

# INDHOLDSFORTEGNELSE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INDLEDENDE BETRAGTNINGER .....</b>                       | <b>4</b>  |
| 1.1. Ældreplejen som et socialt problem.....                   | 5         |
| 1.2. Sundhedsaftaler .....                                     | 7         |
| 1.3. Tidligere aftaler om samarbejde i sundhedsvæsenet.....    | 8         |
| 1.4. Samarbejde på tværs af organisationsgrænser .....         | 11        |
| <b>2. PROBLEMFORMULERING .....</b>                             | <b>13</b> |
| 2.1. Fremgangsmåde til besvarelse af problemformuleringen..... | 16        |
| 2.2. Begrebsafklaringsafsnit.....                              | 18        |
| 2.2.1. Sundhedsvæsenets struktur .....                         | 18        |
| 2.2.2. Patientforløb .....                                     | 19        |
| 2.3. Specialets design .....                                   | 20        |
| <b>3. VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER .....</b>              | <b>21</b> |
| 3.1. Fænomenologisk videnskabsteori.....                       | 21        |
| 3.1.1. Hvad er fænomenologi?.....                              | 21        |
| 3.1.2. Første-persons perspektivet .....                       | 22        |
| 3.1.3. Epoché og reduktion .....                               | 23        |
| 3.1.4. Til sagen selv begrebet .....                           | 24        |
| 3.1.5. Livsverdensbegrebet .....                               | 25        |
| 3.2. Alfred Schutz' fænomenologi .....                         | 25        |
| 3.3. Fænomenologien i specialet .....                          | 27        |
| <b>4. METODE .....</b>   | <b>29</b> |
| 4.1. Indefra perspektiv .....                                  | 29        |
| 4.2. Kvalitativt forskningsinterview .....                     | 31        |
| 4.2.1. Kvalitativt interview i specialet .....                 | 32        |
| 4.2.2. Hvilken viden kan kvalitative interviews skabe?.....    | 33        |
| 4.3. Refleksioner over interview som metode .....              | 34        |
| 4.3.1. Interviewet som iagttagelse .....                       | 34        |
| 4.3.2. Analysestrategier til interview som metode.....         | 36        |
| 4.3.3. Interviewets viden af anden orden .....                 | 37        |
| 4.4. Opsummering af metodeafsnit .....                         | 37        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>4.5 Udvalgelse af interviewpersoner.....</b>   | <b>38</b>  |
| <b>4.6. Interviewguide .....</b>  | <b>39</b>  |
| <b>4.7. Transskription af interviews.....</b>   | <b>40</b>  |
| 4.7.1. Reliabilitet af interviews.....  | 40         |
| 4.7.2. Validiteten af interviews.....   | 41         |
| 4.7.3. Generaliserbarhed .....  | 42         |
| <b>5. TEORI .....</b>   | <b>43</b>  |
| <b>5.1. Organisationer – en definition.....</b>   | <b>43</b>  |
| <b>5.2. Organisationsteori.....</b>   | <b>45</b>  |
| <b>5.3. Organisationers mål og omgivelser .....</b>   | <b>46</b>  |
| 5.3.1. Offentlige organisationers mål.....  | 46         |
| 5.3.2. Organisationers omgivelser .....   | 47         |
| 5.3.3. Institutionelle omgivelser .....   | 48         |
| <b>5.4. Kommunikation i organisationer .....</b>  | <b>50</b>  |
| 5.4.1 Kommunikationsprocessen.....  | 50         |
| 5.4.2 Kommunikationsproblemer i en organisation.....  | 54         |
| 5.4.3. Organisationsstrukturens betydning for kommunikationen .....                                   | 55         |
| <b>5.5. Oprationalisering af teoriafsnittet.....</b>  | <b>57</b>  |
| <b>6. ANALYSE .....</b>   | <b>59</b>  |
| <b>6.1. Analysestrategi.....</b>  | <b>59</b>  |
| 6.1.1. Meningskondenseringer på baggrund af interviewtransskriptioner .....                           | 60         |
| <b>6.2. Analysedel 1 .....</b>  | <b>63</b>  |
| 6.2.1. Sygehusorganisationen .....  | 63         |
| 6.2.2. Sundhedsaftalerne i praksis. ....  | 66         |
| 6.2.3. Sygeplejerskerne om de gode patientforløb.....   | 67         |
| 6.2.4. Sygeplejerskernes mål i handleplaner.....  | 69         |
| 6.2.5. Økonomisk effektivitet og omgivelserne.....  | 72         |
| 6.2.6. Sygehusorganisationen og de institutionelle omgivelser .....                                   | 75         |
| 6.2.7. Symbolske mål i sygehusorganisationen .....  | 79         |
| <b>6.3. Delkonklusion af analysedel 1 .....</b>   | <b>81</b>  |
| <b>6.4. Analysedel 2 .....</b>  | <b>82</b>  |
| 6.4.1. Den interne kommunikation i sygehusafdelingerne.....   | 82         |
| 6.4.2. Ledelsens forhold til sundhedsaftaler .....  | 85         |
| 6.4.3. Sygeplejerskerne i afdelingernes opfattelse af kommunikationen med hjemmesygeplejerskerne..... | 88         |
| 6.4.4. Teams kan have indflydelse på udskrivelserne .....   | 92         |
| 6.4.5. Kommunikationsprocessen i forhold til udskrivelser .....                                       | 97         |
| <b>6.5. Delkonklusion af analysedel 2 .....</b>   | <b>101</b> |
| <b>7. SAMLET KONKLUSION.....</b>  | <b>103</b> |

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>8. ENGLISH SUMMARY.....</b> | <b>106</b> |
| <b>9. LITTERATURLISTE.....</b> | <b>108</b> |

## 1. Indledende betragtninger

Ældreplejen er i dag et omdiskuteret emne i det danske samfund - ikke mindst i det politiske landskab. På det social- og sundhedspolitiske plan er der stor politisk interesse for at forbedre den nuværende pleje og omsorg for ældre i Danmark.<sup>1</sup> De politiske interesser kan ikke undre, da demografiske tal viser, at antallet af ældre i Danmark, og dermed fremtidens brugere af ældreplejens ydelser, stiger (Regeringen:2006:19). Yderligere ses der på landsplan en eksplosiv stigning af akut indlagte ældre (Christensen:Nielsen:2007:2). Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow, problematiserer, at samtidig med at tallene for ældres akutte indlæggelser stiger, er antallet af hjemmesygeplejersker i kommunerne faldet med syv procent. Antallet af hjemmesygeplejerskestillinger falder, fordi mange af opgaverne i ældreplejen er blevet social- og sundhedsassistenternes område og ansvar (Christensen:Nielsen:2007:2).

Ældreplejen bliver herved problematiseret fra flere sider, og der stilles spørgsmålstejn ved kvaliteten af ældreplejen i takt med, at der stilles større krav. De politiske interesser bunder i velfærdsdebatten, hvor især ældreplejen fremstår som noget, der skal forbedres - for at vi kan leve op til regeringens ønske om et sundhedsvæsen i verdensklasse.

Med kvalitetsreformen, der trådte i kraft i januar 2007, vil regeringen forsøge at forbedre velfærden i Danmark, i form af bedre kvalitet i den offentlige service. Hensigten er at sikre kommunens borgere, at de kommer i centrum, og at den offentlige sektor bliver en mere attraktiv arbejdsplads for de offentligt ansatte. Med kvalitetsreformen bliver indsatsområderne på ældreområdet blandt andet at sikre borgerne bedre hjemmehjælp, plejeboliggaranti og bedre kvalitet i ældreplejen. I regeringens strategi for bedre velfærd indgår blandt andet at forbedre servicen for indlagte patienter, som skal sikres en medicinsk sammenhængende behandling og ligeledes sammenhæng i forløbet ved udskrivelse fra sygehus til kommunen (Regeringen:2006:9-10).

Derfor oplever vi en stor politisk interesse i at forbedre ældres vilkår og ældrevelværdien i Danmark. Eftersom strategien for bedre velfærd går på at skabe mere sammenhæng i sundhedsvæsenet, stiller

---

<sup>1</sup> Som eksempel herpå ses Socialdemokraterne, der i deres ældrepolitiske udspil, har tre hovedprioriteter til finanslov i 2007; klare rettigheder for de ældre – mere kvalitet og omsorg i ældreplejen, bedre klagemuligheder for de ældre og en større indsats mod sygefravær og nedslidning hos personalet (<http://socialdemokraterne.dk/default.aspx?func=article.view&id=160044> download: d.18.9.2007). Dansk Folkeparti skriver i deres socialpolitik: "(...) pleje og omsorg af ældre, syge og handicappede er en offentlig opgave, som aldrig bør opfattes som bydefuld, men derimod en kær opgave, som vi skal varetage med glæde." (<http://www.dansksfolkeparti.dk/Socialpolitik.asp> download: d.30.5.2008.) Socialistisk Folkeparti (SF) vil arbejde for 5000 flere ansatte i ældreplejen, 2000 kr. mere i løn om måneden til personalet i plejesektoren samt mindre minuttyrani og papirusseri – mere tid til omsorg (<http://sf.dk/default.aspx?func=article.view&id=11288> download: 18.9.2007).

dette krav til en bestemt gruppe af aktører – nemlig det sundhedsfaglige personale, der får til opgave at levere denne service til patienter og borgere.<sup>2</sup>

Under en sundhedsfaglig vinkel kan Connie Kruckows betragtninger inddrages. Hun mener, at der skal foretages en del ændringer i sundhedsvæsenet, hvis regeringens ønsker om et sundhedsvæsen i verdensklasse skal realiseres. Kruckow mener blandt andet, at sundhedsvæsenets indsats for at fremme borgernes sundhed er for usystematisk og utilstrækkelig, at sundhedspersonalet skal blive bedre til at samarbejde og ikke mindst, at sundhedsvæsenets patienter skal opleve bedre sammenhæng i det sundhedsfaglige system. Med sidstnævnte punkt henvises der til, at patienterne skal være i centrum, ligegyldigt hvilken del af sundhedsvæsenet de befinder sig i. Hertil foreslår Kruckow, at der oprettes stillinger i sundhedsvæsenet, der fungerer som koordinatører, som kan guide ældre, svage patienter gennem sundhedsvæsenets destinationer. Dermed argumenterer Kruckow for, at patienter skal opleve en bedre sammenhæng mellem indlæggelse og udskrivelse til sygepleje i kommunalt regi (Kruckow:2007).

Foregående afsnit eksemplificerer en del af politikernes og de ældres opfattelser vedrørende kvalitet i ældreplejen og ikke mindst, hvilke indsatser der kan forbedre ældreplejen. Sygeplejersker repræsenteres af Connie Kruckow i form af udtalelser og argumenter for ønskede ændringer i plejen af ældre. Som en naturlig reaktion på udtalelser og argumenter for en bedre ældrepleje i Danmark har medierne også belyst emnet. I forlængelse heraf kan det fastslås, at der er enighed om problemerne i ældreplejen, hvorfor det bliver relevant at beskæftige sig med ældreplejen - set i et samfundsperspektiv. Følgende afsnit bliver dermed en belysning af ældreplejen som et socialt problem.

### **1.1. Ældreplejen som et socialt problem**

Der findes ikke nogen entydig definition af sociale problemer, idet sociale problemer kan opfattes forskelligt ud fra forskellige perspektiver. Fællestræk ved definitioner af sociale problemer er dog, at sociale problemer har med samfund og dets struktur at gøre (Meeuwisse:Swärd:2002:32). En kendt definition af sociale problemer er Rubington og Weinbergs definition, som jeg har valgt at

---

<sup>2</sup> Der skelnes mellem de to betegnelser, hvor betegnelsen patienter dækker dem, der er indlagt på sygehus, mens borger er den gruppe, der er i eget hjem. I specialet anvender jeg hovedsageligt betegnelsen patient, da jeg har at gøre med forløb, hvor patienter udskrives fra sygehuset.

tage udgangspunkt i for at belyse, hvordan ældreplejen kan betragtes som et socialt problem. Definitionen beskriver et socialt problem som:

”(...) *an alleged situation that is incompatible with the values of a significant number of people who agree that action is needed to alter the situation.*” (Rubington:Weinberg:2003:4).

Det fremgår af definitionen, at den indeholder flere delelementer, som jeg efterfølgende relaterer til ældreplejen i Danmark. Det første delelement er *an alleged situation*, det vil sige en påstået situation. Situationen er dermed noget, der siges at være et problem, men som ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i en faktisk situation. Som jeg fremhævede indledningsvis, står ældreplejen og sundhedsvæsenets patienter på den politiske dagsorden. Dermed fremhæver politikere, at det er nødvendigt med forbedringer på velfærdsområdet, hvilket kan forbindes med en påstået situation. Desuden fremhæves ældres vilkår også fra interesseorganisationer, for eksempel Ældresagen, der forsøger at skabe kvalitet i ældreplejen, blandt andet også i forbindelse med sammenhængende behandling i sundhedsvæsenet (Ældresagen:2007:6).

Andet delelement af definitionen er *incompatible with the values of a significant number of people*, det vil sige, at situationen er uforenelig med en betydelig del befolkningens værdier. Som allerede nævnt er ældreplejen en del af en offentlig debat, hvor det belyses, at der er behov for bedre pleje og omsorg til ældre. Understøttet af statistisk materiale, idet tal fra Danmarks statistik viser, at der i fremtiden bliver flere ældre og samtidig hersker der et samfundsideal om ”længst muligt i eget hjem”, hvilket henviser til en stor del af befolkningens værdier.

Sidste delelement af definitionen, *who agree that action is needed to alter the situation*, henviser til, at der er en forventning om, at samfundet gennem handling søger at ændre situationen. Med kvalitetsreformen er det regeringens hensigt at forbedre velfærd i Danmark, hvor indsatserne blandt andet er at forbedre forholdene i ældreplejen og for patienter, der skal sikres en sammenhængende medicinsk behandling. Desuden er der gennem de seneste år oprettet sundhedscentre i kommunerne, hvor sundhedspersonale med forskellige professioner arbejder tværfagligt omkring patienter. Målene med sundhedscentrene er blandt andet at arbejde forebyggende og dermed være med til at mindske antallet af indlæggelser af patienter i kommunerne (Krasnik:Vallgård:2002:22). Det fremgår af ovenstående, at der på det samfundsmæssige plan sker flere handlinger, der kan betragtes

som indsatser for at forbedre ældreplejen og tværfagligheden i sundhedsvæsenet. Det vil sige en indsats, der kan forbedre vilkårene for patienterne, som jeg indledningsvist har belyst med Connie Kruckows udtalelser om nødvendige forbedringer i sundhedsvæsenet.

Ovenstående afsnit er med til at belyse, hvordan ældreplejen kan iagttages som et socialt problem, og der er gennem specialets to første afsnit belyst, at problemerne i ældreplejen fremhæves af patienter, sundhedspersonale, ledere og politikere. Med udgangspunkt i foregående kan der derfor argumenteres for at beskæftige sig nærmere med sundhedsvæsenets patienter og sundhedspersonale.

Et gennemgående tema i sundhedsdebatten er ældres udskrivelser fra sygehus til den kommunale hjemmesygepleje. Udskrivelserne af de ældre patienter kom i fokus, da der pr. 1. januar 2007 er implementeret en ny strukturreform<sup>3</sup> og en ny sundhedslov<sup>4</sup>, der især beskæftiger sig med samarbejdet mellem kommuner og regioners samarbejde om udskrivelser af ældre, svage patienter. Strukturreformen har stor betydning for opgavefordelingen i kommunerne. På sundhedsområdet har de nye storkommuner en række sundhedsopgaver fra de tidligere amter. Den nye struktur medfører, at kommunerne fremover skal medfinansiere sundhedsområdet. De opgaver, som kommunerne har overtaget fra amterne er blandt andet genoptræning (medmindre genoptræningsforløbet er i forlængelse af sygehusindlæggelse), alkohol- og stofmisbrug og forebyggelsesopgaver (KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet:2006:37).

Planen om det bedre samarbejde mellem region og kommuner er formuleret i sundhedsaftaler, som følgende afsnit omhandler.

## **1.2. Sundhedsaftaler**

Som det fremgår af ordet sundhedsaftaler, handler de om aftaler om sundhed. Sundhedsaftalerne indgås mellem kommune og region og har blandt andet til formål at forbedre samarbejdet mellem sektorerne, når patienter udskrives fra sygehus til hjemmepleje og hjemmesygepleje i eget hjem.

---

<sup>3</sup>Regeringen og Dansk Folkeparti indgik i 2004 om strukturreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007. Med den nye struktur tre hoved elementer i form af et nyt kommunalt danmarkskort, en nyopgavefordeling og en finansierings- og udligningsreform (KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet:2006:3).

<sup>4</sup>Der henvises til Sundhedsloven kap. 62 § 203 ”Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet for sammenhæng mellem sundhedssektoren og til tilgrænsende sektorer”. (<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#K62> download: d. 4.2.2008).

Sundhedsaftalerne fungerer derved som en kontrakt mellem kommune og region og har til formål at sikre, at sundhedsvæsenets patienter oplever en service af høj kvalitet og et sammenhængende behandlingsforløb, baseret på en god kommunikation mellem sygehusafdelinger og kommunen.<sup>5</sup>

Nyeste oplysninger fra Sundhedsstyrelsen angående sundhedsaftaler viser, at regionerne i samarbejde med kommunalbestyrelserne skal nedsætte et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den kommunale og regional indsats på sundhedsområdet. Yderligere er det fastlagt, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionerne skal have sundhedsaftalerne godkendt i Sundhedsstyrelsen. I sundhedsaftalerne fokuseres der på seks indsatsområder; *udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, indlæggelsesforløb, træningsområdet, hjælpemiddelområdet, forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, indsats for mennesker med sindslidelser.*<sup>6</sup>

Det foregående viser, at sundhedsaftalerne indeholder flere delkontrakter, som alle må medtænkes, når man skal forbedre ældreplejen. Det formodes, at kontrakterne stiller store krav til såvel kommuner som regioner, da det kan antages, at de formulerede indsatsområder ikke tidligere har fungeret efter hensigten i samarbejdet mellem kommunerne og regionerne. Desuden er der formuleret seks punkter, som belyser, at der nødvendigvis må reflekteres over flere områder af samarbejdet mellem sundhedspersonalet i sundhedsvæsenet.

Det fremgår endvidere, at sundhedsaftalerne ikke alene er bestemt ud fra generelle antagelser om bedre kvalitet i ældreplejen, men at det også er et politisk interessant område, der har fundet plads i samfundsdebatten. Desuden fremgår det, at aftalen om samarbejde er indgået på det organisatoriske niveau og dermed ikke af aktørerne i praksis. Imidlertid må det formodes, at det er aktørerne i praksis, der får til opgave at udføre sundhedsaftalernes indhold, da det er disse personer, der henholdsvis modtager og udskriver patienterne.

### **1.3. Tidligere aftaler om samarbejde i sundhedsvæsenet**

Sundhedsaftalernes indhold er som sådan ikke noget nyt fænomen. Det har ofte været i politikernes såvel som sundhedslederens, sundhedspersonalets og patienters interesse at forbedre samarbejdet mellem de to parter af sundhedssystemet (Strandberg-Larsen:2006:1).

---

<sup>5</sup> [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Sundhedsaftaler.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Sundhedsaftaler.aspx) download: d. 3.12.2007

<sup>6</sup> [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Sundhedsaftaler.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Sundhedsaftaler.aspx) download: d. 3.12.2007



Forud for sundhedsaftalerne er der lovgivningsmæssigt fokuseret på mere sammenhæng i sundhedsvæsenet. I 1994 blev der vedtaget en sundhedsplanlægningslov, der indebar nye bestemmelser om samarbejde og planlægning<sup>7</sup> (Seemann:2003:18). Ifølge denne lov skulle der arbejdes mere med forebyggelse, behandling og pleje - og både sygehusvæsenet, sygesikringsområdet og de kommunale sundhedsordninger skulle indgå i aftalerne (Seemann:2003:18).

Det forudgående viser, at problematikken om samarbejde i sundhedsvæsenet har været kendt i det politiske system gennem længere tid, hvorfor der blandt andet også er sket lovændringer.

Som eksempel på opmærksomheden på problemerne om tværfagligheden og samarbejdet imellem sektorerne ses Silkeborg kommunes samarbejdsaftaler med Århus Amt (Silkeborg Centralsygehus<sup>8</sup>). I følgende citat beskrives formålet med samarbejdsaftalerne:

*”Formålet med samarbejdsaftalerne er, at ældre borgere i Silkeborg Kommune får en værdig, sund og tryk tilværelse uanset om de får behov for ydelser fra kommunen eller amt.*

*Samarbejdet hviler på gensidig respekt og tillid mellem aftalens parter. Både kommune og amt tilstræber at finde løsninger med patientens/borgerens tarv, som det fælles udgangspunkt. Gennem fælles indsats og ved at udnytte de eksisterende tilbud i lokalområdet bedst muligt, vil kommune og amt medvirke til effektiv ressourceudnyttelse.”<sup>9</sup>*

Citatet har borgeren i centrum og belyser, at det fælles udgangspunkt for samarbejdet skal bygge på gensidig respekt og tillid, hvilket henviser til et fælles værdigrundlag, der er nødvendigt for, at de to parter kan indgå i et samarbejde, som giver de bedste ydelser til patienter/borgere. Det kan formodes at et sådant samarbejde, der bygger på værdier i de to organisationer, der skal samarbejde, kræver en indsats fra begge organisationer. Sundhedsvæsenet har mange specialer og derfor kan der opstå forskellige forståelseshorisonter, der besværliggøres, hvis sundhedspersonalet ikke har samme helhedstænkning. Der er især behov for en helhedstænkning, når det handler om kronisk syge og

---

<sup>7</sup> jf. Lov. Om offentlig sygesikring, kapitel 6a. (Seemann:2003:18)

<sup>8</sup> Som typisk eksempel tages der her udgangspunkt i Silkeborg kommune og Århus Amt. Disse samarbejdsaftaler findes i mellem flere kommuner og de tidligere amter. Samarbejdsaftalerne viser, at der forinden sundhedsaftalerne ikrafttrædelse ved strukturreformen i 2007, har været fokus på udskrivelser af patienter fra sygehus til den kommunale hjemmesygeplejeordning.

<sup>9</sup> <http://www.aaa.dk/dagsor/sh/101203/2.htm> download d. 10.3.2008

ældre, der har flere sygdomme på samme tid, og derved ofte har et komplekst behandlingsforløb (Seemann:2004:1).

I ovenstående eksempel beskrives det, at der siden 1992 har været en ældreaftale, som blev udvidet til samarbejdsaftalen med nye elementer - som var etablering af otte rehabiliteringspladser og etablering af shared care systemet.<sup>10</sup> Det vil altså sige, at der løbende sker en udvikling i samarbejdet mellem kommune og sygehusregiet, og der bliver udviklet nye handleplaner for, hvordan et samarbejde bør være. Det, der kan vække interesse her er, hvorfor der forsat er behov for, at der udarbejdes flere aftaler (kontrakter), hvad enten der er tale om ældreaftaler, samarbejdsaftaler eller sundhedsaftaler.

De sammenhængende patientforløb har været på dagsordenen gennem længere tid, men som ovenstående belyser, er indsatsen for forbedringer blevet større nu, hvilket kan aflæses af vedtagelsen af sundhedsaftalerne. Ifølge Martin Strandberg-Larsen<sup>11</sup> har det endnu ikke været muligt at løse problemerne omkring sammenhængen i sundhedsvæsenet, hvilket blandt andet kan begrundes med manglende forskning på området (Strandberg-Larsen:2006:1).

Som tidligere nævnt indeholder sundhedsaftalerne seks forskellige punkter om krav til plejen af patienterne/borgerne, hvorfor det er nødvendigt med en afgrænsning af emnet. I forhold til dette projekt vælger jeg primært at beskæftige mig med det første punkt af de seks indsatsområder, således at jeg hovedsageligt beskæftiger mig med ældre, der udskrives til hjemmeplejen efter endt sygehusindlæggelse. Jeg er dog opmærksom på, at nogle af udskrivelserne sagtens kan indeholde flere af de overstående punkter, da ældre, der udskrives efter indlæggelse, ofte har et komplekst sygdomsforløb og kan have behov for flere forskellige ydelser fra hjemmeplejen.

Med denne afgrænsning kommer fokus for nærværende speciale til at ligge på sundhedspersonalet, der får til opgave at udføre de politiske tiltag i praksis. I den forbindelse belyses især gruppen af sygeplejersker, da det er dem, der udskriver på sygehuset - ligesom det er sygeplejersker, der

---

<sup>10</sup> Shared care systemet er et system, der har til hensigt at skabe bedre struktur i samarbejdet mellem de to sektorer i sundhedsvæsenet. Der er indført shared care på flere fagområder i Danmark, blandt andet på diabetes-, astma- og demensområdet

([http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAAGER/TIDLIGERE\\_NUMRE/2002/UFL\\_2002\\_45/UFL\\_2002\\_45\\_38716](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAAGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAAGER/TIDLIGERE_NUMRE/2002/UFL_2002_45/UFL_2002_45_38716) download: d. 23.3.2008).

<sup>11</sup> Martin Strandberg-Larsen er Ph.d. – stipendiat, cand. Scient. San. Publ. og har, med en kvantitativ tilgang, videnskabelig interesse indenfor sundhedsvæsenet, sundhedsreformer og sundhedspolitik på sundhedsvæsenets funktion.

modtager og yder omsorg i patientens eget hjem. Samarbejdet mellem de to grupper af sygeplejersker fordrer en koordinering mellem to sektorer, hvilket følgende afsnit belyser.

#### **1.4. Samarbejde på tværs af organisationsgrænser**

Af foregående afsnit fremgår det, at samarbejde om patientforløb ikke er nyt på den politiske dagsorden. Desuden fremgår det, at manglende forskning på området kan have betydning for, at det endnu ikke har været muligt at løse problemerne vedrørende sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Samarbejdsproblemerne har dog før været i søgelyset for undersøgelser. Janne Seemann<sup>12</sup> har undersøgt samarbejdet mellem organisationer på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer. Ifølge Seemann hviler offentlige organisationers opgaver på samarbejdsstrategier, hvilket kan problematiseres, da offentlige organisationer dermed er underlagt bestemte strukturer i forskellige sektorer og på forskellige politiske niveauer. De offentlige organisationer er dermed underlagt en økonomisk kassetænkning og har følgelig ikke mulighed for selv at bestemme samarbejdspartnere, hvilket besværliggør et samarbejde med samme mål på tværs af organisationsgrænserne. Sidstnævnte kan blandt andet begrundes med, at de organisationer, der indgår i samarbejdet, har hver deres kulturer og adskilte funktioner, hvilket vanskeliggør kommunikation og koordinering mellem organisationerne (Seemann:1996:224-226).

Ud fra Seemanns undersøgelse om tværfaglighed på tværs af organisationsgrænser, fremkommer det, at samarbejdet mellem to organisationer kan problematiseres, grundet organisationers forskellige funktioner og kulturer. Desuden tydeliggøres det, at offentlige organisationer - grundet bestemte politiske strukturer - er presset af økonomiske krav, hvilket kan besværliggøre samarbejdet med andre organisationer.

Sundhedsaftalerne må imidlertid betragtes som en politisk beslutning, og de sygehuse og de kommuner, som indgår i sundhedsaftalerne, må nødvendigvis betragtes som offentlige organisationer. I forhold til Seemanns undersøgelse kan sundhedsaftalens krav om samarbejde være besværligt, da henholdsvis sygehuse og kommuner er politisk styret og underlagt økonomiske bånd,

---

<sup>12</sup> Janne Seemanns undersøgelse tager sit udgangspunkt i Viborg Amts planlægning for foranstaltninger for sindslidende fra 1965 – 1995 og i den forbindelse er distriktspsykiatrien fremtrædende for undersøgelsen. Der fokuseres på problemstillinger omkring samarbejde og forandringer i mellem distriktspsykiatriens samarbejdspartnere, eksempelvis praktiserende læger, kommunale- og amtslige socialforvaltninger, plejehjem, bofællesskaber og psykiatrisk og somatisk sygehus. Samordningsproblemerne analyseres på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer i et organisationssociologisk perspektiv (Seemann:1996).

der til en vis grad indsnævrer bevægelsesmulighederne i forhold til samarbejdsorganisationer. Det foregående har fokus på organisationer og aktører, og i forlængelse heraf er det relevant at beskæftige sig med selv sundhedsaftalen, som en kontakt mellem to organisationer.

Niels Åkerstrøm Andersen beskæftiger sig med kontakter i offentlige organisationer i sin bog ”*Borgerens kontraktliggørelse*”. Åkerstrøm analyserer kontrakter mellem en socialforvaltning og individniveauet.<sup>13</sup> Selvom Åkerstrøm ikke tager sit udgangspunkt i en kontrakt mellem to organisationer i sundhedsvæsenet, mener jeg at kunne blive inspireret af den måde, hvorpå Åkerstrøm betragter kontrakter, som belyses i følgende afsnit.

De sociale kontrakter og handleplaner skal sikre klienten magt og frihed over eget liv, men ifølge Åkerstrøms analyse bliver socialkontrakterne et billede på en forpligtelse på klientens frihed og bliver derved et medie for klientens formning af sig selv. I den forbindelse belyser Åkerstrøm, at socialkontrakten fjerner klientens vilje, som derefter genskabes i socialforvaltningens billede (Andersen:2003:180-181). Der fokuseres på en afmagt hos forvaltningerne. Forvaltningerne sætter mål, på deres side af kontakterne, og er afhængige af klientens handling på målene, fordi det ikke er muligt at hjælpe en klient, der ikke selv ønsker hjælp. Åkerstrøm skriver, at borgerens handlemagt bliver en forudsætning for forvaltningens handlemagt, og der drejer borgerens kontraktliggørelse sig om en tosidig mægtiggørelse (Andersen:2003:183-184). Dermed er det afgørende for, om en kontakt kan udføres, at de to parter opfattelse af kontaktindholdet i eget meningsunivers giver mening i den andens fortolkning. Ud fra ovenstående kan der stilles spørgsmålstejn ved de sociale kontrakter, netop fordi der er tale om en tosidig mægtiggørelse. Hvis dette overføres til sundhedsaftalerne, vil kommunernes og sygehusenes samarbejde om patientforløb kunne problematiseres, fordi udførelsen af sundhedsaftalen fordrer, at begge parter forstår hinandens opfattelse af det, der skal udføres i praksis.

Efter Seemanns og Åkerstrøms anskuelser kan der stilles spørgsmålstejn ved, om sundhedsaftalernes hensigter om et uproblematisk patientforløb er mulige at gennemføre i et bureaukratisk sundhedsvæsen, hvor så mange aktører optræder på forskellige niveauer. Denne påstand baserer sig på, at der for det første kan være stridspunkter, når organisationer skal

---

<sup>13</sup> Åkerstrøm har i bogen beskæftiget sig med ungdomskontrakter, elevkontrakter, aftalekontrakter om afgørelse af hjemmehjælp, alkoholkontrakter med 16 – 17 årige, handleplaner og kontrakter mellem socialforvaltning og klient, kontraktafdelinger (stoffrie afdelinger i fængsler) og indvandrerkontrakter (Andersen:2003:10-13).

samarbejde efter en fælles målsætning, grundet forskellige funktioner og kulturer i organisationerne. For det andet er kontraktens udførelse afhængig af, om kontrakt-parterne formår at fortolke hinandens menings univers.

I henhold til ovenstående har jeg indsamlet første del af dette speciales empiri i praksis, som belyses i følgende afsnit.

## 2. Problemformulering

Som det fremgår af tidligere afsnit, henviser sundhedsaftalerne til, at organisationerne har indgået en kontrakt med hinanden, som det bliver praksispersonernes opgave at udføre. I en afgrænsning er jeg nået frem til, at dette speciale vil koncentrere sig om udskrivelser af patienter fra sygehus afdelinger til den kommunale hjemmepleje. Derved er der lagt op til at se nærmere på de forhold, som praksis har på området.

I den forbindelse har jeg taget kontakt til et lokalområde i en storkommune i Danmark<sup>14</sup>, der har bedt hjemmesygeplejersker om at berette om bemærkelsesværdige udskrivelser fra sygehusafdelingerne til hjemmeplejen. Jeg har fået nogle forskellige cases (jf. bilag 1), som kan belyse forholdene i praksis. Jeg er opmærksom på, at denne evaluering ikke har medtaget mere end ét lokalområde og derfor ikke kan give et billede af, hvordan sundhedsaftalernes udførelse i praksis kan betragtes på landplan. Dog mener jeg, at disse cases kan indikere, at der er nogle problemer mellem systemernes samarbejde og udøvelsen af sundhedsaftalernes indhold. Problemerne kan konkretiseres til, hvordan sygeplejerskerne i afdelingerne udskriver patienter til hjemmesygeplejen.<sup>15</sup>

Førnævnte cases fungerer som en forundersøgelse af, hvordan sundhedsaftalernes praksis kan problematiseres. Det antages med andre ord, at disse cases kan belyse, hvilke problemer der forekommer i forbindelse med udskrivelser. Det mest bemærkelsesværdige ved disse cases er, at der gennemgående ses problemer i sygehusets udskrivelser af patienterne til kommunen. Det forekommer, at det overordnede problem er, at sygehusafdelingerne beskriver, hvad de vil gøre i

---

<sup>14</sup> Storkommunens lokalområde er anonymiseret grundet etiske overvejelser.

<sup>15</sup> I teksten her fremtræder de overordnede problematikker, er med til at forme problemformuleringen. Der henvises til bilag 2 for nærmere identificering af de problemstillinger, der fremgår ud fra cases.

forbindelse med udskrivelserne, men i henhold til hjemmesygeplejerskernes oplevelser, stemmer dette ikke overens med den virkelighed, som de oplever omkring udskrivelserne. Dermed ændres fokus fra, at det er problematisk for to organisationer at skulle samarbejde om sundhedsaftalerne, til at fokusere på sygehusets del af sundhedsaftalen.

For at præcisere problemerne yderligere nævnes i det følgende nogle af dem, som casene belyser. For det første er der et gentagende problem i forbindelse med, hvilken medicin patienterne skal have, når de kommer hjem. I hjemmesygeplejerskernes beskrivelser synliggøres det, at de ofte har været nødt til, at kontakte afdelingerne efter udskrivelsen, da det ikke fremgår tydeligt, om medicinen er bestilt på apoteket, hvilke medicinændringer patienterne skal have i forhold til, hvad de fik inden indlæggelsen (jf. case 1, 2 og 3, bilag 1).

Desuden ses der eksempler på, at afdelingernes sygeplejebreve, som informerer om patienternes behov eller handleplaner over den måde, som eksempelvis sår, skal behandles på efter udskrivelsen, ikke er medsendt patienten ved ankomst i hjemmet (jf. case 3 og 4, bilag 1). Yderligere ses i en case, at en patient er udskrevet til eget hjem, hvor personalet i hjemmesygeplejen har svært ved at varetage patientens behov for pleje, fordi der ikke er foretaget en vurdering af behov for hjælpemidler, der er nødvendige, for at patienten kan være i hjemmet (jf. case 5, bilag 1).

Generelt kan det siges, at sygehusets meldinger til hjemmesygeplejen ikke stemmer overens med det, der foregår ved udskrivelserne. Det kan formodes, at det koster ressourcer for både hjemmesygeplejerskerne og sygeplejerskerne på sygehusafdelingerne, fordi det af flere cases fremgår, at de hjemmesygeplejersker, der har modtaget patienterne, ikke har fået klare informationer om det videre patientforløb.

Ud fra casene kan det således problematiseres, at hjemmesygeplejerskerne ikke oplever, at de modtager de fornødne informationer om patienterne. Hvilket viser, at sygehusafdelingerne ikke overholder deres del af kontrakten om udskrivelserne. Antagelsen af at problemerne ved patientforløbene kan identificeres i sygehusafdelinger baseres på, at hjemmesygeplejerskerne modtager patienterne, og derfor er der ikke tale om problemer *mellem* de to sundhedsorganisationer. Nærmere kan fremgå det, at det er sygeplejerskerne i afdelingerne, der ikke formår at skabe overensstemmelse mellem informationer og handlinger.

Problemstillingen lægger op til at beskæftige sig med det individniveau, som foregår mellem sygeplejerskerne på sygehuset. Derfor bliver det interessant at se nærmere på, hvorfor sygeplejerskerne i sygehusafdelingerne ikke formår at opfylde deres del af sundhedsaftalen. For at kunne finde frem til, hvorfor sygeplejerskerne i afdelingerne ikke formår at overholde deres del af sundhedsaftalen, er det nødvendigt at iagttage, hvordan sygehusafdelingerne forholder sig til sundhedsaftalerne. Det kan antages, at det er de sygeplejersker, der arbejder i afdelingerne, der kan give svar herpå. Derfor finder jeg det relevant at undersøge spørgsmålene i problemformuleringen gennem interviews med sygeplejersker, der er ansat på sygehusafdelingerne. Der igennem mener jeg at kunne opnå en forståelse af, hvilke indikatorer, der kan ligge til grund for, at sundhedsaftalen ikke altid overholdes fra sygeplejerskerne i afdelingen.

På baggrund af foregående afsnit lyder problemformuleringen som følgende:

***”Hvordan forholder sygehusafdelingerne sig til udskrivelser og til det politiske mål om sundhedsaftalerne og hvordan oplever sygeplejerskerne i afdelingerne dette?”***

Der ønskes dermed en forståelse af, hvad der kan betragtes som forhindringer for, at sygeplejerskerne i forskellige sygehusafdelinger ikke formår at udskive patienter på en måde, der lever op til sundhedsaftalernes ideal om det gode patientforløb. Det kan formodes, at der i sygehusorganisationen ligger noget til grund for det besværlige samarbejde. Dermed er der taget hul på, at sygeplejerskernes arbejde betragtes ud fra en organisatorisk problemstilling, da sygeplejerskerne er aktører i en organisation.

For at skabe overblik over problemstillingen gennem opgaven har jeg valgt at inddele denne i to dele. Den første del har fokus på selve sygehusorganisationen, da det kan formodes, at organisationens struktur, handlinger og mål, kan indikere forholdene i en organisation. I forlængelse heraf skal det tydeliggøres, at det er sygehusafdelingernes struktur, mål og handlinger, der belyses, fordi omdrejningspunktet i problemformuleringen går på at undersøge, hvilke indikatorer, der kan ligge til grund for samarbejdsvanskelighederne mellem sygehusafdelingerne og kommunerne. Det er min umiddelbare opfattelse, at indikatorerne blandt andet kan findes i sygehusorganisationens struktur, mål og handlinger.

Den anden del ser nærmere på kommunikationen i organisationerne både internt og eksternt, da selve udskrivelserne må anses som en kommunikativ handling, mellem sygeplejerskerne i de to forskellige organisationer.

Empirisk har begge afsnit udgangspunkt i sygeplejerskernes subjektive opfattelser af udskrivelser og kommunikation.

## **2. 1. Fremgangsmåde til besvarelse af problemformuleringen**

Som nævnt tidligere opfattes sundhedsaftalen i nærværende speciale som en kontrakt mellem den kommunale organisation og den regionale organisation. Det er endvidere belyst, at der forekommer et misforhold omkring det, som sygeplejerskerne i afdelingerne informerer om, de vil gøre, i forhold til det, som hjemmesygeplejerskerne oplever, at sygeplejerskerne i afdelingerne rent faktisk gør ved udskrivelserne.

Til at analysere problemformuleringens spørgsmål er jeg inspireret af Åkerstrøm. Gennem problematiseringsafsnittet er det kommet frem, at mit problemfelt indsnævrer sig til at have fokus på sygeplejerskerne i sygehusafdelingerne og derfor ikke begge sider af sundhedsaftalekontrakten. Inspirationen fra Åkerstrøm skal derfor ikke opfattes sådan, at jeg ser på begge sider af kontrakten, men at Åkerstrøms analysestrategiske overvejelser inspirerer mig, hvilket følgende afsnit omhandler.

I "*Borgerens kontraktliggørelse*" fokuserer Åkerstrøm på, at det er altafgørende for en systemteoretisk analyse at have en analysestrategi, som han finder i Luhmanns systemteoretiske univers. Her er det væsentligt at have for øje, at det er forandringer og forskelle, der er interessante i en systemteoretisk analyse. Åkerstrøm beskriver, hvordan man altid har en forudindtaget forståelse af noget, og at det i den forbindelse handler om at deaktivere denne forståelse for at kunne analysere. Denne strategi er i en systemteoretisk forståelse en iagttagelse *af anden orden*<sup>16</sup> (Andersen:2003:21).

Når noget iagttages, indikerer det på samme tid, at der er en forskel mellem iagttagelsen og en anden iagttagelse. Iagttagelsen kan dermed være med til at belyse, at noget kun bliver mærkbart i forhold til det, som det sondres fra, og dermed bliver forskellen det, der bestemmer, hvordan noget iagttages (Andersen:2003:22).

---

<sup>16</sup> Selve analysestrategien med iagttagelser af anden orden uddybes og forklares nærmere i metodeafsnittet.



Deaktiveringsstrategien gør det muligt at se iagttagelserne, som de umiddelbart er, hvilket er centralt, da iagttagelserne ikke skal flyttes væk fra deres kontekst. På samme måde skal iagttagelserne heller ikke forklares eller fortolkes, men de skal derimod blot beskrives. Dermed kan det fastslås, at iagttagelser af anden orden imidlertid ikke er beregnet på at kunne besvare hvorfor eller hvad spørgsmål, da iagttagelser af anden orden ser indikatorer og forskelle, hvorfor det bliver nødvendigt med den deaktiverende strategi for analysen (Andersen:2003:2003:23-24).

I forlængelse af ovenstående fremkommer det, at problemstillingen i nærværende speciale opererer med en *hvordan* spørgsmål og dermed bliver fokus på, hvordan sygehusafdelingernes måde at håndtere udskrivelser på, kan iagttages.

Ifølge Luhmann består sociale systemer udelukkende af kommunikation. Kommunikation i sociale systemer beskriver Åkerstrøm, som mange andre, der beskæftiger sig med kommunikation, som trefoldige operationer, der har sit fokus på informations-, meddelelses- og forståelsesselektion. Informationsselektion refererer til spørgsmålet om, hvad der skal informeres om, mens meddelelsesselektion henviser til, hvordan informationen meddeles og forståelsesselektionen omhandler, hvordan meddelelsen skal forstås. Efter de tre stadier i den trefoldige operation, er det modtagerens forståelse af meddelelsen, der udgør kommunikationen (Andersen:2003:26).

Selve kommunikationsprocessen uddybes nærmere i specialets teoriafsnit, hvor kommunikationen yderligere illustreres i figur 2. Det, der bliver væsentligt for nærværende afsnit, er de analysestrategiske overvejelser, som jeg er inspireret af til besvarelsen af problemstillingen. Analysestrategisk vælger jeg derfor at iagttage sociale systemers kommunikation, hvor kommunikationen har sit eget liv. Sidstnævnte skal forstås sådan, at det er væsentlige at sondre mellem selve kommunikationen og kommunikationsdeltagerne. Kommunikationsdeltagerne kan deltage i kommunikationen, men kan ikke kontrollere den, da det kun er kommunikation, der kan kommunikere. Ifølge systemteoretiske iagttagelser kan kommunikationsdeltagere derfor ikke kommunikere med hinanden, men er afhængige af, at kommunikationen kommunikerer. (Andersen:2003:27-28).

Overført til nærværende speciale kan den kommunale og den regionale organisation iagttages som sociale systemer, der stiller sig åbne overfor hinanden i form af en kontrakt om samarbejde. Da

sociale systemer udelukkende består af kommunikation, må kommunikationen iagttages som et system, hvor kommunikationen kommunikerer. Dermed ikke sagt, at aktørerne, som er sygeplejerskerne i afdelingerne, ikke bliver væsentlige for analysen, da sygeplejerskerne kan deltage i kommunikationen, selvom det er kommunikationen, der kommunikerer. Eftersom jeg er inspireret af Åkerstrøm, må jeg derfor også vælge at se på kommunikationsproblemerne imellem organisationerne - og ikke kun have øje for sygeplejerskerne, der er kommunikationsdeltagerne. Derved er det fastlagt, at kommunikationen i organisationer får stor plads i dette speciale.

## **2.2. Begrebsafklaringsafsnit**

For at kunne arbejde med problemformuleringen kræves det, at der redegøres yderligere for sundhedsvæsenets udfordringer og struktur gennem tiden, derfor vil de følgende afsnit omhandle dette. Sundhedsaftalerne fokuserer på det gode patientforløb, hvilket kræver en begrebsafklaring af begrebet patientforløb. Med baggrund i foregående er de to følgende afsnit derfor en begrebsafklaring af sundhedsvæsenets struktur og patientforløb.

### **2.2.1. Sundhedsvæsenets struktur**

Sundhedsvæsenets opgave er at undersøge, pleje og behandle patienter samt at have fokus på forebyggende sundhedsarbejde. Strukturen i sundhedsvæsenet inddeles i primær og sekundær sundhedssektor. Sundhedspersonalet har en vigtig opgave i at yde omsorg for patienterne, såvel på sygehusafdelinger som i patienternes eget hjem og på plejehjemmene. Aktører i den primære sundhedstjeneste er blandt andet praktiserende læger og speciallæger, fysio-, ergo- og fodterapeuter, sundhedsplejen og hjemmeplejen, som overordnet styres af kommunerne (Hansen:Weinreich:2002:31). Den sekundære sektor er sygehusene og deres aktiviteter. De styres af regionerne og overordnet af Ministeriet for Sundhed og forebyggelse.<sup>17</sup> Udviklingen i sygehusvæsenet viser, at de små sygehuse ikke længere kan tilbyde mange forskellige behandlingsmuligheder til patienterne - og samtidig flyttes en stor del af plejen ud i kommunerne. Dette illustrerer presset på kommunerne, da de får større opgaver at udføre i deres pleje til ældre borgere. Ydermere kan situationen ses ud fra den betragtning, at fremtidens brugere af

---

<sup>17</sup>[http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Medicinsk\\_teknologivurdering/Links/Andre\\_institutioner\\_organisatio  
ner.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering/Links/Andre_institutioner_organisatio<br/>ner.aspx) download: d. 29.5.2008.

sundhedsvæsenet i Danmark formodes at blive mere krævende, grundet samfundsudviklingen og det informationssamfund, vi oplever i dagens Danmark (Hansen:Weinreich:2002:32).

### **2.2.2. Patientforløb**

Fra sundhedsstyrelsens perspektiv, kan et patientforløb kort beskrives som:

*"(...) summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en defineret gruppe af patienter oplever i relation til behandling og pleje for et givet helbredsproblem."*  
(Sundhedsstyrelsen:1999:9).

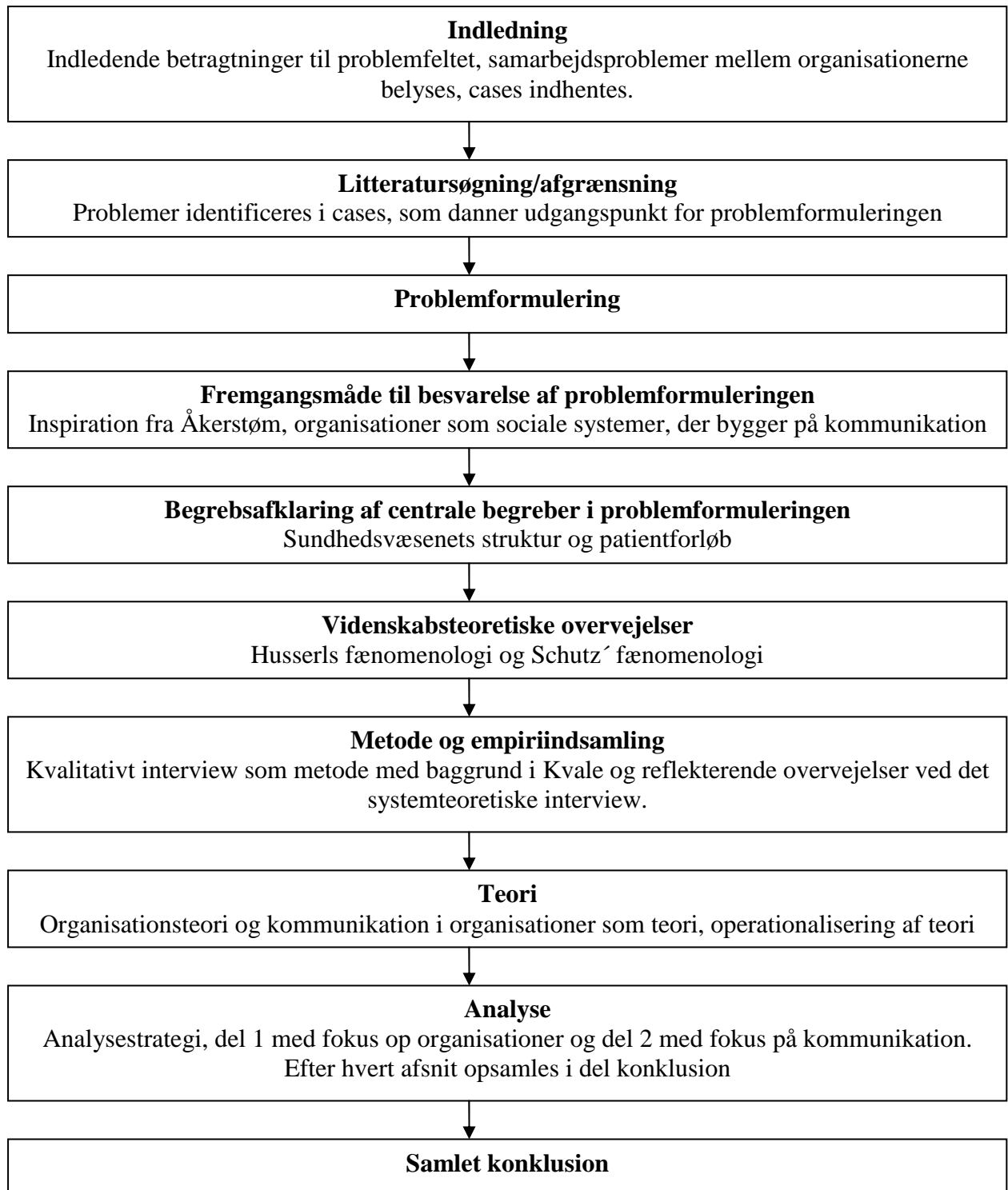
I forhold til beskrivelsen af et patientforløb er det vigtigt at understrege, at et patientforløb kan anskues fra flere forskellige perspektiver. Patientforløb kan naturligvis beskrives ud fra patienter selv, men også pårørende sætter et perspektiv på patientforløbene. Derudover kommer det sundhedsfaglige perspektiv, hvordan de enkelte sundhedsmedarbejdere, der har kontakt med patienten under sygdoms- og behandlingsforløbet, anser patientforløbene ud fra et fagligt og etisk perspektiv. Sluttelig kan nævnes det organisatoriske perspektiv på et patientforløb, hvor interesserne ligger hos embedsmænd, politikere og ledere (Sundhedsstyrelsen:1999:40).

Af ovenstående fremgår det, at et patientforløb kan tillægges flere forskellige perspektiver, som kan formodes af have yderst forskellige tilgange til patientforløbene. Det kan belyses ved, at den politiske interesse i patientforløb i højere grad handler om økonomiske ressourcer, politik og administrering. Hvorimod det sundhedsfaglige personale arbejder ud fra en professionel vinkel, mens den enkelte patient og pårørendes opfattelser af et patientforløb knytter sig til patientens subjektive opfattelser.

I forhold til nærværende speciale vil patientforløb blive iagttaget ud fra sundhedsaftalens ideal om, at patienter skal opleve en sammenhængende behandling i forbindelse med udskrivelse fra sygehus til eget hjem.

## 2.3. Specialets design

I følgende figur, har jeg opstillet specialets design, med henblik på at give læseren et overblik og fremgangsmåden og de forskellige hovedafsnit i specialet. (Figur 1 – specialets design).



### **3. Videnskabsteoretiske overvejelser**

Den følgende del af specialet omhandler videnskabsteori og dermed de videnskabsteoretiske overvejelser, der danner baggrund for besvarelsen af problemformuleringen. Videnskabsteorien har til funktion at belyse mit ståsted i forhold til den måde jeg arbejder med specialets empiri og analysedel. Det vil sige, at mine videnskabsteoretiske teorier er med til at belyse, hvilken metode jeg anvender i jagten på ny viden til specialets konklusion.

#### **3.1. Fænomenologisk videnskabsteori**

Jeg har som overordnet referenceramme til specialet valgt at tage udgangspunkt i fænomenologien som videnskabsteoretisk tilgang. Dette valg bunder i, at man i et fænomenologisk perspektiv har de subjektive forståelser, opfattelser og erfaringer i fokus. Da min problemstilling fokuserer på sygeplejerskers måde at udskrive patienter og kommunikere på og derved også sygeplejerskernes individuelle opfattelser af kommunikationen, mener jeg i høj grad at kunne gøre brug af fænomenologien som mit genstandsfelt i specialet. Afsnittet startes med en beskrivelse af fænomenologi - med efterfølgende underafsnit, der beskriver vigtige begreber og perspektiver inden for fænomenologien. Afslutningsvis bringes et operationaliseringsafsnit, der skal præcisere, hvordan fænomenologien anvendes i specialet.

##### **3.1.1. Hvad er fænomenologi?**

Fænomenologi betyder læren om fænomenerne og er derved en generel lære om, hvordan virkeligheden fremtræder for den menneskelige bevidsthed (Jacobsen et al:1999:160). Samtidig er begrebet fænomenologi også en samlet betegnelse for de filosoffer og samfundsteoretikere, der har deres metodiske udgangspunkt i Edmund Husserls (1859-1938) arbejder (Rendtorff:2004:278). Dermed betragtes Husserl som fænomenologiens grundlægger.<sup>18</sup> Alfred Schutz' tanker om fænomenologi anses som væsentlige for dette speciales fænomenologi, da han giver gode eksempler på, hvordan den fænomenologiske metode kan anvendes i praksis. Da Husserl betegnes som grundlægger af fænomenologien, bliver dette metodeafsnits udgangspunkt hovedsageligt taget i

---

<sup>18</sup> Selv om Husserl betragtes som fænomenologiens grundlægger, har flere andre fremtrædende filosoffer har også beskæftiget sig med fænomenologien, her kan blandt andet nævnes Jean-Paul Sartre, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty og Alfred Schutz, der alle har været med til at udvikle fænomenologien (Zahavi:2003:7).

Husserls fænomenologi og derefter eksempler på anvendelsen af den fænomenologiske metode ud fra Schutz.

Fænomenologien adskiller sig fra de objektive og positivistiske videnskaber, idet fænomenologien ikke beskæftiger sig med den enkelte genstands sammensætninger, eksempelvis vægt, kemisk sammensætning og så videre. Derimod er fænomenologien interesseret i genstandenes måde at fremtræde på - eksempler herpå er et stykke musik, et kunstværk og sociale relationer med videre. At fremtræde i verden henviser til, hvordan en genstand eller et fænomen erfares, forstås og erkendes. Derved fastslår fænomenologien, at verden er, som den fremtræder for os, og den tager samtidig afstand fra subjekt/objekt dikotomien, hvor verden er todelt, og hvor der skelnes mellem verden, som den er for os, og verden som den er i sig selv (Zahavi:2003:18).

Subjektivitetsbegrebet dækker over egne erfaringer og de relationer, mennesker har til det fænomen, der skal undersøges. Ifølge Husserl er virkeligheden et system af gyldighed og mening, hvorfor man behøver det subjektive for at kunne beskrive, hvordan verden er (Zahavi:2003:18-19).

### **3.1.2. Første-persons perspektivet**

Inden for fænomenologien er man interesseret i at klarlægge fænomener ud fra menneskers subjektive opfattelser af fænomenerne, hvilket begrundes med, at ethvert fænomen og enhver fremtrædelse af noget altid betragtes som en fremtrædelse *af* noget *for* nogen. De fænomener, der fremtræder, skal altså betragtes i det, de står i relation til, for at danne mening (Zahavi:2003:17). Menneskets subjektive opfattelser af fænomener udgør derved i den fænomenologiske tankegang, at perspektiver søger at undersøge sammenhængen mellem subjektiviteten og verden.

Gennem menneskets individuelle og sociale erfaringsverden skabes meningen, og fænomenologien søger at indfange meningen med den menneskelige erfaring gennem det bevidste udtryk mellem mennesker og verden (Rendtorff:2004:279). Hermed forstås, at den mening, man søger at nå, finder sted i menneskets interaktion med de erfaringer, det enkelte menneske har. Det fremgår endvidere, at både det individuelle niveau og den sociale erfaringsverden er nødvendige for at kunne danne mening. Derfor må man betragte mennesket som et individuelt væsen, der befinder sig i en social kontekst, hvor begge dimensioner er væsentlige.

Det er vigtigt at medtænke, at mennesker relaterer sig til forskellige fænomener på forskellige måder og med forskellige udgangspunkter, hvilket vil sige, at det er den subjektive opfattelse, som mennesker har, der kan give os svar på, hvordan verden er (Zahavi:2003:17).

Første-persons perspektivet skal ikke forstås som en psykologisk vinkel, men som en forudsætning for at kunne forstå erkendelse, sandhed, begrundelse og så videre i forhold til fænomenerne. Det foregående skal ses i lyset af, at fænomenologien betragter subjektiviteten som en forudsætning for en dybdegående analyse af de fænomener, der fremtræder (Zahavi:2003:16).

### **3.1.3. Epoché og reduktion**

I Husserls beretning om det fænomenologiske perspektiv understreger han, at det ikke er ligetil at vende sig mod virkeligheden, som den fremtræder. Han mener, at det er nødvendigt at medtænke nogle metodologiske regler for at kunne vende sig mod den virkelighed, der fremtræder i menneskets erfaringer. De metodologiske regler er nødvendige, fordi mennesket kan have tendens til at lade sin egen genstandsforståelse af verden præge den måde, hvorpå man opfatter andres subjektivitet. For at undgå denne objektivisering af egne subjektivitet, er det nødvendigt med de metodologiske regler, som hedder epoché og reduktion (Zahavi:2003:23).

Ifølge Husserl tillader epochéen en undersøgelse af verden, som kan afsløre verdens egentlige mening (Zahavi:2003:21). Epochéen er derved en metode, der bidrager til et billede af fænomenerne, som de fremtræder. Med epoché menes:

*”(...) betegnelsen for vores suspension af den naive metafysiske indstilling og kan derfor betragtes som en filosofiske indgangsport” (Zahavi:2003:22).*

Med epochéen, som er en vigtig regel i fænomenologisk analyse, menes altså, at det er nødvendigt at koncentrere sig om det, der stammer fra erfaringerne. For at kunne fokusere på det, der fremtræder fra erfaringerne, er det nødvendigt at udelukke egne fordomme og viden om verden.

Med reduktion menes:

*”(...) betegnelsen for vores tematisering af sammenhængen mellem subjektivitet og verden (...)” (Zahavi:2003:22).*

Dermed handler reduktion om at skabe sammenhæng og struktur for på den måde at kunne forstå det enkelte menneskes subjektive meninger og erfaringer i forhold til verden. Epochéen går forud for reduktionen, da reduktionen kun bliver muliggjort gennem epochéen (Zahavi:2003:22).

I Husserls fænomenologi bliver de to overnævnte metodologiske overvejelser fundamentale for den fænomenologiske metode, da epochéen og reduktionen muliggør en udvidelse af vores erfaringsfære (Zahavi:2003:22-23).

### **3.1.4. Til sagen selv begrebet**

Fænomenologiens begreb om at gå til sagen henviser til, at man som undersøger af noget må gå direkte til sagen og ikke være præget af videnskabelige fordomme. Derved skal den fænomenologiske metode tage sit udgangspunkt i det, der foreligger og ikke lade forudindtagede teorier bestemme erfaringen. På den måde bliver det muligt at lade fænomener tale for sig selv (Zahavi:2003:25-26).

Heraf fremgår, at det er centralt at beskæftige sig med det, der kommer til udtryk i menneskets erfaringer, når man arbejder ud fra et fænomenologisk synspunkt. Fænomenologien går derved imod den opfattelse, at alle videnskaber bør have den samme metode som grundlæggende udgangspunkt. Der kan eksempelvis være tale om naturvidenskaben, hvor den kvantitative metode dominerer. I modsætning hertil mener fænomenologerne, at virkeligheden er sammensat af forskellige genstandsområder, eksempelvis naturgenstande, kulturelle genstande og så videre. Et hvert af disse områder har sit eget særpræg, som man som undersøger må respektere (Zahavi:2003:26). Hermed ses skitseret, hvor den fænomenologiske metode ligger i forhold til den naturvidenskabelige metode, ligesom det er klart, at fænomenologisk metode udelukkende koncentrerer sig om at belyse menneskers erfaringer med fænomener med henblik på at forstå verden.

Det forekommer især væsentligt, at fænomenologien ikke skelner mellem virkeligt og uvirkeligt, som i andre videnskaber tydeliggøres gennem bestemte metoder, men at fænomenologien i stedet taler for, at erfaringsverdenen har sine egne gyldigheds- og sandhedskriterier, som ikke udelukkende kan forklares gennem en videnskabelig metode (Zahavi:2003:29).



### **3.1.5. Livsverdensbegrebet**

Livsverden er den verden vi lever i, eller den verden, som vi i dagligdagen tager for givet. Ifølge Husserl bygger livsverden på en horisont i tid og rum, og det er i livsverden, tingene viser sig i deres konkrete menings- og erfaringsstrukturer. Bevidstheden har stor betydning for erfaringen, da bevidstheden opfattes som en medspiller i erfaringens bevidsthed i en oprindelig meningssammenhæng. Dermed brydes modsætningen mellem subjekt og objekt (Rendtroff:2004:281). Livsverden indeholder yderligere den måde, hvorpå vi reagerer på den fysiske verdens stimuli. Begrebet bliver relevant, da Husserl mener, at videnskaben har resulteret i, at livsverden er blevet fortrængt, og det er i et fænomenologisk perspektiv væsentligt at beskæftige sig med denne livsverden (Zahavi:2003:30-32). Der skal ud fra ovenstående ikke drages den konklusion, at fænomenologien går imod videnskabens objektive udgangspunkt. Snarere skal livsverdens medinddragelse illustrere, at videnskaben er afhængig af livsverden, da denne kan bidrage til en systematisk erkendelse inden for videnskaben (Zahavi:2003:30-31).

Fænomenologerne argumenterer for, at de eksakte videnskaber ikke beskæftiger sig med den anden verden, som er livsverden, hvorimod der fænomenologisk set tages udgangspunkt i begge verdener, hvilket fører frem til en mere præcis viden.

### **3.2. Alfred Schutz' fænomenologi**

Alfred Schutz argumenterer for, at verden består af bestemte konstruktioner, fordi al viden har afsæt i konstruktioner, som henviser til en bestemt række generaliseringer, formaliseringer og idealiseringer, som er specifikke for det tankeorganisationsniveau, hvori konstruktionen foregår (Schutz:1975:21). For samfundsforskeren er den sociale verden observationsfeltet og den sociale verden består af bestemte strukturer, der gør verden meningsfuld for de mennesker, som handler og lever i den. Det vil sige, at verden ifølge Schutz består af nogle forudfattede common-sense-konstruktioner, som danner meninger om dagliglivets hverdag (Schutz:1975:22). På den måde kan livsverdensbegrebet ses i lyset af den kontekst, aktørerne befinder sig i og ikke en strukturløs verden. Strukturen i livsverden er, som tidligere nævnt, mening for det enkelte individ, ligesom de handlinger og den adfærd, som mennesker har, kan forbindes med tankemønstre i deres livsverden.

Når Schutz antager, at samfundsforskere får konstruktioner af anden grad, menes der, at eftersom en samfundsforsker analyserer udsagn fra aktørerne i det sociale felt efter nogle videnskabelige regler

og procedurer, vil forskerens udgangspunkt være aktørernes konstruktioner af deres livsverden, hvor samfundsforskerens resultater vil være konstruktioner af aktørernes beretninger om deres livsverden (Schutz:1975:22) Derved kan aktørernes livsverden betegnes som *konstruktioner af første grad* og samfundsforskerens observationer og resultater på en undersøgelse, opfattes som *konstruktioner af anden grad*. Med andre ord bliver videnskaben, i en fænomenologisk tradition, en konstruktion af anden grad.

I Schutz' socialpsykologiske essay "*Den fremmede*" illustreres den fænomenologiske metode, hvorfor jeg har valgt at tage udgangspunkt i dette essay i følgende afsnit. "*Den fremmede*" omhandler, hvordan en fremmed forsøger at komme ind i en social gruppe ved at orientere sig i den sociale gruppes kulturmønster. Derved er omdrejningspunktet, hvordan en gruppes hverdagsliv, viser sig for en fremmedes common-sense viden (Schutz:1975:131-132).

Det er indledningsvist væsentligt at nævne, at den viden, der findes i et kulturmønster i en social gruppe, tages for givet af den pågældende gruppe. Schutz kalder denne konstruktion for en opskrift til den sociale verden, som gruppen befinder sig i (Schutz:1975:134).

Når den fremmede forsøger at orientere sig i in-gruppens<sup>19</sup> sociale mønster, bliver den fremmedes relevanssystem afgørende, idet der kræves en bestemt type tolkning til viden om gruppens sociale verden. Derved bliver den fremmedes udfordring at indgå i sociale relationer med medlemmerne i gruppen, hvilket betyder, at han skal indgå i nogle bestemte handlemønstre i gruppen (Schutz:1975:136-137).

Kulturmønstret i in-gruppen har et bestemt miljø, som bliver en del af den fremmedes miljø, når han forsøger at komme ind i in-gruppen. Den fremmede vil i den nye gruppe befinde sig i nye omgivelser, der har et andet tolkningsskema end den fremmede har i sin hjemgruppe. Tolkningsskemaerne (den måde, hvorpå han tolker viden) i de to grupper er forskellige, hvorfor de ikke åbner for direkte sociale relationer mellem grupperne. Derved bliver det klart for den fremmede, at det tolkningsskema, som han er i besiddelse af fra sin hjemgruppe, ikke stemmer overens med det tolkningsskema, der er i den nye gruppe. Derved ophører gyldigheden af det tolkningsskema, som den fremmede havde, inden han ankom til gruppen (Schutz:1975:137-138).

Den fremmede kan derfor ikke gå direkte ind i in-gruppen på lige fod med in-gruppens medlemmer, hvilket kan forklares med, at det kun er medlemmerne af in-gruppen, der kender det herskende

---

<sup>19</sup> Schutz anvender i essayet betegnelsen "in-gruppen" for den gruppe, som den fremmede forsøger at orientere sig i. Derfor bliver denne betegnelse også brugt i afsnittet her.

orienteringsskema i in-gruppen, ligesom kun de kender til in-gruppens status i et hierarki. Den fremmedes tolkningskemaer kan altså ikke anvendes som udgangspunkt for orienteringsskemaet i in-gruppen, hvilket kan forklares med, at et orienteringsskema forudsætter, at den, der anvender det, betragter sig selv som centrum for den verden, der omgiver gruppen. Først efter at den fremmede har samlet viden om det for ham nye kulturmønster i in-gruppen, kan han betragte sin egen tolkning af in-gruppens kulturmønster som sit eget (Schutz:1975:138-139).

Essayet om den fremmede er med til at belyse, hvordan man som udenforstående til et nyt område, må begrænse sig fra sin egen viden og tolkninger heraf for at kunne indgå i et nyt system af mønstre i en gruppe. Som den fremmede i essayet må man igennem en undersøgelsesproces af den nye gruppe for at kunne tilegne sig viden om den sociale verden og det hverdagsliv, der ønskes en viden om og forståelse af (Schutz:1975:143).

Ovenstående gennemgang viser, at man som undersøger af et for en selv fremmed felt må sætte sin egen viden til side for at kunne erhverve sig viden om det nye felt – eller sagt i et fænomenologisk sprog: at sætte parentes om sin egen forforståelse.

### **3.3. Fænomenologien i specialet**

Dette hovedafsnit om fænomenologien har belyst den fænomenologiske tradition og hvordan denne kan anvendes som metode. I forlængelse heraf er følgende afsnit en præsentation af, hvordan jeg vil anvende fænomenologien i specialet.

Tidligere beskrev jeg første-persons perspektivet og argumenterede for væsentligheden af menneskers subjektive opfattelser i en fænomenologisk metode, da det er disse opfattelser, der kan skabe mening. Overført til dette speciale er det sygeplejerskerne i afdelingernes subjektive opfattelser, der er væsentlige for at finde mening og viden om problemstillingen. I den forbindelse forholder jeg mig til sygeplejerskernes livsverden, da denne bygger på erfaringer om deres daglige arbejde i afdelingerne. Samtidigt er det dog også relevant, at jeg forholder mig til den kontekst, de befinder sig i, da dette også vil være en del af livsverden. Konteksten kan beskrives som den afdeling og den organisation, som sygeplejerskerne er ansat i. At gå til sagen selv forbindes med, at jeg, som undersøger af problemstillingen, skal fokusere på det, der fremtræder for mig og ikke været præget af en forudindtaget teori om, hvordan problemstillingen kan belyses. Foregående kan

sættes i relation til, at i den fænomenologiske metode, har erfaringsverden sine egne gyldigheds- og sandhedskriterier, og derved er det gennem sygeplejerskernes udsagn om fænomenerne, jeg kan finde mening og skabe ny viden om problemstillingen.

Som Schutz' essay om den fremmede viser, er jeg som undersøger er nødt til at sætte mine antagelser og meninger til side for at kunne forstå aktørernes livsverden og hverdagsliv. Ikke mindst, fordi den nye viden og dermed de resultater jeg når frem til, vil være konstruktioner af anden grad. I forhold til nærværende speciale har dette derfor den betydning, at det er væsentligt at medtænke, at sygeplejerskerne, som jeg interviewer, vil være prægede af den verden, som de arbejder i. Det vil sige, at de som sygeplejersker, der arbejder i en afdeling på et sygehus, er i en bestemt konstruktion, som derved også farver deres livsverden.

I forlængelse heraf kan der argumenteres for, at den viden, der fremgår af mine interviews, bliver konstruktioner af udsagn fra interviewpersoner, der befinder sig i en bestemt kontekst. Denne bestemte kontekst er den organisation, som de er en del af og dermed forholder jeg mig åbent til interviewpersonernes udsagn, men er bevidst om, at de befinder sig i en bestemt konstruktion, hvilket gør, at det er konstruktioner af netop denne bestemte kontekst, som jeg får svar på.

I forlængelse af ovenstående fænomenologiske overvejelser har jeg valgt at arbejde efter det induktive princip, da jeg overordnet tager mit udgangspunkt i empiri, som underbygges med teori.

## 4. Metode

Som det fremgår, har mit ståsted i specialet rødder i en fænomenologisk tilgang, som søger ny viden gennem den praksis, som sygeplejerskerne agerer i. På den baggrund har jeg valgt at anvende det kvalitative interview som metode til at indsamle empiriske data til besvarelse af problemstillingen i analysen. Deraf fremgår, at empirien bygger på bløde data, som findes i sygeplejerskernes livsverden. Den kvantitative metode er derved fravalgt, da jeg ikke søger de hårde data, men tværtimod er interesseret i sygeplejerskernes subjektive udtalelser. Det følgende afsnit har til formål at beskrive anvendelsen af interview som metode, hvilket skrives ud fra Steiner Kvaes tanker om det kvalitative forskningsinterview, som han beskriver dem i bogen "*Interview*". Kvaes metode suppleres med en artikel af la Cour et al., der ser det kvalitative interview under en mere kritisk vinkel.

Inden jeg beskriver min metode, er det væsentligt at oplyse, at jeg selv er uddannet sygeplejerske, hvorfor der kan opstå nogle metodiske problemstillinger. Der kan både være fordele og ulemper ved at studere sit eget felt. Derfor redegøres der i følgende afsnit for mit indefra perspektiv til specialet.

### 4.1. Indefra perspektiv

At beskrive mit indefra perspektiv i dette speciales metodeafsnit finder jeg nødvendigt, da jeg beskæftiger mig med et felt, som jeg på den ene eller anden måde selv er aktør i. Min interesse for problemstillingen kommer derved ikke ud af den blå luft, men kan naturligvis både begrundes med mit fag som sygeplejerske og ses i lyset af egne erfaringer såvel som ud fra problemstillingen. Jeg har som fuldtidsstuderende på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde ikke haft mulighed for at arbejde på fuld tid som sygeplejerske, men jeg har i perioder vikarieret som sygeplejerske og har derigennem fået den opfattelse, at udskrivelse og kommunikation mellem sektorerne betragtes som et problem i såvel kommunalt som regionalt regi.

På trods af, at flere og flere studerende på de videregående uddannelser forsker inden for egen organisation, beskæftiger metodebøger sig kun sjældent med betydningen af et indefra perspektiv (Nielsen:Repstad:1993:19-21). Til udarbejdelsen af dette afsnit har jeg derfor valgt at tage

udgangspunkt i artiklen "*Fra nærhet til distanse og tilbake igjen*"<sup>20</sup>, som især omhandler fordele og ulemper ved at forske i egen organisation.

Som det første skal det nævnes, at man som forsker, der arbejder ud fra en kvalitativ metode i egen organisation, ikke er så meget anderledes stillet end den forsker, der ikke har forbindelse til organisationen. Det skyldes, at den rene forskerrolle ikke findes. Aktørerne i en organisation vil stort set altid betragte forskeren forskelligt - eksempelvis som medmenneske, kollega, ven, fjende og så videre. Derfor er forskellen mellem en forsker med egen organisation som analyseprojekt og en forsker, der ser en organisation udefra ikke nødvendigvis så stor. Uanset om man forsker i egen organisation eller kommer udefra, er det nødvendigt at have et minimum af sociale og mellemmenneskelige relationer til aktørerne i organisationen. Forskellen er dog, at en forsker "indefra" ofte har større sociale bånd til aktørerne (Nielsen:Repstad:1993:20).

Som det fremgår af ovenstående, er min rolle som aktør og forsker, der arbejder inden for egen organisation, ikke nødvendigvis meget anderledes end en forsker, der arbejder med emnet ud fra en kvalitativ metode. Mit problemfelt omhandler overordnet forskellige sygehusafdelinger og deres håndtering af udskrivelser, hvorfor jeg ikke direkte befinder mig i egen organisation, men dog indenfor eget fag. Desuden ser jeg mig selv som værende uden tæt forbindelse til sygehusafdelingerne, da jeg ikke har været ansat i en sygehusafdeling og derfor ikke umiddelbart er bekendt med, hvordan en sådan fungerer.

Derfor bliver mit indefra perspektivs udfordring ikke, hvorvidt jeg har været ansat som sygeplejerske eller ej. Det kan anvendes til at fokusere på, at jeg til en vis grad har været inden for sygeplejefaget. Med sygeplejerskeprofessionen har jeg gennem uddannelse og læring i praksis tillagt mig nogle bestemte mønstre, som er klassiske for sygeplejerskeprofessionen. Derfor mener jeg, at mit indefra perspektiv kan medføre den udfordring, at jeg som sygeplejeuddannet og undersøger af valgte problemstilling, kan være præget af indefra perspektivet.

Nielsen og Repstad fremhæver, at en ulempe ved at forske i egen organisation er, at det kan være svært at se bort fra egne meninger og fordomme (Nielsen:Repstad:1993:27).

---

<sup>20</sup> Artiklen findes i bogen "*Anderledes tanker om livet i organisationer*" af J.C: Ry Nielsen, der sammen med flere forskellige forfattere tager udgangspunkt i organisationer med emner fra samarbejde, ledelse og magt og metode til, hvordan man kan forholde sig som forsker indenfor egen organisation.

For at imødekomme ovennævnte problemstillinger sætter jeg min forforståelse til side og ser mig selv i samme position som den fremmede i Schutz' essay (jf. videnskabsteoriafsnittet). Jeg mener at kunne argumentere for, at uanset om man arbejder med en organisation med et indefra eller udefra perspektiv, må det medføre vanskeligheder at sættes sin forforståelse til side. Endvidere kan dette problem yderligere mindskes ved et teorivalg, der ikke udelukkende bygger på egne forudfattede meninger (Nielsen:Repstad:1993:29). Jeg har senere i dette afsnit valgt at belyse det systemteoretiske interview, der ser interviewet som en iagttagelse af en iagttagelse, hvor interviewerens opnår en viden gennem en konstruktion af anden orden. Når interviewet tillægges dette perspektiv, mener jeg at kunne argumentere for at imødegå de nævnte problemstillinger. Derudover forsøger jeg at imødegå at blive betragtet som fejlkilde til mine resultater ved at tage udgangspunkt i praksiseksempler (cases fra praksis), som jeg ikke selv er en del af.<sup>21</sup>

## **4.2. Kvalitativt forskningsinterview**

Ifølge Kvales betragtninger kan forskningsinterviewet beskrives på følgende måde:

*”Formålet med det kvalitative forskningsinterview er at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på fortolkninger af mening med de beskrevne fænomener”* (Kvale:2000:41).

Kvale skelner mellem dagligdagens spontane samtaler og den professionelle samtale, hvor dagligdagssamtalen alene fokuserer på selve samtaleemnet, mens den professionelle samtale har et mere struktureret formål. En professionel samtale er eksempelvis retslige forhør, jobinterviews og forskningsinterviews (Kvale:2000:31).

Forskningsinterviewet er karakteriseret ved bestemte former for spørgsmålsformer, kritisk opmærksomhed på det sagte, og ikke mindst bygger forskningsinterviewet på en metodologisk bevidsthed. Dialogen mellem forskeren og den interviewede er derved ikke altid på samme niveau, da det er forskeren, der ofte strukturerer samtalen og udarbejder spørgsmålene (Kvale:2000:32). At interviewet er kvalitativt henviser til, at der er fokus på interviewpersonernes beskrivelser af forskellige aspekter af deres livsverden og den kontekst, de befinder sig i. Hvor kvantitative metoder beskæftiger sig med tal, beskæftiger kvalitative metoder sig med meninger, som kommer frem af den interviewedes livsverden (Kvale:2000:43).

---

<sup>21</sup> Der henvises til bilag for en mere uddybende beskrivelse af fordele og ulemper i forbindelse med mit indefra perspektiv.

#### 4.2.1. Kvalitativt interview i specialet

I tråd med mine fænomenologiske overvejelser er hensigten med det kvalitative forskningsinterview at forstå temaer ud fra interviewpersonens eget perspektiv. Altså at give et indblik samt danne en mening ud fra interviewpersonens daglige livsverden i en bestemt kontekst.

I den forbindelse er det nærliggende at stille spørgsmålet om, hvordan interviewet bliver en relevant metode i nærværende projekt.

Som tidligere beskrevet tager forskningsinterviewet udgangspunkt i specifikke situationer i interviewpersonernes liv, hvilket også kræver, at interviewerens udviser en vis form for åbenhed overfor såvel nye som uventede beskrivelser af fænomenerne fra interviewpersonens livsverden. Det er derfor vigtigt, at interviewerens er nysgerrig, lydhør og dermed også kritisk over for egne forudsætninger og meninger. Det bliver interviewerens opgave at skabe en struktur og samtidig forholde sig åbent til det sagte (Kvale:2000:43-44).

Jeg vil forsøge at holde mig åben over for det, der bliver sagt i interviewene og skabe en afstand til mine egne erfaringer med udskrivelser og problematikken omkring denne. Der kan ligge metodiske problematikker som konsekvens for mig, da jeg selv er inden for faget, men dette kan også have sine fordele (jf. afsnit om mit indefra perspektiv). En anden måde, jeg kan holde mig åben på, er ved at tage udgangspunkt i mine cases, da det er dem, der kan beskrive problematikkerne for mig, inden jeg spørger ind til interviewpersonernes meninger og opfattelse af fænomenerne. For at skabe en samtale med interviewpersonen forsøger jeg at opnå forståelse af den mening, interviewpersonerne har. Jeg har valgt at arbejde ud fra en semistruktureret interviewguide, hvilket betyder, at jeg har nogle grundspørgsmål og at strukturen er opbygget heromkring, men at et spørgsmål kan føre til et andet under interviewet. I et spørgeskema ville der være en række spørgsmål, der skal besvares, men ved interviews er der mulighed for at bringe en bredere mening frem, som derved ikke omfatter så mange respondenter, men giver udtryk for de specifikke problemstillinger, som man ønsker besvaret (Kvale:2000:134).

Om det semistrukturerede interview skriver Kvale:

*”Jo mere spontan interviewproceduren er, desto større sandsynlighed vil der være for, at man får spontane, levende og uventede svar fra de interviewede og omvendt: jo mere struktureret interviewsituationen er, desto nemmere vil den senere analytiske strukturering af interviewet være”.*  
(Kvale:2000:134).



Ved at udarbejde interviewguiden ud fra mine cases fra praksis forsøger jeg at skabe struktur i mine interviews. Det er endvidere vigtigt at formulere sig i et let forståeligt sprog (Kvale:2000:134), hvilket jeg også imødekommer ved at tage udgangspunkt i praksissituationerne.

Den mening, som interviewereren søger at indfange, opnås ikke kun gennem det, som interviewpersonen fortæller - det handler også om, hvordan forklaringerne på fænomenerne siges. Det er således vigtigt, at interviewereren også forholder sig til det non-verbale i interviewsituationen, hvilket indebærer at observere kropssprog, mimik, øjenkontakt og så videre. Ydermere er det også vigtigt at lægge mærke til stemmeføringen, som interviewpersonerne har, mens de forklarer fænomenerne. Dette muliggør endvidere, at interviewereren får mulighed for at spørge ind til feltet og få uddybet sine svar på spørgsmålene (Kvale:2000:42).

#### **4.2.2. Hvilken viden kan kvalitative interviews skabe?**

Kvale argumenterer for, at det kvalitative interview ikke tilhører de naturvidenskabelige metoder, men at det kvalitative interview på trods heraf, kan producere en systematisk viden (Kvale:2000:69). Det er i den forbindelse nærliggende at beskæftige sig med, hvilken viden kvalitative interviews kan producere. Som tidligere nævnt tager det kvalitative interview udgangspunkt i menneskers livsverden sammen med kontekstafhængigheden. Som jeg har argumenteret for, betragtes dette som en relevant metode til dette speciale, da jeg søger en viden om, hvad der kan ligge til grund for de problematiske udskrivelser i afdelingerne. Der er ligeledes argumenteret for, at det kvalitative interview udelukkende er baseret på subjektive betragtninger og beretninger om fænomener. Derfor er det nærliggende at stille spørgsmålet om objektivitet i forhold til det kvalitative interview, da videnskaben forbindes med objektive resultater. I en positivistisk vinkel kan spørgsmålet om sandhed lyde som følgende:

*”Sandheden skal ifølge positivismen findes ved at følge generelle metoderegler, der i det store hele er uafhængige af undersøgelsens indhold og kontekst. Enhver indflydelse fra forskerens person skal elimineres eller minimeres” (Kvale:2000:70).*

Citatet belyser, hvordan det kvalitative interview adskiller sig fra det positivistiske aspekt, da man i kvalitative interviews netop har stor indflydelse og medvirken i undersøgelsen, idet man sidder som interviewer og har udarbejdet spørgsmål på baggrund af valgt problemformulering.

### **4.3. Refleksioner over interview som metode**

Som det fremgår af tidligere afsnit er interview en metode, der kan hjælpe til at forstå forskellige fænomener omkring en problemstilling, ved at man forholder sig til interviewpersonernes livsverden og den særlige kontekst, som livsverden skal ses i. I tråd med mine fænomenologiske overvejelser er viden om fænomenerne en viden af anden grad, hvilket kan medføre refleksioner om interview som metode. Følgende afsnit har derfor til formål at reflektere over de metodiske overvejelser, jeg har gjort mig, i forbindelse med valget af interview som metode i nærværende speciale.

#### **4.3.1. Interviewet som iagttager**

Metodisk set er interview ikke så umiddelbar, som det fremstår. Ifølge la Cour et al. er videnskab stor set altid iagttagelser af andres iagttagelser, som kun kan udvikle informationer om andres iagttagelser. På den baggrund fremkommer det, at videnskab ikke kan betragtes som noget, der kommer til os, da videnskab ikke har en umiddelbar adgang til noget, som omtales som et empirisk fænomen (la Cour et al.:2005:5). De informationer, som betragtes som meningsfulde indenfor problemstillingen er fastlåst i en bestemt kontekst, hvilket belyser, at interview som videnskabelig iagttagelse ikke kan konstruere hvilket som helst fænomen og derigennem frembringe en ny sandfærdig erkendelse (la Cour et al.:2005:6). Når videnskab betragtes som iagttagelser af andres iagttagelser, så må interviewet nødvendigvis også ses som en iagttagelse af en iagttagelse. Kvalet interview som metode kritiseres for ikke at medtænke eller forholde sig til en analysestrategi, hvilket er nødvendigt for metoden (la Cour et al.:2005:10).

Ud fra ovenstående betragtninger er interview altså ikke blot en metode, der har direkte adgang til det fænomen, man ønsker at opnå en mening ud fra. Metodisk ses interview som noget, der kan give indblik i og bringe informationer om andres livsverden, men samtidig sættes det også i forbindelse med, at den viden, som interviewet kan frembringe, er iagttagelser af andre iagttagelser.

I forlængelse heraf er det vigtigt, at jeg ikke blot betragter mine interviews som noget, der umiddelbart og ligetil kan hjælpe med til en forståelse af nogle fænomener. Samtidig må jeg se interviewet som en iagttagelse af den viden, der kommer ud af mine interviews. Det handler om at kunne lægge en analysestrategi og være bevidst om, at interview som metode i høj grad kræver en analysestrategi. Livsverden bliver derved sat i en bestemt kontekst, som er umiddelbar i forbindelse med min undersøgelse om udskrivelser af patienter. Derved kan der reflekteres over, at den livsverden, som jeg interviewer sygeplejerskerne om, er en livsverden, der kun kan give svar på bestemte fænomener i en bestemt kontekst. Jeg kan ikke antage, at interviewpersonernes livsverden ville se ud, som de beskriver den, hvis det ikke var fordi de var ansat i en organisation og på den måde anbringer sygeplejerskerne i en bestemt kontekst.

Den videnskabelige iagttagelse kan ikke konstruere et bestemt fænomen og betegne dette som en sand erkendelse, fordi der i en interviewsituation vil dukke informationer op, som er begrænset inden for en bestemt synsvinkel (la Cour et al:2005:6). Som ovenstående belyser, er den viden, som jeg får gennem mine interviews, en viden om nogle fænomener, der udspiller sig i en bestemt kontekst. Derfor vil de fænomener, jeg søger sygeplejerskernes mening om, være præget af, at de befinder sig i en bestemt kontekst, som kan henledes til den afdeling, hvor de arbejder. Derudover viser ovenstående, at de informationer, det vil sige de fænomener, som jeg søger viden om, ligeledes sættes ind i en bestemt kontekst, nemlig den kontekst, som omhandler mine spørgsmål til interviewguiden og derved tager sit udgangspunkt i min problemstilling. Den bestemte synsvinkel er dermed mit problemfelt, som ligger til grund for interviewguiden.

Det er tidligere fremgået af mine fænomenologiske overvejelser (jf. videnskabsteoriafsnittet), at den viden, som fænomenologien kan hjælpe mig med at finde frem til, ikke må være farvet af en bestemt teoretisk retning. Når spørgsmålet om teori sættes i forbindelse med metode, forekommer samme argument om, at det er væsentligt ikke at lade teorien blive for altoverskyggende. Med andre ord skal teorien være følsom over for empiriske overraskelser (la Cour et al:2005:6). Dette metodekrav medfører, at jeg ikke finder bestemte teoretiske begreber, der kan forklare forholdene, inden undersøgelsen finder sted. Jeg forsøger at imødegå dette ved at tage udgangspunkt i mine cases om udskrivelser og tager dermed udgangspunkt i praksissituationer, der siger noget om hverdagslivet i sundhedsvæsenets organisationer og set ud fra hjemmesygeplejerskernes synsfelt.

### 4.3.2. Analysestrategier til interview som metode

La Cour et al. henviser til systemteorien og derigennem til Luhmann i en diskussion om det kvalitative interview. I den systemteoretiske tankegang, er det alt afgørende, om man har en analysestrategi, når interview anvendes som metode.

La Cour et al. kalder Kvales beskrivelse af interviewet, som en konstruktion og en repræsentation for at være et ambivalent forhold til interviewet som metode. Dette begrundes med, at interviewet bør ses som en konstruktion i sig selv, fordi genstanden altid betegnes som omverden for samtalen og er derved en konsekvens af den iagttagelse, som samtalen er et udtryk for (la Cour et al:2005:14).

Hvis interviewet anses for at være repræsenterende, mener la Cour et al., at metoden forfalder til at være en naiv metode, der afdækker fænomenet. I modsætning hertil ses det i konstruerende interview, at metoden inddrages i den specifikke kontekst, hvor fænomenet fremtræder (la Cour et al:2005:10).

Med andre ord får det konstruerende interview tilsyneladende et andet perspektiv end det repræsenterende interview, idet det konstruerende interview som metode får tildelt en anden status, nemlig at indvinde antagelsen af fænomenets tilstedeværelse og særlige karakter. Derved kan det konstruerende interview som metode iagttages som en selvstændig erkendelsesproducent (la Cour et al:2005:10).

At iagttage interviewet som en erkendelsesproducent bliver ifølge systemteoretiske antagelser væsentlig, da dette kan beskrives som analysestrategien for interview som metode og det er disse analysestrategier, som Kvale antages ikke at reflektere over. I et systemteoretisk perspektiv får interviewet karakter af, at være et lukket system, hvor informationerne om genstanden opstår gennem selvreference (la Cour et al:2005:10).

I en traditionel metodediskussion vil analysen ofte fremstå som et praksisproblem, der overvejer, hvordan man bedst muligt kan finde frem til virkeligheden. Derimod understreger analysestrategien, at genstanden er afhængig af, hvilke distinktioner, der danner baggrund for vores videnskabelige iagttagelse. Derved fremgår det, at det strategiske må forbindes med konstruktionsprocessen. Hvis valget af strategi havde været anderledes, så ville konsekvenserne naturligvis også havde været anderledes (la Cour et al:2005:7).

### 4.3.3. Interviewets viden af anden orden

I foregående afsnit har interview som metode fået tildelt karakter af at være en første ordens metode, men ifølge la Cour et al. kan interviewet yderligere betragtes som anden ordens metode, som følgende afsnit har til formål at forklare.

La Cour et al skelner mellem tre typer af interviews. For at illustrere, hvordan det systemteoretiske interview kan anses som en *metode af anden orden*.

De tre typer af interviews er

1. **Det forstående interview** – som fokuserer på den indre mening bag det ydre indtryk
2. **Det forklarende interview** – som fokuserer på årsagen til en observeret effekt
3. **Det systemteoretiske interview** – som fokuserer med hvilken forskel, der iagttages (la Cour et al:2005:11).

De tre typer af interviewmetoder forekommer at have stor forskellighed. Det væsentlige her er, at det systemteoretiske interview får karakter af at være en *metode af anden orden* til forskel fra det forstående interview og det forklarende interview, der begge har karakter af en *første ordens metode*. Det systemteoretiske interview adskiller sig ved at være i besiddelse af det analysestrategiske krav om at erkende interviewet som erkendelse. Det særlige præg ved det systemteoretiske interview er derfor, at interviewet bliver konstrueret strategisk, hvilket gør interviewmetoden til en erkendelsesproducent og derfor giver metoden en væsentlig betydning for den viden, der findes gennem interviewet som metode i en systemteoretisk vinkel.

### 4.4. Opsummering af metodeafsnit

Som det fremgår af foregående afsnit, vælger jeg det kvalitative interview som metodisk baggrund for nærværende speciale. De tidligere nævnte cases bliver min indgangsvinkel til mine interviews, hvilket betyder, at jeg ud fra de cases, jeg har indsamlet, vil skabe min interviewguide. Dette gøres ved, at jeg ved gennemlæsninger og kodninger af mine cases kommer frem til spørgsmål om de væsentlig problemstillinger, og i der ud fra stille interviewpersonerne relevante spørgsmål om de emner, som jeg ønsker en større forståelse af. Casene bliver derved betragtet som et vigtigt

empirimateriale, da de viser noget om den virkelighed, som hjemmesygeplejerskerne oplever i forbindelse med udskrivelser af patienter til hjemmesygeplejen<sup>22</sup>.

Det er vigtigt, at jeg som undersøger er bevidst om, at den viden, jeg får gennem mine interviews, er en iagttagelse af en iagttagelse og dermed indeholder mine metodologiske overvejelser en systemteoretisk vinkel. I den forbindelse må det medtænkes, at jeg som interviewer selv er med til at skabe den viden, der fremkommer i mine interviews. Desuden er det vigtigt ikke blot at opfatte sygeplejerskernes livsverden som noget der foreligger som umiddelbart strukturløst, men at mine spørgsmål nødvendigvis også må henvende sig til den kontekst, som de befinder sig i, hvilket kan overføres til organisationen.

Opsummerende kan det således fastslås, at det er gennem fænomenologiens konstruktioner af anden grad kombineret med den systemteoretiske vinkel på mine interviews, med iagttagelser af anden orden, jeg finder frem til ny viden.

#### ***4.5 Udvalgelse af interviewpersoner***

Som allerede nævnt, mener jeg kunne finde frem til svar på problemformuleringen ved at beskæftige mig med sygeplejerskerne i afdelingernes oplevelser af sundhedsaftalernes plads i sygehusafdelingerne. Derfor har mine overvejelser med hensyn til interviewpersoner gået på at finde sygeplejersker, der er ansatte i sygehusafdelinger.

Mine udvalgskriterier er gået på, at finde sygeplejersker fra forskellige afdelinger med henblik på at få et billede af, hvilken plads sundhedsaftalerne generelt har på sygehusafdelingerne. Desuden er det min opfattelse, at sygeplejersker, der ikke har været ansat i sygehusorganisation særlig længe stadig i høj grad reflekterer over handlinger i sygehusafdelingerne. Dette begrundes med, at ansatte i en organisation har nogle bestemte arbejdsrutiner, som ligger fast i organisationen.

Et andet argument for at interviewe sygeplejersker, der ikke har været ansat i sygehusorganisationen i mange år, er, at sundhedsaftalerne er et nyt tiltag, men som det fremgår i problemformuleringen, er samarbejdsaftaler kendt i sygehusorganisationen gennem længere tid. Derfor er det min opfattelse,

---

<sup>22</sup> Der henvises til bilag 2 for nærmere uddybelse af konstruktionen af interviewguiden, hvor problemer fra cases er identificerede i skematisk orden.

at de sygeplejersker, der er ikke har været en del af organisationen så længe, kan stille sig mere åbne overfor nye tiltag.

Til at finde interviewpersonerne har jeg udnyttet mit netværk indenfor sygeplejefaget. Jeg har haft kontakt til en tidligere kollega og en tidligere medstuderende fra min sygeplejerskeuddannelse, der har været behjælpelige med at henvise mig til andre sygeplejersker. Af de sygeplejersker, som jeg fik kontakt til, har jeg fundet frem til fem interviewpersoner, som alle arbejder i hver sin sygehusafdeling med forskellige specialer. Interviewpersonerne har været ansat i de pågældende afdelinger i en periode fra seks måneder til cirka to år.

Med de udvalgte interviewpersoner, mener jeg at kunne opfylde de udvælgelseskriterier, som jeg har opstillet, for at nå frem til en viden om, hvordan sygehusafdelinger forholder sig til sundhedsaftalerne.

#### **4.6. Interviewguide**

Som det fremgår af foregående afsnit, bliver det min metodes genstandsfelt at betragte sygeplejerskernes livsverden - som afhængig af den kontekst, deres hverdagsliv indgår. Det vil sige den afdeling, de arbejder i, og overordnet sygehusvæsenets organisation. For at få ny viden ud af mine interview, må jeg nødvendigvis stille spørgsmål, der både forholder sig til sygeplejerskernes individuelle livsverden og til den kontekst, deres livsverden er struktureret ud fra. For at give et overblik over dette, har jeg opstillet min interviewguide, som indeholder spørgsmål, der både henvender sig til sygeplejerskernes livsverden og til det organisatoriske perspektiv. Der henvises til bilag 3 for skema af interviewguiden.

Da jeg har valgt, at mine interviews skal bygge på en semi-struktureret interviewguide, er formålet med de opstillede spørgsmål, at det ene spørgsmål kan føre til det næste. Det betyder dog stadigvæk, at jeg går ud fra den bestemte interviewguide, som fungerer som mine grundspørgsmål i mine interviews. Min interviewguide skal derved betragtes som et redskab til at udføre mine interviews og til at forstå den mening, sygeplejerskerne har.

## **4.7. Transskription af interviews**

Efter mine interviews var foretaget, har efterarbejdet været at transskribere de bandede interviews. Når interviews transskriberes, er det vigtigt at være opmærksom på, at resultatet af transskriberingen er kunstige konstruktioner af den mundtlige tale (Kvale:2000:163).

Det er naturligvis af betydning, at man ved en transskribering af interviews eksempelvis ikke indfanger interviewpersonens kropssprog, ansigtsudtryk og toneleje under interviewet, da dette kan have betydning for det, som interviewpersonen fortæller om. Ifølge Kvale kan transskriptionen af interviews ses som en konstruktion af noget, der flyttes fra en kontekst til en anden (Kvale:2000:163). I den genskabte konstruktion af interviewet, fremgår ikke tænkepauser og fyldord, som har været en del af selve interviewsituationen.

For at imødegå transskriberingsproblemerne, har jeg umiddelbart efter hvert interview transskriberet interviewet, inden jeg skulle foretage næste interview. Desuden har jeg under interviewet, noteret mig nøgleord, som har lettet selve transskriberingsfasen. Med disse to teknikker mener jeg at kunne argumentere for, at transskriptionerne ligger meget tæt op af selve interviewsituationen. Jeg har nemlig haft interviewet frisk i hukommelsen, da jeg gik i gang med transskriberingen.

Der argumenteres i den systemteoretiske tilgang til interviews for, at man som undersøger af et felt, må iagttage interviewet som en iagttagelse af en iagttagelse og anvende analysestrategier om at have en erkendelsesteoretisk tilgang til den viden, der skabes gennem interviews. Min overordnede analysestrategi er at se interviewmetoden som en erkendelsesproces, men i forbindelse med mine interviews har jeg også anvendt bestemte teknikker ved transskriptionen for på den måde at gøre interviewet mere reliabelt og validt. Dermed er de følgende afsnit præsenteret.

### **4.7.1. Reliabilitet af interviews**

Reliabilitet henviser til, om noget er pålideligt (Kvale:2000:226). Interviewreliabiliteten kan især have at gøre med ledende spørgsmål i interviewet, da de kan påvirke interviewpersonernes svar (Kvale:2000:231).

Jeg har i min interviewguide forsøgt at undgå ledende spørgsmål, hvilket også kan ses i lyset af mine fænomenologiske overvejelser, hvor jeg forsøger at sætte min egen forforståelse til side. Eftersom jeg har et bestemt problemområde i en bestemt kontekst, kan der naturligvis opstå



bestemte spørgsmål, som jeg ønsker at få svar på. Derfor er der flere steder i mine interviews, hvor jeg har stillet bekræftende eller afkræftende spørgsmål - for at sikre mig, at jeg har forstået svaret. I den forbindelse kan spørgsmålene bære præg af at være ledende. Jeg mener dog at kunne argumentere for, at ovenstående ikke kan forbindes med, at mine interviews ikke bliver reliable, men snarere at måden at stille spørgsmål på, indgår i min teknik i mine interviews.

Reliabiliteten af transskriptionerne kræver ligeledes nogle overvejelser, da reliabiliteten af interviews kan være problematiske, da konstruktionen af det mundtlige fra det skriftlige kan være meget forskellige alt efter, hvem der udskriver det (Kvale:2000:164).

Jeg har været den eneste til stede under de foretagne interviews og har efterfølgende selv transskriberet interviewene. Strategien til transskriptionen har været at notere ordret fra båndet og desuden har jeg valgt at indikere interviewpersonernes tænkepauser på følgende måde: .... Yderligere har jeg givet interviewpersonerne mulighed for at komme med tilføjelser efter interviewet, hvilket står skrevet sidst i hver transskription.

Strategien til transskriptionerne er væsentlige refleksioner, da en transskriptionsstrategi kan forbedre reliabiliteten (Kvale:2000:165).

#### **4.7.2. Validiteten af interviews**

Validitet betyder gyldighed, og har i denne forbindelse at gøre med, om interviewet er validt (Kvale:2000:226). Validitet i forhold til interviews er ifølge Kvale at forbinde med troværdigheden af det, som interviewpersonerne svarer under interviewet (Kvale:2000:232).

I forlængelse af ovenstående går overvejelserne også på, om det er de rette personer, man interviewer. Eftersom min problemstilling omhandler en stor del af hverdagen på sygehusafdelinger, finder jeg det naturligt, at interviewe sygeplejersker, der er ansatte i afdelingerne. Dette begrundes med, at det kan formodes, at deres livsverden og den kontekst, de befinder sig i, kan give et billede af, hvordan udskrivelserne foregår og dermed bringe mig nærmere på svaret på problemformuleringen.

I forhold til interviewpersonernes troværdighed mener jeg at kunne tolke deres svar på spørgsmålene i interviewet. Denne påstand bunder ikke alene i, at jeg har opfattet interviewpersonerne som åbne og ærlige over for spørgsmålene i interviewet, men også i nogle etiske overvejelser. Jeg har inden hvert interview forklaret den enkelte interviewperson, at både de

og deres arbejdsplads bliver anonymiserede i specialet, og at det kun er mig, der kommer til at høre båndene fra mine interviews. Sikring af interviewpersonerne anonymitet giver for det første dem mulighed for at tale åbent og ærligt. Og for det andet, fordi transskriberingen af interviews kan vise et usammenhængende sprog, da transskriptionen er en konstruktion af skriftligt sprog fra mundtlig tale (Kvale:2000:66). Som følge af det foregående kan det antages, at interviewpersonerne foretrækker at være anonyme, hvilket igen gør, at jeg som undersøger sandsynligvis får en bredere viden om de lidt mere følsomme spørgsmål.

### **4.7.3. Generaliserbarhed**

Analytisk generalisering forbindes med spørgsmålet om, hvorvidt en undersøgelses resultater kan være vejledende for, hvad der vil ske i en anden lignende situation (Kvale:2000:228). Da jeg i nærværende speciale har valgt at interviewe fem sygeplejersker fra forskellige afdelinger og har fået fem cases fra et lokalområde i en kommunal hjemmesygeplejeordning, og fordi specialets rammer ikke lægger op til en større undersøgelse, kan det være svært at generalisere undersøgelses resultat til lignende situationer. Dermed ikke sagt, at undersøgelses resultater ikke kan frembringe ny viden om udskrivelser og problemer, forbundet med dem. Da jeg har valgt fem forskellige afdelinger, kan der være tale om nogle tendenser, der er i overensstemmelse med hinanden, som derved kan give et billede af, hvordan sygeplejerskerne oplever udskrivelserne.

## 5. Teori

I følgende afsnit præsenteres den teori, som anvendes i specialets analysedel. Først defineres begrebet organisation med henblik på at skabe overblik over, hvad der er væsentligt at medtænke i forhold til en organisations funktion. Dernæst præsenteres de teorier, som jeg har valgt at fokusere på indenfor organisationsteorien. Som udgangspunkt for organisationsteorien har jeg valgt at benytte Jacobsens og Thorsviks bog *"Hvordan organisationer fungerer"*, som er en lærebog, der indeholder centrale temaer inden for organisationsteorien. Selvom bogen giver et generelt billede af organisationer og dermed ikke direkte omhandler sygehusafdelinger som organisationer, mener jeg at kunne argumentere for anvendelse af bogen i nærværende. Denne argumentation hviler på, at bogen indeholder teorier såvel som forskning, der omhandler organisationer, som er relevante for problemstillingen. Jeg har ud fra bogen valgt organisationsteoretiske emner, som jeg mener, kan danne udgangspunkt for dette speciales analyse. Teoriafsnittet afsluttes med et operationaliseringsafsnit, hvor jeg argumenterer for, hvordan teoriapparatet anvendes i analysen.

### 5.1. Organisationer – en definition.

Som det fremgår af problemstillingen, kan sundhedsaftalerne opfattes som en kontrakt, der har til formål at sikre patienter i sundhedsvæsenet et godt patientforløb. Min afgræsning har omrammet problemstillingen til at handle om udskrivelser fra region til kommune, med kommunikation i organisationer som væsentligt omdrejningspunkt. Dette fremhæver vigtigheden af at præsentere organisationsbegrebet.

Organisation er en empirisk betegnelse for mange forskellige arter af organisationer. Det kan for eksempel være offentlige institutioner, interesseorganisationer, som er faglige og erhvervsorienterede og frivillige organisationer som blandt andre Røde Kors. Heraf fremgår det, at organisationer findes i flere forskellige perspektiver, og at de kan gå på tværs af forskellige brancher (Bakka:Fivelsdal:2004:12-13). Det kan derfor være problematisk at definere organisationer med en fællesbetegnelse, der kan dække alle former for organisationer. Jeg vælger dog til min problemstilling at anvende følgende definition af organisationer, da jeg finder denne definitions elementer væsentlige for mit undersøgelsesområde. Efter definitionen belyser jeg, hvordan de enkelte elementer har relation til mit undersøgelsesområde.

De fælles træk, som organisationer har, gør det muligt at definere organisationer på følgende måde:

”(...) *en organisation er et socialt system, som er bevidst konstrueret med det formål at realisere bestemte mål.*”(Jacobsen:Thorsvik:2002:12).

I ovenstående definition er begreberne *socialt*, *system*, *mål* og *bevidst konstrueret* væsentlige begreber. Begrebet *socialt* henviser til, at en organisation består af personer med forskellige roller, der interagerer med hinanden. Ordet *system* henviser til, at der er tale om flere mennesker, der indgår i et samarbejde, og at systemet til en vis grad er afgrænset fra omgivelserne. En organisation bygger dermed på et system og er i større eller mindre grad nødt til at samarbejde med andre organisationer - med henblik på at skaffe organisationen de nødvendige ressourcer. (Jacobsen:Thorsvik:2002:12). Som det fremgår tidligere, bunder mine analysestrategiske overvejelser i at iagttage organisationer som sociale systemer, der udelukkende indeholder kommunikation. Sygehusafdelingerne anses i den forbindelse også for at være et socialt system, hvor kommunikationen kommer i fokus. Som jeg beskrev i afsnit om min fremgangsmåde til besvarelse af problemformuleringen, lader jeg mig i nærværende speciale inspirere af, at sociale systemer udelukkende bygger på kommunikation (jf. side17). I den forbindelse vælger jeg at skærpe definitionerne af organisationer, til at have særlig vægt på, at iagttage organisationer som *sociale systemer*, da netop får relevans for nærværende speciale.

Som der fremgår af definitionen, består organisationen af medlemmer, der arbejder mod et fælles mål. Det vil sige, at en organisation bliver til for at nå et bestemt *mål*, som medlemmerne af organisationen har til opgave at stræbe efter at nå. Organisationer er dermed *bevidst konstrueret*, fordi der er brug for de opgaver, som organisationen har til formål at løse. At organisationen er bevidst konstrueret belyser, at organisationer er opbygget på den bedst tænkelige måde for at kunne løse de mål og opgaver, som organisationen har. Konstruktion i organisationer dækker over måden, hvorpå opgaverne fordeles i organisationer, for eksempel er der forskellige afdelinger i en organisation, ligesom der er oprettet rutiner for, hvordan enkeltsager håndteres, og hvordan ansvarsfordelinger er i arbejdet (Jacobsen:Thorsvik:2002:13).

I begrebsafklaringsafsnittet har jeg belyst sundhedsvæsenets struktur. Det fremgår her, at sundhedsvæsenets opgave er at undersøge, pleje og behandle patienter og endvidere fremgår det, at

sundhedsvæsenet er opdelt i flere organisationer. Herudfra kan målene for sygehusorganisationen belyses - ligesom det faktum, at organisationer er bevidst konstruerede.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik består organisationers struktur af to hoveddimensioner, som på den ene side er arbejdsdeling og specialisering og på den anden side styring og koordinering. Ved udformningen af organisationsstrukturen skabes der retningslinjer for, hvor stor handlefrihed, de ansatte i organisationen har i deres arbejde (Jacobsen:Thorsvik:2002:17-18).

Organisationer er altså delvist lukkede systemer, da de ansatte indgår i et system af retningslinjer og begrænsede handlemuligheder i forhold til deres ansættelse i organisationen. I forhold til nærværende speciale belyses det, at de ansatte på sygehusafdelingerne ikke har en ubegrænset handlefrihed i forhold til deres daglige opgaver. Udførelsen af sundhedsaftalernes indhold og dermed udskrivelser kan derved ikke kun beskrives i forhold til, hvordan sygeplejerskerne handler i deres arbejde. Det er nemlig yderst vigtigt at medtænke, at de, samtidig med at de arbejder i praksis, også er indenfor en bestemt kontekst, som er den organisation, som de er ansat i.

## **5.2. Organisationsteori**

Argumenter for at anvende organisationsteorien går på, at den først og fremmest kan bruges til at forstå organisationer, hvilket er centralt i forhold til problemformuleringen. En anden faktor, der argumenterer for anvendelse af organisationsteorien er, at organisationsteorien kan være med til at give et svar på, hvorfor noget i en organisation ikke fungerer efter hensigten (Jacobsen:Thorsvik:2002:11).

Derved kan organisationsteorien være med til at skabe forståelse for, hvilke indikatorer, der ligger til grund for, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke udskriver patienterne i forhold til sundhedsaftalernes bud på det ukomplicerede patientforløb.

Eftersom problemstillingen forholder sig til og problematiserer den del af sundhedsaftalerne, som foregår på sygehuset ved udskrivelser, er det nødvendigt at se nærmere på, hvordan organisationer fungerer - for på den måde at kunne identificere de problematikker, der ligger til grund for de problematiske udskrivelser. I tråd med problemformuleringens underspørgsmål har jeg valgt at inddele organisationsteoriafsnittet i to afsnit, der hver i sær har underafsnit.

Følgende afsnit omhandler organisationers mål og omgivelser. Derefter følger afsnit, der omhandler kommunikation i organisationer.

### **5.3. Organisationers mål og omgivelser**

Tidlige har jeg beskrevet, at organisationers hovedopgaver er de mål, organisationer er oprettet for at udføre. I den forbindelse kan det være nødvendigt at opdele organisationer yderligere i private og offentlige organisationer, som hver især har målsætninger for de opgaver, som de har. Følgende afsnit har til formål at skitsere, hvordan offentlige organisationer adskiller sig fra de private organisationer - og ikke mindst, hvordan mål i offentlige organisationer er konstrueret.

#### **5.3.1. Offentlige organisationers mål**

Selvsagt er de offentlige organisationer de organisationer, der er ejet af offentlige, det vil sige statslige eller lokale myndigheder, som derfor styres af folkevalgte politikere. Mens de private organisationer styres af private investorer. Fra en generel betragtning beskriver Jacobsen og Thorsvik de offentlige organisationer, som de organisationer, der har de største komplekse udfordringer i udførelsen af organisationernes opgave (Jacobsen:Thorsvik:2002:54).

Eftersom min problemstilling udspiller sig i en offentlig organisation, vil jeg i det følgende skitsere, hvordan disse komplekse udfordringer i de offentlige organisationer kan belyses. Først og fremmest er de offentlige organisationer underlagt et krav om økonomisk effektivitet. Derudover skal de leve op til demokratiske idealer som forudsigelighed og forskelsbehandling samt inddrage befolkningen og formidle samfundsidealer. For det andet har offentlige organisationer opgaver i form af tjenesteydelser, som de skal leve op til. Tjenesteydelserne er eksempelvis sundhedstjenester og misbrugsbehandling, mens beslutningerne om tjenesteydelsernes formidling har til opgave at regulere og påvirke samfundet gennem love og forskrifter. For det tredje er målene i offentlige organisationer kontinuerlige, hvorfor det kan være besværligt at fastslå, hvornår et mål er opnået. I forlængelse heraf er det svært at definere offentlige organisationernes mål som noget, organisationerne skal have nået inden for et bestemt tidsrum (Jacobsen:Thorsvik:2002:55).

Sidste punkt i rækken af de komplekse forhold omkring målene i offentlige organisationer er, at der i offentlige organisationer i en vis forstand er indbygget konflikter. Hermed menes, at offentlige organisationer er politisk styret - og i forbindelse med politik opstår der ofte konflikter. De politiske

konflikter om målene i en organisation kan kun undgås, hvis der er opnået fuldstændig politisk enighed om målene. Politiske mål kan derfor ofte være udtryk for politisk uenighed, hvilket kan bevirke, at de politiske mål får karakter af at være uklare. Konsekvensen heraf er, at de mål, politikere formulerer for de offentlige organisationer, bliver udformet til, hvordan en situation burde være og ikke nødvendigvis til, hvad der er muligt at gøre. Sideløbende spiller medier en væsentlig rolle, da politikere ofte er optaget af, hvad der er acceptabelt i offentligheden. Denne får derfor betydning for de mål, der stilles i de offentlige organisationer. I den forbindelse er det vigtigt at medtænke, at urealistiske mål i offentlige organisationer fører til pressede ansatte. Det bliver nemlig deres opgave at få omdefinert målene, så de kan passe til de ressourcer, de ansatte har i dagligdagen til at udføre organisationens mål (Jacobsen:Thorsvik:2002:55-56).

I forhold til dette speciales problemstilling kan det slås fast, at den politiske beslutning er taget. Dette henføres til, at der er indgået en sundhedsaftale mellem sygehusene og de kommunale hjemmesygeplejeorganisationer. Det, der bliver interessant i nærværende speciale, er derfor at se på, hvordan denne beslutning udføres i sygehusorganisationen, og hvordan denne vælger at udføre målet om de uproblematisk udskrivelser af patienterne til hjemmesygeplejen.

### **5.3.2. Organisationers omgivelser**

I en analyse af organisationers bestemte struktur og mål er det nødvendigt finde ud af, hvordan organisationens omgivelser kan påvirke organisationen. I forlængelse heraf er det væsentligt at se nærmere på organisationernes omgivelser og den påvirkning, de har på organisationens måde at fungere på (Jacobsen:Thorsvik:2002:199).

De omgivelser, der indgår i organisationens nære handlingsmiljø, kaldes for organisationens domæne. Organisationens domæne har betydning for organisationens handlingsmiljø, og domænet er præget af andre aktører, som organisationen dermed er nødt til at forholde sig til. Aktørerne i organisationens domæne er eksempelvis klienter og brugere af en organisation, men kan også være konkurrenter til organisationen, regulerende organisationer og medier. For at organisationen kan sikre sig overlevelse, er det en forudsætning, at organisationen formår at mestre relationerne til de eksterne aktører, der befinder sig inden for organisationens domæne (Jacobsen:Thorsvik:2002:193-194).

Jacobsen og Thorsvik opdeler en organisations omgivelser i tekniske omgivelser og institutionelle omgivelser. Kort fortalt er de tekniske omgivelser:

*”(...) alle de forhold uden for organisationen, som virker direkte ind på, hvordan organisationen løser sine opgaver” (Jacobsen:Thorsvik:2002:199).*

De tekniske omgivelser er relevante i forhold til en organisations resultater og ressourcer, da de eksempelvis kan komme med bestemte krav om, hvordan en organisations produkter produceres (Jacobsen:Thorsvik:2002:199).

Om de institutionelle omgivelser skrives:

*”(...) betegner den måde, hvorpå de kulturelle forhold påvirker organisationer” (Jacobsen:Thorsvik:2002:199).*

For mange offentlige organisationer er de institutionelle omgivelser vigtigere end de tekniske, fordi offentlige organisationer er nødt til at vise den finansielle baggrund, at de er effektive, selv om de ikke er rettet mod markedet i samme grad, som en privat organisation ville være.

Derudover er offentlige organisationer afhængige af legitimitet, som gør det muligt for dem at løse opgaver. Dette kan eksemplificeres med patienter og pårørende, der ikke er tilfredse med organisationens arbejde, hvorfor der kommer fokus herpå, hvorved organisationen risikerer at fremstå som meget lidt effektiv (Jacobsen:Thorsvik:2002:202). Da de institutionelle omgivelser er af stor betydning for organisationer, har jeg valgt at beskæftige mig med de institutionelle omgivelser i følgende afsnit.

### **5.3.3. Institutionelle omgivelser**

De institutionelle omgivelser til en organisation er de grundlæggende antagelser, værdier og normer i omgivelserne, der præger opfattelsen af, hvordan forskellige typer organisationer skal etableres, organiseres og ledes. Opfattelserne af de forskellige typer af organisationer tager udgangspunkt i love og bestemmelser. Det kan siges, at det er i de love og bestemmelser, der regulerer, hvordan organisationen tager sig ud i omgivelserne. Hvis organisationer ikke kan leve op til de



forventninger, som de institutionelle omgivelser fastlægger, kan der være tale om et legitimitetsproblem i forhold til omgivelserne, fordi organisationen skaber en vis usikkerhed (Jacobsen:Thorsvik:2002:200).

De institutionelle omgivelser bliver centrale i en organisationsanalyse, fordi de kan have betydning for organisationens måde at arbejde på. For det første kan de institutionelle omgivelser inddrages, når man beskæftiger sig med organisationens kontrol- og styringsmekanismer. Dette skal forstås sådan, at omgivelserne vil sætte organisationen under pres. Netop, fordi omgivelserne opstiller bestemte normer og værdier, som det forventes, at organisationen lever op til. Hvis organisationen ikke lever op til disse forventninger, vil organisationen blive udsat for kritik og beskyldes for at være irrationelle.

I forlængelse heraf kan andet punkt for, hvorfor de institutionelle omgivelser har betydning i en organisatorisk analyse, belyses. Hvis organisationen vil undgå kritik og beskyldninger om irrationalitet, må organisationen medtænke omgivelsernes forventninger i deres måde at arbejde og formulere målsætninger på (Jacobsen:Thorsvik:2002:201).

De institutionelle omgivelser er desuden vigtige, fordi organisationerne bevidst kan vælge at formulere mål og struktur i organisationen som symboler, der stemmer overens med omgivelsernes forventninger til organisationen. Sidstnævnte belyser, at organisationer kan tegne et billede af organisationen ud ad til, som ikke nødvendigvis har nogen praktisk betydning for organisationen. Derved kan en organisation blot have det formål at leve op til forventningerne i omgivelserne - for derigennem at opnå legitimitet (Jacobsen:Thorsvik:2002:201).

Som det fremgår af de to forudgående afsnit, har organisationens omgivelser betydning for organisationernes mål. Som tidligere nævnt, er sundhedsaftalen en beslutning på et politisk niveau, som sygeplejerskerne som praksispersoner får til opgave at udføre. Hvordan sygehusorganisationen forholder sig til omgivelserne får i nærværende speciale relevans. Først og fremmest, fordi det er væsentligt at medtænke, at organisationerne selv vælger, hvordan de forholder sig til omgivelserne og til de mål, der er indgået i forbindelse med sundhedsaftalen. Derved skal ovenstående afsnit anvendes til at iagttage, hvordan sygehusafdelingerne vælger at udføre sundhedsaftalen i praksis. Dette skal ikke kun henvise til sygeplejerskerne som praksispersoner, men må i høj grad også forbindes med det organisatoriske niveau, hvor ledelsen tager beslutninger for, hvordan målene i organisationen opfyldes - og ikke mindst, hvordan organisationen vælger at forholde sig til samfundet og dets omgivelser.

## **5.4. Kommunikation i organisationer**

Kommunikation i organisationer anses for at være en af organisationens basale processer, som er med til at holde organisationen sammen. Det er derfor altafgørende, om kommunikationsprocessen fungerer, da dette har indflydelse på organisationens andre processer - eksempelvis på det at træffe beslutninger i organisationen eller skabe motivation (Jacobsen:Thorsvik:2002:274).

Som jeg indledte teoriafsnittet med, tillader jeg mig i nærværende speciale at iagttage organisationer som sociale systemer, der udelukkende bygger på kommunikation. Derfor bliver kommunikationen en væsentlig del af specialet teori. Det følgende afsnit har til formål at beskrive, hvad der er væsentligt for at kommunikationsprocesserne i en organisation virker efter hensigten.

### **5.4.1 Kommunikationsprocessen**

Eftersom en del af min problemstilling tager udgangspunkt i den kommunikative proces mellem sygeplejerskerne, der arbejder i afdelingerne og deres måde at formidle informationer på - om patienterne til hjemmesygeplejerskerne i kommunen ved udskrivelser - har jeg i følgende afsnit valgt at definere kommunikationsbegrebet. I afsnittet har jeg valgt at tage udgangspunkt i Jacobsens og Thorsviks definition af kommunikation i organisationer. Kommunikation i organisationer er vigtigt at studere i nærværende speciale, fordi organisationer er sociale systemer, der udelukkende består af kommunikation. Det vil sige, at kommunikationen kommer til at spille en væsentlig rolle i analysen.

I dette afsnit defineres kommunikation indledningsvis, hvorefter kommunikationsprocessen illustreres og forklares.

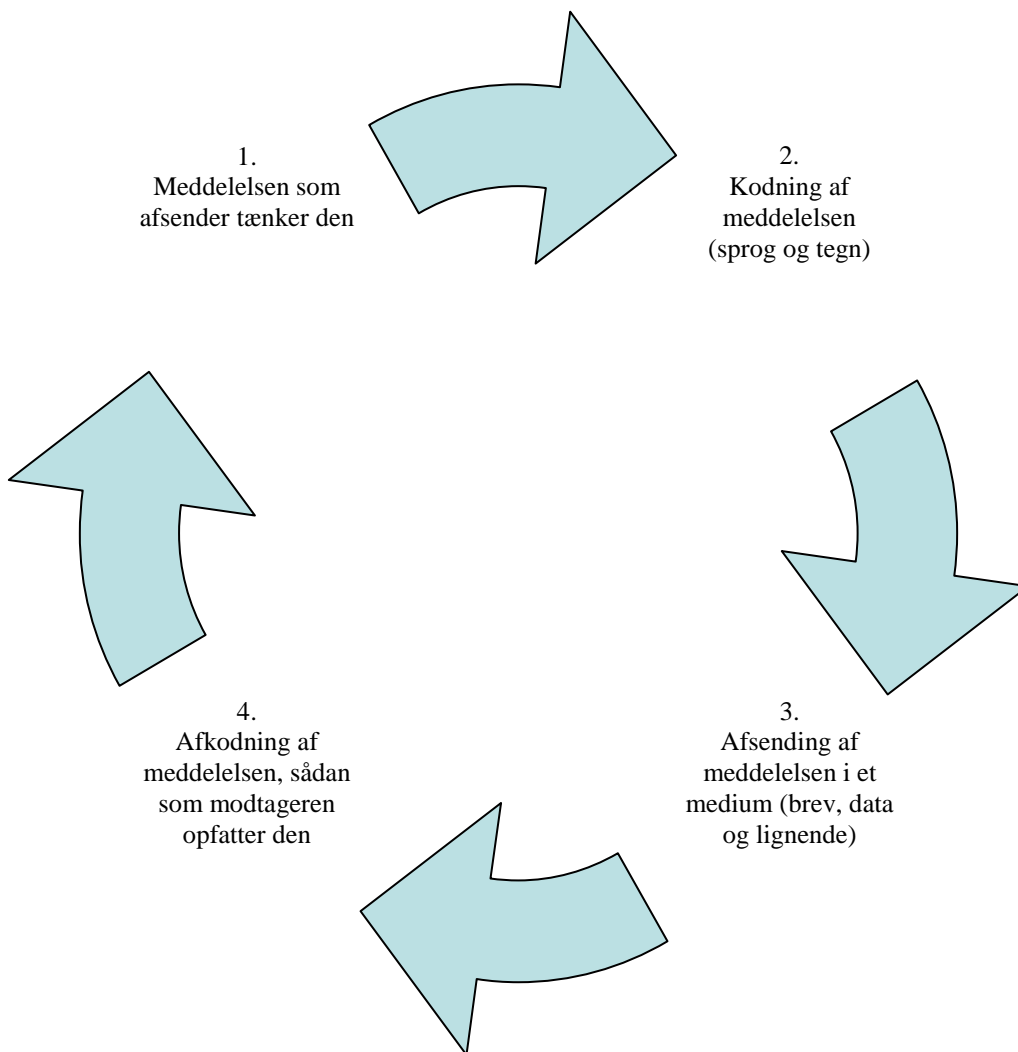
Jacobsen og Thorsvik henviser til kommunikation i organisationer på følgende vis:

*”Kommunikation er den proces, hvori personer eller grupper sender meddelelser til hverandre. Indholdet i meddelelsen kan vi med et samlebegreb kalde information, mens kommunikation er den proces, hvori informationen formidles.”*(Jacobsen:Thorsvik:2002:271).

Det fremgår af ovenstående definition, at kommunikation er en proces, der har til hensigt at få meddelelser fra et sted til et andet. Meddelelsernes indhold kan beskrives som den information, der skal sendes fra afsender til modtager. Kommunikationsprocessen indeholder derfor en afsender og

en modtager af den information, som kommunikationsprocessen omhandler. (Jacobsen:Thorsvik:2002:272).

Figur 2 illustrerer, hvordan kommunikationen er en cirkulær proces, der altid er betinget af modtagernes kodning og tilbagemelding.



Figur 2 - Kommunikationsprocessen (Jacobsen:Thorsvik:2002:271).

I kommunikationsprocessen gennemgår meddelelserne flere stadier, som er afbilledet i figur 2. Første stadiet i kommunikationsprocessen indebærer afsenderens information, som skal bringes til modtageren (1. stadiet i figuren). Afsenderen starter derefter kommunikationsprocessen ved at kode meddelelsen. Herved kodes den information, som sender ønsker at formidle (2. stadiet i figuren). Det

vil sige, at afsenderen må gøre sig klart, hvordan meddelelsen skal formidles - om det er ved verbal eller non-verbal kommunikation. Derefter må afsenderen vælge et medium til sin formidling af meddelelserne, som hænger sammen med, hvordan meddelelsen skal formidles. Det kan eksempelvis være non-verbalt gennem e-mail eller brev og verbalt over telefon eller direkte kontakt til modtageren (3. stadie i figuren). Sidste stadie omhandler modtagerens behandling af meddelelsen, hvordan modtageren opfatter meddelelsen (4. stadie i figuren). For at kommunikationen kan opfattes som effektiv, skal afsenderen tolke meddelelsen på en måde, der stemmer overens med afsenderens intentioner med meddelelsen. Efter figurens fire stadier kommer den tilbagemelding, som modtageren sender til afsenderen, hvilket skal forstås sådan, at rollerne byttes om, så den, der før var modtager, nu bliver afsender omkring meddelelsens indhold. Derved bliver kommunikationsprocessen en dynamisk proces. Figuren kan bruges til at stille spørgsmålstejn ved overføring af information samt det dynamiske element i selve kommunikationsprocessen (Jacobsen:Thorsvik:2002:271-272).

Som det kan forklares ud fra figuren over kommunikationsprocessen, findes der fire stadier i selve kommunikationsprocessen. I den forbindelse er det væsentligt at pointere, at der i de fire stadier kan opstår tre kritiske faser, der typisk kan være i farezonen for problemer og forstyrrelser i kommunikationen. Her er for det første tale om det 2. stadie, hvor afsenderen skal kode sin meddelelse. Det er modtageren, der skal kode meddelelsen, men dette kan have stor betydning for kommunikationsprocessen, da afsenderens kodning af meddelelsen er afhængig af, om modtagerne tolker meddelelsen rigtigt. Selvom det er afsenderens intention at kode meddelelsen på en sådan måde, at modtageren koder meddelelsen rigtigt, kan der være flere problemer i forbindelse hermed. Disse problemer kan eksempelvis findes i selve professionen, da forskellige professionsuddannelser har deres egen faglige jargon, som derfor kan være fremmede for andre. Derudover er afsenderens ordvalg væsentligt for modtagerens kodning af meddelelsen, fordi ordvalget kan have indflydelse på, om modtageren får samme associationer til meddelelsen som afsenderen, og fordi ordvalget kan have betydning for, om der opstår tillid eller mistillid mellem parterne (Jacobsen:Thorsvik:2002:275-276).

En anden af de tre kritiske faser er det medium, det vælges som afsender til meddelelserne. Medierne kan beskrives som mundtlige og skriftlige muligheder til at viderebringe informationerne. Derudover må der skelnes mellem, hvor meget information, de forskellige medier formår at

formidle samt hvilke krav, mediet stiller til kodningen af meddelelsen. Mediet kan derved have stor indvirkning på, hvordan afsenderens intention om modtagerens kodning af en meddelelse realiseres. Mediet kan desuden have konsekvenser, der begrænser mulighederne for tilbagemelding og som derved kan virke hæmmende på tovejskommunikationen (Jacobsen:Thorsvik:2002:276).

Den tredje kritiske fase er, når modtageren afkoder meddelelsen. Problemerne med kodningen her har samme karakter som afsenderens kodning, da begge stadier omhandler, hvordan der tolkes på den givne meddelelse. Modtagerens forudsætninger for kodningen af meddelelsen kan derfor også bunde i særlige faglige termer og den pågældende professionelle uddannelse. Derudover er værdier og interesser væsentlige for modtagerens kodning. Modtageren kan endvidere stille spørgsmålstejn ved afsenderens troværdighed, som også har indflydelse på modtagerens kodning. Hvis modtageren ikke finder meddelelsens indhold som troværdigt eller stiller sig kritisk overfor afsenderens hensigter, kan modtageren stille sig afvisende overfor meddelelsens indhold (Jacobsen:Thorsvik:2002:276-277).

Ovenstående tydeliggør, at kommunikationsprocessen kan være problematisk, idet der er flere forhold, der kan have betydning for udveksling af meddelelserne. Figur 2 viser de enkelte stadier, og det i er den forbindelse væsentligt at medtænke, at både afsenderens og modtagerens kodning af meddelelserne er af stor betydning for, hvordan kommunikationen forløber.

I nærværende speciale kan figuren derfor anvendes til at vise, hvordan kommunikation i forbindelse med udskrivelser foregår - og ikke mindst, hvordan kommunikationen i de enkelte sygehusafdelinger foregår. Sidstnævnte skal især fremhæves, da det formodes, at netop kommunikationsprocessen kan være med til at belyse, hvilke indikatorer, der kan ligge til grund for den måde, hvorpå udskrivelserne foregår. Derudover viser ovenstående, hvor der kan opstå i kommunikationsprocessen. Hvilket gør kommunikationsprocessen central for analysen, da kommunikationsprocessen kan være med til at belyse, hvor problemer i kommunikationen kan identificeres.



Kommunikationsproblemerne i en organisation bunder ofte i, at de ansatte ikke modtager den information, som de har brug for. Imidlertid kan de ansatte dog også modtage for meget information. Begge scenarier kan have konsekvenser for organisationen. Sidstnævnte skal især forbindes med, at overbelastede kommunikationskanaler ofte medfører uheldige konsekvenser - både for den enkelte medarbejder og for organisationen som helhed (Jacobsen:Thorsvik:2002:277). Nogle af konsekvenserne af ovenstående er, at medarbejderne kan gå glip af vigtige informationer, at de tolker informationen forkert og endelig, at de kan miste overblikket og medindflydelsen i organisationen. For at undgå dette er det nødvendigt med systemer til at ordne og strukturere al den information, der er i organisationen (Jacobsen:Thorsvik:2002:277).

I Jacobsen og Thorsviks kapitel om kommunikation belyses det, at undersøgelsesresultater har vist, at den mundtlige kommunikation, der foregår ansigt til ansigt, betragtes som en mere effektiv kommunikationsform end den skriftlige kommunikation. Ulemperne ved den skriftlige kommunikation er, at man som afsender af informationer ikke har mulighed for at se modtagerens kropssprog. Desuden tager det længere tid at få en tilbagemelding, når man kommunikerer skriftligt. Hvis modtageren får en tilbagemelding med det samme, er der mulighed for at få klaret eventuelle misforståelser (Jacobsen:Thorsvik:2002:279).

I forhold til specialet her får ovenstående betydning, idet problemstillingen søger at finde frem til, hvad der kan ligge til grund for, at sygeplejerskerne i sygehusafdelingerne ikke opfylder det krav, der foreligger om udskrivelser af patienter i forhold til det, som hjemmesygeplejerskerne beretter om ved udskrivelserne. Indtil videre har jeg fokuseret på en formodning om, at kommunikationen internt i sygehusorganisationen kan have betydning for, hvordan sygeplejerskerne udfører udskrivelserne til hjemmesygeplejerskerne i kommunerne. I følgende afsnit vil jeg derfor fokusere på den kommunikation, som jeg mener, har betydning for kommunikationen internt i sygehusorganisationen.

### **5.4.3. Organisationsstrukturens betydning for kommunikationen**

Organisationens struktur, det vil sige, den måde, som arbejdet og ansvaret fordeles på mellem organisationens ledere og ansatte, har betydning for kommunikationen i organisationen. I forlængelse heraf kan kommunikationsprocesserne inddeles i vertikal og horisontal kommunikation.

Den vertikale kommunikation henviser til kommunikationen mellem forskellige hierarkiske niveauer i organisationen, mens den horisontale henviser til kommunikationen mellem enheder på samme niveau, der beskæftiger sig med forskellige opgaver (Jacobsen:Thorsvik:2002:282).

Vertikal kommunikation kan dermed sige noget om kommunikationen mellem ledelsen og de ansatte i en organisation, som formodes at være væsentlig for denne analyses indhold. Følgende afsnit indeholder derfor en beskrivelse af den vertikale kommunikation i organisationer (Jacobsen:Thorsvik:2002:182).

Den vertikale kommunikation kan inddeles i to retninger. Der er tale om den vertikale kommunikation i nedadgående retning og i opadgående retning. Som det fremgår, omhandler den vertikale kommunikation i nedadgående retning, den kommunikation, der kommunikerer ned gennem hierarkiet - med andre ord, fra overordnet (topledelsen) til underordnet (medarbejderen). Gennem turen nedad i hierarkiet passerer informationerne mellemledere, der kan have betydning for, om informationerne når frem til medarbejderen. Det kan eksempelvis forekomme, at mellemlederen vælger ikke at videregive dårlige nyheder til medarbejderne - for på den måde at undgå en svækkelse af arbejdsmorale blandt medarbejderne. Informationerne kan altså blive fordrejet og få en anden betydning på rejsen ned gennem hierarkiet i en organisation (Jacobsen:Thorsvik:2002:183-184).

Den vertikale kommunikation i nedadgående retning belyser, hvordan meddelelser skal passere i hierarkiet for at nå frem til medarbejderne. Da det er ledelsen i en organisation, der træffer beslutninger og samtidig vælger, hvordan beslutningerne skal videreføres til praksis, finder jeg den vertikale kommunikation yderst relevant for den følgende analyse af problemstillingen. Det fremgår af afsnittet om den vertikale kommunikation, at der er fare for, at meddelelser, der kan tolkes negativt, ikke når frem til medarbejderne.

Som tidligere nævnt handler dette afsnit om organisationsstrukturens betydning for kommunikationen. I afsnittet er indtil videre belyst, hvordan informationer kan miste betydning, ændres eller slet ikke nå frem på vejen ned gennem hierarkiet. I nærværende speciale kan teorien om den vertikale kommunikation i nedadgående retning anvendes som et redskab til at iagttage og analysere kommunikationen mellem sygehusledelsen, afdelingsledelsen i sygehusafdelingerne og de sygeplejersker, der er ansat i afdelingerne. Den vertikale kommunikation bliver især væsentlig,



da sundhedsaftalen skal fungere som en præmis i en nedadgående retning fra ledelse til medarbejder – det vil sige fra sygehusledelse, afdelingsledelse og til sygeplejerskerne i afdelingerne.

## **5.5. Oprationalisering af teoriafsnittet**

De organisationsteoretiske overvejelser skal sammen med interviewtransskriptionerne være med til at finde svar på, hvilke indikatorer, der kan ligge til grund for de problematiske udskrivelser af patienter fra sygehusafdelingerne.

I teoriafsnittet har jeg defineret organisationsbegrebet og har derigennem vist, hvordan organisationer er sociale systemer, der er opbygget med henblik på at løse bestemte opgaver og mål. I den forbindelse er sygehusafdelinger offentlige organisationer, hvor målene er politisk bestemte. Derved kan sundhedsaftalerne ses som en politisk bestemt aftale, hvilket kan medføre flere problemstillinger i et organisationsteoretisk perspektiv. I en analyse med et organisationsteoretisk udgangspunkt får organisationens institutionelle omgivelser en væsentlig betydning, da de stiller nogle krav til organisationen. De institutionelle omgivelser kan i nærværende speciale overordnet betragtes som samfundet, men organisationens domæne, der defineres som det nære handlingsmiljø, som kan eksemplificeres til samarbejdsorganisationer, er også væsentligt. Begge kan have betydning i den forstand, at organisationens mål i kan fremstå som symboler frem for reelle mål - for at tilpasse sig de institutionelle omgivelser.

Således vil analysens første del undersøge, hvordan sygehusafdelingerne vælger at udføre sundhedsaftalerne og i den forbindelse, hvordan målene opnås. Hermed menes, om målene blot bliver symboler, som sygehusorganisationen viser til de institutionelle omgivelser for at opnå legitimitet.

Kommunikation i organisationer er gennem teoriafsnittet blevet belyst som en væsentlig faktor for, hvordan samarbejdet mellem organisationens medlemmer er. Kommunikationsproblemer kan ses i et i vertikalt perspektiv, hvoraf jeg i teorien har fokuseret på det nedadgående niveau. Perspektivet kan komme med forklaringer på, hvorfor informationer ikke når frem til de personer, som informationerne var henvendt til. Det væsentlige bliver at se på kommunikationen i organisationer, ikke blot hvordan kommunikationen kommunikerer mellem sygeplejerskerne i afdelingerne og hjemmesygeplejerskerne. Også den interne kommunikation i sygehusorganisationen er et centralt

omdrejningspunkt for, hvordan organisationen kan iagttages. Endvidere har teoriafsnittet belyst, at ansigt-til-ansigt kommunikationen er at fortrække, hvis de ansatte skal have mulighed for at samarbejde på den bedst mulige måde.

På denne baggrund vil analysens anden del undersøge, hvordan kommunikationen kommunikerer i sygehusafdelingerne, både i forhold til den interne kommunikation og kommunikationen ved udskrivelserne.

Organisationsteorien og kommunikationsteorien skal derved fungere som det teoretiske grundlag, der gennem analysen anvendes til at belyse indikatorer for, hvorfor problematiske udskrivelser finder sted. Dette sker i sammenhold med empiri, hvor sygeplejerskernes oplevelser af udskrivelser er i fokus.

## **6. Analyse**

Analysen indledes med en redegørelse og en illustration af, hvordan jeg er nået frem til viden ud fra transskriptionerne. Derefter præsenteres analysens to hovedafsnit, der begge har underinddelinger med flere afsnit.

### **6.1. Analysestrategi**

Nærværende speciale er, som det fremgår tidligere, inspireret af Åkerstrøms måde at iagttage kontrakter på. Desuden fremgår det, af mine videnskabsteoretiske og metodologiske overvejelser, at viden er en konstruktion af anden grad og iagttagelser af anden orden. Dermed er ambitionen at anlægge et åbent analysedesign, hvor jeg analysestrategisk iagttager mine interviews som erkendelsesproducenter.

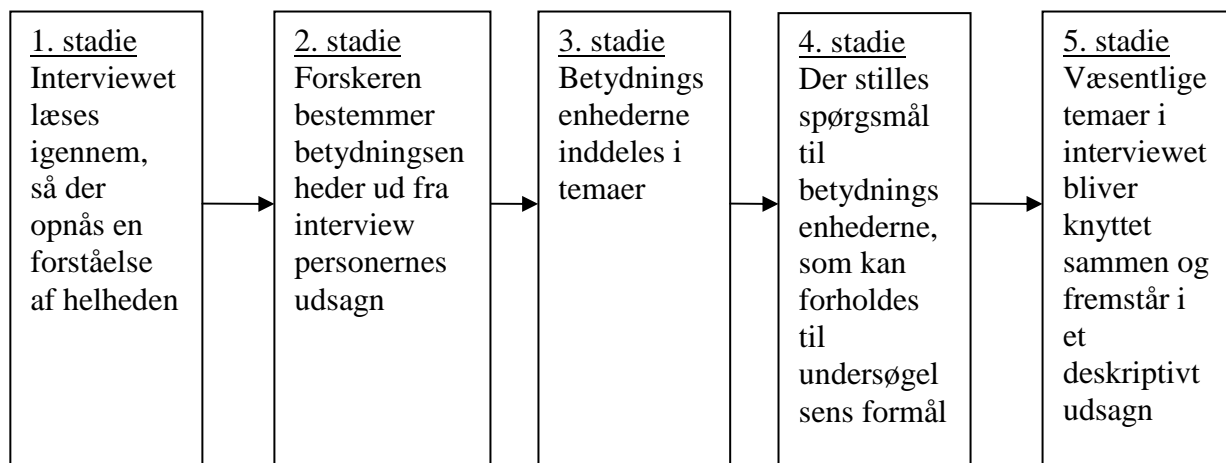
I tidligere afsnit har jeg redegjort for, hvordan jeg har transskriberet de bandede interviews, således at sygeplejerskernes udsagn er blevet nedskrevet i transskriptioner, der anvendes i analysen - som det empiriske materiale, der underbygges af teorien. Desuden har jeg også tidligere argumenteret for, at den viden, som jeg analyserer mig frem til, er en konstruktion af anden grad, hvor jeg som undersøger af feltet skaber konstruktioner af anden grad, som danner viden. Metodisk set er min fremgangsmåde til interviews og behandling heraf inspireret af Kvale, som sættes i et andet perspektiv, med la Cours refleksioner over interview som metode. Derfor har jeg valgt at forholde mig til anden ordens iagttagelse - såvel som anden grads konstruktioner for at finde frem til viden.

Nærværende afsnit forholder sig i forlængelse af ovenstående til, hvordan jeg strategisk har opdelt analysen. Dette har ikke blot til formål at skitsere systematik, men jeg søger også at belyse, hvordan jeg er nået frem analysepunkterne gennem en metodetilgang til interviewanalysen.

Følgende afsnit præsenterer min fremgangsmåde til dannelse af meningskondenseringer, hvorefter jeg præciserer, hvilke meningskondenseringer jeg er nået frem til.

### 6.1.1. Meningskondenseringer på baggrund af interviewtransskriptioner

Kvale fremhæver fem forskellige metoder<sup>23</sup> til interviewanalyser, hvoraf jeg har valgt at fokusere meningskondenserings metode, hvor interviewpersonernes meninger om fænomenerne sammentrækkes til kortere formuleringer. I denne sammentrækning vil hovedbetydningen af interviewpersonernes meninger fremstå i de korte formuleringer (Kvale:2000:190). Meningskondenseringen går derfor ud på at kode interviewenes indhold i afsnit, der har betydning for de forskellige analyseafsnit. Ifølge Kvale har meningskondenseringsmetoden fem stadier, som jeg har taget udgangspunkt i til at belyse, hvordan kondenseringen i nærværende speciale er foretaget, hvilket jeg illustrerer i følgende figur:



Figur 4 de fem stadier i meningskondenseringsmetoden (Kvale:2000:192).

Som figur 4 illustrerer, bliver mine interviews inddelt i forskellige temaer, der overordnet kan knyttes til et analyseafsnit. Figuren over kondenseringen gør det ikke alene muligt at give et billede af, hvordan jeg har kodet mine interviews, men den kan også give et billede af, hvordan min fremgangsmåde til at finde frem til viden er. Hvilket bliver relevant, da jeg har valgt induktiv metode, hvor empirien går forud for teorien.

Meningskondenseringen medvirker til at skabe overblik over empirien, således at de centrale temaer træder frem, og derved får jeg indkredset de dele, der er relevante for mit problemfelt.

<sup>23</sup> De andre metoder til interviewanalyser kategorisering, narrativ strukturering, meningsfortolkning, skabelse af viden gennem ad hoc-metoder (Kvale:2000:190-191).

Meningskondenseringen vil ikke fremstå explicit, men skal nærmere betragtes som mellemregninger, således at citater og forståelser ikke placeres i en kontekst, hvor de ikke naturlig hører til. I følgende skema præsenterer jeg de meningskondenseringer, som jeg har dannet ud fra interviewtransskriptionerne. I venstre kolonne fremgår nummeret på meningskondenseringen og i tilsvarende højre kolonne fremstår selve meningskondenseringen formuleret enkelt.

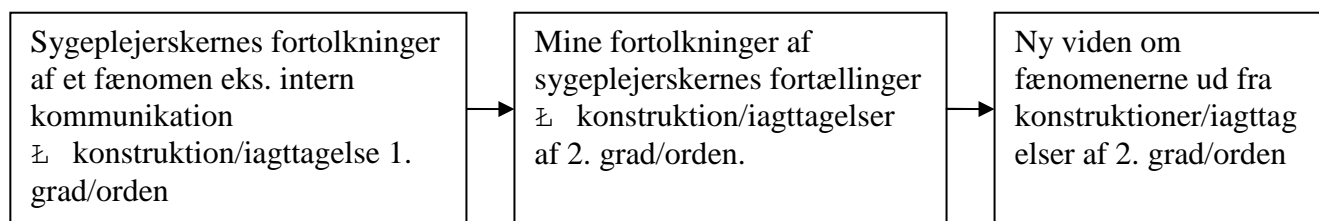
|                  |  |
|------------------|--|
| 1. kondensering  | Sygeplejerskerne har i dagligdagen flere forskellige opgaver, som har karakter af både at være administrative og sygeplejefaglige.                           |
| 2. kondensering  | I forhold til udskrivelser har sygeplejerskerne i afdelingerne en koordinerende rolle.   |
| 3. kondensering  | Sygeplejerskerne i afdelingerne er ikke bekendt med sundhedsaftalerne.   |
| 4. kondensering  | Sygeplejerskerne i afdelingerne har en viden om, hvordan udskrivelserne bør foregå, som er i overensstemmelse med sundhedsaftalernes mål.                    |
| 5. kondensering  | Sygehusafdelingerne har ifølge sygeplejerskerne ikke nogen handleplaner for udskrivelser, men har handleplaner for flere andre sygeplejeopgaver.             |
| 6. kondensering  | Sygeplejerskerne i afdelingerne mener, at det er problematisk at udskrive, fordi de skal forholde sig til hjemmesygeplejens regler for udskrivelser.         |
| 7. kondensering  | Sygeplejerskerne i afdelingerne forsøger at forholde sig til omgivelserne, især den kommunale hjemmesygepleje.   |
| 8. kondensering  | Nogle mål i organisationen kan have symbolsk karakter og er derved ikke reelle mål for sygehusafdelingerne.  |
| 9. kondensering  | Sygeplejerskerne i afdelingerne anvender et dokumentationsredskab, der udfordrer deres interne samarbejde omkring udskrivelser.                              |
| 10. kondensering | Ledelsen i sygehusafdelingerne vælger ikke at informere sygeplejerskerne om problematiske udskrivelser.  |
| 11. kondensering | Sygeplejerskerne i afdelingerne ønsker mere information om udskrivelser.   |
| 12. kondensering | Sygeplejerskerne i afdelingerne oplever ikke, at der kan forekomme fejl i udskrivelserne.  |
| 13. kondensering | I nogle afdelinger har man valgt at inddrage andre fra samme organisation i udskrivelserne, hvilket letter sygeplejerskernes arbejde omkring udskrivelserne. |

|                  |   |
|------------------|---|
| 14. kondensering | Sygeplejerskerne i afdelingerne vælger hovedsageligt at anvende telefonen som medie ved udskrivelserne. |
|------------------|---|

Figur 5 skematisk illustration af meningskondenseringer ud fra interviewtransskriptionerne.

Meningskondenseringsfasen har således ført mig hen til ovenstående kodninger. For at belyse, hvordan jeg når frem til viden, der skal anvendes i analysen, må kodningerne suppleres med mine videnskabsteoretiske overvejelser, der bygger på at se viden som en konstruktion af anden grad. Hertil har jeg desuden valgt at se interviewpersonernes udsagn som anden ordens iagttagelser, som i tråd med mine fænomenologiske overvejelser får karakter af, at den viden jeg får, er gennem interviewpersonernes forståelser af fænomenerne. Som gennem mine iagttagelser bliver til en konstruktion/iagttagelse af anden grad/orden. Deraf fremgår det, at skellet fra mening til viden ligger i anden grads/orden konstruktioner/iagttagelser.

På baggrund af ovenstående, hvor jeg beskriver, hvordan jeg forholder mig til mine fænomenologiske overvejelser af konstruktioner af anden grad, illustrerer følgende figur, hvordan jeg er nået til meningsdannelse gennem konstruktioner af anden grad.



Figur 6 analyseredskabet over kondenseringer og konstruktioner/iagttagelser.

Figur 6 sammenfatter mine kodninger med mine videnskabsteoretiske og metodologisk overvejelser - i sammenhæng med mine kondenseringer af interviewtransskriptionerne. Figuren skal iagttages som en illustration over de forskellige kondenseringer, som jeg har behandlet empirimaterialet med. I figurens første tekstboks har jeg indsat det eksempel, der danner baggrund for de forskellige fænomener, som jeg interviewede sygeplejerskerne om. I ovenstående er det fænomenet intern kommunikation i sygehusafdelingen, som jeg har indsat. Derved skal figuren betragtes som det redskab, jeg har forholdt mig til, da jeg skulle skabe meningskondensering ud fra

interviewtransskriptionerne. Som det fremgår af min interviewguide, har jeg opdelt denne dels i spørgsmål, der relaterer sig til sygeplejerskernes kontekst og dels i spørgsmål, der relaterer sig til livsverdensperspektivet. Som iagttager af interviewtransskriptionerne bliver det muligt at iagttage både livsverden og konteksten, som er de to iagttagelsesstrategier jeg har valgt, til at besvare problemformuleringen.

Sidst i de analysestrategiske overvejelser skal det gøres klart, at meningskondenseringerne bredes ud i analysen og derved fremgår citater, der kan være med til at belyse sygeplejerskernes udsagn.

## **6.2. Analysedel 1**

Gennem første del af analysen analyseres de meningskondenseringer, der skal anvendes sammen med organisationsteoriens forklaringer om, hvordan organisationer kan iagttages som sociale systemer. Dette gør jeg, som tidligere nævnt, med det formål at finde frem til, hvordan sygehusafdelingerne forholder sig til sundhedsaftalerne og til udskrivelser generelt. Dermed bliver analysens første del sat i forbindelse med problemformuleringens første spørgsmål. For overblikkets skyld har jeg inddelt analysedelen i flere underafsnit, der hver især indeholder empiri og teori og har særskilte overskrifter.

### **6.2.1. Sygehusorganisationen**

Følgende afsnit søger at skitsere, hvordan sygehusafdelingerne kan iagttages som en organisation, hvilke mål sygehusafdelingerne har og den struktur, som sygehusorganisationen er opbygget af. Empirisk findes beskrivelserne af sygeplejerskernes kontekst væsentlige for dette afsnit, da sygeplejerskernes udsagn om deres daglige arbejde kan give et billede af, hvordan en arbejdsdag i sygehusafdelingerne forløber.

Afsnittet her bygger på den meningskondensering, som omhandler sygeplejerskernes forskellige opgaver i deres dagligdag i afdelingen. Sygeplejerskernes dagligdag er naturligvis forbundet med den afdeling, de er ansat i. Da der jo er forskellige afdelinger med forskellige patienter, der har forskellige sygdomme. Generelt set er der stor lighed mellem sygeplejerskernes arbejdsdag, i forhold til deres udsagn. Det fremgår, at sygeplejerskerne har mange forskellige faglige og administrative opgaver i løbet af dagen, hvilket iagttages ud fra følgende beskrivelser:

*”(...) Det er bredt, det er stuegang, og det er medicinadministration og IV-medicin og... ja og kontakt med hjemmepleje og andre samarbejdspartnere på sygehuset. Det er jo også at hjælpe patienterne i forbindelse med personlig hygiejne og undervisning og informere patienterne om, hvad der kommer til at foregå i løbet af dagen.” (ITV3:41).<sup>24</sup>*

*”Ja, min dagligdag, den består i at passe kræftpatienter, og de bivirkninger de har efter kemoterapi og at give kemoterapi, og hvad der ellers kan være i forbindelse med det. En stor del af mit arbejde er også at få patienterne ordentligt udskrevet, og opsøge om de har brug for ekstra hjælp... eller at overbevise dem om, at de har brug for ekstra hjælp i hjemmet, for tit kan de ikke selv se det.” (ITV1:20).*

Som det fremgår af sygeplejerskernes udsagn er sygeplejeyjobbet bredt, og de har som sygeplejersker mange forskellige opgaver at udføre i løbet af dagen. De administrative opgaver består blandt andet i medicinadministration, udskrivelser og samarbejdet med hjemmeplejen og andre samarbejdspartnere. Samtidig har sygeplejerskerne faglige opgaver med at passe og pleje patienterne.

Det er gennem organisationsstrukturen, der skabes retningslinjer for, hvor stor handlefrihed de ansatte har. Denne handlefrihed kan forklares med den måde, hvorpå sygeplejerskerne administrerer deres dag (Jacobsen:Thorsvik:2002:17-18). Det tolkes, at der ligger en udfordring for sygeplejerskerne, fordi de har mange forskellige opgaver, som de skal udføre i et internt samarbejde. I følgende citat belyses det, hvordan sygeplejerskerne dagligt administrerer og fordeler opgaverne i en sygehusafdeling:

*”(...) Altså fra morgenstunden af, så deler vi patienterne ud og så får man tildelt nogle patienter, som man har. Samtidig skal man så også modtage, hvis der kommer nogen i den gruppe, du er i. Vi inddeler i grøn, rød og blå gruppe, det er sådan efter hvilke medicinske specialer patienterne hører under. Så er det jo meget... altså ja, det er jo alting, morgenmad, morgenpleje og medicin og så skal de jo, altså dem man får fra morgenstunden af, de skal gerne flyttes ud på de medicinske afdelinger i løbet af formiddagen og så skal du modtage nye.” (ITV4:49).*

---

<sup>24</sup> Der henvises til sidetal i bilagsrapporten.



Den sygeplejerske, som udtaler sig om de daglige opgaver i den afdeling, hun er ansat i, arbejder på en afdeling, hvor hun modtager akutte patienter, som skal påbegynde medicinsk behandling i denne afdeling, hvorefter de flyttes videre til andre afdelinger eller udskrives (ITV4:49). Som tidligere nævnt, iagttages dette som et billede på, hvordan sygehusorganisationen er inddelt i forskellige specialer, men det iagttages endvidere som et billede på, at sygeplejerskerne ikke blot har udskrivelser på dagsordenen, hvilket er væsentligt at medtænke i denne analyse.

I forhold til opgaven om at udskrive patienter fortæller sygeplejerskerne, at deres rolle i denne proces har karakter af at være koordinerende. En af sygeplejerskerne fortæller om den koordinerende rolle, som hun har i den afdeling, hvor hun er ansat:

*”(...) Men så er det jo tit, at vi samarbejder med terapeuterne også. Vi skal jo have koordineret med dem, om de har fået sendt genoptræningsplanen, så de skal med ind i det. Det fortæller jeg så videre til visitatoren. Hvis vi sender dem videre til nogen genoptræningssteder, så kan det også være, at der skal laves en status over, hvor langt vi hver især mener patienten er i forløbet. Men det er mig, der skal finde ud af det og har det fra de andre, så synes jeg jo selvfølgelig, at det er mit ansvar.” (ITV5:60).*

Citatet illustrerer, at udskrivelser kan være tidkrævende for sygeplejerskerne, fordi sygeplejerskerne har en koordinerende rolle, hvor de skal samle trådene fra flere andre faggrupper, før de kan udskrive en patient. Samtidig skal de varetage de andre daglige opgaver, de har i afdelingen. I den forbindelse formodes det, at der kan være fare for, at der kan gå noget tabt i udskrivelsen. Gennem mine konstruktioner af anden grad er jeg kommet frem til, at sygeplejerskerne i afdelingerne har mange forskellige opgaver, der kan besværliggøre, at sygeplejerskerne får tid til udskrivelserne. Derudover har jeg i dette afsnit yderligere brugt den meningskondensering, der belyser, at sygeplejerskerne har en koordinerende rolle ved udskrivelser, som kan besværliggøre udskrivelserne. Dermed har ovenstående afsnit identificeret to punkter, der kan være med til at forklare, hvorfor der kan forekomme fejl ved udskrivelserne af patienterne.

Efter af have belyst sygeplejerskernes kontekst og deres rolle i udskrivelserne vil jeg i næste afsnit se nærmere på, hvordan sygeplejerskerne i afdelingerne forholder sig til sundhedsaftalen, som er et af sygehusorganisationens politiske mål.

### **6.2.2. Sundhedsaftalerne i praksis.**

Den tredje meningskondensering i skemaet (jf. figur 5) omhandler, at sygeplejerskerne ikke kender til sundhedsaftalerne. Denne meningskondensering danner baggrund for dette afsnit.

Med henblik på at konkretisere, hvordan sygehusorganisationen forholder sig til sundhedsaftalen og hvordan sundhedsaftalen, der er vedtaget på det politiske niveau, kan overføres til sygeplejerskernes praksis, vil jeg indledningsvis belyse, sygeplejerskernes forståelse af sundhedsaftalerne, som den kan ses på deres arbejdsplads. Generelt er sygeplejerskerne ikke bekendte med sundhedsaftalen, (ITV1:29, ITV2:38, ITV5:66). To af sygeplejerskerne fortæller dog, at de har hørt om sundhedsaftalerne, men de er ikke bekendte med, hvad de indeholder (ITV3:47, ITV4:55).

På trods af, at to af sygeplejerskerne har hørt om sundhedsaftalerne, er de ikke klar over, hvad sundhedsaftalen indeholder. Eftersom alle de adspurgte sygeplejersker, der repræsenterer fem forskellige afdelinger, ikke kender til det krav om samarbejde ved udskrivelserne, kan det antages, at der generelt er en tendens til, at sygeplejersker i afdelingerne ikke er bekendt med sundhedsaftalen og dens indhold.

I et organisationsteoretisk perspektiv kan ovenstående forklares med, at organisationen vælger at forholde sig til målet i en symbolsk betydning - for måske at opnå legitimitet hos organisationens omgivelser (Jacobsen:Thorsvik:2002:201). I forhold til ovenstående kan det umiddelbart antages, at sygehusorganisationen vælger at forholde sig til målet om sundhedsaftalen som et symbolsk mål. Dette baseres yderligere på, at organisationer kan vælge et symbol, der ikke nødvendigvis har nogen praksis betydning for organisationen.

Antagelsen herom ligger dog ikke så ligetil, da det kræver en nærmere undersøgelse for at be- eller afkræfte antagelsen. Da et af sygehusorganisationens klare mål er at behandle og udskrive patienter efter endt indlæggelse, må det formodes, at sygeplejerskerne i deres daglige arbejde har med udskrivelser at gøre, selvom de ikke kender til begrebet sundhedsaftale. Følgende afsnit tager derfor udgangspunkt i, hvordan sygeplejerskerne opfatter et godt patientforløb. Med henblik på at sammenholde sygeplejerskernes opfattelse af et godt patientforløb med den politiske beslutning om patientforløb.

### 6.2.3. Sygeplejerskerne om de gode patientforløb

Mit valg af fænomenologisk videnskabsteori og iagttagelser af anden orden har gjort det muligt at finde frem til, at sygeplejerskerne på trods af, at de ikke kender til sundhedsaftalerne, har et syn på patientforløbet, som er i klar overensstemmelse med sundhedsaftalerne. De sygeplejersker, som jeg interviewede, gav under interviewet udtryk for, at de overordnet har en viden om, hvordan et gode patientforløb kan beskrives. Ud fra deres udsagn forekommer det, at denne viden er overensstemmelse med den politiske udformning af, hvad et godt patientforløb. Dette skitseres i følgende:

*”Et godt patientforløb for mig, det er, hvor jeg får lov til at tage imod en patient, snakke med patienten om hvordan det er, når patienten er indlagt og at vi får løst problemerne, så godt vi kan. (...) Det er jo vigtigt at få lavet nogle gode aftaler, så det kan blive et godt patientforløb” (ITV1:25).*

*”Jamen et godt patientforløb, det er når patienten bliver indlagt og at man ret hurtigt får tænkt over, hvornår patienten skal hjem og hvilken hjælp de skal have i hjemmet. Sådan så det er, at man kan arbejde sig hen imod det gradvist i stedet for, at man skal gøre det på samme dag, som udskrivelsen finder sted, for så bliver det jo meget presset og så er det jo, at der kommer sure miner både fra den ene ende og fra den anden ende, fordi nu skal vedkommende bare hjem, og det skal gå hurtigt.” (ITV2:39).*

*”Jamen det er at... at patienten er tryk under indlæggelsen og har følt sig godt informeret og er... ja altså selvfølgelig har det godt, når patienten bliver udskrevet. Ja, at det hele bare klapper og at tingene er organiseret godt med hjemmesygeplejen og både patienten er tilfreds og pårørende er tilfredse og hjemmesygeplejen er tilfredse.” (ITV3:47).*

*”Jamen det ville jo være... når man bliver indlagt på sygehuset, så bliver der jo lavet en behandlingsplan og en plejeplan, det er lægerne og sygeplejerskernes arbejde, som selvfølgelig også skal være tilfredsstillende (...) Jeg tænker, at det sådan klapper, når det er godt for patienten, når der er sammenhæng i forløbet.” (ITV4:54).*

*”Jamen der er jo mange ting, der skal fungere godt. Jeg synes, det er vigtigt det der med, at vi får snakket om udskrivelsen i god tid, at det ikke bliver sådan noget, hvor man skal skynde sig. Altså så vi får snakket om, hvad det er, der er brug for derhjemme (...) Det er jo virkelig vigtigt, at vi lige får taget det i god tid. Så vi får sagt, at vi regner ikke med, at de skal blive en måned eller mere, eller hvordan det nu ser ud, sådan så patienterne også kender perspektivet.” (ITV5:66).*

Det fremgår af ovenstående citater, at det for sygeplejerskerne er vigtigt, at patienterne føler sig trygge, er velinformerede, og at der er sammenhæng i forløbet. Herudfra kan iagttages, at sygeplejerskerne medtænker patienternes opfattelse af et godt patientforløb som en faktor for et godt patientforløb. Endvidere bliver sygeplejerskens kontekst synlig, da det fremgår, at sygeplejerskerne er optaget af, at de skal have udarbejdet en plan for patienten, og at der allerede ved indlæggelsens start fokuseres på udskrivelsesforløbet. Det vil sige, at sygeplejerskernes opfattelser af et godt patientforløb er i overensstemmelse med sundhedsaftalens mål om patientforløb.

Som vist i tidligere afsnit er sygeplejerskerne i afdelingerne ikke bekendte med sundhedsaftalen, ej heller med dens indhold. Dette kan forekomme paradoksalt, da ovenstående citater jo netop belyser, at sygeplejerskerne har viden om, hvordan et godt patientforløb kan formuleres og bør udledes i praksis. Med de organisatoriske briller vil ovenstående derfor kunne belyse, at planer om udskrivelser findes i sygehusorganisationen, og at sygeplejerskerne tilrettelægger deres dagligdag efter denne arbejdsmetode, som nødvendigvis må bunde i organisationens struktur og målsætninger (Jacobsen:Thorsvik:2002:17-18). Derfor kan sygehusorganisationen i forlængelse af ovenstående ikke kritiseres for ikke at have målsætninger for, hvordan patienter bør udskrives til hjemmesygeplejen på bedst mulig vis. Hvorvidt sygehusorganisationen anvender sundhedsaftalen som et symbolsk mål, kan derved afkræftes. Politisk set kan sundhedsaftalen være et symbolsk mål, men da sygeplejerskerne i afdelingerne udfører det mål, som sundhedsaftalen indeholder, kan sundhedsaftalerne ikke anses for ikke at blive efterlevet som et reelt mål i sygehusafdelingerne.

Når sygeplejerskerne i afdelingerne har en opfattelse af patientforløb, som overordnet stemmer overens med sundhedsaftalernes ideal, kan der reflekteres over, om det er sygehusledelsen, der bevidst har valgt ikke at informere sygeplejerskerne i afdelingerne om sundhedsaftalerne, fordi den antager, at sygeplejerskerne arbejder ud fra målsætningen, selvom de ikke er bekendte med

sundhedsaftalerne. Hvis sygehusledelsen har fravalgt at formidle sundhedsaftalerne til sygeplejerskerne, kan det eventuelt bunde i overvejelser om der er ressourcer nok i organisationen. De to ovenstående refleksioner kan dog ikke med sikkerhed konkluderes ud fra denne undersøgelses empiri, da jeg ikke har interviewet nogen fra sygehusledelsen.

Som nævnt i specialets indledende del, er sundhedsaftalerne ikke noget nyt fænomen, da der gennem flere år har været en aftale mellem kommuner og de amtslige sygehuse om, at samarbejdet omkring patientforløbene skulle forbedres. Senest er sundhedsaftalen indgået, og som det fremgår af sygeplejerskernes udsagn, er de ikke umiddelbart bekendte med sundhedsaftalen, men de arbejder ud fra samme målsætning. Derfor kan det heller ikke umiddelbart antages, at sundhedsaftalerne blot kan iagttages som et symbolsk mål for afdelinger, da sygeplejerskerne udfører udskrivelserne som et reelt mål.

Når jeg tolker, at ledelsen har valgt ikke at informere sygeplejerskerne om sundhedsaftalernes indhold, baseres dette på best practice begrebet, hvor organisationer vælger at tage udgangspunkt i det, der eksisterer i praksis - frem for at tage udgangspunkt i, hvordan man teoretisk bør udvikle en handleplan over tiltag. Udskrivelser er daglige sygeplejehandlinger i afdelingerne, så derfor kan ledelsen vælge ikke at formidle det nye tiltag, hvis det vurderes, at udskrivelserne allerede har karakter af at opfylde det gode patientforløb. Endvidere kan det tolkes, at den politiske beslutning om bedre patientforløb bygger på, hvad der allerede eksisterer i praksis. Med udgangspunkt i best practice begrebet, kan sygehusorganisationen sikre sig legitimitet i omgivelserne (Hatch:1997:104).

Dette afsnit har belyst, at sygeplejerskernes viden om det gode patientforløb og udskrivelser allerede findes i sygehusafdelingernes daglige arbejde. I forlængelse heraf vil jeg i næste afsnit belyse, hvordan sygeplejerskerne i afdelingerne har tillært sig den praksis, de anvender ved udskrivelser.

#### **6.2.4. Sygeplejerskernes mål i handleplaner**

Flere af sygeplejerskerne giver udtryk for, at en stor del af deres arbejde er nedfældet i konkrete handleplaner for, hvordan den enkelte sygeplejeopgave skal udføres. Ud fra mine meningskondenseringer har jeg fået viden om, at sygeplejerskerne generelt ikke har handleplaner

for udskrivelser i de pågældende afdelinger. Følgende afsnit behandler denne meningskondensering i forhold til sygehusafdelingernes struktur.

Det er kendetegnede for de forskellige sygehusafdelinger, at de har handleplaner til forskellige dele af sygeplejen. For eksempel fortæller en af de interviewede sygeplejersker om, hvordan de i den afdeling, hvor hun arbejder i, har opstillet en klar handleplan for, hvordan et sygeplejebrev skal skrives (ITV5:59). Samme sygeplejerske fortæller senere i interviewet, at de i afdelingen også har en plan for, hvordan patienter, der skal have sondemad i hjemmet, udskrives til hjemmesygeplejen (ITV5:64-65). Her kommer altså til det syne, hvordan organisationen forholder sig til forskellige dele af sine overordnede mål gennem handleplaner for, hvordan det bestemte arbejde skal udføres. Sygehusafdelingernes opgaver er i ovenstående de tjenesteydelser, som offentlige organisationer har til opgave at udføre - for derigennem at påvirke samfundet gennem love og forskrifter (Jacobsen:Thorsvik:2002:55). I ovenstående tilfælde fremgår det, at sygehusorganisationen forholder sig til tjenesteydelser, som udførelse af sygeplejebreve og sondemad gennem nogle klare retningslinjer for, hvordan arbejdet skal udføres. I forlængelse heraf vil jeg i følgende belyse, hvordan sygeplejerskerne beretter om handleplaner i forhold til udskrivelserne af patienterne. Jeg spurgte sygeplejerskerne, om de i de forskellige afdelinger har handleplaner for udskrivelserne, hvortil de svarede:

*”Altså, det er ikke sådan noget vi har på skrift, det er mere bare sådan helt naturligt. Så tager vi medicinskemaet og printer ud og gennemgår lige, hvad det her er for noget og alt det, inden vi sender dem hjem, og så sender vi jo medicin med til de næste par dage, og får sendt sygeplejebrevet med til hjemmesygeplejen. Det er altid patienterne selv, der får det med hjem til hjemmesygeplejen.”* (ITV5:64).

*”Nej, eller nu må du ikke hænge mig op på det, jeg ved ikke om vi har en procedure, der ligger et eller andet sted, men jeg har ikke set det. Det kan godt være, at hvis jeg virkelig havde ledt efter det, at der så lå en procedure over udskrivelser, men det ved jeg ikke om der gør.”* (ITV1:23).

Som begge citater viser, har afdelingerne ikke nogen kendte skriftlige handleplaner for, hvordan udskrivelserne skal foregå. Alligevel har sygeplejerskerne en klar opfattelse af, hvad der er vigtigt i samarbejdet mellem kommuner og sygehuse og dermed mellem hjemmesygeplejersker og

sygeplejersker i afdelingerne. Dette findes der belæg for i sygeplejerskernes udtalelser om, hvad der for dem kan anses for at være et godt patientforløb.

Det antages, at i og med udskrivelser er et af sygehusorganisationens klare mål, ligger det i de forskellige afdelingers struktur, hvordan sygeplejerskerne skal udskrive patienterne. Jeg forhørte mig om, hvordan sygeplejerskerne i sin tid blev oplært i de forskellige afdelinger med henblik på udskrivelse af patienterne. Dette kan belyse med følgende citater:

*”Det at blive introduceret til udskrivelser – altså nu kom jeg jo fra hjemmeplejen, så dem i afdelingen regnede sådan mere eller mindre med, at så havde jeg styr på det. Men efterhånden så bliver man jo mere og mere opmærksom på, hvad der er godt at snakke med hjemmeplejen om ved en udskrivelse.”* (ITV1:24).

*”Ja, altså jeg snakker jo med nogen af de lidt mere erfarne sygeplejersker på afdelingen om, hvad jeg gør og hvis der er noget, jeg er i tvivl om, så spørger jeg dem. For eksempel spørger jeg dem om, hvordan det foregår, hvis patienten skal have ilt med hjem og andre forskellige ting, for ligesom at få det på plads. Men ellers så er det meget at prøve sig frem og spørge patienten, hvad de selv mener og spørge pårørende, hvad de synes, de har behov for og så få det koordineret med hjemmesygeplejen.”* (ITV3:44).

I ovenstående forholder sygeplejerskerne sig til, at udskrivelser naturligt er en del af deres daglige arbejde i afdelingen. Som det fremgår, ligger udskrivelser som en umiddelbar arbejdsopgave, der ikke findes skriftligt materiale over.

Når organisationens mål om udskrivelser er en del af grundstrukturen i sygehusafdelingerne, må der i den forbindelse reflekteres over, at sundhedsaftalen netop er en politisk beslutning, og derfor er det ikke sygeplejerskerne selv, der har haft et ønske om indgåelse af en aftale om samarbejde med kommunen omkring udskrivelserne. I ovenstående citater bruger sygeplejerskerne de andre sygeplejersker i afdelingen, når de har brug for hjælp til noget omkring udskrivelserne. Dette kan med konstruktioner af anden grad og iagttagelser af anden orden betragtes som et billede på, hvordan det er sygeplejerskernes arbejde at tilpasse nogle organisatoriske mål til de ressourcer, der er til rådighed i det daglige arbejde. I forbindelse med sidstnævnte er det bemærkelsesværdigt, at

det ledelsesmæssigt i organisationen ikke prioriteres, at de sygeplejersker, der ansættes i afdelingen, får en bestemt oplæring i udskrivelser, når netop organisationen har indgået et samarbejde om det gode patientforløb.

Som tidligere nævnt kan sygehusledelsen foretage nogle valg, der resulterer i, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke informeres om sundhedsaftalerne. Da offentlige organisationer er underlagt et krav om økonomisk effektivitet, kan svaret på ovenstående spørgsmål eventuelt findes i økonomiske spørgsmål, hvilket følgende afsnit tager fat på.

### **6.2.5. Økonomisk effektivitet og omgivelserne**

I en analyse af, hvordan sygehusorganisationen forholder sig til sundhedsaftalerne, er det væsentligt at medtænke, at offentlige organisationer er underlagt et mål om økonomisk effektivitet samtidig med, at ansatte i organisationer ikke har frie handlemuligheder, men er underlagt visse regler og handleforskrifter (Jacobsen:Thorsvik:2002:55). Sygehusorganisationens måde at forholde sig til udskrivelser på må derfor ses i lyset af de krav, der stilles vedrørende økonomisk effektivitet.

Gennem sygeplejerskernes svar ses nogle tydelige eksempler på, hvordan de er underlagt sygehusorganisationens love og regler. Eksempelvis fortæller en af sygeplejerskerne, at hun har mange hensyn at tage, når hun skal udskrive en patient, hvilket både har forbindelse til sygehusorganisationens struktur og kravene fra omgivelserne. Omgivelserne er i dette tilfælde kommunen, som har bestemte telefontider, hvor sygeplejersker fra afdelingerne kan ringe og meddele, at patienterne kommer hjem.

*”(...) man kan sige, at jeg har egentlig rigeligt at gøre med stuegang og medicin i forvejen, så hvis jeg også skal udskrive en eller to eller tre patienter på samme vagt, så er 7.00 til 15.00 ikke lang tid nok, for så er man virkelig presset, specielt over middag, fordi det er jo så der, hvor man så får tid til at gå ind og tage telefonen og ringe til hjemmesygeplejerskerne, som man skal have fat i, så patienten kan få noget hjælp, når de kommer hjem. Så bliver det jo også trukket, for der sidder også en modtager sygeplejerske, som skal have nye patienter ind og skal vide, hvornår vedkommende går, så man bliver presset fra alle hjørner og kanter fordi lægerne siger, at patienten skal hjem og det kan jo ikke altid blive nu, hvis jeg ikke kan få fat i hjemmesygeplejen og modtagersygeplejersken sidder og siger, at hun skal bruge en plads til en ny patient.” (ITV2:39).*



Ud fra citatet iagttages ikke kun et billede på, hvordan sygeplejersken kan blive presset af de daglige arbejdsopgaver, så det er svært at få tid til at få ringet til hjemmesygeplejerskerne inden for et bestemt tidspunkt. Men citatet iagttages som et billede på, hvordan hendes arbejde er forankret i sygehusorganisationens krav om økonomisk effektivitet. Det hænger sammen med vigtigheden af, at den enkelte sygeplejerske får udskrevet de patienter, som lægen har meldt klar til udskrivelse - netop, fordi den anden sygeplejerske skal bruge patientens plads til en patient, der skal indlægges. Når sundhedsaftalen handler om samarbejde mellem organisationerne, må det her medtænkes, at det kan være besværligt for hjemmesygeplejerskerne, hvis patienten udskrives for tidligt. Et forhold, der kan resultere i, at patienterne bliver genindlagt.

I forhold til sygehusorganisationens økonomiske effektivitet kan det endvidere formodes, at det ikke vil være økonomisk effektivt at indsætte ekstra ressourcer til at etablere et bedre samarbejde med den kommunale organisation.

Det kan tolkes, at sygeplejerskerne i afdelingerne er pressede af organisationens struktur med henblik på at kunne udføre opgaverne. I et organisationsteoretisk perspektiv ville man kunne henvise til, at offentlige organisationers mål er politisk bestemte, og politiske mål har ofte indbyggede konflikter, hvilket fører til skæve mål. Ved hjælp af mine konstruktioner af anden grad, er jeg nået frem til, at sygeplejerskerne i afdelingerne kan finde det besværligt at udskrive patienterne til hjemmesygepleje, når de samtidig skal overholde hjemmesygeplejens regler for, hvornår man kan udskrive patienterne. I og med, at sygeplejersken her er afhængig af et bestemt tidspunkt, hvor hun kan ringe til hjemmesygeplejen på, er hun også presset fra sygehusorganisationens egen side i form af læger, der beslutter, at patienterne i afdelingen er klar til udskrivelse. Gennem mine interviews iagttages en klar tendens til, at telefontiderne til kommunen er et problem i afdelingen, hvilket fremgår af følgende:

*"(...) Det der med tidspunkterne, det er jo, at det er meget forskelligt, hvornår vi kan ringe til hjemmesygeplejerskerne, altså på hvilke tidspunkter (...) Det kan være lidt problematisk, for ofte så er det fra 8.00. til 9.00 om morgenen, og der giver vi morgenmad og morgenmedicin. Der foregår en del mellem 8.00 og 9.00, der er også mange af patienterne, der gerne lige vil i bad og sådan nogle ting, så det kan nogle gange være lidt svært at komme til at ringe til hjemmesygeplejersken der, på det tidspunkt og så sidde der og vente på at komme igennem. Hvis man for eksempel har en*

*patient, der skal hjem til weekenden, så er der nogen, der ikke har tid om eftermiddagen, så kan man jo kun ringe om morgenen. Der er det jo svært også, hvis der lige pludselig kommer en ændring i det, der skal ske med patienten, for eksempel hvis man finder ud af, at patienten skal i blodfortyndende behandling eller skal have nogle injektioner eller noget, som hjemmesygeplejersken skal hjælpe med, så kan du ikke bare lige ringe og fortælle, at det er ekstra eller, hvis det er fordi vedkommende ikke skal have den slags medicin mere.” (ITV1:27).*

En anden sygeplejerske fortæller, hvad hun finder problematisk ved kommunens telefontider:

*”Altså først og fremmest så kan man jo ringe en time om morgenen, og det er så sjældent, at vi benytter den time om morgenen, fordi der er der jo ikke er gået stuegang endnu, så derfor ved vi ikke, om patienten skal udskrives endnu eller hvordan. Så er der en time om eftermiddagen, hvor vi kan ringe til hjemmesygeplejersken, og det kan jo godt være lidt trægt, hvis nu man har tre patienter, der skal udskrives. Så kan det jo være svært at nå at ringe om alt det til alle hjemmesygeplejerskerne, for det er jo heller ikke altid, man lige kan komme igennem.” (ITV3:43).*

I forhold til de cases, der stillede problemformuleringens spørgsmål, bundede de problematiske udskrivelser ofte i medicin, der ikke var medsendt, ændringer i medicin, som hjemmesygeplejerskerne ikke havde fået besked på og så videre. Ovenstående citat illustrerer, hvorfor der ikke altid er overensstemmelse mellem det, hjemmesygeplejerskerne får oplyst ved udskrivelserne, og det, der er sendt med patienten hjem ved udskrivelsen. Sygeplejersken, der udtaler sig ovenfor, belyser, at det kan være svært at overholde kommunens telefontider for udskrivelser samtidigt med, at hun skal forholde sig til den kontekst, hun arbejder i.

Som det fremgår, er sygeplejerskerne i de forskellige afdelinger underlagt organisatoriske strukturer, der besværliggør deres arbejde med at udskrive patienterne. I den forbindelse kan det iagttages, at det bliver svært for dem at forholde sig til det gode patientforløb. Da sygeplejerskerne har en sygeplejefprofession, der bygger på omsorg og pleje af patienterne, kan det være svært at udføre alle sygeplejeopgaverne på den måde, de ønsker - netop, fordi organisationens regler kommer til at dominere. I et kritisk perspektiv ville ovenstående kunne forbindes med Habermas' frygt for systemverdens kolonisering af livsverden. Habermas betegner systemverden som den del af samfundet, der er underlagt økonomi, politik og magt. Livsverden bygger, ifølge Habermas, på

gensidig forståelse, og livsverden videreudvikles gennem kommunikation mennesker imellem. Systemverdens kolonisering af livsverden resulterer i forstyrrelser i den (Loftager:1990:318). I nærværende er de bureaukratiske rammer bestemmende for, hvordan sygeplejerskerne arbejder ud fra systemet, mens livsverden indeholder det kommunikative aspekt. Da kommunikationen får stor betydning for udskrivelserne, kan Habermas' teori inddrages til at belyse problemstillingen. Systemet er nødvendigt for at kunne udarbejde sygeplejeopgaverne, men når Habermas frygter systemverdens kolonisering af livsverden, kan det i denne sammenhæng forbindes med, at det ikke bliver muligt for sygeplejerskerne at forholde sig til systemets regler, da de samtidig arbejder ud fra deres sygeplejefaglige livsverden. Således kan systemverdens tenderen til en kolonisering af livsverden sammenholdes med de problematikker, som sygeplejerskerne har, når de skal udføre udskrivelserne i forhold til hjemmesygeplejerskernes og sygehusorganisationens bureaukratiske regelsæt.

#### **6.2.6. Sygehusorganisationen og de institutionelle omgivelser**

Følgende afsnit tager udgangspunkt i den meningskondensering, der omhandler, at selv om sygeplejerskerne er underlagt nogle bestemte regler med hensyn til telefontider i kommunen, forsøger sygeplejerskerne fortsat at forholde sig til omgivelserne, idet de forsøger at tilpasse udskrivelserne til telefontiderne, selv om de supplerende har et internt pres, som blandt andet kan forbindes med deres koordinerende rolle.

Tidligere er det belyst, at sygehusorganisationen ikke har nogen klare retningslinjer for, hvordan udskrivelserne bør foregå, men at den viden, som sygeplejerskerne tilegner sig om udskrivelser, ligger fast i sygehusorganisationens procedurer og rutiner. I den forbindelse kan kommunen ses som en del af sygehusorganisationens domæne, som den må forholde sig til for at overleve. Flere af sygeplejerskerne peger på, hvordan de forholder sig til kommunen som domæne - ved netop at følge de krav, som kommunen stiller ved udskrivelserne. Da jeg spurgte sygeplejerskerne i afdelingerne om, hvordan udskrivelserne foregår, fandt jeg frem til, at de forholder sig til kommunernes krav om, hvad der skal sendes med patienten hjem. Eksempler herpå er:

*"(...) altså vi laver sådan et sygeplejebrev, til hjemmesygeplejersken, hvor vi fortæller om, hvorfor patienten har været indlagt og er der noget med medicinen og sådan noget. Så sørger vi for at få*

*givet det med, hvis der nu er noget nyt med medicinen og at man sådan tænker, at de fungerer, når de kommer hjem. Så man ikke bare sender dem ud af døren, uden at tænke et par dage frem, det prøver vi i hvert fald på.” (ITV4:51).*

Som det ses i de præsenterede cases, er sygeplejebrevet væsentligt for hjemmesygeplejerskerne, da sygeplejebrevet anses for at være den handleplan, som hjemmesygeplejerskerne må arbejde efter, når patienten udskrives til eget hjem efter en indlæggelse i en sygehusafdeling. I case 4 ses problematikken med udskrivelsen i forhold til, at sygeplejerskerne - i den pågældende afdeling - ikke har medsendt en handleplan over behandlingen af patientens sår. Hvorfor der i den case ikke har været et sygeplejebrev med patienten, kan være svært at tolke ud fra empirien her, da det gennem anden grad konstruktion og iagttagelser af anden orden kan tolkes, at sygeplejerskerne rent faktisk forholder sig til den kommunale hjemmesygeplejeordnings regler. Yderligere to af sygeplejerskernes udsagn kan være med til at forklare dette:

*”Ja, vi plejer at skrive et sygeplejebrev, med mindre vi har gjort det over computersystemet selvfølgelig, for der laver vi jo også et. Det er kun, hvis de i kommunen siger, at det ikke er nødvendigt, at vi ikke skriver et sygeplejebrev, for det kan jo godt være en patient, som de kender meget godt i kommunen. Men det er altså kun, hvis de siger, at de ikke vil have det, ellers gør vi.” (ITV2:39).*

*”Ofte så beder hjemmesygeplejersken om et sygeplejebrev og en medicinliste, udover den besked vi giver over telefonen. Det kan også ske, at patienten skal have medicin doseret op, som de ikke har fået før, og så beder hjemmesygeplejersken os om at bede pårørende om at købe medicinæsker og sådan nogle ting, som de skal bruge i hjemmet.”(ITV1:22).*

De to udsagn er med til at belyse, hvordan sygeplejerskerne forholder sig til kommunens krav om udskrivelserne. Som allerede nævnt kan kommunen betragtes som sygehusorganisationens domæne, som sygehusorganisationen nødvendigvis må forholde sig til. Noget andet, der er iøjefaldende, er imidlertid, at ovenstående også kan give et billede, hvordan det bliver sygeplejerskerne som praksispersoner, der får til opgave at udføre de politiske beslutninger, som bliver indgået i sygehusorganisationen. Sygehusorganisationen opnår derved den legitimitet, der er nødvendig for sygehusorganisationens overlevelse, men det er de sygeplejersker, der arbejder i praksis, som får til

opgave at tilpasse de ressourcer, der reelt er til rådighed i dagligdagen - i forhold til det overordnede mål (Jacobsen:Thorsvik:2002:55-56).

Efter ovenstående afsnit om, hvordan sygeplejerskerne forholder sig til omgivelserne, ses der følgende eksempler på, hvordan omgivelserne kan sætte sygehusorganisationen under pres. I forbindelse med, at sygeplejerskerne i afdelingerne har svært ved at overholde de givne telefontider hos hjemmesygeplejerskerne, fortæller en af sygeplejerskerne:

*”Jamen jeg synes tit, det er besværligt at finde ud af, hvem det er, jeg skal ringe til. Specielt nu efter den her nye kommunalreform, jeg ved godt, at den er over et år gammel, men jeg synes stadigvæk ikke, det fungerer helt optimalt – i hvert fald ikke med de telefonnumre, vi har. Det er tit man får at vide, at det er ikke her, du skal henvende dig (...).” (ITV5:61).*

I overensstemmelse hermed fortæller en anden af de interviewede sygeplejersker:

*”(...) der har været en masse med det her nye kommunesammenlægning, så er der en masse telefonnumre, der er forsvundet ud i æteren. Så er der en masse, der er blevet lavet om og så er det ikke blevet skrevet ned og man kan ikke rigtig finde nogen. Så nogen gange så ringer man både to og tre steder hen, før man får fat i dem man skal – det er frustrerende.”(ITV2:37).*

Ud fra sygeplejerskernes beskrivelser tyder det på, at sygehusorganisationen ikke har forholdt sig til kommunesammenlægningerne, i forbindelse med hvilke flere af kommunens enheder er flyttet, hvorfor der er nye telefonnumre, som sygeplejerskerne skal anvende ved udskrivelserne. Alle de fem interviewede sygeplejersker fortæller, at de i deres afdeling ikke har nogle klare retningslinjer for, hvordan de skal udskrive patienterne, og at de mapper, som de har med kommunens telefonnumre, ikke er i orden. Det iagttages herudfra af konsekvensen heraf er, at sygeplejerskerne ikke ved, hvem de skal have fat i, når de skal give informationer om de enkelte patienter. Derfor er ikke kun de tidspunkter, hvor sygeplejerskerne har mulighed for at ringe til hjemmesygeplejerskerne et problem. Et problem er også det faktum, at det er svært for sygeplejerskerne at finde frem til, hvem de skal snakke med i kommunen. Dette er yderligere et eksempel på, at der i sygehusorganisationen ikke er organiseret et hensigtsmæssigt udgangspunkt for samarbejdet med kommunen. Hertil forklarer sygeplejerskerne:

*”Ja, altså det er igen det der med, om der er en regel for det, det er meget forskelligt hver gang, alt efter hvem du kommer til at snakke med og ja – hvordan det fungerer i de enkelte kommuner. Det kunne være rart at have sådan en liste over, hvilken person i kommunen man skal have fat i, i stedet for flere sider med gadefortegnelser og så videre, som man skal igennem for at finde den rigtige person.” (ITV1:22)*

Supplerende siger en af de andre sygeplejersker, jeg snakkede med til spørgsmålet om, hvorvidt der i afdelingen findes nogle bestemte handleplaner for, hvordan udskrivelserne skal foregå:

*”Nej, det har vi faktisk ikke. Det eneste vi har, er sådan et ringbind, med den masse A4 sider i. En gang var der system i det, altså alfabetisk efter kommunerne, men efter kommunesammenlægningerne og så videre, så er der ikke sådan opdaterede numre, så den mappe, den er bare så svært at finde ud af (...) Så prøver man at lede inde på internettet i stedet. Eller prøver at ringe op og så håber på, at de kan sende en videre i systemet, eller kan give en det rigtige nummer. Det synes jeg, man bruger meget lang tid på, altså på at finde ud af, hvem man skal snakke med og hvornår, hvad tid man må ringe på og sådan noget. Altså, det er heller ikke rigtig sat i system, synes jeg ikke.” (ITV4:50).*

Det kan ud fra ovenstående afsnit tolkes, at de forskellige sygehusafdelinger har valgt ikke at forholde sig til kommunesammenlægningen, som har resulteret i nye telefonnumre på visitatorer og hjemmesygeplejeledere. Det må være sygehusafdelingernes ansvar at have klare retningslinjer for de ansatte, når de skal udskrive patienterne. Det fremgår dog ikke af nærværende undersøgelse, om det er kommunen, der ikke har informeret sygehusorganisationen om de nye telefonnumre, eller om det er ledelsen i de enkelte afdelinger, der ikke har fået opdateret de telefonnumre, der er i afdelingerne.

Ud fra ovenstående iagttagelse kan problematikkerne om, hvilket nummer sygeplejerskerne skal ringe på, iagttages som en indikator for, hvorfor der kan opstå fejl ved udskrivelserne fra sygehusafdelingerne. Dette begrundes med, at sygeplejerskerne fortæller, at de bruger mange ressourcer på at finde frem til den rette medarbejder i kommunen, hvilket kan betyde, at der bliver

mindre tid til det praktiske arbejde om udskrivelserne såvel som til andre sygeplejeopgaver i afdelingen.

### **6.2.7. Symbolske mål i sygehusorganisationen**

I nærværende analyse har jeg diskuteret, hvorvidt sundhedsaftalen kan have karakter af at være et symbolsk mål for sygehusafdelingerne - og derfor ikke have betydning for praksis. Hertil er det belyst, at sundhedsaftalerne ikke kan antages at være et symbolsk mål, da sygeplejerskerne så vidt muligt udfører udskrivelserne, som sundhedsaftalerne foreskriver i forhold til det gode patientforløb. Sundhedsaftalerne kan derfor nærmere blive et politisk symbolsk mål.

Gennem mine videnskabsteoretiske overvejelser og konstruktioner af anden grad kom jeg i mine meningskondenseringer frem til nogle eksempler, der belyser, hvordan et symbolsk mål i en sygehusorganisation kan tage sig ud. Følgende afsnit søger derfor at belyse nogen af sygeplejerskernes udsagn omkring politiske mål for sygehusorganisationen. Som så sammenholdes med teorien om symbolske mål for offentlige organisationer.

Et eksempel, der skal nævnes i denne forbindelse er et citat, hvor en af sygeplejerskerne fortæller, hvordan den afdeling, hvor hun arbejder forholder sig til det nye krav om behandlingskrav. Behandlingskravet må betragtes som et krav fra omgivelserne, og det kan desuden anses for en politisk beslutning i sundhedsvæsenet.

Sygeplejersken, som udtaler sig i følgende, arbejder i en afdeling, som har speciale i kræftpatienter og behandling af kræftpatienter.

*”Det er noget med, at man hurtigere skal behandles nu. Grænsen for hvor lang tid der må gå, inden man får tilbudt behandling, når man har diagnosen kræft, er ændret. Det er blandt andet lungekræftpatienter, som vi har. Det er meget forskelligt, men nogen gange, så er det nogen med nogle bestemte kræfttyper, og så må vi bare give kemobehandlingen ellers skal de bare vente længere, og det går jo heller ikke. Det gør jo, at der bliver mere travlt i hverdagen, for der bliver flere patienter og flere der kommer ind med bivirkninger også og flere, der får brug for hjælp hurtigere.” (ITV1:25).*

Citatet er med til at understrege, at sygeplejerskerne i afdelingen her har fået betydeligt mere arbejde, siden der er indført nye sundhedsmæssige krav om, hvor lang tid kræftpatienter må vente på behandling. Derfor er der flere patienter på afdelingerne, og sygeplejerskerne udfordres til at arbejde hurtigere end tidligere. I forlængelse af ovenstående siger denne interviewperson yderligere:

*”(...) ofte førhen prøvede vi at udskrive patienterne til weekenden, fordi der ikke gives strålebehandling i weekenden, og førhen gav vi heller ikke kemoterapi i weekenden, men det er vi begyndt på at give om lørdagen. Før kunne de jo lige så godt komme hjem i weekenden, de fleste patienter vil jo gerne hjem. Men nu kan vi godt mærke, at det er ikke sikkert, at der er så meget tid mere, fordi der gives flere behandlinger i weekenden” (ITV1:25).*

Som nævnt er sygeplejerskens udtalelser omkring kræftbehandlingen med til at kaste lys over, hvordan der i sygehusorganisationen er indgået et politisk mål, som for praktikerne ikke resulterer i flere ressourcer – for at kunne udføre det politiske mål. Indenfor valgte organisationsteori beskrives det, at medier ofte har en stor betydning i forhold til de politiske beslutninger, der vedtages i en organisation, fordi politikere ofte er optaget af, hvad der er acceptabelt i offentligheden (Jacobsen:Thorsvik:2002:55-56). Tilfældet med kræftbehandlingen har haft stor plads i medierne gennem tiden, hvilket derfor kan være med til at påvirke de politiske beslutninger i sygehusorganisationen.

Kræftplanen<sup>25</sup> er udviklet gennem de seneste 10 år, hvor en styregruppe er kommet med anbefalinger til, hvordan kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark kan forbedres. I 2000 præsenterede Sundhedsstyrelsen Den Nationale Kræftplan, hvor en styregruppe lagde vægt på flere forskellige anbefalinger med henblik på at nå målet om bedre kvalitet i behandlingen af kræftpatienter. Anbefalingerne omhandlede blandt andet forebyggelse, uddannelse af sundhedspersonale og udbygning af diagnostik og behandlingskapacitet (Andersen:Hansen:2002:1-2). Som ovenstående viser, har der længe været et behov for at forbedre kvaliteten af behandlingen til kræftpatienter. Dette må anses som et politisk mål, der er kommet fokus på, fordi Danmark blev kritiseret for den kræftplan, det havde tidligere. Selvom Den Nationale Kræftplan har været under

---

<sup>25</sup> Tilbage i 1998 nedsatte regeringen en Kræftstyregruppe, da kræftbehandlingen i Danmark blev kritiseret for ikke at leve op til den kvalitet af kræftbehandlinger, som andre lande, som Danmark sammenlignes med. Dette blev yderligere belyst gennem epidemiologiske undersøgelser. Kræftstyregruppen fik til opgave at komme med forslag til forbedringer i kvaliteten af behandlingen af kræftpatienter i Danmark (Andersen:Hansen:2002:1).



udvikling gennem en årrække, har planen og målene omkring den fortsat stor plads i de danske medier. Et eksempel herpå er en avisartikel i Politiken, hvor det fremgår, at de penge, som blev afsat til forbedringerne, ikke er blevet brugt på sygehusapparatur, som hensigten var. Resultatet heraf er, at der på de danske sygehuse kun er 37 strålekanoner i modsætning til de 47, der var målet for at kunne overholde en ventetid for kræftpatienterne på fire uger. Heraf fremgår, at sygehusorganisationen ikke har fulgt anbefalingerne fra Kræftstyregruppen (Schmidt:Drachmann:2007).

Pointen med ovenstående eksempel er at belyse mediers indflydelse på politiske beslutninger for en organisation, hvor politikerne forholder sig til organisationens omgivelser, når de vedtager målene for den. Derfor bliver det fortsat sygeplejerskernes opgave at udføre plejen af de patienter, der får tilbudt kræftbehandling indenfor for de fire ugers ventetid. Som sygeplejersken, der arbejder med kræftpatienter, fortæller, er kravet til behandlingen blevet større, hvorfor de i afdelingen har mere at lave, uden at have fået ekstra ressourcer til arbejdet. Det kan antages, at mediernes rolle også får stor indflydelse hos patienter og pårørende, som ikke er tilfredse med sygehusorganisationens arbejde. Derfor kan Kræftplanen og omgivelserne anses for at sætte sygehusorganisationen under pres, da det fremgår, at der fortsat må stræbes efter bedre kvalitet i kræftbehandlinger til kræftpatienter, trods flere tidligere tiltag med samme formål.

### **6.3. Delkonklusion af analysedel 1**

Det er gennem første del af analysen belyst, at sygeplejerskerne på afdelingerne generelt ikke kender til sundhedsaftalen, men at de på trods af det har en viden om, hvad et godt patientforløb er - i overensstemmelse med sundhedsaftalens mål om udskrivelser. I forlængelse heraf kan det konkluderes, at sygeplejerskerne på afdelingerne udelukkende forholder sig til de udskrivelsesprocedurer, som er indbygget i sygehusafdelingernes struktur. Derved får sundhedsaftalen ikke karakter af udelukkende at være et politisk mål for sygehusorganisationen, da praksis forholder sig til det gode patientforløb. Det kan dog konkluderes, at sundhedsaftalen politisk set i organisationen kan ses som et symbolsk mål. Dette kan ses i lyset af, at der i sygehusorganisationen findes andre mål, der kan iagttages som symbolske - for eksempel kræftplanen, der ikke er blevet gennemført i organisationen efter hensigten.

Yderligere kan det konkluderes, at sygeplejerskerne på afdelingerne ikke har nogen nedfældede handleplaner for udskrivelserne, men at de udelukkende forholder sig til de udskrivelsesprocedurer, som er indbygget i sygehusafdelingernes struktur. Det foregående kan endvidere sættes i forbindelse med best practice begrebet for at belyse ledelsens valg omkring sundhedsaftalerne.

Sygehusorganisationens krav om økonomisk effektivitet identificeres i sygeplejerskernes daglige arbejde, hvilket nødvendigvis også må sættes i relation til sygehusorganisationens overordnede struktur. Det kan konkluderes, at sygeplejerskerne i afdelingen gennem deres koordinerende rolle og deres administrative opgaver forsøger at forholde sig til kravet om den økonomiske effektivitet samt presset fra omgivelserne. Sidstnævnte forbindes med, at sygeplejerskerne på afdelingerne forsøger at overholde kommunens telefontider og andre regler for udskrivelser. Derimod har sygehusafdelingernes overordnede ledelse ikke valgt at forholde sig til kommunernes struktur efter kommunesammenlægningerne, da personalet på afdelingen ikke har opdaterede telefonnumre til visitatorerne i kommunerne. Dette kan ses som en indikator for, hvorfor der kan opstå fejl i udskrivelserne.

## **6.4. Analysedel 2**

Som tidligere nævnt har dette afsnit af analysen til formål at iagttage kommunikationen i sygehusafdelingerne. Af første analysedel fremgår det, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke kender til sundhedsaftalerne. Da det er ledelsen i sygehusorganisationen, der fungerer som beslutningstagere for organisationens mål, og da kommunikationen er organisationens grundsten, bliver der i dette afsnit fokuseret på, hvordan de adspurgte sygeplejersker forholder sig til kommunikationen i organisationen og udadtil, når de udskriver patienterne til hjemmesygeplejen. Som i analysens første del er anden analysedel inddelt i flere underafsnit med særskilte overskrifter.

### **6.4.1. Den interne kommunikation i sygehusafdelingerne**

Afsnittet her har til formål at iagttage, hvordan kommunikationen kommunikerer internt i sygehusafdelingerne, hvilket iagttages ud fra sygeplejerskernes udsagn herom. Afsnittet forholder sig derved til den meningskondensering, der omhandler, at sygeplejerskerne i afdelingerne har et kommunikationsredskab, som udfordrer sygeplejerskernes interne samarbejde i afdelingen, og som kan have betydning for udskrivelserne. Det er gennem denne meningskondensering min umiddelbare opfattelse, at den interne kommunikation i sygehusafdelingerne både forholder sig til

kommunikationen de ansatte imellem og til kommunikationen mellem ledelsen og de ansatte. Derfor tager jeg først hul på, hvordan sygeplejerskerne i afdelingerne samarbejder internt om udskrivelserne.

Som det fremgår af teori afsnittet, er dårlig kommunikation i en organisation af stor betydning for, hvordan organisationen fungerer (Jacobsen:Thorsvik:2002:274). I første del af analysen er det belyst, hvordan organisationens ledelse kan vælge at udføre sundhedsaftalerne som et mål eller som et symbol. I den forbindelse kom der fokus på, at sygeplejerskerne i afdelingen har en viden om, hvordan udskrivelserne bør foregå. Derfor er det i nærværende afsnit nødvendigt at se nærmere på, hvilke kommunikationsredskaber, sygeplejerskerne kan anvende internt i afdelingen - da udskrivelser ikke alene kræver en god kommunikation til hjemmesygeplejerskerne, men også må sættes i forhold forholdes til sygeplejerskernes interne samarbejde. I den forbindelse vil jeg i det følgende se nærmere på kommunikationen mellem sygeplejerskerne i afdelingerne.

Det fremgår af alle fem interviews, at de anvender et dokumentationsskema, der findes i VIPS-modellen, som er sygehusafdelingernes dokumentationsredskab. Selvom der ikke ligger nogle faste handleplaner over udskrivelser, findes der i VIPS-systemet et skema, som sygeplejerskerne anvender omkring patienternes udskrivelser. Derfor kan VIPS-systemet anses for at være en handleplan til sygeplejerskerne i forbindelse med udskrivelser til hjemmesygeplejen.

En af sygeplejerskerne beskriver VIPS-skemaet på følgende vis:

*"(...) der er jo et ark i VIPS, der omhandler udskrivelser. Der kan man krydse af, hvis man nu er begyndt at planlægge udskrivelsen flere dage inden patienten skal hjem. Så kan man jo skrive ind, hvad man mener, patienten for eksempel skal have hjælp til, om de skal have flere sygebesøg, eller om det er vanlig pleje, eller hvad der nu skal ske, når de kommer hjem. Så sætter man et halvt kryds på VIPS-arket og den, der så kommer den dag patienten skal udskrives, er så den, der skal ringe ud til hjemmeplejen, om det er samme dag eller dagen før, det er lige meget. Men dem, der udskrives, kan jo se på arket, hvad der er gjort, så behøver man jo ikke at gøre det hele igen og så kan man jo gå ind og krydse af, når man har talt med hjemmesygeplejen."* (ITV2:35).

Ud fra mine iagttagelser af anden orden kan det tolkes, flere af sygeplejerskerne mener, at VIPS-systemet er et godt redskab, som kan lette arbejdet, fordi det kan anvendes til at se, hvad de andre sygeplejersker har forberedt i forbindelse med udskrivelsen (ITV3:48, ITV2:35). Selv om flere af sygeplejerskerne mener, at VIPS-systemet fungerer godt, er der dog en af sygeplejerskerne, der mener, at VIPS-systemet kan virke uoverskueligt, og det kan derfor være svært for hende at danne sig et overblik over udskrivelsen (ITV1:28).

Som det fremgår af citatet ovenfor, er VIPS-systemet en hjælp i udskrivelseskoordineringen af patienten, hvor sygeplejerskerne får mulighed for at supplere og færdiggøre hinandens arbejde. Det kan tolkes, at VIPS-systemet i det hele taget har stor betydning for patientforløbene, da VIPS er et dokumentationsredskab, hvor alle relevante informationer om patienten skal noteres. En anden sygeplejerske fortæller i den forbindelse med VIPS:

*”(...) Den sygeplejerske, der modtager patienten, der er et bestemt sted i VIPS, hvor vi kan udfylde, så dem i afdelingen ved, hvilken hjælp de får derhjemme og om de får hjemmepleje og hjemmesygepleje, mad udefra og sådan noget (...)” (ITV4:52-53).*

Umiddelbart kan det ikke tolkes, at der er en dårlig kommunikation mellem sygeplejerskernes dokumentationsredskab. Men der ligger dog en udfordring for sygeplejerskerne i at få dokumenteret alt om patienterne, så deres sygeplejekolleger har mulighed for at videreføre de påbegyndte arbejde. Det fremgår af de foretagne interviews, at der kan være visse problematikker, fundet med VIPS-skema. Det findes der belæg for i det forhold, at sygeplejerskerne i dagvagten ikke altid har den fornødne tid til at få koordineret hele udskrivelsen, hvorfor nattevagten må overtage de praktiske opgaver om udskrivelserne:

*”(...) Nogen gange er vi i den situation, at nattevagten er nødt til at skrive sygeplejebrevet. Det er rigtig træls, både for nattevagten og for patienten og for os og for kommunen, ja for alle et eller andet sted. Vi er jo nok dem, der kender patienten bedst, så dem der er der om natten, de kan jo have svært ved at skrive sygeplejebrevet, for de kan jo ikke lige gå ind og spørge patienten, hvis der er noget, de er i tvivl om. Altså for eksempel hvordan det går med afføring og alt muligt andet, det man jo ikke gøre om natten. Men nogen gange er det bare sådan vilkårene er i dag, desværre.” (ITV1:24).*

En anden sygeplejerske fortæller noget lignende, da hun forholder sig til, at det også ofte er nattevagten, der får til opgave at skrive sygeplejebrev i den afdeling hun er i:

*"(...) de er jo ligesom afhængige af dem, der har haft patienten i løbet af dagen og aftenen, at de har dokumenteret rigtig godt i vips."* (ITV3:46).

Det iagttages, at VIPS fungerer godt mellem sygeplejerskerne. Det kan derfor ikke umiddelbart slutes, at der udelukkende er en dårlig intern kommunikation blandt sygeplejerskerne i afdelingen, da de har et redskab, som de fleste af sygeplejerskerne fremhæver som et godt redskab til dokumentation. Dog må sygeplejerskerne tage det forbehold, at de til tider kan være så pressede om dagen i afdelingen, at de bliver nødt til at videregive nogen af opgaverne omkring en patients udskrivelse til nattevagten. Det tolkes, at når nattevagten får denne opgave, kan der være fare for, at de sygeplejersker, der har været på afdelingen om dagen, ikke har fået dokumenteret alt om patienten, hvilket kan gøre det besværligt for nattevagten at skrive sygeplejebrevet.

I forlængelse heraf kan ovenstående iagttages som en indikator for den uoverensstemmelse, som hjemmesygeplejerskerne belyser i cases. Dog skal det pointeres, at det ifølge sygeplejerskerne i afdelingerne ikke opfattes som et stort problem.

Opsummerende for nærværende afsnit er det belyst, at der overordnet er en god intern kommunikation mellem sygeplejerskerne i afdelingerne. I efterfølgende afsnit vil jeg tage fat på, hvordan kommunikationen mellem afdelingsledelsen og sygeplejerskerne er i afdelingerne. Dette med henblik på at identificere problematikker i denne kommunikation, som kan have betydning for udskrivelserne.

#### **6.4.2. Ledelsens forhold til sundhedsaftaler**

Følgende afsnit tager udgangspunkt i kommunikationen mellem afdelingsledelsen og sygeplejerskerne - i forhold til udskrivelser. Ledernes rolle bliver vigtig, fordi de fungerer som mellemledere i organisationen, og fordi de som sådanne har et ansvar for at lede og koordinere arbejdet i sygehusafdelingen. Desuden er mellemledernes rolle væsentligt, fordi det er på ledelsesniveauerne, at organisationer vælger, hvordan målene for organisationen skal tage sig ud i organisationens arbejde.

Gennem mine fænomenologiske overvejelser og mine konstruktioner af anden grad er jeg nået frem til en meningskondensering, som forholder sig til ledernes rolle i udskrivelserne. Dette i form af, at det gennem meningskondenseringen er kommet frem, at ledelsen i afdelingerne vælger ikke at informere sygeplejerskerne om de problematiske udskrivelser.

Af de fem interviews kan det iagttages, at hverken sundhedsaftaler eller udskrivelser er noget, ledelsen informerer sygeplejerskerne om i hverdagen. I følgende citater svarer sygeplejerskerne på spørgsmålet om, hvorvidt ledelsen har haft punktet om udskrivelser oppe at vende i hverdagen:

*”Nej... ikke sådan, så skulle det være fordi, der har været problemer med det... Men jeg synes nu ikke sådan vi får andet end sedler med telefonnumre, som vi jo alligevel ikke kan bruge så meget, for vi bliver jo bare sendt videre.” (ITV1:30).*

Det er kendetegnende at de andre adspurgte sygeplejersker heller ikke har oplevet, at afdelingssygeplejersken har informeret dem om udskrivelser. Dette kan ud fra teorien om kommunikation i organisationer belyse den asymmetri, der kan forekomme, når kommunikationen er mangelfuld (Jacobsen:Thorsvik:2002:275). Asymmetrien kan opstå, når afdelingens ledelse ikke har viderebragt informationer til sygeplejerskerne, hvilket er tilfældet her. Asymmetrien har stor betydning i organisationens kommunikation, da det kan formodes, at når oplysninger bevidst tilbageholdes for de ansatte, er det ikke muligt for sygeplejerskerne at vide, at der foreligger et krav om, at de skal ændre på den måde, de udskriver på. I den vertikale kommunikation i nedadgående retning er det ledelsen, der vælger, hvordan de ansatte i organisationen skal informeres om organisationens overordnede beslutninger (Jacobsen:Thorsvik:2002:183-184). I den forbindelse bliver følgende citat vigtigt, da det kan belyse den vertikale kommunikation i nedadgående retning.

*”Altså nu vores oversygeplejerske, hun sidder med i sådan et udvalg med hjemmesygeplejen om samarbejdet med os. Men det er aldrig noget, som vi hører til, jeg læste det i et eller andet referat, det er sådan jeg ved det. Men jeg har egentlig ikke hørt noget om, hvad de finder ud af. Men det må jo være en eller anden udveksling omkring samarbejdet. Jo, vi har hørt, at hjemmesygeplejerskerne gerne vil have, at vi lige tjekker medicinen bedre efter, inden vi sender patienterne hjem. Det var kommet gennem oversygeplejersken, som så sidder med i det her udvalg. Så på den måde er det jo sådan set noget, men det er ikke særlig tit.” (ITV5:66).*

Det, der er iøjnefaldende ved ovenforstående er, at oversygeplejersken for pågældende afdeling sidder med i et udvalg om samarbejde, mens sygeplejerskerne i afdelingen generelt ikke hører noget til, hvad udvalget finder frem til. I og med, at der er oprettet et udvalg til at diskutere samarbejdet, kan det antages, at samarbejdet er problematisk. Når sygeplejerskerne ikke hører noget om udvalgets beslutninger, kan det anses for at være oversygeplejerskens valg ikke at informere sygeplejerskerne om de beslutninger, der bliver taget i forhold til at gøre samarbejdet bedre. I forståelsen af den vertikale kommunikation i nedadgående retning kan det forklares med, at mellemledere vælger ikke at viderebringe informationer, der kan tolkes som dårlige nyheder for de ansatte, da dette kan resultere i en svækket arbejdsmoral (Jacobsen:Thorsvik:2002:183-184).

Til ovenstående skal føjes, at det kan være svært at vurdere, hvorvidt det er kommunikationen mellem ledelsen og sygeplejerskerne eller kommunikationen mellem hjemmesygeplejelederen, som også sidder med i udvalget, og afdelingsledelsen, der er mangelfuld. Dette kan sammenholdes med, at man reelt set ikke kan vide, hvordan kommunikationen mellem hjemmesygeplejelederen og oversygeplejersken er. Men ovenstående eksempel kan dog fortsat belyse, hvordan ledelsen vælger ikke at videregive vigtige informationer til sygeplejerskerne.

Gennem den meningskondensering, der står som nummer 11 i figur 5 har jeg - ved hjælp af de fænomenologiske principper for dannelse af ny viden - fundet frem til, at sygeplejerskerne i afdelingen gerne ville have mere information fra afdelingens ledelse og fra hjemmesygeplejerskerne angående udskrivelserne. For eksempel siger de:

*”Jeg synes egentlig det kunne være godt, hvis vi hørt noget mere om, hvordan udskrivelserne af patienterne var gået, hvordan det hele har fungeret i hjemmet. Ja, noget tilbagemelding af en eller anden slags. Men det skal nok være sådan lidt mere generelt og ikke kun i forhold til den enkelte patient. Sådan generelt hvad de synes om lige præcis vores afdeling. Jeg går ud fra, at man gør det forskelligt fra afdeling til afdeling.” (ITV5:66).*

Citatet ovenfor viser, at sygeplejerskerne efterlyser viden om, hvordan udskrivelserne foregår og om, hvordan hjemmesygeplejerskerne opfatter udskrivelserne. I forlængelse heraf fortæller en af de andre interviewpersoner - i forbindelse med, at hun godt kunne tænke sig, at udskrivelsesprocedurer blev en større del af hverdagen, følgende:

*”(...) det kunne jeg egentlig godt savne, at der kom lidt mere. Altså, jeg kan forstå at mellem mange af de nye sygeplejersker, at der er mange, der er frustrerede over det, og synes det er svært med de udskrivelser. Men det er egentlig ikke noget vi sådan har oppe... Vi har egentlig nedsat mange grupper til forskellige problemområder i afdelingen, men ikke lige en i forbindelse med udskrivelser godt nok. Der har vi ikke sådan lavet en arbejdsgruppe.”(ITV3:46).*

Af nærværende afsnit fremgår det, at der er et udvalg, der har som opgave at udvikle samarbejdet mellem den kommunale hjemmesygeplejeordning og sygehusorganisationens ansatte. Gennem iagttagelser er dette er dog ikke noget, som sygeplejerskerne i afdelingerne hører noget til, hvorfor en mangelfuld kommunikation kan belyses. Gennem konstruktioner og iagttagelser af anden grad og orden tolkes det, at sygeplejerskerne ikke har nogen viden om, hvordan hjemmesygeplejerskerne opfatter udskrivelserne. Derfor er de ikke opmærksomme på de ændringer, der kunne være nødvendige ved udskrivelserne. Imidlertid kan denne problemstilling iagttages som en indikator for, at sygeplejerskerne udskriver patienterne på en måde, som hjemmesygeplejerskerne ikke opfatter som problematisk. Dette er paradoksalt, da sygeplejerskerne faktisk gerne vil have mere information om udskrivelserne, hvilket kan forbindes med vigtigheden af, at de får en bekræftelse og en anerkendelse på det arbejde, de udfører.

I forlængelse af ovenstående vil jeg i næste afsnit åbne op for kommunikationen mellem sygeplejerskerne i afdelingerne og hjemmesygeplejerskerne ved udskrivelserne.

### **6.4.3. Sygeplejerskerne i afdelingernes opfattelse af kommunikationen med hjemmesygeplejerskerne**

For at kunne iagttage, hvordan kommunikationen omkring udskrivelser forløber i de forskellige afdelinger, finder jeg det nødvendigt at få konkretiseret, hvordan sygeplejerskerne i afdelingen opfatter den kommunikation, de har med hjemmesygeplejen i forbindelse med udskrivelserne. Af de cases, som jeg har fået udleveret fra en hjemmesygeplejeleder, fremgår det, at problematiske udskrivelser kan skyldes, at hjemmesygeplejerskerne ikke ved udskrivelserne får den fornødne viden om patientens videre handlingsforløb og medicinske behandling. Derfor iagttages det, at hjemmesygeplejerskerne mener, at de mangler information omkring patienterne ved udskrivelserne.



Til følgende afsnit knytter jeg den meningskondensering, der indeholder, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke kender de problematiske udskrivelser.

Under mine interviews spurgte jeg sygeplejerskerne, hvordan de opfatter kommunikationen med hjemmeplejen, og hvordan de tror hjemmesygeplejen opfatter kommunikationen med afdelingerne. Ved hjælp af mit analyseredskab fremtræder det, at sygeplejerskerne i afdelingerne forbinder den kommunikation, der er mellem dem og hjemmesygeplejen, som besværlig, da det ofte er vanskeligt for sygeplejerskerne i afdelingen at overholde telefontiderne, fordi de står i en presset situation på sygehusafdelingen, grundet andre arbejdsopgaver omkring patienterne. Da jeg spurgte sygeplejerskerne, hvordan de tror, hjemmesygeplejerskerne oplever kommunikationen med afdelingerne, viste det sig, at sygeplejerskerne i afdelingerne generelt har en opfattelse af, at hjemmesygeplejerskerne ikke oplever kommunikationsmæssige problemer, hvilket ses af følgende udsagn:

*”Jamen jeg håber da, at de har en god oplevelse af det. Det er jo områdesygeplejersken, vi snakker med og de kan jo spørge ind, hvis der er noget, vi sidder jo med vores papirer foran os, så de kan jo spørge ind til, hvis der er nogle ting, de føler, de mangler at få besvaret.” (ITV3:44).*

*”(...) Altså en gang imellem så er der en hjemmesygeplejerske, der ringer og har nogle spørgsmål, altså fordi de synes, at der er noget, som ikke er skrevet godt nok i hjemmesygeplejebrevet, eller hvis der er noget, der ikke er tydeligt nok.” (ITV4:51).*

Senere fortæller samme sygeplejerske:

*”Jamen jeg synes overordnet, så synes jeg, det fungerer godt. Men man har det også sådan, at jeg tror vi alle sammen har prøvet at få fat i en sur hjemmesygeplejerske, altså sådan et eller andet... der er måske også nogle ting man ikke ved, altså for eksempel så får man at vide, at man skulle have ringet i går til os eller et eller andet. Jeg tror, man arbejder sådan meget forskelligt, så kan man godt sådan gå lidt ved siden af hinanden. Men overordnet så synes jeg da, det fungerer godt.” (ITV4:51).*

Det tolkes, at sygeplejerskerne i afdelingerne har ikke nogen umiddelbar opfattelse af, at kommunikationen mellem dem og hjemmesygeplejerskerne er mangelfuld. Sygeplejerskerne i afdelingerne hører ikke noget fra hjemmesygeplejerskerne, med mindre der er noget, de ønsker at få uddybet. Det kan i den forbindelse antages, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke opfatter kommunikationen som problematisk. Som de siger, kan hjemmesygeplejerskerne selv kontakte dem, hvis der er noget, der ikke fremgår tydeligt nok i forbindelse med udskrivelserne.

Ifølge teorien om kommunikation i organisationer kan ovenstående sættes ind i kommunikationsprocessens fjerde stadie, der omhandler modtagerens kodning af den meddelelse, som afsenderen har sendt af sted. Kommunikationsprocessens dynamiske element er betinget af, at modtageren netop koder meddelelsen efter afsenderens hensigt med meddelelsen, og derfor er det væsentligt, at der finder en tilbagemelding sted fra modtager til afsenderen, når meddelelsen er modtaget (Jacobsen:Thorsvik:2002:271-272). I forlængelse heraf iagttages det, at den kommunikation, som foregår mellem sygeplejerskerne i afdelingerne og hjemmesygeplejerskerne i kommunen, derfor ikke kan iagttages som værende effektiv. Dette baseres på, at kommunikationen kun opfattes som effektiv, hvis modtagerens måde at tolke meddelelsen på, stemmer overens med afsenderens intentioner om meddelelsen. Når der ikke finder nogen form for tilbagemelding sted tilbage til sygeplejerskerne i afdelingerne, fremgår det ikke, hvorvidt hjemmesygeplejerskerne har kodet meddelelsen efter de rette intentioner.

I forbindelse med, at sygeplejerskerne i afdelingerne kun får tilbagemeldinger fra hjemmesygeplejerskerne, hvis der er noget, som hjemmesygeplejerskerne ikke forstår, bør det fremhæves, at sygeplejerskerne i afdelingerne generelt ønsker feed-back fra hjemmesygeplejerskerne i forbindelse med udskrivelserne.

*”(...) det ville være godt at vide... om vi sådan sætter for meget i gang eller... fordi det er tit noget andet, de har brug for i hjemmet i forhold til på sygehuset. Det er jo tit noget andet i de vante rammer og derfor synes jeg, det er vigtigt at sørge for, at de får meget hjælp, når de kommer hjem. Så kan de jo ligesom selv vurdere, når de kommer hjem, hvor meget hjælp der så er brug for (...)”* (ITV5:62).

Dette afsnit af analysen er vigtigt at medtænke i forbindelse med, hvordan udskrivelserne fra afdelingerne til kommunale hjemmesygeplejerordninger foregår. Det er vigtigt fordi, det iagttages, at sygeplejerskerne på afdelingerne er ikke klar over, at der kan opstå problemer med udskrivelserne, som kan resultere i ekstra ressourcer for hjemmesygeplejerskerne ved modtagelsen af patienten. Desuden bliver sygeplejerskerne i afdelingerne heller ikke bevidste om, at patientforløbene ikke altid er trygge for patienterne. Denne antagelse forbindes især med case 1, hvor Fru Jensen bryder ud i gråd, fordi der har været så mange problemer med udskrivelsen mellem sygehuset og det plejehjem, hvor hun skal bo de næste seks uger. Af casen fremgår det, at Fru Jensen bliver ked af det, fordi hun har en opfattelse af, at der ikke er noget ved udskrivelsen, der passer sammen (case 1). Hvis sygeplejerskerne i afdelingerne ikke har viden omkring denne type patientforløb, må det antages, at de ikke umiddelbart mener, der er brug for ændringer i forhold til den måde, de påvirker de enkelte patientforløb på. I forlængelse heraf skal fremhæves en af sygeplejerskernes beskrivelse af, hvordan hun mener, at hjemmesygeplejen opfatter udskrivelserne fra den afdeling, som hun er ansat i:

*”Ja, altså jeg går lidt ud fra, at når vi ikke hører en hel masse fra hjemmesygeplejen, så må det jo være fordi, at de fleste udskrivelser, de går godt. Så altså det regner jeg da med, at de fleste patientforløb vi har, at de foregår godt.” (ITV3:47).*

Opsummerende for nærværende afsnit kan det altså antages, at en indikator for den uoverensstemmelse, som hjemmesygeplejerskerne oplever ved udskrivelserne, kan være, at sygeplejerskerne på afdelingerne ikke får nogen form for tilbagemelding om problemets størrelse for hjemmesygeplejerskerne. Dette er iagttaget ud fra, hvordan sygeplejerskerne i afdelingerne opfatter den kommunikation, der findes mellem dem og hjemmesygeplejerskerne i forbindelse med udskrivelserne - sat i forbindelse med kommunikationsprocessen.

I et af citaterne fortæller en af de adspurgte sygeplejersker, at hun gerne ville have en form for tilbagemelding - simpelthen for at vide om de handleplaner, som sygeplejerskerne i afdelingen sætter i gang, kan anvendes i praksis, når patienten kommer hjem. I den forbindelse iagttages det endvidere, at det for hende har betydning, og at det er en form for anerkendelse af det arbejde, hun udfører ved udskrivelserne af patienterne. Dette fører over i næste afsnit, der tager udgangspunkt i, hvordan udskrivelserne kan iagttages, når en af organisationerne vælger at tilføre ekstra ressourcer til udskrivelserne.

#### 6.4.4. Teams kan have indflydelse på udskrivelserne

Ved hjælp af mit analyseredskab (jf. figur 6) iagttages det, at flere af sygeplejerskerne, som jeg interviewede, var af den overbevisning, at udskrivelserne ville blive bedre, hvis hjemmesygeplejerskerne havde mere viden om de enkelte afdelingers speciale. En af sygeplejerskerne peger på, at flere unødvendige indlæggelser i afdelingen kunne undgås, hvis hjemmesygeplejerskerne vidste mere om afdelingens speciale, i dette tilfælde lungesyge patienter.

*”Jamen... altså jeg oplever nogen gange, altså hvis vi skal snakke fra kommunen af og så til os, at de måske sender patienterne ind uden ret meget grund til det, men det er jo nok også fordi de ikke har så meget indblik i lungespecialet. De kan måske ikke altid se, at patienterne ikke er så dårlige, som de tror de er (...) Man kunne jo godt tænke sig, at de fik lidt undervisning i, hvordan man skal passe de her plejkrævende KOL patienter, for de er skræmmende at være sammen med ind imellem.” (ITV2:37).*

En anden sygeplejerske mener, at der grundet afdelingens speciale og hjemmesygeplejerskens generelle viden om de forskellige medicinske specialer, kan være tale om en kommunikationsbrist, hvilket er iagttaget ud fra følgende udsagn. Den pågældende sygeplejerske begrundet kommunikationsbristen med, at sygeplejerskerne på afdelingerne og hjemmesygeplejerskerne ikke altid forstår hinanden, når der gives besked ved udskrivelserne.

*”(...) Vi oplever også, at når nu vi ringer og fortæller om patienter, der har kræft, og at det er noget med kemoterapi eller strålebehandling, så har kommunen nogle ekstra spørgsmål, eller ringer tilbage til os senere på dagen, fordi de gerne vil vide, hvilke specielle forholdsregler, der er i forhold til når man for eksempel får kemoterapi, det er for eksempel i forhold til, hvordan hjemmesygeplejerskerne kan beskytte sig. Men det er ikke alle, der tænker på det, andre tager bare imod informationen uden overhovedet at stille spørgsmålstegn ved noget, om det så er fordi, det er blevet for meget et arbejde for dem, eller de bare ikke har nogen spørgsmål, det ved jeg ikke rigtig. Men jeg synes jo, det er godt, når hjemmesygeplejersken stiller nogle spørgsmål tilbage, så vi ligesom får en snak omkring det, så vi kan få det bedste ud af det.” (ITV1:23).*

Det iagttages, ud fra øverste citat, at denne sygeplejerske savner, at hjemmesygeplejerskerne har mere viden om lungespecialet, mens det andet citat nærmere omhandler, at det er væsentligt for

denne sygeplejerske, at der er en samtale mellem de to parter angående de patienter, der skal udskrives.

I begge tilfælde kan det tolkes, at kommunikationsprocessens krav om tilbagemelding kan forklare, hvorfor det bliver vigtigt for sygeplejerskerne i afdelingen at opleve en dialog og tilbagemelding fra hjemmesygeplejerskerne. I øverste citat, hvor sygeplejersken udtaler sig om lungespecialet, fremgår det også, hvordan hun er præget af sygehusorganisationens struktur og patienterne, idet hun henviser til udskrivelser, der kunne være undgået, hvis hjemmesygeplejerskerne havde haft en bedre viden om KOL patienter.

Det kan antages, at sygeplejerskerne i afdelingerne generelt har en specialviden indenfor de forskellige afdelinger, som de er ansat i. På samme måde kan der formodes, at hjemmesygeplejerskernes viden er mere generel, da de passer patienter med mange forskellige sygdomme og derfor må have en bred viden. Da det ikke kan antages, at disse forhold umiddelbart står til at ændre, bliver det interessant at iagttage udskrivelserne, når forskellige enheder i de enkelte organisationer får indflydelse på udskrivelserne. Dette perspektiv kommet til syne under to af interviewene, hvor sygeplejerskerne fortæller om, at udskrivelser til hjemmesygeplejen fungerer bedre, når de har nogle bestemte teams med i udskrivelserne, som kan give sygeplejerskerne i afdelingerne feed-back på deres arbejde.

Følgende del af nærværende afsnit tager udgangspunkt i den meningskondensering, der indeholder, at nogle afdelinger har valgt at inddrage andre samarbejdspartnere i udskrivelserne, som letter sygeplejerskernes arbejde med udskrivelserne. I foretagne interviews forholder dette sig til teams, som følgende handler om.

I interview 1 henvises der til det Palliative Team<sup>26</sup>, som er et team, der hovedsageligt består af læger, sygeplejersker, psykologer og præster, der besøger patienter, der har fået en terminal

---

<sup>26</sup>Palliativt Team udfører plejende og lindrende omsorg til kræftsige patienter i den sidste tid. Palliativ betyder "at være lindrende, uden at være helbredende". Det vil sige, at det Palliative Team udfører pleje og omsorg til kræftpatienter, når det medicinsk er vurderet, at det ikke er muligt at helbrede patienten. Palliative Teams findes endnu ikke i tilknytning til alle sygehuse. Det er praktiserende læger eller sygehuslæger, der henviser kræftpatienterne til det Palliative Team. Teamets ekspertviden kan under indlæggelser være behjælpelige med at vejlede og råde sygehusafdelingens sygeplejersker og læger i god symptombehandling, kommunikation samt psykisk og social omsorg. Det Palliative Team kan hos patienter, der er i hjemmet den sidste tid, være med til at skabe tryk hos patienten og pårørende, samt medvirke til at undgå unødvendige genindlæggelser på sygehuset i kræftpatientens sidste tid (<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/hvis+du+har+kraeft/den+sidste+tid/palliativt+team.htm?&MSHiC=65001&L=2&W=PALLIATIV%20PALLIATIVE%20TEAMET%20TEAMS%20palliativt%20team%20&Pre=%3CFONT%20STYLE%3D%22color%3A%20%23000000%3B%20background-color%3A%20%23FFFF00%22%3E&Post=%3C/FONT%3E> download: d. 30.5.2008).

diagnose stillet. Den sygeplejerske, der fortæller om det Palliative Team fortæller, at hun mener, at de har indflydelse på patientforløbene for de patienter, der har en terminal diagnose (ITV1:31).

Jeg spurgte sygeplejersken, om det Palliative Team er en del af sygehuset eller af kommunen, hvortil hun svarede:

*”De er vel mest en del af sygehuset, vil jeg sige. De sidder ikke hos os fysisk, men vi har en god kontakt til dem. Det er for eksempel dem, vi kan trække på, hvis vi har nogen patienter med smerteproblemer og andre svære problematikker, som vi måske selv har svært ved at løse. Så ringer vi til dem og spørger, om de har nogle forslag og det har de ofte, så hjælpes vi ad.”* (ITV1:31-32).

Det Palliative Team er specialister i plejen af patienter, der er døende. Derfor forekommer der et eksempel på, hvordan forskellige enheder af en organisation er specialiserede, og hvordan det for sygeplejersken er en fordel at kunne kontakte nogen, der kan være behjælpelig med de problemer, der kan opstå ved patientforløb med døende patienter. Selvom det Palliative Team ikke fysisk befinder sig tæt på afdelingen, mener sygeplejersken, at de har et godt samarbejde. Et forhold, der baseres på, at sygeplejersken fortæller, at de hjælpes ad med patientforløbene. Det Palliative Teams specialviden kan derfor ses i et andet perspektiv end hjemmesygeplejerskernes, hvilket formentlig kan forbindes med det Palliative Teams specialviden overfor hjemmesygeplejerskernes generelle viden. Det iagttages således, at det er nemmere for sygeplejersken i afdelingen at samarbejde med det Palliative Team end med hjemmesygeplejerskerne. I den forbindelse skal fremhæves et udsagn, hvor sygeplejersken fortæller om, hvorvidt det Palliative Team har indflydelse på udskrivelserne:

*”Ja, det kan de være, ikke til udskrivelseskonferencer, men når vi har henvist til dem, så kan det godt være, at de kommer ind på afdelingen eller ude i kommunen, hvis det er en patient, der er udskrevet. Så kontakter de patienterne der for at høre, hvilke problematikker der kan være.”* (ITV1:32).

Selv om sygeplejersken her ikke umiddelbart mener, at det Palliative Team fungerer som et bindeled mellem afdelingen og hjemmesygeplejerskerne, tolkes det, at hun oplever det Palliative Team fungerer godt i kommunen, fordi hjemmesygeplejerskerne i kommunen også kan kontakte det Palliative Team, hvis de oplever smerteproblematikker eller lignende, når patienten er kommet til eget hjem (ITV1:32). Gennem citaterne belyses det, at det Palliative Team har mulighed for at

komme ud på afdelinger eller i hjemmet, hvis patienten er udskrevet, hvilket gør det muligt for både patienter og sygeplejersker i afdelingerne samt for hjemmesygeplejerskerne at opleve ansigt-til-ansigt kommunikationen, hvilket kommunikationsmæssigt er at foretrække.

I forlængelse heraf kan det formodes, at sygeplejersken i afdelingen tillægger det stor betydning, at hun kan henvise til et team, der har specialviden, som kan være med til at sikre patienterne et godt patientforløb, når de udskrives fra afdelingen. Så selv om hun ikke direkte opfatter det Palliative Team som tovholder mellem afdelingerne og hjemmesygeplejerskerne, kan der antages, at sygeplejersken føler sig tryk ved at videregive ansvaret for patienten til teamet. Derved iagttages det, at henvise til det Palliative Team ikke så stor frustration, som ved at sende patienter hjem, hvor hjemmesygeplejerskerne skal overtage. Dette kan ses i sammenhæng med, at det Palliative Team udelukkende har til opgave at deltage i terminale patientforløb. Endvidere forekommer det heller ikke, at de er besværlige at få kontakt til, som det kan være tilfældet i hjemmesygeplejen. Med kommunikationsteoretiske øjne, kan dette forklares med, at når sygeplejersken ringer til det Palliative Team, ved hun, at hun kommer i kontakt med dem, hun skal snakke med. I modsætning hertil oplever sygeplejersken, at det kan være problematisk at få fat i den rette person, som tager sig af at modtage informationer om patienter i kommunen. Desuden kan det ud fra interviewtransskriptionerne tolkes, at det ofte er visitatorer og områdesygeplejersker, der modtager information om patienterne og giver den videre til de praktiserende hjemmesygeplejersker. På den måde er der ved udskrivelser til hjemmesygeplejen et bindeled mellem parterne, og sygeplejerskerne i afdelingen videregiver i den forbindelse ikke informationer, til de hjemmesygeplejersker, der skal møde patienterne i eget hjem.

Den anden sygeplejerske, der udtaler sig om et team i forbindelse med udskrivelserne, henviser til et team, der har til funktion at følge patienter, der skal udskrives, hjem fra afdelingen. Det er sygeplejerskerne i afdelingen, der vurderer, hvorvidt patienterne kan have brug for teamet. Fordelen ved dette team er, ifølge sygeplejersken, at teamet er behjælpeligt med praktiske forhold ved udskrivelserne. Herom fortæller hun:

*"(...) Altså, det er stadigvæk mig, der har kontakten til hjemmesygeplejersken, men de sørger for sådan noget med hjælpemidler og ja, de ringer til pårørende og de kan faktisk klare rigtig mange ting omkring udskrivelserne - mange praktiske ting. Så følger de patienten hjem og så laver de*

*opfølgende besøg. Så er de lige sådan inde omkring... altså, det er noget med, at når de har fulgt patienten hjem, så indenfor syv dage, så skal de komme tilbage og se, hvordan det går med den her patient og så tror jeg hele tiden, at de laver en vurdering af, om det er noget de sådan skal blive ved med at komme og kigge til sådan jævnligt. Så er det jo sådan noget ergoterapi og om, hvordan de sådan klarer det i hverdagen, patienterne. Så det letter meget arbejdet synes jeg, fordi... ja, de tager sig af rigtig mange ting omkring udskrivelserne.” (ITV4:55-56).*

Af ovenstående citat iagttages det, at sygeplejerskerne i den pågældende afdeling har stor gavn af at henvise patienterne til teamet, fordi de bidrager med hjælp til praktiske gøremål i forbindelse med udskrivelserne. Sygeplejersken her mener, at de på afdelingen har et godt samarbejde med teamet, hvilket ses i nedenstående:

*”(...) vi har faktisk et rigtigt godt samarbejde med dem. Også fordi det så er de samme personer, der kommer i afdelingen hver dag. Hvis man så har haft dem til at følge en af ens patienter hjem, så kan man jo godt sådan for eksempel dagen efter spørge om, hvordan det så gik og hvordan boede han og tror du det her kommer til at gå godt og sådan nogle ting. Så hjælper de faktisk også lidt der om morgenen, for så er det dem, der går ind og klarer sådan noget med morgen bad og sådan noget, det er tit ergoterapeuten, for ligesom at vurdere funktionsniveauet og om der bliver brugt hjælpemidler og sådan noget. Så det er bare virkelig, virkelig godt.” (ITV4:56).*

Sygeplejerskerne i eksemplerne her belyser, hvordan de i deres arbejde finder stor hjælp i, at udskrivelserne kan have tilførte ressourcer fra organisationen, hvilket gavner patientforløbet. For sidstnævnte sygeplejerske betyder teamet, der følger patienterne hjem, at hun oplever en lettelse af arbejdet, hvilket kan formodes både at være af fysisk og psykisk karakter. Det fysiske, fordi hun i citatet henviser til, at teamet er behjælpeligt med mange praktiske gøremål, som hun derved undgår at bekymre sig om. Psykisk, fordi hun oplever, at hun får en tilbagemelding, på det hun sætter i gang med en handleplan i de enkelte patientforløb.

Ovenstående bliver i tråd med kommunikationsteori et billede på, hvordan ansigt-til-ansigt kommunikationen er mere effektiv, fordi kommunikationen her tillader at lade afsenderen af meddelelsen observere modtageres kropssprog (Jacobsen:Thorsvik:2002:279). På samme tid bliver det også muligt for afsenderen at få en tilbagemelding på, hvordan modtageren koder meddelelsen.



Gennem litteratursøgningen til dette speciale fandt jeg flere steder, at der er oprettet specielle stillinger på flere af landets sygehus, der har til formål at forestå udskrivelserne fra sygehusafdelingerne til hjemmesygeplejen, så patienterne sikres et godt patientforløb.<sup>27</sup> Blandt andet ses det på Hobro Sygehus, hvor det for nyligt er blevet indført, at en visitator fra kommunen fysisk sidder på sygehuset, så der skabes en direkte kontakt mellem sygeplejerskerne på afdelingerne og til den visitator, der skal visitere patientens ydelser i kommunen.<sup>28</sup> Det fremgår, at dette tiltag blandt andet hviler på problematiske udskrivelser, hvor patienternes funktionsniveau er enten over- eller undervurderet, at der er forekommet problemer omkring medicin og hjælpemidler ved udskrivelserne, hvor patienter og pårørende har manglet en direkte kontakt til hjemmesygeplejen inden indlæggelse, og hvor udskrivelserne generelt planlægges for sent i indlæggelsesforløbet. Dette eksempel er med til at belyse, hvordan en enhed i den enkelte organisation kommer til at fungere som bindeled mellem sygehusafdelingen og hjemmesygeplejen. Tiltaget sættes i gang med henblik på at undgå, at patienter genindlægges på sygehusene.<sup>29</sup>

De ovenstående eksempler skitserer, hvordan udskrivelser kan forbedres, når en af organisationerne indsætter en aktør, der har til opgave at beskæftige sig med udskrivelser. Når en af organisationerne anvender denne aktør for udskrivelser, forekommer det, at der opnås tryghed både for patienterne og sygeplejerskerne ved udskrivelserne.

#### **6.4.5. Kommunikationsprocessen i forhold til udskrivelser**

Som det fremgår af teorigennemgangen, er kommunikation en af de basale processer, som er med til at holde organisationer sammen, hvorfor kommunikationsprocessen får stor betydning for væsentlige processer i organisationen (Jacobsen:Thorsvik:2002:274). Kommunikationen har eksempelvis indflydelse på hvordan, der træffes beslutninger i organisationen, og hvordan der kan skabes motivation blandt organisationens medarbejdere. Derfor er kommunikationsprocessen af stor betydning for sygehusafdelingernes håndtering af sundhedsaftalen og generelt for, hvordan sygeplejerskerne føler sig motiverede til at udføre deres daglige arbejde. I tidligere afsnit fremgår

---

<sup>27</sup> Der tages udgangspunkt i den ordning Hobro Sygehus har, men lignende tiltage ses for eksempel i Sønderborgkommune <http://www.sonderborg-kommune.dk/nyhederS.aspx?id=243&ident=272> download: d. 15.5.2008.

<sup>28</sup> Det har i skrivende stund ikke været muligt at finde en evaluering af dette projekt, hvilket formentlig skyldes, at tiltaget, med at placere en kommunal visitator på sygehus først er første implementeret i foråret 2008.

<sup>29</sup> [http://www.mariagerfjord.dk/MFK/politik/dag\\_ref/sund\\_oms/Dokumenter/07\\_10\\_03/bilag/Punkt\\_78\\_Bilag\\_1.doc](http://www.mariagerfjord.dk/MFK/politik/dag_ref/sund_oms/Dokumenter/07_10_03/bilag/Punkt_78_Bilag_1.doc) download: d. 15.5.2008.

det, at den interne kommunikation kan iagttages ved hjælp af sygeplejerskernes dokumentationsredskab, VIPS. Endvidere, at kommunikationen mellem afdelingsledelsen og sygeplejerskerne kan iagttages som mangelfuld, idet et konkret eksempel viser, at ledelsen har valgt ikke at informere om det udvalg, hun sidder med i. Afsnittet her søger derfor at iagttage, hvordan kommunikationen kommunikerer udadtil, når sygeplejerskerne udskriver patienter, og dette med udgangspunkt i det medie, som kommunikationen udspiller sig i. Iagttagelsen om mediet mener jeg har relevans for denne analyse, da mediet ifølge kommunikationsprocessen kan være af stor betydning for kommunikationsprocessen.

Til at belyse dette empirisk, anvender jeg meningskondenseringen om, at sygeplejerskerne overvejende anvender telefonen som medie ved udskrivelserne.

Generelt fortæller sygeplejerskerne, at udskrivelserne og dermed kommunikationen til hjemmesygepleje foregår over telefonen. Telefonen må derfor iagttages som det medie, sygeplejerskerne anvender, når de skal udskrive patienterne.

*”Jamen, det sker ofte telefonisk, men man kan også gøre det elektronisk, der er bare ikke særlig mange, der benytter det elektroniske system på vores afdeling. Fordi det system er noget indviklet. Først og fremmest, så det elektroniske system, det er sådan et gammelt DOS-system fra midt 1980’erne, som der ikke rigtig er nogen, der bruger længere. Og så er der også en hel masse retningslinjer om at, så skal man skrive inden et bestemt tidspunkt, og så skal man så huske og skrive om hjemmesygeplejen, har skrevet tilbage inden et bestemt tidspunkt, så det er lige som om, det er lidt for mange fejlkilder, ved at anvende det system. Altså, det kan nemt smutte, sådan man har givet hjemmesygeplejen for sent besked om udskrivelsen via det elektroniske system. Det er måske sådan lidt mere trygt at ringe per almindelig telefon, så snakker man med en, der kan skrive ned.” (ITV3:42).*

Til sammenligning hermed fortæller en af de andre sygeplejersker:

*”Det er per telefon. Det der patientsystem, elektroniske patientsystem AS400, det bruger vi ikke ret meget i vores afdeling. For det er ikke sådan prioriteret særlig højt, at man lærer at bruge det. Og så tit, så går det også lidt stærkt, så er det jo nemmere at ringe, så er man jo sikker på, at man får*

*fat i den rigtige, og at man får en aftale. Man kan godt være sådan lidt utryg ved det der elektroniske, synes jeg.” (ITV4:50).*

Som det kan iagttages af ovenstående citater, er det kommunikationsredskab, som sygeplejerskerne har til rådighed ved udskrivelser til hjemmesygeplejen, et gammelt system, som de fleste af de adspurgte sygeplejersker ikke foretrækker at bruge. Det fremgår endvidere af udsagnene, at det ikke i dagligdagen bliver prioriteret at anvende computersystemet, og at det for sygeplejerskerne er utrygt at anvende det elektroniske computersystem. Sygehusafdelingerne har følgelig ikke valgt at afsætte ressourcer til at oplære sygeplejerskerne i computersystemet. Desuden er computersystemet gammelt. Ovenstående understreger, at de kommunikative redskaber, som sygeplejerskerne har til rådighed ved udskrivelserne, ikke fremstår som let tilgængelige for dem. Tidligere belyste jeg, at sygeplejerskerne har svært ved at komme i kontakt med kommunen, grundet de bestemte telefontidspunkter. At computersystemet ikke prioriteres, belyser desuden, at den skriftlige kommunikation også besværliggøres for sygeplejerskerne. Derfor kan det tolkes, at sygeplejerskernes mulighed for at viderebringe de væsentlige information om patienterne er begrænsede. Hvilket må iagttages som en væsentlig faktor for, at der kan opstå fejl ved udskrivelserne.

Sygeplejersken i ovenstående citat siger, at hun mener, at det er mere trygt at udskrive patienten over telefonen, fordi man så er sikker på at snakke med en, der kan skrive beskeden ned. I forhold til kommunikationsprocessen kan dette forklares med det medie, der foretrækkes ved udskrivelserne (Jacobsen:Thorsvik:2000:271-272). Selv om kommunikationen ikke er en ansigt-til-ansigt kommunikation, kan iagttages det, via mit analyseredskab, at sygeplejerskerne føler en større tryghed ved at henvende sig telefonisk, fordi der efter deres mening på den måde går mindre tabt i kommunikationen. Det valgte medie i kommunikationsprocessen har betydning - for netop mediet stiller krav til kodningen af meddelelsen. Hvis kodningen af meddelelsen ikke finder sted i overensstemmelse med afsenderens hensigt, kan modtagerens kodning hæmme tovejskommunikationen (Jacobsen:Thorsvik:2000:276). I nærværende iagttages det, at det netop er tovejskommunikationen, der er væsentlig for sygeplejerskerne. Fordi de derved får overbragt information, hvor den anden part i kommunikationsprocessen har mulighed for at stille spørgsmål ved det sagte.

Kommunikationsprocessens andet stadie omhandler afsenderens kodning af meddelelserne. Den er desuden en af de faser, hvor der kan opstå problemer og forstyrrelser i kommunikationen. Problemer og forstyrrelser kan opstå, fordi modtageres kodning af meddelelsen er afhængig af afsenderens kodning. Derved bliver afsenderens ordvalg væsentligt, idet ordvalget kan have betydning for, om der opstår tillid eller mistillid (Jacobsen:Thorsvik:2002:275-276).

I forbindelse med hjemmesygeplejerskernes oplevelser af problematiske udskrivelser kan netop begreber som tillid og mistillid være væsentlige elementer i kommunikation. Når hjemmesygeplejerskerne har oplevet mangelfulde udskrivelser af patienter, kan det formodes, at de har nogle bestemte holdninger i forhold til sygeplejerskerne i afdelingernes, herunder til deres måde at udskrive på, som måske ikke anses for hensigtsmæssig. Et kendt problem i forhold til kommunikationsprocessen er, at det kan være besværligt for to forskellige professioner at deltage i kommunikationen, da de hver har deres fagsprog (Jacobsen:Thorsvik:2002:276). I nærværende tilfælde tolkes det dog ikke at være professionen, der sætter grænser for kommunikationen, men nærmere det faktum, at sygeplejerskerne befinder sig på hvert sit sted i sundhedsvæsenet og derfor har forskellige arbejdsrutiner og prioriteringer.

Kun en af de adspurgte sygeplejersker foretrækker at anvende computersystemet ved udskrivelserne. Under interviewet fortalte sygeplejersken, at hun foretrækker computersystemet, fordi hun på den måde ikke skal vente på passende telefontider (ITV2:36). Dog ligger der ifølge sygeplejersken ikke kun det praktiske i at undgå ventetid, når hun anvender computersystemet, men følgende citat kan være med til at belyse tillid og mistillid mellem parterne:

*”Det er rigtig svært at få fat i dem, i hvert fald telefonisk. Jeg synes også tit jeg oplever, at de sådan er lidt negative, når man ringer og ikke har kunnet få fat i dem. På den måde så bliver kontakten lidt anstrengt, når man så endelig får fat i dem.”* (ITV2:36)

I forlængelse heraf siger sygeplejersken:

*”Ja, jeg synes det er rarere, når man kan gøde det over computeren, for så slipper man også for de sure miner”* (ITV2:36).

Der kan ud fra denne sygeplejerskers udtalelser iagttages en vis skepsis overfor hjemmesygeplejerskerne, hvilket formentlig kan ses i sammenhæng med de tidligere udsagn om, at sygeplejerskerne i afdelingerne kun får tilbagemeldinger på udskrivelserne, hvis en praktiserende hjemmesygeplejerske kontakter afdelingen. På grundlag heraf kan tolkes, at denne sygeplejerske opfatter en form for mistillid mellem parterne ved udskrivelserne. Et forhold, der kan ses i lyset af, at de to parter befinder sig i hver sin organisation og derfor har forskellige arbejdsrutiner og mål.

Nærværende afsnit har belyst, hvor mulige kommunikationsproblemer kan opstå i forbindelse med udskrivelserne. Derfor kan kommunikationsprocessen identificere flere problemer i forhold til udskrivelserne, som kan iagttages som indikatorer for, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke altid formår at skabe overensstemmelse mellem det sagte og de udførte handlinger ved udskrivelserne.

## **6.5. Delkonklusion af analysedel 2**

På samme måde som første del af analysen afrundes her med en delkonklusion.

Det er gennem analysen belyst, at sygeplejerskerne i afdelinger har et dokumentationsredskab, VIPS, som fungerer som kommunikationsredskab. VIPS udfordrer sygeplejerskernes interne samarbejde, da sygeplejerskerne i de forskellige vagter i afdelingen er afhængige af hinandens kommunikation. Det kan konkluderes, at hvis dokumentationen er mangelfuld, kan der gå noget tabt i udskrivelserne, hvilket igen kan være problematisk for udskrivelserne.

I forhold til den vertikale kommunikation, kan det konkluderes, at der kan opstå en asymmetri i nedadgående retning, idet afdelingens ledelse vælger ikke at informere sygeplejerskerne i afdelingerne om uhensigtsmæssige udskrivelser. Dette på trods af, at der i en af de pågældende afdelinger findes en oversygeplejerske, der sidder med i et udvalg, der fokuserer på samarbejdet mellem sygehusafdelingerne og hjemmesygeplejeordninger.

Det kan endvidere konkluderes, at sygeplejerskerne i afdelingerne ikke har viden om, at udskrivelserne til kommunerne kan være mangelfulde, fordi de ikke får nogen form for tilbagemelding på udskrivelser. Sidstnævnte må ses i forbindelse med, at sygeplejerskerne i afdelingerne efterlyser tilbagemeldinger på udskrivelser, da dette for sygeplejerskerne kan have stor betydning, da de på den måde bliver bekræftet i deres fag.

I forlængelse af ovenstående kan det konkluderes, at sygeplejerskerne i afdelingerne foretrækker en ansigt-til-ansigt kommunikation, hvilket kan foregå i samarbejde med forskellige teams indenfor

sygehusorganisationen. Ud fra anden analysedels sidste afsnit kan det konkluderes, at sygeplejerskernes foretrukne kommunikationsmedie er telefonen. Den vælges primært, fordi der ved den kommunikation skabes bedre tryghed i udskrivningsprocessen. Desuden belyser dette afsnit, at telefonen som medie for kommunikation ved udskrivelser kan forbindes med en vis utryghed eller mistillid mellem parterne.

## 7. Samlet konklusion

Specialets overordnede emne er, hvordan udskrivelser fra sygehusafdeling til hjemmesygeplejen kan iagttages. Det formulerede jeg i specialets første del i spørgsmålet:

*”Hvordan forholder sygehusafdelingerne sig til udskrivelser og til det politiske mål om sundhedsaftalerne og hvordan oplever sygeplejerskerne i afdelingerne dette?”*

I forbindelse med dette spørgsmål tydeliggjorde jeg, at der er tale om et hvordan spørgsmål, hvor sygehusafdelingerne og kommunikationen iagttages ud fra sygeplejerskernes udsagn. Ved at iagttages dette, bliver det muligt at finde indikatorer for, hvorfor de problematiske udskrivelser finder sted.

Mit analytiske redskab er opbygget af konstruktioner af anden grad såvel som iagttagelser af anden orden. I forbindelse hermed formuleres min empiri gennem meningskondenseringer ud fra interviewtransskriptionerne. I kombination med de fænomenologiske principper og det systemteoretiske interview, har jeg således fået dannet mit empiriske udgangspunkt. Derudover har jeg anvendt organisations- og kommunikationsteori til at iagttage sygeplejerskerne i afdelingernes daglige arbejde og ikke mindst i forhold til udskrivelser.

Analysen er derfor bygget op om to hovedafsnit, hvoraf det første iagttager, hvordan sygehusafdelingerne forholder sig til udskrivelserne i forhold til de forskellige afdelingers struktur. Mens det andet analyseafsnit iagttager kommunikationen i afdelingerne. Begge afsnit tager udgangspunkt i, hvordan sygeplejerskerne oplever og praktiserer udskrivelser i deres daglige arbejde i afdelingerne.

Af analysens første del fremgår det, at sygeplejerskerne ikke kender til begrebet sundhedsaftaler, men at de på trods af det alligevel har viden om det gode patientforløb, som også er i klar overensstemmelse med sundhedsaftalernes hensigter. I forlængelse heraf kan det konstateres, at sundhedsaftalerne ikke kan iagttages som udelukkende et symbolsk mål for sygehusafdelingerne. Der er nærmere tale om, at sygehusledelserne har taget udgangspunkt i den praksis om udskrivelser, der allerede eksisterer. Hvilket kan forbindes med best practice begrebet, hvor der tages

udgangspunkt i erfaringer frem for at udvikle nye teorier, når nye tiltag skal implementeres i praksis. Under anvendelse af organisationsteorien fandt jeg frem til, at sygeplejerskerne forsøger at forholde sig til sygehusafdelingens omgivelser – hvilket i denne kontekst er den kommunale hjemmesygepleje.

Gennem analysens første del har mine iagttagelser af anden orden gjort det muligt at belyse nogle indikatorer for, hvorfor der kan opstå uoverensstemmelse mellem det sagte og handlingerne ved udskrivelser fra sygehus til hjemmesygepleje. Disse indikatorer fremhæver jeg i følgende. Gennem mine konstruktioner af anden grad har jeg fundet frem til, at sygeplejerskerne i afdelingerne presses fra flere sider, når de skal udskrive patienterne. For det første er det sygeplejerskerne, der har den koordinerende rolle ved udskrivelserne. Det er derfor dem, der skal indsamle informationer om patienten fra de andre professioner i afdelingen, før de kan kontakte hjemmesygeplejerskerne. For det andet indebærer den kontekst, som sygeplejerskerne arbejde indgår i, tydeligt præg af at være indbygget i sygehusorganisationens struktur. Det ses i det forhold, at sygehusafdelingerne ikke har opdaterede telefonnumre til de rette personer i kommunerne. Ydermere er kommunens krav om, at sygeplejerskerne skal ringe med meddelelser om patienter på bestemte tider uheldigt. Af den simple grund, at det ofte er om morgenen, hvor sygeplejerskerne ikke har tid på grund af patienternes morgenpleje. Med ovenstående iagttagelser kan jeg derfor belyse, at uoverensstemmelse mellem det sagte og det gjorte ved udskrivelserne kan sættes i forbindelse med de vilkår, de to forskellige organisationer har udstukket for sygeplejerskerne.

I analysens andet hovedafsnit har jeg iagttaget kommunikationen – såvel internt i sygehusafdelingerne som med hjemmesygeplejerskerne. Med udgangspunkt i meningskondenseringerne omkring kommunikation har jeg anvendt kommunikationsprocessen til at iagttage kommunikationen. Den skriftlige interne kommunikation i sygehusafdelingerne sker gennem dokumentationsredskabet, VIPS. Jeg har gennem mine iagttagelser af anden orden fundet frem til, at sygeplejerskerne overordnet mener, at VIPS fungerer godt. Dog kan VIPS være med til at forklare, hvorfor der kan opstå fejl ved udskrivelserne. Det kan for eksempel skyldes, at det ofte bliver nattevagtens job at få styr på det praktiske ved udskrivelserne. Derfor er det altafgørende, om sygeplejerskerne fra dagvagten har dokumenteret alt, hvad der er relevant om patienten i VIPS.



Jeg har endvidere anvendt kommunikationsprocessen til at iagttage den vertikale kommunikation i nedadgående retning. Herunder har jeg fundet frem til, at ledelsen i afdelingerne vælger ikke at meddele sygeplejerskerne om problematiske udskrivelser, hvilket igen kan medføre en asymmetri der har forbindelse med det forhold, at ledelsen ønsker at opretholde et godt arbejdsmiljø blandt sygeplejerskerne.

De to ovenstående eksempler på den interne kommunikation kan således også iagttages som indikatorer for, at der kan forekomme fejl ved udskrivelserne.

Analysens kommunikationsafsnit kan endvidere belyse, at sygeplejerskerne i afdelingerne hovedsageligt foretrækker en ansigt-til-ansigt kommunikation, hvilket kan praktiseres, når forskellige teams deltager i udskrivelserne. I den forbindelse har jeg iagttaget, at ansigt-til-ansigt kommunikation skaber større tryghed for sygeplejerskerne, da de straks får en tilbagemelding på deres arbejde.

I relation til ovenstående foretrækker sygeplejerskerne hovedsageligt at anvende telefonen som medie ved udskrivelser. Det kan dels forklares med, at det ikke prioriteres at oplære sygeplejerskerne i at anvende det computersystem, der er til rådighed ved udskrivelser. Og dels med, at sygeplejerskerne foretrækker at få tilbagemelding for meddelelsen gennem modtagerens kodning. Sidstnævnte eksempel er med til at belyse kommunikationsproblemer, der har relation til spørgsmålet om tillid mellem de parter, hvor imellem kommunikationen kommunikerer.

Opsummerende kan det konkluderes, at problematiske udskrivelser kan forklares med, at sygehusafdelingerne har en indbygget struktur, der kan besværliggøre det praktiske ved udskrivelser. Men at kommunikation på den anden side i høj grad kan have betydning for, hvordan udskrivelser tager sig ud i praksis.

## 8. English summary

The overall subject of this thesis is to examine the way in which nurses in hospitals discharge patients to the nurses in the municipalities, who care for the patients in their own homes after the discharge from hospital. In this context the thesis focuses on a political health agreement that provides the successful discharge of patients from the regional organization (the hospitals) to the municipal organization.

Cases of unsuccessful discharge from hospital show that patients are sometimes discharged without much coordination with the municipal nurses. This is a problem because the nurses in the municipalities need information about the patients to plan their care after their discharge from hospital.

In this context this study focuses on how the nurses in five different hospital departments experience the discharge of the patients. The empirical basis of the thesis is interviews with the nurses in the departments. The method is, therefore, a qualitative method that seeks to find answers through the hospital nurses' point of view on discharges from hospital.

The approach of the study is mainly inductive entailing that the analysis is based on empirical data. The empirical data is systematised through Alfred Schutz' phenomenology about constructions of a second degree, which is the scientific inspiration of this thesis. In the phenomenological perspective the constructions of a second degree are an interpretation of other peoples' interpretations, consulting the construction in a first degree. With the constructions of a second degree I systemise the interviews through coding.

The theoretical frame of the analyses is organization theory and theory about communication in organizations. Through the organization theory, the focus in this thesis is the environment of the organization and its goals and strategies, in order to find how hospital organization implements the goal of successful discharge in the departments in the hospital.

The communication process is used in this thesis to investigate problems in the communication between the nurses from the two organizations and the communication in the hospital department from the nursing officer to the nurses.

The findings through the analysis indicate that the nurses in the hospital are not informed about the health agreement by the organization management, even though they do have knowledge regarding the discharge of patients that is in accordance with the plans the health agreements suggest. I find that the plans for discharging patients are in the structure of the hospital organization and thereby seem natural for the nurses because of the hospital organizations' strategy of best practice.

The analysis also indicates that the coordination of patients' discharge is challenged by the communication between the two organizations. The communication between the nurses in different departments of the hospital is difficult because both organizations have structures that inhibit nurses' communication with each other. The main problem in this context is that the hospital nurses have a role as a coordinator in the department as they have to obtain information about the patient from doctors and professions in the department before discharge. However, the nurses in the municipalities only have one hour in the morning when the hospital nurses are allowed to phone and give information about the patients. This is the main reason why some discharges are unsuccessful because of a lack of communication between the two organizations.

## 9. Litteraturliste

Andersen, Niels Åkerstrøm: *"Borgerens Kontraktliggørelse"* 1. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag, København, 2003.

Andersen, Jørgen Steen; Hansen, Steen Werner: "Kræftplanen – politisk vilje – faglig udmøntning i *"Ugeskrift for læger"* nr. 22:2002.

Bakka, Jørgen Frode; Fivelsdal, Egil: *"Organisationsteori – struktur, kultur, processer"* 4. udgave, 1. oplag. Handelshøjskolens Forlag, 2004.

Christensen, Katrine Birkedal; Nielsen, Susanne: "Eksplosiv vækst i antallet af akutte indlagte ældre" i *"Sygeplejersken"* nr. 18, 2007.

Hansen, Mona; Weinreich, Elvi (red.): *"Sygepleje i primær sundhedssektor"*, 1. oplag, udgave. Munksgaard, København 2002.

Hatch, Mary Jo: *"Organization Theory modern symbolic and postmodern perspectives"* Oxford University Press 1997.

Jacobsen, Bo; Schnack, Karsten; Wahlgren, Bjarne; Madsen, Mikkel Bo: *"Videnskabsteori"* 2. udgave, 1. oplag. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København 1999.

Jacobsen, Dag Ingvar; Thorsvik, Jan: *"Hvordan organisationer fungerer – Indføring i organisation og ledelse"* Hans Reitzels Forlag, København 2002.

KL og Indenrigs- og Sundhedsministeriet *"Kommunalreformens gennemførelse – en status"* Schultz Grafisk A/S, 2006.

Krasnik, Allan; Vallgård, Signild: *"Sundhedstjeneste og sundhedspolitik"* 3. udgave, 1. oplag. Munksgaard, København 2002.

Kruckow, Connie: "Fem fikspunkter for sundhedsvæsenet" kronik i *Jyllandsposten* d. 2.5.2007.

Kvale, Steinar: "*Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*" (oversat fra engelsk af Bjørn Nake) 5. oplag. Hans Reitzels Forlag, København 2000.

la Cour, Anders; Knudsen, Morten; Thygesen, Niels Thyge: "*Det systemteoretiske interview – Interviewet som meningsdannelse*", Working Paper No 8/2005. Copenhagen Business School.

Loftager, Jørgen: "Sygeplejen imellem system og livsverden" i "*Grundlægsproblemer i sygeplejen – Etik, videnskabsteori, ledelse & samfund*" af Jensen, Torben K.; Jensen, Lars Ulrik; Won, Kim Chung. 1. udgave, 10. oplag. Forlaget Philosophia, Århus 1990.

Meeuwisse, Anna; Swärd, Hans "*Perspektiver på sociale problemer*" 1. oplag, 1. udgave 2002. Dansk udgave Hans Reitzels Forlag, København 2004.

Nielsen, Jens Carl Ry; Repstad, Pål: "Fra Nærhet til distanse og tilbage igjen" i "*Anderledes tanker om livet i organisationer*" af Nielsen, Jens Carl Ry (red.) Nyt fra samfundsvidenskaberne, København 1993.

Regeringen: "*På vej mod en kvalitetsreform – debat pjece om udfordringer*" November 2006. (<http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Pjecen.pdf> download: d.16.5.2008).

Rendtorff, Jacob Dahl: "Fænomenologien og dens betydning" i Fulgsang, Lars; Olsen, Poul Bitsch "*Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigmer*" 2. udgave, 2. oplag. Roskilde Universitetsforlag, 2004.

Rubington, Earl; Weinberg, Martin S.: "*The study of social problems seven perspectives*" 6. udgave, Oxford University Press. New York 2003.

Schutz, Alfred: "*Hverdagslivets sociologi*", (oversat fra amerikansk af Lisbeth Eriksen) 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, 1975.

Seemann, Janne "Det fragmenterede sundhedsvæsen" i "*Lederinfo*" d. 25.6.2004. ([http://www.dsr.dk/dsr/nl\\_vis.asp?intType=6&NLID=68&id=4085141](http://www.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=6&NLID=68&id=4085141) download: d. 11.9.2007.)

Seemann, Janne: "Erfaringer med sundhedsplanlægning – fokus på problemer" i "*NOLK Nordjyllands Lægekredsforening*, nr. 28:2003".

Seemann, Janne: "Når organisationer skal samarbejde – Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer" 1996 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard. Viborg 1996.

Schmidt, Anders Legarth; Drachmann, Hans: "Millioner til strålekanoner blev brugt til andre formål" i "*Politikken*" d. 17.2.2007 (<http://politiken.dk/indland/article247976.ece> download: d. 16.5.2008).

Strandberg-Larsen, Martin "Vil strukturreformen give mere sammenhængende patientforløb?" i "*Lederinfo*" d. 26.6.2006. ([http://www.dsr.dk/dsr/nl\\_vis.asp?intType=6&NLID=173&id=4088688](http://www.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=6&NLID=173&id=4088688) download: d. 11.5.2008).

Sundhedsstyrelsen: "*Patientforløb og kvalitetsudvikling*", Sundhedsstyrelsen, København 1999.

Zahavi, Dan: "*Fænomenologi*" 1. udgave. Roskilde Universitetsforlag 2003.

Ældresagen: "*Bedre kvalitet i den offentlige service*" Ældre Sagens forlag 2007.

**Internetadresser:**

<http://www.aaa.dk/dagsor/sh/101203/2.htm> (Samarbejdsaftale mellem Silkeborg Kommune og Århus Amt (Silkeborg Centralsygehus) download d. 10.3.2008.

<http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/hvis+du+har+kraeft/den+sidste+tid/palliativt+team.htm?&M SHiC=65001&L=2&W=PALLIATIV%20PALLIATIVE%20TEAMET%20TEAMS%20palliativt%20team%20&Pre=%3CFONT%20STYLE%3D%22color%3A%20%23000000%3B%20background-color%3A%20%23FFFF00%22%3E&Post=%3C/FONT%3E> Kræftens Bekæmpelse (beskrivelser af Palliativt Team) download: d. 30.5.2008.

<http://www.danskefolkeparti.dk/Socialpolitik.asp> Dansk Folkeparti socialpolitik d. 30.5.2008.

[http://www.mariagerfjord.dk/MFK/politik/dag\\_ref/sund\\_oms/Dokumenter/07\\_10\\_03/bilag/Punkt\\_7\\_8\\_Bilag\\_1.doc](http://www.mariagerfjord.dk/MFK/politik/dag_ref/sund_oms/Dokumenter/07_10_03/bilag/Punkt_7_8_Bilag_1.doc) download: d. 15.5.2008.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#K62> Retsinformation download: d. 4.2.2008.

<http://sf.dk/default.aspx?func=article.view&id=11288> ”SF’s ældrepolitiske udspil.” d.18.9.2007.

<http://socialdemokraterne.dk/default.aspx?func=article.view&id=160044> ”Klare rettigheder for de ældre” download d.18.9.2007.

<http://www.sonderborg-kommune.dk/nyhederS.aspx?id=243&ident=272> download: d. 15.5.2008.

<http://www.sst.dk/Planlægning-ogbehandling/Sundhedsaftaler.aspx> Sundhedsstyrelsen download: d. 3.12.2007

[http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Medicinsk\\_teknologivurdering/Links/Andre\\_institutioner\\_organisationer.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering/Links/Andre_institutioner_organisationer.aspx) Sundhedsstyrelsen download: d. 29.5.2008.

[http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER/TIDLIGERE\\_NUMRE/2002/UFL\\_2002\\_45/UFL\\_2002\\_45\\_38716](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2002/UFL_2002_45/UFL_2002_45_38716) Ugeskrift for læger 2002;164(45)5256 download: d. 23.3.2008.

