aktionsforskningsfaser 105
6.2. Forskersituering 111
6.3. Analysestrategiske valg 115
Kapitel 7. Første aktionsforskningsfase - metodiske valg 123
7.1. Fokuseret etnografi som adgang til felten 123
7.1.1.Valg af intensiv afsnit 124
7.1.2. Tilrettelæggelse af det etnografiske feltarbejde 125
7.1.3. Organisering af feltarbejdet 126
7.1.4. Observationer 129
7.1.5. Deltagerberetninger 130
7.2. Individuelle interviews – patienter, pårørende og ledere 131
7.2.1. Patient- og pårørendeinterviews 132
7.2.2. Interviews med lederne 134
7.3. Interviews i fokusgrupper 135
7.4. En deskriptiv analyse 137
7.4.1. Samarbejde mellem intensiv og stamafsnit 138
7.4.2.Tryghed 145
7.4.3. Forberedelse 147
7.4.4. Forventninger 151
7.4.5. Samarbejde med pårørende 154
Kapitel 8. Anden aktionsforskningsfase - en fortsat cyklisk proces 157
8.1. Medforskernes sammensætning 158

8.2. Initiering af læreprocesser 161
8.3. Den første workshop 162
8.4. Den anden workshop 168
8.5. Den tredje workshop 170
8.6. Dialogmøder 173
Kapitel 9. Analyse og fund 177
9.1. Fremkomsten af analysetemaer 178
9.2. Mødet med patienter og livsfænomener 180
9.3. Mellem ideal-faglighed og praksis 186
9.3.1. Idealet om den rigtige sygepleje 188
9.3.2. Dilemmaerne mellem inder – og yderside 192
9.4. Fælles følgeskab i dialogiske processer 197
9.4.1. Metaforer som katalysatorer 197
9.4.2. Revurdering af forslag til handlinger 200
9.4.3. Dialogen om rapporten 201
9.5. Udvikling gennem samarbejdende læreprocesser 205
9.5.1. Gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire 206
9.5.2. Deltagelse som meningsskabende 209
9.5.3. Tingsliggørelse som organisering af mening 212
9.5.4. Forhandling af identitet 215
9.6. Handlinger og handleplaner 219
9.6.1. Overflytningskonference 219
9.6.2. Videndeling 222
9.6.3. Den positive tilgang 224
9.7. Medforskernes evaluering som pragmatisk validering 227
Kapitel 10 Diskussion af fund 233
10.1. Undersøgelsesfasen 233
10.2. Handlingsfasen 238
11. Metodisk refleksion og metodekritik 243
11.1. Metodiske valg og videnskabsteoretiske refleksioner 243
11.2. Praktiske valg 244

11.3. Projektet kvalitet og validitet 245
12. Konklusion 251
13. Perspektiver og implikationer 255
Referencer 259
Bilagsoversigt 273

FIGUROVERSIGT

Figur 1. Den første aktionsforskningsfase (s. 32)
Figur 2. Den anden aktionsforskningsfase (s. 34)
Figur 3. Videnskabsteoretiske Positioner (s. 56)
Figur 4. De cykliske processer (s. 84)
Figur 5. Vidensformer (s. 87)
Figur 6. Afhandlingens teoretisk analytiske blik (s.104)
Figur 7. Første aktionsforskningsfase (undersøgelsesfasen) (s.106)
Figur 8. Anden aktionsforskningsfase (handlingsfasen) (s.107)
Figur 9. Skematisk oversigt over det empiriske materiale (s.110)
Figur 10. Forskerens situering igennem aktionsforskningsprocessen (s. 114)
Figur 11. Eksempel på det analysemetodiske arbejde – undersøgelsesfasen (s.118)
Figur 12. Eksempel på det analysemetodiske arbejde – handlingsfasen (s.121)
Figur 13. Et eksempel på kategoriserede feltnoter (s.128)
Figur 14. 'Vi sætter ikke sejl før alle er klar' (s.164)
Figur 15. 'Magic is something you make' (s.164)
Figur 16. 'Fra patientens perspektiv' (s.165)
Figur 17. 'Tværfagligt samarbejde med fokus på patienten' (s.166)
Figur 18. Det skriftlige materiale på dialogmøder (s.168)
Figur 19. Oversigt over den samlede aktionsforskningsproces (s. 172)
Figur 20. Oversigt over dialogmøder (s. 175)
Figur 21. Analysens temaer (s.179)
Figur 22. Handleplanproces – Overflytningskonference (s.220)
Figur 23. Handleplan for overflytningskonference (s.222)
Figur 24. Handleplanproces - Videndeling (s.223)
Figur 25. Handleplan for videndeling (s.224)
Figur 26. Handleplanproces – Den positive tilgang (s. 225)
Figur 27. Handleplan for den positive tilgang (s.226).

KAPITEL 1. INDLEDNING OG BAGGRUND

1.1. Sikkerhed i sundhedsvæsenet

I 2004 besluttede den øverste ledelse på det hospital, hvor jeg arbejdede, at sygeplejersker på alle niveauer skulle arbejde med en ny forskningsbaseret dokumentationsmodel: VIPS. Dette projekt blev jeg som udviklingssygeplejerske ansvarlig for at implementere i de afsnit, som jeg var tilknyttet. Formålet med VIPS dokumentationssystem var primært at sætte fokus på sygepleje som fag og sygeplejerskens arbejde, herunder at afgrænse sygeplejefaget i forhold til det medicinske fagområde. VIPS står for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed[1]. I den korte definition af sikkerhed beskrives det, at sygeplejen skal udføres fagligt, juridisk og etisk forsvarligt. Det var ikke første gang, at jura, faglighed og etik blev italesat i en sygeplejesammenhæng, men patientsikkerhed fik en ny betydning i forbindelse med implementeringen af dokumentationsmodellen, idet der kom øget fokus på sygeplejens betydning for patientsikkerheden. På omtrent samme tid blev det dokumenteret, at der var en sammenhæng mellem antallet af uddannede sygeplejersker og patienters dødelighed og dermed, at god sygepleje og høj faglighed har betydning for patientens sikkerhed (Aiken et al, 2002; Andersen & Wiegman, 2008; Aiken et al, 2014). Det øgede fokus på sikkerhed både generelt og i sygeplejefaglige sammenhænge bredte sig hastigt til at omfatte mange forskellige områder, idet flere undersøgelser pegede på en meget uens praksis på en lang række behandlinger på landets hospitaler. Der kom øget fokus på forbedring af kvaliteten af patientplejen og - behandlingen gennem standardiseringer som kliniske retningslinjer, pakkeforløb og beskrivelser af sammenhængende patientforløb (National Strategi, 2002[2]; Sundhedsstyrelsen, 2009) I den sammenhæng blev der også sat fokus på patientovergange. I første omgang mellem sektorer, men også internt på hospitalet blev der sat fokus på patientovergange, godt hjulpet på vej af Joint Commission, WHO og australske og engelske undersøgelser, som viste betydelige problemer med sikkerheden i overgange (British Medical Association, 2004; Australian Medical Association, 2006; Arora & Johnson, 2006; WHO, 2007).

[1] VELVÆRE: At lytte og tage hensyn til patientens ønsker, vurderinger og oplevelser i relation til sygdom og fravær af sundhed. INTEGRITET: At have respekt for patienten som person, respekt for menneskers forskellighed og at udvise respekt for den enkeltes urørlighedszone PROFYLAKSE: Primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Forebygge sygdom SIKKERHED: Sygeplejen skal udføres fagligt, juridisk og etisk forsvarligt (Björvell, 2001).

[2] National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 2002-2006. www.ikas.dk

1.2. Patientsikkerhed – hvilke faktorer påvirker sikkerheden i overgange

Patientsikkerhed[3] har i mange år været et politisk tema. De sidste to årtier har patientsikkerhed været et gennemgående fokus i skiftende regeringer. Det skyldes ikke mindst, at mange danske og udenlandske undersøgelser overbevisende har dokumenteret, at mange skader og dødsfald på patienter skyldes fejl fra behandlernes side. Undersøgelserne dokumenterer, at ca. 10 % af alle patienter, der udskrives fra sygehuse, har været udsat for en eller flere af de såkaldte utilsigtede hændelser (Region Nordjylland, 2011:6). Undersøgelserne dokumenterer tillige, at mange fejl kunne være undgået, hvis der var større åbenhed og fokus på at forebygge dem (Sundhedsloven, kap. 61, 2010). Der er lovgivet[4] om utilsigtede hændelser, herunder om hvordan de skal rapporteres (Region Nordjylland, 2011).
Allerede i 2001 blev Dansk Selskab for Patientsikkerhed dannet med det formål at mindske risikoen for, at mennesker kommer til skade i deres kontakt med sundhedsvæsenet (Kristensen, 2016). I 2003 blev loven om patientsikkerhed vedtaget. Det betød blandt andet et krav til landets hospitaler om at indberette alle utilsigtede hændelser. I 2010 omfattede kravet om indberetning hele sundhedssektoren inklusiv primær sektor, praktiserende læger, apoteker etc. I 2011 blev det også muligt for patienter og pårørende at indberette skader og fejl i behandlingen i sundhedssystemet (Sundhedsloven, 2010, kap. 61).
Siden da har der i stigende grad været en øget opmærksomhed omkring patientsikkerhed både fagspecifikt, men også generelt i samfundet. I det sidste årti har der i tiltagende grad været fokus på sammenhængende patientforløb, herunder patientovergange. Patientovergange har været i fokus både i udlandet og på den hjemlige scene. Det gælder både overgange fra sekundær til primær sektor, men også overgange internt på hospitalerne har fået øget fokus.
Patientovergange i denne afhandling foregår indenfor hospitalet, hvor de er hyppigt forekommende handlinger. Patientovergange kan defineres som situationer, hvor de sundhedsprofessionelle overdrager ansvaret for patienten samtidig med, at de udveksler information om pleje, behandling og diagnose, som er af stor betydning for at sikre kontinuitet og kompetent behandling af patienten i forløbet (Siemsen, 2011). Undersøgelser viser, at patientovergange er én af de situationer, hvor der er allerstørst

[3] Patientsikkerhed er efterhånden blevet et flertydigt begreb, der dækker over forbedringer inden for sikkerhed, effekt af behandling, patientfokus, rettidighed, omkostningseffektivitet og lighed i pleje og behandling for alle borgere (Bredal, 2016) Den korte definition på patientsikkerhed er; *" Beskyttelse af patienter mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats eller mangel på samme. " Definitionen på patientskade: "Utilsigtet fysisk overlast, opstået helt eller delvist som følge af behandling og pleje, og som medfører øget monitorering, behandling, hospitalsindlæggelse eller død. "* Pedersen & Mogensen (2006).

[4] Utilsigtet hændelse: "Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder. " Lov nr. 913 af 13. juli 2010, kap. 61.

risiko for utilsigtede hændelser og hvor der er en særlig stor risiko for, at der sker menneskelige fejl, der kan få konsekvenser for patienten (Australian Medical Association, 2006; WHO, 2007; Wong et al, 2008; Riesenberg et al, 2009; Cohen & Hilligoss 2010; Ong et al, 2011; Siemsen et al, 2011; Segall, 2012; Urhrenfeldt et al 2013). De utilsigtede hændelser forekommer når sammenhængen i diagnose, behandling eller pleje bliver afbrudt eller væsentligt forsinket på en sådan måde, at det medfører eller kunne have medført negative konsekvenser for patienten (Siemsen, 2011:3).
Der blev sat øget fokus på patientovergange, da Joint Commission i 2006 valgte, at ét af deres hovedmål skulle være at forbedre kommunikationen i patientovergange (Arora & Johnson, 2006). Kommunikationsproblemer i overgange er en væsentlig faktor, men patientovergange er multifaktorelle og situerede. Problemet med en for ensidig fokusering på kommunikation kan derfor medføre, at andre vigtige faktorer overses. Faktorer som fx placering af ansvar, kontekst, kultur, organisationsstruktur og patientkompleksitet[5] (Wong et al, 2008, Riesenberg et al, 2009, Siemsen, 2011; Siemsen et al, 2012).

1.3. Sammenhængende patientforløb – et mangeårigt politisk team

Det fremgår af sundhedsloven, at borgeren skal opleve kontinuitet, sammenhæng og tryghed i sin kontakt med sundhedsvæsenet (Sundhedsloven, 2016)[6]. Sundhedsloven (2016) forudsætter, at sundhedsministeriet, regionerne og kommunerne harmoniserer og understøtter sammenhængende patientforløb. I den forbindelse betoner Rigsrevisionen, at sammenhængende patientforløb er en forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, fordi det medfører kortere indlæggelsesforløb, forhindrer genindlæggelser og udnytter ressourcerne mere effektivt (Rigsrevisionen, 2009). I de sammenhængende patientforløb har Sundhedsministeriet blandt andet fokus på sundhedsaftaler imellem regioner og kommuner, forløbsprogrammer for udvalgte diagnosegrupper (pakkeforløb), fælles medicinkort og finansielle incitamenter for almen praksis og kommunerne (ibid.). Systemet evalueres hvert år gennem de "Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser", de såkaldte LUP undersøgelser. Der er rejst en del kritik af, om disse undersøgelser skaber et retvisende billede af virkeligheden (Riiskjær, 2014). I et debatindlæg i Information (2011) skriver forskerne Riiskjær, Ammentorp og Kofoed, at en del undersøgelser peger på, at patienter gerne vil fremstå som de 'gode patienter. '

> *"De ved godt, at ressourcerne er knappe i sundhedsvæsenet, og når de vurderer deres oplevelse, tager de højde for, at personalet har travlt. Så når de giver deres vurdering, sker det ofte ud fra en vis solidaritet*

[5] Patientkompleksitet er et ord, der i stigende grad indgår i sundhedsfaglige terminologier. Særligt om patienter med mere end én sygdom eller patienter med såkaldte multiple lidelser.
[6] Sundhedsloven revideres og suppleres løbende. Senest den 31. januar 2017. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=186452

> *med personalet. Derfor får vi ikke historien om deres oplevelser. I stedet får vi noget at vide om, hvordan patienterne oplevede, at personalet klarede det under (de) givne vilkår. "De gjorde jo, hvad de kunne". Patienttilfredshed bliver på den måde en falsk markør for patientoplevet kvalitet." (Information, 2011) 7*

Andre forskere har også været i tvivl om, hvordan patienterne opfatter sammenhængende forløb. En tværsektoriel projektgruppe[8] tilknyttet Odense Universitetshospital gennemførte en dyberegående undersøgelse af, hvordan patienterne oplever de sammenhængende forløb[9] og hvordan de viser sig i praksis. Projektet, kaldet PaRIS (Patientens Rejse i sundhedssektoren) havde til formål at indsamle viden om patienternes oplevelse af kvalitet i sundhedssektoren for at finde frem til, hvad der for patienterne gav reel kvalitet i deres forløb (Martin, 2010). Man har blandt andet interviewet 15 patienter[10] og fulgt patienterne under deres indlæggelser og i overgange (ibid.). Projektet viste blandt andet, at patienterne generelt er tilfredse med de ambulante kontakter men, at det er ved indlæggelsen, at sammenhæng får betydning, fordi patienterne her kan opleve, at der ikke er tilrettelagt et sammenhængende forløb. Når patienterne oplevede manglende sammenhæng i behandlingen, blev de usikre på, om der var 'styr på dem' (ibid.). Det er, når patienterne oplever 'brændpunkter' i deres sygdom (tilbagefald, forværring etc.), at de får øje på det, der ikke fungerer. Patienternes oplevelse af, at der ikke var styr på tingene, handler om såvel mindre forhold som fx, at personalet glemte patientens navn som større ting; i ét tilfælde et dårligt resultat af en operation (ibid.). Patienterne tænker typisk ikke i kronologiske forløb, men i de særlige hændelser, de har haft igennem deres sygdoms skiftende forløb. Det, som patienterne husker er enten en kritisk hændelse, eller en særlig kontakt til lægen eller sygeplejersken, som de oplevede havde 'styr på dem'[11] (ibid.). Omvendt kunne de skiftende læger, aflysninger af undersøgelser og operationer, manglende information og ventetid give patienterne

---

[7] Forskerne Riiskjær E., Ammentorp J. og Kofoed P. i debatindlægget: Er 96 procent af patienterne virkelig tilfredse med sundhedsvæsnet? i Information, 6. oktober 2011.

[8] Projektet er et samarbejde mellem Odense Universitetshospital (OUH), Dansk Sundhedsinstitut (DSI), Syddansk Universitet (SDU), Huset Mandag Morgen, Odense Kommune, Kræftens Bekæmpelse, Diabetesforeningen og Hjerteforeningen.

[9] Patientforløb defineres af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (2003) som: Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse. Forløbet strækker sig fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet – ofte hos den praktiserende læge – og til patienten ikke mere har behov for denne kontakt i relation til helbredsproblemet (Martin, 2010:16).

[10] Patienternes lidelser fordeler sig imellem de forholdsvis "lette" lidelser som type 1 diabetes til de mere alvorlige som hjertesvigt og lymfekræft.

[11] For nærmere inspiration, se Martin (2010): Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. http://www.kora.dk/media/1039630/er-der-styr-paa-mig.pdf

et indtryk af kaos og de kunne få en følelse af, at de ikke var rigtige mennesker, men blot en diagnose (ibid.).
Man skal ikke underkende patienternes 'næse' for, om systemet fungerer. Patienterne er generelt gode til at aflæse, hvad der sker på afdelingen og være opsøgende og kontrollerende omkring deres sygdom. De udvælger sig de sundhedsprofessionelle, som de oplever tager ansvar og handler (ibid.). Hvis der ikke er nogen, der taler med patienterne om de fejl, som de oplever, bekræftes patienterne i, at der ikke er nogen af de sundhedsprofessionelle, der vil tage det overordnede ansvar (ibid.). Martins (2010) undersøgelse vidner om, at det for de mere selvhjulpne patienter ikke har afgørende betydning, hvis der ikke er sammenhæng i deres forløb. De opsøger selv de sundhedsprofessionelle, kontrollerer og får korrigeret eventuelle fejl eller misforståelser (ibid.). Det er, når patienterne er meget syge eller oplever tilbagefald, at selv mindre fejl får stor betydning og bliver meget synlige i deres forløb. Deraf kan det udledes, at de meget syge patienter ikke selv magter at intervenere, når der sker fejl eller misforståelser.
Foruden patientinterviews og undersøgelser af patientforløb satte forskerne også fokus på de sundhedsprofessionelle. Igennem projektet dokumenteredes det således, at koordinering og samarbejde de sundhedsprofessionelle imellem er afgørende for, om et patientforløb kan blive velfungerende i patientens optik (Martin, 2010).

1.4. Patientovergange fra intensiv til stamafsnit

En del af et sammenhængende forløb for patienten er overgange og overgange mellem Intensiv og stamafsnit er et fokusområde, der mere specifikt har været problematiseret i litteraturen det sidste årti[12] (Chaboyer et al, 2005a; 2008; Wu & Coyer, 2007; Lin et al, 2013). Det skyldes, at intensiv er blandt de afsnit, hvor der ses en overhyppighed, hvad angår utilsigtede hændelser i overgange (Tobin & Santamaria, 2006; Priestap & Marin, 2006; Coleman & Pon, 2013). I den sammenhæng kan der peges på tre væsentlige faktorer.
For det første viser forskningen, at der er en forhøjet risiko for genindlæggelse og dødelighed i timerne efter overflytning fra intensiv til stamafsnit, især hvis overflytning og dermed overgange sker i aften - og nattimerne (Rosenberg et al, 2001; Tobin & Santamaria, 2006; Priestap & Marin, 2006).
For det andet har et øget pres på de intensive afsnit medført et øget behov for at få frigjort senge til at modtage et stadigt stigende antal patienter, hvorved nogle patienter

[12] Der er foretaget en søgning på følgende databaser: Cinahl, Ovid MEDLINE, SweMed, WoS på søgeordene: Patient Safety, intensive care, critical care, handover, handoff, transfer, transition, discharge. Søgehistorik er vedlagt (se bilag 1).

overflyttes[13] tidligere end planlagt. Dermed kan der blive lagt et yderligere pres på de i forvejen overbebyrdede stamafsnit, hvilket kan medføre forhøjet risiko for utilsigtede hændelser og genindlæggelse på intensiv og dermed flere overgange (Rosenberg et al, 2001; McKinney & Deeny, 2002; Lin et al, 2009; Lin et al, 2013).
For det tredje kan overflytning af patienter forekomme med kort varsel og med begrænset tid til forberedelse af patient, familien og personalet på stamafsnit, hvilket kan medføre ringe planlægning af overgangen og dermed medvirke til såkaldt 'relocation stress'[14] (Coyle, 2001; McKinney & Deeny, 2002, Chaboyer et al, 2005a; 2005b; Wu & Coyer, 2007; Gustad et al, 2008, Field, 2008).
En gennemgang af litteraturen om overflytning fra intensiv til stamafsnit viser da også, at overgange er en problematisk proces. En australsk undersøgelse fandt, at mere end 30 % af de patienter, der overflyttes fra intensiv til et stamafsnit oplever en utilsigtet hændelse indenfor 72 timer efter overflytningen (Chaboyer et al, 2008). Heraf havde 10 % oplevet to eller flere utilsigtede hændelser. I denne undersøgelse var der fokus på de fejl, som patienterne registrerer. Der findes andre undersøgelser, der dokumenterer utilsigtede hændelser, som patienterne ikke bemærker (ibid.).
De utilsigtede hændelser, der er beskrevet i litteraturen, er ordinationsfejl, manglende opdatering af diagnoser, manglende skriftlig beskrivelse af patientens aktuelle tilstand, herunder mangelfuld beskrivelse af patientens medicinordinationer, manglende forberedelse af patient og pårørende, manglende forberedelse af stamafsnit og overflytning i aften/nattimerne (Chaboyer et al, 2008; Perren et al, 2008; St-Louis & Brault, 2011; Lin et al, 2013).
De utilsigtede hændelser kan i den mindre alvorlige ende medføre, at der udføres dobbeltundersøgelser, såsom ekstra laboratorie - og røntgenundersøgelser eller indlæggelsestiden forlænges (Wong et al, 2008; Ong & Coiera, 2011). Til den mere alvorlige side af de utilsigtede hændelser hører, at patienternes tilstand forværres, eller at der kommer tilstødende komplikationer såsom sepsis (blodforgiftning), dyb venetrombose (årebetændelse) eller myokardieinfarkt (blodprop i hjertet) (Chaboyer et al, 2008).
Som det er skitseret ovenfor, er der nogle særdeles relevante årsager til at sætte fokus på patientovergange specifikt fra intensiv til stamafsnit. Selvom mange af undersøgelserne er udenlandske, er der ikke belæg for at tro, at vi i Danmark (DK) adskiller os væsentligt fra andre vestlige sammenlignelige lande. Ifølge Dansk Intensiv Databases nationale årsrapport fra både 2014 og 2015 måles der blandt andet på indikatorer som genindlæggelse på intensiv efter overflytning til stamafsnit og overflytning i aften/nat timerne (Bilag 3). Selvom tallene ikke er alarmerende, og standarderne ikke er overskredet, drejer det sig om, at der i DK i 2014 blev genindlagt 594 patienter og udskrevet (overflyttet) 1327 patienter i tidsrummet mellem kl. 22-08

[13] Terminologien "patientovergang" anvendes i vid udstrækning i faglitteraturen omkring patientsikkerhed og patientforløb. Terminologien "overflytning" (i sjældnere tilfælde "overlevering") er det udtryk, der anvendes i den daglige praksis på hospitalsafsnittene og som derfor er benævnelsen for samme hændelse. Begge benævnelser vil blive anvendt på skift i afhandlingen for at være tro mod de kilder og de kontekster, som benævnelserne optræder i. Betydningen vil være den samme med mindre der eksplicit gives udtryk for noget andet.
[14] Derom senere.

på trods af, at undersøgelser viser, at genindlæggelse og udskrivelse i aften/nat er forbundet med øget risiko for tilstødende komplikationer og sygelighed (morbiditet) og øget dødelighed (mortalitet) (Duke et al, 2004; Tobin & Santamaria, 2006). De faglige kliniske kommentarer indikerer da også en vis bekymring, og der bliver lagt vægt på, at det høje antal genindlæggelser afspejler kvaliteten af overleveringen og samarbejdet omkring patientforløb mellem intensiv og stamafsnit.[15]

Som det fremgår ovenfor, er en overflytning af en patient fra intensiv til stamafsnit forbundet med væsentlige sikkerhedsmæssige risici for patienten. Risici som det vil være muligt at forebygge, hvis der er tilstrækkelig opmærksomhed på problemet.

Fra den intensive patients og de pårørendes perspektiv er der ofte ambivalente følelser i spil. På den ene side opleves det positivt, at der er bedring i tilstanden, mens det på den anden side bliver forladthedsfølelsen og angsten, der er fremherskende, når patienterne ikke længere er konstant overvåget (Hall, 2001; Strahan & Brown, 2005; Chaboyer et al, 2005b; Field et al, 2008; Cognet & Coyer, 2014).

Flere patienter oplever 'relocation stress', som er en tilstand, hvor en person oplever fysiologisk og /eller psykologisk ubalance, som et resultat af overflytning fra et miljø til et andet, og hvor primærsymptomerne typisk er angst, depression, konfusion, ængstelse og ensomhed (Leith, 1999; Coyle, 2001; McKinney & Deeny, 2002; Chaboyer et al, 2005b; Brodsky-Israeli & Ganz, 2010; Cullinane & Plowright, 2013).

Patientovergange stiller krav til de professionelle, der skal være observante på patientens og familiens opfattelse og forventninger, der kan være relateret til patientens baggrund, tidligere erfaringer fra egen eller families indlæggelse eller kontakt med sundhedssystemet (Meleis et al, 2000, Gooding et al, 2012 Lauberg et al, 2014). Foruden bevidst opmærksomhed og engagement skal personalet have fokus på forandring og forskelle, på tidshorisonten samt på kritiske steder og aktiviteter (Meleis et al, 2000:18). Netop tidshorisonten kan være en afgørende faktor i relocation stress, da forskningsresultater viser, at faktorer som langvarig indlæggelse på intensiv øger risikoen for angst ved overflytning (Brodsky-Israeli & Ganz, 2010). Hvis patienten samtidig har få sociale relationer, er de særligt udsatte, og der er grund til at være ekstra opmærksom (ibid.).

---

[15] " Genindlæggelse indenfor 48 timer efter udskrivelse til stamafdeling kan indikere at patienter udskrives for tidligt i forløbet til stamafdelingen. Genindlæggelse på intensivafdeling er vist at være forbundet med øget morbiditet og mortalitet (2). Det skal dog bemærkes, at genindlæggelse efter 48 timer ikke nødvendigvis er et udtryk for, at patienten udskrives for tidligt fra intensivafdeling. Genindlæggelse kan også være et udtryk for manglende ressourcer til observation og behandling på stamafdelingen (herunder mangel på intermediære pladser). **Indikatoren afspejler således i høj grad kvaliteten af overleveringen/samarbejdet omkring patientforløb mellem intensiv afdeling og stamafdeling** (min fremhævelse). Selvom litteraturen ikke er entydig foreligger der flere undersøgelser, som viser, at det kan være forbundet med øget morbiditet og mortalitet at blive udskrevet fra intensivafdeling i aften-natte timerne. Det er derfor bekymrende, at det ikke har været muligt at reducere andelen af disse udskrivninger. " Dansk Intensiv Databases årsrapport (2015) (https://www.sundhed.dk/content/cms/12/4712_did-%C3%A5rsrapport-2014-2015_21dec2015_endelig-rapport.pdf).

.

Der er tidligere kun forsket lidt i stamafsnittets perspektiv, men i de senere år er der begyndt at komme mere fokus på både intensiv- og stamafsnits perspektiv på overgange (Whittaker & Ball, 2000; Wu & Coyer, 2007, Häggström et al, 2009; James et al, 2013; Frølund & Beedholm, 2013, Cognet & Coyer, 2014). Undersøgelser viser, at stamafsnittets personale lægger vægt på at være velforberedte og lave aftaler om modtagelsen gennem både indledende kontakt og det konkrete møde med patientens kontaktperson, som skal være velforberedt og ikke give for detaljeret information (Whittaker & Ball, 2000, Häggström et al, 2009; James et al, 2013). Undersøgelser viser også, at personalet på stamafsnittet ofte er bekymret for den intensive patients tilstand ved ankomsten. De problemer som sygeplejerskerne imødeser handler fortrinsvis om manglende ressourcer, tvivl om kompetencerne til at imødekomme patientens fysiske behov og ikke mindst, hvordan de tackler familiens angst og forventninger. Samtidig bekymrer personalet sig om de forringede muligheder for at varetage plejen af afsnittets øvrige patienter (Whittaker & Ball, 2000; Häggström et al, 2009; Cullinane & Plowright, 2013; James et al, 2013; Cognet & Coyer, 2014). Fra intensivs perspektiv opleves det, at stamafsnittet kan have en negativ attitude og en ikke-lyttende adfærd, når de skal modtage deres fælles patient, mens stamafsnittets personale kan have de samme oplevelser (Häggström et al, 2009; James et al, 2013). Samtidig har stamafsnittets sygeplejersker en oplevelse af, at intensivsygeplejerskens patientinformationer har manglende relevans og fortælles i et indforstået fagsprog (Häggström et al, 2009). I en dansk undersøgelse om overflytning af børn fra intensiv til stamafsnit fandt Hall (2001), at intensivsygeplejerskerne lagde stor vægt på de forpligtelser og det ansvar, som de og kollegerne skulle leve op til overfor barnet og dets forældre i overgangene (Hall, 2001). Forpligtelsen og ansvarligheden var dog afgrænset til eget arbejde og samarbejdet med egne mono – og tværfaglige kolleger. Det inkluderede ikke kollegerne på det afsnit, som barnet skulle overflyttes til. Det blev sprogliggjort gennem talemåder som *"dem og os"* og *"hjemme i vores egen afdeling"* etc. (Hall, 2001:202). Ovenstående tydeliggør, at der kan være uklarheder om ansvaret for patienten og manglende samarbejde omkring patientovergange i et patientforløb, hvilket kan være problematisk for patientens sikkerhed, idet:

> *" A transfer..is more than an internal affair. It is a "meshing together" of nursing networks where responsibility areas meet and overlap " (Hall, 2001:202).*

Opsummeret er der en række af faktorer, der gør patientovergange fra intensiv til stamafsnit specielt sårbare for patienterne. Det drejer sig i den korte version om, at patienterne overflyttes i aften-nattimerne; patienterne er ikke inddraget; patientovergangene er ikke planlagte; informationen er for detaljeret og indforstået; arbejdsbyrden er for stor på det ene eller begge afsnit samt, at der er (for) meget personale involveret og ansvaret derfor er uklart eller der mangler koordinering (Coyle, 2001; Chaboyer, 2005a; 2005b; 2008; Field et al, 2008; Coleman & Pon, 2013; Lin et al, 2013; Elliott et al, 2013). Ovenstående undersøgelser peger også på, at der er flere barrierer i samarbejdet om overgange mellem intensiv – og stamafsnittets personale, som kan være en væsentlig hindring for sikre patientovergange (Hall, 2001; Häggström et al, 2009; James et al, 2013).

1.5. Afgrænsning, formål, problemformulering og forskningsspørgsmål

I det følgende foretages nogle nedslag, der mere specifikt vil udfolde problematikkerne, og der argumenteres og begrundes for denne afhandlings tema og problemformulering.
I litteraturen ses det, at overflytning af patienter fra intensiv til stamafsnit er en tilbagevendende begivenhed foretaget af sygeplejersker fra de to samarbejdende afsnit (Häggström et al, 2009; Frølund & Beedholm, 2013; James et al, 2013). En daglig begivenhed, der giver bekymringer hos såvel det afleverende, som det modtagende afsnit og dets sygeplejersker. Fra intensivsygeplejerskernes (IS)[16] perspektiv opleves der et gab mellem plejeforløb på intensiv og på stamafsnit, og en manglende tydeliggørelse af hvem der har ansvaret for patienten og dermed overblikket over patienten i overgangen (Häggström et al, 2009; James et al, 2013). Fra SS's perspektiv er man bekymret over, om patienten er fysisk og psykisk klar til overflytningen og mødet med de færre ressourcer, men også hvordan SS tackler familiens angst og forventninger. Fra patientens perspektiv viser projekt PaRIS, at det er i de kritiske situationer, at patienterne bliver opmærksomme på, at der ikke er styr på dem (Martin, 2010). Patienterne kan godt klare brud og manglende sammenhæng, når de er rimeligt selvhjulpne, men ved alvorlig sygdom, hvor der både er psykiske og fysiske udfordringer, manifesteres sundhedsvæsenets svage led som manglende samarbejde, koordinering og ansvarlighed (Martin, 2010). I overgangene vil sådanne brud accentuerer patienternes utryghed og angst (Strahan & Brown, 2004).
Potentielle risici i forbindelse med patientovergange mellem intensiv og stamafsnit er dermed velundersøgt og dokumenterer, at der er behov for at igangsætte forskellige tiltag og initiativer af vedvarende karakter. Tiltag som medtænker faktorer som patientkompleksitet, kompetencer, teamsamarbejde, ansvarsbevidsthed, kommunikative, kulturelle og organisatoriske barrierer (Riesenberg et al, 2009, Hilligoss & Cohen, 2011, Siemsen, 2011; Abraham et al, 2011; Siemsen et al, 2012). I den sammenhæng er det interessant, at teamsamarbejde og undervisning i teams har vist sig at bidrage til at forbedre både effektiviteten og kommunikationen mellem professionerne og de involverede afsnit, men at det endnu et forholdsvis uudforsket område i samarbejdet mellem intensiv og stamafsnit (Lin et al, 2009).
Det fremgår således, at der er et potentiale for udvikling af samarbejdet mellem de implicerede sygeplejersker i patientovergange. I lokale kontekster vil det være muligt at styrke samarbejdet i processerne omkring overlevering af ansvaret for patienterne og samtidig generere holdbare og vedvarende løsninger. I udviklingen af sikre patientovergange er en relevant tilgang derfor en forskning, der foregår i samarbejde med de involverede parter i situerede sammenhænge, hvorfor aktionsforskning vælges.

[16] Intensivsygeplejersken vil gennem afhandlingen blive forkortet IS, mens stamafsnittets sygeplejerske vil blive forkortet SS.

Projektets formål

På baggrund af ovenstående gennemgang af nyere litteratur og forskningsresultater er det afhandlingens overordnede mål at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til de almene medicinske og kirurgiske sengeafsnit. Formålet er derfor gennem aktionsforskning at undersøge, hvorledes de aktuelle patientovergange foregår og med det afsæt og i samarbejde med de involverede sygeplejersker at udvikle og implementere nye måder og metoder, der vedvarende kan bidrage til, at overgangene opleves sikre, sammenhængende og professionelle for patienter, deres pårørende og for sygeplejersker. Formålet er hermed en introduktion til projektets forandringsperspektiv.

Problemformulering

Problemformuleringen udspringer af ovenstående formål og lyder:
Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?

Problemformuleringen søges besvaret gennem følgende forskningsspørgsmål:
Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit, og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde og at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

1.6. Undersøgelsens hovedfokus og centrale begreber

Som det fremgår af ovenstående afsnit samt problemformulering og forskningsspørgsmål står sikkerhed, sammenhæng og professionalisme centralt i patientovergange. Samtidig er der fokus på forandrings – og handlingsaspektet gennem aktionsforskningen.
Det har foranlediget fokus på en række centrale begreber og spørgsmål, som kræver en nærmere udforskning i undersøgelsen. Det er spørgsmål som:

Patientovergange. *Hvad* kendetegner dem i den lokale kontekst? *Hvordan* foregår de og *hvornår*? *Hvem* er involveret i processen og hvordan oplever de overgangen?

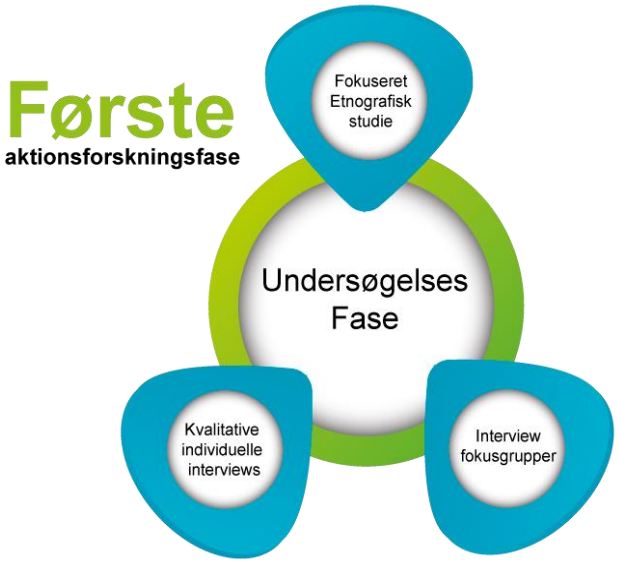
Professionalisme. Hvem er aktører omkring patientovergange? *Hvad* er deres roller og på *hvilken* måde ser de sig selv udfylde disse roller?

Aktionsforskning. Hvordan engageres medforskere i at samarbejde om at udvikle patientovergange? Hvordan skabes det nødvendige rum og rammerne for at udvikle og igangsætte læreprocesser, der kvalitativt forbedrer patientovergange?

Ovenstående spørgsmål skal sætte retning for undersøgelsen og befordre afhandlingens fremdrift mod besvarelsen af problemformuleringen gennem afhandlingens to aktionsforskningsfaser.

Afhandlingens 2 faser

Af ovenstående problemformulering og forskningsspørgsmål fremgår det, at der et ønske om at forbedre og udvikle praksis omkring patientovergange. Dette fokus på forandrings – og handlingsaspektet udspringer af den overbevisning, at forandring og udvikling skal foregå i samarbejde med de praktikere, der i deres daglige arbejde har problemerne tæt inde på livet. Denne overbevisning kombineret med forskningsspørgsmålene understreger anvendelsen af aktionsforskning. I det første forskningsspørgsmål har projektet et ønske om at undersøge og identificere, hvorledes de nuværende patientovergange forløber, mens det andet forskningsspørgsmål sætter fokus på at forandre de nuværende patientovergange. Samlet skal projektet forstås som et aktionsforskningsprojekt, der er opdelt i en undersøgelsesfase og en handlingsfase med hver deres videnskabelige metoder og erkendelsesinteresser. Samarbejdet mellem forsker og aktører er således også forskelligt i de to faser. I den første undersøgende fase foretages forskellige, kvalitative studier, som bearbejdes og analyseres for derefter at anvende analysen i dialogen sammen med og mellem praktikere som medforskere. Figurerne nedenfor illustrerer afhandlingens 2 aktionsforskningsfaser og hver figur efterfølges af uddybende kommentarer.



FIGUR 1. FØRSTE AKTIONSFORSKNINGSFASE (UNDERSØGELSESFASEN)

I undersøgelsesfasen anvendes der en række forskellige kvalitative metoder som fokuseret etnografi, individuelle kvalitative interviews med patienter, pårørende og ledere og interviews i fokusgrupper med sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit. Gennem disse metodiske greb er det hensigten dels at generere lokal, empirisk viden, dels at frembringe viden fra forskellige perspektiver. Formålet er at opnå et bredt og nuanceret billede af de aktuelle patientovergange, der kan anvendes som afsæt for det videre arbejde med medforskere i den fortsatte cykliske proces i handlingsfasen.
Med den genererede empiri fra undersøgelsesfasen foretages en deskriptiv analyse, der udmunder i 5 tematiseringer, som i overskrifter lyder: *Samarbejdet mellem intensiv og stamafsnit; tryghed; forberedelse; forventninger og samarbejde med pårørende*.

I

FIGUR 2. ANDEN AKTIONSFORSKNINGSFASE (HANDLINGSFASEN)

I handlingsfasen efterfølges undersøgelsesfasens metoder af samarbejds- og handlingsorienterende metoder for at udvikle og implementere handlinger i organisationen. Disse metoder inddrager blandt andet eksperimenterende tilgange og feedbackmøder med patienter og pårørende i workshops samt opfølgende drøftelser på dialogmøder.

Teorigrundlag for metoder

For at give denne type forskning et solidt videnskabsteoretisk fundament inddrager afhandlingen:
Fænomenologien (Husserl, 1997) er valgt, fordi afhandlingen har fokus på patienter og deres livsfænomener og relationen mellem sygeplejerske og patient. Hermeneutikken (Gadamer, 2007) er valgt, fordi afhandlingen har fokus på aktørernes forståelse, meningsskabelse og meningsfortolkning. Endelig er pragmatisme qua Dewey (2005; 2009) valgt, fordi afhandlingen har fokus på drivkraften og dynamikken i at forandre og handle.
Afhandlingen tager metodologisk afsæt i en pragmatisk aktionsforskningstilgang (Greenwood & Levin, 2007). Greenwood & Levin (2007) er i lighed med denne afhandling stærkt inspireret af Deweys tilgang til demokrati, læring, erfaring, refleksion og handling, der som centrale begreber udfoldes gennem afhandlingen.

For at forstå og analysere processer og fund er det væsentligt med et supplerende analytisk teorikompleks om sygeplejeprofessionen og læring i organisationer.
Analyserne i handlingsfasen inddrager derfor et supplerende, teoretisk fundament, som kombinerer omsorgsetik (Martinsen, 2012), professionalisme (Delmar, 2010; Holm-Petersen et al, 2006), dialog og kommunikation (Madsen, 2000; Dewey, 2005) samt læreprocesser (Lave & Wenger, 2003; Wenger, 2004).

1.7. Læsevejledning

Nærværende afhandlings kapitel 1 har fokus på sikkerhed og sammenhæng. Indledningsvis fokuseres der generelt på den manglende sikkerhed omkring patientovergange, og der suppleres med de problemer som patienter oplever omkring sammenhængende overgange. Den afgrænsende del af indledningen sætter primært fokus på den mangelfulde sikkerhed omkring patientovergange fra intensiv til stamafsnit.

I kapitel 2 er det overordnede fokus konteksten, hvorunder denne undersøgelse finder sted. Der er fokus på hospitalets tilblivelse og udvikling som institution; herunder lægernes positioner over tid. Aktørerne i denne afhandling er sygeplejersker, der forventes at handle professionelt i overgangen. Det giver anledning til at udfolde sygeplejefaget historisk. Inden der afsluttes med en beskrivelse af den konkrete kontekst for denne undersøgelse, præsenteres hospitalet som et magtpolitisk rum, hvor politikere og fagpolitiske organisationer agerer.

I kapitel 3 foretages en gennemgang af afhandlingens tre videnskabsteoretiske retninger: Fænomenologi, hermeneutik og pragmatisme. Det første afsnit begrunder dette valg og redegør for hver retnings bidrag, og hvordan de 3 retninger kan anskues i en sammenhæng.

Kapitel 4 giver et historisk rids af aktionsforskningens historie. Samtidig redegøres der for afhandlingens valg af tilgang. Dette valg udfoldes med Deweys forståelse af afhandlingens centrale begreber som demokrati, læring, erfaring, refleksion og handling. Kapitlet redegør desuden for faserne i den cykliske proces, for vidensformer i aktionsforskningen og for forståelsen af validiteten i denne aktionsforskningstilgang.

I kapitel 5 argumenteres der for et supplerende, sygeplejefagligt fundament, som uddybes med et analytisk teorikompleks primært omkring sygeplejefaglighed, profession, dialog samt organisatorisk læring og læreprocesser.

I kapitel 6 beskrives og argumenteres for de metodiske og analysestrategiske valg, der er foretaget i afhandlingen. Samtidig beskriver kapitlet den vekslende forskersituering igennem afhandlingen og reflekterer over samme.

Kapitel 7 redegør mere uddybende for de metodiske valg, der er foretaget i undersøgelsesfasen: Fokuseret etnografi, kvalitative interviews og interviews i fokusgrupper. Kapitlet afsluttes med uddrag af den deskriptive analyse.

I kapitel 8 uddybes de didaktiske og strategiske overvejelser, der er gået forud for arbejde med og mellem medforskerne i handlingsfasen. I dette kapitel beskrives rammer, indhold og mål for hver workshop, og medforskernes forskellige forudsætninger uddybes og tillægges betydning.

Kapitel 9 indleder med fremkomsten af de 4 analysetemaer forud for beskrivelsen og udfoldningen af analyser og fund fra handlingsfasen. Kapitlet inddrager desuden medforskernes handlinger og præsenterer de udmøntede handleplaner. Medforskernes evaluering af aktionsforskningsprocessen fra den sidste workshop er medtaget i dette kapitel dels for at skabe sammenhæng til analyser og fund, dels for at pege fremad og indgå i diskussionen.

I kapitel 10 har analysernes fund fra undersøgelsesfasen foranlediget en diskussion, hvor fundene sammenholdes og diskuteres med relevant forskning om patientovergange. I diskussionen om handlingsfasens fund inddrages foruden forskningsspørgsmål og hjælpespørgsmål også empiri fra dialogmøder og medforskernes evalueringer.

Kapitel 11 omhandler det metodekritiske afsnit og foretager nedslag omkring afhandlingens metodiske valg og de videnskabsteoretiske koblinger. I dette kapitel foretages tillige en kritisk vurdering af på hvilken måde der er tale om en pragmatisk validering af afhandlingens fund.

I kapitel 12 foretages en opsummerende konklusion, der sammenholder analysernes fund og konkluderer på både undersøgelses- og handlingsfasen, herunder også i hvilken udstrækning aktionsforskningen bidrager til besvarelsen af problemformuleringen.

I kapitel 13 forholder perspektiveringen sig kritisk til gængse forslag til løsning af sikkerheden i patientovergangen. Samtidig forholder den sig kritisk til fagets egen rolle i forhold til at skabe gode betingelser for sygeplejerskernes muligheder for forbedre patientovergangene.

KAPITEL 2. HOSPITALET SOM INSTITUTION OG ORGANISATION

Dette projekt tager sit afsæt i et alment intensivt terapiafsnit og 8 såkaldte stamafsnit[17] på et universitetshospital. Afsættet for projektet er dermed en hospitalskontekst med både de implicitte og eksplicitte værdier og kulturer, der kendetegner en flere hundrede år gammel institution. For at skabe forståelse for de opfattelser, dialoger og handlinger, der kommer til udtryk i dette projekt, er det derfor være relevant nærmere at undersøge, hvad der kan ligge indlejret i en hospitalskultur, med henblik på at afdække nogle af de mønstre, der stadig ses i dag. Afsnittet indledes med en historisk beskrivelse af hospitalets tilblivelse som institution. Eftersom sygeplejersker er de primære aktører i overgangene er det væsentligt for forståelsen af gruppen at forstå, hvad der karakteriserer professionen. Dette undersøges gennem en historisk udvikling af sygeplejefaget. Det tredje afsnit omhandler hospitalet som en politisk konstruktion, hvor institutionen belyses gennem de senere års mange politiske tiltag, der påvirker praktikernes og i særlig grad sygeplejerskernes hverdag som professionelle i udøvelsen af deres fag. Der afsluttes med et kort afsnit om afhandlingens særlige kontekst.

2.1. Hospitalet tilblivelse og samfundsmæssige formål

Hospitalernes indtog i vores tidsalder begynder i 1700 tallet, hvor særligt Foucaults beskrivelse af klinikkens fødsel bidrager til en forståelse af denne udvikling (Raffnsøe et al, 2009; Jørgensen, 2007). Indtil midten af 1700-tallet var hospitalet en institution, hvor fattige og ubemidlede søgte hjælp i den sidste tid, før de skulle dø (ibid.). Hospitalet blev af de almindelige borgere og bønder betragtet som et usselt sted, hvor man kun søgte hen, hvis man var uden familie, der kunne hjælpe. Sygdom blev behandlet indenfor hjemmets fire vægge, hvor lægen kun blev tilkaldt, hvis pleje og omsorg fra familien ikke kunne kurere den lidende (Raffnsøe et al, 2009). Lægen opfattede på den tid sygdom som uorden i legemsvæskerne. En essens som beboede legemet og vandrede fra organ til organ, og som afhængigt af hvilket organ, sygdommen bemægtigede sig, gav forskellige symptomer (Jørgensen, 2007). Hvis patienten hostede boede sygdommen eksempelvis i brystet. Lægens opgave bestod i en kvalitativ vurdering af sygdomsfænomenerne. Det var lægens opgave at bringe det syge legeme tilbage til sin naturlige tilstand gennem diæter og miksturer eller ved sværere tilfælde åreladning, igler, afførings- eller brækmidler. Lægen var ikke

[17] Stamafsnit er betegnelsen for enten medicinske eller kirurgiske sengeafsnit. I de otte stamafsnit, der indgår i denne afhandling er der også inkluderet et enkelt ambulatorieafsnit.
Der hersker en generel forvirring om, hvornår noget kaldes en 'afdeling' og hvornår et 'afsnit'. I hospitalets organisationsplan opdeles hospitalet i klinikker og herunder beskrives specialer og afsnit. Specialeenheder kan derfor også omtales som afdelinger. Indenfor et speciale eller en afdeling som fx hjertemedicin, er der således både flere ambulatorieafsnit og sengeafsnit. Personalet omtaler typisk afsnit som afdeling. En talemåde er derfor: "I min afdeling… ". Gennem afhandlingen bruger jeg benævnelsen; 'afsnit', men er tro mod personalets brug af ordet 'afdeling' i citater.

interesseret i, at patienten blev indlagt på hospitalet, da sygdommen så ville komme i kontakt med andre essenser, hvilket ville hindre lægen i at identificere sygdommens egen essens (ibid.). På denne tid var lægen selvstændig og udenfor samfundet magtsfære og relation til staten. Medicinen var apolitisk og havde minimal betydning for staten og for samfundet, som derfor heller ikke havde væsentlige udgifter til medicinen (ibid.). Det ændrer sig i første omgang med pestepidemien, hvor man med karantæner, hvor hele bydele bliver afskåret fra omverdenen, finder ud af, at sygdommen kan inddæmmes og begrænses (Raffnsøe et al, 2009). Den nye viden har sammenfald med oplysningstiden, hvor mennesket bliver fornuftstyret.
Fra ca. 1800 etableres '*Klinikken'*, som et kunstigt miljø, hvor sygdommene kan følges hos et større antal patienter (ibid.:125ff). Lægen går fra den kvalitative og personlige kontakt med patienten med fokus på at forstå patientens egne beretninger om sin sygehistorie til den kvantitative udforskning af symptombilledet hos et større antal patienter (ibid.). Arbejdsmetoderne er blandt andet at beskrive sygdommens art gennem dissektion. Lægerne får her en viden om den sygdom, der rammer det enkelte individ. Sygdom bliver ikke længere betragtet som noget alment, som man i nosologien havde kunnet inddele i sygdomsklasser på tværs af tid og rum i eviggyldige undergrupper (ibid.). Sygdom bliver nu til patologi, hvor det bliver muligt at trænge ind i det syge legeme og identificere den særegne sygdom, som manifesterer sig i individet på et givent tidspunkt. En ny medicinsk ontologi grundlægges med fokus på objektivitet og individualitet (ibid.). I den klassifikatoriske medicin er viden noget, der er muligt at sanse eller noget metafysisk og guddommeligt. I den kliniske medicin bliver sygdom til en samling af symptomer, der kan beskrives i udtømmende termer. Lægen kombinerer erfaring og sprog og viden bliver til "*når jeg siger, hvad jeg ser"* (Jørgensen, 2007:50). I denne periode grundlægges den moderne lægevidenskab, som vi kender den i dag. Hospitalerne bliver statsejede og -kontrollerede rum, hvori lægen er klinikeren, der tilser og fører kontrol med og statistik over sygdomme hos de hospitaliserede patienter. Patienten går fra at være subjekt til objekt (Jørgensen, 2007).
I 1756 bygges det første hospital i Danmark, Det Kgl. Frederiks Hospital, det senere Rigshospital. Formålet med hospitalet var at tilbyde behandling til de syge fattige, men i modsætning til tidligere havde man en forventning om, at de blev raske. Det var dog ikke almindeligt at bemidlede borgere blev indlagt på hospitalet før i 1863, hvor man byggede Kommunehospitalet i København og dermed adskilte syge fra fattige (Holen, 2011).
De næste 100 år har hospitalsvæsenet udviklet sig til det, vi kender i dag: Et sted hvor syge henvender sig for at få gratis behandling og pleje. Efterhånden som der er kommet flere og flere fremskridt inden for lægevidenskaben, bliver hospitalernes behandlingsområder udvidet med flere og flere specialer. Dermed udvider hospitalets formål sig også til med tiden at omfatte behandling af raske. Fx foregår 98 % af alle fødsler på hospitalet (Madsen, 2016).[18]

[18] Journalist Maj Bach Madsen skriver i Politiken, 2016 under overskriften: Flere kvinder vil føde i eget hjem, at der nu er 2 % af fødslerne, der foregår i hjemmet. Det højeste antal i mange år.

Samtidig ledes hospitalerne af læger. Allerede i 1740 blev der oprettet en medicinalstyrelse i Danmark med medicinske læger som medlemmer og livslangt medlemskab. I 1803 kommer der en ny medicinalstyrelse kaldet, Det kgl. Sundhedskollegium, der består af et lige antal medicinere og kirurger[19] (10-12 personer) samt 2 apotekere. Fra starten har Sundhedskollegiet enorme magtbeføjelser. De skal føre tilsyn med institutioner som hospitaler, plejeanstalter og fængsler foruden tilsyn med læger, jordemødre, apotekere, præster og degne. De kan fastsætte medicintakster, indstille og afskedige embedsmænd, give tilladelse til opførelse af institutioner (og fabrikker), standse hvad de anser for kvaksalveri etc. [20] (Jørgensen, 2007). I 1909 afløses Det kgl. Sundhedskollegium af et Retslægeråd og en Sundhedsstyrelse. Retslægerådet, som består af 3 læger, udpeges direkte af kongen for 10 år af gangen og har også her vidtgående beføjelser, hvor de står over både justitsministeren og dommere i retsmedicinske spørgsmål og fx erklæringer om medicinalpersoners uduelighed eller farlighed (Jørgensen, 2007). Som formand for Sundhedsstyrelsen udnævner kongen også en læge (ibid.). Op gennem det 20. århundrede tegner der sig et billede af lægen som en autoritet og magtfaktor. I Københavns Stadsarkiv kan man læse følgende:

> *I juni 1964 vedtog Borgerrepræsentationen et regulativ for ledelsen af institutionerne under Københavns hospitalsvæsen. Det blev afløst af et nyt regulativ i 1971: "Regulativ for Københavns hospitalsvæsens lægeråd". Lægerådet bestod på det tidspunkt af 20 medlemmer. Lægerådet fungerede som rådgivere for Hospitalsdirektoratet. Lægerådet skulle høres om forslag, der indebar væsentlige ændringer i hospitalsvæsenets organisation, for eksempel forslag om oprettelse, deling eller nedlæggelse af specialafdelinger. Hospitalsdirektoratet fungerede som sekretariat for lægerådet (Hospitalsdirektoratet 1885-1990). 21*

Opsummeret er lægen gået fra at være familielæge i en tæt relation med patienten til at være kliniker, forsker og en magtpolitisk faktor i de statsejede hospitaler, der dannes for at behandle, kontrollere og udforske sygdomme, og som har til formål at behandle både syge og raske. Lægen anses for en autoritet personificeret som ”*samfundets omsorg for det enkelte individ”* på trods af, at han helt frem til det 20. århundrede havde meget begrænsede muligheder for at helbrede (Jensen, 2010:29).

---

[19] Der åbnes op for, at kirurgerne kan blive medlemmer, men det sker først i midten af 1800 tallet, hvor kirurgi og medicin bliver lagt sammen til én uddannelse. Kirurger har lavere status, da de indtil 1842 ikke har samme uddannelse som medicinerne og ’blot’ har lært en praksis. I medicinernes øjne er de at betragte som beslægtede med de oprindelige bartskærere (barberer) (Jørgensen, 2007).

[20] I 1907 nedlægger Sundhedskollegiet sig selv på grund af en strid med justitsministeriet, hvor lægerne ønskede en læge som medicinaldirektør med direkte reference til ministeren; men politikerne ønskede ikke en sammenblanding af sagsforhold og politik.

[21] Det har ikke været muligt at finde en anden reference udover den elektroniske: http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=523&laes_mere=ja

2.2. Sygeplejefaget i en historisk belysning

Indlejret i forskningsspørgsmålet ligger et forandringsperspektiv, som antager, at sygeplejersker er de forandringsagenter, der foruden at skabe sikre og sammenhængende også skal udvikle *professionelle* overgange. Professionalisme er tæt knyttet til professionsbegrebet, hvorfor det er relevant at undersøge, hvad der karakteriserer sygeplejerskernes profession. Det gøres blandt andet gennem et historisk blik på og analyse af de mange uddannelsesreformer indenfor faget. Hensigten er at få et blik for, hvad der så at sige 'går bag om ryggen' på sygeplejerskerne og konstituerer deres professionelle identitet. Sygeplejefaget i en historisk belysning er dels en beretning om et udpræget kvindefag i et patriarkalsk dansk samfund. Dels er det en beretning om baggrunden for sygeplejefagets mangeårige tilknytning til medicinen. Afsnittet skal dermed ses i forlængelse af det forrige afsnit, men også som et afsnit, der danner baggrund for det kommende.
Det var en række af sammenfald, der førte til den egentlige oprettelse af sygeplejefaget. I 1870'erne er der et af overskud af kvinder[22], da mændene døde i krige eller emigrerede. I samme periode var der enorme landvindinger indenfor det medicinske område. Blandt andet opdagelsen af bakterier og den deraf følgende viden om mikrobiologi, håndvask og desinfektion, som med opdagelsen af narkose også gjorde kirurgi mulig (ibid.). Med de store fremskridt får lægerne brug for hjælpere, der er mere dannede og loyale end mange af de egenrådige og i nogle tilfælde drikfældige madammer og vågekoner (ibid.). I ugeskrift for læger skriver redaktør Budde i 1875:

> *"Hensigten med forslaget er ikke alene at bevirke en omhyggeligere, nøjagtigere og kyndigere Udførelse af Alt, hvad der vedrører Sygeplejen paa Hospitalet, men ogsaa, saa vidt det er muligt, at give denne en forandret Karakter, idet den betroes til kvinder, som særligt have sig helliget dette Kald, og som baade ved almindelig Dannelse og ved en speciel Fagdannelse have forberedt sig dertil. Man vil navnlig stræbe at opnaa dels en større Opmærksomhed for og et kyndigere Blik paa den Syges Tilstand mellem de Tider, da han tilses af Lægen, og en større Paalidelighed i de Referater, som denne erholder om, hvad der er passeret med den Syge i Mellemtiden (..) " (Uddrag af citat fra Jørgensen, 2007:140).*

I dette uddrag lægges der ikke kun vægt på, at kvinderne skal have særlige egenskaber, så lægerne kan betro dem at passe og pleje patienterne efter deres forskrifter; men også at lægerne kan stole på, at de nøjagtigt kan gøre rede for den syges tilstand i de perioder, hvor lægen ikke er tilstede. Fra starten lægger lægerne således vægt på de

[22] Nogle kvinder kan også havde fundet det attraktivt at forblive myndige (og økonomisk selvstændige), idet ugifte kvinder var myndige fra deres 25. år (fra 1857), mens gifte kvinder var umyndige. Lov om gifte kvinders myndighed kom i 1899. I 1915 fik kvinder valgret i DK (Sigvaldsen, 1993).

personlige egenskaber og den praktiske kunnen hos kvinderne. Den teoretiske viden er forbeholdt lægerne selv (Jørgensen, 2007).
I Sophus Engelsteds forord til den første lærebog for sygeplejersker[23] fra 1876 fremhæver han sygeplejerskens personlige egenskaber, som en kvinde med en stærk pligtfølelse og sanddruelighed. Foruden at være en dannet, ugift kvinde, skal hun være fysisk og åndeligt udholdende, være ærbødig, tålmodig, renlig og pålidelig "*med evne til at fatte den virkelige betydning af de givne ordrer, og ikke blot deres ordlyd* " (ibid:141). Udover pleje skulle sygeplejersken også lede arbejdet med at sørge for gunstige betingelser for den syge, herunder lys og luft på stuen, en nærende kost, den rette temperatur etc. Sygeplejerskerne arbejde bestod således også i at sikre hospitalets infrastruktur (ibid.). Af mange af samtidens forslag og tekster, hovedsageligt skrevet af læger, fremgår det, at sygeplejerskerne skulle have en praktisk uddannelse, der skulle bestå i oplæring og information af lægerne. Selvom lægernes ønskede at rekruttere dannede kvinder fra de "*dannede klasser"* (Jørgensen, 2007:141), så var det ofte yngre kvinder fra den lavere middelklasse, der søgte ind på hospitalerne, mens de laveste sociale lag blev selekteret fra formentligt på grund af den lave elevløn og en ulønnet oplæringstid (ibid., 2007). De, der blev ledere af sygeplejen (plejemoder), kom til gengæld fra den højere middelklasse. Det var borgerskabets døtre, der havde ambitioner, og som i flere tilfælde tog til England og Tyskland for at opnå mere viden om sygepleje (Petersen, 1988).[24]
I 1899 blev Dansk Sygeplejeråd (DSR) dannet med 3 hovedformål: At få en ensartet og formaliseret uddannelse af 3 års varighed. Dernæst en statsautorisation og endelig som tredje prioritet bedre løn, ansættelses- og pensionsforhold. Denne prioritering skyldes, at sygeplejefaget blev opfattet som et kald til langt op i 1900 tallet (ibid.). Henny Tscherning, DSR's første formand skriver i Tidsskrift for Sygepleje, nr. 17, 1932:

> *" En sygeplejerskes arbejde må ikke blive et blot og bart levebrød, men der må altid arbejdes på at vokse i indre værd, så vi kan give vores allerbedste til det samfund vi er sat til at tjene " (Petersen, 1988).*

Udtalelsen afspejler den opfattelse, at sygeplejen var et kald, hvilket var et vigtigt signal udadtil. I udtalelsen ligger der en bevidst strategi for at opnå statsautorisation og dermed anerkendelse hos lægerne og i det patriarkalske samfund (Petersen, 1988; Lyngaa, 1995). Autorisationen fik sygeplejersker i 1933 med lov om sygepleje,[25] men den gav ikke den selvstændighed i faget, som forkæmperne drømte om.

[23] Veiledning i konsten at Pleie Syge, 1876:382 (Jørgensen, 2007).

[24] I 1860 påbegyndtes en 3 årig sygeplejerskeuddannelse på The Nightingale School på St. Thomas Hospital, London efter Florence Nightingales (F.N.) principper (F.N. havde i 1857 udgivet et omfattende værk om sygepleje).

[25] Autorisation fik den sygeplejerske, der havde gennemgået 3 års teoretisk og praktisk uddannelse og som kunne "godtgøre at have ført en hæderlig og sædelig vandel". Sygeplejerskerne kom under tilsyn af Sundhedsstyrelsen, som godkendte de sygehuse, der forestod sygeplejerskernes uddannelse (Petersen, 1989).

Sygeplejersker var stadig lægens assistent,[26] og en stor del af sygeplejerskens uddannelse blev fortsat varetaget af læger, som også havde indflydelse på sygeplejerskers lærebøger.[27] Samtidig var uddannelsen meget uens landet over, og den formaliserede uddannelse lod vente på sig og blev først en realitet med uddannelsesreformen i 1957 (Petersen, 1989). I mellemkrigstiden havde DSR kæmpet for at få en uddannelsesreform, da man mente, at man med en uddannelsesreform kunne opnå højere samfundsmæssig agtelse. DSR regulerede derfor sine medlemmer gennem blandt andet sygeplejerskeløftet[28] og gennem medlemskabet, idet fx suppleringsstillinger[29] skulle søges gennem DSR (Wingender, 1999).[30]
I 30'erne tog en gruppe sygeplejersker anført af Elna-Hiorth Lorenzen[31] afstand fra den ubetingede lydighed, selvfornægtelse og religiøse kald. De ville have et erhverv og en fagforening og ikke en standsforening, som de kaldte DSR (Sigvaldsen, 1993). Det lykkedes dem ikke at revolutionere DSR, hvor det var de ledende sygeplejersker, der sad i bestyrelsen, og bestyrelsen ønskede at lægge afstand til håndens arbejde og opnå større respekt, anseelse og status i samfundet. Til dette brugte de sygeplejerskeløftet, undervisning i etik, vandelsattest[32] og et tæt samarbejde med lægerne. Ideologien om den dannede, barmhjertighedsfulde kvinde med den høje moral var vigtigere som billede udadtil - end virkeligheden, som var fysisk hårdt arbejde med dårlige løn- og arbejdsvilkår (Sigvaldsen, 1993).
Fra 1957 og de kommende 2 årtier vedblev sygeplejersken at være lægens assistent. I den periode var der en enorm ekspansion indenfor medicinen med flere specialer, og med specialerne og lægerne fulgte sygeplejerskerne (Wingender,1999).

---

[26] I 1937 blev det tilladt for sygeplejersker at gifte sig. Det var der stor modstand imod, også indenfor fagets egne rækker. Således lød det i læserbreve (Tidsskrift for Sygepleje, 1937), at man ikke kunne tjene to herrer (både sin ægtemand og lægen) (Wingender, 1999).
[27] Den første danske lærebog i sygepleje blev udgivet af DSR i 1926 og anmeldelsen i Ugeskrift for Læger var meget negativ. Blandt andet stod der, at der var "*alt for meget stof til sygeplejerskernes niveau"*. DSR ønskede ikke noget udestående med lægerne og afkortede anatomi - og fysiologiafsnittet, hvorved udgivelsen gik fra 3 til 2 bind (Wingender, 1999).
[28] "*Jeg forpligter mig for Gud og denne Forsamling til at leve mit Liv i Renhed og at udøve min Gerning i Troskab. Jeg vil gøre alt, hvad der står i min Magt, for at opretholde og højne min Stands Maal. Jeg vil bevare som Hemmeligheder alle personlige Forhold og Familieaffærer, der under Udførelsen af mit Kald kommer til min Kendskab. Med Troskab vil jeg Bestræbe mig for at hjælpe Lægen i hans Arbejde og vie mig til deres Velfærd, der er givet mig ind under min Omsorg"* (Wingender, 1999).
[29] Mange sygehuse havde ikke børneafdelinger eller andre specialafdelinger og kunne kun tilbyde en 2 årig uddannelse.
[30] Eleverne fungerede som billig arbejdskraft. Der var ofte 8 elever om 1-2 uddannede sygeplejersker og én elev og én sygeplejerske til 10-15 patienter (Petersen, 1989) Eleverne skulle sørge for at tænde op i kakkelovnen, gøre rent, vaske og lave mad foruden at pleje patienterne. Samtidig var eleverne alene i de udmattende 12 timers vagter. Deres prøvetid var et halvt år og ofte uden løn. Flere steder fik de heller ingen uddannelsesbevis hvilket gjorde dem stavnsbundne til uddannelsesstedet (ibid.).
[31] Elna Hiorth-Lorenzen var aktiv i DKP (Danmarks Kommunistiske Parti) og forfatter til: Sygepleje – kald eller erhverv? (1934)
[32] Vandelsattesten krævedes i starten bekræftet af en mand. Senere tillod man også en kvinde at bekræfte, om den kommende sygeplejelev havde en ren og sædelig vandel (Petersen, 2003).

I 70'erne kom der et ønske om at lægge afstand til apparatfejlmodellen og den naturvidenskabelige tilgang til sygepleje. Da der i 1979 kom en justering af sygeplejerskeuddannelsen blev der et øget fokus på de human- og samfunds-videnskabelige områder. Uddannelsen blev øget til 3½ år og fordelingen af teori og praktik blev ændret[33], men det var fortsat en lærlingeuddannelse.[34] (Glasdam, 2008). Med betoningen af sygeplejerskens koordinerende og vejledende opgaver, introduceres sygeplejersken som koordinator, men også hendes evne til at forny sig i takt med den videnskabelige og samfundsmæssige udvikling lagde man yderligere afstand til patienterne og håndens arbejde, som sygehjælpere (fra 1960) og senere social- og sundhedsassistenter (fra 1990) kom til at tage sig af (Petersen, 2003). Med 1990- uddannelsen, blev der (igen) lagt vægt på sygeplejerskens *personlige* egenskaber. Det var måske nok mere i samklang med tidens fokus på kompetencer, end det var for at tækkes lægerne. I denne periode sker der en større udvikling indenfor de sundhedsfaglige uddannelser (Petersen, 2003). Der udvikles et uddannelsessystem med basisforløb som social – og sundhedshjælper og et kompetencegivende højere niveau for social- og sundhedsassistenter, som er tænkt ind i sammenhæng med de mellemlange videregående uddannelser som sygeplejerske, radiograf, fysioterapeut mv. (ibid.).[35]

Med 1990-uddannelse sker der også flere ændringer af sygeplejerskeuddannelsen, der får afgørende betydning for sygeplejefaget. For det første defineres sygeplejen som et fag med egen teori og metode, og uddannelsen lægges ind under undervisningsministeriet og er dermed ikke længere underlagt den direkte styring fra sundhedsstyrelsen (Petersen, 2003). For det andet bliver 1990-uddannelsen udformet som et studium, og elever bliver til studerende, der overgår til SU. For det tredje bliver der for første gang også lagt vægt på at udvikle sygeplejefaget (ibid.).

Den nye uddannelse er således også i tråd med DSR's statusdokument, som rådet udgav kort før arbejdet med den nye uddannelse, og hvor sygeplejerskens virksomhedsområde står beskrevet. I dokumentet står der blandt andet, at sygeplejersken skal undervise, samarbejde og administrere og "*lede på det strategiske, taktiske og operationelle niveau"* (Dansk Sygeplejeråd, 1985:5). Med statusdokumentet, som også har fokus på fagets udvikling og forskning, vil DSR for alvor lægge afstand til medicinen og markere overfor både læger og politiske

[33] Fordelingen mellem teori og praktik gik fra 2/3 praktik og 1/3 teori efter 1957-uddannelse til at udgøre 55% praktik og 45% teori med anordningen i 1979 (Glasdam, 2008).

[34] Allerede i1975 fremkom man med en betænkning, som lagde op til et større fokus på sygepleje, human- og samfundsvidenskab og en adskillelse mellem personalebehov og uddannelse gennem en semesteropdeling og ikke en lærlingeuddannelse. Forslaget blev nedstemt af DSR og Amtsrådsforeningen. Fra DSR's side var man betænkelig ved, at man ved et studium ikke kunne disponere over eleverne og med udsigten til en dårligere sygeplejenormering var der risiko for, at andre faggrupper kunne overtage sygeplejen. Fra amtsrådsforeningen var man slet og ret betænkelig ved manglen på arbejdskraft (Petersen, 2003; Glasdam, 2008)

[35] Samtidig nedlægger man de brede grunduddannelser som hjemmehjælper, sygehjælper, plejer, plejehjemsassistent, beskæftigelsesvejleder (Petersen, 2003).

beslutningstagere, at sygeplejefaget er et selvstændigt fag, som på alle niveauer skal ledes af sygeplejersker; rollen som koordinator fremhæves igen.[36]
I 2001 skete der endnu en udvikling, der eksplicit gav faget sin status som en profession. I 2001 blev uddannelsen ændret til en professionsbacheloruddannelse på 3½ år, der gav direkte adgang til videreuddannelse på det universitære niveau. Denne status kom også til udtryk i fordelingen mellem teori og praksis, hvor teoridelen for første gang var større end praktikdelen (58% teori og 42% praktik). Fordelingen var dog ikke uden omkostninger. I de efterfølgende år sås der et højt frafald på uddannelsen og undersøgelser viste, at der var et stort gab mellem teori og praksis, ligesom de viste, at aftagerne var utilfredse med de nyuddannede sygeplejerskers kliniske færdigheder. Der var således uoverensstemmelser mellem uddannelsen, og det erhverv som sygeplejerskerne skulle bestride. Det forsøgte man at rette op på med endnu en bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, som kom i 2008, hvor de human- og samfundsvidenskabelige fag reduceres til fordel for de sundheds – og naturvidenskabelige fag (Glasdam, 2008).
I 2016 er uddannelsen revideret endnu engang. Baggrunden er, at Uddannelses- og Forskningsministeriet ønsker at fremtidssikre de mellemlange videregående sundhedsuddannelse gennem et øget fokus på evidensbasering, forskning, tværfaglighed og øget internationalisering (Uddannelses- og Forskningsministeriet, Styrelsen for Videregående Uddannelser, 2014).
I de sidste 100 år har sygeplejerskegruppen, fortrinsvis repræsenteret gennem den faglige organisation DSR, generelt haft fokus på skabelsen af et selvstændigt fag, som det også ses gennem bekendtgørelsen fra 2016,[37] hvor 'selvstændigt' gentages 3 gange. Samtidig bliver sygeplejersken rolle som koordinator igen og igen fremhævet, idet hun varetager et "klinisk lederskab". Karakteristisk for de senere års sygeplejerskeuddannelser er også, at deres indhold mere og mere skal nærme sig det universitære niveau.
Igennem uddannelsesreformerne er sygeplejerskerne da også gået fra den rent praktiske mesterlære til et mere teoribaseret studie og dermed også en mere evidensbaseret praktik (Petersen, 2003). Sigtet har været at få en professionsstatus på

[36] I statusdokumentet er der beskrevet ikke mindre end 10 områder, som sygeplejersken er ansvarlig for. Statusdokument. Sygeplejerskens virksomhedsområde, DSR, 1985, s. 5 – 6. Statusdokumentet er genoptrykt i 1993 og er ikke revideret siden (Højbjerg, 2003).

[37] Ifølge bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje (BEK nr. 804 af 17/06/2016) gældende fra den 1. august 2016 er formålet med uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje *"at kvalificere den studerende til efter endt uddannelse selvstændigt at udføre sygepleje for og med patient og borger i alle aldre. Den uddannede skal selvstændigt kunne håndtere komplekse og udviklingsorienterede situationer i sygepleje og intervenere med afsæt i en evidens- og forskningsbaseret praksis i alle dele af sundhedsvæsenet under hensyntagen til den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for sygepleje og omsorg samt sundhedsfremme og forebyggelse. Den uddannede skal selvstændigt kunne varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje samt indgå i tværprofessionelt og tværsektorielt samspil på individ-, gruppe- og samfundsniveau såvel nationalt som internationalt. Den uddannede skal kunne forvalte sygeplejefagets og professionens værdier, teorier, begreber og metoder og integrere viden fra sundheds-, natur- og samfundsvidenskab samt humaniora og opnå kompetence til at kunne deltage i forsknings- og udviklingsarbejde. Den uddannede opnår kompetencer til at kunne fortsætte i teoretisk og klinisk kompetencegivende efter- og videreuddannelse".*

linje med lægernes. I hele perioden har det således været et ønske at frigøre sig fra lægerne og lægernes praksis og i stedet at fremhæve den selvstændige sygepleje som fag; dette italesættes ofte som den kliniske sygepleje. Den selvstændige sygepleje udføres dog ikke i sygeplejens klinik, men i lægens specialiserede klinik (Petersen, 2003). Sygeplejersken plejer ikke patienterne direkte efter lægens anvisninger og diagnose, men koordinerer og administrerer arbejdet i en specialiseret lægelig klinik (ibid.). I forskningsmæssige sammenhænge ses det fortsat, at nogle sygeplejersker placerer sig underordnet den medicinske tradition, men der ses også en tendens til, at sygeplejepraktikere

> *"..opbygger videnskabelige teorier om sygeplejefeltet og forsøger dermed at opbygge en omsorgs- og plejevidenskab parallelt til den medicinsk styrede kliniske sygeplejevidenskab "(Petersen, 2003:9).*

Opsummeret ses det gennem sygeplejefagets uddannelsesreformer, at faget anvender forskellige strategier; blandt andet at tækkes lægerne, for at få gennemført sin ambition om først en autorisation, derefter en 3-årig uddannelse og langt senere en professionsuddannelse. Det ses også, at faget i flere tilfælde ser ud til at lave benspænd for sig selv. Blandt andet gennem den udprægede vægtlægning af koordinatorrollen. Foruden at spejle sig i samfundsudviklingen, spejler faget sig også i medicinen. Lyngaa (1995) anfører, at sygepleje er der i sin eget ret. Den skal ikke ordineres af nogen anden end af sygeplejersken, men for at sygeplejersken kan ordinere sygepleje på et hospital, skal patienten være indlagt med en diagnose, som lægen har defineret. Sygeplejefaget er blevet et selvstændigt fagområde; en profession og er anerkendt som sådan. Spørgsmålet er om professionen ville kunne praktiseres i en hospitalskontekst uden en klinisk lægelig praksis. Spørgsmålet er også hvilken betydning den tætte relation til lægeprofessionen har for sygeplejen og dermed for udøvelsen af fagligheden i patientovergange. Det sidste problematiseres senere i afhandlingen (se blandt andet afsnit 8.1. & 9.5.). Det næste afsnit undersøger hospitalet som et magtpolitisk rum, for udøvelsen af sygeplejerskens praksis.

2.3. Hospitalet som et magtpolitisk felt

Medforskerne i dette aktionsforskningsprojekt er sygeplejersker, som i deres daglige arbejde er underlagt vilkår, som naturligt vil komme til udtryk i det forskningsarbejde, som de er blevet en del af. Det vil derfor være af central betydning at give plads til nogle aktuelle betragtninger om det magtpolitiske rum, som sygeplejersken skal fungere i. Afsnittet vil derfor med et diskurspolitisk perspektiv se på udviklingen af sundhedsvæsenet frem til i dag.
Siden 1970'erne har sundhedsvæsenet været fokus for en omfattende politisk og offentlig bevågenhed, der har medført, at sundhedsområdet er ét af de mest gennemregulerede områder i DK med et omfattende antal regelsæt, der er genereret af dels enkeltstående sager, dels forskellige styringsredskaber som lovgivning, referenceprogrammer, kliniske retningslinjer, pakkeforløb etc. (Riiskjær, 2014). Oveni disse reguleringer er også love, der regulerer kompetencefordelingen som fx sundhedsloven og autorisationsloven. Ydermere er der tradition for, at skiftende

regeringer og Danske Regioner hvert år aftaler nye initiativer for hospitalernes praksis som fx kontaktpersonsordning, krav og kommissorier for sygehusstruktur og kvalitetsarbejde mv. (ibid.). Igennem de sidste fyrre år har sundhedsvæsenet derfor oplevet et betydeligt pres på at legitimere sin praksis. En legitimering, der ofte er karakteriseret af brydninger mellem politikerne, der med udgangspunkt i deres generelle vidensniveau skal regulere ud fra hensynet til den almene del af befolkningen, og de sundhedsprofessionelle som imødegår forslag med deres mere detaljerede viden (ibid.). Patientens rolle har ligeledes ændret sig gennem tiden. I 50 - 60'erne havde man den klassiske forestilling om, at patienten indtog en passiv sygerolle med ret til at blive fritaget fra de normale ansvarsområder mod, at han forpligtede sig til at underlægge sig lægens autoritet (Pedersen, 2010). Lægen var den moralske og kyndige autoritet, der udførte sin gerning til patientens bedste (Jensen, 2010). Fra at indtage den passive rolle bliver patienten i 80'erne beskrevet som den ansvarlige samfundsborger, der skal tage vare på egen omsorg og sundhed gennem forebyggelse. Dermed forventes det, at den syge indtager en mere aktiv rolle (Pedersen, 2010). I 90'erne har sundhedsvæsenet fokus på øget konkurrence, effektivitet og kvalitetsmålinger. Samtidig søger man at uddanne (blandt andet på patientskoler) den omkostningstunge patient til den bevidste forbruger, der kan tage hånd om egen sundhed. Der er en tydelig inspiration fra udlandets New Public Managements strategier (Ibid.).
På grund af de eskalerende udgifter sætter sundhedsvæsenet sig i stigende grad på den politiske dagsorden. Fra 2000 bliver hospitalerne styret gennem markedsøkonomiske strategier som aktivitetsmålinger, Diagnose Relaterede Grupper (DRG)-takster[38] og andre målbare faglige indikatorer, som et led i at skabe større gennemsigtighed med de stigende udgifter (ibid.).
Staten forsøger tillige at begrænse de offentlige udgifter gennem omstruktureringer hvor offentlige opgaver decentraliseres eller udliciteres til underliggende niveauer (Steensen, 2007). Sådanne omstruktureringer kommer ofte til udtryk gennem management- og effektiviseringsstrategier, som man henter fra den private sektor. Det kan afstedkomme en større polarisering i samfundet, hvor de professionelles ydre rammer udvikler sig forskelligt. Det ligger implicit i erhvervelsen af professionsstatus og den professionelle identitet, at professionerne støtter op om den offentlige sektor. Denne støtte og troskab overfor sektoren trues af, at professionerne i stigende grad oplever, at deres handlemuligheder begrænses (Steensen, 2007). De professionelle oplever tab af autonomi og autoritet, men også vanskeligheder ved at leve op til egne idealer om en ensartet praksis, foruden deres etiske forpligtelser om at sikre alle patienter lige muligheder (ibid.).

[38] DRG-systemet er en amerikansk beregningsmetode, der har til formål at sammenligne sygehusenes aktiviteter. "*Patienter opdeles i "Diagnose Relaterede Grupper" på baggrund af oplysninger om sygdomme, behandlinger og sygehusafdelingernes udgifter. Disse data indberetter landets sygehuse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som på baggrund heraf udregner takster for, hvad forskellige sygehusydelser koster. DRG-systemet har været brugt ved styringen af det danske sygehusvæsen siden 1996. Systemets formål er bl.a. at vurdere sammenhængen mellem sygehusenes aktiviteter og udgifter"* (Statsrevisorernes beretning om DRG-systemet, 2011).

Politikerne siger, at de ønsker et hospitalsvæsen i verdensklasse.[39] Det vil sige, at befolkningen skal tilbydes den nyeste, bedste og mest effektive behandling og medicin. Samtidig viser demografien, at befolkningsgruppernes sammensætning har en overvægt af en stadig aldrende befolkning, som lever længere. I takt med den øgede andel ældre vil der blive en øgning i antallet af brugere af sundhedsvæsenet og nye dyre behandlinger og medicin (Hildebrandt, 2015). Hvad der også er interessant er, at der er kommet en ny type patienter: 'forbrugerpatienten', der overfører sin forbrugeradfærd fra andre områder til sundhedssystemet (Pedersen, 2010). Det er patienter, der efterspørger de mange valgmuligheder og søger oplysninger hos de professionelle, som de opfatter som serviceleverandører, der skal tilfredsstille deres behov for information og som skiftes ud, hvis ikke svarene matcher forbrugerens ønsker (ibid.).
At der er store interesser på spil i det danske sundhedsvæsen, og at det indimellem kan være svært at gennemskue hvis interesser, der plejes, vidner arbejdet med sygehusstrukturen i 2008 om. Et ekspertpanel bestående af 2 udenlandske eksperter, en erhvervsmand, økonomer og lægefaglige eksperter barsler i 2010 med en plan til en fremtidig sygehusstruktur. Hovedlinjerne er, at ni hospitaler i landet skal have status som specialhospitaler, og at der samtidig sker en nedlæggelse af akutfunktionen på mange af landets sygehuse (og dermed en indirekte lukning) samt en styrket præhospital indsats (Riiskjær, 2014). Samtidig skal antallet af senge reduceres med 20 procent inden 2020. Argumenterne for planen var:

> *"at borgerne ikke skulle opleve falsk tryghed på de små og mellemstore sygehuse, og at høj volumen i sig selv ville øge sikkerhed og kvalitet. Den legitimitet som de små og mellemstore sygehuse (...) havde nydt var pludselig væk " (Riiskjær, 2014:138).*

Reduktionen i sygehusene blev overladt til regionerne, som gennem et massivt økonomisk pres og trussel om nedlæggelse fra staten[40], gennemførte en omlægning til en ny sygehusstruktur. En struktur der satser på specialsygehuse og hvor der i planen ikke er plads til de kroniske patienter. Dem måtte kommunerne tage sig af gennem opbygning af det nære sundhedsvæsen (ibid.). I kølvandet på den nye sygehusstruktur og de mange sygehuslukninger og reduktion i sengepladser (hvor en femtedel er nedlagt på 5 år viser tal i 2012), er der fremkommet massive problemer med gentagne overbelægninger på de medicinske afdelinger (ibid.). I 2013 blev det for meget for Dansk Sygeplejeråd (DSR), der fik flere og flere fortvivlede henvendelser fra sine medlemmer. Sammen med Danske patienter og lægeforeningen udformede DSR en 'hjælpepakke' som blandt andet bestod i et stop for nedlæggelse af de medicinske senge:

[39] Udtalt af skiftende regeringer indenfor det sidste tiår og blandt andet gentaget i en kronik af formændene for de faglige organisationer; Christensen et al: Vejen til et sundhedsvæsen i verdensklasse (Berlingske, 2011)

[40] Allerede i forbindelse med kommunalreformen i 2007 var der stærke politiske røster, der talte for en nedlæggelse af regionerne (Riiskjær, 2014).

> *"Et stop for nedlæggelse af medicinske senge er en nødvendig løsning for at bremse en helt uacceptabel udvikling, hvor flere og flere medicinske patienter ligger på gangene. Patienter på gangene skaber uværdige og farlige situationer for både patienter og personalet, hvor der sker flere fejl og behandlingen bliver dårligere, siger Lars Engberg, formand for Danske Patienter. " (Olufsen, Denoffentlige.dk, 2013).*

Selvom man fra politisk hold ikke vil være ved, at der foregår en prioritering i sundhedsvæsenet finder Risskjær (2014) i sine empiriske undersøgelser tendenser i retning af et prioriteringshierarki, hvor der regionalt først og fremmest afsættes midler til fx kræftpakker, medicinudgifter og privathospitaler.

> *"Den underfinansierede rest betyder næsten altid reduktioner i sengeantal og liggetider for de medicinske patienter" (Riiskjær, 2014:169).*

Set i denne kontekst med fokus på patientovergange fra intensiv til stamafsnit er det et interessant aspekt, idet mange intensivpatienter netop overflyttes til medicinske afsnit, der som ovenstående viser, både er reduceret i senge og dermed også i personale. Spørgsmålet er således, hvilken betydning det har for mulighederne for at udvikle bedre overgange.
Opsummeret har sundhedsvæsenet udviklet sig fra at være udpræget lægestyret til at være politisk styret, med et udtalt fokus på økonomisk styring. Genstandsfeltet for det offentlige sundhedsvæsen har samtidig udviklet sig fra et fokus på den lidende og syge patient til at omfatte et stadigt stigende antal raske, der efterspørger sundhedsvæsenets ydelser til at løse de (mindre) sundhedsproblemer, som de oplever, at de har. Der er et tiltagende pres på sundhedsvæsenet, som giver sig udslag i en implicit prioritering, hvor særligt de medicinske afsnit på grund af lukning af mindre sygehuse oplever at skulle modtage et stærkt stigende antal patienter og samtidig presses af begrænsede ressourcer. Det kan få implikationer på det helt konkrete praktiske niveau, idet mange af intensivpatienterne i denne kontekst overflyttes til de medicinske stamafsnit.

2.4. Afhandlingens kontekst

Projektet i denne afhandling foregår på ét af de 5 universitetshospitaler i Danmark. Universitetshospitalet beskæftiger ca. 6000 medarbejdere fordelt på godt 30 specialer. Hospitalet har tre intensive afsnit, hvoraf det ene er et alment intensiv afsnit med en bred kontaktflade til størstedelen af de medicinske og mave-tarmkirurgiske afsnit på hospitalet. De to øvrige er specialiserede afsnit, som thorax intensiv afsnit, der giver intensiv terapi til patienter med svære lidelser i hjerte og lunger. Det andet er et traume intensivt afsnit, der giver intensiv terapi til patienter, der lider af traumer eller blødninger i hoved og krop. De to sidstnævnte afsnit har primært samarbejde med 1-2 stamafsnit, som de modtager patienter fra eller overleverer patienter til.
På almen intensiv afsnit indlægges patienter til intensiv terapi med lidelser som f. eks. blodforgiftning, svære mave-tarmlidelser og svære blodsygdomme, hvor der er risiko

for organsvigt i større eller mindre grad. Patienten indlægges enten direkte fra det akutte modtageafsnit eller fra operationsafsnittet eller fra patientens stamafsnit, som patienten blev indlagt på eller blev tildelt ved indlæggelsen på hospitalet. Patientens stamafsnit bliver defineret ved indlæggelsen på hospitalet, alt efter hvad den indlæggende læge vurderer som patientens hoveddiagnose. Fx vil en patient, der kommer på hospitalet med en alvorlig og livstruende lungebetændelse få tildelt lungemedicinsk afsnit som stamafsnit, selvom patienten bliver indlagt direkte på Intensiv og først får kontakt med stamafsnittet, når sygdommen ikke længere er livstruende og han kan overflyttes til stamafsnittet. Almen intensiv afsnit modtager patienter med tilknytning til flertallet af de medicinske og kirurgiske stamafsnit på hospitalet. Personalet på det intensive afsnit samarbejder dog overvejende med de samme 8-12 forskellige stamafsnit, men kan også modtage og overflytte patienter til andre afsnit på hospitalet og andre hospitaler.
Når patienten er færdigbehandlet fra det intensive afsnit, kontakter vagthavende læge fra det intensive afsnit det pågældende stamafsnits bagvagt (læge med specialuddannelse) for at overdrage patienten enten pr. telefon eller ved direkte kontakt.[41] Derefter kontakter intensiv sygeplejersken (IS)[42] det pågældende stamafsnits modtagesygeplejerske (SS) for at aftale, hvornår patienten kan overflyttes. I nogle tilfælde kan IS komme bagvagten i forkøbet, når hun ringer til stamafsnittet og melder patienten tilbage, men som oftest har den ansvarshavende sygeplejerske i stamafsnittet modtaget meddelelse fra bagvagten om, at patienten er klar til at komme på stamafsnittet.
I ikke-akutte tilfælde tilstræbes det, at beskeden om, at patienten er på vej til stamafsnittet foregår som en telefonisk kommunikation mellem IS og SS fra stamafsnittet, hvor der kort fortælles om patientens aktuelle tilstand, og det aftales, hvornår stamafsnittet kan modtage patienten. IS ledsager patienten på stamafsnittet til den aftalte tid, og det tilstræbes, at den sygeplejerske, der har modtaget telefonisk besked om patienten, tager imod patienten i sengeafsnittet med henblik på at modtage uddybende information om, hvorfor patienten har været i intensiv terapi, hvad der er foregået under indlæggelsen på intensiv og hvordan patientens aktuelle tilstand er. I den sammenhæng informeres der også om patientens psykiske tilstand og sociale forhold.
I akutte tilfælde, hvor intensiv modtager en dårlig patient og derfor har behov for at få frigjort en sengeplads, kan det gå mere eller mindre hurtigt med at overflytte patienten til stamafsnittet. Forberedelsestiden for både patient, pårørende og personalet på stamafsnittet kan tilsvarende blive afkortet, og der kan i sådanne tilfælde

[41] Jf. Samarbejdsaftale mellem Klinik Anæstesi og øvrige enheder på Universitetshospitalet i forbindelse med intensiv medicinsk terapi (bilag 2).

[42] Til forskel fra sygeplejersker på stamafsnittene er intensivsygeplejersker specialuddannede indenfor intensiv sygepleje. Uddannelsen stiller krav om mindst 2 års klinisk erfaring som sygeplejerske på hospitalsafdelinger. Mindst 6 måneders introduktionsuddannelse på en intensivafdeling og 18 måneders specialuddannelsen vekslende mellem praktiske og teoretiske studier jf. Bekendtgørelse om specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje. BEK nr. 521 af 19/06/1997 og Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje. CIR nr. 92 af 26/6/1997.

være en risiko for, at både forberedelsen og selve overleveringen bliver hektisk med brud på kontinuitet i både koordinerings-, ansvars- og opgavefordeling, men også i dialogen og i samarbejdet i øvrigt.
Den modsatte vej fra stamafsnit til intensiv forekommer også, og det sker næsten altid akut, idet patienten kun overflyttes til intensiv terapi, hvis en læge (ofte bagvagten) har vurderet, at patientens tilstand er så dårlig, at han ikke vil kunne behandles adækvat på stamafsnittet. I denne overgang foregår kommunikationen primært mellem bagvagten fra stamafsnittet og den vagthavende på intensiv, som bagvagten har kontaktet. En læge fra stamafsnittet ledsager altid patienten til intensiv, hvorimod det er sygeplejersken, der ledsager patienten den modsatte vej. Tidligere ledsagede stamafsnittets sygeplejerske også patienten på intensiv, men den praksis er ophørt med begrundelse i manglende ressourcer.
For at give en forståelse af udviklingen indenfor intensiv terapi gengives her et historisk rids, som en overlæge fortalte på et tværfagligt møde,[43] og som illustrerer, hvor syge patienterne er, også når de forlader intensiv afsnit.

> *" Mange har gennem tiden troet, og nogen tror det endnu, at intensiv terapi er at stikke et rør ned i halsen og så ventilere et par dage, og så overlevede de, eller også så døde de. For det første er vi blevet bedre og bedre til at holde liv i patienterne. For det andet tilbyder vi også intensiv terapi til flere og flere og meget syge patienter. Det er blevet mere tilladt både at blive gammel og blive svært syg, og man har krav på den samme behandling. Startgrundlaget er pludselig et andet sted, end det var for nogle få år siden.*
> *Tidligere havde vi dem ikke liggende så længe. Der afsluttede man behandlingen længe før, fordi man vurderede, at det var formålsløst. Nu er teknologien og behandlingerne blevet så meget bedre, at vi har mulighed for at fortsætte behandlingen over længere tid, hvilket medfører patienterne bliver svært afkræftede, hvis de overlever, og mange af dem, vi udskriver, er meget dårligere end det vi så for 5-10 år siden.*
> *Man er også blevet meget mere opmærksom på det, som vi kalder PICS (Post Intensive Care Syndrom). Man ved, at patienterne er svage på alle organsystemer, når de kommer ud herfra.*
> *Vi ved også, at jo længere de har været her, jo mere syge er de og jo længere tids indlæggelse på stamafdelingen forventes der bagefter. "*

[43] Jeg var selv deltager og referent ved mødet, som handlede om overflytningskonferencer. Derom senere. Overlægen har set og godkendt referatet og har på forespørgsel fra mig givet sin tilladelse til, at udtalelsen også anvendes i afhandlingen (mail af 23. januar 2017).

2.4.1. Præsentation af intensiv og stamafsnit

For at få en forståelse af forskellen på et intensiv afsnit og et stamafsnit vil jeg give en kort præsentation af indretningen af de to afsnit med det forbehold, at stamafsnittene er forskellige afhængig af, hvilken matrikel[44] de er beliggende på. Intensiv er beliggende på 9. etage i et større hospitalsbyggeri fra starten af 60'erne, som har gennemgået omfattende renoveringer på skiftende etager gennem årerne. Således også denne etage hvor intensiv afsnit flyttede ind for godt 5 år siden.[45] Indgangen til intensiv afsnittet består af en hvidmatteret dør uden mulighed for indkig i modsætning til andre afsnits indgange, som har helt transparente glasdøre.[46] Besøgende bliver anmodet om at ringe på en klokke og ikke gå direkte ind på afsnittet før et personalemedlem viser sig. Fra døren kommer man ind på en lang gang med en receptionsskranke på højre side, som ikke var bemandet under projektperioden. Afsnittet er indrettet med 6 enestuer, medicinrum, skyllerum, depotrum, toilet mv. på den ene side af en lang gang og på den anden side to 2-sengs-stuer foruden en personalestue og flere kontorer til læger, ledere og sekretærer. Udenfor hver af enestuerne er der en dør ind til stuen og et aflangt vindue ved siden af døren, så man kan kigge ind til patienten uden at forstyrre denne.[47] Foran vinduet er der placeret et skrivebord med en PC og overvågningsudstyr. Her sidder IS, når hun ikke er inde hos patienten. På selve sengestuen er der placeret en højteknologisk seng, overvågningsudstyr, et bord indeholdende forskellige medicinpræparater samt bord og stole til patient og pårørende.
De kirurgiske sengeafsnit er beliggende i byggeri fra 60'erne eller ældre. De består af en lang smal og forholdsvis mørk gang med enten sengestuer på begge eller blot den ene side. På den anden side er der depoter, medicinrum, skyllerum, personalestue og kontorer. På gangen står der ofte forskelligt udstyr som fx senge, rulleborde og borde med drikkevarer til patienter. På sengestuerne er der plads til 1-4 senge, og der er mindre badefaciliteter tilknyttet hver stue.
De medicinske stamafsnit er beliggende i en nyere bygning fra 2005. De består typisk af en lang gang, hvor sengestuerne er placeret i den ene side og depoter, medicinrum, skyllerum, personalestue og kontorer i den anden side. I det nyere byggeri kommer man igennem de store transparente glasdøre ind på en lang, bred og lys gang. Midt på gangen er der placeret en lav skranke, hvor der ofte sidder en sekretær i dagtimerne.

---

[44] Som det er tilfældet med meget hospitalsbyggeri, ses der ofte tilbygninger på flere forskellige matrikler efterhånden som behovet for mere plads viser sig.

[45] Afsnittet kom fra mindre og slidte lokaliteter på 1. etage og flytningen har givet mere opdaterede og forbedrede lokaleforhold. En IS har nævnt at det, at man nu har fået helt adskilte enestuer i stedet for som før, hvor man havde flere patienter på én stue, har bevirket, at nogle af sygeplejerskerne føler sig mere alene og kan savne de kollegiale og faglige drøftelser, som man havde på det gamle afsnit.

[46] Alle døre åbner automatisk ved at rykke i en snor i loftet eller trykke på en kontakt.

[47] 2- sengs stuerne har ingen vinduer til indkig. Til gengæld er der en dobbeltdør, som oftest står åben med direkte indkig til den ene eller begge patienter.

Sengestuer og gang har store vinduespartier og udsigt ud over byen. Der er plads til 1- 2 senge på hver stue, og til hver stue er der placeret et større toilet med moderne badefaciliteter. Ofte er der dog overbelægning på såvel medicinske som kirurgiske afsnit, som kan have 3 patienter indlagt på en sengestue beregnet til 2 sengepladser.[48] Det er ikke usædvanligt, at der på en dag bliver meldt 2-3 patienter fra akutmodtagelsen (AMA), som der skal skaffes plads til og fordeles, selvom afsnittet er fuldt belagt.[49] Når der tillige bliver meldt en intensiv patient igangsættes en større omorganisering, idet der skal tages hensyn til køn, men også ofte enestue, adgang til ilt og sug og et stort udenoms areal til lift og særlige hjælpemidler. Til forskel fra intensiv er der ingen læger, der har kontorer på stamafsnittene.
Sammenfattende har dette kapitel set på den kontekst, hvori patientovergange finder sted fra det historiske og samfundsmæssige perspektiv til den aktuelle politiske diskurs for endeligt at afsluttes med en konkret beskrivelse af den helt nære kontekst, hvorunder overgange finder sted. Der ses et mønster igennem kapitlet, som viser, at sygeplejersken er gået fra at være lægens assistent til at være underlagt skiftende politiske beslutninger, der begrænser og stækker hendes faglighed på væsentlige områder, der kan få implikationer for patientovergange.

[48] Man forsøger at finde plads til alle patienter på sengestuerne, idet loven kræver en brandvagt, hvis der er patienter på gangen (En brandvagt er en beredskabsvagt fra Beredskabsstyrelsen eller Brandvæsenet, der opholder sig på gangen med henblik på at forebygge og hjælpe ved brand) Brandvagten skal afsnittet betale af sit eget budget.
[49] I mit observationsstudie oplevede jeg, at der på ét af stamafsnittene blev meldt 3 patienter fra AMA, på trods af, at afsnittet i forvejen havde overbelægning.

KAPITEL 3. AFHANDLINGENS VIDENSKABSTEORETISKE AFSÆT

I afhandlingens første kapitel beskrives og begrundes relevansen for dette projekts fokus afsluttende med problemformuleringen:
Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?

Og de tilhørende forskningsspørgsmål:
Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde om - og træffe velbegrundede beslutninger, når målet er at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

Ovenstående problemformulering med tilhørende forskningsspørgsmål er dynamiske i deres karakter og implicerer hvorledes afhandlingens fokus og genstandsfelt; patienter i overgange, skal forstås og handles på. Som sådan implicerer de også forskelle i erkendelsesinteresser og dermed antagelser om viden, videns beskaffenhed og hvordan viden frembringes. Det fordrer en udfoldelse og præcisering af denne afhandlings ontologiske og epistemologiske afsæt.
I det første forskningsspørgsmål der et ønske om at forstå og fortolke andres individuelle erfaringer og oplevelser med patientovergange. Den viden, der efterspørges er en autentisk viden, der gennem sin indfældning som en subjektiv erfaring udgør en betydning for det enkelte menneske (Kvale & Brinkmann, 2009). Det andet forskningsspørgsmål implicerer en erkendelsesinteresse, hvor de involverede gennem dialog og interaktion sammen frembringer og konstruerer viden. Begge forskningsspørgsmål peger mod et induktivt design (ibid.).
Det første forskningsspørgsmål retter sig mod en afdækning og undersøgelse af den nuværende praksis omkring patientovergange. Fokus vil her være på at indsamle data med henblik på at identificere og planlægge de handlinger, som medforskerne skal undersøge og finde nye arbejdsgange til med henblik på at skabe sikkerhed og sammenhænge i patientovergange. I denne fase er der overvejende fokus på livsverdensperspektivet, og på hvorledes patientovergangen opleves og forstås af patienter, pårørende og sygeplejersker. Det andet forskningsspørgsmål retter sig mod handling, forandring og udvikling af den nuværende praksis omkring patientovergange. Her er aktionsforskning valgt som tilgang til at undersøge, hvorledes viden skabes og frembringes. I denne fase står handlingsaspektet centralt. Der er fokus på det fælles perspektiv og på at frembringe ny viden gennem samarbejde og samskabelse.
Indledningsvis vil der blive gjort rede for problemformuleringens og forskningsspørgsmålenes forskellige erkendelsesteoretiske interesser og argumenteret

for en inddragelse og kobling af afhandlingens 3 videnskabsteoretiske positioner. Dernæst vil de hver især blive udfoldet afsluttende med en opsummering.
I udfoldningen af fænomenologien trækkes der overvejende på den tyske filosof Edmund Husserl[50], der regnes for fænomenologiens grundlægger. Den franske filosof og fænomenolog Merleau-Ponty[51] inddrages med sit bidrag til relationen mellem fænomenologien og kroppen (Merleau-Ponty, 2009). For en udvidet forståelse suppleres med den danske filosof Dan Zahavi (2003). I udfoldelsen af den hermeneutiske forståelse trækkes der overvejende på den tyske filosof Hans Georg Gadamer (2007)[52], mens der i pragmatismen trækkes på John Dewey (2005), der suppleres med Westbrook (1991)[53]. Der suppleres med tekster af Bente Elkjær (2005) og Svend Brinkmann (2006), der begge indgående har udforsket Deweys forfatterskab.

3.1. En fænomenologisk, hermeneutisk- og pragmatisk ontologi og epistemologi

I problemformuleringen er der indlejret et fokus på det enkelte menneske, på patienten i overgangen, på den pårørende og på de sygeplejersker, som også er involveret i overgangen. Således skal patientovergangen forstås som en helhed, hvor de involverede deltagere indgår i en relation og i et samspil omkring fænomenet 'patientovergang'. Fokus er på mennesket med krop, bevidsthed, følelser og erfaring. Patienten skal forstås som et subjekt i verden med sin egen livsverden, der oplever og erfarer overgangen på sin krop. Patienten befinder sig i en lokal kontekst, som er situeret i overgangen og dermed indgår patienten, i en for ham, ganske særlig situation. En unik oplevelse, som danner grundlaget for et særligt erfaringsfænomen. Som ontologisk grund er det derfor relevant at inddrage fænomenologien. Hvor fænomenologien har fokus på det enkelte menneskes livsverden har hermeneutikken fokus på forståelse og forforståelse, men også det erfaringsgrundlag og den historicitet, der er skabt igennem fællesskab med andre i de mellemmenneskelige relationer. I hver enkelt patientovergang er der således flere aktører, som hver især indgår i relationen med sin erfaringshorisont og sin forforståelse. For at skabe sammenhæng i situationen og dermed en oplevelse af sikkerhed og sammenhæng for

---

50 Edmund Husserl (1859-1938) regnes for fænomenologiens grundlægger. Husserl blev født i det daværende Østrig i en tysktalende jødisk familie. Han blev senere professor i filosofi på universitetet i Freiburg, hvor Martin Heidegger (1889-1976) blev én af hans assistenter. Heidegger overtog Husserls lærestol, da Husserl gik på pension i 1928. Heideggers engagement i NSDAP (nazistpartiet) og hans antisemitiske afstand til Husserl har været genstand for en del opmærksomhed i mange sammenhænge, men vil ikke blive omtalt yderligere her (Zahavi, 2003).

51 Merleau-Ponty (1908-61) er sammen med Heidegger den, der har videreført Husserls tanker i en eksistensfilosofisk retning med særlig vægt på kroppens betydning i den menneskelige eksistens (Zahavi, 2003).

52 Hans-Georg Gadamer (1900-2002): Wahrheit und Metode. 5. oplag, 1986, som Gadamer gennemså og udvidede, er oversat af Arne Jørgensen (2007).

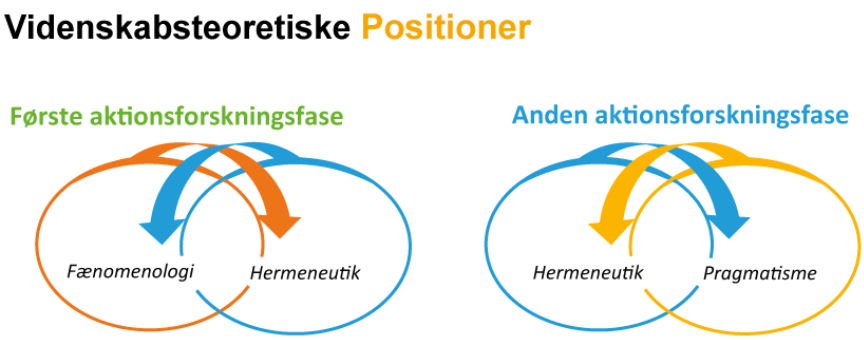
53 Westbrook (1991): John Dewey and American Democracy, regnes for at være den udgivelse, der kommer tættest på Deweys opfattelse af pragmatismen og demokrati.

alle involverede, må der udvikles en fælles forståelseshorisont mellem den afleverende og den modtagende sygeplejerske. Det forudsætter, at aktørernes forforståelse og fordomme kommer i spil med afsæt i en hermeneutisk tilgang. Hermeneutikkens fokus supplerer på denne måde fænomenologien som afhandlingens forståelsesgrundlag.

Afhandlingens metodologi er aktionsforskning. Indlejret i denne tilgang er der en handlingsorienteret forståelse, hvor viden udvikles igennem en eksperimenterende tilgang, hvor forsker og medforskere prøver sig frem i et relationelt og dialektisk samspil. Erkendelsen af viden kan derfor ikke være noget entydigt, stabilt, afgrænset og stationært, men må opfattes som noget ufærdigt og foranderligt. Viden kan i stedet siges at blive skabt gennem fælles fortolkning og forhandling af mening og dialog om betydning (Nielsen, 2013). Det vil derfor give mening at komplettere afhandlingens videnskabsteoretiske forståelsesramme med John Deweys udvikling af pragmatismen. Gennem sit fokus på demokrati, læring og handling og gensidigheden i de menneskelige livsformer, kan Deweys pragmatisme supplere fænomenologiens fokus på livsverdenen. Samtidig kan pragmatismens stærke handlingsbegreb og fokus på forbundenheden i de mellemmenneskelige relationer supplere hermeneutikkens fokus på skabelse og tolkning af mening, forforståelse, fælles erfaringsgrundlag og historicitet.

En kobling af en fænomenologisk, hermeneutisk og pragmatisk videnskabsteoretisk tilgang kan på samme tid synes både grænseoverskridende og nyskabende. For at nævne de to mest modsatrettede positioner er der på den ene side fænomenologiens fokus på det enkelte menneskes livsverden, dets essens og dermed bestandighed. På den anden side har pragmatismen fokus på fællesskabet, handlingsaspektet og det foranderlige. Hermeneutikken kan siges at knytte an til både fænomenologien og pragmatikken. Med sin oprindelige videreudvikling fra fænomenologien (Heidegger, Gadamer), mod det ontologiske forståelsesbegreb og videre mod den kontinuerlige og foranderlige horisontudvikling i mødet med andre horisonter, er hermeneutikken tæt forbundet med de to andre positioner. Er det da overhovedet muligt at få alle 3 positioner i spil på en måde, så det giver mening både ontologisk og epistemologisk? Det mener jeg, det er, som jeg vil illustrere og vise til i det følgende.

Figur 3 herunder er en model, der viser hvilke roller de 3 videnskabsteoretiske positioner spiller i afhandlingen. I den første undersøgelsesfase med blandt andet livsverdensinterview trækkes der overvejende på fænomenologien. Her inddrages også hermeneutikkens forståelses – og fortolkningsbegreber. I den anden handlingsfase trækkes der overvejende på pragmatismens handlings – og forandringsbegreb. I denne fase inddrages også hermeneutikkens fokus på meningsskabelse, forforståelse og fordomme som pejlemærke. Hermeneutikkens ontologiske forståelsesbegreb og meningsskabelse kan dermed siges at udgøre bindeleddet mellem fænomenologiens fokus på det enkelte menneskes livsverden og pragmatismens fokus på handling og forandring.



FIGUR 3. VIDENSKABSTEORETISKE POSITIONER

3.2. Fænomenologi i Husserls perspektiv

Fænomenologi er en filosofi om fænomenerne, som de viser sig for vores bevidsthed. Husserls tanker om at lade fænomenet tale for sig selv regnes for fænomenologiens arvegods i dag. Fænomenologi er både en filosofi og en videnskab, der med Merleau-Pontys ord er "*studiet af essenserne"* (Merleau-Ponty, 2009:VII).
Adskillige andre filosoffer og tænkere har ladet sig inspirere af Husserl og fænomenologien. Her skal nævnes enkelte udvalgte som Martin Heidegger, Alfred Schütz, Maurice Merleau-Ponty, Emmanuel Lévinas og Paul Ricoeur (Zahavi, 2003), men som Zahavi (2003) gør opmærksom på, så er fænomenologien ingenlunde en homogen størrelse.
Fænomenologiens bidrag består først og fremmest i dens opfattelse af mennesket som et værende-i-verden, som et socialt, kulturelt og kropsligt subjekt (Zahavi, 2003). Fænomenologien kan dermed;

> *"bidrage med en ramme, indenfor hvilken human- og samfundsvidenskaberne kan udfolde sig" (ibid.:7).*

Fænomenologiens hovedbudskab kan siges at være, at gå til sagen selv. Dermed menes, at det er fænomenet, som det åbenbarer sig i sit eget udtryk, sin egen fremtrædelsesmåde og væsen, der skal undersøges i sin egen ret. Sagen eller fænomenet skal ikke reduceres til en kategori eller et teoretisk begreb. I stedet skal det undersøges, hvori fænomenets egenart består. Zahavi (2003) taler om forskellige erkendelsesteoretiske niveauer, hvor vi gennem fx tegninger, teater, billeder etc. kan erkende en genstand indirekte, men det er i sansningen af fænomenet, at genstanden præsenterer sig for os i sin oprindelighed og umiddelbarhed (2003:13-14). Den distinktion, der foretages i fænomenologien er distinktionen mellem, hvordan fænomenet fremtræder umiddelbart og hvordan den fremtræder ved en nærmere udforskning og undersøgelse (Husserl, 1997; Zahavi, 2003). Ønsker vi at forstå fænomenets beskaffenhed og karakter, skal det søges i den måde, hvorpå fænomenet frembyder og manifesterer sig på jf. Husserls ord;

> *"Med minutiøs omhyggelighed må vi nu agte på ikke at lægge andet i oplevelsen end det, der virkeligt er omfattet af den, og at "lægge" netop det i den, som allerede "ligger" der" (Husserl, 1997:62).*

Førstepersons perspektivet er fænomenologiens forsøg på at skildre hvordan subjektet skal ses i relation til kropslighed, tidslighed, historicitet og intentionalitet (Husserl, 1997; Zahavi, 2003). Intentionalitet er en genstandsrettethed, hvor man for at forstå et begreb eller objekts udtryk, mening, betydning, form mv. må sætte det i relation til det intentionelle subjekt, hvilket Zahavi (2003) siger med dette eksempel:

> *"Man elsker, frygter, ser og dømmer ikke blot, man elsker en elsket, frygter noget frygteligt, ser en genstand og dømmer om et sagsforhold" (Zahavi, 2003:38).*

I den fænomenologiske analyse ses subjektet, genstanden og verden i en sammenhæng. Det er intentionaliteten, der muliggør at analysere vores forståelse, oplevelser og erfaringer med genstanden, men også at lægge et perspektiv på genstanden selv og dens fremtræden. Det er gennem intentionaliteten, at verden gives mening, siger Husserl;

> *"Det er nødvendigt at indse, at det sande betydningsfulde problem er det, der angår erkendelsens endegyldige meningsgivning og dermed også det, der angår genstandsmæssigheden overhovedet, som kun er, hvad den er, i sin korrelation til en mulig erkendelse" (Husserl, 1997: 152).*

Fænomenologien førstepersons perspektiv handler således om, at mennesket er situeret i verden gennem det, der giver mening (Husserl, 1997; Zahavi, 2003).
I den fænomenologiske analyse må vi ikke være forudindtaget. Vi må erfare verden, som den er, men samtidig udforske vores grundantagelse om virkelighedens beskaffenhed. Vi bør så at sige stille spørgsmål til det, vi tager for givet eller med Husserls ord suspendere vores indstilling. Suspension kaldes også epoché og er en metodisk tilgang, hvor vi sætter parentes om vores antagelser (Husserl, 1997). Vi foretager en reduktion af tematiseringen og lader den undergå nogle grundige undersøgelser, før vi kan bekræfte eller afkræfte dens gyldighed (Husserl, 1997; Zahavi, 2003). Epoché og reduktion er den transcendentale refleksion, der skal gøre os bevidste om vores egne antagelser og tillade os at undersøge deres fremtrædelse på en ny måde (Zahavi, 2003). Merleau-Ponty (2009) er optaget af den egentlige mening med den fænomenologiske reduktion;

> *..."at vi netop for at se verden og begribe den som paradoks er nødt til at bryde vor fortrolighed med den (...) Det vigtigste, reduktionen kan lære os, er umuligheden af en fuldstændig reduktion" (Merleau-Ponty, 2009:XVI).*

Merleau-Ponty pointe er, at vi ville kunne foretage en reduktion, hvis vi kun var ånd, men i og med, at vi er i verden med vores bevidsthed og vores kroppe, er det ikke muligt fuldstændigt at suspendere vores (før)bevidste antagelser og erfaringsgrundlag

(Merleau-Ponty, 2009). Det vi kan, siger han, er at sætte vores engagement i verden på begreb ”*og polarisere alle vores begrebsbestemmelser”* (Merleau-Ponty, 2009:XVII).
Forståelsen af livsverdenen ”*som Husserl i sine sidste år gjorde til fænomenologiens primære tema”* ifølge Merleau-Ponty, (2009:VIII); er fænomenologiens opgør med den eksakte videnskabs ønske om objektivitet og abstraktion. Fænomenologien ønsker netop at inddrage de praktiske, kropslige, følelsesmæssige og sociale erfaringer, som mennesket oplever i livsverdenen og kritiserer den eksakte videnskab for at lægge afstand til det, som har skabt dens eget eksistensgrundlag (Merleau-Ponty, 2009; Zahavi, 2003). Livsverden er et komplekst og tavst netværk af mønstre og sammenhænge og den verden, som vi alle er fortrolige med og som er meningsgivende for os. Den har betydning for, hvordan vi lever vores liv og udvikler os som mennesker. Det er gennem de daglige rutiner og handlinger, at vi forstår os selv og den verden, der omgiver os (Husserl, 1997).

3.3. Hermeneutik i Gadamers perspektiv

En anden tysk filosof, Hans-Georg Gadamer, som overtog arven efter både Husserl og Heidegger[54] har arbejdet videre med specielt livsverdensbegrebet og historicitet (Gadamer, 2007:231-242). Det er med baggrund i historiciteten, at Gadamer udvikler sin hermeneutiske teori. Historien skal ikke kun ses i et samfundsmæssigt perspektiv, men også som vores egen historicitet, som den er funderet i vores normer, værdier, køn, uddannelse og sociale baggrund. Vi må anerkende, at vores egen historicitet indgår i enhver situation, fordi vi ikke kan stå uden for denne, men er midt i den og derfor kan vi heller ikke begribe situationen fuldstændigt (Gadamer, 2007; Dahlager & Fredslund, 2011). Der er altid noget, der er ubevidst for os, mener Gadamer, som ønsker;

> *…”en fundamental rehabilitering af fordomsbegrebet samt en anerkendelse af, at der findes legitime fordomme” (ibid.: 264).*

Gadamer går tilbage til den oprindelige forståelse af fordom, som at dømme eller vurdere på forhånd ud fra sin forforståelse eller erfaringshorisont. Dermed mener han, at vi ikke kan isolere vores forudsætninger, opfattelser, værdier ja hele vores historiske samtid fra vores forståelse. Vi fortolker altid ud fra det, vi kender (Gadamer, 2007; Dahlager & Fredslund, 2011).
For Gadamer er erfaringsbegrebet essentielt. Han er kritisk overfor den teoretiske viden, der har den opfattelse, at det at være erfaren vil sige *"på forhånd at kende alle ting og altid at vide bedre”* (ibid.:337). Dermed tager en sådan forståelse fejlagtigt *”ikke hensyn til erfaringens indre historicitet”* (ibid.: 329). Tværtimod består det at

[54] Arne Jørgensen skriver i sin indledning, at Gadamer i mange år stod i skyggen af sin læremester Martin Heidegger, hos hvem han fik den filosofiske doktorgrad i 1929. Gadamer byggede imidlertid videre på Heideggers fænomenologisk-hermeneutiske filosofi og grundlagde en ny original udformning af den filosofiske hermeneutik (Gadamer, 2007: VII-XXVIII).

være erfaren både i at erfare "*gennem"* erfaringer, men også have en åbenhed "*for"* erfaringer (ibid.:337). En sådan erhvervet åbenhed for erfaringer muliggøres kun gennem bevidstheden om vores egen historicitet og den menneskelige endelighed (ibid.:339). Gadamer forståelse af begrebet historicitet knytter han an til tradition og erfaring;

> *"Længe før vi gennem selvbesindelse forstår os selv, forstår vi os selv på selvfølgelig måde i den familie, det samfund og den stat, vil lever i" (Gadamer, 2007: 263).*

I den sammenhæng gør Gadamer op med, at traditionen skulle stå i modsætning til fornuft. Tværtimod mener han, at de overleverede traditioner netop legitimeres af at kunne overleve store forandringer og smelte sammen med nye forståelser og opfattelser og dermed skabe ny gyldighed (ibid.:268). Forståelse "*er den livsproces, hvori et livsfællesskab lever*" (ibid.:420). Gennem sproget åbnes vores forståelse for sagen og "*verden bliver den fælles grund ingen betræder og alle anerkender og som forbinder alle dem, der taler sammen"* (ibid.:420). I ordet forståelse ligger der at forstå sig på noget; "sich-auskennen". At forstå sig på noget vil sige, "*at fortolke, at kunne se sammenhænge, at drage konklusioner etc."* (ibid.:248).
Ifølge Gadamer er situationen udgangspunkt for vores forståelse. Det er situationen, der præger vores mulighed for at forstå og vores forståelse er gennemsyret af den historie og tradition, som vi er født ind i. "*I virkeligheden tilhører historien ikke os, men vi tilhører den"* (Gadamer, 2007:263). Forståelse er så at sige en uventet hændelse, som ligger udenfor vores kontrol.
Ifølge Gadamer må vi have en forforståelse af det fænomen, som vi vil undersøge. For at kunne forstå hvilke spørgsmål, vi skal stille må vi have en forhåndsviden, der bygger på indlejrede bevidste og ubevidste forforståelser, der angiver i hvilken retning, vi skal gå. Når vi møder andre horisonter sættes vores forforståelse i spil og forståelsen er betinget af rækkevidden af vores egen og den andens horisont (Gadamer, 2007; Dahlager & Fredslund, 2011). Derfor er det ifølge Gadamer afgørende at forholde sig åbent og reflekterende til sin egen forforståelse, for vi må anerkende, at "*al forforståelse i sit væsen er fordomsfuld*" (Gadamer, 2007:257). Situationen er afsæt for vores udsyn, mens horisonten er rækkevidden af udsynet. Situation og forforståelse er bestemmende for, hvad der er vores horisont. Gadamer var her inspireret af Husserls fænomenologiske forskning af horisontbegrebet:

> *"Både ens egen fortid og den fremmede fortid, som vores historiske bevidsthed er rettet mod, er med til at forme denne bevægelige horisont, som det menneskelige liv altid lever ud fra og som bestemmer det som herkomst og overlevering" (Gadamer, 2007:290).*

Når der opstår situationer, som vi ikke forstår er det derfor vigtigt at dvæle ved dem, fordi de som oftest kan indeholde elementer, der kan hjælpe med at bevidstgøre os om egen forforståelse og dermed åbne op for at få sat sin egen forståelses – og erfaringshorisont i bevægelse. "*Forståelse er den proces, hvor horisonter, der formodes at eksistere for sig selv, smelter sammen*" (Ibid:291).

Vores horisont er netop "*noget kontinuerligt og hele tiden bevægeligt*" (ibid.:234). Den er ikke fastlagt én gang for alle, men kan udvides og udvikles og undergå forandring i mødet med andre horisonter, hvis vi er villige til at sætte vores forforståelse i spil (Gadamer, 2007).
Når Gadamer taler om, at vi skal sætte os selv i den andens situation, handler det om, at vi skal blive bevidst om den andens særpræg og anderledeshed. Vi skal møde den anden i hans "*ureducerbare individualitet"* (ibid.:290). Men at møde den andens horisont betyder ikke, at vi skal forlade vores egen horisont, indordne os under den andens horisont eller lade vores egen horisont være målestok for den andens horisont. Vi skal i stedet hæve os op over det partikulære og lade de to horisonter mødes i en ny fælles forståelse, en såkaldt horisontsammensmeltning. I horisont-sammensmeltningen produceres der en ny horisont - et fælles tredje.

> *"At oparbejde en horisont er altid ensbetydende med, at man lærer at se ud over det nære og det alt for nære; ikke at se væk fra det, men for at kunne se det i en større sammenhæng og i mere rigtige positioner" (ibid.:291).*

Horisontsammensmeltningen betyder ikke, at vores forståelse er endelig og afsluttet. Vi møder altid den næstes horisont med den forforståelse, vi har med fra den forrige. Forforståelse skal netop forstås således, at en endelig og færdig forståelse aldrig er mulig. Således er der en gensidighed mellem forforståelse og forståelse, som betinger hinanden (Gadamer, 2007).

3.4. Pragmatisme i Deweys perspektiv

I den foregående udlægning af fænomenologien og hermeneutikken udfoldes et menneskesyn, hvor der er fokus på essensen og bestandigheden i det enkelte menneske, som unikt og ikke reducerbart. Det enkelte menneske særegenhed er givet med udviklingen af dets erfaringsgrundlag og historicitet, som er skabt i et fælles livsgrundlag med andre.
Med aktionsforskning som afhandlingens metodologiske grundlag kan erfarings – og vidensdannelsen ikke ses afgrænset til det enkelte individ, men må ses i et mere udvidet perspektiv, som implicerer kontinuerlige interaktioner med mangfoldige og gensidige mellemmenneskelige samspil. Indlejret i denne forskningstilgang er, at viden ikke er noget afsluttet og fuldbyrdet, men noget midlertidigt og ufærdigt, hvor forsker og praksisfelt kan vedblive at udvikle nye forståelser og gøre nye erfaringer. Her er Deweys pragmatisme med sin opfattelse af, at verden er kontinuerligt bevægende og emergerende et vægtigt bidrag til afhandlingens videnskabsteoretiske forståelsesramme. I Deweys forståelse kan videnskaben ikke bruges til at repræsentere verden, fordi verden kontinuerligt forandrer sig. I stedet må videnskaben lære menneskene at mestre verden (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006). Deweys pragmatisme giver hermed et relevant bud på, at vi gennem den udforskende tilgang til verden opdager nye muligheder for i fællesskab at skabe en bedre verden.

John Dewey (1859 – 1952)[55] regnes som den egentlige ophavsmand til pragmatismens grundlæggende idéer om, at mennesket udvikler sin socialisation gennem interaktion i fællesskaber og de daglige handlinger i hverdagslivet (Gimmler, 2014). Dewey var stærkt inspireret af etik, demokrati, uddannelse, udvikling og forandring. Igennem hele Deweys liv og virke vedblev Dewey at udvikle sine teorier og begreber. Udviklingen af den deweyske udgave af pragmatismen skal dermed forstås som en proces, der strakte sig over mere end et halvt århundrede og som derfor vanskeligt kan afgrænses.[56]
Igennem Deweys liv skete der voldsomme forandringer, der satte sit præg på ham og fik betydning for hans filosofiske tilgang.[57] Derfor vendte Dewey sig imod Platon og Aristoteles' opfattelse af, at virkeligheden er stabil og har sin givne form. Deweys forståelse af virkeligheden er, at den er foranderlig, ustabil og ufærdig. Dewey afviser dermed også Karl Marx opfattelse af, at virkeligheden har et mål og et slutpunkt (Stensmo, 2001). Et samfund kan ikke have universelle mål, men må løbende eksperimentere med mål og midler for at finde frem til, hvad der vil være rigtigst at realisere (Dewey, 2005). Verden er kontinuerligt emergerende og videnskaben må lære menneskene at handle og mestre verden (Dewey, 2005). Menneskets erkendelsesmæssige udvikling er dermed forbundet med dets evne til at blive bevidst om en situations kompleksitet, forstå sammenhængen og handle på den (Dewey, 2005). Den pragmatiske teoris grundlæggende træk er:

> *"at opretholde erkendelsens kontinuitet, dens sammenhæng med en aktivitet, der med et formål for øje forandrer omgivelserne" (Ibid:354).*

Dewey var inspireret af Hegels tanker om, at menneskelig (selv) erkendelse og bevidsthed kun sker gennem sociale relationer og kulturel og historisk forbundenhed med andre mennesker (Dewey, 2005). Hegels erfaringsbegreb og den dialektiske tilgang med fokus på helhed og sammenhæng mellem ånd og krop, følelser og fornuft, det guddommelige og det menneskelige var en befrielse for Dewey, der her fandt sin

---

[55] John Dewey (1859-1952). Efter at have studeret filosofi på John Hopkins universitetet i Baltimore kom Dewey til Ann Arbor universitetet i Michigan, hvor han blev professor i en alder af 29 år. I 1894 blev han professor på University of Chicago, hvor han arbejdede sammen med fremtrædende forskere inden for filosofi, psykologi og pædagogik, herunder sin ven George Herbert Mead (1863-1931). Det var også her han oprettede laboratorieskolen, for at afprøve sine pædagogiske idéer. Fra 1904 til sin pensionering i 1930 var Dewey professor på Columbia University i New York City. Han fortsatte med at forelæse til han som 80 årig trak sig i 1939 (Frit efter Elkjær, 2005:58-79; Westbrook, 1991).

[56] Dewey er i særlig grad inspireret af Hegels filosofi; filosoffen og reformatoren Thomas H. Green samt de tidlige pragmatikere Charles S. Peirce (1839-1914) og William James (1842-1910) og Darwins evolutionslære (Dewey, 1917; Brinkmann, 2006; Elkjær, 2005; Gimmler, 2014). Men også vennen og kollegaen George Herbert Mead (1863-1931) har haft stor indflydelse på den Dewey'ske retning inden for pragmatismen.

[57] Dewey blev født samme år som udgivelsen af Darwins evolutionslære, hvilket satte sit præg på Dewey og hans samtid. Han overlevede 2 verdenskrige foruden den amerikanske borgerkrig.

filosofiske forankring i begreberne kontinuitet og sammenhæng (Dewey, 2005; Elkjær, 2005; Brinkmann, 2006). Det var Hegels afstandtagen til dualismen, der dannede baggrund for mange af Deweys senere holdninger og opfattelser gennem livet, herunder også udviklingen af den etiske forståelse, som senere kommer til at danne grundlag for hans demokratiske teori (Westbrook, 1991:34). Dewey mener, at det er gennem troen på vore medmennesker og deres evne til at handle, at vi kan udvikle os både etisk og socialt (Dewey,1917; 2005; Westbrook, 1991). Det forudsætter, ifølge Dewey, at mennesket gives de rette vilkår og betingelser i et demokratisk samfund.
Karakteristisk for Dewey er hans kredsen omkring erfaringsdannelsen i hverdagslivet og grundtanken om, at erfaringsdannelsen sker gennem den sociale handlen mellem mennesker. I Deweys forståelse af erfaring, som et aktivt begreb, ligger der en indgåelse og tilpasning til den foranderlige verden, for tilpasning er ikke et tidløst begreb. Tilpasningen til den foranderlige verden bevirker, at vi som socialt handlende mennesker indgår i en kontinuerlig proces med vores omgivelser. En kontinuerlig relation mellem subjekt og verden[58] (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006).
Dewey var ikke enig med de af sine kolleger, som (udelukkende) opfattede viden som en bevidst tilegnelse og dannelse af erfaringsgrundlaget. Et sådant vidensbegreb er for snævert, mener han, idet han lægger vægt på, at mange erfaringer gøres uden at have til hensigt at skabe viden, men for at kunne udholde og undergå konsekvenserne af sine egne handlinger (Dewey, 2005).

> *Der er ikke tale om erfaring, når et barn blot stikker sin finger ind i ilden. Det er erfaring, når bevægelsen er forbundet med den smerte, barnet som konsekvens må underkaste sig (ibid.:157).*

Dermed siger Dewey, at vi i det daglige liv foretager mange bevidste og ubevidste handlinger, som danner et netværk af erfaringsmønstre, som er indlejrede i vores kroppe, som et repertoire af viden, vi trækker på i de daglige rutiner.
Dewey så sig selv som allieret med manden på gaden og videnskabsmanden i sit laboratorium, der ofte relaterer sine tanker til en specifik situation eller reflekterer over et specifikt problem (Westbrook, 1991:75-77; Dewey, 2005). Tænkning eller refleksion er en del af arbejdet med at danne erfaringer, en medierende instrumentel funktion og dermed et instrument til at løse de problemer, som man erfarer i dagligdagen og hvor "*knowlegde is the accumulation of wisdom that such problemsolving generated*" (Westbrook, 1991:97).[59]

---

[58] Dele af Deweys tænkning er ofte blevet sammenlignet med den hermeneutiske filosofi, som også kan genkendes i dette afsnit (Brinkmann, 2006).

[59] I Deweys forståelse af problemløsning inddrager han både tænkning, refleksion og udforskning, som dækker over det samme. Dewey opfinder forskellige begreber for det samme i de 37 omfattende bind, som han publicerede. Ét af de begreber, som Dewey selv brugte om sin pragmatisme var instrumentalisme, som for ham betyder at handle problemløsende. Det vil sige, at tænkningen og refleksionen skal anvendes som en handling til at forudse mulige konsekvenser af sine valg. Det er således i tråd med, at Dewey i andre bind inddrager begrebet eksperimentalisme, som han sidestiller med instrumentalisme (Brinkmann, 2006).

I Deweys forståelse skal viden ikke anskues, som et udtømmende begreb, hvor man isolerer viden og kundskab fra den virkelige verden. Deweys opfattelse af viden er, at det er et sandhedsbegreb[60], som kan verificeres gennem praktisk handling. Viden udvikles gennem den måde, hvorpå man igennem forskellige stadier, handler moralsk ansvarligt og transformerer en problematisk situation. (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006). Deweys erfaringsbegreb skal dermed anskues langt bredere, hvor erfaringer kontinuerligt udvikles gennem interaktion mellem mennesker og deres omgivelser. Det er ikke den indre bevidsthed og kognitive aktivitet, der er kilden til erfaringsdannelsen. Erfaring er…

> *"a matter of functions and habits, of active adjustments and readjustments, of coordination's and activities, rather than a states of consciousness. Thinking, cognitive experience arose in the context of situations in non-cognitive experience presenting" (Westbrook, 1991:133).*

Opsummeret har denne afhandling en fænomenologisk, hermeneutisk og pragmatisk videnskabsteoretisk tilgang. Hensigten er at skabe et ontologisk og epistemologisk fundament på dels fænomenet patientovergange, dels på den fælles udviklingsproces, hvor aktørerne gennem eksperimenter udvikler og afprøver deres handlinger i praksis. Fænomenologien inddrages, fordi genstanden ikke kan reduceres. Hver patientovergang må forstås i sin komplicerede kontekst med en mangfoldighed af kvaliteter indlejret. Patientovergangen må anskues som en unik og enestående situation for patienten og de øvrige involverede. I den enkelte patientovergang indgår aktører med forskellige oplevelser af fænomenet. Det er oplevelser, der hver især bidrager med sin særlige betydningshorisont. Vi møder ikke patienten eller kollegaen kontekst - og fordomsfrit og derfor kan hermeneutikken bidrage med sin erkendelsesinteresse af, at fordomme er legitime og nødvendige forforståelser og antagelser, som vi navigerer efter i alle de situationer og relationer, som vi indgår i. Hermeneutikkens fokus på forståelse, meningsskabelse og meningsfortolkning kan også inddrages i udforskningen og udviklingen af patientovergange. I vidensskabelsen må deltagernes forståelseshorisont inddrages. Deltagernes behov for at skabe mening er grundlaget for at kunne skabe forandringsprocesser. Sammen med pragmatismens stærke handlingsbegreb kan hermeneutikken danne videnskabelig grund for transformative processer, hvor deltagerne i et socialt fællesskab udvikler viden og erfaringer, der skaber moralsk ansvarlighed. En ansvarlighed, der gennem forståelse, handling, evaluering, ny forståelse etc. bidrager til at skabe en kontinuerlig proces, der er afgørende for udvikling af nye fælles måder at gøre tingene på. Aktionsforskning giver mulighed for en sådan inddragelse, som der vises til i det følgende kapitel.

---

[60] I lighed med de tidlige pragmatikere (William James og Charles Sanders Peirce) opfattede Dewey sandhed som noget, der skabes i handling. For Dewey var der ikke nogen *"fast og uforanderlig filosofisk sandhed"* (Brinkmann, 2006:70). Da sandhed i en filosofisk betragtning ofte opfattes som noget bestandigt, anvendte Dewey i stedet ofte "*berettiget hævdelighed*, " hvor vi kan have "*tilstrækkeligt belæg for at mene noget bestemt* " (ibid.)

KAPITEL 4. AKTIONSFORSKNING

I det andet forskningsspørgsmål ligger det eksplicit, at aktionsforskning er afhandlingens forskningstilgang. Aktionsforskning dækker både over en forskningstilgang med et handlingsorienteret sigte, men også et paradigme, som i modsætningen til andre forskningsparadigmer har den opfattelse er, at forskeren deler den videnskabelige erkendelsesproces med dem, som forskningen vedrører. Når denne afhandling vægtlægger aktionsforskning som en epistemologisk ramme, hænger det dels sammen med afhandlingens tilgang som kvalitativ, eksplorativ og handlingsorienteret dels med den opfattelse, at viden bedst genereres sammen med de praktikere, der oplever problemerne på tætteste hold i det felt, hvor problemerne forekommer. Eller sagt med Brinkmanns ord:

> *"Det er en del af den kvalitative forsknings rygrad, at vi går med feltet og udvikler os undervejs" (Brinkmann, 2015:214).*

Kapitlet indledes med en indføring i aktionsforskningens oprindelse og historie. Herefter udfoldes og diskuteres afhandlingens demokrati-, lærings – og handlingsbegreber i Deweys perspektiv, som en indledning til udfoldningen af afhandlingens pragmatiske tilgang til aktionsforskning. Dette valg afspejler samtidig afhandlingens pragmatiske erkendelsesteoretiske afsæt. Dewey (2005; 2009) inddrages i denne udfoldning. Andre bidragsydere er Greenwood & Levin[61] (2007), der suppleres af blandt andet den norske aktionsforsker Jan Kåre Hummelvoll[62] (2003; 2006; 2010; 2015). Kapitlet sætter samtidig fokus på den cykliske proces og på de forskellige vidensformer, der er indeholdt i aktionsforskningens epistemologiske grundantagelser. I denne sammenhæng er det væsentligt at medtænke gyldigheden af den viden, der fremkommer i denne forskningsform, hvorfor dette kapitel også indeholder et afsnit om validitet. Aktionsforskning er en handlende forskning, som foregår i et tæt relationelt samspil og samarbejde mellem forsker og praktikere. Et sådant samarbejde foranlediger gentagne etiske overvejelser fra forskers side, som blandt andet vil blive inddraget gennem forskersubjektivitet og – situering i afhandlingen, men som også ekspliciteres fra et metaperspektiv i et afsnit i slutningen af dette kapitel.

---

[61] Davydd J. Greenwood (f. 1942) er professor i antropologi og leder af institut for europæiske studier på Cornell University i Ithaca i staten New York. Samme universitet som Kurt Lewin var tilknyttet de første par år efter, at han flygtede til USA. Morten Levin (f. 1946) er sociolog og professor ved Norges teknisk-naturvidenskabelige universitet i Trondheim. Begge har gennemført omfattende aktionsforskningsprojekter igennem flere årtier.

[62] Jan Kåre Hummelvoll (f. 1948) er uddannet psykiatrisk sygeplejerske, ph.d. i folkesundhedsvidenskab og professor tilknyttet University College, South-East, Norway. Hummelvoll er blandt andet kendt for aktionsforskningsprogrammer i akutpsykiatrien og har publiceret adskillige artikler og bøger om både aktionsforskning og psykiatrisk sygepleje.

4.1. Aktionsforskningens historie og dens udløbere

Aktionsforskning har rod i den samfundsvidenskabelige forskning og har været kendt og anvendt i den vestlige del af verden siden starten af 40'erne.
Kurt Lewin (1890-1947), tysk-amerikansk socialpsykolog, regnes for at være ophavsmanden til det vestlige aktionsforsknings paradigme (Bargal, 2006; Nielsen, 2012; 2013). Hans egen baggrund som jøde med flugt fra et autoritært og antisemitisk nazityskland i 1933 til et eksil i USA, har været en tydelig inspirationskilde for ham til at udvikle en forskning med et stærkt fokus på demokratiske dannelsesprocesser (Lewin, 1946; Bargal, 2006).
Lewin var uddannet psykolog og derfor foretages en kort afstikker til hans udvikling af socialpsykologien med den kendte feltteori, da denne teori også indgår som et fundament i Lewins udvikling af aktionsforskningen (Nielsen, 2012). Lewins feltteori omhandler subjektets tætte relation til den sociale kontekst og de situerede sammenhænge, mennesket til enhver tid indgår i. Et såkaldt handlingsfelt, heraf navnet; *feltteori*. Feltteorien lægger vægt på grupperelationen og udvider dermed den hidtidige forståelse af individets dannelsesproces som løsrevet fra sociale sammenhænge. Samtidig lægger feltteorien afstand til den freudianske driftorienterede forståelse af individet, men også til datidens mekaniske behavioristiske opfattelse af individet (Nielsen, 2012:21-23; Stegeager & Willert, 2012:46-48). Lewins feltteori repræsenterede dermed en fornyelse af psykologien fra det individcentrerede til den sociale gruppe, bestående af handlingskompetente aktører med aktive roller i forandringsprocesser (Nielsen, 2012; 2013). Udviklingen fra feltteori til aktionsforskning opstod, da Lewin mente, at der var behov for en særlig forskning i social praksis, som ikke isolerede videnskab fra praksis. Det betonede han blandt andet gennem udtalelsen:

> *"Research that produces nothing but books will not suffice….." (Lewin, 1946:144)*

Hans opfattelse var, at viden både blev generet gennem systematisk, akademisk forskning, men også gennem den enkelte praksissituations helt særlige og specielle karakter.
Lewin (1946) var fremsynet i sit forsøg på at inddrage og samle flere forskningsdiscipliner såsom psykologi, antropologi og sociologi i sin forskning. Han mente, at den eneste rigtige metode til at forbedre sociale forhold på var, at videnskaberne skulle samarbejde og ikke forske isoleret (1946:145). Samtidig fandt Lewin det nødvendigt at pointere, at aktionsforskningen ikke var mindre videnskabelig fordi den inddrog praksis;

> *".This by no means implies that the research needed is in any respect less scientific or "lower" than what would be requiered for pure science in the field of social events" (Lewin, 1946:144).*

Bargal (2006) har studeret Lewins tekster om aktionsforskning og har med baggrund i teksterne uddraget otte principper, som karakteriserer aktionsforskning i Lewins perspektiv (Bargal, 2006). Principperne er også interessante i en nutidig kontekst, da

der er tydelig sammenhæng til den pragmatiske forståelse af aktionsforskning, som vil blive udfoldet senere i dette kapitel.
Lewins otte principper for aktionsforskning er ifølge Bargal (2006):

1. *" Aktionsforskning er en kombination af en systematisk undersøgelse af et socialt problem såvel som bestræbelserne på at løse problemet. Undersøgelsen kan være af eksperimenterende karakter.*
2. *Aktionsforskning inkluderer en spiralformet proces, hvor data indsamles for at bestemme mål, hvilke handlinger, der skal udføres for at implementere målene, hvorefter der foretages en evaluering af resultatet af den samlede intervention.*
3. *Det er et krav i aktionsforskning, at alle parter, der er deltagere i projektet evaluerer resultatet og giver feedback på interventionen.*
4. *Aktionsforskning forudsætter et kontinuerligt samarbejde mellem forskere og praktikere.*
5. *Aktionsforskning hviler på principperne om gruppedynamik og er funderet i forandringsfaser. Faserne er optøning (forberedelse/planlægning), bevægelse (forandring/handling), og fastfrysning (stabilisering). Beslutningerne er gensidige og bæres ud i fællesskab.*
6. *Aktionsforskning forudsætter, at parterne involverer sig og drøfter emner omkring værdier, mål og magt.*
7. *Aktionsforskning tjener til nyskabelse af viden, til at formulere principper for intervention og til at udvikle redskaber til udvælgelse, intervenering og uddannelse.*
8. *Inden for rammerne af aktionsforskning skal vægten lægges på rekruttering, uddannelse og støtte til forandringsagenterne "* (Bargal, 2006: 369 – min oversættelse).

I ovenstående principper bliver det synligt, at Lewin ønskede at inddrage både den enkelte og gruppen og tildele dem aktive roller i forandringsprocessen. I denne proces indgik også hans ønske om, at ledelsen og organisationen udviklede sig. Aktionsforskning ændrede dermed fuldstændigt rollefordelingen mellem forskere og deltagerne i praksis. Deltagerne bliver medforskere, der aktivt bidrager til formulering af mål og gennemførelsen af forandringerne gennem de cykliske processer (Nielsen, 2012; 2013). I modsætning til andre videnskabelige retninger deler forskeren:

> *"den videnskabelige erkendelsesproces med handlende aktører i praksisfeltet" (Nielsen, 2012:20).*

I USA udviklede aktionsforskningen sig op igennem 50-70'erne mere i retning af ledelsesforskning, mens den version af aktionsforskning, der bredte sig til Europa nærmere havde karakter af en demokratisering af arbejdsorganiseringen (Nielsen,

2012). I Europa var det i første omgang Tavistock traditionen i England[63]som blev stærkt inspireret af Lewins feltteori og aktionsforskningstilgang; (Nielsen, 2012). Tavistocks førende position som Europas centrum for aktionsforsknings blev delvist overtaget af to meget forskellige retninger, der senere har nærmet sig hinanden. Den ene opstod på Bath University i 80'erne anført af den navnkundige Peter Reason, som blandt andet har bidraget aktivt med tidsskriftet Action Research Journal og den omfattende; *Handbook of Action Research* i tæt samarbejde med amerikanske Hilary Bradbury Huang, der også har publiceret et væld af artikler om aktionsforskning (Reason & Bradbury, 2001; 2008; Bradbury, 2010; Nielsen, 2012). Denne retning, som benævnes den pragmatiske, lagde sig i starten op af den amerikanske managementtradition[64], men har senere forsøgt at uddifferentiere sig og finde sin egen linje, uden dog at lægge afstand til managementtraditionen (Heron & Reason, 2008; Nielsen, 2012).
Den anden retning, som også benævnes den socio-tekniske retning fandt især fodfæste i Norge og Sverige, anført af den norske arbejdslivsforsker Bjørn Gustavsen[65] (Nielsen, 2012; Husted & Tofteng, 2012). De norske og svenske forskningsprojekter havde med afsæt i Tavistock traditionen og 70'ernes marxistiske teorikompleks særligt fokus på den eksperimenterende tilgang til blandt andet udvikling af arbejdsplads – og medarbejderdemokrati, selvstyre og gruppeorganisering (Husted & Tofteng, 2012). Op igennem 90'erne sker der en videreudvikling af den socio-tekniske tradition med fokus på dialog, kommunikation og diskurs, med et udtalt ønske om at give stemme til de parter, som normalt ikke høres. Der er tydelig inspiration fra Habermas, men det frigørende aspekt er nedtonet (ibid.). Dialogtraditionens aktionsforskningsmetoder er:

> *"…et forsøg på at organisere nye former for diskussioner mellem mennesker og grupper, som ikke normalt ville have dialoger inden for rammerne af virksomhedens diskurs " (Husted & Tofteng, 2012:71).*

Dialogtraditionen anvendes fortsat af sociologer og arbejdslivsforskere med fokus på udvikling af det gode arbejde, men traditionen og dialogkonferencerne ses også anvendt indenfor blandt andet uddannelsessektoren (Jensen, 2012).
I Danmark er den socio-tekniske tradition blandt andet videreført i en variant, som kaldes den kritisk-utopiske. Denne variant blev videreført af nu afdøde Kurt Aagaard Nielsen og andre arbejdslivsforskere overvejende med tilknytning til Roskilde

---

63 Navngivet efter instituttet af samme navn; The Tavistock Institute of Human Relations (Nielsen, 2012).

64 Managementtraditionen har ikke noget specifikt krav om, at medarbejderne skal indgå som medforskere. Medforskerne kan eksempelvis være repræsenteret gennem medarbejdervalgte grupper (Nielsen, 2012).

65 Bjørn Gustavsen (f. 1938) har været institutchef for arbejdsforskningsinstituttet i Norge og professor for Arbejdslivscentrum i Stockholm (1986-1999); professor II på Oslo Universitet (1995-99) og fra 2000 professor II på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Universitet, herunder Birger Steen Nielsen, Mia Husted og Ditte Tofteng (Nielsen, 2012).
Opsummeret kan man sige, at Kurt Lewins tilgang til aktionsforskning, som en demokratisk og eksperimenterende forskning i tæt samarbejde med praksisfeltet som medforskere, har undergået en del forandringer gennem mere end et halvt hundrede år. Alligevel genkendes de væsentligste af Lewins principper i megen af den aktionsforskning, der foretages i dag. Lewins fokus på at ændre aktørernes rolle fra at være de udforskede til at være medforskere og det markante fokus på forandrings – og handlingsaspektet er de principper, der har haft den største gennemslagskraft. Det vil også fremgå af denne afhandlings aktionsforskningstilgang senere i dette kapitel.

4.2. Aktionsforskningens forskellige tilgange

Aktionsforskning er et forskningsperspektiv og et paraplybegreb for forskningsmetoder, der baserer sig på demokratiske værdier, som understøtter kollektiv handling og social innovation samtidig med, at der skabes viden (Bilfeldt et al, 2013: 129). Der er således ikke tale om at anvende én specifik forskningsmetode. Derimod kan man tale om overordnede paradigmer eller traditioner, som kan henføres til de forskellige tilgange, der er blevet praktiseret forskellige steder i verden (McCormack & Dewing, 2012). En lang række forskere har ladet sig inspirere af Lewin.
Dykker man ned i litteraturen ses der mange udløbere til forskellige tilgange til aktionsforskning som fx Participatory Action Research, Co-operative Inquiry, Appreciative Inquiry, Educational Action Research, Action Learning, Action Science, Action Inquiry etc. (Reason & Bradbury, 2001; 2008). Nogle af de kendteste værker og måske de mest citerede er The Handbook of Action Research, som er antologier om aktionsforskning, udgivet i flere omgange og redigeret af Peter Reason og Hilary Bradbury (2001;2008). De indeholder, foruden omfattende bidrag om mange forskellige tilgange til aktionsforskning, også en introduktion til aktionsforskning, hvor forfatterne gør opmærksom på, at de mange tilgange er en styrke:

> *"We have come to appreciate the richness and diversity of this family and our motivation as editors to create communicative spaces where the different members can come together in conservation has increased" (Reason & Bradbury, 2008:7).*

Reason og Bradbury pointerer, at der ikke er nogen rigtig måde at udføre aktionsforskning på og at de mange tilgange åbner op for, at den enkelte forsker kan vælge den tilgang, som er den rigtige for ham/hende. Det vigtigste, siger Reason og Bradbury, er at være opmærksom på de valg, man tager og derfra at skabe klarhed og transparens overfor både én selv, sine medforskere og omverdenen (2008:7).
Aktionsforskerne og sociologerne; amerikanske Davydd J. Greenwood og norske Morten Levin har igennem mere end to årtier samarbejdet om uddannelsen af aktionsforskere og arbejdsmarkedsforskningsprojekter (Greenwood & Levin, 2007). For dem er demokrati i aktionsforskning;

> *"beslutninger i fora, hvor der er livlig aktivitet og debatter præget af respekt for diversiteten i blandt andet politiske tilhørsforhold, erfaringer, kompetencer, køn, etnicitet etc. " (ibid.:10 – min oversættelse).*

De tager afstand fra flertalsbeslutninger, som de mener kan være undertrykkende, men også den konsensussøgende tilgang lægger de afstand til, da den kan medføre tyranni gennem gruppepres. I stedet går de ind for…

> *.."a strong commitment to democratization of knowledge, learning and self-managed social change. Videre siger de: We are reformers, not revolutionaries…and we are social scientists, not psychoanalysts" (Greenwood & Levin, 2007: 9).*

Dermed fravælges også den emancipatoriske tilgang, som blandt andet Paulo Freire[66] og Fals Borda[67] stod for i deres forsøg på at give stemme til de undertrykte. En tilgang som ofte bruges i diktaturstater og lande, hvor stor social ulighed og overgreb på anderledes tænkende ofte forekommer (Greenwood & Levin, 2007). De og denne afhandling fravælger også en mere teknisk tilgang, hvor det enten handler om at teste eller at implementere en specifik metode eller intervention i praksis gennem involvering af praktikerne (Hummelvoll, 2003; 2006). Den tekniske tilgang drejer sig ofte om, at praktikerne introduceres til, og undervises i, en specifik metode efter et nøje tilrettelagt program hvorefter det forventes, at metoden implementeres i praksis.[68] Den tekniske tilgang til aktionsforskning kan dermed ses som en foreskrivende og deduktiv tilgang (Hummelvoll, 2003; 2006).
Der er som ovenfor beskrevet stor diversitet både metodologisk og metodisk indenfor aktionsforskning, men også ontologisk og epistemologisk har aktionsforskere forskellige tilgange.
En del aktionsforskere bekender sig ontologisk og epistemologisk til en socialkonstruktivistisk eller socialkonstruktionistisk tilgang. Begrundelsen er, at virkeligheden og erkendelsen ikke foregår uafhængigt af aktørernes diskursive prægning og formning af den. Virkeligheden bestemmes så at sige gennem sociale interaktioner (Rasborg, 2013). Denne afhandlings tilgang er, med afsæt i Dewey, at

---

[66] Paulo Freire (1921-97) brasiliansk pædagog og professor i historie og filosofi. Er verdenskendt for sin metode til bekæmpelse af analfabetisme og til at bevidstgøre undertrykte landarbejdere i Brasilien om deres sociale situation og bidrage til deres frigørelse (Greenwood & Levin, 2007).

[67] Orlando Fals Borda (1925 - 2008), columbiansk sociolog, aktivist og aktionsforsker, som regnes for grundlæggeren af den emancipatoriske version af participatory action research. Fals Borda anses for én af de mest betydningsfulde tænkere i latinamerika, hvor han gennem sin forskning var med til at bygge bro mellem samfund og politik og hvor han stod bag oprettelsen af det første samfundsvidenskabelige fakultet i Colombia (Greenwood & Levin, 2007).

[68] Den tekniske tilgang ses i dele af implementeringsforskningen, hvor hovedvægten lægges på at forbedre den bestående praksis gennem evidensbaseret teori. Se sundhedsstyrelsens rapport om implementeringsforskning (Sundhedsstyrelsen, 2010).

verden eksisterer uafhængigt af vores indgriben (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006). Samtidig bekender afhandlingen sig også til et grundlæggende eksistentialistisk syn på menneskelig væren og vidensskabelse. Med det skabte liv er der noget, der er givet som fx tillid og barmhjertighed, og som det ikke står til mennesket at forhandle og konstruere. I aktionsforskningen konstrueres viden i mødet mellem aktørerne og i kommunikationen mellem aktørerne i forskningsfeltet. Enig er jeg derfor i socialkonstruktionismens opfattelse af vidensskabelsen, som en konstitutiv udviklende proces gennem aktørers samhandlen. Uenig er jeg i dens ontologiske opfattelse af, at den fysiske virkelighed kun eksisterer i kraft af erkendelsen.
Denne afhandlings tilgang til aktionsforskning er pragmatisk med udgangspunkt i John Deweys pragmatisme. Dewey har ikke selv ekspliciteret aktionsforskning som metodologi. Alligevel ses det, at hans tanker om demokrati, læring og handling er indlejret i og danner fælles fundament og afsæt for langt de fleste retninger indenfor aktionsforskning (Nielsen, 2012:28).[69] Når Dewey inddrages i denne udfoldning af centrale begreber som demokrati, læring, handling, refleksion og erfaring er det fordi mange aktionsforskere er inspireret af Dewey tænkning, som de derefter har bibragt deres egne fortolkninger og erfaringer. Derfor er det interessant i en aktionsforskningskontekst at 'rådføre' sig med tænkeren selv for om muligt at finde nye dimensioner og forståelser af begreberne.
Deweys tanker om demokrati, læring og handling udgør således fundamentet i denne afhandlings pragmatiske aktionsforskning, hvilket vil blive udfoldet i det følgende.

4.3. Aktionsforskning med inspiration fra Dewey

Nogle samfund opfatter demokrati, som et egalitært og homogent samfund, hvor beslutninger træffes gennem en konsensussøgende tilgang. For andre samfund og det gælder især i den vestlige verden, associeres demokrati ofte med, at man lader flertallet bestemme (Greenwood & Levin, 2007: 10). Men hvad er demokrati og hvordan skal det opfattes i en aktionsforskningskontekst? I det følgende vil demokratibegrebet først blive udfoldet i et bredere samfundsmæssigt perspektiv gennem Deweys opfattelse af demokrati, som sammen med andre af centrale begreber i Deweys tænkning efterfølgende vil blive sat ind i en aktionsforskningskontekst.
Foruden demokratibegrebet er læringsbegrebet også centralt i aktionsforskning. I forskningsprocessen er der fokus på forandring af det bestående. Forandringen i den lokale praksis sker gennem læring[70]. Det er igennem aktionsforskningens refleksive og dialogiske læreprocesser, at praktikerne og forskeren udvikler ny viden (Hummelvoll, 2003; Hummelvoll et al, 2015). Når der sker læring i feltet opstår der

[69] Kurt Levin, som regnes for aktionsforskningens grundlægger, og andre aktionsforskere med ham er både direkte og indirekte inspireret af Dewey's demokratibegreb (Nielsen, 2012; Bryndon-Miller et al, 2003; Greenwood & Levin, 2007).

[70] Demokrati, forandring og handling er grundlæggende elementer i de fleste aktionsforskningstilgange. Når læringsbegrebet i dette afsnit fremhæves fremfor forandring, hænger det sammen med den opfattelse, at man godt kan forandre noget uden, at der forekommer læring, men man kan ikke lære noget, uden at der er sker en forandring. Forandring vil ikke blive udfoldet som begreb, men knytter an til læring og handling.

en interesse og et engagement blandt praktikerne, der kalder på handling, som er det tredje centrale begreb i aktionsforskning. Det er i handlingen i den konkrete situerede praksis, at det kan vurderes om de tiltag, som projektet har sat i gang, er værdifulde og giver mening for praksis (Hummelvoll, 2010; Hummelvoll et al, 2015). Lærings – og handlingsbegrebet er også centrale elementer hos Dewey, som sammen med refleksion - og erfaringsbegrebet skal anskues i sin helhed i den følgende udfoldning. Dewey troede på demokrati og frihed, men frihed skal ikke forstås som den måde den amerikanske liberalisme har udviklet sig på. Denne individualistiske opfattelse af frihed, er Dewey kritisk overfor (Westbrook, 1991). Deweys forståelse af demokrati og frihed handler om det enkelte menneskes frihed til at deltage aktivt i skabelsen og udviklingen af et samfund, hvor alle har en stemme og gives mulighed for at blive hørt. Dewey er dels optaget af det enkelte menneskes etiske og moralske forpligtelse overfor sine medmennesker, men også samfundet forpligtelse til at tage vare på sine borgere;

> *"Vi må tro på vores medmenneskers evne til at tænke, vurdere og handle adækvat, hvis de gives de rette betingelser for det" (Westbrook, 1991:xv – min oversættelse).*

Deweys tanker om demokrati afspejles som en rød tråd gennem hele hans liv. Hans opfattelse og tanker om demokrati var synlige på både det konkrete og det abstrakte plan. På det abstrakte plan afviser han tanken om universelle mål og entydige overordnede etiske eller normgivende regler. På det konkrete plan kredser han omkring samfundets forpligtelse til at uddanne sine borgere til ikke at fortvivle over forandringerne i samfundet, men i stedet at indgyde borgerne tillid til, at forandringer kan være nye muligheder;

> *"Et samfund, der er mobilt, som gennemkrydses af de forandringer, der foregår overalt, må sørge for, at dets medlemmer opdrages til at tage et personligt initiativ og være tilpasningsdygtige" (Dewey, 2005:105).*

I et nutidigt perspektiv kan det lyde, som de aforismer, man ofte hører om at se udfordringer i stedet for problemer. Et sådant overfladisk ræsonnement ligger Dewey fjernt og er uforeneligt med Deweys tanker om demokrati, som han tog dybt seriøst og næsten opfattede som en åndelig bekendelse. Når Dewey peger på demokrati som en livsform ligger der heri, at vi må nå til en erkendelse af, at vi er fundamentalt afhængige af hinanden. Vi kan kun udvikle os som sociale væsner gennem et forpligtende fællesskab, hvor vi kan imødegå de udfordringer, vi kommer til at stå overfor i en foranderlig verden. Det kan lyde som et bredt demokratibegreb og Deweys demokratibegreb er da også et omfattende og centralt begreb i den pragmatiske filosofi, men omsat til den konkrete virkelighed, skal demokrati i Deweys opfattelse forstås som både en ret og en pligt. En ret til at ytre sig frit og kritisk og være meningsdanner, men også nysgerrigt at undersøge og udforske verden og være åben overfor nye muligheder for at tage initiativer til at forandre og skabe. Pligten ligger i gensidigheden. Samfundet, fællesskaber, arbejdspladsen etc. må forvente, at man som borger, nabo, kollega etc. viser interesse og engagement overfor sine

omgivelser og tager aktivt del i dialoger, forandringer og handlinger, som har betydning for både én selv og sine omgivelser. Indlejret i Deweys demokratibegreb er også at opfatte andre mennesker som ligeværdige med lige rettigheder til at ytre sig, stille forslag og indgå i fællesskaber uanset hudfarve, religion, politisk observans etc. Demokrati er dermed en tro på;

> *".. at det er mulig å håndtere uenighet, kontroverser og konflikter som et samarbeid, der begge parter lærer ved å la den andre få komme til uttrykk..." (Dewey i Vaage, 2000: 267).*

Demokrati er således en forståelse af mennesket som både et kompetent individ med egen tankevirksomhed og initiativrigdom, som samtidig er en del af et samfund, der forventer, at man som borger forpligter sig både moralsk og politisk.
Indlejret i Deweys idéer om demokrati er også hans tanker om uddannelse og læring, som er det fundament, der skal sikre demokratiets bestående. Læring skal dermed ikke ses som noget isoleret, der udvikles hos det enkelte individ, men noget, der udvikles i situerede og sociale sammenhænge, hvor man udfordres og udfordrer. Deweys handlingsorienterede tilgang til læring er ofte blevet omtalt som "learning by doing", som henviser til Deweys eksperimentelle og instrumentelle tilgang til læring. Det er en lettere forenklet tilgang til hans læringsbegreb, men Deweys tilgang til læring indeholder ganske rigtigt et ret væsentligt handlingsaspekt, som dog skal forstås mere nuanceret end det er blevet udlagt i mange sammenhænge. Hans egen formulering er mere sigende:

> *"Learn to do by knowing and know by doing " (Vaage,2003:120).*

Handlingsaspektet kan ligeså vel dreje sig om en refleksiv og dermed kognitiv handling, som det kan dreje sig om en fysisk aktivitet og dermed en kropslig handling (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006). I Deweys forståelse får praksis forrang frem for teori. Det er gennem vores aktive handlinger i praktiske sammenhænge, at vi erkender verden;

> *"Det er relevant at bemærke, at gennem menneskehedens historie voksede videnskaberne gradvist ud af nyttige sociale beskæftigelser (….) og de er ikke mindre intellektuelle, fordi de opstod i en søgen efter midler til at realisere praktiske mål" (Dewey,2005:217).*

Ud over handling er erfaringsdannelsen og tænkningen (refleksionen), som indgår i erfaringsdannelsen, også væsentlige aspekter i Deweys læringstilgang[71].
Deweys handlingsbegreb skal først og fremmest tjene til at skabe sammenhæng mellem den viden, som opnås gennem forskellige læringskontekster og den

[71] En vigtig pointe i Deweys tænkning om læring, refleksion, erfaring og handling er, at begreberne skal anskues i sin helhed og kontinuitet. Det er kun i teorien, at de kan deduceres og denne adskillelse er Dewey heller ikke tilhænger af. Han lagde generelt stor afstand til den dualistiske opfattelse, der ligger i at ville adskille og opdele teori og praksis, mål og midler, refleksion og handling (Dewey, 2005:345-355).

erfaringsdannelse, der sker igennem det sociale liv. De handlinger, som mennesket foretager sig skal give mening. Deri ligger en handlingens kontinuitet, som en iboende motivation defineret af handlingens løbende resultater (Dewey, 2005). Dewey nævner havearbejdet som et eksempel på en aktivitet, der giver mening og hvor der både er behov for konkret viden om jordens kemiske sammensætning, skadedyr, lys, luft etc., men hvor arbejdet er en aktivitet, der… *" involverer foregribende forudsigelser, der stimulerer deres handlinger i nuet"* (Dewey, 2005:219).
Læring foregår ikke som en isoleret og entydig proces, men skabes gennem sammenhænge. Dewey tydeliggør den tætte sammenhæng mellem handling og erfaring, idet…

> *"kombinationen af hvad ting kan gøre ved os ved at modificere vores handlinger - hvorved nogle af dem fremmes, mens andre modificeres og kontrolleres – og hvad vi kan gøre ved dem ved at forårsage nye forandringer, er det, der udgør erfaringen" (Dewey, 2005:286).*

For at undgå, at erfaringen bliver tilfældig og impulsstyret, må der eksperimenteres med erfaringerne gennem mål, midler og afprøvninger med forskellige metoder. Dewey mener, at udviklingen af samfundet skal ske gennem eksperimenter i praksis, hvor mennesket gennem kreativitet og opfindsomhed afprøver nye ting, men samtidig, at der er en opmærksomhed på konsekvenserne af de udførte handlinger, der regulerer og kontrollerer adfærden. Det er altså tilladt at begå fejl, men den skal efterfølges af refleksiv tænkning over årsagen til fejlen og derefter en reguleret bevidst handling. Det er Deweys opfattelse, at;

> *"Den person, der virkelig tænker, lærer lige så meget af sine fejltagelser, som af sine succeser" (Dewey 2009:100).*

Erfaring står ikke i modsætning til fornuften og fornuften bør ikke få forrang frem for erfaringen, som de gamle grækere blev forledt til at gøre, konkluderer Dewey (Dewey, 2005:281-290;). Erfaringsbegrebet står dermed centralt i Deweys forståelse af læring og Deweys udlægning af erfaring er en forudsætning for at forstå hans læringsbegreb til fulde (Dewey, 2005:211-221; Elkjær, 2005). I hans forståelse af læring indgår erfaring som et fundament for udvikling af viden og kompetencer. Dewey taler om en todimensionel erfaring. Den aktive er afprøvende og forsøger sig frem, mens den passive del affinder sig med konsekvensen af forsøget (Dewey, 2005).

> *"Den forsøgene erfaring involverer forandring, men en forandring er meningsløs, medmindre den bevidst forbindes med den bølge af konsekvenser, der følger i kølvandet på denne forandring" (Dewey, 2005:157).*

Citatet tydeliggør sammenhængen mellem læring og forandring, men også forskellen. En forandring, der ikke udløser en læring er meningsløs, mens læring altid forudsætter forandring. Når vi møder en situation med tvivl og usikkerhed, så anvender vi bevidst

tænkningen[72] til at reorganisere den gamle erfaring, som justeres og videreudvikles i mødet med den nye erfaring. Det er så at sige en erfaringens kontinuitet, der opretholdes, som en fremadskuende proces rettet mod konsekvenserne af erfaringen (Dewey, 2005 s. 354). Det er gennem erfaringen, at viden dannes og testes for dens gyldighed (Dewey, 2009, Brinkmann, 2006). Dermed sker der en erkendelse gennem handlinger, som gør os bevidste om, hvad der sker i situationen, men der udvikles også en disposition, der skaber forståelse og evner for at handle i de kommende situationer, der erfares. Dewey siger om denne kontinuitet;

> *"I enhver form for refleksiv tænkning er der bestemte enheder, der er forbundet sådan, at der er tale om en fortsat bevægelse mod et fælles mål" (Dewey, 2009:14).*

Refleksion forudsætter, at vi har foretaget en udforskning og granskning af et specifikt emne, som optager os og forsøgt at få flere perspektiver på emnet. Refleksionen kan ikke siges at være kendsgerningen. Refleksionen indikerer, at der peges hen imod noget, som vi vil teste troværdigheden og værdien af (Dewey, 2009). Deweys tese er, at tænkning og handling skal forstås som en koordineret helhed, der er situeret i den konkrete situation. Bevidstheden opfatter ting i sin helhed og kan ikke skabe meningsfulde og varige erfaringer, hvis erkendelse og perceptioner opleves isoleret og fragmenteret (ibid.:158-162). Det er i den konkrete situation, at erfaringen skabes og erfaringen er forskellig afhængig af hvilken situation, vi indgår i. Det er den forståelse, der kommer til udtryk i det transaktionelle[73] begreb, som Dewey senere udviklede.

Dewey har selv sammenlignet sit erfaringsbegreb med gængse forståelser af erfaring og beskrevet fem karaktertræk (Dewey, 1917).

For det første er Deweys erfaringsbegreb ontologisk, modsat den traditionelle opfattelse af erfaring som epistemologisk og som antager, at den sansede erfaring er den eneste rigtige kilde til viden. Hermed overses det, at de fleste erfaringer, der gøres i det levede liv, ikke har som mål at skabe viden (Dewey, 2009). For Dewey udgør viden således én slags erfaring, men andre former for erfaring er ligeså så fuldt gyldige og objektive. Ja faktisk er de ikke-kognitive og emotionelle erfaringer mere betydningsfulde og fundamentale, fordi det er med afsæt i dem, at viden dannes.

---

[72] Dewey sidestiller tænkning og refleksion, som han mener bør inddrages i erfaringsdannelsen for at kvalificere denne.

[73] Transaktionel er et filosofisk – og komplekst - begreb, som Dewey udviklede i den sidste del af sit liv. Det er en videreudvikling af begrebet interaktion(el). Dewey kunne ikke forlige sig med, at interaktion kan forstås som todelt i inter og aktion; og dermed, at subjekt og verden ikke er fuldt integrerede *"gensidigt skabt og formende hinanden*" (Elkjær, 2005:134). Transaktionel skal forstås som, at virkeligheden, som består af utallige hændelser og begivenheder af både menneskelig og materiel art, gensidigt påvirker hinanden, men også, at beskueren af denne virkelighed selv er en del af denne virkelighed og dermed påvirker og udvikler virkeligheden (Brinkmann, 2006).

Deweys erfaringsbegreb tager afsæt i den menneskelige væren[74]. Med andre ord; "man ER førend man VED " (Elkjær, 2005:16; Dewey, 2005; Brinkmann, 2006) (min forstørrelse).
For det andet er erfaring et aktivt begreb, der implicerer en proces, hvor vi handler i verden og gør noget med den. Vi gennemlever herefter konsekvenserne af vores handlinger således, at verden opleves anderledes (Dewey, 2009; Brinkmann, 2006). I Deweys forståelse er erfaring ikke noget, der kun er inden i det enkelte subjekt. Erfaringen oplyses gennem det sociale liv, hvor bare det at kommunikere med et andet menneske forudsætter evnen til: "*fantasirigt assimilere noget af en andens erfaring for at gøre ham ens egen erfaring forståelig"* (Dewey, 2005:27). [75]
Dewey anerkender, at det enkelte subjekt erfarer noget, men han erfarer noget *gennem* verden og rekonstruerer og deler sin erfaring i sociale sammenhænge. I denne udlægning genkendes Deweys transaktionelle begreb. Erfaring indgår således også som et meget eksplicit begreb i Deweys tanker om demokrati:

> *"Et demokrati er mere end en styreform – det er primært en form for liv i forening med andre, en fælles kommunikeret erfaring" (Dewey, 2005: 104).*

For det tredje opfatter Dewey erfaring som noget overvejende fremadrettet. Vores liv og handlinger retter sig mod forventninger, håb og drømme. Som mennesker er vi aktører, der er orienteret mod fremtiden og de begivenheder, der kommer. Videre siger Dewey:

> *"At tænke er at reflektere over begivenhedens indvirkning på hvad der skal komme, men som ikke er indtruffet endnu" (Dewey, 2005: 164).*

For det fjerde er det Deweys opfattelse, at erfaringer består af organiske koordinationer, forstået som en slags kæder af serielt forbundne situationer. Erfaringer skal ikke forstås som enkeltstående og isolerede oplevelser, idet det vil forudsætte:

> *".. at bevidstheden opfatter ting løsrevet fra relationer, at den danner forestillinger af dem isoleret fra de forbindelser, de indgår i, isoleret fra, hvad der går forud for dem og kommer efter dem" (Dewey, 2005:160).*

Dewey anerkender, at erfaringer har hver deres karakteristika men, at de ikke kan anskues fragmenteret og løsrevet fra hinanden (Dewey, 2005; Elkjær, 2005). Dewey taler om fuldendte erfaringer, som er genuint æstetiske erfaringer, som rummer en løsning på et problem eller en tilfredsstillende afslutning på et arbejde. Modsat

[74] I sin bog Demokrati og uddannelse (2005) har Dewey reserveret et helt kapitel (22) i sit opgør med individualiteten, som efter Deweys opfattelse adskiller den menneskelige bevidsthed fra verden. Denne adskillelse afspejles også i den filosofiske udvikling af epistemologi (erkendelsesteori), mener Dewey (2005: 305-318).
[75] Her genkendes inspirationen fra hermeneutikken.

erfaringer, hvor mål og midler står i et ydre forhold til hinanden (Dewey, 2005; Brinkmann, 2006).
For det femte tilsiger den traditionelle opfattelse, at erfaringer ikke kan indgå som logiske ræsonnementer. I Deweys refleksionsbegreb ses det, at der ikke findes bevidste erfaringer, uden de er fremkommet gennem kritisk refleksion og tænkning. Det er her Deweys udforskning skal medtænkes, idet vi, når vi enten oplever tvivl og usikkerhed i situationen eller (værdi) konflikter, foretager vi en udforskning af situationen og gør den til genstand for refleksion. I udforskningen skal vi bruge vores intelligens. Ikke i den vante forståelse af intelligens, som noget rent kognitivt, men med en inddragelse af vores følelser, vaner, kreativitet og opfindsomhed skal vi opregne, hvad der vil være formålstjenligt og mindre formålstjenligt på baggrund af forestillingen om "det gode". Erfaringer er dermed ikke et privat og subjektivt anliggende, men foregår mellem handlende mennesker i en dynamisk verden, som er orienteret mod fremtiden (Dewey, 2005; Elkjær, 2005). Jeg vil afslutte udfoldningen af Deweys erfaringsbegreb med Deweys egne ord, som citerer den betydning Dewey tillagde erfaringsbegrebet:

> *"Et gram erfaring er bedre en et ton teori, simpelthen fordi det først er i erfaringen, at enhver teori opnår en vital og verificerbar betydning. En erfaring, også en meget ydmyg erfaring, er i stand til at generere og bære enhver teorimængde (eller intellektuelt indhold), det måtte være, men en teori løsrevet fra erfaringen kan ikke begribes – end ikke som teori" (Dewey, 2005:161-162).*

Opsummeret og sat i relation til denne afhandlings tilgang til aktionsforskning er Deweys perspektiv på demokrati en præcisering af dels det samfundsmæssige ansvar for at skabe rammer, hvorunder det enkelte menneske bliver set og anerkendt med netop sine evner, som det tilskyndes til at udfolde i samvær med andre. Dels den individuelle forpligtelse til at tage aktivt del i og engagere sig i det omgivende samfund og dets udvikling. Det er denne demokratiforståelse, der kan omsættes i en konkret aktionsforskningsproces. Deweys læringsbegreb er tæt knyttet til erfaringsdannelsen og de dimensioner, der er indlejret heri. Når Dewey peger på, at mange af de mest grundlæggende erfaringer dannes i ikke-kognitive sammenhænge, får det betydning for skabelse af viden i en aktionsforskningsproces. Det er netop praktikernes erfaringer og oplevelser, der udfordres og sættes i spil i samarbejdet med og mellem praktikerne. Det er i praktikernes erfaringsdeling, at refleksionsprocesserne sættes i gang. Dermed er der dannet grundlag for skabelse af læreprocesser og dannelse af nye erfaringer, der kan føre til handlinger. Deweys bidrag kan inddrages eksplicit i nærværende aktionsforskningsproces, og udgør dermed et vægtigt fundament i pragmatisk aktionsforskning.

4.4. Afhandlingens pragmatiske tilgang

I valg af tilgang er det vigtigt at medtænke, hvad der harmonerer med afhandlingens pragmatiske epistemologiske afsæt og dermed den foregående udlægning og forståelse af demokrati, læring og handling. Andre forhold, der skal medtænkes er konteksten, som empirien er hentet fra. Eftersom samarbejdet mellem forsker og

medforskere foregår i en hierarkisk og bureaukratisk indrettet institution med mange interessenter, vil det ikke være formålstjenligt med en radikal og emancipatorisk tilgang. På den ene side kan en sådan tilgang flytte fokus fra sagen; at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange, til empowerment af medarbejderne, hvilket hos nogle medarbejdere vil kunne opfatte som en manøvre, de ikke har givet tilsagn om. På den anden side er der en risiko for, at en sådan tilgang på forhånd kan skabe afstand og afvisende holdninger blandt medarbejdere og ledere, idet projektet vil kunne opfattes som konfliktskabende med en mulig anfægtelse af ledelsesretten.
Det er heller ikke ønskeligt at arbejde med en konsensussøgende tilgang. En sådan tilgang kan medføre, at denne afhandlings demokratiske fokus bliver underlagt den bureaukratiske institutions fokus[76]. En anden anke mod den konsensussøgende tilgang er, at denne tilgang ikke i tilstrækkelig grad vil kunne tilgodese dialektikken i de særlige karakteristika, kompetencer, specialiseringer og organiseringer, der er kendetegnende for hvert af de ni forskellige afsnit, der er involveret i projektet (se afsnit 2.4. og afsnit 7.1.) En tredje refleksion er, at der med en søgning mod konsensus vil være risiko for, at den enkelte medforsker kan opleve, at hun skal gå på kompromis på områder, som hun med tanke på sin faglighed ikke mener er formålstjenligt, og som hun samtidig vil have vanskeligt ved at legitimere overfor sit eget praksisfællesskab.
Med denne afgrænsning af mulige tilgange, kan afhandlingens pragmatiske tilgang yderligere indkredses gennem dens stærke forankring i Deweys pragmatisme og opfattelse af demokrati, læring og handling, som blev udfoldet i foregående afsnit. I denne tilgang tilstræbes det hverken at være konsensussøgende eller at træffe flertalsbeslutninger, men at kunne tåle uenighed i udforskningen af, hvad deltagerne definerer som sagen. I søgning mod skabelse af forandringer og læring, vil der altid opstå uenighed og endog konflikter. Afgørende er det, hvordan uenighederne tackles og at vi opfatter uenigheder, som muligheder for at lære (Dewey, 2005).
Greenwood og Levin (2007) lægger vægt på en demokratisk tilgang, der skal medtænkes hele vejen fra start på forskningsprocessen til forskningsresultaterne viser sig. Demokrati betyder i denne sammenhæng, at forskningsprocessen skal bære præg af en åben, inddragende, aktiv og ansvarlig deltagelse med lige muligheder for alle. I en hospitalskontekst er der fx nogle ydre rammer, som det ikke er muligt at ændre, men indenfor rammerne er det muligt at lave en undersøgelse af et praktisk problem, som har store konsekvenser for patienterne og som det giver mening for aktørerne at arbejde med. En nutidig form for demokratisk tænkning i en stor organisation med mange interessenter stiller derfor krav til forskeren om at være åben, aktivt opsøgende og inddragende for at sikre, at så mange aktører som muligt, bliver hørt. Det er ikke det samme som, at alle aktørers forslag bliver virkeliggjort. I stedet er der tale om en fælles proces, hvor den enkelte medforsker tager ansvar for at bidrage med en analyse af problemet og give sit perspektiv på, hvad der kunne være løsningen. I processen

[76] En bureaukratisk institution har til formål at allokere ressourcer ligeligt og retfærdigt til alle. Derfor søger den kontrol med fordeling af midlerne gennem skabelsen af metoder som fx objektive kriterier, guidelines og klassifikation. Metoder, som ligger udenfor de personlige beslutningers rækkevidde (Greenwood & Levin, 2007).

skal der derfor arbejdes med at skabe rum og miljøer, der er præget af åbenhed og frihed til at invitere alle meninger og synspunkter indenfor, herunder at skabe et udviklende miljø, der befordrer og imødeser forandringer og vækst blandt deltagerne (ibid.). I lighed med Dewey betoner Hummelvoll (2003, 2015) i sin grundlagstænkning om aktionsforskning, at forståelse af helhed er en væsentlig pointe. En helhedstænkning, som inkluderer en forståelse af, at alle i forskningsprocessen er unikke mennesker, der har noget at bidrage med til processen og at selv det mindste bidrag får indflydelse på helheden.

> *"Vi kan ikke egentlig delta i helheten uten at vi tar ansvar for den" (Hummelvoll, 2003:32).*

Dermed mener Hummelvoll, at de, der fuldgyldigt deltager i forskningsprocessen som medforskere også identificerer sig med det, der er fokus for deres opmærksomhed og viser empatisk adfærd i forhold til at opnå dybere indsigt i fænomenet (ibid.). En udbredelse af den demokratiske tankegang i denne forståelse kan blandt andet indbefatte, at medforskerne udviser ansvar for at inddrage de kolleger, der ikke er direkte involveret i forskningsprocessen gennem spørgsmål og dialoger om deres perspektiver på overgange. Ved at inddrage kollegernes synspunkter igennem hele forskningsprocessen kan der opstå en synergieffekt, der kan sikre en langt større involvering og engagement blandt aktørerne, end det er muligt for forskeren alene at generere. På den måde er det muligt at skabe en dynamisk og demokratisk proces, også i en hierarkisk og bureaukratisk organisation, som et stort universitetshospital kan siges at være.
De deltagere, der indgår i forskningsprocessen er autonome i ordets bedste betydning. Det vil sige, at de ser verden ud fra eget perspektiv og med egen forforståelse, historie og erfaring. De kan bidrage til helheden gennem deres frie evne til kreativ tænkning, vilje og handling. Netop handlingen bidrager til, at ny viden forandrer og forankres i praksis. Som Hummelvoll pointerer:

> *" Betydningsfull kunnskap er den praktiske kunnskap som er forbundet med nye ferdigheter og praksiser. " (ibid.:32).*

Den pragmatiske aktionsforskning består af en respektfuld interageren mellem forsker og medforskere, hvor metoden er at udfordre hinanden i gentagne og mangfoldige dialoger. I dialogerne inddrages også de forslag, som medforskerne medbringer fra kollegerne og nye perspektiver og idéer udveksles, således at idéerne kvalificeres og mulighederne for handling drøftes (Greenwood & Levin, 2007; Hummelvoll, 2003).
Forskeren skal være opmærksom på, at rammerne er en politisk styret organisation, hvor der i stadig højere grad lægges vægt på produktivitet og effektivitet. Det kan farve medforskernes holdninger, så de søger mod hurtige løsninger eller på forhånd givne mål. Her er forskerens en rolle at facilitere en refleksiv proces, hvor medforskerne bliver i processen og arbejder med tentative idéer, hypoteser og handlinger med henblik på løbende at udvikle retningen og kvalificere de foreløbige handlinger. Det er netop Deweys pointe:

> *" ...the pragmatic theory of intelligence means that the function of mind is to protect new and more complex ends – to free experience from routine and from caprice (...) Action restricted to given and fixed ends may attain great technical efficiency; but efficiency is the only quality to which it can claim. Such actions is mechanical " (Dewey, 1917).*

I forskningsprocessen er både forsker og medforskere ligeværdige og kan byde ind med egne særlige kompetencer. Medforskerne med deres erfaring og viden i forhold til egen praksis og forskeren med sine kompetencer omkring facilitering og overblik over forskningsprocessen. Det gælder ikke om at minimere forskellene imellem medforskere og forsker, men at anerkende, at de i fællesskab kan skabe noget unikt og varigt (Greenwood og Levin 2007). Den demokratiske proces må indbefatte, at der skabes viden og resultater, der øger deltagernes kompetence og handlekraft til at løse deres problemer omkring patientovergange og tage ansvar for at videreudvikle de forandringer, der allerede er skabt (ibid.). Samtidig skal det medtænkes, at den viden, der produceres skal give medforskernes mulighed for at skabe øget kontrol med og indflydelse på deres egen situation og rolle omkring patientovergange (ibid.).
I den pragmatiske tilgang tilstræbes det ikke at skabe konflikter, men ej heller at undgå dem. Der vil altid komme tidspunkter i en aktionsforskningsproces, hvor medforskerne har konfliktende interesser. Således også i dette projekt. Det er derfor afgørende at kunne blive i den respektfulde dialog, selvom fronterne kan være trukket op. Her har forskeren en afgørende rolle i at facilitere processen således, at den ikke bliver konfliktoptrappende, men stadig åben, livlig og energifyldt. En væsentligt incitament for, at medforskerne bevarer deres handlekraft er, at de ikke føler, at de får mundkurv på eller oplever begrænsninger i deres muligheder for at ytre sig (Greenwood & Levin, 2007). Det er af afgørende betydning, at medforskerne oplever et åbent og dynamisk miljø, hvor de kan tale frit og utvungen i hinandens selskab (Hummelvoll, 2003).
Demokrati forudsætter på den ene side, at medforskerne er villige til at overtage styringen med, og handle på, deres egne forslag og på den anden side, at aktionsforskeren forbliver forsker og ikke fristes til at lade sig indtage rollen som medforsker og insider og dermed annektere medforskerne særlige domæne. Medforskerne har det vilkår, at de skal leve med forandringerne og de resultater, som projektet har skabt, hvor forskeren kan forlade feltet (ibid.). Forskeren må holde sig for øje, at målet er, at medforskerne får tilstrækkelig handlekompetence til selv at føre deres praksis videre, når forskeren har forladt felten. At der så at sige er byttet om på rollerne, så medforskerne oplever sig kompetente til at vedblive at udforske sagen, det fælles tredje (ibid.).
Den pragmatiske tilgang er åben overfor at inddrage relevante metoder, der kan befordre læring og udvikling af handlekraft. Således også metoder fra andre tilgange. Opsummeret er Deweys forståelse af demokrati, sammen med læring og handling, nøglebegreber i pragmatisk aktionsforskning. Gennem dialektiske og dynamiske dialoger søger praktikerne i fællesskab at sætte deres erfaringer i spil for at udvikle ny viden gennem handlinger, der skaber forandring i overensstemmelse med det, der er meningsfyldt og moralsk ansvarligt i deres hverdagsliv. Pragmatisk aktionsforskning er først og fremmest kendetegnet ved, at alle deltagere er ligeværdige med ligeret til

at ytre sig, komme med forslag og træffe beslutninger. Der er fokus på sagen, men også på, at de forandringer, der skabes får værdi for praksis. Der søges ikke mod konsensus og ej heller konflikter, men der efterspørges forskellige synspunkter og uenighed opleves ikke problematisk. Pragmatisk aktionsforskning er dermed en velegnet tilgang i en hospitalskontekst, idet den indenfor institutionens rammer og i en mindre kontekst, giver mulighed for at arbejde demokratisk og sagsorienteret, når det opleves meningsfyldt for praktikerne.

4.5. Den cykliske proces

Aktionsforskningsprocessen består af en cyklisk proces som Lewin oprindeligt beskrev som 3 forandringsfaser (jf. indledningen i dette kapitel) (Bargal, 2006). Den første fase bestod af en forberedelses- og planlægningsfase, som han beskrev som "unfreezing" forstået som, at aktørerne skulle opnå en forståelse for problemets karakter, herunder bryde med fastlåste vaner og holdninger[77] (ibid.):378). Derefter kom bevægelsen og handlingerne mod en ny måde at gøre tingene på "moving" og sluttelig en stabilisering af forandringerne "freeze" (ibid.):374).[78] Lewins proces skal dels ses i den historiske kontekst (Bargal, 2006), men også hans baggrund som (social) psykolog har haft betydning, for hans opfattelse af individ og grupperelationer (Greenwood & Levin, 2007). Greenwood & Levin (2007) mener, at Lewins cykliske proces har sine begrænsninger i moderne organisationer, selvom den stadig anvendes, især blandt ledelses – og organisationskonsulenter i USA (ibid.).[79] Deres kritik er blandt andet, at Lewins model foregiver, at organisationen er i en stabil og uforanderlig fase fra starten, og at den kan blive stabil igen efter, at der er foretaget de nødvendige forandringer (ibid.). En sådan opfattelse af organisationer er uforenelig med en nutidig god aktionsforskningspraksis efter deres opfattelse (ibid.) Såvel Greenwood & Levin (2007) som denne afhandling opfatter organisationer som bestående af mennesker i dynamiske sociale praksisfællesskaber, som kontinuerligt undergår forandringer (ibid.). Derfor kan den cykliske proces heller ikke være stabil på noget tidspunkt. I denne afhandlings forståelse, er den cykliske proces en kontinuerlig lærende og inddragende proces, som ikke blot lægger op til en afgrænset periode, hvori der skal interveneres. Den cykliske proces har en klar startfase, men ikke nogen egentlig slutfase. Som beskrevet i afsnit 4.4. er det afhandlingens opfattelse, at aktionsforskningsprocessen skal bidrage til, at medforskerne oplever sig kompetente til selv at udvikle og få større kontrol med sikkerheden og sammenhængen i patientovergangene. Dermed er det også intentionen med den cykliske proces, at der igangsættes en vedvarende læreproces blandt medforskerne,

[77] Lewin lagde vægt på, at det var gennem stærke grupperelationer og en gruppes værdier og normsæt, at det enkelte gruppemedlems "inner resistance" kunne forandres (Bargal, 2006:378).

[78] Lewin har selv karakteriseret forandringsprocessen som: "*A successful change includes, therefore, three aspects: unfreezing (if necessary) the present level L1, moving to the new L2, and freezing group life on the new level* "(Bargal, 2006:378).

[79] Også i DK er der en lang række af konsulentfirmaer, der anvender modellen, viser en almindelig Google søgning på "Lewins forandringsmodel. "

som kan skabe kontinuerlige synergieffekter blandt deres kolleger og i hele organisationen.
På det overordnede og teoretiske plan kan den cykliske proces deles op i en identifikationsfase, hvor problemet identificeres og observeres videre til planlægnings – og refleksionsfasen, over i handlingsfasen og i en foreløbig evalueringsfase. Bortset fra den første startfase har den enkelte fase ikke nogen klar begyndelse og afslutning, men er tæt sammenvævede gennem hele processen. Indenfor hver fase er der også en cyklisk proces, hvor der planlægges, reflekteres, træffes beslutninger om handlinger, som evalueres og revideres (Coghlan & Brannick, 2010). Hver fase rummer således sine refleksioner og beslutninger, som jeg i det følgende (overvejende) vil eksplicitere på metaplanet, for at bidrage til læserens forståelse og mulighed for at følge processen. Hver fase inkluderer både forberedelser, overvejelser og beslutninger, som forskeren i samarbejde med medforskere gennemgår. I identifikationsfasen går forskere i dialog med aktørerne om, hvad de oplever som et problem omkring patientovergange. I dette projekt blev problemet italesat gennem dialoger med kolleger i forskellige mere eller mindre tilfældige sammenhænge. Det fik mig som forsker til at undres og derfor foretog jeg en nærmere søgning på forskellige databaser. På den baggrund udarbejdede jeg en kortfattet projektbeskrivelse. Projektbeskrivelsen blev forelagt ledelsen, som synes, at det kunne være et interessant projekt at undersøge patientovergange og det blev aftalt, at jeg indledningsvis kunne følge nogle patientovergange fra intensiv til stamafsnit. Dette beskriver jeg mere indgående i afsnit 7.1. I denne første identifikations- og undersøgelsesfase inddrager jeg praktikerne gennem uformelle samtaler og interview. Samtidig inddrager jeg også kvalitative studier, som individuelle interviews og fokusgrupper, såvel som et feltstudie (Fokuseret Etnografi), for at indkredse problemets karakter i den lokale kontekst. Af ovenstående fremgår det, at der indenfor den første fase også er tale om en cyklisk proces hvor jeg dels alene og dels sammen med praktikerne observerer, reflekterer, handler og evaluerer løbende.
Der er mange måder at indlede et aktionsforskningsprojekt på. Den traditionelle (og ikke altid realistiske i en travl hospitalskontekst) kan være foranlediget af en henvendelse fra praktikere eller ledere, som inviterer forskeren til et samarbejde. Der kan indledes med stormøder eller dialogkonferencer, hvor der sættes fokus på, hvad praktikerne opfatter som problemet og hvorfor (Frimann & Bager, 2012).
Problemet om de sårbare patientovergange var i dette projekt defineret på forhånd; afledt af mine samtaler med kolleger og ledere og min egen interesse som forsker. Det, der til gengæld ikke var klart defineret var, om der hos både praktikere og ledere var basis for at indgå et samarbejde omkring et aktionsforskningsprojekt, hvor vi i fællesskab ændrer på den bestående praksis omkring patientovergange. Dermed var det heller ikke klart defineret, hvad formålet med projektet skulle være.
I den indledende fase blev hyppige dialogmøder og de kvalitative studier, som jeg foretog adgangsgivende for en egentlig opstart af aktionsforskningsprojektet. Dermed kom der en mere formel inddragelse af praktikerne som medforskere i den cykliske proces.
Efter identifikationsfasen er næste skridt planlægnings – og refleksionsfasen. I denne fase indsamles data omkring patientovergange med henblik på at kvalificere planlægningen af handlingerne. I denne fase går jeg i dialog med medforskere

omkring den foreliggende viden fra andre studier, men også den deskriptive analyse, som blev udarbejdet på baggrund af de indledende kvalitative studier, bliver inddraget (der henvises til afsnit 7.4.). Sammen søger vi at indkredse problematikken omkring patientovergange. I denne fase er det vigtigt med tid og rum til, at alle får fortalt og delt deres erfaringer med patientovergange. Særligt før, under og efter de to første workshops lægges der op til at få skabt denne reflekterende tilgang gennem en åben og anerkendende interesse og nysgerrighed overfor andre måder at opleve og forstå patientovergange på. Forståelse er således et centralt begreb i denne fase (Coghlan & Brannick, 2010).

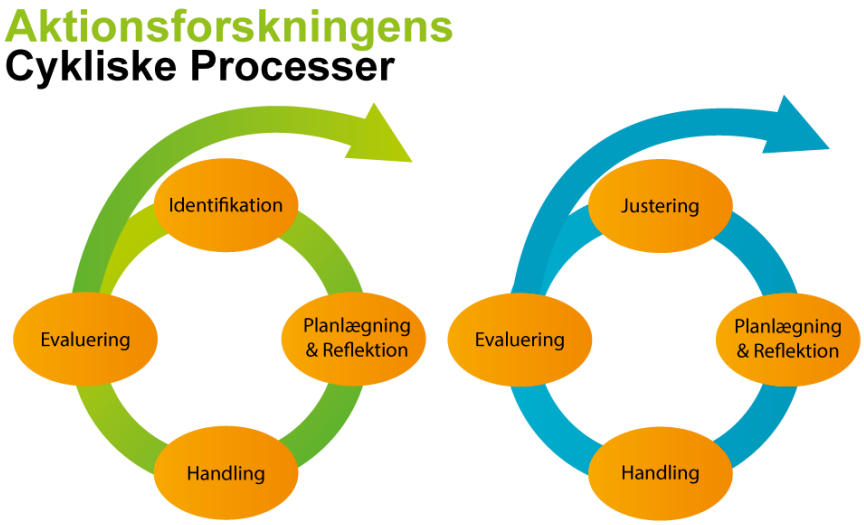
Da medforskerne naturligvis er forskellige af karakter og i fremtræden, har forskeren en ganske særlig forpligtelse til at sikre, at alle stemmer bliver hørt. Nogle er hurtigere end andre til at fremkomme med deres refleksioner over det sagte og kan endog til tider overtage den historie, som en anden er i gang med at fortælle således, at den oprindelige historie ikke bliver fortalt eller får en helt anden drejning end oprindeligt tiltænkt. Forskeren har derfor et særligt ansvar for at gribe ind i sådanne situationer og sikre en demokratisk proces, hvor alles stemmer bliver hørt. Forskerens opmærksomhed skal naturligvis være skærpet i alle faser, men i særdeleshed i de indledende faser, hvor det er vigtigt, at alle synspunkter bliver lagt åbent frem, og medforskerne finder en form for rytme i deres samarbejde. Idealet er at få udfoldet og nuanceret problematikkerne omkring patientovergange på en sådan måde, at både forsker og medforskere får en forståelse af fænomenets omfang og kompleksitet. Hensigten er at skabe et vægtigt fundament for den kommende handlingsfase. I planlægningsfasen er det både forsker og medforskernes opgave at samle de mange indtryk og overvejelser, som de har delt med de øvrige medforskere og formidle dem til kollegerne i egen praksis, men også at invitere kollegerne til at bidrage med deres erfaringer. Planlægningsfasen er derfor krævende i både indhold og omfang (ibid.).

Handlingsfasen er den fase, hvor medforskerne skal samle og endeligt definere de handlinger, som de skal udmønte og afprøve i et afgrænset tidsrum, som de selv definerer som realistisk.

Allerede i planlægningsfasen vil der være medforskere og aktører, der vil fremkomme med forslag til handlinger, der kan ændre på de nuværende både formelle og uformelle procedurer for overgangene. Ifølge Dewey (2005) er det en helt naturlig reaktion, idet det ligger i menneskets natur at forsøge at løse det, som vi oplever som et problem. I de indledende faser er det derfor forskerens opgave at minde medforskerne om at forblive i processen og ikke foregribe, hvad der skal ske i handlingsfasen. I handlingsfasen udmøntes de konkrete handlinger, som forsker og medforskerne har aftalt med hinanden og det aftales samtidig, hvordan eventuelle småjusteringer skal foretages. I det tidsrum hvor handlingerne afprøves aftales det også, hvornår og hvordan handlingerne skal evalueres og justeres endeligt (Coghlan & Brannick, 2010).

Evalueringsfasen bærer præg af, som ordet siger en evaluering af processen. I denne fase mødes forsker og medforskere for at tale om og reflektere over, hvad der virkede og hvad der var mindre hensigtsmæssigt. Det er i denne fase, at handlingerne justeres.

Derfor er det vigtigt, at hele processen bliver synlig for alle således, at alle får en forståelse af processens omfang, betydning og værdi. Det er også i denne fase, at det store arbejde, der hidtil er lagt i processen skal anerkendes. Hvis forskeren efter denne fase forlader projektet og medforskerne skal være selvkørende, skal der afsættes tid og rum til indgyde medforskerne mod og engagement til vedvarende at forblive i den cykliske proces (Greenwood & Levin, 2007).



FIGUR 4. DE CYKLISKE PROCESSER

4.6. Vidensformer i aktionsforskning

Greenwood og Levin (2007) og Heron & Reason (2008) har begge udfoldet deres respektive forståelser af hvilke vidensformer, der kan udvikles i aktionsforskningssammenhænge. Det er vidensformer, der vurderes at have relevans for at forstå den viden, der er i spil og som kan uddrages af samarbejdet, mellem forsker og medforskere i en hektisk hverdag, præget af handlingstvang. Aktørerne deler ifølge Greenwood og Levin (2007) en kompleks, righoldig og detaljeret viden om sit eget liv, sine omgivelser og mål i tilværelsen. Det er viden, som er karakteriseret ved, at den er erhvervet igennem dagligdagens foreteelser og gøremål. Det vil sige viden, som er kropsliggjort gennem det enkelte menneskes særlige erfaringer, handlinger og historie. Viden som derfor både kan være tavs, praktisk og internaliseret (ibid.). Greenwood og Levin (2007) taler om, at den læring, der finder sted i aktionsforskningen er en "cogenerative learning" (ibid.:72). Dermed menes, at det er en læring, der opstår i mødet mellem praktisk visdom i den aristolske forståelse af phronesis og videnskabelig teoretisk viden, hvor medforskerne med sin viden om lokale forhold, kan udfordre den teoretisk funderede videns mulighed for at kunne give mening. På det grundlag kan aktionsforskning bygge bro mellem den lokale kombination af praktisk viden, socialt erfarede mening og den videnskabelige forståelse. I denne dialektiske relation er der ingen vidensformer, der har forrang frem for andre (ibid.:104ff).
Heron & Reason (2008) giver et mere konkret bud på, hvordan vidensformer kan komme i spil i de cykliske faser i aktionsforskningsprocessen. De uddifferentierer fire vidensformer, som de mener skal i spil både i processen og i resultatet af samarbejdet mellem medforskere og forsker. De fire vidensformer er: Experiential knowing, Presentational knowing, Propositional knowing og Practical knowing (Heron & Reason, 2008:367-80). I lighed med Greenwood & Levin (2007) mener de ikke, at nogle vidensformer skal have forrang frem for andre men, at alle fire former for viden skal inddrages og vægtes lige højt (ibid.). I praksis er det således hverken muligt eller ønskeligt med en opdeling og differentiering af de fire vidensformer, men i den teoretiske abstraktion og i planlægningen af faserne, er der forskel på, hvor vægten lægges og hvilket formål de fire vidensformer tjener, i de forskellige cykliske faser. I den første fase, hvor forsker og medforskere identificerer foreløbige problemstillinger er det overvejende teoretisk viden, også kaldet påstandskundskab (Propositional knowing), der anvendes. Det vil sige, at her italesætter og reflekterer forsker og medforskerne over den viden om problemstillingen, der er tilgængelig på nuværende tidspunkt, for derefter at sætte denne viden i perspektiv med egen praksis (Hummelvoll, 2003). I den anden fase, som er planlægningsfasen, hvor medforskerne indsamler data, har medforskerne fokus på at observere og reflektere over egne og kollegers nuværende praksis for at afdække og vurdere, hvilke initiativer og handlinger, det vil give mening at igangsætte i den konkrete praksis. Her inddrages også den praktiske kundskab (Practical Knowing) (ibid.). I den tredje handlingsfase er det primært erfaringskundskaben (Experiential knowing), der inddrages. Denne fase er fordybelsesfasen og den mest udfordrende for medforskerne, fordi de i denne

fase skal være åbne for at modtage nye indtryk og gøre nye erfaringer, samtidig med, at de er i en krævende praksis præget af handlingstvang (ibid.). I den fjerde evalueringsfase går medforskere og forsker tilbage til den første fase, som nu anskues i et nyt perspektiv med inddragelse af erfaringer fra både anden og tredje fase af både kognitiv, psykodynamisk og social karakter. Der er fokus på refleksion fx gennem narrativer og vidensformerne er primært præsentationskundskaben (Presentational knowing) i denne fase, men også påstandskundskaben inddrages her (Hummelvoll, 2003; 2006; Hummelvoll et al, 2015).
Når Heron og Reason (2008) foretager denne opdeling af vidensformer er det for at tydeliggøre processen mellem udforskning, refleksion, handling, og læring igennem aktionsforskningens cyklusser, hvor vidensudvikling kontinuerligt kvalificeres og forbedres. Opdelingen skal derfor anskues som en idealtypisk konstruktion, idet både Heron og Reason (2008), men også Hummelvoll (2003) er af den opfattelse, at viden skal tænkes i helheder. Igennem de forskellige cyklusser forekommer der en helhedstænkning af viden, hvor medforskernes praktiske viden, deres forståelse og erfaring af fænomenet inddrages og perspektiveres på et dybere plan således, at det sker en sammenvævning og helhedstænkning af vidensfeltet (Hummelvoll, 2003).
Dermed kan der bindes en sløjfe tilbage til udgangspunktet og Deweys opfattelse af viden og erkendelse. I lighed med Deweys erfarings- og læringsbegreb skal viden og erkendelse også anskues i sin helhed og kontinuitet. Derfor skelner Dewey ikke mellem viden og erkendelse, men ser erkendelse som noget processuelt, som er langt mere end en indre kognitiv forståelse. Det er en bevidstgørelse, der opstår i interaktionen med andre og i sammenhæng med en aktivitet. Erkendelse vil sige at blive bevidst om en situations kompleksitet, forstå sammenhængen og handle på den (Dewey, 2005).

> *"Med andre ord er viden og erkendelse en forståelse af de sammenhænge, der bestemmer et objekts anvendelighed i en given situation " (Dewey, 2005; 351).*

Opsummeret er det indlejret i Deweys og denne afhandlings opfattelse, at viden er et sandhedsbegreb, som skal give mening i hverdagslivet og bekræftes gennem praktisk handling. I afhandlingens tænkning om viden og vidensformer ligger der, at viden er både en kognitiv, følelsesmæssig og social erkendelse, som skabes i en kontinuerlig, handlingsorienteret proces og som indbefatter en moralsk ansvarlighed og helhedsforståelse af den sammenhæng, som man indgår i.

FIGUR 5. VIDENSFORMER

4.7. Validitet i aktionsforskning

Som det er nævnt i tidligere i dette kapitel, er der mange retninger inden for aktionsforskning af både ideologisk og normativ karakter. Det kan medvirke til at skabe tvivl om det videnskabelige fundament og forvirre unødigt. Nogle kan ligefrem forledes til at tro, at aktionsforskning er en eklektisk tilgang og at 'anything goes'. Sådan er det ikke. Ligesom i al anden forskning er der et eksplicit krav om, at de valg, der foretages, skal begrundes. Validitet handler om gyldighed, transparens og metodens styrke til netop at give svar på det, vi siger, at vi vil undersøge (Duus, 2012). Gyldigheden er funderet i forskerens kritiske subjektivitet, som består af en selvrefleksiv opmærksomhed samt en kritisk holdning og bevidsthed om egen indflydelse på data og vurderinger fra medforskerne (Hummelvoll et al, 2015).
For det første skal man som forsker sikre, at de valgte metoder og analytiske processer er gennemsigtige og hænger sammen med projektets forskningsspørgsmål og formål. For det andet, at de metodiske og analytiske valg er i tråd med forskningsprojektet ontologiske og epistemologiske ståsted. Endeligt er det et krav, at man følger de vejledende retningslinjer for god forskningsetik (Tofteng & Husted, 2012, Hummelvoll, 2010).
Validitet i aktionsforskning er ligesom i anden kvalitativ forskning processuel og dynamisk (Greenwood & Levin, 2007). I modsætning til traditionel forsknings tro på, at gyldighed skabes gennem generalisering og universelle hypoteser, så skabes

aktionsforskningens gyldighed gennem viden, der er genereret og testet i praksis (ibid.).
I aktionsforskning handler validitet om både en intern og ekstern troværdighed, som begge er vigtige elementer i skabelsen af gyldighed. Den interne troværdighed skabes gennem samarbejdet med medforskerne. De problemer og de temaer, der er i fokus skal give mening og vække genkendelse hos medforskerne. Problemernes relevans er dermed af essentiel betydning for, at medforskerne er motiveret til at samarbejde om at finde løsninger og generere viden, som kan skabe læring og ændre på det bestående (Greenwood & Levin, 2007).
Den andet element omhandler den eksterne troværdighed. Her drejer det sig om at overbevise udenforstående om, at fundene er troværdige. Det kan være en udfordring, fordi samskabelse og generering af ny viden i aktionsforskning er tæt forbundet med den situerede og unikke praksis. Samskabelsen med forskerfeltet består derfor ikke nødvendigvis af konkrete og specifikke resultater, men af en dialektisk og dynamisk proces mellem refleksion og handling. Mange af fundene i aktionsforskning kan måske bedst udtrykkes gennem narrativer og storytelling. Narrativer er således velegnede og konstituerende til at tydeliggøre fund og står ikke i et modsætningsforhold til videnskab (Greenwood & Levin, 2007:67).
Hummelvoll et al (2015) taler om tre former for gyldighed. Den ene er, at den viden, der fremkommer i praksis må bidrage til en ny begrebsliggørelse og erkendelse af de forestillinger, som medforskerne i forvejen havde af deres praksis. Dermed skabes der en lokal gyldighed, som bliver synlig for medforskerne gennem spejling i hinandens praksis, men også gennem den værdi, som brugerne tillægger den nye praksis (ibid.). Den anden form for gyldighed handler om, at viden må have rejsekapacitet forstået som, at den vækker genkendelse og opmærksomhed på lignende fænomener i andre sammenhænge og i andres praksis (ibid.). Det tredje forhold handler om, at forskeren forstår og kontinuerligt er sig bevidst om, at almengyldigheden i aktionsforskning skabes i bevægelsen mellem erfaringsdannelsen og refleksionen i den situerede og relationelle praksis (Hummelvoll et al, 2015:284-285).
Gyldigheden i forskningsprocessen indenfor aktionsforskningens har tæt sammenhæng med Deweys tanker om 'inquiry', som skal forstås som en undersøgende og udforskende tilgang til et problem, som både kræver en grundig eftertænksomhed og reflekterende holdning, men også medinddragelse af gensidige fortolkninger og anskuelse fra forskellige positioner og perspektiver. Der er tale om påvirkninger og medvirkninger igennem aktionerne, som har skabt forandringer, viden og læring (Hummelvoll, 2003) Denne proces kan ikke altid udfoldes i udtømmende termer og proportional viden, men den kan forsøges ekspliciteret gennem medier som narrativer, kunst og andre frembringelser (Jensen, 2012).

4.8. Etiske overvejelser i et metaperspektiv

Forskningstilgange i praksisnære sammenhænge medfører etiske fordringer og udfordringer, hvor både forsker og praktikerne kan opleve forskellige etiske problemstillinger. I dette afsnit vil jeg eksplicitere nogle etiske betragtninger på metaplanet, mens de etiske problemstillinger og overvejelser, der er forekommet

gennem processen i mere eller mindre omfang inddrages igennem afhandlingen. Fortrinsvis i afsnittet omkring forskersituering i afsnit 6.2.
Hummelvoll (2003;2010;2015) bidrager med nogle vigtige etiske overvejelser, som både skal medtænkes inden projektet sættes i gang, men også bør indgå i overvejelserne, mens projektet forløber (ibid.). Indledningsvis må det gennemtænkes om projektet kan tilføre noget nyt til den bestående viden om emnet. Praksisfeltet skal have en oplevelse af, at det tema, som forskeren planlægger at inddrage dem i, er relevant og giver mening at beskæftige sig med. De skal opleve, at temaet kan engagere dem og at den tid og energi, de investerer i forskningen har betydning og skaber kvalitet i deres praksis (Hummelvoll, 2003;2010; Hummelvoll et al, 2015). Forskeren skal på sin side have de fornødne metodiske kompetencer, men også de sociale kompetencer har stor betydning i et forskningsprojekt af denne karakter, hvor det gælder om at få vigtige meningsudvekslinger i spil; herunder at sikre, at alle bliver hørt og at den enkelte kommer til orde. Forskeren skal have sin opmærksomhed rettet mod, at nogle medforskere måske kan føle sig overset, mens andre kan tænke, at de ikke er tilstrækkeligt repræsentative for fællesskabet eller tvivle på om de har de nødvendige forskningsmæssige og metodiske kompetencer til at indgå i et sådant projekt. Det stiller krav til forskeren om nærvær, indlevelse og en skærpet opmærksomhed (ibid.). Skærpet opmærksomhed fordrer, at forskeren er koncentreret og nærværende i situationen, men også, at hun opretholder en analytisk distance til at anskue situationen som helhed; herunder at indtage en metarefleksiv position for kritisk analytisk at kunne anskue sin egen rolle udefra; også kaldet kritisk subjektivitet (Hummelvoll, 2010; Hummelvoll et al, 2015).
Praktikernes samtykke og tilsagn skal der værnes om i aktionsforskning. Forskningsprocessen i aktionsforskning er processuel, kontinuerlig og foregår i en forhandling med praksisfeltet. Derfor er det kun i mindre grad muligt for forsker og praktikerne at have det fulde overblik over projektets forløb og kunne forudsige, hvad der vil komme til at ske undervejs. Det fordrer en forpligtelse hos forskeren på vedvarende at arbejde med at skabe rum for forventningsafstemning og gensidige dialoger, hvor der er åbenhed om det aktuelle forløb, formål, hensigter og mulige konsekvenser (Greenwood & Levin,2007; Hummelvoll, 2010).
Det ligger indlejret aktionsforskningsprocessen, at fokus kan ændre sig undervejs og med denne ændring kan følge, at grundlaget for de aftaler som forsker og praktikere sammen har indgået ikke længere står til troende. Forskeren bør derfor overveje om det samtykke, som praktikerne har givet indledningsvis er gældende for alle faser i processen eller om der er grundlag for at genforhandle aftaler eller samtykke med praktikerne (Hummelvoll, 2010; Tofteng & Husted, 2012).
I aktionsforskning er gensidighed et centralt begreb, fordi det ligger indlejret i det demokratiske princip, at alle har en stemme og at samarbejde handler om medbestemmelse, ligeret og ligeværd. Gensidigheden må udvikles gennem forskningsprocessen og her må forskeren gå foran. Forskeren er dybt afhængig af tillid fra praksisfeltet og samtidig utrolig sårbar, hvis der opstår mistillid (Andvig, 2010a; 2010b; Greenwood & Levin, 2007). Forskeren må gennem sin adfærd og sine handlinger vise sig troværdig og tilliden værdig. Der skal være overensstemmelse mellem forskeren, som professionel og forskeren, som menneske. Således skal

forskeren være i besiddelse af en høj grad af autentisitet og integritet. (Hummelvoll, 2010).
Afslutningsvis er der spørgsmålet om ejerskabet til de data, der indsamles i alle faser. Det stiller krav om at gå i dialog med deltagerne om, hvordan data skal behandles, præsenteres og anonymiseres. I aktionsforskningen kommer forskeren tæt på deltagerne og kan få indsigt i fortrolige oplysninger, som må behandles med omhyggelighed og høj grad af finfølelse. (Hummelvoll, 2010).

KAPITEL 5. ET TEORETISK FUNDAMENT

Denne afhandling inddrager og anvender teorier på forskellige måder. Dels hviler afhandlingen på Deweys pragmatiske tilgang, der er tæt forankret i afhandlingens videnskabsteoretiske ståsted og aktionsforskningstilgangen og dermed den teoretiske linse, hvorigennem *forandring, udvikling og samarbejde* skal forstås (Kap. 3 & 4). Dels foregår min forskning i et samarbejde med sygeplejersker i en sundhedsfaglig kontekst, hvor der er indlejret omsorgsetiske værdier, som dermed udgør den teoretiske linse, hvorigennem *faglighed og professionalisme* skal forstås. Sammen med den hermeneutiske opfattelse af fortolkning og meningsskabelse danner dette teorikompleks fundamentet og grundteorien i afhandlingen.
Som et bidrag til yderligere analytiske perspektiver og for at give mening i en aktionsforskningssammenhæng inddrages teorier, der har tæt sammenhæng med de centrale nøglebegreber som *udvikling, læring, samarbejde, sikkerhed, sammenhæng og professionalisme*. Grundteorien må derfor suppleres med kontekstnære teorier,[80] der tilsammen skal udgøre afhandlingens analyseapparat.
Afhandlingens aktionsforskningstilgang har fordret en grundlagstænkning med Deweys pragmatiske filosofi og dermed de forandrings- og handlingsorienterede elementer, som er relevante i en aktionsforskningskontekst. Men afhandlingens kontekst er samtidig en sundhedsfaglig kontekst, hvor de professionelle aktører og medforskerne skal udføre deres arbejde i en praksis præget af skiftende relationer og handlingstvang (se kapitel 2). Det er en kontekst, hvor livet dagligt udspændes i feltet mellem menneskelig lidelse, sygdom og død. Sådanne livsfænomener tilskynder til at supplere Deweys grundlagstænkning med en sygeplejefaglig omsorgstænkning som forståelsesramme. En teoretisk forståelsesramme, der kan give en pejling på, hvad der er sygeplejens kerneområde.
I det følgende afsnit vil jeg redegøre for afhandlingens sygeplejefaglige teoretiske fundament, der tager sit udgangspunkt i en teori af den norske sygeplejerske og filosof Kari Martinsen. Martinsens fænomenologiske omsorgsfilosofi er stærkt forankret i den danske teolog og filosof K.E. Løgstrups filosofi. Martinsens omsorgsfilosofi knytter dermed også an til afhandlingens videnskabsteoretiske (fænomenologiske) fundament. Da Martinsens omsorgsfilosofi har gennemgået en løbende udvikling igennem fire årtier vil jeg tage udgangspunkt i hendes sidste bogudgivelse: Løgstrup og sygeplejen (2012). Denne udgivelse ekspliciterer, hvordan fagligheden kan komme til udtryk igennem en omsorgsfuld og professionel sygepleje.
Omsorgsfilosofien suppleres med kontekstnære teorier, som tilsammen skal udgøre afhandlingens analyseapparat og bidrage med at diskutere og perspektivere de analyser, der er udviklet og tematiseret igennem aktionsforskningsprocessens anden

[80] Med kontekstnære teorier mener jeg teorier, der indeholder et systematisk sammenvæv af teoretiske og empiriske studier, som danner et begrebsapparat, der kan skabe et andet perspektiv på praksis (Hall, 2010). Der henvises til Hall (2010) som beskriver forskellige teoretiske niveauer. Hall giver et eksempel, hvor en grand teori fx omfatter hele sygeplejens genstandsfelt som menneske, miljø, sundhed og sygepleje, mens en *middle range* teori ofte sætter fokus på bestemte fænomener relateret til et begreb som fx overgange (transition) (2010:18ff).

fase af de cykliske processer. Nedenstående teorier bidrager til centrale perspektiver i analyserne. Andre mindre teoretiske pointer vil blive inddraget i analyserne, men præsenteres ikke her.
Det analytiske kontekstnære teorikompleks vil inddrage Delmar (1999; 2000), som er inspireret af Martinsen (2012). Delmar har et eksistentielt-filosofisk perspektiv på sygepleje og omsorgsetik. Teorien kan bidrage med forståelsen af patient- og sygeplejerskerelationen og livsfænomener, der udtrykkes fra et patient – og pårørendeperspektiv. Holm-Petersen et al's (2006) forskningsprojekt om medicinske sygeplejerskers fagidentitet har et omfattende empirisk grundlag, som kan perspektivere medforskerne forståelse af faglighed og professionalisme. Dermed kan teorien bidrage til diskussionen om, hvad sygeplejersker selv italesætter som deres kerneområde og dermed opfatter som fagets inderside. Igennem den cykliske proces har alle aktører inklusiv medforskerne bidraget i et omfattende antal dialoger, hvorfor det er relevant at sætte fokus på de dialogiske processer og den gensidighed, der er indlejret i dialogerne. Til denne belysning inddrages Benedicte Madsen (2000), der gennem mange år har forsket og arbejdet med dialoger og kommunikation i organisationer. Den viden og læring, der udvikles igennem læreprocesserne i samarbejdet mellem medforskerne er en situeret læring, der ønskes distribueret, indarbejdet og bundet i fællesskabets rutiner. Det forudsætter en forståelse af, hvordan læring udvikles i praksisfællesskaber, hvorfor der inddrages læringsteoretikere indenfor dette felt (Lave & Wenger, 2003; Wenger, 2004).
Martinsens omsorgsfilosofi vil blive efterfulgt af en kort præsentation af de teorier, der skal udgøre afhandlingens analytiske kompleks, som kan genfindes i diskussionerne i analyserne. Kapitlet afsluttes med en model over det analytiske teorikompleks.

5.1. Sygeplejens rammesætning med fokus på omsorg og faglighed

I og med, at Martinsens omsorgsfilosofi er en filosofi og ikke en teori, er den i lighed med Deweys filosofi ikke handlingsanvisende og foreskrivende for praksis, men bygger på:

> *"... antagelser om centrale fænomener og begreber i faget (ontologi), antagelser om kundskabsudvikling om disse centrale fænomener (epistemologi), og antagelser om værdier i faget (etik) " (Hall, 2010).*

Martinsens omsorgsfilosofi udstikker dermed ikke nogen specifikke retningslinjer eller veje at gå, men fremlægger idéer om, hvad sygepleje bør være, og hvilke værdier og kodeks, der bør kendetegne medlemmer af faget (ibid.). I den henseende er filosofien normativ, men samtidig er den til debat i fagfællesskabet og dermed på ingen måder statisk og fastlåst (Hall, 2010).
Martinsen (2012) sammenholder filosofi og empiri og fremhæver, at:

> *"Filosofi skal ikke forstås ud fra og gennem empirisk forskning, for filosofi er ikke empirisk forskning. I det tilfælde ville vekselvirkningen og den gensidige udveksling være ophævet. Filosofi og empirisk*

> *forskning kan gensidigt uddybe og perspektivere hinanden, når de ses i deres eget lys. Således kan også filosofi og professionel sygepleje gensidigt uddybe hinanden… "(ibid.:19)*

Når omsorgsfilosofien anvendes i denne afhandling, er det således for sammen med Dewey (2005; 2009) at uddybe og perspektivere de empiriske fund, der er fremkommet gennem den cykliske proces.
Martinsens filosofi har rod i det ontologisk givne, at mennesker grundlæggende er afhængige af hinanden. Det er også her, at hendes (og Løgstrups) ontologiske etik har sit udspring. Den ontologiske etik tager udgangspunkt i de før-etiske og suveræne livsytringer som *tillid, barmhjertighed, håb, talens åbenhed og medfølelse,* som fremført af Løgstrup (Martinsen, 2012:52f). Når livsytringerne er ontologiske, er det, fordi de er givet os med det skabte liv og dermed hører tilværelsen til. De er suveræne og spontane, hvilket vil sige, at de fremkaldes utvungent og har en iboende godhed (ibid.). Den ontologiske etik er dermed ikke båret af regler og principper, men af fordringen om at tage imod den andens udleverethed. Gør vi ikke det, krænker vi den andens tillid og svigter vores ansvar. Martinsen præciserer, at:

> *"Jeg svigter noget vigtigt i mig selv, når jeg svigter mit ansvar for den andens ve og vel "(ibid.:55).*

I den ontologiske etik ligger der en fordring, som vi ikke kan undslippe. Fordringen om at handle til den andens bedste (ibid.). Der er mange forhold i sundhedsvæsenet, der kan medvirke til, at vi forsøger at undslippe fordringen. Derfor, siger Martinsen, har den ontologiske etik brug for den vejledning, der ligger i 'den gyldne regel' som er, at *"alt hvad du vil, at de andre skal gøre mod dig, skal du gøre imod dem "* (ibid.:55).
En vejledning, som er universel men også en tavs fordring, hvor det ligger til den enkelte selv igennem sansningens stemthed at tyde, hvilken omsorg den anden har brug for. Sygeplejersken må bruge sin fantasi til at se den anden og sig selv på en ny måde ved at bytte roller uden at medinddrage egne normer og præmisser for, hvordan patienten skal leve sit liv (ibid.:55ff.).
De suveræne livsytringer kan ikke tjene et andet formål end deres eget. Hvis de anvendes som et normsæt og ideal i sundhedsvæsenet og noget, som vi selv skal præstere, bliver livsytringerne det modsatte af sig selv og dermed ophøjet til højmoral (ibid.:59). Hvis livsytringerne bliver normforeskrivende, vil sygeplejersken opleve det som endnu et krav om perfektion, som hun ikke kan indfri, og de daglige dilemmaer bliver endnu mere påtrængende (ibid.:69). Det kan i værste fald medføre, at sygeplejersken lukker helt af og haster forbi patienten uden at se, hvad han ikke magter selv og derfor skal have hjælp til. Sundhedsvæsenet bør i stedet anvende de kulturbestemte etiske normer og regler til at undersøge, om det er muligt at skabe rum for, at livytringerne kan blive udfoldet (ibid.:60f). Hvis sygeplejersken skal have mulighed for at kunne indgå i patientrelationen, sanse og tyde patientens udtryk, udøve sin faglighed og bevare sin integritet og fagidentitet, så skal der skabes en 'tone' i praksisfællesskabet, hvor forundringen og stemtheden omkring fagligheden får plads. Martinsen inddrager Løgstrups tanker om, at *"sansningens stemthed er den*

modtagelighed, der skal til, for at noget overhovedet kan gøre indtryk på os" (Ibid:13).
Dette citat udtrykker, at det er gennem nærværet og sansningen, at sygeplejersken berøres i den aktuelle situation. Det gennemgående budskab hos Martinsen er, at det et grundvilkår ved det skrøbelige liv, at mennesket er sårbart, og at vi grundlæggende er afhængige af og udleveret til hinanden (ibid.:21). Der er noget, som vi ikke har magt over, selvom vi i vores samfund tilstræber uafhængighed og selvrealisering (ibid.). Martinsen er optaget af, at sygeplejersken skal være opmærksom på disse grundvilkår og tilstræbe at være sansende tilstede som en forudsætning for at kunne tyde, hvad situationen kræver af hende. Der er forhold i sundhedsvæsenet, som skaber trange kår for sygeplejerskens sansning og undren. Fagligheden kan blive sanseløs, fordi sygeplejersken har travlt med opgaver, der ikke angår patienten, såsom dokumentation, tavlemøder, koordinering af opgaver etc. (ibid.). Sansningen og undringen bliver netop levendegjort:

> *"…i de situationer, hvor vi tør dyrke kroppens langsommelighed, hvor vi er modtagelige og lytter til det, der kommer til os udefra, hvor vi er nærværende tilstede." (Martinsen, 2012:28)*

Forundringen kalder på en indre kredsen om noget, som vi bliver grebet af, men ikke kan fatte eller begribe. Det er gennem sådan en undren, at tænkningen sættes i gang. Her skal tænkningen forstås som en hændelse og ikke som en målrettet aktivitet. Sygeplejersken har i sit professionelle arbejde brug for sin nysgerrighed og viden. Samtidig skal hun give rum til den forundring, der opstår, når hun er nærværende tilstede i situationen (ibid.).
Martinsen inddrager Løgstrup, som hævder, at vi lever i en forbavselseskultur[81], hvor vi hele tiden vil chokeres, og når forbavselsens chok har lagt sig, er vi på jagt efter noget nyt og uventet, som kan overraske og chokere os (ibid.:29-31). I modsætning til forbavselsen er der i forundringen en dvælende langsommelighed, hvor forundringen vokser forsigtigt frem som en dæmrende forståelse eller en længselsfuld søgen efter noget, der rækker ud over én selv (ibid.). Vi kan søge og stile mod forbavselsen eller overraskelsen, men forundringen kommer til os, når vi er åbne, modtagende og nærværende tilstede (ibid.:31). Forbavselseskulturen har også indtaget sygeplejerskens arena, hvor den hektiske hverdag er præget af en lang række af gøremål, der kan være så overvældende, at det at få krydset alle opgaver af på sin tjekliste kan være en befrielse, men måske en kortvarig befrielse. For sygeplejersken fratages sin glæde ved det, hun er uddannet til, nemlig at udøve sygepleje og hjælpe patienten med at genvinde sit livsmod. I stedet lader sygeplejersken sig drukne i gøremål (ibid.). Hun bliver udeltagende og lukker dermed af for kontakten til patienten. Samtidig kan sygeplejersken gennem sin fortravlede registrerende adfærd komme til at objektgøre patienten (ibid.). Patientens krop er en opgave, som hun skal gøre noget ved, idet *" Sygeplejersken får en magt over patientens krop, en magt, der afklæder kroppen dens menneskelighed " (ibid.:33).*

[81] Løgstrups tekst: Forbavselse og undren er fra en prædiken fra 1937 (Martinsen, 2012:29). En 80 år gammel tekst, som stadig er aktuel i dag om end vi bruger andre ord som fx sensationslyst, kick, zapperkultur etc.

Der kan være forskellige årsager til, at sygeplejersken bliver optaget af den foretagsomme travlhed, der gør, at hun ikke ser en patiens appel om hjælp. Sygeplejersken kan være indfanget i samfundets tidstyranni og kan føle sig splittet mellem at skulle være indfølende og sansende tilstede hos den patient, der har brug for hendes hjælp, og kollegerne som må løbe stærkere, hvis hun opholder sig (for) længe hos patienten. Hun kan derfor komme til at made den hjælpeløse patient på en sådan måde, at denne ikke når at smage, endsige tygge maden, før hun haster afsted til den næste patient eller opgave i solidaritet med kolleger og lederen (ibid.:138; 152). Plejekulturens egne normer om lydighed og opofrelse kan være medvirkende til, at sygeplejerskens solidaritet ligger hos den overordnede eller institutionen fremfor hos patienten. Sygeplejersken står således i et dilemma, hvor travlheden på den ene side er blevet en samfundsmæssig livsform, der stiller krav til sygeplejersken udefra, men også indefra gennem fagets normer og kultur er der krav, der sætter sig igennem og påfører sygeplejersken skyld.[82] Plejekulturens høje idealer om altid stå til rådighed og at være omsorgsfuld bliver understøttet af samfundets normer om bekendelser, som kan være konstante kvalitetstjek, evalueringer og akkrediteringer, der således forstærker sygeplejerskens skyld- og skamfølelse (ibid.:66). Sygeplejerskens dilemmaer kan medføre det, som Martinsen kalder moralsk stress, hvor sygeplejersken intensiverer travlheden og foretagsomheden for at mindske skyldfølelsen (ibid.: 65). En sygeplejerske fortæller:

> *"I omklædningsrummet på vej hjem har jeg altid skyldfølelse over det ugjorte. Men det gode ved tempo er, at det hindrer mig i at se klart " (ibid.:65).*

Det tempo og den ansvarsfraskrivelse, som sygeplejersken har tillagt sig, kan umiddelbart opleves som en beskyttelse af hende selv; men den evige skyldfølelse truer med at påføre hende moralsk stress. Hun er på vej til at miste sin faglighed og dermed det, der skal give hende arbejdsglæde og skabe fornyet næring til hendes faglige udvikling. I mangel af nærvær mister hun evnen til at gå ind i situationen og sanse patientens sårbarhed, og dermed kan hun ikke vejledes til at foretage det bedste valg og udøve et fagligt skøn. Tempoet og travlheden lukker af for indtrykket for patienten og bliver i stedet truende (ibid.:67). En patient beskriver en sådan situation:

> *Afdelingen var fuldt belagt (..). På stuen er der én af patienterne, der ryster meget på hænderne og som spilder hele tiden. Hun får en blå plastikble som serviet. Om morgenen når vi skal vaskes og klædes på er alt kaotisk (..) der er ingen afskærmning. Ude på gangen går vi mere eller mindre påklædte rundt med slanger og poser. Under stuegangen fortælles der ømtålelige oplysninger på vores firesengsstue, og kun nogle få hilser eller ser mig. Bagefter har jeg undret mig over disse grænser, der usynligt bliver flyttet, lidt efter lidt hver dag (Aakre, 2009 i Martinsen (2012:64), fordansket (red.)).*

[82] For yderligere inspiration om et fags selvtilstrækkelighed og ophøjethed, se Fink (1982:64).

Denne oplevelse vidner om, at der er opstået en plejekultur, hvor grænserne er blevet flyttet, og der er fremkommet en kynisme, som ikke kun truer den enkelte sygeplejerske, men også praksisfællesskabet og faget. I vores samfund er der en forestilling om, at det er muligt at leve et sundt liv uden smerte og lidelse, som opleves som kontroltab og noget selvforskyldt. Det skaber skyld og skam hos det enkelte menneske, hvis de ikke kan leve op til de forventninger, men det skaber også en kynisme og skamløshed, hvis det bliver normsættet i den professionelle praksis. Hvis samfundet og praksisfælleskabet fremmer skamløsheden, opfører vi os, som om vi ikke er en del af hinandens verden og det er ødelæggende for både fag, faglighed og professionen (ibid.:99).
Martinsen er optaget af relationen mellem sygeplejersken og patienten. Med udgangspunkt i denne relation inddrager Martinsen en politisk tone og fremhæver, at sygeplejersker på alle niveauer må være i "opstand" til tidens tilintetgørende bevægelse og i stedet blive forstyrret af patientens nød og solidarisere sig med patienten, som det er os betroet at tage vare på, fremfor organisationen (ibid.:153). Det kan være omkostningsfuldt og konfliktskabende, men som Løgstrup fremhæver, må intet menneske *" reduceres til et middel for et formål, der er det uvedkommende" (ibid.:156).*
I hospitalets produktionslogik kan patienten nemt blive et middel, et nummer i rækken til opfyldelse af produktionstallene. Martinsen spinder med Løgstrup videre på den barmhjertige samaritaner som en politisk samaritan, der med et dybfølt engagement og næstekærlighed som idé vil skabe institutioner, hvor viden og normer tager udgangspunkt i næstekærligheden. Den politiske samaritaner vil gennem *"... en uophørlig kritik af et samfund, hvor omsorgen for syge er i færd med at blive defineret som noget, en producent leverer til en kunde, "* (ibid.:159) skabe en struktur i institutionerne, så der er rum til, at de professionelle ser patientens lidelse. I modsætning til de professionelle indgår den politiske samaritaner ikke i en konkret relation med patienten, men påtager sig et omsorgsansvar på et politisk niveau overfor de mennesker, der ikke selv har magt og kraft til at appellere til de professionelle som fx hjemløse og psykisk syge misbrugere (ibid.:123).

5.2. Et supplerende analytisk teorikompleks

5.2.1. Professionalisme og fagidentitet

Som omtalt i indledningen inddrager det analytiske teorikompleks et eksistentielt-filosofisk perspektiv på sygepleje og omsorgsetik (Delmar 1999; 2010). Delmar (1999; 2010) har igennem hele sin forskning været inspireret af Martinsens omsorgsfilosofi, idet hun gennem sin beskrivelse af livsfænomener og omsorgsetik bygger videre på Martinsens omsorgsfilosofi og udfolder, hvad omsorgsetik er, og hvordan sygeplejersker kan bruge omsorgsetikken som en filosofisk og teoretisk referenceramme (ibid.). I Delmars tilnærmning er omsorgsetikkens fundament et relationelt menneskesyn, idet vi som mennesker grundlæggende er afhængige af hinanden. Samtidig vil omsorgsetik også indebære, at sygeplejersker har en moralsk praksis (ibid.). Men hvad vil en moralsk praksis egentligt sige i sygeplejerskens konkrete dagligdag? Det vil blive belyst dels gennem Delmars (1999;2010) perspektiv på patient-sygeplejerske relationen, og dels gennem hvorledes sygeplejersker italesætter deres praksis og relation til patienterne. Delmar suppleres af Holm-Petersen et al's (2006) teori, der har et empirisk perspektiv på fagidentitet. Begge teorier kan belyse, hvormed sygeplejersker forstår deres faglighed, hvordan deres professionalisme udøves, og herunder hvad der er fagets genstandsfelt og kerneområde.
I dagligdagen italesætter sygeplejersker ofte, at de tager udgangspunkt i patientens behov. Talemåden 'patientens behov' indgår som en væsentlig del af sygeplejerskers praksis. Delmar mener, at dette fokus på menneskelige behov skaber en forfladigelse af den menneskelige tilværelse, fordi behov stiler mod tilfredsstillelse, indtil de mættes, hvorefter der opstår nye behov, som skal tilfredsstilles. Det kan have store omkostninger for vores samfund og i særdeleshed vores sundhedsvæsen, at vi er blevet mere og mere optaget af denne behovstilfredsstillelse (ibid.). Den sundhedsteknologiske udvikling, hvor alle muligheder tilsyneladende er åbne, raffinerer blot vores behov, hvilket også er en pointe hos den engelske sociolog Nikolas Rose (2009). Han forholder sig kritisk overfor den biomedicinske udvikling og problematiserer, hvordan den teknologiske udvikling har skabt et øget fokus på, hvordan vi kan optimere mennesket. Indenfor alle områder af genetik og molekylærbiologi er der skabt en udvikling, der præger vores samfund i en sådan grad, at vi ser en stadig stigende tendens til at opfatte os selv som biologiske væsener, der kan skabes og omskabes efter behov (Rose, 2009). Denne tendens har ikke kun foranlediget en større individualisering i vores samfund, men også en større raffinering af vores behov. Et sådant umætteligt fokus på behovstilfredsstillelse kan bidrage til en følelsesmæssig forarmethed, hvor vi mister blikket for, hvad der virkelig har betydning i menneskelige relationer (Delmar, 2010:92). Delmar inddrager også den danske teolog og filosof K.E. Løgstrup, idet der er noget, der rækker ud over behov, som er givet os med tilværelsen og det levede liv. Det Løgstrup kalder livsytringer:

> *"Men vor tilværelse rummer nu engang ytringer, der intet har med behov og tilfredsstillelse at gøre: Tillid, talens åbenhed, medfølelse,*

> *barmhjertighed, indignation, håb, respekt for den andens urørlighedszone, for at nævne nogle af de vigtigste. For at have et sammenfattende ord for dem kan vi kalde dem for livsytringer, og dem må vi holde ud fra behovene " (Løgstrup, 1988:11 i Delmar, 2010:80).*

Delmar (2010) kalder Løgstrups livsytringer for "livsfænomener" (ibid.:80). Det er etiske eller eksistentielle livsfænomener, som er væsensforskellige fra behov og som er ontologiske fænomener, der er givet os med det skabte, levende liv. Eksempler på livsfænomener kan være tillid, sårbarhed, medfølelse, fortvivlelse, livsmod, ensomhed, barmhjertighed, afhængighed, håb, angst, magt, afmagt (ibid.: 81).
Udvikling af faglighed forudsætter et arbejde med at opretholde og udvikle en identitet, hævder Holm-Petersen et al (2006), på baggrund af forskning i sygeplejerskers fagidentitet på 3 medicinske afdelinger på 3 forskellige hospitaler i Danmark. En identitet er i deres forståelse relationel. Identiteten formes og ændres i et interaktionelt samspil med andre gennem spejling, grænsedragning og differentiering til andre grupper (ibid.). Fagidentitet er et situationelt begreb, som foregår som en vekselvirkning mellem på den ene side identiteters arbejde med at forme arbejdet og på den anden side arbejdets formning, vedligeholdelse og ændring af identiteten (ibid.).
Forskerne skelner her mellem 3 former for fagidentitet. Dels en "generel fagidentitet"[83], som har tæt sammenhæng med sygeplejefagets værdier. Den ses ekspliciteret gennem sygeplejerskeuddannelsen, den faglige organisation, fagblade etc. og kan derfor anskues som en fælles referenceramme (ibid.:20). Dels en "lokal ideal-faglig identitet", som er den måde, sygeplejersker italesætter den 'rigtige' måde at udøve sygepleje på; en måde, der er opstået gennem det fælles arbejde i de lokale relationer (ibid.). Endelig er der en "lokal praktisk-faglig identitet, " som kommer til udtryk fx gennem organiseringen af det daglige arbejde og grænsedragningen til andre grupper (ibid.). Det er særligt denne sidste form for fagidentitet, som Holm-Petersen et al (2006) undersøger i deres projekt. De finder, at den uoverensstemmelse, der er mellem sygeplejerskers ideal-faglige identitet og deres praktisk-faglige identitet, skaber en svag professionel faglighed. Hvis sygeplejersken skal ændre på dette, må hun handle anderledes for at undgå udbrændthed. Hun må enten tilpasse sig den ideal-faglige identitet, som den koordinerende tovholder, eller hun må stille krav om plads til udvikling af sin relationelle praktiske faglighed (ibid.).

5.2.2. Forskningens dialogiske processer

I dette projekt i en hospitalskontekst med en anseelig mængde af indholds - og forholdsplaner med verbal og nonverbal kommunikation og et omfattende antal gensidige forhold er det en kvalitet at skabe åbne dialogiske rum, hvor det er muligt at sætte sig i den andens sted. Det er rum, hvor der lægges vægt på at skabe transparens om motiver, begrundelser og mellemregninger, og hvor det er en ret og en pligt at

[83] Det er den generelle fagidentitet, der kommer til udtryk i afsnit 2.2. om sygeplejefaget i en historisk belysning.

metakommunikere om det, der ses og høres (Madsen, 2000:31). Gennemsigtighed er således en dialogisk kvalitet; en forudsætning for gensidig forståelse og et essentielt fundament i nærværende forskningsprojekt

Den dialogiske proces med alle dens vilkår til metakommunikation og gennemsigtighed stiller store krav til medforskernes vilje og ikke mindst evner til at kunne være udforskende, undersøgende og ræsonnerende. Dels skal de i deres indre refleksionsproces kunne udholde modsætningerne, tvivlen og usikkerheden, dels skal de i den ydre refleksionsproces mellem gruppens deltagere have modet og viljen til at forblive i udforskningens rum.

Dette afsnit vil sætte fokus på den gensidighed, der ligger i dialogen (Madsen, 2000). Formålet er at understøtte både forskningsspørgsmål og hjælpespørgsmål i analyserne, herunder at analysere gensidigheden i relationerne i aktionsforskningsprocessen. Alle de ydre forhold som tonefald, betoninger, ansigtsudtryk, fagter, pauser, ironi og en mængde andre ledsagefænomener, har en afgørende betydning for måden, vi kommunikerer på (Madsen, 2000:10). Indholdet i en sætningskonstruktion udgør således kun en brøkdel af, hvad der kommunikeres (ibid.). Selve konteksten er et andet forhold, der har betydning. Det har afgørende betydning under hvilke omstændigheder og i hvilke sammenhænge den ene part spørger den anden: *Hvordan har du det?* Hvis det er på et hospital, og den ene part er klædt i en hvid uniform, mens den anden part ligger i en seng, får sætningen en helt anden betydning, end hvis det er to mennesker, der mødes i et supermarked.

Den verbale kommunikation omhandler den abstrakte og begrebsmæssige præcision, herunder at skelne mellem negationer, gradsforskelle, fortid, nutid og fremtid, hvorimod den nonverbale kommunikation omhandler følelser og sansemæssige udtryk. Det nonverbale er situeret og enestående (ibid.:11). Alligevel sker det typisk, at vi kommunikerer, som om det kun er den verbale kommunikation, der har betydning. Det kan skabe misforståelser, usikkerhed og tvivl. I en persons indre kommunikation kan der være tale om, at der også ekskommunikeres fra bevidstheden, så der indgår både fortrængninger og andre mekanismer, der kan være en hindring for, at en person kan lytte, høre eller se klart (ibid. :14).

Madsen (2000) foretager en distinktion mellem den indre kommunikation og den indre dialog. I modsætning til den indre kommunikation, er man i den indre dialog orienteret mod at forstå sig selv. I den ydre dialog er man også orienteret mod at forstå omverdenen (ibid.). I dialogen erkender begge parter verden på hver deres måde og med hver deres opfattelse (repræsentation) af virkeligheden (ibid.). Gennem det hermeneutiske perspektiv ved vi, at det ikke er muligt at frigøre os fra vores forforståelser. Ved at delagtiggøre den anden i de bevidste forforståelser og fordomme vi har og ved at forsøge at sætte os i den andens sted og prøve at forstå den andens billede af verden, kan vi sammen skabe en fælles forståelse. Et fælles tredje. Dialogen er således en kommunikationsform, hvor vi løbende kan opnå nye fælles erkendelser. (Madsen, 2000; Hein, 2005; Martinsen, 2012).

På dialogmøder og workshops rammesatte vi[84] derfor dialogen i en fælles anerkendelse af, at vi hver især tænker og opfatter forskelligt. Anerkendelse er en bekræftelse af at blive set, hørt og respekteret (Madsen, 2000). Bekræftelse i praksisfællesskabet bidrager således også til, at det bliver nemmere at fremføre saglig kritik. Forudsætningen for både bekræftelse og dialog er, at der er tillid i relationerne; til kolleger i egen praksis, og til kollegerne fra andre praksisfællesskaber, de tværfaglige kolleger og lederne.

5.2.3.Læreprocesser i praksisfællesskaber

I denne kontekst, som omhandler samarbejde og samhandlen mellem forskellige praksisfællesskaber inden for den samme organisation, er det relevant at supplere med en læringsteori, som mere konkret anskueliggør, hvordan læring udvikles i praksisfællesskaber. Jean Lave (2003) og Etienne Wenger (2003; 2004) har formået at tilføje en ret så væsentlig dimension til det traditionelle teorikompleks inden for læring.[85] Gennem forskning i meget forskellige praksisfællesskaber har de udviklet deres teori om situeret læring (Lave & Wenger 2003; Wenger 2004).
I lighed med Dewey er det Lave & Wengers (2003) overbevisning er, at læring grundlæggende er et ontologisk mere end det er et epistemologisk begreb. Deres teori udfolder det læringssyn, at læring er en integreret og uadskillelig del både af den sociale praksis og de forhandlinger om mening, som praksisdeltagerne kontinuerligt deltager i og bidrager til afhængig af, hvor de er i deres deltagerbaner (Lave & Wenger, 2003).
En nyankommen inviteres til at indgå i praksisfællesskabet gennem en deltagerbane og bliver derved en "*legitim perifer deltager"* (Lave & Wenger, 2003:31). Deltageren er inviteret indenfor i praksis og er tilbudt at følge en deltagerbane på vej mod en fuldgyldig deltagelse (ibid.). Gennem sin deltagerbane bevæger den nyankomne sig mod at blive en fuldgyldig deltager i det sociale praksisfællesskab (Lave & Wenger, 2003). Deltagerbanen udgør det processuelle forløb, hvor der sker en gensidig påvirkning mellem deltager og praksisfællesskabet, og hvor "*meningen med læringen defineres* " (ibid.:31). Deltageren tilegner sig den pågældendes praksis' særlige viden, metoder, regler og rutiner, og deltageren indgår også i udviklingen af praksis gennem forhandling af mening. Deltageren får indsigt i fagområdet og i praksisfællesskabets artefakter og i form af dets måde at tilgå en opgave på, samarbejde, indbyrdes relationer, vaner mv. På denne måde socialiseres den nyankomne til praksisfællesskabet (Lave & Wenger, 2003).

---

[84] Når jeg omtaler os i flertal er det af flere grunde. Dels indgår jeg i et samarbejde med medforskere og aktører, som er med til at definere rammen. Dels allierer jeg mig med en medfacilitator, som jeg sparer med i både planlægnings – og gennemførelsesfasen.

[85] Indtil slutningen af 80'erne hvilede den vestlige forståelse af læring overvejende på en forståelse, der indebar, at læring enten bestod af adfærdsmæssige eller kognitive psykologiske processer, der var isoleret til det enkelte individ (Kvale, 2003, Elkjær 2005). Lave & Wenger (2003) retter en kritik imod netop denne opfattelse af, at viden er eksplicit, sproglig viden, som kun kan udvikles i skolastiske sammenhænge, som et resultat af undervisning, men også en kritik af, at læring er en individuel kognitiv proces, som har en begyndelse og en slutning.

I denne kontekst, der netop omhandler samarbejde og samhandlen mellem forskellige praksisfællesskaber inden for den samme organisation, er det særligt relevant at inddrage Etienne Wenger[86] (2004), som har arbejdet videre med læring, mening og identitet i praksisfællesskaber i organisationer. Wenger mener, at det, der karakteriserer et praksisfællesskab, er *"et gensidigt engagement, en fælles virksomhed og et fælles repertoire " (Wenger, 2004:90).*
Praksisfællesskaber kan opfattes som kraftfulde fælles læringshistorier, som kan formidle energi, dynamik, kompetencer og identitet, der kan skabe unikke kreative processer, men de kan også gøre det modsatte (ibid.). De kan undertrykke livgivende udfoldelser og determinere middelmådigheden. Dermed ligger det implicit, at praksisfællesskaber ikke altid er positive kollektiver, der bidrager til at skabe udvikling og engagement blandt medlemmerne. En sådan positiv udvikling stiller krav om, at medlemmerne af praksisfællesskabet udnytter den kraft, der ligger i det fælles potentiale. Dette forudsætter, at der ikke arbejdes på at skabe fred og harmoni; men at der er en accept af, at et praksisfællesskab rummer uoverensstemmelser, spændinger, konkurrencer og konflikter. Praksisfællesskabet rummer evnen til at udvikle sociale relationer, skabe viden og transformere engagement og meninger til handlinger, (Wenger, 2004).
I Wengers (2004) udfoldning af de 3 dimensioner, der karakteriserer et praksisfællesskab, forklarer han et *gensidigt engagement*, som en meningsforhandling i et praksisfelt, hvor deltagerne udfører en praksis, de er fælles om (Wenger, 2004). Gennem den fælles praksis indgår de i sociale relationer, hvor deltagerne udvikler en gensidighed og et engagement, der forpligter og skaber ansvarlighed. Når deltagerne skal samstemme og koordinerer deres arbejde, stiller det kontinuerligt krav om en høj grad af opmærksomhed, fra alle de involverede. De skal have overblik over, hvilke kompetencer de selv og kollegerne har, og hvem de kan søge hjælp hos hvornår (ibid.). Gensidigheden ligger derfor også i forskelligheden og differentieringen mellem parterne, hvor den enkelte deltager udvikler sin egen unikke identitet i praksisfællesskabet.
Det gensidige engagement er affødt af en *fælles virksomhed*, som er det andet begreb, der konstituerer et praksisfællesskab. Dannelsen af en fælles virksomhed forekommer processuelt, hvor deltagerne kontinuerligt udveksler meninger og information, der påvirker deres forståelse og fortolkninger. Den fælles virksomhed er en ressource, hvori deltagerne indgår i tilbagevendende kollektive forhandlingsprocesser, der både bidrager til den gensidige ansvarlighed, men også til at koordinere de fælles ønsker og betragtninger og dermed til at tage ejerskab i forhandlingssituationen (Wenger, 2004:95-100). Igennem meningsforhandlingerne udvikler deltagerne både en følsomhed og sanselighed overfor det, der fremmer kvaliteten af handlingen og at skelne mellem de en gang definerende normsæt og nye udviklingsmuligheder (ibid.). Deltagerne får dermed udviklet deres evner for, hvad der har betydning, og hvad der

[86] Wegner omtaler sig selv som praksisteoretiker (2004:318-219). Praksisteori er blandt andet inspireret af pragmatismen, som er denne afhandlings afsæt for aktionsforskning. For en mere udførlig redegørelse for praksisteoriens stærke inspiration fra Deweys pragmatisme henvises til Buch, A., & Elkjær, B. (2015). Pragmatism and practice theory: Convergenses or collisions.

ikke har, og hvilke holdninger der er værd at forsvare, og hvilke man skal lade ligge og så fremdeles (ibid.).
Et fælles repertoire[87] er det tredje begreb, der kendetegner et praksisfællesskab, og som blandt andet indbefatter de sprog, rutiner, redskaber, fortællinger og symboler, der indgår i praksisfællesskabet (Wenger, 2004:100-104). Det fælles repertoire dækker også over specifikke handlinger, artefakter og begreber, som er blevet indoptaget eller genereret gennem dialoger i fællesskabet (ibid.). I det fælles repertoire indgår der således metaforer, adfærdsmønstre og referencepunkter, der genkendes af fællesskabets udøvere og som derfor udgør en fælles ressource, der kan fortolkes, genforhandles og indgå i nye sammenhænge (ibid.). Indlejret i det fælles repertoire er der en flertydighed, der forudsætter kontinuerlig koordinering og kommunikation. Denne uforudsigelighed er samtidig med til at skabe åbenhed og dynamik for nye meningsforhandlinger (ibid.). Meningsforhandling står centralt hos Wenger, som i den sammenhæng inddrager begrebsparret *deltagelse* og *tingsliggørelse*,[88] som begge forudsætter den anden. Deltagelsesniveauet er nødvendig for handlingerne og det sociale samspil, mens tingsliggørelsen gennem abstraktliggørelsen forenkler kompleksiteten i praksis (ibid.):70ff).
Wenger (2004) foretager en distinktion mellem organisationer og praksisfællesskaber. I Wengers (2004) skelnen hviler implicit, at medlemmerne i praksisfælleskaber adskiller sig fra organisationerne[89] gennem tre forhold. For det første foregår der i praksisfællesskaber en forhandling af mening om deres virksomhed[90]. For det andet så opstår de af sig selv og i en konsensus med deres egen forståelse af virksomhed og læring. For det tredje skaber de selv deres afgrænsning til andre praksisfællesskaber og til organisationen (Wenger, 2004).
Fælles for alle tre områder er, at praksisfællesskabernes virksomhed kan være i tråd med organisationens bestemmelser; men de kan også afvige på væsentlige områder og være opstået som en reaktion på forhold, der er sket i organisationen (ibid.). Det gælder for de fleste organisationer, at medlemmerne ikke engagerer sig i selve organisationen, men i et praksisfællesskab, fordi et praksisfællesskab tilbyder identitet gennem sociale relationer og fælles historie, og udvikling af kompetencer gennem transformering af erfaringer og forhandling af mening (Wenger, 2004).
Opsummeret består det supplerende analytiske teorikompleks af et teoretisk fokus på omsorg og omsorgsetik; professionalisme og fagidentitet; dialog og gensidighed samt læreprocesser i praksisfællesskaber.

---

[87] Wengers fælles repertoire har stor lighed med Deweys beskrivelse af medierende redskaber (Dewey, 2005).

[88] Tingsliggørelse er for Wenger symboler, regler, modeller etc.

[89] Wenger bruger begrebet den "*designede organisation"*, som han sidestiller med begrebet institution, idet den designede organisation foretager institutionelle ting som at producere politikker, regler, funktionsbeskrivelser, procedurer, standarder etc. (Wenger, 2004:274). Designede organisationer vil her blot blive omtalt som organisationer.

[90] Wenger (2004) uddyber sin forståelse af en "*meningsforhandlingsproces"*, som en genforhandling (samspil, udveksling) af de historier, vi i hverdagslivet tillægger mening, og som vi vedvarende udvider, bekræfter, modificerer, afviser, omfortolker etc. (ibid.):67).

Sammen med Martinsen (2012) kan Delmar (1999, 2010) supplere, hvordan sygeplejersker kan bruge omsorgsetikken som en filosofisk og teoretisk referenceramme. Delmar (2010) kan samtidig sætte perspektiv på profession og fagidentitet. Sammen med Holm-Petersen et al's (2006) fokus på fagidentitet antages de to teorier at kunne belyse, hvad der er sygeplejerskens kerneområder.
Med sin uddybning af de dialogiske processer bidrager Madsen (2000) til belysning af medforskernes samarbejde, mens Wenger (2004) sætter fokus på meningsforhandling gennem deltagelse og tingsliggørelse og yderligere supplerer med læreprocesserne i praksisfællesskabet.
Deweys alsidige tanker om fællesskab, læreprocesser og udvikling gennem sociale relationer bidrager til både gensidighed og læreprocesser.
Samlet formodes teorierne at kunne udsige, hvad der virker befordrende versus hindrende på samarbejdet og de faglige beslutninger medforskerne imellem, såvel som processen med at få udviklet sikre, sammenhængende og professionelle overgange. Afhandlingens analyseapparat kan dermed skitseres som følger:

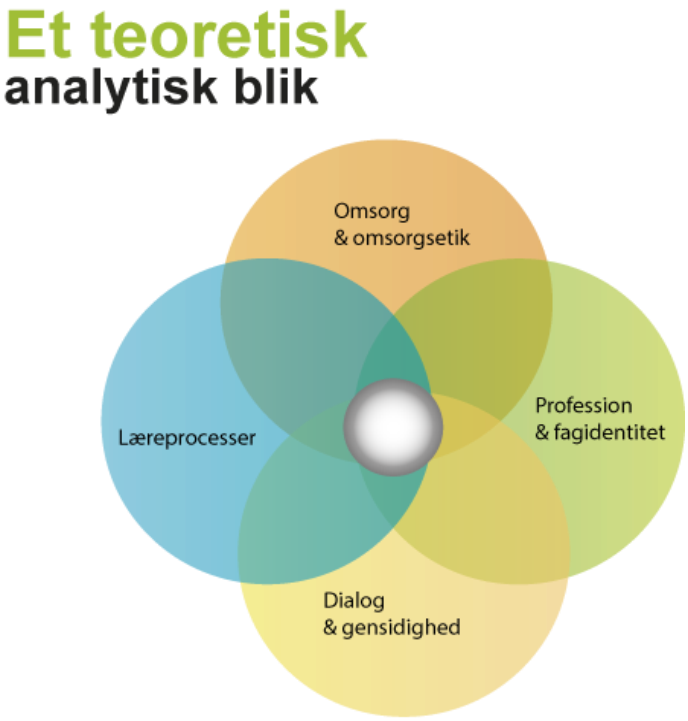
Omsorg og omsorgsetik Martinsen (2012)

Profession og fagidentitet: Delmar (1999;2010); Holm-Petersen et al (2006)

Dialog & gensidighed: Madsen (2000); Dewey (2005)

Læreprocesser i praksisfællesskaber: Lave &Wenger (2003); Wenger (2004); Dewey (2005)

Afhandlingens supplerende analytiske blik illustreres på den følgende side i figur 6.



FIGUR 6. ET TEORETISK ANALYTISK BLIK

KAPITEL 6. FORSKNINGSDESIGN

I dette kapitels første afsnit foretages en overordnet introduktion til de metodiske valg, der ligger i afhandlingens 2 aktionsforskningsfaser som ligger i forlængelse af afhandlingens aktionsforskningstilgang, problemformulering og forskningsspørgsmål (en uddybende beskrivelse af metoderne, og hvorledes de er foretaget, vil fremgå af kapitel 7 og 8).
I forlængelse af introduktionen uddybes den forskersubjektivitet og – situering, som er præget af forskelle i relationer, forpligtelser og samarbejde. I den første fase er jeg som forsker den aktive, der definerer samværet gennem min tilgang til forskningsgenstanden. Det er mig, der tager initiativ til møder, interviews og dialoger. I den anden fase positionerer jeg mig bevidst i en tilbagetrukket rolle for at lade medforskerne komme til orde. Forskerrollerne veksler dermed i karakter, alt efter hvor i aktionsforskningsprocessens faser, forsker og aktører befinder sig. Rollerne og situeringen vil fremgå af det andet afsnit. I det tredje og sidste afsnit vil fokus være på de 2 aktionsfasers forskellige analytiske tilgange, som vil blive præsenteret på et mere metodisk udfoldende niveau.

6.1. Metoder i de to aktionsforskningsfaser

I den første aktionsforskningsfase er der et ønske om, at både jeg og de deltagere, der indgår i projektet, opnår en dybere indsigt i og en fælles forståelse for den nuværende praksis omkring patientovergange. Afdækningen og undersøgelsen af den nuværende praksis skal bidrage med en forståelse for patientovergangenes kompleksitet, således at der bliver skabt en fælles erkendelse af, hvilke behov, der manifesterer sig med henblik på at igangsætte en forandringsproces i den anden aktionsforskningsfase. Afhandlingens 2 aktionsforskningsfaser tjener dermed hvert sit formål og inddrager også hvert sit forskningsspørgsmål.
Den første aktionsforskningsfase har til formål at skabe et kvalificeret grundlag og dermed sætte retning for aktionsforskningsprocessens anden fase. Den anden aktionsforskningsfase har til formål at skabe en forandrings- og læreproces, en dynamisk bevægelse gennem de handlinger, der foretages i fællesskab. Den cykliske proces indgår i begge faser. Den cykliske proces' undersøgelses -og identificeringsfase ligger i den første aktionsforskningsfase. Samtlige faser i den cykliske proces gennemløbes flere gange i den anden aktionsforskningsfase. Begge aktionsforskningsfaser har dermed til hensigt at skabe en bevidstgørelse og erkendelse hos både forsker og medforskerne, som gennem fælles aktiviteter skal bidrage til at besvare problemformuleringen:

Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?

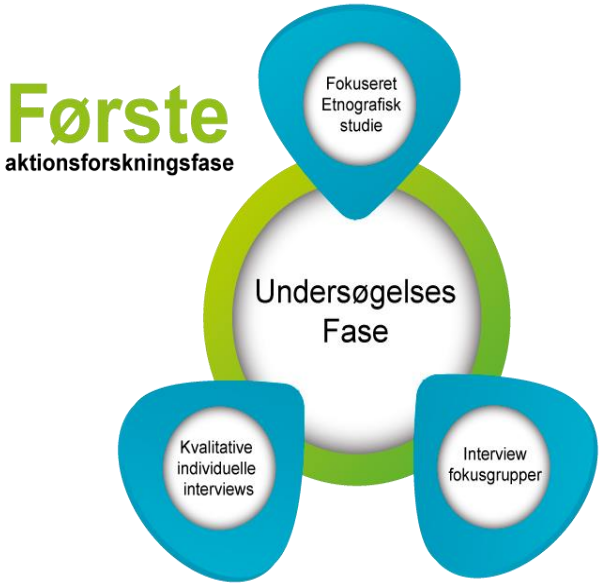
Besvarelsen af problemformuleringen sker gennem besvarelsen af afhandlingens 2 forskningsspørgsmål, som er knyttet til hver deres aktionsforskningsfase:

Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde om at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

Den første aktionsforskningsfase (Undersøgelsesfasen) indeholder (figur 7):

- Et fokuseret etnografisk studie
- Kvalitative individuelle interview
- Interview i fokusgrupper



FIGUR 7. FØRSTE AKTIONSFORSKNINGSFASE (UNDERSØGELSESFASEN)

Den anden aktionsforskningsfase (Handlingsfasen) indeholder (figur 8):

- 3 Workshops med medforskere
- 2-3 Dialogmøder på hvert af de 9 involverede afsnit
- Dialogmøde med de afsnitsledende sygeplejersker.

FIGUR 2. ANDEN AKTIONSFORSKNINGSFASE (HANDLINGSFASEN)

Indledningsvis anvender dette projekt en række kvalitative metoder, der komplementerer hinanden med det formål at åbne op for nye betragtningsmåder på patientovergange, som et afsæt for medforskernes arbejde i den anden fase af aktionsforskningsprocessen. Hensigten med de forskellige metoder er at åbne op for nye perspektiver og forståelser for den kompleksitet, der ligger indlejret i fænomenet; patientovergange og dermed begribe noget af fænomenets mangetydigheder.
I tilgangen til feltet indledes der med et fokuseret etnografisk studie (FE) (Knoblauch, 2005; Cruz & Higginbottom, 2013). FE er en metode, der har vist sig anvendelig, når der er tale om at undersøge et afgrænset tema, oplevelser eller aspekter i menneskers liv i en specifik kontekst i en afgrænset periode, som det er tilfældet i nærværende projekt (Cruz & Higginbottom, 2013). Knoblauch (2005) påpeger, at FE især kan anvendes i sammenhænge, hvor der er behov for at undersøge mindre afgrænsede dele

af en kultur eller et samfund, hvor det giver bedre mulighed for at forstå kompleksiteten omkring emnet fra deltagernes perspektiv (ibid.).
Baggrunden for valg af FE er for det første at få en forståelse for, hvad der kendetegner patientovergange fra intensiv- til stamafsnit, herunder hvad praktikerne selv formulerer omkring deres forståelse af en patientovergang: Hvordan og hvornår de mere konkret foregår, herunder hvem der foretager dem, og på hvilken måde de foregår. Dernæst ønsker jeg som forsker at gøre mig kendt i feltet både i betydningen at blive kendt med fænomenet patientovergange men også, at jeg bliver et kendt ansigt i afsnittene. Formålet med sidstnævnte er at få genereret så stor en interesse og bevågenhed omkring projektet og tillid til mig som forsker, at der bliver skabt en velvilje for, at praktikerne vil engagerer sig som medforskere i projektet. En tredje forventning er, at FE kan tilføre tilstrækkelig inspiration og viden til, at jeg kan indkredse, hvilke spørgsmål der vil være relevant at få uddybet i henholdsvis de individuelle kvalitative interviews og i interviews i fokusgrupper. Formålet med FE er dermed mangesidigt.
Konkret er der i FE blevet indsamlet kvalitative data gennem deltagerobservation, hvor jeg som forsker veksler mellem at observere og i mindre grad deltage i det praktiske arbejde. Desuden er der fundet data gennem deltagerberetninger og mindre tilfældige såvel som planlagte interviews i den kliniske praksis. Ydermere er der indsamlet tilgængeligt dokumentationsmateriale, der omtaler overgange, såsom introduktionsprogram, referater, samarbejdsaftaler, instrukser og databaser[91] (se oversigt over empirien figur 9 nedenfor).
Et andet (og nødvendigt) valg er at foretage individuelle kvalitative interviews af de personer, der er centrum for hele begivenheden, nemlig patienterne og deres pårørende (jf. problemformuleringen og specielt forskningsspørgsmål 1). Foruden patienter og pårørende vælger jeg også at foretage interviews med ledere fra stamafsnit for på den måde at få lederperspektivet på patientovergange med.[92] Lederne i stamafsnittene kan i denne sammenhæng betragtes som mere perifere i den konkrete overgang; men de er centrale aktører, idet de skal sikre, at rammerne for den gode patientovergang er tilstede. Et vigtigt formål med de individuelle, kvalitative interviews er for det første at få uddybet og beskrevet de førstehåndsoplevelser, som centrale personer har i overgangen med henblik på at få et mere nuanceret og bredere perspektiv på de oplevelser, som patienter og pårørende har været centrum for. Et

[91] Dokumentationsmaterialet afvendes typisk til at supplere og validere den viden, som jeg opnår gennem deltagerobservation i FE. Det materiale, der konkret har kunnet anvendes i dette projekt har været Dansk Intensiv Databases (DID): Kliniske kriterier for overflytning af patienter (fra Intensiv) til sengeenhed, Information ved overflytning mellem afsnit og sygehus (bilag 2) (se afsnit 1.4). Introduktionsprogram for nyansatte sygeplejersker på intensive afsnit (bilag 6). Gældende "Samarbejdsaftale ml. Intensivt afsnit og de tilknyttede stamafdelinger" (bilag 3) og "Udkast til samarbejdsaftale mellem klinik Anæstesi og øvrige enheder" (bilag 4) (se afsnit 7.4. om den deskriptive analyse).

[92] Af etiske årsager har jeg undladt at foretage individuelle interviews med de to afsnitsledende sygeplejersker på intensivt afsnit. Da der kun er to ledere på afsnittet, har jeg ikke kunnet sikre dem fuld anonymitet. I stedet har jeg foretaget et dobbeltinterview og ladet dette interview indgå i deltagerberetninger i det etnografiske studie.

andet formål er at lade patienter og pårørende komme til orde for om muligt at få deres bud på, hvad der med fordel kunne ændres med fokus på forløbet op til den aktuelle overgang, forløbet under overgangen og forløbet umiddelbart efter en patientovergang. Endelig har jeg også et ønske om at få ledernes bud på, hvorledes patientovergange kan udvikles og forbedres. Ved samme lejlighed kan jeg få skabt en interesse for projektet, der vil kunne få afsmittende virkning på stamafsnittenes sygeplejersker, så de får lyst til at deltage som medforskere.
I tilgangen til de kvalitative interview er der overvejende gjort brug af Kvale (1997) og Kvale & Brinkmann (2009). Med deres pragmatiske tilgang og store erfaring indenfor det kvalitative interview kan de give nogle anvisninger på det praktiske plan og samtidig bibringe indhold til refleksion og overvejelse. De kan dermed være en inspiration såvel i det indledende interviewarbejde som i det konkrete interview og det efterfølgende analysearbejde.
Sluttelig suppleres den første fase i aktionsforskningsprocessen med interviews i fokusgrupper. Formålet med disse interviews er at høste fordel af den interaktion, der opstår ved at lade personale fra både stamafsnit og intensivt afsnit drøfte erfaringer og forståelser af en kendt problemstilling, og dermed fremkomme med betydningsfulde data om et komplekst fænomen (Halkier, 2008; Morgan, 1997).
Intentionen var i første omgang at foretage interview i tværfaglige fokusgrupper med både læger og sygeplejersker. Dette blev fravalgt af flere årsager. Igennem det etnografiske studie blev det bekræftet[93], at det primært er sygeplejerskerne, der fysisk overleverer patienterne. Selvom lægerne fra intensiv har adviseret det respektive afsnits læge før overgangen, foregår den mere detaljerede planlægning af overgangen og kommunikationen omkring denne, mellem sygeplejerskerne fra henholdsvis intensiv og det modtagende stamafsnit både før, under og efter overgangen. En anden årsag var og er, at der ikke kan ses bort fra de historiske og traditionelle, hierarkiske positioneringer, der er mellem de to fagprofessioner, som omtalt i kapitel 2. Disse positioneringer vil med stor sandsynlighed kunne påvirke nogle af interviewpersonerne, således at det intentionelle sigte med den umiddelbare interaktion og synliggørelse af både implicitte og eksplicitte praksisser, som netop et fokusgruppeinterview kunne åbne op for, kunne gå tabt (Demant, 2006; 2014; Halkier, 2008; Morgan, 1997). Både Demant (2014) og Halkier (2008) har fokus på, at diversitet er en styrke i fokusgrupper, men betoner samtidig vigtigheden af, at sammensætningen af gruppen ikke skal give anledning til konfliktuerende situationer. Fokusgrupperne blev derfor udelukkende foretaget med sygeplejersker fra både intensiv og 8 medicinske og kirurgiske stamafsnit.

[93] I indledningen (kap.1) henvises til flere undersøgelser, som viser, at det primært er sygeplejersker, der foretager og samarbejder om den fysiske overlevering af patienten (Hägström, 2009; Frølund & Beedholm, 2013, Cognet & Coyer, 2014).

Nedenfor vises en skematisk oversigt over det empiriske materiale i figur 9.

Type materiale	Format
Etnografisk studie – feltnoter fra intensiv (¤)	(19 dage)
Etnografisk studie – feltnoter fra stamafsnit (¤)	(2 dage)
Etnografi (¤ Samlede noter bilag 25)	117 A4 sider *
Interviews med 3 patienter (bilag 11,12,13)	32 A4 sider (177 minutter)
Interviews med 2 pårørende (bilag 14, bilag15)	26 A4 sider (103 minutter)
Interviews med 2 ledere (bilag 16, 17)	29 A4 sider (66 minutter)
Interviews i 2 fokusgrupper[94] (bilag 21, 22)	66 A4 sider (264 minutter)
Medforskeres fortællinger (bilag 23, 24)	14 A4 sider
Workshop 1 (bilag 28)	13 A4 sider, 4 kunstværker, fotos, flipovers, 1 video[95],
11 Dialogmøder (bilag 30)	13 A4 sider
Workshop 2 (bilag 33 - 38)	54 A4 sider, flipovers
Dialogmøde med afsnitsledende sygeplejersker (bilag 42)	9 A4 sider
12 Dialogmøder (bilag 43)	17 A4 sider
Workshop 3 (bilag 47)	21A4sider & skr. evalueringsskemaer
Dansk Intensiv Database (DID) (bilag 2)	Målgruppe: Læger og sygeplejersker
Gældende samarbejdsaftale ml. Intensivt afsnit og de tilknyttede stamafdelinger (bilag 3)	Målgruppe: Læger og sygeplejersker
Information ved overflytning mellem afsnit og sygehus (bilag 4)	Klinisk instruks for læger og social - og sundhedspersonale
Udkast til samarbejdsaftale ml. klinik Anæstesi og øvrige enheder (bilag 5)	Målgruppe: Læger og sygeplejersker
Introduktionsprogram for nyansatte sygeplejersker på intensive afsnit (bilag 6)	Målgruppe: Intensivsygeplejersker under uddannelse

*Hver A4 side er transskriberet i Word fra optager eller feltnotater.[96]

[94] Interviewguide, introduktion og øvelse til fokusgrupper er vedlagt som bilag 18, 19 og 20.

[95] På den første workshop blev der optaget en video af den ene af de 4 grupper som medforskerne blev opdelt i. Videoen filmede samarbejdet i gruppen gennem et forløb, hvor gruppen illustrere en vellykket overgang. På det tidspunkt var jeg usikker på, om jeg ville anvende video-analyse. Dette blev fravalgt fordi jeg vurderede, at det flyttede fokus fra aktionsforskningsprocessen til samarbejdsformen, hvilket ikke er det centrale i afhandlingen. Videoen har derfor udelukkende været anvendt som et supplement til min egen hukommelse. Videoen er optaget af fotograf Anne-Marie Fog Larsen; Foto/AV-sektionen, Aalborg Universitetshospital.

[96] Vejledning for transskribering er vedlagt som bilag 10.

6.2. Forskersituering

Med en baggrund som sygeplejerske er aktiviteterne i det kliniske arbejde ikke ukendt land for mig. Der er meget, som jeg genkender, selvom jeg i mange år ikke har haft mit primære arbejde i det kliniske felt. Mit arbejde på distancen har også betydet, at der er noget, der er ukendt for mig, og som derfor vækker min undren og nysgerrighed, hvilket i en forskningsmæssig sammenhæng må anses som en fordel.
I dette projekt er jeg ikke sygeplejerske, men først og fremmest forsker og aktionsforsker. Det vil sige, at jeg positionerer mig anderledes og indtager forskellige roller, som skifter karakter igennem processen. Aktørernes roller er også forskellige igennem forløbet. I den første fase af aktionsforskningsprocessen, hvor den metodiske tilgang er fokuseret etnografi og kvalitative interviews, er aktørerne både deltagere og interviewpersoner, som stiller deres viden til rådighed for forskeren. I den anden fase lægges hovedvægten på den pragmatiske forskning. Her skifter forsker og aktører roller. Denne fase er handlings – og forandringsfasen, hvor begge parter samarbejder om at udvikle og skabe forandring gennem meningsforhandlinger og eksperimenterende udforskning. I denne fase er aktørerne medforskere, der indgår i et forpligtende samarbejde med hinanden og med forskeren. Begge faser stiller dels etiske krav til mig som forsker om at udvise lydhørhed overfor aktører og medforskeres tanker og holdninger, dels stiller faserne etiske krav om, hvordan jeg positionerer mig i feltet (Tofteng & Husted, 2012). I det følgende vil jeg udfolde nogle af de positioner og refleksioner, som min forskerrolle har antaget, herunder også mit samarbejde med medforskerne.
Som mangeårig sygeplejerske er jeg bekendt med, hvilken adfærd der forventes i en stor hospitalsorganisation. Alligevel har der været oplevelser undervejs, hvor jeg skulle balancere min forskerrolle. Jeg har mødt holdninger, som signalerer åbenhed og faglig stolthed, og hvor sygeplejerskerne hellere end gerne bidrager med erfaringer og oplevelser med patientovergange. Jeg har også mødt professionelle, som har virket mere forbeholdne, når jeg har spurgt ind til deres holdninger til patientovergange, eller de har signaleret manglende interesse eller ligegyldighed (min tolkning). Det har bevirket, at jeg gennem hele forløbet har ført logbog for på den måde at kunne reflektere over min rolle som forsker. Igennem en kritisk subjektivitet tillader jeg de umiddelbare og naive oplevelser at komme til udtryk for efterfølgende med et kritisk blik at granske det umiddelbart nedfældede og reflektere over det i lyset af, hvad det kan tilføre forskningsprocessen (Hummelvoll, 2015). Med logbogen som refleksions-medie har jeg således forsøgt at adskille, hvad jeg skal gå videre med, og hvad jeg skal lade ligge.
Refleksionerne har andraget min rolle som forsker i alle faser af projektet. Dels min rolle som professionel sygeplejerske og som forsker i forhold til patienter og pårørende; dels min rolle som kollega og forsker til mange forskellige sygeplejersker, nyuddannede såvel som erfarne, menige såvel som ledere og specialister. Refleksionerne angår også min rolle til de tværfaglige samarbejdspartnere, herunder i særlig grad lægerne. En rolle, der qua min profession er tæt forbundet med den historik, der er indlejret i læger og sygeplejerskers roller og handlerum (se afsnit 2.2). Specielt i den første fase i klinikken er jeg tæt på to af de faggrupper, der er hovedaktører omkring patienten; læger og sygeplejersker. Særligt lægerne på intensiv

har vist interesse for projektet, mens det ikke i samme grad har fremkaldt interesse fra stamafsnittets læger. Jeg har fundet det naturligt, at lægerne på intensiv har spurgt til mig og projektet, eftersom jeg har opholdt mig på afsnittet i en længere periode i forbindelse med mit fokuserede etnografiske studie. Jeg har desuden mødt lægerne på mine hyppige besøg i afsnittet, herunder ved afholdelse af dialogmøder i den fælles personalestue hvor lægerne også opholder sig i deres pauser. Jeg har både afholdt uformelle såvel som formelle møder med den ledende overlæge, som har vist stor interesse for projektet og de afledte handleplaner, som projektet har udmøntet. Den endelige udformning af handleplan for overflytningskonferencen har overlægen således også bidraget aktivt til.

Som aktionsforsker veksler både min og aktørernes rolle kontinuerligt igennem projektet, men også rollefordelingen veksler gennem samarbejdet. I starten af projektet er jeg som forsker i en central position, hvor jeg skal være den aktive og opsøgende forsker, hvis opgave det er at engagere andre i projektet. I den anden fase forlader jeg langsomt den centrale rolle for i mere eller mindre ubemærkethed at glide over i en mere perifer rolle. Intentionen er her at bytte rolle med medforskerne, som qua deres engagement skal tage et større og større ansvar for processen (Greenwood & Levin, 2007).

Forløbet af denne rolleombytning afhænger af flere forhold. Her har det betydning, i hvilket omfang jeg som forsker har taget 'patent' på projektet, og dermed hvor villig jeg er til at give slip og miste kontrol med processen. Hvis jeg gennem min adfærd har gjort mig uundværlig, er det sværere for medforskerne at foretage et rolleskifte, fordi de kan have vanskeligt ved at gennemskue, hvor de kan gå ind og påtage sig en rolle, som er uklart defineret og 'besat' med reminiscenser fra forskerrollen. Medforskernes engagement og villighed til at tage ansvar er en væsentlig brik i ombytningen af den indbyrdes rollefordeling (ibid.). Forskerens og medforskeres fordeling af opgaver fra starten af projektet har derfor også en afsmittende virkning på, hvorledes der kan ske en rolleombytning undervejs i projektet. Her har det betydning, at jeg som forsker fra starten af projektet, har været tydelig omkring forventninger til rolle- og ansvarsfordeling, og jeg har sikret, at temaet er blevet løbende italesat igennem processen. Des mere klar definering der har været fra starten, des nemmere er det for medforskerne at engagere sig i deres roller (ibid.).

I forbindelse med den anden aktionsforskningsfase og invitation til at blive medforsker beslutter jeg at invitere en medforsker til at være koordinator på intensiv.[97] Min intention er at få en sparringspartner i dagligdagen, der har 'fingeren på pulsen' omkring, hvad der rører sig hos hovedparten af medarbejderne på intensiv. Det skal derfor være en sygeplejerske, der er tilgængelig for de øvrige medforskere og aktører i dagligdagen. Samtidig skal det være en sygeplejerske, der kan afse tid til denne

[97] Da jeg kun har én medforsker med fra hvert stamafsnit, valgte jeg selv at koordinere aftaler og planer på de forskellige stamafsnit.

funktion. Jeg beslutter derfor at spørge den stedfortrædende[98] for de to afsnitsledende sygeplejersker på intensiv. Koordinator er positiv overfor at påtage sig rollen, men ønsker, at jeg skal blive mere tydelig på forskellen mellem koordinator og medforskere. I den forbindelse beskriver jeg indholdet i både koordinator- og medforskerrollen, og tydeliggør forskellen mellem de to (se bilag nr.48 og nr. 49).
Igennem begge aktionsforskningsfaser forhandler jeg med medforskere og koordinator om rolle- og ansvarsfordelingen. Særligt i den første fase er jeg meget aktiv med at få afstemt forventningerne til processen.
I den indledende startfase forsøger jeg at få nedsat en følgegruppe med ledelsesrepræsentanter på klinikledelsesniveau.[99] Min hensigt med en følgegruppe på det niveau er at få skabt ejerskab til projektet hos den øverste ledelse, og dermed få skabt større legitimitet og udbredelse om projektet. På grund af organisationsændringer må jeg frafalde denne beslutning. I stedet inviteres jeg til at deltage som ad hoc medlem af en tværfaglig patientforløbsgruppe for ledere, der blandt andet arbejder med at få udarbejdet en fælles samarbejdsaftale mellem intensiv og de medicinske og kirurgiske afsnit (bilag nr.5). Her har jeg bidraget i dialogerne og med præsentation af projektet i gruppen.[100]
De mange forskellige roller, jeg som aktionsforsker indtager, har både været en inspiration og en udfordring. Inspirationen har blandt andet bestået i at være "*mediator*", som i Hummelvoll's udlægning har meget lighed med det, jeg kalder en facilitator (Hummelvoll, 2003:43). Det er en person, der inspirerer medforskerne til at få skabt en fællesskabsfølelse gennem gensidig kommunikation om det, vi er fælles om, og som opbygger relationer til de relevante samarbejdspartnere både inden for og uden for feltet samt skaber lydhørhed for - og anerkendelse af projektet (ibid.).
Til den mere udfordrende del af forskerrollen hører det, som Hummelvoll beskriver som "*motivator"*, hvor det er min opgave at indgyde personalet tro på projektet, også selv om ressourcerne er knappe (ibid.:43). Det har fordret, at jeg både har skullet indtage den forstående og indfølende rolle overfor de til tider svære betingelser, som personalet og medforskerne arbejder under.
Til andre tider har jeg indtaget en mere provokerende rolle, især hvis vilkår indgik som et tilbagevendende og fastlåst argument for manglende muligheder for at ændre på tingene. Rollen som den "*avancerede sekretær"* er også både en inspiration og

[98] Jeg havde mine overvejelser med at spørge den stedfortrædende for ledelsen, da hun kunne opfattes som 'repræsentant' for ledelsen og dermed få tildelt en anden rolle af medforskerne. Den stedfortrædende deltog ikke i ledelsesmøder og indgik ikke i formelle ledelsesmæssige sammenhænge. Hun blev dermed ikke opfattet som leder af personalet. Jeg vurderede derfor, at fordelene ved at have en koordinator, der var vagtfri og dermed tilgængelig for medforskerne var større end de mulige ulemper.

[99] På det universitetshospital, hvor dette projekt tager sit afsæt, er hospitalet organiseret med 7 klinikker. Til hver klinik hører der et antal nogenlunde sammenlignelige specialer og afsnit. Hver klinik ledes af en klinikledelse, som består af en klinikchef (oftest en læge) og 2 -3 viceklinikchefer (oftest sygeplejersker).

[100] Gruppen ledes af viceklinikchefen, og deltagerne består af ledende overlæger og sygeplejersker fra de afdelinger, som samarbejder med almen intensiv afsnit på universitetshospitalet.

udfordring. Den avancerede sekretær kan med sit udefra-perspektiv og sin fritstillede position tage vare på de ting, der besluttes og sørge for, at de bliver nedfældet og mangfoldiggjort til hele medforskergruppen, (ibid.:42). En opgave som jeg som forsker blandt andet har haft i forbindelse med at få samlet og ført alle forslag ind i handleplanerne. I den forbindelse skal forskeren balancere mellem på den ene side at støtte medforskerne i processen og på den anden side ikke at overtage opgaver, som medforskerne selv kan løfte og vokse med.
Overført til Greeenwood & Levins (2007) udlægning af forskerrollen har jeg vekslet mellem at være den opmuntrende, lyttende kollega, den reflekterende facilitator og den analytisk provokerende forsker.
Som det skitseres ovenfor stiller de skiftende roller i aktionsforskningen krav til forskerens kompetencer på mange områder. Jeg vil derfor afslutte dette afsnit med at referere den norske aktionsforsker Levin (2012), som siger, at aktionsforskning er ligesom et janushoved. Det ene ansigt viser det ofte stræbsomme arbejde, som forsker og medforskere tålmodigt slider med for at skabe virkelige forandringer i praksis. Det andet ansigt viser, at forskeren er udfordret af både at være empatisk og politisk involveret[101] og samtidig at skulle skabe stringente data gennem analytisk distance til feltet (Levin, 2012:133).

FIGUR 10. FORSKERENS SITUERING IGENNEM AKTIONSFORSKNINGSPROCESSEN

[101] I dette tilfælde en organisation med stor politisk og ledelsesmæssig bevågenhed.

6.3. Analysestrategiske valg

Projektets karakter med aktionsforskning som metodologi og den forskelligartede empiri fordrer, at der i denne analysestrategi foretages en detaljeret redegørelse for, hvordan data er genereret og emergeret, således at læseren får en forståelse af sammenhæng og konsistens igennem hele den analytiske proces. Foruden den fænomenologiske tradition er der i opbygningen af empirien og i dannelsen af analysetemaer taget afsæt i den hermeneutiske, meningsfortolkende metode, idet princippet om cirkularitet og dele og helhed gennemsyrer alle faser i både empiridannelse og analyse (Kvale & Brinkmann, 2009; Gadamer, 2007).
I den cykliske proces er der i både empiridannelse og analyse suppleret med den pragmatiske tilgang, hvor fokus er på, hvorvidt den tilvejebragte viden kan omsættes til i handlinger i praksis og muliggøre ændringer i adfærd (Kvale & Brinkmann, 2009).
Hensigten med dette afsnit er at skabe klarhed over både analysemetode og -proces og dermed det valg af strategi, forstået som beslutninger og valg, der ligger til grund for analyse af empirien.
Jeg har valgt at opdele analysen i to selvstændige processer i lighed med aktionsforskningsprocessens 2 faser. Den første analyseproces omhandler en deskriptiv analyse af den indledende empiri, der blev dannet i undersøgelsesfasen, og som udgøres af feltnoter og deltagerberetninger, individuelle, kvalitative interviews og interviews i fokusgrupper. Den anden analyseproces består af empirien fra de forskellige data fra workshops og dialogmøder, som er genereret i samarbejde med medforskere og andre relevante aktører fra praksis.
Det indledende datamateriale indbefatter etnografiske noter fra 9 ugers deltagerobservationer og deltagerberetninger, kvalitative interviews med patienter, pårørende og ledere samt interviews i to fokusgrupper med i alt 16 sygeplejersker. I alt knap elleve timers interview. Derudover indeholder empirien fra den anden aktionsforskningsfase materiale fra 3 workshops foruden et omfattende antal noter fra dialogmøder i samtlige afsnit af flere omgange samt et dialogmøde med de afsnitsledende sygeplejersker.
Både første og anden del af analysen tager afsæt i en fænomenologisk, hermeneutisk tilgang til analyse, hvor der lægges vægt på fornemmelse for helheder, naturlige meningsenheder, meningsfortolkning og tematisering. Første del af analysen skal besvare det første forskningsspørgsmål. I anden del af analysen suppleres den fænomenologisk, hermeneutiske tilgang med den pragmatiske tilgang, hvor den viden, der er skabt, skal anskues gennem den mening, den giver for praksis, dens praktiske anvendelse, og i hvilket omfang den nye viden skaber handlinger, der ændrer på det bestående. Anden del af analysen skal således betragtes som en pragmatisk validering, hvor der analyseres på om de handlinger, der er foretaget med medforskerne, har bevirket adfærdsændringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Til denne analyse anvendes der hjælpespørgsmål formuleret med udgangspunkt i den deskriptive analyse.
Nedenfor følger en kort redegørelse for klargøring af data. Herefter beskrives de analytiske greb, der blev foretaget indledningsvist i den deskriptive analyse. Dernæst præsenteres analysens anden del med udgangspunkt i projektets problemformulering og forskningsspørgsmål, som sættes i relation til hele det videnskabsteoretiske felt

gennem hjælpespørgsmål. Afslutningsvis redegøres der detaljeret for de analysestrategiske greb og den analytiske proces.

Fremgangsmåde for klargøring af data

- Alle observationer, interviews, workshops, dialogmøder mv. er transskriberet af forskeren selv.[102] I de fleste tilfælde lige efter interviewet.[103]

- Transskriptionen er efterfølgende blevet læst nøje igennem af forskeren. Ved uforståelige sætningskonstruktioner, lyttes båndet igennem igen.[104]

- De transskriberede dokumenter blev fortløbende og tidskronologisk ordnet i Word-dokumenter og lagt i mapper i et personligt og sikkert drev på hospitalet.

- I forbindelse med udarbejdelsen af den deskriptive analyse printede jeg det indtil dato producerede og transskriberede materiale ud og inddelte det i tre mapper.[105] Første mappes indhold blev det etnografiske studie med deltagerobservationer og -beretninger, referater, retningslinjer og samarbejdsaftaler. Den anden mappe indeholdt de individuelle interviews med patienter og pårørende. Den tredje mappe indeholdt de individuelle interviews med ledere fra stamafsnit og interview i fokusgrupper.

Anden del

- Anden del af empirien udgøres af transskriberede data fra båndoptagelser på alle tre workshops samt noter fra de mellemliggende dialogmøder i samtlige afsnit og med de afsnitsledende sygeplejersker.

- Alle noter fra dialogmøder er transskriberet samme dag. Da dialogerne på møderne var ret righoldige i både antal deltagere, tale og gestik, var det vigtigt at rekonstruere møderne, mens de stod friske i hukommelsen.

---

[102] Vejledning for transskribering er vedlagt det samlede transskriberede materiale i bilagsdelen (se bilag 10).

[103] I nogle tilfælde har jeg først transskriberet dagen efter. Det har især været under det etnografiske studie og på workshops, hvor dagene har været så indholdsrige og mættet med oplevelser, at jeg blot har magtet at ordne mine noter men henblik på den senere transskription.

[104] Dialogerne i blandt andet workshops kan være springende med udbrud og afbrydelser og referencer til tidligere udtalelser.

[105] Jeg forsøgte i første omgang at anvende NVIVO, som er et software udviklet specielt til kvalitative analyser, men jeg oplevede flere gange, at jeg af tekniske årsager ikke kunne få adgang til mit materiale. Da universitet (AAU) kun kan hjælpe med installeringen og ikke med support på selve programmet, valgte jeg det fra.

- Materialet er klargjort i tidsmæssigt kronologisk ordnede mapper, da det giver mest mening i forhold til faserne i de cykliske processer. Der indledes med workshop 1, herefter følger dialogmøder med samtlige afsnit, workshop 2, dialogmøder med samtlige afsnit, dialogmødet med de afsnitsledende sygeplejersker og der afsluttes med den evaluerende workshop 3.

Analyse af første del af empirien

Første del af empirien danner grundlaget for den deskriptive analyse.
Analysen er fremkommet gennem gentagende lytninger og læsninger af det båndede og transskriberede materiale fra individuelle, kvalitative interviews af patienter, pårørende og ledere samt interviews i fokusgrupper af sygeplejersker fra intensiv og 8 forskellige stamafsnit. Der er her tale om at gå til materialet gennem en induktiv, eksplorativ tilgang med et udtalt fokus på fænomenet patientovergange, men også en kritisk forholden sig til empirien (Kvale & Brinkmann, 2009).
Gennem lytning og læsning af materialet udfoldes nogle forskellige værdier og mønstre, der kan sammenholdes med lignende mønstre i andre dele af empirien. På denne måde fremstår en form for naturlige fællesnævnere, der danner meningsenheder. Meningsenhederne er efterfølgende kondenseret med tanke på at uddrage essensen af udsagnet og samtidig være tro og loyal mod interviewpersonernes fremstilling Jeg afslutter med en meningsfortolkning, der leder over i nogle begyndende temaer (ibid.).
Gennem læsning og sammendrag af de begyndende temaer sættes der yderligere blik og perspektiv på analysen, der kvalificeres gennem anvendelsen af deltagerobservationer og -beretninger som analyse – og valideringsredskab. De centrale temaer, som er fremkommet igennem det fokuserede etnografiske studie, anvendes som analytisk blik på analyserne af de kvalitative interviews, hvor det undersøges, om temaerne kan genfindes i materialet og i hvilken form det genfindes.
I den sammenhæng inddrages der her det indhentede dokumentationsmateriale såsom retningslinjer, samarbejdsaftaler og referater.
Følgende temaer har vist sig som centrale temaer af betydning for, hvordan overgangene forløber: *Samarbejde, Tryghed, Forberedelse, Forventninger, Pårørende.*

Centrale citater	Menings-enheder	Menings-kondensering	Foreløbigt tema	Endeligt tema
"Vi kommer jo og kender næsten hvert et modermærke på kroppen af den her patient… og kender familieforholdene ud i 3 led -næsten. " Som modtager-sygeplejerske holder vi altid styr på, hvem vi har på (…) intensiv. Så vi ved, at vi har altså Peder Pedersen, der kan komme. Og så gør vi det, at vi er jævnligt inde og læse… "	IS har et indgående kendskab til patienten, og SS føler også ansvar for patienten.	Patienten er 'ejet ' af stamafsnittet, men der er tale om et dobbelt 'ejerskab', da der hos IS er udviklet en tæt relation til patienten gennem langvarig indlæggelse.	Samarbejdet om patienten.	Samarbejde mellem intensiv og stamafsnit

FIGUR 11. EKSEMPEL PÅ DET ANALYSEMETODISKE ARBEJDE.

Analysestrategiens anden del

Kapitel 1 afsluttedes med formuleringen af projektets problemformulering:

Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?

Og de tilknyttede forskningsspørgsmål:
Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde om at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

" Et projekts orienterende forskningsspørgsmål bestemmer, hvilken slags svar der fås", siger Kvale & Brinkmann (2009, s.196). Det er også tilfældet i dette projekt, hvor problemformulering og forskningsspørgsmål angiver retning for både forskningsdesign og empiridannelse. Samtidig sætter de retning for, hvordan virkeligheden skal opfattes, og hvordan viden skal frembringes. Projektets ontologiske og epistemologiske afsæt er dermed indlejret i problemformulering og forskningsspørgsmål, som også sætter scenen for valg af teorier, empiridannelse, metoder og analysestrategi.

Forskningstilgangen med aktionsforskning som metodologi har været afgørende for, hvorledes empirien er emergeret og har taget form. I den anden aktionsforskningsproces i workshops med medforskerne har der udfoldet sig mangfoldige dialoger, som både har indeholdt en hurtig løsningstilgang, men også en voksende erkendelse af, at der må lyttes til hinandens forskellige opfattelser. De empirigenererede data i den anden fase har været genereret mellem på den ene side medforskernes engagerede optagethed af at forstå hinandens perspektiver og finde løsninger på workshops, og på den anden side dialogerne imellem workshops med praktikere i afsnittene, som mange gange kun har ganske sporadisk kendskab til projektet.

I projektets formål er der indlejret en stærkt handlingsanvisende tilgang, der implicerer, at personalet skal spille en ret så aktiv rolle i hele forløbet, idet projektets formål er;

> *"at skabe sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til de almene medicinske og kirurgiske sengeafsnit. Mere konkret er formålet gennem aktionsforskningsprocessen at undersøge, hvorledes de aktuelle patientovergange foregår og med det afsæt og i samarbejde med de involverede sygeplejersker at udvikle og implementere nye måder og metoder, der vedvarende kan bidrage til, at overgangene opleves sikre, sammenhængende og professionelle for patienter, deres pårørende og for sygeplejersker. Formålet er hermed en introduktion til projektets forandringsperspektiv. "*

I formålet er der indfældet en række begrebsanalytiske forhold, der har haft afgørende implikationer for såvel forskningsdesignet, og dermed empiridannelsen, som analysen. Begreber som *viden, forståelse, erfaring, læring, refleksion, forandring og handling* er essentielle begreber (se kapitel 4), der har fordret en mere udførlig udfoldning, idet de i forskelligt omfang ses reproduceret og genereret i forskellige udtryksformer i analyserne. Sidst, men ikke mindst har den deskriptive analyse bevirket nogle fund, der har foranlediget en generering af hjælpespørgsmål. Hjælpespørgsmålene supplerer det andet forskningsspørgsmål som et analysestrategisk greb. Det analysestrategiske greb kan bidrage med at skabe en pragmatisk validering af, om den viden, der er blevet skabt gennem den cykliske proces, har formået at generere handlinger, og i så fald hvilke forandringer, handlingerne har skabt (Kvale & Brinkmann,2009). Følgende hjælpespørgsmål er generet:

- Hvilke forhold virker befordrende på aktionsforskningsprocessen og på medforskernes samarbejde, og hvilke barrierer ses der?

- I hvilken udstrækning begrundes beslutningerne fagligt, og hvordan foregår og formuleres de faglige begrundelser?
- Hvordan bliver patienters og pårørendes budskaber inddraget i den cykliske proces?
- I hvilken udstrækning lever handleplanerne op til målet om sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange, og hvordan anvendes de i praksis?

Hvordan hjælpespørgsmålene er inddraget i anden del af analysen, redegøres der detaljeret for i den følgende faseopdeling:

Fase 1: Jeg gør mig familiær med data ved at læse det transskriberede materiale i sin helhed. Flere gange undervejs markerer jeg, hvor jeg har behov for at høre lydoptagelsen igen. Derefter læser jeg materialet tidsmæssigt kronologisk og lytter på de steder, hvor jeg har markeret, at her er jeg i tvivl om, hvad der er i spil. Jeg bemærker, hvis begyndende mønstre tager form, eller der opstår nogle ideer til, hvad der kan have sammenhæng med noget andet.

Fase 2: I denne fase noterer jeg, hvilke meningsenheder, der er interessante og begynder en egentlig kondensering med afhandlingens problemformulering og forskningsspørgsmål som analytisk blik og afhandlingens videnskabsteoretiske forståelse som baggrundstæppe.

Fase 3: Meningskondenseringer gennemlæses, sammenholdes og opdeles i indledende temaer, hvor essentielle begreber som viden, forståelse, erfaring, læring, refleksion, forandring og handling kan genkendes.

Fase 4: I denne fase vurderes, hvilke temaer der kandiderer til at gå videre, og hvilke der skal kvalificeres yderligere. Der kan fx være to temaer, der stemmer så meget overens, at de kan dækkes af det ene tema.

Fase 5: I den afsluttende fase manifesteres de endelige temaer, som belyses og diskuteres med et teoretisk, analytisk blik. I udfoldningen vil jeg inddrage udsagn og eksempler, der formår at indfange essensen indenfor hvert tema.

Opsummeret er den analytiske tilgang til empirien foregået gennem to analytiske processer: En indledende proces, der havde til formål at generere en deskriptiv analyse og en senere analyse af empirien fra anden del af den cykliske proces. Gennem en fænomenologisk, hermeneutisk analytisk tilgang er første del af empirien kondenseret, fortolket og udmøntet i 5 temaer, der er valideret gennem analysen af deltagerobservationer og –beretninger i det fokuserede etnografiske studie.
Den anden analyseproces indeholder foruden en fænomenologisk, hermeneutisk analytisk tilgang også en pragmatisk validering gennem hjælpespørgsmål generet gennem den deskriptive analyse. Hjælpespørgsmålene supplerer dermed forskningsspørgsmål, som et analysestrategisk greb gennem ovenstående 5 faser.

Figur 12. Eksempel på det analysemetodiske arbejde

Citater	Meningskon densering	Foreløbigt tema	Endeligt tema	Teoretisk perspektiv
"Selvom man har mange bolde i luften, så stopper man op og siger, at nu er det det her, det drejer sig om og det er det, jeg er ved. Så man har det der nærvær, så det bliver en positiv oplevelse for patienten og pårørende. At vi prøver at gøre det alle sammen - At tilbage til, at starten er god med en god forberedelse. "	Faglige overvejelser om, at nærvær og - betydning for hele forløbet.	En god forberedelse skaber et godt forløb.	Forberede overgang gennem dialog.	Dialog og gen-sidighed (Madsen, 2000; Wenger, 2004)
" Men også lige stopper op her og tænker, er alle klar? Det kan være de ringer fra stamafsnittet og siger: Det vælter simpelthen over ved os: Kan I vente ½-1 time? Så er det måske givet rigtig godt ud, hvis det på nogen måde kan lade sig gøre. "	Undersøgelse af rammer og kollegiale vilkår som et led i forberedelse af overgangen.	Opmærk-somhed på og forståelse for hinandens vilkår.	Rummer også mod-partens perspektiv.	Dialog og gen-sidighed (Madsen, 2000; Wenger, 2004)
"*At man deler viden med hinanden. Nogen har én viden. Nogen har en anden viden. At man kan dele det med hinanden, så man gør det bedste for patienten. Netop det med fælles følgeskab, at den eksplicitte viden og den implicitte viden, at den bliver delt. "*	Fælles følgeskab – at man gennem videndeling gør det bedste for patienten	Videndeling bidrager til øget fokus på patienten.	Viden-deling skaber faglighed	Fokus på den fælles sag (Madsen; Wenger, 2004)

KAPITEL 7. FØRSTE AKTIONSFORSKNINGSFASE - METODISKE VALG

Som beskrevet i kapitel 6 er der i første aktionsforskningsfase foretaget tre forskellige kvalitative undersøgelser: Et fokuseret etnografisk studie, kvalitative individuelle interviews og interviews i fokusgrupper. De tre undersøgelser er analyseret deskriptivt og analysen er udleveret til medforskerne før starten på den anden aktionsforskningsfase.
I det første til tredje afsnit beskrives mere detaljeret de teoretiske begrundelser for og udmøntningen af henholdsvis det fokuserede etnografiske studie, de individuelle kvalitative interviews og interviews i fokusgrupper, som fandt sted i den rækkefølge over en periode på godt et halvt år.
Endeligt præsenteres den deskriptive analyse, som sammenfatter de mange metodiske greb, der har været foretaget indledningsvist. Den deskriptive analyse præsenteres i en lettere afgrænset form end den udgave, der blev udleveret til medforskerne. Denne afgrænsning er foretaget uden tab af mening og under hensyntagen til læsevenligheden i afhandlingen. Den deskriptive analyse vedlægges i sin fulde længde (se bilag nr.26).

7.1. Fokuseret etnografi som adgang til felten

Formålet med et etnografisk studie er at give mulighed for at lade det sete og det sagte udfordre hinanden og dermed foretage observationer og beskrivelser af karakteren af patientovergange (Hammersley & Atkinson, 2007). Gennem et fokuseret etnografisk studie (FE) er det hensigten at undersøge, hvad der karakteriserer patientovergange fra intensiv til stamafsnit, herunder at undersøge; hvordan deltagerne agerer, kommunikerer og samarbejder før, under og efter en planlagt såvel som ikke-planlagt patientovergang. Fokuseret etnografi er valgt som tilgang til projektets indledende etnografiske undersøgelse af fænomenet; 'patientovergange'.
Denne tilgang uddybes nærmere i det følgende, herunder hvordan den afviger fra traditionel etnografi. Herefter beskrives det mere uddybende, hvordan det etnografiske studie er foretaget i projektet. FE skal ikke ses i modsætning til traditionel etnografi. FE er en særlig form for etnografi, der har nogle karakteristika, der har vist sig anvendelige, når man, som det er tilfældet i dette projekt, er kendt med feltet. Traditionelle etnografiske studier anvendes typisk, når man er på 'fremmed grund' og derfor har behov for at opholde sig i længere tid i felten for at blive kendt med kulturen, sproget, artefakter mv. Det er ikke tilfældet med fokuseret etnografi, som kan anvendes, når det drejer sig om at studere et specifikt fænomen og/eller afgrænsede situationer i en tidsbegrænset periode (Knoblauch, 2005).
I FE er der fokus på 'andethed' mere end fremmedhed, og det er en forudsætning i FE, at forskeren ikke er fremmed, men har viden om det felt og det fænomen, hun vil undersøge (ibid.). FE forskeren søger efter at uddifferentiere forskelle i miljøet, rammerne og situationerne. Forskelle på personer, deres adfærd og artefakterne. Det er gennem de mange forskelle, som forskeren ser, at hun kan spørge dybere ind til adfærden eller de valg, der foretages, og samtidig få blik for de forhold, der betinger

hendes brug af en systematisk og kritisk refleksivitet, hvor egen forforståelse og fordomme sættes i spil.
Ved FE er der særligt tre karakteristika, som skal medtænkes. For det første skal det fænomen, man vil studere være et afgrænset forløb, en mindre praksis eller specifikke handlinger i et specifikt miljø. For det andet skal fænomenet foregå i en afgrænset periode, der nok kan være tilbagevendende, men ikke permanent. For det tredje skal der gøres brug af tekniske hjælpemidler, som fx digital optager eller video for at understøtte feltnotater (Knoblauch, 2005). Når Knoblauch (2005) lægger vægt på tekniske hjælpemidler, er det, fordi et fokus på et afgrænset fænomen i en tidsbegrænset periode, kan være ret så dataintensiv i form af store mængder data, der skal genereres på kort tid (ibid.) FE´s udprægede brug af optagelser kan også have den fordel, at forskeren kan dele optagelserne i forskergrupper, som på denne måde kan stille naive spørgsmål til, hvad de hører og ser og dermed være en kilde til kritisk refleksivitet.
Cruz & Higginbottom (2013) finder som forskere indenfor sygeplejen fokuseret etnografi særligt anvendeligt i en hospitalskontekst og uddyber, at fokuseret etnografi kan anvendes, når studiet retter sig mod noget, der er situeret, problemfokuseret og kontekstspecifikt, som fx at studere handlinger, interaktioner og samspil. Det gælder i særlig grad sociale fænomener, hvor deltagerne har specialviden og hvor der er et begrænset antal deltagere involveret i situationen (ibid.). FE viser sig derfor velvalgt til at undersøge patientovergange, der netop er afgrænsede fænomener i et specifikt miljø og af ikke-vedvarende, men tilbagevendende karakter. Min adgang til feltet blev således foretaget gennem et FE studie med inddragelse af både deltagerobservationer og deltagerberetninger af både formel og uformel karakter (Knoblauch, 2005; Cruz & Higginbottom, 2013).

7.1.1. Valg af intensiv afsnit

Som aktionsforsker bliver man enten inviteret indenfor af feltet med henblik på at forske indenfor et specifikt emne, tema eller område; eller man inviterer sig selv, fordi man som forsker mener, at man har noget at bidrage med indenfor netop dette felt eller emne (Hummelvoll, 2015). Det sidste er tilfældet i dette projekt, hvor muligheden for at undersøge patientovergange i det intensive felt pludselig viste sig indenfor rækkevidde (Hammersley & Atkinson, 2007).
På samme tidspunkt som jeg blev optaget af, hvordan der kunne udvikles sikre og sammenhængende patientovergange fra intensiv til stamafsnit, blev jeg opmærksom på, at der var tre intensive afsnit på hospitalet. Som beskrevet i afsnit 2.4. er det ene afsnit et alment intensiv afsnit, som i modsætning til de to øvrige intensive afsnit har en bredere samarbejdsflade til de fleste sengeafsnit på hospitalet. Med de mange samarbejdspartnere følger der også flere variationer og dermed udfordringer omkring patientovergange. Dette forhold virker umiddelbart tiltrækkende på mig som forsker. Jeg vurderer, at der her er gode muligheder for at opleve mange forskelle i tilgange til patientovergange jf. Knoblauchs (2005) synspunkt om at studere forskelle. Et behov for en nytænkning af patientovergange kan være mere presserende med så mange berøringsflader. Samtidig er jeg også interesseret i at få etableret kontakt til et bredere

udsnit af stamafsnit, med henblik på at få skabt interesse for projektet og dermed få nemmere adgang til at rekruttere medforskere.
I et møde med klinikledelsen og senere afsnitsledelsen i det intensive felt bliver der indledningsvist givet tilsagn om, at jeg kan følge udvalgte sygeplejersker i deres vagter og observere deres arbejde.[106] Formålet er at indkredse centrale områder omkring patientovergange[107]. Derved får jeg mulighed for at deltage i sygeplejerskernes specifikke overdragelse af patienter til stamafsnittene. Udvælgelsen af de sygeplejersker, som jeg følger bliver primært foretaget med udgangspunkt i hvilke patienter, man snarligt forventer at overflytte. Jeg fulgtes overvejende med uddannede intensiv sygeplejersker, som ikke i forvejen var tilknyttet studerende eller var mentorer for kolleger under oplæring. Det er mit indtryk, at både jeg som forsker og ansatte på det intensive afsnit fandt denne lidt uformelle adgang til feltet relevant og gav begge parter en god mulighed for at vurdere, om der var grundlag for et fælles projekt.

7.1.2. Tilrettelæggelse af det etnografiske feltarbejde

I min indgang til FE beslutter jeg at bære sygeplejerskeuniform i modsætning til Knoblauchs (2005) forslag om tydeligt at angive, at man er observatør. Jeg vurderer, at det vil skabe for megen undren og uro hos særligt patienter og pårørende, hvis jeg går i privat tøj på et intensiv afsnit. Et andet væsentligt argument for uniformen er, at jeg af hygiejniske hensyn ikke vil kunne indgå i alle faser i patientovergangene, hvis jeg går i privat tøj, og dermed vil jeg ikke kunne komme på tætteste hold til alle observationer.
Selve det fokuserede, etnografiske studie strækker sig over en periode på godt to måneder, svarende til ca. 175 timer og finder overvejende sted om dagen, men med enkelte undtagelser også i aftentimerne.[108] I starten påbegynder jeg FE med udgangspunkt i det intensive afsnit eftersom det er herfra, at overgangen bliver besluttet, planlagt og tager sit afsæt. Senere opholder jeg mig også enkelte hele dage i udvalgte stamafsnit. Efter opstart af FE på intensiv informerer jeg alle afsnitsledende sygeplejersker på stamafsnittene ved personligt at møde op, og præsentere mit projekt. Før jeg påbegynder FE på Intensiv, har de afsnitsledende sygeplejersker på intensiv informeret personalet om opstarten af mit projekt gennem mails og på morgenmøder[109]. Jeg selv har udarbejdet en folder om projektet med foto, som bliver hængt op i personalestuen og lagt på bordene i personalestuen (se bilag nr.1B). Alligevel kan det være en vanskelig opgave, at sikre sig, at alle er vidende om

[106] Ved samme lejlighed fremlagde jeg mit ønske om at inddrage personalet i udforskningen af nye handlemuligheder for disse patientovergange.

[107] Da det udelukkende er intensivsygeplejersker, som fysisk overleverer patienterne på de respektive stamafsnit, vurderede jeg, at det var dem, jeg primært skulle følge med tanke på fokuseringen i det etnografiske studie.

[108] Der forekom ingen overflytninger de par gange, jeg deltog i aftenvagter.

[109] Der afholdes to faste morgenmøder for sygeplejersker om ugen á ½ times varighed, hvor der informeres om alt af relevans for både arbejdsmiljø og det kliniske arbejde. Den ene dag reserveres fortrinsvis til undervisning i nye tiltag, herunder dette projekt.

projektet. Alene på intensiv er der (på daværende tidspunkt) ansat godt 80 sygeplejersker[110] og ca. 10-12 læger. På de otte stamafsnit er der 25-30 sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter på hvert afsnit, foruden et ukendt antal læger, der alle indgår i vagthold. På alle afsnit forekommer der en mangfoldighed af aktiviteter, herunder også flere forskningsprojekter, som ikke alle forventes at være informeret om.

7.1.3. Organisering af feltarbejdet

Jeg strukturerede mit feltarbejde på den måde, at jeg kom i afsnittet hver anden dag svarende til mellem 2 og 3 dage om ugen[111]. Hver observationsdag havde en varighed af 7-9 timer og efterfulgtes af en hel dags skrive - og refleksionspause. De mellemliggende skrivedage oplevedes hurtigt som en presserende nødvendighed, idet jeg både skulle nå at få skrevet alle notater rent, få transskriberet og ikke mindst at få reflekteret over, hvad der var på spil i hver enkelt situation.
Wadel (1991) lægger vægt på, at detaljerede feltnoter har den fordel, at forskeren også kan følge sin egen udvikling og forståelse af feltet. Skrivedagene viste sig da også at være en fordel for min egen forståelse og kritiske refleksion over egen rolle. Jeg opdelte mine notater i 3 kolonner: Observationsnotater (ON), personlige notater (PN) og teorinotater (TN). Under ON skrev jeg de notater, som jeg umiddelbart observerede. Under PN skrev jeg de refleksioner, som jeg fik i umiddelbar tilslutning til observationerne og under TN henviste jeg til de teorier, som havde relation til det observerede og som jeg måtte udforske yderligere. Det er min erfaring, at man har mere end rigeligt at gøre med at få noteret sine observationer, og at refleksionsnotaterne ofte får karakter af små stikord. Ikke mindst fordi, det sommetider virkede lidt akavet, at jeg sad og skrev. I andre sammenhænge virkede det upåfaldende, fx når personalet fik rapport om patienterne og de selv sad med pen og papir. Derfor benyttede jeg ofte pauser til at skrive mine notater rene eller tilføje noter til stikordene, når jeg fik en anledning til det. Fx hvis jeg var alene i personalestuen. Desuden fulgte jeg Knoblauchs (2005) anvisning om brug af digitale hjælpemidler og optog en del samtaler på min mobiltelefon[112].
I det følgende gives et (afkortet) eksempel på en planlagt overflytning af en patient fra intensiv til et stamafsnit, som er sat ind i en ramme, som primært består af en

[110] I projektfasen blev det politisk besluttet at lukke et intensivt afsnit på et mindre sygehus i regionen. Sygeplejerskerne derfra blev tilbudt job på det intensive afsnit, hvor dette projekt tager sit afsæt. Der er derfor nu ca. 100 ansatte sygeplejersker.

[111] Feltarbejdet blev udført i forårsmåneder, hvor der faldt mange helligdage og man overflytter kun nødtvunget patienter på søn – og helligdage.

[112] Jeg brugte ofte min mobiltelefon til at optage kommunikationen mellem de professionelle som en hjælp til min hukommelse og for at frigøre mig fra at tage notater, som kunne virke forstyrrende i interaktionen. De fleste glemte også hurtigt, at der lå en mobiltelefon på bordet. Jeg anvendte ikke mobiltelefonen i situationer, hvor patienter og pårørende var involveret. Jeg spurgte om tilladelse til, at jeg optog samtalerne og anvendte dem udelukkende til at supplere min hukommelse.

opdeling i observationsnotater, personlige notater og teorinotater, som beskrevet ovenfor.[113]

Dette eksempel er medtaget, fordi det dels illustrerer, de forskellige refleksionsniveauer, som indgår i feltarbejde generelt og i FE specifikt og dermed eksemplarisk for det hvordan det analytiske arbejde allerede starter i transskriptionsfasen (Kvale & Brinkmann, 2009). Dels illustrerer eksemplet en situation, der viser, hvordan en ganske uproblematisk overflytning af en patient, uforvarende kan skabe bekymring og utryghed hos patient og pårørende. Eksemplet er således også eksemplarisk for flere af de patientovergange, som jeg deltog i, hvor uopmærksomhed fra både SS og IS's side kunne skabe en let anspændt stemning.

[113] I situationen havde jeg ofte nok at gøre med at skrive noter. I den efterfølgende transskribering havde jeg også nok at gøre med at nedskrive refleksioner og teorinotater. Figur 13 skal derfor opfattes som eksemplarisk.

Kontekst og rammer	Observations-notater (ON)	Citater	Personlige notater (PN)	Teori-notater (TN)
På intensiv. Jeg skal i dag følges med IS; Rosa, som skal overflytte en patient (pt.) til et stamafsnit. Det er femte gang, jeg deltager i en overflytning, men det er første gang, jeg skal med på dette stamafsnit.	Rosa oplyser, at hun har ringet til stamafsnit ZY og talt med lederen om overflytning sidst på formiddagen. Hun bliver nu ringet op af en sygeplejerske fra ZY, som spørger til patienten, og som gerne vil udsætte overflytningen et par timer.	Rosa henvendt til mig efter tlf. samtalen: *SS vil gerne ringe tilbage sidst på formiddagen og aftale nærmere tidspunkt for overflytning, men vi aftaler ca. kl. 13.* Rosa fortæller, at hun ikke ved, om det er den samme SS, der skal tage imod pt.	Sygeplejerskerne forhandler om, hvornår det kan passe dem begge, at pt. overflyttes. Det virker helt uproblematisk. Jeg reflekterer over om det vil have betydning, hvis Rosa får skabt en mere personlig kontakt til den SS, der skal modtage pt.	Menings-forhandling (OBS! Dewey, Gadamer; Wenger). Opbygning af sociale relationer (OBS! Dewey; Wenger)
Jeg sidder lige udenfor patientstuen sammen med Rosa, der har travlt med at ordne de papirer, der skal følge pt.	Rosa viser mig et dataindsamlingsark, som de ikke er gode til at bruge, fortæller hun.	Rosa: *"Tidligere brugte vi stamkort. Vi ved faktisk rigtig meget om pt., men vi får det ikke noteret ned. Vi får meget at vide af de pårørende. "*	Er overrasket over udtalelsen og tænker, at det må være vigtigt, at SS også får den viden om pt.	Professionalit et (Martinsen; Delmar)
Vi overflytter pt. kl. 14. Jeg følges med patienten, en datter til patienten samt Rosa og portør til ZY.	Da vi ankommer til afsnittet, spørger portøren SS om der er loftlift inde på stuen for pt. har brug for en lift. SS kigger overrasket på Rosa og svarer lettere sammenbidt og lavmælt: *Det ville have været rart at have vidst på forhånd. Nu har vi lige flyttet rundt på alle patienterne for at få plads til ham.* SS siger, at hun lige vil undersøge mulighederne, men kommer hurtigt tilbage på stuen og siger, at pt. skal være her indtil videre.	SS hilser på pt. og datter. Datter henvendt til SS (lettere bekymret): *Som datter synes jeg nok, at det er vigtigt, at min far kommer op at sidde.* SS: *Jamen vi har transportable lifte*. Datter: *Nå men, hvis intensiv vurderer, at han har godt af at komme op.* SS: *Jamen det gør vi også. Ellers flytter vi ham på en anden stue.*	Jeg reflekterer over denne episode. Datteren opfanger tydeligvis ordvekslingen mellem parterne. Med lidt omtanke fra begge parter kunne man have undgået at skabe bekymring hos patient og pårørende.	Sikkerhed og tryghed i overgangen hænger sammen med samarbejde og profes-sionalitet (Martinsen; Delmar)

FIGUR 13. ET EKSEMPEL PÅ KATEGORISEREDE FELTNOTER

7.1.4. Observationer

FE har bestået af både observationer og deltagerberetninger. Observationerne er oftest foregået i tæt tilknytning til den intensive patient, som man har aftalt at overflytte indenfor få dage, og som man derfor har orienteret både afsnittet, patient og pårørende om.
En typisk observationsdag kan bestå af, at jeg følger den IS, der er ansvarlig for patienten den pågældende dag. IS starter som regel med at gå ind til patienten om morgenen og taler med ham om, hvad der skal ske i løbet af dagen. Hun kan fx lave en aftale med patienten om, hvornår han ønsker at spise og få gjort morgentoilette, som hun derefter foretager alene eller i samarbejde med en kollega eller studerende[114]. Herefter går vi udenfor stuen, og hun fortæller mig om patienten og gennemgår hans journal og de seneste opdateringer om hans tilstand sammen med mig. Samtidig planlægger hun, hvad der skal ske med patienten i løbet af dagen. Hvis det dagen før eller tidligere er besluttet, at patienten skal overflyttes (udskrives) til sit stamafsnit, aftaler hun hvilke tiltag, der skal foretages i den sammenhæng med den læge, der går stuegang. Det kan dreje sig om kontakt til stamafsnittets læge som intensivlæge kontakter, relevante ordinationer på undersøgelser, der skal bestilles eller følges op på o. lign.
IS kontakter stamafsnittet, hvor hun fortæller kort om patienten og aftaler tidspunkt for overflytning. Derefter begynder IS at gøre patienten klar til overflytning. Hun kan fx gøre toilette på patienten, pakke hans tøj og toiletsager, bestille hjælpemidler til sengeafsnittet, bestille portører til overflytningen, orientere fysioterapeuten mv. Jeg oplevede kun få overflytninger, hvor ægtefælle eller pårørende deltog.
Jeg havde kontinuerligt etiske overvejelser i min kontakt med patienter og pårørende og der var patienter, som jeg i samråd med IS fravalgte at gå ind til, hvis IS vurderede, at de var sårbare eller omtågede. Jeg havde primært kontakt med patienter, der stod for at skulle overflyttes og dermed var rimeligt orienterede i tid og sted. I alle patientrelationer præsenterede jeg mig selv og projektet og spurgte om tilladelse til at følge patienten.[115]
I starten har jeg fokus på den samlede patientovergang. Det vil sige; at jeg stillede spørgsmålene:

- Hvordan og hvornår bliver udskrivelsen fra intensiv besluttet og af hvem?
- Hvilke handlinger udløser beslutningen og af hvem?
- Hvilken rolle har patient og pårørende?
- Hvordan foregår den konkrete overgang og hvem deltager i den?
- Hvilke handlinger foretages i umiddelbar tilslutning til overgangen på henholdsvis det afleverende og modtagende afsnit?
- Hvilke handlinger bliver der foretaget umiddelbart efter overgangen?

[114] Jeg assisterede ved morgentoilette og andre plejeaktiviteter de første par uger for at få indtryk af, hvordan IS planlagde overflytningen sammen med patienten.
[115] Jeg formoder, at jeg nød en højere grad af velvilje hos patienter og pårørende, når jeg præsenterede mig som sygeplejerske.

Spørgsmålene guider mig i min tilgang til patientovergange, og giver mig mulighed for koncentrere mig om at observere og fokusere på lige netop disse områder af en meget omfangsrig og kompleks praksis. Umiddelbart anser jeg det som en fordel, idet jeg kan udelade alt det, der ikke vedkommer patientovergange. Jeg bliver dog opmærksom på, at patientovergange ikke er sådan at afgrænse. Det bliver synligt i de mange deltagerobservationer, der viser stor variation i overleveringen af patienten. En variation, der afspejles gennem den adfærd og tilgang, som den enkelte IS og den modtagende SS har i overleveringen, men også hvilken praksis, der er gældende i det enkelte stamafsnit.
Nogle stamafsnit har fx en modtagersygeplejerske, hvor det om morgenen eller dagen før besluttes hvilken sygeplejerske, der har ansvaret for at modtage alle akutte såvel som planlagte patienter, herunder intensivpatienter. Det betyder, at det øvrige personale ved, hvem der har ansvaret for at modtage besked om patienterne, planlægge deres ankomst og fordele patienterne mellem personalet og sengestuer. På nogle stamafsnit virkede plejen meget organiseret, mens det på andre kunne se mere tilfældigt ud, hvor personalet kunne virke uforberedte, når jeg sammen med IS ankom med patienten. På de fleste afsnit var SS tydeligvis forberedt, hvilket følgende noter vidner om:

> *SS står parat, da vi ankommer og modtager patienten med et smil, mens hun siger: " Du ser meget bedre ud i dag. " Patienten: "Nå, ja jeg kan ikke huske ret meget fra i går " (let smil om munden og tydeligvis glad for at blive genkendt).*

Både de formelle og uformelle deltagerberetninger viser ligeledes stor variation i tilgangen, hvilket særligt kommer til udtryk hos stamafsnittenes sygeplejersker.

7.1.5. Deltagerberetninger

På intensiv er der generelt stor interesse for projektet. Når jeg fortæller om projektet på morgenmøder eller i personalestuen, er der flere IS, der spontant udbryder, at der også er behov for sådan et projekt. Nogle gange bliver de umiddelbare udsagn efterfulgt af historier om negative oplevelser i forbindelse med patientovergange. Oplevelser, der har fokus på stamafsnittenes mangler. IS beretter om manglende forberedelse hos stamafsnittets personale, patienter, der genindlægges på intensiv, pårørende, der klager over forholdende på stamafsnit etc. Det er historier, der ofte bliver fortalt i andre kollegers påhør. Af og til når jeg er alene i fx personalestuen, bliver jeg efter sådanne beretninger kontaktet af andre IS, som gerne vil fortælle en anden historie. Det er primært yngre IS, som for kort tid siden selv har været ansat på et stamafsnit, men også erfarne IS føler sig ramt af den negative tone overfor

stamafsnittene og vil gerne nuancere historierne ved at berette om de meget ringe vilkår, som stamafsnittene ofte har.[116]
I starten får jeg dermed rig lejlighed til at få spontane og situerede beretninger fra forskellige positioner. Beretninger, som også giver mig stof til at gå fra de naive "hvordan" spørgsmål til mere specificerede og mere konfronterende spørgsmål som fx "Hvad mener du, der er jeres rolle i forbindelse med en overgang? " fortolkende spørgsmål som fx "Skal jeg forstå det sådan, at du ikke mener, at stamafsnittet har forberedt sig godt nok? "
På stamafsnittene er interessen for projektet mere moderat og varieret. Muligvis grundet et manglende kendskab til projektet, hvilket kan skyldes, at jeg opholder mig flest dage på intensiv, idet patientovergangene tager sit afsæt her.
Nogle stamafsnit giver udtryk for, at de ikke mener, at intensivpatienter skal have særbehandling. De modtager akutte patienter fra akutmodtagelsen, der er ligeså dårlige som intensivpatienter, mener de. Andre stamafsnit er fra starten meget interesserede i projektet og viser stor interessere i at få skabt et godt samarbejde med intensiv om patientovergange. Alle afsnit bidrager med beretninger og situerede interviews om deres opfattelser, som giver stof til de efterfølgende interviews.

7.2. Individuelle interviews – patienter, pårørende og ledere

Kvale & Brinkmann, (2009) refererer til både Sartre og statistikeren Karpatschof, der begge siger, at der er en grundlæggende ontologisk forskel på kontekstuelle fænomener og serielle fænomener. Kontekstuelle fænomener forekommer i grupper af mennesker, der indgår i et komplekst relationelt samspil på fx arbejdspladsen, mens serielle fænomener forekommer i grupper, der foretager sig noget parallelt, som fx at sidde i bilkøer. Det sidste kan der laves statistik på, mens kontekstuelle fænomener skal udforskes gennem kvalitative metoder (Kvale & Brinkmann, 2009: 331-32).
Forud for beslutningen om både individuelle interviews og interviews i fokusgrupper er det afgørende, at jeg som forsker har gjort mig klart hvad det er for en viden, jeg er interesseret i at få, og hvordan denne viden kan blive værdifuld og skabe indsigt – også uden for feltet. I Kvale (1997) og Kvale og Brinkmann (2009) beskrives forskellige former for vidensskabelse med metaforer, som en minearbejder og en rejsende. Minearbejderen ønsker at indsamle et stof, som han afdækker lag for lag, men undgår at påvirke med egne bemærkninger og ledende spørgsmål. Den rejsende udforsker de nye steder, hvor han kommer frem ved at opsøge de lokale og falde i snak (ibid. s. 17-19; Ibid. s. 66-71).
Minearbejdermetaforen kan bruges om den induktive måde at gå til sagen på, mens metaforen om den rejsende kan sammenlignes med at konstruere data gennem samspil med de involverede. Både den rejsende og historien ændrer sig undervejs. En minearbejder vil være tilbøjelig til at opfatte interviewet som et dataindsamlingssted, hvor de data, der indsamles er adskilt fra den senere analyse. Metaforen om den rejsende illustrerer, at data ændrer sig løbende undervejs. Den rejsende efterlades ikke

[116] Jeg undrer mig over, at de negative beretninger, der bliver fortalt i det fælles rum, først bliver modsagt på tomandshånd, men jeg vælger ikke at gå ind i den problematik. Det fremgår dog af den deskriptive analyse, at flere af de problemstillinger, der er i overgange, angår begge parter.

uberørt af data, men påvirkes allerede under interviewet, i konversationen, som på latin betyder "*vandring sammen med*" (Kvale & Brinkmann, 2009:66). Lettere forenklet kan minearbejderen siges at være den fænomenologiske forsker, som søger efter essensen, det egentlige, uden at "forurene" med egne forforståelser[117]. Den "rejsende" kan siges at være hermeneutikeren, der i mødet med andres forforståelser afdækker sine forforståelser og fordomme for sammen med de "fremmede" at opnå en ny forståelseshorisont (ibid.:66-71).
Skabelsen af viden i den fænomenologiske og hermeneutiske forståelse indeholder både en respekt for og tro på det enkelte individs (interviewpersonens) erfaringsgrundlag og verdensopfattelse samtidig med, at forskeren ønsker at forstå interviewpersonens oplevelse gennem den udforskende og involverende dialog. I interviewet er forskeren nærværende og har fokus på at lytte til interviewpersonens fortællinger og oplevelser, som foranlediger en refleksion hos forskeren, der åbner op for andre spørgsmål og bemærkninger end tiltænkt, og dermed tilskynder interviewpersonen til at reflektere over sine oplevelser. Interviewet kan dermed blive en meningsfuld erkendelsesproces, hvor begge parter er skabere af viden (ibid.:34).

7.2.1. Patient- og pårørendeinterviews

Jeg har foretaget individuelle interviews med 3 tidligere intensiv patienter (se bilag 11; 12 & 13). Baggrunden for, at jeg vælger *tidligere* indlagte patienter er overvejende etiske. Mange intensiv patienter er for det første forvirrede og desorienterede omkring deres situation. For det andet bliver de hurtigt udtrættede og kan let føle sig udstillet, hvis de ikke føler, at de kan svare på spørgsmålene. Det var derfor et væsentligt kriterie, at de var kommet på afstand af indlæggelsen på intensiv, og at de var fuldt orienteret i tid og sted.
Min adgang til patienterne blev skabt gennem de kontakter, som intensiv – og stamafsnittets sygeplejersker havde til patienterne. Overvejende gennem 'aftercare' projektet.[118] To af patienterne får jeg kontakt til gennem projektet. De er begge positive og indvilliger i at lade sig interviewe. Den ene ønsker, at interviewet foregår i hendes hjem. Den anden har et ønske om, at interviewet foregår på hospitalet, så jeg booker et mindre mødelokale i en bygning tæt på hospitalet, til formålet. Den tredje patient får jeg kontakt med via personalet, da han viser sig at være indlagt, mens jeg

---

[117] " *Intervieweren graver klumper af viden ud af interviewpersonerne (...). Klumperne kan forstås som objektive, virkelige data eller subjektive, autentiske betydninger "* (Kvale & Brinkmann, 2009:66).

[118] 'Aftercare' er et projekt foranlediget af 4-5 intensivsygeplejersker, som gennem kontakt med tidligere intensivpatienter og kolleger fra andre hospitaler samt litteratur er blevet opmærksomme på, at en del intensivpatienter kan have voldsomme fysiske og psykiske symptomer efter selv en kortere indlæggelse på et intensivt afsnit (Ågård, 2012; Ågård, 2014; Svenningsen et al, 2015). Symptomerne, som ofte kan være invaliderende, kan dreje sig om mareridt, vrangforestillinger, søvnproblemer, angst og uoverkommelighedsfølelse. Projektet går blandt andet ud på at skabe kontakt til tidligere patienter og invitere dem og deres pårørende på genbesøg på intensiv for herved at korrigere nogle af de forestillinger, der hjemsøger dem. Projektet har også resulteret i en patientforening; www.pips.nu

er på besøg på et stamafsnit. Han vil også gerne medvirke og vil gerne, at interviewet foregår, mens han er indlagt.
De to pårørende kontaktes ligeledes gennem 'aftercare' projektet og med hjælp fra intensivsygeplejerskerne Den ene interviewes efter eget ønske i sit hjem (se bilag nr. 14). Den anden i samme mødelokale som tidligere, i forbindelse med et kontrolbesøg af hendes mand (se bilag nr. 15). De 2 interviews med patienter og de 2 med pårørende foregår dermed et roligt sted, enten i eget hjem eller i et mødelokale på hospitalet, hvor vi er helt uforstyrrede, mens interviewet foregår.
Interviewet med den indlagte patient foregår på patientstuen, afskærmet fra den anden patient på stuen.[119] Det er jeg i første omgang lidt tilbageholdende overfor. Han forsikrer mig dog om, at han ikke har noget problem med det. Da han bor langt fra hospitalet, accepterer jeg hans forslag om at foretage interviewet ved sygesengen. I løbet af samtalen kommer der flere personalemedlemmer på stuen, og vi bliver enige om at afbryde interviewet, da der kommer 2 læger ind for at tale med patienten.[120]
Den ene patient er en mand, der har været igennem adskillige overgange, idet patienten har er blevet genindlagt fra stamafsnit til intensiv 3 gange på grund af komplikationer. Den anden patient er kvinde, som har oplevet at blive overflyttet 2 gange, idet hun i første omgang blev indlagt på et stamafsnit, hvorfra hun blev overflyttet til intensiv og efter en uge på intensiv tilbage til stamafsnittet igen. Den tredje nuværende indlagte patient er en mand, der også har oplevet flere overgange, da hans indlæggelsesforløb også indledtes på et stamafsnit. Alle tre patienter har dermed oplevet mindst én overgang i vågen tilstand, hvor de har være relevante og ikke omtågede.
Ved samtlige interviews indledes der med oplysninger om projektets formål og karakter og der en udleveres samtykkeerklæring, som gennemgås (se bilag nr. 7). Interviewene havde en varighed af mellem 35 minutter og 84 minutter og blev alle transskriberet af mig som forsker.
Til interviewene er der udarbejdet en mindre interviewguide, som var struktureret i et *før*, et *under* og et *efter* overgangen (bilag nr. 8). Der indledes med et åbent spørgsmål til patienten eller den pårørende om, hvorfor patienten kom på intensiv. Der lægges overvejende vægt på en bevidst naivitet med en åben og nysgerrig indstilling til nye og uventede aspekter fra interviewpersonens historie (Kvale & Brinkmann, 2009). I interviewene har jeg fokus på, at det er interviewpersonen, der skal fortælle, men samtidig er jeg også optaget af, at interviewet foregår i en naturlig og afslappet atmosfære, hvor jeg primært er en samtalepartner mere end en interviewer.
Undervejs i interviewene stiller jeg også opklarende eller fortolkende spørgsmål, hvis der er noget, jeg ikke forstår, eller jeg har forestillinger eller hypoteser, som jeg ønsker uddybet (ibid.). F. eks. beretter en patient om, at den situation, hvor hun bliver kørt gennem kælderen over til det intensive afsnit, udløste angst for, at hun var voldsomt

[119] Det er ikke muligt for andre at høre, hvad vi taler om, dels fordi jeg sidder helt tæt ved patientens hovedgærde og både patienten og jeg taler ret lavmælt sammen, dels fordi der er en konstant brummende lyd fra et udsugningsanlæg på stuen.

[120] Efter at patienten er udskrevet, kontakter jeg ham pr. brev for at høre om han stadig vil give samtykke til interviewet, da jeg ikke synes, at rammerne var optimale. Efterfølgende modtager jeg en bekræftelse med en underskrevet samtykkeerklæring.

smittefarlig og at alle, der kom i nærheden af hende ville dø. Denne fortælling overrasker mig og fremkalder uddybende spørgsmål fra min side om, hvilken betydning, det har for patienten at blive kørt igennem en kælder.
Jeg og senere medforskerne får på den baggrund et øget opmærksomhed på, at de fleste patienter, der skal på de medicinske afsnit bliver kørt igennem kælderen, med alt hvad det indbefatter af dysterhed med udsyn til rør i loftet og skilte til blandt andet kapellet. Ligeledes er der en pårørende, der fortæller, at hun ikke er inviteret til at deltage under selve overflytningen, hvilket undrer mig og udløser spørgsmål fra mig om, hvordan hun blev forberedt til overflytningen af sin mand og hvilke forventninger, hun selv havde til overflytningen. Det var ofte gennem eksemplerne, at jeg fik nye uventede indsigter.

7.2.2. Interviews med lederne

Jeg vælger som tidligere beskrevet at interviewe 2 afsnitsledende sygeplejersker (bilag nr.16 og nr.17) fra stamafsnit, og jeg foretager et dobbeltinterview med de 2 ledere på intensiv afsnit og lader det indgå som deltagerberetninger i det etnografiske studie, da jeg ikke kan sikre dem fuld anonymitet jf. fodnote 92. Dobbeltinterviewet vil derfor ikke blive beskrevet i dette afsnit.
Som beskrevet i kapitel 6 har de afsnitsledende sygeplejersker et stort ansvar for at sikre rammerne for patientovergangene. De afsnitsledende sygeplejerskers ansvarsområde indbefatter adskillige opgaver: At lede den kliniske sygepleje, at sikre at kvaliteten i sygeplejen og patientsikkerheden er i orden, at lede personalet og sikre en kontinuerlig kompetenceudvikling, at rekruttere og fastholde personale, at skabe et godt arbejdsmiljø og endelig også at have et økonomisk ansvar for driften af afsnittet. Endvidere har den afsnitsledende ansvaret for udvikling af sygeplejen, men også et økonomisk ansvar for driften af afsnittet.[121] Der påhviler dermed den afsnitsledende sygeplejerske et stort ansvar, som hun skal forvalte. Med dette perspektiv er det relevant at interviewe 2 afsnitsledende sygeplejersker fra de afsnit, der modtager patienter fra intensiv, for at få deres synspunkt på en patientovergang fra intensiv til stamafsnit.
I den periode jeg udførte det etnografiske feltstudie observerede jeg særligt 2 afsnit, som blev omtalt, som nogle, der hyppigt modtog patienter fra intensiv. Jeg formodede derfor, at lederne på disse afsnit havde gjort sig tanker om patientovergange. Det var baggrunden for, at jeg kontaktede de afsnitsledende sygeplejersker på de to afsnit, som begge indvilligede i at lade sig interviewe. Interviewene foregik begge på de respektive lederes kontorer, hvor vi kunne sidde uforstyrret og med lukkede døre. Interviewene blev optaget på bånd og havde tilsammen en varighed af 66 minutter.
Ved begge interviews præsenterede jeg projektets formål og indledte med spørgsmålet om, hvilke erfaringer, de havde med overgange og hvordan de generelt oplevede patientovergange fra intensiv til stamafsnit. Jeg anvendte en interviewguide, som tog

[121] Den afsnitsledende refererer til klinikledelsen og er den øverst ansvarlige for sygeplejen i afsnittet og for ledelse af afsnittets sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

udgangspunkt i lederens generelle erfaringer med og oplevelser af patientovergange. [122] (bilag nr. 9).
Jeg var derfor i starten den opmærksomme lytter, men med udgangspunkt i det etnografiske studie, havde jeg nogle erfaringer og antagelser, som jeg spurgte udfordrende ind til. Flere gange fornemmede jeg, at lederne var tøvende og påpasselige med ikke at være for direkte og kontante, når spørgsmålene faldt på ømtålelige spørgsmål som fx Hvordan er samarbejdet med intensiv? Hvad gør I for at sikre, at patienten ikke bliver genindlagt på intensiv? Hvornår bestiller I fast vagt og hvem beslutter, at der skal være fast vagt?
I interviewene balancerede jeg mellem et kollegialt og solidarisk samspil i samtalen, hvor jeg viste forståelse og indlevelse i hvilke problematikker, der var indenfor temaet. Samtidig var jeg også undersøgende og udforskende i forhold til at få deres oprigtige holdninger frem. Det blev især vanskeligt at bevare denne balance, når vi kom ind på de ressourcer, der var til rådighed i afsnittene. På mit spørgsmål om der var sket en ændring på dette område og om denne ændring havde betydning for overgangen svarede begge, at der tydeligvis var færre ressourcer til rådighed. Særligt den ene leder blev stærkt følelsesmæssigt berørt af spørgsmålet. I denne situation undlod jeg at stille flere uddybende spørgsmål.[123]
Af ovenstående ses det, at jeg i interviewene med lederne ikke i så udpræget grad anvendte samme bevidste naivitet i mine spørgsmål, som jeg havde gjort brug af i interviewene med patienter og pårørende. I interviewene med lederne var jeg optaget af at få skabt en dynamisk interaktion mellem interviewpersonen og mig som interviewer. Jeg var derfor mere tydelig omkring, at jeg som forsker ikke var forudsætningsløs, og at jeg ønskede nuancerede og oprigtige meninger om mit fokusområde (Kvale & Brinkmann, 2009).

7.3. Interviews i fokusgrupper

I den indledende multimetodiske empiridannelse er interviews i fokusgrupper et relevant bud på en metodik, der komplementerer andre kvalitative metoder, fordi der er behov for at undersøge et specifikt og unikt fænomen fra forskellige perspektiver (Morgan, 1997). Indenfor aktionsforskning har fokusgrupper også sin berettigelse, idet fokusgrupper kan tilbyde nogle rammer, hvor praktikerne får tid og rum til sammen at reflektere over en udvalgt problemstilling. Fokusgrupper kan dermed bidrage til at få skabt et fundament for medforskeres interaktioner, der senere kan høstes gavn af i andre faser af aktionsforskningsprocessen (Hummelvoll, 2003).

---

122 Herefter spurgte jeg ind til før, under og efter overgangen. Det vil sige; Hvilke forberedelser ønskede lederen, at der skulle være? Hvordan ønskede de kontakten før overgangen og på selve dagen. Hvad var intensiv – og hvad var stamafsnittets rolle og ansvar i den sammenhæng? Hvordan skulle den konkrete overgang foregå og hvem skulle gøre hvad? Hvilke opfølgende ting skulle der ske og hvem var ansvarlig?

123 I forbindelse med både det etnografiske studie, de individuelle interviews og interviews i fokusgrupper har jeg haft mange overvejelser om forskerrollen og de mange etiske aspekter, der ligger i min rolle. De etiske overvejelser er gjort eksplicit i kapitel 4 og 6.2. om forskersituering.

Fokusgrupper er kendetegnet ved, at man lader interviewpersonernes forskellige perspektiver på et specifikt tema interagere med det formål at frembringe data, som det ikke er muligt at frembringe ved individuelle interviews (Halkier, 2008; Morgan, 1997). Hensigten med fokusgruppernes interaktion er således at generere data om både IS's og SS's forestillinger, forståelser og fortolkninger af et kompleks tema som patientovergange (se bilag nr. 21 og nr. 22). Formålet med fokusgrupperne er samtidig at skabe en ramme for, at deltagerne igennem interaktioner åbner op for erfaringer og forforståelser, som de tager for givet (Halkier, 2008). Styrken er dermed, at jeg som forsker på relativ kort tid, og uden at ulejlige deltagerne i væsentlig grad kan opnå adgang til ret omfattende data om fænomenet; patientovergange, som det ikke er muligt at skabe af andre veje (ibid.:14).
Ovenstående er baggrunden for, at fokusgrupper blev valgt som en metode til at komplementere det etnografiske studie. Igennem FE blev det blandt andet synligt, at der var divergerende opfattelser hos sygeplejerskerne på intensiv og stamafsnit af, hvordan en god patientovergang skulle forløbe. Det var derfor nærliggende at invitere de 2 grupper af sygeplejersker til sammen at drøfte, hvad de forstår ved en vellykket patientovergang.
Sygeplejerskerne blev inviteret gennem deres ledere. Formålet med dette tiltag er tosidigt. Dels er det lederne, der tilrettelægger arbejdet og dermed kan skabe rammerne for, at den interviewperson, der deltager, kan være repræsentativ for mange af sine kollegers synspunkter og kan bære viden tilbage i de faglige fora. Dels var det min intention at få skabt en god relation til lederne tidligt i projektet, for derigennem at engagere dem i projektet.
Der blev foretaget 2 semistrukturerede interviews med interviewguide (se bilag nr.18) i to fokusgrupper med 8 sygeplejersker i hver. Fire fra forskellige stamafsnit og fire fra intensivt afsnit. Begge interviews foregik samme dag af praktiske årsager. Dermed kunne sygeplejerskerne arbejde på afsnittet enten formiddag eller eftermiddag og deltage i interviews før eller efter arbejdet[124]. Fokusgrupperne blev af samme grund foretaget i et lokale forholdsvis tæt på, men udenfor hospitalet.
Morgan (1997) anbefaler, at man overbooker antallet af deltagere, da man skal påregne, at der er nogle, der melder afbud (ibid.:42). Dette var ikke tilfældet her, hvilket både kan skyldes, at lederne var involveret i beslutningen om deltagelse og dermed havde planlagt med, at der var flere på arbejde ved evt. sygdom, men også det forhold, at hvert af stamafsnittene kun skulle undvære én sygeplejerske, må vurderes at have betydning. På denne måde lykkedes det at opnå fuldt fremmøde og undgå afbud.
Både Morgan (1997) og Halkier (2008) er enige om, at antallet af deltagere i fokusgrupper har betydning og foreslår henholdsvis mellem 6 og 10 personer og 4-12 personer, men begge mener, at det afhænger af emnet og hvilke former for interaktion, man ønsker fra deltagerne. En rettesnor er, at der skal være tilstrækkeligt med deltagere til både at skabe interaktion og give forskellige perspektiver på emnet, men også, at der er ikke er så mange, at gruppen splittes op og der dannes undergrupper (ibid.).

[124] Det var især af betydning for intensiv, hvorfra der deltog 8 sygeplejersker, mens der kun deltog 1 sygeplejerske fra hvert af stamafsnittene.

Anbefalingen af antallet af fokusgrupper varierer ligeledes, men da ovenstående fokusgrupper er en del af flere metoder til frembringelse af indledende empiri, vurderedes det, at to fokusgrupper var nok. Det kan anfægtes, at fokusgrupperne var for homogene, men som beskrevet i indledningen, var det ikke ønskeligt med mulige konfliktuerende positioneringer, som der kunne være risiko for ved både sygeplejersker og læger som deltagere. Derimod kunne der, med udelukkende sygeplejersker som deltagere, være en risiko for konsensussøgning og alliancer. Det forhold, at der i hver fokusgruppe var fire fra intensiv, der kendte hinanden og fire fra forskellige stamafsnit, der ikke kendte hinanden på forhånd, kunne indikere, at det var en risiko. Jeg valgte derfor, at der foruden mig selv som facilitator skulle være en medfacilitator[125], som både i de indledende forberedelser, men også undervejs i interviewet kunne supplere og sparre med mig om planlægningen og afviklingen af interviewet.
Vi indledte med at skrive alt det, vi fortalte mundtligt på en tavle, så de kunne følge med i vores guidning (bilag nr.19). Cirka midtvejs i interviewet holdt vi en pause, hvorefter vi udleverede en øvelse med 10 udsagn, som de individuelt skulle rangordne og prioritere og derefter dele med hinanden (bilag nr.20). [126]
Fokusgrupperne udviklede sig forskelligt, men i begge var der en livlig dialog, hvor man tålte uenigheder og diversitet i holdninger. Vi oplevede ingen tilløb til konsensussøgning eller alliancer mellem deltagerne. De fire fra intensiv kendte ganske vist hinanden, men dels var der forskelle i erfaringsgrundlag, dels var de ikke tætte kolleger og flere gange var det IS, der indbyrdes gav udtryk for uenigheder om, hvordan de ønskede at forbedre patientovergangene.
Begge fokusgrupper oplevedes udbytterige og meget dataintensive. Sammen med de individuelle interviews og det etnografiske studie skabte de et solidt fundament for den deskriptive analyse og arbejdet i workshops. Mange af deltagerne fra fokusgrupperne valgte senere at indgå i projektet som medforskere.

7.4. En deskriptiv analyse

I dette afsnit præsenteres uddrag af den deskriptive analyse, som er en indledende opsamling og kondensering af det foregående materiale, der som beskrevet består af fokuseret etnografisk feltstudie, individuelle interviews med tidligere og nuværende indlagte patienter, med pårørende og med ledere samt fokusgrupper med sygeplejersker fra både intensiv og stamafsnit.
Formålet med udarbejdelsen af den deskriptive analyse er at få skabt et afsæt for den anden fase af aktionsforskningsprocessen sammen med medforskere i en mere tilgængelig form. Den deskriptive analyse er dermed et forsøg på i en beskrivende form at udarbejde en kondensering af, hvad der viser sig konsistent, som noget, der er

[125] Samme facilitator som deltager i de senere workshops.

[126] Et udsagn kunne fx være: ”Det er vigtigt, at patienterne ikke udskrives for tidligt fra intensiv.” ”Information om, at patienten overflyttes skal gives telefonisk til den samme sygeplejerske, som skal modtage patienten.” ”Patient og pårørende skal føle sig trygge ved overflytningen.” ”Intensiv sygeplejersken bør følge op på den patient, der er overflyttet til stamafsnittet.”

logisk sammenhængende og tæt forbundet (Kvale & Brinkmann, 2009). Der er her tale om, at der gås til materialet gennem en induktiv, eksplorativ tilgang med et udtalt fokus på fænomenet; patientovergange. Gennem gentagen lytning og læsning af det båndede og transskriberede materiale kvalificeres der følgende hovedtemaer:

- Samarbejde mellem intensiv - og stamafsnit
- Tryghed
- Forberedelse (af patienten, de pårørende og det modtagende afsnit)
- Forventninger
- Samarbejde med pårørende

Ovenstående hovedtemaer[127] har vist sig konsistente igennem analyse af de tre patientinterviews, af de to pårørendeinterviews, af interviews i fokusgrupper og af de interviews med ledere. Derudover sættes der yderligere blik og perspektiv på analysen gennem anvendelsen af deltagerobservationer og deltagerberetninger (FE)[128] som analyse – og valideringsredskab. Hensigten er at forholde sig kritisk dialogisk til empirien og yderligere at udfolde de værdier og mønstre, der viser sig undervejs. Igennem analysen inddrages de kerneudsagn, som de forskellige informanter italesætter indenfor det enkelte tema. Kerneudsagnene, som er direkte citater fra interviews – og deltagerberetninger, inddrages som eksemplariske udsagn, der kan understøtte det sammendrag og den kategorisering af temaer, der viser sig i analysen. Den deskriptive analyse skal besvare afhandlingens første forskningsspørgsmål:

Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?

7.4.1. Samarbejde mellem intensiv og stamafsnit

Samarbejdet i dagligdagen

Af FE fremgår det, at rutinerne omkring samarbejdet i dagligdagen mange gange foregår uproblematisk med gensidig dialog om patienten. Når det er besluttet, at patienten kan udskrives fra intensiv, indledes samarbejdet med, at intensivsygeplejersken (IS) kontakter den modtagende sygeplejerske på stamafsnittet (SS) pr. telefon for at fortælle, at patienten udskrives og eventuelt kort om, hvorfor han har været på intensiv og hvilke behov patienten aktuelt har. Denne indledende kontakt følges der op på senere med en samtale mellem parterne ved overdragelse af patienten på stamafsnittet. Dialogen om patienten drejer sig typisk om baggrunden for indlæggelsen på intensiv, forløbet på intensiv samt den aktuelle situation på overflytningstidspunktet. I interviews i fokusgrupperne er der flere sygeplejersker fra stamafsnittet, der giver udtryk for, at de oplever, at samarbejdet om overgangene overvejende er positivt:

[127] I nogle af hovedtemaerne er der også undertemaer.

[128] Deltagerobservationer og deltagerberetninger er foretaget gennem et Fokuseret Etnografisk studie (FE). Benævnelsen FE og deltagerberetninger vil dermed skifte gennem analysen.

> *(SS1) "Det med varslingen er vigtig og så synes jeg også altid, at der er en god overlevering. I kommer ned og så sidder vi stille og roligt og taler om patienten. Så det er også trygt at modtage patienten… helt sikkert."*
>
> *(SS2) "Jeg har (...) oplevet, hvor der blev ringet om morgenen; "Vi har den her patient. Vi forventer, at han kommer over middag og så ringer vi senere". Det er jo fantastisk, fordi så har man jo nået at få vendt det. "*
>
> *(SS3) "Altså… jeg har kun positive oplevelser… med mindre I står akut og skal bruge en plads og patienten skal videre, men det er sjældent, at vi har oplevet. Hvis man siger – åh, kan vi lige sige om 1 time, så synes jeg, at I er absolut til at forhandle med, hvis jeg må bruge det udtryk. "*

Flere af SS lægger vægt på, at forløbet er stille og roligt med en ligeværdig dialog om patienten. Det samme lægger IS vægt på:

> *(IS1) "… en god overlevering; det er selvfølgelig; hvornår kan vi aftale tidspunktet, hvor vi kan komme med patienten. Stille og ro i stedet for forjaget… "*
>
> *(IS2) "… men netop overgangen gør, at man kan se og mærke på patienten, at de er trygge ved det her. Vi får overleveret dem ordentligt og de bliver taget rigtig godt imod. Så man går derovre fra med – ja… det, der er startet op, det fortsætter. Det er en god aflevering for mig."*
>
> *(IS3) " Jeg synes, at den bedste aflevering er, når den af jer, der skal tage imod får lov til bare at lytte uden at blive prikket på skulderen…"*

Når det lægefagligt er besluttet ved den daglige stuegang, at patienten udskrives fra intensiv, ringer IS til stamafsnittet og spørger efter den sygeplejerske, der skal modtage patienten eller hvem, der kan tage imod besked om patienten[129]. Af FE fremgår det, at det er en hyppig foreteelse, at IS tager telefonisk kontakt og adviserer SS om, at patienten udskrives fra intensiv. Kontakten indledes med, at IS informerer kort og præcist om patientens diagnose og aktuelle status:

> *"… og lige den korte historie, så kan jeg give dig den lange historie derovre. Men han er ekstuberet og fuldstændig vågen, klar og relevant og ligger med 2 liter ilt. Tidligere bypass opereret og har en iskæmisk hjertesygdom og en type 2 diabetes "*

[129] Det fremgår af FE, at der er forskel på praksis fra afsnit til afsnit. Nogle stamafsnit har en modtagersygeplejerske, som er den samme sygeplejerske, der dels tager imod den indledende besked i telefonen og dels modtager patienten, når han kommer i afsnittet. På andre afsnit kan det være én SS, der taler med IS i telefonen og en anden SS, der modtager patienten.

Ved den telefoniske kontakt forsøger IS at spore sig ind på, hvordan situationen er i den anden ende af røret. IS fortæller, at hvis hun fornemmer, at der er roligt omkring SS og oprigtig interesse, kan hun vælge at uddybe den aktuelle status yderligere og eventuelt tilføje lidt om patientens sociale forhold og psykiske tilstand:

> *"Han er fuldstændig selvhjulpen...han er invalidepensionist…er fraskilt og bor alene… han er selvfølgelig bange, fordi han var alene."*

Afslutningsvis inviterer IS kollegaen til en dialog om tidspunktet for overgangen:

> *" Jeg tænkte her om en times tid (pause)… halvtolv… (længere pause)… jamen jeg kan også komme klokken elleve. Passer det bedre -inden frokosten går i gang. Det er fint, okay… det er i orden. Hvad stue skal han ligge på. Nej okay okay. Det er i orden… okay... hej igen (svarer hurtigt – afvæbnende - ler lidt). " 130*

Ovenstående uddrag af en telefonisk kontakt fra intensiv til stamafsnittet viser en typisk telefonsamtale mellem IS og SS, hvor der gøres et forsøg på at skabe en faglig dialog omkring en patient, som oftest er meget kendt af IS, mens SS måske hører om patienten for første gang.

Relationer

Fra intensiv afsnittets side gives der også udtryk for, at samarbejdet med stamafsnittet overvejende er godt. Der er stor opmærksomhed på at opnå gode patientovergange og – forløb. IS fortæller i FE ofte engageret om, at de har måttet kæmpe for at holde patienten i live, og at de har opnået at få et ganske særligt tillidsforhold til patienten og dennes pårørende. I flere tilfælde er relationen så tæt, at selvom patienten er 'ejet ' af stamafsnittet, er der i realiteten tale om et dobbelt 'ejerskab', for IS er meget tæt forbundne til deres patienter. Det fremgår også af følgende udsagn:

> *(IS2): "fordi vi oplever jo, at vi er så tætte omkring dem og det slip, der kommer, når de kommer på stamafdelingen…*
>
> *(IS3): "Vi kommer jo og kender næsten hvert et modermærke på kroppen af den her patient… og kender familieforholdene ud i 3 led - næsten. "*
>
> *(SS3): "Man kan virkelig mærke, at det er tæt pleje, I giver og man kan mærke, at I kærer jer om patienterne. Det er virkelig babyen, der bliver videregivet… "*

Gennem FE får man i første omgang det indtryk, at initiativet omkring samarbejdet primært går den ene vej, fra intensiv til stamafsnit, selvom det er stamafsnittet, der 'ejer' patienten under hele patientens indlæggelse.[131] Det er imidlertid ikke tilfældet. Flere af stamafsnittene er opmærksomme på, at de har patienter, der midlertidigt er

[130] SS har formentligt endnu ikke fundet ud af hvilken stue patienten skal ligge på.

[131] Der henvises til afsnit 2.4. og afhandlingens kontekst.

indlagte på intensiv. Det kommer frem i interviewet i fokusgrupperne, hvor tre sygeplejersker fra forskellige afsnit formulerer det på denne måde:

> *(SS3): "... som modtagersygeplejerske holder vi altid styr på, hvem vi har på de forskellige intensive afdelinger… Så vi skriver ham altid på cybertavlen.132 Så vi ved, at vi har altså Peder Pedersen, der kan komme. Og så gør vi det, at vi er jævnligt inde og læse (…) og vi har en daglig dialog om ham… også med bagvagten, når de går på tilsyn… at de oplyser, hvis der er én, vi snart kan forvente retur. Så det er egentligt ikke så tit det sker, at det kommer bag på os. "*
>
> *(SS4): "Jeg tænker også, at hvis man har en patient, der bliver dårlig og ryger på intensiv, så hver dag kigger man lige for at se hvordan går det – nåh... fint nok, det er meget rart. Før Clinical Suite (elektronisk patientjournal (EPJ)) ringede man over og spurgte, hvordan går det med vedkommende… "*
>
> *(SS2): "... Man synes, at man har lidt aktier i patienten... "*

Sygeplejerskerne giver her udtryk for, at stamafsnittet føler sig forpligtet overfor de patienter, der er midlertidig indlagte på intensiv, hvor de holder øje med om, der sker nogle ændringer i patientens tilstand. Ved FE i stamafsnittet observeres det også, at cybertavlen dagligt bliver gennemgået for hvilke patienter, der ligger på intensiv, og hvornår man kan forvente dem retur til stamafsnittet. Igennem FE bliver det synligt, hvor stor en forskel, der er mellem IS og SS's relationer til patienterne. Det tilstræbes, at IS er tilknyttet den samme patient gennem længere tid for at skabe kontinuitet og sikre høj kvalitet og faglighed omkring patienten. I længerevarende forløb, hvor patienten er indlagt i mere end 2 uger, vil IS komme til at kende patienten og dennes pårørende særdeles godt. Det kan give mulighed for at knytte bånd og få skabt en tæt relation til patienten og dennes familie. Af både interviews, deltagerobservationer og - beretninger fremgår det da også, at IS i nogle patientforløb har udviklet et tæt følelsesmæssigt bånd til patienten og dennes familie. Det er således en meget engageret og involveret sygeplejerske, der skal overdrage den langtidsindlagte patient til en kollega, som står i en ganske anden situation. SS har udover den sårbare og svækkede patient, som hun skal modtage fra intensiv, 5-7 andre plejekrævende patienter, som hun er ansvarlig for plejen og behandlingen af. Ganske vist kan hun uddelegere opgaver til andre kolleger, men dels er det ofte studerende eller assistenter, som måske ikke har de fornødne kompetencer, der skal til for at sikre overblik over behandlingen og plejen af de øvrige patienter. Dels skal hun også varetage andre opgaver af organisatorisk, administrativ og uddannelsesmæssig karakter som fx administrere medicin, dokumentere, kontakte hjemmeplejen mv. samtidig med, at hun skal kunne tage ansvar for en svært syg og svækket patient. Oveni disse mangfoldige opgaver fremgår det af deltagerobservationer i stamafsnittene, at sygeplejersken også

---

[132] Elektronisk oversigtstavle for personalet med angivelse af navne og andre relevante oplysninger på de indlagte patienter.

skal modtage og få gjort plads til 1-3 akut syge patienter fra det Akutte Modtageafsnit (AMA). Sådanne vilkår kan skabe frustrationer på begge sider, som kommer til udtryk i det følgende.
Sygeplejersker fra stamafsnit siger i fokusgrupperne:

> *(SS5): "vi har rigtig, rigtig travlt, og vi har nogle gange patienter, som intensiv ikke kan tage, fordi I er pressede også og selv ikke har pladser. Dem skal vi altså også passe oveni de andre 4 patienter, vi skal passe og der bliver det altså sådan lige det mest nødvendige, man så kommer til at gøre… "*

> *(SS6: "Det synes jeg, I skal vide, at det er et ekstremt frustrerende for os. Et nederlag, synes jeg nærmest, at vi ikke kan holde patienten i den stand, han kom i ikke også… "*

> *(SS2) "Jeg kunne godt tænke mig, at I afmonitorerede dem ét døgn før I flytter dem og så blev de liggende hos jer. Fordi når de kommer over til os, er de måske lige kommet ud af respiratoren og der kan ske meget på 24 timer. Tit får vi flyttet patienten over middag og så bliver kl. 3 (15) og så er der 4 på arbejde og så er der bare ikke lige den der overvågning, som I har…og jeg tror, at de bliver voldsomt utrygge, når vi ikke står der, når de ringer (…) for det kan vi ikke…og så begynder man jo at hyperventilere og bliver angst og så starter det ligesom der… "*

Intensivsygeplejersker kan på sin side blive frustreret, når de oplever, at de får de patienter retur, som de igennem uger og måneder har plejet og passet og hvor følelserne hos de pårørende og i nogen grad dem selv, har vekslet mellem fortvivlelse og håb. Intensivsygeplejerskerne siger i fokusgrupperne:

> *(IS3): "Der har været en overgang, hvor vi havde så mange langliggere,133 der blev sendt ud og kom hjem igen… der blev vi så frustrerede, at vi næsten blev sarkastiske og tænkte, at så giver det ikke rigtig mening, at trække nogle igennem 30-40-50 dage, hvis der ikke er noget på den anden side. "*

> *(IS4): "Så kan vi flytte patienten over… så går der max et døgn, så har vi patienten tilbage igen, fordi så er han sandet til. Det er simpelthen så frustrerende… "*

---

[133] Patienter, som har ligget i mange uger til måneder på intensiv, omtaler personalet som langliggere. Det er ikke defineret hvor længe, de skal ligge for at benævnes langliggere. I de senere handleplaner defineres langliggere, som patienter, der har været indlagt 14 dage og derover. Sundhedsdatastyrelsen definerer begrebet fra et økonomisk perspektiv i relation til DRG takster som: Indlagte patienter med lange liggetider. (http://www.esundhed.dk/dokumentation/OrdOgBegreber/Sider/OrdOgBegreber.aspx)

> *(IS5): " …Selv om vi har ringet og sagt, hvornår vi kommer, så får man at vide af sekretæren, at hun ikke lige ved, hvem der skal tage imod og så skal man selv rundt og lede efter én og finde ud af hvem det er. Det synes jeg er frustrerende, når man har ringet i forvejen og aftalt klokkeslæt og vi har forberedt... Selvfølgelig har man andre patienter, men det er frustrerende at skulle rende rundt og lede efter dem…. "*

I både patient- og pårørendeinterviews kommer det også frem, at både patienter og pårørende har oplevet et tæt forhold til "deres" sygeplejersker på intensiv afsnit. Én af patienterne omtaler "sin" sygeplejerske som en engel. En anden siger: " …*at være på intensiv afdeling…. det er himlen… det kan jeg godt sige dig…."*
Patienter og pårørendes omtale af IS signalerer, at der i enkelte tilfælde har udviklet sig tætte, næsten familiære, relationer mellem dem og IS, hvilket også kommer frem i én af deltagerberetningerne, hvor en IS fortæller, at når hun besøgte patienten på det stamafsnit, som han var blevet overflyttet til, så blev hun opfattet som pårørende af stamafsnittets personale.

Dem og os

Selvom samarbejdet overvejende er positivt imellem intensiv og stamafsnit, er det et vigtigt opmærksomhedspunkt, når både patienter, medarbejdere og ledere i interviews signalerer, at der kan være problemer i samarbejdet. Hvad enten det er i de individuelle interviews, hvor tonen er fortrolig, eller det er i interviews i fokusgrupper, hvor stemningen opleves afslappet, så anvendes der nogle talemåder eller der tales i nogle vendinger, som udtrykker, at samarbejdsmiljøet ikke altid er velfungerende. I både interviews og deltagerberetninger ses der en tendens til at positionere sig i 'dem og os'. Nogle af IS siger i fokusgruppeinterviewet:

> *(IS5): "De gange jeg har været der, oplever jeg, at de kigger på én og spørger; hvad vil du? Jeg føler, at vi ikke skal komme og tro, at vi er noget… "*

> *(IS4): "Vi er helt derude hvor kolleger har oplevet, at man ikke bliver talt til, når vi kommer på stamafdelingen og skal se til en patient, eller man bliver ikke svaret, når man spørger om noget. Vi er derude, hvor man kan sige, at det ikke er fagligt længere. "*

Måden, hvorpå parterne formulerer sig om den anden part viser her, at samarbejdet ikke er ukompliceret. I fokusgruppeinterviewet responderer flere SS med beklagelse over de oplevelser, som IS har, men de fleste virker ikke umiddelbart overraskede over bemærkningerne. En SS kommenterer det på følgende måde:

> *(SS3):"….og så tænker jeg lidt, at det I oplever, er frustrationer, der taler og det er træls."*

Hos nogle af interviewpersonerne, særligt hos lederne, bestræber man sig på at fokusere på det positive i samarbejdet. Begge ledere fra stamafsnittene giver således

udtryk for, at de ved flere lejligheder er blevet tilbudt hjælp fra intensiv. En leder fra henholdsvis et medicinsk og et kirurgisk afsnit siger:

> *" … men vi har så benyttet os af, at de har været … kunne komme over og hjælpe os, når at vi ikke har kunnet suge dybt nok ned, synes vi selv, ikke også… så på den måde en støtte… og der ved vi, at vi til enhver tid kan rette henvendelse… "*

> *"… for jeg synes egentligt, at samarbejdet er godt, og at hvis vi ringer og spørger om et eller andet i forhold til den patient, der har været indlagt, eller har brug for deres hjælp, så er de jo altid hjælpsomme … altså i den udstrækning, de overhovedet kan komme afsted med det … så er de jo …så bliver de faktisk også glad for, at vi ringer og spørger … så på den måde ….synes jeg, vi har et glimrende samarbejde…"*

Men så kommer der alligevel en tone ind, som viser, at der kan opstå disharmoni mellem parterne. En leder fra stamafsnittet siger:

> *"… der hvor vi nogle gange har det sådan… det er jo netop hvis de ringer og melder en patient og jeg siger: Jamen jeg har ingen pladser… kan I vente til over middag… fordi så kan jeg se, hvad jeg får udskrevet - og det så ikke kan lade sig gøre… så er der nogen gange, så kan jeg.... så har vi lidt sådan ahrrrr…"*

Lederne fra stamafsnit lægger dog stor vægt på, hvordan de kan forbedre og fastholde et godt samarbejde. De udtrykker ønske om og forslag til at aflægge besøg på hinandens afsnit, forud for og efter en patientovergang, for at følge op på patientens pleje og behandling:

> *"Vi har før talt med intensiv om… at den sygeplejerske, der skal tage imod patienten, har været og hilse på… på intensiv og det har været godt…. Det har vi så bare ikke altid mulighed for.. Men det er faktisk en god investering… og det har også været en god investering, de gange, hvor intensiv så har haft mulighed for at lade en sygeplejerske blive her i slutningen af vagten, eller komme og hilse på patienten dagen efter ….og hvor vi kunne snakke og… hvis der var en eller andet problematik, som vi ikke har været opmærksomme på eller ikke kunne håndtere.. (..) så begge de to ting kunne man med fordel gøre mere ved.."*

Patienter og pårørende lægger vægt på, at der er sammenhæng og helhed under hele deres indlæggelsesforløb. Misstemning mellem samarbejdspartnere eller uoverensstemmelser om patienternes pleje og behandling, går ikke upåagtet hen hos patienterne. Patienter og pårørende er endog meget opmærksomme på alle de signaler, som personalet udsender. Særligt hvis de er i en meget sårbar og kritisk situation kan de let tolke og muligvis overtolke verbale og nonverbale tegn og udtryk. Det bliver også italesat i interviewene, hvor patienterne giver udtryk for, at de ved flere lejligheder fornemmer, at samarbejdet mellem intensiv og stamsnittene er påvirket. I

to patientinterviews beskriver patienterne oplevelser fra to forskellige stamafsnit med ord som, at IS var *"ilde set"; "de (SS) blev sure";*

> *"jeg kunne da godt mærke, at de ikke brød sig om, at de kom fra intensiv".*

Disse udtalelser viser, at patienterne oplevede, at samarbejdsmiljøet mellem de to parter på nogle afsnit var under pres og i nogle situationer lettere anstrengt. Det havde en betydning for, hvordan patienterne følte sig tilpas i afsnittet. Som én af patienterne siger om sin oplevelse, da hun kommer tilbage fra intensiv til det stamafsnit, som hun blev indlagt fra:

> *"Men nu du siger det der med overgange … intensivsygeplejersker, de er jo ilde set, når de kommer over på besøg…. Jeg oplevede, at det var ligesom, at hun skulle stjæle sig til at komme over og hilse. Ikke fra intensiv af, men undertonen af; hvad skal de her… tror de ikke, at vi kan selv… den undertone… "*

Videre siger patienten:

> *" Jeg kunne rigtig godt have tænkt mig, at der havde stået én fra afdelingen (stamafsnit) og sagt (til patienten og IS red.); Velkommen tilbage… hvor er det godt, at I har passet så godt på hende. Det ville have betydet noget. "*

I denne sidste udtalelse betoner patienten, at det har stor betydning for hende, at der er et godt samarbejde mellem kollegerne fra de 2 afsnit.

7.4.2. Tryghed

Ifølge den forskning, der er tilgængelig om stamafsnittets perspektiv på overgange (Whittaker & Ball, 2000; Häggström et al, 2009; James et al, 2013), kan personalet på stamafsnittet opleve utryghed ved at skulle modtage en intensiv patient, fordi de ikke føler sig kompetente eller fordi de føler, at de ikke kan leve op til de pårørendes forventninger. Det er i tråd med de bekymringer som stamafsnittenes sygeplejersker udtrykker i interviews i fokusgrupper:

> *(SS6): "Generelt synes jeg, at der er mange patienter, der er dårligere og der er færre pladser og mere tryk på og meget nyt skiftende personale, som er usikre overfor situationen. "*

> *(SS7): "Ja… også hvis man selv føler sig utilstrækkelig og så I (IS) kommer og udfører en sygepleje, hvor man egentligt godt ved, at den patient ikke har fået den optimale pleje her hos os… "*

> *(SS2): " Ja det er den evigt dårlige samvittighed… "*

> *(SS6): " Jeg tænker virkelig, at det må være ekstremt angstprovokerende for dem ikke at kunne ringe på snoren. De tænker; bliver jeg nu kvalt inden der kommer nogen… "*

Personalet på intensiv kan på sin side føle sig utrygge, fordi de er i tvivl om ressourcerne modsvarer intensivpatientens behov. I flere situationer italesættes denne utryghed på forskellig vis:

> *" … når de overflyttes så kan vi godt føle, at sengeafdelingen ikke tager så godt vare på patienten. Nogle gange ringer stamafdelingen og spørger om vi lige vil se til patienten (…). De vil jo forsøge selv først, så de ringer som regel først, når det er helt galt. Nogle gange kan vi få rettet patienten bare med lidt ilt, sugning og så noget Furix (vanddrivende). Så kan man godt tænke, at det kunne de da selv have gjort. "*

> *" Det går som regel galt, hvis patienten ligger på den yderste plads og vi mangler pladser og må flytte patienten lynhurtigt i nattens mul og mørke. Jeg kan godt forstå, at pårørende er bekymrede og frustrerede. Det ville jeg også selv være. "*

> *" De kommer over og ligger der som strandede hvaler uden at kunne noget selv, og hvis der så ikke er nogen, der kigger til dem. "*

Som det ses af ovenstående deltagerberetninger er der mange bekymringer i forhold til stamafsnittenes ressourcer og kompetencer. IS er således klar over, at der kan være problemer med ressourcerne og bemandingen på stamafsnittene. Det signalerer de også flere gange i interviews i fokusgrupperne, hvor IS viser forståelse overfor kollegerne i stamafsnittene. Blandt andet er der en IS, der føler anledning til at formane egne kolleger med denne udtalelse:

> *(IS5): " Jeg tror simpelthen, de gør det så godt de kan… og de er ekstremt pressede og der må vi jo så sige, at vi har også travlt, men vi har jo ikke det pres over os som sengeafdelingen har rent personalemæssigt… altså… det har vi bare ikke... "*

De pårørende lægger i interviewet ikke skjul på, at det er en stor omvæltning for dem og patienten at blive overflyttet til et stamafsnit og at de helst ser, at patienten også i stamafsnittet overvåges døgnet rundt.

> *"… men jeg var utryg, det må jeg indrømme, men det var også det der med, at han var overvåget i 24 timer og så pludselig komme over på en sengeafdeling. Vi vidste jo godt, at de kunne ikke være ved ham hele tiden…. "*

En anden pårørende siger:

> *" En ting jeg kunne tænke mig… det var, at hvis det eventuelt var sådan, at en sygeplejerske eller en læge oppe fra intensiv kunne være*

> *med til stuegang de første dage… at vedkommende kom ned et par gange om dagen, for min mand følte sig jo også utryg og han kunne jo ikke… altså det var jo så fremmed det hele for ham, da han kom ned på den nye afdeling… "*

Den pårørende foreslår her, at der kommer noget personale fra intensiv og tilser patienten de første par dage, fordi patienten kan føle sig utryg. I interviewet fortæller hun, at hendes mand ikke verbalt gav udtryk for utryghed, men at hun kunne mærke det på ham. Senere i interviewet giver hun også udtryk for sin egen usikkerhed ved, at patienten overflyttes:

> *" Det var simpelthen fordi jeg følte mig så tryg deroppe. Han var i gode hænder og overvåget 24 timer i døgnet og de var simpelthen så søde (..)… så… derfor følte jeg mig så tryg… selvfølgelig var den næste afdeling nok også god, men det var jo så nyt igen… "*

En patient giver i interviewet udtryk for, at han i forbindelse med sin lange indlæggelse har byttet om på nat og dag og derfor ofte ligger vågen om natten. Her fornemmer han, at han vil få svært ved at komme i kontakt med personalet og han giver udtryk for, at det er svært angstprovokerende for ham.

> *" I realiteten placerer de mig, som kommer fra intensiv af... inde i et rum og fra kl. 23 kommer der en sygeplejerske og ser til mig én eller to gange indtil kl. 7 om morgenen. Hvad hvis den sidste sygeplejerske nu glemmer klokkesnoren. Det oplevede jeg flere gange. Banalt set for andre, men det er fand'me ikke sjovt at ligge der. "*

7.4.3. Forberedelse

En indlæggelse på et intensivt afsnit er næsten altid forbundet med en akut situation med forværring i patientens tilstand eller som følge af en akut opstået skade eller ulykke. Derfor er patienten og måske særligt de involverede pårørende ofte meget berørte og chokerede over det uventede, der pludseligt er hændt i deres liv og som de på ingen måde har kunnet forudse. En pårørende, som får telefonisk besked om, at hendes mand er overflyttet til intensiv, udtrykker det således:

> *" Så fra at gå at tro, at det har vi styr på til at faktisk finde ud af, at manden, han er dødeligt syg, ikke også... så det har jeg slet ikke tænkt på nej… og de ringede jo bare til mig… for jeg var inde i byen, fordi jeg skulle hente noget. Så ringede de til mig… nå okay… intensiv, det synes jeg godt nok var voldsomt. "*

Flere pårørende er i det, der må betegnes som en krise, hvilket kommer til udtryk på flere måder. Igennem deltagerobservationer ser jeg pårørende, som virker helt forstenet. Andre er bekymrede, men har overskud til at smile. Andre igen kan være kritiske, tenderende til det aggressive. Umiddelbart kan det se ud som om den sidste gruppe er den, som personalet har sværest ved at tackle. En hustru til en patient, som

IS ved flere lejligheder omtaler som utilfreds og negativ siger til mig umiddelbart efter overflytning til et stamafsnit:

> *" Jeg føler ikke, at jeg har fået ordentlig besked om, hvad der skal ske nu. Jeg fik kun en vag besked i går. Jeg følte næsten, at jeg var i vejen… "*

Der er ingen tvivl om, at det at have ens nærmeste indlagt på intensiv er en stor belastning for de pårørende, som dagligt skal forholde sig til, at patientens tilstand kan svinge meget på kort tid. De kan måske få at vide, at der i dag spores bedring i patientens tilstand for efter en halv time at modtage en besked om, at patientens tilstand er yderligere forværret. Disse svingninger i patientens tilstand kan tære voldsomt på de pårørendes psykiske energi og mentale overskud, fordi de konstant må leve med angsten, håbet og fortvivlelsen.
Netop som de pårørende er blevet fortrolige med personalet, apparaturet, lydene og rammerne, skal de forholde sig til, at patienten skal flyttes fra intensiv til et, måske for dem, ukendt stamafsnit. Igen sættes de pårørende i en sårbar situation. Personalet er generelt opmærksomt på de belastninger, som de pårørende udsættes for og søger at mindske dem. Blandt andet gennem en grundig forberedelse til overgangen af både patient og pårørende. Men patienter og pårørende kan også forberedes for tidligt og så meget, at det kan opleves som en belastning, som denne pårørende giver udtryk for:

> *" … lige så snart han blev vækket begyndte de at snakke om, at han skulle flyttes (..) men han blev bare ved med at være sådan dårlig (…) så det tror jeg, at de snakkede om i 6 dage eller sådan noget (…) så det var noget, der fyldte... også måske unødig (…) Det havde ikke behøvet at fylde så meget, før at han ligesom var i ordentlig bedring. Det havde ikke behøvet at fylde så meget, for det gjorde det… "*

I interviewene er de pårørende kommet med en del bud på forberedelse af overgange, mens det er mere sparsomt, hvad patienterne kan fortælle. Forberedelsen af patienterne kan være hæmmet af, at de stadig er påvirket af den medicin, de har fået på Intensiv, men også at patienternes almene tilstand er påvirket, og derfor har de generelt vanskeligt ved at huske, som en patient giver udtryk for her:

> *"… men det er mere tåget første gang… jeg kan ikke rigtig huske hvad der sker. Jeg kan bedre huske anden gang…. "*

Forberedelse på overgange ekspliciteres flere gange i interviews i fokusgrupper, hvor personalet beretter om måden, de forbereder patienten på. En IS siger:

> *(IS4): " Min erfaring er, at vi bruger lang tid på at forberede dem – primært på, at vi er normeret én til én, og vi gør opmærksom på, at det kan de ikke forvente hos jer. Vi prøver, at lære dem at bruge klokkesnor, men mange er polyneuropatiske (generel følelsesløshed og muskelsvaghed i hele kroppen red.) og kan ikke bruge klokkesnor (..). Vi prøver at være positivt stemte overfor sengeafsnittet. Vi fortæller dem, at nu er de blevet så raske, at de kan komme videre. Men det er*

nogle gange svært. De har været meget syge og været så afhængige af os. "

Flere af sygeplejerskerne giver eksempler på, hvad der fungerer godt, når de skal forberede patienterne. En SS siger:

(SS1): " Jeg har været hos jer og fået smaddergode notater om patienten dagen før, som jeg har videregivet til personalet. Det var vældig godt. Det, skal der gøres noget mere af for at få en blidere overgang. "

Der er ingen tvivl om, at sygeplejerskerne er optaget af at forberede overgangen bedst muligt og skabe forudsigelighed for patienterne. Det har da også stor betydning for SS, at patienten bliver meldt overflyttet så hurtigt som muligt, så de kan nå at forberede sig på at modtage patienten på bedst mulig måde. En SS siger:

(SS3): "De seneste par gange har vi faktisk fået det at vide dagen før (...) Selvfølgelig kan man ikke altid det, men det gør i hvert fald, at overleveringen… at den bliver bedre. "

I fokusgruppeinterviews bliver det dog tydeligt, at der er forskellige holdninger til, hvad patienten skal forberedes til. Sygeplejersker fra intensivt afsnit har fokus på noget andet end sygeplejersker fra stamafsnit. IS vil gerne lægge vægt på, at forberede patienten på, at han nu blevet så rask, at det ikke længere er nødvendigt med intensiv terapi.

(IS5): " Så informerer vi om, at de flytter, fordi de får det bedre. Men alt det, vi siger, det husker de ikke. Vi kan komme ned til jer 2 dage efter og de husker os ikke, selvom vi synes, at vi har haft en god kontakt. "

I den sammenhæng italesættes det ikke, hvordan de pårørende forberedes, mens sygeplejersker fra stamafsnittet har fokus på, at patienterne og især pårørende skal forberedes på, at der ikke kan være en sygeplejerske hos patienten hele tiden.

(SS2): " Forbereder I patienterne på, hvad det vil sige at komme over på et stamafsnit… såfremt det er en patient, der ikke har været der før. Altså oppe hos os, kan der snildt gå 2 timer inden der kommer nogen og kigger til dem… "

(SS1): " Nogle gange er patienten utryg og ringer meget og hvis patienten ikke har været klar til at komme hos os og familien tilsvarende, så kan det være svært at håndtere. "

Sygeplejersken fra stamafsnittet giver her udtryk for at det ville være ønskeligt, at patienten og dennes pårørende forberedes bedre til overgangen til et stamafsnit. SS kommer også med opfordringer og forslag til at forberede patienterne:

> *(SS6): " Så tænker jeg på; hvordan I kan forberede dem på, at de skal på en sengeafdeling. Kan I ikke begynde en form for udslusning, hvor I trækker jer lidt og ikke er der hele tiden? "*

En anden SS mener også at have erfaret, at patienten af og til blot ringer på klokken for at sikre sig, at de er der.

> *(SS1): " Jeg er godt klar over, at det ikke er den fysiske pleje. Når vi kommer ned til dem (på sengestuen red.), er det mange gange småting, de skal have hjælp til. "*

Det italesættes i mindre omfang *hvordan* patienten skal forberedes. Om patient og pårørende alle skal være til stede, når der skal informeres om overflytningen eller om man kan forberede parterne uafhængigt af hinanden. Hvad der skal siges, og hvornår man skal gå i gang med at forberede patient og pårørende, italesættes heller ikke. Derimod tales der om, hvad der giver en god overgang, og hvad der sker, hvis man ikke når at forberede patienter og pårørende. Det giver et par SS nogle bud på:

> *(SS3): "... det snakkede vi om, da jeg sagde, jeg skulle herover til interviews. Folk (kollegerne)kunne lige byde ind, hvis de havde noget, de ville have, jeg tog med (...) vi kunne se en tendens. Dem, der er ordentligt planlagte, det er dem, hvor det kører, de bliver genoptrænet og de ting og dem, der presses ud, hvis I bliver presset på pladsen, og så skal vi lige pludselig tage en patient, vi ikke er varslet om. Det er tit dem, der vælter i løbet af et døgn. "*

> *(SS2): " Vores pleje går virkelig meget tilbage, når de har ligget med 500 ml sondeernæring de sidste 4 dage. (..) De har i øvrigt aldrig været oppe af den seng (...) Det var dejligt, hvis I havde det samme fokusområde for plejen. De er jo dårligere, når I har dem, så det kan være vanskeligt, men på nogen områder kan vi godt arbejde hen imod, at vi bare kan fortsætte jeres arbejde, hvor I slap (...) Det, de er forberedt på, det er, at man skal ligge mest muligt i sin seng, mens man er på sygehus… "*

En SS udtrykker i fokusgruppen også ønske om en bedre fysisk forberedelse af patienterne. Hun udtrykker frustration over den tilstand, som patienterne er i, når de kommer fra intensiv:

> *(SS6): " De vejer jo de 10 kg mere, når de kommer retur, end da I fik dem. Og hvis der så var en ordination i forhold til det væskebalance, hvad skal vi gøre ved det, ikke også. Hvis de kommer i weekenden, der kan godt gå 2 døgn, inden vi ser en læge… altså det er lidt svært. Hvorfor tager de så meget på. I ved da, at det ender i lungerne på en eller anden måde… "*

Det er interessant, at SS i denne udtalelse giver udtryk for den ringe lægefaglige tilgængelighed, der kan være i weekender og helligdage. Det bekræftes i en deltagerberetning, at lægerne indenfor nogle specialer kan være så pressede, at det kan

være et problem at få foretaget ordinationer eller gået stuegang. Det er kun de dårligste patienter, der bliver tilset og de mest nødvendige ordinationer, der bliver givet i weekender og på helligdage. Det er til gengæld et ukendt fænomen i det intensive afsnit, hvor de lægefaglige kolleger og dermed kompetencer er indenfor kort rækkevidde i alle døgnets timer. Lægens tilgængelighed har naturligvis indflydelse på, hvor hurtigt og adækvat patienten kan behandles, hvis der indtræder noget uforudset. Spørgsmålet er om den lægefaglige tilgængelighed kan have betydning for opfattelsen og værdsættelsen af det arbejde, som sygeplejersken udfører? Med andre ord er det en overvejelse værd, om der kan være status forbundet med at være tæt på lægerne.

7.4.4. Forventninger

På arbejdssteder hvor der er mange samarbejdspartnere, er der også gensidige forventninger. Flere steder indenfor hospitalsvæsenet har man i erkendelse af, at det er en kompleks hverdag med mange aktører udarbejdet samarbejdsaftaler og patientforløbsbeskrivelser med det formål at eksplicitere og synliggøre hvem, der gør hvad, og hvad der kan forventes af hinanden i samarbejdet. Der er også taget initiativ til en samarbejdsaftale om intensiv terapi til de fælles patienter mellem intensiv og de samarbejdende afsnit. Samarbejdsaftalen er p.t. i høring[134] og er muligvis ikke kendt af sygeplejerskerne (bilag nr.5). Den omtales ikke i hverken interviews eller deltagerberetninger, selvom der er fokus på forventninger.
Intensiv og stamafsnit har begge mange forventninger til den anden part. Dels er der de ekspliciterede forventninger, som blev italesat mellem de to parter i fokusgrupperne:

> *(IS5): " Så når vi ringer over og siger, at vi har brug for det og det, så forventer jeg, at det er fundet frem og at man ikke skal bruge tid på det… "*

> *(SS6): " Jeg skal rykke rundt og der er nogen, der skal udskrives og måske skal han isoleres, fordi han har diarre eller…. Der forventer jeg en forståelse – også af mig selv en forståelse den anden vej, ikke… "*

Også de lidt mere implicitte forventninger dukkede op:

> *(SS3): "… for vi har meget med ude i afsnittet, at vi værger os. Åh nej nu ringer AMA (Akut Modtage Afsnit), så ved vi, så får vi bare nogen... og fra Intensiv. Man er sådan lidt på forhånd… ikke også… så bliver det sådan en lidt træls kommunikation på en eller anden måde som slet*

[134] I referatet af 6. juni 2016 fra gruppen om "Optimering af patientforløb" fremgår det, at samarbejdsaftalen endnu ikke er færdiggjort. Dette bekræftes ved henvendelse til gruppens sekretær september 2016, som oplyser, at der på grund af en nylig organisationsændring endnu ikke foreligger en endelig samarbejdsaftale. Udkastet er vedlagt som bilag 5

> *ikke må ligge der - fra sygeplejerske til sygeplejerske… det er jo ikke dig og mig, der skal tage den vel… den skal jo ikke ligge der. "*
>
> *(IS6): "… når vi står der fredag formiddag og ikke kan aflevere en patienten nogen steder fordi CPAP135 er blevet til et problem… altså det undrer mig meget…. "*
>
> *(SS6): " Det var sådan set lidt interessant, for det tager vi nok lidt for givet, at en patient, der kommer retur skal på enestue, men det er et spørgsmål om at sige det, for det kunne gøre mange ting nemmere for os. "*

I ovenstående citater ligger der nogle uudtalte forventninger og forudfattede meninger om den anden part, som måske har sin rod i nogle erfaringer, som den enkelte har gjort. Det kan også være et udtryk for en kulturbunden forforståelse af, hvordan den anden part opfattes og hvordan afsnittet opfatter sig selv og sin egen kultur og dermed er vi tilbage ved "dem og os".
En SS er bevidst om sin rolle og ansvar. Hun siger:

> *(SS3): " Jeg forventer af mig selv, at når I kommer, så er jeg klar, så I ikke står der og glaner, og patienten også bliver taget ordentligt imod og bliver mødt af én " (personale).*

Mens en IS er mere direkte og konkret interesseret i at høre fra SS, hvad man kan forvente:

> *(IS7): " Kan man forvente, at I har læst hvad årsagen er til indlæggelsen. Kan vi komme med de forventninger og regne med, at det har I læst, og så kommer vi med vores status om hvor patienten er nu? "*

Af deltagerberetninger fremgår det endvidere, at der ligger nogle uudtalte forventninger til den anden part. En dag, hvor jeg sidder sammen med personalet og spiser frokost i personalestuen på Intensiv, kommer der en IS ind og da hun får øje på mig udbryder hun:

> *" Jeg har simpelthen oplevet den bedste overflytning nogensinde (…). Patienten rettede sig hurtigt (…). Så sagde lægen, at han da godt kunne overflyttes (på en helligdag, red.). Nå, tænkte jeg. Det bliver de ikke glade for over på afdelingen. Men da jeg ringede derover ved ét tiden (kl. 13), sagde sygeplejersken: Det er fint, kom du bare med ham så hurtigt, du kan (…). Da jeg kom derover stod hun klar til at modtage ham og følge ham ind på stuen. Det var bare en positiv oplevelse. "*

[135] CPAP er en forkortelse for Continuous Positive Airway Pressure (kontinuerligt overtryk i luftvejen). Det er et apparat, som laver luft med højt tryk, hvilket gør det lettere for personer med visse luftvejssygdomme at trække vejret (www.sundhed.dk).

Af denne lille fortælling kan der udledes flere opmærksomhedspunkter. IS beskriver her en vellykket overgang for alle parter, men det, der måske er mere interessant i denne sammenhæng er, at IS virker overrasket over forløbet. Hendes udtalelse: ” *Det bliver de ikke glade for over på afdelingen* ”, viser, at hendes forventninger til SS, og afsnittets holdning til at modtage patienten er afdæmpede. Spørgsmålet er, om de ringe forventninger til stamafsnit kan have en afsmittende virkning, når patient og pårørende skal informeres og forberedes til overgangen til stamafsnit.
Patienter og pårørende kommer i interviewene mere direkte ind på deres forventninger. En pårørende giver udtryk for, at hendes forventninger er at blive holdt løbende underrettet om patientens situation, og at det, der fortælles hende, er sandt:
” Så blev jeg en lille smule ja fornærmet (…) over der blev sagt til mig, da jeg ringede (til intensiv red.) kl. 5.30, at det havde været en stille og rolig nat, fordi det havde det jo slet ikke været… det havde det overhovedet ikke været. Så det ville jeg jo gerne have vidst altså… ”
En patient, som igennem interviewet gentagne gange vender tilbage til, hvor psykisk dårligt han havde det, beretter om, at han havde visse forventninger til at være indlagt på ’en almindelig afdeling’. Han blev derfor overrasket over, at personalet på stamafsnittet, efter han opfattelse, ikke var klar over, hvad det vil sige at være intensiv patient og have intensiv delir: [136]

> *” Jeg tror ikke, at de er klar over, hvad det er for en patient, de har med at gøre… altså… et eller andet sted så er du… jamen (…)… jeg kunne ingenting og var meget syg stadigvæk. De forstår jo ikke, at… det er jo ikke en normal patient. Psykisk er man jo fuldstændig ude i tovene og utryg og kan mærke… Det fysiske kan man jo se… han kan ikke bevæge armen, det kan man jo se. Han kan ikke gå på toilettet selv, nå ok. Det kan man se. Men de har ingen opfattelse af, hvad der foregår inden i hovedet på én vel? ”*

Patienten kommer da også med forslag til, hvad der efter hans mening kunne forbedre plejen af patienter, der kommer fra intensiv:

> *” Det kunne være, at de første dage, hvor jeg var i stamafdelingen, at der kom der en intensiv sygeplejerske, som kendte mig, og som kom et par gange pr. dag og så de (IS og SS red.) snakkede sammen om, hvad man skulle være opmærksom på. ”*

En anden patient fortæller om sin oplevelse, da hun skulle flyttes fra en isolationsstue på et stamafsnit til intensiv, fordi hun var blevet dårligere:

> *” Pludselig så kommer der en portør ind klædt i dragt og med maske og så fik jeg at vide, at jeg skulle på intensiv. Og jeg tænkte: Er du så smittefarlig, at de dør… og jeg kom ikke ned i en almindelig elevator. Jeg lå bare og kiggede på alle de rør der i loftet og jeg tænkte bare;*

[136] Delirøs eller delir betyder, at patienten er konfus og uklar.

> *det er ikke godt det her… det er ikke godt. Og så kom jeg op på intensiv."*

Denne udtalelse fortæller rigtig meget om, hvad hospitalspersonalet tager for givet. Patienten er totalt uforberedt på, at hun i sin seng skal køres igennem kælderen, og de fantasier hun får ved den oplevelse, er skræmmende for hende. Det kan vække stof til eftertanke, da alle patienter bliver kørt igennem kælderen imellem intensivt afsnit og de fleste stamafsnit.

7.4.5. Samarbejde med pårørende

Netop i forhold til patienter, som er eller har været i intensiv terapi og derfor er svært syge og svækkede, er det vigtigt med et tæt samarbejde og en god kommunikation med de pårørende. Pårørende er ofte berettiget bekymrede. Dels er der usikkerheden omkring patientens aktuelle tilstand og prognose. Dels kan de også føle sig usikre og fremmedgjorte i forhold til hospitalsmiljøet generelt, men også den omfattende anvendelse af teknologi på især intensivt afsnit kan skabe usikkerhed. Mange pårørende opholder sig hos patienten mange timer dagligt og får ofte et tæt forhold til personalet. Dette ses i særlig grad, hvis patienten er indlagt på intensiv igennem længere tid. De pårørende følger patientens pleje og behandling tæt og interesseret og efterspørger svar på blodprøver, undersøgelser og lignende, der kan tolkes som den mindste ændring i patientens tilstand. Det er ofte et opslidende forløb for de pårørende. En pårørende, hvis mand på ca. 70 år har været indlagt på intensiv i 1½ måned siger:

> *" Jeg fik lavet det sådan, at nogle enkelte dage havde jeg fri, men jeg havde det ikke godt, når jeg var hjemme og når jeg var herude, så havde jeg det heller ikke godt, for så skulle jeg helst være hjemme og lave noget. "*

En patient fortæller om hvordan hendes mand besøgte hende dagligt på hospitalet:

> *"... men på intensiv, der var min mand ude hver morgen og der fik han lige en kop kaffe med den sygeplejerske, der var på stuen. "*

En anden patient fortæller om sin kone, der var pårørende igennem 9 måneder:

> *" ... pårørende, de har også en erfaring… altså min kone blev mere eller mindre ekspert på alle dræn og det ene og det andet… hun har jo også en erfaring…. "*

Ovenstående bekræfter oplevelser fra FE, hvor mange pårørende troligt mødte op dagligt for at være tæt på deres kære. Personalet på både stamafsnit og intensiv er klar over, at pårørende er en ressource, som skal støtte og være der for patienten, når denne vågner mere op og skal overflyttes til stamafsnittet:

> *(IS3): " Der tror jeg, at de pårørende, at når patienten så er udenfor livsfare, så begynder de at slappe af. Men det er måske der, patienten*

> *har behov for, at de er der, og så er de totalt brugt op, men man kan jo heller ikke bede dem om, at nu skal du tage hjem og passe på dig selv, for der bliver brug for dig senere. Det er en svær balancegang, som vi tit er ude i. "*
>
> *(SS2): " Vi arbejder sådan hen imod, at vi vil gerne have rigtig meget pårørendeinddragelse. Hvis en intensiv patient har en pårørende, der alligevel sidder der, så vil vi rigtig gerne udnytte de ressourcer, de kan have for at optimere patientens pleje, og for patientens ve og vel og mindske utryghed og sårbarhed. "*

Gennem interviews med de pårørende kommer det frem, at de gerne så, at personalet var lidt mere opmærksomt på dem, og deres behov for at tale om de oplevelser, de har i forbindelse med, at deres kære har været i en livstruende situation. Det er særligt på stamafsnittene, at der savnes en tættere kontakt til personalet. De to følgende udsagn fra henholdsvis en patient og en pårørende viser samtidig, at der kan spores en vis ydmyghed over, hvad de mener, at de kan tillade sig at forvente:

> *" Jeg oplevede, at min mand, som er meget stille, han åbnede sig en dag, da en frivillig spurgte til ham (…) og hun var vildtfremmed (..) Det behøver ikke være en læge, men det kunne være én på afdelingen, der tager fat i de pårørende… ikke for at sige om det går godt eller skidt, men for at spørge; hvordan har du det?*
>
> *" Hvis der var kommet én, der havde sagt: Hej det er mig, der hedder Line og jeg er i teamet omkring din mand og … jamen bare det, som vi sidder og snakker nu (..) det kan jeg ikke forklare, men det var lige fra, at de på intensiv sagde, hej hvordan har du det i dag (…), til ingenting (…) bare lidt omsorg (…) …altså informations flowet det faldt fra højt til ingenting og det manglede jeg… "*

Som det ses af ovenstående udtalelser er inddragelse af pårørende ikke en integreret del af praksis alle steder, og i deltagerberetninger har der også været nogle kritiske røster om kontakten med de pårørende. En IS fortæller:

> *" Vi står ofte i svære situationer med vrede pårørende, som ikke synes, at patienten blev passet godt nok på stamafdelingen, og hvor patienten er blevet respiratorisk dårlig uden, at de (personalet) har opdaget det. Og den afdeling skal patienten så tilbage til. Så føler de (pårørende) afmagt. De kan ikke forstå, at vi sender patienten tilbage til den afdeling, hvor de ikke kan passe patienten. "*

Denne udtalelse passer heldigvis ikke på alle pårørendes oplevelser for hustruen til den 70 årige får her lov at afslutte med sin oplevelse:

> *" Jeg synes altså godt nok, at de var flinke, og de tog os med i det hele. De var meget omsorgsfulde overfor os også. Min mand mærkede jo ingenting, men de kunne jo nok mærke på os, hvis vi ikke havde det godt…. De var meget opmærksomme og det var de både på intensiv og stamafdelingen… og der kunne jeg også godt komme ud fra stuen, og*

så var jeg helt ude i tovene, men så kom de og tog omkring mig og vi snakkede og sådan noget... "

Opsummeret har hovedsigtet med den deskriptive analyse været at undersøge om det er muligt i en lokal kontekst at genfinde de sårbare patientovergange, som det er beskrevet gennem litteraturen jf. Kapitel 1. Undersøgelsen er foretaget gennem triangulering af forskellige kvalitative metoder og finder, at både patienter, pårørende, SS, IS og ledere genkender og identificerer udvalgte patientovergange som både usikre, usammenhængende og uprofessionelle. Det har således været muligt at indfange kompleksiteten og mangfoldigheden i patientovergangene lokalt, og belyse dem fra de medvirkendes perspektiv. Dermed vurderer jeg, at analysen kan tjene som baggrundsmateriale for medforskernes refleksion, læring og handling i den efterfølgende aktionsforskningsfase.

KAPITEL 8. ANDEN AKTIONSFORSKNINGSFASE - EN FORTSAT CYKLISK PROCES

Starten på den anden aktionsforskningsfase handler primært om at igangsætte dialogiske processer, der kan bidrage til at engagere alle aktører i udvikling af patientovergange. I workshops handler det om at få skabt dialogiske læreprocesser i samarbejde med medforskere. På dialogmøderne drejer det sig om at skabe interesse for projektet hos medarbejdere og ledere på de tilknyttede afsnit. Det fordrer en del overvejelser og forberedelser af både praktisk og didaktisk karakter. Overvejelser der blandt andet angår rammer, deltagere, deres forudsætninger, mål og indhold.
I aktionsforskningsprocessen er forsker og medforskere ligeværdige i samarbejdet ud fra hver enkelt deltagers forudsætninger, og det er netop denne kombination af aktører med forskellige kompetencer, der samarbejder om en fælles sag, der gør aktionsforskningsprocessen så unik (Greenwood & Levin, 2007). Praktikerne er blevet MED-forskere, og derfor skal samarbejdet i workshops befordre en fælles skabelse og udveksling af idéer, forslag og holdninger i forhold til det specifikke fænomen 'patientovergange'. Medforskerne har indsigt i praksisfænomenet og kan bidrage med deres betydningsfulde viden og erfaring omkring de konkrete overgange. Som forsker er jeg til en vis grad fri for handlingstvang; jeg har et overblik over forskningsprocessen og kan bidrage med en viden om den cykliske proces, og hvad der kan befordrer læreprocesser (ibid.). Her er der tale om, at forsker og medforskere i fællesskab får sat *"flerstemmigheden i spil"* og skaber rum for udviklende læreprocesser, der kan bidrage til både at skabe organisationsudvikling og forskning (Frimann & Bager, 2012:193).
Det er ikke nogen enkel sag at skabe rum for udviklende dialoger og samarbejde mellem mennesker, der ikke på forhånd kender hinanden, og hvor parterne samtidig har en forventning om, at samarbejdet skal skabe forandringer. Det drejer sig ikke blot om at sætte et møde i stand og så udvikler processen sig af sig selv, idet:
"The central challenge in any AR[137] project is to design adequate arenas for communication about problems of major importance to the local participants "(Greenwood & Levin, 2007: 95).
I planlægningen af den cykliske proces er det af afgørende betydning, at samarbejdet og dialogen med medforskere og andre aktører kommer godt fra start. Derfor er det vigtigt at medtænke, hvilke rammer og kontekster der kan facilitere gode, dialogiske processer, hvor også medforskernes forudsætninger og forskellige kompetencer er vigtige at få sat i spil. Samtidig har det betydning for processen at angive retning og pejlemærker for samarbejdet om udvikling og ændring af patientovergange. Derfor skal der også indtænkes mål for de forskellige tiltag, der igangsættes; vi skal præcisere og blive enige om, hvad vi ønsker at opnå på henholdsvis workshops og dialogmøder.
I denne proces skelnes der mellem workshops og dialogmøder. Workshops er, som den engelske benævnelse angiver, et værksted. I dette tilfælde et arbejdsrum, hvor der er arbejdes med et fælles emne. Deltagerne på workshops er medforskere til forskel

[137] AR er den engelske forkortelse for Action Research

fra dialogmøderne, som afholdes sammen med andre aktører[138] i organisationen. Andre aktører i projektet er de sygeplejersker, der deltager i dialogmøderne og andre faggrupper og ansatte på afsnittene, der på den ene eller anden måde bidrager til projektet om patientovergange. De er blot mere perifere end medforskerne, idet de ikke er forpligtede på at skabe ændringer i samme grad som medforskerne. De har ikke specifikt givet tilsagn om at arbejde konkret med at udvikle patientovergangene, hvilket de 19 medforskere har. Derfor vil der i de følgende afsnit primært være fokus på tilrettelæggelsen af workshops, mens et særskilt afsnit vil beskrive overvejelserne bag tilrettelæggelsen af dialogmøderne.
Eftersom medforskernes engagement er helt afgørende for at udvikle læreprocesser, der kan skabe ændringer af patientovergange, vil jeg i det følgende indlede med nogle overvejelser omkring sammensætningen af medforskergruppen, herunder medforskernes forudsætninger og erfaringer med patientovergange. Medforskernes forudsætningerne bliver blandt andet medtænkt i planlægningen af den første workshop, hvor jeg beder medforskerne beskrive en overgang, de har opfattet som vellykket (bilag18). I det andet afsnit sætter jeg fokus på de læreprocesser, som forskningsprocessen søger at facilitere. I de efterfølgende 3 afsnit beskriver jeg kronologisk den første, anden og tredje workshop, hvor jeg i hvert afsnit synliggør de overvejelser, der ligger omkring rammer, mål og indhold i alle faser af processen. Det sidste afsnit omhandler rammer, mål og indhold for dialogmøderne.

8.1. Medforskernes sammensætning

Nogle af de mest betydningsfulde overvejelser drejer sig om, hvordan jeg som forsker får skabt interesse hos praktikerne, så de ønsker at engagere sig aktivt i projektet og deltage som medforskere. Skal jeg som forsker spørge de praktikere, som jeg møder i den første aktionsforskningsfase og får kontakt til direkte, eller skal jeg overlade det til dem selv at tilmelde sig? Skal jeg gå igennem lederne og lade dem udvælge de praktikere, der harmonerer med fx forudbestemte kriterier? Medforskernes indstilling og engagement har stor betydning for udfaldet af projektet. Derfor kan jeg som forsker fristes til selv at opsøge de praktikere, som jeg umiddelbart fornemmer vil engagere sig i projektet som medforskere. Samtidig er det også vigtigt, at jeg er tro mod hele aktionsforskningens grundtanke, hvor der netop efterspørges forskellighed og diversitet, og hvor uforudsigelighed et grundvilkår. Derfor foretrækker jeg at lade medforskerne selv aktivt melde sig til projektet og hvis det ikke er muligt - det næstbedste: At lade lederne udpege dem, der skal deltage som medforskere.
I planlægningen af workshops har det været et opmærksomhedspunkt at medtænke deltagerfeltets sammensætning. Medforskerne er sygeplejersker, da det er den faggruppe, der fysisk følger patienten i overgangen fra intensivt terapiafsnit til det pågældende stamafsnit jf. afsnit 1.4. Fra intensiv er der elleve medforskere, mens det desværre kun var muligt at få frigjort én medforsker fra hvert af de otte stamafsnit.

[138] Jeg veksler mellem at kalde deltagerne i dialogmøder for aktører, praktikere eller blot deltagere. De 19 praktikere, der har deltaget i workshops kaldes derimod udelukkende for medforskere.

Det vil sige 19 medforskere i alt.[139] Den oprindelige intention var at involvere flere medforskere fra færre stamafsnit. Gerne 3-4 medforskere fra 3-4 stamafsnit. Det var ikke muligt, selvom jeg med projektmidler[140] i hånden tilbød de afsnitsledende sygeplejersker at frikøbe sygeplejerskerne.[141] Baggrunden for ønsket om flere medforskere fra færre afsnit er antagelsen om, at 3-4 medforskerne fra samme afsnit vil have bedre mulighed for at udbrede projektet, og dets beslutninger i eget afsnit. Antagelsen er også, at medforskerne bedre vil kunne supplere og støtte hinanden i meningsforhandlingerne på workshops.
Projektet tager i første omgang sit udgangspunkt på intensiv. Det gør det, fordi det er her, de planlagte patientovergange påbegyndes, og det er her, behovet for en indsats omkring patientovergange første gang italesættes. Da jeg skal rekruttere medforskere til projektet, arrangeres der på intensiv et personalemøde,[142] hvor jeg får lejlighed og tid til at gå i dialog med IS om projektet og forklare, hvilke ønsker jeg har til de, der skal deltage som medforskere. Jeg har med vilje ikke beskrevet nogle fastlagte kriterier for deltagelse i projektet (jf. fokus på diversitet og mangfoldighed); men har lagt vægt på, at det vigtigste for deltagelse er engagementet, hvilket jeg har beskrevet i det informationsbrev, som jeg udsender til lederne.[143] (bilag nr. 26B.). Efter personalemødet tog lederne fra intensiv initiativ til at sætte et opslag op, hvor de, der havde lyst kunne tilmelde sig. Sygeplejerskerne fra intensiv tilmeldte sig således selv til projektet.[144] De afsnitsledende fra stamafsnittene havde til gengæld et ønske om at udpege den sygeplejerske, der skulle deltage som medforsker fra hvert deres afsnit. I de fleste tilfælde udpegede de den samme sygeplejerske, som tidligere havde deltaget

---

[139] De elleve sygeplejersker fra intensiv svarer til knap 9 % af sygeplejerskerne på afsnittet, mens de otte fra stamafsnittene svarede til 3-4 % af plejepersonalet på hvert afsnit.

[140] Som beskrevet under taksigelser modtog jeg forskningsmidler fra Novo Nordisk fonden. Midlerne blev anvendt til dækning af frikøb af medforskere, honorar til medfacilitator, betaling af lokaliteter og traktement på workshops.

[141] De afsnitsledende beklagede beslutningen, som de begrundede med, at hensynet til normering, arbejdsplanlægning og vagtdækning ikke muliggjorde, at de kunne frigøre mere end én sygeplejerske fra hvert afsnit. Et kirurgisk afsnit meddelte, at de ikke kunne frigøre blot én sygeplejerske til projektet grundet flere langtidssygemeldinger.

[142] Fra min logbog 3.feb. 2015: *"Jeg havde et timelangt oplæg på personalemødet i intensiv. Der var 34 tilmeldt til mødet, som var et flot fremmøde, når man medtænker, at der er 80 ansatte, og de 10 er i vagt. Og at det var sidst på eftermiddagen, hvor folk kan være trætte efter en lang arbejdsdag*. "

[143] Uddrag fra informationsbrev til lederne af 21. januar 2015: *... jeg ser det som en fordel, at de, der deltager er engagerede og kan deltage i begge workshops samt ikke mindst, at de repræsenterer personalegruppen bredt. Det vil sige lige fra novicen til eksperten og med aldersmæssig og gerne personlighedsmæssig spredning.* " (bilag 26B).

[144] Fra intensiv tilmeldte der sig 14 sygeplejersker, hvoraf 3 trak sig på grund af sygdom, ferie o. lign. På trods af min intention om en nogenlunde ligelig fordeling mellem medforskere fra intensiv og fra stamafsnit vælger jeg at beholde de 11 tilmeldte medforskere, da engagementet for mig vejer tungere end, at antallet af medforskere matcher hinanden.

i interviewet i fokusgrupperne. Mange af medforskerne kunne derfor fra starten på workshops sætte ansigt på hinanden.
Som omtalt i afsnit 2.4. har IS en specialistuddannelse indenfor intensiv sygepleje af 2 års varighed, men allerede før de kan påbegynde uddannelsen, skal de have praktiseret sygepleje i minimum 2 år. Derfor er der generelt forskel i anciennitet og i erfaringsgrundlag imellem de 2 grupper, selv om flere af SS også har lang anciennitet. Forskellene mellem de IS og SS-sygeplejerskerne består således i, at der på den ene side er overvægt af IS i form af antal, anciennitet, uddannelse og erfaring, og på den anden side er SS både i mindretal og har færre års anciennitet og dermed mindre erfaring. På trods af et fælles både historisk og kulturelt sygeplejefagligt fundament og på trods af, at begge parter deler fælles organisation, er der i dagligdagen stor forskel på IS' og SS' praksis.
IS har ansvaret for én meget alvorlig syg patient, hvor der er "*truende eller manifest svigt"* på ét eller flere af de livsvigtige organer (Tørring, 2007:4). Formålet med intensiv terapi er at forhindre sygdommen i at udvikle sig yderligere og dermed påføre patienten skade eller i værste fald død (ibid.). IS arbejder i et stor fagligt spænd mellem at redde patientens liv eller - hvis døden er uafvendelig - at lindre patientens lidelser i den tid, der er tilbage (Tørring, 2007). Opgaverne spænder dermed fra højteknologiske og ofte akutte pleje – og behandlingsopgaver til vanskelige samtaler med både patient og pårørende, når fx alle behandlingsmuligheder er udtømte (ibid.). I dette spænd mellem krævende observationer, pleje og behandling skal IS mestre at handle hurtigt og adækvat på de mindste ændringer i patientens tilstand. Samtidig skal hun have personlige og sociale kompetencer til at indgå i et samarbejde med chokerede og kriseramte patienter og pårørende (ibid.). I dagligdagen indgår IS i et tæt, tværfagligt samarbejde med den specialuddannede intensivlæge, som IS ofte deler samme fysiske rammer med. Dermed har IS let adgang til specialiserede, lægefaglige kompetencer, som kan nås indenfor få minutter.
I modsætning til IS deler SS ikke fysiske rammer med de læger, der er tilknyttet stamafsnittet. Lægerne kan enten opholde sig på et andet stamafsnit, i akutmodtagelsen, på operations –, opvågnings – eller intensivafsnittet i færd med at operere eller tilse andre af afdelingens patienter. Det betyder, at SS i mange situationer ikke kan foretage en uformel faglig sparring med en læge, medmindre hun vurderer, at patienten skal tilses af lægen, og derfor ringer efter ham. Særligt i aften-, natte- eller weekendvagter og på helligdage, hvor det kun er vagthavende læger, der er på vagt, kontakter SS ikke lægen unødigt. Samtidig er det ikke specialuddannede læger, men ofte yngre læger under uddannelse, der er umiddelbart tilgængelige for SS. SS har dermed ikke i samme grad adgang til den lægefaglige ekspertise, som IS har.
SS's patienter er ikke i så livstruende en tilstand som IS's patient. Til gengæld skal SS ofte have overblik over 4-8 patienter og endnu flere i vagterne, hvoraf mange skal have hjælp til at spise, drikke, komme op at sidde, på toilettet etc. Foruden den praktiske hjælp skal SS også have overblik over patientens behandling, der kan indbefatte dræn, drop, medicin mv. foruden monitorering af vitale værdier som blodtryk, puls, temperatur etc. For SS er det derfor afgørende, at hun fx i en aftenvagt hurtigt kan orientere sig om de patienter, som hun er ansvarlig for og dermed danne sig et overblik over de opgaver, som hun har i den pågældende vagt. Som en

illustration af forskellen på de to grupper af sygeplejersker, lader jeg en IS fortælle om, da hun skulle i sin første vagt på intensiv.

> *" Første gang jeg skulle alene[145] i aftenvagt her på intensiv var jeg smaddernervøs. Så sagde én af lægerne, som jeg kender fra min tid på stamafsnittet: Hvad er du nervøs for? Her har du én patient, som du har ansvaret for. På stamafdelingen kunne du have 10 patienter i vagterne. Her kan du få hjælp af 7 andre erfarne sygeplejersker og læger i løbet af ét minut. På stamafsnittet kunne du få hjælp af én måske to sygeplejersker og uerfarne læger, som først kommer efter 10 minutter eller mere. "*
> (Noter fra Fokuseret Etnografisk studie, Personalestuen, Intensiv)

8.2. Initiering af læreprocesser

Som det ses ovenfor, er der flere forhold omkring medforskernes forskellige forudsætninger, der kommer til at indgå i overvejelserne i planlægningen af den første workshop. Andre forhold er, de rammer, mål og indhold, der skal være retningsgivende for den første workshop. Rammer og mål har betydning for den aktuelt kommende workshop og skal samtidig pege fremad mod de kommende workshops. I planlægningen af processen skal der skabes rum for læreprocesser, der åbner op for nytænkning og kreativitet, og hvor der er plads til, at medforskerne kan være udforskende og undersøgende jf. formålet om at udvikle sikre og sammenhængende patientovergange. Igangsættelse af læreprocesser, der skal befordrer udvikling og forandring, kræver brud med vanlig tænkning om læring, som noget, der har en begyndelse og slutning; noget der er abstrakt, individuelt og kognitivt og noget, der foregår på en skolebænk (Lave & Wenger, 2003). Projektets læringsforståelse er, at læring er situeret gennem deltagelse og meningsforhandling i praksisfællesskaber. Læring er både noget individuelt og noget kollektivt og implicerer både kognitive, følelsesmæssige og sociale processer. Samtidig anerkendes det, at der er viden, der kan ekspliciteres og viden, der ikke kan.
Denne læringsforståelse er i tæt samklang med afhandlingens aktionsforskningstilgang og de vidensformer, der tidligere er ekspliciteret i afsnit 4.6. I lighed med Dewey vægtlægges de læreprocesser, der genereres gennem arbejdet med en undersøgende og eksperimenterende tilgang, og som har den skabende lyst som mål og ikke læringen (Dewey, 2005). Jeg ønsker at inddrage nogle medierende elementer, der fremmer legen, opfindsomheden og idérigdommen. Igennem legen og eksperimenterne udvikles det særlige og unikke, som ikke kan frembringes efter generelle metoder eller retningslinjer. Dewey tager ligefrem afstand fra det generelle, idet han hævder, at det:

> *"At pålægge alle en ensartet generel metode fostrer en middelmådighed i alle… " (Dewey, 2005:189).*

[145] 'Alene' henviser til, at hun har fuldført oplæringsperioden på ½ år på intensiv. Hun forventes dermed selvstændigt at kunne tage sig af pleje og behandlingen af patienten.

Igennem hele den cykliske proces, men særligt i planlægningsfasen, hvor der indsamles data, er det af betydning at gå til sagen på en umiddelbar og fordomsfri måde, hvor deltagerne både er uforbeholdne i sine antagelser, men også ansvarlige for processen (Dewey, 2005).
Derfor planlægges der i både den første og den anden workshop med at arbejde i kreative og refleksive rum i mindre grupper (Jensen, 2012). Medforskerne skifter samtidig gruppe undervejs med det formål at befordre en større dynamik og synergieffekt i grupperne. Det overordnede formål for dagene er at skabe en fælles, social ramme, der peger fremad mod forandringsprocesser. Derudover skal dagene skærpe medforskernes opmærksomhed på, hvad der er betydningsfuldt at få tænkt ind i forbindelse med overgange og dermed at give mulighed for at se på egen praksis med andres øjne (der henvises til program og disposition for den første workshop i (bilag nr. 27).
Da praktikerne skal fritages fra de daglige gøremål og handlingstvang, er det centralt, at den korte tid, der er til rådighed for samskabelse, udnyttes på bedst mulige måde. Det fordrer grundige didaktiske overvejelser, hvor der både skal medtænkes, hvad der kan virke befordrende på læreprocessen her og nu, og hvad der kan bidrage til medforskernes optagethed af en kontinuerlig progression. Igennem både den første og den anden aktionsforskningsfase har jeg som forsker taget afsæt i en didaktisk tænkning, hvor jeg planlægger med det, jeg kalder *'et før', 'et under' og 'et efter'*. Det skal i al sin enkelhed forstås således, at der indenfor hver fase af den cykliske proces også er en cirkulær proces, som har til formål at skabe progression og udvikling i den enkelte fase under den cykliske proces. I hver af disse faser skal der medtænkes en forberedelsesfase, en arbejds- eller indholdsfase og en opsamlings– og evalueringsfase. Hver fase tjener et formål i udviklingsprocessen, og alle faser er vigtige for at nå frem til målet om forandring.
I det følgende beskrives denne planlægning, gennemførelse og evaluering kronologisk før hver workshop. De didaktiske overvejelser vil fremgå i hvert af de efterfølgende fire afsnit.

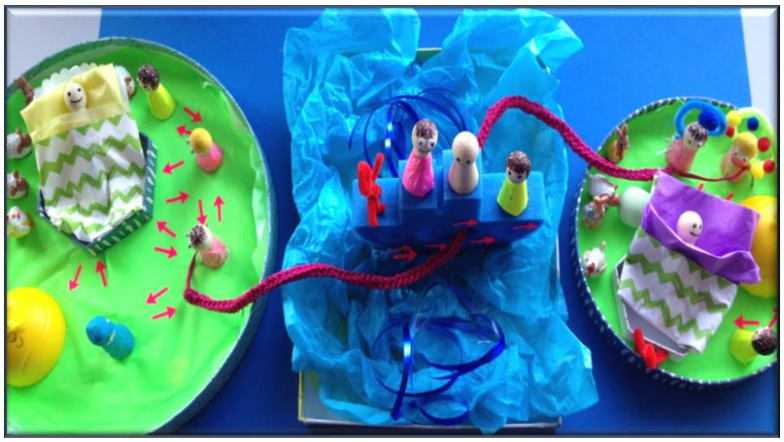
8.3. Den første workshop

Der er mange forhold, der kan have indflydelse på, hvordan der skabes gode dialogiske processer. Afgørende er det under hvilke rammer og i hvilken kontekst mødet mellem medforskere og forsker finder sted. I planlægningen beslutter min medfacilitator og jeg[146], at alle workshops skal finde sted udenfor hospitalet på et neutralt sted, som ikke bærer præg af reminiscenser fra en hospitalskultur og -traditioner. Vores krav er, at der er rum til, at vi kan danne mindre grupper, men også med tilstrækkelig udenomsplads til kreative indfald. Det lykkes os at finde rigtig gode rammer med gode udenoms-arealer til alle tre workshops.
Målet for den første workshop er, at medforskerrollen kan udfoldes. Der lægges vægt på at være lyttende og undersøgende i forhold til hinanden. Fokus er på gensidighed, erfaringsdeling og dialog (Jensen, 2012). Samtidig skal der også tænkes i bevægelse,

[146] Jeg har hyret en medfacilitator, der er deltager aktivt i både planlægning og gennemførelse af alle workshops.

fremtid og forandring, idet den første workshop skal sætte rammen for det videre arbejde, som medforskerne har igangsat.
Medforskerne bliver inddelt i fire grupper, som indledningsvis bliver bedt om at reflektere over hvilke tanker de hver især har gjort sig om den deskriptive analyse. Derefter er der fokus på den gode overgang gennem en eller anden form for 'kunstværk'.[147] (bilag nr.28). Alle fire grupper vælger at tage udgangspunkt i de mange forskellige materialer, der er til rådighed og efter et par timer har hver gruppe fremstillet det kunstværk, som de skal præsentere ved en efterfølgende 'fernisering'. Formålet med ferniseringen er at skabe en platform for, at hver gruppe kan præsentere sit kunstværk og sine idéer og på den måde inspirere de andre grupper i deres videre proces i arbejdet med den gode overgang. Umiddelbart efter hver gruppes præsentation, får de øvrige grupper 5 minutter til sammen i gruppen at reflektere over, hvilke tanker de får i forbindelse med lanceringen og præsentationen af kunstværket. Herefter beder vi hver gruppe kommentere og opsummere deres overvejelser omkring kunstværket. Denne proces gentages ved præsentationen af samtlige fire kunstværker. Ferniseringen har karakter af en kontinuerlig refleksionsproces og veksler mellem forskellige niveauer i refleksionen. Alle grupper lægger vægt på noget forskelligt og bruger forskellige metaforer for deres kunstværk. En gruppe lægger vægt på selve forberedelsen af overflytningen. Fra tidspunktet hvor det besluttes, at patienten skal overflyttes, til han overleveres til sygeplejersken på det andet afsnit. Denne samlede patientovergang illustreres gennem en metafor om en båd, der skal fragte patienten over et hav, hvor der af og til kan være høj søgang. Gruppen lægger vægt på, at båden ikke skal sejle, før alle er klar og har redningsveste på. Metaforen vækker straks genkendelse hos de øvrige grupper af medforskere og afføder blandt andet denne kommentar: "*Det giver noget tryghed, at kædens svageste led får lov at bestemme, hvornår vi sejler. "* En anden gruppe vælger at tage udgangspunkt i at bygge bro og få skabt forståelse for hinandens perspektiv. Ønsket er at få skabt nogle fælles værdier og rammer, der kan give patienten en oplevelse af sammenhæng. En tredje gruppe vælger udelukkende at se overgangen fra patientens perspektiv og placere patienten i centrum for alle aktiviteterne. Der bliver her lagt vægt på at skabe tryghed og sikkerhed for patienten. Den fjerde og sidste gruppe har fokus på alle de involverede parter, der er i en overgang, og dermed kompleksiteten og de vanskeligheder der kan være forbundet med at få overgangen gjort vellykket og professionel. Kunstværkerne er således et resultat af medforskernes mange overvejelser om, hvordan den gode overgang skabes. Disse overvejelser er værd at dele med læseren, eftersom de også kommer til at indgå i de senere analyser. I det følgende har jeg valgt at præsentere hver gruppes kunstværk med deres egne ord (i forkortet udgave):

[147] Under overskriften: 'Illustrér den gode overgang' bliver medforskerne introduceret til at skabe det gode forløb for en patientovergang. Temaet er det eneste, der ligger fast. I introduktionen opfordres medforskerne til at tænke i før, under og efter overgangen. Samtidig opfordres de til at stille spørgsmål til patientens, de pårørendes og kollegernes perspektiv. Alle kunstformer er tilladt: Synge, danse, modellere, forme, tegne, male, spille skuespil, bruge rummet, inddrage ting fra naturen etc.



Figur 14. Vi sætter ikke sejl før alle er klar

"Vores båd. Det er vores overflytning. Det er udslusningen fra intensiv og så forberedelserne, indtil man kommer til stamafdelingen. Så tingene er forberedt, når patienten kommer, så de (patienten og pårørende red.) ikke skal (...) synes, at de er uønskede på afdelingen. Der stopper man lige op, inden vi sejler (...). Intensiv ringer til os og siger, at nu kommer der en patient, og vi får gjort en stue klar og det hele, og så står vi klar til at modtage, selvom vi har mange bolde i luften. Det er måske i virkeligheden også der, at der kan komme noget tumult, (...) at det er lidt skrøbeligt i virkeligheden. Det kan jo blæse op og båden kan kæntre. Det skulle den nødigt (...). Selvom man har mange bolde i luften, så stopper man op (...). Så man har det der nærvær, så det bliver en positiv oplevelse for patienten og pårørende, og er man er nærværende i sin overflytning, og så må alt andet jo ligge der. Vi kan ikke andet. "

Figur 15. Magic is something you make

" Det, der står (på kopperne red.) er jo "Magic is something you make" (...) ordet magi kan byttes ud med den gode overgang, at det er noget, vi kan skabe (...) hvor den ene side var intensiv, og den anden side var stamafdelingen, og det magiske tema førte os til en regnbue, der skulle bygge bro imellem de 2 afdelinger, og de 2 trunter, der holder hinanden i hånden og spejler sig i hinanden. (...) Der er ikke kun én vej at gå (...) man kan gå mange veje og så komme til et godt resultat (...) Det, der er basis for en god overgang, er de der første par minutter, når man møder hinanden, at man er imødekommende (...) At man bliver mødt med et smil, når den fra intensiv kommer… "

Figur 16. Fra patientens perspektiv

" Vi har gjort det ud fra patientens perspektiv – den gode overgang i den ideelle verden. Det her er jo ren idyl med hjerter og blomster (...) Det er patienten i centrum, kan man sige… Imødekommenhed, respekt, forberedelse, tid, dialog. Det er de ord, vi tænker, vi vil putte på i den ideelle overflytning (...) der er også ligesom ro og tryghed. Der er (...) hjerterum og medmenneskelighed (...) Det skal ligesom give patienten et håb for, at der er nogen, der tager sig af mig. Det, der er essensen er at opleve tryghed og nærvær, at der er styr på det og der er nogen, der er ved mig (...) Det skulle gerne symboliserer, at det gerne skulle gå fremad. Patienten skal have en følelse af, at nu er jeg her. Det er faktisk fordi jeg har fået det bedre og nu er det fremad og nu er det genoptræning og rehabilitering. "

Figur 17. Tværfagligt samarbejde med fokus på patienten

"Vores kunstværk som skal symbolisere en overflytningskonference – tværfagligt, hvor der er en kontaktperson (fra enten intensiv eller sengeafsnittet red.). Og så her rundt omkring patienten, som ligger her i centrum, er der både sygeplejersker og læger (fra intensiv og stamafsnit red.), fys, ergo, (fysioterapeut og ergoterapeut red.) og portør (...). Den pårørende har vi sat tæt ind på patienten, for det er jo i virkeligheden dem, der er tættest på (...) Snorene imellem personerne illustrerer, at der er sammenhæng imellem, at hver person i cirklen kan have tråde til ret mange af de andre (...) Og til den her tværfaglige konference, der er der mange bolde i luften. Og samarbejdet går på tværs af alle de her faggrupper og (...) derfor prioriterede vi chokolade og kaffe, (for) den her konference gerne skulle ende ud i en form for magi. "

Efter ferniseringen lægges der op til at udforme en handleplan som en foreløbig ramme for de idéer og forslag til handlinger, som kunstværkerne har inspireret til. Handlingerne opdeles i de 3 faser; før, under og efter overgangen. Det betones at sætte fokus på de idéer, som medforskerne mener, vil have betydning og give mening for patienter og pårørende og personalet. De idéer, der ikke indgår i handleplanen i første omgang reserveres og tages frem på næste workshop.
Som afslutning på den første workshop aftaler vi, at jeg som forsker indsamler medforskernes mange forslag fra flipovers og post-it og sætter dem ind i de handleplaner, som medforskerne foreløbig har defineret som: 'Overflytningskonference', 'Videndeling' og 'Den positive tilgang'. Da arbejdet med indholdet under de 3 overskrifter er præliminært, besluttes det, at udfolde indholdet på den efterfølgende workshop. I den mellemliggende periode forpligter medforskerne sig på at involvere kolleger i egen praksis, gennem spørgsmål til kollegernes holdninger til de idéer og forslag, der kom frem på workshoppen. I den sammenhæng efterspørger medforskerne et fælles skriftligt materiale, som de kan tage udgangspunkt i, når de skal inddrage kollegerne i en dialog om de foreløbige beslutninger. Jeg udarbejder derfor et skriftlig materiale, der indeholder formålet med projektet, et kort resume af den deskriptive analyse og medforskernes foreløbige beslutninger og overvejelser[148] (bilag nr.29). Se figur 18.
Materialet sendes ud til alle medforskerne og de afsnitsledende sygeplejersker som forberedelse til de dialogmøder, som jeg aftaler med samtlige afsnit. Den eller de medforskere, der er ansat på det pågældende afsnit deltager i dialogmødet. Samtidig forventes det, at den afsnitsledende sygeplejerske deltager, og at det prioriteres, at de kolleger, der er på arbejde også får mulighed for at deltage således, at flest mulige involveres i medforskernes arbejde.
Planlægningen af, hvad der skal ske efter workshoppen vægtlægges højt. Alle er klar over, at der skal gøres en indsats for at udbrede projektet i startfasen. Efter den første workshop er jeg derfor i hyppig kontakt med medforskerne og den afsnitsledende både pr. mail, telefon og personlig kontakt.

[148] Uddrag af de foreløbige handlingsplaner: *'Overflytningskonference ved langliggere'*. Mål: At opnå et bedre samarbejde blandt andet gennem fælles forventningsafstemning. *'Videndeling'*. Mål: At få en fælles forståelsesramme og viden om hinandens arbejde. *'Den positive tilgang*. ' Mål: At patienter og pårørende er trygge og har tillid til, at det bliver en god overgang fra intensiv til stamafsnit.

Figur 18. Det skriftlige materiale på dialogmøder. Bilag nr. 29

8.4. Den anden workshop

I planlægningen af den anden workshops ser medforskerne tilbage på den første workshop og de mellemliggende dialogmøder for på denne måde at få blik for, hvad der kan give pejlemærker fremad. Det foranledninger overvejelser om, hvordan det videre forløb med handleplanerne skal foregå, så der kan udarbejdes mere specifikke handlinger for de indsatsområder for patientovergange, som vi besluttede på den første workshop.
Dialogmøderne har vist, at fokus nemt flytter fra patientovergange til vilkår og barrierer. Derfor ønsker vi at flytte fokus til patientperspektivet. Vores hensigt er at invitere tidligere patienter og pårørende til et patient-feedbackmøde på den anden workshop. Efter at have modtaget overvejende positive tilkendegivelser på vores forslag fra medforskerne, får vi kontakt til 5 tidligere patienter og 2 pårørende, som inviteres til workshoppen.[149] Formålet med dette initiativ er at få patienternes beskrivelser af og refleksioner over deres erfaringer fra overgangen, og de mulige forbedringsområder, patienter og pårørende kunne ønske sig. Ved samme lejlighed ønsker vi at få en frugtbar drøftelse med patienterne af medforskernes foreløbige forslag.

[149] Vi får tilsagn fra alle patienter og pårørende. Dog må én af de pårørende senere melde afbud af personlige årsager.

I invitationen til den anden workshop følger der et refleksionsskema indeholdende sætninger, som medforskerne skal fuldføre som en individuel forberedelse til at sætte fokus på patientperspektivet (se bilag nr. 31).[150]
Den anden workshop indledes med, at medforskerne tager tråden op fra sidste workshop, som blev afsluttet med en foreløbig beskrivelse af 3 handleplaner. Medforskerne går i nye grupper og arbejdet i grupperne bærer fra starten præg af et stort engagement og beslutsomhed med at få en konkretiseret handlingerne. Hver gruppe præsenterer sit forslag indenfor temaerne: 'Overflytningskonference' (se bilag nr. 35), 'Videndeling' (se bilag nr. 36), 'Den positive tilgang' (se bilag nr. 37 og 'Den Professionelle patientovergang' (se bilag nr.38). Det sidste tema har jeg som forsker valgt, fordi det er indeholdt i problemformuleringen om sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange. Formålet er at komme nærmere en forståelse af, hvilken betydning medforskerne lægger i begrebet 'professionel' og inddrage deres opfattelse af begrebet i analysen. Medforskerne er ikke i tvivl om, at det at være professionel "*har med faglighed at gøre"*. At være professionel vil i deres forståelse sige at have fokus på sagen, som i denne sammenhæng er den gode overflytning for patienten.
Igennem gruppernes præsentation fremkommer oplysninger om hinandens praksis, som er ukendte for medforskerne, og som overrasker og overrumpler dem. Medforskerne bruger derfor meget tid på at afklare holdninger og handlinger hos hinanden for at nå frem til fælles forståelser. Første del af workshoppen bærer præg af at nå til en fælles forståelse for indholdet i handleplanerne og at forberede mødet med patienter og pårørende i den andel del af workshoppen.
På forhånd har medfacilitator og jeg besluttet, at mødet med patienterne og de pårørende skal have form som reflekterende processer.[151] Begrundelsen er, at patienterne skal have mulighed for frit at fremføre deres tanker, tvivl, overvejelser og forslag uden afbrydelser. Deltagerne og den fysiske og sociale kontekst på mødet er helt ukendte for patienterne og den pårørende. Vi prioriterer derfor at skabe et trygt forum ved at placere dem samlet omkring et rundt bord med mig som facilitator. Ved et andet rundt bord i umiddelbar nærhed sidder 7 af medforskerne og en medfacilitator. Bagerst i rummet sidder de øvrige medforskerne som observatører uden taleret og bænket på hver sin stol. Jeg byder velkommen og introducerer rammen

[150] 1. Patienter og pårørende har tillid til os når……
2. Den gode udskrivningskonference med den fælles forventningsafstemning vil få den betydning for patienterne, at….
3. Videndeling og en fælles forståelsesramme vil få den betydning for patienterne, at……
4. Den positive tilgang mellem kolleger og afdelinger vil få den afsmittende virkning for patienter og pårørende, der betyder at……
Metoden er inspireret af metoden om Guidet Egen-Beslutning (GEB), som er udviklet af Vibeke Zoffmann (2004) og primært udviklet som en metode til problemløsning mellem patient og professionel (Zoffmann, 2004).

[151] Vi kalder mødet for et patientfeedbackmøde, men indholdet foregår som en form for reflekterende team inspireret af Tom Andersen (2005): Reflekterende processer. Patienter samt den pårørende og medforskere sidder ved hvert deres bord med hver deres facilitator.

for mødet, som i hovedtræk foregår på den måde, at jeg foretager et gruppeinterview med patienterne. Når jeg vurderer, at emnet er ved at være udtømt, giver jeg ordet til medforskerne ved det andet bord. Gennem spørgsmål og guidning fra medfacilitator drøfter medforskerne ved dette bord, hvad de tænker om det, som de har hørt patienterne og den pårørende fortælle. Der foregår således ingen direkte samtale mellem parterne jf. tankerne bag 'det reflekterende team' og den indbyggede metaposition medforskerne antager (2005) (se bilag nr.32).
Efter at de tidligere patienter og den pårørende har forladt mødet, samles medforskerne i fællesskab for at genoptage dialogen om de 3 handleplaner. Hensigten er nu at vurdere og justere de hidtidige handleplaner med den nye viden, der er fremkommet under patienternes besøg (se bilag nr. 33). Patienternes besøg har berørt og overrasket medforskerne. Især er de overraskede over, hvor omtågede patienterne er i de første dage efter overflytningen, og hvor lidt de husker fra selve overflytningen. Feedbackmødet foranlediger derfor flere ændringsforslag og justeringer. Samtidig begynder medforskerne at blive mere konkrete i forhold til hvilke handlinger, der skal foretages hvornår (se bilag nr. 34). De beslutter, hvem der skal deltage i den arbejdsgruppe, der skal arbejde videre med overflytningskonferencen og få aftalt et snarligt møde med den ledende overlæge fra intensiv. Formålet med mødet er at aftale mulighederne for at påbegynde en praksis omkring overflytningskonferencer hos de patienter, der har været indlagt på intensiv mere end 14 dage.[152]
Afslutningsvis aftaler vi, at jeg indsamler alle de flipovers, som medforskerne har skrevet og sætter ordene ind i medforskernes handleplaner. Handleplanerne sendes derefter ud til kommentering til alle medforskere, som forpligter sig på at maile tilbage, hvad enten de har ændringsforslag eller ej. Medforskerne forpligter sig også på at afholde et møde med deres respektive ledere for at aftale hvordan viden om handleplanerne udbredes til kollegerne i eget afsnit.
Fra afslutningen på den anden workshop i maj, og til den tredje workshop i januar året efter går der 8 måneder. I de måneder er jeg i løbende dialog med medforskere og de afsnitsledende sygeplejersker om implementering af de 3 handleplaner, som medforskerne har formuleret.

8.5. Den tredje workshop

På den tredje workshop skal projektet evalueres. Det er 8 måneder siden, at medforskerne sidst har været samlet omkring projektet. Det skal derfor medtænkes, at medforskerne efter denne sidste workshops skal være selvkørende, og at der kan være forskellige oplevelser af processen, som må deles. Målet for workshoppen er derfor, at medforskere og forsker hver for sig og sammen får mulighed for at evaluere processen og samtidig evaluere virkningen af de handlinger, der er igangsat (se bilag nr.46). Som forsker har jeg også det mål at formidle og synliggøre det store arbejde, som medforskerne har udført, og dermed honorere medforskerne for deres indsats. I den forbindelse håber jeg, at synliggørelsen og anerkendelsen af medforskernes

[152] På det senere møde med overlægen besluttes det at påbegynde en prøveperiode med overflytningskonferencer umiddelbart efter sommerferien.

arbejde skaber fornyet dynamik i gruppen, og motiverer dem til at tage ansvar for den fortsatte proces.
Der er afbud fra to SS, der har fået andet arbejde, mens en tredje SS har tilbagevendende problemer med sit helbred. Fra IS er der ligeledes tre afbud. Jeg er derfor tidligt i planlægningsfasen klar over, at der bliver vil være et forholdsvis stort frafald, og det bekymrer mig. På selve dagen deltager der 8 IS og 3 SS. De 19 medforskere er blevet til 11. Det er et stort forfald, men måske forventeligt, når man medtænker, at der er gået 8 måneder siden sidste workshop, og der derfor kan være ændringer i form af jobskifte, barsel, efteruddannelse mv. Et væsentligt aspekt er også, at jeg til denne workshop ikke har haft mulighed for at tilbyde frikøb af medforskere, da fondsmidlerne var brugt op.
Frafaldet giver hovedbrud i forhold til formålet om at skabe motivation og tage ansvar for den fortsatte proces. Derfor fokuserer jeg på en yderligere synliggørelse af processen gennem et skrift på 4 sider, hvor jeg opsummerer hele forløbet i en prosatekst, som medforskerne får udleveret som forberedelse til workshoppen (bilag nr.44). På selve workshoppen synliggør jeg hele forløbet med en lang vægtavle, hvor jeg illustrerer processen gennem billeder fra workshops, materiale fra dialogmøder, handleplaner etc. - samtidigt med jeg sætter ord på processen fra mit perspektiv. Vægtavlen suppleres med en oversigt over alle de faser, som medforskerne på den ene eller anden måde har deltaget i, og som udleveres til medforskerne. Figur 19.
Dermed levendegør jeg udviklingen og alle de handlinger, som medforskerne har foretaget undervejs. Endelig bliver medforskerne på workshoppen fordelt ved 3 borde, hvor de bliver bedt om både individuelt og i fællesskab at drøfte nedenstående spørgsmål,[153] som kommer til at skabe afsæt for resten af workshoppen og som også indgår i analyse og fund i afsnit 9.7

Hvad har projektet bidraget til?
Hvordan har det været at deltage i processen?
Hvordan ser du, at denne proces kan fortsætte?
Hvad tænker du, er din egen rolle fremover?
(Bilag nr. 47).

[153] Spørgsmålene sendes også til 7 af de medforskere, der har forfald, hvoraf jeg modtager skriftlige evalueringer fra de 5.

PROCESSEN I PROJEKT OVERGANGE januar 2016

METODE	FORMÅL	DELTAGERE	UDFØRELSE	TIDSRUM
Feltstudie	At undersøge hvordan patientovergange planlægges, italesættes, udføres og evalueres (opfølgning).	Patienter, pårørende, sygeplejersker og læger fra intensiv og stamafsnit. Ledere fra intensiv.	Igennem ca. 170 timer fulgt patienter og pårørende fra planlægning over udførelse til opfølgning på overgangen. Korte interviews af sygeplejersker og læger på Intensiv og stamafsnit. Double interview af ledere på intensiv. Transskriberet af forsker.	Fra 2. maj 2014 – 1. juli 2014 Opfølgning stamafsnit 12. februar & 18. februar
Fokusgrupper	At deltagerne får viden om hinandens perspektiv på patientovergange og hvad de tillægger betydning i samarbejdet om patienterne.	16 sygeplejersker i de 2 fokusgrupper. 4 sygeplejersker fra Intensiv og 4 fra stamafsnit i hvert interview.	2 fokusgrupper udført samme dag. Deltagelse af samme facilitator, der deltager i workshops. Begge interview er transskriberet af forsker.	September 2014
Individuelle Interview	At undersøge patienter og pårørendes oplevelser i forbindelse med overgangen samt ledernes perspektiv på patientovergange.	3 patienter 2 pårørende 2 ledere fra stamafsnit	Interviews med patienter foregik henholdsvis i eget hjem, i mødelokale på hospitalet og på en sengestue på hospitalet (patienten sengeliggende). Pårørende blev interviewet i henholdsvis eget hjem og mødelokale på hospitalet. Lederne blev interviewet på eget kontor. Alle interview er transskriberet af forsker.	September – november 2014
Workshop 1	At give deltagerne stemme og skærpe deres opmærksomhed på de betydningsfulde ting i forbindelse med overgange. At skabe et fælles afsæt for det videre arbejde med at få defineret og besluttet hvilke aktioner, der skal i gangsættes frem til næste workshop.	19 sygeplejersker har tilmeldt sig som medforskere. 11 fra Intensiv. Én fra hver af 8 stamafsnit. I alt 8 tilmeldte. Med ét afbud på dagen er der 18 deltagere.	Dagen tager afsæt i den deskriptive analyse og der arbejdes med de 5 temaer: • Samarbejde mellem intensiv – og stamafsnit • Tryghed versus utryghed • Forberedelse af patienten, de pårørende og det modtagende afsnit • Forventninger • Samarbejde med pårørende Patientovergangene illustreres ved hjælp af kreative metoder, der munder ud i 3 indsatsområder, som det besluttes at drøfte på dialogmøder i afdelingerne.	19. marts 2015
Dialogmøder	At støtte og supplere medforskerne i udbredelsen af projektet og de foreløbige beslutninger.	11 besøg på 8 stamafsnit og 2 besøg på intensiv afsnit. Der deltager mellem 2 og 12 på hvert dialogmøde.	Alle møder tager udgangspunkt i et opfølgende notat som kort resumeer den deskriptive analyse og de foreløbige beslutninger fra den første workshop. Dialogerne sætter fokus på de 3 indsatsområder: Overflytningskonference, Videndeling og den positive tilgang.	16. april- 20. maj 2015
Workshop 2	Gennem inspiration fra patienter og pårørende samt workshop og dialogmøder at få udarbejdet specifikke mål og handlinger for de indsatsområder, som vi besluttede for den gode patientovergang på den 1. workshop. At medforskerne bliver skarpe på netop deres bidrag til det videre forløb.	19 medforskere deltager. 11 fra Intensiv og 8 fra stamafsnit. 5 patienter og 1 pårørende deltager.	Formiddagen består af opfølgning på workshop 1 og dialogmøder. Over middag inviteres patienter og pårørende til patientfeedbackmøde med metoden: Reflekterende teams. Eftermiddagen samler op og der laves aftaler om opstart af konkrete handleplaner.	21. maj 2015
Dialogmøder	At få en fornemmelse for hvordan ledere og praktikerne oplever handleplanerne og indførelsen af dem. Formålet er også at få indkredset fokus for den opfølgende og afsluttende workshop.	12 dialogmøder. Ét på hver af 8 stamafsnit og 3 på intensiv. Et 3 timers dialogmøde med 8 afsnitsledere (15 var inviteret – 11 afsnitsledende og 4 viceklinikchefer).	Hvert dialogmøde tager udgangspunkt i handleplaner med overvejende fokus på overflytningskonferencer, som man så småt er kommet i gang med.	September – december 2015
Workshop 3	At medforskere og forsker hver for sig og sammen får mulighed for at evaluere processen og resultatet	15 medforskere deltager. 9 fra intensiv og 6 fra stamafsnit. [1]	Hvad har projektet bidraget til? Hvordan har det været at deltage i processen? Hvordan ser du, at denne proces kan fortsætte? Hvad tænker du er din egen rolle fremover?	21. januar 2016

[1] Der kommer flere afbud på dagen.

Figur 19. Oversigt over den samlede aktionsforskningsproces (bilag nr. 45)

8.6. Dialogmøder

Dialogmøderne er afholdt før den første workshop og mellem både første, anden og tredje workshop. Der henvises til figur 15 under dette afsnit.
I modsætning til workshops foregår dialogmøderne på hospitalet. Det er mere et vilkår end et valg. Det viser sig, at det ikke er muligt at frigøre flere medarbejdere fra den daglige drift, fra det samme afsnit i en kortere periode på 1-2 timer. Derfor vurderer jeg, at det bedst mulige er, at jeg kommer ud til medarbejderne på de tidspunkter på dagen, hvor der er mulighed for at få flest i tale. Der er behov for at udvise en del fleksibilitet, hvis projektet skal nå ud til flest mulige medarbejdere. Dialogmødet er initieret af mig og tidspunktet er forinden aftalt pr. mail med den pågældende leder og medforsker. Hvert afsnit afsætter ca. en time til mødet. Dialogmøderne foregår i personalestuen på hvert af de afsnit, der er involveret i projektet, bortset fra et dialogmøde med de afsnitsledende sygeplejersker[154], som afholdes i et større mødelokale på hospitalet.
Før hvert dialogmøde har jeg forinden udsendt mails med kortfattede beskrivelser af medforskernes arbejde i de forudgående workshops og deres forslag til handlinger og forbedringer af patientovergangene. I brevene opfordrer jeg lederen til at mangfoldiggøre det vedlagte materiale og drøfte det med medarbejderne inden mit besøg. Intentionen er, at medarbejderne gerne skal være forberedte på at gå i dialog med hinanden og med mig. Deltagernes forudsætninger for at gå i dialog om medforskernes forslag, oplever jeg generelt som meget forskellige. Nogle afsnit har forberedt dialogmødet gennem opslag i personalestuen eller drøftet projektet på deres personalemøder, mens deltagerne fra andre afsnit aldrig har hørt om projektet eller set de udsendte beskrivelser og præsentationer.
Formålet med dialogmøderne er overordnet at støtte og supplere medforskerne i udbredelsen af projektet og de foreløbige beslutninger. Det gør jeg primært ved at dele medforskernes idéer, forslag og holdninger til patientovergange for derved at få involveret og engageret praktikerne i problematikkerne omkring patientovergange og få dem belyst fra flest mulige perspektiver (se bilag nr. 30). Formålet med møderne er også mere konkret at undersøge, hvordan ledere og praktikere oplever handleplanerne og indførelsen af dem; hvad befordrer og hvad hindrer implementeringen af handleplanerne (se bilag nr. 43). Det sidste for at få indkredset fokus for den opfølgende og afsluttende workshop. Møderne foregår på den måde, at jeg og i nogle tilfælde medforskeren kort opsummerer hovedoverskrifterne på medforskernes drøftelser. Derefter stiller vi spørgsmål til praktikernes erfaringer og oplevelser. Spørgsmål om deres generelle erfaringer med patientovergange og mere specifikke spørgsmål som f.eks. hvordan de vil have det med at komme på intensiv og hilse på patienten og modtage rapport inden overflytningen. Gennem vores

[154] Dialogmødet med de ledende sygeplejersker blev afholdt med det formål at fokusere på ledernes særlige rolle og opgave i forhold til at skabe gode rammer for den professionelle patientovergang. Jeg spurgte blandt andet lederne om: Hvilke idéer har I til udmøntningen af handleplanerne i praksis? Hvordan understøttes medforskernes arbejde?

spørgsmål, der både er af opklarende, fortolkende og provokerende karakter, involverer vi praktikerne, der i de fleste tilfælde virker optagede af og engagerede i at bidrage til processen.
Indholdet på dialogmøderne har været meget fokuseret på de forslag til handleplaner, som medforskerne har udarbejdet. Praktikerne har alle været koncentrerede om dialogen og deres kollegers meninger. Dog sker der et skift i stemningen fra dialogmøderne i maj til dialogmøderne i december, som jeg oplever generelt bliver mere negative og i nogle tilfælde grænsende til det kyniske. På et medicinsk afsnit er der en sygeplejerske, der udtaler: ”*Man bliver noget forhærdet. De etiske overvejelser står ikke forrest i skoen. ”*
Dette skifte skal måske ses i lyset af, at der igennem efteråret er varslet flere besparelser. Da jeg efter et dialogmøde er på vej ud af et afsnit, fortæller en lidt trykket leder mig, at alle disse besparelser har medført en hård tone mellem kollegerne. Især tværfagligt hvor læger og sygeplejersker beskylder hinanden for ikke at udføre deres arbejde ordentligt.
På dialogmøderne er der samlet set adskillige barrierer i forhold til at nå målet om, at involvere og engagere kollegerne omkring de forslag til udvikling af patientovergangene, som medforskerne har arbejdet med. Rammerne for dialogmøderne er for det første ikke optimale. De foregår på arbejdspladser, hvor der er krav om handling, og i rum hvor flere skal indtage deres frokost samtidig. Der er mange steder løbende udskiftning af deltagerne, hvoraf nogle afbrydes af kolleger og studerende. De afsnit, hvor der bliver skabt dybere, reflekterende dialoger, er de afsnit, som har inkorporeret dialogmødet i hverdagen, og som måske har indkaldt ekstra personale, for at sikre rolige rammer. På trods af de mange forhindringer oplever jeg, at det selv på de afsnit hvor miljøet virker travlt og turbulent, er muligt at skabe interesse og engagement omkring temaet, som mange oplever meningsfuldt og relevant.
Formen på dialogmøderne har betydet, at jeg som aktionsforsker har fungeret som et medierende mellemled og kontakt imellem medforskerne og kollegerne ude i deres praksis. Denne form afviger fra min oprindelige intention om rollebytning og at lade medforskerne tage større ansvar for processen jf. afsnit 6.2. om forskersituering. Medforskerne har dog vægret sig ved at tage ansvar for at kontakte lederne og arrangere dialogmøderne. De begrunder det overvejende med, at det er mig, der har transskriberet dialogerne fra workshops, og derfor har medforskernes forslag og overvejelser i klar erindring. En anden af medforskernes begrundelser er, at deres vilkår med krav om handling og indgåelse i diverse vagtlag imellem workshops betyder, at de ikke har samme mulighed for planlægge og indgå aftaler med afsnittene.
På trods af den manglende rollebytning har iscenesættelse af dagsorden og formål med dialogmøderne beredt grundlaget for at få medforskernes arbejde gjort mere synligt, og dermed legitimeret medforskernes rolle også efter projektets afslutning.

Figur 20. Oversigt over dialogmøder

Dialogmøder April/ Maj 2015	Deltagere	Dialogmøder December 2015	Deltagere
Medicinsk afsnit J	2 SS; 1 SSA; 1 leder	Medicinsk afsnit J	2 SS; 2 SSA
Medicinsk afsnit K	3 SS; 2 ledere	Medicinsk afsnit K	3 SS; 2 SSA
Medicinsk afsnit L	1 SS; 1 leder	Medicinsk afsnit L	3 SS; 1 leder
Medicinsk afsnit M	5 SS; 1 studerende	Medicinsk afsnit M	3 SS
Medicinsk afsnit O	2 SS; 1 leder	Medicinsk afsnit O	4 SS; 1 leder 1 SSA; 4 studerende; 4 SSA elever;
Medicinsk afsnit P	1 SS; 1 leder	Medicinsk afsnit P	1 leder
Kirurgisk afsnit Q	5 SS; 1 leder	Kirurgisk afsnit Q	1 leder
Kirurgisk afsnit X	5 SS; 2 SSA; 1 leder	Kirurgisk afsnit X	1 SS; 1 leder
Kirurgisk afsnit X	2 SS; 1 SSA; 1 leder	Kirurgisk afsnit X	1 leder
Intensiv	7 IS; 2 ledere; 1 læge	Intensiv	3 IS
Intensiv	5 IS, 1 leder; 1 læge	Intensiv	3 IS, 1 studerende
Intensiv	1 læge, 1 leder	Intensiv	4 IS, 1 læge
		Afsnitsledende sygeplejersker og klinikledelser Oktober 2015	6 ledere fra stamafsnit; 2 fra intensiv. 0 fra klinikledelser.
8 møder på 8 stamafsnit. 3 møder på intensiv (se bilag nr. 30)		8 møder på 8 stamafsnit 3 møder på intensiv 1 møde med ledere (se bilag nr.43)	

SS: Sygeplejersker SSA: Social – og sundhedsassistenter IS: Intensivsygeplejersker
Leder: Kan både være den afsnitsledende eller den stedfortrædende sygeplejerske.

KAPITEL 9. ANALYSE OG FUND

Analysen af empirien fra den anden aktionsforskningsfase har til formål at frembringe viden, der kan besvare projektet andet forskningsspørgsmål:

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde om at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

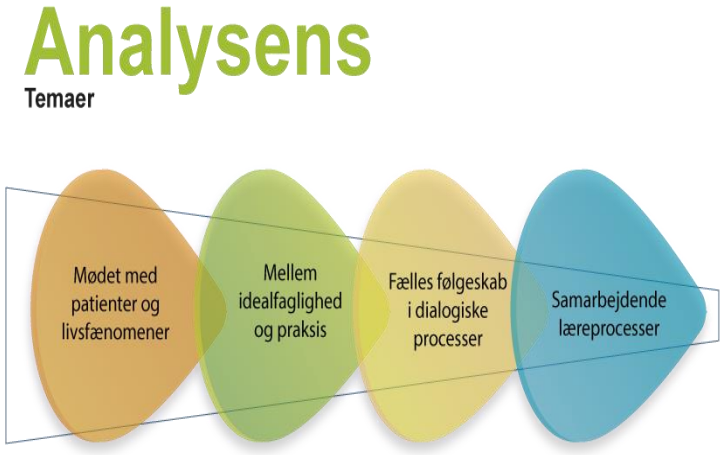
Analyserne i det følgende undersøger hvordan medforskerne samarbejder og træffer beslutninger, der skal føre til målet om at udvikle og implementere nye måder og metoder, der vedvarende kan bidrage til, at overgangene opleves sikre, sammenhængende og professionelle for patienter, deres pårørende og for sygeplejersker.
Aktionsforskning er er en udviklingsproces, hvor viden emergerer gennem deling af forståelseshorisonter og meningsforhandlinger samt i udmøntningen af handlinger, der fører til en ny praksis. Igennem anden del af aktionsforskningsprocessen er udveksling af erfaring og viden i dialogen og refleksionen central og udgør dermed en platform for læreprocesser.
I formålet er der som nævnt i kapitel 6 indlejret en række begreber, der har implikationer for analysen af den empiri, der er skabt i den anden aktionsforskningsfase. Begreber som *viden, forståelse, erfaring, læring, refleksion, forandring* og *handling* er centrale begreber, der sammen med den deskriptive analyse har bevirket en generering af hjælpespørgsmål.
Hjælpespørgsmålene fungerer som analysestrategiske redskaber til det andet forskningsspørgsmål. De inddrages i forskelligt omfang i analyserne og bidrager dels med at udfolde den viden, der skabes gennem analyserne og bidrager samtidig til en pragmatisk validering af om den viden, der er blevet skabt gennem den cykliske proces har formået at generere handlinger og i så fald hvilke (Kvale & Brinkmann,2009). Følgende hjælpespørgsmål er generet:

- Hvilke forhold virker befordrende på aktionsforskningsprocessen og medforskernes samarbejde og hvilke barrierer ses der?
- I hvilken udstrækning begrundes beslutningerne fagligt og hvordan foregår og formuleres de faglige begrundelser?
- Hvordan bliver patienter og pårørendes budskaber inddraget igennem den cykliske proces?
- I hvilken udstrækning lever handleplanerne op til målet om sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange og hvordan vurderes de udmøntet i praksis?

9.1. Fremkomsten af analysetemaer

Bearbejdningen af empirien fra workshops har gennemgået en transformation fra rå-data over kondensering til manifestering af temaer. Som forsker er jeg optaget af at få udfoldet den viden, der emergerer i aktionsforskningsprocessen fra de første spæde forsøg på at samarbejde om at skabe handlinger til den indledende proces med implementering af handleplanerne.
Den viden og erkendelse, der skabes i denne proces genereres gennem udviklingen i den cykliske proces. I starten er temaerne derfor tæt forbundet med den aktuelle udvikling af samarbejdet i processen. Efter adskillige gennemlytninger og læsning af transskriptionerne materialiserer der sig nogle sammenhængende temaer.
Mødet med patienterne er ét af de tematikker, der tydeligst viser et skifte i holdningerne og i samarbejdet medforskerne imellem. Derfor bliver det et væsentligt omdrejningspunkt at dvæle yderligere ved patienternes oplevelser og erfaringer. Det er baggrunden for, at det første tema kredser omkring livsfænomener og derfor fraviger den intenderede handlingsorientering, der er det egentlige mål, og som er indlejret i aktionsforskningsprocessen. I stedet danner det første tema: ”*Mødet med patienter og livsfænomener*” et afsæt for de kommende handlinger i analysen. Samtidig bliver det væsentligt at undersøge sygeplejerskers faglighed nærmere. Temaet om livsfænomener knytter dermed an til medforskernes professionalitet gennem teorier om omsorg og omsorgsetik.
Professionalitet bliver ligeledes et omdrejningspunkt eftersom det både indgår i problemformuleringen, og også indgår både implicit og eksplicit i medforskernes dialoger om, hvad der har betydning i overgangen. I undersøgelsen af hvilke teorier, der i særlig grad knytter sig til professionalitet, blev Holm Petersen et al's (2006) empiriske undersøgelse af sygeplejerskers fagidentitet en øjenåbner for, hvad der er i spil i medforskernes dilemmaer om muligheder og begrænsninger i overgangene. Derfor har ét af de nøglebegreber, der indgår i denne undersøgelse lagt navn til det andet analysetema, som er: *”Mellem ideal-faglighed og praksis”*.
I det tredje tema er der fokus på dialogen og gensidigheden. Dialogen er essentiel i den cykliske proces, hvad enten det er mellem medforskere eller mellem forsker og medforskere eller andre aktører. Medforskerne skal i deres daglige arbejde vanligvis kommunikere under handlingstvang og ofte finde løsninger her og nu. Derfor er det også beundringsværdigt, at medforskerne evner at holde sig sporet og udfolde sig om sagen i den fælles dialog; det meste af tiden. For der er naturligvis tidspunkter, hvor det ikke lykkes at metakommunikere og skabe gennemsigtighed omkring tanker og refleksioner. Eller hvor der tolkes og mistolkes på den verbale såvel som den nonverbale kommunikation. I den første workshop var der et par af medforskerne, der introducerede begrebet: 'Fælles følgeskab' fordi det var de tanker, de fik, når der var fokus på sammenhæng i patientens forløb. Begrebet hentyder både til, at sygeplejerskerne har et fælles projekt, som de i fællesskab er ansvarlige for at følge op på og som vedrører overflytningen af patienten. Begrebet henviser imidlertid også til, at sygeplejersken følger patienten på vej og sikrer, at han er i gode hænder hele vejen gennem overflytningsfasen. Eftersom det er denne dobbelte betydning i begrebet, der er fokus for medforskernes arbejde i dialogerne blev det også temaet i den tredje analyse: ”*Fælles følgeskab i dialogiske processer.* ”

Arbejdet igennem den cykliske proces handler først og fremmest om medforskernes samarbejde om at forandre og dermed skabe læreprocesser. Igennem workshops ses det, at både IS og SS får provokeret deres forforståelser og antagelser om hinandens praksis. De modsætninger, som gennem dialogen pløjes op til overfladen og bliver synlige, bliver et spejlbillede på de dilemmaer, som de oplever i deres dagligdag, men som de ikke tidligere har forholdt sig til sammen. Netop modsætningerne skaber potentialet til at igangsætte læreprocesser. Igennem analysen afdækkes og opløses dilemmaerne i samarbejdet. Temaet for den fjerde analyse bliver dermed: "*Udvikling gennem samarbejdende læreprocesser*. " Analysernes temaer er illustreret i figur 21.
I det sidste afsnit sættes der fokus på de handleplaner, som blev 'produktet' af medforskernes arbejde og på hvordan handleplanerne er blevet modtaget og implementeret.



Figur 21. Analysens temaer

9.2. Mødet med patienter og livsfænomener

Mødet med patienter og livsfænomener er et afsæt for de kommende handlinger i analysen. Og samtidig bliver det væsentligt at undersøge sygeplejerskers faglighed nærmere, idet temaet om livsfænomener knytter an til medforskernes professionalitet gennem teorier om omsorg og omsorgsetik.
På den ene side, skal professionalisme forstås som den omsorgsetiske faglighed, som den italesættes i den sygeplejefaglige litteratur (Delmar, 2010). På den anden side skal professionalisme forstås som den faglighed, hvormed sygeplejersker udøver deres praksis, herunder hvad der formodes at være genstand for deres praksis. Analysen søger dermed også at give svar på, om der er overensstemmelse mellem den professionalitet, der manifesteres i teorien og praktiske udmøntning af professionalitet.
Patienten er central for den professionalitet, som Delmar (1999; 2010) mener, at sygeplejersken må have. I en moralsk praksis, er der fokus på den omsorgsetiske faglighed, hvormed sygeplejersken tager vare på de ønsker og behov patienter og pårørende har eller hvilke livsfænomener, de grundlæggende giver udtryk for (Delmar, 1999; 2010). Analysen tager sit afsæt i patienternes perspektiv i deres direkte møde med medforskerne. Analysen vil centreres om hvilke forhold, der bevirker, at patienter og pårørende oplever sig trygge[155] og fagligt og professionelt taget vare på igennem overgangene. Analysen vil udgøre et afsæt for medforskernes arbejde i den videre cykliske proces, og er dermed et led i besvarelsen af det andet forskningsspørgsmål.
Delmar (1999; 2010) er optaget af de eksistentielle, ontologiske livsfænomener, som fx angst, livsmod, håb, tillid og fortvivlelse, som er væsensforskellige fra behov. Et livsfænomen kan være livsbefordrende eller livsindskrænkende afhængig af hvilke omstændigheder livsfænomenet optræder i. Sygeplejersken kan ubevidst komme til at indskrænke patientens handlerum og blive 'blind' for patientens ønsker om hjælp (ibid.). Dels kan der være vilkår i hendes daglige arbejde, som er meget lidt befordrende for det nærvær og den sanselighed, det kræver at kunne skabe den tillid, der skal være tilstede for, at patienten åbner sig og giver udtryk for sin fortvivlelse. Dels kan hun selv være så optaget af og indfanget i en teknisk-instrumentel dagligdag, at hun overser eller overhører patientens angst og afmægtighed. Der er en verden til forskel på at se patienten, som en patient, d*er har en sygdom* eller at se det menneske, som ligger i sengen, *der er blevet syg*. I den ene situation er der fokus på sygdommen, diagnosen og på hvilken behandling, den kræver. I den anden er der fokus på det lidende menneske og på, hvordan sygdommen involverer hele menneskets livssituation her og nu. Afhængig af sygeplejerskens tilgang og væremåde kan hun være livsbefordrende eller livsindskrænkende for patienten (ibid.). Hvis sygeplejersken i overgangen ser en patient, der har en diagnose og ikke et lidende

[155] For patienter og pårørende er sikkerhed i overgange analogt med tryghed. Igennem de individuelle interview med både patienter og pårørende tales der overvejende om tryghed versus utryghed.

menneske, kan hun overse patientens appel om hjælp, og dermed handle uprofessionelt og livsindskrænkende mod patienten.
Når patientens livssituation ændrer sig bliver den syges sanser påvirket, og livsfænomenerne træder tydeligere frem. Tidligere intensivpatienter siger således:

> *" Jeg var bange for at sove… Jeg havde drømt sindssygt meget, da jeg var i koma, så jeg havde virkelig panisk angst for at sove (…) jeg havde virkelig ikke lyst til at lukke øjnene og sove… de prøvede godt nok med piller og sådan noget, men jeg var virkelig angst… "*

> *"Jeg var ikke meget for larm… hvis I vidste hvor meget det betyder i ens indlæggelse… en sygeplejerske kunne godt lide musik (omtaler en sygeplejerske, der tænder for radioen red.), det kunne jeg ikke… jeg kunne ikke holde det ud… det er bare et eksempel på en lille ting, hvor bare den lille smule… hvis der lige havde stået noteret, at denne patient vil gerne have ro… så. "*

> *"Jeg kunne ikke få fat i snoren og vågnede op om natten… hvad gør man? Altså, det lyder vanvittigt, men du bliver da hammer bange, hvis man har glemt lige at lægge snoren. "*

> *" Jeg kan huske, da vi talte sammen (henvender sig til en anden tidligere patient red.) Der var det store spørgsmål: Hvad er klokken? (…) er det formiddag eller eftermiddag eller aften. Har vi spist? Vi sad og snakkede om, at vi havde det samme med uret. Det skulle bare fungere. Hvis ikke det gjorde, så var det bare jordens undergang. "*

Igennem alle fire udtalelser tydeliggøres patienternes sårbarhed og fortvivlelse og afmagt. I udtalelserne fremtræder livsfænomenerne gennem patienternes beskrivelse af, hvad der har betydning. Delmar (1999; 2010) skriver, at den syge bliver sensitiv og overfølsom over fx lyde, lys, lugte og berøring, hvilket kan forstærke livsfænomener som afmagt, fortvivlelse og angst (ibid.). Hvis sygeplejersken overser patientens sårbarhed kan den yderligere forstærkes. Patienten kan blive apatisk, selvmedlidende eller følelsesoversvømmet. En patient udtrykker sin afmagt således:

> *"Min familie, de bor jo 100 km væk (…) ikke også. Så jeg følte også det der med, at bare der var én, der ville komme og tage min hånd, for jeg græd rigtig meget. "*

> *"Min mor havde sagt, at det var bedst, at jeg kom på en enestue, men det var der bare ikke plads til. Så jeg kom på en 2-mands stue, hvor hun så fjernsyn og hun havde gæster hele tiden. Jeg græd og græd (…), for jeg havde aldrig gæster (…) når der så kommer én (…), som havde gæster af både venner og familie og bedsteforældre hver dag, så bliver du altså ked af det, for så føler du dig endnu mere ensom. "*

> *"Jeg blev også vendt i sengen for jeg kunne ikke vende mig selv (..) På Intensiv vidste de, at de skulle vende mig forsigtigt, fordi jeg var følsom på den ene side, men nede på den almindelige afdeling, der blev jeg bare drejet og det gjorde så ondt. Det var der ikke informeret (om) nogen steder. "*

> *" Jeg er simpelthen gået så meget ned, fordi jeg ikke har følt, at jeg har fået den hjælp, jeg havde behov for. Og jeg har ikke følt, at det personale, som jeg kom til (…), de har simpelthen ikke været rustet til at tage imod én, der var så syg. "*

I denne patients udtalelser gives der udtryk for flere af de livsindskrænkende livsfænomener som fx sårbarhed, fortvivlelse, ensomhed, afhængighed og afmægtighed. Noget, som har sat sig så dybe spor hos patienten, og som patienten tydeligvis ikke er kommet sig over.
I sin sårbarhed kan patienten også helt afvise at modtage omsorg. Patienten kan i en sådan situation reagere med vrede, bitterhed og intolerance, hvorved livsfænomenerne indskrænkes yderligere og så meget desto mere er der behov for, at sygeplejersken hjælper patienten med at genvinde sit livsmod (Delmar 1999; 2010). Men det kræver, at der er tillid mellem parterne, og at tilliden ikke allerede har lidt et knæk, som én af patienterne i denne afhandling oplevede det. Patienten husker selv, at han var meget vredladen og krævende i overgangen, hvilket han beklagende tilkendegiver i denne udtalelse:

> *" Det er utroligt svært, når man er i sådan en situation, hvor man er allermest presset i sit liv. Man reagerer som en helt anden person end den man i virkeligheden er. Man kommer nemt til at såre nogle mennesker, synes jeg, fordi man er bange for at dø. Jeg har ligget der i 9 mdr. Jeg kunne ikke røre mig. Jeg fik Ketogan og Metadon. Jeg var narkoman rent ud sagt. Jeg løj og bedragede for at få noget mere. Så skal der ikke ret meget til, før man som person bliver sur og gal, hvis ikke lige tingene er, som de skal være og det er måske også det, der gør eller er en del af det, der gør, at en overgang kan være svær. "*

Som patienten siger, er han ikke sig selv. Den følelsesoversvømmethed, som patienten giver udtryk for her, er voldsom og ukendt for ham. Han føler skyld og bebrejder sig selv:

> *" Der gik det lidt galt og det var måske lige så meget min skyld. "*

Der er ingen tvivl om, at tilliden mellem parterne kan være truet i en sådan situation, som patienten beskriver her, men det tillidsbrud, som patienten har skyldfølelser over, kunne han have været foruden, hvis sygeplejersken havde magtet at indgyde patienten livsmod i situationen. Det kræver stort mod og stor faglighed fra sygeplejerskens side at tackle en så følelsesmæssig uforudsigelig patient. En faglighed, som for det første er funderet i, at sygeplejersken kan være nærværende og sansende patientens egentlige appel om hjælp. For det andet, at sygeplejersken har modet til at søge hjælp og støtte hos fagfælleskabet og de tværfaglige samarbejdspartnere, for at få vendt patientens

negative følelser til en mere meningsfuld og forsonende holdning. På denne måde kan hun bidrage til, at den syge anerkender sin lidelse (Delmar 1999; 2010).
Martinsen (2012) siger, at der igennem historien har der været en forventning om, at sygeplejersken opfører sig professionelt i mødet med patienten og dennes krop. Sygeplejersken kan gøre noget ved patientens krop, der under andre omstændigheder og i andre sammenhænge vil blive opfattet som grænseoverskridende og blufærdighedskrænkende. Der er normer og regler, der er vokset ud af den kliniske praksis, som betyder, at sygeplejersken kan udføre selv meget intime opgaver hos patienten, som normalt hører til under privatsfæren, men som er helt legitime i den sygeplejefaglige kontekst (Ibid.). Dette er dog ikke en selvfølge. Sygeplejersken kan komme til at overskride den usynlige og fine grænse, der er mellem, at patienten føler sig taget var på og så at blive udsat for blottelse og krænkelse. Det ses i eksemplet med denne patient:

> *" Jamen de styrede jo det hele, fordi jeg var så sløret og så ung, tror jeg… F.eks. kom (…) en sygeplejerske ind, som ikke havde været der før. Hun skulle tage min temperatur og så beder hun mig vende mig om og tage bukserne af og så siger jeg nej, det skal jeg ikke. Men hun bliver ved med at holde fast i, at det er sådan, det skal gøres. Men jeg siger, at alle de andre sygeplejersker har bare taget den under armen på mig. Men det er ikke præcist nok. Det er bare af med bukserne og om på siden og så bum, ikke også. Det synes jeg bare var en træls situation. Bagefter har jeg læst min journal, hvor der står højt og tydeligt, at patienten må ikke ligge på siden… men hende her havde ikke engang læst min journal, kan man sige… "*

Det kræver høj faglighed og professionalisme at balancere på det knivsæg, der sikrer, at blufærdighedsgrænserne kan bevares. Samtidig stiller det krav, at sygeplejersken lærer patienten at kende, for det er gennem relationen til patienten, fagligheden og professionalismen, at det er muligt at foretage faglige skøn. I skønnet indgår både den faglige viden, etiske regler og normsæt, men allervigtigst er livsytringerne, som betyder, at tilliden er mellem os, og at både patient og sygeplejerske kan stole på, at vi vil den anden det bedste. Uden livsytringerne er der en risiko for, at sygeplejersken kan påføre patienten skam og ydmygelse, som det var tilfældet i den situation, som patienten beskriver (Martinsen, 2012:89). Igennem patienternes udtalelser bliver det synligt, at der er brist i videndelingen mellem fagpersoner, og i skabelsen af relationen til patienten i overgangene.
På den anden workshop med medforskerne har vi inviteret 5 tidligere intensivpatienter og en pårørende. Patienternes fortællinger om deres angst, utryghed og fortvivlelse under deres indlæggelser indgår dels i analysen ovenfor og i det følgende; dels er nedenstående case et sammendrag af de 5 patienters fortællinger. I fortællingen er der lagt vægt på det, som patienterne har til fælles og som de genkender hos hinanden og betegner som typiske tanker, symptomer, lidelser og eftervirkninger hos en patient, der har været indlagt på intensiv (Ågård, 2012, Ågård, 2014; Svenningsen et al, 2015).

> *"På intensiv, der kom der nogen ind til mig, bare jeg tænkte på det. Jeg skulle ikke engang gøre noget for det. Så et eller andet sted går du fra, at du ved, at der er én, der holder 100 procent øje med dig og som*

> *kan mærke, hvis du ikke har det godt. Så kan du godt blive utryg, når du pludselig på stamafdelingen er én af mange og du stadigvæk er meget syg og meget omtåget. Og jeg havde ikke forstået det der med, at jeg skulle rive i en snor, så kom der nogen. Så der kunne man godt vente længe. Så prøver du at råbe, men der er ingen, der kan høre dig. Du føler, du er lost. Du kan simpelthen ikke få de der ben fri. Du kan ikke få overkroppen op. Jamen, jeg kunne jo ikke engang løfte armen. Så bliver man bange, ekstremt bange. Altså lige pludselig er ens liv vendt fuldstændig rundt. Man har ikke styring på noget som helst. Og det har man jo heller ikke, når man kommer på stamafdelingen. Og der er en familie og børn, der har stået omkring sengen, for nu var det i sidste øjeblik. Man går jo ikke fra intensiv og så fra den ene dag til den anden, så er man rask. Så et eller andet sted, der er jo langt fra at være reddet til at være bare sådan almindelig okay… Så hvis min mand ikke havde været der, så havde jeg været enormt fortabt og alene. ”*

Som beskrevet indgår der 5 patienter i casen. Den kunne også have været fortalt af én eller af 10 forskellige patienter. Afgørende er det, at der i enhver situation er noget, der er helt unikt og enestående, som kun finder sted i denne særlige situation. Men der er også noget genkendeligt. Noget, som sygeplejersken har erfaret i lignende situationer og som hun kan inddrage i den unikke situation. For selvom livsfænomenerne udtrykkes på forskellig måde fra menneske til menneske, er der noget typisk, som gælder for alle mennesker.

> *” En situation har altid en dobbelthed ved sig, der på én og samme gang er unik og typisk ” (Delmar, 2010:88).*

Et eksempel på dette typiske er, at alle mennesker gerne vil ses, respekteres og anerkendes som et menneske med egne drømme, håb, tanker og følelser (ibid.). I den konkrete situation kan patienten være den typiske patient og umiddelbart tage sig ud på samme måde som de øvrige patienter, men så er der ét eller andet hos netop denne patient og i netop denne situation, som påkalder sig sygeplejerskens opmærksomhed. For som Delmar skriver:

> *” Det er i den konkrete situation, sygeplejersken udfordres på sin viden og forståelse, erfaringer, sanser og følelser ” (Delmar, 2010:88).*

Der kan være et eller andet, der løfter en flig af en tidligere erfaring hos sygeplejersken. I Deweys forståelse må situationen underkastes en nærmere granskning, hvor sygeplejersken foretager yderligere observationer af de forhold, der definerer situationen. Hun genovervejer de tidligere indfald, og sætter dem på ny i relation til den aktuelle situation, for at skabe større indsigt i problemets karakter. Når hun har indkredset problemet yderligere, kan hun gå videre med sine foreløbige ræsonnementer, og hvis situationen er til det, kan hun eksperimentere med handlinger, indtil hun har fundet ud af, hvad symptomerne hos akkurat denne patient afspejler (Dewey, 2005; 2009). Netop sygeplejerskens mange erfaringer fra lignende møder med patienter, er med til at udvikle hendes erfaringsdannelse, der er en kompleks

proces som her illustreres af Dewey. Hvis erfaringsdannelsen sker som i ovenstående tilfælde, er der tale om en ny erkendelse, en ny form for viden, der lagrer sig hos sygeplejersken, som hun kan tage med i den næste unikke situation, hvor der samtidig er noget genkendeligt.[156]

Patienternes sårbarhed gør indtryk på medforskerne. Selvom medforskerne gennem dialogmøder og den første workshop har givet udtryk for, at de er opmærksomme på patienternes behov for pleje og omsorg i overgangene, er det først i det direkte møde med patienterne, at de genkender livsfænomenerne og erkender, at det er noget ganske andet end behov. I Martinsens (2012) forståelse er der noget, der oplyser deres etiske bevidsthed.

Medforskerne er lyttende og nærværende i mødet med patienterne. De er tydeligvis undrende og optaget af, hvad de hører. Da patienterne har forladt workshoppen, udbryder medfacilitator: ”*Det overrasker mig, hvor sårbare de* (patienterne red.) *oplever sig… lang tid efter overflytningen.* Udtalelsen foranlediger en kommentar fra en SS.

> *Sandra157 (SS): ”Det kommer også bag på mig og det tror jeg også, at det gør på mine kolleger. For de der helt basale ting. Tudekop og sugerør og hvad ved jeg. Vi har jo fokus på alt det andet. Det, vi kan gøre noget ved. Det fysiske; blodtryk og temperatur. At de får det i sonden (sondemad) og alt det der… ”*

Når SS beskriver alt det andet, det fysiske, som sygeplejerskerne har fokus på, så nævner hun blandt andet blodtryk, temperatur og ernæring, som hun med sin faglighed ved, er vigtig viden for, at hun kan vurdere om patienten gør fremskridt. Men det er ikke det, der optager patienten. Det er alle de ”små” ting, som at få en tudekop,[158] at vide hvad klokken er, at blive lejret på den rigtige side etc. Ting, som ikke kræver en omfattende faktuel viden hos sygeplejersken, men som fordrer noget helt essentielt; at hun har lært patienten at kende. Sygeplejersken kan ikke vide, hvad patienten er bedst tjent med, og hvad der har betydning for ham, før hun gennem opbygning af en relation, kan gøre sig fortjent til hans tillid. Det gør hun ved at vise, at hun er nærværende og har tid til at lytte til de tanker og bekymringer, som han giver udtryk for, men også at få forståelse for lige netop dette unikke menneskes ønsker og behov. En patient beretter om forskellen på om sygeplejersken kender patienten eller ikke:

> *” Jeg tror, at jeg havde ligget der en uge, da der var en sygeplejerske, der spurgte mig, om ikke jeg havde lyst til at få trusser på og jo, det kunne være skide dejligt at få trusser på. Det der med (…)… at jeg*

[156] Inspireret af Vibeke Høgh, er patienten som alle andre, som nogle andre og som ingen andre (min oversættelse) (ph.d. afhandling, 2016).

[157] Alle navne er opdigtede for at sikre deltagernes anonymitet. Aliasnavne benyttes, fordi de kan bidrage til at skabe en vis autenticitet i forhold til de engagerede medforskere, der har deltaget i projektet.

[158] En kop som er forsynet med et vinklet låg som munder ud i en spids, der er let at drikke af og som minimerer spild.

> *tænkte ikke selv… Det var helt vildt rart, at mine forældre havde snakket med sygeplejersken, som vidste nogle ting og kunne opfylde mine behov, kan man sige… der kunne man nemt mærke på dem, der ikke vidste noget og dem, der vidste noget… "*

Denne situation viser, at der for patienten er en væsentlig forskel på, om sygeplejersken betragter patienten og dennes krop som et objekt og en opgave, som sygeplejersken skal gøre noget med, og dermed "*... afklæder kroppen dens menneskelighed* " (Martinsen, 2012:33), og til at sætte sig i patientens sted og betragte patienten, som et menneske med følelser og blufærdighed som én selv.
Opsummeret har denne indledende analyse af patientudtalelser i forbindelse med sygeplejerskernes workshop til hensigt at sætte fokus på sygeplejeprofessionen, hvor genstandsfeltet, ifølge fremtrædende sygeplejeforskere er en sygeplejerske-patientrelation, der har fokus på omsorgsetik og livsfænomener. I teorien bruger sygeplejersken tid sammen med patienten, for derigennem at lære det unikke og særegne at kende ved den enkelte patient samtidig med, at hun er bevidst om det typiske ved alle patienter. Igennem patienternes udtalelser bliver det synligt, at der er en brist i skabelsen af relationen i overgangene. Samtidig ses det, at videndelingen mellem fagpersoner i overgangen er mangelfuld. Det kan dermed se ud som om, at der er forskel på, hvad der er indlejret i sygeplejefagets teoretiske selvforståelse, og hvad der er praksis i det virkelige liv. En sådan forskel i 'bør' og 'er' kan blive en central akilleshæl i samarbejdet om udvikling af patientovergange. En yderlig opfølgning synes derfor relevant. I den følgende analyse vil der gennem et fokus på sygeplejerskens professionelle virke, og patienten som hendes genstandsfelt indkredse hvilke forhold, der befordrer og hvilke, der hindrer udviklingen af professionelle overgange i praksis.

9.3. Mellem ideal-faglighed og praksis

Professionalisme kan foruden den omsorgsetiske faglighed i forhold til patienterne, også forstås som den faglige praksis, som udmøntes i dagligdagen mellem fagfæller. For at forstå hvorledes sygeplejersker agerer professionelt i overgange, vil jeg derfor nærmere belyse, hvad sygeplejersker selv forstår ved den faglighed, der er forbundet med at være professionel.
I den anden del af den cykliske proces inddrager medforskerne hinandens synspunkter i deres dialoger og forhandlinger om at skabe en professionel overgang. Medforskerne definerede selv professionalisme med følgende ord:

> *" Det har med faglighed at gøre. Det, at koncentrere sig om sagen. Man må pakke de andre ting væk som fx rammer, økonomi, dårlige oplevelser fra tidligere og især følelsesmæssige… tilknytninger. Man må koncentrere sig om kernepunkter (…) Tænke på hinanden som en fælles ressourcer, der kan hjælpe hinanden. Vi må se dem (kollegerne red.) som en positiv ressource… "*

Ovenstående forsøg på at definere professionalisme skal ses i lyset af, at medforskerne forinden både har læst og drøftet den deskriptive analyse, hvor ét af afsnittene særligt

har fokus på 'dem og os'.[159] Distinktionen mellem 'dem og os' er ikke et ukendt fænomen for medforskerne, som derfor også lægger vægt på, at professionalitet vil sige, at der i mødet mellem kollegerne må være en gensidighed, hvor begge parter hjælper hinanden med at have fokus på sagen. Medforskerne lægger her vægt på, at man må se bort fra alt det ydre, som omhandler irritation og modvilje mod hinanden, og som er begrundet i rammer, vilkår og de erfaringer man har, for at nå ind til kernen af fagligheden, selve sagen.[160]

Fagligheden udvikler sig ikke i et tomrum, men formodes at udvikle sig i et dialektisk forløb mellem fagets inderside og yderside. Sørensen (2006; 2010) har gennem sin inspiration fra både Fink (1982)[161] og den danske sygeplejerske og filosof Scheel (2005)[162] beskrevet et fags inder – og yderside som henholdsvis et fags egenlogik og fagets samfundslogik (Sørensen, 2006:24; 2010:145). Fagets inderside er rettet mod en sag eller et sagsforhold, som i dette tilfælde er mennesker, hvis liv er truet af sygdom, lidelse eller død (Sørensen, 2006; 2010). Fagets yderside er de samfundsmæssige og politisk skabte rammer, der er defineret for, at fagets inderside kan udøve sin virksomhed. Fagets inderside, som både indeholder fagets teoretiske og praktiske grundlag, stiler imod det mål, som faget skal udøve sin virksomhed mod; selve sagen, indenfor de rammer og betingelser, som ydersiden har fastlagt. Fagets inder – og yderside forudsættes dermed at have de samme interesser i sagen; at skabe de bedst mulige betingelser for, at syge og lidende mennesker enten helbredes, tilbydes lindring eller en værdig død.[163] (ibid.). Ifølge Sørensen (2006) foregår der en kontinuerlig dialektisk proces mellem et fags inderside og dets yderside, hvor begge sider gensidigt påvirker og befordrer hinanden (ibid.) Fag og sag påvirker også hinanden i et dialektisk forhold og faget kan dermed ikke anskues isoleret fra sagen, som er den samfundsmæssige opgave, som faget er sat til at løse. Sagen, men også faget kan ændre sig fx gennem en samfundsmæssig udvikling af ny teknologi og nye behandlingsmuligheder. En sådan ændring vil få betydning for forholdet mellem fag og sag, men også for forholdet mellem fagets inder – og yderside. Spørgsmålet er, om der stadig foregår en dialektik mellem fagets inder- og yderside, og i så fald hvordan

[159] Der henvises til den deskriptive analyse i afsnit 6.5.

[160] Igennem workshops refererer medforskerne til sagen og det fælles tredje, som de anvender synonymt for 'patienten'.

[161] Hans Fink (1982) Faglighed og saglighed i filosofi og filosofiundervisningen.

[162] Merry E. Scheel (1929-2007), sygeplejerske mag.art. har publiceret en række artikler og bøger om sygepleje, herunder Interaktionel sygeplejepraksis (2005), hvori hun beskriver fagets inder – og yderside.

[163] For en mere udførlig definition på sygepleje henvises til Virginia Hendersons (1897-1996) definition, som er anerkendt verden over: *Sygeplejerskens unikke funktion er at bistå den enkelte, syg eller rask, med at udføre de aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden (eller til at opnå en fredelig død), som han ville udføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje eller viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper ham til så hurtigt som muligt at blive selvhjulpen* (Harder, 2000).

denne dialektiske[164] udvikling forløber og om fokus for begge logikker stadig er på den samme sag. Hvis sagen er en anden kan det have implikationer for patientovergange. Det er dette analytiske perspektiv, der blandt andet vil blive inddraget gennem analysen for nærmere at indkredse, hvad der fremmer og hvad der hindrer professionelle overgange. Analysen vil foruden dette analytiske blik også have fokus på, hvorvidt det lykkes medforskerne at inddrage patienternes budskaber i deres samarbejde om at udvikle overgangene, men også hvordan de begrunder deres forslag og beslutninger og med hvilken faglighed.

9.3.1. Idealet om den rigtige sygepleje

Det er ofte i situationer, hvor mennesker mødes, og hvor der er noget afgørende på spil, at der sanses noget, der skaber en stemthed. I mødet med patienterne skabes der en stemthed, som berører medforskerne. Patienternes beretninger gør indtryk og efterlader en eftertænksom gruppe af medforskerne, som både bliver opmærksomme på, hvor sårbare patienterne er i overgangen, men også på, at der er noget typisk og genkendeligt hos alle 5 patienter.

> *Agnete (SS): " Der er nogle ting, der går igen. Man er presset i sit liv, man er bange, man er omtåget og man skal have pårørende som den anden plejer for at få tryghed… Ja, det har gjort indtryk på mig… "*

Ydermere bliver medforskernes egen rolle i overgangen medreflekteret og genstand for nye betragtninger. Er der noget, som de kan gøre for at lette overgangen for patienterne, og som de ikke har medtænkt i første omgang? Flere udtalelser tyder på det:

> *Filippa (SS): " Det er også noget, der har gjort et stort indtryk på mig, at de ikke husker de første dage. Fordi det er de første dage, at vi spørger om en masse og der tænker jeg, at vi skal blive bedre til at inddrage de pårørende og så spørge jer ovre på Intensiv. Ja… og så medindlægge ægtefællen. Det gør vi engang imellem, men det kunne vi godt blive bedre til. Det er nok godt givet ud et par dage eller tre. Og så tænkte jeg over det med tiden og klokken og det at få en døgnrytme. "*

> *Agnete (SS): " På Intensiv - gør I så det, at I siger; Godmorgen, nu er klokken 8 eller (…) nu er klokken 16 eller… nu går jeg hjem fra nattevagt? For det skal jeg måske til at gøre noget mere… altså fortælle, at nu er klokken (…) 14 og jeg går hjem om en time… sådan at de får en døgnfornemmelse…. "*

[164] Både Marx og Engels skelner mellem den metafysiske og den dialektiske tænkning. Den metafysiske er statisk og tænker i begrebsmodsætninger som fx teori/praksis og tanke/handling. Den dialektiske tænkning opløser begrebsmodsætninger gennem et dynamisk forløb med *tese* (position), *antitese* (modposition) og *syntese* (kvalitativ ny position (Stensmo, 2001:149).

> *Barbara (SS): " Der er et gab imellem, hvornår man fra patient og pårørende synes, at man er klar til stamafsnit, og hvornår man fra lægelig side mener, at patienten er klar. Måske skal vi være bedre til at forklare; Hvorfor er det, at vi synes, at din mand er klar til at komme på stamafsnit. Det er fra 2 forskellige virkeligheder, man ser det. "*

I ovenstående udtalelser signalerer medforskerne fra stamafsnit tvivl og usikkerhed om deres egen nuværende praksis, og deres udtalelser viser, at de er udforskende i forsøget på at finde frem til nye muligheder, for at skabe tryghed for patienten i overgangen. De åbner op for en reflekterende og medinddragende dialogisk proces med kollegerne fra intensiv om, hvordan de kan hjælpe hinanden med at skabe en god overgang for patienten. Refleksionerne fænger også hos medforskerne fra intensiv, som med udgangspunkt i deres egen praksis, tager imod invitationen til at indgå i refleksion over, hvad de kan bidrage med.

> *Bente (IS): " Jeg er blevet bekræftet i, at vi skal blive endnu skrappere og endnu bedre til at forberede patienterne på det, der kommer og afmonitorere (afmontere overvågningsudstyr red.) dem meget mere, så de får fornemmelsen af at være slangefri (…). Sætte meget tydeligt ord på overfor de pårørende og de (patienter), der kan medvirke til det, hvad det indebærer at komme videre. Det synes jeg, at jeg kan høre, at vi skal arbejde med at give slip… "*

> *Hanne (IS): (foregiver at tale til en patient red.) "Du må trække i klokkesnoren, når du synes, at du har behov for at blive suget - hvis det er én, der kan det selvfølgelig, ikke også. Prøve at vurdere, hvor meget man kan forlange af den her patient, og ligesom forberede dem på (…) at du til at tage lidt mere vare på dig selv og gøre opmærksom på dine behov. "Sisse (IS): " Vi kunne måske også brede vores tilsyn eller hvad man skal kalde det… vores besøg til patienterne (på stamafsnittene red.), … mere ud end bare lige til dem, der er allermest kritiske og har behov for helt konkrete ting, som at blive suget. Der kunne man måske godt overveje at brede det ud til… (andre patienter red.). "*

Som det ses af ovenstående forsøger medforskerne at tage udgangspunkt i deres egen praksis og reflektere over, hvordan de selv kan bidrage i processen omkring den samlede overgang. På den anden side, er nogle af medforskerne hurtige til at fremkomme med helt konkrete løsningsforslag, som det også ses i nedenstående dialog.

> *Vera (IS): "Jeg tænker på en seddel, man kunne have ved patienten. At den ene skal have en tudekop. Eller en anden, der fejlsynker, og at man derfor ikke bare kan sætte et glas vand. Eller, at der er én, der skal have klokkesnoren på den højre side. Få sådan noget skrevet ned på en seddel, så alle kan se det. Så den nye sygeplejerske eller assistent, der… "*

> *Lisbeth (SS): "Ikke sedler ude ved patienterne. Det dur ikke ude i sengeafdelingen. De bliver væk. Hvis I vidste hvor stort et problem det er (…). Der er rigtig mange ting, som vi også kæmper rigtig meget med, midt i alt det andet, at få med. Hvis I vidste, hvad vi har i forvejen. "*
>
> *Nora (IS): " Jamen det er jo en del af den grundlæggende sygepleje. Jeg fatter slet ikke… Er det ikke vigtigt… altså det forstår jeg simpelthen ikke… "*
>
> *Lisbeth (SS): " Jo det er også vigtigt, men jeg tror ikke, at I helt forstår, hvor mange andre ting, vi også skal gøre. Så bliver det sådan nogle ting, der bliver nedprioriteret… "*
>
> *Lisbeth: " Ja og vi bliver tordnet imod, at vi må ikke lave sedler for det ene og det andet. På det skema, hvor vi skal toks'e (TOKS[165]) dem (patienterne), der må vi ikke have lov at skrive deres døgndiurese (mængden af urin i et døgn red.), selvom det er det første lægen spørger om til stuegang. Altså hvor jeg tænker, at vi bliver dunket hele tiden i hovedet med alle de små løsninger, vi laver, fordi det er nemmere for os selv.*

Hvad der med et analytisk blik også er interessant her, er hvad parterne forstår ved den 'rigtige' (grundlæggende) sygepleje. Holm-Petersen et al (2006) har særligt fokus på en *lokal ideal-faglig identitet*, som er den måde, som sygeplejersker italesætter den 'rigtige' måde at udøve sygepleje på (ibid.):85). Denne sammenholder de med en *lokal praktisk-faglig* identitet, som er den fagidentitet, der kommer til udtryk fx gennem organiseringen af det daglige arbejde og grænsedragningen til andre grupper (ibid.). Jo længere anciennitet sygeplejerskerne har, des bedre er de til at beskrive og prioritere, hvad de finder er sygeplejerskens væsentligste opgave, hvilket forskeren tolker som en faglig modenhed (ibid.):85). Sygeplejersker vægtlægger plejen og omsorgen for patienterne, som deres kerneområde, mens de ikke forbinder behandling og administration med 'rigtig' sygepleje. Det modsiges i andre udtalelser, idet sygeplejersker betoner egen indsats i den lægefaglige behandling som central, ligesom de vægtlægger at have overblikket over patientens forløb (ibid.):89). Holm-Petersen et al (2006) finder, at der er uoverensstemmelse mellem sygeplejerskers ideal-faglige identitet og deres praktisk-faglige identitet, hvor tovholder - og koordineringsfunktionen er en hindring for at kunne yde den omsorg, som de i den ideal-faglige identitet har en forventning om (ibid.):168).
I en række overskrifter (i kursiv) nævner forskerne nogle forklaringer på uoverensstemmelser mellem ideal-faglighed og den praktisk-faglige identitet, som præsenteres i det følgende. I den herskende *produktionslogik* på hospitalerne, prioriteres behandling fremfor sygepleje, fordi så mange patienter skal igennem så hurtigt som muligt (ibid.). *Travlhed* og manglende tid kan være en barriere for at yde

[165] TOKS står for Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom.

omsorg, men kan også italesættes i et omfang, så det bliver selvforstærkende.[166] *Arbejdets organisering* er et stort problem, fordi sygeplejersker "*reagerer"* i stedet for at "*organiserer"* (ibid.):168). Det vil sige, at der bindes mange ressourcer i, at sygeplejersken lader sig afbryde for at koordinerer en mængde små og store opgaver for at 'få tingene til at glide' (ibid.). *Manglende overskud* til at yde omsorg. Arbejdspres, sygemeldinger, anstrengte relationer til læger, patienter og pårørende får sygeplejersken til at udskyde de opgaver, der kan udskydes og det går ofte ud over omsorgen, den gode samtale og de tætte patientrelationer. Denne uoverensstemmelse mellem sygeplejerskers ideal-faglige identitet og deres praktisk-faglige identitet skaber en *svag professionel faglighed* (Holm-Petersen et al, 2006:169). I den praktiske hverdag er det den nære omsorg, der bliver nedprioriteret (ibid.). Mange sygeplejersker angiver netop den tætte patientkontakt og arbejdet med mennesker som årsagen til, at de valgte faget. Holm-Petersen et al (2006) bekræfter således, at patienten indgår i sygeplejerskens selvforståelse og faglige identitetsopfattelse:

> *" Patienten fungerer som et spejl på sygeplejerskens arbejde. Patienten er et spejl, hvori sygeplejersken kan se sig selv som hjælper og 'engel', men patienten er samtidig også et spejl for sygeplejerskens følelse af utilstrækkelighed, skyld og hendes egen frygt for sygdom og død " (Holm-Petersen et al, 2006:151).*

Andre forskere påpeger ligeledes dilemmaet i sygeplejerskers professionalisme. Kupferberg (1999) har i et forskningsprojekt undersøgt unge nyuddannede sygeplejerskers baggrund for at vælge faget og deres møde med virkeligheden. Sygeplejerskerne oplever et realitetschok i mødet med det praktiske arbejde, som opleves både anderledes og langt hårdere end de havde forstillet sig. Igennem uddannelsen er der qua fag som etik, sygepleje- og omsorgsteorier fokus på plejen og omsorgen for patienten, men virkeligheden levner ikke tid til dette fokus. Kupferberg (1999) finder, at den professionsorientering, der foregår gennem uddannelsen kolliderer med den kaldsopfattelse, der stadig eksisterer; i særlig grad på hospitalerne, som han mener er indrettet helt på "*lægevidenskabens professionsunivers*. " (ibid.:177). De sygeplejersker, han interviewer har næsten alle oplevet en nedtur efter, at de har afsluttet uddannelsen og er påbegyndt et arbejde, som de oplever er indskrænkende for at føre et normalt familie – og fritidsliv (ibid.). Han mener ikke, at det er den erhvervede professionsidentitet i uddannelsen, der er problemet, idet den er et udtryk for den forventning og udvikling, der ekspliciteres gennem blandt andet cirkulærer, uddannelsens bekendtgørelser og dermed også fagets yderside (ibid.). Derimod ser han det som et problem, at professionstanken ikke sætter sig igennem på hospitalerne, hvor dårlig normering, ubekvemme arbejdstider og en øget

[166] Samme fænomen italesætter en sygeplejestuderende i et nyligt udkommet nummer af fagbladet; *Sygeplejersken*. Under overskriften: *"Vi skal ud af den misforståede travlhedskultur*", erkender en sygeplejestuderende, at der er mange sygeplejersker, der har rigtig travlt, men at der også er en fare for, at sygeplejersker kommer til at adaptere et sprogbrug om travlhed. Hun opfordrer sygeplejersker til at skelne mellem "*om vi virkelig har alt for travlt, eller om vi bliver revet med på, at vi har alt for travlt.* " (Pedersen; 2017; (4): 16)

arbejdsbyrde, er en reminiscens fra tidligere tiders kaldsideal (Kupferberg, 1999). Dette modsætningsforhold er ødelæggende for faget og for samfundet, hævder han, da det vil medføre rekrutteringsproblemer, og at mange sygeplejersker vil forlade faget. Det, der er særligt interessant i denne sammenhæng er, hvordan sygeplejerskerne selv mestrer dette dilemma. I begyndelsen af deres karriere accepterer de, at de ikke kan få job på den afdeling eller indenfor det speciale, som er deres ønskedrøm, og hvor de forventer at kunne "*koncentrere sig om den enkelte patient*" i stedet for at være "*en sygeplejerske om ti patienter*" (Ibid:134). I stedet må de tage 'til takke' med de medicinske eller psykiatriske afdelinger, som de mener, har den laveste prestige. I denne periode vælger mange at få børn, fordi det giver "*et tiltrængt pusterum* " og " *fordi de på denne måde lettere kan legitimere overfor sig selv og arbejdspladsen hvorfor der ikke kan forlanges så meget af dem fremover* " hævder Kupferberg (ibid.:176). Det bekræftes i det individuelle interview med en afsnitsledende fra stamafsnit (undersøgelsesfasen): "

> *" Vi har nogen (...) af dem, der kommer tilbage fra barsel, med flere små børn, jamen så skal de ikke være et sted, hvor de har så mange vagter. Så har vi et par stykker som er rejst videre til i forhold til specialuddannelser og anæstesi, intensiv (...) På den måde så er vi jo også et uddannelsessted og rekrutteringssted til de… til de specialer og det er jo helt naturligt. Der har bare været rigtig meget af det. "*

De unge sygeplejersker bliver således en del af et internt hierarki mellem fagfællerne, hvor det ligger implicit, at man starter med det lavest rangerede arbejde, for derefter at bevæge sig op i hierarkiet, hvor det mest prestigefyldte er operations – og narkosesygeplejersker (ibid.). Et arbejde, som er tæt på lægerne.

9.3.2. Dilemmaerne mellem inder – og yderside

En medforsker italesætter det dilemma, som både Kupferberg (1999) og Holm-Petersen et al (2006) beskriver:

> *Ella (SS): " Altså når vi bliver ved at tale om det statusark, så er det også fordi vi har talt om, at intensiv patienter skal have fortrinsret og så videre, men vi har også andre patienter, som er enormt komplekse, hvor der er enormt mange plejeopgaver ved også, som ikke kommer fra intensiv. Så er det vigtigt, at vi har de her ting på plads. Ja, at det bliver endnu mere tydeliggjort, hvad der er vigtigt for lige netop den her patient, for jeg har jo også… om aftenen har jeg 14 andre patienter, hvor der måske er 5 andre, der også skal have sondemad… som også skal have IV (intravenøs medicin red.) og som vi også skal have målt udvidet væskebalance på og så videre… "*

Ella forsøger her at fastholde realiteterne. Hun tænker på de vilkår og forhold, der er i dagligdagen på hendes afsnit, og som hun ikke kan forestille sig, kan hænge sammen med at give én af patienterne særlige 'fordele'. Hun foreslår derfor, at det i journalen er noteret, hvilke særlige behov patienten har, så hun ikke skal i gang med at

undersøge det, når patienten ankommer. I den ideal-faglige identitet vil sygeplejersker gerne fokusere på omsorg og sygeplejen, kernefagligheden og have tid til den gode samtale. Det bliver skubbet i baggrunden til fordel for realiteterne.
Ella er optaget af, hvordan hun hurtigst muligt kan danne sig et overblik over de 15 patienter, som hun har i en aftenvagt. Derfor bliver det vigtigt for hende, at det kortfattet står beskrevet, hvilke behov intensivpatienten har, og som hun med rette må formode, at IS har kendskab til. Det kan dermed se ud som om, at nogle af barriererne for den professionelle overgang ligger i videndelingen om patienten, men også organiseringen af arbejdet, hindrer SS i at få tid til at sætte sig ind i patientens situation.
Igennem Martinsen omsorgsteori (2012) og de empiriske studier af sygeplejerskers profession og fagidentitet (Kupferberg, 1999; Holm-Petersen et al, 2006) ses det, at sygeplejersken kan opleve et pres og et dilemma gennem fagets egen inderside, som stiller krav om den nære omsorg for patienten. En inderside, der også stiller krav til pligtopfyldenhed qua fagets egen historik om kaldstanken, men også ydersiden har forventninger og krav om pligtopfyldenhed overfor de organisatoriske strukturer i det patriarkalske lægeunivers. Fagets yderside presser således yderligere sygeplejerskens professionalisme. For at uddybe denne tese, vil jeg foretage en ekskursion til den udvikling, der er sket med fagets inder - og yderside og som er introduceret indledningsvis.
Fagets inderside og dets egenlogik er de værdier, teorier og den praksis, der er indlejret i faget, og som fagets udøvere dels får internaliseret gennem uddannelsen og dels igennem de handlinger, holdninger og opøvelse af færdigheder, der udspilles i den lokale praksis (Scheel, 2005; Sørensen, 2006). Faglighed og professionalisme er rettet mod sagen eller genstandsområdet,[167] som er syge og lidende mennesker, der har behov for professionel omsorg, pleje og behandling (Sørensen, 2006). Sagens interesser varetages af folkevalgte politikere, som på samfundets vegne, er forpligtet på at skabe de bedst mulige betingelser for, at de syge og lidende kan modtage denne pleje og behandling. Ifølge Sørensen (2006) foregår der en kontinuerlig dialektisk proces mellem et fags inderside og dets yderside, såfremt begge parter er enige om, hvad der er sagen (ibid.):25). Den dialektiske proces kan trues, hvis indersiden retter sig mod noget andet end sagen. Ifølge Fink skal:

> *"Saglighedens krav (...) i princippet altid være overordnet fagligheden "(1982:63).*

Det betyder, at sagen (den professionelle omsorg for patienterne) altid har forrang. Ifølge Holm-Petersen et al (2006) og til dels Martinsen er der forhold, der peger i retning af, at sygeplejerskerne har et andet hovedfokus end patienternes pleje og omsorg. Der er således noget, der kan indikere, at faget har en anden sag end den, som fagets yderside efterspørger og honorerer. På den anden side er spørgsmålet, hvad ydersiden aktuelt efterspørger. På fagets yderside er der sket en udvikling til en produktionslogik, der ekspliciteres i direkte termer, med termer som

[167] "*Genstandsområde betegner det, som en faggruppe i deres arbejde står overfor. "* Genstand stammer fra det tyske gegenstehen; står overfor (Scheel, 2005:101).

produktionsstigning, bedre service på hospitalerne, flere og kortere indlæggelser (Sygeplejersken, nr. 1, 2017).
Fra politisk hold signalerer man dermed en produktions – og effektivitetslogik, hvor det handler om at imødekomme efterspørgslen hos flere og flere multisyge og komplekse patienter. I forsøget på at efterkomme efterspørgslen og i vægringen imod at prioritere imellem det offentliges tilbud, forsøger politikerne at indføre ens behandlinger gennem forløbspakker, udredningsgarantier mv. Indenfor en sådan produktionslogik er der ikke plads til at skabe et relationelt forhold til patienterne. En produktionslogik er underlagt markedsøkonomiske vilkår forstået på den måde, at det bliver efterspørgslen, der definerer hvilket udbud, der skal være indenfor sundhedssektoren. De, der ikke efterspørger noget, er de allersvageste patienter, der ikke evner eller magter at stille krav. Det er de psykisk syge, de svage ældre og patienter, der ikke kan klare sig selv etc. I stedet bliver det dem, der i forvejen har ressourcerne, og som kan markere sig og stille krav, der får del i de begrænsede midler.
På denne måde bliver det, som fra politisk hold i første omgang er et besnærende ønske om lighed til ulighed, idet ressourcerne ikke er uendelige. Fagets yderside har således flyttet sig fra det, der oprindeligt var sagen, nemlig pleje og behandling med udgangspunkt i den enkelte patients behov, sygdom og lidelse til et mere generelt tilbud i form af pakkeforløb, screeninger mv. Hvis der fortsat skal være tale om en dialektik imellem inder – og yderside er indersiden nødt til at underlægge sig produktionslogikken og den markedsøkonomiske tænkning. Dermed lægger indersiden også afstand til lighedstanken, og borgernes grundfæstede tillid til, at velfærdssystemet træder til hos dem, der har allerstørst behov. Det er blandt andet dem, der har været sagen i sygeplejefaget. Thomassen & Larsen (2015) pointerer dette klart:

> *"Udfordringen ligger ikke i, at patienterne er blevet for krævende, eller at sygeplejerskerne er umoralske eller for dårligt uddannede til at matche deres behov. Udfordringen er, at de oparbejdede og kropsliggjorte forestillinger om sygepleje – som indebærer øjenkontakt er – i tiltagende modstrid til de konkrete og manifeste krav, der stilles til udførelsen af arbejdet " (Thomassen & Larsen, 2015:87).*

I Thomassens & Larsens (2015) perspektiv udsættes sygeplejerskernes faglighed for en "dobbelt devaluering". På den ene side har hun en forvalterposition[168] i det medicinske felt. En position, hvor hendes rolle er mere rettet mod det behandlingsmæssige og lægens behov end patientens behov. Det kommer også til udtryk i Holm-Petersen et al's undersøgelse, hvor en sygeplejerske pointerer:

> *"Vi bruger utrolig meget tid, synes jeg, på at huske lægerne på nogle ting, som man måske allerede har sagt én gang: Jamen husk nu også, at der var den samtale, husk nu også det der medicin, der skulle*

[168] Der henvises til Kristian Larsens ph.d. afhandling (1999): Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider.

> *ændres, husk nu også det skulle det der tilsyn… og det er en utrolig, tåbelig ting at bruge tid på " (Holm-Petersen et al, 2006:125).*

På den anden side har den økonomiske og bureaukratiske diskurs udviklet nye typer af sygeplejersker, der ikke er formet af tidligere dispositioner om omsorg og nærvær, men som kan opleve en anden faglighed gennem tjeksystemer og måling og vejning[169] (Larsen, 2015). Spørgsmålet er om denne "devaluering" sætter sig igennem medforskernes tilgang til sagen og i så fald, hvordan den sætter sig igennem, og dermed også om denne devaluering kan udgøre en barriere for at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange. I den analytiske bearbejdning af materialet er der noget, der kan tyde i retning af, at forvalterrollen stadig er aktuel, og hvor SS har så mange opgaver, at de føler det svært blot at få aftalt et møde med IS, som denne medforsker udtrykker det:

> *Betina (SS): "På de gode dage, der vil det godt kunne lade sig gøre. Men der er også dage, hvor det er så hektisk, at det ikke kan, men det er fra dag til dag. Man kan da godt have det som intention. "*

Blandt medforskerne spores der ikke en ny type af faglighed, som den Thomassen & Larsen (2015) refererer til ovenfor, hvor sygeplejersker gerne vil slippe for den tætte relation til patienten og at yde omsorg. Det er ikke den faglighed som medforskerne italesætter. Både i første og anden workshop er sygeplejerskerne optagede af at være der for patienten og sætte patienten i centrum, som de flere gange italesætter, som deres fælles tredje[170]:

> *Sandra (SS): "Patienten er jo vores fælles tredje, kan man sige, hvor vi er nødt til at finde ud af det bedst mulige… "*
>
> *Pernille (IS): " Men også det, som jeg har lært om personen og patienten i min pleje af patienten, at jeg får det givet videre, så det følger patienten videre. "*
>
> *Barbara (SS): "Det symboliserer fællesskab og at vi er sammen om det her et fælles mål; patienten. "*

[169] For nærmere inspiration se Jorunn Andrea Brænd's ph.d. afhandling(2014): "Nær penger og patienter". I sit empiriske studie finder hun en ny type af sygeplejersker, der har en anden faglighed og som er lettede over at kunne undgå patienternes følelser og i stedet at kunne optræde med det, som de forstår som en professionel distance. Et andet fund er, at patienterne er blevet bevidste kunder, som får bedre behandling og information. Det bliver de svageste patienter, der taber indenfor den markedsøkonomiske tilgang.

[170] Når medforskerne omtaler patienten, som deres fælles tredje, kan det muligvis forvirre læseren. Det er min opfattelse, at medforskerne tænker i, at patienten indgår i en trekants-relation, hvor den ene part er patienten, den anden er SS og den tredje er IS. Der ligger således ikke nogen rangorden indlejret i 'det fælles tredje'.

Helene (IS): "Der er en patient, der ligger i sengen og der er faktisk både en sygeplejerske og pårørende, der inde på stuen og der er hjerterum og medmenneskelighed. "

Barbara (SS): "De skal ligesom give patienten et indtryk af, at der er håb for mig, at der er nogen, der tager sig af mig. Det, der er essensen er, at opleve tryghed og nærvær og at der er styr på det, og der er nogen, der er ved mig. "

Filippa (SS): Hvis det er mig, der tager imod. Så vil jeg gerne, at der er mig, der er omkring patienten, og at de ser mit ansigt, og at det er mig, der følger op på det.

Som det ses af ovenstående er sygeplejerskerne stadigt optaget af omsorgen for patienterne, som de anskuer som genstand for deres faglighed. I stedet bekræftes Martinsens (2012) og Holm-Petersen et al's (2006) fund om dilemmaer mellem forpligtelser overfor systemet versus forpligtelser overfor patienten.
Hvis vi opsummerer ovenstående og sætter det ind i den aktuelle aktionsforskningsproces, hvor medforskere fra både intensiv og stamafsnit skal bidrage til at udvikle professionelle overgange ses det, at dialogerne og samarbejdet tydeligt afspejler dilemmaerne mellem fagets inderside og yderside. På den ene side har IS gode betingelser for at indgå i en tæt relation til den patient, som de har ansvaret for. De er bærere af ideal-fagligheden, som de har en forventning om vil fortsætte, når patienten overdrages til kollegerne i det videre forløb i systemet. På den anden side er SS også uddannet til og bærere af ideal-fagligheden, som de genkender i mødet med patienterne på workshoppen.
Imidlertid er SS i tiltagende grad underlagt en anden praktisk-faglighed, som sætter sig igennem fra fagets yderside og som har påført dem en utilstrækkelighedsfølelse. Fra ydersiden er der gennem en produktionslogik fokus på lige tilbud til alle patienter. Noget, der kolliderer med ideal-faglighedens opfattelse af, at hvert menneske er unikt og ikke kan behandles som 'et nummer i rækken', som praktisk-fagligheden alligevel søger at honorere, stærkt presset af indersidens egen historik om kaldstanken og pligtopfyldenhed overfor de organisatoriske strukturer i det patriarkalske lægeunivers. I mødet med patienterne bliver dilemmaet mellem den ideal-faglige og praktisk-faglige praksis synligt for både SS og IS.
Medforskerne søger pejlemærker og retning og dykker ned i det helt nære og konkrete. Et stykke papir, der skal oplyse om, hvilke behov patienten har, når han kommer til stamafsnittet. Aktionsforskningsprocessen skaber dermed synlighed om hvilke barrierer, der er for, at overgangen kan blive professionel. Spørgsmålet er om medforskerne kan vende denne barriere og samtidig skabe sikkerhed og sammenhæng i overgangen. Det undersøges i de følgende dialogiske processer.

9.4. Fælles følgeskab i dialogiske processer

Igennem den anden del af aktionsforskningsfasen gennemgår medforskerne en cyklisk proces, der måske i teorien forløber kontinuerligt cirkulært, men som i praksis bærer præg af skiftende perioder, der veksler imellem udvikling og handling, men hvor der også af og til spores stilstand, handlingslammelse og sågar tilbageskridt. Der er perioder, der er præget af engagement og energi, men også perioder med usikkerhed og rådvildhed (Dewey, 2005).
I de første faser, hvor medforskerne skal anskue problemerne med sammenhæng og sikkerhed i overgange i relation til deres egne erfaringer, skal de samtidig også lære hinanden at kende, og dele deres overvejelser og refleksioner med 'nye' kolleger, hvoraf der er nogle, som de kun har et overfladisk kendskab til. I dette forløb skal de også planlægge, udvikle og skabe noget sammen. I første omgang illustreret gennem noget abstrakt i en kreativ proces. Alles udgangspunkt er derfor det samme. Ingen af os, hverken forsker eller medforskerne kan på forhånd til fulde vide, hvad vi har indladt os på, og hvad forløbene i den cykliske proces vil udvikle sig til. Alle har dog tillid til, at gensidigheden i det fælles engagement vil kunne bidrage til at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle overgange.

9.4.1. Metaforer som katalysatorer

På den indledende workshop er der fokus på det eksperimenterende -, det legende - og det kreative element. Der er ikke noget, der er rigtigt eller forkert. Alt er på sin vis tilladt, også at begå fejl. Uden begrænsninger i samarbejdet er der lagt op til, at medforskerne kan være udforskende og afprøvende og inddrage hinandens gensidige fortolkninger omkring overgange (Dewey, 2005; Greenwood & Levin, 2007). Det ansporer til bidrag fra forskellige positioner og perspektiver. Der bliver skabt en synergieffekt i hver gruppe,[171] som også breder sig og inkluderer de øvrige grupper. Synergieffekten kan illustreres gennem den første udtalelse fra en medforsker, som afføder lignende udtalelser fra andre medforskere:

> *Vera (IS): Jeg er overhovedet ikke kreativ, men jeg kan hækle, og så blev vi enige om, at jeg kunne hækle den røde tråd.*
>
> *Hanne (IS): Vi snakkede også om samarbejde, som er symboliseret af den røde tråd her, som vi snakkede om går igen og er med til at binde det hele sammen.*
>
> *Barbara (SS): Og så den røde tråd (…) er et stærkt symbol (…). At der er noget kontinuitet og noget genkendelighed og på en eller anden måde et fælles fodslag, så patient og pårørende ikke oplever, at det er 2 afdelinger, der arbejder hver for sig.*

[171] Som beskrevet i afsnit 7.2. er medforskerne inddelt i 4 grupper bestående af sygeplejersker fra både stamafsnit og intensiv i den første workshop og i andre grupper i den anden workshop.

> *Pernille (IS): "... Og så er der den her (...) røde gennemgående tråd, der ligesom skal være bindeleddet fra intensiv afdelingen over til stamafdelingen. (...) den implicitte og eksplicitte viden omkring patienten. At der kommer så meget med af den fælles viden, som vi har, at den bliver delt af os alle, så det kommer patienten til gode i hele forløbet. "*

Medforskerne tager ret hurtigt symbolet med den røde tråd til sig. Den røde tråd bliver et symbol på samarbejde og sammenhæng. Det kommer til udtryk gennem tilbagemeldinger fra de øvrige grupper, men italesættes også med mellemrum i de efterfølgende grupper og workshops. Særligt i den første workshop anvendes der mange metaforer på områder, der dækker over samarbejde, sammenhæng og fællesskab.
Netop samarbejde og fællesskab er nøgleord i Deweys tænkning, hvor han uddyber hvad et fællesskab er:

> *Hvis (...) alle var bevidste om det fælles mål og alle var så interesseret i det, at de ville regulere deres specifikke aktiviteter med henblik på dette mål, ville de udgøre et fællesskab (Dewey, 2005:26)*

I denne udtalelse ligger ikke kun fællesskabet, men det, der udgør kernen i et fællesskab, nemlig engagementet og viljen til at arbejde mod det fælles mål. Igennem workshops ses medforskernes interesse og ønske om at arbejde mod det fælles mål; om sikre og sammenhængende patientovergange. Det italesættes igennem medforskernes dialoger, at det er en fælles sag, et fælles tredje, som de skal arbejde sammen om. Der er konsensus omkring målet, men "*konsensus kræver kommunikation*," hævder Dewey (2005:26). Derfor er det afgørende, at der skabes rum og rammer for, at kommunikationen kan flyde uhindret igennem dialogerne mellem medforskerne. Dewey italesætter dialogen som en udvidelse af sin erfaring, hvor det:

> *" At være modtager af kommunikation er ensbetydende med at få en udvidet og ændret erfaring. Man delagtiggøres i, hvad en anden har tænkt og følt, og ens holdninger påvirkes mere eller mindre af dette " (Dewey, 2005:27).*

Dermed mener Dewey, at vi gennem et engagement i hinandens erfaringer og holdninger forsøger at koble det sagte til vores egen erfaring; bearbejde det gennem vores egen forståelse og derefter med omhyggelighed søge at formulere, hvad den andens budskab har sat i gang hos os. Det er en meget energikrævende proces, som *"udvider og oplyser erfaringen. Den stimulerer og beriger fantasien "* (Dewey, 2005:27). Det er også derfor Dewey anser kommunikation som kunst og fællesskabet som dannende (ibid.).
Umiddelbart vil medforskerne formentligt ikke karakterisere deres kommunikation i dialogerne som kunst. Ikke desto mindre taler medforskerne ofte i billeder, når de skal beskrive, hvordan en vellykket overgang skal være. Et sådant billedsprog kan udtrykke mere end det abstrakte sprog, som ofte savner klangbund og stemninger. Heron (1996) betoner betydningen af den mere kreative tilgang til arbejdet i

aktionsforskningsprocessen. Særligt i de første faser vil brugen af digte, fortællinger, rollespil, tegning og metaforer være udviklende for det dialektiske samspil, der skal bære engagementet gennem hele forskningsprocessen (ibid.). Metaforer er kraftfulde til at skabe billeder, der kan bevæge og skabe resonansbund hos medforskerne. Gennem billedsprogets fortælling i metaforen, skabes der en genkendelse hos medforskerne, som gennem sin involvering bidrager til at udvide metaforen. Medforskerne tager gennem deres engagement ejerskab til fortællingen og kommer dermed til selv at indgå i beretningen. Det er en af måderne hvorpå et praksisfælleskab tager sin begyndelse. Medlemmerne af fællesskabet får "fælles referencepunkter", ifølge Wenger (2004:101). Igennem dialogen i det følgende adapterer medforskerne metaforen om en båd og det ses, at det maritime sprogbrug går igen i dialogprocessen. Medforskerne har fået fælles referencepunkter (ibid.).

> *Vera (IS): " Vores båd. Det er vores overflytning. Der stopper man lige op inden vi sejler. Der tager man lige redningsvesten på og er klar, så patienten er klar, afdelingen er klar, vi er klar. Så der ikke er for høje bølger, når vi sejler over. (Så) sørger man jo for, at masten og riggen er som den skal være, og alle har vest på. Hvis der er én, der siger, at jeg kan ikke lide, at vi sætter sejl, så gør man det ikke. "*
>
> *Pernille(IS): "Og det er kun en envejs. Der er ikke returbillet på… Målet er, at det går godt, at vi kommer sikkert i havn. "*
>
> *Barbara (SS): "Symbolet med det rolige hav, springer os i øjnene. Altså det her med, at man forsøger at bevare det rolige hav. "*
>
> *Hanne (IS): "Båden er lidt ude på gyngende grund (...) Det er en skrøbelig periode i patientens liv, kan man sige; i den periode, hvor man går fra den ene afdeling til den anden, så man er på gyngende grund. Men det med, at man får forventningsafstemningen, så er vi sikker på, at den nok skal komme sikkert i havn. "*
>
> *Karina (IS): "De der akutte overflytninger. Der kan det i hvert fald være svært at sikre sig, at alle er med og alle er klar. Og det er måske der, at sejlturen over (...) nogen gange bliver lidt for urolig, når det nogen gange sker klokken meget sent om aftenen (...) Så er det måske ikke engang sikkert, at der er redningsveste med til alle. "*

Som det ses af ovenstående har metaforer en medierende funktion, *" ... der udvider rækkevidden af den rent umiddelbare erfaring og giver den en uddybet betydning "* (Dewey, 2005:248)
Igennem medforskernes kreative udfoldelser påbegyndes der en udvikling af deres forståelse af sig selv og hinanden. Medforskerne begynder at handle på hinandens tvivl, forståelser, forslag og overvejelser. Det er de handlinger, der skaber fremdrift og udvikling. Ifølge Dewey (2005) indgår der to karaktertræk ved den eksperimentelle metode. Det ene er, at vi ikke kan kalde noget for viden, medmindre vores handlinger har skabt nogle fysiske forandringer, der er i overensstemmelse med det mål, vi har

sat os (ibid.). Det andet karaktertræk er, at det, vi skaber skal være nyttigt i forhold til at kunne forudsige hvilke mulige virkninger, handlingen kan have. Ikke, at der kan forventes en præcis forudsigelse. Det er jo et eksperiment, så der kan også forekomme sideeffekter, som overrasker; men da der er tale om en afprøvning af plausible muligheder, vil eksperimentet angive retning og korrigerer vores planer i lignende situationer (ibid.). I legen identificerer medforskerne sig med hinanden og oplever, at de skaber noget sammen. Samtidig er de også bevidste om, at de må arbejde på at udvikle noget, der giver mening, og som kan anvendes i den daglige praksis. Kun derved opnår deres fælles udfoldelser relevans.

9.4.2. Revurdering af forslag til handlinger

Skabelsen af mening bliver for alvor tydeliggjort, da de møder patienter og pårørende ansigt til ansigt og hører deres oplevelser og fortællinger fra deres indlæggelser. Det får medforskerne til se på deres eksperimenter med nye øjne:

> *Karina (IS): "Noget af det, jeg er blevet berørt af er, hvor dårlige de også oplever sig selv stadigvæk, når de bliver flyttet, som omtumlede psykisk - og medicinpåvirkede, hvor vi har siddet og drøftet om en udskrivningskonference kan være med til at give en bedre overgang… og hvilken rolle patienterne skal have selv. Hvor jeg kan godt mærke, at det er vigtigt, at vi holder os for øje, at de stadig er i så dårlig en tilstand… at de selvfølgelig kan være med… men det er da os som plejepersonale, der i høj grad stadigvæk er deres advokater, indtil de kan tale deres egen sag. "*
>
> *Agnete (SS): " De taler om, at de er meget omtågede og uklare. Det er gået hen over hovedet på dem hvem, der havde været inde på stuen. Det siger meget om, hvor meget de egentligt er med og hvor meget, vi kan forvente, at de egentligt forstår. Så den der overflytningskonference, der tror jeg også, at det er meget de pårørende, der er på og som kan gentage overfor patienten; i morgen skal du afsted…. "*
>
> *Nora (IS): " Selvom vi synes, at vi har god kontakt, den sidste dag, inden vi flytter patienten… så kan de ikke genkende én, når der er gået et par dage. Det viser jo bare hvor lang tid, der går inden den bevidsthed vender tilbage, inden man kan huske. "*

Medforskernes møde med patienterne foranlediger en revurdering af deres tidligere forslag. De må igen i gang med de refleksive dialogprocesser. Det er processer, der kræver, at de er afsøgende og udholdende (Madsen, 2000). Der er ingen lette og hurtige løsninger. De skal udfordre sig selv og hinanden i de mange refleksionsprocesser og tåle uenigheden i forsøget på at forstå den andens verdensbillede (Hein, 2005). Dialogerne fordrer en kritisk refleksivitet og brud med

den vanlige forståelse af overgange henimod en ny proces, der skal skabe ny viden og erkendelse (Madsen, 2000). I den proces er der mange forhindringer og det kan af og til være svært at se mulighederne, som denne medforsker slående udtrykker det:

> *Barbara (SS): " Det er jo også det, vi har talt meget om på denne og sidste workshop. Den her store kløft mellem intensiv og stamafsnit. Alt det her, der burde være imellem. Det er en rigtig svær opgave at løfte. "*

Igennem dialogerne på den første workshop var medforskerne nået frem til de overordnede mål for 3 handleplaner,[172] som allerede var blevet præsenteret på dialogmøder på de involverede 9 afsnit. Den proces bliver nu rullet tilbage for i dialogen indgår der både en proces og et 'produkt'. Straks vi tror, at vi er enige om det fælles 'produkt', kan det vise sig at være afsæt for endnu en proces (Madsen, 2000). I dette tilfælde en overflytningskonference, hvor patienten er aktiv og ligeværdig medspiller, men hvor mødet med de tidligere patienter sår tvivl om, hvor meget patienten kan inddrages i beslutningerne. Medforskerne inddrager her patienternes udsagn i deres proces. Medforskerne bliver klar over, at patienterne generelt husker meget lidt både i forbindelse med selve overgangen og de efterfølgende dage. Det kan derfor blive uværdigt for patienten, dels at blive inddraget i en kompliceret beslutningsproces, og dels at sygeplejersken foregiver, at patienten har medbestemmelse i nogle forhold, som patienten måske reelt ikke kan tage stilling til. Medforskernes overvejelser om i hvilken udstrækning patienten kan inddrages i beslutningen om overgangen viser således, at de gør sig etiske overvejelser om, på hvilken måde patientinddragelsen skal foregå. Samtidig medtænker de, patienternes udtalelser om deres omtågede tilstand, deres angst og utryghed.

9.4.3. Dialogen om rapporten

Medforskernes søgen efter at opnå gensidig forståelse og fælles retning, sætter gang i flere meningsforhandlinger i dialogen. Det gælder også det tema, der omtales som 'rapport'. I overleveringen af en patient er det kutyme, at IS fortæller SS ansigt til ansigt, hvordan patientens tilstand aktuelt er og i mindre omfang, hvad han har været igennem. Denne proces oplever SS som problematisk. Dels er det en tidskrævende proces, dels oplever de at skulle forlade patienten straks, når denne er ankommet, for at gå ud og modtage rapporten fra IS. Samtidig har de etiske overvejelser om det hensigtsmæssige i at kunne modtage rapporten på stuen hos patienten, hvis der er medpatienter, eller hvis patienten er delirøs. Igennem dialogen er der mange synspunkter i spil og pludselig er der en medforsker, der lancerer en idé, som de næsten alle kan tilslutte sig:

> *Tove (IS): (...) " Hvis det er en 4-sengsstue, der holder den proces tilbage, for at rapporten kan gives sammen med patienten. Så kan den,*

[172] Handleplanerne har som overskrifter: "Overflytningskonference"; "Videndeling" og "Den positive tilgang". Handleplanerne præsenteres mere indgående i slutningen af dette kapitel.

der skal modtage rapport, komme til os, få rapporten og så følges vi over, for vi har jo næsten altid mulighed for at være på en enestue. "

Sandra (SS): "Så tænker jeg bare om det er en mulighed, igen det der med, at man går fra… "

Agnete (SS): "Du bruger tiden alligevel, ikke… du kan ikke lave noget andet samtidig…. "

Karen (IS): "Så har du jo fået rapporten. Du har set patienten og sådan nogen ting… så vil man undgå at få det slip, (…) med, at så skal du gå ud og få rapporten. Så kan du blive hos patienten. "

Tove (IS): "Rapporten er jo ikke længere. Det er den samme tid, det handler om. Der er bare ingen telefon, der ringer. Det kan blive mere roligt for den, der skal modtage, fordi der ikke er… "

Lisbeth (SS): "Men vi går jo med telefonen i lommen hele tiden… "

Sandra (SS): " Jeg kan godt forestille mig, at det kommer en tendens til at rapporten vil bliver længere så, når man kom fysisk over på intensiv. Man skal bare have in mente, at jeg ikke kan sidde der en halv time til 3 kvarter. "

Barbara (SS):"Man behøver så ikke at vente på portører. Så når man har talt, kan man gå tilbage. "

Sisse (IS): "Nogen gange kan overflytningen trække ud, og I snakkede om, at man kan sidde og vente som modtagersygeplejerske, hvis vi nu bliver forsinkede. Det vil man så være ude over det med forslag. "

Umiddelbart er der stor lydhørhed overfor denne idé fra begge parter. Medforskerne kan godt se potentialet i at opnå flere fordele i én og samme arbejdsgang. Patienten på intensiv kan få sat et ansigt på én af de sygeplejersker, han skal over til. Samtidig kan de to parter videndele om patientens situation, og IS kan informere og vejlede SS i de forskellige dræn, drop og medicin i rolige rammer uden forstyrrelser. Ydermere kan SS være hos patienten, straks han ankommer på stamafsnittet. Af dialogen fremgår det, at det hovedsagelig er de faglige overvejelser, der er i overtal hos begge parter. Der er fokus på sygeplejefaglige og etiske overvejelser og patientens behov søges inddraget. Afslutningen på dialogen bliver da også at prøvekøre idéen i en forsøgsordning.
I ovenstående dialog fornemmes der dog forbehold hos enkelte af medforskerne. Dette forbehold kommer også til udtryk på den anden workshop.
Nu er der flere SS, der åbenlyst vægrer sig ved denne model. Ved workshoppens afslutning, udspinder der sig da også en dialog imellem to SS og en IS, som illustrerer dilemmaerne, forpligtelserne og utilstrækkelighedsfølelsen hos SS og som endnu engang kan vise sig at være en barriere for at nå målet om sikre overgange.

Nora (IS): "Hvad er grunden til, at I ikke kan komme over til os og få rapporten. Det tager jo den samme tid."

Betina (SS): "Ja men for det første tager det tid at komme derover plus, at de forstyrrelser… altså nogen gange er jeg nødt til at blive på afdelingen. Der er sommetider vikarer. "

Ella (SS): " Tit er vi kun én sygeplejerske og én assistent… "

Betina (SS): " og hvis så der kun vikarer tilbage, så har vi bare ikke den mulighed. "

Ella (SS): " Vi kan jo også have andre dårlige patient som vi ikke kan gå fra."

Nora (IS): " …men kan I ikke se, at I bliver forstyrret hele tiden. Men de 20 min. eller hvis vi strækker den til 25 min. fra du går hjemmefra (fra afdelingen red.) til du kommer tilbage. Er der så ikke mulighed for selvom man er minimal bemandet, at man kan dække for hinanden. Eller er det bare utopi? "

Ella (SS): " Nej, Det er sådan det er blevet. Da jeg var studerende på den afdeling (for 3 år siden red.). Der var der 2 sygeplejersker og 1 assistent i hvert team. "

Nora (IS): " Det er det, jeg siger; måske har man strakt sig for langt. Er det helt sikkert, at lederne de ved… (hvad der foregår red.) altså. "

Bettina (SS): Ja… Sidste år, da der var ansættelsesstop, der var der 9, der sagde op og vi fik 3 nye. Sådan er forholdende bare…

Ella (SS): Vi har sendt breve til klinikledelsen og alt muligt, men det har ikke hjulpet. Så det er de vilkår, vi arbejder under…

Igennem ovenstående dialog er IS tydeligt uforstående og forsøger gentagne gange at finde en åbning, der muliggør en løsning på en uforstyrret rapport. Nogle af SS fastholder derimod beklagende, at det ikke er realistisk at mødes på intensiv til fælles rapport. Igennem den dialogiske proces er medforskerne gennem et kontinuum af stemninger, der svinger fra begejstring til frustration; fra entusiasme til resignation og fra idealisme til realisme. I de kunstneriske udfoldelser af den gode overgang er indstillingen og mulighederne næsten ubegrænsede, grænsende til det idylliske.[173] Alle er optaget af at skabe det ideelle; det bedst mulige for patienten, de pårørende og hinanden. I mødet med patienterne bliver gabet mellem virkeligheden, den

[173] Det skal tilføjes, at opgaven som medforskerne blev stillet også var at illustrere den gode overgang.

virkelighed, som patienterne repræsenterer og den abstraktion, som medforskerne har udfoldet gennem kunsten meget synlig. De skal indgå i realitetsforhandlinger og samarbejde om at skabe sikre og sammenhængende overgange for patienterne. Så kommer forbeholdende og barrierne frem for, hvad der er muligt. Det skaber forvirring og magtesløshed blandt medforskerne, som frembyder det ene argument efter det andet i deres forgæves søgen efter at finde en løsning, som alle kan tilslutte sig. I første omgang forfalder medforskerne til den lineære tankegang; at finde en løsning på et problem og forlader dermed den udforskende og reflekterende tilgang, som de selv har tilsluttet sig. Det uhensigtsmæssige ved disse hurtige løsninger er, at læringen bliver reproducerende og dermed ikke rettet mod at udvikle nye og anderledes tiltag (Keller, 2011). Reproduktiv læring er en læring, der er nødvendig i situationer med handlingstvang, hvor problemer skal løses her og nu, og hvor der efterspørges et *hvordan* (ibid.:86). Igennem medforskernes dialoger, hvor der er fokus på at finde nye svar og løsninger på et væsentligt sikkerhedsmæssigt problem for patienterne, er det af betydning, at læringen bliver udviklingsorienteret, og at der derfor spørges med et *hvad* og *hvorfor* (ibid.). Hvis medforskerne ikke magter at være i den udforskende refleksionsproces, men går direkte til handlingen, hindres den udviklingsorienterede læring i at opstå. Det er imidlertid ikke medforskerne, men medfacilitator og forsker, der stiller 'hvad' og 'hvorfor' spørgsmålene i den følgende dialog, og dermed fører medforskerne på sporet igen.

> *Medfacilitator: "Hvad ser du, der kan være muligt i dit sengeafsnit… for at skærpe opmærksomheden på de her ting. Hvad ville virke hos jer? Det kunne også godt være, at det kunne inspirere andre… "*
>
> *Lisbeth: "Det, der ville virke, ville være kontinuiteten i plejen. Det er, at det ikke er nogle nye hele tiden. Så man ikke hele tiden skifter. Det er det største problem. "*
>
> *Forsker: Hvorfor skifter I?*
>
> *Lisbeth: " Pas (Melder pas, har ingen forslag red.) Men det er bare stor utryghed for patienterne. For jeg oplever tit, at den første de møder i afdelingen, det er den, de pårørende søger hen til hele tiden. Og så må man stå og sige, at jeg er godt nok i rød gruppe i dag. Og det synes jeg faktisk, at det er utilfredsstillende for mig selv. "*

Som det ses af ovenstående dialog skaber de udviklingsorienterede spørgsmål anderledes og mere refleksive svar. Medforskeren tvinges til at stoppe op og overveje, hvad der kunne gøre en forskel i hendes eget praksisfællesskab. Her inddrager hun erfaringerne fra sin egen praksis, men hun mærker også efter hos sig selv, for at finde ud af, hvilke konsekvenser erfaringen har (Dewey, 2005).
I det øjeblik, hun konstaterer, at hendes faglighed bliver kompromitteret af den manglende kontinuitet, er der sket en læring. Ifølge Dewey er det, når man mærker konsekvensen af handlingen, reflekteret gennem den forandring, den har påført én, at

der forekommer læring (ibid.). Det er både den form for læring, der sker gennem en omorganisering af erfaringen, der efterspørges i den følgende analyse, men også den læring, som forekommer gennem deltagelse i praksisfælleskaber (Wenger, 2004).
Af dialogerne ovenfor kan der udledes flere opmærksomhedspunkter: For det første kan det være en barriere for udviklingen af sikre og sammenhængende overgange, at nogle af stamafsnittene oplever, at deres vilkår og betingelser er endog meget forringet. For det andet kan det være en barriere for medforskernes samarbejde, at der på grund af SS's ringe vilkår ikke levnes plads til at tænke kreativt, eksperimenterende og udforskende. På samme tid kan det dog også opleves som en kvalitet i den cykliske proces, at medforskerne sammen kan afklare, hvad der er muligt og hvad der ikke er. I modsætning til traditionel forskning ligger der i meningsforhandlingen i aktionsforskning en mulighed for at validere hinandens forslag og på den måde give øjeblikkeligt feedback. Meningsforhandlingen er en central del af samarbejdet mellem medforskerne og en forudsætning for at der skabes læreprocesser, som det også vil fremgå af den næste analyse.
Opsummeret har dialogerne mellem medforskerne vist, at medforskerne både er opfindsomme og vedholdende, interesserede i at finde fælles løsninger på at forbedre overgangene. Løsningerne tager udgangspunkt i patienternes budskaber og situation, og både IS's og SS's argumenter medtænkes og respekteres. Dialogerne viser også, at medforskerne overvejende inddrager faglige og etiske begrundelser i deres forslag. En ikke uvæsentlig del af argumenterne henviser til de strukturelle og organisatoriske rammer, der dermed kommer til at fungere som barrierer for de udviklingsorienterede læreprocesser og forslag til de mere kreative handlinger. Den umiddelbare meningsforhandling, der fremkommer i dialogerne kan anskues som en kvalitativ procesvalidering.

9.5. Udvikling gennem samarbejdende læreprocesser

I aktionsforskningsprocessen gennemløber medforskerne den cykliske proces med planlægnings-, refleksions-, handlings- og evalueringsfase flere gange. For hver gang medtænker de, hvad de har hørt kollegerne, de andre medforskere, patienter og pårørende sige. De påbegynder ikke deres fælles aktiviteter på bar bund med erfaringer, der er isolerede fra tidligere dialoger og oplevelser. I stedet mødes de som kolleger, der både har opnået en fælles forståelse gennem dialogen og en fælles erfaring gennem en genkendelig praksis. Igennem arbejdet med medforskerne og dialogmøderne på de 9 forskellige afsnit bliver det synligt, at hospitalet ikke er én organisation; men består af en vidt forgrening af praksisfællesskaber. Det er praksisfællesskaber, som har udviklet deres egne fortællinger, artefakter, rutiner, - ja praksisser. På dialogmøderne på de forskellige afsnit såvel som i samarbejdet på workshops gives der også udtryk for forskellige praksisser specifikt omkring patientovergange. Det har naturligvis betydning for, hvordan der bliver skabt en fælles praksis med sikre, sammenhængende og professionelle overgange. Spørgsmålet er, hvilken betydning de forskellige praksisfælleskaber har for medforskernes samarbejde og læreprocesser. Det vil denne analyse forsøge at give et svar på.

9.5.1. Gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire

Læring i praksis sker ifølge Wenger gennem dimensionerne "*gensidigt engagement", "fælles virksomhed"* og *"fælles repertoire"* (ibid.:90ff). De tre dimensioner forudsætter et praksisfællesskab, som ikke nødvendigvis er opstået med et bestemt sigte eller formål, som for eksempel en arbejdsgruppe. Praksisfællesskaber har dermed ikke en fast begyndelse eller slutning, men har sin egen livscyklus og rytme, hvori den fælles læring udvikles og udfoldes i overensstemmelse med "*den sociale energi, der kendetegner deres læring* "(ibid.:116). Det, der karakteriserer et praksisfællesskab er ifølge Wenger ikke tidsdimensionen, men at der mobiliseres et gensidigt engagement *for sammen at lære noget af betydning* (Wenger, 2004:105). Medforskerne må derfor i deres bestræbelser på at skabe sikre overgange bidrage til, at der etableres et sådant gensidigt engagement.
Medforskerne kommer fra mange forskellige praksisfællesskaber. Der er praksisfællesskaber, hvor medforskerne indgår som fuldgyldige medlemmer, og praksisfællesskaber hvor de har et mere perifert medlemskab, (Wenger, 2004). Igennem de perifere fællesskaber kan medforskerne påvirke hinanden gennem fælles mål og viden om hinandens aktiviteter (Dewey, 2005).
Selvom det ikke eksplicit defineres, er det en underliggende præmis for medforskerne, at de er klar over, hvilket praksisfællesskab de primært tilhører. Det er muligt, at medforskerne ikke fuldstændigt vil kunne redegøre for alle karakteristika ved deres egen praksis, men medforskerne er meget bevidste om, hvad der for eksempel karakteriserer et medicinsk versus et kirurgisk afsnit.
Opfattelsen af eget praksisfællesskab anskueliggøres blandt andet igennem en meget omfattende brug af ordet 'vores'. Særligt i starten af processen omtaler medforskerne deres eget afsnit som; i 'vores' afdeling; 'vores' læger; 'vores ledere' 'ovre hos os, der gør vi'. [174]
Når medforskerne går i dialog om det specifikke fænomen patientovergange, som alle har aktier i, bliver forskellene synliggjort for hele gruppen, men også for den enkelte. I denne udforskende, meningsforhandlende fase uddybes, undersøges og revurderes, hvad der karakteriserer egen og andres praksis.
I det følgende illustreres denne udforskning af hinandens praksis. IS bliver overraskede over, at nogle af SS stort set ikke anvender det observationsskema, som de medbringer ved overleveringen af patienten, hvor der i deres øjne indgår vigtigt information om blodtryk, puls, iltmætning, medicin mv. De store observationsark (størrelse A3) frustrerer til gengæld nogle af SS, som finder, at arket efter deres opfattelse er helt uoverskueligt og svært at navigere i. I dialogerne omkring det observationsskema, som IS anvender, bliver der brugt en del ressourcer på at udforske og undersøge baggrunden for SS modvilje:

> *Nora (IS): " Det er fordi der er en oplevelse af, at det observationsskema har man ikke noget at bruge til (...) og det mener vi må være meget, meget væsentligt, fordi det er jo den (...), hvor man kan se, hvordan de sidste timer er gået op til (overflytningen red.)...*

[174] Ordet 'vores' gentages fx 16 gange i en transskribering på 13 sider fra den først workshop.

> *og vi kan ikke forstå, at hvis ikke det er et vigtigt redskab for den modtagende sygeplejerske (…)Så hvis der er nogen, der har giver udtryk for, at det har de ikke brug for, så er vi nødt til som sygeplejersker at prøve at øge forståelsen for, at det mener vi altså, …at de kan have glæde af … "*

> *Ella (SS): " Jeg tænker også… man skal jo også kunne læse det skema. Altså jeg tror, at på vores afdeling, der er det den der med (…), at man aner ikke, hvad man skal bruge det der til. Man ved ikke, hvordan man skal kigge på det, man ved ikke, hvordan det skal vende, og hvad kommer først, og hvornår er det… og det er ikke, fordi at man er dum, eller man ikke gider at sætte sig ind i det, men det er, fordi vi aldrig nogensinde arbejder med det, altså det gør vi jo ikke. I har det jo…, det er jo jeres arbejdsredskab. "*

> *Lisbeth(SS): " Og det bliver også væk på skrivebordet…"*

> *Karin (SS): " Så der kan godt være noget oplæring i, hvordan man læser det - og så er det kun det første døgn, det er nødvendigt, for så har vi jo de oplysninger, vi skal have…"*

> *Barbara (SS): " Jeg synes, at det er et stort irritationsmoment, at Clinical (EPJ) ikke bliver brugt på intensiv. Der snakkede vi om, at det er jo selvfølgelig det her med alle de væsker og alt er IV (intravenøs). Det betyder faktisk, at man skal ringe til vagthavende for at få lagt medicinen ind (…) i OPUS (Elektronisk medicinjournal)."*

Hovedparten af SS finder observationsskemaet uoverskueligt, mens en SS er uforstående overfor afvisningen af skemaet:

> *Agnete (SS): "Jamen det observationsskema – i det øjeblik man får rapport sammen med den fra intensiv, så er det det skema, man sidder og gennemgår og sidder og snakker om, hvordan blodtrykket har været, hvordan medicinen (…), hvad de kører med, og hvad diureserne (urinmængden red.) har været. Jeg forstår det ikke… "*

De mange dialoger om observationsskemaerne synliggjorde problemet overfor medforskerne og selvom der ikke kom en løsning på problemet, så opstod der efterhånden en forståelse hos IS for de problemer, som SS havde. Det er denne undersøgende tilgang, der ligger i et gensidige engagement, og som udfoldes gennem medforskernes vedholdenhed, hvor de på skift kommer med overvejelser, forslag og idéer til udvikling af patientovergangene. De begynder at transformere engagement og meninger til handlinger og lærer dermed hinanden at kende. Gennem accepten af, at der i forhandlingerne er plads til uoverensstemmelser og forskelle i opfattelser, finder hver medforsker sin plads i fællesskabet, som flettes sammen gennem det gensidige engagement (Wenger, 2004:90-95).

Igennem meningsforhandlingerne udvikler medforskerne også en *"fælles virksomhed"*, som defineres og harmoniseres yderligere gennem det fælles ansvar og de forpligtelser, som de hver især påtager sig, og som fremmer kvaliteten af handlingen. Den fælles virksomhed er skabt gennem en *"kollektiv forhandlingsproces"* og er noget, som medforskerne tager ejerskab til (Ibid.:95-100.). Det ses blandt andet i medforskernes dialoger, hvor de gennem arbejdet med at finde frem til fælles handlingsplaner begynder at overtage hinandens argumenter.

> *Karina (IS): "Jeg kan godt mærke, at jeg er lidt optaget af det, der blev sagt af én af de andre grupper med, hvorfor kommer SS ikke (...) over og er med ved selve overflytningen. Altså den snurrer sådan inden i mig, for jeg tænker, at den kunne jeg godt se kunne give rigtig god mening uden at være mere ressourcekrævende, og jeg tænker, at det vil da i høj grad vise patienten, at (...) det er faktisk noget (...) vi (er) rigtig meget fælles om… at det kunne være en god overflytning. "*

I samarbejdet mellem medforskerne om udviklingen af patientovergange har vi lagt vægt på at få skabt et fundament for et fællesskab omkring en fælles sag. I dette midlertidige praksisfællesskab er alle legitime, fuldgyldige deltagere, men også deltagere med samme udgangspunkt. Alle har sine forskellige erfaringer med patientovergange, som de byder ind med. For at kunne arbejde med udviklingen af den fælles sag bliver det i første omgang vigtigt for medforskerne at få skabt en fælles forståelsesramme. I forløbet finder medforskerne ud af, at forståelsesrammen eller med Wengers ord: referencepunkter er nødvendige (Wenger, 2004). Det fælles forståelsesgrundlag bidrager til at forhandle mening, som det ses i den følgende dialog, hvor medforskerne hurtigt sporer sig ind på hinanden:

> *Helene (IS): "… det den afsnitsledende kan gøre, det er, at når hun går fra den overflytningskonference, så kan hun gå hjem og finde ud af, at når den patient kommer i morgen, så er det vigtigt, at der kommer en sygeplejerske derind, der er her de næste 3 dage. Så er det der, hun måske kan være med til at planlægge. "*
>
> *Barbara (SS): "Og det er ikke hende, der har været ansat her (på afsnittet red.) i 2 måneder. "*
>
> *Agnete (SS): "… en god idé, det der med, at den afsnitsledende er med til overflytningskonferencen, netop for at se hvor kompleks patienten kan være, og hvad det kræver, at der skal til af personale for at passe den her patient. "*
>
> *Bente (IS): "… hvem er det mest hensigtsmæssigt, der tager imod den her patient, så det ikke er én, der kun har været på afdelingen i 14 dage. "*

Igennem samarbejdet genforhandler medforskerne meninger, indfører nye procedurer og redskaber og udvikler dermed fælles metaforer og referencepunkter. Referencepunkterne indgår i det fælles repertoire, som fællesskabet har udviklet. Det fælles repertoire udgør dermed en *"fælles ressource"*, der løbende kræver genforhandling og omdefinering i nye sammenhænge (ibid.:100-105). På den ene side er denne indlejrede uforudsigelighed ressourcekrævende, fordi processen medfører kontinuerlig *"koordinering og kommunikation"* i praksisfællesskabet. På den andens side er processen med til at skabe åbenhed og dynamik for nye meningsforhandlinger (ibid.:102). Det gensidige engagement, den fælles virksomhed og det fælles repertoire foranlediger en erkendelsesproces af, hvad der skal være en fælles praksis omkring patientovergange. Det er ikke en afgrænset fase, men en cyklus som gentages over flere gange. For hver gang kvalificeres medforskernes bud på en fælles praksis omkring overgange.

9.5.2. Deltagelse som meningsskabende

Det er ikke nogen enkel sag at skabe en fælles praksis, som det ses af denne gruppe, som arbejdede med en handleplan for videndeling.[175] Da de præsenterede deres forslag til, hvordan de ønskede at videndele med hinanden fremover, sporedes der frustrationer over, at der på stamafsnittene ikke er overlap mellem de forskellige vagthold. Dermed bliver vigtig information fra IS ikke båret videre.

> *Nora (IS): "… men når aftenvagten kommer. Så går dagvagten. Det vil sige, dagvagten har måske modtaget en intensiv patient 1½ time tidligere (…) og så er det faktisk den næste… aftensygeplejersken, der selv har ansvaret for at få det læst samtidig med, at hun er en del af 3-4 (sygeplejersker og assistenter red.) i en gruppe, der skal passe 20 patienter, tage klokker (patienter, der kalder red.) og alt muligt andet… så skal man selv sætte sig ind i den intensivpatient, vi lige har afleveret. Det var vi noget målløse over at høre… at man ikke der vægter… (…) at have et overlap, hvor man kan sætte sig ned og have en dialog… altså så kan der gå mange ting tabt… og så er det lidt svært at få tid til at sætte sig ind i patienten… "*
>
> *Tove (IS): "… og det er en stor kontrast til den der overordentlige store rapportgivning, som vi nogen gange møder op med og så til, at den næste rapport er lig med nul overlevering (ingen rapport fra dagvagt til aftenvagt red.) "*
>
> *Nora (IS): "Det gav i hvert fald os sådan en forståelse af, hvorfor vi engang imellem har fornemmelsen af, at der er noget, der glipper her…. "*

[175] Som omtalt i kapitel 8 blev medforskerne inddelt i 4 grupper med 2 -3 intensivsygeplejersker (IS) og 2 stamafsnit sygeplejersker (SS) i hver. Grupperne arbejdede med hver deres forslag til handleplan for den gode overgang.

IS er overraskede over, at der ikke er personlig overlapning mellem dag-, aften - og nattevagterne på stamafsnittene. Deres erfaring og opfattelse er, at man overdrager patienterne gennem personlig rapport ved vagtskifte. Det har de fleste stamafsnit også praktiseret tidligere, men man har forladt denne praksis for at spare tid og ressourcer. Vagterne skal derfor selv læse om patienterne i den elektroniske patientjournal (EPJ). Det kommer bag på IS, som pludselig indser, at alt det, som de i overleveringen fortæller den modtagende sygeplejerske (SS) om personlige forhold eller faglige overvejelser (og som ikke nødvendigvis er skrevet ned) måske ikke kommer videre. SS er på den anden side frustreret over, at IS ikke beskriver den viden, de har om patienten i EPJ. De anfører i dialogen, at det jo er IS, der kender patienten bedst, og at det derfor må være hende, der beskriver alle relevante forhold i EPJ. SS argumenterer med, at der er risiko for, at stamafsnittets personale mister vigtig information om patienten, hvis den SS, der modtager patienten skal nedskrive andenhånds oplysningerne, som IS kunne have skrevet på forhånd. Samtidig kommer SS til at bruge tid på at skrive i stedet for at være hos patienten.
Det manglende overlap skaber frustration hos IS, som bliver yderligere frustreret, da det igennem dialogen og arbejdet med handleplanerne viser sig, at IS og nogle af SS har meget forskellige opfattelser af nogle forkortelser, som IS anvender. Det er forkortelser, som de kalder 'minus R' og 'minus I' og som anvendes, når patienten ikke skal tilbydes genoplivning, og dermed heller ikke kan genindlægges på intensiv.[176] Disse forkortelser er der nogle af SS, der forstår som om patienten er i en slutfase og blot skal have kærlig pleje. Modsat IS, der mener, at det betyder, at patientens tilstand ikke vil kunne tåle endnu et ophold på intensiv, men at patienten godt vil kunne rette sig og sågar blive rask igen.
Ovenstående to eksempler viser, at samarbejdet medforskerne imellem synliggør forskelle i praksis og opfattelser, som kan være endog betydelige hindringer og barrierer for sikkerhed og sammenhæng i patientforløbet.
Når medforskerne oplever, at der er uoverensstemmelser mellem deres respektive praksisser, forsøger de at samstemme og koordinere deres arbejde. Det stiller kontinuerlige krav om en høj grad af opmærksomhed fra alle de involverede. Medforskernes samarbejde og udviklende fællesskab omkring patientovergange har både skabt samhørighed og gensidighed blandt deltagerne, men modsætningerne har også udfordret og rystet dem, som det ses af de to ovenstående eksempler. Synliggørelsen af sådanne konkrete forskelle kan provokere og samtidig virke befordrende på medforskernes samarbejde om at forandre og udvikle mere sikre overgange. Det er netop i sådanne modsætningsforhold, at aktionsforskningens understøttende rolle har sin berettigelse. Medforskerne er tvunget til at se realiteterne i øjnene og dermed bliver aktionsforskningen det instrument, der kan facilitere processen og de strenge, der kan spilles på, når der skal arbejdes på at skabe gennemsigtighed og et dybere fælles forståelsesgrundlag. Forskelle ansporer dermed til at skabe læreprocesser hos medforskerne. Læringen vil så at sige intensiveres i et

[176] Intensiv anvender forkortelsen minus R (Resuscitation ~ genoplivning) og minus I (Inotropin~dopamin= medicin til at holde blodtrykket oppe).

forløb, når, *vi ønsker at tage del i nye praksisser og søger at indtræde i nye fællesskaber* (Wenger, 2004:18). ”
Tilfældet med den manglende formidling af viden fra dag- til aften- og nattevagter og SS ønske om, at IS er mere informative i deres skriftlige formidling, vinder gehør hos IS. Medforskerne forsøger at løse problemet ved at genindføre et ark, som man tidligere har brugt. Det er et ark, hvorpå man skriver den aktuelle status på patienten i umiddelbar relation til overflytningen:

> *Filippa (SS): ”….og så snakkede vi lidt omkring det her med rapport – og der savnede vi lidt det gamle statusark. Det er nemt for jer at udfylde for det kan udfyldes nogle dage i forvejen… i hvert fald på nogle af temaerne, og det er nemt for os at gå igennem, når I kommer med patienterne. Så det savnede vi. ”*
>
> *Hanne (IS): ” Det er i hvert fald et ark, hvor vi skriver på, hvad patienten har behov for respiratorisk (vedrørende luftvejene red.)….. Hvor meget aktivitet er der? Hvad kan han rent fysisk og hvad med de familiære forhold… altså sådan nogen ting… her og nu forhold.. hvad med stomien (tarm, der er ført ud gennem bugvæggen red.). Det er status her og nu og hvad patientens behov er her og nu. ”*
>
> *Hanne (IS): ” Det kan også være en stor ting at skulle skrive den dag, man skal flytte (patienten red.), fordi der er så mange ting… og den vil man egentligt gerne skrive nogle dage før (…) og det er fordi, det er den sygeplejerske, der har passet patienten rigtig meget (der skal skrive status red.) (…). Så kommer det langt tilbage i Clinical (EPJ). ”*
>
> *Lisbeth (SS): ”Så langt læser vi ikke tilbage…. ”*
>
> *Nora (IS): ” Der var engang, der skulle man lige lave en bemærkning om at se tilbage til den dato, men det tager altså noget af overskueligheden. ”*
>
> *Hanne (IS): ”Der er derfor vi siger, at vi skal have et særskilt sted, hvor man kan skrive de ting. ”*

Umiddelbart finder medforskerne en løsning på problemet. De aftaler, at tage problemstillingen op med superbrugerne i EPJ og få etableret arket i den elektroniske patientjournal. Indtil det er gjort, aftaler de at anvende et fælles fysisk ark, når de har undersøgt de juridiske forpligtelser omkring denne procedure. Som det ses i denne korte dialog er der mange opgaver forbundet med blot en lille ændring. Det stiller krav til medforskerne om at tage ansvar og forpligte sig på at følge op på de aftaler, som de sammen laver. Ansvaret og forpligtelsen ligger også indlejret i begrebet *deltagelse,* som er et centralt begreb hos Wenger (2004:70). Det er Wengers pointe, at medforskerne gennem deltagelse i en fælles aktivitet viser, at de har noget til fælles. Noget, som de forhandler mening om (ibid.).

> *" Deltagelse refererer både til en deltagelsesproces og til de relationer til andre, der afspejler denne proces. Den antyder både handling og sammenhæng " (ibid.:70).*

Det er igennem deltagelsen i de sociale fællesskaber, at gensidigheden og genkendelsen opstår.
Denne gensidige genkendelse og evne til at forhandle mening er grundlæggende for den læring, der opstår i forløbet (ibid.). Medforskerne genkender sig selv i hinanden, og dermed medvirker de til at forme hinandens oplevelse af, hvad der giver mening og dermed hvad, der skaber læring og erkendelse, hvilket også er Deweys pointe:

> *"Hvis det levende, erfarende væsen intimt deltager i aktiviteterne i den verden, det er en del af, er erkendelsen derfor en form for deltagen, der er af værdi i den grad, denne deltagen er virksom " (Dewey, 2005:349).*

Deltagelse er på den måde med til at forme og skabe den enkeltes identitet. I deltagelse er der noget, der rækker ud over den øjeblikkelige aktivitet, og som også inddrages i de øvrige fællesskaber, som medforskerne indgår i (ibid.:71). Det er gennem aktivt engagement og deltagelse i de sociale fællesskaber, at medforskerne er med til at forme den sociale praksis, som samtidig er meningsskabende for dem selv. Indlejret i deltagelsesbegrebet ligger dermed gensidigheden, genkendelsen og engagementet i hinanden (ibid.). Dermed være ikke sagt, at deltagelse er ensbetydende med lighed eller samarbejde. I medforskernes deltagelse kan der ligeså vel være tale om ulighed, afvigelser eller sågar konflikter. Igennem dialogerne er der flere eksempler på, at SS ikke har ens opfattelse af, hvordan overgangene foregår eller hvordan problemerne skal løses. Det kan have sin årsag i, at de kommer fra otte forskellige afsnit. Der er for eksempel forskel i praksis på et medicinsk versus et kirurgisk afsnit, men der er også store forskelle i praksis mellem de enkelte medicinske afsnit afhængig af hvilket speciale, de varetager. Forskellen afspejles dog tydeligst mellem IS og SS's opfattelser, hvilket måske skal ses i lyset af deres meget forskellige praksisser. Det er praksisser, der har udviklet deres egne regler, sprog og symboler, i lighed med førnævnte eksempel med 'minus R' og 'minus I', hvor selv de mest erfarne SS ikke kan oversætte og redegøre for dets fulde betydning. Det er sådanne symboler, som Wenger kalder for tingsliggørelse eller reifikation (Wenger, 2004:72ff).

9.5.3. Tingsliggørelse som organisering af mening

Tingsliggørelse eller reifikation er et andet centralt begreb hos Wenger, som finder begrebet meget nyttigt til at sprogliggøre eller illustrere betydninger, symboler, metaforer etc. Igennem workshops anvender både IS og SS for eksempel ordet; 'afmonitorere'. [177] Medforskerne er tilsyneladende alle klar over, hvad meningen er med dette begreb, og hvad afmonitorering indbefatter. Denne tingsliggørelse af en omfattende handling kan være nyttig, fordi alle får en opfattelse af meningens

[177] At 'afmonitorere' vil sige, at patienten ikke længere er påført overvågningsudstyr, som fx ilt – og pulsmåler.

betydning. Nyttigheden består således i, at reificeringen skaber "*fokuspunkter, som meningsforhandlingen kan organiseres omkring*" (Wenger, 2004:73).
Praksisfællesskaber skaber særlige koder, talemåder, symboler, værktøjer og abstraktioner, som dermed tingsliggør deres praksis i en stivnet form. En form, som kan overleve adskillige generationer. Det helt særlige ved tingsliggørelsen er således, at symbolet, redskabet eller værktøjet kan fortolke og skabe forståelse af en praksis. Forskellen mellem deltagelse og tingsliggørelse er, at vi med deltagelse skaber genkendelse ved at se os selv i hinanden, mens vi med tingsliggørelsen projicerer os selv ud i verden, uden at vi selv behøver at indgå i disse projektioner. Dermed; *"... tillægger vi vores mening en uafhængig eksistens (...) En bestemt forståelse får form"* (Wenger, 2004:73); som det var tilfældet med det tidligere eksempel med 'afmonitorering'. Tingsliggørelse vil dog aldrig være i stand til at indfange den fulde mening eller den omfattende praksis, der ligger bag symbolet, talemåden etc. En sådan oversættelse er ikke mulig (ibid.:75).
Én af de tingsliggørelsesprocesser, der er mest udtalt indenfor hospitalsverdenen er en udtalt brug af forkortelser. For at forstå betydningen af disse, er det som oftest ikke nok med perifer deltagelse. En del af det at blive fuldgyldig deltager er at kunne afkode hospitalets symboler; heraf de forkortelser, der indgår i både den skriftlige og mundtlige formidling. I både den skriftlige og mundtlige formidling har lægerne ført an i denne tingsliggørelsesproces, som har medført et utal af produkter.[178] Tingsliggørelse refererer således til både processen og produktet (ibid.:75).
De medicinske forkortelser kan dels anskues som en praktisk handling, idet forkortelser af de ofte lange latinske betegnelser sparer tid (det er hurtigere at skrive og sige; CPAP end ' kontinuerligt overtryk i luftvejen' (Continuous Positive Airway Pressure). Dels er de fleste medicinske forkortelser universelle og genkendes over det meste af verden.
Der er imidlertid to forhold, der er interessante i denne aktionsforskningssammenhæng. Den ene og meget væsentlige er, at sikkerheden for patienten er i risiko for at forringes, fordi der kan være uklarhed om den konkrete betydning og implikation af forkortelserne. Det er en vægtig betragtning, når målet er sikre patientovergange. Den anden er, at forkortelserne er forbundet med en eksklusivitet, som giver praksisfællesskabet en særlig historie og afgrænser den fra andre fællesskaber. Denne afgrænsning kan være både tilsigtet og utilsigtet. Forkortelser kan derfor anskues som det, der i Wengers terminologi kaldes for grænseobjekter (Wenger 2004:127ff). Grænseobjekter er reifikationer, som anvendes *til at bygge bro mellem usammenhængende deltagelsesformer* (Wenger 2004:128). Det er forskellige tingsliggørelsesformer, der kan indgå i mange forskellige sammenhænge og ofte uden, at de oprindelige igangsætterne har kontrol over brugen af begreberne eller artefakterne. I tilfældet med minus R og minus I, er der tale om et grænseobjekt, hvor den oprindelige intenderede mening har mistet sit perspektiv eller også er der i transformationsprocessen skabt en anden fortolkning i SS's logik.
IS eller SS har formentligt ikke medvirket i de oprindelige udformninger af hverken forkortelser eller observationsskemaer. Alligevel er skemaer, regler og forkortelser

[178] Her skal blot nævnes et par enkelte ofte benyttede eksempler; pt er forkortelsen for patient; i.a. for intet abnormt og inj. for injektion.

blevet en del af deres praksis, som de bevidst eller ubevidst har indoptaget som deltagere i selvsamme praksis. Måske har de sågar måttet gentilegne dem "*i en lokal proces for at blive meningsfuld "* (Wenger, 2004:75).
Tilegnelsesprocessen bliver man sjældent bevidst om, men den afstedkommer ofte et ejerskab, som deltagerne ikke uden videre giver slip på. Det ses også hos medforskerne i drøftelsen af observationsskemaet i dette afsnit. I tingsliggørelsen ligger der nogle utilsigtede og illusoriske virkninger, der dels kan skabe en fastlåshed, der forhindrer et bredere udsyn, eller som kan kontekstualisere en virkelighed, der ikke er, og dermed skabe en ringe erstatning for den praksis, som den skal afspejle (ibid.:77). Det er derfor vigtigt både at være opmærksom på formen i tingsliggørelsen, men også processen, hvormed den integreres i praksis, og dermed den meningsforhandling, som den afspejler (ibid.).
Både deltagelse og tingsliggørelse forudsætter hinanden og er altid tilstede samtidigt i et eller andet omfang. De udgør en *dualitet* og ikke en dikotomi. Dualiteten betyder, at de komplementerer hinanden og er tæt sammenvævede. Der er både brug for de formelle strukturer, der ligger i tingsliggørelsen og den samhandlen, der ligger i deltagelse. (ibid.:81ff). Omsat til forkortelserne 'minus R og minus I' kunne et konkret eksempel være, at IS i overgangen overfor SS uddybede, at patientens lunger er så medtaget, at patienten ikke vil kunne klare at blive lagt i respirator igen, men at patientens tilstand måske vil kunne rette sig med ilt, CPAP og sugning.
Det er gennem deltagelse i handlingen i patientovergangen, at IS og SS skaber mening og forståelse for de tvetydigheder og abstraktioner, som tingsliggørelsen symboliseret gennem sprog, forkortelser, observationsskemaer mv. ikke kan indfange.

> *"Deltagelse og tingsliggørelse må stå i et indbyrdes forhold, der kompenserer for deres respektive mangler. Når der fæstes for megen lid til den ene på bekostning af den anden, bliver meningskontinuiteten sandsynligvis problematisk i praksis " (ibid.):80).*

Når IS er uforstående overfor de manglende overlap imellem vagtlagene, ekspliciterer de i virkeligheden risikoen ved det manglende samspil eller meningsforhandling, som deltagelsesniveauet er udtryk for, og som er en væsentlig del af den komplementaritet, som makkerparret deltagelse og tingsliggørelse udgør. Eller som Wenger hævder:

> *" Hvis tingsliggørelsen får overhånd (...) er der måske ikke tilstrækkelig overlapning i deltagelsen til at genvinde koordineret, relevant eller generativ mening" (ibid.:81).*

Selvom deltagelse og tingsliggørelse kan kompensere for hinandens mangler, så medfører den uligevægt, der forekommer, når hovedvægten er lagt på den ene del af dualiteten nødvendigvis ikke en bedre meningsforhandling. Mere af det samme er muligvis ikke løsningen. Eller sagt med andre ord; flere eller andre skemaer eller flere møder skaber ikke en mere sikker og sammenhængende overgang. Tværtimod vil mere abstrakt og formel viden gennem tingsliggørelsen forudsætte mere konkret og flygtig viden gennem deltagelse. Hvis der er uligevægt er der risiko for, at der både mistes vigtig viden, men også, at der opstår en følelses af meningsløshed, som kan være en stærk barriere for læring.

9.5.4. Forhandling af identitet

I anerkendelse af deltagelse i praksisfællesskabet indgår der også en forhandling af identitet. Praksis og identitet er spejlbilleder af hinanden, som gennem forhandling af mening skaber en selvopfattelse, der er med til at definere, hvem vi er. Identiteten er lag på lag af erfaringer og sociale fortolkninger, som er foretaget gennem et utal af deltagelses – og tingsliggørelsesprocesser (Wenger; 2004). Vi udvikler så at sige vores identitet gennem det at praktisere. Skabelse af identitet er en kompleks udvikling, som sker gennem medlemskab af multiple fællesskaber i familien, igennem skoletiden, fritidsliv, uddannelse- og arbejdsliv mv. Alle de praksisfællesskaber som vi har deltaget i eller kommer til at deltage i, definerer hvem vi er og den måde, hvorpå vi definerer og fremstiller os selv. (ibid.:174ff). Relateret til både SS og IS, så er der forskelle i deres selvopfattelser og identitetsforståelser, som kan have implikationer for, hvordan samarbejdet om patientovergangene udmøntes, men også hvordan 'produktet' af samarbejdet udvikles. I analysen i afsnit 9.3. ses det, at IS har optimale muligheder for at udfolde den ideal-faglighed, som de er uddannet til, mens det samme ikke er tilfældet for SS, blandt andet på grund af de vilkår og betingelser, som gør sig gældende for deres praksis. Samtidig ses det også, at IS opfattelse af egne muligheder og af deltagelsen i egen praksis levner større mulighed for forhandling, og dermed en større grad af spillerum, hvorimod SS's manøvrerum er mere indskrænket. Identiteten tingsliggøres også gennem fortællingen. Nogle af SS egne fortællinger handler om, at der ikke ansættes nye, når kollegerne forlader afsnittet. Der bliver færre og færre kolleger til at udføre plejen omkring det samme antal patienter, som ydermere er blevet tiltagende komplekse med multiple lidelser. Igennem analyserne ses det, at hvor IS indtager en mere offensiv og aktiv rolle, indtager SS en defensiv og mere ydmyg rolle. Det ses også af de to citater fra henholdsvis en IS og en SS:

> *Bente (IS): " Jeg tænker; min forestilling er, at I knapt nok har tid til at komme på toilettet og få dækket jeres egne basale behov. Det var for at lette jeres arbejde. Jeg har jo kun én patient og nogen gange kan det være svært nok at have et overblik over den patient. I har trods alt mange flere… der kan smutte nogle detaljer. "*
>
> *Betina (SS): " Selvom vi har de gode intentioner og vi vil helt vildt gerne, så kan det bare ikke lade sig gøre. Og man synes jo, at man er en dårlig sygeplejerske, når man hører alle jer sige, at det er også for dårligt, men vi kan bare ikke… "*
>
> *Ella (SS): " Og når vi har glemt en klokkesnor, så er det jo ikke fordi vi vil være onde… det er jo en forglemmelse… "*

Som det ses af citaterne er det IS opfattelse af SS, at de har så travlt, at det forhindrer dem i at være kompetente. Det er den samme opfattelse, som SS selv giver udtryk for. Denne opfattelse er i lighed med Wengers opfattelse af, hvordan identitet dannes.

> *Medlemskab i et praksisfællesskab omsættes alt i alt til en identitet som en form for kompetence (Wenger, 2004:179).*

Det er gennem praksisfællesskabet, at vi lærer bestemte måder at interagere med andre mennesker på; at vi får og påtager os roller og danner fælles referencepunkter. Det er evnen til at omsætte dette engagement i praksis, der konstituerer vores kompetencer (ibid.). Vi identificerer os med, og udtrykker os igennem det, som vi genkender og forstår. Når vi vover os ind i nye og ukendte fællesskaber forsøger vi at lokalisere nogle faste holdepunkter, der kan bidrage til at udvide og tilføje noget til de kompetencer, som vi oplever, at vi mangler. Hvis vi får den oplevelse, at det ligger uden for vores rækkevidde, eller det opleves som noget fremmed eller uopnåeligt, som noget vi ikke kan tilegne os, fordi det ikke er noget, som vi kan meningsforhandle om, mister vi vores engagement i sagen (ibid.).
SS er ikke afvisende overfor at lære nyt, men deres rækkevidde er indsnævret gennem deres vilkår. De bliver selv restriktive og begrænsede i forhold til at udnytte deres kompetencer og handlemuligheder. Som en SS siger:

> *" Det med, at vi stiller os op på et morgenmøde og siger, at nu er der sket det og det. Det er simpelthen alt for luftigt. Når det er sådan en helt konkret ændring. Altså et nyt tiltag. Det skal komme fra ledelsen. Det er min holdning. "*

Den holdning, som SS giver udtryk for her afspejler en mere generel restriktiv opfattelse end den IS har, i forhold til hvilket mandat de, som medforskere, er gået ind i arbejdet med. Forskellen mellem IS og SS kommer således til udtryk på flere planer, hvilket kan have implikationer for de læreprocesser, der genereres gennem arbejdet, og dermed hvad der skaber læring hos medforskerne.
Noget andet, der kan have implikationer for medforskernes læreprocesser er hvilke overvejelser og hensyn, der indgår i medforskernes beslutningsgrundlag. I den cykliske proces, hvor målet er, at aktionsforskningen skal facilitere læreprocesserne arbejdes der netop med eksperimenterende metoder for at finde utraditionelle løsninger. Hvis medforskerne i denne proces på forhånd begrænser deres handlerum og lader andre hensyn få forrang fremfor hensynet til fagligheden og patienterne, er der en risiko for, at det sætter læreprocesserne i stå. Noget kunne tyde på, at der i medforskernes overvejelser også indgår overvejelser af økonomisk og organisatorisk karakter. I arbejdet med at udarbejde forslag til en overflytningskonference, har en gruppe besluttet, at det skal være den afsnitsledende sygeplejerske, der er stamafsnittets repræsentant. Gruppen begrunder det med, at hun har fokus på det økonomiske aspekt:

> *Ella (SS): " Og så går man over til sin leder og siger, at der skal fast vagt og så hun siger: Arh… lad os nu lige vente og se, indtil patienten kommer (…) også det der med CPAP og andre specialopgaver, (…) så kan hun ligesom se ved selvsyn, at han har brug for fast vagt, og så er det bare med at få den vagt bestilt, og så kan hun argumentere for, hvorfor man ikke kan give CPAP eller hvad der også er behov for… "*

Gruppen har gennem sit arbejde erkendt, at faglighed som beslutningsgrundlag ikke altid er tilstrækkeligt. Igennem deres egen argumentation ses det, at økonomi i mange tilfælde får forrang fremfor faglige overvejelser. I flere tilfælde ses det, at medforskerne har accepteret og resigneret overfor dette forhold.

> *Bente (IS): "… hvor vi snakkede om… at hvordan skal vi så sælge den til de afsnitsledende sygeplejersker på sengeafsnittene, og det var jo at sige, at det her kan spare penge på den lange bane… "*

Noget tyder da også på, at medforskerne har en pointe. På dialogmødet med de afsnitsledende sygeplejersker fra både stamafsnit og intensiv, hvor formålet er at drøfte afprøvningen af handleplanerne, falder samtalen på beslutningen om at indkalde en fast vagt. Her siger én af de afsnitsledende sygeplejersker fra et stamafsnit:

> *Afsnitsledende (SS): " Det er i en dialog med lægegruppen (beslutningen om fast vagt red.), for jeg kan godt synes, at vi kan klare den her patient med delir med hyppige tilsyn, men jeg har også et økonomisk perspektiv, hvor lægegruppen skærer igennem og siger, at det er behandlingen her.* "

På selvsamme dialogmøde drøftes specielt overflytningskonferencen og ressourceforbruget i den forbindelse. I den sammenhæng viser udtalelserne, at det økonomiske aspekt hele tiden er present og ikke blot ligger under overfladen:

> *Afsnitsledende (SS): " Jeg kan også være rigtig bekymret for ressourceforbruget. De to gange vi har aftalt, der er det blevet aflyst, fordi patienten ikke følger planen. Det betyder rigtig meget for ressourceforbrug og planlægning. Principielt kunne jeg have stået i den situation, at vi skulle kalde en ekstra ind, fordi vi var så dårligt bemandet. Der kan pludselig være et stort ressourcebehov. "*

Medforskernes overvejelser om økonomi og ressourcer indgår også flere gange igennem deres dialoger og forhandlinger om mening. Det er som om, at overvejelser om økonomi og ressourcer er blevet en ligeså stor del af særligt stamafsnittenes fælles repertoire som faglighed. Man kan gisne om, hvad der har forårsaget denne udvikling i praksisfællesskabet. Noget tyder på, at der er tale om et skred. Når budskaberne fra medforskernes første workshop sammenholdes med budskaberne på den anden workshop sker der et skift i argumentationen. På den første workshop er der fokus på faglighed og på patienterne, den fælles sag. På den anden workshop, flyttes fokus til det muliges kunst. Begrænsede ressourcer og økonomi bliver determinerende for beslutningerne. En indvending kunne her være, at der blot er tale om, at fokus flyttes fra idealer til realiteter, idet medforskerne på den første workshop blev bedt om at illustrere en vellykket overgang. En begrundet antagelse er det dog, at den følsomhed og det engagement, der udløser modstand mod beslutninger, der forringer fagligheden, langsomt har flyttet sig, så der i medforskernes tankesæt næsten pr. automatik indgår, at der er noget, de må lade ligge og ikke kan stille krav om (Wenger,

2004). Antagelsen kan netop begrundes med, at der i medforskerne argumentation genkendes mønstre fra ledernes retorik.
Opsummeret ses der flere barrierer i arbejdet med at skabe sikre og sammenhængende patientovergange. På trods af de skitserede barrierer lykkes det medforskerne at skabe læreprocesser gennem deres vedholdenhed og engagement. Læring er tæt forbundet med deltagelse og tingsliggørelse, som begge ses inddraget i medforskerne meningsforhandling om overlap i vagtlag, rapport, observationsskema og forkortelser. Alle temaer skaber forstyrrelser, genforhandling af mening og dermed grobund for læring. Med aktionsforskningsprocessen som ramme får medforskerne dannet et praksisfællesskab, hvor de gennem et gensidigt engagement har lært at handle og udvikle noget sammen. De tager ansvar og forpligter sig på den fælles virksomhed ved at involvere sig i de mange forslag til handlinger. Igennem arbejdet med handleplanerne får de skabt et fælles repertoire og referencepunkter, som de identificerer sig med. I en Wengersk optik understøtter aktionsforskningsprocessen meningsforhandlingerne og faciliterer læreprocesserne således, at medforskerne får skabt et 'produkt' i de 3 handleplaner, som præsenteres i det kommende afsnit.

9.6. Handlinger og handleplaner

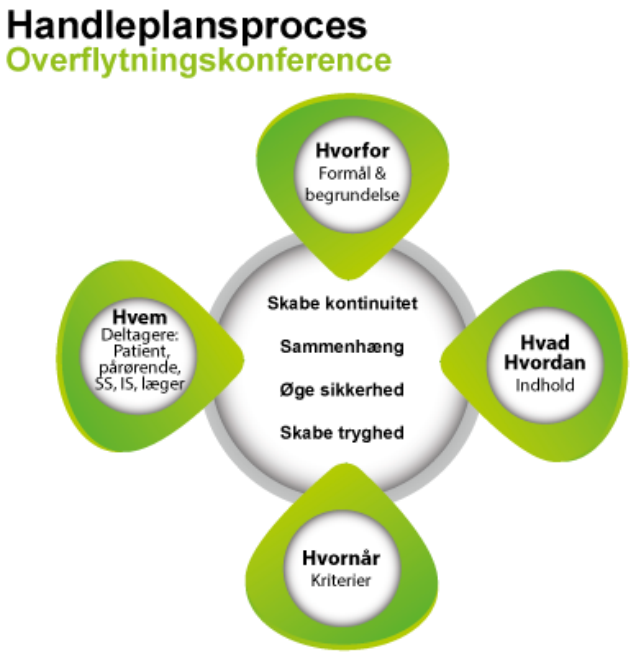
"At have de samme begreber om ting, som andre har, at være ligesindede, og derved være medlemmer af en social gruppe, er derfor det samme som at opfatte tings og handlingers mening på samme måde som andre " (Dewey, 2005:51)

Ovenstående citat af Dewey rummer hvad dette afsnit handler om: Dannelsen af et praksisfællesskab, hvor det lykkedes 19 medforskere fra 9 forskellige praksisfællesskaber at trodse modsætningerne og gennem gentagne meningsforhandlinger at få skabt læreprocesser, der har bidraget til konkrete handlinger, som stadig er under implementering. Igennem workshops udkrystalliserede medforskerne 3 handleplaner, som de tidligt i forløbet benævnte 'overflytningskonference', 'videndeling' og 'den positive tilgang'. Afsnittet vil i underafsnit præsentere den enkelte handleplan og illustrere processen for, hvordan arbejdet mere konkret har udmøntet sig, herunder hvilke handlinger, der blev besluttet. Hvert afsnit afsluttes med en præsentation af den endelige handleplan.

9.6.1. Overflytningskonference

Den første handleplansproces om overflytningskonferencer har som det primære formål[179] at skabe sikkerhed gennem kontinuitet og sammenhæng i behandlingen og samtidig at skabe tryghed og tillid hos patienter, pårørende og personale. Formålet skal opfattes som et samlet mål, hvor kontinuiteten og sammenhængen er et udtryk for, at den pleje og behandling, der er igangsat på intensiv skal fortsætte og opfattes som en forudsætning for den gode overlevering af patienten, hvor alle aktuelle data deles.
Overflytningskonferencen var den første handleplan, der blev konkretiseret og den blev allerede implementeret i projektfasen. Det skyldes flere forhold. Dels er der ingen tvivl om, at handleplanen opfylder et behov hos begge parter for at øge samarbejdet i overgangen. Dels er handleplanen så konkret, at dens forslag genkendes hos begge parter. Samtidig kunne den opstartes umiddelbart. Handleplanen er ændret og justeret flere gange efter den første introduktion. Både medforskerne, de afsnitsledende sygeplejersker, lægerne og de øvrige aktører i afsnittende har således haft lejlighed til at give sit besyv med inden den endelige udformning.
I overskrifter har medforskerne arbejdet med et 'hvorfor', et 'hvad og hvordan', et 'hvornår' og et 'hvem'. Se figur 22.

[179] Medforskerne skelner mellem overordnede formål og mere konkrete mål, der skal udmøntes i handlinger.



FIGUR 22. HANDLEPLANPROCES FOR OVERFLYTNINGSKONFERENCE

Foruden det overordnede formål har medforskerne under *hvorfor* anført deres begrundelse for, at overflytningskonference skal udføres. Under *hvad og hvordan* har medforskerne mere udførligt og konkret beskrevet, hvordan det i praksis skal vise sig, herunder også hvad der er lægens og sygeplejerskernes opgaver og roller i forbindelse med konferencen.
Det var ganske uproblematisk for medforskerne at fordele de opgaver, der ligger i en overflytningskonferencens imellem faggrupperne Til gengæld krævede det flere overvejelser og diskussioner at få beskrevet, hvad der skulle give adgang til en overflytningskonference og hos hvilke patienter, konferencen skulle foretages, som det også udtrykkes gennem nedenstående dialog:

> *Barbara (SS): Vi har talt om, at det skulle tilbydes langliggere, men hvad er langliggere? Kan man ud fra antallet af liggedage på intensiv afgøre (…) hvem der har brug for det (…). Det er vel mere kompleksiteten. Det kan vel være mere komplekst at ligge i 5 dage end i 14 dage. Det kan vel også være nogle sociale eller psykologiske faktorer, der gælder. Men her i prøvekøringsfasen, der er det nok vigtigt, at det er nogle helt konkrete regler, der gælder. Så kan man altid udvide dem med tiden.*

> *Helene (IS): Så skal man ikke selv gå ind og sætte grad på kompleksiteten eller forholde sig til; er det her én der skal eller ikke skal (…). Hvis vi ligesom satte en ramme på 14 dage, så i de 14 dage, der måtte der ligesom have været en masse kompleksitet uden at det er konkret, men til at starte med. Og dermed være ikke sagt at man ikke kan gøre det før, men så er det i hvert fald et kriterie, at der skal det gøres.*

Senere bliver også andre faktorer inddraget, såsom hvilke kriterier og symptombilleder patienten skal frembyde. Som det ses af både figur 22 og 23 er det også beskrevet hvem, der formodes at deltage i overflytningskonferencen. Her er patienter og pårørende selvskrevne ifølge denne gruppe:

> *Barbara (SS): Vi mener jo, at patienter og pårørende skal deltage (…) de ville måske opfatte det lidt som en faglig snak, men det, at de overværer (…) overflytningskonferencen kan give dem en oplevelse af, at nu har de haft en dialog omkring min mand og (…) hvad er der gået forud (…) de har styr på tingene. Men dermed ikke sagt, at patient og pårørende skal være tilskuere.*

Forud for denne beslutning har der været mange drøftelser om, hvorvidt patienten er i stand til at deltage. Medforskerne beslutter dog, at udgangspunktet må være, at patienter og pårørende skal deltage, men at der i tvivlstilfælde må foretages en faglig etisk og kollegial vurdering. I den sammenhæng fremhæves det ligeledes, at den SS, der skal deltage enten skal være den afsnitsledende sygeplejerskes eller en SS, der har samme beslutningskompetence i den pågældende situation.

TEMA	HVORFOR Formål og begrundelse	HVAD/Hvordan viser det sig? Indhold	HVORNÅR	HVEM	Hvor længe?
Overflyt-nings-konference	**1. Det overordnede formål er at skabe kontinuitet og sammenhæng i behandlingen og dermed øge sikkerheden for patienten.** **2. Desuden skabe tryghed og tillid hos patienter, pårørende og personale i overgangen**	Velkomst hvor alle inviteres til at deltage aktivt i dialogen og ytre sig om tvivlspørgsmål. Intensiv læge indleder med status på patientens sygdom og begrundelsen for, at patienten kan komme videre. Der informeres om diagnose, forløb, udførte - og planlagte undersøgelser og behandlinger, uafklarede spørgsmål og evt. behandlingsrestriktioner.	Patienten har været indlagt i > 14 dage. Som udgangspunkt skal min. ét af følgende kriterier/symptomer være til stede: ▪ PICS (Post Intensive Care Syndrom) ▪ Critical Illness polyneuropathy ▪ Intensiv Delir ▪ Trachealkanylebærer med hyppig sugning ▪ Andre forhold (fx problemer med pårørende eller hvor det fagligt skønnes hensigtsmæssigt).	Pårørende inviteres og forventes at deltage. ▪ Patient og max 2 pårørende ▪ Intensiv kontaktsyge-plejerske ▪ Stamafsnittes sygeplejerske ▪ R's stuegangslæge ▪ Bagvagt eller kontaktlæge fra stamafsnittet	Forsøgsperioden forventes at ligge fra 17. sep. – 31.dec. 2015
	▪ Forebygge utilsigtede hændelser ▪ Skabe overblik over patientens situation ▪ Højne kvaliteten i planlægning og forventningsafstemning før patienten kommer ▪ Sikre, at genindlæggelser og tilbageskridt minimeres (et økonomisk incitament) ▪ Skabe en tryg og professionel overgang for både patient og pårørende.	Intensiv sygeplejerske oplyser status på patientens pleje, herunder ernæring, funktionsniveau og døgnrytmeplan samt evt. fysioterapi, ergo, hjælpemidler etc. Der tales gensidige forventninger mellem patient, pårørende, Intensiv og stamafsnittets sygeplejerske. Der informeres om Aftercare og genbesøg under indlæggelsen. Der aftales tidspunkt for overlevering, hvor rapporten tilstræbes at foregå på R.	Sygeplejersker og læger kan afvige fra ovennævnte kriterier, hvis det kan begrundes fagligt. Overflytningskonferencens varighed er 15-30 min og foretages 1-3 dage før overflytningen. Den kan foregå på stuen hos patienten, hvis det vurderes at være etisk forsvarligt. På selve overflytningsdagen kommer stamafsnittets sygeplejerske på R hvor rapporten gives i rolige rammer og max varer 20 min.	Fra stamafsnittet deltager den afsnitsledende sygeplejerske eller uddelegerer deltagelse til en sygeplejerske, der har bemyndigelse til at træffe beslutning om eventuel fast vagt, CPAP, sugning og lignende. Fra Intensiv deltager én af de afsnitsledende sygeplejersker som et led i videndeling og kontinuitet i overflytningskonferencerne.	

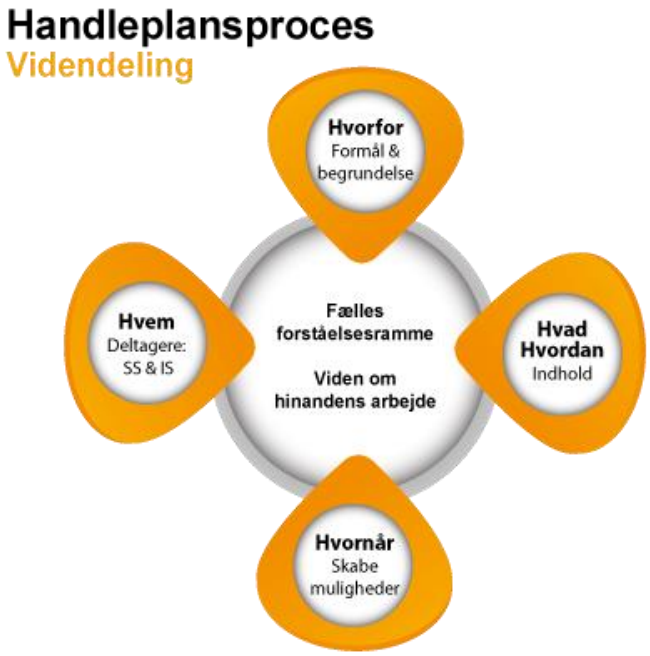
FIGUR 23. HANDLEPLAN FOR OVERFLYTNINGSKONFERENCE (BILAG NR. 39)

9.6.2. Videndeling

I handleplanen om videndeling er det primære mål at få skabt en fælles forståelseshorisont og viden om hinandens praksis. Figur 24. Hensigten med dette mål er at sikre det gode samarbejde og et fælles ejerskab til patienten. Foruden det overordnede formål har medforskerne anført som begrundelse, at der er behov for mere viden om intensivpatienters forløb og de eftervirkninger, som patienterne har efter lang tids respiratorbehandling. Samtidig mener medforskerne, at der er behov for viden om hinandens arbejdsopgaver og vilkår.
Medforskerne ønsker at skabe mere gensidig i erfaringsudvekslingen og foreslår blandt andet, at SS besøger egne patienter på intensiv et par dage før en planlagt overflytning af patienten. Samtidig vil IS gerne tilbyde undervisning om de hyppigst forekommende symptomer efter intensivbehandling (sugning, delir, neuropati). Også gerne på personalemøder på stamafsnit.

> *Nora (IS): Og der kom vi til at snakke om, at rigtig mange på stamafdelinger måske i virkeligheden ikke ved, hvordan en respirator ser ud, og hvad det vil sige at være intensiv patient. At det kunne (...) være fint, hvis man (...), som en del af en oplæring i en stamafdeling. At (...) nye sygeplejersker (...) (kommer) over på intensiv, måske bare*

et par timer, og ser én af de dårligste patienter (...) så de får en fornemmelse af, hvad det vil sige at ligge på en intensiv afdeling og måske være sederet [180]eller delirøs med masser af pumper eller dialyse og respirator og (...) om det kunne give en anden forståelse for, hvad patienten og de pårørende har været igennem, når de når til stamafdelingen.



Figur 24. Handleplanproces for videndeling

I dialogerne om videndeling er der også flere IS, der er opmærksomme på et besøg den anden vej:

Tove (IS): Men det kan også være fint for os at prøve at have en halv dag som studiedag på en stamafdeling og se hvor mange ressourcer det tager, at passe én af dem (en patient red.), som vi synes er god, men som stamafdelingen synes, der er dårlig.

[180] Sederet eller sedation betyder, at patienten fået beroligende og lettere sløvende medicin. I modsætning til narkose hvor patienten er fuldt bedøvet.

Citatet demonstrerer et oprigtigt ønske fra IS om at få forståelse for den anden parts oplevelse af patienten. I dialogen om videndeling er det også et tema, at IS tilbyder at blive i stamafsnittet et par timer efter overflytningen afhængig af patientens aktuelle situation og stamafsnittets behov for at blive opdateret på centrale områder. Kontinuiteten er også italesat i denne handleplan, hvor medforskerne foreslår, at selvsamme IS, der overleverer patienten, kan besøge afsnittet de første 2-3 dage efter overflytningen og samtidig, at det er den samme SS, der tager imod og plejer patienten de første 2-3 dage.

	HVORFOR Begrundelse	HVAD/Hvordan viser det sig? Indhold	HVORNÅR	HVEM	Hvor længe?
Videndeling	**1. Formålet er at opnå en fælles forståelsesramme og viden om hinandens arbejde med henblik på at sikre et godt samarbejde om patienten i overgangen** **2. Formålet er endvidere at få delt ejerskab til patienten**	Som et led i en generel kompetenceudvikling besøger stamafsnittets sygeplejerske intensiv og får indblik i patienternes situation, behandling og monitorering, Det tilstræbes, at besøget aflægges hos patienter, der opfylder kriterier til overflytningskonference. Intensivsygeplejersker tilbyder efter ønske undervisning på stamafsnit personalemøder evt. med deltagelse af tidligere intensiv patient.	Afhængig af afsnittets muligheder, kan der planlægge fra 1-4 timer på en vilkårlig dag i det afsluttende forløb af patientens intensive behandling. Intensiv afdeling er altid åben for at modtage besøg.	Modtagende sygeplejersker fra stamafsnit. Der planlægges med løbende kompetenceudvikling i forhold til pleje af intensivpatienter	Forsøgsperioden forventes at ligge fra 17. august – 31.december 2015
	Der er behov for viden om: ▪ Patientens kritiske forløb, monitorering og behandling ▪ Respiratorbehandling, ▪ Sugning, CPAP, Delirium og Polyneurophaty mv. ▪ Hinandens arbejds-opgaver, situation og vilkår	Intensiv sygeplejersken kommer i stamafsnit og følger patient og stamafsnittets sygeplejerske de første par dage efter overflytningen (det er ofte de 2-3 første dage, der er kritiske). Rapport og - overlap mellem dag – og aftenvagt prioriteres hos intensivpatienter. Der planlægges med at højne kontinuiteten på stamafsnit i overgangen. Det tilstræbes, at stamafsnittets sygeplejerske følger den patient, der skal overflyttes til Intensiv.	Intensivsygeplejersken kan tilbyde at blive i afsnittet 1-3 timer afhængig af patientens aktuelle situation, mulighederne på Intensiv og stamafsnittets behov de første 2 dage i overflytningen. På stamafsnit gives der mundtlig rapport af kollega i dagvagt til aftenvagt ved vagtskifte på stamafsnit på intensivpatientens ankomstdag.	Intensivsygeplejerske, der er kontaktperson eller har opnået en tæt relation til patient/pårørende.	

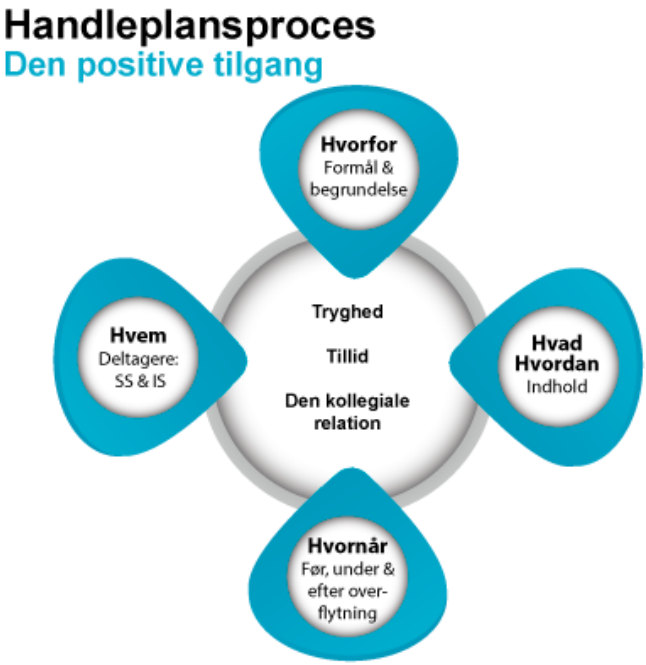
Figur 25. Handleplan om videndeling (bilag nr. 40)

9.6.3. Den positive tilgang

Det overordnede formål med den positive tilgang er at skabe tryghed for patienter og pårørende gennem vedholdende at arbejde med den gode kollegiale relation mellem intensiv og stamafsnit. Hensigten er, at patienter og pårørende har tillid til, at overgangen fra intensiv til stamafsnit bliver god og kompetent. For at nå dette mål foreslår medforskerne, at praktikerne gennem helt konkrete handlinger medtænker, hvad der kan gøres *før* patienten skal overflyttes, som fx at arrangere et besøg på stamafsnittet for patient og pårørende 1-2 dage før overgangen. *Under* selve overgangen kan IS gøre det nemmere for SS at fokusere på patienten i overflytningen ved på forhånd at give medicin, skifte sår, stomi mv. *Efter* overgangen kan IS tilbyde

sin hjælp og guide SS i sugning, CPAP og lignende de første par dage. En IS opsummerer medforskernes dialog om den positive tilgang:

> *Nora: (IS)… det der med at tænke på hinanden som nogle fælles ressourcer. Altså IS og SS, der kan hjælpe hinanden (…), hvis der fx kommer en IS over på stamafdelingen for at snakke med patienten og besøge dem, at man så ser på dem som en positiv ressource i stedet for (…) at føle os som en konkurrent, eller en der kommer og vil snage… prøve at bruge hinanden som professionelle positive ressourcer.*



FIGUR 26. HANDLEPLANPROCES FOR DEN POSITIVE TILGANG

Medforskerne er fast besluttede på, at de vil samarbejde og se patienten som det fælles tredje. Det er derfor de i handleplanen lægger vægt på, at der skal planlægges med, at den intensivsygeplejerske, der er kontaktperson for patienten også overflytter patienten. Desuden, at det er den samme SS, der modtager besked om patienten (til enten overflytningskonferencen eller i rapportsituationen), der også modtager patienten fysisk, når denne overflyttes til stamafsnittet.

	HVORFOR Begrundelse	HVAD/Hvordan viser det sig? Indhold	HVORNÅR	HVEM	Hvor længe?
Den positive tilgang	**Mål:** **1. At patienter og pårørende er trygge og har tillid til, at det bliver en god overgang fra intensiv til stamafsnit.** **2. At øge fokus på den gode kollegiale relation mellem intensiv og stamafsnit.**	Afhjælpe utryghed ved at afmonitorere patienten *inden* overflytning. Fjerne A-kanyle, elektroder, opfordre patienten til at ringe på klokkesnoren ved behov. Varsle i god tid, så der er gjort en stue klar på stamafsnittet. Ring ved forsinkelse fx afventer portør. Tilbyde de pårørende at besøge stamafsnittet et par dage før patienten overflyttes og adviser stamafsnittet om besøg. Det samme, hvis patienten vil på besøg. Hjælpe SS til at fokusere på patienten ved at afsnit R: ▪ I døgnet op til overflytning fører udvidet væskeskema fra midnat. ▪ Giver medicin på forhånd, skifter evt. forbinding eller stomi og medtænker mobilisering. ▪ Vurderer ene – eller flersengsstue. Tænke på hinanden som fælles ressourcer, der hjælper hinanden. Patienten er vores fælles tredje. Have fokus på fagligheden/sagligheden.	**Før overflytningen:** Forberedelse af patient og pårørende/familie	Det er samme sygeplejerske, som har modtaget besked, der også modtager patienten. Intensivsygeplejerske, der er kontaktperson for patienten.	Forsøgsperioden forventes at ligge fra 17. sep. – 31.dec. 2015
		****Aktuel status**: Under **Sygeplejeanamnese** og derefter i rubrikken: **Kontaktårsag** skriver Intensivsygeplejersken med store bogstaver: **EPIKRISE** herunder skrives den korte aktuelle status med søgeord som fx: Respiration, funktionsniveau, familiære forhold – og specielle forhold som fx stomi eller lign. Der planlægges med, at rapport og dialog om patienten i videst muligt omfang gives hos patienten på Intensiv, hvor SS møder op efter aftale. Forinden har den afsnitsledende vurderet eller uddelegeret bemyndigelse, hvis behov for fast vagt, CPAP mv.	**Under selve overflytningen** **Efter overflytningen** Intensivsygeplejersken bliver evt. et par timer på afsnittet ved behov (se handlingsplan for videndeling).		** (BEMÆRK! Den regionale gruppe, der repræsenterer intensive afdelinger arbejder med en ændring i Clinical, der kan skabe bedre overblik ved overflytning og som muligvis implementeres medio september).

Figur 27. Den positive tilgang (se bilag nr. 41)

Opsummeret har medforskerne gennem de tre handleplaner fokus på sikkerheden for patienten og på trygheden for både patient og pårørende. Samtidig tænker de i sammenhæng gennem kontinuitet, udvikling og skabelse af kollegiale relationer, sparring og videndeling. Medforskernes handleplaner danner således et solidt fundament for en professionel overgang.

9.7. Medforskernes evaluering som pragmatisk validering

En metodisk refleksion andrager medforskernes evaluering i den tredje workshop. Denne evaluering bidrager med en pragmatisk validering af, om de beslutninger om handlinger som medforskerne har truffet, også er mundet ud i konkrete handlinger. Samtidig kan det vurderes om – og på hvilken måde - medforskernes evaluering understøtter mine fund i analysen.
Igennem de fire foregående analyser ses alle faser i den cykliske proces udfoldet. Medforskerne har igennem faserne fundet frem til flere handlinger, hvoraf nogle er blevet opgivet igen undervejs, andre er revideret igen og igen for til sidst at blive udmøntet i 3 handleplaner, som beskrevet i forrige kapitel. Aktionsforskningen har skabt mulighed for, at medforskerne har kunnet gå i dialog med hinanden og supplere, reflektere, forkaste eller godkende de forskellige forslag, der er fremkommet undervejs i forløbet. De forslag til handlinger, som medforskerne har godtaget og anerkendt, har dermed fundet vej gennem medforskernes egen vurdering af, om handlingerne vil give mening og skabe gyldighed i deres respektive praksisser. Der kan dog ikke være tale om en pragmatisk validering før det ses, om handlingerne reelt har skabt en adfærdsændring i praksis. Det vil dette afsnit give svar på gennem inddragelse af medforskernes egen evaluering fra den tredje og evaluerende workshop. Fem af medforskerne har valgt at evaluere forløbet skriftligt, da de ikke kunne deltage i workshoppen. De skriftlige evalueringer, vil blive inddraget på lige fod med de mundtlige.[181]
Den tredje og evaluerende workshop blev struktureret gennem 4 spørgsmål,[182] der også vil danne overskrift for den følgende udfoldning af om handlingerne har skabt ændringer i praksis.

Hvad har projektet bidraget til?

> *"Projektet har bidraget til, at vi er gået fra at have fokus på et problem til at have fokus på en konkret praksisændring. "*

Således skriver en IS medforsker til mig, der har fået andet arbejde og derfor ikke kan deltage i den afsluttende evaluering. Medforskerne er af den opfattelse, at projektet har bidraget til en større opmærksomhed hos begge parter og en større forståelse for den andens perspektiv. Der er kommet en større åbenhed overfor hinanden og det gælder ikke kun medforskerne imellem, men også hos kollegerne i afsnittet. Det er blevet *mere et 'vi' og et mindre 'I'*, hvor begge parter har fået øjnene op for hinanden som samarbejdspartnere, hvad der også fremgår af dialogen herunder:

---

[181] I citaterne fra de 5 skriftlige evalueringer vil medforskernes alias navne ikke blive oplyst for at beskytte deres identitet.

[182] Hvad har projektet bidraget til?
Hvordan har det været at deltage i processen?
Hvordan ser du, at denne proces kan fortsætte?
Hvad tænker du er din egen rolle fremover?

> *Karen (IS): " Helt fra starten af det her projekt her, der havde vi det meget sådan med, at det var vores patient og det var ikke jeres patient – og vi bekrigede sådan lidt hinanden i en manglende forståelse. Det synes jeg i hvert fald, at det (projektet) har bidraget til (…) det bedre patientforløb, fordi vi formår (…) ja det lyder så floskelagtigt … at sætte vores fordomme lidt på spil for…at forsøge at forventningsafstemme."*

> *Hanne (IS): " Jeg synes helt klart, at der er kommet en større opmærksomhed både hos os selv og på stamafsnittene. Vi bliver oftere ringet til, om vi vil komme over og se på den pumpe (…) eller komme og suge dybt. Vi bliver vel mødt, når vi kommer over…."*

IS tager også selv initiativ til at besøge stamafsnittet og tilbyder deres hjælp til sugning eller CPAP. Samtidig nævner SS, at de er blevet mere opsøgende, når de har patienter på intensiv. De er begyndt at skrive hvilken patient, de har liggende på intensiv på deres cybertavle[183] og så opdaterer de løbende tavlen med, hvornår de kan forvente at få patienten tilbage. Det har dels skabt større opmærksomhed på samarbejdet med intensiv, dels en større opmærksomhed på at planlægge en god overgang, som en SS bemærker:

> *Sandra (SS): " Det har i hvert fald givet øget opmærksomhed på intensiv patienter. Når vi ved, at vi har én på intensiv, så er vi begyndt selv at ringe over på intensiv og høre (…) hvornår kan vi forvente, at patienten kommer tilbage og være opmærksom på den overflytningskonference, om det er noget, der skal sættes i værk. Vores afsnitsledende er i hvert fald kommet meget mere på banen. "*

IS har en oplevelse af, at patienter og pårørende er mere trygge efter, at de på overflytningskonferencer har mødt det personale, som de skal over til på stamafsnittet. Patienterne giver udtryk for, at det føles trygt, at der er interesse for dem og deres situation.
SS har en oplevelse af, at patienternes tilstand er blevet bedre, og at de er mere stabile, når de flyttes til stamafsnit. Det bekræfter IS, der bemærker, at hvis man på intensiv vurderer, at patienten har brug for hyppig CPAP eller andre ressourcekrævende opgaver, så beholder man om muligt, patienterne et døgn eller to mere. IS er også opmærksomme på ikke at flytte patienter en fredag, men venter til mandag, hvis det kan lade sig gøre.
I forbindelse med en dialog om rapport beklager SS, at de endnu ikke har benyttet muligheden for at komme på intensiv og få rapport om patienten inden patientens flyttes. Det er således kun på overflytningskonferencerne, at patienten møder SS, og da er det ofte den afsnitsledende sygeplejerske, patienten møder og ikke den SS, der skal passe patienten i dagligdagen. Selvom der ikke er foretaget ændringer omkring rapportsituationen oplever en SS, at afsnittet har ændret på deres organisering for at modtage patienten:

[183] Elektronisk oversigtstavle for personalet med angivelse af navne og andre relevante oplysninger på de indlagte patienter.

> *Sandra (SS):" Vi forsøger at planlægge dagen før, så vedkommende, der skal tage imod (…) hun har så heller ikke så mange patienter, som man plejer at have. Så man ved, at jeg skal lige få passet ind i min dag, at jeg skal tage imod en patient fra intensiv. Hvor før der kunne det godt være lidt på dagen: Hvem kan lige tage imod og så sidder alle jo og siger; jamen jeg kan ikke, altså. Jeg har ikke tid… "*

Medforskerne erindrer også, at der på de tidligere workshops har været problemstillinger omkring kommunikationen i overgangene. Her giver SS blandt andet udtryk for, at IS er blevet mere præcise i sin formidling, og IS supplerer med, at de generelt er blevet opmærksomme på at være mere målrettet og undgå unødvendig information i overgangen. Samtidig må de erkende, at det stadig ikke er lykkedes at få et statusark i EPJ, hvor de kan skrive et opdateret resume om patienten til SS. IS mener dog, at det er et problem, der umiddelbart vil kunne løses, hvis de og kollegerne får opmærksomhed på det. Derfor vælger de at gå videre med denne problematik.

Hvordan har det været at deltage i processen?

Både IS og SS supplerer hinanden omkring det lærerige i at deltage i projektet og betydningen for forståelsen for hinandens arbejde. Flere medforskere istemmer, at projektet har givet anledning til mange refleksioner og aha-oplevelser. SS og IS har oplevet det interessant at høre hinandens opfattelser af de forskellige afsnits procedurer og arbejdsmetoder. Det har åbnet op for nye perspektiver på hinandens og eget arbejde. Processen har været med til at skabe nogle gode relationer:

> *Karen (IS): " Jeg synes umiddelbart at vi har rykket os en del fra den der deskriptive analyse. I stedet for 'dem og os' er vi blevet mere fælles. Det synes jeg er spændende ved den her proces. "*

En SS og en IS, der ikke kunne deltage i workshoppen skriver:

> *SS: " Det har været givende dialoger om modtagelse og pasning af denne gruppe patienter, ud fra hvilke muligheder de forskellige afdelinger har - (og) ud fra de forskelligheder alligevel at kunne finde fælles fremtidige mål for denne patientgruppe. "*

> *IS: " Det har været spændende og lærerigt at deltage i processen. Det er en faglig og personlig tilfredsstillelse at være med til at indføre og udvikle konkrete ændringer i praksis. "*

Generelt er SS optaget af, at det er svært som ene medforsker at repræsentere hele afsnittet og et stort ansvar at få alle aftaler bredt ud til kollegerne. SS siger således:

> *Karin (SS): " Noget af det, der har været svært er det, at man er ene sygeplejerske fra stamafsnittet og skal have bragt det her videre til en afdeling med 20-30 sygeplejersker. "*

> *Sandra (SS): " ... men på den anden siden synes jeg jo også at det er superfedt, at jeg har været med til at bidrage og præge noget. "*

På de stamafsnit hvor lederen har vist opmærksomhed for projektet og været engageret i processen, har SS oplevet, at det også har været nemmere at engagere kollegerne i projektet og vinde deres gehør. Både SS og IS har oplevet det meget udbytterigt at skulle samarbejde og bidrage til projektet over et længere forløb, hvor man mødes i forskellige fora til både workshops og dialogmøder. Her har handleplanerne været det konkrete redskab, der kunne arbejdes videre med:

> *Karin (SS): " Handleplanerne har givet noget meget konkret at tage fat i. Altså det er dem man har at kunne gå videre med. Det har ikke været sådan, at man ikke ved, hvad man skal gå tilbage med. "*

IS har generelt lettere ved at implementere handleplanerne for som de også siger:

> *Tove (IS): " ... vi har flere kort på hånden. Det er ikke kun os, der står for det. Den er bredt ud både på os, på lederniveau og på lægeniveau. "*

Medforskerne mener, at de får løst problemerne mere gnidningsfrit end tidligere. IS nævner et par eksempler på overflytninger, hvor man ikke har været klar til at modtage patienten på stamafsnittet, men hvor begge parter er opmærksomme på ikke at blive irriteret på hinanden eller skabe konflikter. Flere nævner, at det at være med i sådan en proces flytter nogle grænser hos én selv. Her nævnes også, at mødet med patienter og pårørende har gjort særligt indtryk, men også den kreative workshop overraskede positivt.

> *Karina (IS): " Det har været en superproces. Jeg synes virkelig det har været super for sådan én som mig at skulle være kreativ og tænke anderledes. Det gav rigtig meget. Jeg er sådan én, der ikke er kreativ. Det var virkelig ud af min tryghedszone. Det fik os til at grine og snakke sammen og tænke nogle andre tanker. Så jeg synes, at det var en rigtig god idé."*

Hvordan ser du, at denne proces kan fortsætte?

Medforskerne er opsat på, at processen skal fortsætte og mener selv, at de er 'foregangsmænd', da de gennem dialogerne har drøftet mange af barriererne og i samarbejde er nået frem til de fælles handlinger, som de mener kan gennemføres umiddelbart. De føler derfor et særligt ansvar for at videreformidle deres viden til kollegerne:

> *Sisse (IS) "... nu har vi jo fået større forståelse for hinandens arbejde. Så kunne man gå foran og..... holde den positive tilgang, som jo også var én af handleplanerne. "*

> *Sandra (SS): "... i og med, at vi er medforskere, så ligger der vel også et ansvar på vores skuldre om... det tror jeg, da også, at min leder*

> *forventer. At jeg stadig holder tingene i gang (...). Ellers var der jo ingen pointe i, at jeg sad her. Hvis jeg ikke havde en interesse i at holde det kørerne. "*

Medforskerne er forvisset om, at handleplanen om overflytningskonferencen vil fortsætte, fordi den har påvist et behov for at samarbejde om langliggerne, men der er også mange patienter, der overflyttes efter kort tid, der har brug for større opmærksomhed i overleveringen. Derfor ønsker medforskerne et fremadrettet fokus på de to øvrige handleplaner:

> *Karina (IS): Jeg kunne også godt (...) tænke mig, at der også kom fokus på de andre handleplaner. Overflytningskonferencen er ligesom kommet i gang, men der er mange andre ting, jeg kunne drømme om kunne udvikle sig ved at knytte nogle bånd mellem os.*

Flere af medforskerne mener dog, at det incitament, der fremkommer gennem implementering af overflytningskonferencen vil foranledige en synergieffekt, der styrker båndende mellem afsnittene, og at de to øvrige handleplaner, så vil udmøntes af sig selv. Andre er mere skeptiske, hvis ikke der kommer en tovholder på processen, der er ansvarlig.

> *Nora (IS): ja det er også derfor, at jeg tænker, at vi skal have en tovholder på det her. Om det så er en tværgående gruppe med nogle fra stamafdelingerne, det ved jeg ikke, men hvordan oplever stamafdelingerne, at det her kører? F.eks. læste jeg*[184]*, at de havde svært ved at få lægerne med, men hvis ansvar er det, at de kommer med.*

Hvad tænker du er din egen rolle fremover?

Medforskerne er opmærksomme på deres rolle i forhold til at udbrede projektet. De hævder blandt andet, at de fremover vil fremme et positivt og værdifuldt samarbejde og flertallet istemmer, at de vil gøre hvad de kan for at holde fokus på de mål, som de har sat sig sammen. Som en SS skriver:

> *"Sammen med min leder tænker jeg, at vi skal være med til at bevare fokus på samarbejdet. "*

Andre medforskere er mere konkrete og nævner, at det er vigtigt, at de mere erfarne IS kan hjælpe de nye IS med at have modet til at afmonitore patienten og eventuelt køre en tur med patienten fx dagen før overflytningen "*når man godt ved, at der ingen overvågning er i morgen*." Andre medforskere vil gerne gå foran med at indføre rapport på intensiv, men er klar over, at det kræver, at rapporten afkortes og er mindre udpenslende.

---

[184] Refererer til det brev, der blev udsendt til alle medforskerne før den tredje workshop (bilag nr.44)

Afslutningsvis er der et par af medforskerne, der mener, at det er fint med de gode viljer men, at der må være en tovholder. Efter flere dialoger om dette tema, dannes et tovholderteam med to SS fra stamafsnit og to IS fra intensiv:

> *Nora (IS). " Modsat synes jeg også, at min erfaring siger, at hvis ikke vi gør det, så er det lige nyhedens interesse nu og så fader det ud. Jeg vil gerne være med i en tovholder gruppe, hvis der er 1 eller 2 mere, for det tror jeg på er nødvendigt, hvis vi skal have det her til at lykkes på lang sigt. "*

Opsummeret viser medforskernes evaluering, at den læringsmæssige værdi af processen og de handlinger, der er iværksat, konkret har skabt en praksisændring på udvalgte områder. Samtidig viser både de mundtlige og skriftlige evalueringer, at processen har haft betydning for medforskerne såvel som for deres ledere og kollegerne i flere afsnit, der har ændret både deres forståelse og adfærd i overleveringen af intensivpatienter. Der er således skabt en erkendelse, der har bevirket en begyndende organisatorisk læring. Medforskerne er dog bevidste om, at processen skal tilføres ressourcer for at fortsætte.
Relateret til aktionsforskning understøtter medforskernes evaluering mine egne fund i analyserne, som blandt andet viser, at aktionsforskningsprocessen har faciliteret meningsforhandlingerne, samarbejdet og læreprocesserne og dermed skabt konkrete handlinger i praksis. Evalueringerne kan derfor ses som en pragmatisk validering og en form for triangulering, der bekræfter aktionsforskningsprocessen som metode til at skabe ændringer i praksis.

KAPITEL 10 DISKUSSION AF FUND

Dette aktionsforskningsforskningsprojekt er opdelt i 2 faser: En undersøgelses- og en handlingsfase. I den første fase er der *både* et ønske om at undersøge de komplekse patientovergange, der er beskrevet i litteraturen (kapitel 1) for om muligt at genfinde og identificere dem i den lokale kontekst, hvor projektet finder sted *og* et ønske om at skabe et afsæt for en vidensskabelse, hvormed de skrøbelige patientovergange kan forandres og forbedres. I den anden fase er hensigten i samarbejde med praksisfeltet at generere viden, der udvikler sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange. Diskussionen diskuterer hver fase for sig i det følgende.

10.1. Undersøgelsesfasen

I den første aktionsforskningsfase (undersøgelsesfasen) stilles spørgsmålet:
Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?
Besvarelsen af spørgsmålet kan udledes fra en deskriptiv analyse, som foretages på baggrund af interview med patienter, pårørende, sygeplejersker og ledere og som valideres gennem et fokuseret etnografisk studie. Den deskriptive analyse identificerer 5 temaer: *Samarbejde mellem intensiv og stamafsnit, tryghed, forberedelse, forventninger og samarbejde med de pårørende.* Temaerne diskuteres og sammenholdes med udsagn fra dialogmøder med praktikerne og med relevant litteratur om patientovergange.
I temaet om *samarbejde mellem intensiv og stamafsnit* identificeres der hos praktikerne både en erkendelse af, at intensivpatienter er skrøbelige, og at patientovergange fra intensiv til stamafsnit kan være forbundet med store sikkerhedsrisici for patienterne; dette er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser (Perren et al, 2007; Chaboyer, 2008; Cognet & Coyer, 2014). Samtidig giver både IS og SS udtryk for et ønske om at udbygge samarbejdet for at forbedre patientovergangene. Begge parter har flere forslag til, hvad den anden part kan gøre for at forbedre overgangene og i mindre grad fokus på egen rolle. Der spores en 'dem og os' tilgang, som det også ses fra lignende undersøgelser (Hall, 2001; Häggström et al, 2009; James et al 2013). Undersøgelsesfasen viser, at 'dem og os' tilgangen mellem IS og SS kan resultere i en overvejende negativ indstilling til at samarbejde om patienten. En indstilling, der kan bidrage til at skabe et gab og manglende sammenhæng i overgangen. Fra SS's side er der en oplevelse af afmagt, når der bliver meldt mange akutte patienter på afsnittet, og de på samme tid også skal tage imod en kompleks intensivpatient. SS er frustreret over, at IS ikke tager hensyn til SS's vilkår og muligheder, men ofte overflytter patienten sidst på dagen, hvor de må tage overarbejde, og der er færre på arbejde "*og så skal vores aftenvagter til at rokere rundt* " (i overensstemmelse med Whittaker & Ball, 2000). Som en frustreret afsnitsledende siger:

> *"Vi fik den ene kl. 14.55 og den anden kl.15.05. I min verden kunne man godt med lidt omtanke tage hensyn, for det er bare øv at komme til en aftenvagt og så er der 2 intensivpatienter, man skal forholde sig til foruden de 20 andre. "*

IS giver udtryk for, at de ofte ikke føler sig velkommen på stamafsnittene. Samtidig udtrykker IS afmagt, når de oplever, at patienten genindlægges på intensiv, fordi den pleje og behandling, som de har igangsat, efter deres mening ikke videreføres på stamafsnittet, hvilket også ses hos Häggström (2009) og James et al (2013). Flere sygeplejersker bekræfter IS's oplevelse, men supplerer med, at det også handler om, at patienterne overflyttes for tidligt i forhold til deres tilstand: "*Det, der er problemet er, at vi får de patienter, der ligger på yderste mandat, og så kommer de lidt hurtigt ud af døren. "*
Andre årsager til den negative indstilling, som parterne har overfor hinanden kan hænge sammen med deres meget forskellige fokus. IS har fokus på den akutte, livreddende behandling af én patient, der fordrer et tæt samarbejde med intensivlægerne, som de har let adgang til. IS har mange arbejdsopgaver omkring 'deres' patient, der samtidig giver IS mulighed for at skabe en tæt relation til patienten. SS's har ikke samme læge-tilgængelighed som IS. Samtidig har SS ansvaret for mange patienter foruden mange andre sideløbende opgaver i dagligdagen. SS har derfor ikke den samme mulighed for at knytte bånd til den enkelte patient hvilket Häggström et al (2009) bekræfter.
I selve overgangen har IS en forventning om, at SS er tilgængelig og nærværende i situationen. IS oplever dog ofte, at SS virker fraværende og lader sig afbryde af kolleger og andre opgaver. Dette fænomen genkendes også af SS: "*Desværre har vi ikke altid tid. Vi har ofte så travlt, at vi tænker på alt det, vi også skal*. " SS er dog uforstående overfor den ofte lange rapport om én patient, når hun samtidig har 5 -7 andre patienter, som hun har ansvaret for. Samtidig er det SS's erfaring, at IS i rapporten fortsat har fokus på den livreddende og medicinske behandling, hvor SS oplever, at "*funktionsniveauet er mangelfuldt beskrevet."* For SS har det fx stor betydning, om patienten kan komme op at sidde og spise selv, som også Whittaker & Ball (2000) har fundet.
Som beskrevet er der mange forhold, der kan medvirke til at skabe en 'dem og os' kultur. En væsentlig årsag, der går igen gennem hele afhandlingen, er i hvor høj grad stamafsnittet er 'belastet' af vilkår som overbelægning, et højt personalegennemtræk, sygdom mv. En afsnitsledende fra et stamafsnit siger:

> *"Mit bud er, at det er alle de graviditeter, der startede med at vælte os, som har skabt en lavine… og vi hænger lidt på den endnu… "*

Lederen signalerer her, at afsnittet er udfordret af manglende ressourcer i forhold til det patientindtag, de har. Et forhold, der bekræftes på stamafsnittene: "*Vi har stor udskiftning af personale. Hvis man har været her i 2 år, er man gammel*. " Dette dilemma såvel som de andre skitserede dilemmaer mellem parterne genfindes også i litteraturen (Whittaker & Ball, 2000; Häggström et al,2009; James et al, 2013).

Temaet '*tryghed*' er et andet fund i undersøgelsesfasen, der overvejende er relateret til patienternes og pårørendes tryghed, men der spores også en manglende tryghed i form af bekymring hos både SS og IS. Bekymringen hos SS kredser sig om ressourcer og vilkår. SS er bekymret for om de ressourcer, der er til rådighed vil kunne modsvare patientens tilstand (Whittaker & Ball, 2000). IS bekymring antager samme drejning, men omfatter også om stamafsnittet har de fornødne kompetencer til at magte en kompleks intensiv patient. En bekymring, der ikke er ubegrundet og som kan få SS til at føle sig utilstrækkelig:

> *" hvis man selv føler sig utilstrækkelig og så I* (IS) *kommer og udfører en sygepleje, hvor man egentligt godt ved, at den patient ikke har fået den optimale pleje her hos os…*

Der er tydeligvis en uoverensstemmelse mellem hvilke forventninger patienterne har, og hvad de oplever, når de kommer på stamafsnittet. Der er studier, der viser, at op imod halvdelen af patienterne er glade og lettede over at komme væk fra intensiv, fordi det giver dem en følelse af, at de er på vej til at blive raske. Samtidig ønsker patienterne at komme væk fra stressende miljø på intensiv med al dens teknologi og mange lyde (Leith et al, 1999; Strahan & Brown, 2004). Andre studier peger på, at patienter og pårørende oplever en stor angst og utryghed ved at blive flyttet, og at både patienter og pårørende overvejende har en negativ forventning, der bliver bekræftet, når patienten og den pårørende møder stamafsnittet (Chaboyer, 2005b; Cullinane & Plowright, 2013). Samme mønster ses hos patienter og pårørende i vores projekt. Det kan virke modsætningsfyldt, at patienterne gerne vil forlade intensiv og på samme tid er utrygge og angste ved at blive overflyttet til et stamafsnit. Det kan hænge sammen med det dilemma, at patienterne på den ene side har et stort ønske om at komme videre og blive raske. På den anden side har de været i en livstruende tilstand, der indebærer en grundlæggende dødsangst, der kommer til udtryk gennem et stærkt behov for tryghed gennem overvågning, kontrol og forudsigelse (Cullinane & Plowright, 2013).
De pårørende oplever tydeligvis et pres på intensivpladser, der betyder, at der i deres øjne tales meget tidligt om en overflytning til stamafsnit. Pårørende oplever sig udfordret følelsesmæssigt. Indtil for få dage siden har de oplevet patienten svæve mellem liv og død og på tætteste hold fulgt patientens kamp for at overleve. Måske gennem flere måneder. De har oplevet, hvor hurtigt IS registrerer den mindste ændring i patientens tilstand og har bemærket, hvor hurtigt IS og lægerne kan reagere på den ændring. Derfor er det overvældede for dem, at patienten flyttes på et afsnit, hvor overvågningen og ressourcerne er markant begrænsede i forhold til, hvad patienterne kom fra. De kan derfor være bekymret for, at patienten kan få tilbagefald, når han udskrives fra intensiv. En bekymring, der i nogle tilfælde er berettiget viser litteraturen (Chaboyer et al, 2005b; Cullinane & Plowright, 2013). Men også stamafsnittene genkender fænomenet med tilbagefald viser en udtalelse fra et dialogmøde: "… *vi har jo før haft yoyo-patienter",* der hentyder til, at patienten kan ryge frem og tilbage mellem intensiv og stamafsnit.
To af patienterne og en pårørende til en tredje patient beskriver symptomer hos patienterne, der kan identificeres som det, der i litteraturen er beskrevet som

'relocation stress' med depression og angstanfald, der ofte ses hos tidligere intensivpatienter (Gustad et al, 2008; Field et al, 2008; Brodsky-Israeli & Ganz, 2011; Cullinane & Plowright, 2013). Brodsky-Israeli & Ganz, (2011) identificerede, at 'relocation stress' og angst sås hyppigere hos patienter med et mindre socialt netværk, hos kvinder og hos patienter, der har været indlagt på intensiv igennem længere tid. Det sidste var tilfældet hos to af de tre interviewede patienter, og hos patienterne til de interviewede pårørende i vores undersøgelse, hvor patienterne havde været indlagt på intensiv fra 1-9 måneder.
Under temaet '*forventninger*' efterspørger patienter og pårørende en større viden i stamafsnittet om hvad det vil sige at være intensivpatient. Samtidig ønsker de et bedre samarbejde og sammenhæng mellem intensiv og det afsnit, som de skal flyttes til. En patient og en pårørende foreslår uafhængigt af hinanden, at IS de første par dage efter overflytningen besøger patienten og samarbejder med SS om patienten:

> *" En ting jeg kunne tænke mig… det var, at hvis det eventuelt var sådan at en sygeplejerske eller en læge oppe fra Intensiv kunne være med til stuegang de første dage …at vedkommende (IS) kom ned et par gange om dagen…"*

Patienter og pårørende har forventninger om at opnå en mere personlig kontakt til plejepersonalet på stamafsnittet og om muligt at kunne 'sætte ansigt' på dem, som de skal over til. Lignende fund ses i et engelsk studie, hvor der er foretaget narrative interviews med 40 tidligere intensivpatienter (Field et al, 2008). Studiet finder, at patienterne oplever et for stort gab mellem intensiv og stamafsnit, samt at de efterspørger større sammenhæng i lighed med patienterne i vores undersøgelse. Studiet peger desuden på, at det, der har betydning for patienternes tryghed er, at de oplever at knytte kontakt og få en relation til en sygeplejerske på det afsnit, som de skal overflyttes til (Field et al, 2008; Forsberg et al, 2011). Dette fund er mere udtalt i vores handlingsfase, hvor patienterne efterspørger, at der er nogen, der kender dem og ser deres behov. Field et al (2008) interviewer en mand, der på sin særlige måde udtrykker det samme:

> *There was nothing wrong with the individual care, you know – when somebody came to empty your urine bag, they did it properly, they didn't spill the urine all over the floor. When they came to do your blood pressure they did that properly, but were they really asking me, as a patient, how did I feel?* (Field et al, 2008:6).

Det er påfaldende, at størstedelen af de patienter som Field et al (2008) interviewer ikke oplever en tilfredsstillende pleje, og at plejen ikke lever op til, hvad de havde forventet på det grundlæggende niveau.
Patienter, der i handlingsfasen deltager i medforskernes workshop, ekspliciterer også den manglende viden om dem og deres særlige, individuelle behov. Nogle patienter gav udtryk for, at de blev utrygge, hvis SS fx ikke vidste hvilken side, de skulle lejres på. Eller det stressede dem, hvis der var for meget støj. Patienternes forskellige behov kom også til udtryk i spørgsmålet om enestue versus flersengsstue, hvor nogle patienter havde brug for ro, mens andre patienter gerne ville på en flersengsstue, så de

havde mulighed for at møde og tale med andre mennesker. Hensynet til patientens behov kommer ikke altid i første række, når SS skal vælge om patienten skal på enestue eller flersengsstue. På et dialogmøde bemærker et par sygeplejersker:

> *" Patienten kan være kompleks med dræn og (...) kateter. Han kan være ret så pladskrævende (...) og så er der også hensynet til andre patienter, hvis vi ofte skal tilse patienten. "*

Patienternes forskellige behov kan virke som mindre problemer, men det udtrykker dels i hvor høj grad patienterne påvirkes af mindre ting, der både kan give anledning til ubehag og det modsatte, dels udtrykker det patientens ønske om at blive set, genkendt og anerkendt som det særlige menneske, han er (Field, 2008).
I vores fund om '*forberedelse*' giver patienterne udtryk for, at de ikke husker meget om hvordan de blev forberedt. De er generelt stadig omtåget i overflytningssituationen, hvilket også påvirker deres pårørende og bekræfter dem i, at patienterne overflyttes for tidligt. Pårørende vil gerne involveres så meget som muligt omkring patientens situation og gerne føle, at de bliver inddraget og gør nytte (Chaboyer et al, 2005b).
Når det kommer til IS's forberedelse af de pårørende er det magtpåliggende for SS, at IS fortæller, at det er et andet i plejeniveau, de kan forvente. SS oplever, at nogle pårørende er utrygge, men også meget krævende på patientens vegne. De krævende pårørende kan komme til at lægge beslag på den tid, som SS har til patienterne. På et stamafsnit siger en sygeplejerske:

> *" Ofte er det pårørende som er utrygge, og de stjæler fokus fra patienten fordi de stjæler vores tid. De kan finde på at tage fat i os og spørge os hvert 5. minut om den slange godt nok skal sidde sådan og om ditten og datten. Man bliver helt bange for at vise sig ude på gangen... "*

De fleste pårørende virker umiddelbart ikke krævende, men nærmere tilbageholdende og usikre, hvilket en kvindelig patient også italesætter:

> *"Jeg oplevede, at min mand, som er meget stille, han åbnede sig en dag, da en frivillig spurgte til ham (...) det kunne være én på afdelingen, der tager fat i de pårørende - ikke for at sige om det går godt eller skidt, men for at spørge; hvordan har du det?"*

Dette fund bekræftes af Chaboyer et al (2005b) som finder, at pårørende ofte føler sig overset. *Samarbejdet med de pårørende* varierer gennem vores undersøgelse. Der ses dog en tendens til, at pårørende inddrages i højere grad på intensiv end på stamafsnit. Det kan dels hænge sammen med, at den pårørende hyppigere besøger intensiv i den akutte fase af patientens sygdom og sænker besøgsfrekvensen, når patienten er i den mere stabile fase. Dels kan det hænge sammen med, at pårørende hyppigst besøger patienten på tidspunkter, hvor der er færre på arbejde, fx om aftenen, hvor SS har færre ressourcer til at føre længere samtaler med de pårørende.

I ovenstående diskussion diskuteres fund fra vores undersøgelsesfase med relevante amerikanske, australske, europæiske og skandinaviske studier. På trods af forskelle i praksis i de forskellige studier er der en bemærkelsesværdig lighed med de problemstillinger, der er fremkommet gennem den deskriptive analyses 5 temaer og på dialogmøder og som ekspliciterer patienter, pårørende og sygeplejerskers erfaringer og oplevelser med, hvordan patientovergange foregår i en lokal kontekst.

10.2. Handlingsfasen

I den anden aktionsforskningsfase (handlingsfasen) stilles spørgsmålet:

Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde om at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?

Besvarelsen af spørgsmålet kan udledes gennem den viden, der er emergeret gennem medforskernes samarbejde om at ændre og udvikle patientovergangene. Det er en viden, der gennem bearbejdning og diskussion i analyserne har genereret temaerne: *Mødet med patienter og livsfænomener. Mellem ideal-faglighed og praksis. Fælles følgeskab i dialogiske processer. Udvikling gennem samarbejdende læreprocesser*. De fire analyser danner afsæt for en vidensskabelse, hvormed de skrøbelige patientovergange kan forandres og forbedres. Temaer og fund er fremkommet gennem inddragelse af hjælpespørgsmålene:

- Hvilke forhold virker befordrende på aktionsforskningsprocessen og medforskernes samarbejde og hvilke barrierer ses der?
- I hvilken udstrækning begrundes beslutningerne fagligt og hvordan foregår og formuleres de faglige begrundelser?
- Hvordan bliver patienter og pårørendes budskaber inddraget igennem den cykliske proces?
- I hvilken udstrækning lever handleplanerne op til målet om sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange og hvordan vurderes de udmøntet i praksis?

I mødet med patienterne og deres livsfænomener opnår medforskerne en forståelse fra patient og pårørendes perspektiv, der ansporer til dialoger om faglighed og samarbejde om at skabe sikkerhed og sammenhæng i overgangen. Særligt patienternes ønske om at blive set og anerkendt som menneske, påvirker medforskerne i dette møde. Det handler ikke kun om, at patienterne er utrygge, fordi de ikke længere er fuldt overvåget og monitoreret. Den omsorgsetiske faglighed, som er indlejret i sygeplejerskens professionsuddannelse kommer ifølge patienternes oplevelser ikke til

udtryk i relationen. Ifølge patienterne er den nødvendige viden om helt basale behov hos dem selv, ikke tilstede hos sygeplejerskerne. Der er altså nogle helt grundlæggende forhold, der har tæt sammenhæng med sygeplejerskernes profession, der er fraværende i overgangen (Delmar, 2010; Martinsen, 2012). Det kan muligvis hænge sammen med, at patienterne er urealistiske omkring deres egen situation i deres omtågede tilstand. Der er dog noget, der tyder på, at det ikke er tilfældet. Dels bekræfter pårørende, patienternes udsagn, dels bekræfter både medforskere og aktørerne på dialogmøder, at der er meget skiftende personale omkring patienten, som umuliggør en tættere relation.
Det kan se ud som om, at der er udefrakommende faktorer, der særligt påvirker SS's faglighed således, at de i stedet for at udøve den omsorgsetiske faglighed, som de er uddannet til får en forvalterfaglighed (jf. også Thomassen & Larsen, 2015). Krav fra ydersiden om at koordinere, sikre overlap og løse administrative problemer bevirker, at SS nedprioriterer omsorgen og relationen til patienten, fordi det er det, der umiddelbart er mest usynligt, og derfor det nemmeste at lade ligge. Denne prioritering påfører samtidig SS skyld fra indersiden gennem idealet om den gode sygepleje. Et ideal, der er erhvervet gennem uddannelsen. Dette ideal har IS til gengæld lettere ved at opfylde, da de har mulighed for at indgå i en anderledes tæt relation omkring den ene patient, som de har ansvaret for. Dette bekræftes af IS flere gange gennem begge faser:

> *"…og det er måske meget symbolsk for intensiv, at vi er sådan meget tæt omkring vores patient."*

IS mærker ikke i samme grad den produktionslogik, der er påført professionen fra ydersiden gennem blandt andet politiske målsætninger, og som bevirker en tiltagende utilstrækkelighedsfølelse hos SS. Det er denne utilstrækkelighedsfølelse, som også kommer til udtryk i en skriftlig evaluering fra en SS:

> *"Alle intensiv har været søde og spændende at arbejde sammen med, men man har godt kunne mærke fra nogle, at det er som vi skal forsvare, at vi ikke har flere ressourcer. "*

Forskellene imellem IS's og SS's fagligheder har netop afstedkommet nogle modsætningsforhold, som har skabt nogle synlige dilemmaer for, hvordan medforskerne kan nå til en fælles forståelse. Gennem den cykliske proces' refleksions - og planlægningsfaser er dilemmaerne trådt tydeligere frem. I starten som tvivl og usikkerhed i deres forsøg på at nå til en fælles forståelse. Senere som barrierer for konkrete handlingsforslag. Dilemmaerne og den manglende forståelse kan muligvis føres tilbage til uligheden mellem IS og SS. En ulighed som kan have årsag i en hierarkisering mellem faggrupperne, som også Kupferberg (1999) antyder. En SS ekspliciterer således dette dilemma tydeligt i sin skriftlige evaluering:

> *"…når jeg skal vælge, mellem give medicin, skifte ble, følge på toilet og snakke med pårørende så er væskeskema ikke altid min største prioritet. Det er der nogle der har haft lidt svært ved at forstå, og der er intensiv kommet til at fremstå belærende."*

Denne udtalelse bekræftes af en IS i den mundtlige evaluering:

> *"... jeg har altid godt vidst, at der var en kløft, men det her (projektet red.) har i hvert fald gjort, at jeg er blevet meget mere opmærksom på hvor stor den der kløft egentligt opleves. Det har vi nogen gange på intensiv også bidraget til, at den er kommet til at føles særlig stor. Så jeg er i hvert fald blevet særlig opmærksom på, hvad jeg selv siger og udstråler inden overflytning finder sted. "*

Selvom der spores uligheder internt mellem de to parter viser mødet med patienterne, at der på trods af forskelle i de faglige opfattelser er en vilje til at finde løsninger. Gennem spejling i hinandens praksis er deres egen kerne trådt tydeligere frem, men grænserne har også skabt engagement i forhold til at undersøge, hvad der er på den anden side. Denne tiltrækning mod nye former for samspil og videndeling kan være den læringsressource, der kan bidrage til at udvikle en organisation, fordi:

> *"Grænser afspejler den kendsgerning, at mennesker altid er engageret i læring, og at læring skaber bånd. I den forstand er grænser et tegn på dybde" (Ibid.:288).*

Netop de skrøbelige patientovergange viser, at grænserne mellem organisationens praksisfællesskaber også kan indeholde revner og sprækker og være vanskelige at reparere i den udstrækning, at praksisfællesskaberne fokuserer på deres egne kompetencer. Derfor er grænser interessante fordi det samtidig er der, hvor der kan skabes noget unikt og innovativt, hvis praksisfællesskaberne tør åbne deres grænser for det nye og ukendte. Medforskernes åbenhed overfor det ukendte er båret frem af aktionsforskningsprocessen, der virker som en katalysator i parternes søgen efter handlinger.

I starten finder medforskerne frem til en løsning, der hedder et fælles kommunikationsredskab, som det også er foreslået i andre forskningsprojekter og som medforskerne har været inde på flere gange i løbet af deres samarbejde (James et al, 2013). Begge parter er interesseret i at finde et fælles skriftligt kommunikationsredskab, der beskriver patientens situation og behov for pleje og behandling, men som også beskriver patientens særkende og særpræg. Gennem processen finder medforskerne frem til, at det skriftlige produkt ikke kan stå alene. I dialogerne kommer det frem, at selvom noget er skrevet ned, så er der forhold omkring patienten, der kræver et direkte møde mellem parterne.

Mødet med patienterne skabt en ændring i medforskernes argumentation. De begynder at inddrage patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer i både deres begrundelser og forslag til handlinger. Medforskernes lægger vægt på, at patient og pårørende skal føle sig i trygge hænder og ved selvsyn opleve, at IS og SS kan skabe sikkerhed og sammenhæng i overgangen gennem et professionelt samarbejde.

Det gør de blandt andet ved at foreslå en handleplan, der beskriver et fælles møde, en overflytningskonference, mellem sygeplejersker, læger, patient og pårørende, hvor overflytningen planlægges *sammen* med patienten og dennes pårørende.

Arbejdet med denne og efterfølgende handleplaner er ikke nogen enkel proces for medforskerne, der i fællesskab må igennem omfattende meningsforhandlinger for at kvalificerer deres forslag.
I begyndelsen af samarbejdet har medforskerne udgjort en gruppe, der er sammensat af engagerede praktikere, der gerne vil bidrage til at udvikle og forandre patientovergangene. Gennem processen har medforskerne qua deres samarbejde legitimeret, at uenigheder, brydninger og konflikter er acceptable, hvilket er et fund Greenwood & Levin (2007) også har gjort i deres projekter. Det potentiale og den energi, der ligger i samspillet og i udviklingen af de sociale relationer, har transformeret medforskernes engagement og skabt et praksisfællesskab i wengersk forstand (2004). Det er et praksisfællesskab, der har vist sig i stand til at indgå i meningsforhandlinger og dermed at kunne handle og *for*handle. Det gensidige engagement kommer til udtryk gennem udforskningen af hinandens praksis. I deres undersøgende tilgang får medforskerne øje på, at nogle af de grænseobjekter, som skal bygge bro og skabe sammenhæng imellem de forskellige praksisser i stedet kan være en hindring for sikkerheden i overgangen. Blandt andet er brugen af forskellige kommunikationsredskaber og en udbredt anvendelse af forkortelser en risikofaktor, der kan skabe misforståelser og utilsigtede hændelser.
I arbejdet med at udrede forskellene i hinandens praksisser og de forskellige opfattelser igennem meningsforhandlingerne generer medforskerne den energi, der skal til for at gyldiggøre og skabe deres egen virksomhed. I praksisfællesskabets virksomhed udvikler der sig efterhånden en fælles forståelse, sprog og begreber, der udgør fællesskabets repertoire og referencepunkter og som gennem den fortsatte meningsforhandling udvikler egentlige handlinger.
Et eksempel på det fælles repertoire er medforskernes forslag til en overflytningskonference, hvor de gennem gentagne meningsforhandlinger må tage stilling til hvilke kriterier, der skal være for at holde en konference, hvem der skal deltage i konferencen fra henholdsvis stamafsnit og intensiv, hvor og hvornår den skal holdes etc. Gennem meningsforhandling når de frem til, at det må være den afsnitsledende selv, der skal deltage i overflytningskonferencerne, således at dialogen om fast vagt, CPAP mv. bliver en ledelsesmæssig opgave. Medforskerne bidrager således selv til at skabe gyldighed gennem den procesvalidering, de foretager i meningsforhandlingerne.
Fra et wengersk (2004) perspektiv kan man sige, at medforskerne oplever alle de modsatrettede facetter, der er indeholdt i deltagelse af et praksisfællesskab. Det er facetter, der vidner om både divergenser og harmoni, om alliancer og kontroverser, om sammenhold og konflikter, magt og afmagt etc. Det er ikke nogen let opgave, som medforskerne har kastet sig ud i. Det fordrer en deltagelse, hvor medforskerne også skal stille spørgsmål ved egen selvforståelse, faglighed og identitetsopfattelse. Som en medforsker siger: *"det er en rigtig svær opgave at løfte"*.

11. METODISK REFLEKSION OG METODEKRITIK

Igennem processen er der forekommet refleksioner og overvejelser om valg og fravalg. Nogle beslutninger er truffet med baggrund i, hvad der var realistisk muligt. Andre beslutninger er truffet, fordi beslutningen var i overensstemmelse med mine værdier som forsker. Det sidste har gjort sig gældende i forhold til valgt af den videnskabsteoretiske opfattelse. Det utraditionelle valg mellem at kombinere fænomenologi, hermeneutik og pragmatisme har voldt en del hovedbrud og en pendlen mellem at acceptere og forkaste dette valg. Måden, hvorpå de forskellige retninger komplementerer hinanden skal altid medtænkes, og jeg har vurderet, at den videnskabsteoretiske tredeling i denne tilgang kan bibringe et solidt videnskabsteoretisk fundament, der kan berige afhandlingens generering og perspektiver på viden. De refleksioner jeg har haft, har skærpet min bevidsthed om mit valg, og jeg håber, at mit fundament er blevet så transparent, at det smitter af på læseren. I det følgende foretages en metodisk kritik af - og argumentation for - det videnskabsteoretiske valgs afsmittende virkning på de metodiske valg, og på hvordan de metodiske valg nødvendiggør behovet for et bredere videnskabsteoretisk grundlag. Ydermere foretages der refleksioner over nogle praktiske valg i projektfasen. Der afsluttes med en kritisk refleksion over projektets kvalitet og validitet.

11.1. Metodiske valg og videnskabsteoretiske refleksioner

I dette aktionsforskningsprojekt har der været behov for, gennem forskellige perspektiver at foretage en indledende afdækning, identificering og undersøgelse af, hvordan patientovergangene foregår aktuelt i den lokale kontekst.
Valget af den indledende undersøgelsens metoder er foretaget med inddragelse af praksisfeltet, som har været engagerede aktører, men uden, at praktikerne har deltaget som medforskere. I denne første identifikations – og undersøgelsesfase er der overvejende fokus på at tilvejebringe forskellige perspektiver ud fra en åben, undersøgende og nysgerrig tilgang. En tilgang, som medforskerne ville have vanskeligt ved at etablere. Gennem deres involvering i eget praksisfællesskab, og deres i nogle tilfælde mangeårige engagement i meningsforhandlinger om overgange, har de erhvervet en erfaringsdannelse, som ikke umiddelbart kan omorganiseres. En ændring af erfaringsdannelsen stiller krav om, at praktikerne udfordres på deres forforståelse og den sociale kontekst, som det er sket i handlingsfasen. I den præliminære fase kan der derfor argumenteres for, at projektet har mere karakter af et traditionelt kvalitativt studie, og at det derfor er relevant af afgrænse det videnskabsteoretiske grundlag til fænomenologi og hermeneutik. Jeg fastholder dog, at projektet allerede fra start kan karakteriseres som et aktionsforskningsprojekt, idet jeg inddrager aktørernes perspektiver gennem dialogmøder, kvalitative interview, interview i fokusgrupper og deltagerberetninger. Det er ganske vist mig som forsker, der i denne fase indsamler og bearbejder data, men jeg inddrager alle de aktører, som det er mig muligt at få kontakt med gennem blandt andet dialogmøder og personalemøder. Aktørernes perspektiver danner dermed fundamentet for planlægningen af de kommende handlingsrettede faser. Samtidig skaber den

indledende fase også grundlaget for medforskernes interesse og senere engagement i handlingsfasen. Det er i denne fase, at der er et behov for, at komplementere fænomenologien og hermeneutikken med et udpræget handlingsorienteret videnskabsteoretisk perspektiv som pragmatisme.
En anden metodisk anke kan være, at jeg i den anden aktionsforskningsfase, som jeg kalder handlingsfasen inddrager omsorgsteorier og omsorgsetik i analysen. De omsorgsteorier, som jeg vælger hører meget eksplicit under den fænomenologiske tradition. Med fænomenologiens fokus på bestandighed og essens, kunne man fristes til at tro, at den ville kollidere med aktionsforskningens og pragmatismens udprægede handlings- og forandringsorienterede tilgang i analyserne. Imidlertid mener jeg at kunne forsvare det fænomenologiske blik på de sårbare mennesker, der er centrum i overgangene. Ja, at jeg ligefrem kan profitere af dette blik, for at skabe forståelse hos læseren for de fortættede eksistentielle kræfter, der udspiller sig hos så skrøbelige patienter. Ved at betragte de livsfænomener, som patienterne giver udtryk for, får læseren (forhåbentligt) også en forståelse for, hvilket indtryk patienternes oplevelser gør på medforskerne. Det er disse indtryk, der er forudsætningen for den videre meningsfortolkning og – forhandling, som også bibringes gennem den hermeneutiske tradition. Det fænomenologiske blik kan dermed siges at berige og nuancere forståelsen af den proces, som medforskerne gennemgår i den anden aktionsforskningsfase og som foranlediger deres handlinger.

11.2. Praktiske valg

Jeg har allerede været inde på forskellen på de to grupper af medforskere, både i antal og baggrund og hvilken betydning det har i afsnit 8.1. Jeg vil derfor ikke dvæle mere ved denne problematik. Jeg vil i stedet opholde mig kort ved forskersitueringen og foretage en refleksion over rollefordelingen og ombytningen af rollerne i forløbet. Med tanke på rammerne for projektet har der været begrænsede muligheder for at involvere medforskerne yderligere. Jeg tænker, at det formentligt ville have gavnet aktionsforskningsprocessen og den senere rolleombytning mellem aktionsforsker og medforskerne, hvis medforskerne på dialogmøderne havde fået ansvaret som mødeledere.[185] I lighed med kollegerne kunne jeg deltage som aktionsforsker og gæst, der kunne bidrage til afklaring af forskningsprocessens forløb. Forskellen på medforskerne og deres roller på afsnittene er dog så forskellige, at det ville have forudsat en større forberedelse af dialogmøderne. I det aktuelle tilbageblik er jeg derfor stadig usikker på, om det ville have været muligt at gennemføre på alle afsnit og med alle medforskeres accept.
Et andet praktisk forhold, som implicerer en metodisk refleksion er valget af en koordinator på intensiv og fravalg af koordinator på stamafsnit samt fravalg af følgegruppe. Valget af koordinator på intensiv er begrundet i afsnittet om forskersituering i 6.2. I fravalg af koordinator på stamafsnit og følgegruppe er der for så vidt ikke tale om et fravalg men mere om, hvad jeg som forsker havde af

[185] På workshops var hovedpunkterne og dermed dagsordenen på dialogmøderne blevet drøftet og afklaret med medforskerne.

muligheder. Eftersom det på flere stamafsnit var vanskeligt at opnå gehør for projektet og dermed få frigjort ressourcer i form af medforskere til projektet, var det min klare vurdering, at det ikke var muligt at trække yderligere veksler på stamafsnittenes kapacitet ved at efterspørge en koordinator. Ved selv at varetage rollen som koordinator for stamafsnittene, vurderede jeg desuden, at jeg kunne legitimere hyppigere besøg på afsnittene, og dermed opnå interesse for projektet. Følgegruppen blev aldrig etableret på trods af flere opfordringer fra mig. Jeg vurderer, at det dels hang sammen med en omfattende omorganisering i ledelsesslaget, dels at der nyligt var dannet en patientforløbsgruppe bestående af ledende læger og sygeplejersker fra intensiv og samarbejdende stamafsnit, hvor fokus blandt andet var på patientovergange. Jeg formoder, at man derfor skønnede, at det ville blive for ressourcekrævende at etablere to grupper. Jeg blev i stedet inviteret med som ad hoc medlem af patientforløbsgruppen jf. afsnit 6.2.

11.3. Projektet kvalitet og validitet

I det følgende afsnit foretages en overordnet vurdering af forskningsprojektets kvalitet. Afsnittet vil foretage vurderingen på både den interne og den eksterne validitet og sammenholde vurderingen med i hvilken grad der også er tale om en pragmatisk validitet. Som det tidligere er beskrevet (se afsnit 4.7) handler validitet om gyldighed, transparens og de forskellige metoders styrke til at undersøge og besvare afhandlingens problemformulering. Afhandlingen anvender flere, forskellige metoder til at undersøge problemformuleringen, idet der både er tale om at undersøge en aktuel praksis og forandre samme. De metoder, der har været anvendt, har alle impliceret et forskningsdesign, der indbefatter *"forberedelse, udførelse, analyse og rapportering*" (Brinkmann, 2014:68).
Til besvarelse af det første forskningsspørgsmål: *Hvordan foregår de nuværende patientovergange fra intensiv til stamafsnit, og hvilke erfaringer og oplevelser har patienter, pårørende og sygeplejersker?* anvendes der individuelle, kvalitative interviews, interviews i fokusgrupper og fokuseret etnografi. I besvarelsen af forskningsspørgsmålet arbejdes der induktivt, idet der ikke på forhånd er en mening om, hvad interviewpersonerne vil svare. Samtidig er hver patientovergang situeret. Den indeholder på samme tid noget typisk, som genkendes fra andre overgange, og noget der er unikt for lige netop denne overgang.
Det andet forskningsspørgsmål: *Hvordan kan aktionsforskning bidrage til at styrke sygeplejerskerne fagligt i at samarbejde og at træffe velbegrundede beslutninger, når målet er at udvikle sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange fra intensiv til stamafsnit?* indikerer, at jeg som forsker kan have haft en hypotese om, at der kan være fund, der er sammenlignelige med tidligere fund, for hvorfor ellers udvikle overgangene? Denne afhandling bygger ikke på sådanne prædefinerede, generelle begreber om patientovergange. Derimod bygger afhandlingens andet forskningsspørgsmål på nogle stærke formodninger om patientovergange; formodninger der til dels er verificeret gennem relevant litteratur, og formodninger der peger i retning af mit indgående kendskab til felten og dermed også til fænomenet patientovergange. Noget som er en fordel i kvalitativ forskning (Brinkmann, 2014).

I spørgsmålet om intern validitet er der i dette projekt foretaget forskellige metoder for netop at sikre fundenes pålidelighed. Der er søgt mod at opnå forskellige perspektiver på fænomenet overgange gennem forskellige former for interviews (individuelle og fokusgrupper) med forskellige interviewpersoner (patienter, pårørende, ledere og sygeplejersker fra 9 forskellige afsnit). Empirien herfra er valideret gennem fokuseret etnografi med deltagerobservationer og -beretninger. Tilsammen udgør disse fund materialet, der er anvendt til den deskriptive analyse. De fund, som hver part repræsenterer i denne triangulering af metoder, vækker genkendelse og kan identificeres og bekræftes både gennem det fokuserede etnografiske studie og af interviewpersonerne. Der er derfor solidt belæg for de aktuelle, beskrevne patientovergange i undersøgelseskonteksten. Patientovergangene er identificerede og gyldiggjorte gennem den deskriptive analyses tematikker.
I afhandlingens anden fase er det en anden viden, der efterspørges, derfor fordres inddragelse af andre metoder. Aktionsforskningens cykliske proces har genereret viden gennem den gentagende og tilbagevendende tilgang, hvor der spørges til, om den viden, der aktuelt er dannet, også er i stand til at skabe de relevante handlinger i praksis. I den interne validering, stiller praktikerne hinanden spørgsmål om den fremkomne viden: Giver den nye viden mening og kan den reelt være med til at forandre noget? Dette er samtidig en pragmatisk validering, idet en pragmatisk validering netop stiller spørgsmål til en videns konkrete anvendelsesniveau (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne afhandling er det lykkedes medforskerne sammen at generere viden på udvalgte og for dem meningsfyldte områder. I projektet har de demonstreret denne vidensskabelse gennem beskrivelse af handleplaner, der delvist er udmøntet og implementeret i projektperioden. Det er handlinger, de vurderer, der kan og skal gennemføres i den konkrete praksis, og som derfor ikke kun bliver 'noget vi snakker om':

> *"Et pragmatisk begreb om validitet rækker ud over kommunikation; det repræsenterer en stærkere videnspåstand end enighed opnået gennem dialog "(Kvale & Brinkmann, 2009:284).*

Kvale & Brinkmann (2009) skelner mellem to former for pragmatisk validering, hvor den ene er, om udsagn og dialoger følges op af konkrete handlinger. Den anden er stærkere og forudsætter, at forskningen igangsætter reelle forandringer af adfærdsmønstre, der således genererer og aktiverer nye handlinger, som en form for synergieffekt (ibid.:284f).
Begge former for pragmatisk validering ses i dette projekt. Dels følges dialogen op af konkrete handlinger gennem fælles handleplaner. Dels udmøntes disse handleplaner (helt og delvist) i praksis og igangsætter forandringer af vanlige procedurer og adfærdsmønstre hos både kolleger og ledere. Således ses det i medforskernes evalueringer, at nogle stamafsnit har indført konkrete ændringer vedrørende kontakten til- og samarbejdet med intensiv. IS's oplevelser fra deres besøg på stamafsnit indikerer ligeledes en ændring i adfærd og kontaktform. Samtidig oplever SS og IS, at der også er sket en holdningsændring hos lægerne. I evalueringen siger en IS:

> *"Det med at få lægerne med på at beholde patienten. Der synes jeg, at der er sket et skred. Vi kan godt få lægerne med på at beholde patient*

> *weekenden over, hvis vi har vores argumenter i orden (...). Der er kommet en hel anden tolerance."*

Den viden, som medforskerne har genereret gennem budskaber fra både patienter, pårørende og hinanden, har også igangsat nogle handlinger, der ikke eksplicit er besluttet. Aktionsforskningsprocessen har skabt nye erkendelser, som medforskerne anvender i en ny praksis: Fx ringer SS oftere til IS og får hjælp til en dyb sugning - og IS beholder patienterne på intensiv i lidt længere tid, når de ved, at stamafsnittet vil have begrænsede ressourcer i forhold til meget ressourcekrævende patienter.
Den pragmatiske validering er imidlertid ikke kun givet med den handling, der er opnået. I princippet kan der vedblive at komme nye argumenter, der kan forandre den vedtagne handling eller fordre nye forhandlinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidig skal det påpeges, at forhandlingerne skal være rettet mod udmøntning af handlinger for at

> *"kunne modvirke socialkonstruktionismens og postmodernismens tendens til at kredse rundt i endeløse fortolkninger og dekonstruktioner" (ibid.:284).*

Den eksterne validering vil i det følgende blive diskuteret med begreberne objektivitet, reliabilitet og generaliserbarhed. Inden for især den sundhedsvidenskabelige forskning har der været en tendens til at overføre disse begreber på den kvalitative forskning. Kraftigt hjulpet på vej af den naturvidenskabelige tradition og evidenshierarkier ses der en "kvantitativ genspejlingstendens" i megen kvalitativ forskning (Møller, 2015:24). Det kommer til udtryk gennem kvalitative forskeres egen kritik af fx det lille antal interviewpersoner, der angiveligt skulle skabe en svaghed i fundene, eller man beklager, at den manglende reliabilitet og generaliserbarhed ikke kan "honoreres" i samme grad som i kvantitativ forskning (ibid.:26).
Der skal ikke herske tvivl om, at det er denne afhandlings opfattelse, at den kvantitative forsknings krav om objektivitet, reliabilitet og generaliserbarhed ikke lader sig overføre på den kvalitative forskning. Denne afhandling undersøger ikke "*hvad der virker, men hvordan det virker "* i en konkret kontekst; men i lighed med Brinkmanns opfattelse kan begreberne inddrages i kvalitativ forskning som en refleksion, som der gøres i det følgende (Brinkmann, 2014:181). Denne refleksion kræver en kvalitativ uddybning af begreberne, når de anvendes i denne kontekst. Fokus vil stadig være på validiteten af kvaliteten af forskningen.
Forholdet vedrørende objektivitet omhandler flersidigheden og nuancerigdommen gennem fundene i denne afhandling; men også det etiske krav om moralsk ansvarlighed i forhold til ikke at påføre interviewpersonerne forskerens egne antagelser og fordomme (Kvale & Brinkmann, 2009). Objektivitet omhandler også en synlig refleksivitet om valg af metoder til at indhente empiri og analysere fund, men også en opmærksomhed på det asymmetriske magtforhold. Her kan det anføres, at der netop i dette projekt er forekommet en dialogisk intersubjektivitet, hvor der er en forventning om gensidig kritik i fortolkningerne af fænomenet patientovergange (ibid.:269).

I forhold til det empiriske materiale er det en kritik, at interviewerens tale sjældent fremkommer i rapporteringer og dermed, at der sker en udeladelse af samspillet og interviewpersonernes udsagn tages ud af en kontekst. En anden kritik er, at betoninger, pauser mv. ikke genfindes og endelig er en tredje kritik, at rammerne omkring interviewsituationen ikke er tilstrækkeligt velbeskrevet (Brinkmann, 2014). Det er en relevant kritik, som vil kunne løses gennem en større tydeliggørelse i transskriptionen og som denne afhandling kun delvist kan leve op til.[186]

I den kvantitative forskning er reliabilitet lig med at kunne reproducere afhandlingens genererede viden i et andet sted og tid (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er ikke et spørgsmål, der giver mening i denne kontekst, hvor alle samspilsformer er situerede og derfor vil ændre sig afhængig af deltagere, rammer og tidspunkter. Det kan i stedet give mening at spørge til interviewteknik og påvirkning af interviewpersoners svar. I dette projekt søgte vi at sikre os mod ledende spørgsmål i den anden fase gennem inddragelse af en medfacilitator. Forsker og medfacilitator foretog gennem forløbet tilbagevendende meningsudvekslinger og refleksioner for netop at sikre, at det var medforskernes synspunkter og ikke vores, der kom i spil.

Fra et eksternt perspektiv vil man kunne genfinde flere af fundene fra andre forskningsresultater i den deskriptive analyse. En kritik kunne her være, at fundene søger bekræftelse af fund fra bestående kilder (ibid.). Reliabiliteten kan imidlertid findes gennem medforskernes oplevelse af mening og relevans. Gennem 8 måneder har medforskerne fundet det meningsfyldt at deltage, samarbejde og udvikle nye måder at gentænke patientovergange. De har kunnet genkende og genfinde det samme i den deskriptive analyse. Der har end ikke været ekspliciterede spørgsmål til forståelsen af analysen på trods af rige muligheder for dette.

Det sidste validitetsspørgsmål omhandler generaliserbarhed. Det vil sige, kan fundene fra denne afhandling overføres og anvendes i andre sammenhænge uden for den lokale kontekst, hvori undersøgelsen er foregået (ibid.). Dele af undersøgelsen vil kunne finde anvendelse i andre kontekster. Dels vil fundene fra den første fase genkendes i andre sammenhænge, eftersom flere af projektets fund også ses i aktuel forskningslitteratur. Dels er der gennem projektet fremkommet flere henvendelser fra både indenlandske og udenlandske[187] kolleger, som efterspørger, hvilke fund projektet har genereret, idet de oplever de samme problematikker, som medforskerne har arbejdet med i dette projekt.

Opsummeret foretages en vurdering af projektets kvalitet og validitet med fokus på en intern og en ekstern validering samt en pragmatisk validering. Både den interne og eksterne validering finder, at projektets triangulering giver mening, idet medforskerne og udenforstående genkender de problematiske fund. I den lokale kontekst er det muligt at generere handlinger, der også skaber en synergieffekt.

Projektet valideres i forhold til objektivitet forstået som opmærksomhed omkring magtforhold, moralsk ansvarlighed og dialogisk intersubjektivitet. Reliabiliteten

[186] Samtlige transskriptioner er vedlagt som særskilt bilagsmateriale (se bilagsoversigt). De individuelle interview medtager alle interviewers spørgsmål, pauser, udbrud mv.

[187] Projektet er blandt andet præsenteret på flere inden- og udenlandske konferencer, herunder på European federation og Critical Care Nursing association i Spanien i januar 2015 og på Sixth International Conference on Value and Virtue in Practice-Based Research i juli 2016.

spores gennem medforskernes deltagelse og på hvad de finder meningsfyldt. Generaliserbarheden viser sig i genkendelsen og efterspørgslen af medforskernes løsninger hos kolleger fra ind – og udland. Sidstnævnte begreber kan anvendes som en refleksion i kvalitativ forskning, men stiller krav om varsomhed i anvendelsen og en nuancering af begreberne.

12. KONKLUSION

Denne afhandling har ønsket at sætte fokus på de meget sårbare patientovergange fra intensiv til stamafsnit fra de involveredes perspektiv og samtidig at forbedre og udvikle patientovergangene i et tæt samarbejde med praksisfeltet.
I dette afsnit vil jeg foretage en opsummering af projektets fund og dermed foretage en konkluderende besvarelse på afhandlingens problemformulering, der lyder:

Hvordan kan sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit gennem samarbejde og med fokus på udvikling af patientovergange skabe sikkerhed, sammenhæng og professionalisme i overgangen for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne?

Konklusionen tager udgangspunkt i fundene fra analyserne i henholdsvis undersøgelses- og handlingsfasen og opsummeres indledningsvis:
Fra undersøgelsesfasen kan det udledes:

- Patienter og pårørende er utrygge i overgangen og føler ikke, at deres behov for omsorg, pleje og behandling (livsfænomener) bliver set, genkendt og anerkendt i tilstrækkeligt omfang på stamafsnittene.
- Patienter og pårørende efterspørger et mere synligt samarbejde mellem intensiv og stamafsnit.
- Sygeplejersker, der overleverer og modtager patienten i overgangen erkender, at overgangene kan være forbundet med risici for patienterne og har primært fokus på modpartens andel i risikofaktorerne.
- Sygeplejersker og ledere fra stamafsnit og intensiv erkender, at der er manglende sammenhæng i patientovergange, og at det primært skyldes manglende eller begrænset samarbejde mellem parterne.
- Sygeplejersker og ledere fra stamafsnit og intensiv erkender, at der er behov for at intensivere samarbejdet, hvis det skal lykkes at udvikle sikre og sammenhængende patientovergange.

Fra handlingsfasen kan det udledes:

- Det virker fremmende på aktionsforskningsprocessen og på medforskernes samarbejde, når parterne fritages fra handlingstvang og involveres i at samarbejde i kreativitetsskabende processer.
- Det virker fremmende på medforskernes samarbejde, når de konfronteres med patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer.
- Det virker fremmende på medforskernes meningsforhandling, når patienters og pårørendes budskaber medtænkes i de faglige og etiske begrundelser i meningsforhandlingerne.
- Det skaber barrierer i samarbejdet, når strukturelle og økonomiske vilkår får overvægt i argumentationerne.

- Det kan være en barriere for samarbejdet mellem medforskerne, at de har forskelligt fokus i deres daglige arbejde.

Aktionsforskningsprocessen bidrager til at:

- Provokere medforskernes antagelser og forforståelser.
- Tydeliggøre modsætninger og skaber synlighed om forskelle.
- Muliggør håndtering af uenighed, modstand og konflikter.
- Fungere som 'løftestang' for udvikling af nye metoder.
- Understøtte og facilitere arbejdet med dilemmaer og virker dermed som det brændstof, der igangsætter læreprocesserne.

Valget af aktionsforskning som tilgang har muliggjort en deling af forskningsprocessen i 2 faser: en undersøgelses- og en handlingsfase. Det har skabt en kontinuerlig bevægelse, hvor viden emergerer gennem flere 'lag' og fra forskellige positioner. Gennem undersøgelsesfasens patient- og pårørendeinterviews, og interviews med ledere er der skabt et vidensgrundlag, der har udsigelseskraft og sætter perspektiv fra den nære oplevelses – og erfaringsposition. Dette vidensgrundlag komplementeres med interviews i fokusgrupper og et fokuseret etnografisk studie, der udvider blikket og sætter et andet perspektiv fra distancen.
Analysen viser, at der i den lokale kontekst foretages mange sikre og sammenhængende patientovergange fra intensiv til stamafsnit, men også, at der er patientovergange, der ikke lever op til praksis egne krav til den professionelle overgang. Det er patientovergange som viser, at både IS og SS ofte har begrænsede forventninger til hinanden og til samarbejdet. Fra SS's side er man undrende overfor IS's lange mundtlige rapporter om patienten, der efter SS's opfattelse beskriver uaktuelle forhold set i lyset af den fremadrettede pleje af patienten. SS er også uforstående overfor IS's manglende forberedelse af patient og pårørende. En forberedelse, der efter SS's mening bør indeholde en tidlig afmonitorering af patienten og information om en stærkt reduceret personaledækning. Ydermere er det SS opfattelse, at IS mangler forståelse for SS tidspres i dagligdagen.
Fra IS side er man til gengæld uforstående overfor, at SS ikke er forberedt og nærværende, når IS kommer med patienten på trods af, at der er indgået en fælles aftale om tidspunkt for overlevering. IS er også berørt over, at enkelte patienter genindlægges på intensiv efter kort tid på stamafsnittet. Genindlæggelser, som efter IS mening kunne forebygges gennem tilstrækkelig opmærksomhed. Fundene bekræfter en 'dem og os' tilgang, der ikke virker befordrende på en professionel patientovergang. Fra patienter og pårørendes side bekræftes det ligeledes, at de kan opleve overgangene utrygge og psykisk belastende, hvilket både ledere, SS og IS også genkender hos patienter og pårørende. Den viden, der er fremkommet i undersøgelsesfasen bidrager således både på et lokalt niveau og et mere globalt niveau til den eksisterende forskning om de sårbare patientovergange.
Den første del af besvarelsen på problemformuleringen er dermed, at undersøgelsesfasen afdækker, at der lokalt er problematiske forhold omkring sikkerheden, sammenhængen og professionaliteten i patientovergange, som et væsentligt og meningsfuldt tema at arbejde videre med i en fortsat aktionsforskningsproces.

I handlingsfasen er fundene fra undersøgelsesfasen et vigtigt incitament for de 19 medforskere fra intensiv og otte stamafsnit. De tager udgangspunkt i analysen fra undersøgelsesfasen i deres videre arbejde med at planlægge og finde frem til mulige handlinger, der kan skabe professionelle overgange.
Aktionsforskningen sætter scenen for hvordan medforskerne og andre aktører kan kommunikere, udveksle idéer og komme med forslag til ændringer.
De problemer, som medforskerne oplever i hverdagen, og som de blot løser successivt uden nærmere refleksion, bliver forstørret i dialogerne, men de får også en anden dimension gennem mødet med patienterne. I analyserne ses det, at det er gennem aktionsforskningsprocessen, modsætningerne forstærkes og understøttes, men det er på samme tid også den cykliske proces, der tvinger medforskerne til at bearbejde dilemmaerne og handle på dem. Det får dem til at håndtere modsætningerne på en mere fremadrettet måde. Mange af de argumenter, der kommer til at fungere som barrierer for de udviklingsorienterede læreprocesser afdækkes og opløses i analyserne. Igennem analyserne ses det, at det er aktionsforskningsprocessen, der faciliterer medforskerne arbejde. Processen tillader således medforskerne at foretage dyberegående undersøgelser af de modsætningsfyldte dilemmaer, der afspejler de daglige, tilbagevendende problemer, og som medforskerne gennem de cykliske processer sammen finder løsninger på. Det er aktionsforskningsprocessen, der befordrer dannelsen af praksisfælleskaber, hvor medforskerne også finder løsninger på nogle af de organisatoriske og ressourcemæssige begrænsninger, der kan være barrierer for medforskernes samarbejde og ikke mindst deres faglighed. Samtidig er det i praksisfællesskaberne, at kompetencerne og resultaterne skabes. Derfor skal organisationen understøtte praksisfællesskabernes udvikling.
På den måde kommer aktionsforskningsprocessen til at levere den energi, der igangsætter læreprocesserne.
Den anden del af besvarelsen på problemformuleringen er dermed, at aktionsforskning kan være den facilitator, der dels initierer, understøtter og vedligeholder samarbejdet og læreprocesserne i praksisfællesskaber.

Medforskernes arbejde har udmøntet sig i 3 handleplaner kaldet: *'Overflytningskonference', 'Videndeling'* og *'Den positive tilgang'*. Overflytningskonferencen indeholder anvisninger, der kan skabe væsentlige forbedringer for patientsikkerheden i patientovergangen fra intensiv til stamafsnit. Handleplanen er delvis implementeret. Videndeling og Den positive tilgang bidrager både med anvisninger og forslag til, hvordan der kan skabes sammenhæng og professionalisme i overgangen. Handleplanerne er endnu ikke implementeret.
Den tredje del af besvarelsen på problemformuleringen er, at sygeplejersker gennem den fulde implementering af de 3 handleplaner kan skabe sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange for patienten, for de pårørende og for sygeplejerskerne.

Samlet kan det konkluderes, at de problematiske og sårbare patientovergange, der er velbeskrevet i internationale studier genfindes i en lokal kontekst på et dansk universitetshospital. I den lokale kontekst ses det, at sikkerheden er udfordret. Som

oftest i et mindre omfang, men der se også betydelige sikkerhedsrisici på områder, der blandt andet angår sprogforbistringer i både den skriftlige og mundtlige kommunikation. Sammenhængen er udfordret gennem et begrænset samarbejde og den professionelle tilgang lider under stærkt begrænsede ressourcer og utilstrækkelige organisatoriske rammer i flere af stamafsnittene.
Samtidig kan det konkluderes, at det er muligt gennem aktionsforskning at facilitere en proces, hvor praktikere både kan genere viden og udvikle handlinger, der kan forbedre sikkerheden, sammenhængen og professionalismen i patientovergangene på væsentlige områder. Den professionelle patientovergang fordrer derforuden tilførsel af ressourcer til udvikling af praktiske kompetencer, der også vil få væsentlige implikationer på sikkerheden og sammenhængen. Ydermere stiller den professionelle overgang krav om en granskning af hvad der skal være sygeplejerskers faglighed fremover.

13. PERSPEKTIVER OG IMPLIKATIONER

I litteraturen ekspliciteres det flere gange, at intermediære afsnit er løsningen på de problematiske forhold omkring overgange. For eksempel er Dansk Intensiv Database (2015) af den opfattelse, at de mange genindlæggelser på intensiv kan begrundes med mangel på intermediære afsnit. Aktørerne i dette projekt italesætter det også som en løsning i interview i fokusgrupper såvel som i deltagerberetninger.
Intermediære afsnit findes på nogle hospitaler og er målrettet semiintensive patienter, der har behov for ekstra overvågning, behandling og pleje, men som ikke har behov for respiratorbehandling. Det kan umiddelbart lyde som en god løsning på den begrænsede overvågning på stamafsnit. Så hvorfor så ikke indføre den løsning?
Det ser også ud til, at der oprettes intermediære senge på de nye supersygehuse, som et led i at aflaste både intensiv og stamafsnit. Når det ikke er en løsning, som jeg finder optimal, skal det ses i lyset af, at intermediære afsnit ikke vil løse problemet med overgange. Patienten vil blot opleve flere overgange fra intensiv og til intermediært afsnit og derfra og videre til stamafsnit. Igen vil der være en risiko for at miste sammenhæng og kontinuitet i patientforløbet. Ydermere kan det indskudte afsnit mellem intensiv og stamafsnit legitimere de ringe vilkår på stamafsnit, og måske ligefrem forringe dem, hvis intermediære afsnit oprettes uden, at man tilfører ekstra ressourcer. En tredje overvejelse er, at formålet med supersygehusene er at være specialsygehuse for de mest syge patienter[188] (Riiskjær, 2014). Derfor er det spørgsmålet om det giver mening at indføre en 3-deling af behandlingsniveauet. Denne afhandling viser, at der er belæg for, at der på alle stamafsnit er tilstrækkelige ressourcer til at modsvare behovet for ekstra overvågning, pleje og behandling. I den henseende vil stamafsnittene være at betragte som intermediære afsnit.
Et perspektiv, der kan rette op på den store ulighed imellem SS og IS er, at løfte problemstillingen op på et metaniveau og se på hele faggruppen gennem både en (fag)politisk og en kønspolitisk optik. Politisk er det et interessant aspekt, at faget som helhed accepterer den ulighed i vilkår, der er i praksis og ikke sætter fokus på at skabe mere solidaritet imellem fagfæller og faggrupper. Mere konkret sker der det i denne sammenhæng, at nogle af SS omtaler deres praksis, som en underskudspraksis, hvor der ikke er tid til at give CPAP, til at suge patienten eller at lære at suge dybt, til at læse eller gennemgå observationsskemaet eller ikke at have tid til at tage ordentligt imod patienten. Denne mangel på ordentlige og relevante betingelser for at yde den adækvate pleje får IS til at se og omtale SS, som ansatte i en underskudspraksis, der er ofre for nogle vilkår og strukturer, der stiller umenneskelige krav til SS; men dette sker blot som en konstatering af, at sådan er forholdene. Kun i ét tilfælde er der en IS, der vedbliver at udfordre SS på, om det nu også er rimeligt, og om der ikke kan stilles krav. I de øvrige dialoger er der til en vis grad en stiltiende accept af, at det er de betingelser, man arbejder under på stamafsnit. Derfor omtaler IS sig selv som en overskudspraksis, der påtager sig rollen som dem, der kan redde og hjælpe SS tilbage til at skabe værdighed for patienterne i overgangene. I deres rolle som redningsmænd

[188] Der henvises til Riiskjærs grundige beskrivelse af planerne for organiseringen på sundhedsområdet (Riiskjær, 2014).

anvender IS en terminologi, der er hentet fra lægeverdenen, om blandt andet at komme på 'tilsyn' hos de allermest kritiske patienter, at lære SS at suge dybt, at læse observationsskemaet etc. IS er oprigtige i deres iver for at hjælpe SS; men de gennemskuer ikke, at deres velvilje er med til at manifestere SS's offerrolle yderligere. I enkelte af SS's udtalelser fremgår det ligefrem, at de oplever sig som dårlige sygeplejersker. Ifølge Kupferberg (1999) er der mange SS, der ser arbejdet på et medicinsk afsnit som et springbræt til at avancere til afsnit, der har højere prestige. Det er da også velkendt, at specialafdelinger, herunder intensiv rekrutterer sygeplejersker fra stamafsnittene, som blandt andet én af lederne i det individuelle interview også påpeger (afsnit 9.3.). Flere af de IS, som jeg møder igennem projektet, fortæller mig også, at de kommer fra de pågældende stamafsnit. De begrunder blandt andet deres jobskifte med muligheden for at kunne koncentrere sig om én patient.[189]
Et andet og problematisk perspektiv i forbindelse med uligheden mellem SS og IS er DSR's rolle. DSR har i årenes løb vægtet at skabe sygeplejen som et selvstændigt fag – en profession med egne teorier, egen forskning og et selvstændigt virke. En del af denne professions-skabelses-politik har været at støtte og promovere de forskellige uddannelsesreformer, der har skabt en stadigt mere teoretisk uddannelse. Konsekvensen har været og er, at de nyuddannede sygeplejersker har en væsentlig teoretisk ballast, som ved starten af karrieren står for at skulle finde fodfæste i praksisfeltet. Den store vægtning af teori på bekostning af praksis(op)læringen har haft den konsekvens, at den sygeplejefaglige dannelse i form af en kropsliggjort parathed og beredskab i praksis-situationer (og dermed den implicitte etiske forholden sig til patienten) primært er af teoretisk karakter og dermed mere flygtig. Dette kan være baggrunden for SS' tendenser til at agere som forvaltere og ikke omsorgsetikere. Den gamle mesterlæreuddannelse havde mange problemer; men en af dens forcer var, at eleverne gennem deltagelse i praksisfællesskaberne skabte og fik skabt en faglig og kropsliggjort habitus, der på godt og ondt fungerede som rettesnor for deres handlinger. Denne rettesnor skal de unge sygeplejersker i dag først i gang med at skabe efter endt uddannelse – og det sker i praksisfællesskaber som kan være domineret af produktionslogik og forvalterroller. De med tiden mange undersøgelser skaber mere og mere evidens for givne, korrekte faglige handlinger, og dette kan yderligere være med til at forstærke forvalterrollen med dygtige forvalter-sygeplejersker, der kan udføre, hvad de kliniske retningslinjer og manualer fastlægger. Dette på bekostning af den omsorgsetiske rolle, hvor patientens livsverden vægtes og er centrum for sygeplejen.
De sygeplejefaglige roller, og hvad der i faget opleves og forstås som prestigefyldt, er del af en udvikling, der er foregået gennem adskillige år, og som formentlig hænger sammen med den tætte tilknytning til medicinen. Den kan derfor være svær at komme til livs, men den er utvivlsom en gift for faget, for fagligheden og dermed også for sikre, sammenhængende og professionelle patientovergange.
Én af måderne, hvorpå den kan ændres, er ved at gøre det attraktivt at arbejde på stamafsnit. Det gøres gennem normeringer, der reelt modsvarer arbejdsopgaverne, en rekrutteringspolitik hvor der er en større fordeling mellem nyuddannede og erfarne sygeplejersker, mulighed for udvikling gennem daglige sygeplejefaglige konferencer,

[189] På intensiv er der en fast normering med én sygeplejerske pr. patient døgnet rundt.

faglig supervision, mentorordning, efter- og videreuddannelse etc.[190] Disse forslag er der ikke noget nyt i og man kan undre sig over, at det kan være så svært. Nogle af barriererne for en ændret kurs ligger formentligt i, at sygeplejen er et udpræget kvindefag, som skal finde sine egne ben i et udpræget patriarkalsk univers. Pilen peger dermed mod sygeplejerskerne selv. Sygeplejersker må i tiltagende grad skabe større erkendelse og respekt omkring egen faglighed gennem forskning, gennem medier og debat i egne faglige fora. Det er på tide, at sygeplejersker påtager sig en mere faglig rolle end forvalterrollen. En rolle der er i samsvar med de syge og lidende patienters behov for omsorg og nærvær. Den skabes blandt andet gennem solidaritet imellem fagfæller.

[190] To arbejdsgrupper har henholdsvis udarbejdet en referenceramme for kompetenceudvikling for sygeplejersker og en handleplan for implementering af samme i tidsrummet 2000-2003, der giver adskillige eksempler på forslag til kompetenceudvikling, igangsættelse af læreprocesser og organisatorisk læring (Kompetenceudvikling for sygeplejepersonale, Aalborg sygehus 2003).

REFERENCER

Abraham, J. Nguyen, V., Almoosa, K.F., Patel, B., Patel, V.L. (2011). Falling through the Cracks: Information Breakdowns in Critical Care Handoff Communication. Journal of the American Medical Informatics Association. Annual Symposium proceedings Oct. 2011:pp.28–37.

Aiken L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. Journal of the American Medical Association. JAMA 23/30, Vol 288, No. 16.

Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K. , Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., …. Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet, 383: 1824–30

Andersen, T.(2005): *Reflekterende processer*. København. Dansk Psykologisk Forlag.

Andersen, T.R., & Wiegman I. (2008): Kvalitet af sygeplejen og arbejdsmiljø i sundhedssektoren - en dokumentationsrapport. København. Dansk Sygeplejeråd. http://teamarbejdsliv.dk/wp-content/uploads/DSR_Dokumentationsrapport_140408.pdf

Andvig, E. (2010a) Å forske på eller forske sammen med mennesker som hører til ”sårbare grupper” – gjør det en moralsk forskjell?. I: Hummevoll, J.K., Andvig, E. & Lyberg, A. (red.), *Etiske utfordringer I praksisnær forskning* (s.49-62). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Andvig, E. (2010b) Når forskningsmakten utfordres. I: Hummevoll, J.K., Andvig, E. & Lyberg A.(red.), *Etiske utfordringer I praksisnær forskning* (s. 63-76). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Arora, V., & Johnson, J.A., (2006): Model for building a standardized hand-off protocol. Joint Commission Journal Quality Patient Safety. Nov;32(11):646-55.

Australian Medical Association (AMA) (2006): Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicals and managers. http://ama.com.au/node/4064 downloaded 21.10.12

Bargal, D. (2006): Personal and intellectuel Influenes Leading to Lewin's paradigm of action research. Action Research Volume 4 (4): 367-388. London. SAGE Publications.

Bilfeldt, A., Andersen, J. & Jørgensen, M.S. (2013): Empowerment og aktionsforskning. I: Bilfeldt, A., Poulsen, J.B., Børsen, T., Gammelby, M., Højbjerg, K. & Jacobsen, A. J. (red.), *Refleksiv praksis - forskning i forandring* (s. 129-157). Aalborg Universitetsforlag.

Björvell, C. (2001): *Sygeplejerskens dokumentation – en praktisk håndbog*. Lund: Studentlitteratur.

Bradbury, Huang H. (2010) What is good action research? Why the resurgent interest? Action Research Journal Vol 8 (1) 93-109 Los Angeles: SAGE publications.

Bredal, F. (2016) Dansk Selskab for Patientsikkerhed, https://patientsikkerhed.dk/patientsikkerheden-bliver-bredere/

Brinkmann, S. (2006). *John Dewey. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative interview*. København: Hans Reitzels Forlag.

British Medical Association (2004): Safe handover: safe patients, guidance on clinical handover for clinicians and managers. www.bma.org.uk Downloaded okt.2012

Brodsky-Israeli, M., & Ganz, F. D. (2011). Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. Journal of Advanced Nursing Mar;67(3):510-518.

Bryndon-Miller M., Greenwood, D. & Maguire P.(2003): Why action research? Action Research Journal Vol 1 (1):9-28 London. SAGE Publications.

Buch, A., & Elkjær, B. (2015). Pragmatism and practice theory: Convergenses or collisions. Paper presented at OLKC 2015, Milano, Italy.

Coghlan, D. & Brannick, T. (2010): *Doing action research in your own organization*. (3.rd edition), London: SAGE Publications.

Chaboyer, W., James H. & Kendall M. (2005a):Transitional Care after the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse. Vol.25, No.3.

Chaboyer, W. Kendall E.,Kendall M. & Foster M.(2005b):Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. Australian Critical Care. Vol 18, No.4

Chaboyer, W.,Thalib, L., Foster, M., Ball, C. & Richards B. (2008). Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. American Journal of Critical Care May;17(3):255-63; quiz 264.

Cohen, M.D. & Hilligoss, P.B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. Quality Safety Health Care.19:493-7.

Coleman, N.E. & Pon, S. (2013). Quality: performance improvement, teamwork, information technology and protocols. Critical Care Clinic 2013 Apr;29(2):129-151.

Coyle, M.A. (2001). Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. Intensive Critical Care Nursing. Jun;17(3):138-143.

Cullinane, J.P. & Plowright, C.I. (2013). Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. Nursing Critical Care. Nov;18(6):289-296.

Cruz, E.V. & Higginbottom, G. (2013). The used of focused ethnography in nursing research. Nurse Researcher. 20, 4, 36-43.

Dahlager, L. & Fredslund, H. (2011). Hermeneutisk analyse. I: Valgårda, S. & Koch, L. (red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (s.157-181), 4. udgave. København: Munksgaard.

Dansk Sygeplejeråd (1985). Statusdokument. Sygeplejerskens virksomhedsområde. København: Dansk Sygeplejeråd.

Delmar C. (1999). *Tillid & Magt – en moralsk udfordring*. København: Munksgaard.

Delmar C. (2010). Udvikling af sygeplejefaglig teori om livsfænomener med Kari Martinsens omsorgsfilosofi som tænkehorisont. I: Jørgensen, B.B. & Steenfeldt V.Ø. (red.), *Med sygeplejeteori som referenceramme – I forskning og udvikling* (s.79-101). København: Gads Forlag.

Demant, J. & Järvinen, M. (2006). Constructing Maturity through Alcohol Experience. Focus Groups with Teenagers. Addiction Research & Theory, 14(6):589-602.

Demant, J (2014). Fokusgrupper - mellem produktive modsætninger og problematiske konflikter. I: Tanggaard L., Thuesen F., & Vitus K. (red.), *Konflikt i kvalitative studier* (s.203-229). København: Hans Reitzels Forlag.

Dewey, J (1917).The need for a Recovery of Philosophy. Creative intelligence: Essays in the Pragmatic Attitude. New York: Henry Holt and Co.

Dewey, J. (2005). *Demokrati og uddannelse*. Dewey biblioteket. Krogh-Jespersen, K., Madsen, C. & Munch, P. (red.), Århus: Klim

Dewey, J. (2009). *Hvordan vi tænker*. Dewey biblioteket. Krogh-Jespersen, K., Madsen, C. & Munch, P. (red.), Århus: Klim

Duke, G. J., Green, J. V. & Briedis, J. H. (2004). Night-shift Discharge from Intensive Care Unit Increases the Mortality-risk of ICU Survivors. Anaesthesia and Intensive Care, 32: 697-701.

Duus G. (2012). Validitet. I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog* (s.113-128). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Elkjær, B. (2005). *Når læring går på arbejde. Et pragmatisk blik på læring i arbejdslivet.* Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Field, K., Prinjha, S. & Rowan, K. (2008). "One patient amongst many": a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. Critical Care, 12:1-9, http://ccforum.com/content/12/1/R21

Forsberg, A., Lindgreen, E. & Engström, A. (2011). Being transferred from an intensive care unit to a ward: Searching for the known in the unknown. International Journal of Nursing Practice,17:110–116.

Frimann S. & Bager A.(2012). Dialogkonferencer I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.) *Aktionsforskning – en grundbog* (s.193-203). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Frølund, C. & Beedholm, K. (2013). Erfaring og kompleksitet – en kvalitativ undersøgelse af betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne ved overflytning af patienter fra intensiv til sengeafdeling. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies.

Gadamer, H.G. (2007). *Sandhed og Metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. (2.udg.), København: Hans Reitzels Forlag.

Gimmler, A. (2014). Hverdagslivets kreativitet I: Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (red.). *Hverdagslivet: sociologier om det upåagtede* (s. 75-108) (2. udg.). København: Hans Reitzel.

Glasdam S. (2008). Uddannelse af sygeplejersker – belyst fra et fagpolitisk perspektiv I: Glasdam S. og Bydam J. *Sygepleje i fortid og nutid – historiske indblik*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Global Trigger Tool Manual, (2015). Dansk Selskab for Patientsikkerhed https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/gttmanual_2015.pdf

Gooding, T., Pierce, B. & Flaherty, K. (2012). Partnering with family members to improve the intensive care unit experience. Critical Care Nursing Quality;35(3):216-222.

Greenwood, D. & Levin, M. (2007). *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change.* (2. Edit.), California: SAGE. Thousand Oaks.

Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper*. 2. Udgave. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Hall, E.O.C. (2001). From unit to unit: Danish nurses´experiences of transfer of a small child to and from an intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing.17:196-205

Hall, E.O.C. (2010). Sygeplejeteori - udvikling, begreber og anvendelse. I Jørgensen, B.B. & Steenfeldt V.Ø. (red.): *Med sygeplejeteori som referenceramme – I forskning og udvikling*. København:Gads Forlag

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2007) *Ethnography – principles in practice*. (3. Edit.), New York: Routledge

Hein, H. H. (2005). *Mellem konflikt og konsensus – Dialogudvikling på hospitalsklinikker*. CBS/ Handelshøjskolen i København. Ph.d. –serie. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Heron, J. (1996). *Co-operative Inquiry: Research into the Human Condition*. London: Sage.

Heron J. & P. Reason (2008). Extending Epistemology within a Co-operative Inquiry. I: Reason P. & H. Bradbury (edit.) (2008) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice* (s.366-380), London: SAGE, second edition.

Hildebrandt, S. (2015). Bæredygtig produktivitet og bæredygtigt arbejdsmiljø I: Gleerup J. (red.): *Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv* (s.81-93), København. Dansk Sygeplejeråd. www.dsr.dk/bladetframunden

Hiort-Lorenzen, E. (1934). *Sygepleje – kald eller erhverv*. København: Mondes Forlag A/S

Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé?* En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital. Ph.d. afhandling. Forskerskolen i Livslang Læring, Institut for psykologi og Uddannelsesforskning. Roskilde Universitet.

Holm-Petersen, C., Asmussen, M., & Willemann, M. (2006). *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*. DSI Institut for sundhedsvæsen. København: DSI rapport.

Hospitalsarkivet (1885-1990). Københavns Stadsarkiv. http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=523&laes_mere=ja

Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J.K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. Oslo: Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning. 8:1, 17-30

Hummelvoll, J.K. (2010). Praksisnær forskningsetik I: Hummevoll, J.K., E. Andvig, A. Lyberg (red.), *Etiske utfordringer I praksisnær forskning*. (s.17-32) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll, J.K., B. Eriksson, J.R. Cutcliffe (2015). Local experience – central knowledge? Nordisk Sygeplejeforskning nr. 3. VOL 5: 283-295 Universitetsforlaget. www.IDUNN.NO

Husted M. & D. Tofteng: Arbejdsliv og Aktionsforskning. I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Husserl E (1997). *Fænomenologiens idé.* København: Hans Reitzels Forlag

Højbjerg, K. (2003). *Tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser: Vilkår og muligheder for sygeplejersken*. En empirisk undersøgelse af hvordan det foregår, når sygeplejersken udøver tværfagligt samarbejde på hospitalet. Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik. Det Humanistiske Fakultet. Københavns Universitet.

Høgh V. (2016). *Living with atrial fibrillation exploring the context, complexity, and magnitude of the patient perspective*. PhD Thesis, Aalborg: Aalborg University Press.

James, S., Quirke, S. & McBride-Henry, K. (2013). Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. Nursing Critical Care. 11;18(6):297-306.

Jensen, J.B. (2012). Musik, kunst og æstetisk læring. I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog*. (s.159-169). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Jensen, U.J. (2010). Striden om sammenhæng i behandling, sundhedspraksis og sundhedsvæsen. I: Timm H. (red.). *Sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*. København. Books on Demand.

Jørgensen E.B. (2003). Sygeplejeerhvervet i historisk belysning I: Weicher I. og Laursen P.F. (red.) *Person og profession*. (s.138-160), Værløse: Billesø & Baltzer Forlagene

Jørgensen, E.B. (2007). Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje. København. Forlaget Hexis. www.hexis.dk

Keller, H.D. (2011). Tilpassende og udviklende læring på arbejdspladsen. I: Stegeager N. & E. Laursen (red.) *Organisationer i bevægelse: Læring – udvikling – intervention.* (s. 79-104). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. Forum: Qualitative Social Research. Volume 6. No.3.Art.44.

Kompetenceudvikling for sygeplejepersonale (2003). Aalborg Sygehus (det nuværende Aalborg Universitetshospital).

Kristensen, I. (2016). Ulighed i sundhed – er det et patientsikkerhedsproblem. Dansk Selskab for patientsikkerhed. https://patientsikkerhed.dk/blogs/ulighed-sundhed-patientsikkerhedsproblem/

Kupferberg, F., (1999). *Kald eller profession - at indtræde i sygeplejerskerollen*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kvale S. (1997). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk*, (2. udg.), København: Hans Reitzels Forlag.

Lauberg, A., Jacobsen, C.S., Rahmberg, R.J., Wøidemann, M.S. & Søttrup, M.B. (2014). Et indblik fra sidelinjen – pårørendes oplevelser ved overflytning. I: Delmar C, Lauberg A, Pedersen B (red.): *Omsorgsetik i klinisk sygepleje – den gode, den kloge og den rigtige sygepleje*. (s.155-170), Aarhus: Klim.

Laursen E. (2012). Aktionsforskningens produktion af viden I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog*. (s.97-111), Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Lave, J. & Wegner E. (2003). *Situeret læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag

Leith, B.A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. HEART & LUNG VOL. 28, NO. 3

Levin M. (2012). Academic integrity in action research. Action Research 10(2):133-149. SAGE.

Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. I: Lewin, K. *Resolving social conflicts and field theory in social science*. 2000 (143-154) Washington , DC: American Psychological Association

Lyngaa J. (1995). *Pigerne i hvidt*. København: Munksgaard

Lin, F., Chaboyer, W. & Wallis M. (2009). A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. Australian Critical Care. 02;22(1):29-43.

Lin, F., Chaboyer, W., Wallis, M. & Miller A. (2013). Factors contributing to the process of intensive care patient discharge: An ethnographic study informed by activity theory. International Journal of Nursing Studies 08;50(8):1054-1066.

McCormack B & Dewing J (2012). Action Research: Working with Transformational Intent. Klinisk Sygepleje. 26. Årgang. Nr. 3.

McKinney, A.A. & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: a review of the literature. Journal Clinical Nursing. March;11(2):149-157.

Madsen B. (2000). *Dialog og gensidig forståelse. Om klar kommunikation i organisationer*. Frederikshavn: Dafolo Forlag

Madsen, M.B. (2016). Flere kvinder vil føde i eget hjem. Aug. Politiken Familieliv.

Martinsen, K., (2012). *Løgstrup & sygeplejen*. Aarhus: Klim

Merleau-Ponty, M. (2009). *Kroppens fænomenologi*. København: Det Lille Forlag.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advanced Nursing Science. Sep;23(1):12-28

Morgan, DL (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage: Thousand Oaks

Møller J.E. (2015) Kvalitative tendenser og kvantitative aflejringer I: Møller, J.E., Bengtsen, S.S.E., Munk, K.P. (red.). *Metodefetichisme. Kvalitativ metode på afveje?* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag

Nielsen, K.A. (2013). Aktionsforskningens videnskabsteori. I: Fuglsang, L. & Olsen P.B. (red.). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigme* (s.325-349) (3.udg.). Frederiksberg.: Roskilde Universitetsforlag

Nielsen K.A. (2012). Aktionsforskningens historie – på vej til et refleksivt akademisk selskab I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog*.(s.19-36) Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Olufsen S. (2013). Ny hjælpepakke mod overbelægning. Pressemeddelelse. Dansk Sygeplejeråd. 21. februar. Denoffentlige.dk

Ong, M.S. & Coiera, E. (2011). A systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 37 Number 6.

Pedersen, B.L., & Mogensen, T. (2006). *Patientsikkerhed - fra sanktion til læring*. København: Munksgaard Danmark.

Pedersen, I.S. (2017). Vi skal ud af den misforståede travlhedskultur. Sygeplejersken 2017 (4): 16.

Pedersen, K.Z. (2010). Patienten som diskurspolitisk styringsredskab I: Kjær, P. & Reff A. (2010). *Ledelse gennem patienten –nye styringsformer I sundhedsvæsenet*. København. Handelshøjskolens Forlag.

Petersen E. (1989). *Fra kald til fag - kampen om statsautorisation.* København: Dansk Sygeplejeråd

Petersen K.A. (2003). Sygepleje – Sygeplejeforskning – fra plejeassistent til forskningsassistent eller teoretisk empirisk forsker om sygepleje. http://www.skeptron.uu.se/broady/sec/p-petersen-sygepleje-0303.pdf

Perren, A., Conte, P., De Bitonti, N., Limoni, C. & Merlani, P. (2008). From the ICU to the ward: cross-checking of the physician's transfer report by intensive care nurses. Intensive Care Medicine. Nov;34(11):2054-2061.

Priestap, F.A. & Martin, C.M. (2006). Impact of intensive care unit discharge time on patient outcome. Critical Care Medicine Dec;34(12):2946-2951.

Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. & Thaning, M. (2009). *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Rasborg, K. (2013). Socialkonstruktivismer i klassisk og moderne sociologi I: Fuglsang, L. & Olsen P.B. & Rasborg, K. (red.). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigme* (s.403-438) (3.udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur

Reason, P & H. Bradbury (2001). *Handbook of action Research. Participate Inquiry and practice*. (First edition). London: SAGE publications.

Reason, P & H. Bradbury (2008). *Handbook of action Research. Participate Inquiry and practice*. (Second edition). London: SAGE Publications.

Region Nordjylland (2011). Program for håndtering af utilsigtede hændelser i Region Nordjylland. Kvalitetskontoret, Sundhed – Plan og Kvalitet.

Riesenberg, L.A., Leitzsch, J. & Little, B.W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. American Journal of Medical Quality. 24:196-204

Riiskjær, E., Ammentorp, J. & Kofoed P. (2011). Er 96 procent af patienterne virkelig tilfredse med sundhedsvæsnet? (6. okt. 2011) København: Dagbladet Information.

Riiskjær, E. (2014). *Patienten som partner. En nødvendig idé med ringe plads*. Odense. Syddansk Universitetsforlag

Rose, N. (2009). *Livets politik - biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede.* København. Dansk psykologisk forlag.

Rosenberg, A.L., Hofer, T.P., Hayward, R.A., Strachan, C. & Watts, C.M. (2001). Who bounces back? Physiologic and other predictors of intensive care unit readmission. Critical Care Medicine, Mar;29(3):511-518.

Scheel, M.E. (2005). *Interaktionel sygeplejepraksis*. (3.udg). København: Munksgaard.

Segall, N., Bonifacio, A.S., Schroeder, R.A., Barbeito, A., Rogers, D. & Thornlow, D.K. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. Anesthesia & Analgesia Journal. Jul;115(1):102-115.

Siemsen, I.M.D. (2011a). *Patientovergange. Et eksplorativt studie af faktorer, der påvirker sikkerheden af patientovergange*. Ph.d. afhandling. DTU Management. Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse.

Siemsen, I.M.D., Michaelsen, L., Nielsen, J., Østergaard, D., & Andersen, H.B. (2011b). Der er mange sikkerhedsrisici ved patientovergange. Ugeskrift for læger;173 (20):1412-1416

Siemsen, I.M.D., Madsen M.D., Pedersen, L.F., Michaelsen; L., Pedersen, A.V., Andersen, H.B. & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patients handovers: An interview study. Scandinavian Journal of Public Health; 40:439-448

Sigvaldsen B. (1993). *De kvindeligste kvinder*. En undersøgelse af sygeplejens historie i mellemkrigstiden. Specialeafhandling den sygeplejevidenskabelige kandidatuddannelse. Århus. Skriftserie fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole

Stadsarkivet. Københavns Stadsarkiv (1885 – 1990). http://www.starbas.net/arkivskaber.php?id=523&laes_mere=ja

Statsrevisorerne (2011). Beretning om DRG-systemet. København. Statsrevisorerne, Folketinget. www.ft.dk/statsrevisorerne

Steensen J. (2003). Profession og personlighed set i lyset af velfærdsstatens omstrukturering. I: Weicher I. og Laursen P.F. (red.) *Person og profession*. (s.45-64), Værløse: Billesø & Baltzer Forlagene

Stensmo C (2001). *Pædagogisk filosofi*. Danmark. Forlaget Selund.

Strahan, E.H. & Brown, R.J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. Intensive Critical Care Nursing. June;21(3):160-71.

Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005. kapitel 61, § 198 stk. 4. LBK nr. 913, 13.07.2010. https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455#K61

St-Louis, L. & Brault, D. A. (2011). A clinical nurse specialist intervention to facilitate safe transfer from ICU. Clinical Nurse Specialist. Nov-Dec;25(6):321-326.

Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A.S.& Dreyer P. (2015). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. British Association of Critical Care Nurses

Sørensen, E.E. (2006). *Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen*. Ph.d. afhandling. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. Aarhus Universitet.

Sørensen, E.E. (2010). Interaktionel sygeplejepraksis som referenceramme i undersøgelse af hospitalssygeplejerskers ledelsespraksis I: : Jørgensen, B.B. & Steenfeldt V.Ø. (red.): *Med sygeplejeteori som referenceramme – I forskning og udvikling* (s.139-157), København. Gads Forlag.

Thomassen, O.J. & Larsen, K.(2015). Arbejdsmiljø og sygepleje i et magtpolitisk felt I: Gleerup J. (red.): *Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv* (s.81-93), København. Dansk Sygeplejeråd. www.dsr.dk/bladetframunden

Tobin, A.E. & Santamaria, J.D. (2006). After-hours discharges from intensive care are associated with increased mortality. Medical Journal Austin. Apr 3;184(7):334-337.

Tofteng, D. & Husted, M.(2012): Etik og normativitet. I: Duus G., M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, D. Tofteng (red.), *Aktionsforskning – en grundbog* (s.129-144), Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Tørring, B. (2007). Kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter indlagt i intensiv afdeling – et praksisudviklingsprojekt. Sundheds CVU, Nordjylland.

Uhrenfeldt, L., Aagaard, H., Hall, E.O.C., Fegran, L., Ludvigsen M.S. & Meyer, G. l. (2013). A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions. Journal of Advanced Nursing 69(8), 1678–1690.

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014). Kommissorium. Styrelsen for Videregående Uddannelser. Uddannelses- og Forskningsministeriet. http://sundhed2016.dk/wpcontent/uploads/2015/03/Kommissorium-for-udvikling-af-de-sundhedsfaglige-professionsbachloreuddannelser.pdf

Vaage S. (red.) (2000). *Learning by Dewey. Barnet, skolen og den nye pædagogik*. Oslo: Gyldendal Uddannelse.

Vaage, S (2003). Perspektivtagning, rekonstruktion af erfaring og kreative læreprocesser: George Herbert Mead og John Dewey om læring I: Dysthe, Olga (red.): *Dialog, samspil og læring*. Forlaget Klim.

Wadel C (1991). *Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*, SEEK A/S, Flekkefjord

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*. København. Hans Reitzels Forlag.

Westbrook, R.B. (1991). *John Dewey and American Democracy*. Ithaca: Cornell University Press

Wingender N. B. (1999). *Firkløveret og ildsjælene. Dansk Sygeplejeråds historie 1899 – 1999.* København. Dansk Sygeplejeråds forlag.

Whittaker, J. & Ball, C.(2000). Discharge from intensive care: a view from the ward. Intensive Critical Care Nursing. June;16(3):135-43.

Wong, M.C., Yee K.C. & Turner P.(2008). A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover. eHealth Services Research Group, University of Tasmania, Australia.

World Health Organization: Communication during Patient Handovers, Volume 1. Solution3. May, 2007. http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf Downloaded 17.10.13

Wu, C.J. & Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: a case study approach. Nursing Health Science. Mar;9(1):48-53

Zahavi, D (2003). *Fænomenologi*. Roskilde. Roskilde Universitetsforlag, 2003

Zoffmann, V. (2004). Guided Self-Determination: A Life Skills Approach Developed in Difficult Type 1 Diabetes. Department of Nursing Science, University of Aarhus.

Ågård, A.S., Egerod, I., Tønnesen, E. & Lomborg, K. (2012). Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge. Intensive & Critical Care Nursing; 28: 105–113.

Ågård, A. S. (2014). Langsigtet betydning af akut, kritisk sygdom og indlæggelse i intensivafdeling. Patienters og pårørendes perspektiv. I: Klinisk Sygepleje, Vol. 28, Nr. 3, s. 76.

BILAGSOVERSIGT

Bilagsnr.	Titel	Beskrivelse
Bilag 1	Søgehistorik samlet	Søgehistorik fra december 2013 og januar 2017
Bilag 2	Dansk Intensiv Database	Årsrapport 2014/2015
Bilag 3	Samarbejdsaftale (gældende)	Mellem Intensiv afsnit X og stamafdelinger
Bilag 4	Information ved overflytning mellem afsnit og sygehuse	PRI –dokument (Politik – Retningslinjer – Instrukser (PRI))
Bilag 5	Samarbejdsaftale udkast	Mellem Klinik Anæstesi og øvrige enheder ved X Universitetshospital i forbindelse med intensiv medicinsk terapi.
Bilag 6	Introduktionsprogram for nyansatte	Intensive afsnit i Region X. Aug. 2015
Bilag 7	Samtykkeerklæring	
Bilag 8	Interviewguide	Interviewguide patienter og pårørende
Bilag 9	Interviewguide	Interviewguide ledere
Bilag 10	Vejledning	Vejledning for transskribering
Bilag 11	Interview m. patient 1	Transskription individuelt interview
Bilag 12	Interview m. patient 2	Transskription individuelt interview
Bilag 13	Interview m. patient 3	Transskription individuelt interview
Bilag 14	Interview m. pårørende 1	Transskription i individuelt interview
Bilag 15	Interview m. pårørende 2	Transkription individuelt interview
Bilag 16	Interview m. leder 1	Transskription individuelt interview
Bilag 17	Interview m. leder 2	Transskription individuelt interview
Bilag 18	Fokusgrupper	Interviewguide
Bilag 19	Fokusgrupper	Introduktion
Bilag 20	Fokusgrupper	Øvelse
Bilag 21	Fokusgruppe 1	Transskription
Bilag 22	Fokusgruppe 2	Transskription
Bilag 23	Analyse - fortællinger	Medforskernes fortællinger
Bilag 24	Mappe m. 14 fortællinger	Medforskernes fortællinger
Bilag 25	Fokuseret etnografi	Noter fra deltagerobservationer & deltagerberetninger
Bilag 26	Deskriptiv Analyse	Analyse af empiri fra individuelle interviews, fokusgrupper & deltagerobservationer
Bilag 26B	Infobrev til ledere	Informationsbrev om rekrutering af medforskere
Bilag 27	Program & Disposition	Workshop 1
Bilag 28	Workshop 1	Samlet transskription
Bilag 29	Pamflet om workshop 1	Afsnittenes forberedelse til dialogmøder.
Bilag 30	Noter fra Dialogmøder	Noter fra 11 dialogmøder
Bilag 31	Disposition & Program	Workshop 2

Bilag 32	Feedbackmøde som reflekterende team	Introduktion til feedbackmøde med patienter & pårørende
Bilag 33	Feedbackmøde med patienter & pårørende	Samlet transskription fra feedbackmøde
Bilag 34	Opfølgning på feedbackmøde	Transskription fra opfølgning
Bilag 35	Overflytningskonference Workshop 2	Transskription fra medforskeres oplæg
Bilag 36	Videndeling Workshop 2	Transskription fra medforskeres oplæg
Bilag 37	Den positive overgang Workshop 2	Transskription fra medforskeres oplæg
Bilag 38	Den professionelle overgang Workshop 2	Transskription fra medforskeres oplæg
Bilag 39	Handleplan - Overflytningskonference	Medforskernes endelige handleplan
Bilag 40	Handleplan - Videndeling	Medforskernes endelige handleplan
Bilag 41	Handleplan – Den positive tilgang	Medforskernes endelige handleplan
Bilag 42	Dialogmøde – afsnitsledende sygeplejersker	Noter fra møde med afsnitsledende okt. 2015
Bilag 43	Dialogmøder – samlede noter	Samlede noter fra 12 dialogmøder. Dec. 2015
Bilag 44	Forberedelse til 3. workshop	Brev til medforskerne med opsamling fra de sidste dialogmøder
Bilag 45	Oversigt over processen	En oversigt over den samlede empiridannelse
Bilag 46	Program & Præsentation workshop 3	Præsentation med formål og indhold for workshop 3
Bilag 47	Workshop 3	Transskribering
Bilag 48	Koordinatorrollen	Definering af rolle
Bilag 49	Medforskerrollen	Definering af rolle
Bilag 50	Den Videnskabsetiske komité	Anmeldelse
Bilag 51	Anmeldelse til Datatilsynet	Anmeldelse

RESUMÉ

Afhandlingen tager afsæt i et aktionsforskningsprojekt, der omhandler patientovergange fra intensiv til stamafsnit. Afhandlingen er opdelt i en undersøgelses – og en handlingsfase. Undersøgelsesfasen identificerer, hvorledes de nuværende patientovergange forløber gennem et fokuseret etnografisk studie, kvalitative, individuelle interviews med patienter, pårørende og ledere samt interviews i fokusgrupper med sygeplejersker fra intensiv og stamafsnit. Det konkluderes, at de sårbare patientovergange, der er velbeskrevet i internationale studier genfindes i en lokal kontekst på et dansk universitetshospital.

I handlingsfasen inddrages 19 praktikere fra intensiv og otte stamafsnit som medforskere. Igennem samarbejdet om løsninger når medforskerne frem til en større erkendelse af de problemer, som de genkender fra deres dagligdag, og samtidigt synliggøres barriererne i form af de forskelle i vilkår, som medforskerne er underlagt og som påvirker deres fagligheder og kompetencer.

Gennem aktionsforskning er det muligt at facilitere en proces, hvor praktikere både kan genere viden og udvikle handlinger, der kan forbedre sikkerheden, sammenhængen og professionalismen i patientovergangene på væsentlige områder.

ISSN (online): 2246-123X
ISBN (online): 978-87-7112-963-2

AALBORG **UNIVERSITETSFORLAG**