Aalborg Universitet

Meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen

Belyst ud fra et feltstudie af hvordan aktører i almen praksis og kommune skaber mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med - eller med risiko for - kronisk obstruktiv lungelidelse og type 2-diabetes

Andersen, Vibeke Just

DOI (link to publication from Publisher):
10.5278/vbn.phd.socsci.00070

Publication date:
2017

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Link to publication from Aalborg University

Citation for published version (APA):
Andersen, V. J. (2017). *Meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen: Belyst ud fra et feltstudie af hvordan aktører i almen praksis og kommune skaber mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med - eller med risiko for - kronisk obstruktiv lungelidelse og type 2-diabetes*. Aalborg Universitetsforlag. https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00070

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: July 04, 2025

MENINGSSKABELSE I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

- BELYST UD FRA ET FELTSTUDIE AF HVORDAN AKTØRER I ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE SKABER MENING MED DET TVÆRGÅENDE SAMSPIL I FORHOLD TIL MENNESKER MED – ELLER MED RISIKO FOR – KRONISK OBSTRUKTIV LUNGELIDELSE OG TYPE 2-DIABETES

AF
VIBEKE JUST ANDERSEN

PH.D. AFHANDLING 2017

AALBORG UNIVERSITET

HOLSTEBRO KOMMUNE

MENINGSSKABELSE I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

- BELYST UD FRA ET FELTSTUDIE AF HVORDAN AKTØRER I ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE SKABER MENING MED DET TVÆRGÅENDE SAMSPIL I FORHOLD TIL MENNESKER MED – ELLER MED RISIKO FOR – KRONISK OBSTRUKTIV LUNGELIDELSE OG TYPE 2-DIABETES

af

Vibeke Just Andersen

AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Ph.d. indleveret 2017

.

Ph.d. indleveret: August 2017

Ph.d. vejleder: Dekan Rasmus Antoft
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejleder: Lektor Mette Vinther Larsen
Institut for Økonomi og Ledelse
Aalborg Universitet

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Professor MSO Morten Balle Hansen
Aalborg Universitet, Danmark (formand)

Seniorforsker Lone Grøn
VIVE - Det nationale Forsknings-
og Analysecenter for Velfærd

Lektor Dag Olaf Torjesen
Universitetet i Agder, Norge

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7210-038-8

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

© Copyright: Vibeke Just Andersen

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2017

Normalsider: 395 sider (á 2.400 anslag inkl. mellemrum).

OM FORFATTEREN

Vibeke Just Andersen er mag.art. i litteraturhistorie fra Aarhus Universitet (2008). Hun har forud for sit ph.d. studie arbejdet med implementering af forløbsprogrammer for mennesker med kronisk sygdom i kommunalt regi – herunder arbejdet med at udvikle de kommunale samarbejdsrelationer i forhold til almen praksis, hospitaler og patientforeninger.

Hendes ph.d. studie har været udført i et samarbejde mellem Holstebro Kommune og Institut for Sociologi og Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet.

Under ph.d. studiet har Vibeke været tilknyttet forskningsgruppen Center for Organization, Management and Administration, der er del af Institut for Sociologi og Socialt Arbejde og Institut for Statskundskab ved Aalborg Universitet.

Afhandlingen afspejler hendes interesse i sundhedsvæsnet og for, hvad der sker, når mennesker med forskellige fagprofessionelle baggrunde og forskellige organisatoriske forankringer skal arbejde sammen på tværs af grænseflader.

ENGLISH SUMMARY

In the Danish healthcare system, creating seamless transitions and integrated care pathways for patients across hospitals, municipalities and general practice, has been an important concern for many years (Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2012; Lyngsø et al., 2016; Seemann & Gustafsson, 2017). Efforts have been made to improve the interaction between the health professionals in the three domains mentioned. This has been done, for example, by focusing on clear agreements, effective communication and shared knowledge (Strandberg-Larsen et al., 2007; Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2014; Lyngsø et al., 2016). During the past decade a considerable part of these efforts has been directed towards primary healthcare, and more specifically the interaction between general practitioners and the municipalities. The initiatives regarding this interaction have, among other things, concerned disease prevention and treatment of chronic lifestyle diseases, such as type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease (hereinafter COPD). However, a systematic literature review included in this dissertation shows that there in Danish as well as international research contexts exist a general lack of knowledge about the interactions across organizational boundaries between actors from general practice and the municipalities in relation to people with chronic diseases. In particular, there is a lack of literature exploring the sensemaking processes underlying interactions between the health professionals from an organizational sociological perspective and from the perspective of the actors involved. Against this background, the dissertation sets out to explore how health professionals in primary healthcare experience and make sense of the interactions across organizations in relation to their working with people with, or at risk of developing COPD and type 2 diabetes. The study is based on a field study inspired by organizational ethnography, which was conducted in the municipality of Holstebro. The two chronic diseases, COPD and type 2 diabetes, have been chosen as the basis for studying the health professionals sensemaking of their interaction across organizations, because only a few research studies explore this interaction in a primary healthcare context, and because the two chronic diseases are considered to become significant challenges for the future of primary healthcare (KL, 2012). The dissertations main research question is:

How do health professionals in primary healthcare make sense of the mutual interaction across organizations in relation to people with chronic disease?

The health professionals in question are municipal nurses, municipal health promotion and disease prevention consultants, general practitioners and practice nurses. They all work on a daily basis with the care, treatment or disease prevention of people who have, or are at risk of developing chronic diseases. Furthermore, their work is to a greater or lesser extent coordinated across their organizational foundation in general practice and municipality.

The main research question is addressed by examining two specific sub questions:

1. How do the health professionals make sense of the cross-organizational tasks related to people with, or at risk of developing COPD and type 2-diabetes? And what meanings are emerging?

2. What are the opportunities and challenges to strengthening the mutual interactions across organizations between the health professionals in general practice and the municipality from a sensemaking perspective?

To elucidate the two sub questions and the main research question, the dissertation draws on Karl E. Weick's theoretical understanding of seven properties of sensemaking in organizations as well as the positioning theory of Rom Harré and Bronwyn Davies (Weick, 1995; Davies & Harré, 1999; Weick et al., 2005). In addition, a number of qualitative methods have been applied in exploring the stakeholders' sensemaking frameworks and sensemaking processes. More specifically, the methodology consisted of participant observation of health professionals and of qualitative interviews of groups as well as individuals involved. The approach aimed to unfold the diversity of voices and narratives that are present when one zooms in on the individual actor at front level and his or hers attempts to make sense of the interactions across the organizational boundary between general practice and municipality. By providing room for these voices and narratives from a sensemaking perspective, the dissertation provides a nuanced insight into - and a new look at - the cross-boundary interaction in primary health care.

The analyses of the dissertation are divided into three main parts (chapters). The first part deals with how the health professionals position themselves in relation to the patients or citizens. The chapter takes the form of an initial descriptive analysis that provides a deeper insight into the everyday lives of the professionals and insight into the context of the sensemaking of the actors. The second part explores how the professionals make sense of the cross-boundary coordinating tasks by employing four empirical examples. The chapter studies what "cues" and "frameworks" the professionals draw on, when they try to make sense of the interactions across organizations (Weick, 1995). The third part looks at opportunities to support the professionals sensemaking processes by means of analysing an empirical example and revisiting Weick's sensemaking perspective as well as previous analyses in the dissertation.

In general, the dissertation illustrates how the everyday organizing of the health professionals interactions across organizations in primary health care to a large extent is shaped by - and a result of - the sensemaking processes that the health professionals engage in when they encounter both small and large changes in the way the interactions work. These processes are complicated, and changes often take a long time to implement, because they involve adjustments or changes to a complex

interweaving of ideas, routines and values that are closely linked to the individuals understanding of their own professional and organizational identity, and the way the professionals themselves relates to both the citizens/patients and to other health professionals in the cross-boundary interaction. When these ideas, routines and so forth are disturbed or threatened, it often causes feelings of anger, frustration and uncertainty, which make it difficult for the actors to make new sense.

In addition, the dissertation demonstrates that the established beliefs of the health professional are relatively stable and difficult to change. This is because changes or implementation of new initiatives take place in complex and multifaceted relational contexts and organisational arrangements wherein narratives, routines and feelings play an equally important role as logical reasoning. It is therefore important to keep an eye on the various ideas and sensemaking processes that take place, when health professionals in their daily work seek to coordinate their actions across organizational boundaries, as well as to support the sensemaking processes when changes occur in the respective organizations.

Significantly, the dissertation also demonstrates that the overall structural organization of primary health care, and particularly of general practice, can be a challenge in getting the health professionals engaged in (common) sensemaking processes across organizational boundaries. The structures, in which the sensemaking processes take place, mean that it is largely up to the individual to try to make sense of the interaction between general practice and municipality, and thus also up to the individual to take responsibility for attempting to speak and enact a meaning that contributes to mutually coordinated actions across organizational boundaries.

However, the dissertation also indicates opportunities for improvement of the cross-boundary interaction of the health professionals from a sensemaking perspective. This happens through meetings, through the use of structural tools such as disease management programs and through actions based on negotiated solutions. New opportunities for interaction can also present themselves if the individuals are investigative and open to incorporate new perspectives on old narratives, or if they are open to challenge their own assumptions about, for example, the citizens/patients or about other health professionals. Furthermore, it is pointed out that the retrospective character of sensemaking means that the health professionals have the opportunity to give (new) meaning to an event (such as a change of assignment or a previous conflict). This is possible by exploring the experiences, identities and other understandings, in light of which the event makes sense and by possibly imparting opportunities for linking to other experiences and frameworks. It is further argued that because narratives about conflicts or other more problematic events in the cross-boundary interaction quickly assume an anecdotal nature, it is worth spending time and effort to meet and together try to make common sense of the events and how a solution to the problem possibly was found. Finally, the dissertation also emphasize

that it is important to keep an eye on how the structuring of the interaction across organizations in the form of certain modes of communication, specific formal meetings, etc. support the health professionals in focusing their attention on specific cues for coordinated action while others are lost sight of.

The dissertation contributes to the still scarce research literature on the cross-boundary interaction between general practice and municipality with regard to people with chronic diseases. Through empirical descriptions and analyses, using the concept of positioning and the sensemaking perspective, the dissertation provides an in-depth empirical insight into the relational and social processes that shape the daily organizing between front level health professionals in primary healthcare. In addition to the empirical contribution, the dissertation also contributes to the study of sensemaking in organizations. This is done by applying the sensemaking perspective in a new organizational context, namely in relation to cross-boundary organizing of the front level health professionals in the primary health care provision. More specifically, the dissertation makes a relevant contribution by pointing out the opportunities in a specific empirical and relatively complex organizational context, to support the health professionals in considering, talking about and enacting a way of organizing, that is meaningful to the health professionals in general practice as well as those in the municipality.

DANSK RESUME

Der har i det danske sundhedsvæsen igennem mange år har været fokus på at skabe sømløse overgange og sammenhængende forløb for patienter på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis (Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2012; Lyngsø et al., 2016; Seemann & Gustafsson, 2017). Som led heri har man søgt at forbedre det tværgående samspil mellem de sundhedsprofessionelle aktører i de forskellige sektorer bl.a. ved at fokusere på klare aftaler, effektive kommunikationsmuligheder og gensidigt kendskab (Strandberg-Larsen et al., 2007; Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2014; Lyngsø et al., 2016). I det seneste årti har en betydelig del af bestræbelserne på at forbedre det tværgående samspil været rettet mod det nære sundhedsvæsen og samspillet mellem almen praksis og kommunerne. Dette bl.a. i forbindelse med forebyggelse og behandling af kroniske livsstilssygdomme såsom type 2-diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom (herefter KOL). En systematisk litteraturgennemgang i afhandlingen viser imidlertid, at der både i en dansk og international sammenhæng savnes forskningsmæssig viden om det tværgående samspil mellem aktører i almen praksis og kommune i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Især savnes forskning, der med et organisationssociologisk blik og ud fra et aktørperspektiv undersøger de meningsskabende processer, der ligger til grund for samspillet. På den baggrund udforsker nærværende ph.d. afhandling, hvordan sundhedsprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen oplever og skaber mening om det tværgående samspil i forhold til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes. Det sker med udgangspunkt i et eksplorativt feltstudie inspireret af organisatorisk etnografi i Holstebro Kommune. De to kroniske sygdomme, KOL og type 2-diabetes, er valgt som udgangspunkt for undersøgelsen af aktørernes meningsskabelse om det tværgående samspil, fordi der både i en dansk og i en international kontekst kun er få forskningsmæssige studier af samspillet – og da ikke i en meningsskabende kontekst – og fordi de to sygdomme samtidig vurderes at komme til at udgøre betydelige udfordringer for fremtidens nære sundhedsvæsen (KL, 2012). Afhandlingens overordnede problemstilling er:

Hvordan skaber fagprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med kronisk sygdom?

De professionelle aktører er kommunale hjemmesygeplejersker, kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter, praktiserende læger og praksissygeplejersker. Det er alle mennesker, der i det daglige arbejder med pleje, behandling eller forebyggelse af mennesker, der har eller er i risiko for at udvikle kronisk sygdom, og hvor deres arbejde i mere eller mindre grad er samordnet på tværs af deres organisatoriske forankring i henholdsvis almen praksis og kommune.

Afhandlingens problemstilling adresseres gennem undersøgelse af to mere konkrete forskningsspørgsmål:

1. Hvordan skaber de fagprofessionelle aktører mening med de tværgående opgaver relateret til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes? Og hvilke meningsdannelser træder frem?

2. Hvilke muligheder og udfordringer er der i forhold til at styrke det tværgående samspil mellem de sundhedsprofessionelle aktører i almen praksis og kommune ud fra et meningsskabende perspektiv?

Til at belyse de to forskningsspørgsmål samt afhandlingens mere overordnede problemstilling inddrages Karl E. Weicks forståelse af syv særlige karakteristika for meningsskabelse i organisationer samt Rom Harré og Bronwy Davies' positioneringsteori (Weick, 1995; Davies & Harré, 1999; Weick et al., 2005, Davies & Harré, 1999). Endvidere inddrages en række kvalitative metoder, der giver mulighed for at undersøge aktørernes meningskonstruktioner og de meningsskabende processer. Afhandlingen trækker nærmere bestemt på deltagerobservation og kvalitative interviews for såvel grupper som enkeltindivider. Målet er at udfolde den mangfoldighed af stemmer og fortællinger, som er til stede i det tværgående samspil, når man zoomer helt ind på den enkelte aktør på udførende niveau og dennes forsøg på at skabe mening med samspillet. Håbet er, at afhandlingen, ved at give plads til disse stemmer og fortællinger i et meningsskabende perspektiv, kan give læseren et nuanceret indblik i – og måske et nyt blik på – det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen.

Afhandlingens analyser er opdelt i tre overordnede dele (kapitler). Første del omhandler, hvordan aktørerne positionerer sig i forhold til borgerne/patienterne. Det sker i form af en indledende deskriptiv analyse, der skal give et dybere indblik i aktørernes hverdag og i konteksten for aktørernes meningsskabelse. Anden del udforsker på baggrund af det meningsskabende perspektiv og fire empiriske nedslag, hvordan aktørerne skaber mening med opgaver i det tværgående samspil. Det sker gennem undersøgelse af, hvilke "ledetråde" og "forståelsesrammer" aktørerne trækker på, når de søger at skabe mening med samspillet (Weick, 1995). Tredje del undersøger muligheder for at understøtte aktørernes meningsskabende processer gennem analyse af et empirisk nedslag og via genbesøg til Weicks meningsskabende perspektiv og tidligere analyser i afhandlingen.

Overordnet viser afhandlingen, hvordan hverdagens organisering af det tværgående samspil mellem fagprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen i høj grad formes gennem – og er resultat af – de meningsskabende processer, som aktørerne engagerer sig i, når der sker både små og store ændringer af den måde, samspillet fungerer på. Disse processer er komplicerede, og forandringer tager ofte lang tid, fordi de involverer justeringer eller ændringer af komplekse sammenvævninger af forestillinger, rutiner og værdier, der er tæt forbundet med den enkelte aktørs forståelse af egen fagprofessionelle og organisatoriske identitet, og den måde aktøren selv relaterer sig til såvel borgerne/patienterne som til andre aktører i sam-

spillet. Når disse forestillinger, rutiner m.m. forstyrres eller trues, vækker det ofte følelser af vrede, frustration og usikkerhed, som gør det svært for aktørerne at skabe ny mening.

Endvidere viser afhandlingen, at de fagprofessionelle aktørers etablerede meningsskabelser er relativt stabile og vanskelige at ændre på. Det beror på, at ændringer af tiltag eller implementering af nye tiltag sker ind i komplicerede og mangefacetterede relationelle sammenhænge og organiseringer, hvor fortællinger, rutiner og følelser spiller en mindst lige så vægtig rolle som logiske ræsonnementer. Det er derfor vigtigt at have øje for de forskellige forestillinger og meningsskabende processer, der er i spil, når fagprofessionelle aktører i det daglige søger at koordinere deres handlinger i tværgående organiseringer, ligesom det er vigtigt at søge at understøtte de meningsskabende processer, når der sker ændringer i disse organiseringer.

Væsentligt er også, at afhandlingen er med til at demonstrere, at den overordnede strukturelle organisering af det nære sundhedsvæsen og især af almen praksis kan være en udfordring i forhold til at få aktørerne i det tværgående samspil engageret i (fælles) meningsskabende processer. Strukturerne, som de meningsskabende processer sker ind i, betyder, at det i høj grad bliver op til de enkelte aktører at søge at skabe mening med samspillet og hermed også op til den enkelte at tage ansvaret på sig i forhold til at søge at tale og handle en mening frem, som bidrager til gensidigt koordinerede handlinger i samspillet.

Afhandlingen er imidlertid også med til at pege på muligheder for, at man ud fra et meningsskabende perspektiv kan styrke det tværgående samspil mellem de sundhedsprofessionelle aktører. Det sker bl.a. gennem møder, gennem brug af strukturelle redskaber såsom forløbsprogrammer og gennem handling på baggrund af forhandlede løsninger. Nye muligheder for samspillet kan også åbne sig, hvis aktørerne er undersøgende og åbne for eksempelvis at inkorporere nye perspektiver på gamle fortællinger, eller hvis man søger at udfordre egne antagelser om eksempelvis borgerne/patienterne eller om andre parter i det tværgående samspil. Endvidere pointeres, at meningsskabelsens retrospektive karakter betyder, at man har mulighed for at give (ny) mening til en begivenhed (såsom en opgaveændring eller en forhenværende konflikt) ved at undersøge, hvad det er for erfaringer, identitetsforestillinger og andre forståelsesrammer, begivenheden får mening i lyset af og ved eventuelt at bibringe muligheder for kobling til andre erfaringer og forståelsesrammer. Det fremføres videre, at netop fordi fortællinger om eksempelvis konflikter eller andre mere problematiske hændelser i samspillet hurtigt antager anekdotisk karakter, så er det værd at bruge tid og kræfter på at mødes og sammen prøve at skabe fælles mening om hændelserne, og hvordan man eventuelt sammen fandt en løsning på problemerne. Endelig er afhandlingen også med til at pege på, at det er vigtigt at have øje for, hvordan organiseringer af det tværgående samspil i form af eksempelvis bestemte kommunikationsmåder eller bestemte formelle møder m.m. er

med til at fokusere aktørernes opmærksomhed på bestemte ledetråde for koordineret handling, mens andre mistes af syne.

Afhandlingen bidrager til den begrænsede litteratur om det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Gennem empiriske beskrivelser og analyser ved hjælp af positioneringsbegrebet og det meningsskabende perspektiv giver afhandlingen et dybdegående empirisk indblik i de relationelle og sociale processer, der er med til at forme den daglige organisering mellem aktører på udførende niveau i det nære sundhedsvæsens tværgående samspil. Foruden afhandlingens empiriske bidrag bidrager afhandlingen også til studierne af meningsskabelse i organisationer. Det sker ved at anvende det meningsskabende perspektiv i en ny organisatorisk kontekst, nemlig i forhold til den tværgående organisering mellem aktører på udførende niveau i det nære sundhedsvæsen. Afhandlingen bidrager her ved i en konkret empirisk og forholdsvis kompleks organiseringssammenhæng at diskutere muligheder for at understøtte de sundhedsprofessionelle aktører i at tale og handle nogle organiseringer frem, der er meningsfulde for aktørerne i begge dele af det tværgående samspil.

TAKSIGELSER

Tak til Holstebro Kommune og særligt Ellen Greve og Anders Kjærulff fordi I tog initiativ til at indgå i et forskningssamarbejde om et ph.d. stipendiat. Tak for jeres støtte og forståelse for, at ting nogle gange tager tid.

Tak til min vejleder Rasmus Antoft og bivejleder Mette Vinther Larsen for indsigtsfuld vejledning, inspiration og uvurderlig støtte og opmuntring, når rejsen nogle gang var hård eller tog en uventet drejning.

Tak til styregruppen for projektet "Lev livet uden diabetes" bestående af Ellen Greve, Finn Breinholt, Helle Terkildsen Maindal, Lars Dudal Madsen, Jens Bejer Damgaard og Kristine Lindeneg Drejø for at se muligheder for dette ph.d. projekt og for at komme med gode og konstruktive ideer til dets gennemførelse.

Tak til Lars Dudal Madsen og Lotte Jakobsen for hjælp med at informere om studiet til de praktiserende læger i Holstebro Kommune og med at rekruttere praktiserende læger til studiet.

Tak til Folkesundhed i Midten samt Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland for økonomisk støtte af ph.d. projektet. Der skal også lyde tak til CFK Forskning, Region Midtjylland for i regi af en ph.d. 'rugekasse' at hjælpe med at give feedback til en ph.d. ansøgning.

Tak til Janne Seemann og Center for Organization Management and Administration ved Aalborg Universitets Institut for Sociologi og Socialt Arbejde og Institut for Statskundskab for at vise vej ind i forskningens verden.

Tak til venner og ph.d. kolleger der undervejs har inspireret, læst og kommenteret på afhandlingen. Især tak til Sidse Laugesen, Kasper Trolle Elmholdt, Jannie Kristine Bang Christensen og Anne Døssing.

Tak til Marianne Morell og Anne Brauner Mikkelsen fra Institut for Sociologi og Socialt Arbejde for altid at hjælpe med det praktiske – dog tak til min tidligere kollega fra FOA Randers, Birthe Andersen, for læse korrektur.

Tak til medarbejdere i Holstebro Kommune og ansatte i almen praksis i Holstebro Kommune fordi I gav mig lov til at få et indblik i jeres arbejde – uden jer var denne afhandling ikke mulig.

Sidst men ikke mindst – tak til Henrik, Esben og resten af min familie fordi I er, og fordi I på hver jeres måde har støttet tilblivelsen af denne afhandling.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Kapitel 1. Indføring i studiet **21**

1.1. Indledning 21
1.2. Afhandlingens problemstilling og forskningsspørgsmål 23
1.3. Afhandlingens empiriske problemfelt – om samspillet mellem almen praksis og kommunerne efter strukturreformen 26
1.3.1. Det nære sundhedsvæsen på dagsordenen 27
1.3.2. Nye supersygehuse og et øget pres på det nære sundhedsvæsen 28
1.3.3. Skærpet fokus på sammenhængende patientforløb 29
1.3.4. Den lidt oversete to-kant i sundhedsvæsenet 31
1.3.5. Kronikerne kommer – afhandlingens empiriske afsæt 33
1.3.6. Afhandlingens empiriske afsæt i KOL og type 2-diabetes 34
1.4. Den forskningsmæssige viden om samspillet mellem almen praksis og kommune 35
1.4.1. Begreber til at beskrive det tværgående samspil i organisationslitteraturen 36
1.4.2. Danske undersøgelser af samspillet mellem almen praksis og kommune 38
1.4.3. Udenlandske undersøgelser af samspillet mellem almen praksis og kommune 41
1.4.4. Sammenfattende om den danske og internationale litteratur omkring samspillet mellem almen praksis og kommune 47
1.5. Afhandlingens forskningsmæssige bidrag 48

Kapitel 2. Præsentation af felten og dens kontekst **52**

2.1. Holstebro Kommune 52
2.2. Almen praksis i Holstebro Kommune 53
2.3. Lægekonflikten i 2013 54
2.4. Organiseringen af samarbejdet mellem almen praksis og kommunen 55

Kapitel 3. Teoretiske perspektiver **57**

3.1. Meningsskabelse i organisationer 58
3.1.1. Fokus på organisering og proces 60
3.1.2. Meningsskabelsens syv karakteristika 62
3.1.3. Meningsskabelsens substans 70
3.1.4. Anledninger til meningsskabelse 76
3.1.5. Begræsninger ved det meningsskabende perspektiv 79

3.2. Institutionaliserede roller og subjektpositioneringer 83
3.2.1. Institutionaliserede roller i Weicks perspektiv 83
3.2.2. Positioneringer hos Davies og Harré 84
3.2.3. Opsummerende om positioneringsbegrebet..... 86
3.3. Afrunding..... 87
Kapitel 4. Forskningsprocessen 90
4.1. Indledning 90
4.2. Min forskningsrejse 91
4.2.1. Rejsens begyndelse 91
4.2.2. Rejsen skifter retning 92
4.2.3. Ved rejsens afslutning..... 94
4.3. Videnskabsteoretisk positionering af studiet 95
4.4. Den abduktive slutningsform..... 96
4.5. Sandheds- og kvalitetskriterier 98
4.6. Feltet og feltmaterialets tilbliven 100
4.6.1. Forhandlinger af adgang til felten..... 102
4.6.2. Feltobservationer 107
4.6.3. Interview 110
4.6.4. Positioneringer i felten – refleksion over feltrelationerne og forskerens nærhed og distance til felten og feltet..... 116
4.6.5. Andre refleksioner over tilgangen til felten..... 124
4.7. Analysesprocessen 126
4.7.1. Feltnoter og transskription af interviewene 126
4.7.2. Kodning af feltmaterialet og analyseprocessen 127
4.7.3. Afrunding..... 129
Kapitel 5. Meningsskabelsens kontekst – aktørernes positioneringer 130
5.1. Praktiserende lægers positioneringer 132
5.1.1. Positionering som tovholder for patienten..... 132
5.1.2. Positionering som behandler og lægefaglig ekspert 136
5.1.3. Positionering som vejleder og støtte for patienten..... 141
5.2. Praksissygeplejerskernes positioneringer 145
5.2.1. Positionering som klinisk sygeplejer 146
5.2.2. Positionering som vejleder og støtte..... 148
5.2.3. Positionering som støtte- og omsorgsperson 152
5.3. Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenternes positioneringer..... 156

5.3.1. Positionering som vejleder og rådgiver 156

5.3.2. Positionering som underviser 161

5.3.3. Positionering i forhold til tidlig opsporing 162

5.4. Sygeplejersker i Hjemmeplejens positioneringer 164
5.4.1. Positionering som klinisk sygeplejer for borgerne 164

5.4.2. Positionering som vejleder og støtte 169

5.5. Afrunding 177
Kapitel 6. Meningsskabelsens kontekst – udforskning af den tværgående opgave 185

6.1. Typificering af patientgruppen og ledetråde for koordineret handling i forhold til kommunens Sundhedscenter 186
6.1.1. Typificeringer af patientgrupperne: Diabetespatienterne har man styr på – KOL-patienterne er svære at holde hånd i hanke med..... 188

6.1.2. Ledetråd for koordineret handling: Når det tværgående samspil giver patienten noget, man ikke selv formår at give 190

6.1.3. Ledetråd for koordineret handling: De svage patienter der ikke passer i kasser 193

6.1.4. Når den tværgående opgave ikke bemærkes..... 202

6.1.5. Opsamling 207

6.2. Når der er usikkerhed omkring den tværgående opgave 208
6.2.1. Når den tværgående organisering ændrer sig og skaber usikkerhed omkring opgaven 208

6.2.2. Når opgaven som ledetråd forbindes med en usikker professionsideologisk ramme 212

6.2.3. Når diagnosekriterierne ændrer karakter 216

6.2.4. Opsamling 220

6.3. Strukturelle redskaber som udgangspunkt for meningsskabelse om opgaven 222
6.3.1. Forløbsprogrammerne som referenceramme for meningsskabelse om opgaven 222

6.3.2. Forløbsprogrammerne skaber fokus og mindsker usikkerhed 223

6.3.3. Når forløbsprogrammerne begrænser muligheden for at skabe ny mening om opgaven 225

6.3.4. Brud på det forventede – når forløbsprogrammerne skaber frustration over manglende rekruttering 228

6.3.5. Begyndende åbenhed mod nye ledetråde for koordineret handlen..... 233

6.3.6. Opsamling 235

6.4. Divergende meningsskabelser om opgaven – polyfone fortællinger om dosisdispenseret medicin 236

6.4.1. Dosisdispenseret medicin som en mulighed for at prioritere vigtigere og mere spændende opgaver i arbejdet 237

6.4.2. Dosisdispenseret medicin som mulighed for at komme af med ”dirty work” 243

6.4.3. Dosisdispenseret medicin som trussel mod patienternes kontakt med hjemmesygeplejerskerne 245

6.4.4. Dosisdispenseret medicin som besværligt ekstra arbejde 247

6.4.5. Dosisdispenseret medicin og den lokale fortælling om sygeplejerskernes autonomi før strukturreformen 250

6.4.6. Opsamling 253

6.5. Afrunding 255

Kapitel 7. Meningsskabelsens kontekst – muligheder for opdateringer og fornyelse 260

7.1. Støttestrømpehistorien og forstyrrelse af handleteorier 261

7.1.1. Forstyrrelse af handleteorier på organisatorisk niveau – en praktiserende læges fortælling 262

7.1.2. Støttestrømpehistorien som repræsentativ anekdote 263

7.1.3. En gryende ny meningsskabelse om støttestrømpe-polemikken? 265

7.1.4. Opretholdelse af handleteori for den fagprofessionelle relation – En sygeplejerskes konstruktion af støttestrømpehistorien 268

7.1.5. Opsamling 272

7.2. Gensyn med teorien og feltmaterialet 274

7.2.1. Opmærksomhed på identitetskonstruktioner, subjektpositioneringer og fortællinger 275

7.2.2. Opmærksomhedens rettethed og gode historikere 276

7.2.3. Skabelse af samspillets organiseringer 279

7.2.4. Understøttelse af fælles meningsskabende processer 280

7.2.5. Meningsskabende processer tager tid 285

7.2.6. Opmærksomhed på muligheder for ledetråde for koordineret handling 288

7.2.7. Fokuser på at skabe fælles (plausbile) fortællinger om samspillet 291

7.3. Afrunding 293

Kapitel 8. Konklusion 295

8.1. Besvarelse af forskningsspørgsmålene 295

8.2. Sammenfattende konklusion 302
8.3. Om afhandlingens bidrag 303
Litteratur 306
Appendix 332

OVERSIGT OVER FIGURER

Figur 1. Fire integrationsformer med forskellige grader af vertikal og horisontal integrering.

Figur 2. Sammenhængen mellem ledetråde, typificeringer og positioneringer.

Figur 3. Skematisk oversigt over litteratursøgningsprocessen.

OVERSIGT OVER SKEMAER

Skema 1. Oversigt over det tidsmæssige forløb for feltmaterialets tilblivelse.

Skema 2. Oversigt over afhandlingens fokusgruppeinterviews.

Skema 3. Oversigt over afhandlingens individuelle interviews.

KAPITEL 1. INDFØRING I STUDIET

1.1. INDLEDNING

> "Collaboration needs to be understood not only as a professional endeavor, but also as a human process. Professionals will not collaborate if the effort is only based on the notion that it will be good for clients." (D'Amour et al., 2005, s. 128).

Under feltarbejdet til nærværende afhandling afholdte jeg en fokusgruppe med praktiserende læger fra Holstebro Kommune. Under interviewet diskuterede gruppen på et tidspunkt et kommunalt forebyggelsestilbud til mennesker med risiko for at udvikle type 2-diabetes (også betegnet prædiabetes). Der var blandt lægerne meget forskellige meninger om, hvorvidt man burde benytte tilbuddet. Én læge nævnte tilbuddet som et eksempel på et vellykket samarbejde med kommunen og fokuserede især på det kommunale tilbuds tilgængelighed, kvalitet og patienternes tilfredshed. To læger fokuserede på kategoriseringen prædiabetes og ytrede bekymringer i forhold til, om man gav patienterne "en diagnose, der ikke en gang eksisterer". Dette koblede en anden læge med en bekendt "på samme alder som mig, som er kommet forfærdet tilbage fra sin læge og har fået at vide, at nu har jeg fået prædiabetes […]. Det har simpelthen omkalfatret hans liv fuldstændigt". Lægen pegede videre på, at diagnosen kan have stor betydning for patienterne trods det, at man ikke ved, om de forhøjede blodsukkerværdier reelt betyder noget. Der blev også omtalt en nylig diagnostisk ændring i kriterierne for diabetes og en ændring i forhold til, hvorvidt 'prædiabetes' dækker en egentlig diagnostisk kategorisering. Den førstnævnte læge begrundede i forlængelse heraf sin position med henvisning til indflydelse fra sin medkompagnon og dennes særlige fagekspertise inden for diabetes. Endvidere refererede lægen til store videnskabelige undersøgelser, der viser, "at dem vi overhovedet kan hjælpe, det er før, de får deres diabetes". Lægen opstillede således indirekte et normativt skisma og en handlehorisont i forhold til hvilke patienter, det giver mening at henvise til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. En fjerde læge indtog en art pragmatisk position i midten, idet vedkommende på den ene side erklærede sig enig i, at "falsk positive" er "en grim ting". På den anden side er de råd og den forebyggelsesindsats, der er til patienter med prædiabetes, sammensat af elementer, som, lægen vurderede, er gavnlige for alle mennesker. I forlængelse heraf var lægens afvejende vurdering, at vedkommende måske lige præcis med prædiabetes "ikke [ville] være SÅ ked af, at man måske fik skræmt en enkelt".

Episoden viser, hvordan en gruppe fagprofessionelle aktører med samme professionsmæssige baggrund (læger med speciale i almen medicin), samme geografiske

placering (i en bestemt kommune) og samme type af organisatorisk forankring (i en privat praksis) kan have vidt forskellige meninger om – og begrundelser for – hvorfor man enten undlader eller vælger at sende patienter med let forhøjede blodsukkerværdier på et kommunalt prædiabeteskursus. Endvidere illustrerer episoden de mange værdier, holdninger, handlehorisonter, fortællinger, interpersonelle relationer og kontekstuelle forhold, som både indirekte og direkte mødes og brydes, når en gruppe af praktiserende læger fortæller om deres oplevelser omkring deres samspil med kommunen og sammen søger at skabe mening herom. Sekvensen lader ikke læseren tilbage med et entydigt billede af, hvilke udfordringer de kommunale aktører står over for, når de oplever, at det kan være svært at rekruttere deltagere til deres kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Sekvensen antyder tværtimod kompleksiteten og de mange divergerende meningsskabelser, som er forbundet med det tværgående samspil.

Episoden er interessant set i lyset af, at der i det danske sundhedsvæsen igennem mange år har været fokus på at skabe sømløse overgange og sammenhængende forløb for patienter på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis (Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2012; Lyngsø et al., 2016; Seemann & Gustafsson, 2017. Som led heri har man søgt at forbedre det tværgående samspil mellem de (fag)professionelle aktører i de forskellige sektorer ved bl.a. at fokusere på klare aftaler, effektive kommunikationsmuligheder og gensidigt kendskab (Strandberg-Larsen et al., 2007; Wadmann et al., 2009; Rudkjøbing et al., 2014; Lyngsø et al, 2016). I det seneste årti har en betydelig del af bestræbelserne på at forbedre det tværgående samspil været rettet mod almen praksis og kommunerne i forbindelse med forebyggelse og behandling af kroniske livsstilssygdomme såsom type 2-diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom (herefter KOL). Erfaringerne har imidlertid været, at det kan være svært at etablere nye relationer og ændre på allerede etablerede relationer i samspillet (Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Petersen, 2016; Christensen, 2017). Dette skyldes bl.a., som D'Amour et al. skriver i det indledende citat, at det tværgående samspil ikke kun handler om, hvad der er godt for borgerne og patienterne, det handler i høj grad også om menneskelige processer i forhold til de mennesker, der skal få samspillet til at fungere.

Nærværende ph.d. afhandling omhandler, hvordan fagprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen oplever og skaber mening om det tværgående samspil i forhold til mennesker med –eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes. Afhandlingen sætter med udgangspunkt i Karl E. Weicks forståelse af meningsskabelse i organisationer fokus på, hvordan fagprofessionelle aktørers meningsskabelse omkring det tværgående samspil handler om at forstå og begrunde deres plads i egen organisation og i den tværgående organisering (Weick, 1995; Weick et al., 2005). Vigtige delelementer af denne forståelse er aktørernes forståelse af deres egen organisatoriske og eventuelt fagprofessionelle identitet samt deres forståelse af deres relationer til andre aktører i organisationen og til borgerne/patienterne. Alle disse relationer og måden, hvorpå de forstås og tilskrives mening, er dynamisk koblet med

aktørernes forståelse af det tværgående samspil. Det er ind i disse dynamiske og komplekse organisatoriske sammenhænge, at både små konkrete forandringer og større forandringer såsom reformer og nye samordningstiltag bliver bragt i spil. Mindre forandringer som et kommunalt prædiabetesprojekt og større forandringer som implementering af et forløbsprogram eller endog strukturreformen tolkes og tilskrives et væld af forskellige meninger af aktørerne. De mange meningsskabelser afhænger af, hvordan den enkelte aktør i interaktion med andre organisatoriske og fagprofessionelle aktører forstår disse nye tiltag og relationer, samt hvordan de kobler dem med allerede etablerede organisatoriske relationer og forståelses-horisonter (Seemann, 1999). Nye tværgående tiltag og relationer tilskrives med andre ord forskellige meninger og betydninger, når de først introduceres. Disse betydninger og meninger ændres og tilpasses løbende i forbindelse med, at aktørerne på forskellig vis forholder sig til – og arbejder med – tiltagene og relationerne, idet de lader sig påvirke af egne og andres handlinger. Der er i den forbindelse sjældent tale om radikale forandringer, men derimod om inkrementelle udviklinger af de tværgående relationer og af den tværgående organisering.

De to kroniske sygdomme, KOL og type 2-diabetes, er valgt som udgangspunkt for undersøgelsen af aktørernes meningsskabelse om det tværgående samspil, fordi der både i en dansk og i en international kontekst kun er få forskningsmæssige studier af samspillet – og da ikke i en meningsskabende kontekst – og fordi de to sygdomme samtidig vurderes at komme til at udgøre betydelige udfordringer for fremtidens nære sundhedsvæsen (KL, 2012).

I de følgende afsnit præsenteres afhandlingens problemstilling og forskningsspørgsmål. Herefter situeres afhandlingen empirisk og forskningsmæssigt, idet jeg først redegør for afhandlingens empiriske problemfelt. Herefter redegør jeg for den forskningsmæssige viden på området, og jeg argumenterer for, at afhandlingens forskningsmæssige bidrag først og fremmest er at tilføre ny empirisk viden om det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Endvidere argumenterer jeg for, at afhandlingen bidrager med ny viden i forhold til studierne af meningsskabelse i organisationer ved at anvende det meningsskabende perspektiv i en ny organisatorisk kontekst.

1.2. AFHANDLINGENS PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Denne afhandling undersøger det tværgående samspil og den tværgående organisering i det nære sundhedsvæsen ud fra et meningsskabende og relationelt perspektiv (Weick, 1995; Weick et al. 2005). Det processuelle og relationelle blik, som det meningsskabende perspektiv kan bidrage med i forhold til det tværgående samspil i sundhedsvæsenet, kan hjælpe til at give en dybere forståelse af de

processer, der er i spil, når fagprofessionelle aktører fra forskellige organisationer og i komplekse organiseringer i det daglige skal samarbejde. Ved at bringe de polyfone meningsskabelser i form af de forskellige aktørers stemmer og historier frem, er målet med afhandlingen at illustrere og nuancere kompleksiteten af de problemstillinger, som bl.a. ledere og politikere, men også aktører på udførende niveau, dagligt står over for i forsøget på at skabe et sammenhængende nært sundhedsvæsen.

Den overordnede problemstilling for afhandlingen er:

Hvordan skaber fagprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med kronisk sygdom?

De professionelle aktører er kommunale hjemmesygeplejersker, kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter, praktiserende læger og praksissygeplejersker. Det er alle mennesker, der i det daglige arbejder med pleje, behandling eller forebyggelse af mennesker, der har eller er i risiko for at udvikle kronisk sygdom, og hvor deres arbejde i mere eller mindre grad er samordnet på tværs af deres organisatoriske forankring i henholdsvis almen praksis og kommune. Analyseenheden er altså aktører i almen praksis og kommune og ikke de enkelte organisationer eller relationen mellem organisationerne. Der er dog en grundlæggende forståelse af, at aktørernes organisatoriske forankring såvel som deres professionsmæssige baggrund har betydning for deres meningsskabelse (Weick, 1995).

Afhandlingens problemstilling adresseres gennem undersøgelse af to mere konkrete forskningsspørgsmål:

1. Hvordan skaber de fagprofessionelle aktører mening med de tværgående opgaver relateret til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes? Og hvilke meningsdannelser træder frem?

2. Hvilke muligheder og udfordringer er der i forhold til at styrke det tværgående samspil mellem de fagprofessionelle aktører i almen praksis og kommune ud fra et meningsskabende perspektiv?

Til at belyse de to forskningsspørgsmål samt afhandlingens mere overordnede problemstilling inddrages foruden det meningsskabende perspektiv også Rom Harré og Bronwy Davies' positioneringsbegreb i en indledende deskriptiv analyse af, hvordan feltstudiets aktører beskriver deres arbejdsmæssige relation til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes (Davies & Harré, 1990). Det sker ligeledes med baggrund i en teoretisk forståelse af, at organisatoriske aktørers meningsskabelse er refleksivt forbundet med deres måde at forstå sig selv og deres omverden på, herunder deres arbejdsmæssige relation i forhold til de borgere og patienter, som samspillet handler om (Weick, 1995; Weick et al., 2005).

For at kunne besvare afhandlingens problemstilling og de to forskningsspørgsmål er afhandlingen bygget op på følgende vis: I det resterende af afhandlingens første kapitel introduceres læseren til det empiriske problemfelt vedrørende samspillet mellem almen praksis og kommune samt afhandlingens mere specifikke empiriske afsæt i det tværgående samspil omkring mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes. Herefter præsenteres den forskningsmæssige viden om samspillet mellem almen praksis og kommune. Det sker for det første igennem en indledende afklaring af begreber til at beskrive det tværgående samspil. For det andet igennem en litteraturgennemgang af danske og internationale studier inden for afhandlingens empiriske problemfelt. Sidstnævnte sker med henblik på at begrunde afhandlingens empiriske relevans i en dansk og international forskningsmæssig kontekst. Herefter følger i afhandlingens andet kapitel en kort præsentation af felten og dens kontekst. I afhandlingens tredje kapitel præsenteres den teoretiske baggrundsforståelse af meningsskabelse og positionering samt de øvrige begrebsanvendelser i afhandlingen. Til at belyse afhandlingens undersøgelsesområde inddrages en række kvalitative metoder, der giver mulighed for at undersøge de meningskonstruktioner og meningsskabende processer, hvormed aktørerne skaber deres sociale verdener (Järvinen & Mik-Meyer, 2005a). Afhandlingen trækker nærmere bestemt på deltagerobservation og kvalitative interviews for såvel grupper som enkeltindivider. De metodologiske overvejelser og præsentationen af de valgte metoder samt den analytiske tilgang til feltet præsenteres i afhandlingens fjerde kapitel. Herefter følger analyserne. Kapitel fem omhandler, hvordan aktørerne positionerer sig i forhold til borgerne/patienterne. Det sker som tidligere nævnt i form af en indledende deskriptiv analyse, der skal give et dybere indblik i aktørernes hverdag og i konteksten for aktørernes meningsskabelse. I kapitel seks udforskes på baggrund af det meningsskabende perspektiv, hvordan aktørerne skaber mening med opgaver i det tværgående samspil. Det sker gennem undersøgelse af, hvilke "ledetråde" og "forståelsesrammer" aktørerne trækker på, når de søger at skabe mening med samspillet (Weick, 1995, s. 109). I kapitel syv undersøges muligheder for at understøtte aktørernes meningsskabende processer. Det sker på baggrund af en empirisk analyse og via genbesøg til Weicks meningsskabende perspektiv og tidligere analyser i afhandlingen. I afhandlingens sidste kapitel præsenteres konklusionen, og afhandlingens forskningsmæssige bidrag diskuteres.

Afhandlingen prætenderer ikke at resultere i forenklede handleanvisninger eller at skabe overblik over eksempelvis væsentlige barrierer for det tværgående samspil i sundhedsvæsenet. Det er et mikrofokus på det daglige tværgående samspil og dets organisering i et bestemt hjørne af sundhedsvæsenet. Ifølge Maitlis et al. er det særlige ved det meningsskabende perspektiv dets evne til at indfange "the lived experience of organizing" (Maitlis et al., 2013, s. 240). Det handler om at komme tæt på aktørernes erfaringer med det tværgående samspil og deres forsøg på at tilskrive det mening. Forhåbentlig kan det bidrage med en dybere forståelse af de processer, der er i spil, når sundhedsvæsenets aktører skal koordinere deres daglige arbejde på tværs af organisationer og professioner.

1.3. AFHANDLINGENS EMPIRISKE PROBLEMFELT – OM SAMSPILLET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNERNE EFTER STRUKTURREFORMEN

Afhandlingens empiriske afsæt i samspillet mellem almen praksis og kommune skal ses i lyset af de seneste års udfordringer på sundhedsområdet. En demografisk udvikling med flere pleje- og behandlingskrævende ældre og kronisk syge, fremtidig mangel på kvalificeret arbejdskraft i alle dele af sundhedsvæsenet og stigende sundhedsudgifter udgør en "en tikkende bombe under Danmarks finanspolitiske holdbarhed" og for den danske velfærdsmodel på sundhedsområdet (Andersen, 2011, s. 14; Olejaz et al., 2012). Problemstillingen er ikke kun dansk. En aldrende population og stigende prævalens af kroniske sygdomme med øgede sundhedsudgifter til følge udgør en udfordring i mange højindkomstlande (Bodenheimer et al., 2002; Bodenheimer, 2008; Nolte & McKee, 2008; World Health Organization, 2011; Valentijn, 2013). Det primære sundhedsvæsen[1] anses i denne sammenhæng for at være en vigtig hjørnesten i løsningen af udfordringerne for de forskellige sundhedssystemer (World Health Organization, 1978, 2008, Starfield & Shi, 2002; Bodenheimer, 2008; Valentijn, 2013). Det skyldes, at det primære sundhedsvæsen gennem åbenhed og nærhed sikrer bedre sundhed og mere lighed i sundhed end sundhedssystemer, der beror på specialiseret pleje og behandling (Starfield & Shi, 2002; Starfield et al., 2005; Valentijn, 2013). Også i en dansk kontekst anses udvikling af det nære sundhedsvæsen herunder almen praksis og kommune for at være en del af løsningen på udfordringerne (KL, 2012; Andersen, 2011). Det handler om at forebygge både udviklingen af sygdom, og at svage ældre eller syge borgere (gen)indlægges unødvendigt. Det skal ske gennem sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, genoptræning og rehabilitering og gennem muligheder for almen og specialiseret sygepleje i og nær borgernes hjem. En del af løsningen forventes også at findes i nye teknologiske muligheder og nye måder at arbejde sammen på i kommunerne og almen praksis (Andersen, 2011; KL, 2012).

Generelt fordrer de omtalte indsatser et styrket samspil mellem kommune og almen praksis og mellem aktørerne i dem. En sådan fordring må ses på baggrund af, at man de seneste tredive til fyrre år har haft fokus på at skabe "samordning i sundhedsvæsenet"[2], "sammenhængende forløb"[3] og sømfrie overgange, og at man i lige så mange år har peget på samordningsproblematikker, fragmentering, og at patienterne falder mellem stolene. Forskere i sundhedsvæsenets organisering taler

[1] Med primært sundhedsvæsen forstås: "[T]he first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to

[2] Se eksempelvis "Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 1044" (Indenrigsministeriet, 1985).

[3] Se eksempelvis regeringens udspil "Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013, s. 13).

ligefrem om ”problematikkens konstans” (Seemann, 2005) og om sundhedsvæsenets ”kroniske koordinationsbesvær” (Finn Borum citeret i Jørgensen, 2004, s. 32). Det danske sundhedsvæsen er således på lige fod med sundhedssystemerne i andre høj-indkomstlande udfordret af manglende integration af de forskellige sociale og sundhedsrelaterede ydelser forbundet med pleje og behandling af mennesker med bl.a. kronisk sygdom (Lyngsø et al., 2016). Årsagerne hertil er, at bestræbelser på at decentralisere, specialisere og professionalisere sundhedssystemerne har ført til stigende differentiering af roller, opgaver og ansvarsområder (Lyngsø et al., 2016). Problematisk er endvidere, at sundhedssystemerne primært er og har været fokuseret på behandling af sygdom og akut opståede symptomer frem for forebyggelse og den langvarige behandling og pleje af mennesker med kroniske sygdomme (Bodenheimer et al., 2002; Nolte & McKee, 2008; Olejaz et al., 2012). En konsekvens af den øgede differentiering og specialiseringen af sundhedssystemet er, at de sundhedsprofessionelle risikerer udelukkende at fokusere på egne opgaver og ressourcer i deres specifikke dele af systemet på bekostning af blikket for helheden. Dette resulterer i fragmentering af ydelserne med deraf følgende suboptimal pleje og behandling, dårligere kvalitet af ydelserne og øgede udgifter som følge af eventuelt dobbeltarbejde (Bodenheimer 2008; Kodner, 2009; Valentijn, 2013).

Afhandlingens empiriske relevans skal ses i lyset af de omtalte udfordringer i det danske sundhedsvæsen samt kravene om styrkelse og nytænkning af det tværgående samspil mellem aktørerne i almen praksis og kommune, som disse udfordringer afføder. Afhandlingen adresserer samtidig indirekte den tværgående samspilsproblematik, der har eksisteret i en dansk såvel som international kontekst gennem de seneste mange år.

For at give en forståelse af afhandlingens empiriske problemfelt og relevans, men også en kontekst for aktørernes arbejde, sættes der i det følgende fokus på nogle hovedtendenser i det seneste årtis udvikling af det nære sundhedsvæsen og samme periodes øgede fokus på forebyggelse, rehabilitering og behandling af mennesker med kronisk sygdom.

1.3.1. DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN PÅ DAGSORDENEN

Termen ”det nære sundhedsvæsen” er af nyere dato og skal forstås i sammenhæng med – og som en modsætning til – sygehusvæsenet. Den kom for alvor på dagsordenen i forbindelse med KL’s strategiudspil fra 2012 med titlen: ”Det nære Sundhedsvæsen”. Her hedder det:

> ”Med flere ældre og flere med kroniske sygdomme vil der i stigende omfang være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. For det giver ikke mening at indlægge og behandle alle på specialiserede og

> ofte fjerntliggende sygehuse. Borgerne skal i videst muligt omfang behandles i deres nærområde af kommunerne og almen praksis – i det nære sundhedsvæsen." (KL, 2012, s. 3).

Med det nære sundhedsvæsen forstås den del af sundhedsvæsenets forebyggelses-, rehabiliterings- og behandlingstilbud, der foregår i borgernes nærmiljø, og som er tæt forbundet med borgernes hverdagsliv. Det vil sige de sundheds- og behandlingstilbud, som primært kommunerne og de praktiserende læger tilbyder, men også behandlingstilbud som eksempelvis telemedicin, der foregår i borgernes eget hjem, henregnes til det nære sundhedsvæsen. Forskydningen fra tidligere at tale om et primært og sekundært sundhedsvæsen til at tale om et sundhedsvæsen, der er delt i et nært sundhedsvæsen og et (fjernere) sygehusvæsen er udtryk for, at kommunernes rolle på sundhedsområdet har ændret sig markant efter strukturreformen i 2007. Med strukturreformen fik kommunerne en ny og mere central rolle i sundhedsvæsenet, som de med lanceringen af den strategiske term "det nære sundhedsvæsen" i 2012 markerede, at de i endnu videre udstrækning end hidtil er klar til at tage på sig. Det er dog under forudsætning af, at der er sammenhæng mellem opgaverne og deres finansiering (Ibid.).

1.3.2. NYE SUPERSYGEHUSE OG ET ØGET PRES PÅ DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Kommunernes nye mere centrale rolle i sundhedsvæsenet er yderligere blevet aktualiseret af en ny sygehusstruktur, der betyder lukning af en række mindre lokale sygehuse til fordel for færre mere specialiserede supersygehuse.[4] Centraliseringen af sygehusene samt generelt øget specialisering og nye teknologiske behandlingsmuligheder resulterer i flere ambulante behandlingsmuligheder og kortere liggetider på sygehusene. Til gengæld rykker en del af behandlings- og plejeopgaverne over i kommunerne.

Afhandlingens emneområde og dets relevans skal netop ses i lyset af, at det nære sundhedsvæsen i disse år undergår store forandringer. Forandringerne betyder, at almen praksis og kommunerne, som det borgernære sundhedsvæsens to hovedparter, står over for øgede krav om koordination, samarbejde og nye måder at organisere arbejdet på (Wadmann et al., 2009; KL, 2012). Det sker som følge af de ovenfor omtalte strukturelle forandringer i sundhedsvæsenet og en demografisk udvikling med flere ældre og flere personer med kroniske sygdomme. I takt med at flere og mere komplekse opgaver flytter fra sygehusene over i kommunerne, og flere

[4] Regeringen og Danske Regioner blev enige om en aftale vedr. strukturændringer i sygehusvæsenet i forbindelse med aftalen om regionernes økonomi for 2008 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010).

mennesker oplever et længerevarende behov for behandling, pleje, rehabilitering og sundhedstilbud, bliver snitfladerne mellem kommunerne og almen praksis større (KL, 2010, 2012). Kravet om øget koordination og om nye tætte samarbejdsformer parterne imellem angår både dele af det tværgående samspil, som har eksisteret i mange år som eksempelvis samspillet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen, og dele der er af nyere dato som de kommunale sundhedscentre. Der er behov for mere viden om begge dele. For det første fordi der ikke eksisterer meget viden om de dele af samspillet, der er nyt. For det andet fordi de dele af samspillet, der har eksisteret i mange år, løbende ændrer sig som følge af ændrede omverdensvilkår i form af bl.a. hurtigere udskrivelser, nye typer af plejepersonale, ændrede patient-/pårørendeforventninger, omstruktureringer osv.

1.3.3. SKÆRPET FOKUS PÅ SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB

Det øgede behov for det tværgående samspil afspejler sig i de seneste års skærpede fokus på sammenhængende patientforløb for bl.a. borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2005, 2008). Et sådant fokus er del af en international trend, hvor man via forskellige initiativer søger at skabe mere sammenhæng i patient-forløbene for at kompensere for den øgede fragmentering af sundheds-systemerne (Williams & Sullivan, 2009). Dette afspejler sig i, at begreber såsom ”collaborative care”, ”coordinated care”, ”managed care”, ”disease management”, ”case management”, ”patient-centred care”, ”chronic (illness) care”, ”continuity of care” og ”integrated care” er blevet allestedsnærværende ”buzzwords” i snart enhver tænkelig sundhedssammenhæng (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Nolte & McKee, 2008). I Danmark har man bl.a. gennem Sundhedsaftalerne og ved hjælp af puljemidler fra daværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse igangsat flere tiltag med det formål at understøtte udviklingen og implementeringen af forløbs-programmer for KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom og herunder også styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne.[5] Et forløbsprogram har til formål at beskrive ”den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter” (Sundhedsstyrelsen, 2008). Senest har Sundhedsstyrelsen endvidere ud-

[5] I forbindelse med strukturreformen blev der i hver region etableret et sundheds-koordinationsudvalg med regionale og kommunale repræsentanter samt repræsentanter fra almen praksis. De har til opgave minimum én gang i hver kommunale valgperiode at udarbejde sundhedsaftaler vedrørende den tværgående varetagelse af opgaver inden for bestemte fastlagte indsatsområder. Formålet er at skabe sammenhæng og koordinering af ind-satserne i patientforløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommunerne.

arbejdet en pjece med anbefalinger og inspiration til, hvordan almen praksis og kommunerne kan samarbejde om forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Flere undersøgelser har imidlertid vist, at der trods tiltagene fortsat er et stort behov – og potentiale – for udvikling af det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunerne (Frølich et al., 2010; Jensen, 2010; Thorsen, 2011; Andersen et al., 2014; Lyngsø, 2016). Af undersøgelserne fremgår bl.a., at de alment praktiserende læger i vidt omfang ikke henviser patienter til kommunernes sundhedstilbud, at de i mange tilfælde ikke kender til tilbuddene, at de er skeptiske over for tilbuddenes kvalitet, at de ikke kan se fordelene ved at anvende tilbuddene, og at de finder henvisningsprocedurerne forvirrende og eventuelle tests i forbindelse med henvisningerne for omfattende, men at der også er et erkendt behov for at indgå i en tættere dialog med kommunerne om deres sundhedstilbud.

Flere kommunale evalueringer af implementeringen af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom og senest regeringens evaluering af strukturreformen peger endvidere på, at det har vist sig vanskeligt at involvere og integrere almen praksis i de nye samarbejdsaftaler, bl.a. fordi de praktiserende læger "ikke automatisk [er] forpligtet til at følge den arbejdsdeling og udfylde de roller, som en kommune og en region har aftalt i en Sundhedsaftale – f.eks. i forbindelse med et forløbsprogram for en kronikergruppe" (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013, s. 118). Repræsentanter for almen praksis i diverse samarbejdsudvalg, udviklingsgrupper m.m. har ikke kunnet indgå bindende aftaler på vegne af de øvrige praktiserende læger, men har alene kunnet søge at repræsentere de lokale praktiserende lægers holdninger og synspunkter samt give information om aftaler tilbage til de øvrige læger.[6] Det vurderes ligeledes, at de ændrede krav om koordination og samarbejde mellem bl.a. almen praksis og kommune har manglet understøttelse, fordi "honoreringssystemerne i sundhedsvæsenet ikke i dag har elementer, der tilskynder tilstrækkeligt til fokus på kvalitet og sammenhængende forløb" (Ibid., s. 113). De praktiserende læger har eksempelvis ikke haft økonomiske incitamenter til at henvise patienter til kommunale forløb.

Et andet studie om den praktiserende læge som tovholder peger på, at de praktiserende læger finder samarbejdet med kommunerne vanskeligt pga. mistænkeliggørelse, manglende kommunikation, en svær afbalancering mellem at være advokat for – og kontrollant i forhold til – patienterne, og at det tværsektorielle koordinerende arbejde ofte kommer i konflikt med de daglige rutiner, hvor patientarbejdet er i fokus (Grøn et al., 2007).

[6] Såfremt aftalerne skal være bindende, skal de aftales mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO eller i lokale overenskomstaftaler med kommuner/regioner og de regionale samarbejdsudvalg.

Mere overordnet synes at gælde, at det generelt er svært i sundhedsvæsenet at skabe forandringer, fordi det består af flere komplekse organisationer med mange fagprofessionelle aktører, for hvem det tager tid at tilpasse sig ændringer og fordringer om nye handlemønstre (Seemann & Antoft, 2002). Aktørerne og mere overordnet organisationerne, som de arbejder i, har "forskellige mål, (del)opgaver, behandlingsteknologier, arbejdsformer og kulturer" (Seemann, 1999, s. 88). Det tager tid for aktørerne at ændre rutiner, at etablere tillid til hinanden, at afstemme gensidige forventninger og at nå frem til kompromiser, der ikke truer dem på deres fagprofessionelle og organisatoriske autonomi (Mur-Veemann et al., 2001; Seemann & Antoft, 2002; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). Succesfuld implementering af nye tiltag som eksempelvis forløbsprogrammer vil derfor ofte afhænge af, hvordan de involverede aktører opfatter og giver mening til programmerne, og om de kan identificere sig med de værdier og virkelighedsforestillinger, som de oplever er indlejret heri (Seemann & Antoft, 2002).

1.3.4. DEN LIDT OVERSETE TO-KANT I SUNDHEDSVÆSENET

Som afrunding er det interessant at bemærke, at Janne Seemann tilbage i 2001 konstaterede, at der overordnet set i det danske sundhedsvæsen arbejdes i to typer af to-kantede grænserelationer (Seemann, 2001). På den ene side er der en tendens til at identificere sundhedsvæsenet med sygehusene og de praktiserende læger. Det betyder, at fokus internt i en region (dengang amt) rettes mod at få "et konstruktivt samspil mellem de praktiserende læger og sygehusene", idet det hermed også er "antagelsen, at de praktiserende læger selv finder ud af at få kommunerne med i dette samarbejde" (Ibid., s. 7). På den anden side er der en antagelse om, "at det (eneste) (administrative) system, der er kendt og forståeligt, er amter og deres kommuner" (Ibid., s. 7). Det betyder, at fokus rettes mod at bedre samspillet mellem de to politiske niveauer. Ifølge Seemann resulterer de to antagelser i, at "den gyldne trekant" mellem sygehus, kommune og praksislæge sjældent kommer i spil (Ibid., s. 7). I lyset af denne afhandlings emneområde er det først og fremmest værd at bemærke, at den to-kantede grænserelation mellem almen praksis og kommune ikke er med. Dette vidner om, hvor stor en plads sygehuset traditionelt har fyldt i forståelsen af sundhedsvæsenet og hermed også fokus på sygdom og behandling af sygdom. Da kommunerne med strukturreformen fik et mere forpligtende og til dels nyt ansvar for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, blev der skabt nye grænseflader mellem kommune, almen praksis og sygehus. De nye grænseflader afspejler funderingen af en forskydning fra overvejende at forbinde sundhedsvæsenet med sygdom og behandling til også at medtænke sundhedsfremme og forebyggelse. Denne forskydning begyndte i det små med Regeringens Forebyggelses-program i 1989 og tog videre fat i løbet af 1990'erne med bl.a. de nye bestemmelser på sundhedsplanlægningsområdet i 1994 om fælles sundhedsplaner mellem amter og kommuner, samt regeringens Folkesundhedsprogram fra

1999 (Seemann, 1999). Da en stor del af disse opgaver løses i – og i samspil mellem – almen praksis og kommune, er det vigtigt at tænke i den to-kantede grænserelation mellem almen praksis og kommune. Strukturreformen har allerede igangsat, at der fra politisk og administrativ side er kommet fokus på relationen og samspillet mellem almen praksis og kommune.[7] At dette også bør følges af en forskningsmæssig belysning af denne relation er en af baggrundene for denne afhandling, om end fokus ikke er på den interorganisatoriske relation, som Seemann hovedsageligt beskæftiger sig med, men på aktørernes meningsskabelse omkring samspillet og de daglige tværgående relationer. Man kan i den forbindelse med Seemann anføre, at den gyldne trekant igen lades ude af syne, idet syghuset ikke kommer i spil i denne afhandling. Her vurderes det dog, at fordi relationen mellem almen praksis og kommune i flere henseender er ny, og fordi den i vid udstrækning også hidtil har været forskningsmæssigt underbelyst, så har det sin relevans alene at belyse denne relation. Desuden kan et argument for at undlade sygehuset være, at netop fordi sygehuset traditionelt har fyldt en stor rolle i sundhedsvæsenet – og eventuelt også fylder mere i nogle aktørernes hverdag og bevidsthed end relationen til eksempelvis kommunen gør – så er der fare for, at relationen til sygehuset vil overskygge andre relationer. Flere af de interviewede praktiserende læger undrede sig eksempelvis over, hvorfor de ikke nærmere blev interviewet om deres samspil med sygehuset end med kommunen, bl.a. fordi de oplevede, at det var her, der var store samarbejdsproblemer. En sådan meningsskabelse er interessant og fortæller noget om, både hvad der (professionsmæssigt) vægtes, og om hvad der fylder både praktisk og mentalt i de praktiserende lægers hverdag. Dette vendes der tilbage til senere i analysen. Vigtigt er her, at der kan være god grund til alene at se på samspillet mellem almen praksis og kommune. Derfor er denne afhandlings hovedbidrag også, at den belyser en hidtil forskningsmæssigt underbelyst relation i det danske sundhedsvæsen, nemlig relationen mellem almen praksis og kommune, idet fokus mere præcist er på relationerne mellem aktørerne i de to sektorer. Ved alene at fokusere på relationen mellem aktørerne i almen praksis og kommune gives mulighed for at zoome helt ind på og udforske forskellige nuancer og aspekter af aktørernes hverdagspraksis og deres måde at skabe mening om den på. Afhandlingen giver altså ikke et oversigtsbillede over samarbejdsrelationer i den gyldne trekant og mønstre for samspillet heri. Den bidrager med nærbilleder af enkelte aktørers meningsskabelser omkring én af grænserelationerne i den gyldne trekant, og den kan forhåbentligt hermed være med til at nuancere og fremdrage noget af den diversitet og kompleksitet, som ofte må lades ud af billedet, når man søger af indfange mere overordnede mønstre.

[7] Jfr. eksempelvis overenskomsten for de praktiserende læger i 2011, der fastsatte, at der i alle kommuner skal etableres et kommunalt lægeligt udvalg med repræsentanter fra kommunen og almen praksis. Målet med udvalgene er at give parterne mulighed for at udveksle informationer og endvidere søge at sikre, at aftalte indsatsområder i bl.a. overenskomsten, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler implementeres lokalt.

1.3.5. KRONIKERNE KOMMER – AFHANDLINGENS EMPIRISKE AFSÆT

Sikring af kontinuitet i behandling og pleje af mennesker med kroniske sygdomme er en af hoveudfordringerne for det nære sundhedsvæsen (Krasnik & Paulsen, 2009). I Danmark er forekomsten af kroniske sygdomme steget de senere år, og den forventes at stige yderlige. Årsagen hertil er både livsstil (inaktivitet, usund kost, rygning, alkohol m.m.) og længere levetider grundet bedre levevilkår og muligheder for behandling af sygdomme, der tidligere var svære at behandle. At befolkningen som helhed lever stadigt længere betyder med andre ord dels, at flere mennesker når en alder, hvor de får kroniske sygdomme (eksempelvis stiger risikoen for at udvikle type 2-diabetes, jo ældre man bliver). Dels at flere lever længere med kronisk sygdom. Allerede i dag lever omkring en tredjedel af den danske befolkning med en eller flere kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Type 2-diabetes og KOL er to af de hyppigst forekommende somatiske kroniske sygdomme i Danmark. Der skønnes at være ca. 430.000 danskere med KOL[8] og ca. 250.000 danskere med type 2-diabetes[9], ligesom det formodes at omkring 750.000 danskere har let forhøjede blodsukkerværdier og er i risiko for at udvikle diabetes (Diabetesforeningen, 2017). Både KOL og type 2- diabetes har store personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser (Juel & Døssing, 2003; Kjøller et al. 2007;

[8] Der findes ikke præcise tal for forekomsten af KOL i Danmark. I 2007 blev der skønnet at være ca. 430.00 personer med KOL, hvoraf en del lever med sygdommen uden at vide det. Heraf anslås 270.000 at have klinisk betydende KOL, mens 40.000 anslås at have svær KOL, der kræver væsentlig medicinsk behandling og rehabilitering (Løkke et al., 2007).

[9] I 2012 var der ifølge Det nationale diabetesregister 250.000 personer med diagnosticeret diabetes i Danmark (både type 1 og 2). Det er en fordobling af antallet af diabetikere over en tiårig periode, og udviklingen forventes at fortsætte (Sundhedsstyrelsen, 2015). Ca. 80-85% af kendte diabetes tilfælde er type 2-diabetes (Glümer et al., 2008). Et stort antal mennesker lever endvidere med type 2-diabetes uden at vide det (Tamayo et al. 2013). Et estimat lyder, at der i 2025 er ca. 600.000 danskere med diabetes, såfremt der ikke sker primært forebyggende tiltag mod diabetes (Green, 2008). Det skal bemærkes, at der i 2014 er blevet rejst en række kritikpunkter af Diabetesregistrets validitet, der betyder, at tallene fra registret er usikre og ikke kan bruges i eksempelvis videnskabelige undersøgelser (Green et al., 2014).

Sundhedsstyrelsen, 2014b; Sortsø et al., 2015) .[10] Derfor er de bl.a. af KL vurderet til at blive nogle af de centrale udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen (KL, 2012). For begge sygdomme gælder, at forebyggende indsatser i form af eksempelvis rygeophør og ændring i livsstil kan være med til at hindre udvikling af sygdommene (Tuomilehto, 2001; Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Anthonisen et al. 2002). Endvidere kan velreguleret medicinsk behandling, livsstilsændringer og andre forebyggende indsatser blandt personer, der har udviklet KOL og type 2-diabetes, være med til at hindre yderligere udvikling af sygdommene og udvikling af følgekomplikationer, ligesom forebyggende indsatser i forhold til KOL kan være med til at hindre nogle af de akutte indlæggelser og genindlæggelser. (Sundhedsstyrelsen 2003, 2007, 2014b)

En stor del af de forebyggende indsatser samt behandlingen og plejen af borgere med både type 2-diabetes og KOL sker i dag i almen praksis og kommunerne. Både Sundhedsstyrelsen og KL har som tydeligt defineret mål, at hovedparten af indsatsen over for borgere med kronisk sygdom skal ske i almen praksis og i kommunerne (Sundhedsstyrelsen, 2008; KL, 2012). Argumentet er, at behandling af borgerne i og nær eget hjem giver borgerne større livskvalitet og er til gavn for samfundsøkonomien, idet opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet) (KL, 2012).

1.3.6. AFHANDLINGENS EMPIRISKE AFSÆT I KOL OG TYPE 2-DIABETES

De to sygdomme KOL og type 2-diabetes (herunder også prædiabetes) er udgangspunkt for denne afhandlings undersøgelse af aktørers meningsskabelse omkring samspillet mellem almen praksis og kommune. Dette beror på, at begge er kroniske sygdomme, der ofte kræver et tæt tværgående samspil mellem aktører i forskellige dele af sundhedsvæsenet for at opnå optimal pleje og behandling af borgerne/patienterne (Raaijmakers et al., 2013). Endvidere er KOL og type 2-diabetes som ovenfor nævnt vurderet til at være centrale udfordringer for fremtidens

[10] Ved KOL skyldes dette bl.a. tab af funktionsniveau og hyppige kontakter med sundhedsvæsenet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af KOL beror både på produktionstab som følge af invaliditet og for tidlig død, men også på, at KOL giver anledning til mange akutte indlæggelser og genindlæggelser (Sundhedsstyrelsen, 2014b). I forhold til type 2-diabetes beror de menneskelige omkostninger bl.a. på en øget risiko for at udvikle flere alvorlige følgekomplikationer i bl.a. hjerte-karsystemet, nervesystemet, nyre og øjne. Følgekomplikationerne betyder, at diabetikere har en stor overdødelighed i forhold til ikke-diabetikere (Sundhedsstyrelsen, 2010). Diabetes udgør også en betydelig samfundsøkonomisk udfordring. Tal fra 2011 viser, at diabetes koster det danske samfund ca. 31,8 milliarder kr. om året (Sortsø et al., 2015).

nære sundhedsvæsen, og det er derfor også oplagt at tage udgangspunkt i disse to sygdomme. Endelig er KOL og type 2-diabetes sammen med hjertekarsygdom – på baggrund af medfinansiering fra puljemidler fra 2009 - 2012 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse – to af de tre kroniske sygdomme, som kommunerne først har taget fat på i forhold til at løse nogle af de nye forebyggende og rehabiliterende opgaver, som de fik med strukturreformen i 2007. I forbindelse med dette arbejde er der i hver region i samarbejde mellem repræsentanter fra kommunerne, regionen og almen praksis blevet udarbejdet diagnosespecifikke forløbsprogrammer, som parterne efterfølgende har haft til opgave at implementere.[11]

Målet med at lade KOL og type 2-diabetes, herunder prædiabetes, være udgangspunkt for aktørernes beskrivelse af – og fortællinger om – deres oplevelser omkring det daglige samspil mellem kommune og almen praksis er, at de kan være med til at nuancere og give et dybere indblik i de meningsskabende processer. Det kan de på to måder, der begge anses for relevante for at besvare afhandlingens forskningsspørgsmål. For det første gør de det muligt at kontrastere og hermed nuancere de meningsskabende processer. Ved at lade aktørerne tale om to forskellige kroniske sygdomme gives der mulighed for at belyse, om der eksempelvis er særlige typificeringer eller erfaringer koblet med den ene patientgruppe i forhold til den anden, som påvirker de meningsskabende processer. For det andet gør de to diagnoser det muligt at undersøge, hvordan meningsskabelsen omkring samspillet er mellem almen praksis og en ældre mere veletableret organisatorisk del af en kommune (hjemmeplejen) og en nyere organisatorisk del af en kommune (sundhedscentret). De to sygdomme gør det med andre ord også muligt at belyse og kontrastere meningsskabelser omkring samspillet mellem almen praksis og flere organisatoriske underdele af en kommune.

1.4. DEN FORSKNINGSMÆSSIGE VIDEN OM SAMSPILLET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE

I det følgende præsenteres først begreber og perspektiver, der hyppigt anvendes i den organisatoriske litteratur til at beskrive det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune. Hernæst præsenteres den eksisterende forskningsmæssige viden på området med baggrund i en række danske og internationale studier, der er fremkommet på baggrund af et systematisk litteratur review (se Appendix A for nærmere beskrivelse af, hvordan de omtalte studier er blevet fundet). Formålet med afsnittet er dels at redegøre for afhandlingens begrebsmæssige brug af ordet

[11] I Holstebro Kommune blev Region Midtjyllands forløbsprogram for KOL implementeret i 2008, mens forløbsprogrammerne for type 2-diabetes og hjertekarsygdom blev implementeret i løbet af 2010 - 2011. Puljemidlerne fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har haft til formål at understøtte og sikre, at forløbsprogrammerne blev udviklet og implementeret.

”samspil” i beskrivelsen af de tværgående relationer. Dels at kontekstualisere afhandlingens forskningsmæssige vidensbidrag gennem redegørelse for den eksisterende viden på området.

1.4.1. BEGREBER TIL AT BESKRIVE DET TVÆRGÅENDE SAMSPIL I ORGANISATIONSLITTERATUREN

I organisationslitteraturen findes en mængde begreber til at beskrive forskellige former for tværgående samspil, relationer, strukturer og aktiviteter. Samvirke, samordning, samarbejde, koordination, netværk, partnerskaber, alliancer, koalitioner og integration er nogle af de hyppigere anvendte termer (Lindberg, 2002; Jacobsson, 2011; Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Begreberne bruges ofte synonymt, ligesom der findes forskellige endog til tider modstridende definitioner af de enkelte begreber (Okhuysen & Bechky, 2009; Jacobsson, 2011; Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Begrebsforvirringen er imidlertid ikke overraskende taget i betragtning, at forskning i samspillet mellem organisationer samt mellem aktører i forskellige organisationer er et forholdsvist nyt forskningsområde – især i sundhedsvæsenet (Huxham, 1996; Axelsson & Axelsson, 2006). Med til forvirringen kan også bidrage, at flere af begreberne bruges inden for forskellige videnskabelige discipliner såsom økonomi, organisationsteori, ledelse, system og datavidenskab m.m. (Malone & Crowston, 1994; Jacobsson, 2011).

Overordnet kan der identificeres to gennemgående perspektiver, som på forskellig vis går igen i de forskellige definitioner af ovenstående begreber (Johansson, 2011). Begreberne kan enten relateres til et ”top-down” perspektiv, hvor organiseringen af det tværgående samspil betragtes som et spørgsmål om strukturel planlægning af opgavefordelingen og af arbejdsprocessernes forløb i og mellem organisationerne. I dette vertikale perspektiv pålægger højere administrative niveauer i organisationerne aktører på lavere udførende niveauer tværgående arbejdsopgaver m.m. (Ibid.). Organisering af samspillet handler i dette perspektiv om interorganisatoriske kontakter og relationer, der hjælper til at skabe strukturer og forløb, der sikrer hensigtsmæssig og effektiv fordeling og overlevering af ressourcer mellem organisationerne, så organisationerne kan leve op til deres mål (Lindberg, 2002; Johansson, 2011). I det andet ”bottom up” og horisontale perspektiv betragtes organisering mellem organisationer som noget, der vokser frem gennem dagligdagens interaktioner mellem forskellige individer og (fagprofessionelle) grupper. Her er fokus ikke på struktur, men nærmere på relationer, processer og på interaktioner i form af gensidige tilpasninger og kommunikation mellem aktører på samme niveauer (Lindberg, 2002; Johnsson, 2011). I litteraturen har der generelt været en udvikling fra et vertikalt fokus på effektivitet til et fokus på relationelle processer, hvor aktører fremfor produktion står i centrum (Okhuysen & Bechky, 2009; Jacobsson, 2011). Fokus i denne afhandling er også primært på det horisontale

perspektiv, dvs. et fokus på hvordan organiseringer vokser frem gennem aktørernes dagligdags meningsskabelser og interaktioner. Afhandlingens horisontale fokus og fokus på aktørernes meningsskabelser betyder dog ikke, at der ikke samtidig er en bevidsthed om og anerkendelse af, at disse meningsskabelser påvirkes af strukturelle forsøg på at påvirke arbejdsopgavernes fordeling og samspillet mellem organisationerne. Det er da også sådan, at de forskellige teoretiske definitioner af begreberne er mere eller mindre inkluderende i forhold til hvert af de to perspektiver. Runo Axelsson og Susanna Bihari Axelsson (2013) har eksempelvis kombineret de to perspektiver i en matrice og er på den måde nået frem til formuleringen af fire integrationsformer, der henføres til termerne konkurrence, samordning, samarbejde og samvirke jfr. figur 1:

		Horisontal integrering	
		-	+
Vertikal integrering	+	**Samordning**	**Samvirke**
	-	**(Konkurrence)**	**Samarbejde**

Figur 1. Fire integrationsformer med forskellige grader af vertikal og horisontal integrering. Kilde: Axelsson & Bihari Axelsson (2013, s. 19).

Udfordringen ved eksempelvis Axelssons og Bihari Axelssons matrice er, at det er vanskeligt at skelne mellem, hvornår der mere præcist er tale om en høj eller lav grad af vertikal og horisontal integrering. Axelsson og Bihari Axelsson lader det være et empirisk spørgsmål og anfører, at der i praksis vil være forskellige kombinationsformer og glidende overgange mellem de fire forskellige integrationsformer (Ibid.). I praksis synes det imidlertid at betyde, at stort set alle integrerende bestræbelser i sundhedsvæsenet bliver til samvirke, fordi der er en eller anden grad af både horisontal og vertikal integration. Deres begrebsudredning gør det således vanskeligt at skelne mellem, hvad der sker, når der eksempelvis er bestræbelser på integration højere oppe i organisationernes administrative og politiske bagland, mens der eventuelt kan synes at være modstand blandt dele af aktørerne på udførende niveau.

I denne afhandling anvendes begrebet samspil til at beskrive indirekte og direkte interaktioner på såvel organisatorisk niveau som på aktørniveau. Med valget af begrebet samspil søger jeg at begrænse antallet af begreber, der anvendes i afhandlingen samt at undgå, at beskrivelserne af feltmaterialet og analyserne af de

tværgående relationer, deres organisering og meningsskabelsen omkring dem drukner i forsøg på at finde præcise definitioner, der alligevel bliver uklare, når de søges anvendt i forhold til feltmaterialet. I sidste ende bliver det alligevel med mange af begreberne et empirisk spørgsmål om, hvornår og hvordan man mere præcist skal skelne mellem det ene og det andet, og om begreberne kan rumme det, der foregår i relationerne. Med begrebet samspil forstås, at der sker vekselvirkninger mellem aktørniveauet og organisationsniveauet, ligesom der sker vekselvirkninger mellem den emergerende tværgående organisering mellem aktørerne og vertikale forsøg på at strukturere denne organisering.

1.4.2. DANSKE UNDERSØGELSER AF SAMSPILLET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE

Som tidligere nævnt er det sparsomt, hvad der findes på dansk grund af forskning i samspillet mellem almen praksis og kommune herunder mere præcist forskning i et organisationssociologisk perspektiv. I det følgende præsenteres resultaterne af elleve danske studier, der enten helt (Launsø & Jensen, 1980; Krasnik, 1982; Johansen et al., 2010; Andersen et al., 2014) eller delvist (Ølgod, 1998; Neergaard et al., 2010; Dalsted, 2012; Christensen, 2016a, 2016b; Lyngsø et al., 2016; Molin et al., 2016) fokuserer på det tværgående samspil mellem aktører i almen praksis og kommune i forhold til mennesker med somatiske kroniske sygdomme. Inkluderet er desuden tre studier omhandlende demens, da de delvist omhandler samspillet mellem almen praksis og dele af den kommunale organisering (hjemmesygeplejen), som også er relevant for dette studie (Waldorff et al., 2001; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005). Studierne er primært baseret på kvalitative metoder, dvs. individuelle interviews og fokusgruppeinterviews. Kun få af studierne er teoretisk informeret i form af inter-organisatorisk netværksteori (Seemann & Antoft, 2002; Christensen, 2016a, 2016b), 'ressource-dependency' teori (Christensen, 2016a, 2016b), symbolsk interaktionisme (Antoft, 2007) og Valenijn et al.'s begrebsmæssige rammeværk for integration (Lyngsø et al., 2016).

Hovedparten af undersøgelserne er relateret til specifikke sygdomme som KOL (Molin et al., 2016; Christensen, 2016a, 2016b), kræft (Neergaard et al., 2010; Dalsted, 2012), demens (Waldorff et al., 2001; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2007) og sygdomme i bevægeapparatet (Ølgod, 1998). Det betyder endvidere, at de fleste af undersøgelserne fokuserer på samspillet mellem praktiserende læger og mere eller mindre specialiserede sundhedsprofessionelle i det nære sundhedsvæsen, såsom hjemmesygeplejersker med ansvar for telecare (Christensen, 2016a, 2016b), fysioterapeuter (Launsø & Jensen, 1980; Ølgod, 1998), kommunale demens-sygeplejersker (Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2007) og kiropraktorer (Ølgod, 1998). Kun tre undersøgelser giver opmærksomhed til samspillet mellem praktiserende læger og sygeplejersker fra hjemmeplejen, der i modsætning til de tidligere

nævnte sundhedsprofessionelle (med undtagelse af den praktiserende læge) kan betegnes som generalister (Krasnik, 1982; Neergaard et al., 2010; Dalsted, 2012).

Overordnet viser undersøgelserne, at en væsentlig hindring for at etablere tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen er de sundhedsprofessionelles utilstrækkelige viden om hinandens tilbud, kompetencer, behandlingsmetoder og arbejdsvilkår (Launsø & Jensen, 1980; Krasnik, 1982; Ølgod, 1998; Waldorff et al., 2001; Andersen et al., 2014). Som forklaringer nævnes mangel på tværfaglig kommunikation (Ølgod, 1998; Waldorff et al., 2001), stigende specialisering (Ølgod, 1998), travlhed (Johansen et al., 2010; Andersen, 2014), og at den medicinske uddannelse af de praktiserende læger ikke giver lægerne tilstrækkelige forudsætninger eller færdigheder til at løse de mange funktioner, der pålægges almen praksis (Launsø & Jensen, 1980). Resultatet er, at de sundhedsprofessionelle bliver fordybet i egen praksis uden hensyntagen til de andre sundhedsprofessionelles virke og praksis. Hermed bliver de sundhedsprofessionelle "tavse vidner", hvis viden ikke bliver til nyttige redskaber for hverken patienterne eller for potentielle samarbejdspartnere (Ibid., s. 452).

Studierne peger endvidere på ulige magtrelationer og styrkepositioner mellem de sundhedsprofessionelle som en væsentlig barriere for et styrket tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen (Launsø & Jensen, 1980; Krasnik, 1982; Ølgod, 1998; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Christensen, 2016a, 2016b). De stærkere positioner henføres til de mere specialiserede professioner og fagligheder, dvs. læger konfronteret med sygeplejersker og specialiserede sygeplejersker konfronteret med generalist sygeplejersker (Antoft, 2005). Det anføres videre, at de forskellige styrkepositioner afspejler – og understøttes af – de strukturelle forhold i sundhedsvæsenet såsom praksisautorisationer og overenskomster herunder aftaler vedrørende kommunikations- og betalingsmåder (liberale versus offentlige ansættelsesforhold) (Ølgod, 1998). De ulige styrkepositioner resulterer i, at de sundhedsprofessionelle aktører afhænger forskelligt af samspillet med hinanden. Dette gør nogle parter bedre i stand til at bestemme præmisserne for samspillet, herunder om de overhovedet ønsker at indgå i et samspil (Ølgod, 1998; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Christensen, 2016a, 2016b). Studierne peger imidlertid også på, at implementering af nye tiltag kan være med til delvist at forskyde magtrelationen, fordi nogle aktører får ny viden og adgang til informationer, der gør dem i stand til at indgå i det tværgående samspil på en ny måde. Dette kan af andre aktører i samspillet blive oplevet som en kvalificering af samspillet, fordi den øgede faglige viden og viden om patienten kan være med til at gøre kommunikationen mere præcis og kvalificerende, men det kan af andre også opleves som en trussel, fordi den øgede kompetence i nogle tilfælde betyder, at der bliver sat spørgsmålstegn ved en given behandling (Christensen, 2016a, 2016b).

Andre barrierer, der omtales i undersøgelserne for samspillet mellem almen praksis og kommune, er: Kommunikationsproblemer (Launsø & Jensen, 1980; Ølgod, 1998)

herunder mangelfulde henvisninger til kommunale tilbud (Lyngsø et al., 2016) og asymmetrisk informationsudveksling i form af manglende tilbagemelding fra kommunerne til de praktiserende læger (Johansen et al., 2010; Andersen et al., 2014), manglende tilgængelighed (Launsø & Jensen, 1980; Ølgod, 1998; Seemann & Antoft, 2002; Johansen et al., 2010; Neergaard et al., 2010), gensidig mistillid (Johansen et al., 2010), urealistiske forventninger til behandling, rehabilitering og genoptræning (Ølgod, 1998), manglende erfaringsmæssig såvel som videnskabeligt dokumenteret effekt af behandlingerne (Ibid.), manglende mekanismer til at lette koordination og visitation (Launsø & Jensen, 1980), besværlige og tidskrævende udfyldninger af henvisninger og attester (Johansen et al., 2010; Andersen et al., 2014), heterogeniteten blandt praktiserende læger i forhold til deres viden, specialiseringer, patientpopulation og interesser (Lyngsø et al., 2016) samt forskellige behandlings- og patientopfattelser (Ølgod, 1998; Waldorff et al., 2001; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Johansen et al., 2010; Dalsted, 2012; Lyngsø et al., 2016). I forhold til KOL viser Molin et al. (2016) bl.a., hvordan mange praktiserende læger antager, at KOL-patienter enten er umotiverede eller ude af stand til at deltage i kommunale forebyggelsestilbud. Af studiet fremgår videre, at de praktiserende læger ikke anser sig selv for at have en aktiv rolle i forhold til at motivere KOL-patienterne til forebyggelse, hvis ikke det bliver efterspurgt af patienterne. Ifølge Molin et al. bliver dette til en del af en negativ ond cirkel, hvor de praktiserende læger på den ene side har en reaktiv behandlingsstrategi, hvor de følger patienterne, dvs. de fokuserer på patienternes umiddelbare problemer og antager, at patienterne ellers er ved godt helbred. Patienterne har på den anden side en reaktiv tilgang til håndteringen af deres sygdom, hvor de følger symptomerne, dvs. de alene henvender sig til den praktiserende læge, når der er forværring i sygdommen (Molin et al., 2016).

Studierne viser omvendt, at tillid, gensidig respekt og personligt kendskab opleves som befordrende for det tværgående samspil (Neergaard et al., 2010; Lyngsø et al., 2016). Neergaard et al. (2010) viser bl.a., at særligt praktiserende læger og hjemmesygeplejersker giver udtryk for at have et godt tværgående samspil. Ligeledes viser Andersen et al. (2014), at de praktiserende læger trods begrænset kendskab til de kommunale forebyggelsestilbud har tillid til, at de varetages af kompetente folk.

Med henblik på at styrke samspillet i de tværgående relationer og for at overvinde nogle af de omtalte barrierer anbefaler studierne, at der er en tydelig fordeling af arbejdsopgaver samt fælles mål for arbejdsgange og arbejdsprodukter, dvs. klare behandlingsmål og enighed om behandlingsteknologi (Launsø & Jensen, 1980; Waldorff et al., 2001; Neergaard et al., 2010; Dalsted, 2012). Videre anbefales det at forbedre den formelle og uformelle kommunikation på tværs af organisationer og fagprofessionelle skel både for at facilitere patientrelaterede informationer og for at øge aktørernes kendskab til hinanden og til hinandens kompetencer (Ølgod, 1998; Neergaard et al., 2010; Dalsted, 2012; Andersen et al., 2014). Endvidere anbefales det at søge at tilpasse overenskomsterne, så de afbalancerer eventuelle ulige magt-

positioner (Ølgod, 1998). Sidstnævnte indbefatter også at sikre, at alle fagprofessionelle grupper bliver betalt for at deltage i tværfaglige og tværgående samarbejder (Ibid.).

1.4.3. UDENLANDSKE UNDERSØGELSER AF SAMSPILLET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE

En udfordring ved identifikationen af internationale studier, der undersøger samspillet mellem aktører i almen praksis og aktører, som i en lokal/kommunal sammenhæng tager del i pleje og behandling af borgere med kronisk sygdom, er, at organiseringen ofte er en anden end i en dansk sammenhæng. I flere lande som eksempelvis England, USA og Australien arbejder aktørerne ofte sammen i teams under en fælles ledelse. Her vil nogle af problemstillingerne være de samme, som når samspillet sker mellem aktører på tværs af organisationer, f.eks. hvad angår nogle af de interprofessionelle relationer. Men der vil også være forhold, som påvirker samspillet på en anden måde, end når samspillet sker på tværs af organisatoriske grænser. Muligheder for at gøre modstand i forhold til ulige magtpositioner influeres eksempelvis af eventuelle arbejdsgiver- og arbejdstagerforhold mellem de involverede aktører (Speed & Luker, 2006). Forhold såsom teamsammensætning og team-størrelse har betydning, ligesom eventuel samlokalisering samt bedre muligheder for såvel struktureret som ad hoc interaktion og kommunikation mellem parterne adskiller samspillet i teams fra samspil mellem aktører på tværs af organisationer. Muligheder for at mødes giver et større personligt kendskab parterne imellem samt bedre muligheder for at opnå fælles viden og mål i forhold til patienterne, hvilket er med til at fremme samspillet mellem aktørerne (se f.eks. Xyrichis & Lowton, 2007; Pullon, 2008; Modin et al., 2010; Legault et al., 2012). Manski-Nankervies et al. (2014, s. 6) viser således, hvordan de stærkeste relationer og den bedste kommunikation sker ”within levels of care”, mens McDonald et al. (2012, s. 8) beskriver, hvordan der tilføjes et lag af kompleksitet ved ”[t]he delivery of primary and community-based health services that crosses organisational boundaries”. Omvendt konkluderer Karlsson et al. (2006, s. 388) om forholdet mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, at organisatoriske grænser ikke nødvendigvis hindrer ”the development of an ”us” team”. Parterne kan ifølge Karlsson et al. godt opnå fælles perspektiver på plejen på tværs af de organisatoriske grænser, men den organisatoriske adskillelse gør til gengæld gensidig informationsudveksling vanskelig.

Ovenstående viser, at det ikke er entydigt, hvilke typer af studier, der bør inkluderes i en litteraturgennemgang inden for afhandlingens emneområde. Inklusion og eksklusion beror til dels på et subjektivt skøn, og i denne afhandling inddrages altså alene internationale studier, hvor mindst en del af samspillet angår tværgående organisatoriske relationer i forhold til mennesker med kronisk sygdom.

Der præsenteres fund fra sammenlagt fjorten studier, der helt (Patterson et al., 2007; Walshe et al., 2008; Karlsson et al., 2009; Dey et al., 2010; McDonald et al., 2011; 2012; Collinsworth et al., 2013; Rieck, 2014; Sunaert, 2014) eller delvist (Furler et al., 2011; Sunaert et al., 2011; Cleland et al., 2012; Beernaert et al., 2014; Manski-Nankervis et al., 2014) omhandler det tværgående samspil og de tværgående relationer i en primær pleje- og behandlingskontekst i forhold til kronisk sygdom (jfr. de engelske begreber ”primary care”, ”primary healthcare”, ”community health care” og ”community care”). Hovedparten af studierne angår som følge af søgestrategien i den systematiske litteratursøgning (se Appendiks B) det tværgående sam-spil i forhold til type 2-diabetes (Furler et al., 2011; Mc Donald, 2011, 2012; Collinsworth et al., 2013; Manski-Nankervis et al., 2014; Sunaert et al., 2011, 2014) og KOL (Cleland et al., 2012). To studier omhandler palliativ pleje og behandling af mennesker med kronisk sygdom (Walshe et al., 2008; Beernaert et al., 2014), mens to andre studier omhandler samspillet mellem praktiserende læger og kommunale farmaceuter i forhold til henholdsvis astma (Dey et al., 2010) og kronisk sygdom (Rieck, 2014). Endelig angår et enkelt studie praksissygeplejerskers perspektiver på samspillet med kommunale sygeplejersker i forhold til behandling af patienter med komplekse kroniske problemer (Patterson, 2007).

Hovedparten af studierne præsenterer flere forskellige sundhedsprofessionelles perspektiver på det tværgående samspil og relationerne (Karlsson et al., 2006; Walshe et al., 2008; Dey et al., 2010; Furler et al., 2011; McDonald et al., 2011; Cleland et al. 2012; McDonald, 2012; Collinsworth et al. 2013; Beernaert et al. 2014; Manski-Nankervis et al., 2014; Rieck, 2014; Sunaert, 2014), mens to studier alene fokuserer på bestemte sundhedsprofessionelles perspektiver, nemlig de praktiserende læger (Sunaert, 2011) og praksissygeplejerskerne (Patterson, 2007). Endelig fokuserer ét studie på praktiserende lægers forventninger til hjemmesygeplejersker, der arbejder på plejehjem, i plejeboliger m.m. (Karlsson et al., 2006). Studiet angår ikke specifikt kronisk sygdom, men vurderes at være relevant, fordi det angår generelle forventninger, som også gør sig gældende i forhold til patienter med kronisk sygdom.

Teoretisk er studierne informeret af ”normalisation process theory” (Furler et al. 2011), ”relationel koordination” (Manski-Nankervis et al., 2014), ”ressource dependency theory” (McDonald et al., 2011, 2012), ”transaction cost analysis” (McDonald et al., 2012), ”the competing values framework” (McDonald, 2011), ”theory of planned behaviour” (Sunaeret et al., 2014), ”The Greenhalgh diffusion of innovation framework” (Sunaeret et al., 2011) og Hofstedes teori om magtdistance (Rieck, 2014).

Flere af de fundne studier fokuserer på den tværgående relation og på forhold, der påvirker relationen. Ligesom i den danske litteratur viser flere af studierne, at aktørerne er skeptiske over for – og undervurderer – andre aktørers mulige roller i det tværgående samspil, fordi de mangler viden om deres kompetencer, kundskaber

og arbejdsområder (Walshe et al., 2008; Dey et al., 2010; Furler, 2011; Ehrlich et al., 2014; Manski-Nankervis et al., 2014; Rieck, 2014). Den begrænsede viden henføres især til de praktiserende læger i forhold til hvem, de øvrige aktører oplever at skulle kæmpe for at legitimere sig (Walshe et al., 2008; Dey et al., 2010; Furler, 2011; Ehrlich et al., 2014; Rieck, 2014). Ifølge Walshe et al. (2008) er manglende forståelse for andre aktørers roller især forbundet med samspillet i en primære pleje og behandlingskontekst, fordi meget af arbejdet med patienterne her sker uset i patienternes hjem.

Skepsis vedrørende andre aktørers (potentielle) rolle i pleje og behandling af mennesker med kronisk sygdom forbindes imidlertid ikke kun med aktørernes holdninger til andre aktørers kompetencer og viden, men er også tæt koblet med aktørernes forståelse af patienterne og forventninger til egen rolle (Walshe et al., 2008; Furler et al., 2011; Cleland et al., 2012; Beernaert et al., 2014). Cleland et al., (2012) viser eksempelvis, hvordan skotske praktiserende læger er usikre på andre sundhedsprofessionelles muligheder for at lede en særlig indsats, der har til formål at hindre utilsigtede hospitalsindlæggelser af patienter med KOL. KOL-patienternes særlige komplekse behov kræver nemlig ifølge de praktiserende læger netop de praktiserende lægers særlige helhedstilgang og kliniske overblik i forhold til patienten. Endvidere er det en udfordring for det tværgående samspil i forhold til særligt forebyggende tiltag, at patienterne ser de sundhedsprofessionelle og især lægerne som ”there to ’fix’ them”, mens de sundhedsprofessionelle betragter sig selv som ”fixers” (Cleland et al., 2012, s. 4). Dette bekræftes af Beernaeret et al. (2014), der viser, hvordan både patienter og praktiserende læger primært forbinder den praktiserende læge med kontrolbesøg og akutte besøg, men ikke med en sundhedsprofessionel, der tidligt i de kroniske forløb går i dialog med patienterne om eventuelle palliative plejebehov.

Andre forhold, som de sundhedsprofessionelle aktører oplever påvirker relationerne i det tværgående samspil, er ulige magtrelationer og implicit magtudøvelse. Særligt de praktiserende læger henføres til den stærkere position i relationen (Walshe et al., 2008; Dey et al., 2010; McDonald, 2012; Rieck, 2014). Studierne viser, hvordan de praktiserende læger søger at beskytte deres autonomi og medicinske dominans ved bl.a. at undlade at involvere andre sundhedsprofessionelle i udarbejdelsen af multidisciplinære plejeplaner (McDonald, 2012), ved sjældent at indgå i tovejskommunikation med andre aktører (Dey et al., 2010; McDonald, 2012) og ved at begrænse informationer om patienterne til andre aktører (McDonald, 2012; Rieck, 2014). Ifølge McDonald et al. (2012) er særligt det tværgående samspil mellem de privatpraktiserende læger og de offentlige aktører kompliceret, fordi begge parter kæmper for at bibeholde myndighed over hver deres særlige ekspertområde, som de oplever, at de andre aktører i samspillet søger at bevæge sig ind på. Trusler i forhold til autonomi og uafhængighed bliver søgt imødegået ved overvejende at arbejde sammen med partnere inden for egen organisation (f.eks. ved at ansætte eller uddanne personer med en bestemt ekspertise) eller inden for egen private eller offentlige

sektor (de praktiserende læger foretrækker således at henvise til andre private aktører fremfor til offentlige aktører). Omvendt bliver de offentlige aktørers afhængighed af bl.a. henvisninger fra de praktiserende læger søgt minimeret ved eksempelvis at gøre det muligt for patienterne at henvende sig igen uden henvisninger fra en læge (McDonald, 2012). Flere af studierne fremdrager endvidere de kommunale sygeplejerskers oplevelser af en ulige magtrelation i forhold til de praktiserende læger herunder oplevelser af, at det tværgående samspil overvejende afhænger af de enkelte praktiserende lægers velvilje til at samarbejde (Walshe et al., 2008; Furler et al., 2011; Beernaert et al., 2014; Manski-Nankervis et al., 2014; Sunaert et al., 2014). Studierne viser, hvordan sygeplejerskerne gennem subtil manipulation samt varsom interaktion og kommunikation med de praktiserende læger søger at nå deres mål og opnå accept af deres position i det tværgående samspil. Dette dog uden forsøg på at ændre den fundamentale asymmetri i magtrelationen.

Oplevelse af tillid og respekt er forhold, som har indflydelse på aktørernes vurderinger af de tværgående relationer (McDonald et al., 2012; Ehrlich et al., 2014). Tillid afhænger ifølge McDonald et al. (2012) af, hvorvidt aktørerne oplever, at der er en klar rollefordeling samt respekt for roller og rollegrænser. Når der er dette, øges tilliden til andre sundhedsprofessionelle, mens omvendt oplevelse af overlappende roller og uklare rolleafgrænsninger skaber usikkerhed og øger mistilliden. Sunaeret et al. (2011) beskriver ligeledes, hvordan praktiserende lægers oplevelse af uklare rollefordelinger og af at have mistet mange opgaver til specialister betyder, at lægerne ser et nyt kommunalt diabetestiltag som en trussel, der leder til yderligere fragmentering af patientforløbene og underminering af læge/patientforholdet. I en kontekst, hvor lægerne er usikre på egen rolle i behandlingsforløbene og mere generelt er utilfredse med egen position i sundhedsvæsenet, tager det tid for lægerne at opbygge tillid til nye tiltag. Studiet konkluderer, at følelsen af sikkerhed og grundlæggende tillid til andre aktører i det tværgående samspil er en basal forudsætning for sundhedsprofessionelles deltagelse i innovative tiltag (Sunaeret et al., 2011). McDonald et al. (2012) skriver videre, at tillid udvikles og styrkes via direkte kommunikation i eksempelvis telefon, ved møder og ved deltagelse i fælles uddannelse. Desuden er tillid forbundet med aktørernes oplevelse af både egne og andres kompetencer, idet erkendelse af andres komplementære evner og kompetencer i forhold til egne evner og kompetencer er med til at skabe tillid. Andre aktørers kompetencer vurderes bl.a. ud fra kvaliteten af henvisninger, den skriftlige feedback på henvisninger samt patientfeedback. Særligt de praktiserende læger bedømmer de øvrige sundhedsprofessionelles kompetencer på relevansen af tilsendte informationer og timeligheden af kommunikationen (McDonald, 2012). Omvendt viser Walshe et al. (2008), hvordan de praktiserende læger overvejende vurderer andre aktører i samspillet på baggrund af deres måde at arbejde på. De praktiserende læger bedømmes derimod som enten ”gode” eller ”dårlige” på baggrund af, hvor hurtigt de reagerer på henvendelser, deres kommunikative evner og den respekt, som de viser andre aktører i det tværgående samspil. Lægerne bedømmes altså ikke alene som

”gode” eller ”dårlige” på baggrund af deres kliniske kundskaber og indholdet i kommunikationen, men i høj grad også på baggrund af den måde, som de kommunikerer på, og på den velvillighed hvormed de imødekommer eksempelvis sygeplejerskernes forespørgsler og ønsker.

I forhold til tillid viser Karlsson et al. (2006) på baggrund af et studie om praktiserende lægers forventninger til hjemmesygeplejersker, at lægerne bruger termen ”vi”, når de har tillid til sygeplejerskerne, mens de omvendt bruger termen ”dem”, når de ikke har tillid til dem eller ikke forstår den kontekst, som sygeplejerskerne arbejder i. Tilliden beror på, hvorvidt sygeplejerskerne formår at tilpasse sig lægernes forventninger om, at de både er ”lægens forlængede arm” og ”gatekeeper” i forhold til lægen. Sygeplejerskerne forventes dels at være ”lægens forlængede arm”, dvs. tæt på lægen i deres udførelse af instrukser for lægen, ved at kunne give præcise observationer af patienten og ved selv at kunne tage bestik af, hvorvidt og hvornår lægen bør involveres, samt ved at kunne reflektere over og eventuelt udfordre den angivne behandling. Dels forventes sygeplejersken at være ”gatekeeper” ved at være på afstand af lægen og arbejde uafhængigt, herunder fungere som en slags værn ved at sørge for, at patienter, deres pårørende og personale på plejehjemmene ikke forstyrrer lægen unødigt. Ifølge Karlsson et al. har lægen tillid til sygeplejerskerne, når de formår at balancere disse to positioner, idet de praktiserende læger dog også erkender, at det kræver lang erfaring i sygepleje.

Andre af studierne fokuserer på forhold, der påvirker de sundhedsprofessionelle aktørers beslutning om at henvise eller ikke henvise til kommunale tilbud (Walshe et al., 2008; Sunaeret et al., 2011). Et studie omhandler desuden forhold, der har betydning for, hvordan modtagerne af henvisningerne handler på dem (Walshe et al., 2008). I forhold til et nyt kommunalt type 2-diabetestilbud i Belgien viser Sunaeret et al. (2011), at forventning om øget arbejdsbyrde i forhold til patienten og øget administrativt arbejde, usikkerhed på potentielle fordele ved tilbuddet for patienten, oplevelse af manglende evner til at motivere patienterne til deltagelse, usikkerhed på målgruppen, egne lignende tilbud i almen praksis og afstand til tilbuddet var med til at afholde praktiserende læger fra at henvise patienter med type 2-diabetes til tilbuddet. Omvendt var læger mere tilbøjelige til at henvise og mere positivt stemte, når de første havde haft en patient med og havde oplevet, at det kunne gøre en forskel for patienten (Sunaeret et al., 2011). Andre identificerede udfordringer ved introduktionen af diabetestilbuddet var, at dokumenter og mails om det nye tilbud ofte blev ignoreret på grund af travlhed, samt at opmærksomhed på tilbuddet hurtigt gled i baggrunden, når informationskampagnen blev mindre intensiv. Sunaeret et al. (2011) konkluderer, at praktiserende læger generelt har brug for tid til at opleve, at nye tiltag ikke truer deres position i forhold til patienterne, og at de nye tiltag tilfører noget positivt til plejen og behandlingen af deres patienter. I et andet engelsk studie undersøger Walshe et al. (2008), hvad der influerer på praktiserende lægers og hjemmesygeplejerskers beslutning om henvisning til et kommunalt palliativt plejetilbud. Det fremgår, at beslutning om henvisning beror på en sammensat opfattelse

af egen og andres rolle i forhold til patienten kombineret med en vurdering af servicen og ekspertisen hos dem, der henvises til, ud fra tidligere erfaringer. Beslutning om eventuel henvisning baserer sig endvidere på aktørernes egen interesse og ekspertise i palliativ pleje, deres vurdering af egen emotionelle kapacitet, tid, patientens kliniske behov og deres tolkning af patientens ønsker. Walshe et al. viser videre, hvordan aktørernes beslutning om handling på en henvisning er funderet i en samlet vurdering af indholdet af henvisningen såvel som af den person, der sender henvisningen. Betydende er ikke alene forhold omkring patienten, men også hvorvidt den, der modtager henvisningen, vurderer, at afsenderen har viden, evner, ekspertise og interesse i palliativ pleje. Desuden fremgår af studiet, hvordan ønsket om opretholdelse af en god tværgående relation, der understøtter henvisning og pleje af fremtidige patienter, influerer på beslutninger angående nuværende patienters pleje og behandling. Opretholdelse af de tværgående relationer synes med andre ord i visse situationer at blive vægtet tungere end den enkelte patients pleje og behandling (Ibid.).

De fundne studier fremdrager endvidere en lang række forskellige forhold, der af aktørerne i det tværgående samspil opleves som hindrende eller faciliterende for det tværgående samspil. Hindringer kan være: For få tværgående møder (Beernaeret et al., 2014), praktiserende lægers manglende brug af guides for det tværgående samspil (Sunaert et al., 2014), forskellige forventninger til den tværgående kommunikation (Dey et al., 2010), manglende tid (Cleland et al., 2012; Dey et al., 2014), dårlig eller manglende kommunikation (Dey et al., 2014), praktiserende lægers utilgængelighed (Dey et al., 2014), bureaukrati i de offentlige organisationer (McDonald et al., 2011), betydelig varians i de praktiserende lægers interesser, kunnen og kapacitet (McDonald et al., 2011; Manski-Nankervis et al., 2014), forskellige aflønninger (Patterson et al, 2007) samt forskellige forståelser af patienterne (Ibid.).

Forhold der opleves at facilitere det tværgående samspil, er: Oplevelse af fremgang i patientens helbred, og af at patienten er modtagelig for andre aktørers råd (Collinsworth et al., 2013; Sunaert et al., 2014), manglende tid og ressourcer til selv at tage sig af patienterne i forhold til en given service (McDonald et al., 2011; Collinsworth et al., 2013), forventning om at spare tid, som vil kunne bruges til andre (mere komplekse) patienter (Dey et al., 2010; McDonald et al., 2011; Collinsworth et al., 2013), erkendelse af egne begrænsninger og andre sundhedsprofessionelles komplementære kompetencer (Collinsworth et al., 2013), oplevelse af at relationen mellem patienten og andre sundhedsprofessionelle giver mulighed for et mere proaktivt og patientcentreret forløb, der hjælper i forhold til eget arbejde med patienten (Collinsworth et al., 2013; Ehrlich et al., 2014), mulighed for at overdrage opgaver, som en af aktørerne er utryg ved (Sunaert, 2014), feedback og ansigt til ansigt kommunikation (Dey et al., 2014) samt øget kendskab til andre aktørers uddannelse og træning (Rieck, 2014).

1.4.4. SAMMENFATTENDE OM DEN DANSKE OG INTERNATIONALE LITTERATUR OMKRING SAMSPILLET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNE

Gennemgangen af fundene fra såvel den danske som internationale litteratur viser, at studierne i høj grad bekræfter hinanden. De viser overordnet, at det tværgående samspil mellem praktiserende læger og andre aktører i en kommunal/lokal sammenhæng er vanskeligt. Der savnes generelt viden på tværs af de organisatoriske grænser om de andres roller, kundskaber og tilbud, ligesom asymmetriske magtrelationer mellem aktørerne er med til at udfordre samspillet. Studierne peger endvidere på, at tillid, respekt, direkte kommunikation og personligt kendskab er med til at fremme det tværgående samspil, mens omvendt manglende eller mangelfuld kommunikation, manglende tilgængelighed, travlhed og forskellige patient- og behandlingsopfattelser oplistes som nogle af de elementer, der skaber barrierer for samspillet.

Litteraturgennemgangen viser videre, at der både i den danske og internationale litteratur kun er ganske få kvalitative studier, der i et organisationssociologisk perspektiv beskriver og analyserer hverdagens samspil mellem aktører på udførende niveau i en primær sektorsammenhæng, hvor samspillet sker på tværs af organisatoriske grænser. Dette gælder i særdeleshed studier angående samspillet i forhold til mennesker med kroniske sygdomme såsom KOL og type 2-diabetes. Der er således kun identificeret to danske studier omhandlende implementering af telecare for KOL-patienter, og disse studier anlægger et mere overordnet interorganisatorisk perspektiv og i mindre grad et aktørperspektiv (Christensen, 2016a, 2016b). Endvidere fokuserer studierne på implementering af et nyt tiltag med interview et halvt år efter og atten måneder efter implementering af tiltaget. De angår altså ikke det "almindelige" hverdagslige samspil mellem aktører i almen praksis og kommune, hvor meningsskabelser og indbyrdes positioner godt nok er under konstant forandring, men hvor der alligevel også er en vis stabilitet i fraværet af betydelige organisatoriske forandringer. I den internationale litteratur er der identificeret seks studier, der ud fra henholdsvis organisationssociologiske (Furler et al., 2011; McDonald et al., 2011, 2012; Sunaeret et al., 2011; Manski-Nankervis et al., 2014) og psykologiske (Sunaeret et al., 2014) perspektiver undersøger relationerne og samspillet mellem aktører i almen praksis og kommune, men disse studier fokuserer alene på relationer i forhold til type 2-diabetes. Også for disse studier gælder, at nogle angår interorganisatoriske relationer (McDonald, 2011, 2012) og andre implementering af nye tiltag (Sunaeret et al., 2011, 2014). Hverken de danske eller internationale studier analyserer det tværgående samspil ud fra Weicks teori om meningsskabelse i organisationer, ligesom der ikke er fundet studier, der på anden vis (f.eks. via et narrativt perspektiv) zoomer ind på de meningsskabende processer og konstruktioner, som ligger til grund for aktørernes holdninger og handlinger. En undtagelse er til dels Karlsson og kollegers (2006) studie om praktiserende lægers forventninger til samarbejdet med kommunale hjemmesygeplejersker. Studiet ud-

folder via en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang betydninger af praktiserende lægers brug af metaforer såsom ”lægens forlængede arm” og ”gatekeeper”.

På baggrund af ovenstående vurderes det, at der både i en dansk og international sammenhæng mangler forskningsmæssig viden om det tværgående samspil mellem aktører i almen praksis og kommune i forhold til mennesker med kronisk sygdom. Især savnes forskning, der med et organisationssociologisk blik og ud fra et aktørperspektiv undersøger de meningsskabende processer, der ligger til grund for samspillet.

1.5. AFHANDLINGENS FORSKNINGSMÆSSIGE BIDRAG

Af litteraturgennemgangen fremgår det, at der ikke findes megen forskningsbaseret viden om det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunerne. Særligt ikke i forhold til mennesker med eller med risiko for kroniske sygdomme som KOL og type 2-diabetes. Især mangler beskrivelser af, hvordan samspillet praktisk finder sted i hverdagen samt en nærmere beskrivelse af, hvordan aktører på udførende niveau opfatter og tilskriver det mening (Vikkelsø & Vinge, 2004; Strandberg-Larsen et al., 2008; Wadmann et al., 2009).[12] Det manglende fokus kan skyldes, at der er tale om et nyt samspil på en række områder, og at forskningen i sundhedsvæsenets tværgående organisering stadig er en relativ ny disciplin (Axelsson & Axelsson, 2006). Der har imidlertid også været en tendens i den samfundsvidenskabelige og organisatoriske forskning i sundhedsvæsenet til at prioritere et mere overordnet fokus på de ledelsesmæssige, økonomiske og strukturelle konsekvenser af de seneste årtiers reformer og omorganiseringer (Borum, 1999; Vikkelsø & Vinge, 2004). Dette på bekostning af et mere nært fokus på hverdagens arbejde, organisering og sociale dimensioner (Vikkelsø & Vinge, 2004). Endelig er hovedparten af de få forskningsmæssige studier, der findes af dele af samspillet mellem almen praksis og kommune, ofte interorganisatoriske studier, dvs. studier, der især fokuserer på organiseringen af grænsefladen mellem organisationerne og altså ikke på aktørerne i organisationerne.[13]

Da netop de mere uformelle og sociale dimensioner af hverdagens praksis har stor betydning for det tværgående samspil og implementeringen af nye tiltag, er det vigtigt at få disse dimensioner forskningsmæssigt belyst. Målet med nærværende afhandling er derfor at rette opmærksomheden mod det daglige tværgående samspil mellem aktører i almen praksis og kommune i relation til arbejdet med mennesker

[12] Undtagelser er bl.a. Gustafsson & Seemann, 1985; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005.

[13] Se eksempelvis Gustafsson & Seemann, 1985; Seemann, 1999 og delvis Seemann & Antoft, 2002 samt Christensen, 2016a, 2016b.

med eller med risiko for kronisk sygdom. Nærmere bestemt er fokus på, hvordan aktørerne giver mening til samspillet.

Afhandlingen vurderes herved at kunne medvirke til at afdække et dobbelt underbelyst empirisk fænomen, idet fokus dels retter sig mod samspillet mellem almen praksis og kommunerne, dels retter sig mod dagligdagens organiseringer i et bestemt hjørne af sundhedsvæsenet. Da det nære sundhedsvæsen i disse år er under forandring, og da samspillet mellem almen praksis og kommunerne inden for bl.a. kronikerområdet stadig er nyt og under udvikling, er der behov for en mere dybdegående viden om, hvordan aktørerne skaber mening omkring det tværgående arbejde og de indbyrdes relationer. Det handler samtidig om at forstå, hvordan aktørernes forskellig meningsskabelser har betydning for – og kan være med til at forklare – den tværgående organisering. Afhandlingen sætter altså fokus på nogle af de oplevelser og erfaringer, som aktørerne allerede har gjort sig omkring det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen, og hvordan de tilskriver disse oplevelser og erfaringer mening.

Som tidligere nævnt er anledning til mange af både de danske og internationale studier i det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune implementering af nye tiltag og organisatoriske forandringer. Ofte fokuserer sådanne studier på barrierer for samspillet samt eventuelt på forhold, der opleves at fremme samspillet jfr. litteraturgennemgangens oplistninger. Et sådant fokus kan imidlertid være med til at skjule de dybereliggende problemstillinger, der ligger bag. Checkland et al. (2009) viser således i et studie af sundhedsprofessionelles meningsskabelse omkring implementeringen af "Practice-based Commissioning" i England, at selvom problemerne blev beskrevet ens på tværs af forskellige lokaliteter og teams, så var meningsskabelserne bag vidt forskellige:

> "[P]articipants in several different sites used similar labels to describe the problems they encountered, but these labels concealed the fact that the 'problems' arose from quite different sensemaking, and, as a result, carried different meanings in different organizational contexts." (Ibid., s. 26).

En konsekvens heraf er, at man bør være varsom med at foreskrive fælles løsninger på problemerne, selvom de umiddelbart ser ens ud. Bag det, der umiddelbart så ud som fælles problemstillinger, var altså komplekse sammenvævninger af temaer og konstruktioner, som havde deres baggrund i de specifikke sociale interaktioner i de forskellige organisationer. Studiet illustrerer nødvendigheden af forskningsmæssige bidrag, der søger at give indblik i de meningsskabende processer, som ligger til grund for aktørernes problemkonstruktioner og måder at handle på.

Andre forskere har påpeget, at man kun har begrænset kontekstspecifik indsigt i samspillet mellem læger og sygeplejersker og det især i en primær sundhedssammenhæng (Speed & Luker, 2006; Pullon, 2008; Fleischmann et al., 2016). Be-

hovet for sådanne studier accentueres af, at nogle af de studier, der har været (bl.a. i forhold til teams), tyder på, at den primære sundhedssammenhæng er en betydende kontekst for samspillet mellem de praktiserende læger og sygeplejerskerne (Williams & Sibbad, 1999; Karlsson et al., 2006; Speed & Luker, 2006; Pullon, 2008).

Ved at bringe de polyfone meningsskabelser i form af de forskellige aktørers stemmer og historier frem, er målet med afhandlingen at illustrere og nuancere kompleksiteten af de problemstillinger, som bl.a. ledere og politikere, men også aktører på udførende niveau, dagligt står over for i forsøget på at skabe et sammenhængende nært sundhedsvæsen. Afhandlingen vurderes herved mere overordnet at kunne bidrage til at give en dybere forståelse af "the nature of collaborative processes", som bl.a. D'Amoure et al. efterlyser i en artikel om den begrebsmæssige basis for interprofessionelt samarbejde (D'Amoure et al., 2005, s. 126).

Målet med afhandlingen er også at bidrage til studierne af meningsskabelse i organisationer. Meningsskabelse i organisationer er især belyst i forbindelse med forandrings- og strategiprocesser herunder også fusioner af organisationer[14], mens det menings-skabende perspektiv sjældent synes anvendt i forbindelse med studier af samspillet mellem aktører i forskellige organisationer. Jørgensen et al. (2012) har eksempelvis gennemgået interorganisatoriske studier, der anlægger et menings-skabende eller diskursivt perspektiv. Her fremgår det, at størstedelen af studierne omhandler fusioner af firmaer, mens der kun omtales ét studie omhandlende meningsskabelse mellem aktører i forskellige organisationer (se Vlaar et al., 2006). Endvidere har studier omkring meningsskabelse i organisationer ofte fokus på brud i aktørers meningsskabelse som følge af dramatiske begivenheder, mens menings-skabelse som følge af brud og flertydighed i hverdagens rutiner og mindre dramatiske sammenhænge er et forholdsvist underbelyst fænomen (Blatt et. al., 2006; Sandberg & Tsoukas, 2015).[15] Sandberg og Tsoukas (2015) bemærker, at det på den ene side ikke er overraskende, da meningsskabende processer i organisationer ofte igangsættes ved store planlagte eller ikke planlagte begivenheder såsom organisationsforandringer, implementering af en ny strategi eller ved uforudsete katastrofer eller kriser. Det kan dog alligevel på den anden side undre for så vidt, at de meningsskabende processer, der ligger til grund for hovedparten af de organisatoriske organiseringer, igangsættes af – og beror på – mindre forstyrrelser af hverdagens rutinemæssige aktiviteter. Denne afhandling bidrager til sidstnævnte perspektiv ved netop ikke at fokusere på, hvordan én bestemt episode påvirker den organisatoriske meningsskabelse, men ved derimod at fokusere på, hvordan flere

[14] Se f.eks. Gioia & Chittipeddi, 1991; Gioia, et al., 1994; Søderberg, 2003; Risberg et al., 2003.

[15] En undtagelse er Pattiotta, 2003.

forskellige mindre eller større begivenheder i de organisatoriske aktørers hverdag påvirker, hvordan de skaber mening om samspillet.

Nærværende afhandling vurderes i lyset af ovenstående først og fremmest at kunne bidrage med ny empirisk viden i forhold til det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune i forhold til mennesker med kronisk sygdom – dette i en dansk såvel som international sammenhæng. Afhandlingen vurderes endvidere at kunne bidrage med ny viden i forhold til studierne af meningsskabelse i organisationer ved at anvende det meningsskabende perspektiv i en ny organisatorisk kontekst, nemlig i forhold til den tværgående organisering mellem aktører på udførende niveau i det nære sundhedsvæsen. Hvorledes afhandlingen bidrager til de to nævnte områder fremgår af de følgende analyser.

KAPITEL 2. PRÆSENTATION AF FELTEN OG DENS KONTEKST

I dette afsnit præsenteres felten, der udgøres af Holstebro Kommune og almen praksis i kommunen. Feltbeskrivelsen er baseret på baggrundsmateriale om de to overordnede organisatoriske enheder og deres underorganiseringer samt på baggrund af mine egne observationer gjort i forbindelse med mit feltarbejde. Da der i løbet af arbejdet med afhandlingen er sket flere ændringer både i den kommunale organisering og i organiseringen af almen praksis i kommunen, vil jeg søge at redegøre for disse, idet der for kommunens vedkommende alene vil være fokus på de organisatoriske områder, som indgår i afhandlingen. Organisatoriske ændringer, der er sket efter feltarbejdet, vil ikke blive nævnt. Endvidere vil jeg skitsere væsentlige kontekstuelle begivenheder, der vurderes at have haft indflydelse på, hvorledes aktørerne skaber mening omkring det tværgående samspil i relation til borgere med kronisk sygdom.

2.1. HOLSTEBRO KOMMUNE

Holstebro Kommune er en middelstor vestjysk kommune med Holstebro placeret cirka midt i kommunen. Kommunen hører til Region Midtjylland og består af de tidligere primærkommuner Holstebro, Ulfborg-Vemb og Vinderup Kommune. Der bor ca. 57.000 indbyggere i kommunen, som fordeler sig med over halvdelen af indbyggerne i Holstebro.

Holstebro Kommune var på tidspunktet for feltarbejdet overordnet inddelt i 4 forvaltninger med hver deres direktør: Kultur og Sundhed, Teknik og Miljø, Børn og Unge samt Arbejdsmarked og Social. Hver forvaltning var yderligere inddelt i områder og mindre enheder med chefer for hvert område. Jeg vil i det følgende kort beskrive de områder og enheder, hvor jeg har fulgt medarbejdere samt/eller har interviewet medarbejdere fra.

- Hjemmesygeplejen og Sygeplejeklinikken

Hjemmesygeplejen hører under Pleje og Omsorg, der er del af Kultur og Sundhedsforvaltningen. Hjemmesygeplejerskerne er delt i fire sygeplejeteams foruden hjemmesygeplejerskerne på plejecentrene. Herudover er der i kommunen et akutteam, et terminalt team og en sygeplejeklinik. Sygeplejeklinikken har siden 2012 hørt under hjemmesygeplejen, men hørte før det under Holstebro Sundhedscenter. Til klinikken er tilknyttet fire sygeplejersker, hvoraf to er uddannet sårsyge-

plejersker, mens de to øvrige er uddannet til at give råd og vejledning vedrørende inkontinens og hjælpemidler til inkontinens samt til bevilling og måltagning af kompressionsstrømper. For at komme i sygeplejeklinikken kræves en henvisning fra egen læge, speciallæge, sygehus eller fra kommunens hjemmesygeplejersker.

I ét af de fire sygeplejeteams har hjemmesygeplejerskerne et fast ugentligt middagsmøde på en halv time med repræsentanter fra det lokale lægehus, hvor såvel læger som hjemmesygeplejersker har mulighed for at bringe navne på borgere op, som man ønsker at drøfte. Jeg fik i forbindelse med mit feltarbejde mulighed for at overvære to af disse møder. I det andet af kommunens yderområder, Ulfborg, blev der i foråret 2014 for første gang afholdt et fællesmøde mellem alle områdets hjemmesygeplejersker og lægerne i et nyetableret lægehus i Ulfborg-Vemb.[16] Jeg deltog i mødet, hvor man drøftede emner vedrørende samarbejdet mellem hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger, som parterne fandt vigtige at drøfte og ikke enkelte borgere. Det blev aftalt, at der fremover skulle indkaldes til et lignende møde cirka en gang årligt.

- Holstebro Sundhedscenter

Holstebro Sundhedscenter er del af Kultur og Sundhed. Det blev etableret i 2007 i forbindelse med, at kommunerne med strukturreformen overtog dele af den patientrettede forebyggelse fra regionerne. Til Sundhedscentret hører bl.a. kommunens høreomsorg, demenskoordination, forebyggende hjemmebesøg og ledsagerordning. Der er tilknyttet fem sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter og en fysioterapeut. De udvikler, koordinerer og underviser på kommunens forebyggelses- og rehabiliteringshold. Kommunen har forskellige tilbud til borgere med eller med risiko for KOL og type 2-diabetes. Borgerne kan enten selv henvende sig i Sundhedscentret, eller de kan blive henvist via almen praksis, sygehuset eller af andre sundhedsprofessionelle i kommunen og det private.

2.2. ALMEN PRAKSIS I HOLSTEBRO KOMMUNE

Der er i Holstebro Kommune atten lægepraksisser, der i størrelse varierer fra solopraksis til kompagniskabspraksis med op til seks faste læger.

Feltarbejdet har delvist været mærket af, at der i perioden har været en del omorganisering i almen praksis i form af "skilsmisser og nye ægteskaber" blandt de praktiserende læger, hvilket også har betydet ændringer i praksispersonalets hverdag og i nogle tilfælde også deres ansættelsesforhold. Nogle praksis er blevet splittet op og nye kompagnifællesskaber er blevet indgået. Den megen omorganisering har

[16] Lægehuset Ulfborg-Vemb er en nyetableret bygning fra 2013 med tre lægeklinikker.

betydet, at nogle læger har haft vanskeligt ved at afse tid til at deltage i feltarbejdet, fordi de har haft travlt med at afvikle eller etablere deres praksis. Andre læger der har været del af en omorganisering, har dog deltaget.

2.3. LÆGEKONFLIKTEN I 2013

En begivenhed, der fandt sted i forbindelse med mit feltarbejde, og som vurderes at udgøre en væsentlig kontekst for det tværsektorielle samspil mellem de praktiserende læger og kommunen, er lægekonflikten, der udspillede sig i foråret og sommeren 2013.

Konflikten brød ud, da de praktiserende lægers overenskomst med regionerne udløb 1. april 2013 uden, at man var nået til enighed om en ny aftale trods lange forudgående forhandlinger.[17] Forhandlingerne brød sammen i starten af maj 2013, hvorefter regionerne opsagde aftalen med lægerne med virkning fra 1. september 2013. Herefter fremlagde regeringen et lovforslag, som satte de overordnede rammer for almen praksis. Lovforslaget blev vedtaget i juni. Lovindgreb vakte så megen kritik og vrede blandt de praktiserende læger, at størstedelen af de praktiserende læger overvejede at deponere deres ydernummer. Dette blev imidlertid afværget, da et snævert flertal i PLO's repræsentantskab i slutningen af juni besluttede, at de praktiserende læger skulle beholde deres ydernummer. Konflikten blev hermed afblæst.

I Holstebro Kommune satte lægekonflikten sit tydelige aftryk. På flere af møderne mellem repræsentanter for de praktiserende læger og kommunen, som jeg fulgte både i foråret og efteråret 2013 samt under nogle af interviewene, udtrykte de praktiserende læger frustrationer og vrede over udviklingen i overenskomstforhandlingerne og den mistænkeliggørelse, som de så regionernes krav i overenskomstforhandlingerne som udtryk for. Endvidere optrådte fortællinger om, hvordan nogle læger var så trætte af det hele, at de var ved at lukke deres praksis samt om, hvordan andre læger var blevet dybt mærket af konflikten.

[17] Aftalen forhandles og indgås mellem forhandlere fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og fra De praktiserende lægers organisation (PLO). I overenskomsten fastlægges arbejdsvilkårene for de praktiserende læger heriblandt de økonomiske rammer for honoreringen af lægerne fra det offentlige. Baggrund for konflikten var, at regionerne med den nye overenskomst ønskede mere indflydelse over planlægningen i almen praksis – herunder mere kontrol over antallet af arbejdsopgaver og indflydelse på placeringen af de praktiserende læger samt krav om indberetning af sundhedsoplysninger via datafangst til centrale databaser i regionerne. De praktiserende læger ønskede på deres side ikke at afgive indflydelse med henvisning til deres virke som selvstændige erhvervsdrivende med ret til selv at tilrettelægge deres arbejde og med henvisning til patienthensynet og kvaliteten i patientrelationen.

I forhold til denne afhandling betød lægekonflikten, at jeg besluttede at udskyde mit feltarbejde, der skulle have været påbegyndt i foråret 2013, til efteråret 2013. Det gjorde jeg bl.a. på baggrund af drøftelse med nøglepersoner i kommunen og i almen praksis, der vurderede, at jeg ville få svært ved at finde informanter fra almen praksis, fordi der lige præcis i den omtalte periode var stor usikkerhed omkring almen praksis' fremtid og dermed også om det fremtidige samspil med kommunen.

2.4. ORGANISERINGEN AF SAMARBEJDET MELLEM ALMEN PRAKSIS OG KOMMUNEN

Samarbejdet mellem almen praksis og Holstebro Kommunen har været formaliseret gennem en årrække i form af en praksiskonsulentordning, der blev etableret og udvidet i løbet af perioden fra 2007 til 2009. I kommunen var der på tidspunktet for feltarbejdet ansat fire praksiskonsulenter, der var tilknyttet henholdsvis Sundhed, Børn og Unge, Social og Job samt Pleje, Træning og Visitation. Praksiskonsulenterne agerer talerør for de praktiserende læger i forhold til kommunen og omvendt talerør for kommunen i forhold til de praktiserende læger. De anses for at være legitime formidlere for lægerne med opbakning fra flertallet, men de kan ikke forpligte deres fagfæller på aftaler, ligesom der ikke kan forventes tilslutning fra alle læger. Det præcise indhold af den enkelte praksiskonsulents arbejde aftales mellem praksiskonsulenten og chefen for praksiskonsulentens område.

I kommunen er aftalt en tredelt mødestruktur med almen praksis. Niveau 1-møder er møder mellem repræsentanter for den kommunale direktion og medlemmer fra almen praksis (Holstebro Kommune, 2013). I forbindelse med, at det med overenskomsten for almen praksis i 2011 blev et krav, at der i alle kommuner er etableret et kommunalt-lægeligt udvalg, omdannede man niveau 1 møderne til at være møder mellem det kommunalt-lægelige udvalg og direktionen. Niveau 2 møder er møder mellem praksiskonsulenterne og den del af chefgruppen, der har reference til praksiskonsulenterne. Mødefrekvensen er cirka to gange årligt. Endeligt er niveau 3 møder to til fire årlige møder mellem den enkelte chef og den praksiskonsulent, der er tilknyttet chefens område. I forbindelse med mit feltarbejde fulgte jeg et møde i det kommunalt-lægelige udvalg samt to niveau 2 møder.

Strukturen for praksiskonsulentordningen, mødekalender og referater fra møderne mellem læger og kommunen er alle tilgængelige på en kommunal hjemmeside for de praktiserende læger. Hjemmesiden er udarbejdet af en af praksiskonsulenterne i samarbejde med ansatte fra kommunen. På hjemmesiden er der mulighed for at fremlægge kommunale nyheder af relevans for almen praksis og for samarbejdet mellem almen praksis og kommunen. Endvidere findes oplysninger om hver af praksiskonsulenternes områder med orientering om kommunale tilbud af relevans for almen praksis samt kontaktmuligheder. Det er blandt cheferne og praksiskon-

sulenterne aftalt, at materiale, der lægges ind på hjemmesiden, som hovedregel er blevet set og godkendt af praksiskonsulenterne.

På initiativ af praksiskonsulenterne og chefgruppen blev der afholdt en temadag for praktiserende læger, praksispersonale og samarbejdspartnere i Holstebro Kommune i marts 2013. Dagen havde til formål at give de praktiserende læger og deres praksispersonale indblik i kommunen og i de kommunale sundhedstilbud samt skabe rum for dialog. Dialogen blev søgt etableret både direkte ansigt til ansigt med de kommunalt ansatte ved kommunale stande med repræsentanter for de forskellige områder og i form af input og diskussion i plenum i forlængelse af indlæg fra bl.a. de kommunale chefer og praksiskonsulenterne. Til dagen, der blev afsluttet med en fælles festmiddag, var tilmeldt mere end 200 deltagere heriblandt en stor andel fra almen praksis.

KAPITEL 3. TEORETISKE PERSPEKTIVER

> ”The sensemaking perspective is a frame of mind about frames of mind that is best treated as a set of heuristics rather than as an algorithm” (Weick, 1995, s. xii)

I nærværende kapitel introduceres de teoretiske perspektiver, der ligger til grund for denne afhandlings tilgang til – og blik på – feltmaterialet og til besvarelsen af forskningsspørgsmålene. Indledningsvist præsenterer jeg det overordnede videnskabsteoretiske blik, der er udgangspunkt for afhandlingens fokus på meningsskabelse som et interessant fænomen at studere, og som også sætter rammerne for mit valg af teoretiske perspektiver. Hernæst præsenteres det meningsskabende perspektiv, som det er blevet beskrevet af Karl E. Weick (Weick 1995; Weick et al. 2005). Endelig præsenteres Rom Harré og Bronwyn Davies' (1990) postmodernistiske perspektiv på subjektpositionering.

Hensigten med at tale om teoretiske perspektiver fremfor teorier er flere. For det første er der ingen egentlig teori om meningsskabelse (Maitlis & Christianson, 2014). I stedet optræder termer såsom ”sensemaking lens”, ”sensemaking framework”, ”sensemaking as a process” og ”sensemaking perspective” (Ibid., s. 62). Weick anvender selv i hans berømte bog *Sensemaking in Organizations* betegnelsen ”sensemaking perspective”, idet han peger på, at perspektivets konturer endnu kun tegner sig svagt (Weick, 1995, s. xii). Bogens temaer må fremfor at blive betragtet som en teori, nærmere betragtes som ”a set of heuristics” og ” a developing set of ideas with explanatory possibilites” (Ibid., s. xii). Disse idéer og præliminære retningslinjer for tænkning omkring meningsskabelse udvikles i tæt dialog med andre sociologers, filosoffers og psykologers idéer og tanker. Deres idéer og tanker inddrages løbende i Weicks værk som dialogpartnere, der i værket kommer til at fungere som en art prismer, der både samler og bryder idéerne i det meningsskabende perspektiv.

En anden grund til at anvende termen 'teoretiske perspektiver' fremfor teorier er den konstruktivistiske og interaktionistiske forståelse af forholdet mellem et fænomen og dets betydning, som ligger til grund for dette studie, og som der bliver redegjort mere udførligt for i næste kapitel. Ifølge denne tilgang er betydning ikke noget selvstændigt i fænomenet iboende, men skabes derimod i den sociale interaktion mellem mennesker (Blumer, 1969). Det implicerer videre, at denne afhandlings fremstilling af meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen også er en konstruktion, der beror på et bestemt blik eller perspektiv, eller som Mats Alvesson og Kaj Sköldberg skriver med reference til Norwood Russell Hansons diktum om, at fakta altid er teoriladet: ”[W]e always lay a perspective into what we say, and not only that, but seeing is

inseperable from the perspective, *it is perspectival*" (Alvesson & Sköldberg, 2000/2009, s. 6). Det er "de iagttagelsesledende begreber", der ligger til grund for dette blik, som jeg i det følgende vil gøre rede for (Esmark et al., 2005, s. 11).

Weicks meningsskabende perspektiv i form af især dele af de syv karakteristika, som han opstiller for de meningsskabende processer, og Davies og Harrés positioneringsbegreb er de "iagttagelsesledende begreber" og begrebsmæssige konstruktioner, som jeg primært benytter mig af i forhold til at skærpe blikket for – og udfolde – de meningsskabelser, der er i spil i afhandlingens feltmateriale. De fungerer som Herbert Blumers "sentizing concepts", der anslår bestemte retninger, som forskeren kan følge (Blumer, 1969, s. 148). Undervejs i kapitlet redegør jeg samtidig for, hvordan perspektiverne finder anvendelse i afhandlingen, og hvilke udfordringer og blinde vinkler der kan være ved anvendelse af perspektiverne.

3.1. MENINGSSKABELSE I ORGANISATIONER

Ifølge Weick handler meningsskabelse om den proces, hvormed aktører i organisationer både individuelt og sammen søger at strukturere hverdagens flux for at gøre den organisatoriske virkelighed begribelig, ordnet og mulig at handle på:

> "We transform flux into workable hunches, act as if those hunches were plausible, create momentary order and, in the short run, the world into which we were thrown makes sense." (Weicks forord, Hammer & Høpner 2014, s. 11).

Meningsskabelse muliggør indramning af begivenheder og punktuering af de mange løbende informationer og sansninger, som organisatoriske aktører oplever, og gør herved verden mere enkel og kontrollerbar. Ifølge Weick skal begrebet "meningsskabelse" [*sensemaking*] forstås bogstavligt som "skabelse af mening" [*making of sense*] (Weick, 1995, s. 14). Weick spiller her på den dobbelte betydning af det engelske ord "sense". Ordet betyder både "mening" og "sans" (det man sanser eller opfatter). I den meningsskabende proces er aktørerne selv med til at skabe deres omgivelser. De opdager ikke bare noget i deres omgivelser, men er selv aktive i forhold til at udvælge og afgrænse det, som der skabes mening om:

> "To sense something sounds like an act of discovery. But to sense something there must be something there to create the sensation. And sensemaking suggests the construction of that which then becomes sensible." (Weick, 1995, s. 14).

Netop det aktive skabende element i den meningsskabende proces betyder, at meningsskabelse ikke er det samme som fortolkning, selvom de to begreber ofte optræder synonymt. I en fortolkning er det på forhånd givet, hvad der skal fortolkes.

Med en litterær analogi kan man sige, at teksten ligger klar til læsning og tolkning. Det værdifulde ved det meningsskabende perspektiv er derimod, at det også sætter fokus på den skabelse, der går forud for den fortolkende proces. Det meningsskabende perspektiv omhandler således også, hvordan aktørerne udvælger, hvad der skal fortolkes. Det handler *både* om, hvordan teksten er konstrueret, *og* om hvordan denne konstruktion har betydning for, hvad der læses og fortolkes (Ibid.). Inddragelse af fokus på konstruktionen af det, der ses og fortolkes, beror på, at de organisatoriske omgivelser er så komplekse og sammensatte, at aktørerne står over for en mangfoldighed af muligheder for at skabe mening. Ved at fokusere på – og udvælge – bestemte elementer i omgivelserne er aktørerne med til at skabe de omgivelser, som de fortolker og skaber mening om. Med en anden analogi fra Weick kan man sige, at aktørerne skaber et kort over omgivelserne. Kortet ser ikke nødvendigvis helt ens ud for alle aktører i en organisation. Vigtig er, at de forskellige kort er tilstrækkeligt ens til, at det tillader aktørerne at koordinere deres arbejde med hinanden (Ibid.). Det samme gør sig gældende for de forskellige kort, som aktører fra forskellige typer af organisationer genererer om de andre organisationer og om den tværgående organisering.

Organisatorisk meningsskabelse kan altså betragtes som aktørernes skitsering af kort over deres organisation og deres omgivelser. Kortene bliver løbende testet og tilpasset gennem aktørernes kommunikation og handlinger med hinanden. I forhold til det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen kan man altså forestille sig, at kortene – i henholdsvis almen praksis og kommunen og videre kortene i de enkelte praksis og organisatoriske enheder i kommunen – er skitseret helt forskelligt i forhold til eksempelvis perspektiver, detaljeringsgrader og elementer, som er inkluderet. Det er netop gennem udvælgelse af bestemte elementer i det tværgående samspil og koblingen af disse elementer med bestemte individuelle og intersubjektive forståelsesrammer, at aktørerne skaber et landkort over det tværgående samspil og det nære sundhedsvæsen, som de efterfølgende forholder sig til og fortolker (Ibid.). Det meningsskabende perspektiv betyder således, at der kommer fokus på processerne omkring udvælgelsen af kortelementerne frem for alene på det endelige resultat (kortet) og på de relationelle og interaktive processer, hvormed kortene justeres og tilpasses frem for alene på de handlinger, som følger af tolkningen af kortene. Både oplevelser af barrierer for samspillet og af forhold, der er med til at fremme det, er resultater af aktive, individuelle og intersubjektive processer, hvor aktørerne selv er med til at generere de forhold, som de efterfølgende søger at forklare, fortolke og handle ud fra. Det skal videre bemærkes, at handling også kan være undladelse af at handle, idet meningsskabelse også kan resultere i "an understanding that action should not be taken or that a better understandig of the event or situation is needed" (Ibid., s. 5).

I forlængelse af ovenstående omtale af både individuelle og intersubjektive processer i den organisatoriske meningsskabelse skal det nævnes, at flere forskere peger på, at der i den meningsskabende litteratur er en deling i forhold til, om menings-

skabelse overvejende skal betragtes som individuelle-kognitive processer eller som sociale og mere diskursive processer (Maitlis & Christianson, 2014; Brown et al., 2015; Sandberg & Tsoukas, 2015). Den manglende klarhed synes til dels at have historiske rødder, idet forskningen i organisationer i 1980'erne havde en mere kognitiv orientering (se f.eks. Starbuck & Miliken, 1988), mens forskningen fra 90'erne og frem tog en diskursiv drejning og samtidig hermed også begyndte at fokusere mere på de indlejrede sociale processer i organisatorisk meningsskabelse (Maitlis & Christianson, 2014). Weicks værk er del af denne udvikling, idet hans tidlige værk *The Social Psychology of Organizing* (1979) anses for at have bidraget betydeligt til den kognitive drejning i organisationsstudierne, mens hans senere værker gradvist bevæger sig fra et overvejende kognitivt perspektiv mod et mere sprogligt, socialt og konstruktivistisk perspektiv (Sandberg & Tsoukas, 2015). I Weicks værk fra 1995 spores denne bevægelse fra det kognitive mod det mere konstruktivistiske perspektiv, idet han angående spørgsmålet om, hvorvidt meningsskabelse skal betragtes som en individuel eller kollektiv aktivitet, fastholder en spænding i form af et 'både og': "Sensemaking is grounded in both individual and social activity, and whether the two are even separable will be a recurrent issue in this book, because it has been a durable tension in the human condition." (Weick, 1995, s. 6). Weicks betoning af sprogets og det sociales betydning i *Sensemaking in Organizations* (1995) og i hans senere værker betyder imidlertid, at han i dag henregnes til gruppen af forskere, der forstår meningsskabelse som en social proces (Maitlis & Christianson, 2014).

3.1.1. FOKUS PÅ ORGANISERING OG PROCES

Det meningsskabende perspektiv er koblet til en relationel og dynamisk tilgang til organisationer. Det udtrykkes først og fremmest ved, at man taler om organisering fremfor om organisationer. Organisationer er i Weicks perspektiv langt mere komplekse og rodede, end de gængse forestillinger tilsiger. I stedet for forestillingen om organisationer som velordnede strukturer med stabile arbejdsdelinger og fælles mål, som de bl.a. findes repræsenteret i organisationsdiagrammernes kasser og pile, forstår Weick organisationer som steder, hvor en mere usikker social orden opstår og kontinuerligt vedligeholdes gennem aktørernes gensidigt betingede handlinger og gensidige forståelse af temaer af fælles interesse. En af karakteristikkerne ved organiseringer er, at "the social forms of organization consist basically of patterned activity developed and maintained through continuous communication activity, during which participants evolve equivalent understandings around issues of common interest" (Weick, 1995, s. 5).

Organisering er altså bestemte sociale aktivitetsmønstre (såsom rutiner og tilvænnede handlemønstre), der udvikles og vedligeholdes gennem kommunikativ samskaben af gensidig forståelse af temaer af fælles interesse. Det er en væsentlig

pointe, at Weick skriver ”temaer af fælles interesse” og ikke fælles mål. Organisering er i høj grad mulig, fordi aktører kan indgå i gensidigt betingede relationer uden at forfølge samme mål. De kan med andre ord godt koordinere deres arbejde uden at arbejde mod samme mål. Ofte vil relationerne dog over tid betyde, at der udvikles fælles normer og mål. Organisationer eller nærmere organiseringer består altså af gensidigt betingede handlinger og tilvænnede handlemønstre, der har deres oprindelse i – og formes gennem – aktørernes gensidige kommunikation og dynamiske relationer (Ibid.). I forbindelse med, at de organisatoriske omgivelser ændrer sig, og at der sker ændringer i organisationen i form af eksempelvis udskiftning af aktører, vil relationerne og de gensidige betingede handlinger gradvist ændre sig. Organisationer er derfor også altid delvist under forandring, selvom rutiner og gensidigt betingede handlinger også betyder, at der er en vis stabilitet og orden. Sat en smule på spidsen kan man sige, at når man taler om organisationer, taler man i Weicks perspektiv om noget, der i princippet ikke længere er, fordi de organisatoriske processer hele tiden pågår. Man kan med andre ord kun tale om øjebliksbilleder af sociale handle- og relationsmønstre fra fortiden, og organisationer bliver på den måde med Kajsa Lindbergs ord ”temporære reifikationer” (Lindberg, 2002, s. 61).

Meningsdannelse og organisering er tæt koblet. De konstituerer så at sige hinanden. Organisering emergerer gennem aktørerne i organisationernes meningsskabende processer, mens omvendt organiseringer influerer og former aktørernes meningsskabelse (Weick et al., 2005). Både organisering og meningsdannelse er udtryk for måder, hvorpå aktører møder og søger at løse problemer og opgaver i hverdagen, idet de samtidig hermed skaber en orden i omgivelserne, som de selv er del af og agerer i:

> ”A central theme in both organizing and sensemaking is that people organize to make sense of equivocal inputs and enact this sense back into the world to make that world more orderly.” (Ibid., s. 410).

Den tætte sammenhæng mellem organisering og meningsskabelse efterlader imidlertid spørgsmålet, om der er organisering uafhængigt af meningsskabelse (Hammer & Høpner, 2014). Ifølge Barbara Czarniawska er der en forskel. Forskellen er, at meningsskabelse angår sprog, mens organisering også kan inkludere ikkesproglige handlinger: ”Organisering er at introducere orden generelt. Meningsskabelse er at organisere mening.” (Czarniawska citeret i Hammer & Høpner, 2014, s. 28). I denne afhandling er fokus på meningsskabelse og sprog, dvs. hvordan aktørerne gennem deres måder at tale og fortælle om det tværgående samspil på organiserer mening, og hvordan dette er med til at skabe en bestemt rettethed i deres opmærksomhed, som gør, at nogle handlinger bliver mere oplagte end andre.

Weick har især et intraorganisatorisk perspektiv på meningsskabelse, men jeg vil i denne afhandling anvende hans perspektiv i en tværgående sammenhæng, nemlig i forhold til samspillet mellem aktører fra forskellige organisationer. Den tværgående

organisering mellem kommune og almen praksis kan i lyset af Weicks meningsskabende perspektiv betragtes som organiseringer mellem organisationer. Hermed betones, at det er organiseringer, der emergerer i kraft af de forskellige organisatoriske aktørers meningsskabende processer. Organisering i dette horisontale perspektiv handler altså ikke om styring og formelle strukturer, hvor fordeling af ansvarsområder og anvendelse af ressourcer betones (Lindberg, 2002). Det er derimod et perspektiv, der går tæt på aktørernes oplevelse af hverdagens samspil og de meningsskabende processer, der viser sig i aktørernes handlinger og i den daglige praktiske organisering mellem organisationerne og dele af organisationerne. En konsekvens af perspektivet er endvidere, at organisering ikke betragtes som en stabil tilstand, men som en proces, hvor grupper af aktører, deres meningsskabelse og aktiviteter er dynamisk koblet til hinanden.

3.1.2. MENINGSSKABELSENS SYV KARAKTERISTIKA

For nærmere at forstå den meningsskabende proces kan det være nyttigt at udfolde de syv særlige karakteristika, som Weick identificerer på baggrund af en omfattende gennemgang af litteraturen om meningsskabelse (Weick, 1995). De syv karakteristika er ikke udtømmende, ligesom de ikke nødvendigvis alle er lige fremtrædende i en given proces. De vil dog ofte være betydningsfulde, og man kan derfor betragte dem som ”an observer’s manual or a set of raw materials for disciplined imagination” (Ibid., s. 18). Hver karakteristika angår kontekst og handling, der begge anses som nøgleaspekter i meningsskabelse. De danner tilsammen en sekvens, der opsummerer den meningsskabende proces, som Weick forstår den:

> ”Viewed as a significant process of organizing, sensemaking unfolds as a sequence in which people concerned with identity in the social context of other actors engage ongoing circumstances from which they extract cues and make plausible sense retrospectively, while enacting more or less order into those ongoing circumstances.” (Weick et al., 2005, s. 409).

Sekvensen illustrerer, hvordan den meningsskabende proces altid grundlæggende er påvirket af de syv karakteristika. Da de alle er vigtige for forståelsen af Weicks meningsskabede perspektiv, vil hver af de syv karakteristika blive gennemgået i det følgende.

1) Meningsskabelse sker med udgangspunkt i identitetskonstruktion

I et meningsskabende perspektiv er identitet fluktuerende, sammensat og relationelt konstitueret. Identitet skabes i relationer, og derfor er identitet også åben for fortolkning, forhandling og forandring (Weick, 1995; Weick et. al., 2005). Identitet

er med andre ord uløseligt forbundet med meningsskabelse. På den ene side er det gennem den enkeltes identifikation af, hvem vedkommende er, at det bliver muligt at definere, hvem den anden eller det andet er, og hvordan man skal forstå og forholde sig til det. På den anden side virker forestillingen om den andens billede af en, af ens organisation og af ens profession m.m. tilbage på en og påvirker en alt efter, om disse mere eller mindre bevidst anses for at være konsistente med, trusler mod eller muligheder for en bestemt identitet (Weick, 1995). Den enkelte aktørs identitet er altså sammensat og repræsenterer både et individniveau, der handler om, hvem er jeg, og et kollektivt niveau i form af eksempelvis det organisatoriske og fagprofessionelle tilhørsforhold, der kredser om, hvem er vi. Det afgørende for, hvordan den enkelte aktør tolker og skaber mening om begivenheder vedrørende eksempelvis det tværgående samspil og omverdenens krav hertil, er, hvorvidt de synes at repræsentere en mulighed for at opretholde et selvbillede, der er positivt [*self-enhancement*], konsistent [*self-consistency*] og med agens [*self-efficacy*] (Erez & Earley, 1993; Weick, 1995, s. 20). Oplevet inkonsistens mellem ens eget billede og andres billede af eksempelvis ens type af arbejde, ens organisation eller ens profession har betydning for, hvorledes den enkelte aktør forstår sin omverden, og for hvilke betydninger hændelser får, afhængig af hvilke billeder den enkelte associerer sig med eller tager afstand fra (Dutton & Dukerich, 1991; Weick, 1995; Tracy et. al., 2006). Alt efter om aktørerne oplever, at andres billeder af dem er i overensstemmelse med eller divergerer fra deres selvforståelse, vil aktørernes gængse måde at skabe mening på styrkes eller destabiliseres. I sidstnævnte tilfælde åbnes mulighed for nye måder at skabe mening på.

Forandringer eller forstyrrelser i den organisatoriske hverdag og i de organisatoriske rutiner er vigtige anledninger til meningsskabelse, fordi de ofte foranlediger refleksive spørgsmål såsom ”hvem er vi”, og ”hvordan gør vi tingene” (Mills et al., 2010, s. 187). Weick understreger meningsskabelsens refleksive og selvreferentielle karakter, idet han vender den gængse forståelse af fortolkning på hovedet og spørger, hvorvidt det er omgivelserne, der bliver fortolket og tilskrevet mening, eller om det er selvet, der bliver fortolket i aktørens møde med sine omgivelser. Weick skriver:

> “I make sense of whatever happens around me by asking, what implications do these events have for who I will be. […]. I derive cues as to what the situation means from the self that feels most appropriate to deal with it, and much less from what is going on out there.” (Weick, 1995, s. 23-24).

Måden, den enkelte aktør opfatter sig selv på – og ønsker at blive opfattet på – har betydning for, hvordan vedkommende forstår sin omverden og skaber mening. Da den enkeltes identitet er sammensat, betyder det samtidig, at man i mødet med omverdenen har mulighed for at trække på flere forskellige typer af selvforståelser eller ’jeg’er’.

Den meningsskabende proces' dynamiske, selvreferentielle og intersubjektive karakter betyder, at man må have øje for, hvordan mening opstår på baggrund af den enkelte aktørs forestillinger om sig selv i form af bl.a. sit arbejde, sin organisation og sine omgivelser, herunder også hvordan aktørerne oplever, at andre ser dem.

2) Meningsskabelse sker retrospektivt

Når en aktør skaber mening, har den begivenhed eller situation, som der skabes mening om, altid allerede fundet sted. Med reference til Alfred Shutz's fænomenologiske analyse af hverdagslivet forstår Weick meningsskabelse som en retrospektiv og refleksiv handling, der sker fra et bestemt punkt i tiden: "People are always in the middle of things, which become things, only when those people focus on the past from some point of view." (Weick, 1995, s. 43). Den levede erfaring, som Weick adresserer med den fænomenologiske term "pure duration", er uden afgrænsning og mening (Ibid., s. 25). Mening er ikke i tingene eller i begivenhederne, den opstår først, idet tiden optræder som afgrænsede begivenheder, og qua den opmærksomhed som rettes mod tingene eller begivenhederne (Weick, 1995; Gioia & Chittipeddi, 1991). Det refleksive element betyder desuden, at en erindret begivenhed altid vil blive set i lyset af aktørens hidtidige erfaringer og forforståelser samt i lyset af de følelser, projekter og mål, som optager aktøren på tidspunktet for meningsskabelsen (Gioia & Chittipeddi, 1991).

Organisatoriske aktører er ofte optaget af mange projekter på samme tid, hvilket betyder, at erindrede begivenheder vil kunne tilskrives mange forskellige meninger alt efter, hvilke projekter begivenhederne ses i lyset af (Weick, 1995). Disse meningsskabelser vil være mere eller mindre forenelige. Afgørende er, at retrospektiv meningsskabelse må betragtes som en handling, hvor aktørerne nogle gange søger at forene eller koble forskellige og eventuelt modstridende meninger, fordi de er optaget af flere forskellige projekter på samme tid (Ibid.).

Aktørernes aktuelle situation og aktuelle behov vil påvirke meningsskabelsen. Det betyder også, at den mening, som en begivenhed eller et forhold tillægges, vil kunne ændre sig i forbindelse med, at aktørernes situation og behov ændrer sig. Den meningsskabende proces genoptages eller fortsættes imidlertid ikke i det uendelige. Et vigtigt mål med den meningsskabende proces er, at den giver "the *feeling of order, clarity, and rationality*" (Ibid., s. 29). Når en sådan "følelse" er opnået, ophører processen, og aktørerne stiller sig tilfredse med den mening, som giver anledning til følelsen.

Feltarbejdet i forbindelse med denne afhandling fandt sted med et til halvandet års mellemrum. Det er på baggrund af ovenstående forventeligt, at de aktører, der indgik flere gange i feltstudiet med et vist tidsrum imellem, vil konstruere fortidige begivenheder anderledes på et senere tidspunkt end ved feltarbejdets start. Dette må eksempelvis forventes, hvis der er sket væsentlige ændringer i aktørernes særlige

situationer og behov, eller hvis der i den mellemliggende periode er blevet afsluttet længerevarende komplicerede processer. Ifølge Weick har organisatoriske aktører nemlig en tendens til at erindre komplekse processer som langt mere enkle og determinerede, når aktørerne kender resultatet af processerne, end de fremgår undervejs. Weick formulerer også denne tanke med ordene: ”How can I know what we did until I see what we produced?” (Ibid., s. 30). Sentensen understreger, hvordan organisatorisk handling i det meningsskabende perspektiv – i modsætning til mere logisk rationelle perspektiver – går forud for meningsskabelse.

3) Enactive of sensible enviroments

Det blev indledningsvist omtalt, hvordan organisatoriske aktører i Weicks meningsskabende perspektiv er med til selv at skabe deres omgivelser. Med det lidt særegne ord ”enactment”, der ifølge Hammer & Høpner kan oversættes med ”at skabe i handling” (Hammer & Høpner, 2014, s. 112), søger Weick at indfange betydningen af, at organisatoriske aktører gennem deres handlinger selv er med til at skabe deres omgivelser. Omgivelserne er ikke noget ydre og uafhængigt af aktørerne, de er del af dem: ”They act and in doing so create the materials that become the constraints and opportunities they face.” (Weick, 1995, s. 31). Når aktørerne skaber mening gennem bestemte retrospektive punkteringer og ramme-sætninger af det levede liv, er de samtidig gennem deres handlinger med til at aftvinge bestemte responser og forandringer i deres omverden. Disse responser og forandringer udgør herefter aktørernes omgivelser med de begrænsninger og muligheder, som ligger heri. Aktørerne skaber således det, som de forventer at finde – de opdager så at sige deres egne opfindelser (Weick, 1995; Porac et al., 1989).

Med begrebet ”enactment” søger Weick at udfordre den gængse forståelse af stimulus/respons forholdet. Med henvisning til Mary Parker Follet (1924) argumenterer Weick for, at aktører ikke først modtager stimuli og herefter handler. De opfattede stimuli er nemlig resultater af aktørernes egne handlinger. Det, som således udgør stimuli i en proces, er respons på stimuli i en anden proces. Derfor giver det ifølge Weick heller ikke mening at adskille stimuli/respons og videre subjekt/objekt eller årsag/effekt i organisatoriske processer. Dette ville kræve, at man kunne afgøre, hvornår en given proces begyndte og sluttede, eller hvornår påvirkningerne og forandringerne begyndte. Dette lader sig ikke gøre, og det giver derfor kun mening at tale om momenter i processer (Weick, 1995).

I konteksten af denne afhandling betyder Weicks begreb om ”enactment”, at man må have øje for, hvordan aktørernes handlinger – herunder deres måde at skabe mening på, og deres måde at tale om tingene på – er med til at skabe de omgivelser, som aktørerne oplever at befinde sig i.

4) Meningsskabelse er social

Som det allerede fremgik af afsnittet om meningsskabelse og identitet, er meningsskabelse en social og intersubjektiv proces. Gennem sociale interaktioner og gennem udvikling af fælles sprog opnår aktører i organisationer et ”netværk af intersubjektive delte meninger” (Walsh & Ungson, 1991, s. 60 citeret i Weick, 1995, s. 39, min oversættelse). Weicks fokus er på meningsskabelse i organisationer, men med referencer til Alfred Schutz’s (1964) analyse af den fremmede og med henvisning til Jean Lave & Étienne Wengers (1991) forståelse af socialiseringsprocessen som en art ”mesterlære” forstås, at samme type af socialiseringsproces også er gældende for fagprofessionelle aktører. Gennem aktørernes uddannelse, deres fagprofessionelle og arbejdsmæssige erfaringer indgår de i kontinuerlige (re)konstruktioner af fagprofessionelle intersubjektive meninger, normer og fælles sprog.

Weicks forståelse af de sociale processers betydning for meningsskabelsen trækker tråde tilbage til den tidlige amerikanske pragmatisme i form af bl.a. George Herbert Mead og hans elev Herbert Blumer, der formulerede den symbolske interaktionisme (Weick, 1995). I overensstemmelse med den symbolske interaktionisme forstår Weick meningsskabelse som intersubjektive og lokalt situerede processer, der formes gennem aktørernes sociale interaktioner. Med inspiration fra Meads ”generaliserede anden” [*generalised other*] og den symbolske interaktionisme er det videre en vigtig pointe hos Weick, at den meningsskabende proces er socialt konstitueret også uden det direkte fysiske nærvær af andre aktører (Mead, 1934, s. 155, Weick, 1995). Det forestillede eller implicitte nærvær af andre aktører er således lige så afgørende for aktørernes meningsskabende processer som deres fysiske tilstedeværelse er (Weick, 1995).

Et andet vigtigt aspekt af det sociale element i den meningsskabende proces er, at processen også er social, når den foranlediger koordinerede handlinger, uden at disse beror på delte meninger eller fælles forståelser. Også her trækker Weick på Blumer og dennes beskrivelse af samfundet som beroende på ”*workable* relations” og gensidig ”afstemning” [*alignment*] af handlinger mere end på ”deling af fælles værdier” [*sharing of common values*] (Blumer, 1969, s. 76 citeret i Weick, 1995, s. 43, min oversættelse). Denne pragmatiske forståelse af det sociale element i den meningsskabende proces får videre Weick til at argumentere for, at det er vigtigt at rette opmærksomheden mod ”sufficient cues for coordination such as a generalized other, prototypes, stereotypes, and roles” (Weick, 1995, s. 42). Koordineret (sam)handling handler således ifølge Weick om at finde ud af, hvad der er tilstrækkeligt, for at aktører kan tilpasse deres handlinger til hinanden. Det sker eksempelvis gennem typificeringer og brug af bestemte enkle vokabularer.

Set i lyset af denne afhandlings fokus på meningsskabelse omkring det tværgående samspil blandt professionelle aktører, der qua deres forskellige organisatoriske forankringer kun i begrænset omfang indgår i direkte fysisk interaktion med

hinanden, er det relevant at undersøge, hvilke ”ledetråde for koordineret handling” [*cues for coordination*] aktørerne trækker på i deres forsøg på at skabe mening om samspillet samt i deres afsøgning af mulige ”handlehorisonter” [*line of action*] (Ibid., s. 42-43). Hvilke forventninger har aktørerne eksempelvis til hinanden, og hvorvidt blokerer eller faciliterer disse forventningerne gensidigt koordineret handling? Relevant er endvidere at have øje for, hvem de professionelle aktører inddrager og trækker på som forestillede samtalepartnere i de meningsskabende processer, hvor direkte social interaktion er begrænset på tværs af organisationerne. Det handler med en term lånt fra Harry Stack Sullivan om at have øje for, hvem aktørerne trækker på som ”signifikante andre” [*significant others*] i de meningsskabende processer omkring det tværgående samspil (Sullivan, 2012, s. 13).

5) Meningsskabelse er en vedvarende proces

Meningsskabelse har ingen egentlig begyndelse eller afslutning. Mennesker er altid midt i noget og hermed er meningsskabelse altid allerede i gang, før man kan definere en egentlig begyndelse. Med reference til Martin Heidegger bruger Weick termen ”kastethed” til at beskrive, hvordan mennesker altid er i et kontinuerligt flow af handlinger, begivenheder og projekter (Weick, 1995, s. 44). I det levede øjeblik af ”pure duration” handler og reagerer mennesker umiddelbart (Ibid., s. 43). Refleksion og meningsskabelse kommer altid senere, idet bestemte øjeblikke retrospektivt udgrænses af strømmen af begivenheder og gøres til genstand for mening i lyset af den enkeltes tidligere erfaringer og meningsskabelser – samt i lyset af de følelser, mål og projekter, som vedkommende for nærværende er optaget af. Meningsskabelse i organisationer er således en fortløbende proces, hvor aktørerne trækker på – og samtidig hermed løbende reviderer – allerede etablerede meningskonstruktioner. Den meningsskabende proces og dens indhold kan imidlertid synes skjult. Processen bliver synlig, når det rutinemæssige flow af begivenheder og situationer forstyrres, og der opstår behov for at skabe ny mening eller for at tilpasse det nye til allerede etablerede meningskonstruktioner.

Forstyrrelser kan forstås som begivenheder, der enten hindrer eller hjælper en aktørs gennemførelse af en handling, tankerække eller plan (Ibid.). De er i det meningsskabende perspektiv tæt koblet til følelser. Weick henviser til Ellen S. Berscheid (1983) og George Mandler (1984), der argumenterer for, at følelser er betinget af øget aktivitet i det autonome nervesystem, hvilket netop sker ved forstyrrelse af igangværende aktiviteter. Følelser bliver i forlængelse heraf defineret som det, der sker i perioden fra et kontinuerligt flow forstyrres, til forstyrrelsen enten er fjernet, eller der er fundet en alternativ respons, som tillader flowet at fortsætte. Jo længere tid der går fra oplevelse af en forstyrrelse, til der er skabt ny mening og fundet alternative handlemuligheder, jo mere aktivitet vil der være i det autonome nervesystem og hermed også des stærkere følelser.

I lyset af ovenstående mener Weick, at mere fleksible medarbejdere såsom generalister og aktører, der generelt er gode til at improvisere (eksempelvis grundet meget erfaring), vil have lettere ved hurtigt at finde alternative responsmuligheder og ved at skabe mening i forstyrrelser, uden at der når at opstå stærke følelser. Omvendt må man forvente flere stærke følelser og flere emotionelt initierede meningsskabende processer, jo mere specialiserede aktørerne er, eller jo mere organiseret og tæt koblet aktørernes handlesekvenser er, fordi det gør det sværere for aktørerne at finde mening og nå frem til alternative handlemuligheder ved forstyrrelser. Til gengæld må man forvente mindre stærke følelser i forbindelse med mindre organiserede og mere løst koblet handlesekvenser, fordi der er færre forventninger, hvilket gør det lettere for aktørerne at finde alternative handlemuligheder og skabe mening i forstyrrelserne. Weick skriver videre, at de opbyggede følelser vil være af negativ karakter såsom vrede eller irritation, hvis der er tale om forstyrrelser, som hindrer gennemførelse af handlesekvenser og planer. Mens de omvendt er af positiv karakter såsom glæde eller lettelse, hvis en forstyrrelse uventet hjælper til at gennemføre aktiviteter og planer hurtigere end forventet, eller hvis de hjælper til at fjerne forstyrrelser, der hidtil har hindret aktiviteter eller planers gennemførelse.

6) Meningsskabelse er fokuseret på og udgår fra ledetråde

Meningsskabelse i organisationer sker ved, at aktørerne fokuserer på bestemte elementer i en begivenhed eller situation. Det er i lyset af disse elementer, at helheden forstås. Elementerne bliver hermed ”ledetråde” [*cues*], ud fra hvilke meningen med begivenheden eller situationen skabes (Weick, 1995, s. 49). Weick sammenligner også ledetrådene med en plantes frø, fordi de på den ene side er bestemmende for, hvilken mening der skabes, mens konteksten på den anden side påvirker, hvilken mening ledetrådene bliver til (Ibid.). Den sociale kontekst er således afgørende for meningsskabelsen af to grunde. For det første fordi konteksten er bestemmende for, hvad det overhovedet er, aktørerne bemærker i deres omgivelser: ”Context affects what is extracted as a cue in the first place” (Ibid., s. 51). For det andet har konteksten betydning for, hvordan det, der bemærkes [*extracted cues*], bliver fortolket (Ibid., s. 51).

Weick definerer ikke tydeligt, hvad der danner baggrund for, at aktører udvælger bestemte ledetråde. Han citerer bl.a. Susan F. Fiske & Shelley E. Taylor (1991), der på baggrund af en gennemgang af den sociale kognitive litteratur skriver, at blandt de ting, der bemærkes, er:

> ”[T]hings that are novel or perceptually figural in context, people or behaviors that are unusual or unexpected, behaviors that are extreme and (sometimes) negative, and stimuli relevant to our current goal […].” (Fiske & Taylor, 1991, s. 265-266 citeret i Weick, 1995, s. 52).

Den sociale kontekst er bestemmende for, hvad der bemærkes, fordi den qua etablerede rutiner, normer og forventninger er med til at afgøre, hvilke tegn og

informationer fra omverdenen der gives opmærksomhed, men også fordi rutiner, normer og forventninger er med til at definere, hvornår elementer fra omverdenen omvendt stikker ud og virker forstyrrende. Endelig har også personlige dispositioner betydning for, hvilke ledetråde en aktør hæfter sig ved (Weick, 1995).

En vigtig pointe ved Weicks forståelse af sammenhængen mellem ledetråde, den sociale kontekst og den meningsskabende proces er, at ledetrådene forbinder elementer kognitivt til en samlet forståelse af en situation. Idet aktørerne handler på baggrund af deres forståelse af den formodede sammenhæng, er de med til at virkeliggøre selvsamme sammenhæng: ”A presumed order becomes a tangible order when faith is followed by enactment.” (Weick, 1995, s. 52). Ledetrådene er derfor ikke kun at betragte som ”udledte” [*extracted*]. De er også ”skabte” [*enacted*], fordi de via aktørernes handlinger er med til at skabe de omgivelser, som aktørerne siden forholder sig til og udleder ledetråde af (Ibid., s. 81). Ledetrådene bliver på den måde selvopfyldende profetier” [*self-fulfilling prophecies*], fordi aktørerne ser det, som de forventer at se gennem en kombination af deres selektive opfattelse af omgivelserne og deres handlinger på baggrund af denne opfattelse (Ibid., s. 145).

7) Meningsskabelse er drevet af plausibilitet nærmere end af akkuratesse

Det er tidligere blevet omtalt, at et vigtigt mål med den meningsskabende proces er at give en følelse af orden, klarhed og rationalitet, og at aktørerne stopper med at søge mening, når denne følelse er opnået. Med det syvende karakteristika for den meningsskabende proces understreger Weick, at meningsskabelse ikke hviler på og afhænger af præcise og akkurate billeder af omgivelserne. Tværtimod handler meningsskabelse om ”plausibility, pragmatics, coherence, reasonableness, creation, invention, and instrumentalitiy” (Weick, 1995, s. 57). Som det allerede er antydet i gennemgangen af de seks foregående karakteristika, er den meningsskabende proces i vid udstrækning drevet af forsøg på at håndtere forstyrrelser og usikkerheder, der hindrer aktørerne i at fortsætte deres projekter og igangværende gøremål, eller som giver anledning til destabilisering af aktørernes selvbillede. Afsøgning af mening ophører imidlertid, så snart aktørerne er nået frem til en plausibel og sammenhængende forklaring på en hændelse eller begivenhed, der tillader aktørerne at fortsætte deres projekter og gøremål, og som samtidig tillader aktørerne at opretholde et stabilt og positivt selvbillede (Ibid., Sutcliffe, 1994). Det væsentlige er altså ikke, om forklaringen eller billedet af omgivelserne er objektivt ’sandt’ eller sandt i andres øjne, men om det tillader aktørerne at handle og komme videre på en for aktørerne attraktiv måde.

Da meningsskabelse mere handler om plausibilitet end akkuratesse samt om forklaringer, der skaber sammenhænge, der både rummer erfaringer og forventninger, men som også er interessante og følelsesmæssigt engagerende, bliver fortællinger ifølge Weick et grundelement i de meningsskabende processer. Fortællinger er netop plausible og sammenhængende forklaringer på begivenheder i en

form, der er erindringsværdige, og som samtidig kan fungere handleanvisende i forhold til fremtiden. De sammenbinder erfaringer, følelser, tanker og forventninger på en måde, der både giver mening til fortiden og giver energi og engagement i fremtidige handlinger. Weick skriver:

> ”A good story holds disparate elements together long enough to energize and guide action, plausibly enough to allow people to make retrospective sense of whatever happens, and engagingly enough that others will contribute their own inputs in the interest of sensemaking.” (Weick, 1995, s. 61).

Meningsskabelse handler altså i højere grad om fortællinger, der er socialt acceptable og troværdige, end om præcise og akkurate gengivelser af begivenheder. Sidstnævnte synes ifølge Weick frugtesløse og uden praktisk betydning i en postmoderne verden præget af modstridende interesser, flertydige fortolkningsmuligheder og skiftende identiteter. Fortællinger er derimod vigtige, fordi de fungerer som en art skabeloner, der på en og samme tid forklarer fortiden og samtidig rummer ansatser og mønstre i sig, der hjælper til at skabe orden og mening i fremtiden (Ibid.).

3.1.3. MENINGSSKABELSENS SUBSTANS

De foregående afsnit har sat fokus på meningsskabelse som proces. For at forstå den meningsskabende proces må man imidlertid også søge at forstå, hvad der indgår i processen. Det følgende afsnit handler derfor om, hvad der indgår i processen, når aktører i organisationer skaber mening, dvs. meningsskabelsens substans.

Weick adresserer spørgsmålet om meningsskabelsens substans som et spørgsmål om at finde ud af, hvilke forståelsesrammer og vokabularer aktørerne trækker på, når de ”konstruerer roller og fortolker objekter” (Weick, 1995, s. 109). Til at beskrive meningsskabelsens substans anvender Weick betegnelsen ”minimal sensible structures” (Ibid., s. 109). De er de fundamentale byggeblokke i den meningsskabende proces. De består dels af rammer med hver deres sæt af bestemte abstraktioner og typificeringer baseret på tidligere erfaringer og socialisering (Ibid., s. 51). Dels af specifikke erfaringer, der får karakter af ledetråde, når de kobles med – og forstås inden for konteksten af – bestemt rammer. Det er hverken de oplevede begivenheder (ledetrådene) eller rammerne i sig selv, der skaber mening. Mening skabes, idet ramme og ledetråde kobles, og derfor er mening ”relationel” (Ibid., s. 110). Meningsskabelsens substans består således både i rammen [*frame*], i bestemte elementer i en oplevet begivenhed eller erfaring [*cue*] og i forbindelsen mellem dem [*connection*] (Ibid., s. 110). Meningsskabelse sker altså, idet aktørerne hæfter sig ved bestemte elementer i en oplevelse eller situation og forbinder dem med bestemte forståelsesrammer. Termen ”ramme” [*frame*] har Weick lånt fra Erving Goffman

som en samlet betegnelse for kontekstens struktur (Ibid., s. 51; Goffman, 1974). Det er inden for disse strukturer, at bestemte stimuli bliver bemærket og får mening (Weick, 1995; Snow et al., 1986). Konteksten er således bestemmende for, hvad aktørerne bemærker i deres omgivelser, men den er også betydende for, hvordan det der bemærkes, tilskrives mening. Det er med andre ord inden for kontekstens strukturer, at bestemte stimuli bliver bemærket og får mening, idet disse strukturer overhovedet gør det muligt at opfatte, identificere og rubricere hændelser (Weick, 1995; Snow et al., 1986). Rammerne eller de kontekstuelle strukturer er genereret på baggrund af aktørernes tidligere erfaringer og deres hidtidige socialisering.

Det sproglige og sociales betydning for den meningsskabende proces fremgår af, at indholdet af aktørernes meningsskabelse bl.a. skal søges i de diskursive rammer og sproglige kategorier, der rummer aktørernes hidtidige erfaringer og socialisering, samt i de ledetråde og særlige begreber, der giver anledning til, at bestemte identiteter, forståelses- og handlingsrammer aktiveres i de forhåndenværende erfaringer. Ordene begrænser det, som siges, og hermed også den måde, der skabes mening på. Med reference til Meads tanke om, at samfundet altid går forud for bevidstheden, henviser Weick til, at sproget og ordenes betydning altid er socialt genereret (Weick, 1995).

Det skal her nævnes, at Herbert Blumer i formuleringen af den symbolske interaktionisme med inspiration fra Mead formulerede den sociale og interaktionistiske forståelse af sproget i form af tre præmisser. Den første præmis er, at individer handler i forhold til en given ting på basis af den mening, som tingene har for individet: ”[H]uman beings act toward things on the basis of the meanings that the things have for them.” (Blumer, 1969, s. 2). Med ting forstås såvel fysiske objekter som andre mennesker eller kategorier af mennesker, institutioner, idealer, aktiviteter eller specifikke situationer. Den anden præmis er, at tingenes mening opstår ud af den sociale interaktion, som individer har med sine medmennesker: ”[T]he meaning of such tings is derived from, or arises out of, the social interaction that one has with one’s fellows.” (Ibid., s. 2). Den tredje præmis er, at tingenes mening håndteres og modificeres via fortolkende processer i den enkeltes møde med tingene: ”[T]hese meanings are handled in, and modified through, an interpretative process used by the person in dealing with the things he encounters.” (Ibid., s. 2). De tre præmisser inddrages her, fordi de meget præcist formulerer den sociale og intersubjektive tilgang til sproget og meningsskabelse, som også ligger til grund for Weicks teori. Weick betegner således selv den symbolske interaktionisme som ”the unofficial theory of sensemaking” (Weick, 1995, s. 41). Fælles for Weick og Blumer er, at meningen ikke er at finde i tingene selv, men at den opstår på baggrund af den opmærksomhed, som rettes mod dem, og det sprog som bruges til at kategorisere og betegne dem med og videre, at denne opmærksomhed qua sproget er socialt betinget.

Weick identificerer seks overordnede typer af vokabularer, som aktører i organisationer trækker på i deres meningsskabelse, nemlig vokabularer fra samfundet, fra organisationer, fra arbejde og professioner, fra 'coping', fra forfædre samt fra sekvenser og erfaringer. De seks vokabularer kobler han til seks typer af rammer, som således udgør den kontekstuelle basis for organisatorisk meningsskabelse og for handling i organisationer. De seks vokabularer skal kort gennemgås i det følgende, fordi deres indhold alle har betydning for den mening, der skabes.

1. Ideologier: Samfundsvokabular

Ideologier er fælles indbyrdes relativt sammenhængende konstellationer af overbevisninger, værdier og normer, der binder aktører sammen og hjælper dem til at skabe mening i verden (Trice & Beyer, 1993; Weick, 1995). De indeholder overbevisninger om årsag-effekt forhold, præferencer for bestemte typer af udfald og forventninger om, hvad der er den rette form for adfærd. Der er et utal af muligheder for kilder til ideologiernes indhold. Karakteristisk er, at kilderne skal søges uden for organisationerne såsom i transnationale kulturer (f.eks. troen på videnskab), i nationale, regionale og lokale kulturer og i faglige ideologier m.m. Ifølge Weick er det qua ideologierne, at meningsskabelse kobler sig til institutionel teori. Han advarer dog samtidig mod et for simplificeret billede af aktørernes internalisering af institutionelle roller, værdier m.m.:

> "Researchers need to be especially mindful that they not simply assume that people internalize and adopt whatever is handed to them […]. Individuals perceive different meanings for ideological content that, itself, is imperfectly transmitted during socialization and ongoing resocialization." (Weick, 1995, s. 113).

Ideologier overtages ikke bevidstløst af aktører i organisationer. Der er et element af valg mellem de mange ideologiske kilder, som den enkelte aktør har adgang til, ligesom aktørerne tilegner sig idelogierne på forskellig vis qua deres tidligere erfaringer og socialiseringer.

2. Tredje-ordens kontrol: Organisationsvokabularer

Begrebet tredje-ordens kontrol har Weick lånt fra Charles Perrows (1986) tredeling af kontrol i organisationer (Weick, 1995). Perrow skelner mellem første-ordens kontrol, der involverer direkte supervision, anden-ordens kontrol der opererer på baggrund af programmer og rutiner, og tredje-ordens kontrol der opererer via antagelser og definitioner, der tages for givet. Tredje-ordens kontroller betegnes også "præmis kontroller" [*premise controls*] (Ibid., s. 114), fordi de påvirker de præmisser, som organisatoriske aktører bruger til at diagnosticere situationer og til at tage beslutninger ud fra. De inkluderer ubevidste antagelser om både faktuelle og

værdimæssige forhold, der gør det muligt for organisatoriske aktører hurtigt at kunne tage beslutninger.

Tredje-ordens kontroller har ofte stor betydning for, hvordan der skabes mening, og hvilke beslutninger der tages i organisationer. Betydningen beror bl.a. på antagelsernes undselighed, fordi de ofte er implicitte, ubevidste og tages for givet. Bestemte organisatoriske måder at tale på, særlige kommunikationskanaler, bestemte organisatoriske fremgangsmåder og personaleudvælgelseskriterier medvirker alle til at begrænse informationsindholdet og flowet i en organisation. Ved at definere, hvad der er relevant og irrelevant at beskæftige sig med, hvad der er farligt eller risikabelt, og hvad man kan forvente sig af bestemte situationer eller relationer, begrænser tredje-ordens kontroller også feltet af løsningsmuligheder, som organisatoriske aktører generelt afsøger (Ibid.).

3. Paradigmer: Arbejdsvokabularer

Paradigmer består er standardprocedurer, fælles forståelser af omgivelserne og af autoritets- og magtforhold i bl.a. arbejdsfællesskaber og i organisationer (Peffer, 1985; Weick, 1995). De minder om ideologier og tredje-ordens kontroller ved at være internt konsistente samlinger af forsimplende heuristikker, men de adskiller sig fra dem ved at være mere omfattende systemer, der kan tjene som selvstændige perspektiver på verden. Eksempler på paradigmer er videnskabelige paradigmer i den akademiske verden og teknologiske paradigmer i industrien. Weick anfører, at der generelt er mere konsensus, teknologisk sikkerhed, mere kommunikation, mindre konflikt og mindre behov for magtudøvelse i afdelinger eller organisationer, hvor der hersker fælles veludviklede paradigmer.

Med reference til Robert W. Firestone skriver Weick videre, at paradigmer ofte er at finde i – og overføres via – særlige illustrationer og eksempler frem for i sammenhængende formuleringer. I organisationer kan det være særlige ”repræsentative anekdoter” [*representative anecdotes*] (Weick, 1995, s. 120). Disse historier bliver styrende for, hvad der bemærkes, og hvordan der skabes mening. Fortællinger får således en fremtrædende plads i organisationer, fordi de tegner konturerne af de tolkningsmæssige rammer inden for hvilke, organisatoriske aktører bemærker og skaber mening om hændelser herunder også, hvordan de forstår deres handlemuligheder.

4. Handleteorier: Coping vokabularer

Handleteorier hjælper organisatoriske aktører til at vide, hvordan de skal agere i bestemte typer af organisatoriske sammenhænge. De er så at sige organisationens ’kognitive struktur’, der filtrerer og fortolker signaler fra omverdenen og binder stimuli til respons ved hjælp af ”hvis…så” strukturen (Weick, 1995, s. 122). Handleteorier kan også forstås som den organisatoriske kortlægning af de kausale

forhold i omgivelserne, idet kortene hele tiden bliver tilpasset og forfinet i aktørernes møde med nye situationer (Ibid.; Hedberg, 1981). Handleteorier skal søges i aktørernes udsagn om implikationer, i udsagn der rummer 'hvis-så' strukturen og i udsagn, der angår mål-middel forhold.

5. Traditioner: Forfædrenes vokabularer

Traditioner angår organisatoriske og ofte symbolske overleveringer af bl.a. overbevisninger og handlinger fra en generation til en anden. De videreføres, fordi de antages at rumme væsentlige erfaringer fra de organisatoriske forgængere. Ofte vil traditioner indeholde billeder og overbevisninger om bestemte handlemønstre, om mål for handlingerne og forestillinger om, hvad der er passende og effektive midler til at nå målene samt forestillinger om de strukturer, som følger af – og opretholdes – gennem handlingerne (Weick, 1995). Det er samtidig en pointe hos Weick, at idet aktører søger at gentage handlinger og handlemåder, som de har en forestilling om, at andre aktører i organisationen har gjort før dem, så er de samtidig med til selv at skabe traditionerne.

Traditioner holdes ofte i hævd via særlige fortællinger og historiefortællere. Dette beror på, at handlinger – i modsætning til fortællinger om handlinger – er flygtige. Da handlinger er flygtige, og organisationer er sociale mønstre af gensidigt betingede handlinger, må man interessere sig for, hvad bliver tilbage, når handlingerne er forsvundet. Det handler med andre ord om at interessere sig for det, der gør, at organiseringerne løbende genskabes på en for aktørerne meningsfuld måde. Historier og fortællinger er netop vigtige i Weicks perspektiv, fordi de ofte formidler forestillinger om, hvad der er vigtigt og meningsfuldt i organisationerne.

6. Historier: Sekvens- og erfaringsvokabularer

Med reference til vægtige narrative forskere som Donald E. Polkinghorne (1988) og Jerome S. Bruner (1990) peger Weick på, at mennesker nærmere tænker narrativt end logisk ræsonnerende (Weick, 1995). Ligeledes anfører med reference til bl.a. David Boje (1991) og Julian Orr (1990), at organisatoriske virkelighedsforståelser oftere er narrativt baseret end baseret på logiske ræsonnementer.

I sin forståelse af historier synes Weick at skelne mellem to typer: 1) Historier, der fungerer som ledetråde i forhold til at skabe mening med nye overraskende erfaringer. 2) Historier, der fungerer som rammer, der koblet med ledetråde fra andre erfaringer og situationer kan være med til at skabe mening. Førstnævnte angår historier om bemærkelsesværdige erfaringer og begivenheder, der udgør en trussel mod aktørernes virkelighedsforståelse eller ramme. Det være sig eksempelvis situationer, der rummer vanskelige handlinger, situationer der ikke kan håndteres på rutinemæssig vis, uventede begivenheder i en ellers normal sekvens af begivenheder og situationer, der er usædvanlige i forhold til fortællerens erfaringer. Historier om

sådanne overraskende erfaringer og begivenheder vækker ofte både frygt og nysgerrighed. De fungerer som påskud til at opdatere en ramme, dvs. de fungerer som ledetråde, der koblet til bestemte forståelsesrammer er med til at skabe nye rammer. Historier forstået som ledetråde repræsenterer altså aktørers forsøg på at skabe mening i forbindelse med nye overraskende erfaringer.

Historier forstået som ramme for meningsskabelse er historier, der fungerer som ”handleanvisninger” [*guides to conduct*] (Weick, 1995, s. 127) og som ”diagnosticeringsværktøj” [*tools for diagnosis*] (Ibid., s. 130). De hjælper organisatoriske aktører til at udvælge og forstå ledetråde i omgivelserne. Forstået som handleanvisninger kan historierne lignes med en art ”erfaringsdatabase”, som aktørerne kan trække på i forhold til at forstå, hvordan tingene virker i organisationen (Ibid., s. 129). Mere præcist er det den (simplificerede) kausale orden eller rækkefølge, hvormed begivenheder i en oplevelse eller erfaring forbindes – historiens plot – der er kilde til meningsskabelse: ”Stories posit a history for an outcome. They gather strands of experience into a plot that produces that outcome.” (Ibid., s. 128). Historier reducerer på den måde kompleksiteten af de egentlige begivenheder og af den organisatoriske virkelighed, idet de kondenserede begivenheder og erfaringer både bliver gjort meningsfulde og lettere at huske. Udsagn som ”det minder mig om” efterfulgt af en historie er eksempel på, hvordan der skabes mening, idet nye begivenheder og erfaringer kobles til en historie. Koblingen giver mulighed for, at resultatet af en given handling eller oplevelse kan ”forudsiges, forstås og muligvis kontrolleres” (Ibid., s. 129, min oversættelse). Historier om mere ekstreme situationer såsom ulykker, nødsituationer eller situationer, hvor det nær gik galt, tjener endvidere til at gøre det uventede tænkeligt og hermed også muligt at kunne handle på. Det gælder både sådan, at ulykker eventuelt undgås, og at de kan håndteres, hvis uheldet er ude.

Opsummerende om de seks organisatoriske vokabularer og rammer for meningsskabelse

De seks ovenfor omtalte vokabularer og rammer indgår alle i den måde, hvorpå aktører i organisationer skaber mening i mødet med nye begivenheder. Det sker gennem den måde, som begivenhederne og tingene omtales på, i brugen af bestemte betegnelser og kategorier samt i kobling til bestemte fortællinger. Da rammerne er styrende for den meningsskabelse, som finder sted, må man nødvendigvis forholde sig til dem, hvis man vil forstå meningsskabelse i organisationer. I denne afhandling vil de rammer, som feltstudiets aktører trækker på og måden, hvorpå de kobles med ledetråde, løbende blive søgt fremdraget i analyserne af, hvordan feltstudiets aktører skaber mening om det tværgående samspil. Som det allerede fremgår af ovenstående gennemgang, fylder fortællinger i den forbindelse meget. Weick selv skriver, at det kan se ud som om, at han og andre forskere i meningsskabelse er ”besat af fortællinger” (Weick, 1995, s. 127). Det beror på, at fortællinger, som eksemplificerer rammer, og rammer som implicerer historier, er to af de basale måder, hvorpå der

skabes mening i organisationer. Fortællinger overleverer fælles værdier, overbevisninger og meninger om den organisatoriske omverdens beskaffenhed. De kondenserer erfaringer og giver handleanvisninger både i forhold til, hvad tidligere generationer i organisationen gjorde og i forhold til nyere erfaringer, og de forbinder fortid og nutid med fremtiden. Det betyder også, at fortællinger gives særlig opmærksomhed i denne afhandling.

Det kan i forlængelse af ovenstående være på sin plads at definere, hvad der mere præcist forstås ved fortællinger i denne afhandling. Fortællinger forstås her bredt som en aktørs gengivelse af bestemte begivenheder. I afhandlingen skelner jeg således ikke mellem mere 'fuldendte' fortællinger, hvor bestemte elementer af begivenheder er bragt sammen i et meningsfuldt hele via et bestemt "plot", og fortællinger der fremstår mere fragmenterede og endnu ustrukturerede i forhold til at opnå en særlig sammenhæng mellem begivenhederne (Czarniawska, 1998, s. 2). Der skelnes med andre ord ikke mellem det, som nogle forskere betegner fortællinger, narrativer eller antenarrativer (Czarniawska, 1998; Boje, 2000; Gabriel, 2000). Dette beror på, at der i afhandlingen ikke er en specifik narrativ analytisk pointe med at opretholde sådanne distinktioner – f.eks. med henblik på at vise, hvordan narrativer udvikler sig til fortællinger (Czarniawska, 1997), eller antenarrativer til narrativer (Boje, 2000). I afhandlingen er jeg interesseret i både de usammenhængende og fragmenterede "stumper og stykker" (Boje, 2000, s. 5) af fortællinger – som aktørerne bringer frem, når de måske endnu kæmper med at skabe mening med nogle bestemte begivenheder – og i de mere sammenhængende fortællinger, hvor aktørerne er lykkedes med at skabe mening og har indført en bestemt orden i begivenhederne. Det kan i forlængelse heraf tilføjes, at når Weick bruger termen fortælling [*story*] som en af de seks rammer for meningsskabelse, så anvender han udelukkende termen i forståelsen af mere fuldendte fortællinger, hvor aktørerne retrospektivt har skabt en tydelig orden (et plot) i begivenhederne og hermed en mening med dem (Weick, 1995, s. 128).

3.1.4. ANLEDNINGER TIL MENINGSSKABELSE

Meningsskabelse sker hele tiden og i alle dele af en organisation, når aktørerne støder på situationer eller begivenheder, der bryder med det forventede, og får dem til at sætte spørgsmålstegn ved, hvordan det mødte passer ind i deres hidtidige forståelsesrammer. Weick henviser i denne forbindelse til Mandlers (1984) skelnen mellem to basale typer af forstyrrelser, som potentielt giver anledning til meningsskabelse (Weick, 1995). Det er, når der indtræffer begivenheder, der ikke er ventet, eller når forventede begivenheder ikke indtræffer. I begge tilfælde rettes aktørernes opmærksomhed mod forstyrrelsen, der kan være en indre eller ydre begivenhed. Væsentligt er, at forstyrrelsen hindrer aktørerne i færdiggørelse af "some action,

thought sequences, plan, or processing structure" (Mandler, 1982, citeret i Weick, 1995, s. 101).

Der er tidligere blevet henvist til, hvordan forstyrrelser er koblet med aktivitet i det autonome nervesystem og videre med følelser og meningsskabelse. En vigtig pointe er, at forstyrrelser der aktiverer det autonome nervesystem, samtidig indskrænker aktørernes evne til kompleks problemløsning, hvis der ikke hurtigt skabes ny mening, eller tilstanden på anden vis ændres. Dette sker bl.a., fordi aktørernes evne til at afsøge og udvælge ledetråde i en bredere organisatorisk eller fagprofessionel kontekst indsnævres. Al opmærksomhed rettes mod selve forstyrrelsen og mod det, der sker i det autonome nervesystem og altså ikke mod den kontekst, som forstyrrelsen er indlejret i (Weick, 1995). Der er endvidere i sådanne situationer en tendens til, at aktørerne glemmer eller opgiver nyligt tillærte handlemønstre og kategorier og falder tilbage på tidligere overtillærte og ofte mere forsimplede mønstre eller kategorier. Desuden er der en tendens til, at aktører i sådanne situationer retter opmærksomheden mod det, der opfattes som psykologisk mest vigtigt og bort fra det, der opfattet som perifert og af sekundær betydning (Ibid.).

Det skal i forlængelse af ovenstående anføres, at der i Weicks forfatterskab ofte er fokus på alvorlige og meget voldsomme hændelser såsom flyulykker, brand-katastrofer m.m., som sætter koblingen af forstyrrelser, og det der sker i det autonome nervesystem samt den meningsskabende proces på spidsen (se bl.a. Weick 1988, 1993). Koblingen giver dog anledning til at have øje for, hvordan forskellige krydspres og stressmomenter i aktørerne fra feltstudiets hverdag sammen kan være anledning til, at aktørernes fokus indsnævres på enten de oplevede forstyrrende begivenheder eller på det, som aktørerne opfatter som mest vigtigt i deres arbejde.

Flertydighed og usikkerhed

Foruden forstyrrelser i form af uventede hændelser og ikke indtrufne hændelser er der især to andre typer af anledninger til meningsskabelse i organisationer. Det er, når organisatoriske aktører oplever flertydighed [*ambiguity*] eller usikkerhed [*uncertainty*] (Weick, 1995, s. 91).

I tilfælde af flertydighed engagerer aktørerne sig i meningsskabelse, fordi de oplever flere mulige tolkningsmuligheder, hvilket skaber forvirring. Ofte vil begivenheder eller situationer opleves som flertydige, hvis der er uklarheder omkring eksempelvis mål eller definition af, hvad problemet egentligt er, eller når der er usikkerhed omkring, hvilke informationer man skal fæstne lid til (Ibid.).

I forhold til usikkerhed engagerer aktørerne sig i meningsskabelse, fordi de savner tolkningsmuligheder i forhold til at kunne forstå en given situation. Usikkerheden kan både angå manglende forståelse af ændringer i omgivelserne, manglende forstå-else af hvordan ændringerne påvirker organisationen og de organisatoriske aktører –

eller manglende forståelse af hvilke muligheder for respons aktørerne har (Ibid.; Miliken, 1990).

Ovenstående betyder, at det i forbindelse med undersøgelse af, hvordan aktørerne skaber mening omkring det tværgående samspil bl.a. er interessant at forholde sig til situationer og fortællinger, hvor der gives udtryk for usikkerhed eller flertydighed i forhold til det tværgående samspil. Det er i den forbindelse værd at erindre Weicks advarsel om, at man i forhold til meningsskabelse oftere ser produktet end selve processen (Ibid.). For at modvirke dette, handler det bl.a. om at lægge mærke til, hvordan aktørerne forholder sig til længerevarende problematikker, der synes at modstå meningsskabelse såsom paradokser, dilemmaer og uforståelige begivenheder. Desuden handler det om at være opmærksom på, hvad det er, aktørerne bemærker, når de søger at skabe mening, samt hvordan de udvælger ledetråde, og hvordan ledetrådene herefter kobles med bestemte forståelsesrammer og omsættes i meningsskabelsen. Undersøgelse af den meningsskabende proces indebærer altså fokus på, hvordan organisatoriske aktører overhovedet når frem til at definere usikre og problematiske situationer som et problem, idet allerede selve definitionen af problemet, og hvori problemet består, er med til at angive en rammesætning for, hvordan man vil forholde sig til problemet (Ibid.; Schön 1983). Weick et al. formulerer den pragmatiske kobling af problemkonstruktion, meningsdannelse og rammesætning af et handlerum på følgende vis:

> ”In the context of everyday life, when people confront something unintelligible and ask ”what’s the story here?” their question has the force of bringing an event into existence. When people then ask ”now what should I do?” this added question has the force of bringing meaning into existence, meaning that they hope is stable enough for them to act into the future, continue to act, and to have the sense that they remain in touch with the continuing flow of experience.” (Weick et al., 2005, s. 410).

Problemer, udfordringer eller barrierer er ikke noget, der opdages, men noget der konstrueres, og i selve konstruktionen skabes også et handlerum, der tillader aktørerne at fortsætte deres projekter og at opretholde et positivt selvbillede. Undersøgelse af, hvordan aktørerne skaber mening omkring oplevelser af problematiske versus vellykkede tværgående samspil(srelationer), kan ses som en dialektisk undersøgelse af, hvordan aktørernes forventninger og forståelsesrammer gør, at nogle begivenheder, forhold eller relationer opleves som forstyrrelser eller giver anledninger til usikkerhed eller flertydighed, mens andre ikke gør.

3.1.5. BEGRÆSNINGER VED DET MENINGSSKABENDE PERSPEKTIV

Det meningsskabende perspektiv er blevet kritiseret for enten at overse eller for ikke at have tilstrækkeligt udviklet en række aspekter (Cf. Weick et al., 2005; Maitlis & Christianson, 2014; Sandberg & Tsoukas, 2015). I det følgende vil to af disse aspekter blive gennemgået, fordi de anses for relevante for denne afhandling, nemlig forholdet mellem meningsskabelse og den sociale kontekst samt magt. Jeg vil samtidig redegøre for, hvordan jeg i denne afhandling søger at adressere og have blik for disse mere eller mindre (u)udfoldede sider af Weicks meningsskabende perspektiv ved at inddrage supplerende teoretiske vinkler i analyserne.

Den sociale kontekst i meningsskabelse – fra mikro til makro

Weicks meningsskabende perspektiv er blevet kritiseret for ikke i tilstrækkelig grad at redegøre for, hvordan den sociale kontekst i form af kulturelle, organisatoriske og institutionelle strukturer og diskurser påvirker de meningsskabende processer (Taylor & Van Every, 2000; Weber & Glynn 2006; Mills et al., 2010). Kritikerne savner fokus på, hvordan makroniveauet påvirker de meningsskabende processer på mikroniveau ved bl.a. at afgrænse mængden af ledetråde, de organisatoriske aktører har til rådighed i deres meningsskabelse, ved at favorisere bestemte relationer og ved at stille bestemte forståelsesrammer og diskurser til rådighed, mens andre helt synes udelukket eller til forhandling (Maitlis & Christianson, 2014).

Fokus i denne afhandling er på det tværgående samspil mellem kommune og almen praksis. Begge organisationer udgør klassiske samfundsmæssige institutioner, ligesom de organisatoriske aktører, der virker i dem (læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister osv.), har fagprofessionelle roller, der i vid udstrækning er institutionaliserede. Det fremgår af, at mange har en vis fornemmelse af, hvad man taler om, når man taler om en kommune eller almen praksis, ligesom man har bestemte forventninger til, hvordan den praktiserende læge eller en kommunal hjemmesygeplejerske agerer. Det er institutionaliseringen, der gør, at man har disse forventninger. Stephen R. Barley og Pamela S. Tolbert definerer således institutioner som ”shared rules and typifications that identify categories of social actors and their appropriate activites or relationships” (Barlet & Tolbert, 1997, s. 96), mens W. Richard Scott i et nyinstitutionelt perspektiv definerer institutioner som ”cultural-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life” (Scott, 2003, s. 879). Ifølge institutionel teori er institutioner altså forbundet med bestemte abstrakte strukturer i form af alment udbredte regler, normer, værdier, rutiner, overbevisninger og forventninger, der rammesætter mulighederne for sociale aktørers handlen.

Weick et al. (2005) berører selv kritikken angående det manglende blik for makrostrukturers påvirkninger, når de peger på, at det meningsskabende perspektivs

fokus på handling, konstruktion, skabelse, ”enactment” osv. kan have som konsekvens, at handling overdrives på bekostning af blikket for, hvordan mennesker mere passivt internaliserer og overtager bestemte meningskonstruktioner fra en bredere social og kulturel kontekst. Der er altså hos Weick anerkendelse af, at institutionaliserede forestillinger har betydning for – og til en vis grad er med til at determinere – den meningsskabende proces. Vigtigt i det meningsskabende perspektiv er dog fastholdelse af, at de institutionaliserede forestillinger via lokale organisatoriske meningsskabende processer altid er lokalt forhandlede, og at disse processer over tid på sin side er med til at ændre de institutionaliserede forestillinger (Maitlis &Christianson, 2014). Dette fremgår især hos Weick, når han via Norbert Wileys (1988) distinktion mellem tre forskellige niveauer for social analyse søger at vise, hvordan det samfundsmæssige makroniveau indgår i den meningsskabende proces (Weick, 1995). De tre niveauer er det intersubjektive [*intersubjective meaning*], det generisk subjektive [*generic subjectivity*] og det ekstrasubjektive [*extrasubjective*] (Ibid., s. 72). Institutioner og institutionaliserede roller er ifølge Weick forbundet med det ekstrasubjektive niveau af ”ren mening” [*pure meanings*], mens den meningsskabende proces kobles til den intersubjektive proces mellem konkrete aktører. Institutioner er således symbolske koder eller ”abstract idealized framework derived from prior interaction” (Ibid., s. 72). Meningsskabelse angår den intersubjektive forståelse af, hvordan koderne praktiseres. De to niveauer forbindes af det generiske subjektive niveau, hvor organisationer hører under. Her finder de institutionaliserede roller, praksisser og relationer en konkret lokal struktur eller form gennem aktørernes lokale praksis (Weber & Glynn, 2006). Organisering kan i lyset heraf betragtes som udtryk for, at organisationer er foranderlige og ”adaptive sociale former”, hvor der sker en konstant udveksling mellem det intersubjektive og det generisk subjektive niveau (Weick, 1995, s. 72).

Trods Weicks forskellige forsøg på at koble de meningsskabende processer til en social kontekst i form af forskellige typer af kulturelle, organisatoriske og institutionelle diskurser og forståelsesrammer anfører kritikere, at den sociale kontekst hos Weick primært fremstår som ”internalized cognitive constraints” (Brown et al., 2015). De savner begreber og teoretiseringer, der hjælper til at forstå, hvordan den sociale kontekst væver sig ind i de meningsskabende processer og påvirker dem, således at man ikke kun ser meningsskabelse som ”feedstock for institutionalization” (Weick, 1995: 36), men også undersøger, hvordan ”*institutions may be the feedstock for sensemaking”* (Weber & Glynn, 2006, s. 1640). Dette har resulteret i forskellige forsøg på at påvise mekanismer, hvormed den sociale kontekst fletter sig ind i og påvirker de meningsskabende procesesser (se f.eks. Weber & Glynn; 2006; Vlaar et al., 2006).

Vlaar et al. (2006) har bl.a. formuleret forskellige mekanismer, hvormed formalisering (forstået som de processer og resultater, der er forbundet med forhandling af kontrakter, regler og procedurer) påvirker meningsskabelse i interorganisatoriske relationer. Nogle af disse mekanismerne vil blive inddraget i afhandlingen med henblik på at forstå, hvordan formaliserede samarbejds-

dokumenter såsom de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom indvirker på de organisatoriske aktørers meningsskabelse og deres oplevelse af et afgrænset sæt af handlemuligheder.

Som tidligere nævnt er mange af aktørerne i dette feltstudie fagprofessionelle aktører, der agerer i klassiske samfundsmæssige organisationer. Da identitet er et vigtigt element i aktørernes meningsskabende processer, må man forvente, at disse processer er tæt forbundet med og trækker på forskellige sociale kontekster for identitetskonstruktion i form af både kulturelle, organisatoriske og institutionelle abstrakte strukturer og diskurser. En praksissygeplejerske må eksempelvis forventes at trække på nogle overordnede institutionaliserede forventninger til, hvordan en sygeplejerske arbejder, ligesom der i hendes meningsskabelse vil være indlejret bestemte normative og værdimæssige forventninger til hendes arbejde med patienterne, der knytter sig til hendes fagprofessionelle erfaringer samt til forventningerne om, hvordan man arbejder i almen praksis. Endelig vil hendes meningsskabelse også være påvirket af den mere specifikke kultur, der kendetegner den enkelte praksis, som hun arbejder i. Da der i dette feltstudie indgår flere forskellige fagprofessionelle aktører, der arbejder i forskellige praksisser og i forskellige dele af en kommune, må man forvente, at aktørernes meningsskabelser er koblet til et væld af forskellige konstellationer af identitetskonstruktioner.

Til at udfolde og forstå vekselvirkningen og dynamikken imellem det individuelle og sociale niveau (den sociale kontekst) i de fagprofessionelle aktørers identitetskonstruktioner inddrages den socialkonstruktivistiske og diskursteoretiske forståelse af (subjekt)positionering, som den bl.a. kommer til udtryk hos Davies og Harré (1990) (se afsnit 3.2.). Deres poststrukturalistiske tilgang til identitet stemmer på mange måder overens med Weicks forståelse af koblingen mellem identitet, institutionaliserede roller og meningsskabelse, men deres positioneringsbegreb kan være med til at tydeliggøre, hvilke kontekstuelle forståelsesrammer og diskurser feltstudiets aktører trækker på i deres fagprofessionelle identitetskonstruktioner. Endvidere kan deres positioneringsbegreb være med til at nuancere, hvordan feltstudiets aktører i deres meningsskabelse indirekte forhandler organisatoriske og fagprofessionelle identiteter i relation til hinanden og i forhold til patienten/borgeren.

Magt i meningsskabelse

Tæt forbundet med diskussionen af den sociale konteksts betydning for meningsskabelsen er også spørgsmålet om magt. Weicks meningsskabende perspektiv er blevet kritiseret for ikke i tilstrækkelig grad at have blik for magt, og for hvordan meningsskabelse både indvirker på – og er et produkt af – forhandlede magtrelationer (Mills & Mills, 2010; Maitlis & Christianson, 2014; Brown et al., 2015). Det meningsskabende perspektiv anklages for at være naivt, fordi organisatorisk meningsskabelse fremstår som ”en demokratisk proces”, hvor alle stemmer gives mere eller mindre lige meget vægt (Mills et al., 2010, s. 187, se også

Weick et al., 2005). Det bliver bl.a. anført, at de syv karakteristika i den meningsskabende proces ikke fuldt ud forklarer, hvorfor nogle erfaringer, begivenheder og sprog bliver meningsfulde for bestemte organisatoriske aktører, mens andre ikke gør (Ibid.). I forlængelse heraf efterlyser kritikerne opmærksomhed på, hvorfor nogle individer har mere indflydelse på den meningsskabende proces end andre – eksempelvis grundet deres hierarkiske placering i organisationen eller grundet andre socialt dominerende opfattelser af privilegerede identiteter, diskurser m.m. (Ibid.).

I forlængelse af kritikken opfordrer Weick et al. (2005) til, at man i studier af meningsskabelse vier mere opmærksom til, hvordan magt er en del af – og former – meningsskabelsen. Med reference til de syv karakteristika i meningsskabelsen foreslår de, at man er opmærksom på følgende forhold: Hvilke sociale relationer tilskyndes frem for andre, hvilke identiteter værdsættes eller desavoueres, hvilke retrospektive meningsskabelser accepteres eller miskrediteres, hvilke ledetråde fremhæves eller undertrykkes, hvilke opdateringer bliver der opmuntret til eller bliver udfordret, hvilken grad af præcision præger de organisatoriske gisninger, og hvorvidt anerkendes proaktive eller reaktive handlinger som den foretrukne måde at handle på (Ibid., Murphy, 2015). De nævnte opmærksomhedspunkter fungerer i denne afhandling som underliggende ledetråde, der guider, hvordan jeg i analyserne skaber mening med betydningen af magt og magtrelationer i forhold til de meningsskabelser, der er i spil blandt feltstudiets aktører. Magt adresseres ikke som et selvstændigt tema, men som en del af den sociale kontekst, som aktørerne skaber mening i. Som allerede første kapitels litteraturgennemgang lod antyde, må man forvente, at oplevelser af – og forventninger om – ulige magtrelationer mellem grupper af fagprofessionelle aktører i almen praksis og kommunen har betydning for, hvilke ledetråde de forskellige aktører udleder og fokuserer på i deres meningsskabelse omkring det tværgående samspil.

Weicks optagethed af sprogets betydning for meningsskabelsen gør det endvidere nærliggende at lave en kobling til Michel Foucaults forståelse af sammenhængen mellem magt, viden og diskurser. Denne forståelse omtales her, fordi den ligger til grund for at forstå, hvordan magt i denne afhandling forstås som en uadskillelig del af sproget og hermed også en uadskillelig del af meningsskabelse i organisationer.

Ifølge Foucault er magtudøvelse uadskilleligt forbundet med produktionen af viden i bestemte kontekster (Foucault, 1980). Ved eksempelvis at klassificere, kalibrere eller kalkulere fænomener på bestemte måder, får man viden om fænomenerne *samtidig* med, at man håndterer/kontrollerer dem (Alvesson & Sköldberg, 2000/2009). Viden er på denne måde grundlæggende for magtudøvelse, mens omvendt udøvelsen af magt producerer viden. Magt og viden kobler sig videre til diskurser, idet "[d]et er […] i diskursen, sammenføjningen af magt og viden finder sted" (Foucault, 1994, s. 106). Dette må ikke forstås, som om der i en given kontekst kun er én mulig diskurs. Tværtimod vil der være "en mangfoldighed af diskursive elementer, som kan spille ind i forskellige strategier" (Ibid., s. 106). Ifølge Foucault

er diskurser således både at forstå som ”magtvirkning” og som et ”magtredskab, der kan mobiliseres i forhold til bestemte magtstrategier (Ibid., s. 107). På denne måde bliver diskurser eller diskursive praksisser en ressource, som de organisatoriske aktører kan trække på i deres identitetskonstruktioner og meningsskabelse. I Foucaults optik bliver det nære sundhedsvæsen således et vidensrum, hvor der finder magtudfoldelse og magtkampe sted, og hvor en mangfoldighed af diskurser er på spil qua de forskellige aktørers forsøg på at konstruere og gøre bestemte typer af viden gældende. I denne sammenhæng bidrager Davies og Harrés positioneringsbegreb (se afsnit 3.2.) også til analyserne ved at anskueliggøre, hvordan aktørerne gennem positioneringerne i deres fortællinger søger at konstituere sig selv og andre på bestemte måder. Positioneringsbegrebet kan således være med til at udfolde magt- og konfliktelementer i aktørernes meningsskabelser samt være med til at udfolde, hvordan der i fortællingerne er indlejret forhandlinger og kampe om bestemte positioneringsmuligheder.

3.2. INSTITUTIONALISEREDE ROLLER OG SUBJEKTPOSITIONERINGER

I det følgende vil jeg præsentere Davies og Harrés positioneringsbegreb. Indledningsvis vil jeg dog kort opsummere, hvordan man kan forstå rollebegrebet hos Weick. Dette sker for at give et afsæt for at forstå, hvordan Davies og Harrés positioneringsbegreb kan bidrage til Weicks meningsskabende perspektiv. Dette redegør jeg for sidst i afsnittet.

3.2.1. INSTITUTIONALISEREDE ROLLER I WEICKS PERSPEKTIV

Som beskrevet i de foregående afsnit er den enkelte aktørs identitet sammensat af både individuelle og kollektive forventninger til og normer for, hvordan den enkelte skal gebærde sig i organisationen og forholde sig til sin omverden som eksempelvis en borger i kommunen eller en patient i almen praksis. Disse forventninger er genereret på baggrund af aktørernes tidligere erfaringer og socialisering. Med termen ”minimal sensible structures” og identifikationen af seks overordnede typer af vokabularer og forståelsesrammer, som organisatoriske aktører trækker på i deres meningsskabelse, søger Weick at give et nuanceret begrebssæt til at undersøge de forskellige kontekstuelle elementer i den meningsskabende proces (se afsnit 3.1.3). I Weicks meningsskabende perspektiv er de institutionaliserede forventninger til bestemte typer af organisationer eller fagprofessionelle personer og deres praksisser med andre ord en del af de abstraktioner og typificeringer, der indgår i aktørernes ”minimal sensible structures”. Det er disse abstrakte strukturer, som feltstudiets aktører trækker på, når de søger at skabe mening i det tværgående samspil. Mere

præcist er de i Weicks perspektiv del af især samfundsvokabularerne og ideologierne. Med henvisning til Harrion M. Trice & Janice M. Beyers (1993) beskrivelse af kilder til ideologier, skriver Weick således, at netop ideologier gør det muligt at koble "work of sensemaking with work on institutional theory" (Weick, 1995, s. 112). Andre dele af de kontekstuelle strukturer angår andre former for social kontekst i form af både implicitte og eksplicitte kulturelle og organisatoriske abstrakte strukturer og diskurser.

3.2.2. POSITIONERINGER HOS DAVIES OG HARRÉ

Davies og Harré (1990) har en poststrukturalistisk tilgang til identitet, idet de både fastholder, at der er visse kulturelt forud givne subjektpositioner, som aktører kan indtage, samtidig med at identitet løbende er til forhandling afhængig af den aktuelle kontekst, som individet indgår i. Deres forståelse af subjektpositionering skal ses som et mere dynamisk alternativ til den mere traditionelle rolleteori inden for bl.a. socialpsykologien (Ibid.). Socialpsykologiens forståelse af roller kritiseres for, at den trods sit udgangspunkt i de symbolske interaktioner i sociale systemer forstår roller som relativt entydigt definerede forventninger til – og normer for – individers adfærd i en given social interaktion. Endvidere bliver roller i dette perspektiv betragtet som faste (transcendente) forventningsstrukturer, der går forud for – og er mere eller mindre bestemmende for – individernes handlinger (Ibid.; Poulsen, 2005). Kritikken af den socialpsykologiske rolleteori handler endvidere om, at den ikke i tilstrækkelig grad formår at teoretisere over, hvordan sociale strukturer og kategorier er immanente normative ordener og konkrete menneskelige frembringelser, der kun eksisterer gennem den faktiske brug og konstante reproduktion i kommunikationen mellem mennesker (Davies & Harré, 1990). Teorien mangler fokus på dynamik og forandring, ligesom dens beskrivelser af rollerne i samfundet og i de sociale interaktioner kommer til at fremstå relativt entydige uden blik for den flertydighed og de konflikter, der eksempelvis kan opstå med baggrund i modsatrettede rollekrav og forventninger (Poulsen, 2005).

I den socialkonstruktivistiske og diskursteoretiske tradition anvendes positionsbegrebet fremfor rollebegrebet, idet fokus hermed rettes mod dynamik, forhandling og forandring fremfor mod de mere statiske, formelle og rituelle aspekter, som tilskrives rollebegrebet (Davies & Harré, 1990). Davies & Harré (1990) skriver, at rollebegrebet i klassisk forstand forstås som determinerende for handling og som noget, der lærers gennem observation af rollemodeller. Med begreberne "positionering" og "subjekt-positioner" ønsker de at vise, hvordan aktører – gennem deres måde at tale om sig selv og andre på – samtidig mere eller mindre bevidst vælger og forhandler en plads i relation til etablerede måder at tale om sociale stereotypificerede identiteter og relationer på:

> "'Positioning' and 'subject position', in contrast, permit us to think of ourselves as a choosing subject, locating ourselves in conversations according to those narrative forms with which we are familiar and bringing to those narratives our own subjective lived histories through which we have learnt metaphors, characters and plot." (Ibid., s. 13).

De omtalte etablerede sproglige eller narrative former betegner Davies og Harré også "diskursive praksisser", idet de hermed forstår forskellige typer af institutionaliseret brug af "sprog og sproglignende tegnsystemer" [*language and language-like sign systems*] (Ibid., s. 4). Institutionalisering kan være politisk, kulturel, fagprofessionel, organisatorisk osv., ligesom den kan være mere eller mindre lokalt eller samfundsmæssigt etableret. Positionering handler altså om, hvordan aktører trækker på – og placerer sig i forhold til – forskellige diskursive praksisser i deres interaktion med andre. Positionering definerer Davies & Harré mere præcist som:

> "[T]he discursive process whereby selves are located in conversations as observably and subjectively coherent participants in jointly produced story lines." (Ibid., s. 7).

I Davies og Harrés diskursteoretiske perspektiv er det en pointe, at indtagelsen af en given subjektposition medfører, at aktøren samtidig indtager et bestemt perspektiv på sine omgivelser og på sig selv:

> "A subject position incorporates both a conceptual repertoire and a location for persons within the structure of rights for those that use that repertoire. Once having taken up a particular position as one's own, a person inevitably sees the world from the vantage point of that position and in terms of the particular images, metaphors, story lines and concepts which are made relevant within the particular discursive practice in which they are positioned." (Ibid., s. 5).

Med en given subjektposition følger et begrænset sæt af billeder, begreber, metaforer og narrativer, som står til rådighed for den person, som indtager positionen. Dette svarer i høj grad til Weicks forståelse af de forskellige typer af rammer og vokabularer, som organisatoriske aktører kan trække på. Subjektpositionen dikterer så at sige det perspektiv, hvorfra en person kan skabe mening og handle, idet der følger særlige forventninger, rettigheder og pligter med en given position. Positioneringsteorien er således tæt koblet til handling. Handlinger og positioner konstituerer så at sige hinanden. Det er endvidere en pointe, at der i en given diskurs til være et begrænset antal af positioner til rådighed, som en person kan indtage og tildele andre. Det betyder imidlertid også, at en position ikke er noget entydigt givet i relation til den måde, hvorpå en aktør eksempelvis trækker på bestemte kulturelle stereotyper, hvilket bl.a. rollebegrebet hos den symbolske interaktionisme blev kritiseret for. Tværtimod er en position en forhandlet plads i eksem-

pelvis den tværgående organisering, der kan tages op og anerkendes eller alternativt afvises af andre aktører i eksempelvis en samtale, en diskussion eller en fortælling:

> ”At least a possibility of notional choice is inevitably involved because there are many and contradictory discursive practices that each person could engage in. […] An individual emerges through the processes of social interaction, not as a relatively fixed end product but as one who is constituted and reconstituted through the various discursive practices in which they participate.” (Ibid., s. 5).

Refleksive og interaktive positioneringer

Davies og Harré skelner mellem refleksive og interaktive positioneringer. Positioneringer er refleksive, når aktører mobiliserer bestemte diskurser for at sætte sig selv i bestemte positioner. Omvendt er de interaktive, når mobiliseringen af bestemte diskursive praksisser positionerer andre personer i det sociale rum og hermed muliggør bestemte meningsfulde handlinger (Ibid.). Ofte vil de to gensidigt påvirke hinanden, således at den måde, en aktør positionerer sig selv på, samtidig har konsekvenser for den måde, hvorpå andre personer/aktører positioneres. Positioneringsbegrebet er således også tæt koblet til et magtperspektiv, bl.a. fordi nogle diskurser i det sociale rum er mere dominerende end andre. Endvidere må forskellige typer af relationer og afhængigheder mellem aktørerne forventes at have betydning for, i hvilket omfang og i hvilke sammenhænge mindre dominerende aktører søger at modsætte sig mere dominerende aktørers positioneringer. Dette synes ikke mindst relevant i denne afhandlings tværgående og interprofessionelle kontekst. Forskellige grader af afhængigheder mellem aktørerne i samspillet og forskellige oplevelser af professionsmæssige statusforskelle forventes at påvirke aktørernes refleksive og interaktive positioneringer.

3.2.3. OPSUMMERENDE OM POSITIONERINGSBEGREBET

Det dynamiske, relationelt forhandlede og sprogligt sensitive perspektiv, som bl.a. Davies og Harré (1990) fremfører i relation til deres positioneringsbegreb, vurderes at være tæt forbundet med Weicks meningsskabende perspektiv. Weick citerer i sin gennemgang af, hvordan meningsskabelse tager udgangspunkt i identitet bl.a. Meads berømte frase om, at den enkelte meningsskabende aktør er ”a parliament of selves”, og Karin D. Knorr-Cetina (1981) for at slå fast, at individet er ”a typified discursive construction” (Weick, 1995, s. 18 & 20). Identitet skabes gennem (sproglig) interaktion. At skifte mellem interaktioner er at skifte mellem definitioner af ens selv.

Weick omtaler ikke selv positioneringsbegrebet, men refererer til roller i sin gennemgang af Wileys tre forskellige niveauer til socialanalyse (Ibid.). Roller forbindes her med de mere abstrakte generiske og ekstrasubjektive niveauer. Desuden er blevet nævnt, at Weick forbinder de samfundsmæssige forventninger til bl.a. institutionaliserede roller og fagprofessionelle ideologier med samfundsvokabularer. Han advarer dog mod at tro, at aktører uden videre overtager og internaliserer disse rolleforventninger og ideologier: ”Individuals perceive different meanings for ideological content that, itself, is imperfectly transmitted during socialization and ongoing resocialization.”(Ibid., s. 113). Mening stabiliseres i høj grad lokalt og hermed også de forventninger og holdninger, der er til, hvordan en given aktør udfylder sin arbejdsmæssige rolle i relation til bl.a. borgere i kommunen og patienter i almen praksis. Meningen er med andre ord både institutionelt og lokalt konstitueret.

Davies og Harrés positioneringsbegreb inddrages i denne afhandling, fordi det kan være med til at nuancere perspektivet på, hvordan feltstudiets forskellige aktører mere eller mindre bevidst indtager og eventuelt søger at forhandle bestemte subjektpositioner i forhold til deres fagprofessionelle og organisatoriske identitet. I det meningsskabende perspektiv er identitet og oplevelse af trusler mod identitet (herunder også mod dele af aktørernes arbejde, som opleves som vigtig i forhold til deres identitet) som tidligere nævnt vigtige anledninger til, at organisatoriske aktører engagerer sig i meningsskabende processer jfr. Weicks ord om, at ”Sensemaking is triggered by a failure to confirm one’s self” (Weick, 1995, s. 23; Maitlis & Christianson, 2014). Davies og Harrés diskursive og konstruktivistiske tilgang til identitet kan i denne sammenhæng være med til at give et begrebsmæssigt apparat til mere præcist at vise, dels hvordan de organisatoriske aktørers identitet er sammensat af og trækker på flere forskellige diskursive ressourcer herunder eksempelvis organisatoriske eller fagprofessionelle. Dels hvordan disse diskursivt etablerede identitetskonstruktioner er indlejret i – og synes at påvirke – de meningsskabende processer, nemlig som aktørernes forsøg på enten at bevare eller gøre modstand mod bestemte givne identiteter. Inddragelse af Davies og Harrés positioneringsbegreb kan således ses som et forsøg på at imødekomme Sandbergs og Tsoukas opfordring om, at man i studier af meningsskabelse har øje for ”the historically shaped identity and habitual responses of embodied actors, and to the process through which actors’ interactive coupling with others and the world at large brings forth significance in a meaningful relational domain” (Sandberg & Tsoukas, 2015, s. 23).

3.3. AFRUNDING

I dette kapitel har jeg præsenteret de teoretiske perspektiver, der danner udgangspunkt for tilgangen til – og analysen af – feltmaterialet i denne afhandling. Først og fremmest er Weicks meningsskabende perspektiv blevet præsenteret med særligt fokus på, hvordan dette perspektiv er forbundet med en relationel og processuel til-

gang til organisationer, der bl.a. kommer til udtryk ved, at man nærmere taler om organiseringer end organisationer. Jeg har undervejs i kapitlet søgt at redegøre for de udfordringer, der kan være forbundet med en sådan mere dynamisk tilgang til og forståelse af meningsskabelse i organisationer. Endvidere har jeg præsenteret de syv særlige karakteristika, som Weick forbinder med den meningsskabende proces. Særligt tre af disse syv karakteristika vil fungere som omdrejningspunkt i de senere analyser, nemlig for det første at meningsskabelse sker med udgangspunkt i identitetskonstruktion, for det andet at meningsskabelse er "enactive of sensible enviroments", dvs. at meningsskabelse er med til at skabe de omgivelser, som de organisatoriske aktører oplever at befinde sig i, og for det tredje at meningsskabelse er fokuseret på og udgår fra ledetråde. Disse karakteristika er ikke styrende for analyserne i den forstand, at der er kapitler, der handler om eksempelvis aktørernes identitetskonstruktion, men de indgår nærmere som "sensitizing concepts" (Blumer, 1969, s. 147), der hjælper til at udfolde, hvordan aktørerne skaber mening med det tværgående samspil. De hjælper med andre ord til "disciplined imagination" (Weick, 1995, s. 17).

Foruden de syv karakteristika for den meningsskabende proces har jeg præsenteret de seks overordnede typer af forståelsesrammer og vokabularer, som indgår i "meningsskabelsens substans", og som organisatoriske aktører trækker på i deres meningsskabelse. Disse vil ligeledes blive inddraget som hjælp til at udfolde og forstå feltmaterialet.

I gennemgangen af det meningsskabende perspektiv er det blevet fremdraget, at kritikere savner eksplicitering af, hvordan magt og den sociale kontekst i form af bl.a. institutionaliserede strukturer og diskurser er indlejret i og påvirker de meningsskabende processer. Jeg har i den forbindelse gjort rede for, hvordan jeg i denne afhandling søger at adressere og have blik for denne mindre udfoldede side af Weicks meningsskabende perspektiv ved at inddrage supplerende teoretiske vinkler i analyserne i form af bl.a. Davies og Harrés positioneringsbegreb.

I indledningen til kapitlet beskrev jeg, hvordan teoretiske begreber i et konstruktivistisk perspektiv ikke lader sig adskille fra virkeligheden, men er med til at konstruere den på en bestemt måde. Det er forskerens opgave at redegøre for, hvordan det sker bl.a. ved at synliggøre de teoretiske perspektiver, der ligger til grund for forskerens tilgang til feltet herunder redegøre for, hvilke konstruktioner af den sociale virkelighed disse begreber muliggør samt omvendt, hvilke perspektiver der hermed også udgrænses fra afhandlingens særlige konstruktion af den sociale virkelighed (Esmark et al., 2005). Anne Reff Pedersen argumenterer videre for, at man i en konstruktivistisk kontekst altid må se forskeren som forfatter, og at en vigtig metodeforudsætning i den forbindelse er synliggørelse af forfatterens arbejdsprocesser (Pedersen, 2005). Jeg har i dette kapitel søgt at tydeliggøre de teoretiske perspektiver, som jeg er inspireret af. I det følgende kapitel vil jeg yderligere søge at tydeliggøre, hvordan min egen forskningsproces har været en

dynamisk og meningsskabende proces, der har været fokuseret på og er udgået fra bestemte ledetråde og forståelsesrammer, som løbende er blevet ændret og modificeret i mødet med feltet og den organisationssociologiske litteratur.

KAPITEL 4. FORSKNINGSPROCESSEN

4.1. INDLEDNING

”Science Is a Journey, Not a Destination” skriver Evert Gummeson i sin bog om kvalitative metoder, idet han minder om, at det engelske ord for forskning, ”research”, bogstaveligt betyder ”search again” (Gummesson, 2000, s. 22). Selvom det kan lyde trivielt at sammenligne videnskab og forskning med en rejse, så finder jeg, at metaforen meget præcist indfanger, hvordan videnskaben både på et mere overordnet niveau hele tiden er i bevægelse i en stadige søgen efter nye teorier, modeller, begreber, metoder m.m., og hvordan videnskab mere konkret i form af den enkelte forskningsproces løbende bevæger og forandrer sig, så forskerne må gøre om, justere og søge igen. Metaforen står for mig som en antitese til store dele af metodelitteraturen og mange af de organisationsstudier, hvor forskningsprocesessen fremstår som ”en systematisk og lineær trin for trin-proces”, hvor forskeren fra begyndelsen har tydeligt afgrænsede forskningsspørgsmål, der afspejles i et relevant teorivalg og adækvat forskningsdesign (Antoft & Salomonsen, 2012, s. 129). Det er min erfaring, at forskningsprocessen og forskningsdesignet i mange artikler, rapporter og afhandlinger fremstår langt mere velstrukturerede og ordnede, end de oprindeligt var, mens forskningsprocessen pågik. Forskningsprocessen bliver hermed et eksempel på meningsskabelse. Artiklen, rapporten eller afhandlingen er forskerens retrospektive forsøg på at give mening til forskningsprocessen, hvor bestemte dele fremhæves – og andre udelades – for at skabe en sammenhængende fortælling om forskningsprocessen, der samtidig positionerer forskeren som kompetent i forhold til sit fag. Dette betyder dog ikke, at al forskning per se er en rodet og forvirret affære, men i mit tilfælde har der været en del ophold og ændringer af rejsen undervejs. Min egen forskningsproces har således været en form for ”wayfinding”, hvor viden om studiets undersøgelsesområde løbende er blevet konstrueret og ændret undervejs i takt med, at jeg har mødt barrierer og er blevet overrasket og kommet frem til nye erkendelser (Ingold, 2000, s. 220; Järvinen, 2005; Antoft & Salomonsen, 2007; Alvessson & Kärremann, 2011). Dette har været muligt, fordi studiet har været tilrettelagt som et eksplorativt feltstudie, dvs. et feltstudie, hvor jeg har tilstræbt en åben tilgang med løbende justering af forskningsspørgsmålene i takt med, at feltarbejdet og de teoretiske perspektiver har ændret karakter og fokus. Feltstudiet er inspireret af en organisatorisk etnografisk tilgang (jfr. Neyland, 2008, Ybema et al. 2009, Yanow, 2012), hvor forskeren gennem forskellige metodiske tilgange og via ophold i felten udforsker aspekter af hverdagens sociale liv og praksis i en eller flere organisationer. Mere specifikt søger jeg via feltobservationer og interviews at give et dybdegående indblik i forskellige aktørers meningsskabelser om det tværgående samspil og i de meningsskabende processer, der ligger til grund herfor.

Med dette in mente inviteres læseren her til at følge min fortælling om min forsknings- og erkendelsesrejse og videre med ind i min fortælling om meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen. Jeg vil undervejs i kapitlet redegøre for de metodologiske overvejelser, der er forbundet med at studere meningsskabelse og mere præcist med at studere meningsskabelse blandt fagprofessionelle aktører, der organisatorisk, geografisk samt eventuelt tidsmæssigt er adskilte. Endvidere redegør jeg for de metodologiske overvejelser, der knytter sig til at forstå selve forskningsprocessen som en meningsskabende proces. I forlængelse heraf beskrives studiets gennemførelse samt de metoder, jeg har valgt til at udforske feltet.

4.2. MIN FORSKNINGSREJSE

4.2.1. REJSENS BEGYNDELSE

Min forskningsrejse tog sin begyndelse tilbage i 2011, hvor jeg arbejdede som projektkoordinator i Holstebro Kommune med implementering af Region Midtjyllands forløbsprogrammer for KOL, hjertekarsygdom og type 2-diabetes. Mit arbejde bestod i at koordinere og understøtte udviklingen af de indsatser i Holstebro Kommune, som forløbsprogrammerne lægger op til, at kommunerne skal løse. En stor del af mit arbejde bestod i at skabe kontakt til sygehus, almen praksis, patientforeninger m.m. med henblik på at finde ud af, hvordan man kunne arbejde sammen og koordinere indsatserne på tværs af organisationerne. Gennem mit arbejde oplevede jeg, hvordan der blev lagt mange kræfter i at etablere og udvikle det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunen både i de enkelte kommunale enheder og på forskellige organisatoriske niveauer. Jeg mødte mange mennesker fra både kommunen og almen praksis, der var interesseret i at udvikle den tværgående relation, men også mange fortællinger om – og forklaringer på – at det til tider var en udfordring at samarbejde og at få etableret en længerevarende god kontakt mellem parterne og de mange mennesker, der agerer i kommunen og almen praksis. Det vakte min nysgerrighed, så da jeg i foråret 2011 fik mulighed for at begynde planlægningen af et ph.d. projekt, blev mit fokus koordination og samarbejde mellem almen praksis og kommune.

Med baggrund i en eksplorativ tilgang til feltstudiet valgte jeg tidligt i studiets forløb at lave tre eksplorative fokusgruppeinterviews med praktiserende læger og kommunalt ansatte personer for at indkredse og detaljere begreber og temaer, der kunne danne referenceramme for projektets videre indsamling af feltmateriale og valg af teoretisk tilgang (Yin, 2009). Resultaterne fra interviewene blev analyseret og fremlagt i en intern kommunal rapport med fokus på gennemgående temaer omkring, hvad der er på spil i de tværgående samarbejdsrelationer mellem almen praksis og en række kommunale organisatoriske underenheder (Andersen, 2012). Materialet anslog en række gennemgående temaer omkring tilgængelighed, kom-

munikation og forskellige typer af ansvarskonflikter, men der fremgik ikke nogle entydige problemstillinger, som gav anledning til yderligere at indsnævre det videre arbejde i feltstudiet.

Jeg havde på dette tidspunkt af studiet ikke stor erfaring med at tænke sociologisk metodologi og metode. Inspireret af den naturvidenskabelige verden, jeg var vant til at bevæge mig i, havde jeg en forestilling om, at jeg gennem valg og mestring af de rette teorier og metoder ville være i stand til at afdække en række mere eller mindre objektivt givne forhold i det tværgående samspil, og at jeg – for at kunne gøre dette – måtte søge at undgå såkaldte bias (Yin, 2014). Jeg havde med andre ord, hvad man kan betegne, "en realistisk tilgang" til feltet, hvor man nærmer sig "virkeligheden som et stabilt sæt af afgrænselige fænomener, noget 'derude', der lader sig konstatere, udforske" (Staunæs & Søndergaard, 2005, s. 52). Denne mere realistiske tilgang til feltet afspejlede sig bl.a. i, at jeg i forbindelse med rekrutteringen af deltagere til studiet var optaget af så vidt muligt at opnå maksimal variation og repræsentation i forhold til deltagernes geografisk placering, deres køn og type af organisation. Et andet forhold, der afspejler denne mere realistisk inspirerede tilgang til feltet, var min optagethed af, hvordan jeg kunne tilgå feltet som en 'objektiv' og udenforstående forsker. Dette var for mig særligt problematisk set i lyset af, at jeg tidligere har arbejdet indgående med afhandlingens emneområde, ligesom min tidligere arbejdsplads er del af afhandlingens empiriske felt. Her kom arbejdet med at finde ud af de mere praktiske foranstaltninger omkring feltstudiet og ankomsten af min lille dreng, Esben, mig midlertidigt delvist til hjælp. De betød, at ph.d. studiet først fik sin start i sommeren 2012. Den mellemliggende periode var for mig en god måde til at komme på afstand af feltet. I det år der gik, fra jeg stoppede med at arbejde i kommunen, til jeg påbegyndte mit ph.d. studie og indsamlingen af feltmaterialet hertil, fortsatte mine tidligere kolleger i kommunen med at udvikle og implementere indsatserne til mennesker med kronisk sygdom og med at udvikle de tværgående relationer. De tegnede så at sige videre og ændrede på det landkort, som jeg fra min tid i kommunen selv havde været med til at sætte nogle af stregerne på. Det betød, at jeg på min rejse ikke 'bare' kunne navigere efter min umiddelbare viden om kommunen, de forskellige kommunale tilbud og de tværgående relationer. Tiden havde så at sige arbejdet og gjort mig til en delvis fremmed for afhandlingens empiriske felt. Helt fremmed blev jeg imidlertid aldrig. Dette vender jeg tilbage til senere i kapitlet.

4.2.2. REJSEN SKIFTER RETNING

Med min indlæsning i organisationslitteraturen og mit møde først med narrative organisationsstudier (se bl.a. Czarniawska, 1997, 1998; Boje, 2001; Søderberg, 2004, 2006; Rhodes & Brown, 2005; Reff Pedersen, 2008; Borum & Reff Pedersen, 2008; Aarika-Stenroos, 2010) og siden med meningsskabelse i organisationer

(Weick, 1995; Søderberg, 2003; Weick et al., 2005; Brown et al. 2008) fik min forskningsrejse en ny retning. Her stødte jeg på teoretiske perspektiver, der i en organisatorisk kontekst interesserer sig for sammenhængen mellem sprog og mening i form af sammenhængen mellem den måde, man taler om begivenheder på, og hvordan man forstår dem, og som videre interesserer sig for, hvordan fortællinger er med til at organisere arbejdet (Czarniawska, 2010). Med en faglig baggrund i litteraturhistorie og filosofi var det perspektiver, der var genkendelige, og som talte til min oprindelige fagidentitet.

Med narrativer som pejlemærke for min videre forskningsfærd blev målet at invitere aktører i almen praksis og kommune til at fortælle om deres oplevelser og erfaringer med det tværgående samspil mellem kommunen og almen praksis. For at reducere kompleksiteten i det empiriske felt besluttede jeg at identificere analytiske underenheder i form af udvalgte patientforløb, som de involverede aktører og eventuelt også patienten og pårørende kunne fortælle om. Fordelene ved at tage udgangspunkt i konkrete patientforløb er flere, bl.a. at de kan hjælpe til at give et dybere indblik i konkrete forløb og hverdagspraksisser, og at de kan hjælpe til at tydeliggøre eventuelt rivaliserende opfattelser eller tolkninger af forløbene.

Syv praktiserende læger blev indledningsvist bedt om at identificere to patientforløb hver. Herefter skulle de identificerede forløb være guidende for indsamling af feltmateriale i kommunen via sneboldmetoden, sådan at kommunale aktører, der havde indgået i forløbene, ligeledes skulle interviewes om deres oplevelser af forløbene. Seks ud af de syv læger meddelte imidlertid efter mange snakke frem og tilbage, at de ikke kunne finde de ønskede patientforløb, mens jeg aldrig hørte fra den sidste læge. Da jeg på dette tidspunkt i mit ph.d. forløb allerede havde udskudt indsamlingen af feltmateriale på grund af en længerevarende konflikt mellem regionerne og de praktiserende læger i foråret - sommeren 2013[18], og da forsøget på at finde frem til fortællinger om konkrete patientforløb yderligere havde taget en del tid, endte jeg med at opgive idéen om at forfølge konkrete patientforløb. Jeg besluttede i stedet at søge at få konkrete eksempler og erfaringer frem i form af mere episodiske fortællinger om patientforløb, som måtte dukke op i semistrukturerede interviews med ansatte i almen praksis og i kommunen. Målet med mit feltarbejde blev således at få de gode og de mindre gode historier om det tværgående samspil frem. De var dog ikke lette at få frem, selvom der i feltmaterialet optræder enkelte længere fortællinger. Til gengæld blev det gradvist tydeligt, at der lå noget andet i mit materiale, som fortjente at komme frem, og som allerede i det små begyndte at udkrystallisere sig, da lægerne med forskellige begrundelser trak sig fra at finde konkrete patientforløb. Det undrede mig, hvorfor det tilsyneladende var så svært for

[18] Se afsnit 2.3. for mere information om konflikten. Konflikten betød, at mange læger skærmede sig mod unødvendige samarbejdsflader, og jeg blev derfor af den ene af mine kontaktpersoner til de praktiserende læger anbefalet at afvente kontakt til de praktiserende læger til efter konflikten.

lægerne at finde patientforløb at fortælle om. Handlede det om min måde at spørge på? Handlede det om patientgruppen, og måden man arbejdede med patientgruppen på? Eller handlede det om andre samtidige begivenheder i de enkelte praksisser? Lægernes umiddelbare respons til mig, når jeg kontaktede dem, indikerede lidt af det hele. Samtidig interesserede det mig, hvordan de kommunale medarbejdere i interviewene generelt syntes at reflektere mere over den tværgående relation og over de praktiserende lægers opfattelse af dem end omvendt, ligesom de kommunale medarbejdere i højere grad end de praktiserende læger syntes at søge at forstå og forklare de praktiserende lægers handlinger, end de omvendt syntes at gøre. Det meningsskabende perspektiv syntes her at kunne hjælpe mig til at forstå og forklare nogle af de aspekter i mit feltmateriale, som vakte undring og rejste de mange spørgsmål. Jeg begyndte med andre ord at interessere mig for de forskellige meningsskabelser i det tværgående samspil, idet jeg især fandt, at perspektivets fokus på sammenhængen mellem identitet og meningsskabelse, mellem handling (”enactment”) og meningsskabelse samt perspektivets fokus på ledetrådene for meningsskabelse kunne være med til at give et blik på feltmaterialet, som jeg hidtil havde savnet. Det betød ikke, at det narrative perspektiv helt blev forladt, men fremfor en narrativ analysestrategi med fokus på fortællinger, forløb og plots valgte jeg en analysestrategi med fokus på de nævnte elementer af meningsskabelsen (Reff Pedersen, 2005). Narrativer spiller dog også, som vist i forrige kapitel, en vigtig rolle i det meningsskabende perspektiv, men perspektivet er, som jeg ser det, bredere og giver mulighed for også at undersøge interaktioner og interviewsekvenser, hvor der ikke som sådan optræder fortællinger.

På den måde endte denne forskningsrejse med at blive til en undersøgelse af, hvordan – og på hvilken baggrund – aktører i det nære sundhedsvæsen giver mening til det tværgående samspil. Afhandlingens problemstilling og forskningsspørgsmål har således gradvist formet sig i løbet af ph.d. forløbet og feltstudiets gennemførelse.

4.2.3. VED REJSENS AFSLUTNING

Rejsen, som jeg her har beskrevet den, er mit forsøg på at give mening til det snørklede ph.d. forløb, der er gået forud for denne afhandling. For mig er den en fortælling om, hvordan min tilgang til afhandlingens undersøgelsesområde blev formet af ledetråde forbundet med den empiriske/praktiske verden, som jeg ved rejsens begyndelse kom fra og af ledetråde koblet til den nye organisationssociologiske verden, som jeg med ph.d. studiet kom ind i. Denne verden viste sig siden at have koblinger til den faglige verden, som jeg i sin tid blev uddannet indenfor, nemlig litteraturhistorie og filosofi, hvilket i sidste ende hjalp mig til at skabe mening med ph.d. projektet og mit feltmateriale.

Min rejse blev samtidig til en fortælling om, hvordan min tilgang til studiet af det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen ændrede sig fra min indledende mere stabile og realistiske tilgang til undersøgelsen af feltet til en mere ustabil og flertydig forståelse (Järvin & Mik-Meyer, 2005a). Min tilgang til undersøgelsen af det tværgående samspil endte med andre ord i en undersøgelse af, hvordan den sociale virkelighed løbende konstrueres og rekonstrueres af aktørerne i det nære sundhedsvæsen gennem meningsskabende processer.

4.3. VIDENSKABSTEORETISK POSITIONERING AF STUDIET

> ”Organizing and organization come alive in the ways they construct themselves and in the ways those of us who study them contruct them.” (Gioia, 2006, s. 1711).

Jeg har i det foregående kapitel redegjort for de teoretiske perspektiver, som jeg er inspireret af i min tilgang til – og analyse af – feltet og feltmaterialet. Med valget af disse teoretiske perspektiver positionerer jeg mig samtidig inden for nogle bestemte videnskabsteoretiske retninger. Jeg vil i det følgende tydeliggøre disse positioner og uddybe deres konsekvenser for afhandlingen.

Fokus i denne afhandling er på organisatorisk meningsskabelse, dvs. på hvordan aktører i organisationer sammen konstruerer en bestemt social virkelighed, som sætter rammerne for, hvad og hvordan de bemærker begivenheder i deres omgivelser herunder også, hvordan de taler om dem. Dette er en konstruktivistisk inspireret tanke, der beror på, at der ikke er én bestemt social virkelighed, som alle i og uden for organisationen referer til, ligesom der ikke er én bestemt organisatorisk virkelighed, som forskeren kan afdække (Esmark et al., 2005; Cunliffe, 2008).

Kendetegnende for socialkonstruktivismen er, at den afviser essentialistiske forklaringer på verden (Cunliffe, 2008). Ting eller fænomener har ingen iboende essens, der kan afdækkes eller opdages. Deres betydning opstår gennem sociale interaktioner, der er historisk, kulturelt og sprogligt kontekstafhængige (Järvin & Mik-Meyer, 2005a; Cunliffe, 2008). Det betyder, at man i konstruktivistiske undersøgelser ikke søger én bestemt sandhed om eksempelvis det tværgående samspil, men at man i stedet interesserer sig for flertydigheden og mangfoldigheden i form af de forskellige aktørers meningsskabelser omkring samspillet. Den socialkonstruktivistiske position betyder dog ikke, at man nødvendigvis afviser, at der findes objekter (fysiske genstande) eller subjekter (tanker, bevidsthed), men pointen er, at disse ”i sig selv” er meningsløse. Mening er med andre ord altid et resultat af relationer eller som Kenneth Gergen skriver:

> ”The individual mind (thought, experience) does not originate meaning, create language, or discover the nature of the world. Meanings are born of coordinations among persons – agreements, negotiations affirmations. From this standpoint, relationships stand prior to all that is intelligible Nothing exists for us – as an intelligible world of objects and persons – until there are relationships.” (Gergen, 1999/2009, s. 48).

Betegnelsen socialkonstruktivisme dækker over en bred vifte af positioner, der varierer i forhold til, hvilke aspekter af virkeligheden de refererer til, og i forhold til hvor radikale de er i deres standpunkter (Collin, 2003; Cunliffe, 2008). Positionerne varierer bl.a. i forhold til, hvorvidt man mener, at den sociale virkelighed er den eneste virkelighed, eller om denne virkelighed skal forstås som en tilføjelse til en verden af fysiske objekter og subjekter i sig selv (Esmark et al., 2005). Jeg følger her Czarniawska, der skriver, at hun tror på, at der eksisterer en objektiv virkelighed uafhængigt af den menneskelige erkendelse og bevidsthed, men denne tro kan ikke testes. Forsøg på at bevise elller teste en sådan tro til altid ske ”in the realm between subjectivity and intersubjectivity” (Czarniawska, 1997, s. 55). Det giver ikke mening at forsøge at etablere en sammenhæng mellem en empirisk verden, som den ’virkelig’ er, og udsagn om denne verden jfr. korrespondensteorien for sandhed. Sprog og verden er ikke ét. Det eneste, vi kan sammenligne udsagn om verden med, er andre udsagn (Ibid.).

4.4. DEN ABDUKTIVE SLUTNINGSFORM

Min forskningsrejse illustrerer, hvordan min analytiske tilgang til feltet hverken har været styret af teori (deduktiv) eller af feltmaterialet (induktiv). Den har derimod været drevet af situationer karakteriseret ved sammenbrud, overraskelse, forundring og forvirring, hvilket kendetegner den abduktive slutningsform (Alvesson & Kärremann, 2011; Brinkmann, 2014). Abduktion er en type af ræsonnement, der bringes i spil i undersøgelser, der søger at forklare eller forstå situationer, der skaber usikkerhed og forvirring (Hansen, 2008; Brinkman, 2014). Ved abduktion starter man ikke med en bestemt teori for øje. Man motiveres af følelsen af, at en teori er nødvendig for at forklare det uventede (Hansen, 2008). Den abduktive slutningsform kan formaliseres på følgende vis: ”(a) Vi observerer X, (b) X er uventet og bryder med vores normale forståelse, (c) men hvis Y er tilfældet, så giver X mening, (d) derfor kan vi tillade os at hævde Y, i det mindste foreløbigt.” (Brinkmann, 2014, s. 722, min oversættelse). Abduktion blev oprindeligt introduceret af Charles Sanders Peirce, der anså abduktion som den eneste måde til at skabe ny viden på (Hansen, 2008). Ifølge Peirce og andre pragmatikere såsom William James og John Dewey er al viden funderet i erfaringer. Det er derfor også blandt erfaringer, at elementer til ny

viden skal findes, når man støder på observationer og situationer, der ikke kan forklares ud fra ens eksisterende 'lager af viden'. Det sker gennem nye kombinationer af ens eksisterende viden eller sjældnere gennem konstruktion af helt nye begreber eller idéer, som ikke ligner noget, man tidligere har kendt.

Ifølge Hans Hansen kan man skelne mellem to typer af abduktion, nemlig svag abduktion og kreativ abduktion (Hansen, 2008). Svag abduktion er, når man i forbindelse med uventede observationer eller situationer rearrangerer eller syntetiserer eksisterende videnskonstruktioner, hvorved ny viden opstår, der kan hjælpe til at forklare eller forstå fænomenerne. Processen indebærer et element af overraskelse for så vidt, at man opdager eller bemærker sammenhænge, som man ikke tidligere havde drømt om eller forestillet sig (Peirce, 1955). Kreativ abduktion involverer derimod et mere drastisk skridt, fordi det handler om at forklare fænomener, der ikke lader sig forklare ved hjælp af ens eksisterende viden. Processen kan lignes med Thomas Kuhn's paradigmeskift indenfor videnskaberne, fordi de begge bryder med det, man hidtil har kendt, og det kræver derfor en form "trosspring". I forlængelse heraf fremgår, at min undersøgelse af samspillet i det nære sundhedsvæsen kan karakteriseres som svag abduktion, idet jeg ikke postulerer at skabe helt nye begreber eller forståelsesrammer til at forstå og forklare samspillet. Jeg har i stedet gennem min forskningsproces søgt efter begreber og teoretiske perspektiver, der kunne hjælpe mig til at forstå og forklare nogle af de fænomener, som jeg stødte på gennem min involvering med feltet, og som både har undret og forvirret mig undervejs.

Det meningsskabende perspektiv er i øvrigt resultat af en abduktiv proces, idet det inddrager og trækker på en lang række andre teoretiske begreber og perspektiver for at forstå og forklare fænomenet 'meningsskabelse i organisationer'. Endvidere er selve den meningsskabende proces i sig selv en form for abduktiv proces, fordi man søger at forstå en begivenhed eller en situation, der forvirrer og skaber undringer, ved at koble den til – og kategorisere den inden for – en bestemt forståelsesramme (Hansen, 2008; Weick, 2011).

I denne afhandling søger jeg at skabe mening med det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen ved at koble mine observationer i form af mit feltmateriale til det meningsskabende perspektiv og Davies og Harrés positioneringsbegreb. Dette sker ikke, fordi jeg forud for denne afhandling havde en formodning om, at feltmaterialet kunne bruges til at bekræfte disse teoretiske perspektiver, eller omvendt fordi jeg havde en klar forventning om, at de teoretiske perspektiver kunne bruges til udtømmende at forklare det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen. Jeg bragte dem derimod i spil på baggrund af en fornemmelse af – og en mere diffus antagelse om – at de kunne hjælpe til at forklare og forstå de dele af feltmaterialet, som undrede og forvirrede mig. Weick beskriver meget præcis dette mere famlende og usikre element af såvel den abduktive som den meningsskabende proces på følgende vis:

> ”As events become less certain, useful ideas in the form of presumptions play a more important role since they hold lines of action together long enough for those lines to produce meaningful shapes and names.” (Weick 2011, s. 151).

4.5. SANDHEDS- OG KVALITETSKRITERIER

I forlængelse af de forgående afsnits diskussioner af den abduktive slutningsform og det socialkonstruktivistiske perspektiv, skal det her kort drøftes, hvilke former for sandheds- og kvalitetskriterier, man kan lægge til grund for vurderingen af en afhandling som denne. Som det fremgår af bl.a. foregående afsnit er målet med den abduktive proces ikke at nå til endelige eller universelle sandheder. Målet er nå frem til foreløbige forklaringer, der gør det muligt at handle i en specifik situation (Brinkmann, 2014). Dette svarer til en pragmatisk tilgang til sandhed, hvor det, man anser for at være sandt, er det, der er brugbart, og som er med til at løse et problem (James, 1907/1970; Hansen, 2008; Elkjaer & Simpson, 2011). Sandhed er på denne måde ikke noget fast, noget der ’er’. Det er derimod noget, som sker, en proces (James, 1907/1970). I tråd med samme type af ræsonnement skriver Weick, der er inspireret af pragmatismen, at socialvidenskabens særlige bidrag ikke består i at validere en bestemt viden, men i at foreslå relationer og forbindelse som man hidtil ikke havde tænkt eksisterede. Disse relationer og forbindelser kan ”ændre handlinger og perspektiver” [*change actions and perspectives*] (Weick, 1989, s. 524). Mit håb er, at læsere af denne afhandling vil opleve, at ideerne og tankerne i den er sande, for så vidt de formår at skabe nogle relationer og forbindelser, der åbner for nye måder at betragte og forstå det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen på. Måske kan dette være med til at åbne for nye handlemuligheder både i forhold til, hvordan man taler om samspillet og skaber mening om det på, men også i forhold til hvordan man på forskellige niveauer søger at løse udfordringerne med at skabe et samspil, som giver mening for både patienterne og aktørerne i henholdsvis almen praksis og kommune.

Det socialkonstruktivistiske og pragmatiske udgangspunkt for denne afhandling har betydning for, hvilke kvalitetskriterier man med rimelighed kan opstille herfor. Kvalitativ forskning må således altid ”vurderes ud fra kriterier, der anerkender forskningens mål og ambitioner”, og som tager højde for, hvad der er muligt at sige noget om på baggrund af den specifikke type af forskning, der er blevet bedrevet (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 491). Flere kvalitative forskere lægger i tråd hermed afstand til de klassiske positivistiske kvalitetskriterier: Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed, som de argumenterer for ikke giver mening i forhold til forskning baseret på videnskabsteoretiske positioner, der netop afviser realismens essentialistiske forklaringer på verden, og at det skulle være muligt at give én absolut fortælling om den sociale virkelighed (Lincoln & Guba, 1985; Brinkmann &

Tanggaard, 2010; Czarniawska, 2014). Som alternativ har flere søgt at definere egne guidelines og opstille andre kriterier for god forskning, der tager højde for den fortolkende kvalitative forsknings særlige karakter. Det sker bl.a. for at imødegå risikoen for uhæmmet relativisme (Kvale & Brinkmann, 2009). Lincoln og Guba foreslår eksempelvis fire kriterier (”credibility”, ”transferability”, ”dependability” og ”confirmability”), der er ækvivalente med kriterier i den naturvidenskabelige tradition, men som er tilpasset en socialkonstruktivistisk forskningstradition. (Lincoln & Guba, 1985, s. 219). Der er imidlertid langtfra enighed om, hvorvidt det overhovedet giver mening at opstille kvalitetskriterier for god forskning (Cresswell, 1994; Brinkmann & Tanggaard, 2010). Czarniawska (2014) anfører således, at allerede det at opstille bestemte kriterier for et forskningsarbejdes kvalitet og succes er betænkeligt og ensbetydende med, at man forbliver inden for samme positivistiske forskningstradition, som man søger at tage afstand fra, fordi god forskning hermed fremstår som noget, der kan defineres via nogle overordnede og forudbestemte kriterier.

Trods de mange forskellige begreber og forsøg på at opsætte kriterier for kvalitet eller omvendt bevidst undladelse af dette, synes der blandt hovedparten af forskere indenfor den fortolkende kvalitative tradition at være enighed om, at kvalitet handler om metodologisk refleksion og transparens i forhold til grundantagelser og fremgangsmåde i en given undersøgelse (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Dette fordrer, at undersøgelsens design og udførelse samt dens analyse og resultater er tydeliggjorte og gennemskuelige. Tydelig situering af studiet og klar præcisering af forskerens position giver læseren mulighed for at gennemskue forskningsprocessen og en sammenhæng at vurdere undersøgelsens resultater ud fra (Ibid.; Antoft & Salomonsen, 2012). Dette er netop, hvad jeg har søgt at gøre i denne afhandlings fire første kapitler. For det første har jeg i det indledende kapitel søgt at situere mit studie i forhold til den samfundsmæssige kontekst, som det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen er del af og udspiller sig i. Endvidere har jeg søgt at situere studiet i forhold til den eksisterende forskningsmæssige viden på området. For det andet har jeg i afhandlingens tredje kapitel og i nærværende kapitel redegjort for de teoretiske perspektiver og den videnskabsteoretiske position, hvormed jeg har tilnærmet mig feltet og feltmaterialet, og som ligger til grund for afhandlingens analyser. Jeg har undervejs søgt at tydeliggøre de implikationer, som mine teoretiske perspektiver har i forhold til hvilke dele af den organisatoriske kontekst, det er relevante at studere, og omvendt hvilke dele jeg hermed omvendt gør mig ”blind” for. I nærværende kapitel redegør jeg for selve forskningsprocessen herunder undersøgelsens design samt de metoder, som jeg har benyttet mig af i tilgangen til – og konstruktionen af – feltet og feltmaterialet. Jeg beskriver også, hvordan studiets design har ændret og udviklet sig undervejs, ligesom jeg reflekterer over, hvad det betyder at forske ud i et felt, som man selv har arbejdet i. Endelig beskriver jeg udførligt analysearbejdet, der ligger til grund for afhandlingens resultater. Jeg har således bestræbt mig på at tydeliggøre, præcisere og reflektere over grundlaget for min undersøgelse og resultaterne heraf, selvom jeg ikke lægger mig direkte op ad en

eller flere af de konkurrerende anvisninger til – og kriterier for – kvalitetssikring i den fortolkende kvalitative forskning.

4.6. FELTET OG FELTMATERIALETS TILBLIVEN

Den socialkonstruktivistiske og pragmatiske tilgang i denne afhandling har metodiske konsekvenser og betydning for, hvordan man skal forstå det felt, der bliver undersøgt, og feltmaterialet, som opstår som et resultat af undersøgelsen. Flere forskere heriblandt Alvesson og Sköldberg (2000/2009) argumenterer for, at de ofte anvendte termer 'data' og 'dataindsamling' i såvel kvantitativ som kvalitativ forskning er udtryk for en rest af empirisme og en naiv empirisk forståelse af data som noget objektivt givet, forskeren blot skal 'samle op' i sit møde med feltet. Andre termer for forskeres møde med feltet og for forskningsprocessen er blevet foreslået: Czarniawska-Jorerges (1992) taler om "insight gathering", mens Alvesson & Kärreman (2011) betragter hele forskningsprocessen som et mysterium, som forskeren både er med til at skabe og løse. Afgørende er, at feltet og feltmaterialet ikke forstås som noget, der findes uafhængigt af forskeren. Det skabes i forskerens afgrænsning af – og møde med – feltet samt igennem forskerens samspil med de aktører, der er del af den sociale virkelighed, som bliver studeret (Lindberg, 2002). "Grænsen omkring genstandsfeltet er altid flydende", skriver Kirsten Hastrup, fordi det, man studerer skifter form og ændrer sig i mødet med forskeren (Hastrup, 2010, s. 57). Det betyder videre, at den viden, der præsenteres i denne afhandling, er skabt i interaktion med praktikere fra felten, ligesom den også er skabt i interaktion med de forskere, jeg har været i kontakt med gennem forskningsprocessen. Endvidere har den litteratur, som jeg løbende har læst og arbejdet med gennem studiet været en 'dialog-partner', der både har udfordret, nuanceret og udviklet min forståelse af feltet og feltmaterialet (Czarniawska, 1997). *Feltet* definerer jeg i denne afhandling i overensstemmelse med Hastrup som afhandlingens "analytisk bestemte genstandsfelt", hvilket i denne sammenhæng er, hvordan aktørerne i almen praksis og kommune skaber mening om det tværgående samspil (Hastrup, 2010, s. 57). *Felten* forstår jeg som de fysik stedbundne sociale rum, hvor aktørernes meningsskabelser løbende skabes og genskabes i interaktion med hinanden og med mig som forsker (Ibid., s. 57).

Afhandlingens feltmateriale består af tre fokusgruppeinterviews med informanter fra almen praksis og kommunen foretaget i efteråret 2012 som del af en indledende undersøgelse af feltet. Endvidere består det af observationer af møder mellem almen praksis og kommunen samt af arbejdet i henholdsvis almen praksis og kommunen. Observationsstudierne, der overvejende fandt sted i efteråret 2013 og foråret 2014, gav mig mulighed for at iagttage interaktioner, hvor aktørerne forhandler mening, samt for at få en kontekstuel forståelse af aktørernes meningskonstruktioner gennem et indblik i deres daglige arbejde og i de sociale og fysiske sammenhænge, hvori

arbejdet finder sted. Endelig består afhandlingens feltmateriale af 18 dybdegående semistrukturerede kvalitative interviews: 9 interviews med praktiserende læger, 2 interviews med praksissygeplejersker og 7 interviews med udvalgte aktører fra kommunen, som arbejder med borgere med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes. Tilsammen bidrager de 18 interviews til at udfolde og uddybe, hvordan forskellige aktører i henholdsvis almen praksis og i en kommune skaber mening om det tværgående samspil.

Se eventuelt skema 1 for et overblik over feltstudiets tidsmæssige forløb.

Tidspunkt	Fokusgruppe	Observationer	Interviews
		Feltarbejde del I	
Sept. 2012	- 5 praktiserende læger - 10 kommunalt ansatte		
Okt. 2012	- 7 praktiserende læger		
		Feltarbejde del II	
Marts 2013		- Temadag for praktiserende læger i Holstebro Kommune (1 dag)	
Maj 2013		Møde i kommunalt-lægeligt udvalg (1½ time)	
Okt. 2013		- Almen praksis i yderområde (2 dage) - 2 x almen praksis i Holstebro (2 dage hvert sted) - Møde på Sundhedscentret med praksiskonsulenten (1½ time)	
Nov. 2013		- Møde mellem praksiskonsulenter og chefer (1½ time)	
Dec. 2013		- Sundhedscentret – åben rådgivning (1½ time)	2 praktiserende læger 1 sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent
Februar 2014		- Hjemmeplejen (1 dag i hver af kommunens yderområder og 1 dag i Holstebro) - Sygeplejeklinik (1 dag) - Møde mellem praksiskonsulenter og chefer (1½ time)	3 hjemmesygeplejersker 1 sårsygeplejerske
Marts 2014		- Sundhedscentret (1 dag) - Møde mellem hjemmeplejen og de praktiserende læger i Ulfborg (1½ time)	2 sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter 5 praktiserende læger 2 praksissygeplejersker
April 2014			2 praktiserende læger

Skema 1. Oversigt over det tidsmæssige forløb for feltmaterialets tilblivelse.

4.6.1. FORHANDLINGER AF ADGANG TIL FELTEN

Om etablering af kontakten til de praktiserende læger

I forbindelse med ph.d. studiets etablering blev der afholdt et møde i efteråret 2011 med deltagelse af formanden for det lokale lægelaug, praksiskonsulenten for Sundhedscentret, Holstebro Kommunes sundhedschef, kommunens direktør for Kultur og Sundhed og undertegnede. På mødet blev tankerne bag ph.d. studiet fremlagt og mulighederne for involvering af de praktiserende læger i kommunen blev drøftet. De to praktiserende læger tilbød at informere de øvrige læger om ph.d. studiet – dels gennem en kort mundtlig orientering i november 2011 – dels mere udførligt på et lægelaugsmøde i april 2012, hvor de også ville sende en tilmeldingsliste rundt i forhold til interesserede deltagere til feltstudiets første del (fokusgrupper) og/eller feltstudiets anden del (observationsstudier og interviews med enkeltpersoner). Der blev forud for mødet sendt en mail ud til alle praktiserende læger i kommunen med information om ph.d. studiet og det planlagte feltarbejde.

Det skal nævnes, at der på tidspunktet for rekrutteringen af de praktiserende læger (i foråret 2012) var en generel diskussion blandt de praktiserende læger i Region Midtjylland vedrørende betaling for deltagelse i projekter samt i udviklingsarbejde. Jeg blev anbefalet af mine to kontaktpersoner til de praktiserende læger, at lægerne blev betalt konsulenthonorar for deres deltagelse i interviews for bl.a. at undgå, at det kun blev "Tordenskjolds soldater", der stillede op. Jeg valgte at følge rådet og fik søgt samt tildelt finansiering til betaling for de praktiserende lægers deltagelse i de kvalitative interviews.

I forbindelse med første del af feltarbejdet (fokusgruppeinterviewene) foretog jeg i sommeren 2012 yderligere en rekrutteringsrunde via brev til udvalgte læger med information om ph.d. studiet og en invitation til at deltage i et fokusgruppeinterview. I invitationen blev oplyst, at fokusgruppeinterviewene ville finde sted i umiddelbar forlængelse af et af de månedlige lægelaugsmøder og på samme sted for møderne (en lokal restaurant). Dette var jeg blevet anbefalet af en af mine kontaktpersoner til de praktiserende læger. Det ville ifølge kontaktpersonen lette rekrutteringen, at lægerne i forvejen var på stedet og havde patientfri i forbindelse med lægelaugsmødet. De kontaktede læger blev valgt med henblik på at opnå maksimal variation i forhold til køn, anciennitet og type af praksis (solopraksis, mindre flerlægepraksis og større lægeklinikker) samt geografisk placering (både praktiserende læger i yderområder af kommunen og i Holstebro) set i forhold til de 8 læger, der allerede i foråret havde meldt sig til at deltage. Anden rekrutteringsrunde ledte til, at yderligere 4 læger indvilligede i at deltage.

Jeg valgte de angivne kriterier ift. at opnå maksimal variation og repræsentation i de kvalitative interviews, fordi de antages at have en betydning for måden at samarbejde og organisere arbejdet på (se eksempelvis Vinge, 2010). Kriterierne blev

så vidt muligt søgt suppleret af et tilfældighedsprincip, idet der inden for grupper af lignende læger blev trukket lod med henblik på at opnå variation i informanternes holdningsmæssige indstilling til samspillet m.m. (Neergaard, 2007). Jeg gjorde dette, fordi jeg på daværende tidspunkt var optaget af at sikre bred repræsentativitet i forhold til at undersøge mønstre ift. eksempelvis type af praksis og oplevelser af samspillet. Ud fra det meningsskabende perspektiv, som jeg senere valgte af forfølge, kan man argumentere for, at det have været mere hensigtsmæssigt at søge mindre spredning for i stedet at have fokuseret mere på lokale grupper af aktørers fortællinger og interaktioner på bestemte arbejdspladser (f.eks. ved at følge og interviewe flere læger og praksissygeplejersker fra samme praksis) og i bestemte geografiske områder. Dette for bedre at kunne undersøge det sociale aspekt af meningsdannelsen, dvs. undersøge, hvordan ansatte i eksempelvis en bestemt praksis eller i et bestemt geografisk område sammen skaber mening via de fortællinger, man deler, og måden man i det daglige taler om det tværgående samspil på. Der er således dele af feltmaterialet, hvor det sociale aspekt af meningsdannelsen kunne have stået stærkere via en anden tilgang til feltet. Der er dog også dele af feltmaterialet, hvor jeg har haft lejlighed til at følge og interviewe flere personer fra samme arbejdsplads herunder også praksisser. Når dette er sagt, er der dog også fordele ved, at der er variation og bred repræsentation i forhold til informanterne. Ved at opsøge aktører, der er forskelligt positioneret i feltet i forhold til eksempelvis erfaringshorisont, organisering af praksis og i forhold til organisering af de tværgående relationer (f.eks. via bestemte geografiske placeringer), får jeg bedre mulighed for at udfolde nogle af de forskelligartede meningskonstruktioner og meningsskabende processer, der er del af den polyfone sociale virkelighed, som aktørerne (inter)agerer i (Staunæs & Søndergaard, 2005).

I anden del af mit feltarbejde tog jeg i september 2013 kontakt via mail til fire af de praksisser, som i sin tid havde skrevet sig på den rundsendte liste i forhold til at deltage i et observationsstudie. Alle lægerne var positive i forhold til af få besøg i to til tre dage. Ét sted bad man dog om, at mit besøg blev skubbet et par uger, da man var i gang med at implementere et nyt edb-system, mens en anden læge senere vendte tilbage med besked om, at personalet "synes, at det er for meget, da de står midt i et praksisskifte" (Logbog den 9.10.12). Jeg endte med at besøge tre praksisser i to dage hvert sted. I to af disse praksisser fik jeg senere lejlighed til at interviewe to læger hvert sted og desuden en praksissygeplejerske. Jeg inviterede endvidere i slutningen af februar 2014 alle de praktiserende læger, der i sin tid havde skrevet sig på listen til individuelle interviews, og som ikke havde deltaget i fokusgruppeinterviewene, til et interview (to personer). Desuden inviterede jeg fem læger, som jeg ikke tidligere havde haft kontakt til, til et individuelt interview, idet jeg også her søgte at opnå maksimal variation i forhold til køn, anciennitet og type af praksis. Tre af disse læger ville gerne deltage. Blandt de lægepraksisser, hvor jeg havde aftalt interviews, trak jeg lod i forhold til at invitere deres praksissygeplejerske til et interview. To ud af tre praksissygeplejersker ønskede at deltage. En praksissygeplejerske ønskede kun at deltage, hvis det kunne ligge i arbejdstiden, hvilket hun fik lov til af

de praktiserende læger i den praksis, som hun arbejde i. Den anden bliver interviewet på sin arbejdsplads, men som jeg forstod det i sin fritid. Den tredje ønskede ikke at deltage, da hun ikke måtte bruge sin arbejdstid på interviewet med mindre, at der blev betalt honorar, hvilket jeg ikke havde mulighed for.

Generelt mødte jeg stor imødekommenhed og interesse for mit projekt i almen praksis. Flere af de kontaktede praktiserende læger gav udtryk for, at det var et vigtigt og interessant emne. En del af imødekommenheden har givetvis beroet på, at jeg har fået stor hjælp fra to lokale praktiserende læger, der dels har talt min sag, og som dels har hjulpet mig i forhold til, hvordan jeg skulle 'gebærde mig' for at gøre det mest muligt attraktivt at deltage for lægerne. Enkelte læger gav udtryk for, at det var positivt, at der var honorering, mens andre læger umiddelbart virkede overraskede og ikke syntes at have hæftet sig ved det. Af de læger, der afviste at deltage i undersøgelsen, var begrundelsen oftest manglende tid. En enkelt læge var meget negativ angående lægernes samarbejde med kommunen og havde ikke lyst til at deltage, da han bare ville være "sur", og da han ikke gad "bruge flere timer på at være irriteret" (Logbog den 4.03.14). Det er muligt, at nogle af de læger, der ikke ønskede at medvirke i studiet, har været de læger, der har haft meget stærke følelser på spil, og som derfor også har haft svært ved at skabe mening med samspillet med kommunen. Dette er et perspektiv, som kunne have været interessant at have med, men som altså ikke indgår i mit feltmateriale.

Jeg kunne endvidere have ønsket, at jeg havde haft lejlighed til at få udfoldet praksissygeplejerskernes meningsskabelser mere gennem deltagelse i enten fokusgruppeinterviews eller individuelle interviews. Jeg må indrømme, at jeg ikke umiddelbart havde tænkt dem ind i de første fokusgruppeinterviews samt på tidspunktet, hvor jeg søgte om midler til honorering af de praktiserende læger. Da jeg på et senere tidspunkt fik øje på vigtigheden af også at have midler til rekruttering af praksissygeplejerskerne, havde jeg af tidsmæssige grunde ikke mulighed for at søge herom. Jeg valgte ikke at forsøge at kontakte flere praksissygeplejersker. For det første var det min erfaring, at det generelt tog lang tid at få kontakt til de forskellige praksisser, og jeg havde på dette tidspunkt af mit studie ikke meget tid at tage af. For det andet havde jeg fulgt forskellige praksissygeplejersker under mine feltobservationer i almen praksis og havde her haft mulighed for tale med flere praksissygeplejersker. For det tredje havde jeg i forbindelse med rekruttering til feltarbejdet allerede været i kontakt med en stor del af de praktiserende læger i kommunen. Jeg forventede ikke, at jeg fik lov til at interviewe praksissygeplejersker fra de almene praksisser, hvor de praktiserende læger ikke ønskede at deltage. Desuden havde jeg en oplevelse af, at jeg i forvejen havde 'bedt' om meget i forhold til de praktiserende læger, der allerede deltog i feltstudiet, og jeg havde det derfor dårligt med at skulle tage yderligere kontakt og virke mere anmassende, end jeg i forvejen oplevede at have gjort.

En anden erfaring angående min etablering af kontakt til de praktiserende læger var, at jeg ofte skulle vente længe på svar samt bruge meget tid på at få kontakt, og når jeg endelig fik kontakt, så erindrede flere af lægerne ofte ikke at have set mit brev eller min mail. Jeg lærte i den forbindelse hurtigt, at jeg i mine breve/mails skulle skrive, at jeg ville kontakte dem, såfremt jeg ikke hørte noget inden for et bestemt antal dage. Jeg var meget bevidst om, at jeg var afhængig af lægernes velvilje i forhold til mit feltarbejde, hvilket betød, at jeg fandt det svært at tage kontakt af frygt for afvisning. Dette blev yderligere forstærket af, at jeg på grund af mine mange opkald, mails m.m. ofte kom til at føle mig anmassende og forstyrrende i forhold til lægernes travle hverdag jfr. bl.a. følgende udkast fra min logbog:

> ”Ringer til [læge]. Han erindrer ikke at have læst mit brev. Jeg beder ham om 2 minutter til at fortælle ham om projektet. […] han er ikke interesseret, da han har alt for travlt. Jeg spørger, om det er i orden, hvis jeg evt. vender tilbage i 2013. Ja, jeg er altid velkommen til at vende tilbage. Jeg har næsten ondt i maven bagefter. Det er ubehageligt at ringe og føle, at man tager værdifuld tid fra patienterne, samt at lægen ikke har tid til at tale med en.” (Logbog den 21.08.12).

> ”Jeg kan godt mærke, at jeg skal tage mig vældig meget sammen for at skrive og følge op på kontakten. Det er oplevelsen af, at jeg sikkert forstyrrer og angsten for, at de afviser mig, da jeg er forholdsvis afhængig af dem.” (Logbog den 23.09.13).

Om etablering af kontakt til aktører i kommunen

I forhold til etableringen af kontakt til informanter i kommunen var jeg mindre usikker, da jeg på grund af kommunens medfinansiering af ph.d. studiet forventede ledelsesmæssig velvilje i forhold til hjælp med at finde deltagere til feltstudiet. Jeg oplevede da også generelt stor imødekommenhed.

Deltagere til feltstudiets første del (fokusgruppeinterviewene) blev valgt på baggrund af, at de ved ph.d. studiets start blev vurderet som personer, der i det daglige havde et tæt samspil med almen praksis i forhold til borgere med kronisk sygdom. Dette skete via kontakt i efteråret 2012 til cheferne for følgende områder: Psykiatri, Visitationsenheden, Social, Arbejdsmarked, Sundhedscentret, Hjemmeplejen og Rehabiliteringscentret. Cheferne blev orienteret om projektet og fokusgruppeinterviewet, hvorefter de blev bedt om at vurdere, om det var relevant at invitere personer fra deres område, og om de i så fald ville pege på en til to medarbejdere, som kunne deltage. Alternativt blev de bedt om at skabe kontakt til eksempelvis teamledere, der kunne formidle den videre kontakt.

Der blev på denne måde skabt kontakt til en række medarbejdere, som forud for interviewet fik tilsendt en mail med nærmere informationer om interviewets formål, dets afvikling osv. Fra Arbejdsmarkedsområdet blev der inviteret en rådgiver fra kontanthjælp og en rådgiver fra sygedagpenge. Rådgiveren fra kontanthjælp endte dog med at måtte melde afbud på dagen for interviewet uden mulighed for at finde en anden til at deltage. Fra Hjemmeplejen blev inviteret en hjemmesygeplejerske fra et af de kommunale yderområder, en hjemmesygeplejerske fra et af distrikterne i Holstebro by og en centerhjemmesygeplejerske fra det andet af kommunens yderområder. Fra Sundhedscentret blev inviteret to sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter, en administrativ medarbejder og en sygeplejerske fra Sygeplejeklinikken. Sidstnævnte meldte ligeledes afbud på dagen for fokusgruppeinterviewet. Fra Psykiatri deltog en støtte-/kontaktperson, mens der fra Rehabiliteringscentret deltog en trænende terapeut samt en administrativ medarbejder inden for bevillingsområdet. I alt deltog ti personer i det kommunale fokusgruppeinterview.

I anden del af feltarbejdet valgte jeg på baggrund af materialet fra fokusgruppeinterviewet at fokusere på Hjemmeplejen (herunder Sygeplejeklinikken) og det kommunale sundhedscenter.[19] I december 2013 og januar 2014 tog jeg derfor kontakt til cheferne for de to områder med en forespørgsel om at få lov til at følge medarbejderne en til to dage på arbejde (og gerne på dage, hvor der evt. var møder med de praktiserende læger, eller hvor der var aktiviteter, der angik borgere med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes). Endvidere bad jeg om lov til at interviewe medarbejderne. Dette resulterede i, at jeg fulgte tre hjemmesygeplejersker (en i Holstebro og en i hver af kommunens yderområder) i deres arbejde (en dag hvert sted). Endvidere blev jeg inviteret med til møder mellem hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger (se nærmere beskrivelse i næste afsnit). Jeg fulgte desuden arbejdet i den kommunale sygeplejeklinik en dag, hvor jeg også fik lejlighed til at interviewe den ene af sårsygeplejerskerne. På Sundhedscentret fulgte jeg sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenternes arbejde en dag, hvor der bl.a. var åben rådgivning og undervisningsforløb for borgere med KOL. I alt blev tre sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter interviewet.

Flere af de kommunale medarbejdere, som jeg fulgte, havde jeg telefonisk kontakt med forud for mit besøg, hvor jeg havde lejlighed til at fortælle om formålet med feltarbejdet. Endvidere fik alle informanter forud for interviewene en mail med

[19] Medarbejderne på Rehabiliteringscentret fortalte, at de har meget lidt kontakt med de praktiserende læger i forhold til borgere med KOL og type 2-diabetes, fordi kontakten oftest går via Sundhedscentret. Endvidere valgte jeg ikke at forfølge samspillet mellem de praktiserende læger og psykiatri, selvom det også er et relevant område, da jeg vurderede, at samspillet mellem kommune og almen praksis i forhold til borgere med både psykiske og kroniske sygdomme er et emne for en afhandling i sig selv. Ligeledes valgte jeg ikke at forfølge samspillet mellem almen praksis og sygedagpengeområdet, idet fokus blev på det nære sundhedsvæsen i forhold til pleje, behandling og rehabilitering af mennesker med eller med risiko for KOL og type 2-diabetes.

beskrivelse af ph.d. studiet, formålet med interviewet, dets form, anonymitet m.m. I forhold til de tre hjemmesygeplejersker gik kommunikationen via deres teamleder, og her fandt jeg senere ud af, at mindst en af hjemmesygeplejerskerne ikke havde fået min mail med information om ph.d. studiet og interviewet, men var blevet mundtligt orienteret. Alle hjemmesygeplejerskerne var dog forberedt på, at jeg kom og hvorfor, ligesom de var også indforstået med at blive interviewet og gav mundtligt samtykke hertil forud for interviewet.

Foruden de ovennævnte feltobservationer havde jeg lejlighed til at følge en samarbejdsdag mellem de praktiserende læger og repræsentanter fra kommunen og tre møder mellem repræsentanter fra de praktiserende læger og repræsentanter fra chefniveauet og direktørniveauet i kommunen (disse omtales nærmere nedenfor).

4.6.2. FELTOBSERVATIONER

Anden del af mit feltarbejde blev indledt med deltagerobservation i almen praksis og i kommunen (Spradley, 1980). Deltagerobservation er en metode, der er velegnet til at studere menneskers relationer og interaktioner (Järvinen & Mik-Meyer, 2005b). Det er i felten, at man har mulighed for at iagttage, hvordan fortællinger og meningskonstruktioner opstår, deles, forandres og bruges i den organisatoriske hverdag (Czarniawska, 2010). Alle arbejdspladser, virksomheder og organisationer har således "et aktuelt og historisk repertoire af historier", som man støder på, hvis man bruger lidt tid i felten og lytter til, hvad der siges (Ibid., s. 245). Deltagerobservation, hvor man tilbringer tid i felten og iagttager de sociale interaktioner, er derfor en relevant metode i forhold til at studere, hvordan aktørerne sammen skaber mening i den sociale kontekst på den enkelte arbejdsplads og i de sociale kontekster, som opstår, når aktørerne mødes på tværs af organisationerne.

I forhold til at bruge deltagerobservation i nærværende studie er det imidlertid en udfordring, at det analytiske genstandsfelt kun relatere sig til en lille del af aktørernes daglige arbejde. Forebyggelse og behandling af mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes er arbejdsopgaver, der for alle aktørerne i nærværende studie skal løses samtidig med en lang række andre arbejdsopgaver. Eventuel tværgående kommunikation, henvisninger, mødeaktiviteter osv. fylder i denne sammenhæng endnu mindre. Det betyder, at jeg forventeligt ville skulle tilbringe meget tid i felten for at få lejlighed til at observere relevante sociale interaktioner, med mindre jeg mere selektivt opsøger dem ved eksempelvis at deltage i udvalgte møder og aktiviteter. Det er imidlertid sværere at opsøge de mere tilfældige og sporadiske situationer, hvor aktørerne i hverdagssamtaler på de enkelte arbejdspladser deler historier om det tværgående samspil eller på anden vis sammen søger at skabe mening hermed. Udfordringen er, at man aldrig kan "være sikker på, at den form for interaktion, som man ønsker at belyse, faktisk vil forekomme"

(Bloksgaard & Andersen, 2012, s. 31). Ifølge Czarniawska er feltobservationer i dag netop udfordret af, at mange organiseringer finder sted i "a net of fragmented, multiple contexts, through multitudes of kaleidoscopic movements. Organizing happens in many places at once, and organizers move around quickly and frequently" (Czarniawska, 2007, s. 16). Den tværgående organisering og meningsskabelserne, der angår det tværgående samspil i forhold til bl.a. KOL og type 2-diabetes, er netop fragmenterede og sker mange steder og i forskellige kontekster på samme tid. Czarniawskas svar på problematikken er, at der er brug for "a mobile ethnology, dvs. måder hvorpå man kan studere de menneskers liv og arbejde, som bevæger sig hyppigt og ofte fra sted til sted" (Ibid., s. 17). En af måderne, hvorpå man kan gøre det, er gennem "shadowing", hvor man følger udvalgte personer i deres daglige gøremål i en afgrænset periode (Ibid., s. 17).

Mine feltobservationer bestod af kortere besøg à en til to dages varighed hvert sted foruden kortere besøg i anledning af møder mellem aktører fra almen praksis og kommunen. I nogle tilfælde havde feltobservationerne karakter af klassisk stedbundne feltobservationer, idet jeg opholdt mig i en bestemt del af kommunen (Sygeplejeklinikken) eller i en almen praksis, hvor jeg havde lejlighed til at følge medarbejderne i deres daglige arbejde. Andre gange havde observationerne mere karakter af "shadowing", hvor jeg igennem en hel dag fulgte bestemte personer i deres daglige gøremål. Sidstnævnte gjaldt for hjemmesygeplejerskerne og sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne, men til dels også i almen praksis når jeg eksempelvis fulgte læger ud på besøg hos patienter. I forbindelse med deltagerobservationerne tog jeg feltnoter, hvor jeg dels forsøgte at give detaljerige beskrivelser af konteksten i forhold til sted og involverede personer, dels forsøgte at beskrive hvad der blev sagt og gjort, samt hvilke stemninger der var (Spadley, 1980). Undervejs noterede jeg også analytiske overvejelser og spørgsmål, som jeg eventuelt skulle følge op på i senere interviews. Feltnoterne havde jeg nogle gange anledning til at skrive løbende såsom ved møder og i længere samtaler med medlemmerne af felten. Andre gange skrev jeg hurtigt nogle stikord eller vigtige sætninger ned i forbindelse med pauser. Efter hvert feltbesøg udskrev jeg mine håndskrevne feltnoter så udførligt som muligt i Word dokumenter.

Feltarbejde og deltagerobservation i den antropologiske og etnografiske tradition betoner ofte, at et vigtigt aspekt af deltagerobservationerne er, at forskeren gennem længere tids ophold i felten opnår "internalisering af den lokale målestok" og opnår en form for "tavs, inkorporeret viden snarere end […] en udtalt kognitiv viden" (Hastrup 2010, s. 62-63). Denne delte tavse praksisviden og de fælles erfaringer muliggør en særlig form for samtale mellem forskeren og medlemmerne af felten, som er "kvalitativt anderledes end et interview", hvor "man udefra 'spørger ind til' et eller andet emne" (Ibid., s. 63). Jeg har ikke opholdt mig i felten i tilstrækkelig lang tid til, at jeg kan påstå, at jeg har opnået denne tavse inkorporerede viden, og mine samtaler med medlemmerne i felten har da også overvejende haft karakter af, at jeg udefra har spurgt ind til deres arbejde, oplevelser osv. Endvidere har medlem-

mernes arbejde en karakter, der gør, at jeg med min faglige baggrund aldrig vil kunne blive "active particant", hvor man bestræber sig på at gøre de samme ting som medlemmer af felten (Spradley, 1980, s. 60). Jeg har nærmere vekslet mellem positionerne "passiv" og "moderat" deltager, idet jeg nogle gange passivt har observeret medlemmerne i det sociale rum og andre gange har interageret med dem i form af samtaler og ved at gå til hånde såsom, når jeg har båret ting, har hjulpet med at dække bord, har holdt en baby, mens moderen blev undersøgt osv. (Ibid., s. 59-60).

Mit ophold i felten har handlet om at få indblik i nogle sociale dynamikker og i den fysiske og sociale kontekst for aktørernes meningsdannelse, som kunne være med til at informere mine senere interviews og analyser. De har således haft karakter af det, som antropologen Cecilie Rubow betegner som "den eksklusive form for deltagerobservation", hvor man foretager selektive observationer kombineret med interviews (Rubow, 2003, s. 231). Målet med mine observationer var tredelt. For det første handlede de om at få en kontekstuel forståelse af mine informanters meningsskabelse gennem et indblik i deres daglige arbejde, dets organisering samt i den fysiske og sociale kontekst for deres arbejde (Kristiansen & Krogstrup, 1999; Järvinen & Mik-Meyer, 2005b). Observationerne var i denne henseende til dels deskriptive (Spradley, 1980). For det andet var målet at få anledning til at observere situationer, hvor aktører fra kommune og almen praksis indirekte eller direkte interagerede såsom ved møder, i forbindelse med besøg hos patienter/borgere, ved skriftlige korrespondancer m.m. med henblik på at undersøge, hvordan der forhandles og skabes mening. Feltobservationerne var i denne henseende fokuserede, idet jeg var særligt optaget af at observere bestemte typer af arbejde (arbejdet med patienter eller borgere med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes). Endvidere var jeg fokuseret på at observere bestemte typer af interaktioner, nemlig interaktioner mellem aktører fra henholdsvis almen praksis og kommunen (Ibid.). Dette havde jeg informeret mine kontaktpersoner i felten om forud for mine besøg, hvilket betød, at mine besøg så vidt muligt blev tilrettelagt på dage, hvor der var planlagt møder mellem almen praksis og kommunen, eller på dage hvor der var aktiviteter i forhold til borgere/patienter med – eller med risiko for – KOL eller type 2-diabetes. Endvidere var man under mine besøg i eksempelvis almen praksis generelt opmærksom på, at jeg kom med til bl.a. patientbesøg, hvor der var interaktion med aktører fra kommunen. Jeg var dog ikke med ude på besøg hos borgere med KOL eller type 2- diabetes, men besøgene var en god anledning til at tale om det tværgående samspil i bilerne på vej ud til – og hjem fra – borgerne/patienterne. Dette leder frem til det tredje mål med feltarbejdet. En vigtig del af feltarbejdet var således også de uformelle og mere formelle samtaler (i form af interviews), som fandt sted forud for – og efter – interaktioner mellem aktørerne og borgere/patienter samt mellem aktørerne til eksempelvis møder. Informanternes beskrivelser, forklaringer og samtale med mig var en anledning til yderligere at udfolde og undersøge de meningskonstruktioner og meningsskabende processer, som var i spil. Ofte havde de personer, som jeg fulgte i løbet af en dag, nævnt episoder eller korte

fortællinger, som jeg i forbindelse med senere interviews fik lejlighed til at spørge mere ind til. En del af målet med mine feltobservationer var altså også at lytte efter fragmenter af fortællinger og meningskonstruktioner, som senere kunne udfoldes i interviewene.

Det er væsentligt at understrege, at min blotte tilstedeværelse under observationerne såvel som situationerne i forbindelse med både de mere uformelle og formelle samtaler, hvor jeg stillede bestemte spørgsmål m.m., er med til at sætte nogle særlige rammer for meningsskabelserne, som ellers ikke ville have været. Min tilstedeværelse som forsker, der er interesseret i det tværgående samspil mellem kommune og almen praksis, samt mine spørgsmål er alt sammen ledetråde, som både implicit og eksplicit er med til at rette aktørernes opmærksom i en bestemt retning (Murphy, 2015). Et eksempel herpå er en læge, der i forbindelse med mit besøg fortæller, "at hun selv bliver opmærksom på, når jeg sidder der, hvor meget hun skal nå på kort tid. Lægen siger: 'Så er der x, og så er der y. Jeg synes ikke, at vi kan nå mere. Og nu vil man have os til at løbe endnu stærkere. Der er hele tiden spring.'" (Feltobservationer den 22.10.13). Min tilstedeværelse er med til at skabe en særlig opmærksomhed hos lægen i forhold til arbejdet i almen praksis, som lægen videre knytter til den nyligt overståede lægekonflikt og sparekravene til almen praksis. Situationen viser videre, hvordan lægen på baggrund af denne særlige opmærksomhed og kobling til lægekonflikten måske kan have en særlig interesse i at betone bestemte dele af sit arbejde over for mig.

4.6.3. INTERVIEW

Interview i grupper

Fokusgrupper blev valgt som metode i feltstudiets første indledende fase, fordi de er velegnet til at generere koncentreret materiale om et emne på forholdsvis kort tid (Morgan, 1988, 1997; Halkier, 2010; Bloksgaard & Andersen, 2012). Væsentligt i et socialkonstruktivistisk perspektiv er endvidere, at den sociale interaktion i en fokus--gruppe giver mulighed for at få indblik i sociale gruppers måder at interagere og skabe mening på i hverdagen herunder mulighed for at få indblik i de normer og værdier, der eksempelvis er i en organisation eller indenfor bestemte fagprofessioner (Halkier, 2010). Deltagernes indirekte og direkte interaktion, når de eksempelvis spørger ind til – eller kommenterer på – hinandens svar og fortællinger, kan være anledning til at få indblik i deltagernes forskellige meningskonstruktioner, måder at danne identitet på, om der er konsensus i gruppen i forhold til et givent udsagn og i gruppens sociale dynamik med hensyn til, hvordan der opnås konsensus og forhandles mening (Ibid.; Bloksgaard & Andersen, 2012).

Da fokusgrupperne var tænkt som en første indledende undersøgelse af feltet, blev der valgt en åben eksplorativ tilgang til fokusgrupperne, hvor deltagerne i høj grad fik lov til at bestemme emnerne inden for en bredt defineret tematisk ramme (Morgan & Scannell, 1998; Halkier, 2010). Forud for interviewene havde jeg udarbejdet en kort semistruktureret interviewguide, der dels havde til formål at afdække de væsentligste samarbejdsrelationer på tværs af almen praksis og kommune i forhold til gruppen af borgere med KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom.[20] Dels havde til formål at afdække, hvornår deltagerne synes, at samarbejdet fungerede godt og årsager hertil samt omvendt, hvornår de oplevede, at det fungerede dårligt og ligeledes årsager hertil.

Der blev afholdt tre fokusgrupper. To med praktiserende læger og én med aktører fra kommunen. Fokusgruppeinterviewene fandt sted på henholdsvis den lokale restauration, hvor lægelaugsmøderne blev afholdt i et særskilt lokale, henholdsvis i kælderen på det kommune sundhedscenter. Den tidsmæssige ramme for fokusgrupperne med de praktiserende læger var på forhånd relativt begrænset, da det af den ene af mine kontakter til de praktiserende læger var blevet anbefalet at afvikle interviewene inden for en time umiddelbart efter lægelaugsmøderne. I dette tidsrum har lægerne nemlig ofte ikke planlagt patientkonsultationer. Af hensyn til rekrutteringen af de praktiserende læger valgte jeg at efterleve anbefalingen, idet jeg dog efter forventningsafstemning med lægerne ved starten af hvert af interviewene fik mulighed for at forlænge det ene af de to interviews med en halv time. Den tidsmæssige ramme for interviewet med de kommunale nøglepersoner var mere fleksibel, hvilket gav mig mulighed for at supplere spørgsmålene fra det semistrukturerede interview med øvelser herunder en tegneøvelse og gruppearbejde.

Fokusgrupperne blev holdt med aktørerne fra kommunen og fra almen praksis adskilte i hver deres grupper. Det blev de, fordi jeg var interesseret i at høre om både positive og negative oplevelser af det tværgående samspil. Hvis grupperne havde været blandet på tværs af kommune og almen praksis, ville der være risiko for, at nogle af deltagerne på grund af fagprofessionelle status- og magtforskelle ikke ville dele deres erfaringer og meninger i gruppen eller ville moderere dem kraftigt (jfr. Antoft, 2005). En fordel ved at deltagerne i en fokusgruppe er del af samme sociale netværk eller gruppe er således, at de er mere trygge ved hinanden og derfor også mere åbne. En anden fordel er, at de kan uddybe hinandens perspektiver, fordi de deler samme type af erfaringer og oplevelser (Halikier, 2010). Udfordringen er til gengæld, at nogle perspektiver risikerer ikke at blive udfoldet på grund af social kontrol, eller fordi deltagerne tror, at de mener det samme og ved, hvad de andre

[20] Sidstnævnte sygdomskategori (hjertekarsygdom) var oprindeligt med, fordi den var en del af de forløbsprogrammer, som man på tidspunktet for ph.d. studiets opstart havde implementeret i kommunen. Jeg valgte dog af hensyn til materialets omfang og kompleksitet alene at fokusere på KOL og type 2-diabetes, som man havde arbejdet med længst tid i kommunen, og som angik den største andel af borgerne i kommunen.

andre taler om. Man risikerer herved, at der ikke bliver ”nok interessant interaktion” i fokusgruppen (Ibid., s. 124). Deltagerne bør derfor hverken være for ens eller for forskellige (Ibid.).

Min oplevelse af fokusgrupperne med de praktiserende læger var, at de kendte hinanden godt og var trygge ved hinanden også i forhold til at udfordre hinandens perspektiver, hvis der var noget, som man havde en anden opfattelse af. Jeg havde på forhånd – så vidt det praktisk var muligt – søgt at fordele deltagerne i de to grupper, så der var en vis repræsentativitet i forhold til køn, alder og type af praksis, ligesom jeg havde søgt at fordele deltagerne, der var praksiskonsulenter eller på anden måde involveret i ’politisk’ arbejde. På den måde søgte jeg at sikre en vis diversitet og forskellighed i grupperne trods det, at deltagerne ellers var forholdsvis homogene i forhold til profession, type af arbejde og del af samme sociale netværk af praktiserende læger.

I forhold til fokusgruppen for de kommunale medarbejdere var der større diversitet blandt deltagerne. Dels kom de fra forskellige organisatoriske dele af kommunen, hvilket betød, at flere af deltagerne ikke kendte hinanden. Dels havde de forskellige fagprofessionelle baggrunde og forskellige typer af arbejde. For at skabe mere tryghed og åbenhed i gruppen havde jeg undervejs indlagt to øvelser i mindre grupper, hvor deltagerne så vidt muligt var inddelt i grupper med deltagere fra samme organisatoriske del af kommunen eller med samme fagprofessionelle baggrund. En fordel ved øvelser og gruppearbejde som supplement til det mere klassiske fokusgruppeinterview, hvor en moderator stiller spørgsmål, er således, at det kan være med til at igangsætte dialogen blandt fokusgruppedeltagerne og herved være med til at styrke den sociale interaktion i fokusgruppeinterviewet (Broussine, 2008; Breidahl & Seemann, 2009). Arbejdet i mindre grupper kan også være med til at give deltagerne tid og ro til at tænke over egne erfaringer og til at forberede sig på dialogen i plenum. Dette giver mulighed for at opnå en mere struktureret dialog i fokusgruppen (Breidahl & Seemann, 2009).

Sammenfattende var det min oplevelse, at deltagerne i fokusgruppen med aktørerne fra kommunen ikke – i samme udstrækning som deltagerne i fokusgrupperne for de praktiserende læger – delte erfaringer og oplevelser. Dette beroede sandsynligvis på, at flere af deltagerne ikke som de praktiserende læger kendte hinanden i forvejen, og at de kom fra forskellige fagprofessionelle og organisatoriske baggrunde. Deltagernes erfaringer blev dog udfoldet ved, at de andre deltagere spurgte nysgerrigt ind til deres erfaringer og søgte at forstå dem ved bl.a. at bringe egne erfaringer i spil. Endvidere blandede andre deltagere med samme faglige eller organisatoriske baggrund, som den person, der tog ordet, eller de personer, som de lige havde siddet i gruppe med, sig ofte i dialogen for eventuelt at supplere eller søge at uddybe nogle af perspektiverne. Det blev på den måde en anden type af gruppedynamik end i fokusgrupperne med de praktiserende læger, men det er min vurdering, at der i begge typer af grupper var sociale interaktioner og meningsudvekslinger, som er

righoldige i forhold til at udfolde, hvordan de forskellige aktører positionerer sig både ens og forskelligt i forhold til det tværgående samspil, og hvordan de hver for sig og sammen søger at skabe mening hermed.

Se skema 2 for en oversigt over afhandlingens fokusgruppeinterviews.

Deltagere	Antal deltagere	Køn	Dato	Længde
Praktiserende læger – repræsentanter fra solopraksis, mindre flerlægepraksis og større lægeklinikker	5	2 kvinder, 3 mænd	09/12	1t
Praktiserende læger – repræsentanter fra solopraksis, mindre flerlægepraksis og større lægeklinikker	7	2 kvinder, 5 mænd	10/12	1t 30 min
Aktører fra kommunen – repræsentanter fra det kommunale sundhedscenter, rehabiliteringscenter, hjemmeplejen, sygedagpengeafdeling og psykiatrien	10	10 kvinder	09/12	2t 45 min

Skema 2. Oversigt over afhandlingens fokusgruppeinterviews.

Interview af enkeltpersoner

I feltstudiets anden del interviewede jeg aktører fra almen praksis og kommunen med henblik på at få udfoldet og uddybet, hvordan de skaber mening med det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunen i forhold til de valgte patientgrupper. Interviewene havde karakter af semistrukturerede interviews, men min interviewguide var ikke mere styrende, end at jeg i reglen valgte at forfølge de tråde, temaer og fortællinger, som informanterne eventuelt tog op i forhold til emnet. Ofte udviklede interviewene sig på den måde mere som åbne samtaler, hvor jeg undervejs eller hen mod slutningen af interviewene samlede op i forhold til mine spørgsmål. Forud for interviewene opfordrede jeg informanterne til at fortælle om deres erfaringer og oplevelser med det tværgående samspil, og det meget gerne med udgangspunkt i konkrete eksempler. Interviewene var altså ikke tilrettelagt som narrative interviews, hvor informanterne f.eks. bliver bedt om at fortælle med udgangspunkt i et bestemt hændelsesforløb, men jeg søgte undervejs at få informanterne til at udfolde og uddybe de mere episodiske fortællinger, som de undervejs bragte op i interviewet (Flick, 2000; Aarikka-Stenroos, 2010).

Jeg interviewede sammenlagt 18 personer heraf 7 personer fra kommunen og 11 personer fra almen praksis. Skema 3 giver et overblik over interviewene. Interviewene fandt som regel sted i umiddelbar forlængelse af feltobservationerne på

aktørernes arbejdspladser. De aktører, som jeg ikke havde fulgt forud for interviewet, blev spurgt til, hvor de ønskede at blive interviewet, idet det kunne blive hjemme hos dem selv, på deres arbejdsplads eller et tredje sted. Alle ønskede at blive interviewet på deres arbejdsplads.

Stilling	Køn	Ancien-nitet[21]	Lokalitet	Dato Md/År	Længde
Hjemmesygeplejerske A1	Kvinde	6-10 år	Yderområde	02/14	1t.55 min
Hjemmesygeplejerske A2	Kvinde	6-10 år	Yderområde	02/14	2t
Hjemmesygeplejerske A3	Kvinde	1-5 år	Holstebro	02/14	1t 17 min
Sårsygeplejerske	Kvinde	>10 år	Holstebro	02/14	1t 40 min
Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent A1[22]	Kvinde	6-10 år	Holstebro	03/14	2t
Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent A2	Kvinde	6-10 år	Holstebro	12/13	1t 57 min
Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent A3	Kvinde	6-10 år	Holstebro	03/14	1t 49 min
Praktiserende læge A1[23]	Kvinde	> 10 år	Yderområde	12/13	1t 38 min
Praktiserende læge A2	Mand	1-5 år	Yderområde	12/13	1t 40 min
Praktiserende læge A3	Kvinde	1-5 år	Yderområde	03/14	1t 43 min
Praktiserende læge A4	Mand	1-5 år	Holstebro	03/14	2t 3 min
Praktiserende læge A5	Mand	> 10 år	Holstebro	03/14	1t 30 min
Praktiserende læge A6	Kvinde	> 10 år	Holstebro	03/14	1t 30 min
Praktiserende læge A7	Mand	5-10 år	Holstebro	03/14	1t 10 min
Praktiserende læge A8	Kvinde	> 10 år	Holstebro	04/14	1t
Praktiserende læge A9	Kvinde	5-10 år	Holstebro	04/14	1t 40 min
Praksissygeplejerske A1	Kvinde	5-10 år	Holstebro	03/14	1t 11 min
Praksissygeplejerske A2	Kvinde	5-10 år	Holstebro	03/14	2t 6 min

Skema 3. Oversigt over afhandlingens individuelle interviews.

Interviewene blev indledt med, at aktørerne blev bedt om at præsentere sig selv og fortælle om, hvor længe de har arbejdet i kommunen/i almen praksis. På den måde fik jeg bl.a. mulighed for at få et nærmere kendskab til aktørerne, herunder hvor længe de havde været på arbejdspladsen. Herefter blev de bedt om at fortælle om deres rolle og daglige arbejdsopgaver i forhold til den specifikke gruppe af borgere/patienter, som er i fokus i afhandlingen, og hvordan man eventuelt har fordelt arbejdet internt i organisationen. Herved fik aktørerne mulighed for at positionere sig både mere generelt og mere specifikt i forhold til det at være eksempelvis

[21] Anciennitet bliver regnet i forhold til arbejdet på den specifikke arbejdsplads i kommunen og ikke i forhold til det samlede antal år i kommunen. Det samme gælder for praksissygeplejerskerne. For de praktiserende læger angives anciennitet i antal år i almen praksis. Af hensyn til anonymitet angives anciennitet ikke i præcise antal år, men i 1-5 år, 6-10 år og > 10 år.

[22] Ved citater bliver der citeret: Konsulent A1, Konsulent A2 osv.

[23] Ved citater bliver der citeret: Læge A1, Læge A2 osv.

praktiserende læge – herunder praktiserende læge for gruppen af patienter med kronisk sygdom. Herefter bad jeg aktørerne fortælle om det tværgående samspil i forhold til gruppen af mennesker med kronisk sygdom med udgangspunkt i de forløb og det arbejde, som de netop havde talt om og herunder fortælle, hvorvidt der er faste rutiner/aftaler i forhold til eventuelle møder eller i forhold til måden, som man arbejder sammen og kommunikerer på osv. Dette gav mig bl.a. mulighed for at undersøge, hvilke andre aktører og organisatoriske enheder (f.eks. i kommunen eller bestemte geografisk placerede almen praksisser), som aktørerne umiddelbart orienterer sig imod og handler i forhold til samt omvendt, hvilke aktører og organisatoriske enheder, der ikke umiddelbart træder frem som en del af de interviewede aktørers organisatoriske landkort over det tværgående samspil. Endvidere giver det indblik i konteksten for samspillet i forhold til de muligheder, aktørerne oplever at have i forhold til at interagere og forhandle mening – både mere generelt og i forhold til den enkelte borger/patient.

Spørgsmålene til det tværgående samspil blev fulgt af mere specifikke spørgsmål i forhold til konkrete eksempler på, hvornår aktørerne oplever, at samspillet fungerer særlig godt, og hvornår det fungerer mindre godt. Fortællinger om konkrete forløb kan være med til at belyse, hvornår aktørerne oplever brud på det forventede, og hvilke ledetråde de hæfter sig ved i forhold til, hvordan de skaber mening med det tværgående samspil – herunder også hvordan disse ledetråde er forbundet med bestemte positioneringer og muligheder for identitetskonstruktion. Hen mod interviewets afslutning fulgte nogle mere overordnede spørgsmål til bl.a. den offentlige debat omkring sammenhængende patientforløb og det tværsektorielle samarbejde, de strukturelle tiltag for at fremme det tværgående samspil såsom forløbsprogrammer og praksiskonsulentordningen samt informanternes forventninger til fremtiden. Spørgsmålene havde bl.a. til hensigt at undersøge, hvorvidt og hvordan de forskellige kontekstuelle elementer for samspillet eventuelt influerede på aktørernes meningskonstruktioner og positioneringer. Interviewet blev afrundet med, at aktørerne blev bedt om at fortælle om deres uddannelsesmæssige baggrund, hvis de ikke havde gjort det i indledningen, samt hvad det er i deres daglige arbejde, som de finder specielt spændende. Dette gav en mulighed for yderligere at få udfoldet, hvordan de positionerer sig i forhold til deres arbejde og især i forhold til borgerne/patienterne. Som afslutning spurgte jeg aktørerne, om der var noget, som de syntes manglede at blive belyst, eller de undrede sig over, at jeg ikke havde spurgt om. Ofte gav det anledning til, at aktørerne gjorde sig yderligere overvejelser og refleksioner i forhold til nogle af de emner, som der var blevet talt om og i forhold til emner, som der ikke var blevet talt om. Nogle læger gav eksempelvis udtryk for, at det undrede dem, at jeg ikke spurgte til deres samarbejde med hospitalet, da de oplevede, at det var der, de virkelige problemer var. Andre informanter gav udtryk for, at interviewet havde sat tanker i gang og gjort dem opmærksom på nogle ting, som de måske ikke havde lejlighed til at tænke på i hverdagen.

Alle interviewene blev efter mundligt samtykke fra informanterne optaget og senere udskrevet i fuld længde. Interviewene varede i gennemsnit halvanden til to timer. Efter hvert interview skrev jeg feltnoter, hvor jeg noterede observationer og overvejelser, som jeg havde gjort forud for, under og efter interviewet. I forbindelse med fokusgruppeinterviewene deltog foruden mig selv en anden person, der løbende observerede og tog noter i forhold til interaktionerne mellem deltagerne under interviewene.

4.6.4. POSITIONERINGER I FELTEN – REFLEKSION OVER FELTRELATIONERNE OG FORSKERENS NÆRHED OG DISTANCE TIL FELTEN OG FELTET

Forskerens kendskab til en undersøgelses felt og relationen mellem forskeren og medlemmer af felten er afgørende for, hvilken slags feltmateriale der skabes (Nielsen & Repstad, 1993; Hellawell, 2006; Mercer, 2007). Derfor har jeg i løbet af mit ph.d. studie været meget optaget af min relation til feltet og til medlemmerne i felten. Dette skyldes ikke mindst, at jeg, som tidligere nævnt, igennem knap tre et halvt år forud for denne afhandlings påbegyndelse selv arbejdede i Holstebro Sundhedscenter med at implementere forløbsprogrammer for KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom og herunder arbejdede med at etablere samarbejdsrelationer til bl.a. almen praksis. Jeg har således haft et indgående praktisk kendskab til dele af feltet for – og felten i – min undersøgelse, ligesom nogle af medlemmerne af felten har været tidligere kolleger.[24] Dette har givet mig mange overvejelser og metodiske kvaler i forhold til, hvordan jeg skulle forholde mig til forskellige medlemmer af felten – både dem som jeg har kendt tidligere, og dem som jeg ikke har kendt. Hvordan kunne jeg eksempelvis undgå at blive for enøjet i min tilgang til feltet og til aktørerne og herunder undgå, at mine spørgsmål og observationer blev farvet af mine forforståelse af temaet for min undersøgelse og af menneskene i den? Hvor meget eller hvor lidt skulle jeg fortælle til de praktiserende læger om mit nære kendskab til dele af kommunen og til nogle af medarbejderne i forhold til, at de eventuelt kommenterede på dem og dele af deres arbejde herunder eventuelt også på arbejdsprocedurer, som jeg selv havde været med til at udvikle og implementere? Ville det være umoralsk ikke at fortælle for meget, og ville jeg i tilstrækkelig grad formå at kunne tage et skridt tilbage og ikke lade mig påvirke af eventuel kritik?

Det følgende afsnit er en refleksion over min relation til min undersøgelses felt bl.a. set i forhold til, at jeg har forsket i en organisation, som jeg tidligere har arbejdet i, og i et område som jeg selv har praktisk erfaring med. Jeg er inspireret af forskere, der gør op med klassiske dikotomiske forståelser af forskeren som enten insider eller

[24] I det følgende bruger jeg termen feltet, idet det for mit vedkommende er indforstået, at det også angår felten. Enkelte steder bruger jeg alene termen felten.

outsider til fordel for en mere dynamisk og flerdimensionel forståelse. De betoner, at der altid vil være forskellige grader af ”insiderism” og ”outsiderism” til stede i en undersøgelse (Hellawell, 2006, s. 489; Hockey, 1993; Mercer, 2007). Videre vil jeg komme ind på mulige fordele og ulemper ved hver af positionerne.

Forskellige forståelser af forskerens relation til feltet

Klassiske dikotomier til at beskrive forskerens relation til feltet og menneskene, der agerer heri, er forestillingen om den fremmede versus den indfødte/medlemmet af ”in-gruppen” (Simmel, 1950; Schütz, 1964), insider’en versus outsider’en (Merton, 1972, s. 11) og nærhed versus distance (Nielsen & Repstad, 1993). Fordele og ulemper ved hver af positionerne er længe blevet debatteret (Hellawell, 2006). På den ene side angår diskussionen – særligt i den antropologiske og etnografiske litteratur – spørgsmålet om, hvorvidt forskeren kan og bør lade sig assimilere i den fremmede kultur, der undersøges.[25] På den anden side er diskussionen om fordele og ulemper ved positionerne som insider versus outsider m.m. begyndt at antage andre nuancer i forbindelse med, at sociologer og antropologer fra midten af det tyvende århundrede og frem begyndte at interessere sig for det mere familiære i form af egne kulturer, organisationer, køn, religioner, etniciteter m.m. (Hockey, 1993; Mercer, 2007). Her vil forskeren ofte dele en eller flere karakteristika med medlemmerne af feltet f.eks. i form af køn, alder, etnicitet, klasse, religion og profession m.m. Nogle af disse karakteristika er medfødte, andre udvikler sig og er foranderlige, nogle angår forskeren og medlemmerne af feltet, andre angår tid og sted for undersøgelsen (Mercer, 2007). Man kan i forlængelse heraf argumentere for, at forskeren, som deler bestemte karakteristika med medlemmer af feltet, er insider, mens andre, der ikke deler disse karakteristika, er outsidere (Ibid.). Ligheder og forskelle mellem forskeren og medlemmerne af feltet giver således forskellige muligheder for identifikation samt mere eller mindre ensartede eller forskellige positioneringer af hinanden, hvilket indvirker på feltrelationen og det feltmateriale, der opstår ud af mødet. I forskerens møde med feltet er det imidlertid sjældent, at forskeren deler ét afgrænset sæt af karakteristika med medlemmerne af feltet, der gør det muligt enten at definere forskeren som insider eller alternativt som outsider. Forskeren vil derimod dele nogle karakteristika med nogle medlemmer og andre karakteristika med andre medlemmer, ligesom betydningen af forskellige karakteristika vil variere fra situation til situation. Feltrelationen er med andre ord dynamisk og under

[25] Traditionelt har der her hersket en forestilling om, at forskeren ideelt er en fremmed uden forudgående familiaritet med feltet, da det netop er distancen og positionen som outsider, der muliggør forskerens særlige kritiske og analytiske blik på begivenheder, normer, kultur m.m. Forskeren bør i dette perspektiv søge at opretholde en vis distance og marginal position i feltet, og den største synd en forsker i dette perspektiv kan begå er derfor at ’blive indfødt’ (Ibid.). Modsat argumenterer andre forskere for, at det først er gennem den aktive indlevelse og indoptagelse af feltets særlige sociale logikker og meningstilskrivelser, at forskeren får et egentligt indblik i feltet (Hastrup, 2010).

konstant forhandling, ligesom også andre relationer er det. Som konsekvens heraf afviser flere forskere insider/outsider dikotomien som forsimplet. De mener, at det giver bedre mening at tale om et eller flere kontinuummer (Ibid.; Hellawell, 2006; Hockey, 1993; Labaree, 2002). Dikotomiens to abstraktioner bør i dette perspektiv forstås som konceptuelle poler fremfor som fakta (Mercer, 2007). Forskerens position mellem de to poler er konstant fluktuerende med det resultat, at forskeren er ”multiple insiders and outsiders” (Deutsch, 1981, s. 174).

Da jeg indledte mit feltstudie og et godt stykke ind i det, var jeg optaget af, hvordan jeg kunne opnå distance til feltet, så jeg bedre kunne forholde mig kritisk og objektivt til undersøgelsesområdet. Jeg var med andre ord influeret af den dikotomiske forståelse af insider/outsider positionerne, idet jeg i forhold til dele af feltet så mig selv som en insider, der måtte søge at få en mere marginal position. Som jeg beskrev i afsnittet om min forskningsrejse hjalp det mig i den forbindelse, at jeg grundet barsel var væk fra feltet i godt et år, før jeg vendte tilbage som forsker. Desuden ophørte min ansættelse i kommunen i forbindelse med mit ph.d. studies påbegyndelse, og en anden blev ansat i stedet for mig, mens jeg selv blev ansat ved Aalborg Universitet. Dette hjalp mig yderligere i forhold til at forstå mig selv – og positionere mig – som en outsider. Samtidig blev der arbejdet videre med de tiltag, som jeg selv havde været med til at påbegynde. Det betød, at jeg ikke kunne tage for givet, at jeg forstod, hvad aktørerne snakkede om. Jeg måtte i stedet hele tiden søge at spørge ind for at få mere nuancerede beskrivelser og forklaringer. Da jeg samtidig boede og fortsat bor langt væk fra kommunen, havde jeg i min dagligdag ikke hyppig kontakt med tidligere kolleger eller fingeren på pulsen i forhold til de små og større begivenheder, der sker på en arbejdsplads og i en kommune.

Mit forsøg på at forholde mig ’neutral’ og distanceret til feltet afspejlede sig også i interviewsituationerne med mine tidligere kolleger, hvor jeg bevidst valgte at indtage positionen som en outsider. Jeg havde forud for interviewene talt med mine tidligere kolleger om, at det var denne position, jeg gerne ville tage, hvilket jeg også umiddelbart oplevede, at de lod mig gøre og ’hjalp’ mig til. Dette kom bl.a. til udtryk ved, at de ofte selv gav udførlige svar på mine spørgsmål uagtet, at de kunne have en forventning om, at jeg vidste, hvad de talte om. Desuden var jeg selv med til at skabe denne relation, når jeg eksempelvis spurgte ind til begreber eller arbejdsprocedurer, som blev nævnt, og som de qua min tidligere ansættelse måtte have en forventning om, at jeg kendte til. Endvidere kom det til udtryk ved, at de valgte at tale om mig i tredje person som enten ”Vibeke” eller ”projektlederen”, når de inddrog mig i deres fortællinger (f.eks. ”Altså jeg har siddet med i alle implementeringsgrupperne omkring forløbsprogrammerne […], og det har jeg sammen med, XX har været med til nogle af de første møder som min chef og Vibeke har været med til de andre […].”). Dette virkede en anelse besynderligt i starten, men fungerede alligevel fint. Desuden hjalp det mig til at skabe distance,

fordi jeg ikke altid var klar over, hvem referencen til ”projektlederen” angik jfr. følgende feltnote:

> ”I løbet af interviewet omtaler X mig som ”projektlederen”. Det er ikke helt klart for mig, hvornår der er tale om noget, som jeg har gjort, og hvornår der er tale om noget, som Y [ansat efter mig] har gjort.” (Feltnote den 12.3.14).

I forhold til interviewene af mine tidligere kolleger har det givetvis haft en betydning, at flere af dem er vant til at blive interviewet om deres arbejde af både studerende, der laver opgaver, og af konsulenter samt forskere, der undersøger eller evaluerer projekter, som Sundhedscentret er del af. I interviewsituationen har mine spørgsmål, optagelsen af interviewet med en optager m.m. været tydelige kontekstuelle markører, der har hjulpet både dem og mig med at skabe mening med situationen som et interview – herunder med mig i positionen som forsker/interviewer og mindre som tidligere kollega. Helt entydige var positioneringerne dog aldrig for mig, som bl.a. følgende feltnote til et af interviewene med en tidligere kollega vidner om:

> ”Det er lidt mærkeligt, at netop som jeg har sat optageren i gang, nævner X noget privat…jeg vælger at svare, at jeg også skal høre til, hvordan det går med hendes børn, men det virker upassende på mig, og jeg er lidt usikker på, om det er en måde for X at puffe lidt til positionerne på…altså en måde at markere, at jeg ikke bare er forsker, men også en tidligere kollega og bekendt.” (Feltnote den 12.3.14).

Feltnoten viser, hvordan jeg tydeligvis var usikker på min egen positionering i forhold til min tidligere kollega og tolker eksempelvis en privat kommentar som en drilsk måde at skubbe til positionerne på.

Årsagen til, at jeg på interviewtidspunktet valgte at forsøge at indtage den neutrale forskerposition, var som sagt, at jeg på dette tidspunkt var inspireret af en mere dikotomisk forståelse af min relation til feltet og medlemmerne heri som enten insider eller outsider og til dels stræbte efter en form for objektiv neutralitet. Ser man imidlertid min relation til medlemmerne i feltet som et spekter af positioner på flere kontinuummer, bliver billedet lidt mere broget. I forhold til mine tidligere kolleger på Holstebro Sundhedscenter var jeg insider. Vi havde delt kontor, og vi havde arbejdet sammen om at udvikle nogle af de tiltag og relationer til bl.a. almen praksis, som de blev interviewet om. På den anden side var jeg også outsider, fordi jeg bl.a. ikke havde samme professionsmæssige baggrund som dem og heller ikke samme erfaring med eksempelvis at arbejde med borgerne i kommunen. Jeg var akademiker og havde arbejdet med projektkoordination uden den daglige praktiske kontakt til borgerne eller almen praksis, mens de var uddannet sygeplejerske, diætist og ergoterapeut og med daglig kontakt til borgerne. I forhold til uddannelse var jeg imidlertid alligevel også en anelse insider, idet jeg havde en videreuddannelse

tilfælles med en af informanterne, ligesom to af informanterne påbegyndte en master i henholdsvis sundhedsantropologi og sundhedspædagogik omkring samtidig med, at jeg påbegyndte mit ph.d. studie. Vi var altså flere, der var i gang med at videreuddanne os inden for fag med delvis fælles referencer i forhold til teoretiske perspektiver og metodologi, hvilket gav mulighed for identifikation. Omvendt kunne man umiddelbart betragte mig som outsider i forhold til eksempelvis de praktiserende læger, fordi jeg ikke var uddannet læge og ikke har arbejdet i almen praksis. Ud fra det flerdimensionale perspektiv kan man imidlertid også betragte mig som delvis insider, bl.a. fordi både jeg og de praktiserende læger har en længerevarende uddannelse fra universitetet. Endvidere er begge mine forældre læger, og min far har haft privat praksis (dog i et andet lægeligt speciale end almen medicin), hvilket i nogle situationer kan have indvirket på feltrelationen, fordi jeg har oplevet situationer, sprog og meningsskabelser som bekendte.

Jeg vil ikke yderligere søge at dissekere de forskellige feltrelationer i forhold til dimensioner, hvor der er elementer af ”insiderness” eller ”outsiderness” (Hellawell, 2006, s. 490). Pointen er, at feltrelationerne er mangesidige og komplekse, og at de ikke lader sig beskrive med forsimplede dikotomier såsom insider eller outsider. Når jeg alligevel vælger at fremdrage begreberne, er det fordi, de i deres rene form kan være med til at tydeliggøre måder, hvormed feltrelationen og skabelsen af feltmaterialet er blevet påvirket. Dette ikke fordi, en eventuel påvirkning er dårlig, men det blot for at tydeliggøre, hvad konteksten for skabelsen af feltmaterialet i denne afhandling har været. Havde min feltrelation været anderledes, havde det skabte feltmateriale eventuelt også været anderledes.

Et tveægget sværd - muligheder og begrænsninger ved insider- og outsiderpositionerne

Forskerens kendskab til – og familiaritet med – feltet, der undersøges, giver potentielt forskellige muligheder og begrænsninger i forhold til, hvilket slags feltmateriale der skabes. Ofte vil det, der kan betragtes som en mulighed, også kunne betragtes som en begrænsning, hvorfor eksempelvis forskning i egen organisation kan være lidt som at bevæge sig på klingen af et tveægget sværd (Mercer, 2007). Af muligheder nævnes bl.a., at forskeren der er bekendt med felten og medlemmerne heri, ofte vil have lettere adgang hertil og skal bruge mindre tid på forskningsprocessen, fordi man bl.a. ved, hvor man skal henvende sig, og fordi man eventuelt i det daglige er til stede i organisationen (Nielsen & Repstad 1993; Mercer 2007). I mit tilfælde oplevede jeg, at mit lokalkendskab betød, at jeg ikke skulle bruge nævneværdig tid på at forhandle adgang til felten. Dels betød kommunens samfinansiering af min ph.d., at der var bred ledelsesmæssig støtte i forhold til at give mig adgang til forskellige dele af kommunen, og mit lokalkendskab hjalp mig endvidere i forhold til at finde ud af, hvem jeg skulle kontakte. Dels oplevede jeg, at mit kendskab til en af de kommunale praksiskonsulenter var med til at lette min adgang til de praktiserende læger. Praksiskonsulenten påtog sig således sammen

med formanden for det lokale lægelaug at informere om mit studie og hjalp til med at skabe den første kontakt til mulige deltagere. Forskeren, der er fortrolig med en undersøgelse felt, forventes også have en bedre indledende forståelse, fordi man kender konteksten og sproget. Dette kan hjælpe til formulering af mere præcise spørgsmål og herved til skabelsen af fyldigere og mere nuancerede fortællinger, ligesom det kan hjælpe til at identificere "parademålsætninger", hvor der er langt mellem ord og handling (Nielsen & Repstad, 1993, s. 25). Generelt kan forskerens fortrolighed med de verbale og ikke-verbale kulturelle kompetencer videre være med til at lette kommunikationen mellem forskeren og medlemmer af feltet (Hockey, 1993). Forskeren kan endvidere forventes at have en bedre forståelse af mere subtile og diffuse sammenhænge mellem forskellige situationer og begivenheder (Mercer, 2007). Jeg undrede mig eksempelvis over, at flere praktiserende læger i forbindelse med interviews gav udtryk for, at den regionale diabetesskole var blevet nedlagt til fordel for det kommunale diabetestilbud, når jeg vidste, at det ikke var tilfældet (se mere herom i kapitel 6). Det er muligt, at andre forskere også ville have studset over denne kobling, men jeg vil mene, at mit kendskab til forløbsprogrammet for type 2-diabetes gennem mit tidligere arbejde betød, at jeg var mere tilbøjelig til at lægge mærke hertil, fordi den brød med og forstyrrede min egen tidligere forståelse af organiseringen af rehabiliteringstilbuddene for mennesker med type 2-diabetes. Fortrolighed med feltet kan endvidere være medvirkende til, at informanter har mere tillid til forskeren. Dette har betydning for, hvor åbne og oprigtige de er i deres svar, ligesom forskeren bedre er i stand til at forstå kompleksiteten af den pågældende sociale verden (Hockey, 1993; Mercer, 2007). Herved er der bedre chancer for, at resultat af forskerens undersøgelse er "a potentially accurate portrayal, rather than a simplistic caricature" (Hockey, 1993, s. 204-205). Endelig betyder fortrolighed med felten, at man kender "de kritiske hændelser", som måske er sket mange år tidligere, og som man måske ikke taler om, fordi de er "fy-fænomener" i organisationen (Nielsen & Repstad, 1993, s. 25). Kendskab til felten kan altså hjælpe forskeren til lettere at identificere mere kritiske hændelser med betydning for eksempelvis meningsskabelsen.

Jeg skal ikke entydigt kunne sige, om aktørne i feltstudiet, som jeg i forvejen kendte, var mere åbne og oprigtige end andre aktører. Det er dog umiddelbart mit indtryk, at det især var aktører, jeg kendte, der gav udtryk for at have en mere usikker eller uafklaret samspilsrelation til andre aktører i samspillet. De var således mere eksplicitte omkring deres usikkerhed og i deres eventuelle kritik af andre end aktører, som jeg ikke kendte. En tidligere kollega satte eksempelvis følgende ord på sin oplevelse af interviewet:

> "Interviewer: […] hvordan synes du det har fungeret med spørgsmålene og?
>
> Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent: Jeg synes det er fint altså […]. Det der, når man bliver stillet sådan nogle spørgsmål her, så skal man selvfølgelig lige sidde og tænke i, hvad er det lige, man skal svare,

> og får man nu svaret det man, man vil jo gerne hjælpe ik' også [ja] så man vil jo gerne svare det, der også er brug for, og så er det jo fint du spørger ind og vender tilbage og sådan noget, jeg synes det har været meget fint, meget behageligt og super, udmærket, jeg synes du har gjort det godt, altså det har været fint, det har været dialog jo.
>
> Interviewer: Synes du, du har fået fortalt det du gerne ville fortælle ligesom?
>
> Sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent: Jamen det synes jeg da, jeg har, altså det, der er rigtig rigtig vanskeligt, det er, hvad er det, der er ens personlige synspunkter, og hvad er det, der er ens i den stilling, man sidder i, og hvad kan man sige, og hvad kan man ik' sige [mm] altså dybest set er det her jo lidt et sprængfarligt emne, du har du spørger til ik' også [mm], så indimellem kan jeg da godt tænke at det kan være lidt vanskeligt at svare på ik' også."

Af interviewsekvensen fremgår, hvordan min tidligere kollega overvejer sine svar, fordi "man vil jo gerne hjælpe [...], så man vil jo gerne svare det, der også er brug for." Dette kan umiddelbart lyde som om, konsulenten prøver at gætte, hvad jeg gerne vil høre og svarer herefter. En fare ved kollegialitet mellem informant og forsker er således, at informanten for at opretholde et godt personligt eller arbejdsmæssigt forhold kan se sig fristet til forme sin fortælling, så den svarer til, hvad informanten forventer, at forskeren ønsker at høre (Mercer, 2007). I denne sammenhæng mener jeg dog, at konsulentens efterfølgende uddybning af, at hun hele tiden må afveje, hvad hun mener som privat person og som repræsentant for Sundhedscentret, viser, hvordan hun gerne vil hjælpe ved at svare åbent og oprigtigt, men også hvordan hun hele tiden har tanke på den fortsatte relation mellem almen praksis og kommunen. I dette perspektiv er det altså muligt, at det personlige kendskab mellem mig og konsulenten har betydet, at konsulenten har tilladt sig at ytre lidt flere af sine "personlige synspunkter" og ikke alene de mere pæne og politisk korrekte synspunkter, fordi vedkommende har tillid til min videre måde at arbejde med feltmaterialet på. Ifølge Nielsen og Repstad (1993) kan man netop forvente, at personer er mindre tilbøjelige til at pynte på deres fortællinger, når de bliver interviewet af en kollega end af en fremmed, fordi de lettere vil blive 'afsløret' heri. Til gengæld peger andre forskere på, at personer kan være mindre tilbøjelige til dele informationer i forhold til forskere, de ved er fortrolige med feltet, fordi de kan være bange for at blive vurderet og dømt på, om de nu også mener det rigtige og handler på den rigtige måde (Coar & Sim, 2006; Mercer, 2007). I sådanne tilfælde kan informanterne ligefrem opleve interviewet som en eksamination (Coar & Sim, 2006).

Fortrolighed med feltet kan også betyde andre begrænsninger i feltmaterialet. Der kan være risiko for, at forskeren tager tingene for givet og fejlagtigt antager, at andre har samme syn på tingene som en selv, så man glemmer at stille de selvindlysende

spørgsmål (Hockey, 1993; Mercer 2007). Herved risikerer man, at fælles forudgående erfaringer ikke bliver delt (Powney & Watts, 1987), at forskeren ubevidst "kommer til at overta de gjengse lokalt herskende forklaringer på bestemte organisasjonsproblemer" (Nielsen & Repstad, 1993, s. 26), at informanternes antagelser aldrig bliver udfordret (Hockey, 1993), og at tilsyneladende fælles normer ikke bliver artikuleret (Platt, 1981). Dette kan alt sammen blive forstærket af, at informanterne måske har en forventning om, at forskeren ved, hvad de mener, og derfor ikke uddyber deres svar (Nielsen & Repstad, 1993). En konsekvens heraf kan blive, at feltmaterialet bliver mindre righoldigt og nuanceret (Mercer 2007). Jeg skal ikke kunne udelukke, at jeg i min tilgang til feltet kan have begrænset righoldigheden af mit feltmateriale ved i nogle tilfælde at have undladt at stille de uddybende spørgsmål, og at mine egne følelser, forudfattede meninger og fordomme i nogle tilfælde har ført til en vis blindhed i min dialog med aktørerne i feltstudiet og i mine analyser. Som jeg tidligere har beskrevet, har jeg i min tilgang til feltet tilstræbt at være nysgerrig, åben og undersøgende også (og måske i nogen grad særligt) i de tilfælde, hvor jeg umiddelbart havde en forudfattet mening om, hvad aktørerne refererede til. Jeg mener ikke, at mit feltmateriale eller mine analyser er blevet dårligere af mit kendskab til – og fortrolighed med – dele af feltet, de er måske blot blevet anderledes, end hvis en anden forsker havde tilgået dem og feltmaterialet. Man kan imidlertid indvende, at det altid vil være tilfældet i et socialkonstruktivistisk perspektiv.

En anden mulig begrænsning ved at have forsket i en organisation, som man selv arbejder i eller har arbejdet i, er, at det i nogle tilfælde kan være svært for forskeren at skrive "sandheden" (Nielsen & Repstad, 1993, s. 27). Hensynet til (tidligere) kolleger, ledere og til organisationens omdømme kan betyde, at forskeren udsætter feltmaterialet for en "filtreringsproces" (Ibid., s. 28), så nuancer eller hele fortællinger bevidst udelades eller fordrejes for ikke at træde nogle over tæerne. Nielsen og Repstad skriver i forlængelse heraf, at forskerens mod til at "skrive sannheten generelt [vil] avhenge av ens styrke til å forholde seg til kritikk fra andre i organisasjonen. Denne styrke vil igjen være avhengig av ens egen stilling i organisasjonen og en del personlighetsfaktorer. Styrken på kritikken vil i sin tur avhenge av hvordan organisasjonskulturen er." (Ibid., s. 28). Jeg har i forbindelse med mit feltmateriale oplevet enkelte tilfælde, hvor jeg har overvejet, hvorvidt der var tale om fortællinger, som jeg burde tage frem, fordi jeg kunne være bekymret for, om andre i organisationen kunne identificere, hvem informanterne talte mere kritisk om. Jeg har imidlertid valgt at inddrage fortællingerne, hvis jeg har fundet, at de var væsentlige for mine analyser. Dette har jeg for det første gjort, fordi jeg modsat Nielsen og Repstad ikke mener, at jeg 'skriver sandheden' endsige, at aktørerne i feltstudiet 'fortæller sandheden'. Aktørerne søger i deres fortællinger at skabe mening med hændelser, der nogle gange ligger langt tilbage, eller som de har hørt genfortalt af andre, og hvor der kan være sket koblinger mellem steder, personer og begivenheder, som måske har fundet sted – måske ikke. Dette betyder ikke, at andre har haft samme oplevelse eller skaber samme mening med selvsamme

begivenheder, og ligeledes er mine analyser ikke 'sandheden', men mit forsøg på at skabe mening med mit feltmateriale. For det andet har jeg vurderet, at der i organisationen, som jeg tidligere har arbejdet i, er en organisationskultur, hvor man er åben for at høre om andres oplevelser af bestemte begivenheder og åben for kritik.

4.6.5. ANDRE REFLEKSIONER OVER TILGANGEN TIL FELTEN

I min tilgang til felten har jeg haft forskellige refleksioner og overvejelser. Dels angående lokaliteten for min undersøgelse og muligheden for at identificere aktørerne i feltstudiet jfr. blandt andet mine overvejelser omkring inddragelse af bestemte fortællinger eller ikke i afhandlingen. Dels angående den mængde af information, jeg skulle give aktørerne om mit tidligere arbejdsforhold til kommunen i tilfælde, hvor de ikke var bekendte med det i forvejen. Og endelig har jeg også haft overvejelser omkring, hvordan jeg kunne sikre, at jeg ikke blev for enøjet i mine analyser af mit feltmateriale.

Felten for min undersøgelse har været geografisk afgrænset til en enkelt kommune og praktiserende læger samt praksissygeplejersker i denne kommune. Det betyder, at der kan være personer i eller uden for kommunen, der ud fra sprogbrug, beskrivelse af begivenheder eller arbejdsforhold kan identificere aktørerne i feltstudiet, også selvom de er blevet anonymiseret. Aktørerne blev forud for interviewet informeret om interviewets form og formål, samt temaer for interviewet og om den efterfølgende behandling af deres bidrag. De blev endvidere gjort opmærksom på, at de i afhandlingen ville blive anonymiseret ved brug af stillingsbetegnelser såsom hjemmesygeplejerske, sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent, praktiserende læge osv., men de fik også at vide, at fordi undersøgelsen er begrænset til én lokalitet, så ville jeg ikke kunne garantere fuld sikring af deres anonymitet. Aktørerne fik derfor mulighed for at få tilsendt det transskriberede interview med henblik på at se det igennem forud for mit videre analysearbejde. Dette takkede enkelte ja til, men ingen vendte tilbage med ønsker om ændringer eller udeladelse af passager.

Som jeg var inde på i indledningen til dette afsnit, har jeg haft en del overvejelser i forhold til, hvor meget jeg skulle informere aktører i feltstudiet, der ikke havde kendskab til mit tidligere arbejdsforhold i kommunen herom. Jeg valgte generelt at undlade dette, da jeg ikke ønskede at styre aktørernes opmærksomhed i en bestemt retning i forhold til hvilke relationer og samspil, de umiddelbart ønskede at fortælle mig om. Hvis jeg havde fortalt, at jeg tidligere havde arbejdet på det kommunale sundhedscenter, ville det kunne betyde, at de så sig nødsaget til at fortælle herom, selvom det ikke umiddelbart var en relation, som de anså for relevant. Ligeledes ønskede jeg især i forhold til almen praksis ikke at blive positioneret som en kommunal repræsentant, som man enten skulle søge at påvirke eller omvendt

tilbageholde informationer for, fordi det måske var noget, som jeg vidste mere om – eller havde et andet syn på. Desuden ønskede jeg ikke, at man måske skulle se mig som en 'spion' fra kommunen med det resultat, at dele af fortællinger blev udeladt eller fordrejet. Mit ønske var at blive positioneret som forsker med interesse for det tværgående samspil, hvilket selvfølgelig også indebar, at jeg ikke gav tidligere kolleger i kommunen indblik i mit feltmateriale med mindre, at det var som del af en præsentation af mine analyser. I enkelte tilfælde i forbindelse med mit feltarbejde valgte jeg at fortælle medlemmer af felten om mit tidligere arbejdsforhold, hvis jeg syntes, at det ville komme til at virke direkte akavet ikke at fortælle om det. Det er min umiddelbare oplevelse, at det ikke ændrede på feltrelationen, men i disse tilfælde gjorde jeg også meget ud af at forsikre om min 'neutralitet' i form af min interesse for selve samspillet og fortællingerne forbundet hermed. Jeg tænker desuden, at min måde at forholde mig åbent og undersøgende på i selve feltrelationen har medvirket til, at min position som tidligere medarbejder i kommunen trådte i baggrunden til fordel for min position som forsker. Det skal endvidere tilføjes, at jeg i en lang række tilfælde ikke ved, om informanterne har kendt til mit tidligere arbejdsforhold, da jeg igennem mit arbejde har deltaget i præsentationer for almen praksis om kommunale tilbud, og da det ikke som sådan har været en hemmelighed for hverken de kommunale ledere og de læger, der hjulpet mig med at få adgang til felten. Følgende uddrag fra min projektlogbog referer til en samtale med den ene af mine kontaktpersoner til de praktiserende læger, som jeg havde forud for mine fokusgruppeinterviews med de praktiserende læger. Det viser, hvordan jeg blev anbefalet at positionere mig som insider i forhold til lægerne bl.a. via min familiebaggrund for at skabe tillid og for netop ikke at fremstå som repræsentant for kommunen:

> "X [den ene af mine kontaktpersoner] fortalte desuden, at det er vigtigt, at jeg understreger, at jeg har tavshedspligt i forhold til kommunen, så lægerne får tryghed til mig. Han mener, at de kender mig fra prædiabetesprojektet. Jeg skal derfor understrege, at jeg ikke er en kommunal repræsentant og også gerne fortælle, at hovedparten af min nærmeste familie er læger. Det er vigtigt at de kender mig og har tillid til mig i forhold til, at de ikke bare stryger mig med hårene, men også fortæller mig om de komplekse/svære/kritiske ting." (Logbog den 9.9.12).

Til trods for at jeg med mit socialkonstruktivistiske og meningsskabende perspektiv på feltet og mit feltmateriale hævder, at meningskonstruktioner altid er forankret i – og afhængige af – specifikke lokale kontekster, har jeg, på baggrund af min fortrolighed med dele af feltet, valgt at følge nogle enkle strategier med henblik på at sikre, at jeg ikke bliver for énøjet i mine analyser. Nogle af disse strategier kan føres tilbage til specifikke strategier for sikring af kvalitet og troværdighed af kvalitative studier (Elliot, Fischer & Rennie, 1999; Tanggaard & Kvale, 2010). Jeg postulerer imidlertid ikke, at disse strategier er med til at gøre mine analyser mere

sande eller troværdige, end hvis jeg ikke havde fulgt dem. For mig har det først og fremmest handlet om ordentlighed i forhold til aktørerne i feltstudiet og en sikring af, at jeg ikke kom til at udstille nogle personer eller faggrupper på en for unuanceret eller på anden vis uintenderet måde. Jeg har således løbende i analysearbejdet haft dialog med mine vejledere og andre ph.d. studerende om mine analyseresultater med henblik på at få andre nuancer og perspektiver på mit materiale. Endvidere har jeg via styregruppen for mit ph.d. studie haft mulighed for at præsentere enkelte dele af analyserne for repræsentanter fra kommunen og almen praksis, ligesom to af mine tidligere kolleger har fået tilsendt analyseuddrag med henblik på at høre deres kommentarer. Jeg har ikke lavet disse "member checking" med henblik på at få valideret mit materiale i forhold til, om det stemmer overens med informanternes oplevelser, selvom jeg selvfølgelig også har fundet det interessant (Creswell & Miller, 2010, s. 127). Jeg har derimod været interesseret i at få andre perspektiver på analyserne og det særligt i tilfælde, hvor jeg via min tidligere involvering i feltet kunne risikere at være for énøjet.

4.7. ANALYSESPROCESSEN

4.7.1. FELTNOTER OG TRANSSKRIPTION AF INTERVIEWENE

Feltmaterialet er blevet kodet og analyseret ved hjælp af det kvalitative analyse-program NVivo 10 (Q.S.R., 2014). Anvendelse af computerprogrammer til kvalitativ analyse af feltmaterialet hjælper til at strukturere og analysere store mængder feltmateriale og til på en nem måde at organisere og tilgå de begrebs-mæssige og teoretiske overvejelser, som bliver dannet i det analytiske arbejde med feltmaterialet (Bazeley, 2007). De har endvidere den fordel, at de gør det let at finde tilbage til konteksten for eksempelvis koder og teoretiske refleksioner, og de gør det således let at holde en tæt forbindelse til feltmaterialet i sin helhed. Omvendt kan kvalitative analyseprogrammer også betragtes som en anledning til at komme mere på distance af feltmaterialet og til at 'rekontekstualisere' det, idet det ses i lyset af de forskellige koder og kategorier frem for som dele af en bestemt case eller dokument (Ibid.). I sidste ende er et kvalitativt analyseprogram som NVivo dog ikke andet end et arbejdsredskab – en form for analytisk værktøj – der, som Weitzman og Miles minder om, aldrig vil kunne erstatte tænkningen, selvom den kan være et godt hjælpemiddel for den (Weitzman, 1995, s. 5).

Feltnoterne blev renskrevet umiddelbart efter feltobservationerne, mens interview-ene blev optaget og senere transskriberet i deres fulde længde. En fordel ved at udskrive interviewene i deres fulde længde og med forholdsvis mange nuancer i forhold til accentueringer, pauser, latter m.m. er, at det kan hjælpe til at minimere risikoen for, at der springes til forhastede tolkninger og konklusioner (Kvale, 1996, s. 163). Med min baggrund som tidligere ansat i kommunen og med et i nogle

tilfælde indgående arbejdsmæssigt og personligt kendskab til interviewpersonerne kan fuld transskription af interviewene tjene som en måde til at søge at holde analysen åben og modvirke, at der sker forvrængning af interviewpersonernes udsagn i lyset af min forforståelse af stedet, emnerne og personerne. Med mit afsæt i et meningsskabende perspektiv og i en socialkonstruktivistisk forståelse af meningskonstruktion og kommunikation, er det desuden væsentligt at have blik for betydningsdannelsens kontekstualitet, relationen mellem form og indhold samt eventuelle brud og overgange i interviewudsagnene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 209). Markeringen af accentuering i tale, latter, brud, pauser m.m. er med andre ord en del af kommunikationen med betydning for, hvorledes interviewudsagnene skal tolkes og forstås. Jeg har dog valgt at fjerne steder, hvor ord bliver gentaget samt udtryk som "øh" for ikke at risikere at udstille aktørerne i feltstudiet på en uhensigtsmæssig måde.

Jeg har selv transskriberet de tre fokusgruppeinterviews samt det ene ud af de atten interviews. De øvrige interviews blev af tidsmæssige hensyn transskriberet af en studentermedhjælper. Alle interviews er med undtagelse af fokusgruppeinterviewene blevet transskriberet ved hjælp af transskriberingssoftwaren F5, der kobler udskrift og lydfil, hvorved det er let at genfinde og gennemlytte interviewsekvenser, hvor der kan være tvivl om den præcise mening. Ved de interviews, som jeg ikke selv har transskriberet, har jeg gennemlæst interviewudskrifterne samtidig med, at jeg har afspillet interviewene. Herved har jeg haft mulighed for at sammenholde den skriftlige gengivelse af interviewene med det mundtlige udtryk, og jeg har således haft lejlighed til at tjekke, at udskrifternes meningsindhold er korrekt sammenholdt med den forståelse, som jeg har med baggrund i interviewinteraktionens oprindelige kontekst. Desuden har jeg haft mulighed for at kontrollere, at alt er kommet med og for at rette eventuelle misforståelser. Såvel transskriberingen som den kombinerede gennemlæsning og gennemlytning af interviewene har tjent som et første skridt i den analytiske proces, hvor jeg løbende har gjort mig mere og mere bekendt med materialet herunder har noteret idéer og mulige teoretiske koblinger til interviewene.

4.7.2. KODNING AF FELTMATERIALET OG ANALYSEPROCESSEN

Den analytiske tilgang til feltmaterialet har været baseret på to forskellige tilgange, der på den ene side er meget forskellige og adskilte, men som på den anden side også har vævet sig ind og ud af hinanden. For det første har jeg arbejdet systematisk med at kode dele af feltmaterialet med henblik på at opnå kondensering og kategorisering af materialet. For det andet har jeg i høj grad ladet analyserne være inspireret og styret af materialet og mit særlige teoretiske perspektiv uden brug af bestemte analyseteknikker og metoder.

Kodning af feltmaterialet

I forhold til den systematiske kodning af feltmaterialet har kodeprocessen været delt op i to successive trin: 1) En åben kodning af de tre fokusgruppeinterviews, hvor koderne er blevet genereret på baggrund af feltmaterialet (Charmaz 2006/2012; Saldaña, 2009/2013). 2) En lukket kodning af de individuelle dybdegående kvalitative interviewes og feltobservationerne på baggrund af koder og temaer udviklet i første del af kodeprocessen og koder udviklet på baggrund af afhandlingens særlige teoretiske perspektiver. For nærmere beskrivelse af kodningen af feltmaterialet se Appendix B.

Analyseprocessen er sket fortløbende i forbindelse med feltmaterialets tilblivelse (Brinkmann, 2014; Czarniawska, 2014). Det andet trin i kodeprocessen er derfor også tæt forbundet med første trin, idet materialet fra anden del af feltstudiet (de individuelle interviews og observationerne) løbende blev undersøgt ud fra nogle af de mere overordnede temaer, metakoder og underkategorier, som blev fundet i forbindelse med det første analytiske trin. Endvidere blev materialet kodet på baggrund af nogle af mine teoretiske perspektiver bl.a. i forhold til, hvordan aktørerne beskriver deres arbejde, hvordan de beskriver borgere/patienter, hvordan de positionerer sig selv og andre i forhold til borgerne/patienterne osv.

Teoretisk læsning af feltmaterialet

Den stringente analysetekniske tilgang til feltmaterialet ved hjælp af kodning har jeg suppleret med en analytisk tilgang, som Kvale og Brinkmann betegner ”interview-analyse som teoretisk læsning” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 262). Kendetegnende for en sådan tilgang er, at forskeren på baggrund af gentagende gennemlæsninger af sit feltmateriale ”reflektere[r] teoretisk over særligt interessante temaer og udskriver fortolkninger uden at følge nogen systematisk metode eller kombination af teknikker” (Ibid., s. 262). En vigtig del af analyseprocessen i forhold til at undersøge og udfolde aktørernes meningskonstruktioner og de menings-skabende processer har således været, at jeg – både under feltarbejdet og i forbindelse med fortsat gennemlæsninger og sammenholdninger af de udskrevne interviews og feltobservationer – har ladet mig inspirere af oplevelser, fortællinger og tekstsekvenser, som enten har undret mig, eller som har forekommet mig at være interessante/sigende i forhold til at udfolde specifikke meningsskabelser omkring det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen. Jeg har som del af disse teoretisk informerede analyser af feltmaterialet generelt søgt at spørge ind til og undersøge, hvilke ledetråde aktørerne hæfter sig ved i deres meningskonstruktioner, og hvilke rammer de trækker på. Endvidere har jeg undersøgt, hvilke identitetskonstruktioner og refleksive positioneringer der er i spil, og hvordan disse enten blokerer eller faciliterer gensidigt koordineret handling. Endelig har jeg søgt at have øje for, hvordan de forskellige handlinger (herunder også måder at skabe mening på) er med til at skabe de omgivelser, som aktørerne oplever at befinde sig i. Med henblik på ikke kun at

komme til at fokusere på allerede etablerede meningskonstruktioner i feltmaterialet, men også undersøge meningsskabende processer har jeg løbende søgt at have øje for passager, hvor informanterne udtrykker flertydighed, usikkerhed eller på anden vis giver udtryk for forstyrrelser af – eller forskydninger i – deres vante måde at handle og skabe mening på.

4.7.3. AFRUNDING

Opsummerende kan man sige, at min analytiske tilgang har været det, som Kvale og Brinkmann betegner "eklektisk" – og det i dobbelt forstand (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 259). For det første er min analyse ikke afhængig af "en bestemt analyseform, men inddrager en fri blanding af metoder og teknikker" (Ibid., s. 259). En sådan tilgang karakteriserer de også som "bricolage" (Ibid., s. 259). For det andet er store dele af min analyser ikke baseret på "bestemte analytiske procedurer, men bygger på en generel læsning af interviewteksterne kombineret med teoretisk prægede fortolkninger" (Ibid., s. 259). Kvale og Brinkmann anfører, at en fare ved sidstnævnte analytiske tilgang er "teoretisk ensidighed", og at forskeren risikerer at overse nye overraskende aspekter af det udforskede fænomen (Ibid., s. 265). Det er bestemt mulige kritikpunkter, som man også vil kunne rette mod analyserne i denne afhandling, da jeg har valgt at begrænse mig til et forholdsvist smalt og homogent fortolkningsrepertoire i form af organisatorisk meningsskabelse og positionerings-teori. Refleksive forskere tilråder i modsætning hertil, at man kombinerer flere forskellige analytiske tilgange med forskellige videnskabsteoretiske afsæt med henblik på at nuancere tolkningerne af materialet og for undgå forsimplede og ensidige tolkninger (Alvesson & Sköldberg, 2009; Brinkmann, 2012). Hertil vil jeg dog indvende, at min eksplorative og abduktive tilgang til feltstudiet sammenholdt med en systematiske litteraturgennemgang på området betyder, at jeg undervejs i studiet har haft en åbenhed for andre perspektiver og tolkninger. Jeg har imidlertid valgt at fokusere på de udvalgte teoretiske perspektiver, fordi de har vist sig relevante i samspil med feltmaterialet, og fordi disse teoretiske perspektiver mig bekendt ikke tidligere er blevet anvendt i en tilsvarende empirisk kontekst.

KAPITEL 5. MENINGSSKABELSENS KONTEKST – AKTØRERNES POSITIONERINGER

Organisatoriske aktører agerer i en organisatorisk og institutionel kontekst, der er præget af en lokal praksis herunder lokale værdier, normer og forventninger til arbejdet såvel som af samfundsmæssigt objektiverede forventninger til – og mønstre for – de sociale relationer og for den sociale samhandlen (March & Olsen, 1995, Weick, 1995). Dette gælder også for aktørerne i dette feltstudie. Endvidere er hovedparten af aktørerne i feltstudiet fagprofessionelle aktører, der via deres uddannelse og fagprofessionelle praksis er blevet socialiseret inden for bestemte sociale verdener med bestemte sæt af værdier, normer og forventninger til de sociale relationer i deres hverdagslige arbejdspraksis (Strauss, 1978). Man må derfor forvente, at aktørernes måde at skabe mening omkring det tværgående samspil på er påvirket af deres fagprofessionelle baggrunde såvel som af de organisatoriske og institutionelle (mere eller mindre eksplicit formulerede) forventninger til deres egen og andres rolle(r) og opgave(r) samt af deres orientering imod borgeren/patienten m.m. Disse forventninger udgør en del af de særlige forståelsesrammer og vokabularer, som aktørerne trækker på i deres menings-skabelser, som Weick også betegner "minimal sensible structures" (Weick, 1995, s. 109).

Oplevelser af trusler mod identitet (herunder også mod dele af aktørernes arbejde, der opleves som vigtig i forhold til deres identitet) er vigtige anledninger til, at aktører i organisationer engagerer sig i meningsskabende processer (Ibid.). Aktørernes opfattelse af egne fagprofessionelle og organisatoriske identitet(er) er således et vigtig delelement til forståelse af de meningsskabende processer omkring det tværgående samspil. Den måde, en aktør ser sig selv og den anden på, har betydning for, hvorvidt den anden anses for relevant at have en relation til og på hvilken måde. Det kan for eksempel være i forhold til, i hvilken udstrækning det giver mening at udvise tillid, udøve magt eller at søge at forhandle om forhold i samspillet (Huxham & Vangen, 2005). Den anden kan i den forbindelse være andre aktører i det tværgående samspil, men det kan også være patienterne. De meningsskabende processer påvirkes således i høj grad også af aktørernes orientering imod – og forståelse af – dem, som deres arbejde handler om, og som et potentielt samspil vedrører, nemlig borgerne eller patienterne med eller med risiko for KOL og type 2-diabetes.

Det følgende er en gennemgang af de fagprofessionelle og organisatoriske subjektpositioneringer og diskursive praksisser, som aktørerne i kommunen og almen praksis bringer i spil i deres beskrivelser af deres arbejde med patienter/borgere med kronisk sygdom. Det sker med udgangspunkt i Davies og Harrés (1990) positio-

neringsbegreb og deres diskursive samt konstruktivistiske tilgang til identitet med henblik på at vise, hvordan aktørernes identitet er sammensat af – og trækker på – flere forskellige diskursive ressourcer.

Analyserne i kapitlet udgør en mere deskriptiv analysedel af afhandlingen, der dels skal give et indblik i aktørernes arbejde med mennesker med kronisk sygdom eller med risiko herfor. Dels skal kapitlet danne fundament for afhandlingens videre analysearbejde i forhold til, hvordan aktørerne i deres meningsskabelser om det tværgående samspil indirekte forhandler organisatoriske og fagprofessionelle identiteter i relation til hinanden og til patienten/borgeren. Det sker med baggrund i Weicks teoretiske forståelse af, at aktørernes meningsskabelse er refleksivt forbundet med deres måde at forstå sig selv og deres omverden på herunder deres arbejdsmæssige relation i forhold til de borgere/patienter, som samspillet handler om.

Kapitlet er bygget op omkring, hvordan praktiserende læger, praksissygeplejersker, sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter og kommunale sygeplejersker (hjemmesygeplejersker og en sårsygeplejerske) beskriver deres arbejdsmæssige relationer til borgerne/patienterne i form af bestemte subjektpositioneringer og ved at trække på bestemte diskursive praksisser (Ibid.). Som nævnt i kapitlet om teoretiske perspektiver omfatter en subjektposition både et ”bestemt begrebsmæssigt repertoire” [*a conceptulal repertoire*] i form af eksempelvis bestemte begreber, metaforer, fortællinger m.m., og samtidig lokaliserer den personer, der gør brug af dette repertoire, inden for en bestemt ”rettighedsstruktur” [*structure of rights*] (Ibid., s. 4). Derfor vil mange af de begreber, metaforer m.m. som aktørerne gør brug af i feltmaterialet også ofte være del af mere omfattende fagprofessionelle og (fag)politiske diskurser, som altså ikke kun aktiveres og bruges af aktørerne i dette feltstudie, men også af andre aktører i sundhedsvæsenet. I dette kapitel er de forskellige positioneringer imidlertid alene genereret på baggrund af kodning og kategorisering af feltmaterialet. Ved at lade de forskellige positioneringer træde frem, sådan som aktørerne selv præsenterer dem, gives der mulighed for, at nuancer og forskelle blandt aktørernes måder at positionerer sig på træder frem. Kapitlet rundes af med en sammenligning af, hvordan de forskellige grupper af aktører mere overordnet positionerer sig.

Kapitlet viser, at der er en stor kompleksitet og mange nuancer og forskelle i aktørernes positioneringer både i og på tværs af faggrupper samt i og på tværs af almen praksis og kommune. Samtidig viser kapitlet, at selvom flere af de fagprofessionelle aktører på tværs af faggrupper og organisatoriske grænser i nogle tilfælde umiddelbart positionerer sig ens i forhold til borgerne/patienterne, så synes positionerne i vid udstrækning at kunne sameksisterer, fordi de vægtes forskelligt eller forbindes med forskellige handlinger, der er komplementære.

5.1. PRAKTISERENDE LÆGERS POSITIONERINGER

De praktiserende læger positioner sig gennemgående på tre forskellige måder i deres beskrivelse af, hvordan de arbejder med patienter med KOL, type 2-diabetes eller med risiko herfor. De tre positioner, som de på forskellig vis forholder sig til og uddyber, er: 1) Tovholder for patienten, 2) Behandler og lægefaglig ekspert og 3) Vejleder og støtte for patienten. I det følgende vil blive gennemgået, hvordan de tre overordnede subjektpositioner aktiveres og bruges af forskellige praktiserende læger.

5.1.1. POSITIONERING SOM TOVHOLDER FOR PATIENTEN

Flere af de praktiserende læger positionerer sig eksplicit som tovholder for patienternes forløb både i form af henvisning til termen ”tovholder” (Læge A3, Læge A6, Læge A9) og i form af termer som ”holde styr på de mange forløb for patienten” (Læge A4), ”være dem der samler trådene” (Læge A7), ”overblik over patienten” (Læge A7) og ”holde fokus på de forskellige baner” (Læge A9). Lægerne skelner i den forbindelse mellem flere forskellige typer af forløb, som de kan være tovholder for. Dels er der en skelnen mellem forløb internt i almen praksis og forløb på tværs af almen praksis og andre aktører. Dels er der en skelnen mellem forløbet for den velbehandlede/velregulerede kroniske patient, der udgør hovedparten af de kroniske patienter i almen praksis, og så de mere behandlings- og ressource-krævende kroniske patienter, der har dårlig compliance, og hvor der begynder at komme følgekomplikationer til en eller flere kroniske sygdomme.

Direkte adspurgt om deres arbejde i forhold til patienter med eller med risiko for de kroniske sygdomme KOL og type 2-diabetes relaterer hovedparten af de praktiserende læger sig til gruppen af nydiagnosticerede og herefter velbehandlede/velregulerede patienter. I forhold til nydiagnosticerede patienter handler tovholderpositionen først og fremmest om at få den enkelte patients forløb sat ”på skinner” (Læge A5) internt i den enkelte praksis herunder om at få informeret om sygdommen, påbegyndt en medicinsk behandling og eventuelt få iværksat livsstilsvejledning/rehabilitering internt eller eksternt samt få tilrettelagt nogle faste rammer for kontroller i almen praksis og for hyppigheden heraf i fremtiden. Herefter består tovholderpositionen primært i at følge op på kontrollerne og prøveresultaterne med henblik på at kontrollere, om alt er, som det skal være, eller om der skal ske ændringer i medicinen. Selve kontrollerne og prøvetagning til kontrollerne finder for en stor del af de praktiserende lægers vedkommende sted hos praksissygeplejerskerne, idet det også er dem, der som regel står for de konkrete aftaler fra gang til gang. Positionen som tovholder knytter altså her især an til en forståelse af den praktiserende læge som en, der organiserer, tilrettelægger og mere overordnet styrer den enkelte patients behandlingsforløb internt i almen praksis. I forhold til gruppen af ny-

diagnosticerede patienter er der endvidere et element af ekstern forløbskoordination, idet lægerne kan henvise til kommunale eller regionale rehabiliteringstilbud, ligesom der for diabetespatienternes vedkommende skal iværksættes kontroller hos øjenlæge og fodterapeut. Læge A3 er eksempel på en læge, der eksplicit positionerer sig som tovholder i forhold til især gruppen af kronikere, der følges i almen praksis:

> "Altså jeg tænker, når først de har fået stillet diagnosen så er det jo mit job et eller andet sted at være tovholder i forhold til de opgaver der ligger i både i behandlingen, men også i rehabilitering omkring KOL-patienter især […], men også at være tovholder i forhold til […] en diabetespatient som et eller andet sted går til kontrol mange steder, det er øjenlæge og det er fodterapeuter og, og et eller andet sted holde hånd i hanke med at der bliver iværksat en behandling som, og følge op på den […] men primært det at være tovholder og være den der styrer behandlingen, så længe det er nogen der bliver fulgt i praksis, der er selvfølgelig diabetespatienter og KOL-patienter der bliver fulgt på sygehuset, så mister man lidt den der tovholderfunktion [mm] synes jeg." Læge A3.

Af citatet fremgår, at positionen som tovholder ikke nødvendigvis opfattes som entydigt givet af de praktiserende læger, og at den kan være til forhandling, bl.a. når aktører i andre sektorer går ind og overtager styringen af behandlingen eller 'gafler' patienterne, som andre læger udtrykker det (Læge A5 og Læge A7).

Det samme gør sig også gældende internt i almen praksis i forhold til den del af tovholderpositionen, som handler om at styre og organisere den enkelte patients forløb i praksis og eksternt, for så vidt det handler om henvisning til rehabilitering m.m. En læge vakler således mellem at positionere sig som den lægefaglige ekspert eller som tovholder, idet praksissygeplejerskerne ligeså vel kan være tovholder som lægen qua sygeplejerskens hyppigere kontakt med patienterne med kronisk sygdom:

> "Læge A9: [J]eg tænker jo meget det er sådan en form for, ja hvad skal man, en lægefaglig, den der ekspertrollen ind i det, jeg ved det ik', ja tovholder det ved jeg ik' rigtig, det er vi måske flere der kan være, men i hvert fald den der med at holde fokus på de forskellige baner, altså det der med, altså diagnose, kontroller medicinsk behandling livsstilsbehandlinger, altså hvad er hvad og hvem varetager hvad ik' også, ja, prøver lige som at tænke om tingene bliver dækket ind […].
>
> Interviewer: Du var ved at sige det der med at, du sådan tøvede lidt med at sige tovholder, du sagde [ja], vil du prøve at sige lidt mere om det?
>
> Læge A9: Ja jamen, altså jeg tror nu nok af og til det er sådan det bliver, men det synes jeg ik' nødvendigvis at lægen behøver at være født til eller

> hva' man skal kalde det [mm], vi behøv-, altså, det kan vores sygeplejersker også godt varetage ik' også, […] og vi har jo mange der kommer meget mere hos sygeplejersken end de kommer inde hos os, så på den måde, så kan det blive mere naturligt at hun egentlig er tovholder i det."

Der er ligeledes flere andre læger i feltmaterialet, der ikke positionerer sig som tovholdere for patienterne. De positionerer sig derimod som behandlere og lægefaglige eksperter og eventuelt også som vejledere for patienten. Karakteristisk er, at det alle er praktiserende læger, hvor praksissygeplejerskerne varetager hovedparten af kontrollerne.

For flere læger er det imidlertid netop, når forløbene for de kronisk syge patienter bliver komplicerede og ressourcekrævende, og hvor flere sektorer inddrages i behandlingen eller plejen af patienterne, at positionen som tovholder bliver særlig relevant. Det sker ofte på grund af dårlig compliance, følgekomplikationer og eventuelt flere konkurrerende sygdomme hos patienten, eller som følge af patientens manglende evne til at tage vare på sig selv. I disse situationer kan det at være tovholder have et behandlingsmæssigt aspekt ved, at lægen bliver den, der må søge at udrede, hvordan medicin givet på en eller flere forskellige sygehusafdelinger fungerer sammen med den medicin, som patienten eventuelt får i almen praksis, såfremt medicinen ikke er blevet afstemt på det Fælles Medicinkort (FMK). Eller lægen er den, der må slå bremsen i og være "realisten" i forhold til forskellige andre fagprofessionelle aktørers behandlingsforslag, fordi de enten har været prøvet før, eller fordi de kan være i konflikt med den behandling, der allerede bliver givet. Det kan eksempelvis være forslag om depressionsmedicin til en diabetiker, som giver vægtøgning. I sådanne situationer bliver lægen den, der må samle trådene behandlingsmæssigt, men også den, der skal "ku' bære at sige nej, du skal ik' ha depressionsmedicin nu. Vi må ha' dig i gang med noget andet, der kan ændre på hvordan dit humør er, fordi, du ik' kan det du gerne vil, fordi du bliver ved med at være tyk" (Læge A7).

Som det allerede antydes i ovenstående citat af Læge A7, handler tovholderpositionen ved de mere komplicerede forløb, hvor flere afdelinger eller sektorer inddrages, imidlertid ikke kun om at være den, der følger op på behandlingen og medicinen. Det handler også om at være den, der har overblik over hele patientens situation, og som kender patientens behandlingsmæssige såvel som personlige historie. Gennem sit kendskab til – og overblik over – patientens situation er lægen den, der kan hjælpe patienten og eventuelt patientens familie med at træffe til tider vanskelige beslutninger om til- eller fravalg af tilbud, det være sig behandlingstilbud, tilbud om rehabilitering eller plejetilbud som eksempelvis flytning på plejehjem. Lægen er også den, der via sit kendskab til patienten kan hjælpe med at samle trådene og holde styr på forskellige behandlingsforløb herunder hjælpe med at

forstå, hvad der er blevet sagt eller blevet igangsat andre steder i sundhedsvæsenet. Endelig kan lægen også i sin egenskab af tovholder fungere som en art beskytter eller "advokat" for patienten i forhold til at sikre, at aktører i andre organisatoriske instanser ikke stiller urimelige eller uhensigtsmæssige krav til patienten. Læge A7 er et eksempel på, hvordan positioneringen som tovholder også kan involvere positionen som beskytter eller advokat for patienten:

> "[D]e forskellige forvaltninger i kommunen har nogen efterhånden flere og flere restriktionsmuligheder over for mennesker der er syge, det kan være beskæftigelsesmæssigt, det kan være økonomisk, og der er det i hvert fald vigtigt at vi kan være patientens advokat i forhold til at samle tingene og sige jamen hør hov, det her det ka' jo slet ik' la' sig gøre fordi det her det handler om en patient, der har det sådan og sådan […]. Der kan også være nogen af diabetikerne hvor vi siger jamen, hvis I skal aktiveringsafprøve den her borger der er smælderfed og har en psykiatrisk diagnose og har rigtig svært ved at komme op af stolen, så skal I nok ik' aktivere borgeren til at sidde og sortere papir et eller andet sted, så er det måske til at være den der er ude og feje i stedet for eller til at lave et eller andet fysisk hvor man bevæger benene ik' også eller at afprøvningen skal være med noget motion [mm] ik' også som det er, og der kan vi godt nogle gange faktisk gøre en forskel tænker jeg, ved at sige 'ved du hvad hvis I skal hjælpe her, så er det bevægelse I skal satse på' […]." Læge A7.

I citatet positionerer lægen sig som den i det tværgående samspil, der med sin omfattende viden om patientens personlige baggrund og sygdomshistorie ved, hvad der er bedst for patienten. Dette være sig dels i forhold til at beskytte patienten over for andre aktører i samspillet ved eksempelvis at sikre, at alle relevante oplysninger om patienten er tilgængelige og gjort forståelige i forhold til den kontekst, som disse aktører agerer indenfor. Dels i forhold til at formidle, hvad der helbredsmæssigt er mest hensigtsmæssigt for patienten ved eksempelvis en arbejdsprøvning. Lægen oplever her at kunne gøre en forskel ved at formidle til de andre aktører i det tværgående samspil, hvordan de ud fra et helbredsmæssigt standpunkt kan hjælpe patienten, så arbejdsprøvningen understøtter en helbredsmæssig indsats fremfor at underminere den. Lægens position som advokat for patienten involverer på den måde ikke nødvendigvis kun, at lægen taler patientens sag i form af det, som patienten selv ønsker, men altså også at lægen taler patientens sag ud fra et fagligt standpunkt angående, hvad der er bedst for patientens helbred, og dette behøver altså ikke at være, hvad patienten selv ønsker. Citatet viser, hvordan positionen som tovholder således er tæt koblet til positionen som lægefaglig ekspert.

5.1.2. POSITIONERING SOM BEHANDLER OG LÆGEFAGLIG EKSPERT

Diagnosticering og behandling er en meget vigtig del af de praktiserende lægers arbejde i forhold til patienter med kronisk sygdom. Som allerede omtalt indgår den behandlermæssige/lægefaglige position for flere læger som en naturlig del af det at være tovholder for patienterne. Hos andre læger kobles de to positioner ikke umiddelbart, idet det dog ikke kan udelukkes, at det er implicit forstået hos nogle. Det er ofte den lægefaglige position, som de praktiserende læger trækker på ved fremsættelse af såvel kritik som ros af det tværgående samspil og det interprofessionelle samarbejde (se f.eks. afsnit 6.1.3.).

Den behandlermæssige og lægefaglige position handler først og fremmest om at opspore og diagnosticere patienterne, når de eksempelvis kommer i anden sammenhæng med symptomer, der kunne være relevante i forhold til en af de kroniske sygdomme. I forhold til KOL kan det eksempelvis handle om at have en opmærksomhed rettet mod patienter, der kommer med gentagende lungeinfektioner og mere generelt mod patienter, der ryger, og som eksempelvis hiver efter vejret, eller som klager over manglende energi. I forhold til diabetes kan det være kendskab til disponerende faktorer som tidligere graviditetsdiabetes, diabetes i familien, overvægt eller hypertension, der gør, at den praktiserende læge undersøger patienten for diabetes. Enkelte læger er meget eksplicitte omkring, at man ikke screener for eksempelvis diabetes i almen praksis, mens andre læger beskriver, hvordan de via brochurer, plakater eller infotavler i venteværelset har søgt at opfordre især patienter med potentiel KOL til at henvende sig til lægen med henblik på at få lavet en lungefunktionsmåling. Flere læger nævner endvidere, at de har en del patienter, som de udreder for potentiel KOL eller diabetes på baggrund af andre aktørers opsporende arbejde i form af eksempelvis lungefunktionsmålinger på arbejdspladsen eller blodsukkerpriktests i Bilka. I relation hertil kan en del af den lægefaglige position også være at forsikre bekymrede patienter om, at de *ikke* er syge, og at de ikke skal bekymre sig unødigt.

Når en patient er blevet diagnosticeret, er lægens opgave at få sat en behandling i gang, hvor man finder frem til, hvilken medicin den pågældende patient skal have, og få det kørt ind samtidig med, at man søger at få styr på diverse værdier som blodsukker, lipider osv. i overensstemmelse de gældende guidelines. Særligt i forhold til type 2-diabetes beskriver nogle af lægerne, hvorledes det handler om at få et helt fastlagt behandlingsforløb "kørt ind på skinner" (Læge A5) med medicinsk behandling, kontroller, henvisninger osv. En læge beskriver det således:

> "Jamen så kører vi simpelthen altså, hvis det er vi finder nogen med forhøjet blodsukkerværdier, jamen så kører vi jo simpelthen slavisk i gang med at få styr på hypertension og lipider og blodsukker og får medicin kørt ind og øjenlæge og fodlæge og hele molitjavsen altså." Læge A6.

I forhold til KOL handler det især om at finde frem til den rette medicin og få tilrettelagt nogle faste rammer for kontroller, hvor der bliver fulgt op på effekten af medicinen, ligesom patienterne ofte tilbydes vacciner for influenza. Der er dog flere praksisser, hvor enten de praktiserende læger eller praksissygeplejerskerne beskriver, at de ikke har faste rutiner i forhold til kontroller af KOL-patienterne, men at de arbejder på at få det.

Når et behandlingsforløb er sat i gang, følger lægerne patienterne i forbindelse med deres kontroller. Det varierer fra lægepraksis til lægepraksis, hvorledes man tilrettelægger kontrollerne i forhold til gældende guidelines, men generelt ser lægerne patienterne til en årlig kontrol (årskontrol), hvor de gennemgår en række prøveresultater, der er taget forud for kontrollen. Afhængigt af om ”tallene ser pæne ud” (Læge A2), vurderer lægerne, om der skal ændres i medicinen. Ved de mellemliggende kontroller ser lægerne som oftest ikke selv patienterne, men de ser og vurderer værdierne af patienternes prøveresultater, idet det så enten er andet praksispersonale, der giver svar tilbage, eller enkelte steder den praktiserende læge selv via mail eller telefon.

Begreber og vendinger, der i feltmaterialet optræder i forbindelse med den lægefaglige position og som generelt knytter sig til den lægefaglige diskurs, er ”hårde facts” (Læge A1), ”prøveresultater” (Læge A4), ”behandlingsmålene” (Læge A4 og Læge A2), ”tallene” (Læge A2 og Læge A8), ”evidens” (Læge A4), ”guideline” (Læge A6) og ”faglighed” (Læge 11), ”pæne tal” (Læge A9) versus ”grimme tal” (Læge A9), ”faglig vejledning” (Læge A4) versus det at være ”et servicefag eller en butik” (Læge A4), ”kvalitetsmål” (Læge A2), ”vejledninger” (Læge A4 og Læge A7), og hvorvidt tiltag har en videnskabelig eller en ”uvidenskabelig basis” (Læge 4, fokusgruppe).

I forhold til den lægefaglige ekspertposition – og i forhold til andre aktørers sundhedsfaglige positioner – skelner flere af lægerne mellem at være specialist og generalist, idet de netop som almen medicinere positionerer sig som generalister. Dette indebærer på den ene side, at de er i stand til at tilse og behandle patienternes sygdomme, så længe de er ”inden for almindeligheder i generalistområdet” (Læge A9). På den anden side skal den praktiserende læge også være i stand til at definere, når noget falder uden for deres område og skal undersøges eller behandles andre steder. Det være sig eksempelvis et diabetisk fodsår, der kræver ekstra opmærksomhed og eventuel specialbehandling af enten de kommunale sårsygeplejersker eller på sygehusets sårklinik. Det er endvidere qua positionen som generalist, at nogle af lægerne peger på en konflikt i forhold til de mange vejledninger og kvalitetsmål, som de skal forholde sig til i forbindelse med bl.a. KOL og type 2-diabetes.

De kliniske vejledninger er sygdomsspecifikke og evidensbaserede og har til formål at sikre, at alle patienter inden for en given sygdomskategori får den rette behandling i forhold de vedtagne kliniske standarder. Datafangst og kvalitetsmålinger via

datafangst handler om, at den praktiserende læge via datafangstteknologi (også kaldt Sentinel Datafangst) indsamler og deler kliniske oplysninger om en given patientgruppe f.eks. type 2-diabetes. Den praktiserende læge har herefter mulighed for at få adgang til indikatorbaseret feedback på egne data. Både de kliniske vejledninger og datafangst/kvalitetsmålingerne er del af en snæver biomedicinsk diskurs, som også den lægefaglige position er tæt knyttet til, hvor diagnostisk, forebyggelse og behandling af sygdom forstås og tilgås positivistisk og naturvidenskabeligt (Hvas & Gannik, 2008). Flere læger refererer således til, hvordan de bruger de kliniske vejledninger og Sentinel til at finde ud af, hvor patienterne ligger, og hvor de "skal ligge henne i de forskellige værdier" (Læge A6). Enkelte læger forholder sig imidlertid meget kritisk til de kliniske vejledninger og til kvalitetsmålingerne, hvilket kan ses som udtryk for, at den biomedicinske diskurs og den lægefaglige specialistposition kommer i konflikt med positionen som generalist og en mere patientcentreret diskurs, hvor patientens ønsker og behov er i fokus (Fox & Reeves, 2015). Ifølge lægerne er det for en stor del af patienternes vedkommende – og her næves især ofte diabetespatienterne – ikke noget problem at følge de mange programmer og at leve op til vejledningerne. Problemet er derimod de ressourcesvage patienter med "grimme tal" (Læge A9), der kan være vanskelige at få til at komme til kontroller og få til at leve op til de anbefalede værdier i vejledningerne, og som derfor gør, at lægerne kan komme til at ligge dårligt i kvalitetsmålingerne. Det er patienter, hvor deres diabetes eller KOL bliver nedprioriteret på grund af helt andre prioriteter som psykisk sygdom, en mistet ægtefælle eller et mistet barn, hvilket "kan være lidt svært at taste ind i de her skemaer og kode det" (Læge A4). For de læger, som positionerer sig meget eksplicit i forhold til den mere patientcentrerede diskurs, handler det om at interessere sig for den sidstnævnte gruppe af patienter og måske mindre om "dem der bare passer det rigtig fint og er dygtige patienter, og som har pæne tal" (Læge A9). Det er de patienter, der ikke formår at leve op til vejledningerne på grund af manglende ressourcer, andre ønsker eller på grund af flere samtidige sygdomme, hvor man må gå ind og se på "den hele patient" (Læge A4) og via lægens kendskab til patienten se på, hvad er det for nogle mål og tiltag, der skal igangsættes for netop den patient. En læge udtrykke konflikten mellem på den ene side at søge at leve op de kliniske vejledninger og på den anden side at have generalistens patientcentrerede fokus på følgende vis:

> "[D]er er angiveligt store undersøgelser der viser at hvis diabetikere taber sig eller tager på ud fra et vis en vis margin så lever de kortere og dårligere end hvis man holder den vægt man har, når man bliver diagnosticeret [mm] og der er tal der tyder på at den bedste diabetesregulering ud fra livslængde faktisk ligger noget højere end den man anbefaler, så det er bare sådan lidt, […] jeg sidder ikke sådan med helt sindssyg dårlig samvittighed hvis man ikke med vold og magt kan behandle alle diabetikere ned på det, som der står i månedens vejledning [mm] (interviewer griner). […] Det er sådan (sukker) svært at sige uden at komme til at lyde som en der er ligeglad, for […] det er vi selvfølgelig

> ikke, men det er bare tit at den der sådan afvejende funktion der er i almen praksis at den bliver ligesom set ned på, fordi den er ikke en del af en vejledning, det er nemmere hvis der står dit kolesteroltal det skal være 4,5 det skal det krafteddeme bare, så er det lige meget om du skal ha' fire slags medicin og du har ondt i hele kroppen af at ta' det, den skal bare være 4,5 [mm], så der støder vi bare nogen gange på at folk egentlig tænker 'arg ved I hvad, jeg har det ad helvede til, jeg gider faktisk ikke at tage det her medicin' [mm] hvad skal vi så gøre altså, jamen det står der du skal i den her vejledning, ja ja ja." Læge A4.

Citatet antyder det dilemma, det kan være for den praktiserende læge at afveje den lægefaglige position, som knytter sig til den biomedicinske diskurs, med generalistens patientcentrerede fokus. På den ene side antydes, at de kliniske vejledninger opleves som et vist pres, der kan foranledige god eller dårlig samvittighed alt efter, hvor godt det lykkes lægen at regulere patientens værdier i overensstemmelse med anbefalingerne i vejledningerne. På den anden side fremdrages også den "afvejende funktion", som den praktiserende læge har i forhold til at se på den hele patient og dennes velbefindende. Lægens indledende referencer til de store undersøgelser om sammenhængen mellem diabetikeres vægt, diabetes-regulering og livslængde, der fremdrages til støtte for, at det måske alligevel ikke er så slemt, hvis patienterne ikke er hundrede procent velregulerede, viser, hvorledes lægen søger at positionere sig i forhold til en lægefaglig position og en biomedicinsk diskurs, hvor specialisterne ofte har højere status end generalisterne. Samme læge er således også andetsteds i interviewet inde på, at det kan være let nok at følge vejledningerne på et ambulatorium, hvor man kun ser på én sygdom, men at det netop er generalistens særlige kompetence og særlige faglige udfordring at få det hele til at gå op i en højere enhed, når sygdomsbilledet bliver mere kompliceret med flere sygdomme, forskellig slags medicin og andre særlige hensyn. Det er dog kun få af de praktiserende læger, der så eksplicit søger at positionere den praktiserende læges særlige faglige kompetencer i forhold til den biomedicinske diskurs og i forhold til andre lægefaglige specialfunktioner. Derimod er flere læger inde på, at deres særlige kompetence ligger i patientrelationen og i kendskabet til den enkelte patient, som giver dem en unik mulighed for at vejlede og støtte patienten.

Grøn et al. har i en undersøgelse af praktiserende lægers opfattelse af deres rolle som tovholder fundet, at flere praktiserende læger udtrykker samme dilemma som Læge A4 omkring, hvordan man skal koble "det individualiserede aspekt i den kliniske praksis" med evidensbaserede guidelines og kliniske standarder (Grøn et al., 2007, s. 85). De skriver i den forbindelse: "Den overordnede tankegang omkring udvikling og kvalificering af det kliniske arbejde via evidensbasering udelader aspekter, der er særdeles væsentlige for forståelsen af og udvikling af den kliniske praksis […], nemlig den individualiserede strategi." (Ibid., s. 83-84). Grøn et al. taler i den forbindelse om, at lægen er "tovholder mellem evidens og lægekunst" og

anfører, at man kan se det som et forsøg på at operere med to forskellige rationalitetsforståelser: En biomedicinsk rationalitet, som kommer til udtryk i den evidensbaserede tilgang, og en praktisk rationalitet og dømmekraft, der kommer til udtryk i vurderinger af, "hvad der er rigtigt for den enkelte patient" og som træffer "beslutninger når ting ikke går, som de skal, eller ikke er, som de skal være" (Ibid., s. 84). De to rationalitetsforståelser er modsatrettede eller "i bedste fald komplementære" (Ibid., s. 85). Ifølge Grøn et al. kan de ses som udtryk for, at almen medicin er et fag, der er under pres og "stærk forandring", hvor man på den ene side forsøger at holde fast i kerneværdier for almen praksis og på den anden side forsøger at tilpasse sig udefrakommende krav. Samtidig anføres med reference til bl.a. Nick Nyland (2006), at oplevelsen af pres og en kriseagtig stemning i almen praksis ikke er ny, men har været mere eller mindre permanent i en lang årrække. Dette bruges som argument for, at krisen måske alligevel ikke er så slem, og at godt nok er almen praksis under forandring, men dog stadig også den samme (Ibid.). Interessant er her, at dilemmaet, som Grøn et al. påpegede i 2007, fortsat er det samme i forbindelse med feltstudiet til denne afhandling cirka syv år senere. Det tyder på, at spændingen mellem de to forskellige rationalitetsforståelser eller diskursive praksisser i sig selv er en art diskursiv praksis eller ressource, som de praktiserende læger trækker på i forhold til at give mening til en sammensat eller hybrid fagprofessionel identitet. Denne identitet kan rumme dilemmaer i forhold til håndteringen af det konkrete patientforløb, men den kan også bruges som en ressource, der giver forskellige positioneringsmuligheder i forhold til eksempelvis det tværgående samspil med aktører i kommunen. Ifølge Davies & Harré tilegner mennesker sig forskellige forestillinger om sig selv, som ikke nødvendigvis udgør et sammenhængende hele (Davies & Harré, 1990). I hverdagen er det ofte ikke et problem, fordi man bevidst eller ubevidst skifter mellem forskellige positioner og diskurser i forbindelse med de skiftende udvekslinger, man indgår i, hvor man kan forfølge forskellige "story lines" (Ibid., s. 22). I situationer såsom i interviewsituationen vil personer derimod ofte prøve at skabe en historie om sig selv, hvor de fremstår konsistente og som én identitet, hvilket ifølge Davies og Harré bl.a. beror på vores sociale og grammatiske konstruktioner af personer som én enhed:

> "Because of the social/grammatical construction of the person as a unitary knowable identity, we tend to assume it is possible to have made a set of consistent choices located within only one discourse. And it is true we do struggle with the diversity of experience to produce a story of ourselves which is unitary and consistent." (Ibid., s. 23-24).

I interviewsituationen søger den praktiserende læge at legitimere sit arbejde i forhold til patienten ud fra én diskurs og bliver her stillet over for et valg mellem flere mulige diskurser og positioner. Ifølge Davies og Harré vil valget mellem modstridende krav og kontradiktoriske positioner ske som en kompleks afvejning af forskellige forhold bl.a. de følelser, som hver af positioneringerne giver anledning til

på baggrund af personens tidligere erfaringer med at være lokaliseret i hver af positionerne, de historier som gør disse følelser og andre kategorier meningsfuld, og hele det "moralsystem" som forbinder og legitimerer de valg, man træffer (Ibid., s. 22). I eksemplet med Læge A4 har lægen truffet et valg om at positionere sig om en læge, der først og fremmest tager udgangspunkt i den patientcentrerede diskurs, men ved samtidig at fremdrage dilemmaet i forhold til den biomedicinske og evidens-baserede diskurs konstitueres samtidig en mulighed for i andre situationer at afveje og forhandle andre positioner i forhold til en professionsmæssig identitet, som netop er fragmenteret og sammensat. En pointe med at anvende positionerings-begrebet var således netop at skifte det analytiske fokus fra rollebegrebet forstået som noget, man kan tage på sig og så at sige tale éntydigt ud fra, til et fokus på hvordan aktører i deres (sam)taler kan stille sig forskelligt ved at aktivere forskellige positioner og trække på forskellige diskursive ressourcer.

5.1.3. POSITIONERING SOM VEJLEDER OG STØTTE FOR PATIENTEN

I tillæg til at diagnosticere og behandle patienter med kronisk sygdom beskriver flere af lægerne, at deres arbejde er at vejlede og støtte patienterne i forhold til at leve med en kronisk sygdom. Der kan af feltmaterialet udledes tre forskellige positioner som vejleder og støtte afhængig af, hvor patienten er i sin sygdom.

For det første er der den nydiagnosticerede patient, som mange af lægerne i deres beskrivelse af deres arbejde umiddelbart vælger at forholde og positionere sig i forhold til. Vejledning beskrives her især som det at informere patienterne om deres sygdom herunder søge at gøre patienterne deres sygdoms potentielle alvorlighed begribelig bl.a. ved at informere om, "hvad den kan indebære både nu og på sigt" (Læge A4). For flere læger handler det om at motivere patienterne til at tage ansvar for deres sygdom og om at informere patienterne om de muligheder, der er for "at gøre noget ved det" (Læge A4). Lægerne synes imidlertid at have vidt forskellige tilgange til, hvordan de vejleder og motiverer patienterne. En læge fortæller eksempelvis forholdsvis nøgternt og meget lægefagligt/rationelt, hvorledes det i forhold til KOL-patienter handler om at "få rygestop rygestop rygestop" (Læge A6). En anden læge synes at have mere fokus på mestring af sygdommen, idet vedkommende beskriver vejledning som det at hjælpe patienterne til at finde ud af, "hvordan og hvorledes de kommer nemmest omkring med den der sygdom de nu har fået" (Læge A5). Atter andre læger understreger det patientcentrede perspektiv i deres vejledning af patienten (jfr. det tidligere nævnte skisme i forhold til den biomedicinske diskurs i form af kvalitetsmålinger versus den patientcentrede diskurs), som eksempelvis læge A4:

> "[S]å er min opgave selvfølgelig at prøve at motivere bedst muligt sådan at man ja kan forsøge at hjælpe i forhold til hvad man ved om det

> sygdomsforløb osv. () Og så ud fra igen, ud fra patientens behov skal der så træffes beslutninger om hvad er bedst for dig, hvad skal vi gøre for at opnå det bedst mulige resultat med dig. Det er ekstremt vigtigt for mig at beholde det patientcentrerede system, det må aldrig være på systemets præmisser at patienter kommer ind af døren. Når de er herinde og døren er lukket så er det kun […] deres præmisser det foregår på og så ja, kan alt andet sådan set komme i anden række, men altså ud fra det der må det være min opgave så at vejlede og prøve at finde den løsning hvor man bedst muligt kan hjælpe den pågældende patient med den pågældende sygdom." Læge A4.

Foruden vejledning omtaler lægerne også støtte til de nydiagnosticerede patienter. Støtte kan dels være i forhold til at finde ud af, hvad den enkelte patient kan gøre for at tage vare på sig selv, dvs. støtte til eksempelvis at opnå vægttab eller rygestop. Dels kan støtte handle om at hjælpe patienterne med "at finde sig til rette i det at have en kronisk sygdom" (Læge A2). En enkelt af lægerne er således inde på, at det kan være en stor omvæltning for patienten fra den ene dag til den anden at få en diagnose som KOL eller type 2-diabetes, som de ikke kommer af med igen:

> "[S]å er der også en del af det […] der handler om deres velbefindende og hvordan de har det med det, også hvordan de har det med at have en kronisk sygdom og hvordan de hvad skal man sige tackler det i hverdagen og lever med det fordi det er jo […] noget som de har fået og som de ikke rigtig kommer ud af i igen og det kan jo også give nogle udfordringer nogle gange altså, hvor det er i hvert fald nogle patienter der har lidt svært ved at finde sig til rette i den syge rolle eller hvad man skal kalde det, som de så kommer ind i nogle gange fra den ene dag til den anden altså hvor det tilfældigvis bliver opdaget at de har sukkersyge eller KOL." Læge A2.

Især oplever lægen, at det kan være en stor omvæltning for patienterne med type 2-diabetes, som ofte går fra at have haft et afslappet forhold til mad og motion til pludselig at blive stillet over for en masse krav om fysisk aktivitet og kostmæssig mådehold.

Foruden vejledning og støtte til de nydiagnosticerede patienter omtaler flere læger også, at deres rolle er at støtte og vejlede patienter, der allerede har levet med kronisk sygdom gennem nogen tid. Det sker især til årskontrollen. Vejledning og støtte handler her om at tale med patienterne om deres generelle velbefindende, "høre om der er kommet nogle nye ting til" (Læge A4) samt om at lytte til – og få afdækket – eventuelle bekymringer. Vejledning og støtte handler også om at

understøtte patienterne i at tage deres medicin og i at tage imod forebyggende tilbud som eksempelvis influenzavacciner til KOL-patienterne. Flere læger beskriver i den forbindelse, hvordan dårlig compliance fylder en del i forhold til gruppen af patienter med kronisk sygdom eksempelvis i form af patienter, der enten ikke vil tage noget specifikt medicin, fordi de har hørt fra andre, at der er bestemte bivirkninger, eller patienter der er holdt op med at tage deres ordinerede medicin, fordi de oplever, at det ikke virker, eller fordi deres værdier var fine ved den sidste kontrol. Følgende to episoder fandt sted inden for en time under feltobservationerne hos en praktiserende læge:

> "En mand med KOL kommer ind. Han har moderat til svær KOL. Han har også lige fået målt sin lungefunktion og fortæller, at han har en lever som en 90-årig. Lægen undrer sig lidt og taler så om hans lunger og siger, at hun lige skal vænne sig til, at apparatet kan give den slags oplysninger. Senere siger patienten igen, at han har et levertal som en 90-årig. Jeg undrer mig, og tænker på, hvilken betydning den slags fortalelse har – drikker han? Patienten fortæller videre, at han er gået fra at ryge 30 til 15 cigaretter og cykler meget. Lægen spørger, om han helt kan kvitte smøgerne? Patienten taler om, at flere i hans familie er blevet meget gamle, selvom de røg, og om at man skal være indstillet på at dø. Talen falder på patientens kolesteroltal. Patienten fortæller, at han ikke længere spiser sin kolesterolsænkende medicin, da han har indtryk af, at den ikke virker. Lægen viser først en graf på skærmen og senere nogle kasser på et papir, som angiver forskellige risikofaktorer ift. at få et hjertetilfælde. Hvis man er mand, ryger, har forhøjet kolesterol og er over 60 eller 65 år, så har man en meget høj risiko for at dø. Lægen understreger, at det ikke i sig selv er det høje kolesteroltal, der er farligt, men at det er farligt i kombinationen med en række andre ting. Desuden synes lægen, at patienten ikke skal forlade sig så meget på sin genetik. Det er tydeligt, at patienten alligevel ikke er helt så afklaret omkring sin egen dødelighed, og han vil så alligevel gerne have den kolesterolsænkende medicin, samt en influenzavaccine. Bagefter fortæller lægen mig, at mænd ofte skal have lidt mere direkte besked via grafer osv., mens man med kvinder gerne skal være lidt mere forsigtig og tale lidt rundt om problemerne. Desuden er det hyppigt, at de bruger deres familieforhold og alle dem, som er blevet gamle i familien, som eksempler." (Observation i lægepraksis den 22.10.13).

> "En ældre dame kommer ind med KOL. På forhånd fortæller lægen mig, at det er en meget bestemt dame, som ved, hvad hun vil, og ikke vil. Hendes spirometri viser, at hendes lungefunktion er blevet dårligere, men hun har ikke oplevet nogen forværringer selv. Lægen foreslår, at hun skal have en influenzavaccine, men det vil patienten ikke høre tale om. Hun har én gang fået en vaccine, og det er den eneste gang, at hun er blevet rigtig syg af influenza. Lægen graver lidt i det. Influenzavaccinen blev

> givet i november, og patienten blev syg i april. Selvom lægen prøver at forklare patienten, at så kan det ikke være vaccinen, som hun er blevet syg af, så holder patienten hårdnakket fast i, at det er det. Hun vil ikke have vaccinen. Hun har haft KOL siden '98 og har aldrig været syg. Lægen siger ok og fortæller mig bagefter, at så må hun jo også selvom det. Det er først lidt drøftelser af, hvilken medicin hun får. Så vidt jeg forstår lyder det ikke helt til, at hun tager al den medicin hun skal. Lægen spørger i hvert fald, om hun ikke også tager xx morgen og aften, hvilket jeg forstår, at patienten ikke gør. Der bliver dog ikke fulgt op på det efter influenzavaccinen, men måske har jeg været uopmærksom." (Observation i lægepraksis den 22.10.13).

De to episoder illustrerer, hvordan det til tider kan være "en ret stor kamp" (Læge A2), som en anden læge udtrykker det, at få lov til at behandle patienterne i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer. Episoderne viser også, hvordan lægen med baggrund i sit kendskab til den enkelte patient, men også med baggrund i en mere generel erfaring i forhold til, hvordan man vejleder henholdsvis kvinder og mænd, søger at informere og støtte patienterne til at tage imod den rette lægefaglige behandling. Positionen som vejleder og støtte bruges med andre ord her til at understøtte den lægefaglige position. For flere af lægerne er det dog væsentligt samtidig at pointere, at når de efter bedste evne har søgt at rådgive og motivere patienterne til at følge en bestemt behandling og tage ansvar for deres sygdom, så er det i sidste ende patienternes eget valg, om de følger dem eller ikke. Lægerne ønsker ikke være "politimænd" (Læge A4).

Den tredje position i forhold til at vejlede og støtte patienter med kronisk sygdom handler om lægens relation i forhold til de patienter, som har levet med kronisk sygdom igennem mange år, og som er begyndt at opleve mange gener af deres sygdom eksempelvis i form af følgekomplikationer til sygdommen, eller patienter der er i den terminale del af deres sygdom. Det er kun få læger, der positionerer sig i forhold til patienter, der er i denne fase af deres sygdom. Det sker primært implicit via deres omtale af bl.a. deres samarbejde med palliativ sygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne og da i form af, hvordan man får tilrettelagt et godt forløb for patienterne i den sidste del af deres liv, når de er blevet meget svage og syge. For en enkelt læge, der i høj grad positionerer sig i forhold til især specialuddannede sygeplejersker og læger i andre dele af sundhedsvæsenet, handler positioneringen som vejleder og støtte af patienter med mange gener af deres sygdom om at turde være realisten, der fremfor hele tiden at komme med nye behandlingsforslag til de ældre svage patienter tør være den, der tager ansvar for at sige stop, "det er sådan det er" og i stedet søger at hjælpe patienten med at bære alle dårligdommene:

> "[O]g der tænker jeg at min opgave den er at ta' ansvaret og sige, jamen det er sådan her det er, vi har samlet trådene og vi kan ik' gøre det her

> bedre, og der mener jeg klart at vi i rigtig mange situationer hjælper den det handler om meget bedre ved at sige, nu er det det her der er udgangspunktet, så må vi få det bedst mulige ud af det, i stedet for at blive ved med at sige ej men så prøver vi det, så prøver vi det, så prøver vi det, fordi så længe der ik' er nogen der tør at sige, det her det skal du leve med, jamen så bliver vi ved med at bevare nogle andre håb end dem der er reelle [mm] for dem det handler om, og vi skal bevare nogle håb, vi skal ik' tage håbet væk, men der er nogle ting vi er nødt til at sige, det her det kan ik' la' sig gøre. Mange af de her kronikere, KOL-patienterne de har jo også de har måske knogleskørhed, de har ondt i ryggen mange af dem og det har de, det kan vi ik' ta' væk, deres ryg er slidt, de har siddet i deres lænestole og røget alle smøgerne alle årene, og det betyder at de er medtaget, og det kan vi ik' lave om på, […] og det skal vi ku' bære sammen med patienten, ja." Læge A7.

Positionen som vejleder og støtte for patienten kobler sig her tydeligt til tovholderpositionen og til dels også til den lægefaglige position, idet lægen på baggrund af sit omfattende kendskab til patienten og patientens sygehistorie er den, der har overblik over, hvad der er sket behandlingsmæssigt, og hvad der lader sig gøre. Det antydes også, at positionen som vejleder og støtte for patienten qua de andre sundhedsfaglige aktørers velmenende indblanding let risikerer at blive utaknemmelig og hård, fordi lægen kommer til at fremstå som den negative budbringer, der tager håb om egentlig bedring fra patienterne. Samtidig antyder samme læge andetsteds, at andre aktørers velmenende indblanding kan blive et pres ikke bare for lægen, men også for patienterne, der betyder, at lægen skal bruge ekstra tid og kræfter på at støtte og trøste patienterne, når de bliver kede af ikke at kunne leve op til andre sundhedsprofessionelles forventninger. Dette vil blive behandlet yderligere i næste kapitel.

5.2. PRAKSISSYGEPLEJERSKERNES POSITIONERINGER

I praksissygeplejerskernes beskrivelser af deres arbejde med patientgruppen kan udledes tre overordnede typer af subjektpositioner: 1) Klinisk sygeplejere af patienterne, 2) Vejledere og støtte for patienterne og 3) Støtte- og omsorgsperson.

5.2.1. POSITIONERING SOM KLINISK SYGEPLEJER

For praksissygeplejerskerne kommer positionen som klinisk sygeplejer af patienterne primært til udtryk i forbindelse med tre forskellige aspekter af deres arbejde. For det første i forbindelse med de rutinemæssige kontroller af patienterne, hvor praksissygeplejerskerne er ansvarlige for at tage forskellige kliniske prøver og målinger samt gøre observationer angående patienternes helbred. Prøverne, målingerne og observationerne bruger både de selv og de praktiserende læger til at vurdere, hvordan patienterne har det herunder, om "der er optakt til noget", og om patienterne har gavn af deres medicin:

> "[D]et vi jo så har som opgave, når de [diabetespatienterne] kommer, det er jo selvfølgelig […], se hvordan ligger de sådan rent blodprøvemæssigt med deres sukkersyge skal vi ha' det reguleret i medicin deres blodtryk, fordi vi skal jo passe på de der indre organer […]. KOL-patienterne […] skal jeg jo selvfølgelig sørge for at det medicin de får, at de får gavn af det […] hvis der er optakt til noget jamen så er det jo med at prøve på at fange dem og få taget en CRP og sige jamen du har måske en begyndende lungebetændelse så nu er det med at komme i gang måske med en prednisolonkur, penicillin, så de ik' venter […]." Praksissygeplejerske A1.

Det plejemæssige aspekt af kontrollerne handler for sygeplejerskerne om at passe på patienternes helbred og undgå, at sygdommene udvikler sig. Positionen knytter sig til en klinisk biomedicinsk diskurs i form af bl.a. referencer til forskellig slags medicin ("prednisolonkur" (Praksissygeplejerske A1), "pencillin" (Praksissygeplejerske A1), "dicillin" (Praksissygeplejerske A2), "usicor" (Praksissygeplejerske A2)), prøver ("CRP" (Praksissygeplejerske A1), "hjertekardiogram" (Praksissygeplejerske A2), "lavet lungefunktion på" (Praksissygeplejerske A2)) og via termer som "passe på de der indre organer" (Praksissygeplejerske A1), "udsat jo for sår og for forhøjet tryk" (Praksissygeplejerske A1), "justeret ind rent medicinmæssigt" (Praksissygeplejerske A1) m.m.

Foruden de praktiske aspekter af prøvetagningerne og målingerne til kontrollerne og de kliniske vurderinger heraf involverer den kliniske sygepleje også insulinopstart af diabetespatienterne – det er dog ikke tydeligt af feltmaterialet, om det er en opgave, som alle praksissygeplejersker løser. Ved insulinopstart ser praksissygeplejerskerne patienterne i løbet af nogle dage for at oplære dem i insulininjektioner og for at følge patienternes blodsukkerværdier med henblik på justering af insulindosis. Endelig knytter den kliniske sygeplejefaglig position sig også til at pleje og behandling af diabetiske fodsår herunder vurdering af, hvorvidt sårene kræver, at der startes medicinsk behandling.

Af ovenstående fremgår, at praksissygeplejerskerne knytter den kliniske sygeplejefaglige position både til pleje og til medicinsk behandling af patienterne. I deres beskrivelser af arbejdet med patienterne sker sidstnævnte ofte med reference til et ”vi”, der synes at referere mere bredt til både praksissygeplejersker og praktiserende læger. Omvendt bruger sygeplejerskerne overvejende ”jeg” i beskrivelser, hvor de positionerer sig som vejledere og støtte for patienterne. Følgende eksempler viser, hvordan den medicinske behandlermæssige positionering kobler sig til arbejdet som klinisk sygeplejer i almen praksis:

> “[M]en kan vi nu hele tiden prøve på at ha' det justeret ind rent medicinmæssigt så vi undgår, at du får nogle indlæggelser, at du får de dårlige perioder, og du bliver mere bevidst om at mærke din egen krop, at nu er der måske lidt optakt til du har noget på lungerne og så du kommer, vi kan nå at gi' dig nogen prednisolonkure […].” Praksissygeplejerske A1 (min understregning).

> ”[S]årpatienterne, altså diabetespatienter med sår. Der, […], kommer de jo nogle gange herind, fordi hjemmesygeplejersken har opdaget et sår, og som hun ikke selv kan […] håndtere. Og så kommer de herind, og så nogle gange, så starter vi dem i dicillinbehandling, eller de får noget usicor (?) som et hedder til at smøre på.” Praksissygeplejerske A2 (min understregning).

Praksissygeplejerskerne fortæller ikke, at de udskriver medicin til patienterne. Af feltmaterialet fremgår, at der derimod synes at være tale om, at sygeplejerskerne i deres daglige arbejde i almen praksis løbende har kontakt med de praktiserende læger omkring forslag til – eller forespørgsler om – medicineringen af patienterne. Når positionen som klinisk sygeplejer involverer medicinsk behandling, skyldes det altså givetvis, at den daglige praksis og arbejdsdeling omkring vurdering af patienternes medicin er flydende, om end den formelle rettighed til at udskrive medicin ligger hos de praktiserende læger. Endvidere er koblingen af positionen som klinisk sygeplejer med medicinsk behandling udtryk for, at praksissygeplejerskerne i deres samtale med intervieweren indtager en organisatorisk plads som del af almen praksis og de hertil knyttede sociale praksisser. Dette giver dem nogle rettigheder, som er anderledes fra – og adskiller dem i forhold til – de andre sundhedsprofessionelle aktører i det tværgående samspil jfr. Davies og Harrés pointering af, at en subjektposition både indbefatter et bestemt begrebsmæssigt repertoire og lokaliserer personer, der bruger pågældende repertoire, inden for en bestemt rettighedsstruktur (Davies & Harré, 1991). Det er således ofte i praksissygeplejerskernes beskrivelse af deres samspil med hjemmesygeplejerskerne, at den kliniske sygplejefaglige position knyttes til medicinsk behandling (jfr. ovenstående citat og beskrivelsen af, at hjemmesygeplejerskerne tager kontakt omkring patienter, som de ønsker tilset, fordi der er sket en forværring i patienternes tilstand, som kræver yderligere undersøgelser og

eventuel medicinsk behandling). Praksissygeplejerskernes kobling af positioneringen som klinisk sygeplejer med en medicinsk behandlermæssig positionering er med til at vise, hvordan praksissygeplejerskerne tilegner sig diskursive praksisser, som er formet både af deres fagprofessionelle baggrund, af deres organisatoriske tilhørsforhold og af de relationer og interaktioner, som de indgår i på tværs af organisatoriske skel.

Sammenlignet med positioneringen som vejleder og støtte for patienterne, der gennemgås i næste afsnit, fylder positioneringen som klinisk sygeplejer ikke meget i feltmaterialet. Praksissygeplejerskerne bruger med andre ord ikke ret meget tid på at beskrive og fortælle om bl.a. de mere kliniske aspekter af arbejdet ved kronikerkontrollerne m.m. sammenlignet med deres beskrivelser af – og fortællinger om – hvordan de søger at vejlede og støtte patienterne til bl.a. livsstilsændringer og til at leve med sygdommen. Det kan der være flere grunde til. Det kan være udtryk for, at arbejdet opgavemæssigt og tidsmæssigt ikke fylder meget i forhold til praksissygeplejerskernes andre opgaver. Dette synes dog ikke at være tilfældet, da bl.a. andre dele af feltmaterialet tyder på, at kronikerkontrollerne og behandling af bl.a. diabetiske fodsår udgør en pæn andel af praksissygeplejerskernes daglige arbejdsopgaver i almen praksis. Det kan også være udtryk for, at praksissygeplejerskerne opfatter de dele af arbejdet og de handlinger, der knytter sig til det at være klinisk sygeplejer for patienterne, som rutinearbejde, der er mindre spændende end andre dele af deres arbejde. Et sådant perspektiv understøttes af, at det især er i forbindelse med beskrivelser af arbejdet med at vejlede og støtte patienterne, at praksissygeplejerskerne giver udtryk for engagement og følelsesmæssig involvering i arbejdet.

5.2.2. POSITIONERING SOM VEJLEDER OG STØTTE

På lignende vis som de praktiserende læger positionerer praksissygeplejerskernes sig som vejledere og støtte for patienterne, men til forskel fra de praktiserende læger skelner praksissygeplejerskerne ikke tydeligt mellem det at være vejleder og støtte for nydiagnosticerede patienter og patienter, som har levet gennem længere tid med KOL eller type 2-diabetes. Til gengæld sondrer de mellem den mere almindelige vejledning og støtte, som patienterne løbende får i forbindelse med kronikerkontroller, og en mere undtagelsesvis støtte og omsorg til særligt svage og sårbare patienter. Sidstnævnte positionering bliver behandlet i et særskilt afsnit.

Praksissygeplejerskerne positionerer sig primært som vejledere og støtte for patienterne i deres beskrivelser af, hvordan de søger at vejlede patienterne omkring livsstil og andre forebyggelsesmæssige tiltag, der gør, at patienterne kan undgå, at deres (potentielle) sygdom udvikler sig. Endvidere søger de at støtte patienter, der har gener af deres sygdom, til at leve bedst muligt med sygdommen. Det sker især i

forbindelse med kronikerkontrollerne, hvor praksissygeplejerskerne ”snakker lidt med [patienterne] om, hvordan det går […] om deres livsstil, om de nu også får motioneret og sådan noget” (Praksissygeplejerske A2). Af feltmaterialet fremgår, at fokus på patienternes livsstil ofte sker som del af en fast rutine (særligt i forhold til diabetespatienterne), hvor praksissygeplejerskerne følger og udfylder skemaer, som klinikkerne har udarbejdet i overensstemmelse med guidelines fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). Vejledningen kan også ske i forbindelse med start af patienter i insulin, hvor praksissygeplejerskerne dels vejleder i injektion med insulin, dels kobler gennemgang af patienternes blodsukkerprofiler med drøftelse af patienternes kost, så patienterne mere konkret får en forståelse af, hvordan kosten påvirker deres blodsukker. I forhold til patienter med risiko for at udvikle diabetes beskriver praksissygeplejerskerne, at de giver information om kost og motion, og at de eventuelt vejer patienten og følger op tre måneder efter ”for at se om der er vægttab” (Praksissygeplejerske A2), og om blodprøverne har ændret sig. Hvis blodprøverne ”er blevet pæne” (Praksissygeplejerske A2), slipper man patienten, ellers fortsætter man med at se, om der kan ske ændringer.

Foruden livsstilsvejledning i forbindelse med kontrollerne og i forbindelse med opstart i insulinbehandling har praksissygeplejerskerne også mulighed for at tilbyde ekstra vejledning til patienter, som er motiveret for eksempelvis rygestop eller vægttab. I alle de praksis, hvor der er lavet feltarbejde, beskriver praksissygeplejerskerne, at de har mulighed for at lave ekstra konsultationer (”helbredssamtaler”) til patienter, der er motiveret for at ændre livsstil.

På samme vis som ved de praktiserende læger indebærer en del af positioneringen som vejleder og støtte for patienterne også et element af ekstern forløbskoordination. Det sker, når praksissygeplejerskerne følger op på, om patienterne passer deres kontroller af øjne og fødder hos øjenlæger og fodterapeuter, og når de søger at motivere patienterne til at deltage i – og eventuelt henviser til – kommunale og/eller regionale rehabiliteringstilbud. I modsætning til de praktiserende læger synes praksissygeplejerskerne imidlertid ikke at forbinde dette arbejde med en position som tovholder for patienterne. I deres beskrivelser af, hvordan de arbejder med patienterne, nævner praksissygeplejerskerne således ikke planlægning, organisering eller styring af patienternes forløb hverken internt i almen praksis eller eksternt i forhold til andre private, regionale eller kommunale tilbud. De betoner derimod, at de passer på patienterne, når de f.eks. sikrer sig, at patienterne går til øjenlæge og fodterapeut, at de hjælper patienterne med deres ønsker i forhold til rehabiliteringstilbud, og at de støtter patienterne i at forbygge udvikling af deres sygdom og til at leve bedre med sygdommen ved at ”stimulere dem til” (Praksissygeplejerske A1) at deltage i rehabiliteringstilbud eller andre tilbud såsom motionshold m.m. Der er dog forskel på, hvordan og hvorvidt praksissygeplejerskerne synes at forbinde ekstern forløbskoordination i forhold til andre rehabiliteringstilbud som en del af positionen som vejleder og støtte for patienterne. I en praksis et stykke væk fra Holstebro, hvor praksissygeplejerskerne selv tilbyder rygestoprådgivning og

helbredssamtaler, fortæller en af praksissygeplejerskerne eksempelvis, at hun ikke mener, at de praktiserende læger henviser til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Praksissygeplejerskens begrundelse er, at ”vi har det her”. Hun uddyber videre, at hun mener, at det er en fordel, at patienterne får vejledning i almen praksis, fordi det er individuelt, og fordi de ikke skal køre så langt efter tilbuddet. Praksissygeplejerskens beskrivelse af det at få vejledning i almen praksis versus i kommunen antyder, at hun ikke forbinder sit arbejde med at vejlede og støtte patienterne med ekstern forløbskoordination. En anden praksissygeplejerske beskriver, at hun ved nogle typer af patienter og afhængig af patienternes sygdom henviser dem til enten kommunale eller regionale tilbud, mens en tredje praksissygeplejerske beskriver, at hun altid informerer om – og søger at motivere patienterne til – at deltage i eksterne tilbud.

Ligesom det var tilfældet med de praktiserende læger, er der også blandt praksissygeplejerskerne forskel på, hvordan de mere præcist positionerer sig i deres beskrivelser af, hvordan de vejleder patienterne i at leve med kronisk sygdom og forebygge udvikling af sygdommene. En praksissygeplejerske beskriver eksempelvis meget udførligt, hvilke kost- og motionsråd hun giver, idet hun trækker på en konkret sundhedsfaglig diskurs angående hvilke typer af motion, fedtstoffer, ost, kød m.m., som er godt for patienterne, og ved brug af vendinger såsom: ”[H]vis man tog kolesterolbrillerne på”, ”motion er jo faktisk midlet”, og ”det er jo et spørgsmål om, at hun får den der, pulsen lidt mere op”. Praksissygeplejersken positionerer sig på den måde primært som en sundhedsfaglig vejleder af patienterne, hvor fokus især er på rådgivning i forhold til kost, rygning og motion samt på at ”rykke” patienterne livsstilsmæssigt gennem vedholdende påmindelser om, hvad der rent sundhedsfagligt er det bedste for patienterne at gøre. Det fremgår videre, at praksissygeplejersken finder det vanskeligt at arbejde med patienter, som netop ikke rykker sig livsstilsmæssigt. Særligt KOL-patienterne, oplever praksissygeplejersken, er en udfordring:

> ”Jeg synes simpelthen de er så tunge […] fordi de er så svære at motivere med det røg der […] og det er jo bare det, der skal til, kan man sige. Eller, det kan jeg jo sagtens sidde og sige, men, hvad hedder det, at ‘du skal holde op med at ryge.’ Og det må jo være så nemt, men det er det jo ikke. Og jeg synes, de er så svære. Jeg synes de er så forbandet svære. […] Der sker ikke rigtig noget […] Også yngre, der så’n vil prøve at holde op med at ryge, […] altså nogle gange, så tænker jeg på, får de noget ud af det, man sidder og siger. Altså, nogle gange, så kunne jeg godt tænke mig, at man kunne få lov at se hvad der foregår ‘herinde’, altså hvis der var sådan en skærm (griner).” Praksissygeplejerske A2.

Praksissygeplejerskens oplevelse af, hvilke patienter der er nemme eller vanskelige at arbejde med ud fra hendes sundhedsfaglige tilgang til vejledning og støtte af

patienterne, må forventes at have betydning for hendes oplevelser af det tværgående samspil. Dette vil blive behandlet mere indgående i næste kapitel. Her skal kort bemærkes, at praksissygeplejersken netop beskriver, at det er de patienter, som enten kræver meget tid, eller patienter som ikke "rykker overhovedet", som hun anbefaler de kommunale forløb til. Endvidere kan nævnes, at praksissygeplejersken – i tråd med sin vægtning af en sundhedsfaglige positionering – ved omtalen af det kommunale sundhedscenter bemærker, at der "en diætist", som kan hjælpe patienterne med deres kost. Praksissygeplejerskens sundhedsfaglige positionering og hendes fokus på bl.a. kost synes altså ikke kun at have betydning for, hvilke patienter hun finder lette eller svære at arbejde med, men også betydning for hvilke relationer i det tværgående samspil hun hæfter sig ved.

En anden af praksissygeplejerskerne trækker i sine beskrivelser af måden, hvorpå hun vejleder og støtter patienterne, overvejende på en patientcentreret og sundhedsfremme diskurs, hvor fokus er på patienternes oplevelser af deres sygdom og på de enkeltes patienters modtagelighed for råd og vejledning, når hun møder dem fra gang til gang. Hun beskriver eksempelvis, hvordan KOL-patienterne oplever det at komme i almen praksis og se deres dårlige lungefunktionsmålinger som "at blive dunket i hovedet", fordi de har røget og selv er skyld i deres sygdom. Praksissygeplejerskens opgave i forlængelse heraf er at prøve at hjælpe patienterne til "at få det bedste ud af det", fordi "at det er selvforskyldt, jamen det kan de jo ik' bruge til så meget vel? Altså skaden er jo sket". I forhold til diabetespatienterne, som netop ikke føler sig syge, handler det om at motivere dem til livsstilsændringer uden at "sygeliggøre" dem. Den patientcentrerede og sundhedsfremmende diskurs kommer også til udtryk ved, at sygeplejersken er optaget af gradvist at nå "ind til" patienterne ikke alene i forhold til at motivere dem til livsstilsændringer, men også i forhold til at hjælpe patienterne med at leve bedst muligt med sygdommen. Praksissygeplejersken beskriver eksempelvis sin tilgang til en KOL-patient på følgende vis:

> "Vi har faktisk haft en dame, hun er død nu, hun var faktisk rigtig, altså hun var spændende for mig eller hvad skal man sige, hun var rigtig rigtig rigtig svær KOL-patient. Hun havde faktisk kun omkring 15-20% og hun havde jo rigtig svært ved det, altså hun var i konflikt med sig selv at det var selvforskyldt og hun var ræd for at dø […], og hun ville være noget for de der børnebørn eller selvom hun ingen luft havde, så var det jo gang på gang hun kom og sagde 'jeg er nødt til at sku' skynde mig hjem, fordi nu skal jeg altså hjem og passe mine børnebørn'. Jeg tænkte hvordan kan du passe de børnebørn, fordi du sidder her og sover, […] og hun var så tynd […] hun var svær at hjælpe fordi hun kom slet ik' til den erkendelse at 'jamen nu er det engang sådan her og jeg er nødt til at bare at sige jamen så skal jeg ha' det bedste ud af det', og den der dødsangst […], altså den nåede jeg aldrig rigtig ind til, hun var sådan en man sådan sku' liste sig ind på […], hun var ik' sådan en man lige ku' sige alting til, altså hende sku' man sådan, hun sku' ha' tillid til mig og jeg sku' sådan ligesom

> finde ud af helt, hvordan var hun i dag, kan jeg lige putte lidt mere viden på der […], men det er jo også spændende […], det er jo også en udfording og lære nogle sider, også at se nogle gevinster næste gang når de kommer, om noget af det man har snakket om, åh ja, det har de lige fået vendt ik', så, sådan er det jo man kan sidde med en masse viden, men man kan jo ik' altid putte lige meget viden ind i dem vel, for det kommer helt an på hvor de er […].” Praksissygeplejerske A1.

For sygeplejersken er fokus i hendes beskrivelse af sin tilgang til patienten ikke på den konkret type af sundhedsfaglig vejledning, som hun giver (som den eksempelvis er hos Praksissygeplejerske A2), men på hendes måde at tilnærme sig patienten på, og på den type af patientrelation der muliggør, at hun kan vejlede patienten. Citatet lader ane, at praksissygeplejersken ser det som en spændende udfordring at skabe kontakt til de patienter, der er svære at motivere, og søge at pejle sig ind på, hvor modtagelige og motiverede de er for vejledning lige præcis på de tidspunkter, hvor hun møder dem. Af interviewet fremgår, at dette ikke kun angår patienternes modtagelighed for råd fra praksissygeplejersken selv, men også deres modtagelighed og motivation for at deltage i rehabiliteringsforløb.

Af ovenstående fremgår, at selvom begge praksissygeplejersker positionerer sig som vejledere og støtte for patienterne i forhold til at hjælpe dem med at ændre livsstil og til at leve bedst muligt med deres sygdom, så gør de det på meget forskellige måder. Dette har videre betydning for, hvilke tiltag i det tværgående samspil de er opmærksomme på.

5.2.3. POSITIONERING SOM STØTTE- OG OMSORGSPERSON

I egenskab af støtte- og omsorgsperson for patienterne kan praksissygeplejerskerne i særlige situationer vælge at tage hånd om og hjælpe patienter, som de opfatter som særligt svage eller sårbare. Denne positionering optræder kun enkelte steder i feltmaterialet og da især i sammenhæng med praksissygeplejerskernes omtale af samspillet med hjemmeplejen. Det betyder, at hjemmeplejen og hjemmesygeplejerskerne samtidig lokaliseres på bestemte måder i det sociale rum for det tværgående samspil (Davies & Harré, 1990). En praksissygeplejerske (Praksissygeplejerske A2) beskriver eksempelvis, at hun foretrækker at ringe fremfor at skrive til hjemmeplejen, fordi det giver hende mulighed for at dele mere almene informationer om patientens humør og tilstand i tillæg til de mere konkrete og praktiske informationer, som er grunden til, at hun tager kontakt. Det kan f.eks. handle om at fortælle hjemmesygeplejerskerne, at patienten er ”er ked af det”, eller det kan omvendt handle om ”lige at høre”, hvordan hjemmesygeplejerskerne synes, at patienten har det. Praksissygeplejersken forklarer, at den direkte kommunikation giver mulighed

for at se ”mennesket som helhed” og ikke kun som eksempelvis et diabetisk fodsår. Praksissygeplejersken positionerer sig således som en omsorgsperson, der kerer sig om det ’hele menneske’, og samtidig positionerer hun også hjemmesygeplejerskerne som omsorgspersoner, der har interesse i at høre, at patienten er ked af det, og som man kan drøfte ’hele’ patienten med. Praksissygeplejerskens refleksive positionering som omsorgsperson og hendes interaktive positionering af hjemmesygeplejerskerne som omsorgspersoner giver altså her ifølge praksissygeplejersken mulighed for en delt social praksis, hvor man udveksler informationer og sammen drøfter patienten.

Den støttende og omsorgsmæssige positionering kommer imidlertid også til udtryk i beskrivelser af, hvordan praksissygeplejerskerne nogle gang må træde til og hjælpe særligt svage patienter i forhold til kommunen og de kommunale aktører. Her er altså ikke tale om positioneringer, som danner grundlag for en delt social praksis, men nærmere om, at praksissygeplejerskerne oplever, at de er nødt til at udfylde en position, som burde være blevet taget af andre i det tværgående samspil. En praksissygeplejerske beskriver eksempelvis, hvordan hun ofte oplever at måtte hjælpe ”gamle” ”autoritetstro” patienter med at få kontakt til kommunen, ”fordi hvor skal de gå hen og få det” (Praksissygeplejerske A1). Praksissygeplejersken stiller sig således som en omsorgsperson, der beskytter patienterne og hjælper dem i forhold til kommunen, der samtidig indirekte positioneres som et stort bureaukratisk system, der kan være vanskeligt at finde rundt i for ældre mennesker, selvom det burde være kommunen, der netop hjælper de ældre. Samme positioneringer mobiliseres også i praksissygeplejerskens fortælling om en ældre kvinde med diabetes, der pludselig mister sin mand:

> ”Praksissygeplejerske A1: […] Det for et par år siden XX blev alene, hun er amputeret på den ene ben, har sukkersyge, insulinkrævende, dårligt syn, ser faktisk ik', havde en mand som er jævnaldrende og som også har sukkersyge, han passede faktisk ik' sin sukkersyge, for han havde nok med at passe XX, så han kom faktisk aldrig til kontroller, men så blev han indlagt, blev pludselig dårlig og døde på intensiv og så ringede jeg til XX, og så kom hun jo selvfølgelig herop, og der ringede vi så på kommunen, fordi jeg syntes jo det var helt vildt synd for hende, og som XX sagde, ’jeg tør ik' gå i bad vel, fordi jeg kan jo dårligt nok se vel så skvatter jeg derude’ hvad så, og hun var vant til hendes mand ku' ta' tingene oppe i de øverste skabe når de lavede mad, så det ku' hun heller ik' sådan vel, der ringede vi så op på kommunen, fordi jeg sagde at det var så en sen eftermiddag, det var sådan nok to-tre stykker, så sagde jeg […], om ik' de ku' komme ud til XX, fordi sådan og sådan og sådan og fortalte historien […] og så siger den der, ’nej men det hører jo ik' under […] mig, det er visitatoren’, okay, så tænkte jeg, jamen så ringede jeg til visitatoren, jamen det ku' jeg så ik' vel, fordi hun havde kun telefontid mellem otte eller ni eller ni eller ti, så det ku' jeg jo heller ik', nå men så tænkte jeg jamen så ringer jeg tilbage til den hjemmesygeplejerske og

> sagde ’jamen ved du hvad, så er du altså nødt til at være tovholder på det her, så du er nødt til at gå ned, tage derned en tur og sætte din aftenvagt til at gå ned til XX i aften og sige i morgen der sku' du nok være tovholder på og så få en visitator ud og få set om der ligesom mere skal noget mere hjælp på […], hvor meget hun nu kan få bevilget og så må I også ta' op med det mad der, fordi at hun er jo afhængig af at hun får noget diabeteskost ik' også, når hun dårligt nok kan se selv’, […], men det holdte virkelig hårdt. […].
>
> Interviewer: Men det endte det med at blive så eller hva?
>
> Praksissygeplejerske A1: Ja hun lovede at hun […] sendte en derud og der havde også været en visitator, fordi så ringede jeg så, jeg spurgte til XX om jeg måtte ringe til hendes datter, og det gjorde jeg så og hun ville så tage hjem til hendes mor der og være om formiddagen, fordi vi håbede på der kom en visitator.”

I praksissygeplejerskens fortælling optræder hun som omsorgspersonen, der har empati med patienten, og som er opmærksom på hendes velbefindende. Det sker gennem beskrivelserne af, at praksissygeplejersken selv ringer til patienten, og at hun synes, at det ”var vildt synd for hende”. Ligeledes fortæller hun senere i interviewet, at hun ”bliver ked og frustreret over” den måde, som patienterne bliver behandlet på i hjemmeplejen. Hun begrunder sin indføling med patienterne med, at ”man får jo lidt sådan med de her patienter, det er ens egen”. Praksissygeplejersken oplever altså at have en form for ansvar for patienterne, der gør, at hun søger at støtte dem, når tingene falder fra hinanden. Af ovenstående fortælling fremgår videre, at praksissygeplejersken midlertidigt kommer til at fungere som en art tovholder eller koordinator for patienten: Hun sørger for, at hjemmeplejen kommer ud til patienten, hun sikrer, at hjemmeplejen tager kontakt til visitatoren, og hun kontakter patientens datter og får hende involveret i forløbet. Praksissygeplejersken bruger imidlertid ikke selv termen ’tovholder’, men da intervieweren på et tidspunkt spørger, om hun tit får ”sådan en tovholderfunktion” for nogle af patienterne, svarer hun: ”Ja, det synes jeg faktisk man gør”. Fortællingen vidner dog samtidig om, at positionen som tovholder kun er midlertidig. Praksissygeplejersken handler på baggrund af omsorg for patienten og samler det tov op, som er blevet tabt ved ægtefællens død, men det er vigtigt for hende at give tovet videre til hjemmeplejen jfr. hendes insisteren på, at hjemmesygeplejersken skal være ”tovholder”. Praksissygeplejersken positionerer sig altså ikke eksplicit som tovholder for patienten, men som en der undtagelsesvist – og ud fra omsorg for patienten – kan samle tovet op og sikre sig, at det bliver givet videre. Samtidig positioneres kommunen som et bureaukratisk rigidt system, hvor regler går forud for omsorgen for patienten, og de kommunale aktører som bureaukrater, som det kræver en god portion stædighed at trænge igennem til. Det fremgår, at den refleksive positionering af praksissygeplejersken og

den interaktive positioning af de kommunale aktører ikke er overensstemmende eller ligeværdige, som de var hos praksissygeplejerske A2. Praksissygeplejerske A1's positionering som støtte- og omsorgsperson for patienten sker som en art kompensation for kommunens og de kommunale aktørers manglende støtte og omsorg for patienten. Andet steds i interviewet giver praksissygeplejerske A1 da også mere eksplicit udtryk for, at hun synes, at omsorgen mangler i den kommunale hjemmepleje, hvor alt er blevet "tidsindstillet", og hvor opgaverne er blevet fordelt på så mange forskellige personalegrupper, at patienten på én dag kan få besøg af tre forskellige personer i stedet for, at "der kom én og varetog, og ha' den der omsorg og kender den der borger".

De to praksissygeplejerskers forskellige positioneringer som støtte- og omsorgspersoner i forhold til patienterne viser, hvordan de, på trods af at de mobiliserer den samme overordnede subjektpositionering (som trækker på mere overordnede stereotype forestillinger om relationen mellem sygeplejerske og patient), ender med at forfølge forskellige "story lines" (Davies & Harré, 1990, s. 10). I den ene fortælling bliver samspillet med kommunen fremstillet som ligeværdigt og gensidigt, fordi praksissygeplejersken og hjemmesygeplejerskerne så at sige positioneres på samme hold, hvor begge parter kerer sig om borgerne/patienterne ud fra et helhedsorienteret perspektiv. I den anden bliver praksissygeplejersken og aktørerne i hjemmesygeplejen modstandere og patienten en potentiel kastebold, fordi aktørerne positioneres ud fra to forskellige perspektiver på patienten, nemlig et omsorgsperspektiv og et bureaukratisk perspektiv. De to fortællinger er hermed med til at understrege Davies & Harrés pointe om, at selvom personer umiddelbart trækker på samme bestemte kulturelle stereotyper såsom sygeplejerske/patientrelationen, så er det vigtigt at huske, at de forstås forskelligt af forskellige aktører og bringes i spil på forskellige måder afhængigt af den specifikke sociale interaktion, en person indgår i (Ibid.) – og kunne man tilføje med Weick – afhængigt af de projekter, der for nærværende optager de enkelte aktører (Weick, 1995).

Afslutningsvis kan det nævnes, at karakteristisk for alle praksissygeplejerskerne i feltmaterialet er, at de i deres eksempler på både vejledning af – og støtte i forhold til – konkrete patienter demonstrerer et stort kendskab til patienterne i form af deres dagligdag og rutiner, deres familier og deres tidligere forsøg på at ændre livsstil. Det sker ikke som led i en interaktiv positionering, som det eksempelvis sker hos nogle af de praktiserende læger, når de positionerer sig som tovholdere for patienterne med kendskab til hele patientens liv og sygdomshistorie til forskel fra andre sundhedsprofessionelle aktører. Praksissygeplejerskerne positionerer sig med andre ord ikke eksplicit som sundhedsprofessionelle aktører med et særligt indgående kendskab til patienterne. De demonstrerer dette kendskab igennem deres øvrige positioneringer som vejledere og støtte- og omsorgspersoner for patienterne. Praksissygeplejerskens kendskab til patienterne får herved karakter af en rent faglig og omsorgsmæssig interesse i patienterne og deres baggrund, mens den hos de praktiserende læger også bruges i den interaktive positionering. Dette beror muligvis på, at de

praktiserende læger netop positionerer sig som tovholdere, og at de i det daglige i højere grad end praksissygeplejerskerne oplever at skulle koordinere og styre patienternes forløb på tværs af sektorer. Praksissygeplejerskerne positionerer sig derimod primært som vejledere for patienterne, hvor det indgående kendskab til patienterne hjælper dem i deres arbejde med at vejlede og motivere patienterne til at ændre livsstil og til at leve bedst muligt med deres sygdom. Flere af praksissygeplejerskerne beskriver da også, at de synes, at det spændende ved at arbejde i almen praksis er, at de har mulighed for at følger patienterne (og deres sygdomme) over tid, og at de ofte har lejlighed til at følge hele familier.

5.3. SUNDHEDSFREMME- OG FOREBYGGELSESKONSULENTERNES POSITIONERINGER

Når sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne på det kommunale sundhedscenter skal beskrive deres arbejde i forhold til gruppen af borgere med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes knytter de alle an til positioner, der er relateret direkte til arbejdet med borgerne, samt positioner som indirekte er relateret via bl.a. udviklings- og implementeringsarbejde internt i kommunen og på tværs af sektorer foruden diverse koordinations-, undervisnings- og sparringsfunktioner i forhold til andet (sundhedsfagligt) personale. Konsulenterne, der har en faglig baggrund som henholdsvis sygeplejerske, ergoterapeut og diætist, oplever således at have ”mange roller” (Konsulent A1). I forhold til gruppen af borgere, der er i fokus i denne afhandling, kan konsulenternes forskellige positioner samles under følgende tre overordnede subjektpositioner: 1) Vejleder og rådgiver for borgerne, 2) Underviser for borgerne og 3) Tidlig opsporing af borgere med eller med risiko for kronisk sygdom.

5.3.1. POSITIONERING SOM VEJLEDER OG RÅDGIVER

Konsulenterne fortæller, at deres arbejde først og fremmest er at hjælpe borgere med kronisk sygdom videre i forhold til de ”problemer” eller ”udfordringer”, som borgerne oplever i deres hverdag som følge af det at skulle leve med deres sygdom. Dette sker i form af ”en afklarende samtale” eller i form af en ”åben rådgivning”. Målet med den afklarende samtale er ifølge konsulenterne, at borgeren ”skal blive afklaret med, hvad er det egentlig der er i spil i hans liv” (Konsulent A1), og hvilke kommunale eller ikke-kommunale tilbud der eventuelt vil kunne hjælpe borgeren videre. Det handler om at finde ”ud af hvad er de rette tilbud i forhold til hvor de [borgerne] er både med deres sygdom men også i forhold til deres liv, altså hvor mange ting har de i spil” (Konsulent A1). I forhold de kommunale tilbud har kommunen mulighed for at tilbyde et diagnosespecifikt gruppeforløb til borgere med

KOL med gruppe- og dialogbaseret undervisning og træning. Borgere med type 2-diabetes har mulighed for at deltage i et gruppeforløb på tværs af diagnoser med dialogbaseret undervisning. Begge forløb har opfølgende møder nogle måneder efter endt forløb og tilbud om en individuel opfølgende samtale. Formålet med den opfølgende samtale er ifølge konsulenterne dels at "gøre lidt status" (Konsulent A4), dels at hjælpe borgerne til at se fremad med udgangspunkt i de udfordringer, som de oplever på tidspunktet for samtalen. Borgere med risiko for at udvikle diabetes kan deltage i et kortere gruppeforløb med dialogbaseret undervisning.

Borgerne har også mulighed for at få "en åben rådgivning", hvis de enten ikke ønsker at komme på et forløb, eller hvis de er på et forløb, og de selv eller underviseren skønner, at der er behov for supplerende vejledning i forhold til en mere konkret problemstilling, som "ikke er egnet […] til klasseundervisning" (Konsulent A2). En konsulent forklarer, at den åbne rådgivning ikke handler "så meget om at gå i dybden med 'hvordan har du det agtigt' […] men mere at komme skridtet videre og komme i gang med handling" (Konsulent A3). En anden konsulent beskriver, hvordan "det er meget præcise og meget jordnære spørgsmål" (Konsulent A2), som borgerne kommer med i den åbne rådgivning. Det kan eksempelvis være, hvordan man kommer i gang med træning, hvordan man økonomiserer med sine kræfter, eller hvordan man får god og enkel mad uden at få damp i køkkenet osv.

Konsulenternes vejledning tager udelukkende udgangspunkt i det, som borgerne selv vælger at fortælle. Dette beror bl.a. på, at det stort set altid er borgerne selv, der kontakter Sundhedscentret. Konsulenterne modtager altså ikke henvisninger fra andet sundhedspersonale, hvor der står anført, hvad de oplever er borgernes udfordringer, eller hvor der er angivet supplerende oplysninger om eksempelvis depressioner, medicin m.m. Det eneste, konsulenterne eventuelt modtager, er en såkaldt "Invitation til patienten", som lægen kan printe ud og give patienten med i hånden, hvor lægen for KOL-patienters vedkommende angiver borgerens lungefunktion – og for patienter med risiko for diabetes angiver langtidsblodsukker og eventuelt andre relevante værdier. Det er ikke et krav, at der foreligger en invitation for at komme til en afklarende samtale eller en åben rådgivning, og mange borgere henvender sig uden. En af konsulenterne fortæller, at denne måde at tilgå borgerne og vejledning af borgerne på er ideologisk baseret i Sundhedscentret:

> "Og der har Sundhedscenteret jo tidligere sådan i den sådan ideologiske fase lagt meget vægt på, at det her var et sted man ku' komme ind lige fra gaden af. Det her var et sted hvor man havde mulighed for at vende et frisk blad i sit liv, hvor man ik' sku' bringe noget med sig andet end det man havde lyst til at bringe med sig, man heller ik' sku' bringe noget videre til nogen, der var ik' nogen der fulgte op på er det nu gået som du gerne ville det sku' gå men at det ligesom var en () på en eller anden vis et fristed. Så jeg tror også at det er levn fra det af, for jeg kan se at der begynder at blive gjort op med den tænkning. Vi bliver mere til og give

> informationer videre til gavn for borgeren, men det er noget vi også som fagpersoner skal få ind under huden og komme til at ku' se værdien af og så er det også noget vi ska' finde ud af rent tidsmæssigt, hvordan skal det håndteres […].” Konsulent A3.

Citatet viser, at måden, hvorpå konsulenterne positionerer sig som vejledere og rådgivere for borgerne, er under forandring fra en tidligere stærk ideologisk position til en ny mere usikker position, som både forstås ideologisk/værdimæssigt, men også praktisk. Flere af konsulenterne omtaler således en vis uafklarethed eller usikkerhed i forhold til, hvordan de skal balancere fordele og ulemper i forholdet til den mere ideologisk baserede sundhedsfremmende tilgang til borgerne, hvor der udveksles meget lidt information med andet sundhedsfagligt personale om borgerne. På den ene side ser konsulenterne en værdi i, at borgerne selv vælger, hvad de bringer med sig til og fra Sundhedscentret, og at de overhovedet selv er ansvarlige for at kontakte Sundhedscentret. Det betyder bl.a., at konsulenterne møder borgerne uden “nogen forforståelse”, og at de “har frie hænder til at lytte på, hvad det er, borgeren siger […], og det er borgerens ønsker og behov, som træder frem” (Konsulent A2). At borgeren får en “invitation” og ikke en henvisning, betyder endvidere, at “borgeren selv tager et aktivt valg i om de vil dukke op” (Konsulent A1) og er motiveret. En konsulent forklarer tankegangen bag invitationen på følgende vis:

> “[E]n invitation det er fordi at når man arbejder sundhedsfremmende så skal motivationen også gerne være der, og en invitation så kan man jo sige ja tak til den invitation eller man kan sige nej tak. En henvisning er mere så skal man gå derhen agtig [mm] og en henvisning peger også mere i retning af et bestemt tilbud. Det vi gerne vil, det er at når borgeren får den seddel at de så tænker har jeg lyst til at gå hen med det her, eller […] tænker jeg bare skråt op med den, og så kan de smide den væk, hvis de ikke synes det er det de vil. […] det er en del af vores tænkning her i Sundhedscentret, det er at man skal ville det, fordi ellers så bliver det heller aldrig et godt kursus () det betyder rigtig meget for os.” Konsulent A1.

Citatet illustrerer, hvordan konsulenten positionerer sig eksplicit i forhold til en sundhedsfremme diskurs. Denne diskurs kobles dels med, at borgerne selv skal være motiveret for – og vise initiativ til – at tage imod et tilbud. Dels kobles diskursen med, at Sundhedscentrets tilbud til borgeren skal målrettes den enkeltes ønsker og behov, hvorfor andre sundhedsaktører ikke kan henvise til et specifikt tilbud.

Uklarheden i, hvordan konsulenterne skal balancere fordele og ulemper i forhold til den på Sundhedscentret definerede sundhedsfremmende ideologi, fremgår på den

anden side af, at flere af konsulenterne udtrykker erfaring med, at borgerne ikke nødvendigvis selv får formuleret, hvad der er ”i spil” eller selv får taget kontakt, selvom de kunne have gavn af et tilbud. Konsulent A1 peger således på, at der kan være “stor forskel på de borgere, der kommer, hvor meget er det de selv bringer i spil […], hvor godt klar over er de, hvad er det de har behov for”. Konsulenten oplever derfor, at der kan være behov for, at de bliver bedre “klædt på i forhold til hvem er det egentlig [de] står med”. Uafklaretheden i forhold til den ideologiske positionering til borgerne og indirekte til samarbejdsparterne fremgår også af, at samme konsulent, som ud fra en “sundhedsfremme” position taler for, at borgerne skal komme på eget initiativ, andetsteds omtaler fordelen af, at konsulenterne tager kontakt til borgerne, fordi “ som mennesker så får vi jo ikke ringet til dem, der måske kan give os […] en håndsrækning, så det er bedre ,at jeg får et telefonnummer og ringer dem op”.

Den sundhedsfremmende tilgang til borgerne, hvor konsulenterne ikke modtager henvisninger, har også en faglige betydning for den type af vejledning, som de kan tilbyde borgerne. Det betyder nemlig, at konsulenterne ikke kan behandle borgerne med baggrund i deres sundhedsfaglige ekspertise som eksempelvis diætist. De kan alene bruge deres faglighed i forbindelse med vejledning med udgangspunkt i borgernes hverdagsliv, og det som borgerne fortæller. En konsulent forklarer forskellen på følgende vis:

> “[M]en det sætter nogle begrænsninger i min vejledning fordi, siger de at de har et forhøjet kolesterol, jamen det ved jeg jo ik', så […] jeg kan jo ikke lave diætetisk arbejde på den facon som jeg kan, hvis jeg ved hvad deres tal er [mm] altså jeg kan handle på hverdagslivet og på hvordan man kan organisere de her ting og hvad det er de gerne vil gøre, jeg kan bakke dem op i det osv. Så på den led der har det en betydning for mit arbejde, at jeg ik' nødvendigvis ved hvad det her det handler om.” Konsulent A2.

Konsulenten markerer en faglig tilknytning til en behandlermæssig position og en biomedicinske diskurs igennem omtalen af ikke at kunne lave en bestemt type ”diætetisk arbejde”, fordi patientens ”tal” ikke er kendte. Denne position er imidlertid ikke forenelig med den sundhedsfremmende ideologi på Sundhedscentret. Konsulenten oplever dog ikke, at vejledning bliver dårligere, men “det bliver bare noget andet [mm], den er langt mere en sundhedspædagogisk indsats”. Det fremgår videre, at det på den ene side står meget klart for konsulenten, at man pr. definition ikke tilbyder behandling på Sundhedscentret, men at det på den anden side i praksis kan være svært præcist at skelne mellem, hvad der er behandling, og hvad der er sundhedsfremme:

> "[H]vornår er vi behandlere og hvornår er det sundhedsfremme ik' også, og kan man overhovedet skille dem ad? Og det er måske egentlig dybest set det her der er dilemmaet ik' også og har lægen en forventning om at vi kan gøre mere end det vi reelt kan gøre? Altså det er den tanke jeg kan ha' som jeg nogen gange kan synes er lidt svær ik' også. Har de forventet at jeg har givet en instruktion ind i en eller anden ting, […] og det kan vi jo ik' gøre, vi kan ik' handle når vi ik' ved det mere præcist […]." Konsulent A2.

Citatet illustrerer, at den lidt usikre positionering, mellem hvornår konsulentens vejledning tenderer behandling, og hvornår det er sundhedsfremme, først og fremmest synes at være grundet i konsulentens faglighed, som i sig selv gør det svært at adskille de to. Men citatet antyder også, at usikkerheden er forbundet med en usikkerhed angående, hvad de praktiserende læger, der sender patienter til Sundhedscentret, forventer. Med andre ord bliver positioneringen som vejleder for borgerne ud fra en sundhedsfremme ideologi, der i sig selv qua konsulentens faglighed kan synes vanskelig og usikker, endnu mere ustabil i mødet med de forventninger, som konsulenten imødeser eller endog oplever fra de praktiserende læger. Det, at konsulenten inddrager og reflekterer over, hvordan hendes måde at arbejde med borgerne på er afstemt med de praktiserende lægers forventninger, vidner om, at lægerne er vigtige aktører, der er med til at bekræfte konsulentens forestilling om sin egen og andres plads i sundhedsvæsenet (Davies & Harré, 1995; Weick, 1995). Weick et al. skriver netop: "Who we are lies importantly in the hands of others, which means our categories for senesmaking lie in their hands." (Weick et al., 2005, s. 416). De praktiserende læger fungerer således som "generalized others", hvis forestillede nærvær påvirker konsulentens forsøg på at skabe mening med sin faglige positionering, ligeså vel som konsulentens sociale relationer og sociale netværk på Sundhedscentret gør det (Mead, 1934, s. 155; Weick, 1995). Konsulentens overvejelser og forsøg på at skabe mening med sin faglige tilgang til – og positionering over for – borgerne er hermed også en måde, hvorpå konsulenten i samtalen med intervieweren gør bestemte relationer relevante og meningsfulde (Davides & Harré, 1990).

Værdier, som konsulenterne knytter til den sundhedsfremmende position som vejledere for borgerne, er, at der er "motivation" (Konsulent A1) og at borgerne "skal ville det" (Konsulent A1). Andre værdier er, at der er en "nem adgang" (Konsulent A2), at tilbuddene er "så borgerrettet som overhovedet muligt" (Konsulent A2), at man er "fleksibel" både i forhold til, hvem man kan give et tilbud, og i forhold til de enkelte tilbuds sammensætning, så de skaber "en helhed for borgerne" (Konsulent A2). Dette indebærer ifølge konsulenterne også, at borgerne altid er velkommen til at kontakte dem igen, hvis de på ny oplever vanskeligheder, eller hvis de har brug for gentagelser af, "hvad var det lige, du sagde" (Konsulent A2).

5.3.2. POSITIONERING SOM UNDERVISER

En position, som kobler sig tæt til positionen som vejleder og rådgiver for borgerne, er positionen som underviser for borgerne. Som tidligere nævnt tilbyder Sundhedscentret et diagnosespecifikt gruppeforløb til borgere med KOL og et gruppeforløb på tværs af diagnoser, hvor borgere med type 2-diabetes kan deltage. Endvidere tilbyder kommunen et lidt kortere kursusforløb for borgere, der er i risiko for at udvikle type 2-diabetes. Som undervisere kan konsulenterne have to forskellige typer af positioner. For det første kan de være "holdlederen" for et forløb, hvilket vil sige, at de er den gennemgående underviser på et forløb og den overordnet ansvarlige for forløbets administration og afvikling – herunder ansvarlig for information om forløbet til samarbejdspartnere og borgerne, tilrettelægge undervisningen, indkalde borgerne m.m. Ofte, men ikke altid, vil holdlederen også være den af konsulenterne, der er blevet udpeget til at være "overordnet ansvarlig" (Konsulent A3) for et af kronikerområderne. At være overordnet ansvarlig for et kronikerområde indebærer, at konsulenten søger at holde sig fagligt opdateret på området såvel som opdateret om, hvad der er er af tilbud til målgruppen i nærområdet. Det vil derfor i reglen være den overordnet ansvarlige for et område, som tager de afklarende samtaler med borgerne, da denne har den største faglige viden om et område og om de kommunale og ikke-kommunale tilbud, der er i relation hertil. Foruden at være holdleder kan konsulenterne også være "gæsteundervisere" (Konsulent A3) på et forløb, idet konsulenterne med udgangspunkt i deres fagprofessionelle baggrund eller med udgangspunkt i en anden særlig faglig kompetence gæster et hold og sætter fokus på et bestemt område. Det kan eksempelvis være bevægelse, energibesparende principper eller kost. Positionen som underviser indebærer, at konsulenten formidler faglig relevant viden til borgerne om deres muligheder for at forebygge udvikling af kronisk sygdom i tilfældet med prediabetes, udviklingen af følgesygdomme til type 2-diabetes eller forværring af KOL. I de såkaldte 'mestringsforløb', som KOL og type 2-diabetes er en del af, underviser konsulenterne ofte sammen med en erfaren patient, som bidrager med sine fortællinger om, hvordan det er at leve med kronisk sygdom, mens konsulenten står for de faglige input. Endvidere søger konsulenterne at give borgerne en række mestringsredskaber til at foretage livsstilsændringer og til at kunne håndtere de udfordringer, som borgerne oplever i forhold til det at skulle leve med kronisk sygdom i hverdagen. En konsulent beskriver mestringsforløbet på følgende måde:

> "I et mestringsforløb der ligger der det, at man kan ha' nogen udfordringer i sin hverdag som man gerne vil kunne håndtere på en anden måde, så det handler om at kunne håndtere det man gerne vil i sin hverdag, det handler om at kunne både ha' en tro på at man kan og det handler også om og ha' redskaberne til at kunne, og det handler om at ha' en forståelse for hvorfor er det hensigtsmæssigt for mig og arbejde med det her […]." Konsulent A3.

Konsulenterne har som sagt forskellige fagprofessionelle baggrunde, som de trækker på som undervisere og vejledere for borgerne bl.a. en sygeplejefaglig baggrund, en baggrund som ergoterapeut og som klinisk diætist. Alle konsulenterne er endvidere uddannet i den sundhedspædagogiske metode 'læring og mestring', som hovedparten af forløbene til borgere med kroniske sygdomme er tilrettelagt efter. Endelig har alle konsulenterne mangeårige erfaringer med sundhedsfremmende og forebyggende arbejde forud for deres ansættelse i Sundhedscentret, ligesom de til sammen har en bred vifte af andre uddannelser herunder bl.a. uddannelse i mindfulness, kognitiv terapi i forhold til smertehåndtering samt masteruddannelser i sundhedsantropologi og sundhedspædagogik. Konsulenterne positionerer sig ofte bevidst i forhold til disse faglige baggrunde, når de omtaler deres arbejde i forhold til borgerne, ligesom de også til dels trækker på dem i deres måde at positionere sig på i forhold til det tværgående samspil.

5.3.3. POSITIONERING I FORHOLD TIL TIDLIG OPSPORING

En sidste position, som konsulenterne forholder sig til i deres arbejde med borgere, der har – eller har risiko for – kronisk sygdom, er tidlig opsporing. Tidlig opsporing sker bl.a. ved, at konsulenterne tilbyder borgere med risiko for KOL en lungefunktionsmåling på International KOL-dag, ligesom borgere med risiko for type 2-diabetes tilbydes måling af deres blodsukker på Verdens Diabetes Dag. Den ansvarlige konsulent for KOL-området arrangerer og afholder International KOL-dag i samarbejde med den lokale KOL-forening og med personalet fra det nærliggende hospitals lungemedicinske ambulatorium, herunder læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, mens den ansvarlige konsulent for diabetesområdet afvikler Verdens Diabetes Dag i samarbejde med den lokale diabetesforening. I begge tilfælde omtaler konsulenterne, at man laver opsøgende arbejde ude i byen f.eks. på det lokale bibliotek, i Bilka, ved et apotek eller en brugs i et af kommunens yderområder. Borgerne bliver ikke diagnosticerede ved disse lejligheder. De bliver derimod bedt om at henvende sig til deres praktiserende læge med henblik på yderligere udredning og eventuel diagnosticering i forbindelse med fund af eksempelvis forhøjede blodsukkerværdier eller nedsat lungefunktion. Konsulenterne positionerer sig imidlertid meget forskelligt i forhold til den opsøgende funktion. En konsulent er meget positiv i forhold til, at man opsporer borgere, der har nogle "skæve værdier, der kunne tyde på KOL" og fortæller, at de involverede aktører "nyder" sådanne dage. Noget af det særligt positive for konsulenten er, at det opsporende arbejde i form af International KOL-dag for konsulenten repræsenterer et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor borgeren kommer i centrum i kraft af, at nogle af de gængse henvisningsveje og magtrelationer i sundhedsvæsenet midlertidlig er vendt på hovedet:

> "[V]i står sammen hospital og kommune med et tilbud der hedder tidlig opsporing på KOL-området og det er jo, altså hvis man tænkte på det ti år tilbage så vil det jo ikke have været eksisterende [mm] og så tænker vi jo almen praksis ind, dvs. der sidder en overlæge fra lungemedicinsk afdeling og kan sige 'der er tegn på' og det ser sådan og sådan ud og give borgeren svar på det, og sender dem til egen læge med den besked, det synes jeg også da er fantastisk. […] der er ingen, der stiller spørgsmålstegn ved, om det er det rigtige at en overlæge fra lungemedicinsk afdeling skal sende borgeren den vej, altså det sker bare, og det det synes jeg egentlig det er tegn på at man har respekt også for hinandens områder, […] jeg synes det er fedt, når det ikke kun er læger, der skal henvise ud til os, men vi også kan henvise den anden vej ind igen […]." Konsulent A1.

For konsulenten synes det opsporende arbejde altså ikke kun at være positivt qua mødet med borgerne og det forebyggende element, men også fordi det repræsenterer en særlig respekt og gensidighed i de interprofessionelle og tværgående relationer, der tillader den kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent at positionere sig som en ligeværdig aktør i forhold til bl.a. de praktiserende læger. En anden konsulent oplever imidlertid det opsøgende arbejde helt anderledes – nemlig som "et voldsomt overgreb" – ligesom konsulenten selv føler sig "skidt tilpas ved at stå i et indkøbscenter og kontakte folk på den måde". Konsulenten forklarer videre:

> "Jeg hader selv at blive kontaktet når jeg er ude og handle. Når jeg tager ud for at handle så er det fordi jeg vil ud og handle, så er det ik' fordi jeg vil tale med andre folk om sygdom [mm] men jeg ved godt man skal gøre opmærksom på det her på mange forskellige fronter, og det her er én af dem og er rigtig for nogen, jeg synes bare generelt ik' det er noget vi får noget som helst ud af." Konsulent A3.

Samme konsulent nævner andetsteds, at man på Sundhedscentret virkelig skal have noget at byde ind med, hvis man vil forstyrre borgerne i deres liv og tilføjer: "Det skal virkelig gi' mening for dem." Selv oplever konsulenten ikke, at det giver mening at tale om sygdom i forbindelse med en indkøbstur, og derfor giver det heller ikke mening for konsulenten at forstyrre borgerne på den måde. Adspurgt om hvorfor man så vælger at gøre det, forklarer konsulenten, at der dels kan være kolleger, der oplever, at man får noget ud af det, dels at det opsporende arbejde uden for Sundhedscentret også handler om at gøre opmærksom på Sundhedscentrets eksistens samt om at skabe en god samarbejdsrelation til de lokale frivillige foreninger, som arbejder med KOL og diabetes.

Konsulenternes forskellige måder at positionere sig på i forhold til det opsøgende arbejde illustrerer, hvordan aktørers meningsskabelse er tæt forbundet med en fortolkning af deres identitet, og hvordan man kan indtage forskellige positioner i relation hertil (Weick, 1995; Weick et al. 2005). Hvor den ene konsulent i høj grad synes at relatere sig til et individniveau, der handler om, hvem er jeg, og hvordan forholder jeg mig til forstyrrelser i min hverdag, så relaterer den anden konsulent sig mere til et kollektivt niveau, der handler om Sundhedscentret som organisation, og om hvordan forskellige sundhedsaktører relaterer sig til hinanden i forbindelse med det opsporende arbejde.

5.4. SYGEPLEJERSKER I HJEMMEPLEJENS POSITIONERINGER

Når sygeplejerskerne i den kommunale hjemmepleje beskriver deres position i forhold til borgere med KOL og type 2-diabetes, omtaler de alle positioner relateret til det at være sygeplejer for borgerne. Det fremgår videre, at denne position dels kan udmønte sig i 1) En praktisk instrumentel klinisk sygeplejemæssig position, der handler om den konkrete pleje af borgerne i relation til deres sygdom og 2) En støttende og vejledende position, der handler om på forskellig vis at støtte borgerne i deres hverdagsliv med de kroniske sygdomme.

5.4.1. POSITIONERING SOM KLINISK SYGEPLEJER FOR BORGERNE

For de udekørende hjemmesygeplejersker indebærer den kliniske sygeplejemæssige position i forhold til borgere med KOL og type 2-diabetes overvejende to elementer. For det første kører sygeplejerskerne ud og doserer medicin til borgerne. Medicindosering tager en del af sygeplejerskernes tid, og de er derfor blevet pålagt af kommunen at prøve at få borgere med stabile medicindoseringer over på dosispakkemedicin.[26] Målet er ifølge sygeplejerskerne at frigive mere tid til nogle af de mere komplekse problemstillinger, der bl.a. følger af, at flere borgere udskrives tidligere fra sygehuset. Dette er i tråd med, at flere af sygeplejerskerne beskriver, hvordan arbejdsopgaver relateret til stabile sygeplejeforløb søges uddelegeret til sosu-assistenterne. Sygeplejerskerne orienterer sig altså mod en kommunal diskursiv praksis omkring nødvendige effektiviseringer i det nære sundhedsvæsen gennem minimering af opgaver relateret til stabil sygepleje i deres refleksive positioneringer af deres kliniske sygeplejefaglige arbejde. Det sker gennem deres kobling af den

[26] Ved dosispakkemedicin pakker apoteket medicinen til borgerne for 14 dage ad gangen. Det sker på recept fra den praktiserende læge.

instrumentelle og håndværksmæssige side af den kliniske sygplejefaglige position med de mere komplicerede problemstillinger og sygeplejeforløb.

Af feltmaterialet fremgår videre, at sygeplejerskerne oplever positionen som ansvarlig for borgernes medicindoseringer som et meget stort ansvar, der er forbundet med et "kæmpe arbejde" (Hjemmesygeplejerske 1, fokusgruppe). Det gælder især ved borgere, der har hyppige indlæggelser, eller borgere hvor flere afdelinger er involveret i behandlingen. Ofte er det her sygeplejerskerne, der bliver ansvarlige for at holde borgernes medicinlister opdaterede, fordi de doserer medicinen. Desuden bliver sygeplejerskerne ansvarlige for de opdaterede medicinlister, fordi de ved udskrivning af en borger fra sygehuset ofte modtager et udskrivningsnotatet med ændringer i borgerens medicin nogen tid før, den praktiserende læge modtager en epikrise fra sygehuset. I praksis betyder det, at det ofte er de praktiserende læger, der må bede hjemmesygeplejerskerne om en opdateret medicinliste fremfor den anden vej rundt. Flere af sygeplejerskerne oplever således, at det ofte er dem, der ender med at få ansvaret for at prøve at samle trådene og få koordineret, hvilken medicin borgerne skal have. En sygeplejerske beskriver den koordinerende opgave i forhold til medicinen på følgende vis:

> "[M]en der står man faktisk med en kæmpe rolle, og man kommer til at stå midt i alt det der, hvor man er den der skal koordinere det hele, ikke også, altså hvor jeg bare tænker, jamen, det er ikke os der ordinerer det, men man kommer til at stå midt i det på en eller anden måde." Hjemmesygeplejerske A1.

Sygeplejersken oplever det at være koordinator i forhold til borgernes medicin som "en kæmpe rolle", der egentlig ikke burde være hendes, men derimod lægernes, eftersom de ordinerer medicinen. Hjemmesygeplejerskerne bliver altså indirekte ansvarlige for et område, som de ikke mener er deres, fordi de i praksis agerer bindeled mellem almen praksis og sygehus. Sygeplejerskens udsagn kan i forlængelse heraf ses som et forsøg på at gøre modstand mod – og afvise den positionering – som hun oplever at blive sat i af nogle praktiske omstændigheder omkring udskrivning af patienter fra sygehuset (Davies & Harré, 1990). Man kan imidlertid også se sygeplejerskens udsagn som en måde, hvorpå hun gør modstand mod den klassiske forestilling om magtrelationen mellem lægen og sygeplejersken. Ifølge denne forestilling formodes lægen at have overblik over patientens situation og lægen er den, der "koordinerer det hele" (jfr. de praktiserende lægers egne positioneringer som tovholder for patienterne). Når sygeplejersken positionerer sig som den, der "koordinerer det hele" og bringer et begrebsmæssigt repertoire i spil, som primært hører til diskursen om den praktiserende læge som tovholder for patienterne, lokaliserer hun sig inden for en moralsk og statusmæssig rettighedsstruktur, som normalt er gældende for de praktiserende læger (Ibid). Sygeplejerskens positionering i forhold til patienten kan på den måde både betragtes som en art

forhandling af nogle bestemte arbejdsmæssige rettigheder samt af nogle moralske- og statusmæssige rettigheder, som følger med dette arbejde.

Foruden medicindosering indebærer den mere instrumentelle og håndværksmæssige side af den kliniske sygeplejemæssige positionering behandling af diabetiske fodsår, måling af blodsukkerprofiler ved eksempelvis opstart af insulin, hjælp til opstart af insulininjektioner samt daglige insulininjektioner til komplicerede diabetespatienter eller til diabetespatienter, der af forskellige årsager ikke kan injicere sig selv. Som nævnt søger sygeplejerskerne at uddelegere stabile sygeplejeopgaver til hjælpere eller assistenter i hjemmeplejen. Hjemmesygeplejerskerne har dog altid det overordnede ansvar for plejeforløbet, og de skal derfor også sikre sig, at assistenterne eller hjælperne giver besked videre til dem, hvis der sker væsentlige ændringer i en borgers tilstand. Ved borgere med KOL vil sygeplejerskerne ofte ikke komme i borgernes hjem andet end ved eventuel medicindosering. Til gengæld har disse borgere ofte besøg af hjemmehjælpere, der hjælper dem i tøjet, i bad osv., og det vil derfor ofte være hjemmehjælperne, der opdager, at en borger begynder at have en mere besværet vejrtrækning end normalt, ligesom det også kan være en hjælper, der opdager et begyndende diabetisk fodsår. Flere af sygeplejerskerne påpeger derfor også vigtigheden af samarbejdet med hjemmehjælperne og sosu-assistenterne, der dagligt kommer i borgernes hjem samt værdien af, at de er kompetente til at reagere på observationer "før tingene vælter" (Hjemmesygeplejerske A2). I forlængelse heraf beskriver flere af sygeplejerskerne, at et vigtigt aspekt af den kliniske sygeplejemæssige position er at være opmærksom på eventuelle tegn på forværring af borgernes sygdomme, så man kan gribe tidligt ind. En hjemmesygeplejerske fortæller:

> "Altså vi er jo primær-sygeplejersker, […] så tænker man, altså vi er de første mange gange. Hvis vi har borgerne inde i hjemmet i forvejen, så er det tit os, der oplever de første tegn på, at f.eks. med hensyn til KOL, at vejrtrækningen bliver dårligere ikke også, og det er måske feberen og der er måske noget lungebetændelse undervejs. Så det er os der, hvis vi er i hjemmet i forvejen, så er det tit os, der finder de første tegn på, at her sker en udvikling i sygdommen." Hjemmesygeplejerske A1.

Af feltmaterialet fremgår, at sygeplejerskerne i deres arbejde er optaget af at forebygge udvikling af borgernes sygdomme samt eventuelle senkomplikationer til sygdommene. Dette søger de først og fremmest at gøre ved at støtte og vejlede borgerne i at yde egenomsorg, men dernæst også ved at være de opmærksomme observatører, der opdager begyndende tegn på udvikling af sygdommene hos de borgere, der ikke selv er opmærksomme på relevante tegn. Observationerne handler ikke kun om fysiske målbare ting såsom blodsukkerværdier, sår eller øget temperatur, men også om observationer i borgernes hjem. De fysisk målbare ting er således bare ét blandt flere opmærksomhedspunkter for sygeplejerskerne. To ud af de tre

interviewede sygeplejersker påpeger, at de oplever, at det særligt værdifulde og spændende i deres arbejde er, at de møder borgerne i deres hjem og hermed får et mere nuanceret helhedsindtryk af borgerne. Hjemmesygeplejerske A2 forklarer det på følgende vis:

> "Altså jeg synes, det er rigtig rigtig dejligt at komme ud og se, møde borgere, der hvor de bor. […] man får et helhedsindtryk af det enkelte menneske fremfor inde på sygehuset, der bliver alle sådan lidt neutrale i det, når de kommer i det tøj derinde, altså. Man kan danne sig et helhedsindtryk, altså. Så der kommer mange flere nuancer på […]. Fordi mange ting tror man måske kan lade sig gøre på sygehusene, men det kan bare ik' lade sig gøre ude i det virkelig liv, hvis man kan sige. Så man ser mere folk der hvor de er og hvor de bor. Og kan måske også forstå mange bedre, nogle ting bedre i hvert fald. […] jeg synes det er en dejlig måde at bruge sin sygepleje på, fordi jeg synes, jeg kan bruge hele paletten herude, altså. Det helhedssyn. Jeg synes det, det er det hele menneske, jeg ser, når jeg er herude […]. Det var egentlig også årsagen til, at jeg valgt at komme ud af sygehuset, det var, at jeg var ved at blive kvalt i det [mm]. Jeg trængte simpelthen til at komme ud, hvor man ligesom kunne se det enkelte menneske […]." Hjemmesygeplejerske A2.

Der antydes en skelnen mellem en mere reduktionistisk og specialiseret faglighed og tilgang til borgerne på sygehuset og så en mere helhedsorienteret og bred faglighed og tilgang til borgerne i hjemmeplejen. I tråd hermed positionerer flere af hjemmesygeplejerskerne sig fagligt som generalister, der netop finder det spændende at arbejde med en bred viden, hvor man "står i mange mange forskellige sygdomme og mange forskellige problematikker" (Hjemmesygeplejerske A1). Ydermere fremgår, at flere af sygeplejerskerne gennem deres mangeårige erfaring i hjemmeplejen betragter sig som havende en større erfaring med en række problemstillinger end eksempelvis deres sygeplejefaglige kolleger i almen praksis.

Ved observationer af ændringer eller tegn på udvikling af borgernes tilstand vil sygeplejerskerne ofte tage kontakt til egen læge med henblik på at aftale et eventuelt behandlingsforløb – eksempelvis ved en begyndende lungebetændelse, justering af insulinen osv. Når sygeplejerskerne i feltmaterialet relaterer sig til den praktiserende læge, positionerer de sig netop ofte som observatører af borgerne i deres hjem. For sygeplejerskerne indebærer det som ovenfor antydet en sygeplejefaglig kvalificeret sanselighed og opmærksomhed rettet mod borgernes tilstand og hele situation, som i sidste ende gør det muligt for lægen at "lave den rette vurdering og den rette behandling" (Hjemmesygeplejerske A2). Én sygeplejerske omtaler således sig selv som lægens "ører og øjne" (Hjemmesygeplejerske A2), idet hun samtidig understreger, hvor vigtigt det er, at hun er fagligt klædt på til at vide, hvad hun skal reagere på. Sygeplejersken positionerer sig med andre ord metaforisk som en del af

lægen, hvorved hun samtidig indirekte betoner et nært afhængighedsforhold mellem de to. Metaforer såsom at være lægens ører, øjne eller forlængede arm er termer, som også nogle af de praktiserende læger i feltmaterialet benytter sig af, ligesom de også nævnes i andre studier af relationen mellem læger og sygeplejersker (se f.eks. Karlsson et al., 2006). De er med andre or del af en traditionel forståelse af – og diskursiv praksis for – læge/sygeplejerske relationen, som ikke udfordrer gængse magtrelationer. En anden sygeplejerske beskriver (Hjemmesygeplejerske A3), hvordan det er "vigtigt vi kan beskrive de ting vi ser og hører lugter ja bruge vores sanser", så lægerne får "nogle specifikke ting" at handle på. Samme sygeplejerske forklarer, at lægen og sygeplejersken har forskellige, men supplerende tilgange til borgerne: Lægerne er "uddannet til at behandle folk", mens sygeplejerskerne "er uddannet til at pleje folk". For sygeplejersken er det netop det, at man har forskellige "indgangsvinkler" til borgerne, og det at man ser det "forskelligt som fagpersoner", der betyder, at man kan komme længst muligt med borgerne.

Under kommunens hjemmepleje er også en kommunal sygeplejeklinik med to specialuddannede sårsygeplejersker samt en sygeplejerske med en diplomuddannelse inden for type 2-diabetes. I modsætning til de kommunale hjemmesygeplejersker positionerer disse sygeplejersker sig som specialister med tydelige faglige skel mellem hinanden såvel som i forhold til eksempelvis de øvrige hjemmesygeplejersker eller praksissygeplejerskerne. En af sårsygeplejerskerne beskriver den interne faglige arbejdsfordeling på følgende vis:

> "[H]vis nu at vi har en af de her sårpatienter inde og de har nogle spørgsmål vedrørende deres medicin eller vedrørende (rømmer sig) deres insulin eller noget andet kost eller et eller andet, det føler jeg mig slet ik' kompetent til at gå ind i, men det kan x [navn på anden sygeplejerske] jo gøre [mm] så derfor så siger vi, er du ik' interesseret i at snakke med x og så ved hun jo hvornår skal hun sende dem videre til egen læge eller en anden eller en anden igen ik' også, nej det går vi ik' ind i, fordi det har vi ik' forudsætninger for." Sårsygeplejerske.

Den fagligt mere specialiserede positionering i forhold til de kommunale hjemmesygeplejersker fremgår også af, at den interviewede sårsygeplejerske positionerer sig som behandler i modsætning til de øvrige hjemmesygeplejersker, der mere synes at fremdrage nogle praktiske og mere instrumentelle sider af den sygeplejefaglige kunnen som en del af deres arbejde. Foruden behandling af sår taler sygeplejersken således også om at lave "en udredning på såret" og om at lægge en "behandlingsplan" for borgeren, mens hjemmesygeplejerskerne lægger "handleplaner" for borgerne.

5.4.2. POSITIONERING SOM VEJLEDER OG STØTTE

I tillæg til den mere instrumentelle og praktiske side af den kliniske sygepleje beskriver alle de interviewede hjemmesygeplejersker, at deres arbejde er at vejlede og støtte borgerne i at leve med deres sygdom. Der kan i den forbindelse udledes tre forskellige positioner af feltmaterialet.

For det første beskriver de kommunale hjemmesygeplejersker, at de søger at informere og rådgive – både nydiagnosticerede borgere med KOL og type 2-diabetes og borgere, der har levet længere tid med deres sygdom – om deres sygdom og om mestring heraf. Dette kan inkludere både mere praktisk håndgribelig rådgivning i brug af nye inhalationsapparater og støtte til korrekte inhalationsteknikker hos eksempelvis nyudskrevne borgere med KOL. Eller det kan være at lære borgere med diabetes at administrere deres insulin og injicere sig selv. Sygeplejerskerne søger også at støtte borgerne i "mestringstrategier" i forhold til, hvordan de håndterer deres sygdom i hverdagen, f.eks. hvad de skal gøre, når blodsukkeret bliver for højt eller for lavt, eller hvad de kan gøre, hvis de får lufthunger. Endvidere fortæller sygeplejerskerne, at de søger at give borgerne "læring" omkring kost og motion, således at de undgår, at sygdommen udvikler sig, og så de kan leve bedst muligt med deres sygdom. I forhold til KOL handler det bl.a. om, hvordan borgerne skal være opmærksomme på, at deres vægt ikke bliver for lav, og hvordan de kan få noget kalorieholdigt mad, samt hvordan de kan søge at styrke deres lungemuskulatur. For borgere med diabetes handler det bl.a. om at give borgerne en forståelse af, hvordan deres blodsukkerværdier hænger sammen med, hvad de har spist, og hvor meget de bevæger sig. En hjemmesygeplejerske beskriver det på følgende vis:

> "Altså nu har jeg en i XX (sted) […].Han måler hans blodsukker selv 2 gange i ugen. Dem kigger vi på og snakker lidt omkring dem. Snakker lidt omkring, hvordan hans dagligdag er. Om han får noget motion. Og snakker lidt omkring, hvad han spiser og hvordan [mm], lidt afhængig af, hvordan jeg kan se hans blodsukker måske har svinget, og snakker lidt om, jamen hvad, hvad er der gået forud, og hvad kan du fortælle lidt om, hvorfor ligger den lige pludselig der. Hvad har du fået at spise til i dag, eller hvad har du lavet og ligesom prøver at få ham til at koble tingene sammen. Så jeg synes det er en meget, en læringsrolle, man har." Hjemmesygeplejerske A2.

Sygeplejerskens eksempel viser, hvordan sygeplejerskernes "læringsrolle" er tæt koblet til borgernes hverdagsliv, og hvordan rådgivning og vejledning er en naturlig del af sygeplejerskernes besøg også hos borgere, der har levet med kronisk sygdom gennem længere tid. Den citerede sygeplejerske beskriver andetsteds, hvordan "læringsrollen" handler om at "finde ud af, hvor de [borgerne] er hver enkelt, i

forhold til den viden de har, og bygge lidt på den og støtte dem og vejlede dem i dagligdagen, så de ligesom kan få en god dagligdag med deres kroniske sygdom". Meget af sygeplejerskernes rådgivning er altså tæt forbundet med og tilpasset efter, at sygeplejerskerne kender borgerne godt, og at de kommer i borgernes hjem og observerer forhold i hjemmet, der fortæller noget om borgernes egenomsorg og generelle muligheder og evner til at tage vare på sig selv. Positioneringen som vejleder og støtte for borgerne synes her især knyttet til en diskurs om at støtte patienterne i at yde bedre "egenomsorg" (Hjemmesygeplejerske A1) f.eks. via vendinger såsom "klæde dem på til […] selv at kan tage ansvar" (Hjemmesygeplejerske A2), "snakker med dem om at det skal kontrolleres hele tiden fordi […]" (Sårsygeplejerske), "selv agere i eget liv" (Hjemmesygeplejerske A2), "lade folk varetage de opgaver, så man ik' fratager dem alting" (Hjemmesygeplejerske A3), og via et begreb som "mestringsstrategier" (Hjemmesygeplejerske A2). En hjemmesygeplejerske, der tidligere har arbejdet som praksissygeplejerske, er dog inde på, at det kan være svært at hjælpe borgerne som hjemmesygeplejerske, fordi man tit kommer sent ind i sygdomsforløbet, mens man som praksissygeplejerske oftere kan være med til at "præge" (Hjemmesygeplejerske A3) patienterne fra starten af deres sygdomsforløb.

Af feltmaterialet fremgår endvidere, at en del af sygeplejerskernes rådgivning og støtte til patienterne også kan ske mere tilfældigt i forbindelse med, at sygeplejerskerne kommer i borgernes hjem i anden anledning. Følgende er feltnoter i forbindelse med besøg hos en midaldrende mand, der normalt ikke er tilknyttet hjemmeplejen, men som i forbindelse med nogle sår efter et uheld i en periode fik skiftet forbinding af hjemmesygeplejerskerne. Før besøget fortalte hjemmesygeplejersken, der ikke normalt kommer hos manden, at han har diabetes, og at hun derfor er ekstra opmærksom på sårene:

> "Sygeplejersken skifter forbindingerne og renser sårene. Jeg er overrasket over, hvor lang tid det tager. De taler lidt om de olympiske lege, om mandens arbejde og om hans diabetes. Manden er ret selvhjulpen og kan forklare en del selv ift., hvordan sårene har udviklet sig. Efterfølgende taler sygeplejersken og jeg bl.a. om mandens diabetes og sårene. Det er tydeligt, at hun har lagt mærke til, at han ser ud til at være i god form, at han cykler, og at han generelt har godt styr på sin diabetes…altså at hun har fanget en masse små usagte signaler i den tid, som hun var der." Observation den 11.02.14. i hjemmeplejen.

Sekvensen illustrerer, at sygeplejersken i forbindelse med et forbindingsskifte får lejlighed til kort at tale diabetes med borgeren. Samme sygeplejerske forklarer, at hun via sit tidligere arbejde i almen praksis, hvor hun bl.a. har stiftet bekendtskab med kommunens prædiabetestilbud, dels er blevet meget interesseret i diabetes, dels er blevet mere opmærksom på risikogrupperne for diabetes og på mulighederne for

at forebygge eller udskyde udviklingen af diabetes. Som den eneste af sygeplejerskerne fortæller hun, at hun tager en forebyggende snak med borgere, der ”ligger i sådan en gråzone” (Hjemmesygeplejerske A3), og at hun hos borgere med type 2-diabetes søger at finde lejlighed til at tale med dem om, at deres børn også har risiko for diabetes, ligesom hun hos borgere med KOL søger at opfordre dem til at komme til kontrol hos egen læge. Det var således tydeligt i netop denne sygeplejerskes måde at forstå og agere på i forhold til gruppen af borgere med KOL og type 2-diabetes, at hun trak på sine erfaringer fra almen praksis og bar dem med i sit arbejde i hjemmeplejen ved at søge at få borgerne til mere aktivt at være opmærksomme på forebyggelsesmuligheder hos både sig selv og hos pårørende ved at konsultere egen læge. Det skal dog siges, at selvom det kun var denne ene sygeplejerske, som mere eksplicit udtrykte viden om og interesse i prædiabetes, så viser feltmaterialet, at både hjemmesygeplejerskerne og sygeplejerskerne på sygeplejeklinikken generelt er optaget af forebyggelse og af at hjælpe borgerne til at yde bedst mulig egenomsorg. En anden hjemmesygeplejerske positionerede sig således meget tydeligt i forhold til netop det forebyggende arbejde gennem at hjælpe borgerne til bedre egenomsorg:

> “Altså vores fornemmeste opgave, det er, synes jeg jo stadigvæk, som desværre nogle gange ikke er altid lige nemt i dagligdagen, men det er det der med at lave noget FOREbyggende arbejde og kan se, at man gør en FORskel. Man kan se, at man hjælper nogle borgere til at få en bedre hverdag og livskvalitet [mm]. Det er for mig. Så er jeg godt tilpas (griner). Og se, at de kan bruge det man, altså, det man fodrer dem med, til noget konkret, og de ligesom tager det til sig og vokser af det [mm] ja.” Hjemmesygeplejerske A2.

Den anden position, der kan udledes af feltmaterialet, i forhold til at støtte og vejlede borgere med kronisk sygdom, handler mindre om konkret rådgivning og støtte i forhold til mestring af sygdommene, men mere om sygeplejerskerne som omsorgspersoner. Denne position synes især relevant i forhold til borgere med KOL, der kan have behov for ”en livline”, når de bliver bange og utrygge pga. åndenød. En hjemmesygeplejersker forklarer:

> “Altså, jeg vil sige, der er ingen tvivl om, at de der KOL-patienter, de kræver rigtig meget fra vores side. For det er jo altid, ej det er det jo ikke, men det er jo tit om aftenen, og det er jo tit om natten, hvor de så sidder op og hiver efter luften. Og der ligger meget angst i det også. Så der ligger en meget meget stor sygeplejeopgave i at komme ud. Selvfølgelig skal man have noget p.n. medicin man kan hjælpe dem med. Men det kræver også meget rolighed at kunne komme ud og sætte sig ved de borgere, og bare være der, og snakke lidt omkring den her vejrtrækning.

> Hvor vigtigt det er, at man har en rolig vejrtrækning, og prøver at få dem, får dem dæmpet i den angst, der ligger i det." Hjemmesygeplejerske A1.

I mødet med den angste borger med KOL trækker sygeplejersken på den mere praktiske kliniske side af sygeplejen i administrationen af p.n. medicinen eller ved at få "hævet sengen op i en ordentlig højde og få puder ind under armene, så de kommer til at sidde godt og får luftet godt ud med frisk luft". Hun er også opmærksom på den omsorgsmæssige side af sygeplejen, hvor det handler om at skabe tryghed gennem den måde, hun er tilstede på i hjemmet. Den omsorgsmæssige positionering i forhold til det sygeplejemæssige arbejde er dog en naturlig del af det meste af sygeplejerskernes arbejde med borgerne, idet meget af deres arbejde handler om at skabe tryghed for borgerne i deres dagligdag. Det være sig i form af lydhørhed for borgernes og eventuelt pårørendes ønsker og bekymringer i relation til såvel deres sygdom som til andre forhold i hverdagen. Det er desuden i form af den tryghed og tillid, som kendskab og kontinuitet i forholdet mellem borger og sygeplejerske giver. Netop det personlige kendskab til borgerne er et af de forhold ved arbejdet, som mange af sygeplejerskerne sætter pris på. En sygeplejerske taler om, at borger og sygeplejerske er "tæt forbundet" (Hjemmesygeplejerske 2, fokusgruppe), mens en anden fortæller, at forholdet til borgerne nærmest kan blive til en slags "venskaber" (Hjemmesygeplejerske A1). En tredje sygeplejerske kobler kendskab og tillid til, at borgerne er mere tilbøjelige til at fortælle, "hvordan de egentlig har det" (Hjemmesygeplejerske A2). Karakteristisk er således også, at flere af sygeplejerskerne positionerer sig i relation til bl.a. de praktiserende læger som dem, der kender borgerne og deres aktuelle situation bedst. Den omsorgsmæssige og støttende position koblet med det, at sygeplejerskerne oplever at kende borgerne bedst, betyder, at flere af sygeplejerskerne oplever at skulle være borgernes "advokat" (Hjemmesygeplejerske 2, fokusgruppe) eller "talerør" (Hjemmesygeplejerske A2, Hjemmesygeplejerske 2, fokusgruppe) – dem som "taler borgernes sag" (Hjemmesygeplejerske A2, Hjemmesygeplejerske 2, fokusgruppe), når borgerne ikke selv er i stand til det. Hjemmesygeplejerske A2 beskriver eksempelvis i følgende interviewsekvens, hvordan hun som borgernes "talerør" søger at hjælpe borgerne med at få formidlet "de rette ord" om deres tilstand til lægen:

> "Man kan jo godt være talerør i forhold til nogle ting til egen læge. […]. Men det er jo fordi, man kan formulere sig med de rette ord, som lægen kan forstå. Det kan godt være svært for nogle borgere at forklare deres symptomer […]. Få sagt de ting, der skal til, så lægen måske forstår, hvad er det, det her, det handler om. Og der kan jeg godt nogle gange mærke, at der går man ind nogle gange og støtter op og hjælper, og hvor man måske også bedre kommer igennem end borgeren selv gør nogle gange. Men det er fordi, man kan terminologien og man kan de ord, der lige skal til, som lægen så kan forholde sig til. Det kan godt være svært for nogle borgere i hvert fald. Jeg har det bare skidt, kan de finde på

> (begge griner). Det kan han jo ikke bruge til noget. Altså, og det kan man så sige, så sidder man derude, og så siger vi, så får man spurgt ind, ikke, og så får man nogle flere konkrete ord på, som man så kan fodre lægen med, som så gør, at okay, så kan han så agere i det." Hjemme-sygeplejerske A2.

Som "talerør" kan sygeplejersken hjælpe borgerne med at få sat de rette ord på, hvordan de har det, så de praktiserende læger får noget konkret at forholde sig til frem for eksempelvis "jeg har det bare skidt". Sygeplejersken bliver med andre ord en art oversætter, der kender borgerne og kender "terminologien" i forhold til lægen. Sygeplejersken beskriver også, hvordan hun i nogle situationer vælger selv at tage kontakt, når hun oplever, at en borger ikke får "sagt de ting, der skal siges". Her bliver sygeplejersken ikke alene oversætter, men også direkte talerør for borgen, idet sygeplejersken har en erfaringsbaseret forventning om bedre at kunne beskrive borgerens tilstand, end borgeren selv formår at gøre.

Den anden position som vejleder og støtte for borgerne er altså tæt koblet til en omsorgsmæssig forståelse af, hvordan sygeplejerollen udfyldes, som både handler om at lytte til borgerne og om at være til stede for dem, når de eksempelvis har det dårligt og er bange. Men den handler også om at skabe et tillidsfuldt forhold til borgerne, hvor sygeplejerskerne på en gang får kendskab til, hvordan borgerne har det, og hvor de samtidig får lov til at hjælpe dem, der har behov, med at formidle denne viden til andre sundhedsaktører enten indirekte eller direkte.

Den tredje og sidste position som vejleder og støtte for borgerne, der fremgår af feltmaterialet, er koblet til positioneringen som koordinator og tovholder for borgerne i deres behandlingsforløb. Der kan i den forbindelse skelnes mellem en kommunal intern koordinerende position og en tværgående koordinerende position. Den interne koordinerende position handler om hjemmesygeplejersken som tovholder på borgerens kommunale pleje- og behandlingsforløb. I praksis betyder det, at den hjemmesygeplejerske, der kommer fast hos borgeren, er ansvarlig for udarbejdelse og ajourføring af en "handleplan", hvor der fremgår, hvad der er sat i værk hos borgeren, og hvad der skal arbejdes videre med og følges op på. En af hjemmesygeplejerskerne forklarer, at det eksempelvis i forhold til en ny opdaget type 2-diabetes kan være: "Hvad er det, vi har fokus på lige nu. Hvad er det, man er ved at […] oplære borgeren i f.eks., og hvor langt er vi nået i den proces." (Hjemmesygeplejerske A2). Tovholderpositionen indebærer endvidere, at sygeplejersken er ansvarlig for ajourføring af borgernes medicinlister. Den internt koordinerende positionering kan altså betragtes som en mere overordnet position, som sygeplejersken kan indtage i forhold til den tidligere beskrevne praktiske sygeplejefaglige position såvel som i forhold til den vejledende og støttende position. Endelig indebærer den internt koordinerende positionering, at hjemme-

sygeplejersken ofte er ansvarlig for samarbejdet med pårørende, ligesom hjemmesygeplejersken ofte koordinerer eventuelt samarbejde med terapeuter og plejepersoner, som kommer hos borgerne.

Den tværgående koordinerende position har en praktisk organiserende karakter, der handler om, at sygeplejerskerne hjælper borgerne med at holde styr på og få kontakt til andre aktører i sundhedsvæsenet. Det drejer sig dels om kontakt til den praktiserende læge i forbindelse med bl.a. tidsbestilling til diverse kontroller eller til blodprøvetagning i forbindelse med, at borgerne får bestemte typer af medicin samt kontakt til lægen for atter at få svar på blodprøver. Dels kobles den koordinerende position med det at hjælpe borgerne med at følge op på og få styr på diverse behandlingsanvisninger efter indlæggelser. Af feltmaterialet fremgår, at sygeplejerskerne positionerer sig forskelligt i forhold til den koordinerende position afhængig af, hvilken type af karakter opgaven har. Opgaver der er forbundet med observationer i hjemmet f.eks. måling af et uregelmæssigt blodsukker hos en borger med diabetes eller af en meget besværet vejrtrækning hos en borgeren med KOL, og som kræver, at borgeren bliver tilset af en læge, men hvor borgeren ikke selv formår at være ansvarlig for kontakten, opleves som en selvfølgelig del af det sygeplejemæssige arbejde. Det kan både være i forhold til borgere, der ”står lidt på sidelinjen i forhold til deres sygdom” (Hjemmesygeplejerske A2), og borgere der er så dårlige, at de ikke selv har overskuddet til at tage kontakten. Den koordinerende position synes her at være koblet til den tidligere nævnte omsorgsmæssige position, hvor sygeplejersken går ind og tager styringen og støtter borgerne, når de ikke selv kan, og der ikke er andre til at gøre det.

Anderledes forholder det sig imidlertid med opgaver, der er forbundet med mere rutineprægede kontroller i eksempelvis almen praksis, og de opgaver der følger med udskrivelser af borgere fra sygehuset. I begge tilfælde er der tale om opgaver, som flere af sygeplejerskerne oplever hører til i almen praksis. I forhold til opgaver af mere rutinepræget karakter fremstår særligt to af sygeplejerskerne i det kommunale fokusgruppeinterview uforstående over for, hvorfor de skal inddrages i opgaverne, når opgaverne ligeså vel kan administreres via de praktiserende lægers kalendersystem, som det kan administreres i sygeplejerskernes kalendersystem. Følgende er et uddrag af to af sygeplejerskernes dialog i forbindelse med fokusgruppen for ansatte i kommunen:

> “Hjemmesygeplejerske 2: Men jeg synes at vi oplever tit at vi skal være lidt barnepiger eller hvad kan man sige for de praktiserende læger. Altså f.eks. nu har vi en der det er så reumatologisk afdeling det er så lige meget - men det er så noget med at han skal have taget blodprøver hver sjette uge. Så er det min opgave og ringe til egen læge hver sjette uge og sige nu skal han have taget blodprøver igen. Altså jeg synes det er sån’ lidt. Det er en mærkelig opgave man skal have der.
>
> […]

> Hjemmesygeplejerske 1: Men jeg har da også oplevet en gang ved, altså vi har en mand der skal have skiftet kateter hver tredje måned. Og hvor jeg så spurgte sidste gang han fik skiftet kateter 'Ka' I så ikke bare lige selv huske at det skal gøres om tre måneder?' Og der fik jeg svar tilbage, at det ku' de i hvert fald ik' da. Det sku' jeg sørge for at tage kontakt om. Og han ku' så ik' selv. Det var han ikke i stand til. Jeg synes jo det var som du siger. Det ku' de jo lige så godt som jeg ku'. Få det til at poppe op et eller andet sted." (Fokusgruppe for kommunalt ansatte den 25.9.12).

I samtalen starter Hjemmesygeplejerske 2 med at komme med en kort fortælling om relationen mellem hjemmesygeplejersker og praktiserende læger (en "story line") (Davies & Harré, 1990, s. 10). I fortællingen positionerer hun sig refleksivt som "barnepige for lægerne", som samtidig hermed indirekte bliver interaktivt positioneret som børn, der skal have hjælp. I et positioneringsteoretisk perspektiv kan sygeplejerskens fortælling i fokusgruppens sociale rum betragtes som en invitation til de øvrige deltagere om at forfølge historien og de positioneringer, som hun gør gældende for situationen. Davies & Harré skriver:

> "One speaker can position others by adopting a story line which incorporates a particular interpretation of cultural stereotypes to which they are 'invited' to conform, indeed are required to conform if they are to continue to converse with the first speaker in such a way as to contribute to that person's story line." (Davies & Harré, 1990, s. 10).

I forlængelse heraf fremgår, at en af de øvrige hjemmesygeplejersker i fokusgruppeinterviewet (Hjemmesygeplejerske 1) accepterer den første sygeplejerskes fortolkning af situationen. Det sker både eksplicit ("jeg synes jo det er som du siger") og implicit ved, at hun fortsætter Hjemmesygeplejerske 2's "story line" og selv kommer med et tilsvarende eksempel fra sin egen hverdag. Herefter blander en tredje sygeplejerske sig i samtalen (er ikke gengivet ovenfor). Sygeplejersken er ikke enig i, at opgaven hører til i almen praksis. Hun mener derimod, at sygeplejerskerne nærmere er barnepige for borgerne end for lægerne. Endvidere peger hun på, at opgaven bør betragtes som en ordination. Den tredje sygeplejerske afviser altså de to andre sygeplejerskers invitation til fortolkning af situationen og de positioneringer, som de stiller til rådighed. Hun inviterer i stedet til en helt anden forståelse af situationen ved refleksivt at positionere sig selv (og de andre sygeplejersker) som barnepiger for borgerne, mens de praktiserende læger interaktivt positioneres som fagprofessionelle med ordinationsret i forhold til sygeplejerskerne, hvilket betyder, at hun oplever, at opgaven er rimelig. Eksemplet illustrerer, hvordan hjemmesygeplejerskerne i nogle tilfælde positionerer sig meget forskelligt i forhold

til borgerne og andre aktører i det tværgående samspil, og hvordan disse positioneringer videre har betydning for, hvordan de forstår og skaber mening med opgaver i det tværgående samspil.

I forhold til opgaverne forbundet med at agere koordinator på borgernes behandlingsforløb efter en udskrivelse, fortæller sygeplejerskerne, at det i reglen er op til dem "at finde den røde tråd" (Hjemmesygeplejerske A2)", og at det er dem, "der samler trådene" (Hjemmesygeplejerske A3) og er opfølgende på udskrivelserne. På samme vis som sygeplejerskerne oplever at blive ansvarlige for at holde styr på borgernes medicin (se forrige afsnit), oplever de også at blive ansvarlige for mere generelt at følge op på borgernes forløb, fordi de straks ved borgernes udskrivelse fra sygehuset modtager en sygeplejeepikrise, mens lægerne først modtager en epikrise et par dage senere. Hjemmesygeplejerske A2 forklarer det på følgende vis:

> "Hjemmesygeplejerske A2: Egen læge burde måske være primærperson og så er vi sekundære, men sådan foregår det jo ikke […]. Det er igen det der med, hvis de fik epikriserne hurtigere, fordi hvis de så viste, så burde de jo være dem, som ligesom er opfølgende i forhold til de udskrivelser, de får. Hvad er det der er brug for her. Og så evt. tage kontakt til os og spørge, hvad har I gjort i forhold til det. Hvor langt er I der, eller. Men sådan foregår det ikke (). Altså.
>
> Interviewer: Hvordan foregår det så?
>
> Hjemmesygeplejerske A2: Jamen, det foregår, som jeg siger, det går direkte til os først, og så tager vi os af tingene, og hvis der så opstår problemer, så kontakter vi lægen, altså. Vi får. Der står måske, der skal tages blodprøver om fjorten dage, jamen så bestiller vi dem […]. Det går jo ikke den anden vej. Det er jo ikke dem, der kontakter borgeren og siger, jeg kan se, at der står her i de her papirer, du skal have en tid om fjorten dage, nu har jeg lige fundet en tid til dig. […]. Altså sekretæren ringer jo ikke til dem og siger. Og det er jo fordi, jamen de har ikke fået papirerne inden for de fjorten dage måske, altså. Så de ved jo nada. Så det er simpelthen processen, altså. Det er noget at gøre med, hvem er det, der skal ligesom have den overordnede viden, og hvem skal formidle det videre. Altså det går jo. […]"

Af citatet fremgår, at Hjemmesygeplejerske A2 – ligesom Hjemmesygeplejerske A1 i afsnit 5.4.1. – oplever at blive positioneret som den "overordnede" og som "primærperson" i borgernes behandlingsforløb efter borgernes udskrivelse fra sygehuset. Denne position burde – ifølge sygeplejersken – være lægens, men lægen ved – grundet processen omkring udskrivelsespapirerne – absolut intet ("nada"). Således ses der også her en dobbelttydig refleksiv og interaktiv positionering af

sygeplejerske og læge, der både kan ses som modstand mod de oplevede positioneringer og som en samtidig lokalisering af sygeplejerskerne inden for en moralsk og statusmæssig rettighedsstruktur, der normalt er forbeholdt de praktiserende læger.

To af sygeplejerskerne beskriver imidlertid også andre årsager til, at de ender som koordinatorer for borgerne i behandlingstrekanten mellem kommune, sygehus og almen praksis og bliver dem, der skal "få [] sammenkoblet hvad den ene siger og den anden siger" (Hjemmesygeplejerske 2, fokusgruppe). For det første peger begge sygeplejersker på, at deres tætte relation til borgerne betyder, at de føler sig forpligtet til at hjælpe, når de kommer ud i hjemmet og ser "kaos" (Hjemmesygeplejerske 1, fokusgruppe). For det andet peger en af sygeplejerskerne på, at det er hende, der skal samarbejde med "det plejepersonale der står derude, som ik' kan finde ud af, hvad det her det handler om", ligesom hun eventuelt også skal samarbejde med terapeuter, pårørende og andre aktører, der kommer i hjemmet, og derfor har hun "et behov for, at der skal være styr på det her" (Hjemmesygeplejerske 1, fokusgruppe). Den internt koordinerende position, hvor hjemmesygeplejersken bl.a. har ansvaret for de plejeopgaver, der uddelegeres til det kommunale plejepersonale, betyder, at hun føler en forpligtelse til at få styr på de løse ender i borgernes behandlingsforløb.

Der synes altså at være flere forskellige forklaringer på, hvorfor hjemmesygeplejerskerne oplever at blive positioneret og positionerer sig som de koordinerende aktører i det tværgående samspil, selvom det fremgår, at det er en position, som flere af hjemmesygeplejerskerne problematiserer og tager afstand fra. På den ene side forklarer hjemmesygeplejerskerne den uønskede positionering med rækkefølgen af den måde, som udskrivelsespapirerne kommer på til henholdsvis dem og den praktiserende læge. På den anden side fremgår også af feltmaterialet, at det ikke kun er ved udskrivninger, at sygeplejerskerne får den koordinerende position, men også hos borgere der ikke har været indlagte. Feltmaterialet viser ydermere, at sygeplejersker oplever, at positionen følger som en art pligt. Dels i forhold til den støttende position, som sygeplejerskerne indtager i forhold til borgerne. Dels i forhold til den internt koordinerende position sygeplejerskerne indtager i forhold til andre kommunale aktører og i forhold til de pårørende.

5.5. AFRUNDING

I de foregående afsnit er blevet vist, hvordan de fagprofessionelle aktører i det tværgående samspil på forskellig vis positionerer sig i forhold til borgerne/patienterne. I almen praksis positionerer de praktiserende læger sig overordnet som tovholdere, som behandlere og lægefaglige eksperter samt som vejledere og støtte for patienterne. Praksissygeplejerskerne positionerer sig som plejere af patienterne, som

vejledere og støtte for patienterne og i enkelte tilfælde som omsorgspersoner og til dels koordinatorer for patienterne. I kommunen positionerer konsulenterne på Sundhedscentret sig som vejledere og rådgivere for borgerne, som undervisere for borgerne og som opsporende i forhold mulig kronisk sygdom. Hjemmesygeplejerskerne positionerer sig som plejere for borgerne og som vejledere og støtte, idet sidstnævnte positionering også kan involvere en positionering som koordinator.

Analyserne viser, at de nævnte subjektpositioner er overordnede, og at de nuanceres og antager forskellige former i de enkelte aktørers mobilisering af dem. Der er både inden for de enkelte faggrupper og i de enkelte organisationer stor forskel på, hvordan aktørerne mere præcist knytter positionerne til andre positioner eller kobler positionerne til bestemte typer af fagideologiske diskurser. I forhold til de forskellige fagideologiske diskurser synes nogle særligt fremtrædende blandt bestemte faggrupper og i bestemte organisatoriske dele af felten – såsom den biomedicinske diskurs blandt de praktiserende læger og den sundhedsfremmende diskurs blandt sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne, men analyserne viser samtidig, at de er spredte og bringes i spil på tværs af faggrupper og organisatoriske skel. Analysen bekræfter hermed andre studiers undersøgelser af fagprofessionelle aktørers identitetskonstruktioner i sundhedsvæsenet og deres måder at relatere sig til patienterne på. Anne Reff Pedersen (2008) skriver således med reference til bl.a. Jespersen (2005), at der i Danmark generelt blandt de fagprofessionelle aktører er sket et skifte fra et fokus på professionsbundne identiteter til mere fragmenterede identitetsdiskurser. Det særlige ved disse ”nye hybride fagprofessionelle diskurser” er, at fagprofessionel identitet ikke bliver betragtet som noget givet i form af bestemte værdier eller en bestemt viden, men derimod som noget der løbende skabes gennem fortællinger og forhandlinger i det daglige arbejde med patienterne (Reff Pedersen, 2008, s. 41, min oversættelse). I nærværende analyse fremgår eksempler på sådanne hybride fagprofessionelle diskurser særligt tydeligt i de tilfælde, hvor aktører veksler imellem – og giver udtryk for at opleve dilemmaer i forhold til – positioner, som opleves at være modstridende. Dette gør sig bl.a. gældende for nogle af de praktiserende læger, der – qua deres organisatoriske og faglige positionering som alment praktiserende læger og generalister med fokus på hele patienten og patientens behov – oplever et dilemma i forhold til håndteringen af de mange vejledninger og kvalitetsmål for behandlingen af patienter med KOL og type 2-diabetes. Disse kan nemlig betragtes som en del af en videnskabelig og biomedicinsk diskurs, der på den ene side passer dårligt med den patientcentrerede diskurs, men som på den anden side appellerer til lægernes faglige baggrund og positionering som lægefaglige specialister. I kommunen udtrykker en af de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter usikkerhed i forhold til, hvordan en fagligt funderet behandlermæssig positionering kan kobles med en positionering som vejleder for borgerne med baggrund i en sundhedsfremme diskurs. Eksemplerne viser, at disse fragmenterede og sammen-satte identitetskonstruktioner og -diskurser er tæt forbundet med forskellige forandringer og udviklingstrends i det nære sundhedsvæsen.

For de praktiserende læger handler det om at forene det traditionelle patient-centrerede perspektiv, hvor den enkelte patient og dennes behov er i fokus, med nyere forsøg på at opstille fælles standarder og guidelines for patienternes behandling og forløb i sundhedsvæsenet. For den kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulent handler det om at forene en klassisk behandlermæssig tilgang til borgeren med en bestemt kommunal sundhedsfremmetilgang til borgerne.

Sammenlignende viser analyserne, at alle aktørerne positionerer sig som en form for vejledere og støtte for borgerne/patienterne. Det sker ud fra forskellige fagligheder og ideologiske tilgange. Ens for dem er dog, at de alle forbinder positioneringen med et ønske om at hjælpe borgerne/patienterne med at forebygge udvikling af deres (potentielle) kroniske sygdomme og hjælpe dem til at leve bedst muligt med sygdommen. Det fremgår af analyserne, at aktørernes identiske positioneringer i vid udstrækning synes at kunne sameksistere. Dette kan skyldes, at aktørerne vægter positionen forskelligt og knytter forskellige betydninger og 'underpositioner' hertil. De praktiserende læger synes især at vægte positionerne som tovholdere og som behandlere og lægefaglige eksperter, mens praksissygeplejerskerne, hjemmesygeplejerskerne og sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne omvendt lægger vægt på positionen som vejledere for borgerne. Et nyligt studie af Molin et al. (2016) af danske praktiserende lægers opfattelse af deres rolle og ansvar i forhold til rehabilitering af KOL bekræfter til dels dette billede. Af studiet fremgår, at de interviewede praktiserende læger primært fokuserer på medicinsk behandling af deres KOL-patienter, idet de overlader sundhedsfremme og forebyggelse til de kommunale sundhedscentre, som, de mener, er bedre til at initiere livsstilsforandringer. Det skal dog siges, at i nærværende studie er positioneringen som behandler og lægefaglig ekspert vægtig, men flere af lægerne mobiliserer som sagt også positioneringerne som tovholder og som vejleder og støtte for patienterne. Analysen viser desuden, at lægerne mobiliserer sidstnævnte positionering forskelligt alt efter, hvilke typer af patienter de forholder sig til. Billedet i denne analyse er i den forbindelse, at enkelte læger eksplicit nævner, at de giver råd og vejledning angående ikke-farmakologiske muligheder for forebyggelse – især i forhold til nydiagnosticerede patienter. Ofte bruger lægerne imidlertid mere generelle vendinger såsom "få dem [patienterne] informeret om, hvilke muligheder der er for at gøre noget ved det". Det er derfor uklart, om de refererer til farmakologiske eller ikke-farmakologiske indsatser. Der er dog flere læger, der nævner, at de har klinikpersonale, der er uddannet til at tale forebyggelse med patienterne, hvilket indikerer, at ikke-farmakologiske rådgivning er en opgave, som overvejende løftes af andre end de praktiserende læger.

Blandt praksissygeplejerskerne er det især positionen som vejleder og rådgiver for patienterne i forhold til ikke-farmakologiske forebyggelsesmuligheder såsom rygestop, vægttab og motion, der bliver mobiliseret. Til forskel fra de praktiserende læger positionerer praksissygeplejerskerne sig imidlertid ikke forskelligt afhængigt af, om patienterne er nydiagnosticerede eller har levet gennem længere tid med deres

sygdom. Fokus på ikke-farmakologiske forebyggelsesmuligheder synes her at være mere konstant, hvilket bl.a. i nogle praksisser understøttes af skemaer, som praksissygeplejerskerne udfylder med spørgsmål til netop kost, motion m.m.

Når den gennemgående positionering som vejleder og til dels støtte for patienterne ikke skaber mange konflikter i det tværgående samspil, kan det som sagt skyldes, at positionen vægtes forskelligt, men også at aktørerne forbinder positionen med handlinger, der ikke opleves at være konkurrerende – men derimod komplementære. Dette synes bl.a. at gøre sig gældende for relationen mellem aktørerne i almen praksis og i hjemmeplejen. Begge steder synes vejledning og støtte overvejende at ske som en del af andre aktiviteter – nemlig behandling og pleje af patienterne/borgerne. I forhold til disse aktiviteter giver aktørerne udtryk for at være afhængige af hinanden, og de positionerer interaktivt hinanden som hjælpere. De praktiserende læger og praksissygeplejerskerne beskriver, at de er afhængige af hjælp fra hjemmesygeplejerskerne til at løse opgaver (f.eks. insulinopstart, sårforbinding, måling af blodsukkerprofiler osv.) i hjemmet hos patienter, der ikke har mulighed for at komme i almen praksis, og hjemmesygeplejerskerne beskriver, at de er afhængige af hurtig respons fra de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne, når en borgers tilstand forværres, eller der er usikkerhed omkring medicinen osv. Det fremgik også af analysen, at praksissygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne i nogle tilfælde synes at bruge hinanden som sparringspartnere i forhold til at støtte særligt sårbare patienter.

I forhold til relationen mellem aktørerne fra almen praksis og de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter synes den identiske positionering at kunne sameksistere, bl.a. fordi flere af de praktiserende læger og praksissygeplejersker forbinder vejledning af patienterne med at informere om – og søge at motivere patienterne til at deltage i – kommunale rehabiliteringstilbud. Herved adskiller de praktiserende læger i nærværende studie sig fra de praktiserende læger i Molin et al.'s studie (2016), hvor de praktiserende læger ikke så sig selv have en aktiv rolle i forhold til at motivere KOL-patienter til deltagelse i rehabiliteringstilbud, med mindre patienterne selv efterspørger det. En mulig grund til denne forskel kan være forskellig lokal succes i forhold til de kommunale rehabiliteringstilbud. Molin et al. kobler lægernes manglende initiativ i forhold til at henvise patienter til de kommunale KOL-rehabiliteringstilbud med, at lægerne oplever, at patienterne ikke tager ansvar for deres sygdom, og at de generelt er umotiverede for deltagelse i rehabiliteringstilbud. Sammenhængen mellem de praktiserende lægers opfattelse af de forskellige patientgrupper og deres meningsskabelse omkring de kommunale rehabiliteringstilbud vil blive yderligere uddybet i næste kapitel. Her kan blot nævnes, at sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne i nogle tilfælde interaktivt positioneres som hjælpere af bl.a. praksissygeplejerskerne, når de tager hånd om patienter, som man enten ikke har tid til i almen praksis eller patienter, som man er kørt fast med. I andre tilfælde synes det at være lægernes og praksissygeplejerkernes mere specifikke orientering mod bestemte sundhedsfaglige

eller patientcentrerede ideologier, der er bestemmende for, hvilke kommunale eller regionale tilbud der henvises til. Endelig er det muligt, at positioneringen som vejleder for borgerne i nogle tilfælde kan sameksistere, fordi aktørerne ignorerer eller ikke er opmærksom på de andre aktører i samspillet. Det synes bl.a. at gøre sig gældende for en praksissygeplejerskerne, der peger på, at hun og hendes kolleger selv har mulighed for at give livsstilsrådgivning og giver det på bedre vilkår end i kommunen. Hermed positioneres det kommunale sundhedscenter og dets aktører som overflødige. Man må dog forvente, at sådanne positioneringer på sigt kan give anledning til konflikt, hvis eksempelvis praksissygeplejerskernes muligheder for at give livsstilsrådgivning i almen praksis forringes, eller de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter oplever, at de bliver koblet af samspillet.

Af analysen fremgår imidlertid også, at den identiske positionering som vejleder og støtte for patienterne i nogle tilfælde kan være anledning til konflikt. Det sker bl.a., når aktørerne oplever, at deres arbejde med borgerne/patienterne bliver besværliggjort af andre aktørers indblanding og forsøg på at hjælpe. Det gør sig bl.a. gældende blandt de praktiserende læger, hvor en læge oplever, at andre aktørers velmenende indblanding til tider vanskeliggør vejledningen og støtten til patienten. Det blev i den forbindelse vist, at de praktiserende læger i disse situationer ofte mobiliserer tovholderpositionen og den lægefaglige ekspert position som en dominerende position, hvor lægerne med udgangspunkt i deres omfattende kendskab til patienterne og patienternes sygehistorier er dem, der ved, hvad der er bedst for patienterne.

En anden positionering, som går igen hos flere af aktørerne er positioneringen som koordinatorer eller tovholdere for borgerne/patienterne. Flere af de praktiserende læger positionerer sig således som tovholdere for patienterne, mens praksissygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne i forbindelse med positioneringen som vejledere og støtte for borgerne/patienterne beskriver at have praktisk koordinerende funktioner. For de praktiserende læger involverer positioneringen som tovholder at have styr på patienternes behandlingsforløb internt i almen praksis og eksternt i forhold til behandling og livsstilsvejledning/rehabilitering i andre dele af sundhedsvæsenet. Positioneringen involverer også at hjælpe sårbare patienter og patienter med komplicerede behandlingsforløb med at samle trådene og sikre, at andre aktører ikke stiller urimelige eller uhensigtsmæssige krav, ligesom det som nævnt ovenfor kan handle om at hjælpe patienterne med at sige fra over for andre aktørers behandlings- eller rehabiliteringsforslag. Positioneringen som tovholder er altså meget alsidig og bred, idet det også blev vist, at den kobler sig tæt til positionerne som behandler og lægefaglig ekspert og som vejleder og støtte for patienterne. Billedet i analysen svarer til billedet Grøn et al. (2007) tegner i den tidligere nævnte undersøgelse af praktiserende lægers opfattelse af rollen som tovholder. Her hedder det, at de praktiserende læger ”betjener sig af et bredt perspektiv på tovholderrollen, fordi de arbejder med et bredt perspektiv på sundhed.” (Ibid., s. 71). Det brede perspektiv betyder, at ”[d]e medicinske, humanistiske og sociale aspekter af det sundhedsfag-

lige arbejde er tæt forbundne" i lægernes arbejde med patienterne (Ibid. s., 7). Grøn et al. introducerer endvidere en skelnen mellem et relationelt og et organisatorisk perspektiv på tovholderrollen. Det relationelle perspektiv angår relationen mellem læge og patient, mens det organisatoriske angår "det tværsektorielle, tværorganisatoriske og tværfaglige arbejde" (Ibid., s. 92). Disse perspektiver genfindes også i nærværende studie, når de praktiserende læger i deres positioneringer dels fremdrager de mere organisatorisk betonede aspekter af at holde styr på patienternes forløb internt i almen praksis og eksternt i forhold til andre aktører. Dels når de fremdrager de mere relationelt betonede aspekter i forhold til at støtte og hjælpe patienterne og eventuelt deres familier, når forløbene bliver komplicerede, og der involveres mange aktører med forskellige fagprofessionelle bagrunde og forskellige organisatoriske forankringer i forløbene. Grøn et al. argumenterer videre for, at det brede perspektiv kan give "anledning til en spænding mellem det medicinske og det almene i det almenmedicinske speciale" (Ibid., s. 72). Dette var også spændinger, som blev fundet i nærværende analyse bl.a. i form af nogle mere usikre positioneringer blandt lægerne i forhold til, hvordan de skal stille sig til brugen af kliniske vejledninger og kvalitetsmålinger i deres arbejde med patienterne sammenlignet med at bibeholde et patientcentreret perspektiv. Det blev i den forbindelse anført, at spændingen kan ses som udtryk for en sammensat fagprofessionel identitet, der på den ene side kan være en ressource i det tværgående samspil med andre aktører i det nære sundhedsvæsen. På den anden side kan det også være et dilemma i situationer, hvor lægen søger at fremstå konsistent og legitimere sit arbejde i forhold til patienten ud fra én diskurs såsom i interviewsituationen. Det blev i forlængelse heraf fremdraget, at en pointe med at anvende Davies og Harrés positioneringsbegreb – frem for rollebegrebet – er, at begrebet hjælper til at vise, hvordan aktører i deres (sam)taler kan stille sig forskelligt gennem aktivering af forskellige positioner og ved at trække på forskellige diskursive ressourcer.

Analyserne viser, at ingen af de andre aktører i feltmaterialet på samme måde som de praktiserende læger eksplicit positionerer sig som tovholdere for patienterne, hvad angår at holde styr på patienternes forløb på tværs af sektorgrænser. Praksissygeplejerskernes positionering som vejledere for patienterne rummer et forløbskoordinerende element ved at, de motiverer og henviser patienterne til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud uden for almen praksis. Desuden fremgår, at praksissygeplejerskerne nogle gange påtager sig at hjælpe patienter med at formidle kontakt til kommunen og koordinere igangsættelse af bl.a. hjemmehjælp. I disse situationer trækker praksissygeplejerskerne imidlertid ikke på positioneringen som tovholder eller koordinator for patienterne, men derimod på positioneringen som støtte- og omsorgsperson, der søger at kompensere for manglende omsorg og uværdig behandling af ældre mennesker i offentlige bureaukratiske systemer.

Hjemmesygeplejerskerne positionerer sig også som en del af det at støtte og vejlede sårbare borgere som praktiske koordinatorer, der hjælper borgerne med at holde styr på aftaler og få kontakt til andre aktører i sundhedsvæsenet f.eks. vedrørende

tidsbestilling af blodprøvetagning osv. Analyserne viser imidlertid, at dette også er en position, som problematiseres og til dels afvises af nogle af sygeplejerskerne, fordi de kobler det med opgaver, som, de mener, burde ligge i almen praksis. Deres modstand mod positioneringen som koordinator må muligvis ses i lyset af, at de samme personer oplever, at de bliver 'tvunget' til at agere tovholdere eller koordinatorer på borgernes behandlingsforløb ved borgernes udskrivning fra sygehuset. Ifølge hjemmesygeplejerskerne skyldes det praktiske omstændigheder omkring rækkefølgen, hvormed aktørerne modtager epikriser fra sygehuset samt organisatoriske omstændigheder internt i kommunen. Sygeplejerskerne placerer altså ikke ansvaret for opgaveglidningen hos de praktiserende læger, men sammen med oplevelsen af at skulle løse andre opgaver, som også glider fra almen praksis over i kommunen, kan det bidrage til mindre fleksibilitet og modstand mod positioneringen.

Af ovenstående fremgår, at selvom flere aktører i det tværgående samspil i forskelligt omfang og på forskellige måder positionerer sig som tovholdere eller koordinatorer for borgerne/patienterne, så er det primært de praktiserende læger, der bruger positioneringen til at forhandle en plads i det tværgående samspil. Hjemmesygeplejerskerne mobiliserer til en vis grad også positioneringen som koordinator eller tovholder, men det sker primært i forhold til den interne organisering af pleje-/behandlingsforløbene i hjemmeplejen. I forhold til samspillet med almen praksis oplever nogle hjemmesygeplejersker det praktisk koordinerede arbejde som en naturlig del af arbejdet med at hjælpe og støtte svage borgere, mens andre problematiserer positionen, fordi de forbinder den med opgaver, som, de mener, burde ligge i almen praksis.

I nærværende kapitel har jeg beskrevet, hvordan aktørerne i det tværgående samspil arbejdsmæssigt relaterer sig til borgerne/patienterne med eller med risiko for KOL og type 2-diabetes ved at fremanalysere de subjektpositioner, som aktørerne bringer i spil, når de fortæller om deres arbejde med borgerne/patienterne. Sammenlagt viser analyserne, at der er en stor kompleksitet i positioneringerne og mange nuancer og forskelle både blandt aktører fra samme faggruppe og/eller med samme organisatoriske forankring samt på tværs. Dette også selvom nogle af positioneringerne ved første øjekast forekommer ens. Positioneringsteorien har i denne sammenhæng hjulpet til at vise, at termer som 'tovholder', 'koordinator' eller 'vejleder' for borgerne og patienterne langt fra er entydige, selvom man inden for de enkelte grupper af aktører kan forbinde dem med mere generelle typer af rettigheder og handlinger i forhold til borgerne/patienterne. Ydermere viser analyserne, at positionerne mobiliseres forskelligt af aktørerne afhængig af bl.a. fagforståelse, ideologisk orientering og organisatorisk forankring, ligesom den specifikke konstellation af disse kan betyde, at den enkelte aktør mobiliserer positionerne forskelligt på forskellige tidspunkter. Det er således et komplekst væv af positioneringer i forhold til borgerne/patienterne, som hver enkelt aktør går ind i relationen med de

andre aktører i det tværgående samspil med, og som mødes og eventuelt brydes, når man sammen eller hver for sig søger at skabe mening med samspillet.

KAPITEL 6. MENINGSSKABELSENS KONTEKST – UDFORSKNING AF DEN TVÆRGÅENDE OPGAVE

Når fagprofessionelle aktører skaber mening med det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen sker det både ud fra aktørernes opfattelse af det arbejde og de opgaver, som er forbundet med samspillet, og ud fra deres opfattelse af de relationer der er involveret i samspillet. I det følgende sættes fokus på aktørernes meningsskabelser omkring de tværgående opgaver, og hvordan disse meningsskabelser både kan virke befordrende på den tværgående organisering og omvendt også kan vanskeliggøre selvsamme.

Som nævnt i det indledende kapitel sker der i disse år store ændringer i det nære sundhedsvæsen. Nogle opgaver flyttes, andre opgaver ændrer karakter, og nye opgaver opstår i forbindelse med omorganiseringer og forsøg på at skabe effektiviseringer. Det skete bl.a. i forbindelse med strukturreformen, hvor dele af den patientrettede forebyggelse og rehabilitering i forhold til mennesker med kronisk sygdom blev lagt ud i kommunerne. I kommunerne fik man således en ny opgave i forhold til at etablere og udbyde forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, mens der i forhold til almen praksis kom en ny tværgående opgave med at henvise relevante patienter til de nye tilbud. Studier har vist, at ændringer af opgaver eller indførelse af nye opgaver mellem fagprofessionelle aktører i sundhedsvæsenet ofte er kompliceret og let fører til modstand fra en eller flere sider (Denise et al. 1999; Mur-Veeman et al., 2001; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Petersen, 2016; Christensen, 2017). De fagprofessionelle aktører frygter mulige negative konsekvenser af ændringerne for deres fagprofessionelle identitet og deres arbejde, for deres relation til andre aktører i det tværgående samspil og for borgerne/patienterne.

For at understøtte den nye organisering af den patientrettede forebyggelse og rehabilitering efter strukturreformen og sikre lokal implementering udarbejdede man regionale forløbsprogrammer for bl.a. KOL og type 2-diabetes, ligesom der i nogle regioner blev nedsat implementeringsgrupper for forløbsprogrammerne. Den nye organisering blev imidlertid ikke understøttet af formelle krav om henvisning til kommunernes tilbud eller af økonomiske incitamenter for de praktiserende læger til at følge dem. Studier har vist, at sådanne strukturelle og økonomiske forhold kan være vigtige for at sikre det tværgående samspil, især når de sundhedsprofessionelle aktører afhænger forskelligt af samspillet med hinanden (Ølgod, 1998; Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005). Når det tværgående samspil ikke understøttes af formelle krav eller økonomiske incitamenter, vil samspillet i vid udstrækning afhænge af, hvordan de aktører, der er mindst afhængig af samspillet, skaber mening

med det. I det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunerne er det de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne, der er i en position til mere eller mindre bevidst at til- eller fravælge samspillet. Lægernes og sygeplejerskernes handlinger vil i den forbindelse afspejle, hvad de ser som vigtigt i deres arbejde, herunder hvordan de generelt opfatter og orienterer sig mod patienterne og disses behov. Omvendt vil strukturelle forsøg på at fremme samspillet i form af eksempelvis forløbsprogrammer og tværgående mødefora også påvirke meningsskabelserne blandt de aktører, der arbejder indgående hermed.

Det er imidlertid ikke kun strukturreformen, der har ført til ændrede opgaver i forhold til det tværgående samspil. Der sker løbende ændringer i forbindelse med, at eksempelvis kommunerne søger at opnå besparelser i form af mere enkle, effektive og billigere måder at løse opgaverne på. Sådanne ændringer risikerer let at forstyrre og destabilisere allerede etablerede meningskonstruktioner omkring samspillet, og der opstår derfor behov for nye og eventuelt fælles meningsskabelser for at få ændringerne implementeret og samspillet til fortsat at fungere.

Dette analysekapitel omhandler, hvordan de fagprofessionelle aktører på forskellig vis skaber mening med opgaver forbundet med det tværgående samspil, herunder hvad der sker, når nye opgaver opstår, eller når eksisterende opgaver ændrer karakter. Dette sker gennem fire analytiske hovedafsnit. Første afsnit omhandler, hvordan praktiserende læger og praksissygeplejersker opfatter patientgrupperne, og hvilken betydning disse opfattelser videre har for, hvordan de orienterer sig mod og skaber mening med opgaven med at henvise patienter til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Andet afsnit viser, hvordan der opstår usikkerhed omkring opgavens karakter i forbindelse med, at der sker ændringer i de diagnostiske kriterier for dele af patientgruppen, som det tværgående samspil omhandler. Tredje afsnit sætter fokus på, hvordan strukturelle forsøg på at sikre en bestemt opgavedeling mellem sundhedsvæsenets sektorer både kan fungere som støtte for de fagprofessionelle aktørers meningsskabelse om opgaven og som barriere for selvsamme. Fjerde afsnit omhandler, hvordan forsøg på at ændre en eksisterende opgave i forbindelse med medicindosering fører til forskellige meningsskabelser blandt de fagprofessionelle aktører i det tværgående samspil, der vanskeliggør samspillet.

6.1. TYPIFICERING AF PATIENTGRUPPEN OG LEDETRÅDE FOR KOORDINERET HANDLING I FORHOLD TIL KOMMUNENS SUNDHEDSCENTER

Det følgende afsnit omhandler, hvordan aktørerne fra almen praksis opfatter og skaber mening om patientgrupperne, og hvilken betydning disse meningsskabelser videre har for, hvordan de orienterer sig mod samspillet med kommunen. Afsnittet

indledes med en gennemgang af, hvordan aktørerne fra almen praksis overordnet typificerer KOL-patienterne og diabetespatienterne. Hernæst følger tre afsnit, der viser, hvordan aktørernes typificeringer får betydning for, hvilke ledetråde ved det tværgående samspil omkring forebyggelse og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom, aktørerne hæfter sig ved og skaber mening ud fra.

Afsnittet tager primært afsæt i Weicks tese om, at meningsskabelse er fokuseret på og udgår fra ledetråde (Weick, 1995). Det bygger desuden på Alfred Schutz's (1972/2005) fænomenologiske og hverdagssociologiske begreb om typificering i det sociale liv. Typificeringer er generaliserede og socialt skabte forståelser af andre personer og af adfærdsmønstre/handlinger inden for en given social verden. De hjælper individer til at skabe mening og rutiner i hverdagens konstante flux, således at hver ny situation og hvert nyt møde ikke fremstår som en helt ny erfaring eller et helt nyt "problem", som den enkelte må forholde sig til. Thomas Luckmann beskriver – inspireret af Schutz – typificeringernes funktioner i hverdagen på følgende vis:

> "In a general way it may be said that types come into being as 'solutions' to situations which an individual originally experience in a specific situation as recurrently relevant parts of that kind of experience, as parts of the experience which must regularly be attended to in order to come to terms with experiences of this kind. Thus the experience no longer simply presents itself in its fleeting actuality and singularity. As the type is apprehended to the actual presentation, the experience is also grasped in its 'generality', as one of a kind, as an exemplar of something that 'exists' beyond the moment, here and now. A type may thus be considered as a routine syndrome of practical (that is, praxis-related) specification." (Luckmann, 1989, s. 24).

Ved at møde andre mennesker og situationer som typer, der genkendes som "en af en slags", bliver det muligt for individer at skabe mening og orientere sig i en verden, der ellers ville fremstå uoverskuelig og kaotisk (Ibid., s. 23). I almen praksis er typificeringer af patienterne en måde for læger og praksispersonale til hurtigt at skabe mening i en given situation og til at diagnosticere, hvilke handlemuligheder der er. De udgør med andre ord en del af det, som Weick i en mere specifik organisatorisk sammenhæng betegner som aktørernes "arbejdsvokabular" [*Vocabularies of Work*] (Weick, 1995, s. 118). De er del af den kontekstuelle basis for den organisatoriske meningsskabelse og har således betydning for, hvilke ledetråde aktørerne hæfter sig ved i det tværgående samspil, ligesom de har betydning for, hvordan ledetrådene tolkes og forstås (Sylvain & Lamothe, 2012).

6.1.1. TYPIFICERINGER AF PATIENTGRUPPERNE: DIABETESPATIENTERNE HAR MAN STYR PÅ – KOL-PATIENTERNE ER SVÆRE AT HOLDE HÅND I HANKE MED

Når de praktiserende læger og praksissygeplejerskerne beskriver patientgrupperne, træder der et tydeligt mønster frem i forhold til, hvordan de oplever henholdsvis gruppen af patienter med type 2-diabetes og gruppen af patienter med KOL. Aktørerne beskriver, at de har godt styr på diabetespatienterne, mens de omvendt oplever, at det er vanskeligere at få hold på KOL-patienterne. De fortæller, at diabetespatienterne generelt er ”gode til at komme punktligt” (Læge A3), de er ”nemmere at motivere” (Praksissygeplejerske A2), de er ”meget interesseret i at kontrollere og følge med” (Læge A4), og ”de er sådan lidt stolte over deres tal, hvis de er fine” (Læge A4). I nogle lægepraksisser kommer alle diabetespatienter til kontrol fire gange årligt, hvoraf den ene gang er årskontrol ved lægen, mens det hyppigt er praksissygeplejerskerne, der varetager de øvrige kontroller. I andre lægepraksis er kontrollerne tilrettelagt mere individuelt, idet velregulerede diabetespatienter kommer til kontrol halvårligt eller helårligt, mens patienter, ”der har brug for noget regulering” (Læge A3), kommer til kontrol hver tredje måned. For alle aktører gælder dog, at de oplever, at de har deres diabeteskontroller sat i system, og at de har styr på patienterne.

I forhold til gruppen af patienter, der er i risiko for at udvikle diabetes, omtaler en enkelt læge, at patienterne generelt er “meget bekymrede […] , og de kommer […] og får det kontrolleret” (Læge A1), men ellers omtales gruppen ikke videre af de øvrige aktører i almen praksis. I forhold til kontroller forklarer hovedparten af aktørerne, at man ikke har systematiseret kontrollerne, men at man generelt prøver at få patienterne ind til halv- eller helårlige kontroller, såfremt deres langtidsblodsukre ligger i en gråzone.

De praktiserende læger og praksissygeplejerskerne oplever i modsætning til diabetespatienterne, at KOL-patienterne er sværere at ”holde hånd i hanke med” (Læge A3). Flere af de interviewede aktører kobler dette med, at KOL er mere tabuiseret end diabetes bl.a., fordi der er et arveligt element i type 2-diabetes, mens KOL forbindes med rygning, og således i højere grad opleves som selvforskyldt. Endvidere peger nogle læger på, at deres oplevelse af en statusforskel mellem KOL og type 2-diabetes kan hænge sammen med, at Diabetesforeningen er en stærk patientforening, der har haft succes med at informere om type 2-diabetes og om nødvendigheden af behandling for at undgå følgekomplikationer til diabetes. KOL-patienterne beskrives derimod som en gruppe af patienter, der ”accepterer, at deres vejrtrækning er, som den er, og så tror de ikke, den bliver bedre” (Læge A3). Deres modstand mod at komme til kontrol forbindes med, at patienterne ikke ønsker at blive konfronteret med lægernes og sygeplejerskernes råd om rygestop. Endvidere peger nogle af aktørerne på, at KOL-patienterne ofte er mere syge end diabetes-patienterne. De kommer til lægen i forbindelse med en specifik komplikation som

f.eks. en lungeinfektion, og aktørerne oplever, at patienterne derfor ikke ønsker at komme, når de er i bedring. En praksissygeplejerske forklarer, at forskellen mellem diabetespatienterne og KOL-patienterne er, at diabetespatienterne ikke føler, at de er syge, mens KOL-patienterne er mere syge og dagligt føler sig konfronteret med deres sygdom. Når de kommer til lungefunktionsundersøgelser, er det som regel bare for at se, at det er blevet værre:

> ”KOL-patienterne de er jo sværere, og vi har snakket meget om hvad det er der gør KOL-patienter kommer jo ik' sådan, de kommer når det er de er syge, når det er at de har fået en eller anden lungebetændelse eller de hoster eller ik' kan få vejret, så kommer de, men de er svære at få til at komme til de der regelmæssige kontroller […] jeg tror de er så trætte af at komme her udover, når det er når de bare er syge, fordi de i forvejen kæmper hver dag med det der luft og prøver på at opretholde så godt et liv de nu kan med det lidt luft de har, og så at det er jo selvforskyldt, altså mange kommer og siger det er min egen skyld, jeg har jo røget ik' også altså, så det er bare at de føler de bliver dunket i hovedet ik', når vi så laver en lungefunktion her og de kan se de er bare blevet dårligere ik' også […].” Praksissygeplejerske A1.

Samme sygeplejerske er endvidere inde på, at en praktisk grund til, at det måske er svært at få KOL-patienter til at komme til kontrol, kan være, at sygeplejersken ikke kan booke tider så langt frem i kalendersystemet. Hun kan derfor ikke ”give dem [patienterne] en tid, som de er forpligtet til på samme måde som diabetikerne, der kommer hver tredje måned.” (Observation i almen praksis den 4.10.13.). KOL-patienterne kommer således knap så hyppigt til kontrol som diabetespatienterne. I nogle lægepraksisser søger man at få patienterne til at komme til kontrol to gange årligt, mens man i andre søger at få patienterne til kontrol én gang årligt. Mange beskriver dog, at man ikke har systematiseret kontrollerne på samme måde som ved diabetespatienterne, men enkelte aktører giver udtryk for, at man er i gang med at prøve at få mere styr på KOL-patienterne. I en praksis er man eksempelvis ved at følge op på, hvor mange patienter, der har henvendt sig, siden man for et år siden skrev ud til alle patienter, der havde fået KOL-medicin udleveret. Patienterne blev anbefalet at henvende sig med henblik på kontrol, men få har gjort det. I en anden praksis beskriver en læge, hvordan man i et halvt år har haft information hængende i venteværelset adresseret til patienter i risikogruppen for KOL med opfordring om at få lavet lungefunktionsundersøgelser, men det har kun en enkelt patient gjort. Overordnet set beskriver flere læger og praksissygeplejersker, at man ikke har ”ret godt hånd om” (Læge A9) KOL-patienterne, og at det skyldes, at man dels ikke har fået sat KOL-behandlingen og kontrollerne mere i system, dels at patienterne ikke selv er opsøgende.

Der tegner sig altså et forholdsvist entydigt billede af, hvordan aktørerne i almen praksis overordnet opfatter og typificerer diabetespatienterne som interesserede i egen sygdom og lette at få til at komme til kontroller, mens KOL-patienterne omvendt opleves som en stigmatiseret patientgruppe, der er svær at få kontakt til.

6.1.2. LEDETRÅD FOR KOORDINERET HANDLING: NÅR DET TVÆRGÅENDE SAMSPIL GIVER PATIENTEN NOGET, MAN IKKE SELV FORMÅR AT GIVE

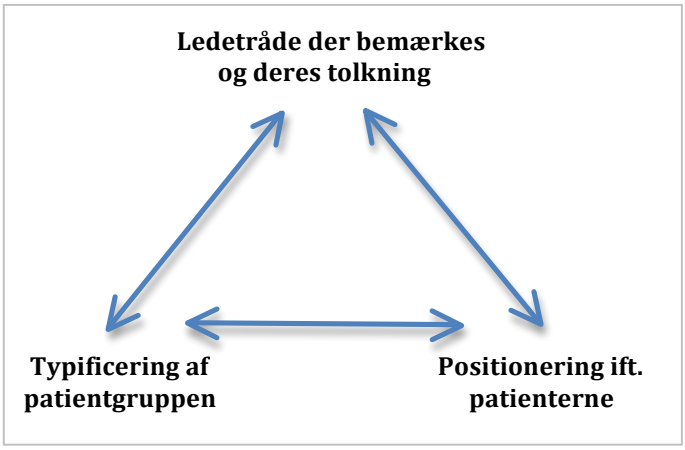
Af feltmaterialet fremgår, at en stor del af aktørerne i almen praksis omtaler kommunens KOL-rehabiliteringsforløb som gode forløb, som de oplever, at deres patienter har haft glæde af, mens de langt sjældnere omtaler de kommunale tilbud til diabetespatienter. Læge A8 fortæller eksempelvis, at hun oplever, at kommunens KOL-rehabilitering fungerer "meget bedre end diabetes" og begrunder det med, "at jeg egentlig synes, vi har rimelig styr på diabetes her i huset". I kommunen giver man til gengæld KOL-patienterne "noget som jeg ik' har kunnet finde ud af at gi'". Lægen fortæller videre om sine erfaringer med KOL-forløbene:

> "[D]er har været nogen hvor jeg har henvist nogen som har jo gået og hostet i årevis og ik' rigtig har hørt på det, som pludselig er modtagelige overfor for at få at vide de har altså en KOL-diagnose og […] pludselig er man indstillet på at gøre noget ved det, altså der er jo rigtig mange af de patienter der har KOL, der jo egentlig godt ved det et eller andet sted men de lukker ørene fordi det er jo ik' noget man gider og få at vide den diagnose [mm] lige som alt det der med at holde op med at ryge vel og så er man […] lige pludselig modtagelig for det og når man så […] får dem henvist og de så kommer i et forløb der og lærer at håndtere det og finder ud at det er vigtigt at holde op med at ryge og nu er der flere der siger det og man lærer og bevæge sig og sådan nogle ting, der har jeg i hvert fald haft nogen som jeg synes det har været et rigtig godt forløb og de er kommet tilbage med noget til mig også at med deres lungefunktion og sådan nogle ting hvor vi så har arbejdet videre med." (Læge A8).

Lægen oplever, at patienterne gennem deltagelse i de kommunale KOL-forløb når frem til en bedre indsigt i – og accept af – deres sygdom, og at de bliver mere indstillede på at passe på sig selv. Lægen oplever det endvidere som positivt, at patienterne bringer lungefunktionsmålinger med sig fra forløbene, ligesom lægen andetsteds fortæller, at patienterne "kommer tilbage og har lært en hel masse, og nogle kommer også og vil gerne ha' ændret medicin og sådan noget". Andre steder i feltmaterialet fremgår, at nogle læger kan blive irriterede og oplever det som en underkendelse af deres arbejde, når patienterne via deres kontakt med andre

sundhedsfaglige personer i eksempelvis kommunen eller på sygehusafdelinger får idéer om andre behandlingstiltag end dem, som lægen har igangsat. Ofte positionerer lægen sig i disse tilfælde som tovholder for patienten og lægefaglig ekspert, der har det bedste overblik over – og den bedste faglige viden om – hvordan patienten bør behandles (se afsnit 5.1.1., 5.1.2. og 6.1.3). Læge A8 udtrykker dog ikke den slags irritation. Man kan i forlængelse heraf overveje, om lægens oplevelse af KOL-patienterne som en patientgruppe, lægen ikke har styr på i samme grad som eksempelvis diabetespatienterne, betyder, at lægen er mere tilbøjelig til at være åben og modtagelig for de idéer og ting, som patienterne bringer med tilbage fra et kommunalt forløb. Lungefunktionsmålingerne og patienternes forslag til ændret medicin betragtes ikke som en kritik af lægens arbejde, men som en anledning for lægen til at komme i dialog med patienterne og som afsæt for det videre arbejde med dem, fordi typificeringen af patientgruppen tillader en anden orientering og mere fleksibel positionering end den rent lægefaglige ekspertpositionering (Schutz, 1976/2005; Davies & Harré, 1990). De bliver betragtet som udtryk for, at patienter med dårlig egenomsorg begynder at interessere sig for – og tager del i – deres behandling. Med baggrund i Læge A8's typificering af patientgrupperne synes det mindre væsentligt for lægen at positionere sig som lægefaglig ekspert vis à vis KOL-patienterne og mere væsentligt at knytte an til positionen som vejleder og støtte for patienten i forhold til, at patienterne kan tage bedst muligt vare på deres helbred. Det kan derimod meget vel være, at samme læge ville forholde sig væsentligt mere kritisk, hvis en patient med type-2 diabetes kom med forslag til medicinændring efter at have deltaget i et kommunalt rehabiliteringstilbud, fordi det er en patientgruppe, som lægen oplever at have "styr på".

Lægens typificering af patientgruppen synes altså at have indflydelse på, hvordan lægen positionerer sig over for patienten samt indflydelse på, hvilke ledetråde ved det tværgående samspil lægen hæfter sig ved (Weick, 1995). At KOL-patienterne i nogle tilfælde kommer tilbage med lungefunktionsmålinger og forslag til medicinændringer bliver af lægen tolket som en art foræring eller gave (jfr. "de er kommet tilbage med noget til mig") og ikke som en indirekte kritik af lægens arbejde og som en potentiel trussel mod lægens fagprofessionelle identitet. Denne tolkning af ledetråde for meningsskabelse omkring det tværgående samspil om KOL-patienterne synes at blive muliggjort af det gensidigt betingede forhold mellem den måde, hvorpå lægen typificerer patientgruppen, og den måde, hvorpå lægen positionerer sig i forhold til patientgruppen. Forholdet kan tilnærmelsesvis skitseres på følgende vis (se næste side):



Figur 2. Sammenhængen mellem ledetråde, typificeringer og positioneringer.

Typificeringen af patientgruppen synes endvidere at have betydning for, hvad aktørerne mere specifikt lægger mærke til ved det kommunale rehabiliteringsforløb. Læge A8 forklarer eksempelvis, at det for det første handler om, at patienterne får støtte til at komme i gang med at dyrke motion, idet KOL-patienterne har svært ved at få luft og derfor kan have brug for ekstra støtte fra bl.a. fysioterapeuter til at komme i gang med at træne. Væsentligt for lægen er, at der er tale om en patientgruppe, der har stor gavn af at træne, og som samtidig kan have ekstra udfordringer i forhold til at komme i gang med træningen pga. sygdommens særlige karakter. For det andet lægger lægen vægt på, at KOL-patienterne på det kommunale forløb får lejlighed til at møde andre KOL-patienter. Det er vigtigt, fordi KOL er "en lidt mere [….] flov sygdom end diabetes". Lægen vægter med andre ord muligheden for erfaringsudveksling blandt patienterne, *fordi* der er tale om en stigmatiseret patientgruppe.

Ovenstående viser, at der er en tæt kobling mellem Læge A8's typificering af patientgruppen og de helt specifikke elementer ved det kommunale rehabiliterings-forløb, som lægen hæfter sig ved som ledetråde for koordineret handling i forhold til det tværgående samspil (Weick, 1995). Ledetrådene er de samme, som flere andre aktører fra almen praksis hæfter sig ved og begrunder deres gode erfaringer med – især det kommunale KOL-forløb. Aktørerne fremhæver først og fremmest, at patienterne er glade for forløbene, at de kommer i gang med at motionere, og at de oplever, at de kan noget mere, end de tror. Endvidere pointeres det, at patienterne via det holdbaserede KOL-forløb får lejlighed til at dele erfaringer igennem kontakten med andre, der har samme sygdom. Nogle hæfter sig ved, at træning og hold-baseret undervisning er aspekter, som de ikke selv har mulighed for at tilbyde deres patienter. Enkelte aktører er endvidere inde på, at man i kommunen har bedre mulighed for at give et mere omfattende og "allround" (Læge A1) tilbud, end man har tid til i almen praksis. En læge forklarer eksempelvis:

> ”[D]e der KOL-patienter […] som jo vil ha' kæmpe gavn af at komme i et motionsforløb eller et eller andet i forhold til hvordan man tackler det og hvad er det man skal reagere på, det kan vi også sagtens fortælle dem […] fordi meget af informationen ka' vi jo godt selv gi' [mm] men det der med at få dem i gang med noget motion det tror jeg er nemmere når man har et hold og man står til ansvar for nogen, der står en og venter på en, det gør vi jo ik' […].” Læge A3.

I citatet anes en dobbelthed, der er karakteristisk for flere af de praktiserende læger i forhold til, at de på den ene side oplever, at de selv og/eller deres sygeplejersker i vid udstrækning formår at tage hånd om patienterne og rådgive dem i forhold til livsstil og det at leve med en kronisk sygdom, mens de omvendt også peger på aspekter af de kommunale rehabiliteringsforløb, som de ikke selv har mulighed for at give, nemlig gruppeforløb og mulighed for at være på et motionshold. I modsætning til Læge A8 rammesætter Læge A3 imidlertid ikke sin egen relation til KOL-patienterne som problematisk eller uformående (jfr. Læge A8’s omtale af, at kommunen har givet patienterne noget, som lægen ”ik’ har formået at gi’”), selvom lægen i interviewet giver udtryk for, at KOL-patienterne ofte er vanskelige at arbejde med. Læge A3 positionerer sig derimod som en kompetent vejleder og rådgiver for patienten, men understreger at der er nogle elementer ved det kommunale forløb, som lægen ikke selv har mulighed for at give. På den måde opretholder lægen et positivt stabilt selvbillede (Weick, 1995). Det tværgående samspil bliver hverken til et spørgsmål om lægens aktuelle kompetence eller til et spørgsmål om, hvor kompetencen som vejleder og livsstilsrådgiver for patienten eventuelt bør være. Det bliver derimod til et spørgsmål om, at der er nogle elementer ved det kommunale forløb, som lige præcis den her gruppe af patienter har gavn af, som ikke hører under lægens fagområde.

6.1.3. LEDETRÅD FOR KOORDINERET HANDLING: DE SVAGE PATIENTER DER IKKE PASSER I KASSER

Flere af aktørerne i almen praksis skelner i deres omtale af patientgrupperne mellem de ”velfungerende” kronikere med god egenomsorg og en tungere mere svag gruppe af kronikere, hvor andre forhold såsom psykisk sygdom, sociale forhold og multisygdom er medvirkende til, at patienterne har dårlig egenomsorg. Aktørernes skelnen mellem de to typer af patientgrupper har betydning for, hvordan de skaber mening med det tværgående samspil. Overordnet tegner der sig et billede af, at det på den ene side er de besværlige og tunge patienter, som aktørerne oplever, at det giver mening at samarbejde med kommunen om, mens de finder, at de velfungerende kronikere får tilstrækkelig støtte og vejledning til at håndtere deres sygdom i almen praksis. På den anden side oplever flere aktører, at kommunens

tilbud ikke passer til gruppen af svage patienter, eller de oplever, at patienterne generelt ikke magter at deltage i andre sektorers tilbud og derfor bedre følges i almen praksis. Læge A7 er en af de læger, der på den ene side lægger vægt på, at samspillet med kommunen bør angå de svage patienter, men som samtidig oplever, at det kan være vanskeligt. Lægen beskriver henholdsvis de velfungerende og de svage patienter på følgende vis:

> ”[P]roblemet er, at lige netop kronikerne med diabetes og KOL ofte er enten vakse og selvkørende, og helt udenfor kommunens rækkevidde. De ”gider” ikke bruge tiden på de kommunale tilbud, og følges hos os. Den anden gruppe er de gamle, svage og skrøbelige, som tager imod de kommunale tilbud, og så alligevel ikke kan overkomme dem. I virkeligheden er det patientgrupper, som det er rigtigt svært at arbejde sammen om rent sygdomsmæssigt, fordi det er sociale problemer, andre sygdomme og plejebehov som fylder mere end KOL og diabetes. […] Det er faktisk […] kommet meget bag på os, og har også været en øjenåbner for os at se, ’hvor differentieret det hurtigt bliver, når det bliver kommunale tilbud til kronikere.” Læge A7 i mail den 5.12.13.

Lægen oplever, at gruppen af patienter med kronisk sygdom generelt synes at dele sig i to poler, som begge er irrelevante i forhold til kommunens eksisterende tilbud. På den ene side finder lægen, at kommunens tilbud er spild af tid for de velfungerende patienter. I et senere interview uddyber lægen, at give denne gruppe af patienter ”samme basistilbud” som de mere svage patienter indebærer kun ”en voldsom fordyring af kronikerbehandlingen”. Ifølge lægen vil gruppen ”i virkeligheden rykke meget mere med noget selvstudie med noget face-to face-undervisning”. På den anden side er lægen kritisk over for de eksisterende tilbud til de svage patienter, fordi ”rigtig mange mennesker har nogle problemer, der gør, at man simpelthen ik’ ka’ honorere […] de implicitte krav, der ligger i de tilbud […], og der er rigtig mange forventninger til folk, der ska’ ku’ deltage i et […] gruppetilbud”. Ingen af de to grupper af patienter får ifølge lægen noget ud af at deltage i de kommunale rehabiliteringsforløb, for mens forløbene er baseret på gruppeundervisning, som de mere velfungerende kronikere formår at profitere af uden egentlig at have brug for dem, så deltager samtidig meget dårligt fungerende patienter, der har helt andre basale udfordringer, og så er der lang vej til, at ”alle de ting, der ligger imellem faktisk kommer til at fylde”. De kommunale kronikertilbud bliver altså ifølge lægen ineffektive og ubrugbare, fordi de forsøger at rumme hele patientspektret under et og samme forløb.

En anden af Læge A7’s anker i forhold til det tværgående samspil omkring de svage patienter med kronisk sygdom, som lægen både anfører i mailsekvensen og omtaler andre steder i feltmaterialet, er, at patienterne tager imod et tilbud, som ender med at blive et pres for dem. Af feltmaterialet fremgår, at presset ifølge lægen dels består i,

at patienterne bliver kede af det, når de føler sig presset til at deltage i et tilbud om f.eks. træning, som de ikke magter, dels at patienterne gennem deres deltagelse i tilbud kommer i kontakt med diverse ”velmenende” sundhedspersoner fra andre sektorer, der kommer med forskellige behandlingsforslag. De mange gode idéer til patienternes behandling har ifølge lægen som konsekvens, at patienterne bliver forvirrede og kommer til at føle sig mere syge. Ifølge lægen er ”det at ha’ flere løsninger på den samme problemstilling, […] hos kronikerne sjældent det, der hjælper dem.” Lægen oplever derfor også, at patienterne er bedst stillet ved at blive støttet i at leve med sygdommen uden, at man tror, at man skal ”redde” dem.

Af feltmaterialet fremgår, at lægen især kobler det at ville redde patienten med specialsygeplejersker fra såvel kommune som sygehus. Ifølge lægen søger de ofte og med de bedste intentioner at optimere behandlingen for patienten. Resultatet er, at de kommer til at ”optimere det ene problem på bekostning af de andre”. Lægen vender i forbindelse med feltstudiet flere gange tilbage til samme historie om en patient med KOL, der netop oplevede at blive presset af andet sundhedspersonales velmenende intentioner. Lægen fortæller om patienten:

> ”Hun har også røget hele livet og har en middelsvær KOL […] så for nogle år siden dengang de kommunale tilbud blev lavet, […], så kom hun til det, og det var hun enormt glad for og det rykkede faktisk rigtig meget, […], hun mødte nogle andre KOL-patienter og det var sådan, der var sådan lidt græsrodsbevægelse over det […] det var enormt godt, så kom der nogle andre lidelser til og hun ku’ ligesom ik’ følge det der hold længere og røg ud af det, så oplevede hun faktisk som et stort pres at det sundhedspersonale der var ansat ved kommunen egentlig blev ved med at at punke hende for at hun sku’ komme og blev faktisk rigtig ked af det, fordi hun ik’ var i stand til det […] og vi lavede de vanlige KOL-kontroller som vi plejer med lungefunktionsundersøgelser her og sådan og det gik ik’ som det skulle, så sagde de der, jamen så må du da henvises videre, ja tænkte jeg, men det ka’ vi da godt […] fordi jeg tænkte det skal jo ik’ være mig der sidder og er festbremse i et eller andet, selvom man kan sige der er jo ik’ andet medicin man kan gi’ i et lungemedicinsk ambulatorium, hvor de konstaterede hun havde den her lidelse og ik’ lavede om på medicinen fordi hun fik den medicin hun sku’ ha’, og så laver de egentlig alligevel et forløb der, så sætter de en KOL-sygeplejerske til også at tage sig af hende, så nu har hun sin egen læge, hun har en der prøver at holde kontakten fra Sundhedscenteret, og så har hun en KOL-sygeplejerske fra ambulatoriet, […], og det hun føler i det her det er at hun er blevet mere syg nu, selvom hendes lungefunktion er fuldstændig den samme, fordi nu er der flere der rykker i hende, [..]. Og det synes jeg var rigtig synd for hende fordi hun er ik' blevet mere syg, men hun føler sig mere syg og hun er blevet mere ked af det, og det hun så får ud af det, når de så kalder hende ind til årskontrol i lungemedicinsk

ambulatorium, det er at de siger hun er da ked af det, hun skal da ha' nogle lykkepiller, det skal du gå til din læge og sige, […], det er tredje år i træk […], og det synes jeg var rigtig ærgerligt, fordi det er ik' det det handler om, det her det handler om at hun er træt af at hun ik' kan det […] hun gerne ville kunne, og så føler hun sig presset af at der er nogen der gerne vil hjælpe hende, og det kan hun ik' leve op til, og i virkeligheden så kommer hun her, jeg klapper hende lidt på skulderen og siger, jamen ved du hvad din lungefunktion er faktisk ik' blevet dårligere, og jeg har lavet depressionstest på hende et par gange, hun er ik' deprimeret, hun skal ik' ha' såkaldte lykkepiller, det vil ik' være det der redder hende, det der redder hende det er, at der er nogen mennesker der klapper hende på skulderen. […] og det er jo alt sammen særdeles velment, men det det ender ud i nogen gange det er at jeg egentlig føler jeg sidder tilbage med alle de aber de andre opfinder ik' også, […] kronisk syge mennesker de har deres sygdomme og det at ha' dem er ik' det samme som at der er nogen der ka' redde dem. Der er nogen der kan støtte dem undervejs, men det der med at blive reddet det er ligesom om, igen en risiko for at det lyder lidt hovent at hvis man kommer til en specialuddannet f.eks. sygeplejerske som er rigtig dygtig til det de laver, men som måske ikke har samme baggrund for at vurdere alle de andre ting sammen med, at så bliver det maksimum indsats alle steder, […] men jeg sku i hvert fald gerne ha' sørget for at behandlingen var optimal inden vi går videre i det, og det er så der vi som speciallæger i almen medicin igen kan komme til at lyde lidt hovne og sige jamen vi har vores uddannelse med en basisuddannelse og en femårig overbygning på og mange års erfaring i at følge de her kronikere, […], det kan man altså ik' specialuddanne en sygeplejerske til på et år, og det er tværtimod det man gør inde for flere og flere områder [mm] at man specialuddanner nogen til at ta' sig af ét problem og så ryger de andre i baggrunden og så ka' man sige, at så ender det med at man prøver at optimere det ene problem på bekostning af de andre og det kan man jo ik'." Læge A7.

I lægens fortælling fremstilles det kommunale KOL-tilbud som et godt tilbud, som patienten har haft gavn af, så længe patienten kun havde én kronisk lidelse. Lægen hæfter sig ved, at patienten gennem tilbuddet fik anledning til at møde andre med samme sygdom, kom i gang med at lave gymnastik og ikke mindst, at patienten fortsatte med at træne på egen hånd. Vigtigt er imidlertid, at da patienten på et tidspunkt bliver mere dårlig og får flere tilstødende lidelser, så oplever lægen, at patienten via sin deltagelse i det kommunale tilbud har kontakt til andre sundhedsfaglige personer, som dels lægger pres på patienten i forhold til at fortsætte med at træne, dels lægger pres på patienten og hermed indirekte lægen i forhold til at søge optimering af behandlingen gennem kontakt til andet sundhedsfagligt personale. Dette falder – i modsætning til eksemplet med Læge A8 i forrige afsnit – lægen for

brystet. Opfordringen til patienten om at søge mere specialiseret behandling og KOL-sygeplejerskens behandlingsforslag om depressionsmedicin opleves som en kritik af – og manglende respekt for – lægens arbejde og position som tovholder for patienten og lægefaglig ekspert. I fortællingen positionerer lægen sig således tydeligt som den lægefaglige ekspert ved at understrege, at patienten "fik den medicin hun sku' ha' ", ligesom lægen med reference til sin uddannelse positionerer sig skarpt over for specialsygeplejerskerne som den behandlingsmæssige ekspert for patienten (jfr. "vi har vores uddannelse med en basisuddannelse"). Lægen oplever altså i et lidt længere tidsperspektiv ikke patientens involvering i det kommunale KOL-tilbud som en positiv forstyrrelse, der hjælper ham videre i sit arbejde med patienten, men derimod som en forstyrrelse der giver en masse ekstra arbejde (Weick, 1995). For det første er forstyrrelsen anledning til, at lægen skal forholde sig til de andre aktørers forslag og samle op på dem ved bl.a. at lave depressionstests og i form af at skulle orientere, trøste og berolige patienten (jfr. "jeg sidder tilbage med alle de aber de andre opfinder"). For det andet er forstyrrelsen anledning til, at lægen må engagere sig i meningsskabelse med henblik på at forstå og tolke de diskrepante ledetråde angående lægens fagprofessionelle identitet, som patientens samspil med de andre sundhedsprofessionelle aktører giver anledning til. De andre aktørers handlinger bliver således ledetråde for lægen, der bærer signalværdi i forhold til, hvordan de andre aktører ser ham og hans arbejde (Wrezeniewski et al., 2003). Både det at patienten opfordres til at søge anden behandling end den, som lægen giver på et tidspunkt, hvor det ikke gik, "som det skulle", og sygeplejerskernes forslag om depressionsmedicin, opleves af lægen som en kritik af – og manglende respekt for – lægens behandlingsmæssige indsats.

Set i lyset af de andre aktørers tiltag er det vigtigt for lægen at positionere sig som den medicinske og behandlingsmæssige ekspert med baggrund i den praktiserende læges generalistkompetencer. Interessant er dog, at i fortællingen fremdrages denne kompetence som en specialistkompetence, idet lægen positionerer sig som "*special*læge i almen medicin" (min kursivering). Lægens valg af ord viser, hvordan begreber og hermed lægens positionering i det tværgående samspil betydningsudfyldes i den relationelle kontekst, de gives i (Hansen & Pedersen, 2014). Ved at positionerer sig som specialist (med generalist kompetencer) trækker lægen på en fremherskende diskurs i det nære sundhedsvæsen, som lægen dog samtidig kritiserer, for at positionere sig stærkere vis-a-vis specialsygeplejerskerne og for at stå stærkere i forhold til at give mening til fortællingen om patienten (Davies & Harré, 1990; Gioia & Chittipeddi, 1991). Lægens positionering som den medicinske og behandlingsmæssige ekspert med generalist kompetencer er tæt koblet til typificeringen af den svage kroniske patient som en patient, hvor der ikke kun er én sygdom at forholde sig til, men ofte flere lidelser foruden eventuelle sociale og psykiske forhold. De andre aktører er i lægens fortælling tilbøjelige til at overse disse forhold, fordi de qua deres specialuddannelser alene har fokus på ét sygdomsspecifikt område. Lægen opretholder således et positivt stabilt selvbillede via typificeringen af stærke og svage patientgrupper. Her kan han via sin viden og

position som generalist tage højde for alle forhold modsat specialsygeplejersken, ligesom han oplever bedre at kunne leve med, at han ikke kan redde patienten fra sin kroniske sygdom, men alene kan lære patienten at leve med den.

Det interessante ved fortællingen er, at lægen flere gange i forbindelse med feltarbejdet vender tilbage til samme fortælling og det bl.a. med omkring et års mellemrum. Fortællingen synes således at udgøre en vigtig del af lægens "erfaringsvokabular", dvs. en ramme for lægens meningsskabelse, der hjælper lægen til at udvælge og forstå ledetråde i omgivelserne (Weick, 1995, s. 127). Historien hjælper lægen med at begrunde sin kritik af de andre sektorers mange sygdomsspecifikke behandlings- og rehabiliteringstilbud, der administreres af specialsygeplejersker, og som overdriver indsatsen på ét sygdomsområde på bekostning af andre områder. Problemet er ikke, at patienterne får et tilbud, men at specialsygeplejerskerne for det første ikke giver slip på patienterne igen og således forstyrrer lægens position som tovholder for patienten. For det andet at de i deres iver for at hjælpe patienterne kommer med behandlingsforslag, som lægen oplever som en kritik af – og manglende respekt for – sine lægefaglige generalistkompetencer. Desuden oplever lægen ikke, at de hjælper patienten, men tværtimod at de gør patienten forvirret og utryg samt giver lægen ekstra arbejde i forhold til at skulle lave overflødige tests og henvisninger foruden at skulle bruge tid på at berolige og forklare de utrygge patienter, hvad der sker.

Det er også interessant, at selvom lægen vender tilbage til den samme fortælling flere gange, så synes det ikke at være fordi, at lægen har oplevet flere lignende konkrete episoder i forhold til kommunens rehabiliteringstilbud til patienter med KOL eller type 2-diabetes. Fortællingen synes derimod at repræsentere en generel tendens, som, lægen oplever, spreder sig i såvel kommunen som på sygehuset. Af feltmaterialet fremgår således, at lægen utvetydigt forbinder sygehuset og kommunens sundhedscenter samt hjemmepleje med specialsygeplejersker. Ofte forbliver det dog uklart, hvilke konkrete sygeplejersker og hændelser lægen mere præcist forbinder med hvilke steder, idet lægen blot i mere vage termer kritiserer KOL-sygeplejersker, diabetessygeplejersker, demenskoordinatorer, geronto-sygeplejersker og palliativ-sygeplejersker uden præcist at lokalisere dem organisatorisk. Lægens fortælling om den ældre KOL-patient er altså ikke nødvendigvis en repræsentativ fortælling om lægens konkrete erfaringer med det kommunale sundhedscenter, men fortællingen er del af lægens erfaringsvokabular, fordi den hjælper lægen til at forstå og navigere i det tværgående samspil. En af de syv karakteristika for den meningsskabende proces er netop, at den er drevet af plausibilitet nærmere end af akkuratesse (Weick, 1995). Det væsentlige i lægens fortælling er således ikke, hvorvidt den er objektiv 'sand', eller om de andre aktører kan genkende sig selv i fortællingen. Væsentligt er, at fortællingen hjælper lægen til en plausibel og sammenhængende forklaring på et kompliceret patientforløb, hvor andre aktørers handlinger bliver opfattet som ledetråde, der potentielt truer lægens fagprofessionelle selvbillede.

Læge A7's typificering og differentiering af patienterne med kronisk sygdom som patienter, der enten er velfungerende "og uden for kommunens rækkevidde", eller som svage patienter der hurtigt bliver presset af andet sundhedspersonales forsøg på at redde dem, synes at betyde, at lægen hjælper begge typer af patienter bedst ved at undgå involvering af andre aktører i patientforløbene. Af feltmaterialet fremgår imidlertid, at lægen ikke per se forholder sig kritisk til det tværgående samspil, men at lægen især i forhold til svage patienter med kronisk sygdom er kritisk over for diagnosespecifikke standardtilbud og pakkeforløb og i forbindelse hermed også forholder sig kritisk over for specialsygeplejersker, der kun har fokus på én sygdom. For lægen giver det imidlertid rigtig god mening at arbejde sammen med kommunen om de svageste patienter, der netop ikke passer i de kasser, som sundhedsvæsenet ellers bliver mere og mere fyldt med:

> "I bund og grund kan man vel sige at noget af det vi har brug for det er også og ku' få […] afsat eller ku' få løst de problemer der vedrører de patienter også i de her kategorier der ikke falder i nogle kasser, for det er jo dem man kan sige, lige nu som sundhedssystemet bliver indrettet jamen så passer det rigtig godt til patienter, der passer i kasser, men alle dem der falder imellem to kasser, dem er vi nødt til at ku' gøre et eller andet for […] og der ku' det være sådan noget som også at have adgang til rehabilitering uden om sygehuset uden om et indlæggelsesforløb." Læge A7.

Som eksempel på en patient, der ikke passer i kasser, nævner lægen en KOL-patient, der også har diabetes, og som pga. senkomplikationer til diabetes har mistet begge sine ben. Patienten passer ikke ind i nogle af de gængse rehabiliteringsforløb, "fordi hun er svær at lave KOL-gymnastik på, fordi hun ingen ben har", og "hun er svær at lave noget diabetes-ernæringsvejledning på, fordi hun ik' har overskuddet til det […]". Lægen fik patienten i et rehabiliteringsforløb på det kommunale rehabiliteringscenter, men det krævede en ekstra indsats i forhold til at finde og få "overbevist" en person om, at kommunen måtte tage hånd om patienten, fordi patienten skulle blive i hjemmet. Lægen er samtidig overbevist om, at havde han bare skrevet til Rehabiliteringscentret, så var patienten blevet afvist, fordi "så støder man straks imod, at hun fejler flere ting, og så siger de sådan 'jamen det ka' vi ik' ta' os af'". Lægen oplever altså på den ene side, at kommunens tilbud tenderer mod at blive 'kassetilbud'. Derfor er lægen også meget skeptisk over for de mange projekter, som bl.a. kommunen sætter i søen. Projekter er nemlig ofte baseret på rigide inklusionskriterier og kasser, som patienterne sjældent passer i. På den anden side fremgår det af citatet, at det er i kommunen og ikke på sygehuset, at lægen forventer at kunne finde en løsning på sit problem med patienterne, der ikke passer i kasser. Dette synes at bero på, at selvom man i kommunen får flere og flere kassetilbud og specialsygeplejersker, så er det dog også i kommunen, at man bl.a. finder hjemmesygeplejerskerne. Lægen er i modsætning til "specialsygeplejerskerne" en

varm fortaler for hjemmesygeplejerskerne, der ligesom lægen er vant til at arbejde med ”alle dem der ik’ passer i nogle kasser”, og som netop også ”står med alverdens problemstillinger der rager ud i alle verdenshjørner”. For lægen repræsenterer hjemmesygeplejerskerne således det modsatte af specialsygeplejerskerne, fordi de er ”vant til at ha’ alle faktorer med”.

For Læge A7 er det altså især de vanskelige patienter, der ikke passer i kasser, der er ledetråd for koordineret handling i forhold til samspillet med kommunen. Det handler om ”at få afsat eller ku’ få […] løst de problemer”, der angår de mere vanskelige patienter, og derfor er det også hjemmesygeplejerskerne med generalistkompetencer, som lægen orienterer sig mod. Hver gang lægen støder mod en barriere i form af kasser og rigide inklusionskriterier i forhold til at komme videre med patienten i patientforløbet, eller patientforløbet kompliceres af specialsygeplejerskernes ekstraindsatser, opleves det derimod som en forstyrrelse i arbejdet, der let skaber frustration og irritation (Weick, 1995). Lægens fokus på – og typificeringer af – patienterne såvel som af sygeplejerskerne betyder, at det især synes at være, når arbejdet kompliceres af projekter, specialsygeplejersker og kassetilbud, at lægen hæfter sig ved samspillet med kommunen. De negative oplevelser synes med andre ord at overskygge de positive oplevelser, som lægen dog også giver udtryk for at opleve i sine fortællinger. Dette beror givetvis på, at individer generelt tildeler negative begivenheder mere opmærksomhed end positive (Matilis et al., 2013). Lægen hæfter sig med andre ord ved de omtalte negative begivenheder, fordi lægen forventer eller håber på at kunne få sine problemer omkring mere vanskelige patienter løst gennem samspillet med kommunen samtidig med, at der er nogle forhold, der forstyrrer og vanskeliggør samspillet.

Denne dobbelthed mellem på den ene side at opleve, at samspillet med kommunen kan lette lægens arbejde ved en mere åben og fleksibel tilgang til vanskelige patienter, mens der på den anden side også er rigide kasser og rammer, som patienterne skal passe ind i, genfindes også i lægens oplevelse af det kommunale sundhedscenters rehabiliteringstilbud:

> ”[D]et man kan sige Sundhedscentret udmærker sig ved [mm] det er nemlig lige nøjagtig og ha’ et individuelt tilbud til at starte med, at der er en individuel visitationssamtale hvor man ligesom vurderer ’hvad ka’ vi gøre’ fordi, og det er nemlig skidegodt, fordi der er man nemlig ude over det der med, at jeg skal finde en kasse til at starte med […]. Mit problem det er så bare, at de tilbud der kommer efterfølgende, at de bliver kasseagtige og de er ik’ tilegnet den enkelte [mm], så kan det godt være der er nogle enkelte, der hvor man med det samme får gjort klart, det her er en sårbar, en svag måske psykisk dårlig patient, det duer ik’ med noget hold, det er nogle samtaler individuelt og så er det det.” Læge A7.

Af citatet fremgår, at lægen oplever, at der i kommunen bliver taget hånd om patienterne med udgangspunkt i patienternes særlige behov, men at det kræver en særlig indsats fra lægens side, hvis ikke patienterne skal ende i de kasseagtige tilbud. Det antydes, at lægen oplever det som positivt, at lægen i forbindelse med kontakt til kommunen ikke først skal bruge tid på at finde ud af, hvilke kasser patienterne passer i. Problemet for lægen er dog, at det fortsat kræver en ekstra indsats af lægen at sikre sig, at svage patienter på et senere tidspunkt i forløbet på Sundhedscentret ikke blot ryger tilbage i et kasseagtigt tilbud.

Mens Læge A7 både forholder sig positivt og kritisk til tilbuddene på det kommunale sundhedscenter med udgangspunkt i de mere svage patientgrupper som ledetråd for koordineret handling, så er der samtidig andre aktører, der generelt synes at forholde sig positivt. En praksissygeplejerske beskriver eksempelvis, hvordan hun primært bruger kommunens kronikertilbud til patienter, der ”ikke er så kvikke” (Praksissygeplejerske A2). Det gør hun for det første, fordi hun oplever, at man på Sundhedscentret ”har mere tid” til patienterne end det kvarter, hun har afsat i almen praksis. For det andet fordi patienterne får mulighed for at motionere og afprøve motionsredskaber. Som eksempel fortæller hun om ”en mongolpige”, der ligger i gråzonen til diabetes, og som ikke vidste, hvad ”en kondicykel […] var, før hun kom derop og prøvede at være på den.” Sygeplejersken nævner i samme forbindelse, at hun desuden ”kan finde på” at anbefale Sundhedscentret til patienter, som hun ”ikke føler, der rykker overhovedet”. Sundhedscentrets tilbud bliver altså en mulighed for sygeplejersken for at komme videre i sit arbejde med patienter, som hun oplever, at det er vanskeligt at arbejde med.

Det kan desuden nævnes, at flere andre aktører ligesom Læge A7 fremhæver som positivt, at de kan sende patienter til det kommunale sundhedscenter uden, at patienterne skal passe i bestemte kasser, og uden at man først skal tage stilling til, hvilke kasser patienterne passer i. En anden læge forklarer:

> ”Jeg tænker også det nye Sundhedscenter som så’n meget – der er en meget positiv tilgang til de ting vi kommer med, hvor vi meget oplever i vores hverdag vi støder på forhindringer, vi støder på små nåleøjer som vores patienter skal passe i ind i, ellers så er der ikke noget behandlingstilbud. Her er det. Vi skal bare sørge for at få formidlet kontakten og så er folk velkomne og der er et stort og rigt tilbud […] og jeg synes også, vi er velkomne med vores henvendelser og det er positivt i en hverdag fuld af hyggebrok omkring forskellige frustrationer i forhold til hospitalsverdenen.” Læge 5, fokusgruppe.

Citatet viser, at Læge 5 ligesom læge A7 hæfter sig ved, at de kommunale tilbud på kommunens sundhedscenter er åbne og inkluderende og således hjælper lægen hurtigt videre i sit arbejde, mens andre (behandlings)tilbud i især hospitalsverdenen

opleves som ekskluderende og som hindringer i forhold til lægens arbejde. Citatet lader samtidig ane, at Læge 5 i modsætning til Læge A7 ikke synes at opleve, at tilbuddene efter den umiddelbare inklusion bliver kasseagtige. Lægens ledetråd for koordineret handling synes således både at være af praktisk karakter i forhold til, at det er let at henvise patienterne og af relationel karakter i og med, at lægen lægger vægt på, at både lægerne og patienter er "velkomne" med deres henvendelser.

6.1.4. NÅR DEN TVÆRGÅENDE OPGAVE IKKE BEMÆRKES

De to ovenstående afsnit har vist, hvordan aktører i almen praksis hæfter sig ved bestemte ledetråde i det tværgående samspil på baggrund af et gensidigt dynamisk forhold mellem den måde, som aktørerne typificerer patientgrupperne på, og den måde hvorpå de positionerer sig i forhold til dem. Det fremgår videre, at aktørerne især synes at bemærke og skabe mening med de forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, hvor de er blevet enten positivt eller negativt forstyrret i deres arbejde. De tværgående opgaver, der knytter an til de grupper af patienter og de dele af arbejdet, som aktørerne oplever at have styr på og har veletablerede rutiner omkring, bliver derimod ofte ikke bemærket, eller de er sværere for aktørerne at skabe mening med. Det fremgik eksempelvis, hvordan Læge A8 oplever, at kommunens KOL-rehabiliteringstilbud fungerer "meget bedre end diabetes", fordi man i lægens praksis har godt styr på diabetes. Som det fremgik af afsnittet, synes dette at gøre sig gældende hos flere af aktørerne i almen praksis i forhold til gruppen af patienter med type 2-diabetes. Feltmaterialet indikerer endvidere, at nogle af aktørerne ikke synes at orientere sig mod og bemærke ledetråde angående det tværgående samspil omkring patienterne med de kroniske sygdomme, fordi arbejdet med patientgrupperne mere overordnet opleves og typificeres som rutinearbejde eller opleves at være uinteressant.

I forbindelse med feltarbejdet blev de praktiserende læger bedt om at finde konkrete patientforløb med patienter med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes, hvor de havde oplevet et samspil med kommunen, som, de fandt, havde fungeret godt, samt et samspil hvor de syntes, der havde været barrierer for samspillet. Som omtalt i metodekapitlet kunne lægerne ikke finde nogle forløb. Flere læger spurgte endvidere om, hvorvidt det skulle være patienter med KOL og type 2-diabetes, da de ikke syntes, at patienterne "fylder så meget", eller "at der er så vældig meget at gøre i forhold til dem". Andre læger pegede jfr. Læge A7's mail i ovenstående afsnit på, at de havde svært ved at finde forløb, fordi patienterne med de omtalte kroniske sygdomme enten er "velfungerende" eller også er de gamle og "syge af anden årsag" (Læge A8). De praktiserende læger havde altså svært ved at skabe mening med forespørgslen i forhold til feltarbejdet.

En forklaring er, at der i almen praksis er veletablerede rutiner i forhold til patientgrupperne, og de praktiserende læger derfor ikke orienterer sig mod – og hæfter sig ved – mulighederne for et tværgående samspil med kommunen. Som eksempel kan nævnes Læge A6, der i forbindelse med sit interview flere gange virkede en smule irriteret over interviewerens forsøg på at holde fokus på patienter med KOL og type 2-diabetes:

> ”Jamen, altså det er jo ik' KOL og diabetes der fylder i min hverdag det er en del af det [mm] fordi du kommer jo hele tiden til at sige KOL og sukkersyge, som så, det er jo ik' bare det jeg laver altså.
>
> […]
>
> Det der fylder, det er mine cancerpatienter der er ved at dø [mm] det fylder [mm], det er jo ik' om om blodsukkeret er den ene eller den anden værdi det er jo det er jo ik' det der fylder [nej], så jamen jeg lever med at jeg synes KOL er svær fordi at jeg ik' ka' få engageret dem til at få dem til at ta' sig af sig selv, og mine diabetespatienter, mine hypertensionspatienter og mine kardiovaskulære patienter jamen det kører altså [mm], så det er jo ik' det der fylder [nej] det er bare ren rutine ik', undtaget lige KOL-patienterne og de der alle de der nye devices der, det er sgu ik' helt rutine endnu.” Læge A6.

For Læge A6 er arbejdet med de kronisk syge patienter i vid udstrækning rutinearbejde (andre steder karakteriserer lægen også arbejdet som ”håndværk” og som ”en sideting” i sit arbejde), der ikke fylder i hverdagen. En af grundene til, at det ikke fylder, er, at hovedparten af de kronisk syge patienter ”jo ik’ [er] syge syge, det er bare en kronisk sygdom, de skal lære at leve med og lære at håndtere og lære at tage højde for, ellers bliver de syge af det”. Det, der derimod fylder og er ”vigtigst” for lægen, det er at være ”del af folks liv, når det gør ondt” som eksempelvis ved de døende cancerpatienter eller ved patienter ramt af alvorlig stress eller depressioner. Lægen modstiller altså kronikerne over for de alvorligt syge kræftpatienter og opererer samtidig med en skelnen mellem rutinearbejde, der ikke fylder, og det mere vigtige arbejde, der fylder. Dette er overensstemmende med bl.a. Markus C. Beckers karakteristik af organisatoriske rutiner (Becker, 2004). De tjener (ligesom typificeringer) til at skabe stabilitet og forudsigelighed og tillader, at beslutninger træffes hurtigt og delvis ubevist. På den måde frigøres tid og kognitive kræfter hos aktørerne til at forholde sig til mere komplekse og ikke-rutinevante aktiviteter (Ibid.). Det, at arbejdet med bestemte patientgrupper således synes at blive typificeret som mindre alvorligt eller ”ikke komplekst” (Læge A8) og kobles med rutineprægede handlemønstre i organisationen, er altså med til at give tid og plads til, at andet arbejde prioriteres herunder arbejde, der ikke er del af de etablerede rutiner. For Læge A6 fungerer de etablerede rutiner i vid udtrækning godt (jfr.

”mine diabetespatienter, mine hypertensionspatienter og mine kardiovaskulære patienter jamen det kører altså”), og derfor opleves det at skulle forholde sig til samspillet med kommunens sundhedscenter i interviewsituationen som en forstyrrelse, som lægen har svært ved at give mening til:

> “Læge A6: [J]eg prøver på at få lavet et pænt stykke arbejde her i mit regi og yde det som jeg kan i mit regi [mm] og så er det jo det så med og finde ud af jamen er det et supplement eller er det bare en sideløbende forløb det de ka' tilbyde [på kommunen], det er den jeg lidt er lidt i tvivl om ik', og det vil sige så prøver jeg på at gøre det jeg mener, jeg skal ud fra de behandlingsværdinormer som jeg har sat for mig selv, det jeg gerne vil med […] mit virke plus alle de her krav som er sat op omkring mit virke at det skal jeg yde [mm] med Sentinel datafangst og guderne skal vide hvad vi skal lave af data der [mm], blodprøver og EKG og medicin og tjeklister og jeg ved ik' hvad mulighederne er, så Sundhedscenteret det står som sådan en eller anden liste lidt længere nede som jeg måske ik' lige har haft overskud til at tage mig [mm] eller altså det har jeg ik'.
>
> Interviewer: Og det du ville sku' finde ud af, […] det var at du egentlig fandt ud af hvor er det de kan lave et supplement til det du selv laver her [ja] og det er du lidt usikker på på nuværende tidspunkt [ja] ja.
>
> Læge A6: Et eller andet sted hvis […] jeg gjorde […] mit arbejder optimalt så burde de jo slet ik' behøves [mm] men det er jo også noget med at sige jamen okay, hvis jeg nu gør det her til, så kan de så tage over der ik'.”

Citatet viser, at Læge A6 oplever at gøre sit arbejde godt nok, og lægen er derfor ikke umiddelbart optaget af – eller åben for – ledetråde for koordineret handling i forhold til kommunens sundhedscenter (Weick, 1995). Da lægen på foranledning af intervieweren søger at forklare, hvorfor fokus har været ”andre steder […] end lige Sundhedscentret”, har lægen svært ved at skabe mening. Lægen synes at forbinde opkomsten af kommunens rehabiliteringstilbud med en kritik af lægernes arbejde. For lægen betyder det at skulle forholde sig til samspillet med kommunen altså ikke bare, at veletablerede rutiner forstyrres og potentielt tager fokus væk fra det arbejde, som lægen finder er vigtigst. Lægens rammesætning af samspillet som en mulig kritik af lægernes arbejde betyder, at lægen vil skulle investere energi i at skabe mening omkring sin egen professionsmæssige identitet og positionering i forhold til en patientgruppe, som i vid udstrækning opleves som uproblematisk for lægen. For lægen er det derfor umiddelbart naturligt at holde fast i de allerede etablerede rutiner.

En anden læge (Læge 8 i fokusgruppeinterviewene) fortæller i forbindelse med feltarbejdet i almen praksis, at han personligt ikke finder KOL og diabetes særligt spændende, og at det er sygdomme, som det handler om at "organisere sig ud af". Lægen spørger flere gange i forbindelse med drøftelse af feltarbejdet, om det skal have noget med KOL og diabetes at gøre, fordi han synes "ikke, at der er så vældig meget at gøre i forhold til dem. Det handler grundlæggende om at få sat det i system og af sit bord, så det er noget, som sygeplejerskerne kan tage sig af." (Observation fra almen praksis den 30.10.13). Lægen fortæller desuden under et af fokusgruppeinterviewene, at han oplever det kommunale sundhedscenter som overflødigt, fordi man i lægens praksis selv tager sig af patienterne og giver rygestopforløb m.m. I lægens praksis er der ansat praksissygeplejersker, der varetager kronikerkontroller samt livsstilssamtaler og rygestopforløb.

Læge 8 lægger altså ikke skjul på, at han anser de kroniske patienter for uinteressante at arbejde med, hvorfor han så vidt muligt søger at overdrage arbejdsopgaverne forbundet hermed til sine praksissygeplejersker. Lægens mere overordnede typificering af de kroniske patienter som uinteressante sammen med koblingen til en i almen praksis internt etableret organisering og fordeling af opgaverne synes at have som konsekvens, at lægen ikke er åben for at afsøge nye handlehorisonter i forhold til patientgruppen endsige at være åben for nye ledetråde for koordineret handling. Af feltmaterialet fremgår endvidere, at praksissygeplejerskerne i lægens klinik heller ikke synes at være åbne for ledetråde for koordineret handling i forhold til de kommunale rehabiliteringstilbud. En af praksissygeplejerskerne fortæller eksempelvis, at hun ikke henviser patienter til de kommunale tilbud, og at hun heller ikke oplever, at lægerne henviser ret mange, da "vi har det her". Ifølge praksissygeplejersken er det bedre at afholde livsstilssamtaler i almen praksis, fordi det er lokalt, hvilket betyder, at patienterne ikke skal køre så langt (den omtalte praksis ligger i et af kommunens yderområder), og fordi sygeplejerskerne i almen praksis har mulighed for at give individuel rådgivning, hvilket sygeplejersken mener er bedre for patienterne.

Eksemplet med Læge 8 og praksissygeplejersken viser, hvordan meningsskabelsen er socialt forankret i den enkelte praksis og del af et "netværk af intersubjektive delte meninger" heri (Walsh & Ungson, 1991, s. 60). Flere af aktørerne i den pågældende praksis gav i forbindelse med feltstudiet og i forbindelse med interviews udtryk for en fælles forståelse af, at man selv håndterer og varetager livsstilsvejledning af patienter med – eller med risiko for – kronisk sygdom. Meningsskabelsen omkring det tværgående samspil forbliver på den måde stabil, og der afsøges og indoptages ikke nye ledetråde, der kan være med til at skabe ny mening.

En forklaring på, at lægerne havde svært ved at skabe mening med forespørgslen i forhold til feltarbejdet, kan altså være, at de ikke oplever at have et samspil med kommunen i forhold til patientgruppen, fordi de selv har veletablerede rutiner omkring dem og derfor ikke bemærker opgaven. En anden forklaring på, at lægerne havde svært ved at finde konkrete eksempler på deres samspil med kommunen ikke

bare i forhold til det kommunale sundhedscenter, men generelt, kan være at den del af samspillet, der angår kronikerne, sker ubemærket, fordi selve samspillet er en del af aktørernes rutine. Det fungerer, og derfor skiller det sig ikke nævneværdigt ud. En læge fortæller eksempelvis, at han synes, at han ”har haft svært ved at konkretisere det nok til det med de to kroniske lidelser og så […] samarbejdet med kommunen”. Lægen finder, at ”den kommunikation, der foregår, […] er langt det meste af tiden relevant […], og den er også i en god tone og det er et godt samarbejde” (Læge A4). Lægen oplever, at der er nogle gode ”grundtilbud i kommunen” og nævner bl.a. palliativsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne og fortsætter: ”[D]et er ikke sådan jeg synes, der er noget, der skal revolutioneres for at lave det meget bedre egentlig.” (Læge A4).

En anden læge betegner det kommunale samspil om kronikerne som ”et forholdsvist lille felt” og fremdrager, at der er andre ”vinkler og […] områder i det kommunale samarbejde”, der ”er langt mindre velfungerende end lige præcis de her kronikere” (Læge A2). Lægen peger på, at det hænger sammen med, at mange af de kronikere, der følges i kommunen, er ”forholdsvis velfungerende”, og hvis der er ”nogen ting, der ikke fungerer”, så ”bliver det ikke det store problem, altså der er ingen, der falder døde om (griner).” Lægen nævner videre, at i lægernes verden betyder det ikke så meget, om en patient går med ”lidt skævt blodskukker (griner) i tre eller seks måneder”, da det ”meget sjældent […] betyder så meget”, og ”der bliver jo taget hånd om det på et tidspunkt”. Som modsætning til kronikerne og samspillet med kommunen nævner lægen derimod de ”alvorligt syge” og samspillet med sygehuset, hvor der er flere eksempler på, at det kun er held, at patienterne er ”i live efter weekenden”. Den type af eksempler oplever lægen ikke i forhold til samspillet med kommunen. For lægen ville det derfor også have været ”langt mere spændende at kigge på” samspillet med regionen og med sygehusafdelingerne, ”for der er der godt nok mange sten at vende”, og ”DER kan man VIRKELIG tale om det her med sektorovergange”, og om at der er ”lang vej endnu […] inden det fungerer optimalt”. Læge A2’s overvejelser omkring samspillet med kommunen om kronikerne illustrerer, hvordan lægen dels oplever, at samspillet er velfungerende sammenlignet med andre områder i kommunen, dels hvordan samspillet med kommunen generelt opleves at være velfungerende i forhold til samspillet med sygehuset. For lægen synes samspillet med kommunen om kronikerne altså i dobbelt forstand at være uproblematisk og samtidig noget, som generelt ikke er af alvorlig karakter. Det betyder imidlertid ikke, at lægen ikke er opmærksom på ledetråde for koordineret handling i forhold til kommunen. Lægen er interesseret i samspillet med kommunen og synes generelt at være velorienteret i forhold til, hvad der er af kommunale tilbud til kronikerne, men det kan være med til at forklare, hvorfor lægen syntes, at det var svært at finde konkrete forløb at tale om.

6.1.5. OPSAMLING

De ovenstående afsnit viser, hvordan aktørernes typificering af de to patientgrupper er tæt koblet med hvilke ledetråde ved det tværgående samspil, aktørerne hæfter sig ved, og hvordan de skaber mening med dem. Det fremgår, at aktørerne langt oftere omtaler det kommunale tilbud til KOL-patienter end kommunens tilbud til diabetespatienter, men også at enkelte aktører slet ikke synes at hæfte sig ved ledetråde for koordineret handling i forhold til kommunen, fordi de oplever at have veletablerede rutiner i forhold til kronikerne generelt.

Det er tidligere blevet omtalt, hvordan de meningsskabende processer ifølge Weick er drevet af forsøg på at håndtere forstyrrelser og usikkerheder, der hindrer aktører i at fortsætte deres projekter og igangværende gøremål, eller som giver anledning til at destabilisere aktørernes selvbillede (Weick, 1995). Forstyrrelser kan i dette perspektiv være begivenheder, der enten hindrer eller hjælper aktører i at gennemføre en handling, tankerække eller en plan (Ibid.). I forlængelse heraf er en mulig forklaring på den iagttagede forskel på den opmærksomhed, der rettes mod kommunens KOL-tilbud og diabetestilbud, at aktørerne er mindre tilbøjelige til at afsøge og hæfte sig ved ledetråde omkring kommunens tilbud til diabetespatienterne, fordi de oplever at have godt hånd om denne gruppe af patienter og har veletablerede rutiner omkring kontroller og behandling af dem. Oplevelsen af at have styr på diabetespatienterne og typificeringen af dem som en patientgruppe, der er interesseret i egen sygdom, fungerer med andre ord som en art ”tredje-ordens kontroller” (Ibid., s. 113). De er delvist ubevidste antagelser, der medvirker til at begrænse det felt af handlemuligheder, som aktørerne afsøger i arbejdet med patienterne. Endvidere får de betydning for, hvilke dele af det kommunale samspil, aktørerne finder, det er relevant at koble sig til. Omvendt opleves KOL-patienterne som en stigmatiseret og mere vanskelig patientgruppe at arbejde med, hvilket betyder, at aktørerne kan være mere åbne for ledetråde angående tilbud, der kan hjælpe patienterne og eventuelt i kraft heraf også hjælpe aktørerne i deres arbejde med patienterne. Aktørerne kan således opleve, at deres relation til – og behandling af – diabetespatienterne bestyrker deres fagprofessionelle selvbillede, mens de synes at komme til kort, når de skal forholde sig til behandlingen af patienter med KOL. Selvom aktørerne peger på en række ydre faktorer (stigmatisering af patientgruppen, patientforeningers succes med informationer osv.) som betydende for, at aktørerne har svært ved at hjælpe patienterne i at hindre udvikling af deres sygdom, så antyder nogle aktører også, at en del af problematikken ligger hos dem selv. Typificeringen af patientgruppen betyder imidlertid, at aktørerne, desuagtet om de oplever selv at være en del af problemet eller ikke, hæfter sig ved det kommunale KOL-tilbud som en positiv forstyrrelse, der hjælper dem videre i deres arbejde med KOL-patienterne. Herved bekræfter nærværende studie andre studier, der ligeledes har fundet, at sundhedsprofessionelle aktører er mere tilbøjelige til indgå i tværgående samspilsrelationer, når de oplever, at samspillet kan hjælpe dem i deres arbejde med patienten (Collinsworth et al., 2013; Ehrlich et al., 2014), eller når de oplever at mangle tid

og ressourcer til selv at tage sig af patienterne i forhold til en given service (McDonald et al., 2011; Collinsworth et al., 2013).

Det fremgik endvidere, at det for flere af aktørerne er vigtigt, at det kommunale KOL-forløb indeholder elementer, som de ikke selv kan tilbyde, men som de anser for vigtige i forhold til den specifikke patientgruppe. Aktørerne opretholder på den måde et positivt selvbillede uden nødvendigvis at skulle rejse selvrefleksive spørgsmål angående egne kompetencer, ligesom de undgår at skulle forholde sig til, om det kommunale tilbud potentielt udgør en trussel mod dele af deres fagprofessionelle identitet. Dette er konsistent med bl.a. Maitlis et al., (2013) der beskriver, hvordan organisatoriske aktører ofte vil søge at tilpasse og normalisere nye informationer, der enten strider imod eller truer deres eksisterende oplevelse af verden eller af deres identitet. Analysen viser samstemmende med Maitlis et al., hvordan aktørerne i almen praksis i vid udtrækning søger at undgå uoverensstemmelser i forhold til deres eksisterende meningskonstruktioner, når de skal skabe mening med de kommunale rehabiliteringstilbud. Deres typificeringen af patientgruppen samt orientering mod det kommunale tilbuds særlige beskaffenhed betyder, at de kan integrere tilbuddet i deres allerede skitserede kort over egen organisation og over det tværgående samspil uden nødvendigvis at skulle investere en masse energi i at skabe ny mening og nye sammenhænge i forhold til det eksisterende.

6.2. NÅR DER ER USIKKERHED OMKRING DEN TVÆRGÅENDE OPGAVE

Af feltmaterialet fremgår, at nogle af aktørerne i almen praksis er usikre på opgaven forbundet med det tværgående samspil i forhold til det kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med type 2-diabetes. Det følgende viser, hvordan usikkerheden kan være forbundet med omorganiseringen af en eksisterende opgave, som aktørerne har svært ved at give mening til, fordi de allerede har etableret rutiner og skabt mening omkring den måde, som de handler på i forhold til patienter med diabetes. Forsøg på at skabe ny mening synes ydermere at kompliceres af, at omorganiseringen både direkte – men også indirekte via brugen af bestemte it-værktøjer – kobles med oplevelser af en truet professionsmæssig identitet.

6.2.1. NÅR DEN TVÆRGÅENDE ORGANISERING ÆNDRER SIG OG SKABER USIKKERHED OMKRING OPGAVEN

I de individuelle interviews giver over halvdelen af de praktiserende læger udtryk for usikkerhed i forbindelse med omtalen af det kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med type 2-diabetes. Nogle ved ikke, om sygehusets diabetesskole fort-

sat eksisterer, eller om kommunen har overtaget det tilbud, som sygehuset allerede havde før strukturreformen. Andre er i tvivl om målgruppen for det kommunale tilbud, og hvornår de skal bruge henholdsvis det kommunale tilbud og/eller sygehusets diabetesskole. Kun to ud af ni interviewede læger og en af praksissygeplejerskerne giver udtryk for at have forstået organiseringen af patientforløbet, som det er formuleret i det regionale forløbsprogram for type 2-diabetes.[27]

Der synes ikke at være samme grad af usikkerhed forbundet med det kommunale KOL-rehabiliteringstilbud. Det kan skyldes, at aktørerne i almen praksis oplever KOL-patienterne som vanskelige, mens man omvendt mener at have godt styr på diabetespatienterne, som vist i afsnit 6.1.1. I forhold til diabetes kan det kommunale tilbud derfor synes overflødigt og svært at skabe mening med, mens tilbuddet i forhold til KOL bedre giver mening, fordi det bidrager med noget, som aktørerne ikke selv har mulighed for at bidrage med (se afsnit 6.1.2.). En anden forklaring kan være den forskellige fordeling af rehabiliteringsopgaverne mellem kommune og sygehus, som forløbsprogrammerne for de to patientgrupper lægger op til. Ved KOL-rehabiliteringen varetager kommune og sygehus rehabilitering af forskellige patienter fordelt efter deres sværhedsgrad af KOL. Ved type 2-diabetes deler man derimod opgaven omkring patienterne i forhold til, hvilken rehabilitering patienterne tidligere har modtaget. Ifølge forløbsprogrammet for type 2-diabetes skal alle nydiagnosticerede patienter således tilbydes et forløb på sygehusets diabetesskole, hvorefter det kommunale tilbud fungerer som ”en opfølgning og et supplement” (Region Midtjylland, 2012, s. 17). En læge oplever forskellen på organiseringen af de to rehabiliteringsforløb på følgende måde:

> ”Sådan noget som diabeteshold, altså hvis du ta'r KOL-rehabiliteringen ikke, så har de jo delt det med sygehuset så der bliver det ikke så dobbelt at inde på sygehuset, der har de de svære [mm] til deres rehabilitering, hvor de har de moderate let til moderate ude på Sundhedscentret og der synes jeg det er rigtig fornuftigt man har delt det op, men jeg har ik' sådan helt fundet ud af diabetesforløbene derinde og det er måske fordi jeg ik' helt har styr på, hvad de præcis gør med dem [mm] men hvor jeg tænker vi har diabetesskolen at henvise til inde på sygehuset [mm] at de kan få sådan et kursusforløb der, som de har rigtig god gavn af også.” Læge A3.

[27] Det fremgår ikke blandt de øvrige interviewede praktiserende læger og praksissygeplejersker, om de kender til organiseringen og rækkefølgen af rehabiliteringstilbuddene. Flere nævner blot, at der er et kommunalt tilbud, eller de nævner både kommunens og sygehusets tilbud uden at komme nærmere ind på forskellen.

Ligesom den her citerede læge oplever flere andre, at rehabiliteringsarbejdet i forhold til især type 2-diabetes – men også generelt forebyggelsesarbejdet i forhold til kronikerne – bliver to- eller tredoblet, fordi der både er et tilbud i kommunen, på sygehuset og hos dem selv. Det opleves ikke, at tilbuddene supplerer hinanden, og derfor er det også svært at give mening til især det kommunale tilbud, der er det nyeste af dem. Samme oplevelse af dobbeltarbejde er ikke til stede i helt samme grad ved KOL, fordi der 1) er tale om en gruppe patienter, som aktørerne i almen praksis ikke selv oplever at have et passende tilbud til, og som 2) der heller ikke tidligere har været et tilbud til i sygehusets regi.

Forløbsprogrammets organisering af rehabiliteringsopgaverne i forhold til type 2-diabetes er en omorganisering af en allerede eksisterende opgave. Omorganiseringen betyder, at den tværgående opgave er blevet mere kompleks for aktørerne i almen praksis, fordi de har mulighed for at henvise til to tilbud fremfor tidligere ét. Der er dog kun få af aktørerne i almen praksis, som synes at have forstået denne mere komplekse organisering, og blandt de der har, kan den synes meningsløs. Af feltmaterialet fremgår, at stort set ingen af de praktiserende læger eller af praksissygeplejerskerne bruger eller er opmærksomme på de regionale forløbsprogrammer, som de kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med kronisk sygdom er tilrettelagt efter. Hovedparten af aktørerne handler derfor, som de plejer og henviser patienterne til diabetesskolen, fordi det er et tilbud, som de erfaringsmæssigt ved, at patienterne har været ”glade ved” (Læge A6) og har haft ”god gavn af” (Læge A3). Den manglende forståelse af organiseringen og usikkerheden omkring, hvornår man skal bruge det kommunale forløb, bliver således håndteret ved, at aktørerne trækker på deres rutinebaserede handleteori for arbejdet (”vocabularies of Work”) og gode erfaringer (Weick, 1995, s. 118). Det tillader dem at komme videre i arbejdet samtidig med, at de føler sig konsistente med deres positionering som tovholdere og vejledere for patienterne.

Aktørerne i almen praksis er som sagt opmærksomme på, at der er et kommunalt tilbud, men det er først i interviewsituationens rammesætning af deres samspil med kommunen, at deres usikkerhed kommer frem, idet de retrospektivt søger at skabe mening omkring deres handlinger. Det fremgår ikke tydeligt af feltmaterialet, hvor aktørerne har deres kendskab til netop det kommunale tilbud fra. Flere fortæller mere generelt, at de kender til Sundhedscentrets tilbud via forskellige kommunale informationskanaler og tiltag. Det, som imidlertid er særligt interessant, er, at flere af lægerne omtaler Sentinel Datafangst i forbindelse med deres omtale af de kommunale rehabiliteringstilbud.

I Sentinel Datafangsts pop-up vindue for diabetes årskontrol er der et felt med spørgsmålet ”Henvist til kommunalt tilbud?” Lægerne har i den forbindelse svarmulighederne ”ja” eller ”nej”. I pop-up vinduet er der derimod intet spørgsmål, der omhandler en evt. henvisning til sygehusets rehabiliteringstilbud. I pop-up vinduet for KOL er der et felt, der hedder ”Rehabiliteringstilbud?” med svarmulighederne

”Ja”, ”Nej, patienten ønsker det ikke” eller ”Nej, anden årsag”. I forhold til diabetes pop-up vinduet skal lægerne altså eksplicit tage stilling til, om de har henvist til et kommunalt tilbud, mens det ikke er tilfældet i forhold til KOL.

Den konkrete udformning af pop-up vinduet for type 2-diabetes kan være med til at forklare, hvorfor nogle læger tror, at kommunen har overtaget diabetesskolen på sygehuset, og hvorfor andre læger, selvom de handler, som de hidtil har gjort, alligevel er opmærksomme på, at der er et kommunalt tilbud til patientgruppen. Her er det eksempelvis en læge, der henviser til diabetesskolen, som vedkommende har et godt kendskab til og gode erfaringer med. Som citatet viser, er lægen imidlertid mere vævende og usikker, når talen falder på det kommunale tilbud, der netop forbindes med udfyldelse af Sentinel Datafangst:

> ”[N]u har vi det der datafangst, hvor man ligesom skal skrive om vi henviser dem til et kommunalt tilbud og jeg synes også det er svært at vide altså, det kan være godt nok at tilbyde dem ik’ også, men de fleste, altså hvor tit skal man tilbyde dem for det første ik’ også, hvad forventer de inde fra kommunen af […] men jeg synes måske de tilbud til patienten, der ved vi nok ik’ så meget om det, jeg ved godt at de har været ude og fortælle os om det, men jeg tror også nogle gange vi oplever at det er, det er lidt langt væk.” Læge A1.

Citatet viser, hvordan det kommunale tilbud udgør en usikker reference og er fremmed for lægen. Selvom både sygehusets diabetesskole og det kommunale diabetestilbud fysisk befinder sig lige langt fra lægens praksis (i et af kommunens yderområder), er den mentale afstand altså meget større til det kommunale tilbud end til sygehusets tilbud. Den mentale afstand kommer videre til udtryk ved, at nogle af lægerne og praksissygeplejerskerne udførligt forklarer, hvad patienterne bliver tilbudt på diabetesskolen, mens de er i tvivl om, hvad ”det egentligt er for et tilbud”, kommunen har.

Omorganiseringen af opgaven i forhold til, hvordan og hvornår man henviser til rehabilitering for patienter med type 2-diabetes betyder, at aktørerne i almen praksis har behov for at skabe ny mening med organiseringen og det nye tilbud. Aktørerne får imidlertid ikke mulighed for at skabe ny mening med det kommunale tilbud, når de ikke bruger det, og når de ikke får respons tilbage fra patienter om deres erfaringer med det. Det kommunale tilbud bliver på den måde en tom referent sammenlignet med sygehusets tilbud. I et meningsskabende perspektiv synes der hermed at være tale om en art cirkulær handlingsdrevet meningsskabelse, der betyder, at det bliver svært for aktørerne at skabe mening omkring samspillet med kommunen i forhold til type 2-diabetes (Weick, 1995). Man handler, som man plejer, og hermed gives ikke mulighed for at generere nye ledetråde for samspillet, der kan være med til at opdatere aktørernes handleteorier (Ibid.). Opmærksomheden

bliver på den måde indskrænket, eller som Weick skriver: ”[O]nce a sense of the situation begins to develop, that sense can be terribly seductive and can resist updating and revision.” (Weick, 2001, s. 460). I deres daglige praksis kan aktørerne i vid udstrækning tillade sig at handle, som de plejer, fordi dele af organiseringen er, som den plejer, om end den er blevet mere kompleks. Aktørerne behøver ikke at forholde sig til denne kompleksitet, når de fortsat handler, som de plejer, og de undgår hermed at skulle forholde sig til usikkerheden og den manglende mening med omorganiseringen af opgaven.

6.2.2. NÅR OPGAVEN SOM LEDETRÅD FORBINDES MED EN USIKKER PROFESSIONSIDEOLOGISK RAMME

Af empirien fremgår, at usikkerheden omkring de kommunale rehabiliteringstilbud og måske især diabetestilbuddet hos nogle praktiserende læger synes at være koblet med professionsmæssige identitetsspørgsmål. For de læger, der giver udtryk for mere eller mindre tvivl omkring, hvorvidt kommunen har overtaget sygehusets diabetesskole, synes diabetesskolen at repræsentere kommunens urimelige og til dels uforståelige opgaveovertagelse af andres gode tilbud. Lægerne identificerer sig med andre ord med sygehuset, fordi de begge synes at have mistet noget godt og velfungerende til kommunen:

> ”Men jeg synes stadigvæk man sidder med en fornemmelse af, at man mangler en valid (Læge 6: mmh) dokumentation for at det er bedre end det vi gør, fordi vi har også haft diabetesskoler på sygehuset. Dygtige dygtige sygeplejersker det har været udmærket. Det er jo så lukket nu. […] jeg ved i hvert fald fra (navnet på en praksiskonsulent) at det er […] rigtig rigtig dyrt det de gør på sundhedscentrene i forhold til at få de ydelser ude i praksis.” Læge 7, fokusgruppe med praktiserende læger.

> ”[J]eg tror mange af os har haft lidt svært ved at finde ud af, hvad det egentlig er at kommunen lige pludselig sku’ på banen overfor med alle de her kronikere, men det er jo igen pga. […] strukturomlægningen som jo ik’ rigtig nok i bund og grund er gået op for os endnu hvad det egentlig på sigt kommer til at sige, fordi der er mange af de ting som vi jo før hen har brugt os og så sygehuset til, det eksisterer ik’ mere så hedder det jo så os og Sundhedscentret i stedet for.” Læge A6.

Der er blandt hovedparten af de praktiserende læger forståelse for, at kommunen har fået pålagt nogle opgaver i forbindelse med strukturreformen, og at det kan være nødvendigt, at kommunen overtager nogle opgaver fra bl.a. almen praksis, hvis de selv i fremtiden skal kunne løse de opgaver, som bl.a. omlægningen af sygehus-

strukturen kommer til at betyde. Ikke desto mindre giver flere samtidig udtryk for, at flytningen af de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver fra bl.a. almen praksis til kommunen er uforståelig, fordi de finder, at opgaverne er en naturlig del af deres arbejde med patienterne jfr. afsnit 5.1. Endvidere peger nogle læger som læge 7 i ovenstående citat på, at de kan løse opgaven betydeligt billigere end både sygehuset og kommunen. I forlængelse heraf oplever de flytningen af opgaverne fra almen praksis til kommunen som en uforståelig kritik af deres arbejde med patienterne. Usikkerheden omkring diabetesforløbet kan altså i dette perspektiv handle om, at ændringen af organiseringen af rehabiliteringstilbuddene til diabetespatienterne mere overordnet af de praktiserende læger forbindes med strukturreformen og en følelse af usikkerhed omkring deres fremtidige position som praktiserende læger samt en oplevet urimelighed og manglende forståelse af, hvorfor ”kommunen lige pludselig sku’ på banen overfor […] alle de her kronikere”. Det kommunale diabetestilbud bliver således en ledetråd, der både refleksivt og følelsesmæssigt kobles med en usikker og delvis truet ideologisk ramme i form af lægernes fagprofessionelle identitet (Weick, 1995). Når læge 7 i ovenstående citat positionerer sig lægefagligt i forhold til kommunen ved at anføre, at man ”mangler en valid dokumentation for”, at kommunernes arbejde er bedre end lægernes arbejde, så trækker vedkommende netop på et sundhedsvidenskabeligt paradigme og en videnskabelig diskurs om evidens, der er tæt forbundet med lægens professionsmæssige identitet. Det sker, fordi det netop er professionsideologisk, at lægen oplever at være blevet beklikket og følelsesmæssigt berørt.

Et andet perspektiv på, hvorfor nogle læger har svært ved at skabe mening i forhold til kommunens rehabiliteringstilbud og måske især diabetestilbuddet, er, at tilbuddet via Sentinel Datafangst indirekte bliver koblet med lægekonflikten og en oplevelse hos de praktiserende læger af mistænkeliggørelse og kontrol af deres arbejde. Her er det eksempelvis Læge A7, der har en god forståelse af forløbsprogrammets organisering af rehabiliteringsforløbet for patienter med type 2-diabetes, som med sin fortælling viser, hvordan meningsskabelse omkring kommunens rehabiliteringstilbud bliver problematisk, fordi det via Sentinel indirekte kobles med en oplevelse af regionernes ønske om kontrol af de praktiserende læger:

> ”Principielt alle diabetikere de bliver tilbudt diabetesskole [mm] i sygehusvæsenet og opfølgende i Sundhedscentret, […], fordi det er også, når vi får pop-up på datafangst, Sentiel, i vores system, som er regionernes kontrol af at vi gør vores arbejde godt nok, jamen så skal jeg krydse af, om jeg har gjort det eller ej, og det kan man sige det, det er jo ik’ derfor, jeg gør det jo ik’ fordi jeg skal krydse af, men jeg gør det fordi tilbuddet er der, og alle skal selvfølgelig ha’ tilbuddet, men jeg er også, når folk spørger ’jamen hvad kan jeg få anderledes der’, så hvis det er nogen jeg tænker der sidder veluddannede […] og egentlig med løsningen på hvordan de skal komme videre, hvis jeg tænker det er sådan det er, og at de har læst sig til alt det de skal, og de har fået informations-

> materiale og ka' alle typer medicin forfra og bagfra, så tænker jeg ik' de får yderligere ud af det [mm] og så ka' det godt være jeg siger, jamen det er måske nok lidt og skyde under målet og sende dig derover, det kan godt være jeg tænker det [mm] men principielt så får de alle sammen tilbuddet, ja." Læge A7.

Citatet illustrer, hvordan lægen oplever at være i et dilemma mellem på den ene side at leve op til regionens "kontrol" og de kvalitetskriterier, som er fastsat af regionen, og på den anden side at give sine patienter et tilbud, som, lægen finder, passer til dem. Selvom lægen afviser, at patienterne alene får tilbuddet med henblik på at have sin del på det tørre, så fremgår det, at lægen på den ene side godt kan erklære i Sentinel, at der er henvist til et kommunalt tilbud, men på den anden side i sin information til patienten indirekte fraråde patienten at tage kontakt. Dette kan lade sig gøre, fordi der i Holstebro Kommune ikke er lagt op til, at lægerne sender formaliserede henvisninger til de kommunale rehabiliteringstilbud som i andre dele af sundhedsvæsenet. I stedet skal patienterne selv tage kontakt til Sundhedscentret, når lægerne har informeret om tilbuddet.

Feltmaterialet viser, at flere andre af de praktiserende læger også forbinder Sentinel Datafangst med regionens kontrol af dem. Det handler om "den her fornemmelse af, at de [regionen] går ind og kigger os over skulderen, om vi nu gør det godt nok." (Læge A6). Selvom lægerne fortæller, at de godt er klar over, at Sentinel Datafangst er et kvalitetsredskab til brug internt i almen praksis, og at regionen "kun kan se de overordnede værdier" (Læge A6) og ikke værdierne for den enkelte praksis, er der stadig en oplevelse af, at man ikke kan vide, hvad regionen finder på bl.a. som følge af lægekonflikten, og fordi man allerede oplever at være i "krydsild" (Læge A6) og at blive kontrolleret på kryds og tværs. Enkelte læger nævner også en sag fra Region Midtjylland, hvor data indsamlet af de praktiserende læger blev krydskørt med nogle registre og herefter anvendt til at tage kontakt til patienterne "STIK imod det, der var lovet" (Læge A4). Der er altså blandt nogle læger udtrykt mistillid til, om regionen misbruger de data, som de indberetter. Det gælder især i forhold til, om regionen "blander forskningsdata sammen med kontroldata", så dataene i sidste ende alligevel bliver brugt til at kontrollere, om lægerne behandler deres patienter i forhold til anbefalingerne. Men det gælder også i forhold til, om patienternes datasikkerhed overholdes, sådan at lægernes tillidsbånd til patienterne opretholdes. Karakteristisk er, at hovedparten af de læger, der eksplicit forholder sig kritisk til Sentinel Datafangst, samtidig er de læger, der tydeligt positionerer sig deres arbejde i forhold til patienten med udgangspunkt i det patientcentrerede perspektiv. De giver udtryk for, at Sentinel Datafangst bliver et pres, fordi det i de elektroniske rapporter vil se ud som om, at de behandler patienterne dårligt, når de ikke følger behandlingsanbefalingerne. Standarderne til måling af kvalitet rummes med andre ord ikke af disse lægers professionsideologiske ramme. De ser sig selv som genera-

lister, der først og fremmest fokuserer på den hele patient i form af bl.a. dennes sygdomshistorik, biografi og hele livssituation.

Ovenstående viser, at Sentinel Datafangst på flere måder repræsenterer en trussel mod lægernes professionsmæssige identitet, og derfor positionerer de sig også eksplicit i forhold til deres professionsmæssige identitet ved at referere til bl.a. en videnskabelig diskurs og til et bestemt behandlingsmæssigt paradigme, som begge rummes inden for deres professionsideologiske ramme som praktiserende læger (Davies & Harré, 1990; Weick, 1995). Lægerne mobiliserer således bestemte fremherskende diskurser i sundhedsvæsenet som ressourcer, der hjælper dem til at marginalisere og udgrænse betydningen af ikke at leve op til kvalitetsstandarderne, samtidig med at de kan opretholde et positivt fagprofessionelt selvbillede (Ibid.).

Overordnet synes der altså at være en sammenhæng mellem de praktiserende lægers usikkerhed omkring det kommunale diabetestilbud og nogle professionsmæssige identitetsspørgsmål, der relaterer sig dels til de strukturmæssige ændringer, der fulgte i kølvandet på strukturreformen, dels til oplevelsen af mistænkeliggørelse i forbindelse med lægekonflikten. Koblingerne mellem diabetestilbuddet og lægernes oplevelse af en truet professionsmæssig identitet synes bl.a. at blive medieret gennem lægernes fornemmelse af, at kommunens tilbud er en fordobling af det arbejde, der allerede udføres, og deres manglende viden om organiseringen af rehabiliteringsforløbene, samt gennem deres sammenstilling af diabetestilbuddet med Sentinel Datafangst. Sidstnævnte er måske især muligt, fordi kommunens diabetestilbud i forvejen for nogle læger udgør en tom referent.

Studier har vist, at tab eller oplevelse af beskadigelse af vigtige aspekter af ens arbejdsmæssige identitet er associeret med stærke negative følelser (Maitlis & Christianson, 2014). Dette kan yderligere være med til at forklare, hvorfor det kan være svært for de praktiserende læger at skabe mening med den nye organisering af samspillet med kommunen omkring rehabilitering af patienter med type 2-diabetes. Ifølge Weick er det således især i forbindelse med stærke følelser og emotionelt initierede meningsskabende processer, at aktører i organisationer kan have svært at skabe ny mening og nå frem til alternative handlemuligheder ved oplevelse af forstyrrelser i deres hverdag (Weick, 1995). Stærke følelser indsnævrer aktørernes evne til at afsøge og udvælge ledetråde i en bredere organisatorisk eller fagprofessionel kontekst. Ydermere er der en tendens til, at aktørerne i sådanne situationer retter opmærksomheden mod det, der opfattes som psykologisk mest vigtigt, og bort fra det der opfattes som perifert og af sekundær betydning, ligesom der er en tendens til, at man griber til overtillærte handlemønstre og kategorier (Ibid.). Selvom det måske kan lyde som en overdramatisering af feltmaterialet og lægernes oplevelse af omorganiseringen af rehabilitering til patienter med type 2-diabetes, så kan de negative følelser, som lægerne på forskellig vis synes at forbinde med omorganiseringen, være med til at forklare, hvorfor de bliver ved med at handle, som de plejer, og hvorfor det kan være svært at skabe ny mening. Henvis-

ning til sygehusets diabetesskole er det mest enkle og det først tillærte handlemønster for lægerne i forhold til rehabilitering af patienter med type 2-diabetes. Samspillet med sygehuset synes blandt nogle læger at blive opfattes som vigtigere end samspillet med kommunen (jfr. afsnit 6.1.4.). Endelig er de negative følelser og den manglende brug af kommunens tilbud begge medvirkende til, at aktørerne ikke afsøger eller modtager nye ledetråde i en organisatorisk eller fagprofessionel kontekst, som kan hjælpe dem til at skabe ny mening med samspillet.

6.2.3. NÅR DIAGNOSEKRITERIERNE ÆNDRER KARAKTER

Et andet område, hvor man kan iagttage, at der blandt nogle af aktørerne i almen praksis er opstået usikkerhed omkring opgaven forbundet med det tværgående samspil, er i forhold til det kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med risiko for at udvikle type 2-diabetes. Baggrunden for usikkerheden synes at være, at der er opstået usikkerhed omkring, hvorvidt man overhovedet kan tale om en risikogruppe.

I februar 2012 ændrede Sundhedsstyrelsen de diagnostiske kriterier for diabetes. Indtil 2012 diagnosticerede man type 2-diabetes ud fra faste plasmaglukose og oral glukosebelastning, hvor man også definerede en risikogruppe med ”et nær-diabetisk glykæmisk niveau” (Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012) kaldet henholdsvis ”nedsat glukosetolerans (IGT)” og ”Impaired Fasting Glycaemia (IFG)” (Sundhedsstyrelse, 2003). De to risikogrupper blev samlet betegnet som ”prædiabetes” (Geiss, et al., 2010; Diabetesforeningen, 2013). Med de nye diagnostiske kriterier efter februar 2012 stiller man imidlertid diagnosen diabetes ud fra et langtidsblodsukker betegnet HbA1c, der afspejler det gennemsnitlige blodsukkerniveau over de sidste to til tre måneder. De nye diagnostiske kriterier betyder, at en del patienter, der efter de gamle diagnostiske kriterier ville have fået stillet diagnosen type 2-diabetes, efter de nye diagnostiske kriterier ikke får diagnosen. De nye diagnostiske kriterier har endvidere som konsekvens, at man ikke umiddelbart opsporer patienter med prædiabetes defineret som IGT og IFG (Region Midtjylland, 2009). Man har i Sundhedsstyrelsens diabetesstyregruppe diskuteret, hvordan man skulle forholde sig til denne problemstilling herunder, om der skulle defineres et nær-diabetes glykæmisk niveau af HbA1c, der afgrænser en gruppe af patienter i høj risiko for at udvikle diabetes og hjertekarsygdom. Foreløbig hedder det i anbefalingerne fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), der kom sommeren 2012 kort før feltarbejdet til denne afhandling:

> ”Et nær-diabetisk glykæmisk niveau af HbA1c er aktuelt ikke på tilsvarende vis deƞneret [defineret?] eller navngivet. Området HbA1c 39-48 mmol/mol (5,7-6,4 %) angives af American Diabetes Association (ADA) som et høj-risiko niveau (16), mens en International Expert

> Committee (17) har anbefalet området HbA1c 42-48 mmol/mol (6,0-6,4 %).” (DSAM, 2012).

Af DSAM’s vejledning fremgår endvidere, at ændringerne af de diagnostiske kriterier udgør “et paradigmeskift”, fordi man nu sætter fokus på at opspore individer, der har øget risiko for hjertekarsygdom og død frem for at fokusere på opsporing af diabetes og forstadier hertil (Ibid.). I det regionale forløbsprogram for Region Midtjylland, der kom i anden revideret udgave i oktober 2012 optræder imidlertid fortsat termen prædiabetes om patienter, der har høj risiko for at udvikle diabetes, idet gruppen her er defineret ud fra et HbA1c på mellem 6,0 – 6,5 % (Region Midtjylland, 2012).

Af feltmaterialet fremgår som sagt, at flere læger efter de diagnostiske ændringer er blevet usikre på, hvorvidt man kan tale om en risikogruppe i forhold til diabetes. Læge A9 fortæller eksempelvis, at ”det er blevet sværere efter kriteriet er ændret”, og at man ikke er længere er ”så opmærksom på” risikogruppen, som man var tidligere. Dette har endvidere betydning for samspillet med kommunen, for mens man tidligere henviste patienter til det kommunale prædiabetestilbud, så ”skred [det] lidt, da de lavede om på kriterierne”.

Læge A6 er en af de læger, der fortæller, at hun efter de diagnostiske ændringer er ”forvirret omkring, hvad er hvad”, og som på den baggrund har besluttet alene at operere med en skelnen mellem diabetes/ikke-diabetes:

> “Prædiabetes det er jo ud fra de høje doktorer på sygehuset et ikke-eksisterende begreb, så sidder man jo der og tænker hvornår er det så vi skal bruge det her prædiabetes grundforløb i kommunen. Førhen har jeg haft rigtig rigtig rigtig rigtig rigtig mange deroppe, så er der sket noget personalemæssigt hernede hos mig som så gør, at vi ik' har været så meget obs på dem, så jeg har det sådan enten har de sukkersyge eller også har de ik' sukkersyge, hvis de har værdierne HbA1c svarende til grænsen jamen så kører jeg helt slavisk efter at de har sukkersyge, så jeg har ik' så mange som jeg sender op til prædiabetes mere som jeg har haft, [mm] også fordi jeg er selv blevet lidt forvirret omkring hvad er hvad og begrebsdiagnoser og hvor er vi henne i det, og så også det at vi jo ik' bruger glukosebelastninger længere til diagnosen, det er kun udelukkende HbA1c’n så der er den lige i øjeblikket [mm] ja.” Læge A6.

Senere i interviewet vender lægen tilbage til diskussionen af prædiabetes som “et ikke-eksisterende begreb”:

> "[P]rædiabetes er et ikke-eksisterende begreb inde for intern medicin [mm] og så er det jo henvist til noget som egentlig ik' er et begreb, det synes jeg er lidt sjovt, og det er også det samme med metabolisk syndrom, det er også en underlig fisk [mm] som der er nogen der snakker om og andre snakker ik' om den, så jeg ka' egentlig ik' rigtig finde ud af hvad der er hvad i det her, nogle siger metabolisk syndrom og andre siger det er ikke eksisterende, så jeg har egentlig fundet ud af at jeg ikke rigtig ved hvad jeg mener om det, med prædiabetes er det ikke eksisterende begreb som vi kører kursus med i Holstebro, så den er sådan ik' [ja] og der er det jo så bibeholdt, det der prædiabeteskursus derop og det er jo XY (navnet på en anden læge) der står i spidsen for det, så jeg går ud fra at han finder rigtig mange til det, så jeg er blevet sådan lidt mere, jeg kører efter talværdierne og så har de sukkersyge eller har ikke sukkersyge […]. Jamen altså vi er jo nødt til at tage nogle valg engang imellem, det er så det jeg har valgt." Læge A6.

De to citater viser, hvordan begrebet "prædiabetes" er blevet en usikker ledetråd for koordineret handling i forhold til lægens samspil med kommunen, og at lægen på den baggrund har valgt alene at skelne mellem, om patienterne har diabetes eller ikke. Af lægens forskellige referencer til, hvordan forskellige parter forholder sig til og bruger begrebet "prædiabetes", fremgår, at lægen oplever situationen som flertydig (Weick, 1995). Lægen er med andre ord forvirret og usikker på, hvilke informationer blandt flere hun skal fæstne lid til. Med lægens referencer til såvel "de høje doktorer på sygehuset" som til kommunen og en anden praktiserende læge blotlægges, hvordan tingenes mening (her om man kan tale om en patientgruppe med prædiabetes eller ikke) opstår ud af den sociale interaktion, som personen har med sine omgivelser (Blumer, 1969; Weick, 1995). Referencerne viser, hvordan lægens sociale kontekst er bestemmende for, hvilke tegn og informationer fra omverdenen lægen lægger mærke til og giver opmærksomhed, samt hvordan de fortolkes. Det fremgår samtidig, at den sociale kontekst er sammensat og kompleks, og at det langtfra er entydigt, hvordan bestemte stimuli bliver bemærket og får mening. På den ene side anfører lægen med reference til "intern medicin" og "de høje doktorer på sygehuset", at begrebet prædiabetes er "et ikke-eksisterende begreb". Lægen referer hermed til den medicinske professionsfaglige ideologi og praksis samt den biomedicinske diskurs inden for hvilke bestemte sygdoms- og risikotilstande er defineret og vedtaget. I forlængelse heraf må termen "begrebs-diagnose" også forstås som den medicinske professions tætte kobling af navngivning, diagnostik og muligheder for (be)handling. På den anden side aner man også en vis distancering og ironi i betegnelsen "de høje doktorer på sygehuset". Med distanceringen kobler lægen spørgsmålet om, hvorvidt prædiabetes er en ledetråd, som lægen skal agere på eller ikke med et professionsfagligt paradigme, der afspejler autoritets- og magtforholdet internt mellem praktiserende læger og de mere specialiserede læger på sygehuset (Antoft, 2005; Weick, 1995). Lægen

positionerer sig med henvisningen, som den 'mindre' eller 'lille' læge, der ikke har så meget at skulle have sagt. Alligevel fremgår også, at lægen oplever, at der er andre stemmer, som lægen hæfter sig ved, og som lægen synes at skulle retfærdiggøre sig i forhold til. Det sker bl.a. med sammenligningen af prædiabetes med metabolisk syndrom og referencen til, at nogle bruger begrebet, mens andre siger, at det ikke eksisterer. Lægens efterfølgende omtale af det kommunale tilbud lader ane, at lægen forbinder den fortsatte brug af begrebet med kommunen og med en af de lokale læger, der har været engageret i udviklingen og afprøvningen af tilbuddet jfr. "det er jo XY (navnet på en anden læge) der står i spidsen for det". Den lægefaglige kollegas engagement i kommunens tilbud synes at bevirke, at Læge A6 oplever at have et vist ejerskab i forhold til kurset jfr. "*vi* kører kursus i Holstebro" (min kursivering). Dette er i tråd med, hvordan andre læger også henviser til den lokale læges andel i det kommunale projekt og selv giver udtryk for at have en andel heri jfr. eksempelvis "prædiabetes dem sender vi til et projekt, *vi har* på Holstebro Sundhedscenter" (Feltnoter almen praksis den 30.10.13) og "vi kan sige til patienten, der er faktisk noget her, som vi kan stå inde for og har været med til at præge" (Læge A7). Læge A6 synes altså at være delt mellem på den ene side at følge "de høje doktorer på sygehuset", som der dog alligevel er en vis hierarkisk distance til, og på den anden side at være loyal mod en af de lokale praksiskollegers projekter.

En del af lægens sociale kontekst er imidlertid også de praktiske forhold på lægens klinik. Lægen henviser i sin fortælling til, at der har været nogle personalemæssige forhold, der betyder, at lægen "ik' har været så meget obs på" patienter i risikogruppen som tidligere. Med de personalemæssige problemer henviser lægen til "en fyring og en langtidssygemelding". Af feltmaterialet fremgår, at der tidligere har været ansat en praksissygeplejerske, der var meget interesseret i forebyggelse af diabetes. At lægen ikke længere er så "obs" på patienter med risiko for at udvikle diabetes kan altså være udtryk for, at der ikke længere er ansat en person, der er særligt opmærksom på netop den patientgruppe i lægens klinik. Af feltmaterialet fremgår således også, at lægen i sit arbejde synes at prioritere andre patientgrupper højere end patienter med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes (se afsnit 6.1.4.). Samtidig har de personalemæssige problemer såvel som lægekonflikten ifølge lægen betydet, at "mit fokus har været andre steder i mit liv end lige Sundhedscentret". Lægen synes altså at have oplevet en masse kontekstuelle krydspres og forstyrrende begivenheder, der har betydet, at lægen primært har haft fokus på forstyrrelserne, samt det som lægen oplever er vigtigst i sit arbejde. Weick skriver netop, at "[u]nder conditions of high arousal occasioned by interruption, attension is deployed toward that which is perceived as psychologically central and away from that which is perceived as peripheral (Weick, 1995, s. 104).

Lægens beskrivelse af at have været under et stort pres i en længerevarende periode og kobling heraf med et nedprioriteret fokus på mennesker med risiko for at udvikle diabetes såvel som på samspillet med kommunens sundhedscenter kan sammen-

lignes med Michael Lipsky's "street-level bureaucrat" (Lipsky, 1980, s. 3). Lipsky bruger betegnelsen for offentligt ansatte frontmedarbejdere, der er i direkte kontakt med borgerne, og som i deres arbejde har en vis grad af autonomi, fordi deres arbejde med borgerne og deres beslutninger beror på skøn. Karakteristisk er endvidere, at frontmedarbejderne grundet arbejdets struktur oplever ikke at kunne udføre deres job i overensstemmelse med et serviceideal om at respondere adækvat i forhold til hver enkelt sag. Tidspres, mangel på information eller mangel på andre ressourcer betyder, at frontmedarbejderne i stedet udvikler rutiner og forestillinger om deres arbejde samt klientel, som indsnævrer kløften mellem serviceidealet og deres personlige såvel som arbejdsmæssige begrænsninger (Ibid.). Det arbejdsmæssige pres betyder med andre ord, at klienterne ekspederes på en rutinemæssig og stereotypificeret måde. Set i lyset af det pres, som Læge A6 beskriver og lægens egen kobling heraf med et manglende fokus på patienter med risiko for at udvikle type 2-diabetes, kan Lipskys teori være med til at forklare, hvorfor lægen trods den oplevede flertydighed har valgt alene at skelne mellem, om patienterne har diabetes eller ikke. For lægen er det så at sige velkomment, at prædiabetes bliver defineret som "ikke-eksisterende", idet det giver lægen en patientgruppe mindre at skulle bekymre sig om i en arbejdsmæssigt presset periode. Læge A6's fortælling viser på den måde ikke alene, hvordan tingenes mening opstår ud af den sociale interaktion mellem individer, men også hvordan denne mening håndteres og modificeres via fortolkende processer i den enkeltes møde med tingene i en bestemt arbejdsmæssig kontekst (Blumer, 1969).

6.2.4. OPSAMLING

De ovenstående afsnit viser, hvordan aktører i almen praksis kan have svært ved at skabe mening med kommunens rehabiliteringstilbud i forhold til specielt type 2-diabetes og prædiabetes. For det første har organiseringen af en allerede eksisterende opgave ændret karakter og er blevet mere kompleks. Denne kompleksitet synes mange af aktørerne enten ikke at være opmærksomme på, eller de har svært ved at give mening til den, fordi den kobles med oplevelsen af en delvis usikker og truet professionsmæssig identitet. De handler derfor, som de plejer, eller de henviser kun i vage eller ligefrem kontradiktoriske vendinger til kommunens tilbud, hvilket synes at medføre, at patienterne ikke følger op på henvisningerne. I kommunen oplever man i hvert fald, at det er særligt svært at rekruttere borgere med type 2-diabetes. Det betyder omvendt, at lægerne ikke får respons tilbage fra patienter om tilbuddet og hermed heller ikke erfaringer, der kan hjælpe dem til at skabe ny mening. Der bliver på den måde tale om en cirkulær handlingsdrevet meningsskabelse, der i praksis betyder at samspillet med kommunen i forhold til type 2-diabetes dekobles.

For det andet viser afsnittene, hvordan den problematiske meningsskabelse omkring det kommunale diabetestilbud hos nogle læger synes at være funderet i kobling med

oplevelsen af en på flere måder truet og usikker professionsmæssig identitet. Usikkerheden synes med andre ord at være forbundet med, at nogle læger stadig savner at give mening til de ændringer, der fandt sted i forbindelse med strukturreformen og herunder få en forståelse af, hvad disse ændringer på sigt betyder for almen praksis. Endvidere synes usikkerheden hos nogle læger forbundet med koblingen til oplevelser af en miskrediteret professionsmæssig identitet i forbindelse med lægekonflikten og videre med manglende respons- og handlemuligheder i forhold til oplevelsen af regionernes ønsker om øget kontrol af almen praksis (Weick, 1995).

For det tredje viser analysen, hvordan et nationalt kvalitetsredskab – udviklet til intern brug i almen praksis – via dets konkrete udformning og via dets indlejring i en bestemt betydningskontekst hos lægerne indirekte risikerer at modarbejde de intentioner og forsøg på organisering af det tværgående samspil, som regionalt er opstillet i forløbsprogrammerne. For det første er det blevet vist, hvordan den konkrete udformning af et spørgsmål i pop-up vinduet kan være med til at understøtte usikkerhed omkring den faktiske organisering af diabetesrehabiliteringstilbuddene. For det andet synes der blandt flere læger at finde en kobling sted mellem kommunens rehabiliteringstilbud (og eventuelt de opgavemæssige ændringer, der fandt sted med strukturreformen) og Sentinel datafangst og videre herigennem med oplevelsen af en miskrediteret og usikker position i forhold til både regionen og kommunen. Det betyder, at lægerne kan have svært ved at se meningen med tilbuddet. Det skyldes, at i et meningsskabende perspektiv handler meningsskabelse ikke om meningen med det kommunale diabetestilbud i sig selv, men om den opmærksomhed, som aktørerne retter mod det (Weick, 1995). Meningen bliver usikker, fordi den referenceramme, som tilbuddet som ledetråd kobles med, er usikker. Analysen viser hermed også, hvordan det upåagtede i aktørernes hverdag (her et it-kvalitetsredskab i almen praksis) influerer på aktørernes meningsskabelse og får betydning for deres adfærd og videre for organiseringen af det tværgående samspil.

Endelig viser analysen, hvordan en diagnostisk ændring af kriterierne for diagnosticering af type 2-diabetes og en heraf medfølgende usikkerhed omkring, hvorvidt man kan tale om en gruppe af patienter med høj risiko for at udvikle diabetes eller ej, betyder, at begrebet "prædiabetes" for nogle læger bliver en usikker ledetråd for koordineret handling i forhold til samspillet med kommunen. I den forbindelse fremgik, hvordan usikkerheden bl.a. syntes at være forbundet med en oplevet flertydighed i meningsskabelsen som følge af den sociale konteksts kompleksitet. Forskellige positioneringer og relationer i den sociale kontekst giver ikke alene anledning til forskellige mulige (eller umulige) begrebsanvendelser, men udstikker også forskellige muligheder for koordineret handling i forhold til kommunen. I forlængelse heraf blev vist, hvordan mere praktiske organisatoriske omstændigheder og oplevelser af bl.a. krydspres i den enkelte lægepraksis i sidste ende synes at få betydning for, hvordan flertydigheden håndteres og meningsskabelsen

modificeres, så det bliver muligt for aktøren at handle, idet handling også kan involvere at undlade at handle.

6.3. STRUKTURELLE REDSKABER SOM UDGANGSPUNKT FOR MENINGSSKABELSE OM OPGAVEN

Dette afsnit omhandler, hvordan strukturelle forsøg på at sikre en bestemt opgavedeling mellem sundhedsvæsenets forskellige parter både kan fungere som støtte for aktørernes meningsskabelse om opgaven og som barriere for selvsamme. I den forbindelse søges analyseret, hvordan de regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme påvirker konsulenterne på det kommunale sundhedscenter og deres meningsskabelse i arbejdet med borgere med kroniske sygdomme herunder deres meningsskabelse angående problemer i forbindelse med rekruttering af borgere til de kommunale forløb.

6.3.1. FORLØBSPROGRAMMERNE SOM REFERENCERAMME FOR MENINGSSKABELSE OM OPGAVEN

Når konsulenterne fra kommunens sundhedscenter beskriver deres arbejde med borgere med KOL, type 2-diabetes og prædiabetes, refererer de alle til de regionale forløbsprogrammer som arbejdets *raison d'être*. Konsulenterne fortæller, at der er oprettet et forebyggelsestilbud til borgere med prædiabetes, *fordi* det er en del af de kommunale anbefalinger i forløbsprogrammet for type 2-diabetes, de laver opsporende arbejde ved eksempelvis International KOL-dag, *fordi* det er del af anbefalingerne i forløbsprogrammerne, og af samme grund har de rehabiliteringsforløb til borgere med KOL og type 2-diabetes. En konsulent beskriver sammenhængen mellem forløbsprogrammet for type 2 diabetes og sit arbejde på følgende vis:

> "[D]er handler vi jo efter den (forløbsprogrammet for type 2-diabetes), så vi tager os jo af prædiabetes fordi det er det vi skal, vi følger den jo, så når folk de kommer med en nyopdaget diabetes jamen så, når jeg siger de skal op i Ernæringsenheden så er det jo fordi at det er forløbsprogrammerne [ja] der skitserer det [ja], så på den led der følger vi jo forløbsprogrammerne efter bedste evne selvfølgelig, gør os umage ik' [mm] med det der står beskrevet som vi skal gøre ik'." Konsulent A2.

Citatet viser, hvordan forløbsprogrammet er del af konsulentens "handleteori" (Weick, 1995, s. 122). Det anviser, hvilke opgaver hun har ansvaret for i forhold til

borgere med – eller med risiko for – type 2-diabetes, og det skitserer deres vej i sundhedsvæsenet. Forløbsprogrammet hjælper således konsulenten med at vide, hvad hun skal gøre, når en borger med type 2-diabetes henvender sig på Sundhedscentret. En ny-diagnosticeret borger skal eksempelvis henvises til sygehusets diabetesskole (der ligger ved Ernæringsenheden), før de får et rehabiliterings-tilbud på Sundhedscentret. Af feltmaterialet fremgår, at de øvrige konsulenter på samme vis som den citerede konsulent er meget opmærksomme på forløbsprogrammerne og søger at følge de skitserede retningslinjer nøje. Forløbsprogrammerne er således vægtige referencerammer for den organisatoriske meningsskabelse.

6.3.2. FORLØBSPROGRAMMERNE SKABER FOKUS OG MINDSKER USIKKERHED

Forløbsprogrammernes store betydning for konsulenterne må ses i lyset af, at konsulenterne agerer i en nyere organisatorisk kontekst, der for konsulenterne har været forbundet med megen usikkerhed vedrørende deres organisatoriske identitet og deres faglige samt interprofessionelle subjektpositioneringer. Det fremgik bl.a. af afsnit 5.3., hvordan en af konsulenterne fandt det vanskeligt at adskille en sundhedsfremmende position fra en behandlerposition, og hvordan konsulentens forestillinger om de praktiserende lægers forventninger til hendes arbejde yderligere syntes at skabe usikkerhed. Generelt indikerer feltmaterialet, at konsulenterne – der alle har været ansat på Sundhedscentret siden dets etablering i forbindelse med strukturreformen i 2007 – har lagt megen energi i at finde ud af, hvem de er, hvad deres opgave er, og hvordan de skal positionere sig i forhold til andre sundhedsfaglige aktører. Når forløbsprogrammerne fremstår som en vægtig referenceramme og handleteori for konsulenterne, synes det med andre ord at være fordi, de har hjulpet til at mindske konsulenternes usikkerhed angående deres arbejdsopgaver på et tidspunkt, hvor de generelt oplevede stor usikkerhed. Eksempelvis fortæller konsulenten, der har svært ved at adskille sundhedsfremme fra behandling i dele af sit arbejde, at ”forløbsprogrammerne det [] er jo bare lige ud af landevejen” (Konsulent A2). Til gengæld forbinder konsulenten de andre ”vanskelige” problemstillinger med, at de ikke er ”så tydeligt beskrevet”. Forløbsprogrammerne opleves altså som forståelsesrammer, der understøtter rutiner og mindsker oplevelsen af usikkerhed ved at hjælpe konsulenterne med at fokusere deres opmærksomhed på løsningen af nogle bestemt opgaver.

Flere af konsulenterne har deltaget i regionalt etablerede udviklings- og implementeringsgrupper for forløbsprogrammerne, hvori der også har deltaget repræsentanter fra almen praksis, fra andre kommuner og fra hospitaler. Feltmaterialet indikerer, at det i høj grad synes at være de meningsskabende processer og forhandlinger, som konsulenterne har deltaget i via disse grupper, der har betydet, at de oplever, at deres arbejde og tilbud til borgerne har en legitim plads blandt de

øvrige aktørers arbejde og tilbud. En af konsulenterne beskriver således, hvordan de i starten skulle ”kæmpe” for deres ”berettigelse” i forhold til de praktiserende læger, men at det ikke er tilfældet i dag. Ifølge konsulenten har forløbs-programmerne hjulpet dem ”enormt med at […] få praktiserende læger til at forpligte sig til det her samarbejde mellem hospital og kommune og dem selv.” Konsulenten fortæller endvidere, hvordan det første møde med de praktiserende læger ”var et hårdt møde”, fordi lægerne var skeptiske angående konsulenternes kunnen og kvaliteten af deres tilbud:

> ”[V]i havde nogle […] lægemøder helt fra start af hvor- det var fordi vi skulle have det her samarbejde op at stå […], der synes jeg der var to ting der var tydelige […] når vi pludselig kommer som sådan en kommunal instans hvad er det så præcist vi kan, og vi var jo heller ikke særligt tydelige i vores sprog, altså vi var jo også lidt fluffy, fordi vi vidste jo faktisk ikke selv hvad vi ku', og så har det hulme været svært at sælge sig selv, når man ikke helt ved selv hvad man står for, det var det ene. Og så det at vi kom () og tænkte at vi havde vores berettigelse ind i deres felt, så bliver vi jo også på en eller anden, jeg vil ikke sige en trussel, men en samarbejdspartner de skal forholde sig til, om de overhovedet vil ha' som samarbejdspartner, og det jeg mærkede dengang, det synes jeg slet ikke er gældende nu [mm], jeg synes bestemt at, og det er helt rigtigt af dem på det tidspunkt, […] du skal ikke høre det som at jeg synes det noget værre noget [mm]. Det var et hårdt møde (griner), det skal jeg ikke lægge skjul på, hvor man følte sig lidt lille, men sådan set i baglys, så kan jeg godt forstå, at de havde deres tænkning omkring det, fordi vi jo heller ikke var særlig klar i spyttet omkring hvad det egentlig var vi var gode til […].” Konsulent A1.

I konsulentens fortælling om det første møde med de praktiserende læger konstrueres en nær forbindelse mellem konsulenternes egen usikre organisatoriske identitet og lægernes skeptiske positionering vis à vis konsulenterne. Fortællingen lader samtidig ane, at konsulenten på fortællertidspunktet taler fra en mere sikker position, hvor konsulenterne er blevet mere tydelige angående, hvad de er ”gode til”, og hvad de ”står for”. Af interviewet fremgår videre, at det bl.a. er gennem arbejdet i udviklings- og implementeringsgrupperne, at konsulenten efterhånden har fået en fornemmelse af sit særlige ståsted som repræsentant for Sundhedscentret i forhold til sygehus og almen praksis. Dette er overensstemmende med Vlaar et al. (2006), der peger på, at formaliseringsprocesser forbundet med udarbejdelse af kontrakter, regler og procedurer kan hjælpe aktører i interorganisatoriske relationer med at skabe mening med hinanden, med relationen og med den kontekst, som relationen er indlejret i. Processerne hjælper aktørerne til at mindske usikkerhed, flertydighed og eventuelle forståelsesproblemer, der følger af, at aktørerne arbejder i organisationer med forskellige strukturer, kulturer, sprog m.m. (Ibid.). De faciliterer menings-

skabelse og giver herved aktørerne anledning til at håndtere usikkerheder og forståelsesproblemer. Ifølge Vlaar et al. muliggør formalisering bl.a. meningsskabelse ved at *fokusere opmærksomheden*. Det være sig eksempelvis ved at fokusere på, hvad der bør træffes beslutninger om, og hvad beslutningerne bør omhandle, eller ved at afgøre hvilke problemstillinger, der er vigtige (Ibid.). Ved at hjælpe aktørerne til at fokusere og bruge deres kognitive kræfter på et begrænset antal problemstillinger, reduceres aktørernes oplevelse af kompleksitet (Ibid.). Dette synes netop at være tilfældet for de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter, der har været udfordret af at skulle skabe sig en ny legitim plads i samspillet med almen praksis og sygehus vel vidende, at mange af de opgaver, som de varetager, også (kunne) varetages andre steder. I denne proces har forløbsprogrammerne fungeret som en legitim baggrund for at udvikle og implementere en række tilbud til borgerne på trods af, at der er usikkerhed i forhold til bl.a. almen praksis. De har fungeret som pejlemærker, som konsulenterne kunne orientere sig efter i forhold til at finde ud af, hvilke opgaver de skulle løse, samtidig med at de har skitseret konsulenternes og de øvrige aktørers plads og opgaver i det tværgående samspil.

6.3.3. NÅR FORLØBSPROGRAMMERNE BEGRÆNSER MULIGHEDEN FOR AT SKABE NY MENING OM OPGAVEN

Forløbsprogrammerne hjælper til at skabe fokus. De har betydning for, hvordan aktørerne forholder sig til omgivelserne, hvad de forventer, og hvad de bemærker. Herved begrænser de også, hvilke ledetråde aktørerne hæfter sig ved, og hvilke forbindelser der skabes mellem ledetrådene og de kontekstuelle strukturer (Vlaar et al., 2006). Dette kan være en fordel, når der er megen usikkerhed, men det kan også være med til at begrænse aktørernes muligheder for at skabe ny mening. Det kan således give anledning til frustrationer og ny usikkerhed hos aktørerne, når omgivelserne handler på måder, der forstyrrer aktørernes handleteori, såsom når omgivelserne ikke handler efter anvisningerne i forløbsprogrammerne. Dette kommer bl.a. til udtryk hos en af konsulenterne, der udtrykker tydelig irritation over, at de praktiserende læger en gang imellem sender nydiagnosticerede type 2-diabetikere til Sundhedscentret fremfor på sygehusets diabetesskole:

> ”Konsulent A2: Jeg bruger jo programmet når jeg afviser en nyopdaget type 2-diabetiker [mm] ik' også, så er det jo, når jeg siger der skal du tilbage til din egen læge, og det er rigtig træls at skal sige det til borgeren hvor de har været ved lægen og lægen siger de skal komme her, og de ringer her og skal booke en tid […] det er træls, det er rigtig træls ik' og jeg mener den er så klokkehamrende klar i forløbsprogrammerne at det er, jeg mener arh det er så tydeligt, at det er den anden vej ik'.

> Interviewer: Og nu må du lige forklare mig, hvad er træls? Er det træls at sige til borg-?
>
> Konsulent A2: Ja det er træls i situationen at stå til borgeren og så sige, at du skal tilbage til egen læge, fordi egen læge ved jo også ,at de sku' ha' været på diabetesskole.
>
> […]
>
> Konsulent A2: [D]et svarer jo til at forældre de diskuterer henover børnene ik' [ja] altså, det er noget roderi [ja] ik' også og den er klar […], der kan da sikkert være et argument for at borgeren ikke skal ha' et diabetesskoleforløb [mm] men så er jeg nødt til at vide det [mm] og så er vi nødt til at se på om det er noget vi så kan løse og det vil jeg da ik' afvise at der kan være borgere, hvor vi ville kunne ha' løst det [mm] men hvis de i telefonen siger 'jeg har lige fået konstateret type 2-diabetes og jeg skal ringe til dig', så er jeg simpelthen nødt til at sige 'det skal du ik' du skal på diabetesskole' tilbage til egen læge [mm]."

Konsulentens betoning af, at det er tydeligt, hvornår den nydiagnosticerede diabetiker skal være hvor, og hendes omtale af at de praktiserende læger godt ved, at nydiagnosticerede diabetikere først skal sendes på diabetesskole, viser, at konsulenten har en forventning om, at de praktiserende læger kender forløbsprogrammerne. Den udtrykte irritation synes altså at bero på, at konsulenten oplever, at de praktiserende lægers handlinger skyldes et bevidst valg om at gøre noget andet end det, der står i forløbsprogrammet. Ledetråd for konsulenten i forhold til at skabe mening med opgaven er, hvorvidt opgaveløsningen lever op til anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Når andre aktører handler på måder, der ikke følger anbefalingerne, opleves dette som en forstyrrelse af konsulentens arbejde. At forstyrrelsen er så stor, at den går hen og bliver til irritation, kan skyldes, at samme konsulent i andre dele af arbejdet oplever, at det kan være svært at adskille den nyere sundhedsfremmeposition fra den behandlerposition, som hun har erfaring med fra sit tidligere virke, en usikkerhed som desuden synes at være koblet med, at konsulenten er usikker på, hvad lægerne forventer af hendes arbejde med patienterne. I forhold til opgaven omkring type 2-diabetes er konsulenten imidlertid langt mere sikker på sin opgave, fordi den er tydeligt beskrevet i forløbsprogrammet. Og netop fordi forløbsprogrammet og opgaverne beskrevet heri udgør et sikkert pejlemærke blandt andre mere usikre opgaver, er konsulenten muligvis mindre tilbøjelig til at afsøge andre ledetråde og andre måder at skabe mening omkring forstyrrelsen på, der kunne hindre, at der opstår irritation.

Det er tidligere blevet omtalt, at der er større sandsynlighed for, at der opstår emotionelt initierede meningsskabende processer, jo mere specialiseret en aktør er,

og jo mere organiseret eller tæt koblet aktørens handlesekvenser er (Weick, 1995). Den interviewede konsulent er specialiseret inden for et bestemt sundhedsfagligt felt, mens flere af Sundhedscentrets andre konsulenter har mere generaliserede uddannelser. Forløbsprogrammerne og anbefalingerne heri repræsenterer endvidere tæt koblede handlesekvenser både i forhold til den enkelte aktør og i forhold til samspillet mellem aktørerne, idet de opstiller rammer for de opgaver, som aktørerne bør løse og for rækkefølgen heraf. Programmerne angiver således, hvornår de forskellige aktører bør inddrages i patientforløbet, ligesom de giver anbefalinger til, hvordan kommunikationen imellem aktørerne bør være i forbindelse med aflevering af patienten fra en sektor til en anden. Som sagt synes en del af den usikkerhed, som konsulenten oplever i sit nuværende arbejde, at være forbundet med konsulentens tidligere erfaring med at arbejde sammen med de praktiserende læger. I konsulentens tidligere samspil med de praktiserende læger var der en tæt kobling af handlesekvenserne i den forstand, at lægerne henviste patienter med bestemte sundhedsrelaterede problemstillinger, som konsulenten behandlede/rådgav ud fra og efterfølgende gav tilbagemelding om til almen praksis. I lyset heraf synes forløbsprogrammets anbefalinger at skabe en ramme, der giver konsulenten sikkerhed angående sin opgave og angående relationen til de praktiserende læger i en hverdagspraksis, der kan opleves som usikker, bl.a. fordi konsulentens nuværende samspil med de praktiserende læger og de hermed forbundne handlesekvenser er langt mere løst koblede end tidligere. Forløbsprogrammerne strukturerer borgernes behandlingsforløb og aktørernes tværgående samspil, hvorved de erstatter de strukturer og mere tæt koblede handlesekvenser, som konsulenten til dels synes at savne i sin hverdag. Når lægerne bryder med disse strukturer, forstyrrer det derfor givetvis denne konsulent mere end de øvrige, der ikke synes at have haft samme tætte arbejdsrelation via henvisninger fra de praktiserende læger i deres tidligere virker. Derfor peger den alternative handlemulighed, som gør det muligt for konsulenten at skabe mening i forstyrrelsen, også tilbage på konsulentens tidligere praksis jfr. konsulentens overvejelse om, at ”der da sikkert [kan] være et argument for at borgeren ikke skal ha' et diabetesskoleforløb, men så er jeg nødt til at vide det”.

Her er det dog på sin plads at tilføje, at når konsulenten synes at udtrykke mere irritation end de andre konsulenter, der også omtaler problematikken med, at lægerne sender nydiagnosticerede diabetespatienter direkte til Sundhedscentret fremfor til diabetesskolen på sygehuset, så kan det spille ind: 1) At konsulenten har taget del i udviklingen af forløbsprogrammet for type 2-diabetes og derfor må formodes at have et stort ejerskab til netop dette forløbsprogram og tillægger det særlig værdi, og 2) At det ofte vil være hos denne konsulent, at borgere med diabetes vil få rådgivning grundet konsulentens særlige sundhedsfaglige område. Der er altså flere grunde til, at man kan forvente, at konsulenten bliver mere forstyrret af lægernes brud på handlesekvensen, som den er skitseret for borgere med type 2-diabetes i forløbsprogrammet, end sine kolleger. Det gælder dog for alle konsulenterne, der omtaler problematikken, at de fortæller, at de sender borgerne tilbage til egen læge med henblik på, at borgerne kommer på sygehusets diabetes-

skole, før de kan få et tilbud i Sundhedscentret. Der synes altså at være en lokalt etableret konsensus om, at man handler på en måde, der fastholder den allerede etablerede meningskonstruktion, hvor ledetråden for aktørernes meningsskabelse omkring opgaven er, at handlinger skal være i overensstemmelse med anbefalingerne i forløbsprogrammerne. Det betyder til gengæld, at konsulenterne muligvis bliver mindre opmærksomme på – og åbne for at undersøge – hvad der eksempelvis kan ligge til grund for, at lægerne sender nydiagnosticerede diabetikere til Sundhedscentret, og om der kan være måder, som det giver bedre mening at organisere det tværgående samspil på.

6.3.4. BRUD PÅ DET FORVENTEDE – NÅR FORLØBSPROGRAMMERNE SKABER FRUSTRATION OVER MANGLENDE REKRUTTERING

Formalisering skaber fokus og er bestemmende for, hvad konsulenterne forventer og bemærker i deres omgivelser. Begivenheder, der er i overensstemmelse med det forventede, giver mening, mens ledetråde, der ikke passer ind, skiller sig ud og risikerer at skabe forstyrrelse. Formalisering og skabte forventninger er således betydende for, hvad der bliver bemærket, udledt, husket og handlet på. Vlaar et al. skriver om formaliseringsprocessen:

> ”It then restricts the extent to which participants intrude their environment and acquire and perceive cues and connections around which they cohere and structure their beliefs. It also conditions sensemaking by limiting the information and cues on which participants focus their attention.” (Vlaar et al., 2006, s. 1623).

Et område, hvor man kan iagttage, at formalisering i form af forløbsprogrammerne og processerne forbundet hermed giver anledning til forstyrrelser og endog frustration hos de kommunale konsulenter pga. ikke indfriede forventninger, er rekruttering af borgere til Sundhedscentrets tilbud. Alle de interviewede konsulenter udtrykker frustration over, at det er svært at rekruttere borgere med type 2-diabetes eller med risiko herfor til Sundhedscentrets tilbud. Gennem arbejdet med forløbsprogrammerne er der blandt konsulenterne skabt en forventning om, at der er brug for de kommunale tilbud, og at de er relevante og vigtige. Det opleves derfor som en betydelig forstyrrelse, at det er svært at rekruttere borgere til tilbuddene. En konsulent beskriver eksempelvis ”en mental frustration over at det vi gør det ik’ får folk til at henvende sig på Sundhedscentret.” (Konsulent A3). Konsulenten beskriver videre forløbsprogrammet for type 2-diabetes som et tydeligt ”landkort”, der ”giver […] et godt billede af […] hvem der gør hvad”. Med udgangspunkt i forløbsprogrammerne forklares den problematiske rekruttering med, at borgerne ikke har kendskab til tilbuddet og videre med problemer i forhold til sektorovergangene,

nemlig at de praktiserende læger enten ikke er opmærksomme på tilbuddene, eller at de er imod dem:

> ”Jeg tror jo på at når der er så mange der lever med diabetes [ja] og at vi ik' knækker koden, og der stadigvæk er rigtig mange der får senfølger af den her sygdom [mm] så sku' man jo synes at der er behov for mestrings-forløb. Der hvor jeg bliver i tvivl om der er behov for det, det er jo fordi at rekrutteringen overhovedet ik' fungerer [mm] at det er en undren over, hvis der virkelig er så mange mennesker derude der har brug for det her hvordan kan det så være vi ik' hører fra dem [mm]. Det kan selvfølgelig være fordi at de ik' aner muligheden er der, det kan også være måske almen praksis som ik' tænker, at det er det rette tilbud eller måske ik' er opmærksom på at der er det her tilbud men det er jo i hvert fald et mis-en ubalance i antal af borgere der lever med diabetes og dem vi ser her på stedet [mm] så det er derfor jeg siger, jamen måske er der ik' brug for det her, måske er det her ik' svaret på det.” Konsulent A3.

Konsulenten oplever en modsigelse mellem, at der på den ene side synes at være et stort behov for de kommunale rehabiliteringsforløb, fordi så mange type 2-diabetikere udvikler senkomplikationer til sygdommen. På den anden side gør den problematiske rekruttering konsulenten usikker herpå, om borgerne synes, at tilbuddet ikke passer, eller om problemstillingen tværtimod omhandler synlighed og overgangen mellem almen praksis og kommune. Beskrivelsen af situationen viser, at forstyrrelsen i form af den manglende rekruttering er forbundet med flertydighed, idet Weick bl.a. refererer til Joanne Martins definition, der lyder: ”[A]mbguity is perceived when a lack of clarity, high complexity, or a paradox makes multiple (rather than single or dichotomous) explanations plausible.” (Martin, 1992, s. 134). Feltmaterialet viser, at rekrutteringssituationen fremstår paradoksal for alle de interviewede konsulenter, fordi der på den ene side burde være en masse borgere til diabetes- og prædiabetesforløbene, mens man på den anden side oplever rekrutteringsproblemer. Endvidere opleves situationen som uklar og kompleks, fordi konsulenterne hver især angiver flere mulige og sandsynlige forhold, der kan være med til at forklare den aktuelle situation med manglende rekruttering.

Et interessant aspekt af konsulenternes oplevede uklarhed er, at den synes at være en konsekvens (”enactment”) af deres egen tidligere meningsskabelse og ledetråde for koordineret handlen. Det fremgik således af afsnit 5.3.1., hvordan man på baggrund af en sundhedsfremmetilgang til borgerne ved Sundhedscentrets opstart valgte, at der skulle udveksles ingen eller kun meget lidt information om borgerne med andre sundhedsaktører. Senere har man i samarbejde med praksiskonsulenten for Sundhedscentret udarbejdet en ”invitation til patienten”, hvor det er op til den enkelte patient, om vedkommende vil tage kontakt til Sundhedscentret. I modsætning til en ”invitation” ville en henvisning gå direkte til Sundhedscentret, hvor man så ville

tage kontakt til den person, som henvisningen angik. Måden, man har organiseret sig på både ved Sundhedscentrets opstart og siden i samarbejde med praksiskonsulenten, betyder, at konsulenterne har svært ved at finde ud af, om de oplevede rekrutteringsproblemer skyldes, at lægerne ikke henviser, eller om det skyldes, at patienterne bliver væk. Med andre ord har den måde, hvorpå man har valgt at gå efter kortet på, fået konsekvenser for, hvad det er for en vej, man finder, og hvilket landskab man ser. Konsulenterne har svært ved at skabe mening og oplever uklarhed, fordi de bl.a. via kommunikationsformen med almen praksis ikke har mulighed for at 'aflæse' borgerne og aktørerne i almen praksis og modtage ledetråde i forhold til, hvordan de opfatter konsulenternes arbejde og tilbuddene på Sundhedscentret. Dette relationelle aspekt af aktørernes meningsskabelse omkring eget arbejde og deres arbejdsmæssige identitet beskriver Wrezesniewski et al. på følgende vis:

> "The sensemaking process begins with an employee noticing another person's actions. It proceeds as the employee makes sense of the cues from these actions, and then imputes job, role and self meaning from this interpretive effort." (Wrzesniewski et al. 2003, s. 103).

Måden man har organiseret sig på betyder altså, at konsulenterne er kommet til at indskrænke deres muligheder for at få relationelle ledetråde angående deres arbejde fra såvel aktørerne i almen praksis som fra borgerne. Så mens forløbsprogrammerne og praksiskonsulentordningen er nogle strukturelle rammer, der understøtter, at man får ledetråde i forhold til, hvordan andre oplever og forstår ens arbejde samt positionerer en på, så er man i hverdagens praktiske organisering af arbejdet kommet til at understøtte en struktur, der hindrer konsulenterne i at få feedback, der kan hjælpe dem til at skabe mening i arbejdet.

Af feltmaterialet fremgår videre, at konsulenternes reaktion på den manglende rekruttering især har bestået i forskellige forsøg på at skabe mere opmærksomhed omkring forløbene både hos borgerne i kommunen, blandt de praktiserende læger og blandt andre sundhedsfaglige aktører. De andre mulige grunde til rekrutteringsproblemerne, såsom at borgerne ikke er interesseret i forløbene, at lægerne er modstandere af forløbene, at tilbuddene konkurrerer med tilbud i almen praksis osv., fremstår som gisninger, som konsulenterne ikke har fulgt op på eller handlet på. Kombinationen af den megen energi, som konsulenterne har lagt i rekruttering af borgere til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, sammen med det indre såvel som ydre forventningspres, der er bygget op omkring gennemførelse af tilbuddene via forløbsprogrammerne og formaliseringsarbejdet med dem, kan være anledning til, at den manglende rekruttering skaber frustration hos konsulenterne. Ifølge Weick afhænger betydningen af en forstyrrelse dels af organiseringsgraden af den handle- eller tankeproces, der forstyrres (Weick, 1995). Jo mere organiseret en handlesekvens er, jo tydeligere forventninger er der også hertil, og des større betydning har forstyrrelsen. Dels af forstyrrelsens alvor, idet høje ydre krav til gen-

nemførelse af en handling koblet med gentagne forstyrrelser og forsøg på at genoptage handlingen tilsammen gør, at der lettere opstår stærke følelser, der kan påvirke meningsskabelsen (Ibid.). Forløbsprogrammerne og formaliseringsarbejdet i diverse interne og tværgående udviklings- og implementeringsgrupper kan begge siges at repræsentere forsøg på at organisere handlesekvenserne i kommunen og i det tværgående samspil. Arbejdet har været med til at skabe tydelige forventninger til forløbene hos konsulenterne, herunder forventninger til forløbenes vigtighed/gyldighed og til måden, som rekrutteringen skal ske på. Dog er der ikke tale om veletablerede og rutinemæssige handlesekvenser, hvilket omvendt kan være med til at nedjustere forventningerne. Endvidere repræsenterer forløbsprogrammerne sammen med tildelingen af diverse projektmidler alle ydre krav om – og forventninger til – gennemførelse af bestemte handlesekvenser, som konsulenterne søger at leve op til. Og endelig kan de mange forsøg på at øge opmærksomheden omkring kommunens tilbud hos bl.a. de praktiserende læger ses som forsøg på at etablere en handlesekvens, som konsekvent forstyrres. I fokusgruppeinterviewet med de kommunal aktører berører konsulenterne de gentagne forsøg på at gøre lægerne opmærksomme på de kommunale tilbud og på at få dem til at henvise:

> ”Konsulent 4: [V]i ved faktisk ikke om de [de praktiserende læger] ved hvad vi kan. […] vi ved ikke, om de ved, hvad vi kan men ik’ synes det er relevant. Altså vi ved ikke nødvendigvis, hvad udfordringen er.
>
> Hjemmesygeplejerske 3 (henvendt til Konsulent A1): Men du har jo været ude mange gange alligevel og snak med lægerne og sådan noget.
>
> […]
>
> Konsulent A1: Lægen- altså […] når nu vi kommer ud i de der lægehuse og det de- jeg ved ikke hvor mange gange vi har været ude ved dem (navnet på Konsulent A2)?
>
> Konsulent A2: Ej men det er mange gange.
>
> Konsulent A1: Mange gange ik’ også. Så er det næsten ligesom at starte forfra hver gang og jeg tænker hver gang. De ved jo vi har det her men det er ligesom om det er en ny historie hver gang og jeg tænker mmh ja.” (Fokusgruppe med kommunalt ansatte den 25.9.12.).

Interviewsekvensen viser, at der fem år efter Sundhedscentrets etablering i 2007 stadig blandt konsulenterne er betydelig usikkerhed angående positioneringen i forhold til almen praksis, herunder om rekrutteringsproblemerne skyldes manglende viden om forløbene, eller om de skyldes, at lægerne og praksissygeplejersker ikke finder forløbene relevante for deres patienter. Sekvensen viser også, at konsulenter-

ne oplever, at de har lagt meget arbejde i at informere almen praksis om de kommunale tilbud og alligevel opleves det som ”at starte forfra hver gang”.

De omtalte elementer omkring forløbsprogrammerne og de gentagne forsøg på rekruttering indikerer, at rekrutteringsproblematikken er en forstyrrelse, der potentielt har haft stor betydning for meningsskabelsen. Ved store eller ved gentagne forstyrrelser begrænses organisatoriske aktørers evne til at skabe ny mening, bl.a. fordi opmærksomheden rettes mod selve forstyrrelsen, hvorved muligheden for at fokusere på og indoptage andre ledetråde i meningsskabelsen reduceres. Weick beskriver den potentielt negative effekt på meningsskabelsen ved betydelige forstyrrelser på følgende vis:

> ”[N]ot only does an interruption produce arousal but arousal uses up attention, reduces the cues that can be used in sensemaking, focuses attention on the interruption, and has the potential to escalate cognitive inefficiency. Loss of cues makes sensemaking harder, which raises arousal even higher, which leads to even more cue loss and even less sensemaking.” (Weick, 1995, s. 101).

Som tidligere nævnt er en del af Weicks teori om betydningen af forstyrrelser og aktivering af det autonome nervesystem i forbindelse med meningsskabelse især empirisk appliceret på katastrofesituationer. Konsulenternes rekrutteringsproblemer kan ikke sammenlignes med eksempelvis ”The Mann Gulch disaster”, hvor en gruppe brandmænd på tragisk vis omkom under en skovbrand, fordi de ikke formåede at skabe mening med deres leders handling, da branden pludselig bredte sig uventet (Weick, 1993). Teorien kan dog alligevel være med til at forklare, hvorfor konsulenterne både er frustrerede over den manglende rekruttering og usikre på årsagen hertil samtidig med, at de primært synes at have fokuseret på at skabe opmærksomhed omkring tilbuddene. Strukturen i forløbsprogrammerne og formaliseringsarbejdet omkring dem har været med til at skabe forventninger blandt konsulenterne om bestemte handlesekvenser herunder om rekruttering fra bl.a. almen praksis. Når disse forventninger ikke indfries, opleves det som en forstyrrelse, som konsulenterne har svært ved at skabe mening med og agere i forhold til. De reagerer ved at rette opmærksomheden mod forstyrrelsen og mod at prøve at sikre rekruttering ved at gøre mere af det samme – nemlig at informere om tilbuddene. Dette er der selvfølgelig en vis logik i og det især ved forløbenes begyndelse, fordi borgere og andre sundhedsprofessionelle aktører først skal have kendskab til tilbuddene, før de kan bruge dem. Som det fremgår af den korte dialog mellem konsulenterne under fokusgruppeinterviewet, er de imidlertid ved at være nået til et punkt, hvor det begynder at forekomme meningsløst at blive ved med at informere om tilbuddene til almen praksis, men uden at konsulenterne synes at være åbne for andre ledetråde i forhold til at skabe mening i situationen.

6.3.5. BEGYNDENDE ÅBENHED MOD NYE LEDETRÅDE FOR KOORDINERET HANDLEN

I forbindelse med at nogle af de samme konsulenter, som deltog i fokusgruppe-interviewet, blev interviewet cirka et til halvandet år senere beskriver flere af dem fortsat frustration i forhold til rekrutteringsproblematikken, men man aner samtidig en begyndende åbenhed og orientering mod andre ledetråde i forhold til at skabe mening. Hos en af konsulenterne kommer det til udtryk ved en form for accept af situationen, idet fokus flyttes fra ensidigt at fokusere på de borgere, som man ikke får fat i, til også at se på de borgere, som man formår at få "fat i". Endvidere synes konsulentens fokus at være flyttet fra hovedsageligt at være orienteret mod de praktiserende læger som borgernes vej til Sundhedscentret til i langt højere grad at være orienteret mod samspillet med andre aktører:

> "[M]åske skal vi dybest set holde op med at ærgre os over dem vi ikke får fat i, men i stedet så glæde os over dem vi så får fat i, og så må vi jo kigge på andre veje ind, og der er Jobcentret jo et godt sted og de vil gerne benytte sig af vores- eller vil gerne have os til at have tilbud til dem, fordi de møder jo de samme borgere, og der foregår jo også et godt samarbejde i de der rehabiliteringsteam som vi også lige er inde at afprøve om vi skal være en del af lige nu […]." Konsulent A1.

Citatet lader ane (i tråd med samme konsulents fortælling om det første møde med de praktiserende læger), at konsulenten i interviewsituationen har opnået en mere sikker organisatorisk identitet sammenholdt med de første år på Sundhedscentret. Selvsikkerheden og bekræftelsen af den egne særlige organisatoriske identitet fremstår som delvis knyttet til oplevelsen af, at andre organisatoriske aktører er interesseret i – og efterspørger – tilbud på Sundhedscentret. Oplevelsen af anerkendelse og den positive relation til bl.a. Jobcentret betyder, at selvom forløbsprogrammerne udgør en vigtig handleteori, så er konsulenten begyndt at afsøge og orientere sig mod andre ledetråde i forhold til at skabe mening. Det skal dog tilføjes, at konsulenten primært er underviser på et af de rehabiliteringsforløb, hvor der ikke er rekrutteringsproblemer. Det kan således være lettere for hende at indtage en mere afslappet holdning til den problematiske rekruttering end nogle af de andre konsulenter, der har mere på spil, og som bl.a. har måttet aflyse planlagte hold på grund af manglende deltagere. Man fornemmer endvidere en begyndende søgen efter nye ledetråde i forhold til at skabe mening i rekrutteringsproblematikken hos en af de andre konsulenter, der nu synes mere åben og nysgerrig efter at gå i dialog med de praktiserende læger. Det gælder dels angående, hvorledes de praktiserende læger oplever de eksisterende tilbud, dels angående om der er andre tilbud, som lægerne finder er mere relevante end de aktuelle, og om der er tilbud, som kan afvikles i almen praksis og eventuelt i samarbejde med en praksissygeplejerske. Konsulenten fortæller bl.a.:

> ”Jamen, jeg kan nogen gange godt sidde med følelsen af at vi bryder hjernen og vi tænker og researcher og vi forsøger at lave nogle tilbud til borgerne som vi tror de skal være og som vi tror de praktiserende læger har brug for, borgerne har brug for (.) jeg synes måske det ku' være interessant at sætte os ned sammen en dag med nogen alle det ved jeg ik' og diskutere, jamen hvad er det egentlig der er brug for. Det er sådan meget det er kommet fra os, og sådan skal det måske også være det ved jeg ik', men jeg ku' da egentlig rigtig rigtig rigtig rigtig godt tænke mig og isoleret på nogle, det ku' f.eks. være prædiabetes og sige hvad var det lige der er sket der? Er der overhovedet ik' brug for det tilbud eller hvad? Ser jeg virkelig verden så forskellig, har vi ik' en halv million der er i risiko for og ha' forhøjet blodsukker, prædiabetes? Hvad sker der lige? Hvorfor får vi ingen henvisninger? Hvad er lige det her for noget? Jeg ku' da egentlig godt tænke mig at man ku' snakke lidt mere om det [mm]. Passer tilbuddet? Hvad siger, hvad hører de praktiserende læger at borgerne siger om vores tilbud? Hvad tænker de selv om det? […] jeg synes faktisk det ku' være lidt interessant hvis man havde mulighed for det [mm].” Konsulent A2.

Mens Konsulent A1 søger at skabe mening og overkomme forstyrrelsen vedrørende den manglende rekruttering ved bl.a. at orientere sig mod samspillet med andre aktører end de praktiserende læger, så orienterer Konsulent A2 sig fortsat mod de praktiserende læger i sit forsøg på at skabe mening med opgaven. Fokus er til dels forsat fastholdt på forstyrrelsen i form af rekrutteringsproblemet, men ønsket om at gå i dialog med bl.a. lægerne om deres opfattelse af tilbuddene og deres oplevelse af borgernes reaktion herpå kan ses som udtryk for, at konsulenten har opnået en mere sikker organisatorisk identitet og fornemmelse af eget ståsted. Det er således lettere for konsulenten at gå i dialog med lægerne om mulige nye tilbud eller tilpasning af eksisterende tilbud, når konsulenten har en mere sikker fornemmelse af, hvem hun er, og hvad hun kan, som repræsentant for Sundhedscentret. En mere sikker organisatorisk identitet og positionering betyder endvidere, at konsulentens orientering mod forløbsprogrammerne og den ramme, som de hidtil har tilbudt, eventuelt bliver mindre betydelig. Konsulenten synes således så småt at begynde at orientere sig mod det, som det giver mening at arbejde sammen om lokalt frem for det, som er politisk bestemt med forløbsprogrammerne. Dette kommer også til udtryk hos en af de andre konsulenter, der sætter spørgsmålstegn ved, om det overhovedet giver mening at have et tilbud til diabetikere, mens samme konsulent forventer sig et langt bedre samspil med almen praksis i forbindelse med andre rehabiliteringstilbud. Det interessante er, at konsulenternes erfaringer med rekrutteringsproblemerne synes at have foranlediget et så stort fokus på rekruttering og på samspillet med almen praksis – herunder på hvad der giver mening for de praktiserende læger at arbejde sammen om – at det risikerer at overskygge fokusset på de patientgrupper, som konsulenterne selv peger på er i stor risiko for at udvikle diabetes eller senfølger til

diabetes. Dette er overensstemmende med Wrzesniewski et al., der påviser, hvordan de intersubjektive ledetråde, som aktører hæfter sig ved i deres meningsskabelse omkring deres arbejde, rolle og deres selv, kan lede aktørerne til at ændre indholdet af, hvad de gør, og hvem de er i deres arbejdskontekst (Wrezniewski, 2003). Aktørerne søger med andre ord at skabe muligheder for at indgå i situationer og i relationer, som giver dem bekræftende ledetråde i forhold til, hvem de er, og hvad de gør. Herved er aktørerne med til at skabe den sociale kontekst, som de befinder sig i (jfr. Weicks begreb om "encactment") (Ibid.).

Af ovenstående fremgår, at konsulenterne i deres afsøgning af nye ledetråde i forhold til at skabe mening med oplevelsen af rekrutteringsproblemerne i forhold til deres rehabiliteringstilbud synes at reagere på to forskellige måder. På den ene side kan man iagttage en begyndende orientering væk fra samspillet med de praktiserende læger mod andre aktører, som opleves at vise mere interesse i konsulenternes arbejde og Sundhedscentrets tilbud. På den anden side kan der i interessen for at gå i dialog med de praktiserende læger, om hvilke tilbud de finder relevante, spores en åbning mod at ændre arbejdets og hermed opgavens indhold.

6.3.6. OPSAMLING

Dette afsnit har vist, hvordan strukturelle redskaber kan fungere som støtte for nogle af aktørerne i det tværgående samspil og deres meningsskabelse i situationer, hvor de eksempelvis oplever megen usikkerhed. Det gør de strukturelle redskaber dels ved at hjælpe aktørerne til at fokusere deres opmærksomhed. Dels ved at fungere som en platform for formaliseringsprocesser, der videre hjælper aktørerne til at skabe mening med opgaven og med de relationer, som opgaveløsningen er forbundet med. Det er i den forbindelse blevet vist, hvordan konsulenterne ved det kommunale sundhedscenters opstart skulle identificere både deres opgaver og måderne, de skulle løses på, samtidig med at de har skulle definere deres relation til hinanden og til omgivelserne. Gennem arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammerne – herunder møder og diskussioner med aktører fra andre kommuner, almen praksis og sygehus – er det gradvist blevet tydeligere for konsulenterne, hvad deres opgave er, og hvad de kan, idet de samtidig har fået en forståelse for, hvordan de andre aktører tænker og agerer i det tværgående samspil.

Det er videre blevet vist, hvordan forløbsprogrammerne er med til at skærpe fokus og skabe bestemte forventninger hos konsulenterne til deres arbejde. Brud på disse forventninger kan foranledige følelsesmæssigt initierede meningsskabende processer, der gør, at det kan være svært for konsulenterne at skabe ny mening og se nye handlemuligheder i de oplevede rekrutteringsudfordringer. Analysen viser dog samtidig, at konsulenterne er begyndt at orientere sig mod nye ledetråde i forhold til at skabe mening med rekrutteringsproblemerne. Det fremgår bl.a. af en konsulents

ønske om at komme i dialog med lægerne for at høre, hvad de tænker om de eksisterende tilbud, men også for at høre, hvad der overhovedet giver mening for lægerne at samarbejde om. Endvidere fremgår det af en anden konsulents orientering væk fra samspillet med de praktiserende læger og mod andre organisatoriske aktører, der opleves at være mere imødekommende og interesserede i at henvise borgere til Sundhedscentret. Her fastholdes fokus til dels fortsat på forløbsprogrammets opdrag til kommunen om at tilbyde forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med type 2-diabetes og prædiabetes. Man kan imidlertid diskutere, om konsulentens omtale af, at de måske bare skal være glade for de borgere, der kommer (som er meget få, hvad angår mennesker med type 2-diabetes og prædiabetes), og hendes orientering mod samspillet med Jobcentret (der trods alt kun ser en lille del af de borgere, der har type 2-diabetes og prædiabetes), tenderer mod organisatorisk "dekobling" (Meyer & Rowan, 1977, s. 356). Det vil sige en situation, hvor Sundhedscentret udadtil lever op til forventningerne om at udbyde rehabiliteringstilbud til borgere med – eller med risiko for – type 2-diabetes, men hvor man i praksis bruger sin tid og kræfter på andre grupper af borgere og orienterer sig mod andre samarbejdspartnere end det, der lægges op til i forløbsprogrammet for type 2-diabetes. En væsentlig forskel fra den klassiske definition af dekobling er dog, at situationen ikke bare handler om symbolpolitik og om at sikre konformitet med ydre krav, mens den etablerede praksis forbliver uberørt (Rennison, 2000). Tværtimod må dekoblingen her ses som udtryk for, at konsulenterne forgæves har søgt at etablere en praksis og et samspil men de praktiserende læger, og at de nu er nået en art udmattelses- eller vendepunkt, hvor det ikke længere giver mening at fortsætte. De må i stedet søge at etablere andre mere meningsfulde handlesekvenser og praksisser i samspil med andre aktører, idet de ellers risikerer helt at miste fokus på en eller flere af de grupper af borgere, som forløbene var målrettet.

6.4. DIVERGENDE MENINGSSKABELSER OM OPGAVEN – POLYFONE FORTÆLLINGER OM DOSISDISPENSERET MEDICIN

Ændringer af opgaver eller indførelse af nye opgaver i sundhedsvæsenet herunder i det tværgående samspil mellem kommune og almen praksis er ofte kompliceret og fører let til modstand fra en eller flere sider (Seemann & Antoft, 2002; Antoft, 2005; Petersen, 2016; Christensen, 2017). I feltmaterialet optræder flere eksempler på, hvordan aktørerne fra henholdsvis almen praksis og kommune i relation til opgaver forbundet med det tværgående samspil handler på måder, der er meningsfulde ud fra deres respektive organisatoriske og fagprofessionelle forståelseshorisonter, men som synes uforståelige og generende for andre aktører i det tværgående samspil. I afhandlingens tilfælde udgør dosisdispenseret medicin et eksempel på, hvordan aktørerne – med udgangspunkt i forskellige oplevelser af en opgaveændrings mulige betydning for deres arbejde med borgeren/patienten – skaber forskellige meninger om opgaven, som gør det tværgående samspil vanskeligt. Eksemplet viser videre,

hvordan aktørernes forskellige meningsskabelser interagerer på tværs af organisationerne i form af bl.a. bestemte fortællinger og i nogle tilfælde danner afsæt for nye meningsskabelser hos hinanden. I andre tilfælde synes det sværere for aktørerne at engagere sig i forsøg på intersubjektiv meningsskabelse på tværs af organisationer og professioner, fordi stærke følelser og allerede etablerede meningskonstruktioner og fortællinger spærrer for, at aktørerne kan rette opmærksomheden mod andre mulige meningskonstruktioner.

Dosisdispenseret medicin handler kort fortalt om, at apotekerne overtager medicindoseringer af stabilt medicinerede borgere fra hjemmesygeplejerskerne. Ved hjælp af medicinsk teknologi pakker apotekerne medicinen i små plastiskposer, og borgerne får herefter ruller med medicin til fjorten dage, frem for at hjemmesygeplejerskerne kommer hos borgerne og putter medicin i æsker. Indførelsen af dosisdispenseret medicin i kommunernes hjemmepleje repræsenterer forsøg på at indføre ny (medicinsk) teknologi i plejen og behandlingen af borgerne, der bl.a. kan spare kommunerne for tid og penge.[28] Med det øgede pres på det nære sundhedsvæsen er især kommunerne optaget af, hvordan nye teknologiske muligheder i form af eksempelvis telemedicin, velfærdsteknologi og medicinsk teknologi som dosisdispenseret medicin kan være med til at løse opgaverne billigst muligt og eventuelt samtidig være med til at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer (KL, 2012). I det følgende præsenteres først en hjemmesygeplejerskes fortælling om arbejdet med at få borgere med stabile medicindoseringer over på dosisdispenseret medicin i et af kommunens yderområder. Hjemmesygeplejerskens fortælling og forsøg på at skabe mening med den nye opgave kobles til andre hjemmesygeplejerskers fortællinger om dosisdispenseret medicin. Hernæst præsenteres, hvordan tre forskellige læger på forskellig vis synes at skabe mening med dosisdispenseret medicin, og hvilke konsekvenser det får for deres måder at handle på.

6.4.1. DOSISDISPENSERET MEDICIN SOM EN MULIGHED FOR AT PRIORITERE VIGTIGERE OG MERE SPÆNDENDE OPGAVER I ARBEJDET

Anledningen til hjemmesygeplejerskens omtale af dosisdispenseret medicin er et spørgsmål fra intervieweren om hjemmesygeplejerskens erfaringer med den lokale praksiskonsulentordning. Hjemmesygeplejersken forklarer, at man i hendes område har søgt at inddrage praksiskonsulenten i forbindelse med, at det lokalt har været

[28] Se bl.a. Havemann (2003) for en nærmere præsentation af baggrunden for dosisdispenseret medicin samt for en overordnet introduktion af forskellige parters (KL, Apotekerforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen) argumenter for – og eventuelle betænkeligheder ved – dosisdispenseret medicin.

svært at få de praktiserende læger til at lade borgere med stabile medicindoseringer gå over på dosisdispenseret medicin. Hjemmesygeplejerskens indledende beskrivelse af problemstillingen situerer hende og de øvrige hjemmesygeplejersker i en umulig situation. På den ene side er hjemmesygeplejerskerne blevet pålagt at minimere al stabil sygepleje for at frigøre tid til de mere komplekse sygeplejeforløb. Hjemmesygeplejersken trækker således indledningsvist på en kommunal diskursiv praksis omkring det nære sundhedsvæsen og nødvendigheden af at frigøre hjemmesygeplejerskernes tid til de mere komplekse sygeplejeforløb (jfr. afsnit 5.4.1.). På den anden side oplever hjemmesygeplejersken, at de lokale praktiserende læger hårdnakket nægter at lade stabilt medicinerede borger overgå til dosispakkemedicin: ”Vi løb bare panden imod en mur. Og det gjorde vi mange gange.” (Hjemmesygeplejerske A2).

I hjemmesygeplejerskens videre konstruktion af fortællingen om det tværgående samspil omkring dosisdispenseret medicin afløses den refleksive orientering mod den kommunale diskurs om nødvendigheden af minimering af de stabile sygeplejefaglige opgaver af en orientering mod den forebyggende og støttende position i forhold til borgeren (Davies & Harré, 1990). Det sker, idet hjemmesygeplejersken forklarer, hvordan de i sygeplejegruppen har ændret på doseringspraksis for at frigøre tid:

> ”Så har vi så gjort det i stedet for, […] at dosere hver fjortens dag, så har vi lavet doseringsæsker til fire uger, så. Og det er jo ikke nødvendigvis, fordi. Borgeren kan godt stadigvæk få et besøg hver fjortens dag, og så kan man så sige, at så hver fjortens dag, så er så bare ude og snakke om nogle andre ting i forhold til, så man ikke bare skal dosere, men så snakker man om. Altså det kan så være, hvis det er diabetes. Ja, det kan være, hvordan, putte noget viden på, eller snakker lidt kost eller noget ernæring eller andre ting hvad der nu kan være oppe i, hvad borgeren nu har af problematikker.” Hjemmesygeplejerske A2.

I hjemmesygeplejerskens fremstilling fremstår målet med at frigive tid nu nærmere som et spørgsmål om at få mere kvalitetstid til forebyggelse end et spørgsmål om at få tid til mere komplekse sygeplejeforløb. Dette er konsistent med, at hjemmesygeplejersken andetsteds i interviewet netop beskriver, at hjemmesygeplejerskens ”fornemmeste opgave” er det forbyggende arbejde, selvom det kan være svært at finde tid til dette arbejde i hverdagen. Hjemmesygeplejersken bringer således en for hende mere spændende forebyggende position i spil som alternativ både til den praktiske instrumentelle position som ansvarlig for borgernes medicin og til den af kommunen udpegede position som ansvarlig for de mere komplekse sygeplejefaglige forløb. Da hjemmesygeplejersken i forvejen finder, at det kan være svært at finde tid til det forebyggende arbejde, synes den kommunale orientering mod minimering af stabile sygeplejefaglige forløb til fordel for komplicerede sygeplejeforløb implicit at måtte

udgøre en trussel mod et af de elementer i arbejdet som hjemmesygeplejerske, som hun tillægger stor faglig værdi. En stor del af de nye opgaver, der er fulgt i kølvandet på tidligere udskrivelser af borgerne fra sygehuset til kommunen, er kliniske sygeplejefaglige opgaver i form af eksempelvis håndtering af IV-medicin, katetre, sonder, dræn osv. (Vinge & Kilsmark, 2009). Mange af disse opgaver er midlertidige opgaver, dvs. opgaver, hvor hjemmesygeplejerskerne kommer hos borgerne i en kortere periode efter indlæggelse. Af feltmaterialet fremgår, at den interviewede hjemmesygeplejerske i lighed med flere af de andre interviewede hjemmesygeplejersker foruden det forebyggende arbejde især tillægger det langvarige kendskab til borgerne og friheden til selv at visitere arbejdet og til at strukturere sin arbejdsdag værdi. De nye opgaver udgør altså en risiko for at underminere flere af de arbejds- og professionsmæssige værdier, som hjemmesygeplejersken orienterer sig mod. Muligheden for, at hjemmesygeplejerskens arbejde er på vej til at blive orienteret mod flere instrumentelle sygeplejeorienterede opgaver, er samstemmende med Hannerieke van der Booms iagttagelse af den overordnede udvikling af hjemmesygeplejerskernes opgaver i en lang række europæiske lande. Ifølge van der Boom har hjemmesygeplejerskernes arbejde skiftet karakter fra at være "all-round" aktiviteter til at være mere instrumentelle sygeplejeorienterede opgaver (van der Boom, 2008, s. 54). Dette på bekostning af bl.a. forebyggende og koordinerende opgaver. Baggrunden er ifølge van der Boom tidligere udskrivelse af patienter fra sygehusene og en generel ændring i hjemmesygeplejens klientpopulation med flere svage ældre borgere og flere borgere med kroniske sygdomme, idet begge grupper kræver hyppig og intensiv sygepleje (Ibid.).

To modsætningsfyldte positioneringer kan ses i sygeplejerskens forskydning fra at beskrive frigørelse af tid ud fra den instrumentelle kliniske sygeplejefaglige position til den forebyggende position. Omtalen af begge positioner blotlægger en mulig ambivalens hos hjemmesygeplejersken mod på den ene side at være loyal over for kommunen og den af ledelsen definerede (og hermed også mere magtfulde) orientering mod instrumentelle sygeplejefaglige opgaver og en for hjemmesygeplejersken fagprofessionelt og arbejdsmæssigt mere spændende orientering mod forebyggelse. Det interessante i denne sammenhæng er, at den sidstnævnte position ikke 'bare' repræsenterer modsætningen til den førstnævnte position, men at den nærmere må ses som en modstand og et forsøg på at give en anden mening til behovet for minimeringen af den stabile sygepleje. Denne anden mening behøver ikke fuldstændigt at udelukke den første position og den meningsgivning [*sensegivning*], som lederne synes at have præsenteret hjemmesygeplejerskerne for (Gioia & Chittipeddi, 1991, s. 443). Den afvises ikke, men den ændres og tilpasses, så den også inkluderer den anden position. På den måde synes den at blive mere acceptabel. Hjemmesygeplejersken søger med andre ord at definere en position og skabe en mening omkring arbejdet med at frigøre tid, der er relevant for hende i forhold til, at hun kan opretholde vigtige aspekter af sin fagprofessionelle identitet. Sygeplejerskens fortælling om dosisdispenseret medicin bliver på den måde et eksempel på en hybrid fag-

professionel diskurs, hvor en sammensat fagprofessionel identitet forhandles og skabes igennem fortællingen (jfr. afsnit 5.5. og Reff Pedersen, 2008).

At der er tale om en opgaveændring, der også af andre hjemmesygeplejersker opleves som en mulig trussel mod hjemmesygeplejerskernes faglige selvforståelse fremgår af, at en anden hjemmesygeplejerske (Hjemmesygeplejerske A1) fra et andet af kommunens områder fortæller, at tiden ved køkkenbordet er vigtig, og at hjemmesygeplejerskerne ikke bare kommer for at dosere medicin. Hun er derfor bekymret for, at dosisdispenseret medicin medfører, at man ikke fanger eventuelle problematikker hos borgerne tilstrækkeligt tidligt. Som en art imødegåelse af sin egen bekymring nævner hun dog, at de har mulighed for at lægge "OBS besøg" ind hos borgere, hvor de finder det nødvendigt.

Et interessant aspekt af førstnævnte hjemmesygeplejerskes (Hjemmesygeplejerske A2) meningsskabelse om dosisdispenseret medicin er den betydning, som hun synes at tillægge fortællingen om en tidligere lokal praktiserende læges reaktion på dosis-dispenseret medicin. Fortællingen om lægen er interessant, fordi den synes at hjælpe sygeplejersken med at skabe mening med opgaveændringen og med at positionere sig både i forhold til lægerne og i forhold til sin egen usikre position. Fortællingen om lægen bliver med andre ord en ramme [*frame*] for sygeplejerskens menings-skabelse, der hjælper hende med at identificere, hvad der er vigtigt at forholde sig til i spørgsmålet om dosisdispenseret medicin (Weick, 1995, s. 109). Fortællingen fremkommer i forbindelse med, at intervieweren spørger ind til, om hjemme-sygeplejersken fortsat kommer hos borgerne hver fjortende dag, fordi hun "skal", når de nu har lavet doseringsæsker, der varer fire uger (se forrige citat af Hjemmesygeplejerske A2). Sygeplejersken svarer:

> "Nej, nej [nej]. Det er jo så igen. Det er igen vores sygeplejefaglige vurdering, hvad er der brug for her. […]. Men vi har haft en læge, som synes at, jamen så kommer vi jo ikke, hvis ikke vi kommer til det der dosering. Altså hun var simpelthen bange for, at så var der ingen der så den her borger her. Og det er da i hvert fald ikke det, der skal være argumentet for, at man ikke. Fordi, så altså så kommer vi til noget andet, fordi så kan vi bruge tiden på det, der ligesom er mere vigtigt altså. Man kan sige, så kan man forebygge nogle ting. Så kan man komme til nogle forebyggende samtaler, hvor man ligesom kan sige, jamen hvad kan vi så tage i opløbet her. Hvad er vigtigt for denne her borger. Så kommer man og ser dem, og så, så skal man ikke bruge tiden på at sidde og putte piller i, så kan man ligesom få en god snak med borgeren og [mm] ligesom, ja, lave nogle andre ting." Hjemmesygeplejerske A2.

Lægens skeptiske positionering i forhold til, hvorvidt dosisdispenseret medicin fører til, at hjemmesygeplejerskerne ikke længere kommer i hjemmet og observerer

borgeren, hjælpe sygeplejersken til at definere, hvad der kræver nærmere undersøgelse og forklaring – ikke bare over for de praktiserende læger, men også i forhold til sig selv og sine kolleger og ledere. Forklaringen bliver en anledning for sygeplejersken til fagprofessionelt at positionere sig på en meningsfuld måde i forhold til den ændrede opgave. Processen, hvormed aktører skaber mening for andre og søger at påvirke andres meningsskabelse, betegnes også "sensegiving" (Gioia & Chittipeddi, 1991, s. 443). Begrebet er komplementært til – og dynamisk koblet med – meningsskabelse (Vaar et al., 2006). Ifølge Gioia & Chittipedi er der tale om en sekventiel og reciprok proces, der veksler mellem perioder domineret af henholdsvis forståelsesprocesser og påvirkningsprocesser:

> "[S]sensemaking has to do with meaning construction and reconstruction by the involved parties as they attempted to develop a meaningful framework for understanding the nature of the intended strategic change. Sensegiving is concerned with the process of attempting to influence the sensemaking and meaning construction of others toward a preferred definition of organizational reality." (Gioia & Chittipedi, 1991, s. 442).

Meningsgivende udsagn og fortællinger blandt en eller flere aktører giver anledning til, at andre aktører engagerer sig i meningsskabelse, idet de forholder sig til og søger at forstå den første parts meningsgivning. Senere vil disse aktører eventuelt søge at påvirke den første aktør eller andre aktører i forhold til, hvordan en problemstilling skal adresseres eller en situation skal forstås med udgangspunkt i den meningsskabelse, som den første meningsgivning gav anledning til.

Fortællingen om den skeptiske læge er altså anledning til, at hjemmesygeplejersken dels fortsat kan positionere sig som selvstændig fagprofessionel aktør, der selv visiterer sine opgaver i overensstemmelse med hendes sygeplejefaglige vurderinger. Dels hjælper fortællingen sygeplejersken til at fremdrage og positionere sig refleksivt i forhold til den forebyggende og støttende position, idet hun samtidig tager afstand fra den mere praktiske instrumentelle position, der i sammenhængen handler om at være ansvarlig for borgernes medicindosering, jfr. det er mere "vigtigt" at kunne lave forebyggende samtaler end at bruge tiden på at putte medicin i æsker.

At fortællingen om den skeptiske læge videre synes at være del af en socialt funderet meningsskabelse blandt gruppen af hjemmesygeplejersker i området blev antydet på et fælles møde mellem hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger, der fandt sted cirka en uge efter interviewet med Hjemmesygeplejerske A2. Her syntes det særligt vigtigt for flere af hjemmesygeplejerskerne at forsikre lægerne om, at dosisdispenseret medicin handler om frigive tid til borgerne og ikke om at fjerne besøg hos dem. Da lægerne under mødet ikke umiddelbart byder ind på teamlederens indledende opfordring til at fortælle om, hvad de tænker om dosisdispenseret medicin,

adresserer en af hjemmesygeplejerskerne deres oplevelse af lægernes bekymring på følgende vis:

> ”Det er jo ikke fordi vi ikke kommer. Så kan vi bruge vores ressourcer på noget andet. Lave et andet besøg. Vi oplever nogle gange, når vi kommer og doserer medicin, at så sidder vi med næsen nede i medicinen og så er vi færdige, og så er tiden bare ved at være gået, og så har man ikke haft en dialog med borgeren, og så mister man måske nogle informationer nogle gange…frigøre tid til at finde ud af, hvad er problemet rent faktisk.” (Observation fra møde mellem hjemmesygeplejersker og praktiserende læger den 4.3.14.).

I hjemmesygeplejerskens (og flere af de andre hjemmesygeplejerskers) argumentation og meningsgivende oplæg til lægerne, fremstår dosisdispensering af borgernes medicin som et praktisk arbejde, der risikerer at stå i vejen for at gøre vigtige observationer og arbejde forebyggende i hjemmet. Oplægget fungerer altså både som en indirekte konfrontation af lægernes bekymring og et argument for, at bekymringen er uberettiget. Den skeptiske læges indvending bliver gennem hjemmesygeplejerskens fremstilling af problemstillingen nærmest vendt 180 grader, idet lægens frygt for, at ingen besøger og ser borgerne ved overgang til dosisdispenseret medicin, bliver til et spørgsmål om, at hjemmesygeplejerskerne netop ikke ’ser’ og gør vigtige observationer, når de sidder med næsen nede i medicinen. En anden hjemmesygeplejerske forklarer videre, at de arbejder ”hen mod mål og handleplaner”, og at de kan arbejde mere koncentreret med borgeren, når de ikke skal dispensere medicin. Desuden fortæller hun, at det gør deres arbejde mere fleksibelt, fordi de så ikke er afhængige af at komme på et bestemt tidspunkt til borgeren. Dosisdispenseret medicin bliver altså både en anledning til at kunne koncentrere sig om vigtigere og mere spændende dele af arbejdet, og en anledning til at komme af med en opgave der gør planlægning af arbejdet besværligt og rigidt. Det interessante ved hjemmesygeplejerskernes meningsgivning til ændringerne, som dosisdispenseret medicin fører med sig, er, at der herved skabes en rammesætning af problematikken, hvor lægernes modstand ikke alene fremstår som ubegrundet, men hvor den faktisk også kommer til at fremstå som en modstand, der står i vejen for, at hjemmesygeplejerskerne kan udføre præcis det arbejde, som, lægerne selv indirekte giver udtryk for, er vigtigt, når de frygter, at hjemmesygeplejerskerne ikke længere kommer i hjemmet. Hjemmesygeplejerskernes meningsgiving til problematikken omkring dosisdispenseret medicin gør altså indirekte lægernes modstand illegitim så længe modstanden handler om sygeplejerskernes relation til borgerne, fordi lægerne og hjemmesygeplejerskerne vil det samme.

Vender vi nu tilbage til Hjemmesygeplejerske A2’s fortælling om dosisdispenseret medicin, synes det tydeligt, hvordan den adresserer flere af Weicks syv meningsskabende elementer. Først og fremmest er meningsskabelsen i fortællingen social,

fordi den er påvirket af – og inkluderer – forestillingen om en tidligere lokal praktiserende læges modstand. Endvidere synes den at være baseret på en intersubjektiv forståelse blandt den lokale gruppe af hjemmesygeplejersker omkring baggrunden for lægens modstand. Kendskabet til lægens modstand synes med andre ord ikke nødvendigvis at bero på direkte konfrontation/dialog med den omtalte læge, men på fælles snak og cirkulerende fortællinger om de lokale læger blandt gruppen af hjemmesygeplejersker. Meningsskabelsen er endvidere retrospektiv, fordi den søger at forklare handlinger i fortiden, nemlig hvorfor de praktiserende læger ikke hidtil har fulgt sygeplejerskernes opfordringer til at få borgerne på dosisdispenseret medicin. Den er desuden retrospektiv, fordi der gives mening til betydningen af en opgaveændring ud fra det sted, hvor sygeplejersken er i interviewsituationen med de erfaringer og forestillinger, som hun har gjort sig og er optaget af. Fortællingen angår endvidere vigtige spørgsmål omkring sygeplejerskens identitet. Den udgår fra ledetråde i form af en brudt forventning om, at man arbejder sammen om at få stabilt medicinerede borgere på dosisdispenseret medicin og en heraf følgende usikkerhed og forvirring angående lægernes vedholdende modstand trods forsøg på indblanding fra ældreområdets praksiskonsulent. Den er både resultat af handling og har betydning for sygeplejerskernes videre handlinger bl.a. ved, at de har ændret deres måde at dosere stabilt medicinerede borgere på, men også ved at man har valgt at bibeholde besøgstider hos borgerne, selvom sygeplejerskerne ikke behøver at komme så ofte for at medicinere. Endelig har den også betydning for handling, og hvad der fortsat sker (jfr. meningsskabelsen er kontinuerlig) ved, at den bl.a. får konsekvenser for, hvordan sygeplejerskerne adresserer lægerne i spørgsmålet om dosisdispenseret medicin på det fælles møde.

6.4.2. DOSISDISPENSERET MEDICIN SOM MULIGHED FOR AT KOMME AF MED ”DIRTY WORK”

Af foregående afsnit fremgår, at dosisdispenseret medicin på den ene side synes at udgøre en trussel mod hjemmesygeplejerskernes fagprofessionelle identitet og relation til borgerne, hvis opgaveændringen alene betragtes som et middel til at frigøre tid til klinisk instrumentelle sygplejeopgaver. På den anden side kan dosisdispenseret medicin også ses som en anledning til at frigøre tid til andre mere spændende dele af arbejdet og som en anledning til at gøre hjemmesygeplejerskernes hverdag mere fleksibel. Et tredje aspekt af hjemmesygeplejerskernes meningsskabelse omkring dosisdispenseret medicin skal ses i lyset af, at flere af hjemmesygeplejerskerne oplever at stå med et stort og urimeligt ansvar i forhold til at holde styr på borgernes medicin. I afsnit 5.4.1. blev omtalt, at flere af hjemmesygeplejerskerne oplever, at arbejdet med at holde styr på – og opdatere – borgernes medicinlister er et stort arbejde og ansvar, som de finder burde ligge hos de praktiserende læger. I forlængelse heraf udtrykker nogle af hjemmesygeplejerskerne en vis indignation og irritation over, at lægerne ikke har styr på, hvad deres patienter

får af medicin. Hjemmesygeplejerske A2 fortæller eksempelvis i forbindelse med feltstudiet, at hun afhængig af sit humør kan finde på at svare, når en læge ringer for at bede om en medicinliste på en borger: ”Den har du vel selv?” Dosisdispenseret medicin kan i forlængelse heraf opleves som en anledning til at bringe ansvaret for at have styr på medicinen tilbage til lægerne. Under fokusgruppeinterviewet med de kommunalt ansatte aktører forklarer en af hjemmesygeplejerskerne, at hun oplever, at der med dosisdispenseret medicin er blevet taget et stort ansvar fra hjemmesygeplejerskernes skuldre, fordi medicinen hermed alene er et anliggende mellem apoteket og lægerne. Hjemmesygeplejersken forklarer videre lægernes modstand mod dosisdispenseret medicin med, at de ikke er interesseret i at tage dette ansvar på sig:

> ”Hjemmesygeplejerske 1: Og der har de praktiserende læger virkelig også været meget meget modstandere af dosispakkemedicin fordi.
>
> Fysioterapeut fra rehabiliteringscentret: Ja det er jo klart (griner).
>
> Hjemmesygeplejerske 1: Jeg ved ikke, det er måske ikke pænt at sige men der fik de jo faktisk ansvaret for medicinen lagt tilbage på dem selv og de skulle gennemgå det og sige god for at det var det de fik. Hvor vi, det førhen faktiske har været os der har siddet fuldstændigt med ansvaret og har været de eneste, der vidste hvad folk de fik af medicin […]. Det er faktisk et kæmpe arbejde synes jeg alt det med medicin.” (Fokusgruppeinterview med kommunalt ansatte den 25.9.12.).

I hjemmesygeplejerskens optik bliver dosisdispenseret medicin en anledning til atter at gøre de praktiserende læger ansvarlige for at have overblik over deres patienters medicin. Hun antyder samtidigt, at lægernes modstand beror på, at opgaveforskydning til hjemmesygeplejerskerne har været bekvem for de praktiserende læger. Ansvaret med at holde styr på borgernes medicin opleves med andre ord som ”dirty work”, dvs. en mindre attraktiv og spændende arbejdsopgave, der i hverdagens praksis forskubbes fra de praktiserende læger til hjemmesygeplejerskerne (Hughes, 1951, s. 319). I den kontekst bliver dosisdispenseret medicin opfattet som en anledning til at markere og genetablere hjemmesygeplejerskernes fagdomæne (”jurisdiktion”) vis a vis den praktiserende læges fagdomæne (Abott, 1988, s. 34). Samtidig er dosisdispenseret medicin en anledning til, at hjemmesygeplejerskerne selv kan komme af med ”dirty work”, idet medicindispensering, som det fremgik af forrige afsnit, af nogle sygeplejersker opfattes som en uinteressant opgave, der tager tid og fokus væk fra borgerne, og som gør tilrettelæggelsen af arbejdsdagen mindre fleksibel. Det er derfor en opgave, der fint kan overdrages til apotekerne, uden at hjemmesygeplejerskerne oplever at miste kontrol over et vigtigt og spændende fagdomæne, især hvis dosisdispenseret medicin ikke kun bliver til et

spørgsmål om at frigøre tid til nye komplekse problemstillinger, men også til et spørgsmål om at få bedre tid til den enkelte borger og til forebyggelse.

6.4.3. DOSISDISPENSERET MEDICIN SOM TRUSSEL MOD PATIENTERNES KONTAKT MED HJEMMESYGEPLEJERSKERNE

Et stykke tid efter mødet mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne blev en af lægerne fra området interviewet omkring sit samspil med kommunen. Lægen forklarer sin hidtidige skepsis over for dosisdispenseret medicin med frygten for, at man fjerner hjemmesygeplejerskernes besøg hos patienterne for at spare tid. Lægens bekymring angår patienternes sikkerhed og tryghed. Ifølge lægen er der hos patienter, hvor man én gang har vurderet, at der er et behov for at hjælpe med medicineringen, fortsat et behov for at følge op og "for at komme om og se jamen får de så taget det der medicin" (Læge A3). Et andet aspekt af patientsikkerheden, som blev fremdraget af en anden læge på det fælles møde, er, at hjemmesygeplejerskerne er med til at opdage eventuelle fejl i forhold til tilfælde, hvor patienterne fortsætter med at få medicin, der ikke længere er nødvendig. Lægernes rammesætning af problemstillingen er altså her orienteret mod en bekymring for patienterne, som de søger at beskytte ved at undlade at handle på hjemmesygeplejerskernes henstillinger om at give patienterne dosisdispenseret medicin. Lægernes orienteringen mod patienten og mod, hvad der er bedst for patienten, fremgår endvidere af, at Læge A3 både på mødet og under interviewet indvender, at det bliver en ekstra udgift for patienten. Patienterne skal selv betale for apotekernes dosering af medicin, hvorimod det er en kommunal udgift, når hjemmesygeplejerskerne kommer og doserer. Lægen nævner dog, at det ville være "okay" med den ekstra udgift til patienten, hvis dosisdispenseret medicin indebærer, at "det frigiver noget *ekstra tid til den enkelte patient*" (min kursivering). Hermed afviser lægen indirekte at legitimere den kommunale prioritering af de nye komplekse pleje- og behandlingsopgaver, som ligger i den kommunale diskurs om tidsbesparelse og nødvendigheden af at minimere stabil sygepleje. Til gengæld synes lægen at acceptere de lokale hjemmesygeplejerskers argumenter og meningsgivning omkring dosisdispensering:

> "[J]eg har da frygtet lidt, jamen så den der tid hvor de så var ude ved patienten forsvinder den så bare, men det synes jeg jo faktisk de argumenterede for at som det er lige nu i hvert fald så er det planen at de beholder de der tider altså de der besøg hvor de så sku' dosere medicin men så kan bruge det på noget andet, så synes jeg også det er relevant, men hvis det bare er et besøg for at det er et besøg mindre og for at spare tiden så tænker jeg så mister man lidt af kontakten ud til borgeren fordi hjemmesygeplejerskerne ikke nødvendigvis kommer så tit alligevel, men jeg lærte jo også meget på det møde ik' og fandt ud af at de faktisk selv

> råder fuldstændig over deres tid og hvor tit de vil besøge den enkelte [mm] osv. det synes jeg faktisk var meget positivt, […] og især det der med at selv hvis de kommer på dosispakker jamen så bibeholder de det besøg, fordi så tænker jeg klart også at det ville være en fordel fordi så får de noget mere tid til noget andet som der måske er mere behov for." Læge A3.

Af citatet fremgår, at lægen dels anerkender hjemmesygeplejerskernes argument om, at dosisdispenseret medicin kan skabe mere kvalitetstid til den enkelte borger, dels anerkender sygeplejerskernes positionering som selvstændige fagprofessionelle aktører, der selv visiterer deres arbejde. Lægen siger andetsteds i interviewet, at det er forståeligt, at hjemmesygeplejersken ikke "gider" at skulle sidde og presse medicin ud "og få ondt i tommelfingrene af det". Mødet synes altså at have medvirket til, at der mellem den interviewede læge og hjemmesygeplejerskerne er skabt fælles mening omkring dosisdispenseret medicin, og at mødet videre har bidraget til, at lægen har fået en større forståelse af hjemmesygeplejerskernes måde at arbejde på (Vlaar et al., 2006). Af citatet anes dog også, at lægen fortsat forholder sig en anelse skeptisk til de langsigtede konsekvenser af dosisdispensering for hjemmesygeplejerskernes tid hos patienterne jfr. forbeholdet "som det er lige nu i hvert fald så er det planen, at de beholder de der tider". Lægen synes således at imødese, at hjemmesygeplejerskernes insisteren på, at de fortsat bibeholder samme kontakt til borgerne som hidtil, på sigt kan komme under pres. I forhold til den fælles meningsskabelse, som mødet med hjemmesygeplejerskerne til dels har foranlediget, er det værd at bemærke, at det netop synes at være ledetrådene fra hjemmesygeplejerskerne, der har samme praktiske perspektiv og orientering mod borgerne/patienterne som de praktiserende læger, der bidrager til, lægen justerer sine etablerede meningskonstruktioner. Under mødet udspandt følgende lille episode sig:

> "En læge (Læge A3) spørger ind til, om besøgene så ikke bliver "sløjfet helt?" En hjemmesygelejerske svarer: "Nej nej til at frigive…" (jeg hører ikke helt hvad der bliver sagt blandt flere personer). Lægen svarer: "Nå så I tænker økonomi i det?" Hertil svarer en af hjemmesygeplejerskerne, at teamlederen "tænker det anderledes – hun siger det anderledes." Hvorefter hun forklarer, at de besøger borgere, der får dosisdispenseret medicin en gang om måneden, "og det hedder ikke partout fredag formiddag, fordi der ikke er medicin til lørdag morgen. Det gør det mere fleksibelt." De fjerner sjældent besøg, men arbejder hen mod mål og handleplaner, og så kan man sidde mere koncentreret om det. (Observation fra møde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejersker den 4.3.14.).

Episoden illustrerer, at lægen angiveligt reagerer på en bemærkning fra teamlederen vedrørende hensigten med dosisdispensering, som får lægen til at hæfte sig ved de økonomiske incitamenter, som kommunen har i forhold til at få patienterne over på dosisdispenseret medicin. I den forbindelse skynder en af hjemmesygeplejerskerne at blande sig for at 'omformulere' hensigten til at handle om borgerne. Hjemmesygeplejerskens rettelse af sig selv, fra at teamlederen "tænker det anderledes", til "hun siger det anderledes", antyder, at der kan være en bevidsthed om, at ledelsen og hjemmesygeplejerskerne har forskellige motiver for – og meningsskabelse omkring – opgaveændringen. I forlængelse heraf kan man overveje, om det der sker – idet hjemmesygeplejersken omformulerer, hvad hensigten med opgaveændringen er – er, at de praktiserende læger bliver gjort til en art vidner og allierede i forhold til, hvad målet med opgaveændringen er. Omformuleringen bliver ikke bare til et spørgsmål om at gøre opgaveændringen mere spiselig for de praktiserende læger, den bliver samtidig en cementering af hjemmesygeplejerskernes meningsskabelse omkring opgaveændringen gennem "sensegiving" til de praktiserende læger.

Den interviewede læge (Læge A3) er en af de læger, der under mødet med hjemmesygeplejerskerne er mere imødekommende og villig til at gå i dialog med hjemmesygeplejerskerne. Flere af de øvrige læger forbliver forholdsvis tavse i forbindelse med drøftelserne af dosisdispenseret medicin. Da referenten mod slutningen af disse drøftelser søger at konkludere "så må vi gerne henvende os med nogle, der er oplagte stabile", er der helt stille. Nogle af lægerne nikker stille, og flere sidder med armene over kors. Lægerne står altså ikke ligefrem i kø for at bekræfte hjemmesygeplejerskerne i, at de fremover vil være mere samarbejdsvillige i forhold til at få flere patienter på dosisdispenseret medicin. Selvom den interviewede læge er imødekommende, syntes der altså fortsat at være en del modstand mod dosisdispenseret medicin blandt de øvrige læger. Denne modstand kan meget vel bero på, at lægerne imødeser, at deres patienter trods hjemmesygeplejerskernes forsikringer kommer til at miste en i forvejen sparsom kontakt med hjemmesygeplejerskerne. Et andet vigtigt aspekt af lægernes modstand mod dosisdispenseret medicin synes imidlertid også at være, at det er meget omstændeligt og besværligt for lægerne at lave ændringer i patienternes medicin. Dosisdispenseret medicin risikerer således at blive besværligt ekstra arbejde.

6.4.4. DOSISDISPENSERET MEDICIN SOM BESVÆRLIGT EKSTRA ARBEJDE

At lægerne forbinder dosisdispenseret medicin med besværligt ekstra arbejde fremgik kort på mødet mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne. Her omtalte en læge kort, at "problemet det er det med ændringer. Det er skide træls." Hvilket bekræftes af flere andre læger og hjemmesygeplejersker, uden at det dog nærmere fremgår, hvori besværet består. Læge A4, der har praksis i Holstebro,

forklarer i et interview, at dosisdispenseret medicin betyder en masse ekstra administrativt skrivebordsarbejde i form af udskrivelse af nye recepter og kontakt til apoteket sammenlignet med, hvis kontakten omkring ændringer foregik direkte med hjemmesygeplejersken eller patienten. Lægen oplever, at "det er sådan et ekstra besværligt led", der koster vigtig tid, som lægen i forvejen ikke har. Tid der, som lægen andetsteds i interviewet gør klart, i stedet burde bruges på "den hobe af folk der faktisk er pisse-syge". Ledetråden for lægen omkring dosisdispenseret medicin synes altså at være den tid, som opgaven potentielt risikerer at tage ved ændring af patientens medicin. Den kobles videre med en ideologisk ramme i form af en fagprofessionel og identitetsmæssig forståelse af, hvad der er vigtigt og relevant for lægen at bruge sin tid på – nemlig patientkontakten. At den praktiserende læge forholder sig kritisk til tidsaspektet af en (ny) opgave set i forhold til, om opgaven potentielt tager tid væk fra patienten, er ikke nyt (se f.eks. Sunaert et al., 2011), ligesom det er kendt, at praktiserende læger og læger mere generelt prioriterer patientkontakten højt i deres arbejde (Gannik & Saaby, 2004; Grøn et al., 2007).

Læge A4's meningsskabelse omkring dosisdispenseret medicin synes imidlertid ikke kun at forbinde sig til en mere overordnet ideologisk og professionsmæssig forståelse af, hvad der er mere eller mindre vigtigt at beskæftige sig med. Den kobles også med en kritisk forståelse af den retning, som lægen i overensstemmelse med flere af de andre interviewede læger oplever, at samspillet med kommunen bevæger sig i, nemlig en tiltagende bureaukratisering hvor der skal foreligge dokumentation og skriftlige aftaler omkring alt. Hos Læge A4 kommer koblingen mellem den tiltagende bureaukratisering og dosisdispenseret medicin til udtryk på følgende vis:

> "[O]g så skal der laves medicingennemgange og nogle har en idé om at det skal laves lidt oftere end det måske i virkeligheden skal, og hvis der bliver ordineret noget så skal vi lige skrive det på en fax til plejehjemmet fordi at ellers må de ikke give det og sådan noget, altså, og det kan sgu være noget der er startet på sygehuset hvis de har været indlagt, og så bliver vi blandet ind i sådan nogle ting () som virker som ren idioti nærmest fordi at () vil du lige faxe at vedkommende må få to panodil, alle kan gå ned og købe to panodil nede i kiosken altså () det tager nogen gange lidt tid også, og så dosisdispenseret medicin det er der i hvert fald ikke nogen ude i almen praksis der har opfundet, fordi det er satme bare kun bøvl, for det første hvis der bliver ændret i folks medicin, så skal det laves om, og så skal der godkendes og kigges igennem og det er bare noget bøvl […]." Læge A4.

Citatet viser, hvordan dosisdispenseret medicin af lægen bliver forbundet med en lang liste af tiltag relateret til den kommunale hjemmesygepleje, der opleves som en irrelevant og ligefrem tåbelig bureaukratisering og besværliggørelse af samspillet mellem almen praksis og kommunen. Lægens valg af termer som "idioti" og vend-

inger som ”jeg ved sgu ikke, om man er ved at erstatte sund fornuft med” lader ane, at selvom lægen generelt har et fyndigt sprog, så er der alligevel tale om konkrete begivenheder og mere overordnede problemstillinger, der skaber stor irritation. I feltmaterialet er der flere andre læger, der udtrykker tilsvarende frustrationer og irritationer i forbindelse med oplevelser af et stigende behov i kommunen for at kontrollere (f.eks. medicingennemgange), dokumentere (f.eks. krav om underskrifter, attester og skriftlige ansøgning om bevillinger osv.) og visitere den hjælp og de hjælpeforanstaltninger, som deres patienterne har brug for. Det er besværligt, langsommeligt og tager lægernes og patienternes tid. Flere læger fremdrager til sammenligning, hvordan samspillet tidligere var langt mere fleksibelt, uformelt og ukompliceret at forholde sig til.

Det fremgik af teorikapitlet, hvordan der er en tæt forbindelse mellem følelser, meningsskabelser og forstyrrelser, der hindrer organisatoriske aktørers gennemførelse af handlinger, tankerækker eller planer (Weick, 1995). I de praktiserende lægers hverdag opleves de mange bureaukratiske opgaver, der forbindes med samspillet med kommunen, som forstyrrelser af arbejdet, der vækker irritation og frustration. Irritationen synes som nævnt ovenfor at bero på, at der er tale om opgaver og måder at arrangere arbejdet på, der tager tid fra det, som lægerne anser for det centrale i deres arbejde, nemlig patientkontakten og arbejdet med at løse konkrete problemstillinger relateret til patienterne. En læge udtrykker sin irritation på følgende vis:

> ”[D]et er det der bureaukrati som vi sommetider løber ind i og vores hverdag er jo sådan hele tiden baseret på at løse nogle praktiske problemer så er det sådan nogle uforståelige barrierer [] det kan være voldsomt irriterende.” (Læge 8, fokusgruppe for praktiserende læger den 11.10.12.).

Lægen positionerer sig refleksivt som en praktiker, der løser konkrete problemstillinger og markerer en forskel til bureaukratisk arbejde, som samtidig kobles med kommunen. Den refleksive positionering som praktiker kommer til udtryk hos flere andre læger blandt andet i form af en faglig selvforståelse som ”håndværker” (Læge 9, fokusgruppe). Positioneringen kan ses som forsøg på at beskytte og opretholde en faglig selvforståelse, der opleves at være truet af omverdenens øgede krav om dokumentation, kvalitetssikring osv. Bureaukratisk arbejde såsom besværlige og omstændelige receptfornyelser i forbindelse med dosisdispenseret medicin hindrer løsningen af problemerne. Det er derfor også forventeligt, at lægerne modsætter sig at involvere sig i opgaver, der bureaukratiserer arbejdet. Mobiliseringen af den problem- og praksisorienterede diskurs repræsenterer en modstand mod forsøg på at positionere lægerne som ’papirsadministratorer’, og den fungerer som en ressource, der legitimerer, at nogle læger vælger at undlade at handle på hjemmesygeplejerskernes opfordringer (Davies & Harré, 1990). Når

nogle læger særligt hårdnakket synes at modsætte sig de kommunale hjemmesygeplejerskers forespørgsler om at få stabilt medicinerede patienter på dosisdispenseret medicin kan det altså meget vel være fordi, at dosisdispenseret medicin kobles med oplevelsen af stigende bureaukratisering og situationer, hvor arbejdet er blevet forstyrret. Hermed bliver dosisdispenseret medicin ikke bare i sig selv forbundet med en potentiel forstyrrelse af arbejdet, men risikerer videre at blive koblet med andre lignende oplevelser af bureaukratisering og de hermed forbundne følelser af irritation og frustration. I lægernes perspektiv er det således meningsfuldt at undlade at handle på hjemmesygeplejerskernes forespørgsler.

6.4.5. DOSISDISPENSERET MEDICIN OG DEN LOKALE FORTÆLLING OM SYGEPLEJERSKERNES AUTONOMI FØR STRUKTURREFORMEN

Af feltmaterialet fremgår, at det især er i de to kommunale yderområder, at nogle læger oplever, at der er sket en voldsom bureaukratisering af det tværgående samspil. For disse læger kobles bureaukratiseringen af samspillet med kommunen med strukturreformen og sammenlægningen af de to mindre kommuner Ulfborg-Vemb Kommune og Vinderup Kommune med Holstebro Kommune. Det er derfor forventeligt, at disse læger eventuelt reagerer mere negativt på tiltag, der opleves som yderligere bureaukratisering af det tværgående samspil. I forhold til det ene yderområde, hvor der ifølge Hjemmesygeplejerske A2 er særlig modstand mod dosisdispenseret medicin, er det imidlertid interessant at bemærke, hvordan oplevelsen af bureaukratiseringen kobles med en genkommende fortælling om, hvordan lægernes samspil med hjemmesygeplejerskerne har ændret sig efter strukturreformen. Under et af fokusgruppeinterviewene med de praktiserende læger forklarer en læge fra området:

> ”[S]å vi er blevet lagt sammen med Holstebro Kommune […] - det er da en kulturforskel der vil noget altså at vi, vores hjemmepleje er fuldstændigt reorganiseret i forhold til, omorganiseret i forhold til hvordan det fungerede. Det var autonomt fungerende før og hjemmesygeplejerskerne de vidste hvor mange plejehjemspladser de havde og kunne sende direkte folk ind der hvis det var nødvendigt (rømmer sig). Nu skal de omkring en visitator der sidder inde i Holstebro og de skal ud og, det er blevet helt anderledes og meget mere besværligt og jeg oplever at hvad skal man sige at selvstændigheden er blevet taget fra hjemmesygeplejerskerne i forhold til hvordan det fungerede før. Der kunne vi sagtens finde ud af det selv og det kan vi ikke længere altså det er [] - det skal ind omkring en visitator. Der er ligesom kommet et led ind ekstra som ikke rigtig kender patienterne. Der først skal ud og se og det virker meget besværligt i forhold til hvordan det det fungerede tidligere.” (Læge 11, fokusgruppeinterview med praktiserende læger den 11.10.11.).

Lægens fortælling fremkom som sagt under et af fokusgruppeinterviewene i efteråret 2012. På mødet mellem hjemmesygeplejerskerne og lægerne, der fandt sted cirka halvandet år senere, genfortæller samme læge sin oplevelse af at gå fra at være en selvstændig kommune til at blive lagt sammen med Holstebro Kommune. Selvom lægens fortælling eksplicit fremkommer i forbindelse med tale om tildeling af plejehjemspladser (jfr. ovenstående citat) og midlertidige ophold samt akutpladser (under mødet), synes den at udtrykke en mere grundlæggende forestilling om, hvad der traditionelt har udgjort et meningsfuldt samspil med hjemmesygeplejerskerne. Man kan overveje, om denne opfattelse af tradition er med til at spærre for, at lægerne kan skabe mening med dosisdispenseret medicin, fordi det samtidig synes at kræve, at lægerne skaber ny mening med deres samspil med hjemmesygeplejerskerne. I Weick's terminologi er lægens fortælling en del af forfædrenes vokabularer [*Vocabularies of Predecesors*], fordi den trækker på forestillinger om, hvordan praktiserende læger og hjemmesygeplejersker hidtil (traditionelt) har (sam)handlet og organiseret sig (Weick, 1995, s. 124). Traditioner holdes i dette perspektiv ofte i hævd af særlige historiefortællere, der gennem deres fortællinger formidler forestillinger om, hvad der er vigtigt og meningsfuldt i organisationerne (Ibid.). Fortællinger er på den måde organisering (Czarniawska, 1997). Lægen er i dette perspektiv en lokal historiefortæller, der både blandt de praktiserende læger i lokalområdet og blandt de lokale hjemmesygeplejersker søger at formidle, hvad der er det meningsfulde samspil mellem de to parter, nemlig et samspil hvor praktiserende læger og hjemmesygeplejersker interagerer direkte med hinanden om patienternes behov. Selvom lægens fortælling under mødet ikke fremkommer i direkte sammen-hæng med drøftelsen af dosisdispenseret medicin, men senere mod mødets afslutning, fremstår fortællingen som et forsøg på mere generelt at give mening [*sensegiving*] til den tværgående relation både i forhold til de øvrige læger og i forhold til hjemmesygeplejerskerne og deres teamleder. Genfortællingen af den samme historie med cirka halvandet års mellemrum i forskellige sammenhænge vidner om den store betydning, fortællingen har for lægens forståelse af det tværgående samspil med hjemmesygeplejen henholdsvis før og efter strukturreformen. At det ikke bare er en fortælling om et tab af en særlig relation, men til dels også et forsøg på at fastholde eller genetablere denne relation, fremgår af, at lægen under mødet med hjemmesygeplejerskerne indlejrer fortællingen i en historie om, at lægen også har talt med "ældrechefen" i Holstebro Kommune, og at lægen har fået at vide, at der igen "bliver lagt kompetencer ud". Lægen forsøger altså aktivt at påvirke organiseringen af det tværgående samspil gennem meningsgivning til både ledere og hjemmesygeplejersker.

Vender vi tilbage til de lokale lægers særlige modstand mod dosisdispenseret medicin kan den altså bero på, at de ikke alene forbinder den nye opgave med bureaukratisering og besværliggørelse af deres eget arbejde, men at bureaukratiseringen videre forbindes med tab af en unik lokal relation til hjemmesygeplejerskerne. Det er værd at erindre, at tradition forstået som en kontekstuel ramme for meningsskabelse, ifølge Weick, ikke kun angår overbevisninger omkring handle-

mønstre, men også forestillinger om hvordan bestemte stukturer opretholdes gennem specifikke måder at handle på (Weick, 1995). Set i lyset heraf synes strukturreformen og den følgende omlægning af hjemmesygeplejen samt nu senest dosisdispenseret medicin begge at repræsentere bureaukratiseringer af samspillet, der skyder et fremmed "led" ind mellem lægerne og hjemmesygeplejerskerne. Lægen oplever, at dette ekstra led mindsker det tværgående samspil mellem læger og hjemmesygeplejersker, og det gør samtidig samspillet mindre fleksibelt. Modstand mod dosisdispenseret medicin kan være et forsøg på at beskytte den rest af den direkte og mere fleksible kontakt omkring patienterne, som er tilbage af den traditionelle gode tværgående relation. Fortællingen og den forestilling, som den rummer om relationen mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne, bliver på den måde en "sticky frame", som hindrer ny meningsskabelse (Maitlis & Christianson, 2014, s. 72). Den gør det svært for lægen at være åben for nye ledetråde (såsom at se dosisdispenseret medicin som en mulighed for at frigive hjemmesygeplejerskernes tid til andet arbejde hos patienterne), der kan hjælpe til at skabe en ny mening og til at engagere sig i nye handlemønstre, fordi lægerne i forvejen er bundet af en stærk forestilling om en bestemt positiv relation til hjemmesygeplejerskerne. Dette er samstemmende med Sally Maitlis & Marlys Christiansons beskrivelse af, at organisatoriske aktører er mindre tilbøjelige til at engagere sig i meningsskabende processer, "when individual or collective identity is strong and positive, capacity is low, or when they are highly invested in certain practices and beliefs." (Ibid., s. 77-78). Hos flere af de lokale praktiserende læger i området synes der netop at være modstand mod forandringer og mod at engagere sig i nye meningsskabende processer, fordi der er stærke positive forestillinger om en bestemt type af relationen mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne. Modstanden understøttes af, at den særlige relation i forvejen er blevet presset og truet af bl.a. de organisatoriske forandringer, der fulgte i kølvandet på strukturreformen.

En tankevækkende pointe angående tradition hos Weick er, at organisatoriske aktører selv er med til at skabe tradition, når de søger at gentage handlinger og handlemåder ud fra en forestilling om, hvordan man hidtil har handlet (Weick, 1995). Man kan overveje, om de praktiserende læger i forsøget på at fastholde, hvad de forbinder med tidligere tiders gode relation, risikerer at lægge kimen til en ny mere negativ traditionel fortælling om det tværgående samspil – i hvert fald blandt de lokale hjemmesygeplejersker. Dette antydes til dels, når en af hjemmesygeplejerskerne fra området fortæller, at man i lokalområdet har mødt mere modstand fra de lokale praktiserende læger, end man har i andre dele af kommunen. Der er altså risiko for, at lægernes 'relationelt' velmenende modstand bliver til en negativ fortælling om det lokale tværgående samspil hos hjemmesygeplejerskerne. Med til denne mulige negative fortælling er, at hjemmesygeplejerskerne er lykkedes med at skabe ny mening med en opgaveændring, der umiddelbart kunne fremstå som en trussel mod deres særlige fagidentitet som hjemmesygeplejersker. Deres meningsskabelse involverer en ny fortælling, hvor dosisdispenseret medicin muliggør mindre "dirty work" i form af et ufleksibelt og rutinepræget praktisk arbejde til fordel for

det fagprofessionelt mere appellerende og udfordrende forebyggelsesarbejde, der kan tilrettelægges fleksibelt efter hjemmesygeplejerskernes arbejdsbyrde. Lægerne risikerer altså via deres tøven at komme til at fremstå som modstandere af, at hjemmesygeplejerskernes arbejde kan udvikle sig i en for dem mere fagprofessionelt spændende retning. Da hjemmesygeplejerskerne selv tilrettelægger deres arbejdsdag, og da medicindosering for dem repræsenterer en meget bunden opgave, risikerer lægernes modstand i yderste konsekvens at kunne blive opfattet som en mod-stand mod, at hjemmesygeplejerskerne får mere selvstændighed i deres arbejde. På paradoksal vis kommer lægen, der begræder hjemmesygeplejerskernes manglende autonomi, således til selv at stå som en modstander af denne autonomi.

6.4.6. OPSAMLING

Eksemplet med dosisdispenseret medicin viser, hvordan forsøg på at ændre en arbejdsopgave i én del af det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen vanskeliggøres, fordi aktører i andre dele af samspillet ikke kan give mening til ændringen inden for deres allerede etablerede meningskonstruktioner og heller ikke formår at skabe ny mening. Af analysen fremgår, hvordan nogle aktører (hjemmesygeplejerskerne) trods ambivalens formår at skabe mening med opgaveændringen, fordi de ser den som en mulighed for at prioritere spændende arbejdsopgaver og for at bestyrke bestemte fagligt attraktive positioneringer i forhold til borgerne. Det sker i en proces, hvor aktørerne delvis kobler sig til – og overtager ledelsens – meningsgivning til opgaveændringen, idet de samtidig formår at ændre og tilpasse denne ”sensegiving” til allerede etablerede meningskonstruktioner. De formår med andre ord at skabe en mening med opgaveændringerne, der tillader dem at opretholde værdifulde aspekter af deres arbejde og fagprofessionelle identitet, og herved bliver opgaveændringen også mere acceptabel. Andre aktører i det tværgående samspil (flere af de praktiserende læger) formår derimod ikke at skabe mening med opgaveændringen. De oplever den som en trussel mod deres faglige selvforståelse og som en forstyrrelse af det arbejde, de anser for betydningsfuldt. Fordi disse aktører er i en position, hvor de kan vælge at undlade at handle på de nye ledetråde for koordineret handling i samspillet, så fastholdes den hidtidige organisering i vid udstrækning.

Analyserne viser videre, hvordan aktørernes forskellige meningsskabelser interagerer på tværs af organisationerne gennem dialog på møder og via bestemte fortællinger om hinanden og den relation, som man traditionelt har haft. I nogle tilfælde synes disse interaktioner at hjælpe aktørerne til at skabe mening med opgaveændringen hos hinanden, fordi de forsyner aktørerne med ledetråde, der åbner for nye forståelser heraf. I andre tilfælde synes det sværere for aktørerne at engagere sig i intersubjektiv meningsskabelse på tværs af organisationer og professioner, fordi stærke følelser og allerede etablerede fortællinger og meningskonstruktioner hindrer aktørerne i at afsøge og indoptage ledetråde, der kan hjælpe til at give mening til

opgaveændringen. Dosisdispenseret medicin bliver hermed et eksempel på det, man også kan betegne ”narrativ performance” eller ”polyfonisk organisering” (Borum & Reff Pedersen, 2008, s. 92). Narrativ performance er et analytisk begreb introduceret af David Boje i forbindelse med undersøgelser af, hvordan forskellige fortællinger interagerer i organisationer og påvirker (performer i forhold til) hinanden og deres fortæller (se Boje, 1991, 1995). Polyfoni kommer fra græsk og betyder ’mange stemmer’ (Borum & Reff Pedersen, 2008, s. 93). Begrebet er grundlæggende for den performative narrative tilgang, fordi den fremdrager betydningen af det flerstemmige og er med til at præcisere, at ”ingen fortællere har en privilegeret status” i forhold til fortællingen om en bestemt begivenhed (Ibid., s. 92-93). I denne undersøgelse er perspektivet dog ikke specifikt narrativt, ligesom det ikke er fokuseret på én organisation, men på samspillet mellem organisationer. Ikke desto mindre bidrager analysen til at vise, hvordan fortællinger og meningsskabelser ikke bare interagerer i enkelte organisationer – de interagerer også på tværs af almen praksis og kommune. Med Borum og Reff Pedersens ord viser analysen, hvordan meningsskabelser og de fortællinger, der er del heraf i det tværgående samspil, ”ikke sker i et tomrum, men i et samspil eller modspil til” andre meningskonstruktioner og fortællinger (Ibid., s. 95-96). På den måde bliver de anledninger til forskellige måder at handle på i det tværgående samspil og således til polyfoniske organiseringer af det tværgående samspil.

Afslutningsvis kan det bemærkes, at analysen viser en interessant dobbelttydighed i den sociale dynamik mellem aktørerne. På den ene side synes aktørerne fra henholdsvis kommune og almen praksis at blive allierede i forhold til at konfrontere den usikkerhed, som de oplever som følge af opgaveændringen. Det sker, idet hjemmesygeplejerskerne bruger fortællingen om en skeptisk praktiserende læge til at definere, hvad der kræver nærmere undersøgelse og forklaring – ikke bare over for de praktiserende læger, men også i forhold til dem selv og deres ledere. Forklaringen bliver med andre ord en anledning for sygeplejerskerne til fagprofessionelt at positionere sig på en meningsfuld måde i forhold til den ændrede opgave, og denne positionering søges cementeret ved at inddrage lægerne i meningskonstruktionen på et fælles møde. På den anden side viser analysen også, at nogle af aktørerne i det tværgående samspil risikerer at komme til at fremstå som modstandere af de andre aktørers mulighed for at udvikle deres job i en for dem fagligt mere attraktiv retning til trods for, at deres intentioner er helt anderledes. Det sker, idet nogle af de praktiserende læger synes at forsøge at fastholde, hvad de forbinder med tidligere tiders gode relationer til hjemmesygeplejerskerne. Herved kan de komme til at fremstå som besværlige og vanskelige at arbejde sammen med, hvilket danner basis for, at der kan opstå en ny og mere negativ traditionel fortælling om de lokale praktiserende læger blandt hjemmesygeplejerskerne, som gentagne gange oplever ”at løbe panden mod en mur”, når de søger at komme igennem med dosisdispenseret medicin hos lægerne.

6.5. AFRUNDING

I nærværende kapitel har fokus været på, hvordan aktører i det nære sundhedsvæsen skaber mening om de tværgående opgaver i relation til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes herunder, hvordan de skaber mening, når der sker ændringer af eksisterende opgaver.

Af kapitlet fremgår, hvordan de fagprofessionelle aktørers typificering af patientgrupperne og deres oplevelse af egne organisatoriske rutiner (eller mangel på samme) på forskellig vis er bestemmende for, hvilke ledetråde for koordineret handling, de hæfter sig ved i samspillet, og hvordan de skaber mening med dem. Mere præcist er blevet vist, at der generelt i almen praksis synes at være en oplevelse af at have styr på diabetespatienterne, der overordnet typificeres som en patientgruppe, der er interesseret i egen sygdom, og som passer deres kontroller, mens KOL-patienterne opleves som en stigmatiseret og mere vanskelig gruppe at arbejde med, som man endnu ikke helt har fået styr på. Disse etablerede forståelser af patienterne og forestillinger om egen praksis fungerer som delvist ubevidste antagelser i det daglige arbejde, såkaldte "tredje-ordens kontroller", der medvirker til at udstikke retningen for – og omfanget af – de handlemuligheder, som aktørerne afsøger i deres arbejde med patienterne (Weick, 1995, s. 113). Analyserne har videre vist, at selvom der inden for en gruppe af aktører (aktørerne i almen praksis) overordnet synes at være den samme generelle typificering af patientgrupperne, så spiller andre typificeringer og sondringer samt positioneringer over for patienterne også ind på den måde, hvormed aktørerne orienterer sig mod det tværgående samspil på og for den mening, som de skaber om de tværgående opgaver og relationer. Det er bl.a. blevet vist, hvordan sondringer mellem velfungerende patienter og svage patienter, og mellem alvorligt syge patienter (døende kræftpatienter) og mindre syge patienter, også har betydning for, hvilke typer af tilbud og relationer i det tværgående samspil aktørerne vægter og orienterer sig mod, og omvendt hvilke der måske overses. På samme vis som i foregående kapitel tegner sig således også i dette kapitel et komplekst billede af, hvordan aktører med samme fagprofession og samme type af organisatorisk forankring trods visse ligheder også er meget forskellige bl.a. i forhold til deres typificeringer af patienterne og hvilke typer af patientrelationer, der vægtes, hvilket videre har betydning for, hvilke ledetråde i det tværgående samspil de hæfter sig ved.

Chantal S. L. Lamothe (2012) viser i et studie af integration af professionel praksis igennem meningsskabelse, hvordan aktører med forskellige fagprofessionelle baggrunde – i forbindelse med udvikling af behandlingsprogrammer til mennesker med psykisk sygdom og et misbrug – sammen udvikler bestemte opfattelser af patienter med forskellige psykiatriske diagnoser. Disse opfattelser får betydning for, hvilke ledetråde aktørerne afsøger i deres omgivelser i forhold til at forstå egen kliniske praksis, og for hvordan de vælger at interagere med aktører fra andre organisationer. Fokus i Lamothes studie er primært på, hvordan de fagprofessionelle

aktører efter at være bragt sammen i en ny organisation søger at integrere deres praksisser gennem fælles meningsskabende processer, og hvordan disse processer påvirkes over tid af bl.a. udskiftninger blandt aktørerne. Nærværende studie supplerer Lamothes studie ved at vise, hvordan der blandt aktører med samme fagprofessionelle baggrund (praktiserende læger), samme type af organisatorisk forankring, og som er del af samme sociale netværk (praktiserende læger i Holstebro), men som overvejende ikke er del af samme organisation (praksisser), er ligheder i forhold til, hvordan man typificer patienterne, men også forskelle på hvilke patientrelationer, der vægtes. Selv blandt aktører i samme organisation (samme praksis) og med samme fagprofessionelle baggrund (f.eks. er Læge A7 og Læge A8 del af samme praksis) synes der i nærværende studie at være forskel på, hvordan man positionerer sig i forhold til patienterne og typificerer dem, og som følge heraf også forskel på, hvilke ledetråde for koordineret handling man hæfter sig ved. Forskellen kan givetvis tilskrives forskellige organisatoriske forhold. Lamothes studie følger en ny organisation over en årrække, hvor aktørerne i mindre grupper arbejder sammen om at udvikle nye typer af services til ganske få patientgrupper. Her har aktørerne altså rig mulighed for i det daglige at udveksle og berige hinanden med ledetråde i forhold til at skabe fælles mening, ligesom selve dannelsen af en ny organisation udgør en kritisk begivenhed, der igangsætter intense meningsskabende processer. Det sociale aspekt af meningsskabelsen er således forholdsvis intens. Forholdene i Lamothes studie synes i nogen grad at kunne sammenlignes med forholdene i det kommunale sundhedscenter, hvor aktører på tværs af professioner ved strukturreformen blev bragt sammen i en ny organisation for bl.a. at arbejde målrettet med nogle få grupper af borgere. I almen praksis er billedet noget mere broget. For det første arbejder man i almen praksis ikke med få specifikke patientgrupper, men bredt med patienter der kan have alle tænkelige diagnoser. I det daglige må man derfor forvente, at selvom der vil være interaktioner mellem aktørerne omkring bestemte patientgrupper, som påvirker de enkelte aktørers meningsskabelser, så vil det sociale aspekt af de meningsskabende processer være mindre stærk. Dette gør sig måske især gældende, hvis der ikke i den enkelte praksis er aktører, som har en særlig interesse i at søge at give mening til den måde, som man arbejder med de pågældende grupper af patienter på. I forbindelse med implementeringen af de regionale forløbsprogrammer for bl.a. KOL og type 2-diabetes søgte man i Region Midtjylland at få almen praksis til at arbejde med forløbsprogrammerne gennem en indsats betegnet "Kronikerkompasset (Omstilling i almen praksis)", hvor hver deltagende praksis skulle sætte fokus på én af patientgrupperne i forløbsprogrammerne (CFK, 2013). En del af indsatsen var bl.a. en række workshops, hvor det var muligt for aktørerne i de enkelte praksisser at tale sammen og dele erfaringer om enkelte patientgrupper. Workshoppene var altså en mulighed for aktørerne i almen praksis for at styrke det sociale aspekt af deres meningsskabende processer. Feltmaterialet viser imidlertid, at hovedparten af aktørerne fra almen praksis af forskellige årsager enten aldrig deltog i workshoppene eller afbrød forløbet undervejs. Selvom der således var strukturelle elementer til at underbygge de sociale aspekter af de meningsskabende processer, som kunne skabe

grundlag for fælles meningsskabelse og mere konsistens blandt aktørerne i forhold til deres fokus på ledetråde for koordineret handling, så synes dette i vid udstrækning ikke at være sket. For det andet er sammensætningen af aktører i almen praksis også mere divergerende i forhold til, hvornår aktørerne er blevet del af organisationerne, end i Lamothes studie. I nogle praksisser har flere af lægerne og praksispersonalet arbejdet sammen i mange år og har måske været med til at starte praksis sammen, mens andre er kommet til undervejs. Andre praksisser er forholdsvis nyetablerede, men hvor en eller flere af aktørerne har erfaring fra arbejdet i den praksis, som har fået en eller flere nye medarbejdere eller medejere. Dette betyder, at aktørerne potentielt kan gå ind i arbejdet i almen praksis med meget forskellige erfaringer og meningsskabelser. Aktørerne vil gennem deres daglige interaktion gradvist påvirke hinanden og skabe fælles mening, men sammenlignet med en situation, hvor en gruppe af aktører starter sammen i en ny organisation og sammen skal skabe en ny type af service, må man forvente, at det sociale element af meningsskabelsen er mindre intenst.

De to forhold, at man i almen praksis arbejder med et bredt spekter af patienter og problemstillinger, og at aktørerne kommer ind i praksis på forskellige tidspunkter og med forskellige erfaringer, betyder altså, at man nå forvente, at man i en almen praksis kan møde ganske divergerende meningsskabelser omkring patienterne og patientrelationen samt omkring det tværgående samspil. Dette udfordrer potentielt de kommunale aktører i deres forsøg på at skabe mening med samspillet, fordi de i interaktionen med almen praksis vil modtage mange forskellige ledetråde angående, hvordan man i almen praksis skaber mening omkring den fælles relation og omkring det arbejde man udfører i kommunen. Dette bekræftes i nogen grad af analysen, der viser, hvordan konsulenterne i det kommunale sundhedscenter har mange forskellige forklaringer på, hvorfor det i nogle tilfælde er svært at rekruttere borgere til deres forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Analyserne viser også, at aktørerne i det tværgående samspil i vid udtrækning søger at undgå uoverensstemmelser i forhold til deres eksisterende meningskonstruktioner, når de skal forholde sig til nye opgaver eller ændringer af opgaver. Det fremgår bl.a. af, hvordan nogle af aktørerne i almen praksis hæfter sig ved ledetråde omkring de kommunale tilbud, der gør, at de kan integrere tilbuddene i deres eksisterende 'kort' over egen fagprofessionelle praksis, egen organisation og over det tværgående samspil uden at skulle investerer energi i at skabe ny mening og nye sammenhænge i forhold til det eksisterende. Ligeledes viser analysen af indføring af dosisdispenseret medicin, hvordan hjemmesygeplejerskerne formår at skabe mening med opgave-ændringen, fordi de ser den som en mulighed for at opretholde og måske ligefrem styrke værdifulde aspekter af deres arbejde og fagprofessionelle identitet, ligesom nogle hjemmesygeplejersker også ser opgaveændringen som en mulighed for at (re)organisere samspillet med de praktiserende læger på en måde, der for dem er mere konsistent med deres opfattelse af eget arbejde og lægernes arbejde.

Omvendt viser analyserne også, hvordan det kan være svært for aktørerne at skabe mening med nye opgaver, opgaveændringer og med uforudsete aspekter af det tværgående samspil, når aktørerne først har etableret bestemte forventninger og meninger, der fokuserer og orienterer aktørernes opmærksomhed mod specifikke typer af ledetråde i deres omgivelser. Analyserne viser i den forbindelse, hvordan strukturelle redskaber såsom forløbsprogrammer kan være med til at støtte meningsskabelsen blandt aktører, der oplever megen usikkerhed i forbindelse med en ny organisations etablering, men også hvordan de skaber bestemte forventninger, som, når de forbliver uindfriet, kan gøre det svært for aktørerne at skabe ny mening og se nye handlemuligheder. Ligeledes viser analyserne, hvordan det kan være svært for aktørerne at skabe mening med opgaveændringer og nye tiltag i det tværgående samspil, hvis aktørerne kobler dem med oplevelser af en truet og usikker samt eventuelt miskrediteret professionsmæssig identitet. Analysen af de praktiserende læger viser i den forbindelse, hvordan mere upåagtede elementer i aktørernes hverdag såsom et pop-up vindue i forbindelse med et it-kvalitetsredskab synes at influere på nogle aktørers meningsskabelse og få betydning for deres adfærd og videre for organiseringen af det tværgående samspil.

Endelig fremgår af kapitlet, hvordan en diagnostisk ændring af kriterierne for diagnosticering af type 2-diabetes betyder, at der opstår usikkerhed omkring det tværgående samspil, fordi begrebet ”prædiabetes” for nogle aktører bliver en usikker ledetråd for koordineret handling. Usikkerheden opstår, fordi forskellige positioneringer og relationer i den sociale kontekst giver anledning til forskellige mulige begrebsanvendelser og udstikker forskellige muligheder for koordineret handling i forhold til kommunen. I den forbindelse kan mere praktiske organisatoriske omstændigheder og oplevelser af krydspres i den enkelte organisation i sidste ende få betydning for, hvordan flertydigheden håndteres og meningsskabelsen modificeres, så det bliver muligt for aktørerne at handle.

Sammenfattende viser dette kapitel, hvordan graden af succes, hvormed det lykkes at ændre på opgaver eller at indføre nye opgaver i det tværgående samspil, afhænger af, hvordan det lykkes aktørerne at koble ændringerne eller de nye opgaver til allerede etablerede forståelseshorisonter af deres arbejde, af deres fagprofessionelle identitet og af deres relationer til bl.a. andre aktører i det tværgående samspil. Af kapitlet fremgår, at aktørernes meningsskabelser er meget stabile og vanskelige at ændre på, fordi de involverer et komplekst væv af forestillinger, rutiner og værdier, der er tæt knyttet til aktørernes forståelse af egen fagprofessionelle og organisatoriske identitet, og som videre involverer bestemte positioneringer i forhold til borgerne/patienterne og til andre aktører. Når disse forestillinger m.m. forstyrres eller trues, vækker det ofte følelser af vrede, frustration og usikkerhed, som gør det svært for aktørerne at skabe ny mening. De fagprofessionelle aktørers meningsskabelse bliver således let barrierer for implementering af nye tiltag i sundhedsvæsenet, fordi de sker ind i komplekse organisatoriske og relationelle sammen-

hænge, hvor værdier, rutiner og følelser spiller en lige så vægtig rolle som logiske ræsonnementer.

Af kapitlet fremgår desuden, at aktørernes forestillinger, værdier, positioneringer m.m. har visse ligheder blandt aktører med samme fagprofessionelle og/eller organisatoriske forankring, men at meningsskabelserne omkring det tværgående samspil alligevel kan blive vidt forskellige og komplekse, fordi der også er individuelle, faglige, organisatoriske og lokale forskelle, der får betydning for, hvilke opgaver, relationer og positioneringer der vægtes, og hvilke ledetråde for koordineret handling som den enkelte hæfter sig ved og skaber mening ud fra. Den enkelte fagprofessionelle aktørs meningsskabelse får på den måde afgørende betydning for, hvorvidt og hvordan nye opgaver og opgaveændringer med relevans for det tværgående samspil finder vej ind i praksis.

KAPITEL 7. MENINGSSKABELSENS KONTEKST – MULIGHEDER FOR OPDATERINGER OG FORNYELSE

> ”Because people have some control over words, meanings, and actions, they can exert some control over the ways they organize themselves, the opportunities they discover, and the projects they pursue.” (Weick, 1995, s. 181).

Det foregående kapitel viser, hvor afgørende fagprofessionelle aktørers meningsskabelse er for, hvordan nye opgaver eller ændringer af eksisterende opgaver finder vej ind i praksis. Kapitlet illustrerer, hvordan der for aktørerne er meget på spil i forhold til interventioner, der ændrer på dele af det tværgående samspil, fordi de risikerer at miste orienteringen, når faste pejlemærker for samspillet forsvinder. Derfor søger de ofte at holde fast i det kendte ved enten at tilpasse det nye til eksisterende meningskonstruktioner eller ved helt at undgå at forholde sig til interventionerne, hvis de har mulighed for det. Kapitlet tegner således overordnet et mere dystert billede af, hvor svært og komplekst det er at skabe forandring i tværgående samspilsrelationer, fordi aktørernes etablerede rutiner, værdier, positioneringer og typificeringer begrænser antallet af ledetråde, som afsøges i omgivelserne og hermed også aktørernes mulighed for at skabe ny mening. Dette skyldes ikke mindst, at aktørernes orientering mod og fokuseringer på bestemte ledetråde betyder, at de selv er med til at tale og handle organiseringer af samspillet frem, som siden bidrager til at fastlåse og hindre muligheder for at afsøge nye ledetråde, der kan hjælpe dem til at revidere og forny de eksisterende meningskonstruktioner. For så vidt bidrager afhandlingen med et detaljeret mikro-perspektiv på en væsentlig årsag til den inerti, der er i udviklingen af sundhedsvæsenet på trods flere års forsøg på at skabe integration og overvinde fragmentation (Seemann & Gustafsson, 2017). Spørgsmålet bliver i forlængelse heraf, om det meningsskabende perspektiv alene kan bidrage til at diagnosticere problemerne, eller om det også kan være med til at anvise veje til at kurere dem? Med andre ord kan man med den meningsskabende teori in mente og som en art handleteori understøtte nogle meningsskabende processer, der gør det muligt for aktørerne at tale og handle andre ’virkeligheder’ frem i det tværgående samspil?

Dette kapitel handler om de muligheder og udfordringer, som ledere og medarbejdere står over for i forhold til at skabe meningsfulde gensidige betingede handlinger i det tværgående samspil. Det sætter fokus på, hvordan man med det meningsskabende perspektiv og positioneringsteorien som redskaber kan søge at understøtte lokale meningsskabende processer, der fremmer muligheder for koordineret handling, når der sker både små og store forandringer i hverdagens samspil i

det nære sundhedsvæsen. Disse forandringer kan være resultat af større planlagte strukturelle ændringer såsom strukturreformen, eller de kan være mindre organisatoriske ændringer som følge af eksempelvis nye teknologiske muligheder. Afgørende i et meningsskabende perspektiv er, at forandringer ikke betragtes som afgrænsede eller exceptionelle organisatoriske fænomener, men som grundlæggende bestanddele af den organisatoriske hverdag (Weick, 2000). Når forandringer kontinuerligt pågår og udgør en konstant udfordring i organisationer, og når vi ved, hvor stor en betydning aktørernes meningsskabelse har for, hvordan forandringerne bliver en del af deres hverdag, så er det afgørende, hvordan aktørerne skaber mening med dem. For hvis aktørerne er med til at skabe egne muligheder og begrænsninger, succeser og fiaskoer, gennem deres forventninger og gennem deres måde at tale og fortælle om tingene på, hvordan kan man så blive bedre til at skabe nogle organiseringer, som både de fagprofessionelle aktører og borgerne/patienterne oplever som meningsfulde?

Kapitlet indledes med et eksempel fra feltmaterialet, der viser, hvordan aktører fra henholdsvis kommune og almen praksis giver mening til en forhenværende konflikt mellem dem og til løsningen på konflikten. Eksemplet illustrerer, hvorfor det kan være svært for aktørerne at skabe mening med nye tværgående tiltag, men også aspekter af, hvordan man kan lykkes med at få et samspil til at fungere, som kan hjælpe aktørerne med at skabe ny mening. Hernæst følger en diskussion af, hvordan man med den meningsskabende teori som en slags handleteori kan understøtte aktører i det tværgående samspil med at skabe mening i forbindelse med forandringer og implementering af nye tiltag. Undervejs vil nogle af eksemplerne fra det foregående kapitel blive genbesøgt for at undersøge, hvordan man eventuelt bedre kunne have støttet aktørernes meningsskabende processer.

7.1. STØTTESTRØMPEHISTORIEN OG FORSTYRRELSE AF HANDLETEORIER

På samme vis som aktørerne skaber typificerede forståelser af patientgrupperne, som de arbejder med i hverdagen, skaber de også typificerede forståelser af andre aktører i det tværgående samspil, og af hvordan man hver især bør agere i forhold til hinanden. Det er disse typificerede forståelser, som Weick bl.a. betegner paradigmer og handleteorier, idet han med paradigmer forstår fælles forståelser af omgivelserne og af autoritets- og magtforhold i arbejdsfællesskaber og i organisationerne, mens han med handleteorier forstår de organisatoriske aktørers forståelse af, hvordan man bør agere i bestemte situationer (Weick, 1995). De fælles forståelser etableres bl.a. på baggrund af mønstre og rutiner i aktørernes arbejde og indbyrdes relationer. De tjener til at mindske usikkerhed, de giver stabilitet, og de er med til at understøtte effektiv koordination og interaktion mellem aktører i og på tværs af organisationer. Det følgende afsnit handler om, hvordan mønstre og rutiner i aktørernes indbyrdes

relationer påvirker deres meningsskabelse om det tværgående samspil, og hvad der sker, når disse rutiner og forståelser forstyrres, eller når de helt synes at mangle.

I feltmaterialet findes flere henvisninger til en forhenværende konflikt mellem kommunen og de lokale praktiserende læger omkring bevilling og udlevering af støtte- og kompressionsstrømper. Støtte- og kompressionsstrømper udleveres på den kommunale sygeplejeklinik beliggende i centrum af Holstebro. På klinikken er ansat fire sygeplejersker, hvoraf to er ansvarlige for måltagning, afprøvning, bevilling og udlevering af strømper. Før strukturreformen var det de praktiserende læger, der alene forestod bevilling af strømperne. De udfyldte et papir med angivelse af type af strømpe og kompressionsgrad, hvorefter patienterne selv kunne hente strømperne på apoteket. Da kommunen overtog opgaven, udarbejdede sygeplejeklinikkens sygeplejersker en seddel, som lægerne skulle udfylde med en række oplysninger, som sygeplejerskerne fandt var nødvendige for vurdering af strømpebevillingen. Lægerne fandt imidlertid, at kommunen med den nye seddel krævede en række oplysninger af dem, som de skulle bruge ekstra tid på at dokumentere og eventuelt også indhente. De syntes derfor også, at det var rimeligt, at kommunen skulle betale for oplysningerne ved at bruge autoriserede attester, som gav honorar.

7.1.1. FORSTYRRELSE AF HANDLETEORIER PÅ ORGANISATORISK NIVEAU – EN PRAKTISERENDE LÆGES FORTÆLLING

Under et af fokusgruppeinterviewene med de praktiserende læger genfortæller en læge begivenhederne og problemstillingen omkring støttestrømperne på følgende vis:

> ”Læge 12: Så vil jeg gerne indlede med sådan noget som støttestrømper (alle griner meget højt).
>
> Læge 9: Nu har vi lige spist (utydeligt) kvalme (mens folk griner).
>
> Læge 12: [F]or mange herrens år siden […] der havde vi nogle problemer med attester og brugen af rigtige attester til kommunen fordi når vi leverer oplysninger til kommunen så har man nogle forud aftalte attester og hvilke typer vi skal honoreres for og sådan noget. Sygeplejeklinikken hernede på Sønderland når der så sku’ specielle strømper til det ku’ være sår som f.eks. diabetikere der får sår. […] Så vil man fra sygeplejeside ik’ bruge den type aftalte attester. Man ville have sine oplysninger på en attest sygeplejerskerne selv havde produceret. Og på en eller anden måde kan man da sige det ku’ da være fornuftigt nok. Men i vores verden er det sådan at sån’ en attest som er ikke-autoriseret den er også uhonoreret og den er også lavet af sygeplejerskerne alene […] jeg har haft flere møder med lederen dernede om at når man skal

> arbejde sammen så […] har man procedure man har aftaler for og man har sån' en respekt for hinandens kultur og den aftalekultur man har. Og efter et vist antal møder så blev jeg sån' belært om at det handler jo om at behandle patienterne og ikke jeres overenskomst og jeres pengepung og sådanne noget. Det ku' ikke være rimeligt at vi skulle bekymre os om vores penge (folk småfnyser/griner) […]. Det afstedkom så til sidst at vi sad et sted og så fik vi så en direktør højt oppe i systemet til at belære hende om at hun skulle følge spillets regler og det jeg vil sige med det er at det er et eksempel på hvor vi kulturmæssigt har siddet langt fra hinanden og der er en total mangel på forståelse for at det skal være sådan her og så kan man sige nåh ja men vi fik jo vores vilje for det blev jo som vi gerne ville have det […] men det er jo et eksempel på at vi kulturmæssigt er lidt langt fra hinanden og det der med vores forskellige honoreringssystem […] at vi forstår ikke rigtigt hinanden. Så den kommunikation vi har det hjælper på det, det er blevet bedre vil jeg sige men vi er stadig langt fra hinanden for […] man forstår ikke helt, man forstår ikke helt vores arbejdsforhold." (Fokusgruppe for praktiserende læger den 11.10.12).

Lægens fortælling illustrerer, hvordan lægen skaber mening om udlevering af støttestrømper og mere generelt om samspillet med kommunen ud fra en etableret organisatorisk handleteori angående, hvordan man agerer i en bestemt type af tværgående sammenhæng. Den fælles reference og standard for det tværgående samspil er, at kommunen betaler for oplysninger fra almen praksis, og at dette sker via brug af bestemte typer af attester. Den kontekstuelle referenceramme synes endvidere at være, at man i kommunen ikke forstår og respekterer lægernes honoreringssystem og arbejdsforhold, og at man gang på gang må kæmpe for at opretholde den etablerede sociale orden. Det er derfor også en væsentlig pointe i fortællingen, at forsøget på at ændre den sociale orden og spillereglerne herfor, dvs. de overordnede rutiner for, hvordan samspillet mellem kommune og almen praksis forløber, ikke alene blev afvist af lægerne, men også at den eksisterende orden blev bekræftet via den kommunale direktørs indblanding og fordring til lederen om at "følge spillets regler".

7.1.2. STØTTESTRØMPEHISTORIEN SOM REPRÆSENTATIV ANEKDOTE

Lægens omtale af, at "det er et eksempel på", hvordan man "kulturmæssigt har siddet langt fra hinanden", de øvrige tilhørers udbrud og kommentarer samt det, at flere læger henviser til hændelsen, antyder, at fortællingen fungerer som en "repræsentativ anekdote" [*representative anecdotes*] (Weick, 1995, s. 120). Repræ-

sentative anekdoter er fortællinger, der tegner konturerne af rammerne for, hvad de organisatoriske aktører bemærker, og hvordan de skaber mening med hændelser samt, hvordan de forstår deres handlemuligheder. Pointen med en repræsentativ anekdote er, at den på én gang fungerer som fælles referenceramme for aktørerne, og at der også er rum for forskellige fortolkninger (Ibid.). For ovennævnte læge er historien om støttestrømperne først og fremmest et eksempel på, hvordan samspillet mellem almen praksis og kommunen skal følge nogle bestemte spilleregler, som den ene part ikke altid forstår eller respekterer, hvorved der opstår brydninger. Væsentligt i denne forståelse er den underliggende forhåndsantagelse om, at man i kommunen ikke forstår og respekterer lægernes arbejdsforhold. En anden underliggende antagelse er, at man ikke inddrager lægerne i udviklingen af det tværgående samspil jfr. lægens bemærk-ning om, at den uautoriserede attest var "udarbejdet af sygeplejerskerne alene". Præferencerne for fremtidige handlemuligheder, som anekdoten udstikker, er dels, at de praktiserende læger skal være vagtsomme i forhold til, om man i kommunen laver tiltag, der besværliggør lægernes arbejde, eller som eventuelt 'snyder' de praktiserende læger for retmæssig indkomst. Dette gælder især tiltag, hvor der ikke har været involveret praktiserende læger i udviklingen af tiltaget. Dels fungerer anekdoten som en referenceramme for – og retfærdiggørelse af – at de praktiserende læger holder fast i spillets regler og involverer det øverste ledelsesniveau i kommunen, når der er samarbejdsproblemer, da det er her, man kan forvente at finde aktører, der har forståelse og respekt for lægernes arbejdsforhold og den aftalekultur, man har. Med baggrund i anekdoten om støttestrømperne kan man altså forvente, at nogle af de ledetråde, som de praktiserende læger hæfter sig ved og udleder af nye initiativer til samspil er, hvorvidt de besværliggør/letter lægens arbejde, om der har været praktiserende læger involveret i udvikling af initiativet, og om den øverste ledelse i kommunen eventuelt har været involveret. Andre lægers tolkninger af anekdoten synes mere at betone, at kommunens involvering i opgaveløsningen besværliggør og bureaukratiserer arbejdet som eksempelvis følgende læge:

> "[D]et bliver bureaukratiseret i den grad alting hvor vi lige så stille ku' få ordnet nogle midlertidige ophold og sådanne nogle ting uden nogen papirer eller noget som helst. Et par støttestrømper det var bare (flere griner) det var bare lige et lap papir og så var det ordnet lokalt. Nu skal folk jo køre til Holstebro (en griner) to gang for at hente et par støttestrømper der reelt koster 120 kr. ik'." (Læge 8, fokusgruppe den 11.10.12).

Lægen har svært ved at skabe mening med kommunens overtagelse af opgaven omkring udlevering af støttestrømper, fordi de ledetråde, der udvindes og fokuseres på, kobler sig til en kontekstuel rammesætning af kommunen som et distanceret og bureaukratisk system i modsætning til det mere nære og enkle samspil med kommunen, der gik forud for kommunalreformen. Lægen skaber altså ikke først og

fremmest mening om det nye samspil ud fra en relationel handleteori, der forbinder kommunen med attestarbejde, men ud fra en nostalgisk fortælling om relationen mellem almen praksis og kommunen før strukturreformen.[29] Begge typer af meningsskabelse synes imidlertid at have det samme resultat, nemlig at lægerne finder det rimeligt, at de kompenseres for det ekstraarbejde, som omorganiseringen af arbejdet betyder for dem.

I artiklen "Sensemaking in Organizations: Small Structures with Large Consequences" beskriver Weick, hvordan folk i organisationer opnår en fornemmelse af orden, som gør dem i stand til at handle på en gensidig relevant måde, fordi de via "konkrete kommunikative interaktioner" kommer til at referere til fælles makrostrukturer, som retfærdiggør deres handlinger og engagement (Weick, 2001, s. 26). Weicks pointe er, at individuelle meningsskabelser har potentiale til at blive til sociale strukturer. Det sker, når aktørernes retfærdiggørelser for deres engagement i bestemte handlinger bliver artikuleret og delt. Ifølge Weick opstår behovet for at retfærdiggøre handlinger imidlertid især, når der er tale om handlinger, der beror på valg (frivillige), der er synlige for andre (offentlige), og som det efterfølgende kan være svært at løbe fra (irreversible) (Ibid.). I forhold til aktørernes engagement i den samhandling, som samspillet omkring udlevering af støttestrømper er, kan man argumentere for, at alle tre elementer er tilstede. Selve samspillet er ikke frivilligt, men der er et element af valg i forhold til, hvorvidt man accepterer sygeplejerskernes udspil til organiseringen af samspillet. Endvidere er samhandlingen offentlig i og med, at måden, man organiserer sig på, er synlig for både patienterne og andre aktører i henholdsvis almen praksis og kommunen. Endelig er samhandlingen irreversibel i den forstand, at når der først er lavet en aftale for organiseringen af samspillet, så kan det være svært at ændre den, og den kan potentielt komme til at danne præcedens for, hvordan man organiserer sig i andre sammenhænge. Set i dette perspektiv overrasker det ikke, at flere af de praktiserende læger i deres fortællinger søger at retfærdiggøre deres engagement og del i hændelsesforløbet omkring organiseringen af samspillet omkring udlevering af støttestrømperne.

7.1.3. EN GRYENDE NY MENINGSSKABELSE OM STØTTESTRØMPE-POLEMIKKEN?

Polemikken om støttestrømperne opstod i kølvandet på strukturreformen, der dels betød en ændret organisering af arbejdet i kommunen, dels betød, at kommunen fik en række nye opgaver, der også angik samspillet med de praktiserende læger. Som flere af de tidligere afsnit har vist, har det givet anledning til usikkerhed hos flere

[29] Det bør nævnes, at Læge 8 og Læge 11 (omtalt i forrige kapitel i forbindelse med afsnittene om dosisdispenseret medicin) ikke er fra samme område.

praktiserende læger angående deres organisatoriske og fagprofessionelle identitet. Den fælles reference til historien om støttestrømperne synes at være vigtig for de praktiserende læger, fordi den repræsenterer et eksempel på, hvordan det lykkedes for dem at genetablere mening og orden i en situation, hvor ændring af nogle organisatoriske rutiner forstyrrede og potentielt truede med at underminere lægernes overordnede forståelse af relationen og samspillet mellem almen praksis og kommunen. Det er imidlertid også en pointe hos Weick, at handleteorier løbende tilpasses og forfines i aktørernes møde med nye situationer samt over tid. Det er således interessant, at en af de praktiserende læger i et interview omkring et år efter fokusgruppeinterviewene peger på, at polemikken omkring støttestrømperne beror på en overordnet organisatorisk typificering og modstilling af kommunen og sygehuset, som igen er koblet med bestemte forventninger til, hvordan man interagerer. Disse forventninger flytter sig kun langsomt. Lægen fortæller:

> ”[D]et der er problemet i det her med lige med kommunen, det er jo at vi er vant til at skrive henvisninger til sygehuset og sådan nogle ting der, problemet det er at kommunen der laver vi attester til [mm], der rekvirerer de nogle oplysninger, vi er ik' vant til at skrive henvisninger til kommunen, det er jo noget med det også, hvor at tingene flytter sig ik' også, fordi tingene kommer mere over på det kommunale, at det er jo sådan en ændring der skal ske fra begge sider ik' også og nogle får, de har forventet, at de sku' bare ha' en masse oplysninger, hvor sådan er systemet ikke opbygget på nuværende tidspunkt, det kan godt være det skal opbygges lige så stille at det egentlig bliver kommunen vi efterhånden laver henvisninger til og sådan lignende, men det er jo mere den måde som det har været bygget op på, at der skal ske en ændring både for deres side og vores side og hvordan verden er hængt sammen, at det ik' er sygehuset mere vi retter den mod [mm] det er også kommunen.” Læge A1.

Ovenstående passus viser, hvordan lægen kobler en type af handleteori til samspillet med sygehuset og en anden type af handleteori til samspillet med kommunen. Den type af handleteori, som lægen forbinder med kommunen og det at videregive oplysninger om patienter, knytter sig til attestarbejdet, som de primært kender det fra samspillet med kommunen i forhold til social- og arbejdsmarkedssager. Det er inden for disse kontekstuelle rammer, at de praktiserende læger først forsøger at skabe mening med de mange ændringer i den tværgående organisering, der er sket og fortsat sker i kølvandet på strukturreformen. Lægens omtale af, at ”tingene flytter sig”, er netop en bemærkning til disse opgavemæssige og organisatoriske forandringer, som sundhedsvæsenet er i gang med at undergå, og som bl.a. betyder, at kommunerne får flere og flere sundhedsrelaterede opgaver. I en meningsskabende kontekst er det imidlertid nærliggende samtidig at forstå ordene som et udtryk for, hvordan begivenheder og erfaringer ændrer mening og får ny betydning i lyset af de

følelser, mål og projekter, som optager aktøren (Weick, 1995). Hvor mange læger umiddelbart efter strukturreformen skulle se kommunen an og overvejende skabte mening om samspillet ud fra den hidtidige organisering, dvs. hvor sygehuset var den primære samarbejdspartner og kommunen den sekundære, så viser feltmaterialet, at flere af de interviewede praktiserende læger begynder at indstille sig på, at kommunen i fremtiden bliver den samarbejdspartner, som de kommer til at arbejde mest sammen med. Læge A1 formulerer dette på følgende vis:

> ”Jamen, altså, vi skal lære at samarbejde [ja] der er da ingen vej udenom, vi kan da ik' stå der hver i sin, altså det er måske det man gør lige nu, vi går lidt i hver sin lejr ik' og, hvor skal vi mødes henne ik' også, men vi skal samarbejde, det er der jo ingen kære [mm] mor altså, det er da den fremtidige partner, altså det er kommunen, det er jo ik' regionen, det tror jeg ik' på altså […] vi får da mange flere vi skal ta' os af herude på godt og ondt […].” Læge A1.

Lægen oplever, at fronterne mellem kommune og almen praksis aktuelt er tegnet skarpt op. Ikke så meget på grund af konflikten om støttestrømperne, som man på tidspunktet for interviewet havde fundet en pragmatisk løsning på, men på grund af bl.a. lægekonflikten. Samtidig antydes, at begge parter bliver nødt til at forlade deres ”lejrer” og mødes for at indgå nogle kompromisser. Læge A1’s overvejelser vidner om, at de praktiserende lægers overordnede handleteori for samspillet med kommunen er begyndt at forandre sig. Lægens forventning til fremtiden, hvor det ikke længere er et spørgsmål om, hvorvidt kommunerne kan og bør varetage en del af de sundhedsrelaterede opgaver, men mere et spørgsmål om hvordan, viser, at meningsskabelsen hele tiden er i gang, og både trækker på – og samtidig hermed også reviderer – allerede etablerede meningskonstruktioner. Det er dog samtidig en pointe hos Weick, at nye meningskonstruktioner og retfærdiggørelser for, hvordan man gør tingene, emergerer langsomt, fordi de er funderet i de gamle meningskonstruktioner (Weick, 2001, s. 27). Hos ovenstående læge kommer dette bl.a. til udtryk ved, at lægen i interviewet på den ene side betegner kontakten til sygeplejeklinikken som ”en form for henvisning”. På den anden side understreger lægen i næste sætning, at ”hvis de vil vide yderligere ting, så må de betale for oplysningerne.” Selvom lægen altså kategoriserer kontakten til sygeplejeklinikken omkring støttestrømper som en henvisning, så skaber lægen fortsat mening om samspillet ud fra en underliggende forestilling om, at kommunen betaler for oplysninger fra de praktiserende læger, som de gør ved attester.

7.1.4. OPRETHOLDELSE AF HANDLETEORI FOR DEN FAGPROFESSIONELLE RELATION – EN SYGEPLEJERSKES KONSTRUKTION AF STØTTESTRØMPEHISTORIEN

En sygeplejerske fra Sygeplejeklinikken fortæller om sygeplejerskernes baggrund for at udarbejde de nye ”papirer” til almen praksis. Det sker i forbindelse med et spørgsmål fra intervieweren om, hvorvidt sygeplejerskerne har prøvet at bruge praksiskonsulentordningen til at gå tilbage til almen praksis med forhold, som sygeplejerskerne kunne tænke sig var anderledes. Hertil svarer sygeplejersken først nej, men nævner så, at de har prøvet det ”i forhold til kompression det fungerede ik' lige så godt […].” Da intervieweren spørger til, om det handler om, at lægerne er ”utilfredse med at de skal udfylde nogle attester”, forklarer sygeplejersken:

> ”Men altså i dag der bliver det jo sådan, nu bliver det jo digital ansøgning [ja] så […] det letter jo hele problematikken omkring de ting ik' også fordi der skal […] man jo ses af lægen inden ik' også fordi du skal jo ligesom selv ka' beskrive hvad er det det her problem handler om, hvad har lægen sagt og gjort (.) altså det der har været omkring de der kompressionsstrømper der tror jeg det var […] sådan at det var mange gange sekretæren der skrev de der ting ik' også [ja], hvis der sku' blive skrevet noget og langt fra alt alle gangene var borgeren set af en praksislæge inden [okay] ja.” Sårsygeplejerske.

Sygeplejersken undlader i første omgang at referere tilbage til den oprindelige hændelse, men henviser i stedet til en fremtidig digitalisering af ansøgningsprocessen, som vil lette ”hele problematikken omkring de ting”. Den prospektive meningsskabelse vidner om, at sygeplejersken ikke synes at være helt tilfreds med den måde, som den nuværende organisering fungerer på, ligesom den umiddelbare undladelse af at fortælle om, hvad der tidligere er sket, vidner om, at sygeplejersken enten ikke bryder sig om at tale om det eller har svært ved retrospektivt at skabe mening med hændelserne. Via sygeplejerskens beskrivelse af konsekvenserne af digitaliseringen, herunder at lægerne vil blive nødt til at dokumentere, at de har tilset patienten forud for ansøgningen, kommer sygeplejersken imidlertid frem til, at den tidligere problematik har handlet om, at lægerne ikke altid har tilset patienterne, før de har sendt en ansøgning om støttestrømper. Det forbliver dog uklart, hvorvidt denne antagelse refererer tilbage til årsagen til, at sygeplejerskerne i første omgang udarbejdede det omtalte papir, eller om den refererer til en formodning om, hvorfor lægerne satte sig imod at bruge papiret. Sygeplejersken forklarer videre, at ”hvis du skal sende henvisningen […] altså normalvis så er det jo en lægeordination hvilken kompressionsgrad man skal ha'” og kobler det videre til en forventning om, at lægen har undersøgt patienten forud for ordinationen. Sygeplejersken betegner hermed det udformede papir som en henvisning og ikke som en attest. Samtidig kobler hun henvisningen med en lovgivningsmæssigt etableret lægefaglig ”jurisdiktion” (Abbott,

1988, s. 59), ifølge hvilken det alene er lægen, der kan ordinere, hvor stram strømpen skal være. Sygeplejersken synes altså at skabe mening om samspillet med almen praksis og den specifikke opgave omkring strømpebevilling med baggrund i en interprofessionel og sundhedsfaglig veletableret handleteori angående den formelle arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker. På den baggrund synes det udformede papir at være en art formalisering af ordinationen, hvoraf det lægelige ansvar for opgaven tydeligt fremgår i og med, at lægen skal dokumentere en række relevante helbredsoplysninger i forhold til typen af strømpe. I forhold til lægernes krav om, at kommunen må bede om en statusattest, hvis man ønsker, at de skal udfylde de nævnte papirer, forklarer sygeplejersken, at prisen på en attest er højere end prisen på et par støttestrømper (en statusattest, som kommunen normalvis bruger til indhentning af helbredsoplysninger ved de praktiserende læger, koster kommunen 407 kr. (priser 2015)) samt, at ønsket om en statusattest kan forlænge sagsbehandlingstiden betragteligt, da lægen eventuelt først skal indkalde patienten til en undersøgelse, hvilket "fortrækker" forløbet. Ledetråde for sygeplejerskens meningsskabelse er således også praktiske forhold såsom økonomi og hurtig responstid i forhold til borgeren. Sygeplejersken forklarer imidlertid, at aftalen med de praktiserende læger er blevet, at sygeplejerskerne kan udlevere en bestemt type af strømpe uden at indhente attest hos lægerne først, såfremt de kan mærke puls i benet. Hvis de ikke kan mærke puls, må de vende tilbage til lægen "og spørge om", hvad de så gør. Sygeplejersken forklarer bl.a.:

> "[D]et handler jo om at komme om ved tingene på bedst mulig måde uden at genere hinanden, altså jeg tror da de føler at, altså som jeg i hvert fald har hørt nogen praktiserende læger de sagde 'ved I hvad det har I bedre forstand på end vi har', men det ændrer jo stadigvæk ik' ved at det er en lægeordination, at vi har ik' lov til det, men nu ligger der jo en fast aftale om, at hvis man kan måle puls, så må vi også gi' en klasse to, […] inden da havde vi jo ik' lov til det, vi er jo også nødt til ligesom og skal holde de ting, at der ligesom ligger en lov […] det er jo ligesom med, altså man også ka' blive oplært til at gi' IV-medicin hvis lægerne siger 'nu er I oplært til det, værsgo' [mm] og det er vi også med det her, 'hvis I kan mærke pulsen værsgo, så må I gi' klasse 2, hvis I ik' kan så skal I henvende jer igen', så, og det har kørt lige siden […], altså de er jo også oplever jeg virkelig virkelig, man kan jo ik' sige overbebyrdede med arbejde, men de har jo rigtig mange besøg og mange klienter altså jeg ka' ik' huske hvor meget tid det var at en af praksislægerne fortalte de har afsat til hver borger, det er jo mindre end ingenting altså […]. Så kan jeg godt se, at der bliver nogle ting der bliver overflødige i deres øjne, hvis de synes der er nogle, der kan gøre det lige så godt altså, det ville jeg også tænke […] så det det handler om, det er jo ligesom at prøve og få forståelse for hinandens praksis og så ha' respekt for det [mm] altså, fordi jeg tror det er dét det handler om, hvis det er samarbejdet ik' fungerer så

> er det simpelthen fordi man ik' har forståelse for hinandens praksis [mm] det tror jeg faktisk det er." Sårsygeplejerske.

I fortællingen henviser sygeplejersken til en lokalt forhandlet aftale omkring det tværgående samspil. Aftalen sikrer, at de fleste patientforløb afvikles hurtigt, og at kommunen i vid udstrækning undgår at bruge penge på statusattester til borgere, der skal have støttestrømper. Sygeplejersken oplever, at der med aftalen er opretholdt en formel social orden og handleteori angående ordinationsretten, idet hun forstår aftalen som udtryk for, at lægerne har uddelegeret en del af ansvaret for ordinationen af støttestrømper til sygeplejerskerne. Hendes henvisning til, at sygeplejerskerne ifølge loven ikke på egen hånd må vurdere, hvilken kompressionsgrad en strømpe skal have, med mindre der ligger en aftale herom med de praktiserende læger, fungerer således som en retfærdiggørelse, der er socialt acceptabel for sygeplejerskerne. Dels en forklaring på – og retfærdiggørelse af – hvorfor sygeplejerskerne i første omgang valgte at udforme en seddel, der kunne fungere som henvisning til støttestrømper. Dels en retfærdiggørelse af hvorfor sygeplejerskerne trods det, at deres oprindelige udspil til en tværgående organisering og interaktion blev forkastet, alligevel kan engagere sig i de gensidige betingede handlinger, der er resultat af forhandlingerne mellem de praktiserende læger og den "højeste ledelse". Sygeplejerskens fortælling viser videre, hvordan hendes retrospektive meningsskabelse er funderet i en positiv identitetskonstruktion, idet hun bl.a. fortæller om læger, der har tilkendegivet, at sygeplejerskerne "har bedre forstand på" emnet, end de selv har. Hun positionerer således indirekte sygeplejerskerne som potentielt mere kompetente på området end lægerne. I sygeplejerskens fortælling understøttes dette yderligere af sygeplejerskens samtidige positionering af sig selv som en ordentlig fagprofessionel, der på den ene side følger reglerne, men som på den anden side også har forståelse og respekt for, at man har forskellige arbejdsforhold. Sygeplejerskens henvisning til lægernes arbejdsforhold kan således betragtes som en slags "motive work" (Wrzesniewski et. al., 2003, s. 109), hvormed hun søger at begrunde og skabe mening med lægernes handlinger. Ifølge Wrzesniewski et al. er "motive work" det meningsskabende arbejde, hvormed en person søger at forstå de ledetråde, som vedkommende udleder af andre personers handlinger. En vigtig pointe er, at ledetrådenes betydning – og hermed ultimativt den betydning en interpersonel handling eller hændelse får – modificeres og afhænger af de motiver og intentioner, som den anden/de andre tilskrives. I sammenhæng med sygeplejerskens omtale af, at det bl.a. handler om at prøve at "få forståelse for hinandens praksis", synes sygeplejersken umiddelbart at vise forståelse for de praktiserende lægers handlinger jfr. udsagnet: "Så kan jeg godt se at der bliver nogle ting der bliver overflødige i deres øjne hvis de synes der er nogen der kan gøre det lige så godt altså, det ville jeg også tænke […]". Udsagnet er imidlertid tvetydigt, idet det også kan forstås som en kritik af lægerne. Man kan således argumentere for, at sygeplejersken – med sin refleksive positionering i fortællingen som ordentlig og ansvarlig i forhold til de interprofessionelle og faglige standarder for arbejdet med

støttestrømper – samtidig indirekte og interaktivt positionerer lægerne som u-ordentlige og uansvarlige i forhold til behandlingen af borgerne. Sygeplejerskens omtale af, at "nogle ting […] bliver overflødige i deres øjne", kan således også ses som en reference til sygeplejerskens indledningsvise omtale af, at nogle læger ikke mener, at det er nødvendigt med en lægeundersøgelse forud for ordinationen af støtte-strømper. Tager man dette tvetydige perspektiv på fortællingen et skridt videre, kan man argumentere for, at sygeplejerskens omtale af nødvendigheden af, at man respekterer og søger at forstå hinandens praksis, ikke alene er et udtryk for, at sygeplejerskerne har forståelse for lægernes arbejdsforhold, men også som en indirekte (op)fordring til de praktiserende læger om at søge at forstå, hvorfor sygeplejerskerne handler, som de gør.

Det er tidligere blevet nævnt, hvordan Davies & Harrés (1990) positioneringsbegreb er tæt knyttet til et magtperspektiv. Dette bl.a. fordi nogle diskurser i det sociale rum er mere dominerende end andre, og fordi forskellige typer af relationer og afhængigheder mellem aktørerne har betydning for, i hvilket omfang og i hvilke sammenhænge mindre dominerende aktører søger at modsætte sig mere dominerende aktørers positioneringer. Sygeplejerskens refleksive positionering som ordentlig og samvittighedsfuld i forhold til retningslinjerne for tildeling af støtte-strømper og mere overordnet "loven" – herunder den samtidige indirekte kritiske positionering af lægerne som det modsatte – kan i lyset af dette perspektiv betragtes som en mindre magtfuld fagprofessionel aktørs kritik af – og modstand mod – de begivenheder, der har fundet sted. Denne modstand gælder ikke mindst den diskursive positionering, som sygeplejersken oplever, de blev sat i af de praktiserende læger, da polemikken om støttestrømperne fandt sted. Sygeplejersken fortæller således om polemikkens begivenhedsforløb, at sygeplejerskerne sammen med praksiskonsulenten "var blevet enige om hvordan det skulle være". "Pludselig" får de imidlertid besked om, at emnet har været oppe at vende igen, og at sygeplejerskerne "var svære at samarbejde med", og at de "ville bare én ting og sådan noget", hvorefter det gik "på højeste ledelse og så fik vi at vide at sådan blev det". Hvad der egentlig skete fra mødet med praksiskonsulenten, til det kom "op på højeste ledelse […] det forstod vi [sygeplejerskerne] ik' helt", men muligvis kan det have noget at gøre med "resten af lægerne". Ved således at stille sig uforstående over for konfliktens baggrund og samtidig fremhæve den indledningsvise gode dialog med praksiskonsulenten samt efterfølgende tale om forståelse, respekt og at "det handler jo om at komme om ved tingene på bedst mulig måde uden at genere hinanden" (jfr. ovenstående passus), positionerer sygeplejersken sig diskursivt i fortællingen som samarbejdsvillig og til at tale med, dvs. netop som det modsatte af, hvad hun oplever de praktiserende læger positionerede sygeplejerskerne som. Interessant er samtidig, at det gennem sygeplejerskens beskrivelse af hændelses-forløbet bliver de praktiserende læger, der kommer til at fremstå som svære at samarbejde med og som dem, der vil "bare én ting". Afslutningsvis er det dog vigtigt at fremhæve, at sygeplejersken med sin fortælling er kommet frem til en måde at forstå og forklare begivenhederne på, som gør, at hun kan opretholde et

positiv selvbillede samtidig med, at hun kan løse sin opgave og indgå i koordinerede handlinger omkring udlevering af støttestrømper med de praktiserende læger.

7.1.5. OPSAMLING

De foregående afsnit viser, hvordan aktører fra henholdsvis almen praksis og kommunen skaber forskellig mening om en forhenværende konflikt vedrørende samspillet om udlevering af støttestrømper. Aktørernes forskellige meningsskabelser lader ane, at konflikten opstod som følge af, at aktørerne handlede og skabte mening om samspillet ud fra to forskellige forståelser af, hvordan det papir, som sygeplejerskerne på Sygeplejeklinikken udformede, skulle kategoriseres og som følge heraf også, hvilke handlemuligheder aktørerne så og fandt rimelige. Det blev vist, hvordan der med de divergerende kategoriseringer, nemlig hvorvidt papiret grundlæggende er en henvisning eller en attest, følger forskellige handleteorier, som umiddelbart ikke er gensidigt forenelige. 'Attest' og 'henvisning' er således ikke blot to forskellige begreber – de er forskellige "mærkater" for, hvad papiret er og for, hvordan aktørerne bør handle i forhold til hinanden (Czarniawska-Joerges, 1990). Analysen viser også, hvordan aktørernes forskellige kategoriseringer er indlejret i – og hænger sammen med – deres fokus på forskellige sociale kontekster og relationer. Det er rutinerne i disse relationer og de hermed forbundne handleteorier, der bliver styrende for aktørernes meningsskabelse.

Det fremgik således, hvordan den kontekstuelle basis for flere af de praktiserende lægers meningsskabelse er en handleteori angående den overordnede tværgående organisatoriske relation til kommunen, og måden man med afsæt i denne relation arbejder sammen på. Handleteorien synes at inkorporere to erfaringsbaserede forståelser af samspillet med kommunen, nemlig dels at samspillet med kommunen bureaukratiserer og besværliggør lægernes arbejde, dels at samspillet grundlæggende beror på, at kommunen rekvirerer informationer via attester, som kommunen betaler for. De to forståelser er indbyrdes forbundet, idet lægerne forventer at få betaling for det ekstra arbejde, som samspillet med kommunen fordrer af dem. Lægernes meningsskabelse omkring støttestrømpehistorien tager således afsæt i en overordnet organisatorisk typificering af kommunen og samspillet med kommunen, der synes at koble typificeringen af kommunen som et bureaukratisk system med en forventning om, at samspillet foregår via de "rigtige" bureaukratiske attester.

For sygeplejersken er den kontekstuelle basis for meningsskabelsen omkring samspillet ikke de overordnede tværgående organisatoriske relationer mellem kommune og almen praksis, men derimod en handleteori, der tager afsæt i et fagprofessionelt paradigme angående ordinationsretten. Sygeplejersken skaber således mening om samspillet med almen praksis og den specifikke opgave omkring strømpebevillingen med baggrund i et formelt stadfæstet ansvarsforhold mellem læger og sygeplejer-

sker, og i lyset heraf opfatter hun ikke papiret som en attest, men som en skriftlig formalisering af ordinationen i form af en henvisning.

Af sygeplejerskens fortælling fremgik, at man mellem de praktiserende læger og kommunen er nået frem til en lokal forhandlet aftale omkring praksis for udlevering af støttestrømper. Det interessante ved denne aftale er, at den gør aktørerne i stand til at samhandle og alligevel opretholde hver deres meningsskabelse omkring samspillet. Set fra sygeplejerskens perspektiv sikrer aftalen, at de fleste patientforløb afvikles hurtigt, og at kommunen i vid udstrækning undgår at bruge penge på statusattester, som er dyrere end strømperne. Vigtigst er dog, at sygeplejersken formår at skabe mening om aftalen på en måde, hvormed hendes handleteori angående ordinationsretten opretholdes. Aftalen sikrer på den anden side, at lægerne undgår at bruge ekstra tid på at udfylde uautoriserede attester samtidig med, at de oplever, at der fortsat er opretholdt en formel social orden og handleteori, hvor kommunen betaler for de oplysninger, som de rekvirerer fra almen praksis. Begge parter synes altså at opleve, at man er nået frem til en aftale, der sikrer en fortsat stabil social struktur. Det interessante ved aftalen er, at begge parter formår at retfærdiggøre organiseringen af det tværgående samspil ud fra hver deres fokus på typificeringer og rutiner i relationer, selvom disse umiddelbart syntes uforenelige. Aftalen fungerer med andre ord, fordi den ikke tvinger aktørerne til at nå til konsensus om, hvorvidt handleteorien for samspillet om støttestrømperne primært skal forstås inden for konteksten af en organisatorisk-relationel eller fagprofessionel-relationel referenceramme.

Analyserne viser imidlertid også, at nok er aktørerne nået frem til at handle på en gensidigt relevant måde, men det sker med reference til forskellige sociale kontekster herunder forskellige forventninger til relationerne i disse kontekster. Disse forventninger og de sociale strukturer, som de er knyttet til, er aktørerne gennem deres handlinger og retfærdiggørelsen for disse handlinger med til at bekræfte og potentielt også stabilisere. Netop derfor synes det især også vigtigt for de praktiserende læger at fastholde fortællingen om støttestrømperne som en repræsentativ anekdote, fordi fortællingen for dem ikke alene handler om relationen og organiseringen af relationen til Sygeplejeklinikken – den handler også om relationen og organiseringen af relationen til kommunen generelt. Historien er således vigtig for de praktiserende læger, fordi den refererer og retfærdiggør, hvordan tingene generelt bør være i forhold til kommunen.

Samtidig fremgik det også af analysen, at der bl.a. hos en af de praktiserende læger, Læge A1, kunne spores en begyndende ny måde at skabe mening om samspillet vedrørende støttestrømperne på, som synes at være mere i tråd med sygeplejerskens meningsskabelse (jfr. lægens refleksion over, at en del af problematikken måske bestod i, at lægerne ikke har været vant til at tænke i henvisninger til kommunen, men alene i attester). Det fremgik, at denne nye måde at skabe mening om samspillet på, beror på en gradvis ændret oplevelse og forståelse af den sociale kontekst, som

bl.a. involverer, at kommunen forventes at overtage sygehusets position som de praktiserende lægers primære samarbejdspartner. Heri er også en vigtig pointe i forhold til aktørernes forskellige måder at skabe mening om hændelserne på. For de praktiserende læger opstod polemikken omkring støttestrømperne kort efter strukturreformen, dvs. på et tidspunkt, hvor de generelt var usikre på relationerne til – og det tværgående samspil med – regionen og kommunerne – herunder især usikre på deres egen position i forhold til kommunen. For lægerne synes organiseringen af samspillet omkring udleveringen af støttestrømperne derfor at have været en vigtig anledning til at søge at "enacte" en kendt social struktur og hermed også søge at bidrage til at stabilisere den fremtidige organisering inden for denne struktur.

Afslutningsvis kan det bemærkes, at fortællingen om støttestrømperne viser, hvordan strukturreformen grundlæggende betyder, at lægerne skal til at tænke sig selv og deres relationer til bl.a. kommunen og regionen på en helt ny måde, og at det tager tid at nå dertil. For den kommunale sygeplejerske på Sygeplejeklinikken involverer organiseringen af samspillet omkring udlevering af støttestrømperne ikke på samme måde en potentiel destabilisering af hendes forståelse af kommunens overordnede tværgående relation til almen praksis. Derfor synes hun også at være overrasket og uforstående over for den kraftige reaktion, som kom fra almen praksis, og som i sidste ende betød, at det kommunale direktørniveau blev involveret. Weick skriver imidlertid, at særligt når aktørerne er stærke, og omgivelserne er formbare, så kan antagelser, forventninger og tro være stærke motorer, som via aktørernes meningsskabende processer kan få stor indflydelse og eventuelt ændre på "samhandlingsmønstre" (Weick, 2001, s. 146). Læge 12's entydige og anekdotiske repræsentation af begivenhederne er både i sin form og sit indhold et signal om – og udtryk for – at de praktiserende læger er stærke aktører, der formår at påvirke deres omgivelser. Til sammenligning er sygeplejerskens mere springende og tvetydige fortælling omvendt udtryk for, hvordan en svagere aktør i det tværgående samspil indirekte og på mere subtil vis søger at gøre modstand mod den stærkere aktørs fortælling og positioneringer. Aktørernes fortællinger er således også med til at vise, hvordan sproget ikke bare er et neutralt kommunikationsredskaber, men er et redskab for social kontrol og magt, der er med til at reproducere bestemte sociale relationer herunder også bestemte magtrelationer (Currie & Brown, 2003).

7.2. GENSYN MED TEORIEN OG FELTMATERIALET

I teorikapitlet til afhandlingen blev de syv karakteristika for meningsskabelse gennemgået. Disse karakteristika er i afhandlingen blevet trukket frem og inddraget i analyser af, hvordan aktører i det nære sundhedsvæsen skaber mening omkring det tværgående samspil i forhold til mennesker med kronisk sygdom. De syv karakteristika vil i dette afsnit blive genbesøgt med henblik på at diskutere de særlige muligheder og udfordringer, som både ledere og medarbejdere står over for i forhold til at

skabe meningsfulde gensidige betingede handlinger i det tværgående samspil. Undervejs inddrages Weicks formuleringer af syv "sentenser for handling" [*maxims for action*] (Weick, 1995, s. 182). De syv sentenser formulerer Weick mod slutningen af bogen "Sensemaking in Organizations" med henblik på at diskutere, hvordan man kan arbejde med meningsskabelse. Eksempler fra afhandlingen vil blive genbesøgt for at undersøge, hvordan man kunne have arbejdet med meningsskabelse i situationer, hvor overraskelse, usikkerhed eller flertydighed har gjort det svært for aktørerne at skabe mening og koordinere deres handlinger.

7.2.1. OPMÆRKSOMHED PÅ IDENTITETSKONSTRUKTIONER, SUBJEKTPOSITIONERINGER OG FORTÆLLINGER

Det er i afhandlingen blev vist, hvor afgørende aktørernes forskellige identitetskonstruktioner og subjektpositioneringer er for, hvordan de skaber mening med opgaver og relationer i det tværgående samspil. I den sammenhæng er det blevet tydeligt, hvordan aktørernes oplevelser af en usikker, truet og/eller miskrediteret fagprofessionel identitet kan gøre det vanskeligt at skabe (ny) mening. Særligt synes nogle af de praktiserende læger i kølvandet på strukturreformen samt i forbindelse med lægekonflikten at have vanskeligt ved at skabe mening med flere af de forandringer, som finder sted i kommunen. Analyserne viser vigtigheden af, at aktørerne i samspillet er opmærksomme på de refleksive subjektpositioneringer og identitetsforestillinger, der er i spil, når man søger at udvikle og implementere nye tiltag. Det er også vigtigt at være opmærksom på hvilke positioneringer, man interaktivt mobiliserer og inviterer andre til at indtage i det sociale rum, når man kommer med oplæg til nye tiltag, når man mødes, eller når man fortæller historier om samspillet. Det handler om at reflektere over, hvad det er for relationer, man inviterer andre til at gå ind i gennem egne interaktive- og refleksive subjektpositioneringer. Ligeledes bør man overveje hvilke forventninger, rettigheder og pligter, der følger med disse positioneringer.

Eksemplet med støttestrømperne viser, hvordan en sårsygeplejerske og en praktiserende læge i deres respektive fortællinger forsvarer deres tidligere handlinger og gør modstand mod oplevelsen af den anden parts interaktive positioneringer. Af analysen fremgår, hvorfor dette på tidspunktet for fortællingerne giver god mening. Det fremgår også, at der over tid begynder at dukke en ny fortælling op, der åbner for en ændret identitetskonstruktion og selvforståelse blandt de praktiserende læger i forhold til samspillet med kommunen. Eksemplet viser, hvordan aktørerne har mulighed for at give ny mening til begivenheder og åbne for andre fremtidige identitetsforestillinger og handlemuligheder, hvis de giver plads til – og er lydhøre for – at inkorporere mulige nye meningsaspekter i de eksisterende fortællinger. Hvis aktørerne havde været mere åbne og nysgerrige angående egne og andres identitetsforestillinger og de hermed forbundne handleteorier undervejs i for-

løbet, er det muligt, at man kunne have banet vej for gensidige koordinerede handlinger tidligere i forløbet og uden at løbe ind i en konflikt mellem parterne.

En af Weicks anbefalinger for anvendelse af det meningsskabende perspektiv i organisationer er, at enhver leder er en forfatter [*Every Manager an Author*] (Weick, 1995, s. 183). Weicks pointe er, at de ord, man bruger til at betegne eksempelvis samspillet og hinanden med, og de fortællinger man deler og bruger til at forstå og skabe mening med fortidens begivenheder med, alle har betydning for, hvad man ser og reagerer på, hvilke handlemuligheder man får øje på, og i sidste ende hvilke omgivelser man er med til at handle frem: ”The choise of words matters. […] We see what we expect to see, and these expectations have sharper or more rounded edges depending on the words that carry them.” (Ibid., s. 183). Valg af ord betyder noget – vælg derfor dine ord med omhu (Hammer & Høpner, 2014). Hvis man eksempelvis går ind i hverdagens relationer eller til forhandlinger om samspillet ud fra en forståelse af, at der er tale om ”et tvangsægteskab” mellem almen praksis og kommune, som en af de praktiserende læger under feltstudiet udtrykte det, eller med stereotypificerede forestillinger om, at praktiserende læger kun er interesseret i at tjene penge, så skærpes aktørernes opmærksomhed på bestemte aspekter af samspillet med desto større risiko for, at forventningerne bliver til selvopfyldende profetier.

I en organisatorisk kontekst, hvor man tager de meningsskabende processer alvorligt, bør både ledere og medarbejdere, der agerer i tværgående sammenhænge med at udvikle nye tiltag og med at forhandle spillereglerne for samspillet, men også de enkelte medarbejdere, der i hverdagen arbejder på tværs af organisatoriske grænser, overveje og tage ansvar for, hvilke ord man bruger, og hvilke fortællinger man deler internt i organisationerne og på tværs. Muligheder for ny meningsskabelse og fælles udvikling af den tværgående organisering begrænses, når man holder fast i vante positioneringer og typificeringer, og når man til stadighed genfortæller de samme gamle historier. Omvendt kan nye muligheder for samspillet åbne sig, hvis aktørerne er undersøgende og åbne for at inkorporere nogle af de nye perspektiver på fortællingerne, som løbende dukker op. Dette kræver imidlertid ikke kun, at aktørerne er åbne for at lytte, det kræver også, at de aktører, der har andre perspektiver på historierne, tør tage ordet og udfordre etablerede meningsskabelser for således at søge at give ny mening til historierne.

7.2.2. OPMÆRKSOMHEDENS RETTETHED OG GODE HISTORIKERE

Mening opstår på baggrund af den opmærksomhed, som rettes mod begivenhederne, og mening påvirkes derfor af de følelser, mål og projekter, som optager aktørerne på tidspunktet for meningsskabelsen (Weick, 1995). Det betyder, at meningen med en begivenhed kan ændre sig over tid, som eksemplet med støttestrømperne bl.a. viser. Implikationen for aktører, der har fokus på meningsskabelse i samspillet mellem

almen praksis og kommunerne, er, at ledere og andre aktører i det tværgående samspil såsom praksiskonsulenterne har mulighed for at give (ny) mening til begivenheder ved at undersøge, hvad det er for erfaringer og forforståelser en begivenhed, en ny opgave eller en opgaveændring får mening i lyset af og ved at bibringe muligheder for kobling til andre erfaringer og referencerammer. Et eksempel herpå fra afhandlingen er, hvordan nogle af hjemmesygeplejerskerne forsøger at give en opgaveændring (dosisdispenseret medicin) ny mening, så den ikke kun handler om at minimere antallet af stabile sygeplejefaglige opgaver, men også om at frigøre tid til at kunne arbejde mere støttende og forebyggende med borgerne. Hjemmesygeplejerskerne trækker i den forbindelse på en fortælling om en skeptisk praktiserende læge, som de samtidig også bruger som referenceramme i forsøget på "sensegiving" til andre skeptiske praktiserende læger.

Weick adresserer muligheden for at bruge meningsskabelsens retrospektive karakter til prospektivt at udstikke retning for aktørers meningsskabelse og fremtidig organisering med sentensen: "*Every Manager an Historian*" (Weick, 1995, s. 183). Ledere er historikere, fordi de gennem de historier, som de trækker frem og deler om fortiden, har mulighed for at forme fremtiden. Beslutninger i organisationer har således ofte et retrospektivt element, der handler om at fortolke og udvælge bestemte dele af de erfaringer og historier, der er i organisationerne, så der ud af et væld af mulige forklaringer og eventuelle blindveje opstår en mere enkel og entydig historie. Sådanne historier hjælper aktørerne i organisationerne til at have tillid til fremtiden ved på en enkel og plausibel måde at forklare, hvad der er sket, og hvad der skal ske. Det betyder videre, at gode beslutningstagere er ledere og andre aktører, der har en omfattende og detaljeret hukommelse, og som er gode til at udvælge de elementer, der skaber en sammenhængende fortælling om, hvorfor man handler, som man gør (Weick, 1995).

Set i lyset af ovenstående er hjemmesygeplejerskerne i eksemplet med dosisdispenseret medicin netop gode historikere. De forstår at bruge en erfaring med en skeptisk praktiserende læge til at afkode, hvilke forforståelser der er i spil blandt de praktiserende læger. Endvidere forstår de at bruge erfaringen som en fortælling til at adressere de praktiserende lægers frygt samtidig med, at de tilbyder andre ledetråde, der gør det muligt for lægerne at skabe ny mening med opgaveændringen. Eksemplet lader imidlertid også nogle af de udfordringer, der kan være i forhold til at prøve at 'styre' meningsskabelserne i det tværgående samspil, ane. Det viser nemlig, hvordan aktører på udførende niveau (hjemmesygeplejerskerne) skaber en mening med en opgaveændring, som måske ikke nødvendigvis er den samme som ledelsens, og hvordan de søger at give denne mening videre til andre aktører i samspillet. Dette er ikke et problem, så længe hjemmesygeplejerskerne har tiden til at udføre de forebyggende besøg, eller så længe hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger stiller sig tilfredse med den blotte forestilling om, at hjemmesygeplejerskerne har mulighed for at udføre besøgene til trods for, at deres dagligdag i praksis risikerer at blive fyldt op med besøg hos mere komplicerede borgere/patien-

ter. Givetvis vil det øgede tidspres og de mange nye opgaver i kommunerne betyde, at hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger gradvist indoptager nye ledetråde og skaber ny mening omkring samspillet og eventuelt opbygger andre forventninger til egne og andres relationer til borgerne/patienterne. Hermed bliver meningsskabelserne omkring dosisdispenseret medicin et eksempel på, hvordan mening omkring den tværgående opgave og de tværgående relationer gradvist ændrer og udvikler sig. Der kan imidlertid også ske det, at de praktiserende læger overtager og holder fast i hjemmesygeplejerskernes "sensegiving" til opgaveændringen og derfor ser en eventuel fremtidig løs kobling mellem hjemmesygeplejerskernes tale og handlinger som "organisatorisk hykleri" [*organizational hypocrisy*] (Brunsson, 1989, s. 27). Dette vil kunne indgå i forhandlinger og forsøg på at påvirke samspillet, eller det vil kunne skabe ny skepsis omkring fremtidige forhandlinger om samspillet. Af analysen fremgår da også, at selvom nogle lægers meningsskabelse påvirkes af hjemmesygeplejerskernes forsøg på at give mening til opgaveændringen angående medicindosering, så fremstår andre læger fortsat skeptiske. Dette synes at bero på en tydelig mistanke hos flere af lægerne om, at opgaveændringen alene handler om at spare tid og penge i kommunen, hvilket bliver understøttet af diskrepansen mellem teamlederens og hjemmesygeplejerskernes udmeldinger. Det kunne derfor have været en fordel, hvis der blandt teamlederen og hjemmesygeplejerskerne havde været større konsensus i form af en fælles forhandlet betydningsdannelse omkring opgaveændringen forud for mødet med de praktiserende læger.

Afslutningsvis kan konkluderes, at eksemplet med dosisdispenseret medicin viser, hvordan aktører – der ikke nødvendigvis er ledere – kan påvirke samspillet, hvis de er gode historikere og får mulighed for at bidrage til de sociale meningsskabende konstruktioner om samspillet. Dette kan virke befordrende for samspillet, men kan også være med til at komplicere samspillet, hvis aktørerne kommer til at påvirke meningsskabelserne i retninger, som ikke repræsenterer de andre aktører med samme organisatoriske baggrund. Det kan eksempelvis være, hvis en gruppe af hjemmesygeplejerskers fortællinger ikke er repræsentative for ledelsens meningskonstruktioner, eller hvis en praksiskonsulents fortælling ikke er repræsentativ for de øvrige praktiserende lægers meningskonstruktioner. Dette sætter fokus på, at aktører, der træder ind i forhandlinger om det tværgående samspil, er opmærksomme på at inkludere perspektiver og fortællinger, der ikke nødvendigvis kun er deres egne, men som også repræsenterer andre aktørers meningskonstruktioner – især hvis der er tale om andre aktører, der gennem deres position i organisationerne har mulighed for at skabe forstyrrelser i de gensidigt koordinerende handlinger, som førstnævnte aktører gennem forhandlinger om mening når frem til.

7.2.3. SKABELSE AF SAMSPILLETS ORGANISERINGER

Afhandlingen har vist forskellige aspekter af, hvordan aktører i kommune og almen praksis gennem deres meningsskabelser og handlinger selv er med til – og er i gang med – at skabe de organisatoriske omgivelser og organiseringer i det tværgående samspil, som de oplever at befinde sig i. Det er eksempelvis blevet vist, hvordan de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter har svært ved at skabe mening med – og se nye handlemuligheder i forhold til – deres oplevede rekrutteringsproblemer til nogle af kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, bl.a. fordi de grundet en bestemt ideologisk tilgang til borgerne har handlet en virkelighed frem, hvor de har begrænset direkte kontakt med almen praksis og derfor også begrænsede muligheder for at få relationelle ledetråde og feedback på deres arbejde og tilbud. Ligeledes er det blevet vist, hvordan praktiserende lægers usikkerhed omkring egne fremtidige opgaver og oplevelser af en truet professionsmæssig identitet medvirker til, at nogle læger har svært ved at skabe mening med de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud, hvorfor de undlader at bruge tilbuddene. Konsekvensen synes at være, at nogle af sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne er begyndt at orientere sig væk fra de praktiserende læger i forhold til rekrutteringen af borgere til tilbuddene. Herved risikerer man på sigt at handle en organisering frem, hvor de praktiserende læger gradvist bliver koblet af samspillet. Dette gør sig ikke kun gældende i forhold til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom, men også i forhold til, hvordan man fra kommunens side vælger at tilrettelægge nye tiltag og fremtidige projekter. På den måde risikerer man i almen praksis at miste indflydelse på de enkelte projekters og tiltags tilrettelæggelse, ligesom man mere overordnet risikerer at blive koblet af udviklingen i kommunerne, fordi man holder op med at være en såvel direkte som indirekte samtalepart.[30] Ydermere er der risiko for, at man på et mere overordnet politisk niveau begynder at arbejde mod at begrænse de praktiserende lægers magt og selvstændighed, når man gang på gang oplever, at udvikling af nye tiltag bliver bremset eller hindret af manglende deltagelse af de praktiserende læger (se f.eks. KL, 2010). Et andet eksempel på, at debatten går i en sådan retning er en temadebat på Altinget omkring udvikling af det nære sundhedsvæsen, hvor man f.eks. kan læse, hvordan Pia Kürstein Kjellberg (2017) efterlyser et mere forpligtende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. En mulighed kunne ifølge Kjellberg være en strukturel ændring af almen praksis i form af en styrket organisatorisk overbygning, som indadtil sikrer koordinering på tværs af lægepraksisser, og som udadtil sikrer, at man har en aftalepartner, der kan forpligte sig på helhedens vegne, og som kan sikre, at opgaven løses (Ibid). Der er således tendenser i den mere overordnede politiske debat på sundhedsområdet, der viser, at de praktiserende lægers frygt for at miste dele af deres

[30] Dette synspunkt er der også praktiserende læger, der har gjort sig til talsmand for og har søgt at promovere blandt fagfæller. Se f.eks. Foged, 2005.

selvstændighed og hermed en vigtig del af deres fagprofessionelle identitet som selvstændigt erhvervsdrivende kan blive en selvopfyldende profeti.

Spørgsmålet er, hvordan man ud fra et meningsskabende perspektiv har mulighed for at imødegå, at aktørernes (negative) forventninger bliver til selvopfyldende profetier. Weick adresserer spørgsmålet under sentensen "Expectations Are Real" (Weick, 1995, s. 189). Hans pointe er, at når man i reglen ser det, man forventer at se, så bør man i organisationer søge at blive opmærksomme på – og bevidste om – hvad man forventer sig af bestemte situationer eller relationer, og hvordan disse forventninger hænger sammen med det, man (ikke) observerer. Endvidere bør man prøve at kvalificere disse forventninger ved at kigge efter modstridende informationer og forfølge meninger, der afviger fra ens egne. En vigtig pointe i forlængelse heraf er, at jo stærkere forventninger man har til en bestemt situation eller relation, jo færre input og oplysninger har man brug for, før man oplever at få sine forventninger bekræftet, mens man omvendt let overser selv mange informationer, der ikke stemmer overens med disse forventninger (Ibid.). I forhold til eksemplet angående samspillet omkring kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til mennesker med eller med risiko for KOL og type 2-diabets kunne en opfordring til aktørerne i samspillet således være, at man prøver at udfordre egne forventninger til – og forestillinger om – borgerne/patienterne, og hvordan man bedst hjælper dem til at forebygge udvikling eller forværring af sygdom. Det kan eksempelvis være, at man i almen praksis forholder sig undersøgende til, om man opfatter nogle patienter som vigtigere/mindre vigtige eller vanskeligere/nemmere end andre, og hvilke konsekvenser det har for den måde, man handler på. Det kan også være ved at udfordre antagelser om, at det alene er individuel vejledning i almen praksis, der er bedst for patienterne, eller at (kommunale) specialsygeplejersker vanskeliggør arbejdet med patienterne. Omvendt kan man i kommunen udfordre etablerede forestillinger om, hvilke typer af tilbud det er vigtigt at udbyde, herunder om der er andre måder på tværs af kommune, almen praksis og sygehus at organisere tilbuddene, henvisning til tilbuddene eller kommunikation omkring borgerne/patienterne på. Det handler med andre ord om, at aktørerne er opmærksomme på, at den måde man organiserer sig på, og den måde man handler på, er med til at skabe den virkelighed, som man oplever at befinde sig i.

7.2.4. UNDERSTØTTELSE AF FÆLLES MENINGSSKABENDE PROCESSER

Flere af analyserne i afhandlingen har vist, hvordan meningsskabelse er en social proces, hvor aktørerne i – og til dels også mellem – organisationer søger at opnå en fælles forståelse af, hvad der sker i omgivelserne, og hvordan man bør handle i dem. Dette ses bl.a. i forbindelse med analyserne af, hvordan hjemmesygeplejersker og praktiserende læger hver for sig og sammen skaber mening om dosisdispenseret

medicin. Her blev det vist, hvordan aktørernes meningsskabelser interagerede på tværs af de organisatoriske grænseflader i et af kommunens yderområder og på den måde var med til på forskellig vis at rekonfigurere aktørernes meningsskabelser om opgaveændringen. Det fremgik også, hvordan et fælles møde mellem hjemmesygeplejerskerne og en gruppe af praktiserende læger syntes at medvirke til, at der blandt nogle af aktørerne blev skabt en fælles mening om betydningen af dosisdispenseret medicin, ligesom mødet var med til at give en større forståelse for andres måder at arbejde på. Netop fordi møder kan være anledninger for aktører i og mellem organisationer til at udveksle erfaringer, historier og meninger er ansigt-til-ansigt-møder vigtige i forhold til at facilitere fælles meningsskabende processer. "Møder skaber mening" [*Meetings Make Sense*], skriver Weick i en af sentenserne for, hvordan man i organisationer kan arbejde bevidst med meningsskabelse (Weick, 1995, s. 187). Det er imidlertid ikke bare det, at man mødes, der kan bidrage til fælles meningsskabelse. Det kræver, at aktørerne, der mødes, hver især får mulighed for at bringe deres forskellige perspektiver og forståelser af en given problemstilling i spil, og at aktørerne også tager ansvar for at gøre det og ikke forbliver tavse. Det handler både om, at der er en kontekst, der er tryg for aktørerne at ytre sig i, og om at der i møderne deltager aktører eller repræsentanter for grupper af aktører, der både er interesseret i at lytte til andres perspektiver, og som samtidig tør byde ind med andre forståelser af en problemstilling. Dette er ikke mindst vigtigt i forhold til det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune, hvor der interagerer aktører med forskellige fagprofessionelle baggrunde, og hvor fagprofessionelle status- og magtforskelle kan betyde, at det kan synes mere naturligt eller legitimt for nogle parter at ytre sig og sætte dagsordenen end for andre. Det er også vigtigt, hvem der mødes. Eksemplet med dosisdispenseret medicin viser, hvordan det synes lettere for hjemmesygeplejerskerne at bibringe en ny mening til betydningen af dosisdispenseret medicin til de praktiserende læger, fordi begge parter i det daglige arbejder med – og sammen om – borgerne/patienterne. Denne identitetsmæssige lighed og givetvis også det personlige kendskab mellem aktørerne synes at vække tillid og give legitimitet til praksissygeplejerskernes rammesætning af problemstillingen, mens der omvendt synes at være mere mistro og mistillid til teamlederens rammesætning.

Springer vi til eksemplet med støttestrømperne står det ikke klart, hvorvidt sygeplejerskerne mødte repræsentanter for de praktiserende læger ansigt-til-ansigt i forløbet forud for, at problemstillingen blev rejst på direktørniveau i kommunen. Af fortællingerne i feltmaterialet ser det ud til, at der alene var møder mellem "lederen" og praksiskonsulenten og altså ikke med sygeplejerskerne. Set i lyset af ovenstående eksempel med dosisdispenseret medicin er det muligt, at et ansigt-til-ansigt-møde mellem sygeplejerskerne og en eller flere repræsentanter for de praktiserende læger kunne have bidraget til fælles meningsskabelse omkring samspillet om støttestrømperne. Sygeplejerskernes praktiske perspektiv og deres faglige såvel som praktiske begrundelser for deres udarbejdelse af henvisningsformularen kunne eventuelt have bidraget til fælles afsøgning af andre ledetråde til forståelse af problemstillingen end de mere (fag)politiske og stereotypificerede forestillinger, der

hurtigt synes at komme i spil, når de praktiserende læger mødes med – og skal positionere sig i forhold til – chefer og ledere i kommunen med mulige økonomiske interesser. Med andre ord er det muligt, at andre relationer og positioneringer kunne have hjulpet til at åbne for afsøgning af andre ledetråde for meningsskabelsen.

En anden mulighed for aktørerne i det tværgående samspil for at skabe et mere fælles billede af støttestrømpeproblematikken kunne have været, at sygeplejerskerne – sådan som en af lægerne foreslår det – havde inviteret de praktiserende læger med ind i processen omkring udarbejdelsen af henvisningsformularen og således givet praksiskonsulenten mulighed for at blive medskaber ikke bare af henvisningsformularen, men også af den mening, der kobles med den. Selvom sygeplejerskerne har haft gode intentioner og måske endda har ment, at de lettede lægernes arbejde ved at komme med en struktureret henvisningsformular, så opstår der let konflikt, fordi det, der kan synes hensigtsmæssigt for en part, ikke nødvendigvis er det for den anden. Dette gør sig især gældende i relationer, hvor parterne ikke kender hinanden godt og i komplekse, tværsektorielle relationer, hvor "the nature of the pie, its size, and an assessment of its ingredients may be ambiguous" (Jap, 2001, s. 86).

Weicks opfordring til at holde møder for at facilitere meningsskabelse kan synes som en stor udfordring i en kontekst, hvor aktører i såvel kommunerne som almen praksis er presset på tid. Især tilkendegiver de praktiserende læger, at de har svært ved at afse tid til møder i dagtimerne pga. mange patienter, og fordi de som private virksomhedsejere er afhængige af at generere en indtægt. Som en af de praktiserende læger i feltmaterialet udtrykker det: "[V]i kan ikke bare sætte en time af til et eller andet der sån' flyder ud hvor vi sidder og snakker om et eller andet. Vi skal have ført det protokols under et eller andet […]." (Læge 9, fokusgruppe). Begrænset tid til at mødes er således en stor udfordring, der betyder, at man nøje må overveje, hvornår det er relevant at mødes samt, hvem der mødes. Ydermere gør tidspres det vanskeligt at skifte fokus fra at få truffet hurtige beslutninger til at få skabt et socialt rum, hvor aktørerne giver sig tid til at udtrykke deres meninger og overbevisninger, lytter til hinanden og udfordrer hinandens meningskonstruktioner. Målet er ikke nødvendigvis at nå frem til helt samme forståelse af en given situation, men at få en større forståelse for hinandens intentioner, handlinger og opførsel samt at få et mere nuanceret billede af situationen, der er fælles nok til, at man kan koordinere sine handlinger. Eksemplet med støttestrømperne er her interessant. Det viser, hvordan de meningsskabende processer også er sociale, når de foranlediger koordinerede handlinger, uden at disse beror på delte meninger eller fælles forståelser. Meningsskabende processer er ressourcekrævende for aktørerne såvel som for de organisationer, der er involveret i dem, og derfor kan forskellige forståelser af en begivenhed eller en problemstilling – såkaldt "distributed sensemaking" (Weick et al., 2005, s. 145) – være mere effektive end forsøg på at nå frem til fælles opfattelser af, hvad der sker. Sidstnævnte dog under forudsætning af, at de forskellige forståelser af en situation tillader koordineret handling mellem aktørerne. Eksemplet med støttestrømperne viser videre, hvordan det, at aktørerne koordinerer deres handlinger

og arbejder sammen, synes at betyde, at nogle af aktørerne begynder at justere og tilpasse deres meningskonstruktioner, så de over tid bliver mere forenelige med andre på tværs af de organisatoriske grænseflader. Eksemplet viser således også betydningen af, at aktørerne i samspillet handler og prøver at nå frem til forhandlede løsninger på konflikter, også selvom man ikke når frem til fælles forståelser og rammesætninger af problemstillingen. Handlinger genererer nemlig muligheder for, at aktørerne kan afsøge nye ledetråde, der kan bidrage til justering og eventuelt fornyelse af eksisterende meningskonstruktioner.

Ud fra et mere overordnet perspektiv kan anføres, at man med etableringen af de kommunale praksiskonsulentordninger og de kommunale-lægelige udvalg har fået nogle formelle strukturer i det nære sundhedsvæsen til at drøfte og håndtere nogle af de problemstillinger, der følger af, at aktørerne i det tværgående samspil har forskellige forventninger til – og forståelser af – opgaverne i det tværgående samspil. Man må i den forbindelse forvente, at man i kommunerne og i almen praksis gradvist får bedre kendskab til hinandens sprog, kultur og måder at arbejde på, efterhånden som man får mere rutine med at arbejde i og med disse strukturer. Nogle af de eksempler, som aktørerne fortæller om i feltmaterialet såsom eksemplet med støttestrømperne, går tilbage til tiden lige efter strukturreformen, hvor bl.a. den kommunale praksiskonsulentordning stadig var forholdsvis ny, og hvor man endnu ikke havde etableret kommunale-lægelige udvalg. Det er muligt, at lignende problemstillinger ville blive grebet anderledes an i dag, fordi aktørerne gradvist har opnået større kendskab til hinanden og har fået et fælles socialt rum, hvor man kan bringe forskellige forståelser af en problemstilling i spil. Det er imidlertid ikke kun i de enkelte kommuner, at det er vigtigt at holde sig for øje, at man har formelle strukturer, der giver plads til meningsskabende processer mellem aktører fra bl.a. almen praksis og kommunerne. Et nyligt studie af et stort anlagt projekt for implementering af en telemedicinsk løsning til optimering af den tværsektorielle behandling af mennesker med KOL imellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger i hele Region Nordjylland viser, at det var svært at engagere de praktiserende læger i rekrutteringen af patienter til programmet (Christensen, 2017). Dette er der ifølge studiet flere grunde til. Bl.a. fremgår det, at de praktiserende læger oplevede at have begrænset indflydelse på programmet, der blev opfattet som et kommunalt og regionalt projekt. Det var således overvejende regionale og kommunale repræsentanter, der var repræsenteret i projektets styregruppe, ligesom ingen praktiserende læger var repræsenteret i projektets implementeringsgruppe (Ibid.). Studiet er med til at understrege, hvor vigtigt det er at huske på at inddrage alle relevante aktører herunder også de praktiserende læger i de formelle strukturer for projekter m.m., hvor vigtige meningsskabende processer mellem repræsentanter for de forskellige parter kan finde sted.

Det er samtidig vigtigt, at fokus ikke kun er på de gængse formelle mødefora som sociale rum for mulige meningsskabende processer. Analyserne i afhandlingen viser, at der trods sådanne strukturer fortsat vil være store udfordringer i forhold til at få

det tværgående samspil mellem almen praksis og kommunen til at fungere, fordi der selv blandt aktører med samme fagprofessionelle baggrund og samme type af organisatorisk forankring kan være store forskelle i aktørernes positioneringer og meningsskabelser. Dette er især en udfordring set i lyset af organiseringen af almen praksis, idet mulighederne for at arbejde mere struktureret med det sociale aspekt af de meningsskabende processer er stærkt begrænset. Praksiskonsulenterne og repræsentanterne i det kommunalt-lægelige udvalg har mulighed for via det lokale lægelaug at invitere de øvrige praktiserende læger i kommunen ind i fælles meningsskabende processer, eller de kan søge at påvirke de øvrige praktiserende lægers meningsskabelser gennem de historier, de deler ved både formelle og uformelle lejligheder. Mulighederne indskrænkes dog af, at møderne i det lokale lægelaug er få og med begrænset mulighed for at få taletid udover tid til videregivelse af få vigtige informationer og nyheder fra kommunen, fordi der skal deles mange informationer på møderne. En af de interviewede læger, der også er praksiskonsulent, fortæller eksempelvis, hvordan arbejdet som praksiskonsulent kan være "opad bakke", fordi der skal selekteres kraftigt i de informationer, der videregives til de andre læger, og at bekymringen "for at overinformere" gør, at lægen næsten kommer "til at gøre det modsatte" (Læge A9). Afgrænset tid betyder altså, at der overvejende udveksles korte informationer, mens der ikke synes at være tid til drøftelser, der kan lede til fælles meningsskabelser, ligesom mulighederne for at søge at give mening til de øvrige praktiserende læger endsige de praksissygeplejersker, der er ude i de enkelte praksisser, er stærkt begrænset. Herved risikerer man let, at de forståelser og holdninger, der bæres ind i det tværgående samspil via praksiskonsulenterne og repræsentanterne i det kommunale-lægelige udvalg primært repræsenterer nogle enkelte læger og deres nærmeste kolleger i den enkelte praksis eller nærmeste sociale netværk, ligesom det omvendt vil være disse personer, der influeres af de meningsskabende processer, der finder sted i de formelle mødestrukturer mellem almen praksis og kommune. Endvidere betyder det, at forsøg på at opnå mere fælles meningsskabende processer vil afhænge af de enkelte praksiskonsulenter eller repræsentanter i det kommunale-lægelige udvalg og deres evner til at mobilisere og viderebringe de øvrige lægers holdninger – såvel som deres evner til at give mening til de andre læger og således påvirke deres meningsskabelser. Dette vil i vid udstrækning afhænge af den enkelte læges sociale og kommunikative (herunder narrative) kompetencer, ligesom den enkeltes status og positionering i det lokale lægefaglige netværk også vil have betydning (Kousgaard et al., 2015). En nylig dansk undersøgelse af kommunale praksiskonsulenters oplevelse af deres rolle og udfordringer i forhold til at facilitere samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne viser, at kommunale praksiskonsulenter ofte finder det vanskeligt at repræsentere og mobilisere deres kolleger i samspillet med kommunen. Det skyldes bl.a., at der er store forskelle på de enkelte praktiserende lægers erfaringer med – og motivation for – at arbejde sammen med kommunen samt store forskelle på deres faglige interesseområder (Ibid.). Flere af praksiskonsulenterne oplever i den forbindelse, at det kan være svært at få reaktioner og svar fra deres lægefaglige kolleger, når de beder om input til kommunale problemstillinger (Ibid.). Set i lyset heraf er det

desto vigtigere, at man (f.eks. i de forskellige tværgående mødefora) giver sig tid til at arbejde med meningsskabende processer og sammen på tværs af almen praksis og kommune drøfter betydningen af, hvad det er for ord og fortællinger, man anvender, når man skal præsentere et nyt tiltag. Det handler med andre ord om at sætte fokus på, hvad det er, man vil skabe, og hvordan de ord og det sprog, man bruger, har stor betydning for, hvor andre aktørers opmærksomhed rettes hen, og hvad man får skabt (Hammer & Høpner, 2014). Det er f.eks. ikke lige meget, om et projekt betegnes 'et prædiabetesprojekt' eller 'et projekt om mennesker med risiko for at udvikle type 2-diabetes', fordi termen 'prædiabetes' er en usikker ledetråd for meningsskabelse, der forstyrrer og gør det svært for nogle praktiserende læger at skabe mening.

De mange divergerende meningsskabelser og de begrænsede muligheder for at skabe et socialt rum for meningsskabende processer vidner om, at det foruden de mere formelt etablerede mødefora via praksiskonsulentordningen og det kommunale-lægelige udvalg er vigtigt også at have fokus på at skabe og understøtte muligheder for, at aktører på udførende niveau i kommunen såvel som i almen praksis får mulighed for at møde hinanden ansigt-til-ansigt og sammen drøfte enkelte borgere/patienter eller mere overordnet drøfte bestemte problemstillinger i forhold til mennesker med kronisk sygdom. I Holstebro Kommune findes allerede flere forskellige bud på, hvordan det kan ske. Det kan være gennem ugentlige, månedlige, halvårlige eller årlige møder mellem bestemte grupper af hjemmesygeplejersker og praktiserende læger. Det kan være gennem fyraftensmøder for praktiserende læger og/eller praksispersonale på det kommunale sundhedscenter, eller det kan ske ved at erfa-grupper for praksissygeplejersker eller mindre netværksgrupper af praktiserende læger inviterer medarbejdere fra kommunen til at fortælle om deres tilbud til mennesker med kronisk sygdom og sammen drøfte mulighederne for samspillet. Det kan også ske ved, at medarbejdere fra det kommunale sundhedscenter opsøger de enkelte almene praksisser og beder om taletid f.eks. i forbindelse med en frokostpause. Ligeledes kan man ved opstart af nye tiltag eller projekter i kommunen overveje muligheder for at invitere en mindre gruppe af praktiserende læger og/eller eventuelt praksissygeplejersker med til udviklingen af tilbuddene/tiltaget. Endelig kan eventuel samlokalisering af lægepraksisser og dele af en kommune i eksempelvis større sundhedshuse være med til at understøtte, at der finder flere uformelle og ad hoc-agtige møder sted mellem aktører, hvilket også kan være med til at skabe større gensidigt kendskab, fælles sprog og mere fælles meningsskabelse.

7.2.5. MENINGSSKABENDE PROCESSER TAGER TID

Det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen er komplekst. Der sker hele tiden forandringer både i kommunen og i almen praksis samt i organisationernes omgivelser, der destabiliserer etablerede meningskonstruktioner og skaber behov for, at det nye enten tilpasses de etablerede meningskonstruktioner eller for, at de

etablerede meningskonstruktioner revideres. Eksemplet med støttestrømperne viser både, hvordan de praktiserende læger skaber mening med de kommunale sygeplejerskers forsøg på at indføre en ny henvisningsformular ud fra en etableret handleteori for samspillet mellem almen praksis og kommune, og hvordan denne handleteori over tid begynder at blive revideret. Eksemplet illustrerer også, hvordan forandring tager tid og kun langsomt emergerer og det særligt i en situation, hvor nogle af aktørerne føler sig udsatte, pressede og usikre på deres (fremtidige) fagprofessionelle identitet. Andre eksempler i afhandlingen viser, hvordan både mere upåagtede forhold og hændelser i aktørernes hverdag og større forstyrrelser i omgivelserne løbende påvirker den opmærksomhed, som aktørerne retter mod opgaver forbundet med det tværgående samspil. Praktiske ansættelsesmæssige forhold i en lægepraksis, udformningen af et it-kvalitetsredskab eller en diagnostisk ændring af kriterierne for diagnosticering af type 2-diabetes er alle forhold, der hver for sig eller sammen løbende påvirker aktørernes meningsskabelser og får betydning for deres adfærd og for organiseringen af det tværgående samspil. Dette bliver yderligere kompliceret af den sociale konteksts kompleksitet i forhold til især almen praksis, hvor forskellige positioneringer og relationer i og mellem de forskellige praksisser giver anledning til mange forskellige meningsskabelser og handlemuligheder i forhold til kommunen. Eksemplerne er med til at illustrere, hvorfor det er vanskeligt at prøve at forudsige, forstå eller 'styre' de meningsskabende processer i det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune – og det måske især i forhold til nye tiltag af kortere varighed såsom et prædiabetesprojekt. De meningsskabende processer kræver megen energi, fordi de potentielt involverer destabilisering af etablerede identitetskonstruktioner og positioner i forhold til andre aktører og i forhold til borgerne/patienterne. I en travl hverdag vil det betyde, at det ofte er lettere for aktørerne at fortsætte som hidtil, med mindre de nye tiltag eller projekter meget tydeligt passer til aktørernes allerede etablerede meningskonstruktioner og/eller opleves som en mulig hjælp i forhold til at komme videre i arbejdet. Eksemplerne er med til at forklare, hvorfor det er naturligt, at det generelt er vanskeligt at etablere nye tiltag eller projekter i en kommune, der kræver bred opbakning fra aktørerne i almen praksis – især fordi man i almen praksis bliver præsenteret for – og søgt involveret i – mange forskellige projekter i både kommunerne og på sygehusene.

Eksemplerne viser videre vigtigheden af, at aktører – der er involveret i etableringen af nye projekter og implementering af nye tiltag i det tværgående samspil – er nysgerrige, åbne og undersøgende i forhold til de involverede aktørers helt praksisnære organisatoriske rutiner og måder at arbejde på i hverdagen f.eks. ved, at aktørerne i en kortere periode 'skygger' de aktører, hvis praksis berøres. På den måde gives der mulighed for, at man måske får øje på de mere upåagtede organisatoriske og praktiske forhold, som også influerer på aktørernes meningsskabelser, ligesom det giver mulighed for at få et indblik i de fortællinger, handleteorier, identitetskonstruktioner og positioner, der er i spil.

Eksemplerne er også med til at vise vigtigheden af, at man løbende og over lang tid søger at understøtte aktørernes meningsskabende processer i forbindelse med nye tværgående tiltag og projekter, fordi de mange forandringer i omgivelserne betyder, at opmærksomhedens rettethed mod det eksisterende løbende ændres og eventuelt svækkes. Dette stemmer overens med bl.a. Sunaeret et al.'s studie (2011), der viser, at praktiserende lægers opmærksomhed på et nyt diabetestilbud blev svækket, så snart informationskampagnen om tilbuddet aftog i styrke. Af analyserne her i afhandlingen fremgår, at særligt sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne oplever, at de på forskellig vis og mange gange har søgt at informere almen praksis om deres forskellige forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, og at konsulenterne på den baggrund samt via borgernes tilbagemeldinger til almen praksis efterhånden både har en forventning om – og også en oplevelse af – at man kender dem i almen praksis og ved, hvad de står for. Dette, kombineret med at konsulenterne selv med tiden begynder at blive optaget af andre projekter og retter deres opmærksomhed andre steder hen, betyder, at deres fokus på at sikre fortsat synlighed og herigennem understøttelse af de praktiserende lægers og praksissygeplejerskers meningsskabende processer i forhold til tilbuddene gradvist svækkes. Dette er uheldigt set i lyset af, at der fortsat er aktører i almen praksis, der er usikre på – og har svært ved at skabe mening med – de kommunale tilbud. Man bør med andre ord ikke undervurdere, hvor lang tid de meningsskabende processer tager og ej heller de kræfter, der skal bruges på at sikre fortsat synlighed og mulighed for gradvise justeringer af de eksisterende meningskonstruktioner. Aktørerne bør altså fortsat være opmærksomme på, hvordan de – gennem deres interaktioner med aktørerne i almen praksis både dagligt og gennem mere enkeltstående indsatser såsom nyhedsbreve, besøg i almen praksis, oplæg osv. – kan være med til fortsat at rammesætte og eventuelt sammen justere den måde, hvorpå bestemte tiltag eller projekter i kommunen udgrænses af den kontinuerlige strøm af handlinger og begivenheder og således gøres til genstand for mening.

Selvom meningsskabelse sker hele tiden og er en vedvarende proces, er der omvendt også betydelig stabilitet. Eksempler fra afhandlingen viser bl.a., hvordan nogle af de praktiserende læger ved flere lejligheder under feltarbejdet genfortæller de samme historier, fordi de fungerer som vægtige referencerammer for deres meningsskabelser. Det er i den forbindelse blevet fremdraget, at netop fordi de praktiserende læger ofte er i en position i det tværgående samspil, hvor de kan vælge at undlade at handle, så afskærer de samtidig sig selv muligheden for at gøre nye erfaringer, der kan åbne for nye og anderledes ledetråde for meningsskabelser end de vante. I kommunen har man bedre mulighed for at beslutte at gennemføre ændringer, også selvom de måske ikke først giver mening for de involverede aktører. Det betyder, at aktørerne tvinges ud i handlinger og i at gøre sig nye erfaringer, som ny meningsskabelse kan udkrystallisere sig omkring. De strukturelle organisatoriske forskelle mellem almen praksis og kommunen synes således at være betydende for, at de meningsskabende processer mere overordnet set sker i to forskellige tempi. Implikationerne i forhold til at arbejde med de meningsskabende processer i det tværgående

samspil mellem almen praksis og kommunen er, at man så vidt muligt bør søge at prioritere handlinger og foreløbige løsninger fremfor at risikere at løbe ind i mulig stagnation. Weick betoner betydningen af at holde de meningsskabende processer i gang og åbne gennem fortsat bevægelse med sentensen: ”Talk the Walk” (Weick, 1995, s. 182). Sentensen skal forstås som en omvending af den mere kendte vending ”Walk the talk”, der handler om, at der skal være overensstemmelse mellem det, man siger og det, man gør (Ibid.). Med vendingen trækker Weick handling i forgrunden. Det er ved at gå, at man finder ud af, hvad der er værd at tale om, ligesom det er gennem det, man siger, at man finder ud af, hvad man mener: ”Walking is the means to find things worth talking about. People discover what they think by looking at what they say, how they feel, and where they walk.” (Ibid., s. 182). Det handler med andre ord om at give aktørerne i det tværgående samspil mulighed for gennem handlinger gradvist at justere deres referencerammer i forbindelse med nye tiltag fremfor, at man forlods forventer at kunne få det nye til at passe ind i de allerede eksisterende rammer. Først ved at handle og få erfaringer får aktørerne et mere nuanceret billede af, hvad det er for situationer, de befinder sig i. Et vigtigt aspekt er i den forbindelse at holde sig procesperspektivet for øje. Det handler om at flytte fokus fra, at der er problemer, som man kan løse én gang for alle, til i stedet at forstå organisationer og det tværgående samspil som dynamiske organiseringer, hvor der opstår problemstillinger, som man løbende må håndtere, og som forventeligt dukker op igen fra tid til anden. Sprogligt søger Weick at få dette dynamiske aspekt frem med sentensen: ”Stamp in Verbs” (Ibid., s. 185). Man bør lægge vægt på udsagnsord i sin måde at tale om arbejdet i organisationer på i stedet for navneord, fordi navneord såsom organisation, aftale og samarbejde skjuler, at organiseringer handler om ”flows, change, and processes” (Ibid., s. 187).

I forhold til det tværgående samspil mellem kommune og almen praksis er det dog fortsat en udfordring, at man måske nok kan finde frem til forhandlede løsninger på problemstillinger, som begge parter er afhængige af bliver løst, men det synes mere vanskeligt i situationer, hvor den ene part er mere afhængig af samspillet end den anden, som det eksempelvis er tilfældet med flere af de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. I disse tilfælde handler det ud fra det meningsskabende perspektiv og med den eksisterende organisering af almen praksis og kommune om, at man er bevidst om at prøve at fokusere og rammesætte mening i både de formelle og uformelle sociale interaktioner, man løbende har på tværs af de organisatoriske grænseflader.

7.2.6. OPMÆRKSOMHED PÅ MULIGHEDER FOR LEDETRÅDE FOR KOORDINERET HANDLING

Igennem afhandlingen er det blevet vist, hvordan aktørerne i almen praksis og kommunen skaber mening med det tværgående samspil på baggrund af forskellige lede-

tråde for koordineret handling, som aktørerne hæfter sig ved. Det er bl.a. blevet vist, hvordan forskellige praktiserende lægers og praksissygeplejerskers typificeringer af patientgrupperne har betydning for, hvilke ledetråde i det tværgående samspil de orienterer sig imod, og hvordan dette får betydning for, om og hvordan de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til patientgrupperne bemærkes. Analyserne i afhandlingen viser, at især de praktiserende læger er forskellige i forhold til, hvor interesseret de er i de specifikke patientgrupper, og at dette – kombineret med oplevelsen af, hvorvidt man har styr på patientgrupperne eller ikke – er betydende for, hvorvidt de er åbne for at afsøge og indoptage nye ledetråde for koordineret handling i forhold til kommunens forebyggelses- og rehabiliterings-tilbud. Således synes nogle af de praktiserende læger (og praksissygeplejersker) at have svært ved at skabe mening med det kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med type 2-diabetes, fordi de oplever at have godt styr på patienterne selv og har veletablerede rutiner i forhold til patientgruppen – både internt i almen praksis og eksternt i forhold til sygehusets diabetesskole. Analyserne viser videre, at den diagnostiske ændring af kriterierne for type 2-diabetes betyder, at begrebet "prædiabetes" er blevet en usikker ledetråd for koordineret handling for nogle af aktørerne i almen praksis, og at de derfor ikke henviser patienter til det kommunale forebyggelsestilbud. De kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter er til gengæld uforstående overfor, hvorfor de har svært ved at rekruttere patienter til deres type 2-diabetes- og prædiabetestilbud, fordi de via forløbsprogrammet for type 2-diabetes og formaliseringsarbejdet i diverse interne og tværgående udviklings- og implementeringsgrupper har fået skabt bestemte forventninger til, at tilbuddene er relevante og vigtige, og at man skal rekruttere til tilbuddene på en bestemt måde. Analyserne viser imidlertid også, at konsulenterne på forskellig vis er begyndt at afsøge nye ledetråde i forhold til at skabe mening med deres oplevelser af rekrutteringsproblemerne, nemlig dels i form af en begyndende orientering væk fra samspillet med almen praksis til fordel for andre aktører. Dels i form af en interesse for at gå i dialog med de praktiserende læger om deres opfattelse af de eksisterende tilbud og om hvilke andre tilbud, de finder relevante.

Set i et meningsskabende perspektiv, hvor man ønsker at styrke samspillet mellem almen praksis og kommunen i forhold til mennesker med eller med risiko for kronisk sygdom, er især ønsket om at gå i dialog med de praktiserende læger interessant. Situationer og udfordringer, der er karakteriseret ved flertydighed, som konsulenternes oplevelse af deres rekrutteringsproblemer synes at være, kræver nemlig ikke, at aktørerne får flere informationer. Situationen kræver derimod, at konsulenterne får mulighed for at få mere righoldige informationer, der giver adgang til flere og mere varierede ledetråde. Weick skriver om meningsskabelse og oplevelser af flertydighed:

> "When multiple meanings produce a shock, a greater quantity of information is less help than is a different quality of information. To reduce multiple meanings, people need access to more cues and to varied

> cues, and this is what happens when rich personal media such as meeting and direct contact take precedence over less rich impersonal media such as formal information systems and special reports." (Weick, 1995, s. 99).

For sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne handler det ikke om at få flere tolkningsmuligheder gennem flere informationer, men om at få nuanceret dem, der allerede er. Det handler om at hjælpe konsulenterne til at navigere i de mange tolkningsmuligheder og til at skabe ny mening, så de kan se nye handlemuligheder. Dette opnås bl.a. gennem møder og direkte kontakt med andre aktører i samspillet, som det også er blevet nævnt tidligere i kapitlet. Fælles møder og direkte kontakt, hvor man adresserer konsulenternes forvirring og sammen søger at nå frem til en forståelse af, hvad det er for en situation, man befinder sig i, og hvad der er vigtigt for at håndtere den – eller hvor man i hvert fald får mulighed for at få indsigt i, hvordan de andre aktører i samspillet oplever situationen – kan være med til at give ny retning for samspillet.

Flere af konsulenterne har i forbindelse med udviklingen og implementeringen af de kommunale rehabiliteringsforløb haft møder med bl.a. praksiskonsulenten for Sundhedscentret, hvor nye tiltag er blevet diskuteret. Konsulenterne har altså i et vist omfang haft mulighed for at få feedback og få mere righoldig information fra de praktiserende læger. Når konsulenterne alligevel fremstår usikre, synes det bl.a. at hænge sammen med, at konsulenterne er usikre på, hvor stor en del af de praktiserende læger praksiskonsulentens feedback repræsenterer, og derfor er de også usikre på, i hvor vid udstrækning de kan fæstne deres lid til den. Informationerne fra praksiskonsulenten giver således ikke konsulenterne tilstrækkelige righoldige ledetråde til, at de kan skabe ny mening og handle på deres udfordringer vedrørende rekrutteringsproblemerne. Derfor synes det også relevant, at en af konsulenterne er interesseret i at mødes og drøfte problematikkerne med andre praktiserende læger og eventuelt også nogle praksissygeplejersker. Det kræver dog, at konsulenten sætter handling bag ordene og søger at komme til at tale med lægerne.

Analysen giver også anledning til at overveje, om måden – man har struktureret samspillet mellem kommunen og almen praksis på via en praksiskonsulentordning – i nogle tilfælde er med til at indskrænke de kommunale aktørers mulighed for at skabe mening med deres arbejde og det tværgående samspil. Ved primært at være henvist til praksiskonsulentens tilbagemeldinger på, hvordan de øvrige praktiserende læger i kommunen forholder sig til de kommunale tilbud, kommer de kommunale aktører let i en situation, hvor der savnes mere righoldige og nuancerede relationelle ledetråde i forhold til, hvordan de skal skabe mening med egen praksis og med det tværgående samspil. Dette synes specielt at gøre sig gældende for sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenterne i nærværende studie, fordi man har organiseret kontakten omkring de enkelte borgere på en måde, der gør, at konsulenterne i hverdagen har begrænset mulighed for at iagttage de andres handlinger (henviser man i

almen praksis eller ikke) og videre for at udlede nye ledetråde til forståelse af, hvordan andre synes at skabe mening med de tilbud, man har.

Mere overordnet kan man anføre, at det i det tværgående samspil er vigtigt, at ledere og medarbejdere, der arbejder på at implementere ny tiltag eller på at forbedre det tværgående samspil, søger at have øje for, hvordan organiseringerne af det tværgående samspil f.eks. i form af bestemte kommunikationsmåder eller i form af formelle dokumenter såsom projektbeskrivelser, forløbsprogrammer m.m. er med fokusere opmærksomheden på bestemte ledetråde, mens andre mistes af syne. Det giver på den ene side mulighed for at arbejde med bestemte ledetråde/pejlemærker, som aktørerne kan orientere sig efter i samspillet. På den anden side er det også vigtigt i situationer, hvor begivenhederne ikke forløber som forventet at overveje, om og hvordan man eventuelt kan udvide antallet af ledetråde, der kan hjælpe aktørerne til at navigere i – og skabe mening om - samspillet.

7.2.7. FOKUSER PÅ AT SKABE FÆLLES (PLAUSBILE) FORTÆLLINGER OM SAMSPILLET

Flere steder i afhandlingen er det blevet vist, hvordan meningsskabelse ikke handler om, at aktørerne har et præcist og akkurat billede af eksempelvis organiseringen af det tværgående samspil eller af tidligere hændelser i relation til samspillet, men om at de kan give en sandsynlig forklaring på organiseringen og hændelserne, der hjælper dem til at fortsætte deres projekter og gøremål samtidig med, at de opretholder et stabilt og positivt selvbillede. Eksemplet med støttestrømperne viser netop, hvordan en praktiserende læge og en kommunal sårsygeplejerske hver især fortæller om hændelserne forbundet med sygeplejerskernes forsøg på at indføre en ny henvisningsformular, der er socialt (fagprofessionelt) acceptable og troværdige for dem begge. De to fortællinger er ikke identiske, ligesom de ikke nødvendigvis afspejler, hvad der rent faktisk skete, men de tillader begge parter at fortsætte deres arbejde, ligesom de medvirker til at sikre det fortsatte samspil omkring udlevering af støttestrømper til borgerne/patienterne. Særligt den praktiserende læges fortælling kan imidlertid på sigt blive en hindring for det fremtidige samspil, fordi den synes at fungere som en repræsentativ anekdote, der mere generelt tegner et billede af samspillet mellem kommune og almen praksis som en kamp, hvor man i kommunen ikke respekterer de praktiserende læger og prøver på at snyde dem, og hvor det handler om at tvinge sin vilje igennem fremfor sammen at nå frem til forhandlede løsninger. På den måde risikerer historien at blive en ramme til forståelse af det fremtidige samspil, der lægger op til en skærpet opmærksomhed på udspil og handlinger fra kommunen og de kommunale aktører, der kan opfattes som respektløse eller forsøg på snyd, og som videre peger mod handleanvisninger i form af konfrontationer, og at lægerne står hårdt på deres perspektiv på forløbet. Set i lyset af, at historien om støttestrømperne, sådan som den er blevet udlagt her i afhandlingen,

fortæller noget om, hvordan forskellige meningsskabelser kan give anledning til misforståelser og problemer ved forsøg på at ændre i det tværgående samspil, men også noget om, hvordan man sammen kan komme videre og skabe ny mening, er det ærgerligt, at fortællingen i sin anekdotiske form kommer til at stå tilbage som et pejlemærke, der orienterer mod splittelse og kamp. Det kunne i stedet være interessant, om aktørerne i kommunen og almen praksis sammen kunne skabe en fortælling om hændelserne om støttestrømperne, der på mere konstruktiv vis fortæller om udfordringerne, men også mulighederne i samspillet mellem almen praksis og kommune. Man kunne eksempelvis forestille sig, at de involverede aktører umiddelbart efter, at man var nået frem til en forhandlet løsning på problemstillingen, havde mødtes og sammen havde prøvet at undersøge og tale om, hvad der skete med henblik på at nå frem til en fælles historie om det tværgående samspil. En sådan historie skulle være tilstrækkelig kompleks til at rumme begge parters perspektiver, men alligevel også enkel nok til at tillade aktørerne mulighed for forskellige fortolkninger.

En af Weicks sentenser til lederes og medarbejderes arbejde med meningsskabelse er, at der skal opmuntres til delt erfaringsdannelse: ”Encourage Shared Experience” (Weick, 1995, s. 188). Sentensen handler om, at aktører i organisationer knyttes sammen ved at dele erfaringer. Fælles erfaringer kan fungere som en fælles referent i dagligdagen og på den måde kitte en organisation sammen på trods af, at aktørerne hver især skaber forskellige meninger om begivenheden: ”People who do things together should build strong cultures, even if they fail to share a commen interpretation of what they did.” (Ibid., s. 189). I et tværgående perspektiv i det nære sundhedsvæsen kunne sådanne delte erfaringer være fælles møder, fælles uddannelsestiltag, eller det kunne være afholdelse af en fælles temadag, som man afholdte i Holstebro Kommune i 2013. Sådanne tiltag vil på et mere overordnet niveau være med til at facilitere en fornemmelse af at være del af et tværgående samspil mellem almen praksis og kommune. Sentensen skal ses på baggrund af, at Weick forholder sig skeptisk i forhold til, hvorvidt det er muligt at nå frem til fælles meningsskabelse i en organisation, fordi aktører altid bærer forskellige erfaringer med sig ind i hverdagens organiseringer og således også trækker på forskellige rammer og orienterer sig mod forskellige ledetråde i deres meningsskabelser. Set i et tværgående perspektiv kan man imidlertid udfordre, om der ikke kan være begivenheder i det tværgående samspil, hvor det også giver mening at prøve at nå frem til en fælles retrospektiv forståelse af situationen i form af en fælles fortælling, der er overordnet nok til, at den fortsat tillader aktørerne forskellige nuanceringsmuligheder. Selvom Weick er skeptisk i forhold til mulighederne for fælles meningsskabelse, skriver han dog:

> ”If people want to share meaning, then they need to talk about their shared experience in close proximity to its occurrence and hammer out a common way to encode it and talk about it. They need to see their joint

> saying about the experience to learn what they jointly think happened." (Ibid., s. 188).

Med ovenstående passus in mente og med blik for, hvordan fortællinger om samspillet hurtigt antager anekdotisk karakter, der er med til at fokusere aktørers opmærksomhed på bestemte ledetråde og handlemuligheder, er det måske værd at bruge tid og kræfter på at mødes og sammen prøve at skabe fælles mening om nogle af de hændelser, der var vanskelige, men hvor man også fandt en løsning. Det kan være svære forhandlingssituationer mellem almen praksis og kommune såsom eksemplet med støttestrømperne. Men det kan også være i forhold til mere dagligdags situationer, hvor en – eller flere – af aktørerne i det tværgående samspil oplever problemer eller uhensigtsmæssige situationer i forhold til en borger/patient, som let kan give anledning til gensidige bebrejdelser og negative historier, hvis ikke man sammen prøver at finde en anden måde at fortælle historien på. Målet er, som det også tidligere er blevet nævnt, ikke nødvendigvis at nå frem til helt samme forståelse af en given situation, men at få en større forståelse for hinandens intentioner, handlinger og opførsel samt få et mere nuanceret billede af situationen, der er tilstrækkelig delt til, at man fortsat på en konstruktiv måde gensidigt kan koordinere sine handlinger i det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen.

7.3. AFRUNDING

Nærværende kapitel har omhandlet nogle af de muligheder og udfordringer, som ledere og medarbejdere i det nære sundhedsvæsen står over for, hvis man med det meningsskabende perspektiv skal prøve at understøtte meningsskabende processer i det tværgående samspil. Udgangspunktet for kapitlet har været en analyse af en sårsygeplejerskes og nogle praktiserende lægers fortællinger om begivenhederne i forbindelse med et forsøg på at ændre samspillet omkring udlevering af støttestrømper. Eksemplet illustrerer, hvordan det - trods en tidligere konflikt og divergerende meningsskabelser om begivenhederne – er muligt for aktørerne at samhandle for eventuelt over tid at bevæge sig mod nye meningskonstruktioner om begivenhederne. Endvidere er det via genbesøg i Weicks teori og tidligere analyser i afhandlingen blevet vist, hvordan man i hverdagens praksis kan søge at understøtte meningsskabende processer, når man indfører nye tiltag eller ændrer på tiltag, der angår samspillet mellem almen praksis og kommune.

Af kapitlet fremgår, at forskelle i organisatoriske strukturer og rammevilkår mellem almen praksis og kommunen betyder, at aktørernes justeringer af etablerede meningskonstruktioner ofte synes at ske hurtigere i kommunen end i almen praksis. I kommunen er der en hierarkisk struktur, der betyder, at aktørerne lettere kan 'tvinges' til at handle, hvorved de skubbes ud i forsøg på at skabe mening med nye

tiltag. I almen praksis er der ikke samme muligheder for at gennemtvinge handlinger, og nye tiltag implementeres derfor ikke så let, hvis ikke de umiddelbart passer i aktørernes etablerede meningskonstruktioner og giver mening for dem, eller hvis den mening, aktørerne når frem til, er, at de *ikke* skal handle. Samtidig betyder organiseringen af henholdsvis almen praksis og kommunen, at forsøg på at give mening [*sensegivning*] til bestemte tiltag m.m. er nemmere i kommunen, hvor aktørerne er samlet i én organisation med én ledelse, og hvor arbejdet udføres i et relativt begrænset antal organisatoriske underenheder af kommunen. Det er således lettere at arbejde med det sociale aspekt af meningsskabelsen og søge at understøtte de meningsskabende processer i kommunen, end det er i almen praksis, hvor hver praksis reelt er en organisation med egen ledelse m.m. Den strukturelle forskel i organiseringen af almen praksis og kommunen synes at have som konsekvens, at det oftere er de praktiserende læger end aktørerne i kommunen, der er i en position, hvor de kan holde fast i etablerede meningsskabelser og positioneringer, fordi de kan undlade at handle og således ikke nødvendigvis tvinges til at skabe ny mening. Derfor oplever man også ofte, at det er de praktiserende læger, der bliver udskældt af andre aktører i det tværgående samspil for at være besværlige individualister, der udgør en "stopklods" i forsøg på at ændre eller implementere nye tiltag i det tværgående samspil (Seemann & Antoft, 2002, s. 61; Antoft, 2005; Grøn et al., 2007; Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013; Christensen, 2017). Dette kan give anledning til at pege fingre eller til strukturelt at søge at gøre det lettere at ensrette og gennemtvinge handling i almen praksis. Målet med denne afhandling har imidlertid ikke været at udpege nogle aktører som mere besværlige end andre eller at fremhæve bestemte meningsskabelser som mere legitime end andre. Det har derimod været at vise, hvordan forskellige meningsskabelser netop er meningsfulde og 'logiske' for den enkelte aktør på baggrund af de forståelsesrammer og vokabularer, som vedkommende bærer med sig – og trækker på – i de meningsskabende processer. Samtidig kan man polemisk spørge, om det altid er en fordel at kunne gennemtvinge handling og således tvinge aktører i sundhedsvæsenet til at prøve at skabe ny mening med tiltag, der måske oftere og oftere udfordrer aktørerne på deres fagprofessionelle værdier og standarder? Det meningsskabende perspektiv er således med til at vise, at meningsskabende processer tager tid og er ressourcekrævende for aktørerne, fordi de involverer potentiel destabilisering af etablerede fagprofessionelle og organisatoriske identitetskonstruktioner. Sammenholdt med de mange forandringer og krav om effektiviseringer, som det nære sundhedsvæsen og sundhedsvæsenet mere generelt står over for i disse år, betyder det, at der meget let opstår krydspres, der gør det endnu vanskeligere for aktørerne at skabe mening og se handlemuligheder med de mange forandringer, der sker.

KAPITEL 8. KONKLUSION

I denne afhandling har jeg på baggrund af et feltstudie i Holstebro Kommune undersøgt, *hvordan aktører i det nære sundhedsvæsen skaber mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med kronisk sygdom*. Mere specifikt har fokus været på, hvordan praktiserende læger, praksissygeplejersker, kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter og kommunale (hjemme-/sår)sygeplejersker skaber mening med det tværgående samspil i forhold til mennesker med – eller med risiko for KOL og type 2-diabetes. Målet med at undersøge det tværgående samspil ud fra et meningsskabende perspektiv var, at perspektivet med dets mikrofokus på relationer og processer kunne være med til at give en dybere forståelse af de processer, der finder sted, når aktører med forskellige fagprofessionelle baggrunde og i tværgående organiseringer i det daglige forventes at koordinere deres arbejde på bestemte måder.

Afhandlingens overordnede problemstilling blev adresseret gennem to mere konkrete forskningsspørgsmål:

1. Hvordan skaber aktørerne mening med de tværgående arbejdsopgaver relateret til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes? Og hvilke meningsdannelser træder frem omkring de tværgående opgaver?

2. Hvilke muligheder og udfordringer er der i forhold til at styrke det tværgående samspil mellem de fagprofessionelle aktører i almen praksis og kommune ud fra et meningsskabende perspektiv?

Jeg vil i det følgende kort redegøre for afhandlingens resultater med udgangspunkt i forskningsspørgsmålene for afslutningsvis at søge at konkludere på afhandlingens overordnede problemstilling. Endvidere redegør jeg for afhandlingens forskningsmæssige bidrag i lyset af afhandlingens resultater.

8.1. BESVARELSE AF FORSKNINGSSPØRGSMÅLENE

Forskningsspørgsmål 1

Igennem analyser af aktørernes fortællinger om deres arbejde og deres erfaringer med det tværgående samspil har jeg på baggrund af Davies og Harrés positioneringsbegreb vist, hvordan der – i og på tværs af forskellige fagprofessionelle og organisatoriske grupper af aktører - mobiliseres identiske overordnede subjektpositioner i form af eksempelvis termer som 'tovholder', 'koordinator' eller

'vejleder'. Analyserne viser videre, at subjektpositionerne antager forskellige former både mellem grupperne og mellem de enkelte aktører, fordi aktørerne i deres fortællinger kobler positionerne med forskellige fagforståelser, ideologiske orienteringer og forskellige handlinger i relation til borgerne/patienterne. Selv hos den enkelte fagprofessionelle aktør kan der iagttages divergerende og modstridende positioneringer, som må tilskrives den enkeltes forsøg på at forene modstridende elementer af en sammensat fagprofessionel identitet. Afhandlingen afdækker således, hvordan fagprofessionelle aktører til enhver tid går ind i det tværgående samspil med forskellige positioneringsmuligheder i forhold til borgerne/patienterne. Positioneringsmulighederne mobiliseres forskelligt afhængigt af den enkelte situation, og de afvejes og balanceres, når aktørerne, sammen eller hver for sig, søger at skabe mening med de tværgående opgaver og samspillet.

Videre har jeg gennem analyser af fem empiriske nedslag og på baggrund af det meningsskabende perspektiv, som det især præsenteres hos Karl E. Weick, undersøgt, hvordan aktørerne skaber mening med de tværgående opgaver og samspillet. Mere præcist har især Weicks syv særlige karakteristika for den meningsskabende proces og hans præsentation af seks overordnede typer af forståelsesrammer og vokabularer dannet udgangspunkt for udforskningen af aktørernes praksis. Det er bl.a. blevet vist, hvordan aktørernes typificering af patientgrupperne og deres oplevelse af egne organisatoriske rutiner (eller mangel på samme) på forskellig vis er bestemmende for, hvilke "ledetråde for koordineret handling" [*cues for coordination*] aktørerne orienterer sig mod – og trækker på – i deres forsøg på at skabe mening med samspillet og i deres afsøgning af mulige "handlehorisonter" [*line of action*] (Weick, 1995, s. 42-43). Aktørernes etablerede forståelser af patienterne som eksempelvis nogle man har styr på, eller omvendt nogle der er svære at arbejde med, samt deres forestillinger om egen praksis fungerer som delvist ubevidste antagelser i det daglige arbejde, der medvirker til at udstikke retningen for – og omfanget af – de handlemuligheder, som aktørerne afsøger i deres arbejde med patienterne. Endvidere fremgår, at selvom der blandt en gruppe af aktører overordnet synes at være samme generelle typificering af patientgrupperne, så spiller andre individuelle typificeringer og sondringer – såsom hvad er vigtigt og mindre vigtigt i arbejdet – også ind på den måde, hvorpå aktørerne orienterer sig mod forskellige tværgående opgaver. Også her tegner afhandlingen et komplekst billede af, hvordan aktører med samme fagprofession og samme type af organisatorisk forankring trods visse ligheder er forskellige.

Igennem analyserne bliver det tydeligt, at det kan være svært for de fagprofessionelle aktører at skabe mening med nye opgaver i det tværgående samspil og videre at engagere sig i samspillet, hvis opgaverne af forskellige grunde kobles med oplevelser af en usikker eller miskrediteret fagprofessionel identitet, eller hvis kategorier og begreber, der tjener som ledetråde for koordineret handling, bliver usikre eller flertydige. I den forbindelse kan mere upåagtede aspekter af aktørernes hverdagspraksis såsom et it-kvalitetsredskab vise sig at have betydning

og påvirke meningsskabelserne på uforudsete måder (jfr. afsnit 6.2.1). Mere specifikt er det bl.a. blevet vist, hvordan nogle praktiserende læger udtrykker usikkerhed i forhold til nogle af kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Dette synes dels at bero på, at nogle af lægerne stadig savner at give mening til de ændringer, der fandt sted i forbindelse med strukturreformen, dels at nogle læger – i deres forsøg på at forstå og skabe mening med kommunens tilbud – laver koblinger til oplevelser af en miskrediteret fagprofessionel identitet i forbindelse med strukturreformen og senest lægekonflikten. Ligeledes fremgår, hvordan nogle aktører kan have svært ved at skabe mening med det tværgående samspil, når en kategorisering ("prædiabetes"), der har tjent som ledetråd for koordineret handling i samspillet, bliver flertydig. Det sker, fordi aktørerne hæfter sig ved forskellige stemmer og positioneringer blandt deres fagprofessionelle kolleger, der giver anledning til forskellige (u)mulige begrebsanvendelser og udstikker forskellige mulige handlehorisonter. Afhandlingen er her med til at vise, hvordan meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen er en social proces, hvor mening formes igennem de sociale (herunder fagprofessionelle) kontekster og interaktioner, som aktørerne er del af. Det er videre en pointe, at fordi aktørerne i især almen praksis ikke er tvunget til at handle i forhold til flere af de tværgående opgaver omkring patienterne med kronisk sygdom – såsom at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud eller få stabilt medicinerede patienter på dosisdispenseret medicin – så kan de i vid udstrækning fortsætte deres arbejde som hidtil. Herved indskrænkes på den ene side aktørernes mulighed for at generere nye ledetråde, der kan være med til at opdatere deres "handleteorier" [*Theories of Action*] angående patientgruppen og det tværgående samspil (Weick, 1995, s. 121). På den anden side undgår aktørerne at forholde sig til opgaver i det tværgående samspil, som de har svært ved at skabe mening med, og som vil kræve, at de engagerer sig i ressourcekrævende meningsskabende processer. I en hverdag, hvor flere af aktørerne oplever tidspres og eventuelt andre krydspres, kan det *ikke* at handle i forhold til det tværgående samspil være en meningsfuld handling, der tjener til at skabe stabilitet og opretholde etablerede meningskonstruktioner.

Afhandlingen viser også, hvordan arbejdet med strukturelle redskaber såsom et forløbsprogram kan påvirke aktørernes meningsskabende processer. I situationer, hvor aktørerne oplever megen usikkerhed i forhold til deres arbejde og position i det tværgående samspil, kan sådanne redskaber fungere som støtte. Det gør de dels ved at hjælpe aktørerne med at fokusere deres opmærksomhed. Dels ved at fungere som en platform for formaliseringsprocesser, der videre hjælper aktørerne til at skabe mening med opgaven og med de relationer, som opgaveløsningen er forbundet med. Mere konkret demonstrerer analysen, hvordan arbejdet med at udvikle og implementere forløbsprogrammerne for KOL og type 2-diabetes har hjulpet konsulenter ved det kommunale sundhedscenter med at definere, hvad deres opgave er, hvad de kan, og hvad deres plads i det tværgående samspil er (se afsnit 6.3.). Det blev videre vist, hvordan forløbsprogrammerne er med til at skærpe fokus og skabe bestemte forventninger hos konsulenterne til arbejdet og de tværgående opgaver.

Brud på disse forventninger kan føre til følelsesmæssigt initierede meningsskabende processer og gøre det svært for konsulenterne at skabe ny mening og se nye handlemuligheder, hvis virkeligheden ikke lever op til forventningerne. Det kunne være i det øjeblik, den praktiserende læge ikke som forventet henviser patienter til bestemte kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Afhandlingen er i forlængelse heraf med til at vise, hvordan aktørerne i det tværgående samspil gennem deres meningsskabelser og handlinger selv er med til – og i gang med – at skabe (jfr. Weicks begreb om "enactment") de organisatoriske omgivelser og organiseringer i det tværgående samspil, som de oplever at befinde sig i. Det fremgår nemlig, at sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenternes særlige ideologiske tilgang til borgerne har betydet, at de har været med til at handle en organisering frem, hvor de har begrænset direkte kontakt med almen praksis og derfor også begrænsede muligheder for at få relationelle ledetråde angående deres arbejde med borgerne og deres tilbud. Dette synes at medvirke til, at det kan være svært for konsulenterne at skabe mening med deres oplevede rekrutteringsproblemer.

Afhandlingen er også med til at vise den tætte sammenhæng mellem identitet, meningsskabelse og muligheder for, at nye tiltag finder vej ind i praksis. Hvis en eller flere aktører i dele af samspillet anser en opgaveændring som en trussel mod deres faglige og organisatoriske selvforståelse og anser den som forstyrrende for det arbejde, de selv finder betydningsfuldt, kan de have svært ved at skabe mening og acceptere tiltaget. For andre aktører kan det, som først blev anset for en trussel, dog forvandles til nye muligheder, fordi de netop formår at skabe en ny mening med opgaven, som tillader dem at opretholde værdifulde aspekter af deres arbejde og fagprofessionelle identitet. I afhandlingen fremgår det eksempelvis, hvordan flere praktiserende læger anser en opgaveændring i form af dosisdispenseret medicin som en bureaukratisering og besværliggørelse af deres arbejde med patienterne. De praktiserende læger kan således ikke få opgaveændringen til at give mening på en måde, så de kan acceptere den og gå ind i opgaven. Hjemmesygeplejerskerne formår derimod trods ambivalens at skabe mening med opgaveændringen, fordi de kan se den som en mulighed for at prioritere spændende arbejdsopgaver og styrke bestemte fagligt attraktive positioneringer i forhold til borgerne.

Indlejret i aktørernes fagprofessionelle og organisatoriske selvforståelse er endvidere forestillinger om bestemte handlemåder – eller med Weick "handleteorier" – i forhold til andre aktører og parter i det tværgående samspil. Afhandlingen viser, hvordan der kan opstå konflikt i det tværgående samspil, når aktørerne går ind i forhandlinger om samspillet med udgangspunkt i forskellige relationelle forståelser af situationen og hermed også forskellige forståelser af, hvilke handleteorier der er relevante at orientere sig efter. I afhandlingen belyses bl.a., hvordan en forhenværende konflikt omkring udlevering af støttestrømper synes at bero på, at aktørerne tog afsæt i to forskellige kontekstuelle baser for deres meningsskabelse (se afsnit 7.1.). De praktiserende læger skabte mening ud fra en handleteori angående den overordnede tværgående organisatoriske relation mellem almen praksis og kom-

mune, og måden man med afsæt i denne relation arbejder sammen på - nemlig via attester. Den kommunale sårsygeplejerske tog derimod afsæt i en handleteori angående et fagprofessionelt paradigme og et formelt stadfæstet ansvarsforhold mellem læger og sygeplejersker, ifølge hvilket lægerne bør sende en henvisning forud for udlevering af støttestrømperne. Hermed blev det svært for aktørerne at skabe en fælles forståelse af, hvordan samspillet om udlevering af støttestrømper skulle ske.

I afhandlingens analyser er også blevet demonstreret, hvordan aktørernes meningsskabelser ikke sker isoleret hos den enkelte aktør, i enkelte organisationer eller inden for bestemte fagprofessioner. De er dele af fælles sociale rum i den tværgående organisering, hvori meningsskabelser og fortællinger interagerer og i nogle tilfælde danner afsæt for atter nye meningsskabelser hos aktørerne. I andre tilfælde synes det sværere for aktørerne at engagere sig i intersubjektive meningsskabende processer, fordi stærke følelser og allerede etablerede menings-konstruktioner og fortællinger om samspillet spærrer for, at aktørerne kan rette opmærksomheden mod andre mulige meningskonstruktioner. Herved opstår "polyfone organiseringer", dvs. forskellige organiseringer af det tværgående samspil beroende på aktørernes flerstemmige fortællinger og meningskonstruktioner om den tværgående opgave og samspillet (Borum & Reff Pedersen, 2008, s. 93). Det fremgår bl.a. i afhandlingen (jfr. afsnit 6.4.), hvordan en gruppe hjemmesygeplejersker bruger fortællingen om en lokal praktiserende læges reaktion på dosisdispenseret medicin som en "ramme" [frame] for deres meningsskabende processer (Weick, 1995, s. 51; Goffman, 1974). Denne ramme synes at hjælpe sygeplejerskerne i deres eget forsøg på at identificere, hvad der er vigtigt at forholde sig til i spørgsmålet om dosisdispenseret medicin. Ydermere bliver fortællingen en anledning for sygeplejerskerne til "meningsgivning" [*sensegiving*] til de praktiserende læger, idet de med baggrund i fortællingen søger at give en bestemt mening om opgaveændringen videre til de praktiserende læger (Gioia & Chittipeddi, 1991, s. 443). Det ser ud til, at dette kan give mening i forhold til nogle praktiserende læger. I andre tilfælde spærrer forestillingen og fortællingen om, hvordan praktiserende læger og hjemmesygeplejersker traditionelt har arbejdet sammen i det specifikke område, for, at der kan ske ny fælles meningsskabelse.

Overordnet viser analyserne, at det kan være svært for aktørerne at skabe mening med nye opgaver, opgaveændringer og med uforudsete aspekter af det tværgående samspil, når aktørerne først har etableret bestemte forventninger og meninger, der fokuserer og orienterer aktørernes opmærksomhed mod specifikke typer af ledetråde i deres omgivelser. Aktørernes meningsskabelser er med andre ord meget stabile og vanskelige at ændre på, fordi de involverer et komplekst væv af forestillinger, rutiner og værdier, der er tæt knyttet til aktørernes etablerede forståelse af deres egen fagprofessionelle og organisatoriske identitet, og som endvidere involverer bestemte positioneringer og relationelle forståelser af forholdet til borgerne/patienterne og til andre aktører i den tværgående organisering. Når disse forestillinger, rutiner m.m.

forstyrres eller trues, vækker det ofte følelser af vrede, frustration og usikkerhed, som gør det svært for aktørerne at skabe ny mening. Graden af succes, hvormed det lykkes at ændre på opgaver, indføre nye opgaver eller håndtere uforudsete hændelser i det tværgående samspil, afhænger således i høj grad af, hvordan det lykkes aktørerne at forbinde disse hændelser med allerede etablerede forståelseshorisonter af deres arbejde, deres fagprofessionelle og organisatoriske identitet samt deres relationer til borgerne/patienterne og til andre aktører i det tværgående samspil. Alternativt kræves det, at aktørerne engagerer sig i nye meningsskabende processer. Dette leder frem til afhandlingens andet forskningsspørgsmål.

Forskningsspørgsmål 2

De empiriske nedslag og afhandlingens analyser viser, at meningsskabende processer tager tid, og at det kan være svært at engagere sig i sådanne processer, fordi de potentielt involverer destabilisering af vigtige forståelsesrammer – herunder destabilisering af fagprofessionelle og organisatoriske identitetsforestillinger. Af afhandlingens analyser fremgår, at det lange tidsperspektiv for de meningsskabende processer kan være en udfordring for det tværgående samspil. Det skyldes dels, at mange tværgående tiltag har en kort tidshorisont (f.eks. mange projekter), dels at man med et langt tidsperspektiv risikerer, at nogle aktører i samspillet flytter deres opmærksomhed andre steder hen og således stopper med at understøtte andre aktørers meningsskabende processer. Dette synes bl.a. at gøre sig gældende for enkelte af de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelseskonsulenter, hvor man kan iagttage en begyndende orientering væk fra samspillet med de praktiserende læger mod andre aktører i samspillet, som opleves at vise mere interesse i de tilbud, man har på det kommunale sundhedscenter (se afsnit 6.3.5.). Heraf fremgår også vigtigheden af, at aktører involveret i implementering af nye tiltag i det tværgående samspil løbende og over lang tid hjælper til at fokusere og understøtte andre involverede aktørers meningsskabende processer.

Af afhandlingen fremgår videre, at en udfordring i forhold til at understøtte meningsskabende processer blandt fagprofessionelle aktører i tværgående organiseringer såsom det nære sundhedsvæsen er, at aktørerne går ind i samspillet med meget forskellige og sammensatte forestillinger om dem selv, borgerne/patienterne og andre aktører i samspillet. Der er derfor ingen 'enkle' måder at søge at give mening til samspillet på. Den fortælling, som måske giver mening for én aktør og kan hjælpe aktøren til at skabe mening med en ny opgave eller en opgaveændring, kan måske være irrelevant eller endog helt meningsløs for en anden.

Afhandlingen er desuden med til vise, hvordan det kan være en udfordring for samspillet, at aktører ofte stopper med at skabe mening, når de er nået frem til en plausibel forklaring på samspillet, som passer med deres allerede etablerede for-

ståelseshorisonter. I en organisatorisk kontekst som sundhedsvæsenet, hvor man i høj grad tilrettelægger arbejdsopgaver og deling af arbejdsopgaver på baggrund af rationelle overvejelser, evidensbaserede guidelines, strukturerede programmer m.m., kan man let komme til at overse eller affeje betydningen af, at aktører handler på baggrund af det, de 'tror' – især fordi man netop arbejder ud fra en rationel og videnskabelig tankegang om, at 'man skal vide og ikke tro'.

Endelig er afhandlingen også med til at vise, hvordan forskelle i almen praksis' og kommunens organisatoriske strukturer og rammevilkår er betydende for, at de fagprofessionelle aktører i kommunen ofte synes at justere deres etablerede meningskonstruktioner hurtigere end aktørerne i almen praksis. I kommunen er der en hierarkisk struktur, der gør, at aktørerne lettere kan 'tvinges' til at handle, hvorved de skubbes ud i forsøg på at skabe mening med nye tiltag. I almen praksis er der ikke samme hierarkiske struktur og hermed mulighed for at gennemtvinge handlinger, og nye tiltag implementeres derfor ikke så let, hvis ikke de umiddelbart passer i aktørernes etablerede meningskonstruktioner. Ligeledes betyder organiseringen af henholdsvis almen praksis og kommunen, at forsøg på at give mening [*sensegivning*] til bestemte tiltag sker nemmere i kommunen end i almen praksis. Dette har betydning for den måde, hvorpå tiltag realiseres i de enkelte lokale kontekster. Flere af eksemplerne i afhandlingen viser, hvordan de kommunale aktører søger at implementere nye tiltag uden om de praktiserende læger eller søger at gøre sig uafhængige af samspillet med de praktiserende læger, hvilket betyder, at de praktiserende læger risikerer at blive koblet af samspillet eller miste indflydelse på samspillet. Der er således risiko for, at de praktiserende lægers negative forventninger til deres plads i det tværgående samspil med bl.a. kommunen bliver til en "selvopfyldende profeti" (Weick, 1995, s. 145).

Afhandlingen er imidlertid også med til at pege på muligheder for, at man ud fra et meningsskabende perspektiv kan styrke det tværgående samspil mellem de fagprofessionelle aktører. Gennem analyser af de empiriske nedslag viser afhandlingen, hvordan møder mellem de fagprofessionelle aktører i samspillet kan være med til at fremme en større gensidig forståelse mellem aktørerne, og hvordan møder kan være med til at facilitere fælles meningsskabende processer. Endvidere er blevet vist, hvordan strukturelle redskaber som et forløbsprogram kan være med til at støtte meningsskabende processer, ligesom også handling på baggrund af forhandlede løsninger – trods divergerende meningsskabelser – over tid kan være med til at justere aktørernes meningsskabelser, så de i højere grad giver anledning til gensidigt koordinerede handlinger. Med baggrund i Weicks syv "sentenser for handling" [*maxims for action*] og via genbesøg til de empiriske nedslag gives desuden forskellige bud på, hvordan man både individuelt og ledelsesmæssigt kan arbejde med at understøtte meningsskabende processer, der kan bidrage til udviklingen af det tværgående samspil (Weick, 1995, s. 182). Det anføres bl.a., at både ledere og medarbejdere, der agerer i tværgående sammenhænge med at udvikle nye tiltag, men også de enkelte medarbejdere, der i hverdagen arbejder med

tværgående opgaver, bør overveje og tage ansvar for, hvilke ord man bruger, og hvilke fortællinger man deler i de organiseringer, man er del af. Valg af ord har stor betydning for, hvor opmærksomheden rettes hen, hvad man ser og hvilke handlemuligheder, der gøres relevante, og de har derfor også på sigt stor betydning for, hvilke organiseringer af det tværgående samspil man får handlet frem. Afhandlingen er i den forbindelse med til at vise, hvordan muligheder for ny meningsskabelse og fælles udvikling af den tværgående organisering begrænses, når man holder fast i vante positioneringer og typificeringer, og når man til stadighed genfortæller de samme historier. Nye muligheder for samspillet kan til gengæld åbne sig, hvis aktørerne er undersøgende og åbne for eksempelvis at inkorporere nogle af de nye perspektiver på fortællingerne, som løbende dukker op, eller hvis man søger at udfordre egne antagelser om eksempelvis borgerne/patienterne eller om andre parter i det tværgående samspil. Endvidere pointeres, at meningsskabelsens retrospektive karakter betyder, at man har mulighed for at give (ny) mening til en begivenhed (såsom en opgaveændring eller en forhenværende konflikt) ved at undersøge, hvad der er for erfaringer, identitetsforestillinger og andre forståelsesrammer, som begivenheden får mening i lyset af og ved eventuelt at bibringe muligheder for kobling til andre erfaringer og forståelsesrammer. Videre fremføres i afhandlingen, at netop fordi fortællinger om eksempelvis konflikter eller andre mere problematiske hændelser i samspillet hurtigt bliver til anekdotiske fortællinger, så er det værd at bruge tid og kræfter på at mødes og sammen prøve at skabe fælles mening om hændelserne, og hvordan man eventuelt fandt en løsning på problemerne. Målet er ikke nødvendigvis at nå frem til helt samme forståelse af hændelsen, men at få et tilstrækkeligt delt og nuanceret billede heraf til, at man fortsat på en konstruktiv måde kan indgå i det tværgående samspil. Endeligt er afhandlingen også med til at pege på, at det er vigtigt at have øje for, hvordan organiseringer af det tværgående samspil i form af eksempelvis bestemte kommunikationsmåder eller bestemte formelle møder m.m. er med til at fokusere aktørernes opmærksomhed på bestemte ledetråde, mens andre mistes af syne.

8.2. SAMMENFATTENDE KONKLUSION

Nærværende afhandling viser, hvordan hverdagens organisering af det tværgående samspil mellem fagprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen i høj grad formes gennem – og er resultat af – de meningsskabende processer, som aktørerne engagerer sig i, når der sker både små og store ændringer af den måde, samspillet fungerer på. Disse processer er komplicerede, og forandringer tager ofte lang tid, fordi de involverer justeringer eller ændringer af komplekse sammenvævninger af forestillinger, rutiner og værdier, der er tæt forbundet med den enkelte aktørs forståelse af egen fagprofessionelle og organisatoriske identitet og den måde, aktøren selv relaterer sig til såvel borgerne/patienterne som til andre aktører i samspillet. Når disse forestillinger, rutiner m.m. forstyrres eller trues, vækker det

ofte følelser af vrede, frustration og usikkerhed, som gør det svært for aktørerne at skabe ny mening.

De fagprofessionelle aktørers etablerede meningsskabelser er relativt stabile og vanskelige at ændre på. Det beror på, at ændringer af tiltag eller implementering af nye tiltag sker ind i komplicerede og mangefacetterede relationelle sammenhænge og organiseringer, hvor fortællinger, rutiner og følelser spiller en mindst lige så vægtig rolle som logiske ræsonnementer. Det er derfor vigtigt at have øje for de forskellige forestillinger og meningsskabende processer, der er i spil, når fagprofessionelle aktører i det daglige søger at koordinere deres handlinger i tværgående organiseringer, ligesom det er vigtigt at søge at understøtte de meningsskabende processer, når der sker ændringer i disse organiseringer.

Den overordnede strukturelle organisering af det nære sundhedsvæsen og især af almen praksis kan være en udfordring i forhold til at få aktørerne i det tværgående samspil engageret i (fælles) meningsskabende processer. Strukturerne, som de meningsskabende processer sker ind i, betyder, at det i høj grad bliver op til de enkelte aktører at søge at skabe mening med samspillet og hermed også op til den enkelte at tage ansvaret på sig i forhold til at søge at tale og handle en mening frem, som bidrager til gensidigt koordinerede handlinger i samspillet.

8.3. OM AFHANDLINGENS BIDRAG

Målet med denne afhandling var at medvirke til at afdække et dobbelt underbelyst empirisk fænomen – nemlig samspillet mellem aktører i almen praksis og kommunerne i forhold til mennesker med kronisk sygdom samt hverdagens praksis i et bestemt hjørne af sundhedsvæsenet. Dette er i afhandlingen sket ved, at jeg igennem forskellige analyser har zoomet helt ind på, hvordan aktører med forskellige fagprofessionelle baggrunde skaber mening med de tværgående opgaver og det tværgående samspil i forhold til mennesker med – eller med risiko for – KOL og type 2-diabetes. Ved hjælp af positioneringsbegrebet og det meningsskabende perspektiv har jeg søgt at give et indblik i de relationelle og sociale processer, der er med til at forme den daglige organisering mellem aktører på udførende niveau i det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen.

I indføringen til studiet i afhandlingens første kapitel blev nævnt, at anledningen til mange danske og internationale studier i det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune er implementering af nye tiltag og organisatoriske forandringer, hvor fokus er på barrierer for samspillet samt eventuelt på forhold, der opleves at fremme samspillet. Jeg argumenterede for, at et sådant fokus kan komme til at skjule de dybereliggende problemstillinger, der ligger bag det, der umiddelbart kan se ud som fælles problemstillinger (jfr. Checkland et al., 2009). I nærværende

studie har jeg – ved at give indblik i, hvordan forskellige aktører i ét afgrænset område (en kommune) skaber mening med de tværgående opgaver og samspillet – vist, at der også her kan være lokale forskelle og meningskonstruktioner bag problemstillinger, der umiddelbart kan se ens ud. Disse forskelle beror på specifikke sociale interaktioner i eksempelvis bestemte lokalområder af kommunen eller i bestemte lægepraksisser, ligesom de beror på forskellige individuelle konstellationer af fagprofessionelle og organisatoriske ideologier, erfaringer med patientgrupperne, praktiske omstændigheder i organisationen osv.

I indføringen til studiet blev også nævnt, at der kun er begrænset kontekstspecifik viden om samspillet mellem læger og sygeplejersker – især i en primær sundhedssammenhæng (Speed & Luker, 2006; Pullon, 2008; Fleischmann et al., 2016). Selvom denne afhandling ikke kun har omhandlet samspillet mellem praktiserende læger og sygeplejersker, så bidrager den gennem nogle af analyserne til at give en sådan kontekstspecifik indsigt i de sociale dimensioner af dette samspil.

Foruden afhandlingens empiriske bidrag, der er det væsentligste, har jeg i indledningen argumenteret for, at afhandlingen bidrager til studierne af meningsskabelse i organisationer ved at anvende det meningsskabende perspektiv i en ny organisatorisk kontekst, nemlig i forhold til den tværgående organisering mellem aktører på udførende niveau i det nære sundhedsvæsen (Jørgensen et al., 2012). Især mener jeg, at nærværende studie bidrager til de meningsskabende studier ved i en konkret empirisk og forholdsvis kompleks organiseringssammenhæng at diskutere muligheder for at understøtte aktørerne i at tale og handle nogle organiseringer frem, der er meningsfulde for aktørerne i begge dele af det tværgående samspil. Igennem disse diskussioner er det bl.a. blevet tydeligt, hvordan den overordnede strukturelle organisering af det nære sundhedsvæsen og især af almen praksis kan være en udfordring i forhold til at få aktørerne engageret i (fælles) meningsskabende processer.

Ved at bruge det meningsskabende perspektiv i en tværgående sammenhæng er det gennem afhandlingen blevet tydeligt, at det kan være svært at operationalisere og bruge perspektivet til at afdække et komplekst felt som samspillet i det nære sundhedsvæsen. Det skyldes, at perspektivet ideelt kræver et meget nært og indgående indblik i hver enkelt organisation og i de sociale interaktioner heri (dvs. i hver enkelt praksis og i hver enkelt team eller enhed af kommunen). Endvidere kræver det et nært indblik i den tværgående organisering og i de fortællinger, der er om samspillet, men som måske sjældent fortælles. Ikke mindst kræver det et indblik i de sociale interaktioner, som finder sted dels mellem aktører på tværs af kommune og almen praksis, dels mellem aktører i samme slags organisation (eksempelvis møder i det lokale lægelaug). Dette er overensstemmende med, at der i kapitlet om forskningsprocessen blev argumenteret for, at det ud fra det meningsskabende perspektiv kunne have været mere hensigtsmæssigt, at jeg ved planlægning af feltstudiet havde søgt mindre spredning i forhold til de aktører, der indgår i studiet –

eller at jeg alternativt havde inddraget flere aktører fra de samme områder i feltstudiet – for på den måde bedre at kunne undersøge det sociale aspekt af meningsdannelsen. På trods af de nævnte udfordringer og begrænsninger mener jeg, at nærværende studie bidrager til studier af meningsskabelse, ligesom jeg også mener, at det meningsskabende perspektiv har været med til at give nye perspektiver på det tværgående samspil mellem almen praksis og kommune.

Set i lyset af ovenstående udfordringer kunne det i forhold til fremtidige studier af meningsskabelse i det nære sundhedsvæsen være interessant at forfølge, hvordan aktører i kommunen og almen praksis eventuelt prøver at skabe mening om deres tværgående samspil ud fra en fælles identitetskonstruktion af, "hvem er vi". Det kunne f.eks. være i form af bestemte forestillinger om at være en del af det nære sundhedsvæsen, lokale forestillinger eller fortællinger om et særligt samspil mellem kommunen og almen praksis, mellem bestemte faggrupper eller mellem bestemte dele af en kommune og almen praksis. Det kunne i den forbindelse videre være interessant at undersøge, om og hvordan bestemte identitetskonstruktioner deles blandt aktører, der indgår i tværgående mødefora såsom i de kommunale-lægelige udvalg, og om disse forestillinger søges spredt gennem "sensegivning" til andre aktører i almen praksis og til aktører i kommunen gennem bestemte betegnelser, fortællinger osv.

Afrunding

Denne afhandling omhandler et afgrænset område af det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen – nemlig samspillet om mennesker med kronisk sygdom. Målet var at udfolde den mangfoldighed (ja måske ligefrem kakofoni) af stemmer og fortællinger, som er til stede i samspillet, når man zoomer helt ind på den enkelte aktør på udførende niveau og dennes forsøg på at skabe mening med samspillet. Det er mit håb, at afhandlingen, ved at give plads til disse stemmer og fortællinger i et meningsskabende perspektiv, har givet læseren et nuanceret indblik i – og måske et nyt blik på – det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen. Ikke mindst håber jeg, at afhandlingen har inspireret nogle læsere til at være nysgerrige efter at undersøge, hvordan egne og andres meningsskabelser er med til at forme, udfordre og udvikle de organiseringer, man indgår i. På den måde kan afhandlingen måske også blive anledning til muligheder for nye meningsskabelser i det nære sundhedsvæsen.

LITTERATUR

Aarikka-Stenroos, L. (2010). The contribution and challenges of Narrative data in interorganizational research. Competitiv paper for the IMP2010 conference, Budapest, Hungary. Hentet 2017, hentet fra: http://www.impgroup.org/uploads/papers/7553.pdf

Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago: The University of Chicago Press.

Alvesson, M. & Kärremann, D. (2011). Qualitative Research and Theory Development. Mystery as method. Londong: SAGE.

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2000/2009). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research.* London: SAGE.

Andersen, J. H., Thorsen, T., Kousgaard, M. B. (2014). *Samarbejde mellem kommuner og almen praksis om henvisning til kommunale sundhedstilbud for patienter med kroniske sygdomme*. København: Forskningsenheden for Almen Praksis i København [Rapport til Komiteen for Sundhedsoplysning].

Andersen, T. K. (2011). 10 forslag til mere sundhed for pengene. *Mandag Morgen*, 7, 13-17.

Andersen, V. J. (2012). *Koordination og samarbejde i det nære sundhedsvæsen*. *En pilotundersøgelse af hvilke forhold der hæmmer eller fremmer samarbejdsrelationen mellem almen praksis og kommune i forhold til borgere med KOL, type 2-diabetes og hjertekar-sygdom*. [Ph.d. rapport til Holstebro Kommune].

Antoft, R. (2005). *Demenshåndtering – magt og forhandling i interprofessionelle relationer.* Ph.d. afhandling. Institut for Sociale Forhold og Organisation. Aalborg: Aalborg Universitet/FLOS.

Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi. I R. Antoft, M. Hviid Jacobsen, Michael, A. Jørgensen, S. Kristiansen (Eds.). *Håndværk & Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (29-57). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2012). Casestudier af organisationer som dynamisk proces. I M. H. Jacobsen & S. Q. Jensen (Eds.). *Kvalitative udfordringer* (129-154). København: Hans Reitzels Forlag.

Anthonisen, N. R., Connett, J. E., Murray, R. P. (2002). Smoking and lung funcition of Lung Health Study particpants after 11 years. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,* 166(5), 675-679.

Arnoldsen, J. (2016). Diabetesforebyggelsestilbud – sundhedspædagogiske erfaringer fra praksis. *Klinisk sygepleje,* 30 (3), 222-235.

Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management,* 21, 75-88.

Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2013). Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställingar. I R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.). *Om samverkan – för utvekling av hälsa och välfärd* (17-38). Lund: Studentlitteratur.

Barley, S. R. & Tolbert, P. S. (1997): Institutionalization and Structuration: Studing the Links between Action and Institution. *Organization Studies*, 18(1), 93-117.

Barnes P. J. (2000) .Chronic obstructiv pulmonary disease. *New England Journal of* Medicine, 342, 269-280.

Bazely, P. (2007). Qualitative Data Analysis with NVivo. London: SAGE.

Becker, M. C. (2004). Organizational routines: A review of the literature. Industrial and Corporate Change, 13(4), 643-678.

Beernaert, K., Deliens, L., De Vleminck, A., Devroey, D., Pardon, K., Van den Block, L., Cohen, J. (2014). Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliative Medicin,* 28(6), 480-490.

Berscheid, E. (1983): Emotion. I H. H. Kelley, E. Berscheid, A. Christensen, J. Harvey, T. Huston, G. Levinger, E. McClintock, A. Peplay & D. R. Peterson (Eds.). *Close relationships* (110-168). San Francisco: Freeman.

Blaikie, N. (2004). Abduction. I M. Lewis-Beck, A. Bryman & T. F. Liao (Eds.). *The SAGE Encyclopedi of Social Sciences Research Methods*. Hentet 2017, hentet fra: http://dx.doi.org/10.4135/9781412950589.n1

Blatt, R., Christianson, M. K., Sutcliffe, K. M., Rosentha, M. M. (2006). A sensemaking lens on reliability. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 897-917.

Bloksgaard, L. & Andersen, P. T. (2012). Fokusgruppeinterviewet. Når gruppedynamikken er redskabet. I M. H. Jacobsen & S. Q. Jensen (Eds.), *Kvalitative udfordringer* (25-46). København: Hans Reitzels Forlag.

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Metohd.* New Jersey: Prentice-Hall.

Bodenheimer, T. (2008). Coordinating Care – A Perilous Journey through the Health Care System. *The New England Journal of Medicine,* 358(10), 1064-1071.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K. (2002a). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*. 288(14), 1775-1779.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K. (2002b). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. The chronic Care Model, Part 2. *JAMA,* 288(15), 1909-1914.

Boje, D. M. (1991). The storytelling organization. A study of story performance in an office-supply firm. *Administrative Science Quarterly,* 36, 106-126.

Boje, D. M. (1995). Stories of the Storytelling Organization – a Postmodern Analysis of Disney as Tamara-Land. *Academy of Management Journal,* 38(4), 997-1035.

Boje, D. M. (2000). *Narrative Methods for Organizational & Communication Reserch*. London: SAGE.

Breindahl, K. & Seemann, J. (2009). Jobcentret som flerarmet julenisse – tegneøvelser som dynamo og diagnostisk værktøj i organisationsanalyser. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 11(4), 8-23.

Brinkmann, S. (2012). Forståelse og fortolkning. I M. H. Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard (Eds.). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (67-96). 2. udgave. København: Hans Reitzels forlag.

Brinkmann, S. (2014). Doing without data. Qualitative Inquiry, 20(6), 720-725.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard. *Kvalitative metoder* (489-499). København: Hans Reitzels Forlag.

Brown, A. D. , Stacey, P., Nandhakumar, J. (2008). Making sense of sensemaking narratives. *Human Relations*, 61, 1035-1062.

Brown, A. D. Colville, I., Pye, A. (2015). Making Sense of Sensemaking in *Organization Studies. Organization Studies*, 36(2), 264-277.

Bruner, J. (1990): Culture and human development: A new look. *Human Development*, 33, 344-355.

Brunsson, N. (1989). *The organization of Hypocrisy.* Chichester: John Wiley & Sons.

Broussine, M. (2008). Drawing and art. I M. Broussine (Ed.). *Creative Methods in Organizational Research* (70-91). London: SAGE.

Bryman, A. (2008): *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.

CFK (2013). *Forstærket indsats for mennesker med kronisk sygdom 2010-12 Region Midtjylland – selvevaluering fra 28 projekter.* Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Charmaz, K. (2006/2012). *Constructing Grounded Theory. A practical Guide Through Qualitative Analysis.* London: SAGE.

Checkland, K., Coleman, A., Harrison, S. (2009). 'We can't get anything done because…': Making sense of 'barriers' to Practice-based Commissioning. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 20-26.

Christensen, J. B. (2016a). Telemedicin i et interorganisatoriske perspektiv. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvaesen,* 93(2), 24-30.

Christensen, J. B. (2016b). Does Telecare Improve Interorganisational Collaboration? *International Journal of Integrated Care*, 16 (4):14. Hentet 2017, hentet fra: http://doi.org/10.5334/ijic.2462

Christensen, J. B. (2017). *Network dynamics in an interorganizational telemedicine network.* Aalborg Ø: Aalborg University Press.

Cleland, J., Moffat, M., Small, I. (2012). A qualitative study of stakeholder views of a community-based anticipatory care service for patients with COPD. *Primary Care Respriatory Journal,* 21, 255-260.

Coar, L. & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: Methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* 24(4), 251-256.

Collin, F. (2003). *Konstruktivisme.* Roskilde: Samfudslitteratur/Roskilde Universitetsforlag.

Collinsworth, A., Vulimiri, M., Schmidt, K. L., Snead, C. A. (2013). Effectiveness of a Community Health Worker-led Diabetes Self-Management Education Program and Implications for CHW Involvement in Care Coordination Strategies. *The Diabetes Educator,* 39(6), 792-799.

Creswell. J.W. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches.* Thousand Oaks: SAGE.

Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice,* 39(3), 124-130.

Cuncliffe, A. (2008). Orientations to social constructionism: Relationally responsive social constructionism and its implications for knowledge and learning. *Management Learning,* 39(2), 123-139.

Currrie, G. & Brown, A. D. (2003). A Narratological Approach to Understanding Proceses of Organizing in a UK Hospital. *Human Relations,* 56, 563-586.

Czarniawska, B. (1997) *Narrating the organization: Dramas of institutional identity.* Chicago: University of Chicago Press.

Czarniawska, B. (1998). *A narrative approach to organization studies.* London: SAGE.

Czarniawska, B. (2007). *Shadowing, and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies.* Malmø: Liber.

Czarniawska, B. (2010). Narratologi og feltstudier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.). *Kvalitative metoder. En grundbog* (239-262). København: Hans Reitzels Forlag.

Czarniawska, B. (2014). *Social Science Research. From Field to Desk.* London: SAGE.

Czarniawska-Joerges, B. (1992). *Exploring Complex Organizations.* Newbury Park, CA: SAGE.

Dalsted, R. J. (2012). *Patient trajectory as idea and practice. A sociological analyses of cancer treatment and care in Denmark*. PhD thesis. Faculty of health and medical science. Copenhagen: University of Copenhagen.

D'Amour, D. Ferrada-Videla, M. San Martin Rodriguez, L. Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care,* 19(1), 116-131.

Dansk Selskab for Almen Medicin (2012). *Type 2-diabetes – et metabollisk syndrome.* Klinisk vejledning for almen praksis. Hentet 2017, hentet fra: http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske_vejledninger/

Davies B., & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour.* 20(1), 43-63. Hentet 2017, hentet fra: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x/abstract

Deutsch, C. P. (1981). The behavioral scientist: insider and outsider. *Journal of Social Issues,* 37(2), 172-191.

Dey, R. M., de Vries, M. J., Bosnic-Anticevich, S. (2011). Collaboration in chronic care: Unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *International Journal of Pharmay Practice,* 19(1), 21-29.

Denise, J. L., Lamothe, L., Langley A., Vayette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. I D. Brock, C. R. Hinings & M. Powell (Eds.). *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care and Law* (105-130). London: Routledge.

Diabetesforeningen (2013). Se (hentet 2012): http://www.diabetes.dk/diabetes-2/prae-og- graviditetsdiabetes/praediabetes.aspx

Diabetesforeningen (2017). *Læs mere om type 2-diabetes.* Hentet 2017, hentet fra: http://www.diabetes.dk/diabetes-2/fakta-om-diabetes-2/forebyg-med-sunde-vaner/laes-mere-om-type-2-diabetes.aspx

Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346, 393-403.

Dutton, J. E. & Dukerich, J. M. (1991). Keeping an eye on the mirror: Image and identity in organizational adaption. *Academy of Management Journal*, 34, 517-554.

Elkjaer, B. & Simpson, B. (2011). Pragmatism: A lived and living philosophy. What can it offer to contemporary organization theory? I H. Tsoukas & R. Chia (Eds.), *Philosophy and Organization Theory (Research in the Sociology of Organizations, Vol. 32* (55-84). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.

Elliot, K, Fischer, C. T., Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychoogy and related fields. *British Journal of Clinical Psychology,* 38(3), 215-229.

Erez, M. & Earley, P. C. (1993): *Culture, self-identity, and work.* New York: Oxford University Press.

Esmark, A., Laustsen C. B., Andersen N. Å. (2005). Socialkonstruktivitiske analysestrategier – en introduktion. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å. Andersen (Eds.). *Socialkonstruktivitiske analysestrategier* (7-30). Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1991): *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Werle, Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., Hummers-Pradier, E., J., Mueller, C. (2016). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Family Practice,* 17:123, hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/s12875-016-0522-z

Flick, U. (2000). Episodic interviewing. I M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Qualitative researching with text, image and sound* (75-92). London: SAGE.

Foged, L. (2005). Spil med eller bliv spillet af banen. *Ugeskrift for læger,* 167(37), 3519.

Follet, M. P. (1924). *Creative experience.* New York: Longmans, Green.

Fox, A. & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care,* 29(2), 113-118.

Foucault, M. (1980): *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writing 1972-1977.* New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1994): *Viljen til viden. Seksualitetens historie I.* København: Det lille Forlag.

Frølich, A., Høst, D., Schnor, H., Nørgaard, A., Ravn-Jensen, C., Borg, E., Hendriksen, C. (2010). Integration of healthcare rehabilitation in chronic conditions. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 10. Hentet 2017, hentet på: https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.507/

Furler, J., Spitzer, O., Young, D., Best, J. (2011). Insulin in general practice: Barriers and enablers for timely initiaion. *Australian family physician*, 40(8), 617-621.

Gannik, D. & Saaby, J. (2004). *Kvalitet i almen praksis. Praktiserende lægers syn på fagets essens, vilkår og mulige udviklinger i Viborg Amt.* Viborg: Kvalitetsudviklingsudvalget i Viborg Amt.

Geertz, G. (1973). *The interpretation of cultures.* New York: Basic Books.

Geiss, L. James, C., Gregg, E. W., Albright, A., Williamson, D. F., Cowie, C. C. (2010). Diabetes Risk Reducition Behaviors Among U. S. Adults with Prediabetes. *American Journal of Preventive Medicine,* 38(4), 403-409.

Gergen, K. J. (1999/2009). *An Invitation to Social Construction, 2nd.ed.*Thousand Oaks, CA: SAGE.

Gioia, D. A. (2006). On Weick: an appreciation. *Organization studies*, 27(11), 1709-1721.

Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 433–448.

Gioia, D. A., Thomas, J. B., Clark, S. M., Chittipeddi, K. (1994). Symbolism and strategic change in academia: The dynamics of sensemaking and influence. *Organization science,* 5(3), 363-383.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Glümer, C., Hilding-Nørkjær, H., Jensen, H. N., Jørgensen, T., Andreasen, A. H. Ladelund, S. (2008). *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008*. Glostrup: Region Hovedstaden.

Green, A. (2008). *Diabetes mellitus i Danmark 1997-2006. Epidemiologiske analyser*. Rapport. Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning.

Green, A., Sortsø, C., Jensen, P. B., Emneus, M. (2014). Validation of the Danish National Diabetes Register. *Clinic Epidemiology,* 7, 5-15.

Grøn, L., Obel, J., Bræmer, M. H. (2007). Tovholder i praksis. *En antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelse af rollen som tovholder*. København: DSI.

Gummesson, E. (2000). *Qualitative Methods in Management Research*. London: SAGE.

Gustafsson, J. & Seemann, J. (1985): *Små institutioner i store systemer – tilpasning og påvirkning.* Aalborg: Forlaget ALFUFF.

Halkier, B. (2010): Fokusgrupper. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.). *Kvalitative Metoder. En grundbog* (121-136). Viborg: Hans Reitzels Forlag.

Hammer, S. & Høpner, J. (2014). *Meningsskabelse, organisering og ledelse – en introduktion til Weicks univers.* Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Hansen, A. M. & Pedersen, M. H. (2014). Vidensproduktion, positioneringer og magt i historieværksteder. *Tidsskrift for arbejdsliv,* 16(3), 23-37.

Hansen, H. (2008). Abduction. I D. Barry & H. Hansen (Eds.), *The SAGE Handbook of New Approaches in* Management and Organization (454-463). London: SAGE.

Hastrup, K. (2010). Feltarbejde. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds). *Kvalitative metoder* (55-80). København: Hans Reitzels Forlag.

Havemann, L. (2003). Dosispakning – mulighed eller trussel. *Sygeplejersken,* 1, 6-8.

Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. I P. C. Nystrom & W. H. Starbuck (Eds.). *Handbook of organizational design* (Vol. 1, 3-27). New York: Oxford University Press.

Hellawell, D. (2006). Inside-out: analysis of the insider-outsider concepts as a heuristic device to develop reflexivity in students doing qualitative research. *Teaching in Higher Education*, 11(4), 483-494.

Hjern, B. & Porter, D. (1981). Implementations structures: A New unit of Administrative Analysis. *Organizational Studies,* 2, 211-227.

Hockey, J. (1993). Research methods – researching peers and familiar settings. *Research Papers in Education,* 8(2), 199-225.

Holstebro Kommune (2013). *Organisering af praksiskonsulentordningen.* Hentet 2017, hentet fra: http://plhoholstebro.dk/wp-content/uploads/2016/05/Organisering-af-praksiskonsulentordningen-november-2013.pdf

Hughes, E. (1951). Work and the Self. I J. Rohrer & M. Sherif (Eds.). *Social Psychology at the Crossroads* (313-323). New York: Harper & Brothers.

Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate. The theory and practice of collaborative advantage.* London: Routledge.

Hvas, L. & Gannik, D. E. (2008). Disourses on menopause - Part I: Menopause described in texts addressed to Danish women 1996 – 2004. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine,* 12(2), 157-175.

Indenrigsministeriet (1985). *Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 1044.* København: Indenrigsministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010). Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering II. Udarbejdet af regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Hentet 2017, hentet fra: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/ekspertpanelet/investerings_og_sygehusplaner.ashx

Ingold, T. (2000). *The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling & skill.* London: Routledge.

Jacobsson, M. (2011). *Samordningens dynamik. Om samordningens samspel och förändring i ett interorganisatoriskt anläggningsprojekt.* Umeå: Handelshögskolan vid Umeå Univeritet.

James, W. (1907/1970). Pragmatism's conception of truth. I H. S. Thayer (Ed.). *Pragmatism, the Classic Writings: Charles Sanders Peirce, William James, Clarence Irving Lewis, John Dewey, George Herbert Mead.* Indianapolis: Hackett Publishing.

Jap, S. D. (2001). "Pie Sharing" in Complex Collaboration Contexts. *Journal of Marketing Research,* 38(1), 86-99.

Järvinen, M. (2005). Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I I M.Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (27-48). København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005a). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I M.Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (9-24). København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2005b). Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I M.Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (97-120). København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, Marit (2010). *Almen praksis som tovholder for kronikere*. Århus: Center for Kvalitetsudvikling.

Jespersen, P. K. (2005). *Mellem profession og management : ledelse i danske sygehuse.* København: Handelshøjskolens Forlag.

Johansen, K., Andersen, J. S., Mikkelsen, S., Lynge, E. (2010). Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *Journal of Interprofessional Care,* 25(1), 59-65.

Juel, K. & Døssing, M. (2003). *KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet.* København: Statens Institut for Folkesundhed.

Juul, Lise et al. (2016). Effectiveness of a brief theory-based health promotion intervention among adults at high risk of type 2 diabetes: One-year results from a randomised trial in a community setting. *Primary Care Diabetes*, 10(2),111-120.

Jørgensen, L., Jordan, S., Mitterhofer, H. (2012). Sensemaking and discourse analyses in inter-organizational research: A review and suggested advances. *Scandinavian Journal of Management*, 28, 107-120.

Jørgensen, O. (2004). Sundhedsvæsenets kroniske koordinationsbesvær. *Mandag Morgen,* 9, 30-34.

Karlsson, I., Nilsson, M., Ekman, S. L. (2006). Physicians' expectations regarding registered nurses caring for older people living in sheltered housing, retirement homes and group dwellings. *Journal of Interprofessional Care,* 20(4), 381-390.

Kjellberg, P. K. (2017). Kora: På tide med strukturelle forandringer i sundhedsvæsenet. *Altinget.* Debat d. 9. februar 2017, hentet 2017, hentet fra: http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/kora-paa-tide-med-grundlaeggende-forandringer-i-sundhedsvaesenet

Kjøller, M., Juel, K., Kamper-Jørgensen, F. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark.* København: Statens Institut for Folkesundhed.

Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care.* 2*,* 1-6. Hentet 2017, hentet fra: https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.67/

Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly,* 13. Spec No: 6-15.

Kousgaard, M. B., Joensen, A. S. K., Thorsen, T. (2015). The challenges of boundary spanners in supporting inter-organizational collaboration in primary care – a qualitative study of general practitioners in a new role. *BMC Family Practice,* 16(17). Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/s12875-015-0231-z

Knowles, S. E., Chew.Graham, C., Coupe, N., Adeyemi, I, Keyworth, C., Thampy, H., Coventry, P. A. (2013). Better together? A naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implementation Science,* 8:110. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-110

Krasnik, Allan et al. (1982). *Den primære sundhedstjeneste i Danmark.* København: Sundhedsstyrelsen.

KL (2010). *Det nære sundhedsvæsen – et debatoplæg om kommunernes rolle i patientbehandlingen*. Hentet 2017, hentet på: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_41032/cf_202/Det_naere_sundhedsvaesen.PDF

KL (2012). *Det nære sundhedsvæsen.* Hentet 2017, hentet fra: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79011/cf_202/KL-udspil-_Det_n-re_sundhedsv-sen_-2012-.PDF

Knorr-Cetina, K. D. (1981). The microsociological challenge of macro-sociology: Toward a reconstruction of social theory and methodology. I K. Knorr-Cetin & A. V. Cicourel (Eds.). *Advances in social theory and metodology* (1-47). Boston: Routledge & Kegan Paul.

Krasnik, A. & Paulsen, B. (2009). Reforming primary helth care. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. B. Saltman (Eds.). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges* (233-254). Berkshire: Open University Press.

Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. (1999). *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode.* København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Intervieweing.* Tousand Oaks, CA: SAGE.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview : introduktion til et håndværk* (2. udgave / S. Kvale & S. Brinkmann (eds.)). København: Hans Reitzel Forlag.

Labaree, R. V. (2002). The risk of 'going observationalist': negotiating the hidden dilemmas of being an insider participant observer. *Qualitative Research,* 2(1), 97-122.

Lamothe, C. S. L. (2012). Sensemaking: a drivning force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management,* 26(6), 737-757.

Langer, S., Chew-Graham, C. A., Drinkwater, J., Afzal, C., Keane, K., Hunter, C., Guthrie, E., Salmon, P. (2014). A motivational intervention for patients with COPD in primary care: qualitative evaluation of a new practitioner role. *BMC Family Practice,* 15:164. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-164

Launsø, L. & Jensen, H. M. (1980). *Sundhedsarbejde på tværs. En analyse af primær sundhedstjeneste og alternativt sundhedsarbejde i en dansk kommune*. Institut for social medicin. København: Københavns Universitet.

Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. New York: Cambridge University Press.

Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward., N., Dahrouge, S., Ziebell, L. (2012). Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *J AM Board Fam Med,* 25, 168-176.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.

Lindberg, K. (2002). *Kopplandets kraft. Om organisering mellan organisationer*. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: The Russel Sage Foundation.

Luckmann, T. (1989). On Meaning in Everyday Life and in Sociology. *Current Sociology,* 37(1), 17-29.

Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N. S., Frølich, A. (2016). Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspecives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care,* 16(1):4. Hentet 2017, hentet fra: http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2449

Løkke, A., Fabricius, P. G., Vestbo, J., Marott, J. L., Lange, P. (2007). Forekomst af kronisk obstruktiv lungelidelse i København. Resultater af Østerbroundersøgelsen. *Ugeskrift for Læger,* 169(46), 3956-3960.

Maitlis, S., Vogus, T. J., Lawrence, T. B. (2013). Sensemaking and emotion in organizations. *Organizational Psychology Review,* 3(3), 222-247.

Maitlis, S., Christianson, M. (2014). Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *Academy of Management Annals*, 8, 57-125.

Malone, T. W. & Crowston, K. (1994). The interdisciplinary study of coordination. *ACM Compting Surveys (CSUR),* 26(1), 87-119.

Mandler, G. (1984). *Mind and body: Psychology of emotion and stress.* New York: Norton.

Manski-Nankerview, J., Furler, J., Blackberry, I., Young, D., O'Neal, D., Patterson, E. (2014). Roles and relationships between health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in the general practice setting: a qualitative study drawing on relational coordination theory. *BMC Family Practice,* 15(20). Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-20

March, J. & Olsen, J. P. (1995). *Democratic Governance.* New York: Free Press.

Martin, J. (1992). *Cultures in organizations.* New York: Oxford University Press.

McDonald J., Powel, D. G., Jayasuriya, R., Harris, M. F. (2011). Collaboration across private and public sector primary health care services: benefits, costs and policy implications. *Journal of Interprofessional Care,* 25:4, 258-264.

McDonald J., Jayasuriya, R., Harris, M. F. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research* 12:63. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-63

Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, & Society from the Standpoint o a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.

Mercer, J. (2007). The challenges of insider research in educational institutions: wielding a double-edged sword and resolving delicate dilemmas. *Oxford Review of Education,* 33(1). Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1080/03054980601094651

Merton, R. (1972). Insiders and outsiders: a chapter in the sociology of knowledge. *American Journal of Sociology,* 78, 9-47.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizaions: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology,* 83(2), 340-363.

Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook. 3.ed.* Thousand Oaks: SAGE.

Miliken, F. J. (1990). Perceiving and interpreting environmental change: An examination of college administrators' interpretation of changing demographics. *Academy of Management Journal*, 33, 42-63.

Mills, J. H., Thurlow, A., Mills, J. H. (2010). Making sense of sensemaking: the critical sensemaking approach. *Qualitative Research in Organizations and Management: An international Journal,* 5(2), 182-1995.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og forebyggelse.

Modin, S. (2010). Family physicians' experiences when collaboration with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Family Practice.* 11:82. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-82

Molin, K. R., Egerod, I., Valentiner, L. S., Lange, P., Langberg, H. (2016). General practitioners' perceptions of COPD treatment: thematic analysis of qualitative interviews. *The International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(11), 1929-1937.

Morgan, D. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research.* Newbury Park, CA: SAGE.

Morgan, D. (1997). *The Focus Group Guidebook* Newbury Park, CA: SAGE.

Morgan, D. & Scannell, A. U. (1998). *Planning Focus Groups.* Newbury Park, CA: SAGE.

Murphy, T. (2015). *Sensemaking. Introduktion til Karl Weick.* København: Hans Reitzels Forlag.

Mur-Veeman, I., Eijkelberg I., Spreeuwenberg, C. (2001). How to manage the implementation of shared care. A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *Journal of Management in Medicine,* 15(2), 142-155.

National Board of Health (2005). *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København: Sundhedsstyrelsen.

National Board of Health (2008). *Forløbsprogammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes.* København: Sundhedsstyrelsen.

Neergaard, H. (2007). *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser.* Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Neergaard, M. A., Olesen, F., Jensen, A. B., Sondergaard, J. (2010). Shared care in basic level palliative home care: organizational and interpersonal challenges. *Journal of Palliative Medicin,* 13(9), 1071-1077.

Neyland, D. (2008). *Organizational Ethnography.* London: SAGE.

Nielsen, J. C. R. & Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distance og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. I J. C. R. Nielsen (Ed.). *Anderledes tanker om livet i organisationer* (19-37). København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Nolte E. & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions: an introduction. I E. Nolte & M. McKee (Eds.). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective* (1-14). Berkshire: Open University Press.

Nyland, N. (2006). *Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000. En professionshistorie.* Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning, Almen Medicin, Syddansk Universitet.

Okhuysen, G. A. & Bechky, B.A. (2009). 10 coordination in Organizations: An Integrative Perspective. The Academy of Management Annals, 3(1), 463-502.

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition,* 14 (2), 1-192.

Orr, J. (1987). Narratives at work: story telling as cooperative diagnostic activity. *CSCW '86 Proceedings of the 1986 ACM conference on Computer-supported cooperative work,* 62-72.

Papaioannou, D., Sutton, A., Carroll, C., Booth, A., Wong, R. (2009). Literature searching for social science systematic reviews: consideration of a range of search techniques. *Health Information and Libraries Journal,* 27, 114-122.

Patriotta, G. (2003). Sensemaking on the Shop Floor: Narratives of Knowledge in Organizations. *Journal of Management Studies,* 40(2), 349-375.

Patterson, E., Muenchberger, H., Kendall, E. (2007). The role of practice nurses in coordinated care of people with chronic and complex conditions. *Australien Health Review*, 31(2), 231-238.

Peffer, J. (1985). *Organizations and organization theory*. Boston: Pitman.

Peirce, C. S. (1955). Abduction and induction. I J. Buchler (Ed.). *Philosophical writings of Peirce, chapter 11* (150-156). New York: Dover.

Perrow, C. (1986). *Complex organizations* (3rd ed.). New York: Random House.

Petersen, M. N. (2016). *Når nordjyske forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme – perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet. Ph.d. afhandling.* Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Petticrew, M. R. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide.* Oxford: Blackwell Publishing.

Platt, J. (1981). On interviewing one's peers. *The British Journal of Sociology,* 32(1), 75-91.

Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences.* Albany: State University of New York Press.

Porac, J. F., Thomas, H., Baden-Fuller, C. (1989). Competitive groups as cognitive communities: The case of Scottish knitwear manufactures. *Journal of Management Studies,* 26, 397-416.

Poulsen, B. (2005). Roller og rollekonflikter – fra entydighed til flertydighed. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å. Andersen (Eds.). *Socialkonstruktivitiske analysestrategier* (161-184). Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

Powny, J. & Watts, M. (1987). *Interviewing in educational research.* London: Roudledge & Kegan Paul.

Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care,* 22(2),133-147.

Raaijmakers, L. G. M., Hamers, F. J. M., Martens, M. K., Bagchus, C., de Vries, N. K., Kremers, S. P. J. (2013). Perceived facilitators and barriers in diabtets care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Family Practice,* 14(114). Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-114

Reff Pedersen, A. (2005). Fortælling som analysestrategi – en polyfonisk tilgang. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å. Andersen (Eds.). *Socialkonstruktivitiske analysestrategier* (235-260). Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

Reff Pedersen, A. (2008). Narrative identity work in a medical ward: A study of diversity in health care identites. *Tamara Journal of Crital Organisation Inquiry*, 7(1), 38-53.

Reff Pedersen, A. & Borum, F. (2008). *Fusioner, ledelse og fortællinger: integration og polyfoni i det danske sundhedsvæsen.* København: Handelshøjskolens forlag.

Region Midtjylland (2009). *Forløbsprogram for type 2 diabetes*. 1. Udgave.

Region Midtjylland (2012). *Forløbsprogram for type 2 diabetes.* 2. udgave.

Rennison, B. W. (2000). Offentlig ledelse? – en fortælling om fortællingen om New Public Management og et alternativt studie på vej…*MPP Working Paper No. 1/2000.* København: Department of Management, Politics and Philosophy, Copenhagen business School.

Rieck, A. M. (2014). Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. *Journal of Interprofessional Care,* 28(5), 440-446.

Rhodes, C. & Brown, A. D. (2005). Narrative, organizations and research. *International Journal of Management Reviews,* 9(1), 167-188.

Risberg, A., Tienari, J., Vaara, E. (2003). Making sense of a transnational merger: Media texts and the (re)construction of power relations. *Culture and Organization,* 9(2), 121-137.

Rubow, C. (2003). Samtalen. Interviewet som deltagerobservation. I K. Hastrup (Ed.). *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode* (227-245). København: Hans Reitzels Forlag.

Rudkjøbing, A., Olejaz, M., Birk, H. O., Nielsen, A. J. Hernández-Quevedo, C., Krasnik, A. (2012). Integrated care: a Danish perspective. *BMJ*, 345(2012), s. 4451.

Rudkjøbing, A., Strandberg-Larsen, M., Vrangbæk, V., Andersen, J. S., Krasnik, A. (2014). Health care agreements as a tool for coordination health and social services. *International Journal of Integrated Care*, 2014;14(4). Hentet 2017, hentet fra: http://doi.org/10.5334/ijic.1452

Saldaña, J. (2009/2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers.* London: SAGE.

Sandberg, J. & Tsoukas, H. (2015). Making sense of the sensemaking perspective: Its constituents, limitations, and opportunities for further development. Journal of Organiztional Behavior, 36(1), 6-32.

Schutz, A. (1964). The stranger: An essay in social psychology. I *Collective papers Vol. 2,* 91-105. The Hague, Netherlands: Martinus Nijohoff.

Schutz, A. (1972/2005). *Hverdagslivets sociologi.* København: Hans Reitzels Forlag.

Schön, D. A. (1983). *The reflectiv practitioner*. New York: Basic Books.

Scott, W. R. (2003). Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and Corporate Change*, 12(4), 879-894.

Seemann, J. (1994). Det fragmenterede sundhedsvæsen. *LederInfo,* Juni 2004. Dansk Sygeplejeråd.

Seemann, J. (1996). *Når organisationer skal samarbejde. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer.* København: Munksgaard.

Seemann, J. (1999). Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. I E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (Eds.). *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag.

Seemann, J. (2001). *Integrative og disintegrative kræfter i det danske sundhedsvæsens grænserelationer – nogle strøtanker om "Problematikkens konstans", "ju-hu-retorik" og "jysk/fynsk skepsis.* Arbejdspapir i forbindelse med den 16. Nordiska Företagsekonomiska ämneskonferens, Uppsala Universitet, 16.-18. August, 2001, upubliceret.

Seemann, J. (2005). Samordning i det danske sundhedsvæsen. Paper til *Nettverksseminar, Bergen, d. 25. nov. 2005.* Hentet 2017, hentet fra: www.polis.no/files/Nettverksseminar/Janne%20Seeman%2025%20nov%202005.pdf

Seemann, J. & Antoft, R. (2002). *Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis.* FLOS Forskningsrapport nr. 3.

Seemann, J. & Gustafsson, J. (2017). Integration in the spotlight: Fighting silo barriers and fragmented healthcare in Denmark. I G. Giarelli, B. Jacobsen, M. Nielsen & G. S. Reinbacher (Eds.). *Future challenges for health and healthcare in Europe* (49-70). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Simmel, G. (1950). *The sociology of Georg Simmel.* New York: Free Press.

Snow, D. A., Rochford, E. B. Jr., Worden, S. K., Benford, R. D. (1986). Frame alignment processes, micromobilization, and movement participation. *American Sociological Review,* 51, 464-481.

Sortsø, C., Green, A., Jensen, P. B., Emneus, M. (2015). Societal costs of diabetes melllitus in Denmark. *Diabetic Medicine*, 33(7), 877-885.

Speed, S. & Luker, K. A. (2006). Getting a visit: How district nurses and general practitioners 'organise' each other in primary care. *Sociology of Health & Illness.* 27(7), 883-902.

Spradley, J. P. (1980). *Participant observation.* Belmont, CA: Wadsworth.

Starbuck, W. H. & Miliken, F. J. (1988). Executives' perceptual filters: What they notice and how they make sense. I D. C. Hambrick (Ed.). *The executive effect: Concepts and methods for studying top managers* (35-65). Greenwich, CT: JAI.

Starfield, B. & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60(3), 201-218.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.

Staunæs, D. & Søndergaard, D. M. (2005). Interview i en tangotid. I M.Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (49-72). København: Hans Reitzels Forlag.

Strandberg-Larsen, M. Bernt Nielsen, M., Krasnik, A. (2007). Are joint health plans effective for coordination of health services? An analysis based on theory and Danish pre-reform results. *International Journal of Integrated Care*,7(4). Hentet 2017, hentet fra: http://doi.org/10.5334/ijic.220

Strandberg-Larsen, M. & Krasnik, A. (2008). Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark. International Journal of Integrated Care. 8, 1-13. Hentet 2017, hentet fra: http://doi.org/10.5334/ijic.282

Strauss, A. (1978): *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes, and Social Order.* London: Jossey-Bass Publishers.

Sullivan, H. S. (2012). Conceptions of Modern Psychiatry: The First William Alanson White Memorial Lecutres. *Psychiatry*, 75(1), 3-17.

Sunaert, P., Vandekerckhove, M., Bastiaens, H., Feyen, L., Bussche, P. V., De Maeseneer, J., De Sutter, A., Willems, S. (2011). Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 12:94. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-94

Sunaert, P., Willems, S., Luc, F., De Sutter, A. (2014). Engaging GPs in insulin therapy initiation: A qualitative study evaluating a support program in the Belgian context. *BMC Family Practice*, 15:144. Hentet 2017, hentet fra: https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-144

Sundhedsstyrelsen (2003). *Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007). *KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2008). *Forløbsprogram for kronisk sygdom.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010). *Tal på diabetes i kommunerne.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2014a). *Samarbejde om forebyggelse – anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2014b). *National Klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark.* København: Sundhedsstyrelsen.

Sutcliffe, K. M. (1994). What executives notice: Accurate perceptions in top management teams. *Academy of Management Journal,* 37, 1360-1378.

Sylvain, C. & Lamothe, L. (2012). Sensemaking: a drivning force behind the integration of professional practices. *Journal of Health Organization and Management,* 26(6), 737-757.

Søderberg, A. M. (2003). Sensegivning and sensemaking in an integration processes. A narrative approach to the study of international acquisitions. I B. Czarniawska & P. Gagliardi (Eds.), *Narratives we organize by: Narrative approaches in organization studies* (3-36). Amsterdam: John Benjamins Publising Company.

Søderberg, A. M. (2004). Konstruktion af identitet og mening i en organisatorisk forandrings proces: Diskursanalyse af fortællinger om en fusion. I S. Kjærbeck (Ed.). *Historiefortælling i praktisk kommunikation* (53-78). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Søderberg, A. M. (2006). Narrative Interviewing and Narrative Analysis in a Study of a Cross-border Merger. *Management International Review*, 46(4), 397-416.

Tamayo, T., Rosenbauer, J., Wild, S. H., Spijkerman, A. M. W., Bann, C., Forouhi, N. G., Herder, C., Ratmann, W. (2014). Diabetes in Europe: An update. *Diabetes research and clinical practice*, 103, 206-217.

Tanggard, L. & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds). *Kvalitative metoder. En grundbog* (489-499). København: Hans Reitzels Forlag.

Taylor, J. R. & Van Every, E. J. (2000). *The Emergent Organization: Communication as Its Site and Surface*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Thorsen, T. (2011). *Samarbejde mellem almen praksis og kommunerne i Vestegnsprojektet.* Synthese.

Tracy, S. J., Myers, K. K., Scott, C. W. (2006). Cracking Jokes and Crafting Selves: Sensemaking and Identity Management Among Human Service Workers. *Communication Monographs*, 73(3), 283-308.

Trice, H. M. & Beyer, J. M. (1993). *The cultures of work organizations.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine,* 344(18), 3230-3236.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framwork based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 13. Hentet 2017, hentet fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/

Van der Boom, H. C. I. (2008). *Home nursing in Europe: patterns of professionalisation and institutionalisation of home care and family care to elderly people in Denmark, France, the Netherlands and Germany.* Maastricht: Universitet Maastricht.

Vikkelsø, S., Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet.* København Ø: Handelshøjskolens Forlag.

Vinge, S. & Kilsmark, J. (2009). *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling. Belyst via interviewundersøgelse blandt hjemmesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder.* København: Dansk Sundhedsinstitut.

Vinge, S. (2010). *Ledelse og udvikling i almen praksis. Et pilotstudie om de ledelsesmæssige udfordringer i et lægehus i udvikling.* København: Dansk Sundhedsinstitut.

Vlaar, P. W. L., Van den Bosch, A. J., Volberda, H. W. (2006). Coping with Problems of Understanding in Interorganizational Relationships: Using Formalization as a Means to Make Sense. *Organization Studies,* 27(11), 1617-1638.

Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M., Vrangbæk, K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care,* 9(1). Hentet 2010, hentet fra: http://doi.org/10.5334/ijic.302

Waldorff, F. B., Bülow, L. B., Malterud, K., Waldemar, G. (2001). Management of dementia in primary health care: the experiences of collaboration between the GP and the district nurse. *Family Practice,* 18(5), 549-552.

Walsh J. P. & Ungson G. R. (1991). Organizational memory. *Academy of Management Review*, 16, 54-91.

Walshe, C., Cew-Graham, C., Todd, C., Caress, A. (2008). What influences referrals within community palliative care services? A qualitative case study. *Social Science & Medicine*, 67(1), 137-146.

Weber, K. & Glynn, A. (2006). Making sense with institutions: Context, thought and action in Karl Weick's theory. *Organizational Studies*, 27(11), 1639-1660.

Weick, K. E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situations. *Journal of Management Studies,* 25, 305-317.

Weick, K. E. (1989). Theory construction as disciplined imagination. *Academy of Management Review*, 14, 516-531.

Weick, K. E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly,* 38, 628-652.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Weick, K. E. (2000). Emergent Change as a Universal in Organisations. Gentrykt i K. Weick (Ed.)(2009), *Making Sense of the Organization: the impermanent organization* (pp. 229-241), Croydon: John Wiley & Sons LTd.

Weick, K. E. (2001). *Making Sense of the Organization.* Malden, MA: Blackwell Publishing.

Weick, K. E. (2011). Organized sensemaking: A commetary on processes of interpretive work. *Human relations*, 61(1), 141-153.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. E., Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.

Weiley, N. (1988). The micro-macro problem in social theory. *Sociological Theory,* 6, 254-261.

Williams, A. & Sibbald, B. (1999). Changing roles and identites in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing,* 29(3), 737-745.

Williams, P. & Sullivan, H. (2009). 'Faces of integration', *International Journal of Integrated Care*, 9(22), 1-13.

Weitzman, E. A. & Miles, M. B. (1995). Choosing software for qualitative data analysis: An overview. *Cultural Antrhopolog Methods,* 7(2), 2-5.

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization. Geneva.

World Health Organization (2008). *The world Health report 2008: primary health care now more than ever*. World Health Organization. Geneva.

World Health Organization (2011). *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost*. World Health Organization. Geneva.

Wrzesniewski, A.J., Dutton, J. E., Debebe, G. (2003). Interpersonal sensemaking and the meaning of work. I B. M. Staw, R. M. Kramer (Eds.). *Tesearch in Organizational Behavior,* 25, 93-135. Oxford: Elsevier.

Xyrichis A. & Lowton, K. (2007). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies,* 45(1), 140-153.

Yanow, D. (2012). Organizational ethnography between toolbox and world-making. *Organizational ethnography,* 1(1), 31-42.

Ybema, S., Yanow, D., Wels, H., Kamsteeg, F. H. (2009). *Organizational Ethnography. Studying the Complexity of Everyday Life.* London: SAGE.

Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Designs and Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods.* Thousand Oaks, CA: SAGE.

Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering af kommunalreformen.* København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Ølgod, Jutta (1998). *Samarbejdsproblemer i sundhedsvæsenet: belyst ved behandlingen af bevægeapparatlidelser.* København: Foreningen af danske Lægestuderendes Forlag.

APPENDIX

Appendix A. Litteratursøgningsmetode 333

Søgestrategi 333
Valg af studier 334
Søgeprocessen 335
Skematisk oversigt over søgeprocessen 336

Appendix B. Kodning af feltmaterialet 337

Appendix A. Litteratursøgningsmetode

Jeg har løbende under arbejdet med afhandlingen søgt på relevant litteratur i forhold til afhandlingens emne og problemstilling. For at placere afhandlingen i en aktuel national og international relevant faglig kontekst har jeg i november 2016 foretaget en systematisk litteratursøgning på emneord, der knytter an til afhandlingens tema. Målet med den systematiske litteratursøgning og gennemgang har været at afdække hvilken viden, der findes på området, samt hvordan nærværende studie er med til at supplere denne viden (Petticrew & Roberts, 2006). Det kan imidlertid være en udfordring, at afhandlingens emne og problemstilling placerer sig i krydsfeltet mellem sundhedsvidenskab og socialvidenskab. Dette gælder dels i forhold til at identificere relevante databaser. Dels fordi begreber inden for socialvidenskaberne ofte er ”ambiguous, poorly defined and constantly changing” (Papaioannou et al., 2009, s. 116). Sidstnævnte gør det vanskeligt at søge ensartet på tværs af databaserne, fordi relevante artikler kan være indekseret under forskellige emneord. Begreber angående det tværgående samspil mellem professionelle aktører i det nære sundhedsvæsen kan eksempelvis både rummes i emneord som koordination, samarbejde, interpersonelle relationer, social interaktion, interprofessionelle relationer, kommunikation osv. Papaioannou et al. anbefaler, at man i sådanne tilfælde supplerer den systematiske litteratursøgning med andre typer søgninger såsom gennemgang af relevante artiklers litteraturlister, søgning på citationer fra relevante artikler, systematisk gennemgang af alle artikler i særligt relevante ”journals” samt rådføring med eksperter på området (Ibid.).

Søgestrategi

Gennemgangen af litteraturen er baseret på en systematisk litteratursøgning i november 2016 i PubMed, CINAHL, EMBASE og Sociological Abstracts samt supplerende søgninger i SCOPUS. I hver af databaserne er der søgt på kontrollerede emneord (MeSH, CINAHL headings, EMTREE og Sociological Thesaurus) for følgende fire kategorier: (1) Det nære/primære sundhedsvæsen (2) Det tværgående samspil og (3) Kvalitative studier. Relevante søgeord inden for én af kategorierne (1), (2) og (3) blev kombineret med ”Boolean” ’OR’, og de tre kategorier blev kombineret med AND sammen med (4) emneord for enten KOL eller type 2-diabetes.[31] I forhold til emneord for det tværgående samspil har jeg valgt mere overordnede/brede emneord fremfor mere specifikke for at indfange så mange

[31] Søgningen for type 2-diabetes i PubMed så eksempelsvis således ud: ((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) AND (((((("General Practice"[Mesh]) OR "General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh])) OR "Primary Health Care"[Mesh])) AND ((((("Social Behavior"[Mesh]) OR "Interpersonal Relations"[Mesh]) OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh]) OR "Communication"[Mesh])) AND qualitative research”[MeSH Terms]

relevante artikler som muligt (f.eks. ”Social Behavior” frem for ”Cooperative Behavior”, idet sidstnævnte er klassificeret under ”Social Behavior”). For at afgrænse søgningen er der alene søgt på KOL og type 2-diabetes. Søgninger kombineret med eksempelvis ”chronic disease” har ikke genereret andre relevante artikler, men har overvejende ledt til artikler om type 2-diabetes. Dette skyldes muligvis, at artiklerne overvejende bliver indekseret under sygdomsspecifikke emneord. Jeg vurderer endvidere, at de mere specifikke søgninger på KOL og type 2-diabetes er med til at indfange meget af den relevante litteratur angående det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen. Begge sygdomme – dog især type 2-diabetes – er i en international kontekst hyppigt fremtrædende i bestræbelserne på at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af professioner, organisationer og sektorgrænser (Bodenheimer et al., 2002a, 2002b; McDonald, 2011). Det skyldes for det første, at begge sygdomme er hyppigt forekommende (høj prævalens) med store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser (Barnes, 2000). For det andet kræver de ofte behandling og pleje af forskellige sundhedsprofessionelle aktører i forskellige dele af sundhedssystemerne, hvilket stiller særlige krav til koordination, samarbejde og kommunikation (McDonald et al., 2009; Raaijmakers et al., 2013).

Som supplerende søgestrategier er alle titler på publicerede artikler i ”Journal of integrated Care” og ”Journal of interprofessional Care ” fra år 2000 og frem blevet gennemset og mulige relevante artikler er blevet gennemgået, ligesom bibliografierne fra alle inkluderede artikler er blevet gennemgået. I forhold til at identificere relevante danske studier har jeg foretaget supplerende søgninger i bibliotek.dk og i den danske forskningsdatabase på danske og engelske ord for det tværgående samspil, almen praksis og kommune.[32] I forhold til den meningsskabende litteratur er der i alle databaserne søgt åbent på ordet ’sensemaking’, og alle titler er blevet gennemgået i forhold til artikler, der omhandler meningsskabelse i en primær sundhedskontekst. Endvidere er der søgt i ProQuest på abstracts, der indeholder ordene ’sensemaking’ og ’primary health care’.

Valg af studier

Inklusionskriterier for relevante studier er: Forskning formidlet på engelsk, dansk, svensk eller norsk, forskning fra vestlige lande baseret på en formodning om en vis kulturel lighed, peer reviewed artikler eller bogkapitler, kvalitative studier og forskning, der identificerer professionelle aktørers perspektiver på det tværgående samspil og de tværgående relationer i det nære sundhedsvæsen i forhold til mennesker med kronisk sygdom (med aktører forstås aktører fra almen praksis eller andre aktører såsom sygeplejersker, diætister, ergo-/fysioterapeuter m.m., der arbejder i en kommunal kontekst).

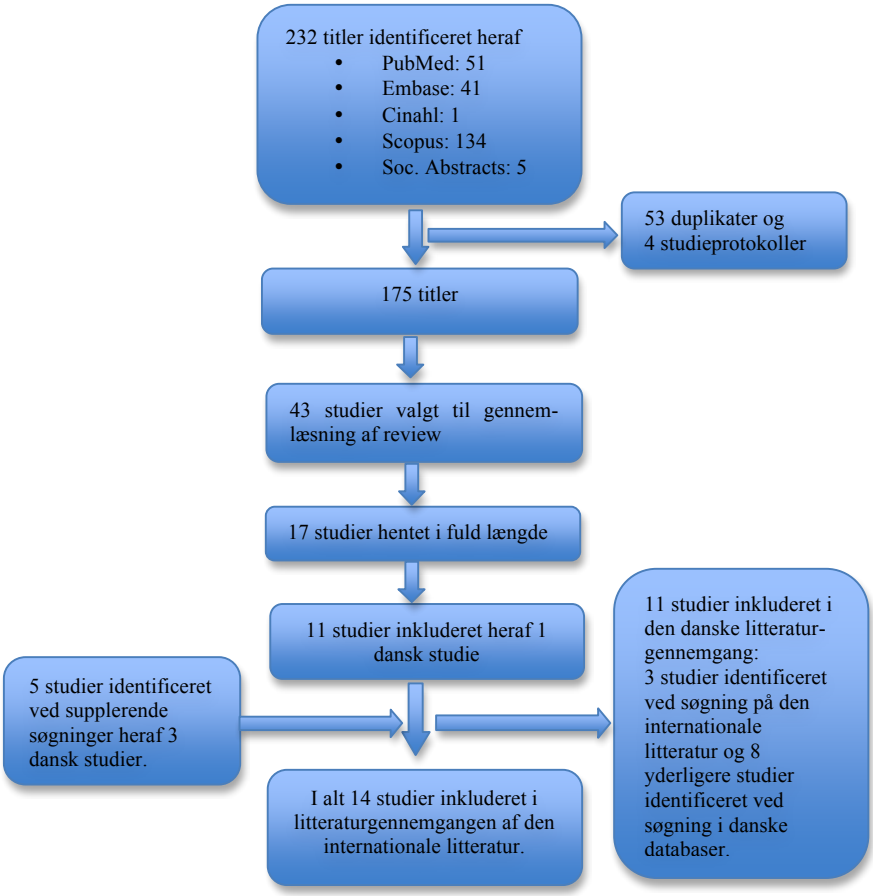
[32] F.eks.en søgning på: (samspil* OR koordin* OR integr* OR samarbejd* OR samord*) AND (kommun*) AND (almen prak*) AND (sundhed* OR kronisk)

Eksklusionskriterier har været: Kvantitative studier, studieprotokoller, forskning med fokus på børn med kronisk sygdom og med fokus på psykisk sygdom, da begge involverer en række andre udfordringer for det tværgående samspil i det nære sundhedsvæsen samt en række andre samarbejdsrelationer end arbejdet med somatiske kroniske sygdomme for ældre borgere gør (Knowles et al., 2013; Langer et al., 2014), forskning der omhandler teamsamarbejde i primære pleje- og behandlingskontekster, da afhandlingens problemstilling angår samspilsrelationer, der krydser organisatoriske grænser. Sidstnævnte giver en række andre problemstillinger end samspillet i teams, hvor der ofte er både fælles ledelse, samlokalisering og fælles møder, der kan være med til at facilitere det tværgående samspil, om end der også vil være interprofessionelle problemstillinger, som også er relevante for førstnævnte (Xyrichis & Lowton, 2007; Legault et al., 2012; McDonald et al., 2012; Manski-Nankervis et al., 2014).

Søgeprocessen

I alt blev 232 titler identificeret i de fem databaser, hvoraf 175 var tilbage efter fjernelse af duplikater. På baggrund af gennemgang af titlerne blev 43 studier valgt ud til gennemgang af review og heraf blev 17 studier valgt til gennemlæsning i fuld længde. Inklusionskriterierne blev mødt af 11 studier heraf 1 dansk studie (Molin et al. 2016) (se evtuelt figur 3. for en skematisk oversigt over søgeprocessen). Ved supplerende søgninger blev der fundet 5 relevante studier. I alt blev fundet 16 relevante studier, hvoraf 3 var danske studier (Christensen, 2017; Lyngsø, 2016; Molin, 2016). De 3 danske studier bliver gennemgået sammen med de øvrige 8 danske studier, der blev fundet ved gennemgang af forskningsdatabasen og bibliotek.dk, mens de internationale studier bliver rapporteret særskilt.

Skematisk oversigt over søgeprocessen



Figur 3. Skematisk oversigt over litteratursøgningsprocessen.

Appendix B. Kodning af feltmaterialet

I den systematiske kodning af feltmaterialet har kodeprocessen været delt op i to successive trin: 1) En åben kodning af de tre fokusgruppeinterviews, hvor koderne er blevet genereret på baggrund af feltmaterialet (Charmaz 2006/2012; Saldaña, 2009/2013). 2) En lukket kodning af de individuelle dybdegående kvalitative interviews og feltobservationerne på baggrund af koder og temaer udviklet i første dele af kodeprocessen og koder udviklet på baggrund af afhandlingens særlige teoretiske perspektiver.

I første trin blev de tre fokusgruppeinterviews kodet ved hjælp af en første runde åben kodeproces inspireret af Kathy Charmaz' tilgang til grounded theory og linje-for-linje kodning, der er blevet fulgt af en anden runde "mønsterkoder" (Charmaz, 2006/2012; Miles et al. 2014). Dette skete på et tidspunkt i forskningsprocessen, hvor jeg endnu ikke var begyndt at orientere mig imod det meningsskabende perspektiv. Jeg havde på et tidligere tidspunkt i ph.d. projektets forløb analyseret de tre fokusgruppeinterviews ved hjælp af meningskondensering (Kvale & Brinkmann, 2009). Hovedtemaerne, der fremkom på baggrund af denne analyse, havde jeg fremlagt i rapporten "Koordination og samarbejde i det nære sundhedsvæsen. En pilotundersøgelse af forhold der hæmmer eller fremmer samarbejdsrelationen mellem almen praksis og kommune i relation til borgere med KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom" (Andersen, 2012). Senere fandt jeg i forbindelse med et ph.d. kursus om kodning og NVivo ud af, at en mere detaljeret og mættet kodning af materialet kunne hjælpe mig til at se nye perspektiver i materialet, og jeg valgte derfor at genkode de tre fokusgruppeinterviews. Målet med en genkodning ud fra en åben kodeproces og en bottom-up analysestrategi var at udforske kategorier og temaer i feltmaterialet med henblik på at strukturere og give retning til det videre analysearbejde. Endvidere er det en fordel ved den åbne kodeproces og især linje-for-linje kodningen, hvor man minutiøst og omhyggeligt arbejder sig gennem feltmaterialet, at det kan hjælpe forskeren til at undgå at lave forhastede begrebsmæssige og teoretiske slutninger (Charmaz, 2006/2012.). Set i lyset af min tidligere diskuterede nærhed til feltet og dele af felten fandt jeg, at denne måde at arbejde med feltmaterialet på kunne hjælpe mig til at se 'det velkendte i nyt lys'.

I linje-for-linje-kodningen anbefales det at anvende proceskoder i form af verber, der i aktiv form beskriver den handling eller oplevelse, som en interviewperson omtaler (Saldaña, 2009/2013). Anvendelse af proceskoder i første del af kode-/analyseprocessen hjælper til at bringe processer og de interviewedes følelser, erfaringer og perspektiver i forgrunden. Brugen af proceskoder er med andre ord en måde til konstant at minde forskeren om, at organisering er noget, som hele tiden sker, og som er tæt forbundet med meningsskabelse og løsning af problemer i hverdagens praksis. Endvidere hjælper proceskoderne til at få øje på det flydende og dynamiske aspekt af kategorier, som man ellers let kommer til at fiksere såsom identitet, erindring, tillid osv. I forhold til afhandlingens problemstilling har proces-

koderne hjulpet mig til at begynde at analysere, hvordan aktørerne implicit og/eller eksplicit synes at positionere sig i forhold til hinanden, samt hvordan de konstruerer og eventuelt forhandler mening med sig selv og mellem hinanden. Undervejs har jeg endvidere kodet hver gang, der i feltmaterialet optræder enten hele eller dele af fortællinger. Disse har jeg kodet med henblik på at kunne sammenligne og analysere, hvad det er for nogle små og store fortællinger, aktørerne bringer i spil, og hvordan de er med til at reflektere eller konstituere mening. Endelig har jeg også løbende i analysearbejdet brugt refleksive koder til at registrere steder i feltmaterialet, hvor min rolle som forsker eller som tidligere ansat i kommunen er kommet i spil (Kvale & Brinkmann, 2009). På den måde har jeg løbende søgt at undersøge og reflektere over, dels hvordan jeg er blevet positioneret af mine informanter, og hvilke mulige konsekvenser det har haft for mit feltarbejde og mit feltmateriale. Dels hvordan jeg selv i kraft af min tidligere ansættelse i kommunen og via min teoretiske viden om området har haft bestemte forventninger og fordomme i forhold til informanterne og emneområdet, som har påvirket mine meningskonstruktioner.

Efter den første koderunde med linje-for-linje-kodning af interviewene, har jeg læst koderne igennem, sammenlignet dem og søgt at samle og organisere dem under ”meta-koder”, der dækker og sammenfatter indholdet i hver kategori (Miles et al., 2014). Jeg har i denne del af processen været inspireret af Miles og Hubermans tilgang til anden runde kodningsmetode kaldet ”mønster kodning” (”pattern coding”) (Ibid.). Målet med mønsterkoderne er med udgangspunkt i koderne fra første koderunde at komprimere og organisere feltmaterialet, men samtidig også at begynde at analysere og give det mening ved at identificere gryende temaer, konfigurationer og forklaringer (Saldaña, 2009/2013). Ved at se efter mønstre i koderne fra første koderunde i forhold til eksempelvis adfærd, rutiner, normer, forhold, termer, forklaringer, fortællinger, organiseringer m.m. har jeg søgt at finde frem til mere overordnede meta-koder og deres eventuelle underkategorier. Som en hjælp til at skabe overblik og få styr på de forskellige karakteristika involveret i meta-koderne og deres underkategorier har jeg brugt forskellige kodedisplays bl.a. af netværkstypen og matrix-typen (Miles et al., 2014). Brugen af displays hjælper ikke bare til at organisere og skabe overblik over meta-koderne og deres underkategorier, men kan også hjælpe som et analytisk værktøj i forhold til analyser af den mening, som forskellige aktører i og mellem organisationer og profession tillægger et begreb, en funktion, en organisation m.m. Som del af analysen af fokusgrupperne er meta-koderne endvidere blevet sammenholdt med begreber fra den teoretiske litteratur og eventuelt integreret, hvor det er blevet fundet relevant. Jeg har løbende noteret teoretiske begreber og overvejelser i relation til mine koder og feltmaterialet i analytiske memo’er, når de er faldet mig ind (Saldaña, 2009/2013). Memoer har på den måde fungeret som et ’analytisk redskab’, hvor jeg har ført log i forhold til at dokumentere processen, og hvor jeg har udforsket og reflekteret over valg af koder, deres forskellige underkategorier samt sammenhængene mellem dem, teoretiske idéer osv. (Saldaña, 2009/2013; Charmaz, 2012).

Kodningen af fokusgruppeinterviewene har genereret en masse mønsterkoder og tematiske undersøgelsesmuligheder, som jeg ikke kommer til at udfolde i denne afhandling. Analysearbejdet har dog på ingen måder været spildt. For det første har det minutiøse analysearbejde med fokusgruppeinterviewene forhåbentligt været med til at skabe en sensitivitet for mulige betydningskonstruktioner af feltmaterialet, som ikke kun er tydelig i analyserne af materialet fra fokusgruppeinterviewene, men som også fremgår af analyserne af det øvrige feltmateriale. For det andet var det under det intensive kodearbejde med fokusgruppeinterviewene, at jeg begyndte at interessere mig for det meningsskabende perspektiv og her så muligheder for at udfolde dele af feltmaterialet på en anden måde, end jeg hidtil havde tænkt. Der er derfor stadig mange dele fra dette første analysetrin, som er bragt med videre og bl.a. indgår i afhandlingens endelige analyser. Det er således også gennem undersøgelse af meta-koderne fra fokusgruppeinterviewene ud fra det meningsskabende perspektiv og løbende sammenstilling heraf med feltmaterialet fra observationerne og de individuelle interviews, at mere overordnede kategorier og temaer begyndte at udkrystallisere sig. De genererede meta-koder og kategorier er bl.a. blevet brugt til at belyse, hvilke ”ledetråde for koordineret handling” og rammer, aktørerne hæfter sig ved og trækker på, når de søger at skabe mening med samspillet og afsøger forskellige handlemuligheder (Weick, 1995, s. 42-43).

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7210-038-8

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG