



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Akutfunktioner i hjemmesygeplejen

Et socio-kulturelt perspektiv på indførelse af akutfunktioner i
den kommunale hjemmesygepleje

sikkerhed viden instrumenter
ngeström akutfunktion instrumentel
akutsygepleje
jura hjemmesygepleje
akut procedure
vidensformer situation
kommunal diskurs forandring ansvar
opgaver handling
behandling økonomi borger erfaring
teknificering omsorg

Kandidatspeciale

Marie Morley

Kandidatuddannelsen i Læring og Forandringsprocesser

Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi

Vejleder: Julie Borup Jensen

Afleveret den: 31.5.2016



| |
|---|
| STANDARD FORSIDE TIL EKSAMENSOPGAVER |
|---|

Fortrolig Ikke fortrolig

| | | | | | |
|-----------------------------|---------|----------|-----------|----------|--|
| Prøvens form (sæt kryds) | Projekt | Synopsis | Portfolio | Speciale | Skriftlig hjemmeopgave/24 timers prøve |
| | | | | X | |

| | | | |
|--|--|-------------|--|
| Uddannelsens navn | Kandidat i Læring og Forandringsprocesser | | |
| Semester | 10. semester | | |
| Prøvens navn/modul (i studieordningen) | Kandidatspeciale | | |
| Gruppenummer | Studienummer | Underskrift | |
| Navn Marie Morley | 20141817 | | |
| Afleveringsdato | 31/5 2016 | | |
| Projektitel/Synopsistitel/Speciale-titel | Akutfunktioner i hjemmesygeplejen Et socio-kulturelt perspektiv på indførelse af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje | | |
| I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn | 192.000 | | |
| Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke) | 153.854 | | |
| Vejleder (projekt/synopsis/speciale) | Julie Borup Jensen | | |
| Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlig(e) for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): http://www.plagiat.aau.dk/regler/ | | | |

Abstract

This master thesis studies acute care in community health nursing. The key ambition is to explore how a municipality's home nursing professionals construct their understandings of home nursing and thereby how their practice develops. In addition, the ambition is to discuss which impacts these local translation processes can have on the development of the specific municipality's home nursing.

The thesis' theory of science is a socio-cultural standpoint and the methodological frame for the analysis is Laclau and Moeffes discourse theory. On this basis The Danish Health Board's recommendations to quality in the acute care units, a municipality's description of function of their acute care nurses and three qualitative interviews with respectively two home nursing professionals, two acute care nurses and their two nearest leaders, are analyzed.

Theoretically this master thesis revolves around academic literature on mainly two theoretical perspectives. First Carsten Pedersen's perspectives on knowledge in nursing through his reflections on Aristoteles' classification of knowledge. The intention is to establish a theoretical perspective of knowledge in nursing and to understand the discourses within the field of community health nursing. The other theoretical aspect is based on Engeström's activity theory and the aim is to show how local perceptions on community health nursing are mediated through the cultural, historical and material context.

The results of the analysis contribute to a complex perception of the constructions and discourses on community health nursing and the acute care within. One of the findings is that discourses in the official recommendations are reflected and reconstructed in the investigated municipality. This means that the acute care professionals construct their professionalism within a theoretical, declarative setting while the home care professionals construct an antagonistically discourse on practice-oriented application of situational knowledge. The thesis also implies that the investigated leaders reproduce technical and rational perception on introduction of acute care units of the official documents why the investigated acute care unit is implemented as a parallel practice in the community health nursing. Therefore the thesis also concludes, that the introduction of the acute care unit is performed in a way that elect difficult prospects for the development of a new and mutual perception of and professional competence within community health nursing.

Indhold

KAPITEL 1 - INDLEDNING

| | |
|--|-----------|
| 1.1 Introduktion | 5 |
| 1.2 Problemfelt | 6 |
| 1.2.1 Vidensformer og sygepleje | 7 |
| 1.2.2 Et relationelt perspektiv på organisationer og organisatorisk udvikling..... | 7 |
| 1.2.3 Kommunen som et empirisk eksempel | 9 |
| 1.3 En socio-kulturel platform | 9 |
| 1.4 Problemformulering | 10 |
| 1.4.1 Forskningsspørgsmål | 11 |
| 1.5 Præcisering | 11 |
| 1.6 Specialets indhold og struktur | 12 |

KAPITEL 2 - RAMMER FOR SYGEPLEJE I CENTRALE DOKUMENTER

| | |
|---|-----------|
| 2.1 Metode..... | 13 |
| 2.1.1 Laclau og Moeffes diskursteori..... | 13 |
| 2.1.2 Vidensformer og sygepleje | 15 |
| 2.2 Analyse af centrale dokumenter | 16 |
| 2.2.1 Analyse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunale akutfunktioner | 16 |
| 2.2.2 Analyse af Funktionsbeskrivelse for sygeplejerske med akutfunktion..... | 20 |
| 2.2.3 Analyse af Kompetenceprofil for hjemmesygeplejersker | 22 |
| 2.3 En teknisk-rationel ramme for akutsygepleje | 24 |
| 2.4 Delkonklusion 1 | 27 |

KAPITEL 3 - RAMMER FOR FORANDRING AF KOMMUNENS HJEMMESYGEPLEJE

| | |
|------------------------|-----------|
| 3.1 Metode..... | 28 |
|------------------------|-----------|

| | |
|--|---------------|
| 3.1.1 Interviewundersøgelse | 28 |
| 3.1.2 Diskursanalyse | 30 |
| 3.2 Diskursanalyse af interviews..... | 31 |
| 3.2.1 Analyse af interview med ledere..... | 31 |
| 3.2.2 Analyse af interview med akutsygeplejersker | 36 |
| 3.2.3 Analyse af interview med hjemmesygeplejersker | 40 |
| 3.2.4 Modsætningsfyldte hegemonier i Kommunens hjemmesygepleje | 45 |
| 3.3 Teoretisk ramme: Engeströms virksomhedsteori..... | 46 |
| 3.3.1 Konstituering af sygeplejeopfattelser i Kommunen..... | 48 |
| 3.3.2 Akutsygepleje som en sideløbende praksis..... | 53 |
| 3.4 Delkonklusion 2..... | 55 |
| KAPITEL 4 - MULIGHEDER OG UDFORDRINGER FOR UDVIKLING | |
| 4.1 Udvikling i en teknisk-rationel ramme | 56 |
| 4.2 Muligheder og udfordringer | 57 |
| KAPITEL 5 - KVALITETSVURDERING | |
| 5.1 Kvalitetsvurdering | 60 |
| KAPITEL 6 - KONKLUSION | |
| 6.1 Konklusion..... | 61 |
| 6.2 Perspektivering..... | 62 |
| Litteraturliste | 63 |
| Bilagsoversigt..... | 65 |

Kapitel 1

Indledning

Specialets indledende kapitel indeholder først en generel indføring i specialets interesseområde, hvorefter et konkret problemfelt, specialets videnskabsteoretiske grundlag samt undersøgelsens problemformulering vil blive præsenteret. Dernæst følger en præcision af specialets hovedformål og en gennemgang af specialerapportens opbygning.

1.1 Introduktion

I forbindelse med strukturreformen i 2007 har alle danske kommuner fået nye sundhedsopgaver (Vrangbæk, 2014). Siden da har kommunerne arbejdet – og arbejder fortsat – med at organisere og løfte disse nye opgaver (ibid.). For den kommunale hjemmesygepleje betyder udviklingen, at den skal varetage nye og ændrede opgaver (Vinge, 2014). Opgaverne i hjemmesygeplejen ændres som et resultat af faglig og teknologisk udvikling, der giver bedre behandlingsmetoder samt mere skånsomme teknikker og derfor kan eksempelvis pleje- og behandlingsopgaver, der tidligere blev varetaget på hospitalerne, overdrages til kommunerne (ibid.). Samtidig er der i kraft af denne udvikling kommet et større fokus på effektivisering og procesoptimering, kortere indlæggelsesforløb samt omlægning fra stationære til ambulante forløb (ibid.). Dette bevirker, at hjemmesygeplejens opgaver både øges og ændres, hvorigennem særligt flere komplicerede og specialiserede sygeplejeopgaver overdrages til hjemmesygeplejen. Vinge (ibid.) beskriver, at disse opgaver ofte består af såkaldt kliniske opgaver, eksempelvis medicinering, sårpleje, kateterpleje, mobilisering efter operation samt observation og dataindsamling i forhold til udredning af borgere. For at imødekomme disse ændrede krav og opgaver har kommunerne i løbet af de seneste år omorganiseret deres sygeplejefaglige indsats (KL, 2015). En af disse reorganiseringer er indførelse af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, som størstedelen af Danmarks kommuner har indført eller har planer om at indføre (KL, 2014). Hensigten med de kommunale akutfunktioner er, at disse primært varetager nytilkomne, komplekse og akutte opgaver i hjemmesygeplejen (ibid.). Dette kan organiseres på forskellig vis i kommunerne, men typiske måder at tilrettelægge funktionerne på er gennem udekørende akutteams og -funktioner eller i form af akutafdelinger med sengepladser, der typisk placeres i forlængelse af et kommunalt pleje- eller rehabiliteringscenter (ibid.). Der er således forskellige måder, hvorpå de kommunale akutfunktioner kan tilrettelægges.

1.2 Problemfelt

Disse ovenstående skitseringer udgør baggrunden for specialets interesseområde. I et lærings- og forandringsperspektiv må det antages, at indførelsen af akutfunktioner medfører en række forandringer i den kommunale hjemmesygepleje. Jeg har foretaget en indledende litteratursøgning indenfor fænomenet 'akutfunktioner i hjemmesygeplejen' knyttet til søgeord som 'implementering', 'evaluering', 'viden' og 'læring' (se skema over litteratursøgningen i bilag nr. 1).

Litteratursøgningen indikerer, at viden på området er sparsomt. Derfor finder jeg det relevant at problematisere indførelse og tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner ud fra henholdsvis et videns- og et organisationsperspektiv. Dette er udgangspunktet for det følgende problemfelt.

Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL (2012) har udgivet notatet "Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter", der beskriver definitioner og rammer for de kommunale akutte indsatser. Notatet beskriver, at ét af hovedprincipperne for tilrettelæggelse af de kommunale akutfunktioner er, at dette sker med udgangspunkt i forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser af borgere samt for at imødekomme de accelererede patientforløb på sygehusene (ibid.). Indsatsen i kommunale akutfunktioner defineres i det følgende:

"... at levere en række sygeplejeindsatser, som kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner" (Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL, 2012, s. 2).

Eksempler på disse indsatser er observation af akut opstået sygdom eller komplikationer heraf, væske- og ernæringsterapi, inhalationsbehandling, kateteranlæggelse og IV-medicinering (ibid.). Notatet beskæftiger sig med viden i kommunale akutfunktioner, der beskrives som instrukser i forhold til sygeplejefaglige procedurer, dokumentation samt indberetning af utilsigtede hændelser (ibid.). Herigennem fremkommer det, at de kommunale akutfunktioner typisk varetager komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver, der overdrages til kommunerne. Således finder jeg herigennem, at indførelse af kommunale akutfunktioner initierer udvikling i forhold til viden og kompetencer i hjemmesygeplejen.

Herudover har KL udgivet en rapport, der er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra bl.a. Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd samt en række kommuner landet over (KL, 2014). Hensigten er, jævnfør rapporten, at give en række praksisnære råd til kommuner, der arbejder med akutfunktioner (ibid.). Rapporten peger på adskillige metoder til tilrettelæggelse af de kommunale akutfunktioner, herunder opgavetyper og indsatser samt samarbejde med kommunale og regionale aktører. I et enkelt afsnit beskæftiger rapporten sig med kompetencer,

kompetenceudvikling og viden. Her angiver rapporten en liste over viden, færdighed og kompetencer, som akutsygeplejersker i kommunale akutfunktioner skal besidde samt statistiske beregninger over, hvordan en række danske kommuner har arbejdet med denne kompetenceudvikling, hvilket primært er foregået gennem efteruddannelse, undervisningsforløb på sygehuse samt sidemandsoplæring (ibid.). For alle disse punkter gælder, ifølge rapporten, at tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner skal foregå med udgangspunkt i principper om behandlingskvalitet, patient-sikkerhed og omkostningseffektivitet (KL, 2014, s. 7). Derfor finder jeg, at de perspektiver på viden og kompetencer i kommunale akutfunktioner, der fremkommer gennem definitionen af subakutte og akutte kommunale indsatser samt KL's anbefalinger om tilrettelæggelse heraf - i min optik - afspejler en tilgang til kommunale akutfunktioner, hvor de kliniske, økonomiske og juridiske aspekter dominerer. I relation hertil påpeger Vinge (2014), at en konsekvens af de nye specialiserede opgavetyper i kommuner er, at når der i hjemmesygeplejen tales om disse opgaver, er det ofte i kliniske termer, hvorfor øvrige aspekter af de sygeplejefaglige opgaver, eksempelvis information, vejledning og psykosocial støtte, bliver mindre synlige.

1.2.1 Vidensformer og sygepleje

Med baggrund i ovenstående har jeg sammenholdt notatet og rapportens perspektiver på viden og kompetencer med Pedersens (2006) perspektiver på viden i sygeplejefaget. Herigennem finder jeg, at rapportens umiddelbare antagelser om viden særligt knytter sig til teoretisk viden og tekniske færdigheder. Pedersen (ibid.) argumenterer for, at diskussioner af forholdet mellem teoretisk og praktisk viden er særligt aktuelt i de fag, hvor der arbejdes professionelt med mennesker, eksempelvis i sygeplejefaget. Derfor kan indførelse af kommunale akutfunktioner anskues, som udtryk for, at et skærpet fokus på teoretisk og teknisk viden og færdigheder i sygeplejefaget også indføres i hjemmesygeplejen. Dette kan, med afsæt i Pedersens perspektiver på viden i sygeplejefaget, problematiseres, idet han argumenterer for, at viden knyttet til den praktiske udøvelse af sygepleje netop er et vigtigt element i sygeplejefaget (ibid.). Denne vidensform vægtes ikke umiddelbart i notatet. Med afsæt i disse perspektiver på viden i sygeplejefaget kan indførelse af kommunale akutfunktioner - ud fra et teoretisk perspektiv og på et diskursivt plan - anskues, som udtryk for en øget teknificering i dele af hjemmesygeplejen, hvor teoretisk viden og tekniske færdigheder vægtes højere end praktisk viden og kunnen.

1.2.2 Et relationelt perspektiv på organisationer og organisatorisk udvikling

I Den administrative sundhedsaftale for Region Nord, henvises til, at tilrettelæggelse og kvalificering af de kommunale akutfunktioner sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens skriftlige

anbefalinger (Region Nordjylland, KKR, PLO, 2015). Med afsæt i dette betragter jeg i det følgende indførelse af kommunale akutfunktioner, som en organisatorisk forandring, og problematiserer denne ud fra Rasmussen, Jørgensen og Larsens (2011) perspektiver på organisationer.

Rasmussen, Jørgensen og Larsen (ibid.) beskriver forskellige perspektiver på organisationer og organisatorisk forandring; et klassisk, moderne og et relationelt. I det klassiske perspektiv kan organisationen beskrives som en maskine, hvortil der kan udarbejdes modeller, der gør ledere og ejere i stand til at styre organisationen (ibid.). Således opereres der her ud fra en tænkning om, at organisationen kan styres gennem kausale årsags-virkningsforhold og dette perspektiv rummer derfor et mekanisk og rationelt syn på organisationer. Det moderne perspektiv adskiller sig fra det klassiske ved at have fokus på systemer i organisationen og dette perspektiv tager i høj grad afsæt i systemteori og rummer i lighed med det klassiske perspektiv et rationelt syn på organisationer (ibid.). I det relationelle perspektiv konstrueres kommunikation og beslutningsprocesser via sociale samspil og fælles meningskabelse, hvorfor de måder, hvorpå aktørerne i organisationen i sociale sammenhæng spiller sammen, er for komplekse til at kunne rummes i de øvrige perspektivers rationelle logikker (ibid.). Centralt for hvordan aktører i organisationen handler, er derfor de forståelser, som de har dannet gennem sociale samspil med andre aktører (ibid.).

I et klassisk og moderne organisationsperspektiv vil indførelse af akutfunktioner i kommunerne kunne tilrettelægges gennem rationelle årsags-virkningsforhold og videregivelse af informationer herom. Heri ligger dels en hierarkisk tilgang til organisationsudvikling, hvor administrative niveauer og ledere i og udenfor organisationen på forhånd kan planlægge kausale forløb, som de kan forudse og styre. Den administrative sundhedsaftales syn på indførelse af kommunale akutfunktioner kan derfor forstås som udtryk for en bagvedliggende rationel logik. I et relationelt organisationsperspektiv vil kritikken af disse perspektiver være, at de ikke tager højde for de sociale samspil og de forståelser, af eksempelvis instrukser, som aktørerne herigennem konstruerer (ibid.). Dette betyder derfor, at de udarbejdede administrative dokumenter om tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner ikke kan rumme hjemmesygeplejens lokale oversættelsesprocesser. Da aktører også konstruerer mening og praksis gennem erfaringer, må det antages, at der vil forekomme forskellige konstruktionsprocesser – både forskellige steder i den enkelte kommunes hjemmesygepleje samt på tværs af kommuner og hjemmesygeplejepraksisser. Herigennem finder jeg, at indførelse af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje udgør en organisatorisk

forandring, der har betydning for, hvordan den kommunale hjemmesygeplejes viden, kompetencer og praksis udvikler sig.

1.2.3 Kommunen som et empirisk eksempel

Specialets undersøgelse tager udgangspunkt i en konkret kommunes hjemmesygepleje (herefter Kommunen), som i undersøgelsen udgør et empirisk eksempel. Kommunen har for to år siden indført en akutfunktion i deres kommunale hjemmesygepleje. Akutfunktionen består af to akutsygeplejersker, der arbejder i aftenvagte. De to akutsygeplejersker er organiseret sammen med hjemmesygeplejerskerne, men varetager primært nytilkomne og akutte opgaver, eksempelvis når borgere bliver udskrevet fra hospitalet eller når nyopståede symptomer opstår hos i forvejen kendte borgere. De opgaver, der efterfølgende kan være i forbindelse med disse borgere, overdrages derefter til de øvrige hjemmesygeplejersker.

Med baggrund i ovenstående betragtninger af kommunale akutfunktioners potentielle videns- og organisationsforandrende implikationer, antager jeg, at Kommunens indførelse af en akutfunktion ligeledes har forandrende konsekvenser for hele hjemmesygeplejen, idet akutfunktionen medfører ændrede opgavefordelinger, organiserings- og samarbejdsformer hos både akut- og hjemmesygeplejerskerne. Det er således med afsæt i perspektiver på viden i sygeplejefaget og organisationsudvikling i kommunal hjemmesygeplejepsiksis, at jeg vurderer det relevant at undersøge, hvordan praksisniveauet i en konkret kommunal hjemmesygepleje fortolker forandringen og tilskriver deres praksis mening, idet det er herigennem de nye, lokale hjemmesygeplejepsiksikker konstrueres.

1.3 En socio-kulturel platform

Specialet tager afsæt i et socio-kulturelt perspektiv. I det følgende præsenteres dette perspektivs grundantagelser om læring og forandring.

En grundantagelse inden for det socio-kulturelle perspektiv er, at vi skaber vores verden i kraft af de relationer, kulturer og kontekster, som vi er indlejret i (Dysthe, 2001). Dette betyder, blandt andet, at kundskab konstrueres gennem interaktion i en social og materiel kontekst (ibid.). Mennesker lærer gennem deltagelse i diskurser, praksisser og fællesskaber, hvor de skaber betydning ud fra kognitive redskaber, ideer, teorier og begreber (Dysthe, 2001). Sproget spiller desuden en afgørende rolle, idet det udgør et centralt medierende redskab, da ”... enhver sproglig fremstilling (indebærer, red.) holdninger og vurderinger og placerer os i en kulturel og historisk tradition” (Dysthe, 2001,

s. 54). Derfor er der en nær relation mellem sproglig og praktisk interaktion og begge er, ifølge Dysthe (ibid.), centrale for læring.

I forhold til viden og læring betyder de socio-kulturelle grundantagelser derfor først og fremmest, at læring er indlejret i sociale og kulturelle kontekster og derfor lægges der vægt på materielle forhold, sociale relationer, kollektive processer og konteksten (Hasse, 2013). Forandringstiltag, som indførelse af en kommunal akutfunktion i hjemmesygeplejen, modtages derfor ikke passivt af medarbejderne – disse er selv med til at skabe mening med og konstruere de nye opgaver og praksisformer. Heri ligger en præmis om, at indførelse af kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen ikke sker, uden at de involverede aktører relationelt, kulturelt og historisk konstruerer deres nye praksis. Derfor bliver det i denne optik relevant at undersøge betydninger af indførelse af akutfunktionen på aktørernes praksisniveau.

Med baggrund i ovenstående vurderer jeg, at et socio-kulturelt perspektiv er relevant for en undersøgelse af min undren over de antagelser om viden i sygeplejefaget og organisationsudvikling, som jeg finder – og teoretisk problematiserer – i problemfeltet.

1.4 Problemformulering

På baggrund af ovenstående overvejelser har jeg lavet en problemformulering for min undersøgelse, der lyder således:

Hvilken betydning har indførelse af akutfunktionen for Kommunens opfattelse af sygepleje og hvilke muligheder og udfordringer har dette for udvikling af den konkrete kommunale hjemmesygepleje?

Idet jeg arbejder ud fra en socio-kulturel platform, bliver min rolle som forsker central for den viden, der skabes gennem undersøgelsen. Derfor præsenterer jeg i det følgende det socio-kulturelle perspektivs antagelser om viden.

For den videnskabelige erkendelsesproces og videnproduktion betyder det socio-kulturelle perspektiv, at der ikke findes absolutte sandheder (Hasse, 2013). Den viden, jeg skaber i dette speciale, udgør derfor heller ikke en endegyldig sandhed, men er ét perspektiv på problemfeltet.

Mit perspektiv på problemfeltet vil konstituere en ramme for de spørgsmål, jeg stiller, og de teorier, emner og begreber, som jeg tillægger betydning i undersøgelsen. Således er mit perspektiv med til at forme den viden, der skabes i specialet (Dysthe, 2001). Når jeg påvirker den viden, der konstru-

eres, påvirker jeg også den viden, der ikke konstrueres. Derfor vil jeg tydeliggøre mit afsæt for specialets undersøgelse ved at præcisere min bagvedliggende grundantagelse; en hypotese om, at akutfunktioner kan betyde en øget teknificering i den akutte hjemmesygepleje, idet den er med til at skabe en ramme for, hvordan akutsygeplejersker kan konstruere mening og herigennem forme deres praksis.

1.4.1 Forskningsspørgsmål

På baggrund af ovenstående betragtninger har jeg operationaliseret specialets problemformulering til følgende forskningsspørgsmål.

1. Hvilke forståelser af sygepleje dominerer i centrale dokumenter og hvilke rammer for viden og læring i sygeplejefaget konstitueres herigennem?
2. Hvordan forstår Kommunens akutsygeplejersker, hjemmesygeplejersker og ledere sygepleje og hvilke rammer for forandring af Kommunens hjemmesygepleje konstitueres herigennem?

1.5 Præcisering

Hovedformålet med specialet er at undersøge, hvordan en kommunes hjemmesygeplejeenhed, der for to år siden har tilrettelagt en akutfunktion, konstruerer deres forståelser af hjemmesygepleje og herigennem, hvordan deres praksis udvikles i kraft af akutfunktionens indførelse. Den primære genstand for analyse er derfor tre kvalitative gruppeinterviews med henholdsvis to hjemmesygeplejersker, to akutsygeplejersker og deres to ledere. Disse udgør en kvalitativ repræsentation af praksisfeltet.

Til at understøtte analysen af interviewene inddrages dokumentanalyse af administrative dokumenter om kommunale akutfunktioners indhold og tilrettelæggelse, hvor det undersøges hvilke forståelser af sygepleje og kommunale akutfunktioner disse dokumenter diskursivt konstruerer. Disse forståelser undersøges med henblik på at kunne diskutere deres indflydelse på den lokale udviklingsproces i en den undersøgte kommune.

Det er således specialets overordnede ambition, at konstruere ét perspektiv på, hvordan lokale aktører konstruerer deres opfattelser af sygepleje og hvordan den lokale kommunale hjemmesygeplejepsikis herigennem udvikles. Dertil er ambitionen at diskutere, hvilken betydning disse lokale oversættelsesprocesser kan have for udvikling af den lokale kommunale hjemmesygepleje.

1.6 Specialets indhold og struktur

Dette afsnit har til formål at skabe et overblik over de enkelte kapitler og deres bidrag til specialet, som en samlet helhed.

Specialet er opdelt i to delundersøgelser, der præsenteres og bearbejdes i hvert sit kapitel. **Kapitel 2** indeholder således den første delundersøgelse, hvor forskningsspørgsmål 1 bearbejdes gennem diskursanalyse af centrale dokumenter. Kapitlet er opbygges således, at delundersøgelsens metodiske og teoretiske grundlag først præsenteres, hvorefter analyse og dernæst diskussion af de analytiske resultater følger. Kapitlet afsluttes med delkonklusion 1.

I **kapitel 3** præsenteres specialets anden delundersøgelse, hvor forskningsspørgsmål 2 bearbejdes gennem specialets interviewundersøgelse. Kapitlet har samme overordnede struktur, som kapitel 2, hvorfor delundersøgelsens teori og metode præsenteres og herefter følger først en empirisk analyse og dernæst en teoretisk analyseramme. Til slut diskuteres de analytiske resultater, hvorefter delkonklusion 2 fremsættes.

Kapitel 4 indeholder en opsamlende diskussion, hvor de samlede analytiske resultater og delkonklusioner diskuteres. Herefter følger i **kapitel 5** en kvalitetsvurdering af specialets undersøgelse og resultater, hvorefter specialets konklusion og perspektivering fremsættes i **kapitel 6**.

Kapitel 2

Rammer for sygepleje i centrale dokumenter

Dette kapitel beskæftiger sig med forskningsspørgsmål 1: Hvilke forståelser af sygepleje dominerer i centrale dokumenter og hvilke rammer for viden og læring i sygeplejefaget konstitueres herigennem? Kapitlet er opbygget således, at den valgte analysemetode, diskursteori, præsenteres sammen med en beskrivelse af, hvordan jeg anvender udvalgte analytiske begreber. Analysen diskuterer jeg herefter ud fra perspektiver på viden i sygeplejefaget for at begrunde, hvilke rammer for sygepleje de dominerende sygeplejeforståelser konstituerer.

2.1 Metode

Jeg undersøger i det følgende to centrale dokumenter om akutfunktioner i kommunal sygepleje. De to dokumenter er ”Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje” (Sundhedsstyrelsen, 2014), som består af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen og ”Funktionsbeskrivelse: sygeplejerske m. akutfunktion” (se bilag nr. 2), der udgør Kommunens beskrivelse af akutsygeplejerskers funktion. Derudover undersøger jeg et tredje dokument, som er Kommunens kompetenceprofil for hjemmesygeplejersker (se bilag nr. 3).

I et socio-kulturelt perspektiv på kundskab og læring ligger en social og konstruktionistisk tilgang til praksis (Dysthe, 2001). Mennesket deltager i forskellige diskurssamfund og det er i disse diskursive samfund, at mennesket finder de redskaber, teorier og begreber, som de konstruerer betydning ud fra (ibid.). I dette perspektiv vil både sproglige begreber og kommunikationsmønstre skabe diskursive rammer for praksis. På baggrund heraf kan de tre dokumenter forstås, som artikulationer af diskurser om hjemmesygepleje og kommunale akutfunktioner. Disse artikulationer undersøger jeg gennem diskursanalyse af de tre dokumenter.

2.1.1 Laclau og Moeffes diskursteori

Analysen tager udgangspunkt i Laclau og Moeffes diskursteori (Jørgensen & Phillips, 1999).

Diskursteorien, som Laclau og Moeffe repræsenterer, har kontingens som præmis, hvorfor virkeligheden ikke har en på forhånd givet naturlig struktur; den kan altid være anderledes (ibid.). Viden om verden kan ikke umiddelbart tages for objektiv sandhed, hvorfor viden er et resultat af kulturelt og historisk indlejrede kategoriseringer af verden. I et diskursanalytisk perspektiv

konstrueres verden socialt og diskursivt, hvilket bevirker at bestemte handlinger bliver naturlige mens andre bliver utænkelige – dette sker gennem diskursive kampe (ibid.) For den diskursanalytiske undersøgelse betyder dette, at sygepleje i Kommunen forstås, som en social praksis. Særligt for Laclau og Moeffes diskursteori er, at diskurser forstås som materielle. Dette betyder, at de betragter al social praksis, som et udtryk for diskursiv konstruktion (ibid.). Dette er væsentligt for min undersøgelse, da der implicit i denne er en hypotese om, at sygepleje i Kommunen, forstået som en social praksis, kan være formet af de dominerende diskurser om sygepleje, som blandt andet findes i de centrale dokumenter. Derfor vurderer, jeg at diskursanalyse er anvendelig i forhold til undersøgelsens socio-kulturelle afsæt, idet jeg herigennem kan generere viden om den sproglige konstruktion af rammer for sygepleje.

Formålet med at anvende Laclau og Moeffes diskursteori er at kortlægge de sociale processer, hvor forskellige diskurser kæmper om retten til at definere og fastlægge betydninger af sproget og herigennem opnå hegemoni (Jørgensen & Phillips, 1999). I Laclau og Moeffes tænkning fastlægger dominerende diskurser ikke blot betydning, hegemonier udelukker andre diskurser og afgrænser derfor også menneskets sociale handlemuligheder (Phillips, 2010). Et centralt element i analysen bliver således at identificere diskursive kampe, som kommer til udtryk i form af antagonist, hvor diskurser støder sammen (ibid.). I analysen af de tre dokumenter identificerer jeg derfor diskurser, dominerende såvel som underordnede, og undersøger, hvornår der er tegn på diskursive kampe i form af antagonist. Jeg identificerer diskurser dels, på baggrund af perspektiver på viden i sygeplejefaget, som jeg også efterfølgende anvender i diskussionen af analyserne. Dels anvender jeg en række af de diskursanalytiske begreber, som Jørgensen & Phillips (1999) og Phillips (2010) præsenterer. Disse uddybes i det følgende.

Diskurser dannes ved fastlåsning og udkrystallisering af betydning omkring nodalpunkter, der kan beskrives som centrale nøglebegreber inden for en given diskurs (Jørgensen & Phillips, 1999). Et nodalpunkt får først betydning, når det undersøges i relation til de øvrige begreber indenfor diskursen (ibid.). Således kan et nodalpunkt også optræde som en flydende betegner, fordi flere diskurser kan kæmpe om at indholdsdefinere den flydende betegner, som nodalpunkt, og herigennem etablere hegemoni (Phillips, 2010). Nodalpunkter danner, indenfor diskursen, betydningskæder til øvrige begreber, som kaldes knudetegn. Disse betydningskæder etablerer diskursen og udelukker samtidig andre mulige betydninger (Jørgensen & Phillips, 1999). Knudetegn kan også være

flydende betegnere, da de kan indgå i andre diskursers betydningskæder. Således udspiller diskursive kampe sig ofte om de flydende betegnere (ibid.).

Analysen er opbygget således, at jeg gennem eksempler og citater fra de undersøgte dokumenter præsenterer og argumenterer for bestemmelsen af nodalpunkter, flydende betegnere og knude tegn. Herudfra identificerer jeg, hvilke betydningskæder, der etableres omkring nodalpunkterne for herigennem at bestemme, hvilke diskurser, der artikuleres. Gennem analyserne vurderer jeg løbende, om de identificerede diskurser optræder dominerende i dokumenterne.

2.1.2 Vidensformer og sygepleje

Idet min undersøgelse interesserer sig for viden i sygeplejefaget, anvender jeg Pedersens (2006) perspektiver på Aristoteles' vidensformer, som baggrund for etablering af vidensdiskurser og hegemonier. Disse præsenteres derfor i det følgende.

Pedersen tager udgangspunkt i Aristoteles' filosofiske fremgangsmåde, skelnen mellem teori og praksis samt hans fire vidensformer (ibid.). Aristoteles' fremgangsmåde bygger på en antagelse om, at viden, erfaring og forestillinger, der er indlejret i hverdagens ord og handlinger, har noget rigtigt i sig, siden det virker og reproduceres. Han finder modsætningsfyldte dilemmaer og spørgsmål i disse hverdagsopfattelser og bruger dem som afsæt for filosofisk undren over grundlæggende forhold, som eksempelvis "det gode liv" (ibid.).

En grundlæggende antagelse hos Aristoteles er, at mennesket er et samfundsvæsen - vi kan tænke og kommunikere og er knyttet sammen i et fællesskab (Pedersen, 2006). Aristoteles har et bud på, hvordan teori og praksis er relateret og er hinandens forudsætninger i form af, at tænkning alene ikke giver anledning til handling. Mennesket er afhængige af sansningen for at kunne bygge bro mellem følelser, oplevelse af en konkret situation og rationel tænkning, der indebærer refleksion over hvilken handling, der vil være den rigtige i situationen. Denne praktiske, situationsbestemte dømmekraft kalder Aristoteles fronesis (ibid.). Herigennem har Pedersen (2006) et dynamisk syn på teori og praksis, idet teorier kan bruges til at give perspektiver, vise nye veje og måder at agere i praksis, men det vil altid være det enkelte menneskes vurdering og afvejning af værdier, hensyn og viden i den konkrete situation – fronesis viden – der afgør den konkrete håndtering og handlen. Med dette afsæt argumenterer Pedersen (ibid.) for, at evnen til at træffe valg i en konkret, kompleks situation bliver en væsentlig del af den professionelles kompetence og dette kræver at flere forskellige vidensformer kommer i spil. Fronesis er således en situationsetisk vidensform, der

beskæftiger sig med evne eller kompetence til at fortolke en situation og afveje etiske værdier i praksis i forhold til at træffe beslutning om handling (ibid.).

Pedersen (2006) præsenterer dernæst sin udlægning af Aristoteles' vidensformer episteme og techne. Episteme, som er en videnskabelig vidensform, knytter sig til det universelle; det der ikke kan være anderledes og søger derfor årsagssammenhænge gennem empiriske, analytiske eller logiske betragtninger (ibid.). Vidensformerne techne og fronesis knytter sig til det partikulære; det, der altid kunne være anderledes. Techne, er den tekniske vidensform, som består af teknisk viden og færdigheder til at kunne producere noget eller opnå et bestemt resultat (ibid.). Techne er således også formålsbestemt viden.

2.2 Analyse af centrale dokumenter

I det følgende analyseres først de to dokumenter om kommunale akutfunktioner, Sundhedsstyrelsens anbefalinger og Kommunens funktionsbeskrivelse, hver for sig. Dernæst følger en analyse af Kommunens kompetenceprofil for hjemmesygeplejersker.

2.2.1 Analyse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tilrettelæggelse af kommunale akutfunktioner præsenteres og beskrives i rapporten "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje" (herefter Anbefalingsdokumentet) (Sundhedsstyrelsen, 2014). Jeg har derfor foretaget diskursanalyse af Anbefalingsdokumentet, som præsenteres i det følgende.

Ansvar og sikkerhed

Ordene 'ansvar' samt variationer heraf, særligt 'behandlingsansvar', er angivet 51 gange i dokumentet, mens 'sikkerhed' og 'sikre' er angivet i alt 29 gange. Undersøges det i hvilke sammenhænge 'ansvar' anvendes, fremkommer det, at det sker i relation til betydende elementer af Anbefalingsdokumentet (Sundhedsstyrelsen, 2014). Eksempler herpå er ansvarsfordeling ift. 'samarbejde mellem akutfunktionen og praktiserende, læger og hospital', 'patientsikkerhed', 'vurdering af borgere' samt 'opgaveansvar' (ibid.). Når der i Anbefalingsdokumentet tales om tilrettelæggelse af akutfunktionen, samarbejde og kvalitet, sker dette hovedsageligt med udgangspunkt i en sikkerhedstænkning. Derfor kan ordet 'sikkerhed' identificeres som et nodalpunkt. Dette nodalpunkt konstituerer en diskurs, som jeg betegner juridisk, idet den primært handler om ansvarsfordeling.

Viden og læring

Da min undersøgelse interesserer sig for viden i sygeplejefaget, har jeg undersøgt hvilke diskurser, der dominerer i forhold hertil. I Anbefalingsdokumentet kan dette undersøges gennem et centralt begreb i dokumentet; 'kompetencer'. Ordet 'kompetencer' optræder i Anbefalingsdokumentet, som et begreb, der indfanger den viden og de færdigheder akutsygeplejersker må besidde for at varetage akutfunktionen, men begrebet relateres til forskellige diskurser. Derfor betragter jeg begrebet 'kompetencer', som en flydende betegnelse.

I Anbefalingsdokumentet optræder 'kompetencer' i relation til akutfunktionens opgaver.

'Kompetencer' i forhold til akutsygepleje relateres hovedsageligt til behandlingsopgaver, eksempelvis 'væske- og ernæringsterapi', 'kateteranlæggelse og -pleje', 'intravenøs væskebehandling' og 'medicinadministration' (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 10). Disse eksempler udgør knude tegn, der relaterer akutsygeplejerskens 'kompetencer' til udførelse af behandlingsopgaver. To steder i Anbefalingsdokumentet uddybes det, hvilke kompetencer, der er nødvendige, for at udføre ovennævnte behandlingsopgaver. Disse er: "*specifikke færdigheder, fx brug af apparatur og anlæggelse af venflon*" og "*brug af nyt apparatur, herunder til telemedicinsk understøttet behandling*" (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 18). Her udgør 'brug af apparatur', 'anlæggelse af venflon' og 'telemedicinsk understøttet behandling' knude tegn, der, sammen med knude tegnet 'behandlingsopgaver', danner en betydningskæde om ordet 'kompetencer'. Denne betydningskæde privilegerer teoretisk viden om behandlingsopgaver samt tekniske færdigheder til udførelse af disse opgaver. Anbefalingsdokumentet italesætter, i relation til 'kompetencer', begrebet 'kompetenceudvikling' af akutsygeplejersker. Kompetenceudvikling relateres primært til instrukser og retningslinjer, som akutsygeplejerskerne skal følge (ibid.). Eksempler på dette ses i de følgende to citater: "*Personalet i akutfunktionen skal følge de instrukser, ledelsen har udarbejdet for udførelsen af delegerede lægeforbeholdte opgaver*" og "*Hvis akutfunktionen varetager intravenøs behandling af patienter, skal der foreligge instrukser for modtagelse af patienter og for den videre behandling*" (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 16 og 18). Når betydningskæderne om begrebet 'kompetenceudvikling' udgøres af instrukser og retningslinjer, privilegeres viden, der kan deklarerer herigenem. Derfor udgør 'behandlingsopgaver' og 'kompetenceudvikling' knude tegn til den flydende betegnelse 'kompetencer', hvorfor jeg nu har identificeret endnu en betydningskæde, der relaterer 'kompetencer' til en vidensdiskurs. I denne betydningskæde signaleres det, at den form for viden, der privilegeres, er teoretisk og teknisk viden.

Når Anbefalingsdokumentet italesætter 'kompetenceudvikling', tales der, udover viden, også om akutsygeplejerskers læring. I dokumentet relateres akutsygeplejerskers læring primært til de tidligere nævnte instrukser og retningslinjer og det uddybes, hvordan akutsygeplejerskerne skal lære at udføre deres opgaver: *"Sygehuslægen vil i disse situationer skulle instruere personalet i akutfunktionen om behandlingen"* og *"Hvis akutfunktionen varetager intravenøs behandling af patienter, skal der foreligge instrukser for modtagelse af patienter og for den videre behandling"* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 16 og 18). Ordene 'instruere' og 'instrukser' uddybes ikke nærmere, men idet de optræder i relation til udarbejdelse og efterlevelse af instrukser og retningslinjer, ækvivalerer de med den ovenstående vidensdiskurs, der privilegerer teoretisk og teknisk viden, idet knudeegnene 'instrukser' og 'retningslinjer' danner betydningskæde herom. Dermed uddybes det også, at denne vidensdiskurs fokuserer på læring i form af overdragelse af informationer gennem instrukser og retningslinjer.

Gennem de ovenstående analyser af Anbefalingsdokumentet fremkommer det, at der kan etableres en diskurs om viden, der privilegerer teoretisk viden, tekniske færdigheder og læring i form af overdragelse af informationer. Jeg betegner derfor diskursen, som en deklarativ vidensdiskurs.

Anbefalingsdokumentet anbefaler, at akutsygeplejersker har mindst 1 års erfaring fra en akutafdeling på et hospital (Sundhedsstyrelsen, 2014). I Anbefalingsdokumentet relateres 'erfaring' til opnåelse af *"færdigheder og erfaring med sygeplejehandlinger og behandling i forhold til fx patienten med smerter, patienten med ændret perception, patienten med ernærings- og væskeproblemer eller patienten med en infektion"* (ibid. s. 22). Den betydningskæde, der her dannes om 'erfaring', udgøres udelukkende af tekniske færdigheder indenfor bestemte behandlingsformer og patienttyper. Derfor optræder 'erfaring', som et knudeegn i den deklarativ vidensdiskurs.

Adskillige steder i Anbefalingsdokumentet relateres 'kompetencer' til den allerede identificerede juridiske diskurs, idet kompetencer skal 'sikres' gennem 'ansvarsfordeling' (Sundhedsstyrelsen, 2014). Eksempler herpå er *"Det er kommunalbestyrelsens (arbejdsgiverens) ansvar, at indsætter og behandlingsopgaver i akutfunktionen bliver udført af autoriserede sundhedspersoner med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer"* og *"Det kræver at [...] akutfunktionens personale har kompetencer til at varetage behandlingen på en kvalitets- og patientsikkerhedsmæssig forsvarlig måde"* (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 18 og 21). Derfor relateres 'kompetencer' også til de

tidligere dannede betydningskæder indenfor den juridiske diskurs. Herigennem identificeres en ækvivalenssæde mellem den deklarative vidensdiskurs og den juridiske diskurs og der kan således være tale om et knudepunkt mellem de to diskurser, hvorigennem de både forstærkes og tilskriver hinanden mening.

I Anbefalingsdokumentet optræder der enkelte steder tegn på en diskurs, der privilegerer andre vidensformer end den deklarative. Disse tegn er 'supervision' og "*[det] anbefales at have et vist volumen af opgaver inden for arbejdsområdet, så kompetencer på denne måde opbygges og holdes ved lige*" (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 18 og 22). Disse tegn kan handle om, at akutsygeplejersker ikke kun lærer gennem instrukser, retningslinjer og oplæring i tekniske færdigheder, men at de også lærer gennem udførelsen af deres arbejde og sammen med andre. Det er ikke muligt at identificere denne mulige vidensdiskurs nærmere og idet den hun nævnes disse to gange i dokumentet, betragter jeg det, som tegn på, at en underordnet vidensdiskurs også kan eksistere.

Kvalitet

Ordet 'kvalitet' er et centralt knude tegn, der anvendes løbende gennem Anbefalingsdokumentet. Gennem diskursanalyse finder jeg, at 'kvalitet' relaterer sig til tegn indenfor den deklarative vidensdiskurs og den juridiske diskurs, hvorfor den optræder som en flydende betegner. Et eksempel herpå er:

"Kommunalbestyrelsen har det overordnede ansvar for at sikre, at hjemmesygeplejen, herunder akutfunktionen, har de nødvendige uddannelses- og ledelsesmæssige kvalifikationer, således at arbejdstilrettelæggelsen kan tilgodes patientens sikkerhed" (Sundhedsstyrelsen, 2014, s. 15).

Derudover knytter 'kvalitet' sig til tegn som 'dokumentation', 'registrering' og 'monitorering' (ibid.). Derfor handler kvalitet i Anbefalingsdokumentet om sikkerhed, ansvarsfordeling, at dokumentere og registrere handlinger samt at aktørerne på området følger instrukser og retningslinjer.

Når knude tegnet 'kvalitet' tilskriver både den juridiske og den deklarative vidensdiskurs mening, er det med til at konstituere og forstærke de to diskurser i dokumentet. Samtidig skaber det en ækvivalenssæde mellem diskurserne og det fremkommer gennem analyserne, hvordan den juridiske diskurs og den deklarative vidensdiskurs knyttes sammen.

Borgerbegrebet

I dokumentet skelnes der ikke mellem 'borger' og 'patient', hvorfor jeg anvender betegnelsen 'borger'. Begrebet 'borger' optræder gennem de fleste dele af Anbefalingsdokumentet, men relateres forskelligt til de allerede identificerede diskurser. Derfor betragter jeg borgerbegrebet, som en flydende betegner.

'Borgeren' relateres til den juridiske diskurs, idet ordet knytter sig til ansvarsfordeling og patient-sikkerhed (Sundhedsstyrelsen, 2014). Borgeren relateres ligeledes til en deklarativ vidensdiskurs, idet begrebet 'borger' knyttes til tidligere identificerede knude tegn i denne diskurs, eksempelvis 'behandlingsbehov' og borgeren, som en 'målgruppe' for akutfunktionens behandlingsopgaver (ibid.). Således tilskriver borgerbegrebet både den juridiske diskurs og den deklarative videns-diskurs mening.

Enkelte steder italesættes borgerens 'behov'. Tegnet 'behov' knytter sig ikke til knude tegn i hverken den juridiske diskurs eller den deklarative vidensdiskurs (ibid.) Derfor kan disse tegn være udtryk for en anden diskurs, men den kan, gennem diskursanalyse af Anbefalingsdokumentet, ikke identificeres nærmere, hvorfor en egentlig diskurs herom ikke etableres.

Opsamling på analyse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Gennem diskursanalyse af Anbefalingsdokumentet har jeg identificeret to diskurser; en juridisk diskurs og en deklarativ vidensdiskurs. De to diskurser knytter sig begge til betydende og gennemgående knude tegn og flydende betegnere i dokumentet, hvorfor de optræder dominerende. Idet der gennem analyserne fremkommer ækvivalenskæder mellem de to dominerende diskurser, særligt gennem de flydende betegnere, 'kompetencer', 'kvalitet' og 'borgeren', er der ikke tale om, at de to diskurser er i konflikt med hinanden. I stedet bevirker deres fælles ækvivalenskæder, at de snarere konstituerer hinanden i et dialektisk forhold, hvorfor der kan være tale om, at de danner hegemoni indenfor 'akutsygepleje i kommunal hjemmesygepleje'.

Samtidig findes der gennem analysen tegn på en mulig underordnet vidensdiskurs, der privilegerer andre vidensformer end den deklarative samt en underordnet diskurs om borgeren.

2.2.2 Analyse af Funktionsbeskrivelse for sygeplejerske med akutfunktion

Jeg har foretaget diskursanalyse af dokumentet "Funktionsbeskrivelse: Sygeplejerske m. akutfunktion" (herefter Funktionsbeskrivelsen). Funktionsbeskrivelsen består af Kommunens

beskrivelse af akutfunktionens formål, faglige opgaver, samarbejdspartnere og krav til kvalifikationer (se bilag nr.2).

Borgerbegrebet

Begrebet 'borger' optræder tre steder i Funktionsbeskrivelsen, men der dannes en anden betydningskæde om borgerbegrebet i dette dokument i forhold til i Anbefalingsdokumentet.

Borgerne relateres i Funktionsbeskrivelsen til knude tegnene 'livskvalitet', 'trivsel' og 'oplevelse af en kvalitetsmæssig forbedring' (Bilag nr. 2). Denne betydningskæde optræder i væsentlige dele af dokumentet, eksempelvis under akutfunktionens formål. Disse knude tegn danner en betydningskæde, der handler om omsorg for borgeren, hvorfor borgerbegrebet optræder som et nodalpunkt i en diskurs herom.

Kvalitet

Ordet 'kvalitet' optræder ligeledes i Funktionsbeskrivelsen som et knude tegn (Bilag nr. 2). Gennem diskursanalyse af knude tegnet finder jeg, at det primært relateres til tegn omkring 'viden', eksempelvis 'den nyeste viden'. Herigennem fremkommer det, at 'kvalitet' også her knytter sig til den tidligere etablerede deklaratve vidensdiskurs, idet kvalitet består i at have den korrekte, teoretiske viden.

Èt sted dannes en anden betydningskæde om 'kvalitet', idet ordet optræder således: "*borgere, de praktiserende læger og sygehuse oplever det (akutfunktionen, red.) som en kvalitetsmæssig forbedring af den kommunale ældrepleje*" (Bilag nr. 2, s. 1). Her optræder 'kvalitet' i relation til borgerens oplevelse, hvilket kan tolkes som et utryk for omsorg for denne. Idet der ikke etableres en egentlig betydningskæde og herigennem en diskurs, betragter jeg 'kvalitet', som et knude tegn i den deklaratve vidensdiskurs, der dog samtidig kan være en flydende betegner i en diskurs om borgerens oplevelse.

Viden

Funktionsbeskrivelsen beskæftiger sig med viden gennem beskrivelser af akutsygeplejerskernes 'opgaver' og 'kvalifikationer' (Bilag nr. 2). Akutsygepleje relateres flere steder til 'at have den nyeste viden' og 'udføre kompleks og kvalificeret sygepleje' (ibid.). Den betydningskæde, der her dannes, knytter akutsygeplejerskens kvalifikationer til tegn, der relaterer sig til den tidligere etablerede deklaratve vidensdiskurs, idet teoretisk viden privilegeres. Derfor konstitueres der i Funktionsanalysen, i lighed med analysen af Anbefalingsdokumentet, en deklaratve vidensdiskurs.

Derudover relateres akutsygeplejerskens 'opgaver' og 'kvalifikationer' to steder til knude tegn, der ikke knytter sig til den deklaratve vidensdiskurs. Disse er: "*at kunne håndtere akutte situationer*" og "*at handle relevant på sine observationer*" (Bilag nr. 2, s.1). Her optræder 'at håndtere' og 'observationer', som tegn, der kan relatere sig til en vidensdiskurs, der privilegerer andre vidensformer end den deklaratve, idet tegnene siger noget om, at situationen og akutsygeplejerskens observation af og i denne har betydning for, hvordan de handler. Jeg betragter dette som et udtryk for, at der også i Funktionsanalysen kan findes tegn på en underordnet vidensdiskurs, men idet der ikke dannes yderligere betydningskæder om tegnene, kan diskursen ikke navngives.

Omkostningseffektivitet

I Funktionsbeskrivelsen relateres akutfunktionens formål primært til omkostningseffektivitet. Eksempler herpå er: "*at reducere udgifterne til kommunal medfinansiering*" og "*forhindre indlæggelse og genindlæggelse*" (Bilag nr. 2, s. 1). Herigennem konstitueres en økonomisk diskurs. Diskursen etableres gennem tegn, der alle privilegerer kvantificerbarhed og tekniske måleenheder. Derfor optræder den økonomiske diskurs ikke som værende i konflikt med den deklaratve vidensdiskurs.

Opsamling på analyse af funktionsbeskrivelsen

Således finder jeg gennem diskursanalyse af Funktionsbeskrivelsen dels, genetablering af den dominerende deklaratve vidensdiskurs fra Anbefalingsdokumentet. Dels, tegn på en underordnet vidensdiskurs, der dog på nuværende tidspunkt har så svage betydningstilskrivelser, at en egentlig diskurs ikke kan etableres. Samtidig konstitueres en økonomisk diskurs, der ikke konflikter med den deklaratve vidensdiskurs. Der kan derfor være tale om, at disse diskurser danner hegemoni i Funktionsbeskrivelsen.

Desuden findes der gennem analysen tegn på en diskurs om borgeren, der ikke danner ækvivalens-kæder med de hidtil dominerende diskurser. Derfor betragter jeg dette som tegn på en underordnet og antagonistisk diskurs.

2.2.3 Analyse af Kompetenceprofil for hjemmesygeplejersker

Kommunen har ikke en funktionsbeskrivelse for hjemmesygeplejersker i Kommunen. I stedet har de netop udarbejdet kompetenceprofiler for hjemmesygeplejersker og plejepersonale i Kommunen, idet de er i gang med at udvikle rammedelegationer af opgaver fra hjemmesygeplejersker til plejepersonale. Kompetenceprofilerne beskrives i dokumentet "*Delegation af sundhedsfaglige*

kompetencer fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistent og -hjælpere ved hjælp af kompetenceprofiler” (herefter *Kompetenceprofilen*) (se bilag nr. 3). Enkelte steder i dokumentet ekspliciteres hjemmesygeplejerskernes kompetencer, hvorfor jeg har gennemført diskursanalyse af disse afsnit. Dokumentet skelner ikke mellem kommunale akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, men taler om hjemmesygeplejersker, som en enhed, bestående af både akut- og hjemmesygeplejersker. Resultaterne af denne analyse præsenteres i det følgende.

Kompetencer

Begrebet ’viden’ italesættes i *Kompetenceprofilen* gennem ordet ’kompetencer’, der i den følgende analyse optræder, som en flydende betegnelse, idet den konstituerer to vidensdiskurser.

Tegnet ’komplekse sundhedsfaglige handlinger’ anvendes i dokumentet, som et samlebegreb for hjemmesygeplejerskernes kompetencer (Bilag nr. 3). Derfor optræder tegnet, som et centralt knude tegn i den følgende analyse. Knude tegnet ’komplekse sundhedsfaglige handlinger’ relateres til ’udførelse’ af en lang række af ’behandlingsopgaver’, hvilket – i lighed med de tidligere analyser – kan betragtes som privilegering af teoretisk og teknisk viden samt behandlingsprocedurer (ibid.). Derfor konstitueres der ligeledes i *Kompetenceprofilen* en deklarativ vidensdiskurs.

Desuden dannes der i dokumentet betydningskæder om begrebet ’komplekse sundhedsfaglige handlinger’, der relaterer begrebet til andre tegn end de ovenstående tekniske og teoretiske (Bilag nr. 3). Disse tegn er eksempelvis ’sundhedsfremmende’, ’sundhedsbevarende’, ’rehabiliterende’ og ’lindrende’ (ibid.). Tegnene adskiller sig fra den ovenstående betydningskæde, der handler om udførelse af processuelle opgaver, idet de også relateres til ’vejledning’, ’formidling’ og ’samarbejde’ (ibid.). Derfor siger denne betydningskæde noget om, at hjemmesygeplejerskerne dels, skal kunne mere end at udføre processuelle behandlingsopgaver på baggrund af instrukser eller retningslinjer. Dels, at de handler og udvikler deres handlinger gennem samarbejde og vejledning med deres kolleger og andre kommunale og regionale aktører. Jeg betragter dette, som tegn på, at en anden vidensdiskurs end den deklarativ også eksisterer i dokumentet. Dens betydningskæder er dog endnu så svage, at diskursen ikke kan navngives, men dens betydningskæder optræder tydeligere i *Kompetenceprofilen*, når disse sammenholdes med *Anbefalingsdokumentet* og *Funktionsbeskrivelsen*.

Borgerbegrebet

Kompetenceprofilen anvender ordet ’patient’, men skelner ikke mellem borgere og patienter. Derfor bibeholder jeg også i denne analyse betegnelsen ’borger’.

Borgerbegrebet relaterer sig udelukkende til knudetegnet 'komplekse sundhedsfaglige handlinger' og derfor danner borgerbegrebet yderligere betydningskæder herom. Betydningskæden dannes særligt gennem citatet: "*kritisk og analytisk kompetence med henblik på at kunne vurdere, begrunde og udvikle professionelt virke i forhold til patienten*" samt gennem tegnene 'samarbejde', 'vejledning' og 'formidling', der også relaterer sig til borgeren (Bilag nr. 3, s. 5). Denne betydningskæde underbygger den forudgående betragtning om, at en anden vidensdiskurs end den deklorative eksisterer i dokumentet. Samtidig uddybes denne vidensdiskurs, idet den enkelte borger og dennes situation også har betydning for, hvorledes hjemmesygeplejerskerne handler. Når denne betydningskæde kobles med den tidligere betydningskæde om hjemmesygeplejerskernes handlinger gennem samarbejde og vejledning kan vidensdiskursen etableres. Betydningskæderne viser, at diskursen privilegerer viden, der udvikles gennem de situationer og borgere, som hjemmesygeplejerskerne møder i deres arbejde samt de samarbejdsrelationer de har med bl.a. kommunens øvrige hjemmesygeplejersker. Denne viden kan derfor ikke deklareres gennem instrukser eller planlægges på forhånd, men formes gennem de situationer og mennesker, som hjemmesygeplejerskerne møder. Med baggrund i dette betegner jeg denne diskurs, som en situationsbestemt vidensdiskurs.

Opsamling på analyse af kompetenceprofilen

Begrebet 'komplekse sundhedsfaglige handlinger' udgør i analysen et centralt knude tegn i både en deklarativ og en situationsbestemt vidensdiskurs. Således fremkommer det gennem analysen af Kompetenceprofilen, at de to modsætningsfyldte vidensdiskurser begge konstitueres gennem det samme knude tegn, som derfor bliver til en flydende betegner. Dette kan, i et diskursanalytisk perspektiv, være tegn på, at der er udspillet en diskursiv kamp omkring hjemmesygeplejerskernes kompetencer. Idet de to diskurser netop konstitueres i kraft af det samme begreb, betragter jeg det, som et udtryk for kompleksitet i forhold til hjemmesygeplejerskernes viden og kompetencer.

2.3 En teknisk-rationel ramme for akutsygepleje

Gennem diskursanalyse af dokumentet "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje" fremkommer det, at to diskurser dominerer og forstærker hinanden; en juridisk diskurs og en deklarativ vidensdiskurs (Sundhedsstyrelsen, 2014). Disse diskurser reproduceres i dokumentet "Funktionsbeskrivelse: Sygeplejerske m. akutfunktionen" (Bilag nr. 2). Derfor kan der være tale om, at disse diskurser danner en ramme for, hvordan akutsygepleje kan opfattes og tilrettelægges i Kommunen. Gennem analysen af hjemmesygeplejerskernes Kompetenceprofil fremkommer et

mere kompleks billede af viden i sygeplejefaget, idet både den deklarative og den situationsbestemte vidensdiskurs privilegeres og optræder ligeværdige i dokumentet. Dette er udgangspunktet for den følgende diskussion.

Jeg anvender Pedersens perspektiver på viden i sygeplejefaget til at forstå og uddybe hvilke vidensformer de to dokumenter om akutsygepleje privilegerer og herefter diskuterer jeg, hvilke rammer for akutsygepleje, der konstitueres herigennem. Disse betragtninger sammenholdes med Kompetenceprofilens perspektiver på viden i hjemmesygeplejen.

Den juridiske diskurs sætter en ramme for akutfunktionens tilrettelæggelse og kompetencer, idet den dominerer indenfor processer omkring samarbejde, beslutningstagning og kvalitet. Den økonomiske diskurs fra Funktionsanalysen kan være medvirkende til at forstærke denne tænkning, idet beslutninger træffes på baggrund af økonomiske overvejelser. Begge diskurser privilegerer teknisk og videnskabelig viden via deres fokus på økonomiske principper, jura og dokumentation, hvorfor de konstituerer en rationel tænkning indenfor akutsygepleje.

Analyserne viser, at den deklarative vidensdiskurs privilegerer teoretisk viden og viden i form af informationer, der kan overdrages gennem instrukser og retningslinjer. Samtidig privilegeres tekniske færdigheder i forhold til akutsygeplejens kompetencer. Dette fokus på teoretisk viden og tekniske færdigheder kan, med afsæt i Pedersens (2006) udlægning af Aristoteles' vidensformer, forstås som et udtryk for, at vidensformerne episteme og techne tillægges værdi. Når den deklarative vidensdiskurs optræder dominerende i både Anbefalingsdokumentet og Funktionsbeskrivelsen, er det således disse antagelser om viden og handlinger i sygeplejefaget, der privilegeres. Disse antagelser kan, i lighed med den økonomiske og den juridiske diskurs, forstås, som udtryk for en gennemgående rationel logik om akutsygepleje i Kommunen, hvor sygepleje opfattes inden for en ramme af kausale og rationelle handlinger. Herigennem konstituerer de to dokumenter en ramme for akutsygepleje i Kommunen, som jeg, med henvisning til vidensformerne episteme og techne, betegner som teknisk-rationel.

Idet betydningstilskrivelserne af de underordnede diskurser om borgeren og om viden er sværere at identificere i dokumenterne, er det ikke lige så tydeligt, hvilke vidensformer, der privilegeres indenfor disse diskurser.

Gennem analysen af Kompetenceprofilen fremgik det, at den situationsbestemte vidensdiskurs privilegerer situations- og kontekstbestemt viden, der ikke kan deklarerer i form af instrukser og

retningslinjer. Dette kan tolkes som tegn på, at denne vidensdiskurs' antagelser om viden særligt knytter sig til vidensformen fronesis, der netop beskæftiger sig med kompetence til at fortolke situationer og handle på baggrund heraf. Disse betydningstilskrivelser optræder i form af enkelte tegn i Anbefalingsdokumentet og Funktionsbeskrivelsen, mens de i Kompetenceprofilen konstruerer betydningskæder i forhold til hjemmesygeplejerskernes handlinger. I relation hertil fremkom det gennem analysen af Kompetenceprofilen, at hjemmesygeplejerskernes handlinger formes af både den deklarative og den situationsbestemte vidensdiskurs, hvilket er i overensstemmelse med Pedersens (ibid.) perspektiver på viden i sygeplejefaget, idet han argumenterer for, at de forskellige vidensformer alle er værdifulde i sygeplejefaget. Det kan således, teoretisk, problematiseres, at de centrale dokumenter på et diskursivt plan konstituerer en teknisk-rationel ramme for sygepleje, idet andre aspekter af sygeplejepraksis – her repræsenteret gennem vidensformen fronesis – bliver mindre synlige.

Den ramme for akutsygepleje, der fremkommer gennem ovenstående analyser og diskussion af Anbefalingsdokumentet og Funktionsbeskrivelsen er på flere områder i modstrid med socio-kulturelle vidensperspektiver. Indenfor socio-kulturel tækning konstrueres kundskab socialt gennem interaktion og i en kontekst, det vil sige, at viden konstant udvikles og formes af aktørerne (Dysthe, 2001). Den situationsbestemte vidensdiskurs kan således betragtes, som et udtryk for disse sociale konstruktioner i praktiske situationer, hvorfor denne diskurs optræder i overensstemmelse med et socio-kulturelt perspektiv på sygeplejepraksis. Med baggrund i disse betragtninger vil kritikken af en teknisk-rationel tilgang til Kommunens akutfunktion være, at der ikke skabes rammer for at aktørerne i Kommunen sammen kan konstruere og meningstilskrive viden i deres praksis. I et socio-kulturelt perspektiv er dette problematisk, da det netop er gennem disse omsætnings- og konstrueringsprocesser – og ikke gennem dokumenternes skriftlige anbefalinger og instrukser – at den kommunale sygeplejepraksis udvikles. Dette peger derfor på, at den viden og læring om sygepleje, der konstrueres gennem det praktiske arbejde i hjemmesygeplejen ikke værditilskrives og derfor skaber hegemoniet i de to dokumenter om akutfunktionen ikke diskursive rammer for udvikling af disse elementer. Disse betragtninger understøttes i analysen af Kompetenceprofilen, idet dens resultater viser en større kompleksitet i sygeplejefagets vidensgrundlag.

2.4 Delkonklusion 1

Ud fra analyser af de centrale dokumenter samt den efterfølgende diskussion af teoretiske problemstillinger i forhold til rammer for akutsygepleje i Kommunen ud fra de dominerende diskurser, konkluderer jeg, at

- Anbefalingsdokumentet og Funktionsbeskrivelsen præges af to dominerende diskurser; en juridisk diskurs og en deklarativ vidensdiskurs. Disse diskurser danner hegemoni om akutsygepleje. Hegemoniet privilegerer teoretisk og teknisk viden og konstituerer derigennem en teknisk-rationel ramme for akutsygepleje i den kommunale hjemmesygepleje.
- Analysen af Kompetenceprofilen for hjemmesygeplejersker viser, at to vidensdiskurser konstituerer hjemmesygeplejerskernes kompetencer; en deklarativ og en situationsbestemt. Disse diskurser danner en mere kompleks forståelse af viden i sygeplejefaget, idet den både rummer teoretisk, teknisk og praktisk viden knyttet til hjemmesygeplejerskernes praktiske arbejde.
- Sammenholdes den teknisk-rationelle ramme for akutsygepleje med en socio-kulturel tilgang til sygeplejepsiksis, fremkommer det, at hegemoniet i de centrale dokumenter om akutsygepleje skaber en ramme, hvor aktørernes lokale og praksisnære udvikling af praksis vanskeligt kan tilskrives mening.

Kapitel 3

Rammer for forandring af Kommunens hjemmesygepleje

Dette kapitel beskæftiger sig med forskningsspørgsmål 2: Hvordan forstår Kommunens akutsygeplejersker, hjemmesygeplejersker og ledere sygepleje og hvilke rammer for forandring af Kommunens hjemmesygepleje konstitueres herigennem? Empirien består af tre kvalitative interviews med henholdsvis Kommunens to akutsygeplejersker, to hjemmesygeplejersker samt deres to nærmeste ledere. Først gennemføres diskursanalyse, hvorigennem dominerende og underordnede diskurser om sygepleje konstrueres. Herefter sættes de empirisk konstruerede diskurser ind i en teoretisk analyseramme; Engeströms virksomhedsteori. Til slut diskuterer jeg, hvilke rammer for sygepleje og forandring heraf de konstruerede opfattelser konstituerer.

3.1 Metode

I et socio-kulturelt perspektiv kan der være tale om, at akutsygeplejerskerne, hjemmesygeplejerskerne og ledernes forståelser af sygepleje danner en ramme for sygepleje og indførelse af akutfunktionen. Derfor bliver det centralt at undersøge hvilke forståelser af sygepleje, der dominerer hos disse aktører i den undersøgte kommune. Dette sker i første del af kapitlet gennem specialets interviewundersøgelse og den diskursanalytiske bearbejdning heraf. Metodeovervejelser herom præsenteres i det følgende.

3.1.1 Interviewundersøgelse

I dette afsnit præsenteres først Kommunens organisering af hjemmesygeplejen og herunder akutfunktionen. Derefter følger metodemæssige overvejelser om interviewundersøgelsen i Kommunen.

Kommunens hjemmesygepleje er opdelt i to distrikter med hver deres kontor- og pausefaciliteter. Hvert distrikt har en leder, der står for den daglige drift. Akutsygeplejerskerne er organiseret sammen med Kommunens øvrige hjemmesygeplejersker, men da der kun er én akutsygeplejerske på arbejde ad gangen, dækker denne hele Kommunen og tilhører derfor ikke et bestemt distrikt. Akutsygeplejerskerne arbejder i aftenvagt fra kl. 14.30-22.30 alle ugens dage, mens hjemmesygeplejersker i dagvagt arbejder fra kl. 7.00-15.00 og aftenvagterne møder fra kl. 15.00-23.00, hvorefter nattevagterne møder. Dette betyder, at akutsygeplejerskerne har et kort overlap med henholdsvis dag- og nattevagterne, men derudover er de primært i kontakt med hjemmesygeplejersker i aftenvagt.

Jeg betragter interviewundersøgelsen som et empirisk eksempel på, hvordan en kommunes hjemmesygeplejersker, akutsygeplejersker og ledere, diskursivt konstruerer deres forståelser af kommunal sygeplejepraksis. Herigennem får jeg mulighed for at undersøge, hvordan informanterne former deres forståelser af sygepleje.

Formålet med de kvalitative interviews er at få adgang til viden om Kommunens hjemmesygeplejersker, akutsygeplejersker og deres nærmeste leders opfattelser af sygepleje (Kvale & Brinkmann, 2009). Baggrunden for at benytte interview som metode til videnproduktion, tager afsæt i undersøgelsens socio-kulturelle perspektiv, hvor organisatoriske forandringer omfatter mere end strategisk planlægning, der direkte kan overdrages til Kommunen. De aktører, som berøres af eller involveres i forandringen, fortolker og oversætter denne til deres aktuelle virkelighed og praksis og derfor eksekveres forandringen ikke passivt af aktørerne i Kommunen – de er selv med til at skabe mening hermed (Dysthe, 2001). Hermed bliver det relevant at undersøge, hvordan disse aktører fortolker og tilskriver sygeplejepraksis mening, idet denne netop konstitueres i kraft af disse forståelser (ibid.). Da det ikke er sikkert, at medarbejdere og ledere tilskriver sygepleje og indførelse af akutfunktionen samme mening og betydning, har jeg valgt at interviewe repræsentanter fra både ledelses- og medarbejderniveau i Kommunens hjemmesygepleje.

Udvælgelsen af informanter er sket i samarbejde med Kommunens øverste sygeplejeleder. Følgende overvejelser ligger til grund herfor:

1. de to **ledere** af hjemmesygeplejerskerne (og herunder akutsygeplejerskerne) ønskede jeg at interviewe, idet de arbejder med at koordinere og rammesætte sygeplejen i Kommunen.
2. Kommunen har to **akutsygeplejersker**, hvorfor jeg ønskede at interviewe dem begge, da de kan bidrage med deres forståelse og oplevelse af (akut)sygepleje i Kommunen.
3. Udvælgelsen af de to **hjemmesygeplejersker** har Kommunens sygeplejeleder stået for. Jeg har ønsket at interviewe to hjemmesygeplejersker, der arbejder i aftenvagte, da de således er på arbejde i samme tidsrum, som de to akutsygeplejersker. Hovedformålet med interviewet af hjemmesygeplejerskerne er at generere empiri, der kan skabe viden om deres forståelse og oplevelse af sygepleje og akutsygepleje i Kommunen.

Jeg har valgt en semistruktureret interviewform, da denne form giver mulighed for at drøfte de temaer, som findes relevante for emnet, mens der samtidig er plads til at drøfte andre temaer, der eventuelt fremkommer i løbet af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har betragtet

forskningsspørgsmål 2, som interviewundersøgelsens forskningsspørgsmål, der skal operationaliseres til en interviewguide. Forskningsspørgsmålet udgør derfor interviewundersøgelsens ”hvad?” (ibid.). Operationalisering af forskningsspørgsmålet kan betegnes, som den proces, der bygger bro mellem interviewundersøgelsens teoretiske og empiriske niveau (Nielsen, 2007a). Herved foregår operationaliseringen, som en oversættelsesproces, hvor ”hvad” ekspliciteres på et konkret niveau. Dette niveau består af indikatorer, som i denne interviewundersøgelse udgør interviewets temaer (Kvale og Brinkmann, 2009; Nielsen, 2007a). Da jeg er interesseret i at analysere informanternes sprog og ordvalg i den efterfølgende diskursanalyse af interviewene, har jeg udeladt at anvende eksplicite begreber knyttet til sygepleje og sygeplejepraksis, fx ord som omsorg eller behandling. For de udarbejdede interviewguides bevirker dette, at spørgsmålene er forholdsvist åbne samt at jeg, for at skabe viden om informanternes forståelser, under interviewene har initieret refleksion ved at stille uddybende spørgsmål med udgangspunkt i de ord og begreber, informanterne selv har bragt i spil. På denne baggrund har jeg gennemført operationaliseringen ved at vurdere, at det er væsentligt at spørge ind til informanternes oplevelser og erfaringer med sygepleje og akutsygepleje i Kommunen (se interviewguides i bilag nr. 4). Desuden har jeg, til interviewet med lederne, tilføjet et tema om baggrunden for implementering af akutfunktionen både hvad angår organisering og uddannelse af akutsygeplejersker.

Jeg har, efter mundtligt informeret samtykke, gennemført tre interviews med i alt seks personer i kommunens hjemmesygepleje. Informanterne er Kommunens to distrikledere, der er hjemme- og akutsygeplejerskernes nærmeste ledere (herefter lederne samt henholdsvis L1 og L2), to hjemmesygeplejersker (herefter HS1 og HS2) samt Kommunens to akutsygeplejersker (herefter AS1 og AS2). Da sygepleje, i denne undersøgelse, betragtes som en social praksis med flere deltagere, er informanterne blevet interviewet i par. Således er de to ledere blev interviewet sammen, ligesom henholdsvis de to hjemmesygeplejersker og de to akutsygeplejersker blev interviewet sammen.

Interviewene foregik i et mødelokale hos informanterne. Interviewene blev optaget og derefter transskriberet. Ved transskriptionen er udeladt de fyldord og løbende svarbekræftelser fra interviewet, som jeg ikke har vurderet, som væsentlige for forståelsen af interviewet.

3.1.2 Diskursanalyse

I begrebet diskurs findes en antagelse om, at sproget artikuleres i forskellige mønstre, som udtryk for bestemte måder at tale om og forstå verden på (Jørgensen & Phillips, 1999). Diskursanalytisk tilgang har rødder i strukturalistisk og poststrukturalistisk sprogfilosofi, hvorfor sproget bliver

centralt for analysen, da dette bliver repræsentationer af virkeligheden, der skaber denne (ibid.). Dette betyder, at sygepleje, som en praksis, kan tilskrives mening ud fra forskellige perspektiver; diskurser, der udpeger mulige og relevante handlinger i situationen (ibid.). I denne forståelsesramme skabes sygeplejepsikis derfor gennem sociale processer og diskursive kampe, hvorfor der derfor er en sammenhæng mellem sygeplejerskers opfattelse af sygepleje og deres sociale handlinger. I relation til dette betyder den diskursanalytiske tilgang, at jeg gennem informanternes sproglige artikulationer af sygeplejepsikis kan genere viden om deres forståelser af sygepleje. Derfor kan jeg gennem diskursanalysen af de gennemførte interviews blive i stand til at identificere grundlæggende antagelser om sygepleje i Kommunen.

Det transskriberede interviewmateriale gøres til genstand for en diskursanalyse i tråd med den foregående analyse i kapitel 2. Gennem diskursanalysen får jeg mulighed for at identificere de diskursive rammer, der konstituerer henholdsvis ledernes, akutsygeplejerskernes og hjemmesygeplejerskernes opfattelser af sygepleje. For yderligere beskrivelse af teori og metode henviser jeg i øvrigt til afsnittet om Laclau og Moeffes diskursteori i kapitel 2 (se s. 13-15).

I det følgende analyserer jeg de tre interviews hver for sig med udgangspunkt i udvalgte knudetegn fra samtalerne og jeg præsenterer og argumenterer for bestemmelsen af nodalpunkter, flydende betegnere og knudetegn via eksempler og citater fra interviewene. Jeg identificerer hvilke betydningskæder, der etableres omkring nodalpunkterne for herigennem at bestemme hvilke diskurser, der artikuleres og vurderer løbende, hvorvidt de fundne diskurser optræder dominerende i de enkelte interviews. Transskriptionerne af interviewene er vedlagt som bilag (se bilag nr. 5-7).

3.2 Diskursanalyse af interviews

I det følgende præsenteres diskursanalyserne af de tre interviews hver for sig.

3.2.1 Analyse af interview med ledere

De to ledere er områdeleder i hvert deres område i Kommunens hjemmesygepleje. De er begge hjemmesygeplejerskernes, herunder akutsygeplejerskernes, nærmeste ledere og står for den daglige drift og personaleledelse. L2 var direkte involveret i tilrettelæggelsen af akutfunktionen, mens L1 på daværende tidspunkt var teamleder for en mindre gruppe hjemmesygeplejersker. Derfor var L1 ikke med til at tilrettelægge akutfunktionen, men fulgte og oplevede akutfunktionens indførelse tæt.

Det transskriberede interview er vedlagt i Bilag nr. 5 og når der i den følgende analyse anvendes eksempler og citater fra interviewet, er det således med henvisning dertil.

Tilrettelæggelse af akutfunktion

Under interviewet taler lederne adskillige gange om, hvordan akutfunktionen er tilrettelagt i Kommunen samt hvilke tanker, der lå bag dette. I forhold hertil optræder ordet 'tid' i relation til samtlige overvejelser herom. Derfor analyseres ordet i det følgende, som et centralt knude tegn.

Tilrettelæggelse af akutsygeplejerskernes opgaver sker primært med udgangspunkt i overvejelser om 'tid'. L2 udtaler følgende om dette: *"...som hovedsag, så er hendes plan faktisk tom og så skal hun tage alt det, der kommer ind på akuttelefonen[...] Det kan være lige fra to opgaver til tyve opgaver"*. 'Tid' og 'opgaver' knyttes dernæst til tegn indenfor en økonomisk diskurs, eksempelvis *"forebyggelse af genindlæggelser"* og *"nå alle besøg"*. Disse knude tegn danner en betydningskæde, der handler om kvantitative måleenheder og omkostningseffektivitet, dels i form af at undgå genindlæggelser, dels i form af, at det er én akutsygeplejerske, som skal nå alle akutopgaver.

Desuden relateres 'tid' indenfor akutsygepleje til tegn, som at *"undgå fejl"*, *"udredning af fejl"* og *"sikre korrekt medicin"*. Disse tegn relaterer 'tid' til nodalpunkterne, 'sikkerhed' og 'omkostningseffektivitet', der konstituerer en juridisk og en økonomisk diskurs i tråd med analyseresultaterne fra dokumentanalyserne.

Herudover knytter L1 tilrettelæggelse af akutfunktionen til knude tegnet 'arbejdstider', der relateres til tegn som *"at imødekomme udskrivelser"*, *"lægehuses åbningstider"* og i relation hertil udtaler L2 følgende: *"Borgerne kommer på mere og mere skæve tidspunkter af døgnet og derfor valgte man at sige, at hun skal dække primært aften timerne, fra kl. 14.30-22.30"*. Her ses det, hvordan overvejelser omkring 'arbejdstider' handler om at imødekomme manglende lægetilgængelighed og udvidede udskrivelsestidspunkter. 'Arbejdstider' optræder desuden i relation til hjemmesygeplejens 'ressourcer' og 'antal medarbejdere' i løbet af døgnet og dermed knyttes akutsygeplejerskernes arbejdstider også til disse tegn. Således optræder 'arbejdstider', som et knude tegn, der relaterer tilrettelæggelse af akutfunktionen til kvantitative, målbare tegn.

Udover ovenstående tegn knyttes 'arbejdstider' til 'overlap med hjemmesygeplejersker i dagvagt'. Om dette siger L1: *"Så derfor var det netop også, så vi kunne sikre os, at de lige fik et lille overlap med, hvis der var noget"*. Her ses det, hvordan 'overlap' relateres til den juridiske diskurs' nodalpunkt 'sikkerhed'. Der dannes ikke yderligere betydningskæder om 'overlap', hvorfor det ikke endeligt kan afgøres, hvilken diskurs, der konstitueres her.

De kvantitative tegn, der identificeres i ovenstående afsnit, konstituerer ikke i sig selv en diskurs, men er med til at underbygge betydningskæder indenfor den juridiske og den økonomiske diskurs, der etableres. Dette bevirker, at disse tegn optræder som knudepunkter mellem de to diskurser, hvorigennem der kan være tale om en ækvivalenskæde mellem diskurserne. På denne baggrund finder jeg, at tilrettelæggelsen af akutfunktionen primært relateres til en økonomisk og en juridisk diskurs, der ikke optræder konfliktende, men i stedet tilskriver hinanden mening.

Viden

I det følgende analyserer jeg interviewet med afsæt i begrebet 'viden'. 'Viden' bliver i denne analyse både en flydende betegner og et nodalpunkt i de forskellige vidensdiskurser og gennem analysen fremkommer det, hvordan diskurserne kæmper om at indholdsdefinere begrebet.

Lederne taler i interviewet om akutsygeplejerskernes viden gennem ordene 'kursus', 'erfaring' og 'kvalifikationer'. Disse ord betragtes i det følgende som knudetegn, der skaber betydningskæder om 'viden'. Akutsygeplejerskernes 'kompetencer' og 'kvalifikationer' knyttes flere steder til et '7-dages kursus på en akutafdeling' på et sygehus, som de har deltaget i. Lederne relaterer primært kurset til 'oplæring i tekniske færdigheder' indenfor 'behandlingstyper' og 'apparatur'. Jeg finder, at den viden der her privilegeres er teoretisk og teknisk viden og herigennem reproducerer lederne den deklaratve vidensdiskurs, der blev etableret gennem dokumentanalyserne.

Lederne taler ligeledes om akutsygeplejerskers erfaring. Når Lederne italesætter dette, knyttes ordet primært til tegn, der handler om akutsygeplejerskernes 'faglige sikkerhed'. Eksempelvis udtaler L1: *"..jo mere fagligt du er klædt på, jo mindre vil du jo selyfølgelig have af usikkerhed"*. Her relateres 'erfaring' til at sikre akutsygeplejerskernes opgaveudførelse, hvorfor lederne her konstituerer den juridiske diskurs. To gange italesætter lederne 'praktisk erfaring'. Den ene gang prioriteres 'praktisk erfaring' højere end formel efteruddannelse og den anden gang i kraft af følgende udtalelse fra L2:

"... der skal en vis form for ballast og erfaring til at vurdere i sådan en situation: er det her jeg ringer 112? Eller til vagtlægen? Eller er det her, jeg pakker benet ind og stopper blødningen og så kommer vi og kigger igen i morgen? [...] det er egentligt kun erfaring, der kan afgøre det."
(Bilag 5, s. 15)

I ovenstående citat ses det, hvordan 'erfaring' knyttes til tegn som 'vurdering' og 'situation'. Den viden, der her privilegeres, handler således om situations- og erfaringsbestemt viden og dette tager jeg som et udtryk for en underordnet vidensdiskurs, der tillægger praksislæring værdi.

Gennem hele interviewet lægger lederne vægt på, at akutfunktionen ikke er en ekstraordinær stilling, der kræver ekstraordinære 'kvalifikationer'. Dette relateres først og fremmest til 'økonomi', idet ekstraordinære kvalifikationer vil betyde en større lønudgift for Kommunen. Derudover relateres 'kvalifikationer' til overvejelser om, at akutsygeplejerskerne ikke skal have mere 'apparat' og 'måleudstyr' til rådighed. L2 begrundede dette i det følgende:

"... der er vi lidt tilbageholdende, for det er ikke vedtaget, hvortil går lægens opgaver så at sige [...] hvis vi bare tager opgaverne fra lægen, så bliver det jo den her opgaveglidning fra region til kommune. Og hvordan med pengene og ressourcerne?" (Bilag 5, s. 11)

Ovenstående citat viser, hvordan akutsygeplejerskernes 'kvalifikationer' også her knyttes til den økonomiske diskurs' nodalpunkt; omkostningseffektivitet. At akutsygeplejersker ikke skal have særlige kvalifikationer relateres yderligere til tegnet 'sikkerhed', idet lederne taler om at 'garantere' de samme kvalifikationer og den samme opgaveløsning, når akutsygeplejerskerne har fri og hjemmesygeplejersker udfører deres opgaver. Herigennem reproducerer lederne den juridiske diskurs. Således fremkommer det gennem analysen af begrebet 'viden' i forhold til akutfunktionen, at det primært knyttes til diskurser om jura, økonomi og deklarativ viden.

Lederne italesætter ligeledes hjemmesygeplejerskernes viden. Dette sker gennem knudetegne 'opgaver' og 'kompetencer'. Hjemmesygeplejerskernes 'opgaver' relateres primært til tegnene 'delegerede', 'lægeordnede' og 'selvvisiterede'. Herigennem knytter lederne 'opgaver' til den juridiske diskurs, idet disse tegn handler om jura og ansvarsfordeling. Dernæst knyttes 'opgaver' til tegn indenfor den økonomiske diskurs, eksempelvis 'økonomiske ressourcer'. Ud over at konstituere en juridisk og en økonomisk diskurs, konstituerer lederne også en deklarativ vidensdiskurs i forhold til hjemmesygeplejerskernes opgaver. Dette sker primært ved at knudetegnet 'opgaver' relateres til teoretisk og teknisk viden gennem tegn som 'medicindosering', 'sårpleje', 'øjendrypning', 'injektion', 'kateterpleje' og 'stomipleje'.

Når lederne taler om hjemmesygeplejerskernes 'kompetencer', sker dette flere steder i tilknytning til tegnene 'oplæring på sygehus' i forhold til 'instrumentelle ting' og 'nye apparater'. Her privilegerer lederne teknisk viden og instrumentelle færdigheder, hvormed de konstituerer den deklarativ vidensdiskurs. På denne måde fremkommer det, hvordan lederne gennem dele af interviewet også konstituerer de dominerende diskurser, der blev etableret i forhold til akutsygeplejerskernes viden, når de forholder sig til hjemmesygeplejerskerne.

Gennem knudetegnet 'kompetencer' konstituerer lederne imidlertid også en anden vidensdiskurs end den deklarative. Et eksempel herpå er, når L1 udtaler: *"man kan ikke vide alt om alting, du kan ikke kende alle nye slanger og apparater og dippedupper i forhold til én specifik diagnose"*. Dette citat viser, at opgaveløsningen i hjemmesygeplejen kræver mere end deklarative kompetencer bestående af teoretisk viden og tekniske færdigheder, idet opgaverne er både talrige og forskelligartede. L2 uddyber, at disse kompetencer læres i praksis sammen med kollegaer: *"Du kan sagtens komme ud i hjemmesygeplejen og være temmelig uskrevet. [...] Så tager de hinanden i hånden og tager ud og ser på det og så bliver de alle sammen klogere på det"*. Hermed dannes der en betydningskæde om knudetegnet 'kompetencer', der privilegerer kontekstafhængig viden og læring knyttet til det praktiske arbejde og således konstitueres den situationsbestemte vidensdiskurs, der også blev etableret gennem diskursanalysen af Kompetenceprofilen. Herigennem fremkommer desuden en ny dimension af denne vidensdiskurs, idet lederne fortæller, at hjemmesygeplejerskerne lærer af hinanden.

Den identificerede betydningskæde bevirker, at en situationsbestemt vidensdiskurs her kan etableres og derfor optræder tydeligere, når lederne forholder sig til hjemmesygeplejerskerne. De to vidensdiskurser privilegerer forskellige vidensformer, men i lighed med analysen af Kompetenceprofilen for hjemmesygeplejersker finder jeg, at knudetegnet 'kompetencer' her optræder som en flydende betegnelse. Dette betyder, at lederne konstituerer to vidensdiskurser – en deklarativ og en situationsbestemt – når de forholder sig til hjemmesygeplejerskernes viden og kompetencer.

Samarbejde

Lederne italesætter løbende samarbejde mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker. Ordet 'samarbejde' optræder, som et knudepunkt, indenfor 'viden' og relateres til tegnene 'vejledning' og 'sparring'.

Samarbejdet mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker foregår primært via telefonkontakt og dette knyttes til tegnet 'vejledning', som herefter relateres til praktiske overvejelser om tidsmæssig effektivitet. L2 udtaler følgende herom: *"Så guider hun [akutsygeplejersken] hende [hjemmesygeplejersken], så hun ikke nødvendigvis behøver at køre derud"*. Herigennem relateres 'vejledning' til omkostningseffektivitet, som er nodalpunkt i den økonomiske diskurs.

Enkelte gange taler lederne om 'sparring'. Herom siger L1: *"Det kan være akutsygeplejersken, der ringer og er tvivl om et eller andet, fordi det er den faste sygeplejerske, som kender den borger, som hun står ude ved"*. Når 'sparring' knyttes til tegn som 'at kende borgeren', dannes der en betyd-

ningskæde om ordet, der siger noget om, at akutsygeplejersken ikke altid kan løse sygeplejeopgaver på baggrund af deklarativ viden – hjemmesygeplejersken, der kender borgeren, kan noget andet og mere. Derfor kan dette være et tegn på, at 'sparring' relateres til den situationsbestemte vidensdiskurs, hvor viden, i form af erfaring fra tidligere besøg hos borgeren, privilegeres.

Borgerbegrebet

'Borgeren' optræder gennem alle dele af interviewet, men relaterer sig forskelligt til de allerede etablerede diskurser. Derfor betragter jeg 'borgeren', som en flydende betegnelse.

Borgerbegrebet knytter sig flere steder til knudetegn og nodalpunkter indenfor den økonomiske og juridiske diskurs, eksempelvis 'tid', 'omkostningseffektivitet' og 'sikkerhed'. Dermed konstituerer lederne gennem borgerbegrebet disse diskurser og de optræder dominerende, når lederne forholder sig til 'borgeren'.

Derudover relateres 'borgeren' også til tegnene 'patienternes ønske', 'at kende borgeren', 'give borgeren en god modtagelse' og 'holde i hånd'. Disse tegn tolker jeg, som udtryk for omsorg for borgeren. Gennemgående for borgerbegrebet er, at det gennem hele interviewet optræder i relation til knudetegnet 'tid'. Eksempler herpå giver L1: ” *akutsygeplejersken [har] tid til at tage hånd om alle ting [...] og holder måske mere i hånd end den faste sygeplejerske kan gøre*”. Tidligere fremkom det, at 'tid' udelukkende relaterede sig til diskurser om økonomi, deklarativ viden og jura. Når der kigges nærmere på den betydningskæde, der her dannes om tegnet 'tid', fremkommer en ny dimension; at den ekstra tid, som akutsygeplejerskerne har hos borgerne, også kan være et udtryk for omsorg for disse. Derfor finder jeg, at lederne også konstituerer en omsorgsdiskurs. Da denne diskurs' betydningskæder kun optræder enkelte steder i interviewet og ikke relateres til væsentlige dele af hjemmesygeplejens tilrettelæggelse samt akut- og hjemmesygeplejerskernes kompetencer og kvalifikationer, betragter jeg omsorgsdiskursen, som en underordnet diskurs.

3.2.2 Analyse af interview med akutsygeplejersker

I det følgende analyseres interviewet med de to akutsygeplejersker, A1 og A2. A1 er i 30'erne og har tidligere arbejdet på en medicinsk afdeling på et hospital, mens A2, som er i 50'erne, har en baggrund fra intensive, medicinske og ortopædkirurgiske hospitalsafdelinger. De har begge arbejdet som akutsygeplejersker i Kommunen siden funktionen blev oprettet for 2 år siden.

Særligt for deres arbejdsdag er, at de ikke møder ind til en fastlagt køreliste, men i stedet har vagttelefonen, som plejepersonale, hjemmesygeplejersker, plejecentre, læger, lægevagt og hospital

kontakter. Deres opgave er at varetage de akutte opgaver, der kommer ind i løbet af deres vagt og derudover koordinere de øvrigt indkommende opgaver.

Det transskriberede interview er vedlagt i Bilag nr. 6 og når der i den følgende analyse anvendes eksempler og citater fra interviewet, er det således med henvisning dertil.

Viden

Begrebet 'viden' optræder i interviewet med akutsygeplejerskerne, som et nodalpunkt, der primært konstituerer en deklarativ vidensdiskurs. Akutsygeplejerskerne italesætter primært viden gennem knudetegnene 'vurdering' samt 'samarbejde og kommunikation', der optræder gennem alle dele af interviewet. I det følgende præsenteres analysen af de to knudetegn.

Knudetegnet 'vurdering' fremlægges, som udgangspunktet for akutsygeplejerskernes sygeplejefaglige handlinger. A1 siger eksempelvis følgende herom: *"så det er jo at vurdere, vurdere, vurdere"*. Der dannes adskillige betydningskæder om knudetegnet 'vurdering', primært gennem tegnene 'de 12 sygeplejefaglige punkter', 'klinisk blik', 'information', 'sygeplejefaglig viden' og 'observation'. Disse tegn danner udgangspunktet for den følgende analyse.

'De 12 sygeplejefaglige retningslinjer' består ifølge A2 af: *"borgerens anamnese [...], hvilken livsstil har borgeren og familietilknytning, tidligere sygdomme og behov"*. Akutsygeplejerskerne beskriver herefter, at når de vurderer ud fra disse retningslinjer, indhenter de informationer om borgeren i dennes journal og efterfølgende dokumenterer de deres vurdering i journalen. Dermed relaterer tegnet 'de 12 sygeplejefaglige retningslinjer' til viden, der består af kvantitative målinger og deklarativ information om borgeren.

Ligeledes beskriver akutsygeplejerskerne, at de anvender deres 'kliniske blik'. Når akutsygeplejerskerne uddyber begrebet 'klinisk blik', relateres tegnet til informationer om borgerens tilstand, eksempelvis siger A1: *"det kan være alt fra blodtryk og puls [...] til ernæringstilstand og nogle, der er faldet, har brækket arme og ben og kan indlæggelser undgås...?"*. Og A2 uddyber: *"vurdere op mod grundsygdommene, tit fejler de jo en masse ting, så er det at vurdere op mod dem: er der en af forværring af en af de sygdomme eller er det noget nyt?"*. Dermed relaterer tegnet 'klinisk blik' ligeledes 'vurdering' til deklarativ viden i form af værdier og målinger.

Samtidig fremkommer det gennem ovenstående udsagn fra A1, at deres vurderinger også handler om at undgå indlæggelser af borgeren. Dette italesætter akutsygeplejerskerne flere gange og et eksempel er følgende udtalelse fra A1: *"Hvordan skal vi prøve at undgå indlæggelse? Det er vel*

målet med, at vi her". Her relaterer akutsygeplejerskerne 'vurdering' til omkostningseffektivitet og derigennem konstitueres en økonomisk diskurs. Idet 'klinisk blik' både tilskriver den deklarative vidensdiskurs og den økonomiske diskurs mening, optræder tegnet, som et knudepunkt mellem disse, hvorigennem de to diskurser ækvivalerer og derfor optræder de ikke konfliktende.

Ordet 'information' optræder i relation med de hidtil identificerede knude tegn i den deklarative vidensdiskurs og handler om at "*indsamle de relevante informationer*" og "*at gøre det [vurderingen] systematisk*". Derudover knyttes 'information' til "*viden indenfor de forskellige specialer*", "*sygdomslære*" og A2 udtaler, at: "*den sygeplejefaglige viden er nok det allervigtigste, man kan godt læse lidt tilbage, men det er den viden, der er det helt centrale*". Derfor relaterer tegnet 'information' ligeledes knude tegnet 'vurdering' til teoretisk og videnskabelig viden.

Det ses gennem analysen af ovenstående tegn, at de primært relaterer knude tegnet 'vurdering' til viden af teoretisk, videnskabelig og teknisk karakter og således konstituerer akutsygeplejerskerne en deklarativ vidensdiskurs.

Enkelte steder under interviewet italesætter akutsygeplejerskerne, at de nogle gange handler udelukkende på baggrund af deres observation af situationen. Eksempelvis udtaler A1: "*Vil det hjælpe noget for borgeren, at jeg sætter mig ned og læser i journalen i 20 minutter og leder efter oplysninger, eller vil det ikke have nogen hensigt? Er det bare direkte indlæggelse?*". Og A2 uddyber: "*Når man kommer ud til en akut apopleksi, hvor borger er lam i alle fire, så behøver man ikke at læse journalen*". Desuden fortæller begge akutsygeplejersker, at de gennem de seneste to år har udviklet deres kompetencer i forhold til at vurdere borgerne. Jeg betragter dette, som et udtryk for, at der også hos akutsygeplejerskerne kan findes tegn på en vidensdiskurs, der tillægger en anden viden end den deklarative betydning. I de ovenstående udtalelser privilegerer akutsygeplejerskerne viden, der kan knytte sig til den tidligere identificerede situationsbestemte vidensdiskurs. Når akutsygeplejerskerne uddyber, hvordan de observerer, taler de imidlertid ind i en deklarativ vidensdiskurs, idet de relaterer det at observere med tegn som 'sygdom' og 'sygdomsbillede', 'måling af værdier' samt 'informationer' om borgerens tilstand eksempelvis 'kredsløbsforstyrrelser', 'svimmelhed' og 'urinvejsinfektion'. Således optræder 'observation' også, som et knude tegn, i den deklarative vidensdiskurs. Dette styrker derfor ovenstående betragtning af, at en situationsbestemt vidensdiskurs kan eksistere, men er underordnet i interviewet med akutsygeplejerskerne.

Kommunikation og samarbejde

Akutsygeplejerskerne italesætter løbende deres 'kommunikation' og 'samarbejde' med hjemmesygeplejerskerne i Kommunen – primært hjemmesygeplejersker i aftenvagte. Disse begreber optræder derfor som knude tegn i den følgende analyse og de tegn, der danner betydningskæder herom, er 'videregivelse af information' og 'sparring'.

Kommunikationen mellem akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejersker foregår hovedsageligt telefonisk og elektronisk. Knude tegnet 'kommunikation' relateres til at 'videregive og indhente informationer', som akutsygeplejerskerne bruger i deres vurderinger – enten vurdering af om en opgave er akut eller ej, om en hjemmesygeplejerske kan løse opgaven eller i tilfælde, hvor akutsygeplejersken er hos en borger, kan de indhente informationer om denne via disse kommunikationsveje. Først og fremmest ses det her, hvordan knude tegnene 'kommunikation' og 'samarbejde' knyttes til den deklarativ videnskurs, idet deklarativ viden privilegeres. Samtidig uddyber akutsygeplejerskerne i relation til 'kommunikation' og 'samarbejde' et andet aspekt af deres vurderinger; vurdering af om nye opgaver er akutte. Dette sker blandt andet, når A2 definerer akutopgaver på følgende måde: *"Akut her er mere, vi opererer også med de her ikke-planlagte besøg. Så det er nyopståede problemer"*. Alligevel oplever akutsygeplejerskerne, at der er gråzoner indenfor denne definition og her er det op til dem at vurdere, hvorvidt en opgave er akut eller ej. I tilfælde af sådanne gråzoner foretager akutsygeplejerskerne deres vurdering, dels ud fra den 'information' de kan indhente om borgeren, dels ud fra to faktorer; 'tid' samt 'geografisk placering' af opgaverne. Den betydningskæde, der her dannes, adskiller sig ikke væsentligt fra de hidtil dominerende kæder indenfor begrebet 'viden', idet tegnene alle omhandler kvantificerbare måleenheder, der kan deklarerer og videregives som information. På denne måde konstituerer akutsygeplejerskerne også her den deklarativ videnskurs.

Tegnet 'sparring' relaterer 'kommunikation' og 'samarbejde' til en anden videnskurs end den deklarativ. Tegnet 'sparring' optræder to steder i interviewet. I det ene tilfælde italesætter akutsygeplejerskerne, at ikke al kommunikation og samarbejde kan foregå som overdragelse af informationer gennem en telefonsamtale med hjemmesygeplejerskerne. Det andet tilfælde er i forbindelse med følgende udtalelse fra A2: *"Jeg tror meget det er sparring [...]at vi har muligheden for at sige: altså ved I hvad, nu var jeg ude at se sådan og gjorde sådan"*. Begge akutsygeplejersker udtrykker dernæst, at de gennem sparring udvikler deres kompetencer. De betydningskæder, der her dannes om knude tegnene 'kommunikation' og 'samarbejde' relaterer sig ikke til deklarativ viden og overdragelse af informationer. I stedet privilegerer akutsygeplejerskerne

i disse tilfælde viden i form af praktiske erfaringer fra situationer hos borgere samt viden, der er konstrueret mellem akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker. Disse betydningskæder skaber betydning inden for den tidligere etablerede situationsbestemte vidensdiskurs, men idet denne betydningskæde kun optræder i disse to tilfælde, betragter jeg stadigvæk den situationsbestemte vidensdiskurs, som underordnet.

Borgerbegrebet

Ordet 'borger' optræder, i lighed med interviewet med lederne, også som en flydende betegner, idet begrebet relateres til knudetegn i forskellige diskurser.

Borgerbegrebet relateres gennem hele interviewet til knudetegn i den juridiske og økonomiske diskurs, hvorigennem begrebet knyttes til disse diskursers nodalpunkter; sikkerhed og omkostnings-effektivitet. Eksempelvis siger A2: "*... at sikre, at borgeren trives og er sund og rask*" og "*for at forebygge unødige indlæggelser*". Herudover knyttes borgerbegrebet til forskellige behandlingstyper og sygdomsbilleder, eksempelvis 'ramusfraktur', 'pneumoni', 'onkologi' og 'antibiotika-behandling'. Disse tegn danner en betydningskæde om 'borgeren', som en genstand for tekniske færdigheder og udførelse af behandling ud fra teoretisk viden om sygdomme og symptomer. Derudover relateres 'borgeren' til allerede etablerede knudetegn i den deklaratative vidensdiskurs, særligt 'klinisk blik' og 'værdier'. Således konstitueres den deklaratative vidensdiskurs også gennem borgerbegrebet.

Tre gange i interviewet relateres 'borgeren' til tegnene 'trivsel', 'tryghed' og 'ro'. Eksempler herpå er A1, der udtaler sig i forhold til vurdering og indlæggelse: "*... hvad er borgeren tryk med? Er han tryk i eget hjem?*" og A2 udtaler følgende i forhold til kommunikation med borgerne: "*det kan være for at skabe ro og tryghed*". Her relateres borgerbegrebet udelukkende til knudetegnet 'omsorg', der knytter borgerbegrebet til en omsorgsdiskurs. Det ses gennem denne del af analysen, at omsorgsdiskursen her kan etableres, men den optræder stadigvæk underordnet i forhold til de dominerende diskurser om deklarativ viden, jura og økonomi.

3.2.3 Analyse af interview med hjemmesygeplejersker

I det følgende analyseres interviewet med de to hjemmesygeplejersker, H1 og H2. H1 er midt i 20'erne og har arbejdet som hjemmesygeplejerske i Kommunen i et års tid. Dette job er hendes første som færdiguddannet sygeplejerske. H2 er i 50'erne og har arbejdet som hjemmesygeplejerske i Kommunen i en lang årrække.

Hjemmesygeplejerskerne møder ind til en køreliste, der angiver hvilke borgere de skal besøge i løbet af deres vagt samt hvilke opgaver, der skal udføres hos den enkelte borger. Ud fra listen tilrettelægger hjemmesygeplejerskerne deres vagt og tager også imod ikke-planlagte opgaver.

Det transskriberede interview er vedlagt i Bilag nr. 7 og når der i den følgende analyse anvendes eksempler og citater fra interviewet, er det således med henvisning dertil.

Viden

Begrebet 'viden' betegnes i den følgende analyse, som en flydende betegnelse, idet konkurrerende diskurser kæmper om retten til at meningstilskrive begrebet. De knude tegn, der gennem interviewet knyttes til 'viden' er 'sygeplejefaglig viden', 'erfaring', 'observation' og 'refleksion'. Analysen af disse knude tegn præsenteres i det følgende.

Hjemmesygeplejerskerne italesætter flere gange 'sygeplejefaglig viden' i forbindelse med at være bevidst om grænserne for sin viden. H2 siger følgende: *"Jeg plejer at sige, at man skal altid handle, så man har sin ryg fri"*. H1 uddyber: *"Fagligt skal man være ret sikker i sin sag. Man skal være sikker på, hvad man ved og ikke ved"*. Desuden knytter de 'sygeplejefaglig viden' til tegnet 'tavshedspligt'. Her relaterer hjemmesygeplejerskerne tegnet 'sygeplejefaglig viden' til at sikre forsvarlige og juridisk korrekte handlinger, hvorigennem tegnet relateres til sikkerhed, der er nodalpunkt i den juridiske diskurs.

Hjemmesygeplejerskerne italesætter desuden deres viden gennem tegnene 'erfaring' og 'observation'. H2 forklarer om dette: *"Vi ser på opgaven og så trækker man på sin erfaring"* og uddyber med følgende: *"... handle ud fra det man oplever"*. H1 tilføjer, at også 'omgivelserne' er en del af deres 'oplevelse'. Her fremkommer det, at hjemmesygeplejerskerne privilegerer erfaringsbaseret og situationsbestemt viden og herigennem konstituerer de den situationsbestemte vidensdiskurs. Ligesom akutsygeplejerskerne, taler hjemmesygeplejerskerne om at observere. Ordet 'observation' knyttes til tegn, der danner forskellige betydningskæder. Enkelte gange relateres 'observation' til at kigge på borgerens 'medicinskema' og læse 'handleplanen'. Her relateres 'observation' til den deklaratve vidensdiskurs – ligesom det var tilfældet i analysen af interviewet med akutsygeplejerskerne. Resten af tiden relaterer hjemmesygeplejerskerne imidlertid 'observation' til de ovenfor definerede knude tegn i den situationsbestemte vidensdiskurs, idet ordet knyttes til tegn, som 'erfaring', 'omgivelserne' og 'borgerens reaktioner'.

Ordet 'refleksion' optræder ligeledes som et knude tegn og hjemmesygeplejerskerne fortæller, at de særligt reflekterer over deres arbejde, mens de kører i bilen fra borger til borger. H1 siger om dette: *"[man] indstiller sig på at komme ind i et nyt hjem"* og tilføjer: *"hvis det er en [borger], man kender, kan der være nogle kendte problematikker, man forsøger at finde nogle løsninger på, prøver nogle forskellige ting, så tænker man over det"*. H2 uddyber: *"Man agerer jo forskelligt"*. Således handler hjemmesygeplejerskernes refleksioner om, hvordan de vil agere i de situationer, hjem og borgere, som de kommer ud til. Dette viser, at de enkelte situationer og borgere har betydning for, hvordan hjemmesygeplejerskerne optræder og udføre sygepleje og derfor konstituerer hjemmesygeplejerskerne også her den situationsbestemte vidensdiskurs.

Således fremkommer det, gennem analysen af begrebet 'viden', at viden primært optræder som et nodalpunkt i den situationsbestemte vidensdiskurs, hvorfor denne diskurs optræder dominerende, når hjemmesygeplejerskerne forholder sig til deres sygeplejefaglige kompetencer og handlinger. Ligeledes finder jeg, at en underordnet deklarativ vidensdiskurs eksisterer.

Kommunikation og samarbejde

Hjemmesygeplejerskerne italesætter gennem alle dele af interviewet deres 'samarbejde' og 'kommunikation' med henholdsvis de øvrige hjemmesygeplejersker og akutsygeplejerskerne. Disse ord betragtes som knude tegn i den følgende analyse og de tegn, der knyttes hertil, er 'fælles refleksion', 'sparring', 'omsorg', 'tid' og 'geografi'.

Hjemmesygeplejerskerne relaterer primært knude tegnene 'samarbejde' og 'kommunikation', både i forhold til hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker, til tegnene 'fælles refleksion' og 'sparring'. H2 siger herom: *"du kan jo også komme ud for et problem, hvor du lige skal have en andens høring på, hvad de ville gøre her og nu"* og H1 uddyber med følgende udtalelse: *"[at] trække på hinandens ressourcer"*. Dette viser dels, at hjemmesygeplejerskerne har opgaver, som de ikke udelukkende kan løse på baggrund af de informationer, retningslinjer og den sygeplejefaglige viden, som de har til rådighed. Dels, at hjemmesygeplejerskernes egne erfaringer heller ikke altid er fyldestgørende. I sådanne tilfælde trækker de på hinandens erfaringer fra lignende situationer. Således privilegerer hjemmesygeplejerskerne her kontekstafhængig og erfaringsbaseret viden, der er konstrueret gennem sparring og fælles refleksion og derigennem konstituerer de den situationsbestemte vidensdiskurs.

Hjemmesygeplejerskerne relaterer to gange 'samarbejde' og 'kommunikation' til tegnene 'tid' og 'geografi'. Dette sker, når de taler om, hvordan de indbyrdes fordeler og tilrettelægger opgaver og

besøg. H2 siger om dette: *"Det er som vi finder ud af afhængig af, hvordan ruterne er og hvis nu min kollega er presset og jeg har et hul, så aftaler vi bare det indbyrdes"*. H1 uddyber gennem følgende udtalelse: *"Hvis man bliver kaldt ud til et eller andet og det tager faktisk rigtig lang tid, så kan man lige ringe og sige: kan du lige tage det her for mig?"*. Jeg betragter dette, som udtryk for, at hjemmesygeplejerskerne også anvender kvantitativ og deklarativ viden, eksempelvis gennem tegnene 'tid' og 'geografi', når de tilrettelægger deres arbejdsdag. Denne betydningskæde optræder kun to gange gennem interviewet, hvorfor hjemmesygeplejerskerne ikke konstituerer en egentlig diskurs herom, som det var tilfældet i interviewet med akutsygeplejerskerne.

Derudover italesætter hjemmesygeplejerskerne tegnet 'tid' i forhold til indførelsen af akutfunktionen, idet de oplever, at dette har betydet, at de har mere tid til rådighed, når de er ude hos borgerne. Dette begrundes med, at akutsygeplejerskerne modtager de fleste opkald og varetager størstedelen af nye, akutte opgaver, der kommer i løbet af en vagt. Disse opkald og ikke-planlagte opgaver oplevede hjemmesygeplejerskerne tidligere som 'forstyrrende'. H2 siger herom: *"Vi har en helt anden ro nu her, hvor vi har akutsygeplejersken og siden det er dem, der har telefonen og alle opkaldene"*, mens H1 udtaler følgende: *"Hvis man bliver afbrudt i en handling flere gange, så går det ud over kvaliteten af ens handling og ens nærvær ved det besøg"*. Her knytter hjemmesygeplejerskerne tegnet 'tid' til tegnene 'ro' og 'nærvær'. Dette betragter jeg, som udtryk for en borgerrettet omsorg – at være nærværende og rolig hos borgeren.

Derudover relaterer hjemmesygeplejerskerne 'samarbejde' og 'kommunikation' til 'omsorg' for de andre sygeplejersker i Kommunen. H1 siger følgende: *"... at ringe og høre: hvordan har du det? Har du fået aftensmad? Skal jeg hjælpe dig med noget?"* og H2 uddyber: *"man skal lære at gå hjem til sine kollegaer og sige: ved I hvad, jeg har godt nok haft en træls oplevelse, hvordan ville I have tacklet det?"*. Desuden fortæller hjemmesygeplejerskerne, at de taler med deres kollegaer om 'løst og fast' og 'private' emner, idet de oplever, at det skaber 'tryghed' og 'tillid' at kende hinanden. Herigennem fremkommer det, hvordan hjemmesygeplejerskerne lægger vægt på at opbygge og bevare relationer, hvorigennem de drager omsorg for hinanden. Her tilføjer hjemmesygeplejerskerne et nyt aspekt til den tidligere etablerede omsorgsdiskurs, idet diskursen indtil nu udelukkende har været konstitueret gennem borgerbegrebet. Samtidig ses det gennem H2's udtalelse, at 'omsorg' også knytter sig til tegnene 'refleksion' og 'sparring', hvilket jeg betragter, som et udtryk for, at omsorgsdiskursen og den situationsbestemte vidensdiskurs ikke optræder konfliktende.

Hjemmesygeplejerskerne lægger desuden vægt på, at det er vigtigt at 'møde' akutsygeplejerskerne og ikke blot kommunikere gennem telefonen, idet det er gennem de fysiske møder med hinanden, at de opbygger relationer. Som det fremkom af ovenstående afsnit, er det netop disse relationer, der, for hjemmesygeplejerskerne, skaber et udgangspunkt for samarbejde, kommunikation og herigen- nem situationsbestemte sygeplejefaglige handlinger. H1 understreger dette ved at påpege, at sam- arbejdet med akutsygeplejerskerne fungerer godt, fordi de er "*nogle gode kollegaer*". Her frem- kommer det, at hjemmesygeplejerskerne relaterer 'samarbejde' og 'kommunikation' til andre diskurser end det var tilfældet hos akutsygeplejerskerne. Samtidig viser analysen, at de antagoni- stiske diskurser hos henholdsvis akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker ikke opleves konfliktende. H2 siger i relation hertil: "*De kan ringe og sige: ved du hvad, kan du tage det her, for jeg har alt det? Så ved jeg, at så er det fordi [akutsygeplejersken] ikke har tid til det.*". Således fremkommer det, at det netop kan være hjemmesygeplejerskernes opfattelse af samarbejdet, som et udtryk for omsorg, samt deres oplevelse af, at akutfunktionen har skabt bedre rammer for den situationsbestemte viden i *deres* arbejde, der betyder, at hjemmesygeplejerskerne ikke oplever akutsygeplejerskernes privilegering af deklarativ og kvantitativ viden modstridende i forbindelse med deres samarbejde og kommunikation.

Borgerbegrebet

Begrebet 'borger' italesættes gennem alle dele af interviewet, men relaterer sig til forskellige diskurser. Derfor betragter jeg også her 'borgeren', som en flydende betegnelse.

Enkelte steder i interviewet med hjemmesygeplejerskerne relateres 'borgeren' til tegn, som 'sårpleje', 'insulin', 'kemobehandling', 'fjernelse af kemopumper', 'parenteral ernæring', 'pose- dialyse' og 'IV-behandling'. I disse tilfælde knyttes borgerbegrebet til den deklarativ videns- diskurs, idet disse betydningskæder handler om teoretisk viden og tekniske færdigheder indenfor pleje og behandling af borgeren. Denne betydningskæde er dog underordnet og optræder få steder i interviewet. Borgerbegrebet knyttes primært til knudetegn, som 'tillid', 'respekt', 'berolige' og 'individuel sygepleje'. Derudover taler H1 og H2 om, at "*ville hele mennesket*", "*forholde sig til mennesket*" og "*få et indblik i deres hverdag og familie*". Her optræder borgerbegrebet i relation med knudetegn, der relaterer 'borgeren' til den tidligere etablerede omsorgsdiskurs, idet betydningskæderne handler om omsorg for og relationsskabelse med borgeren. Disse betydnings- kæder om borgeren dannes gennem alle dele af interviewet, hvorfor jeg betragter omsorgsdiskursen, som dominerende hos hjemmesygeplejerskerne.

Borgerbegrebet optræder desuden i sammenhæng med den situationsbestemte vidensdiskurs. Eksempler herpå er, at hjemmesygeplejerskerne relaterer situationsbestemt viden til omsorg for og relationskabelse med borgeren. H1 siger om betydningen af relationskabelse med borgeren: *"Hvis der er noget, der går og trykker dem eller hvis der er noget de er usikre på, så synes jeg tit man får nogle spørgsmål"* og uddyber: *"man kender dem på en anden måde, man kan se dem på en anden måde, man kan også tilpasse behandlingen til dem"*. Et eksempel på en sådan individualisering af sygepleje giver H1 i det følgende: *"Dem man kender [...] ved vi hvordan reagerer. Hvis de siger, de har ondt, så ved vi: der skal ikke så meget til, før den her person klager over smerte..."*. Det er således også gennem omsorg og relationer med borgeren, at hjemmesygeplejerskerne kan handle situationsbestemt og erfaringsbaseret. Dette underbygger tidligere betragtninger om, at omsorgsdiskursen og den situationsbestemte vidensdiskurs ækvivalerer og derfor både forstærker og tilskriver hinanden mening.

3.2.4 Modsætningsfyldte hegemonier i Kommunens hjemmesygepleje

Gennem de ovenstående diskursanalyser af de tre interviews finder jeg, at lederne primært forholder sig til akutfunktionen og dennes tilrettelæggelse ud fra dominerende diskurser om jura, økonomi og deklarativ viden. Disse diskurser danner således hegemoni indenfor ledernes forståelse af akutfunktionen. I forhold til hjemmesygeplejerskerne konstituerer lederne både en deklarativ og en situationsbestemt vidensdiskurs, der kæmper om retten til at definere hegemoni, når lederne forholder sig til hjemmesygeplejerskernes praksis. Derfor konstituerer lederne modsætningsfyldte diskurser, når de forholder sig til henholdsvis akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne.

I alle dele af analyserne af interviewet med akutsygeplejerskerne dominerer den deklarative vidensdiskurs. Den situationsbestemte vidensdiskurs kan enkelte steder etableres, men optræder underordnet. Det samme er tilfældet med den borgerrettede omsorgsdiskurs. Derfor danner den deklarative vidensdiskurs hegemoni hos akutsygeplejerskerne.

Hos hjemmesygeplejerskerne dominerer den situationsbestemte vidensdiskurs derimod, ligesom omsorgsdiskursen, der ækvivalerer med den situationsbestemte vidensdiskurs. Den deklarative vidensdiskurs etableres ligeledes hos hjemmesygeplejerskerne, men optræder underordnet og således dannes der hos hjemmesygeplejerskerne hegemoni omkring situationsbestemt viden og omsorg. Herigennem finder jeg, at akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne konstituerer modsætningsfyldte hegemonier, der hver især privilegerer forskellige og antagonistiske vidensformer i sygeplejefaget. Der kan derfor, i et diskursteoretisk perspektiv, være tale om en diskursiv

kamp om viden hos henholdsvis akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker. Disse resultater danner udgangspunktet for den følgende teoretiske analyseramme.

3.3 Teoretisk ramme: Engeströms virksomhedsteori

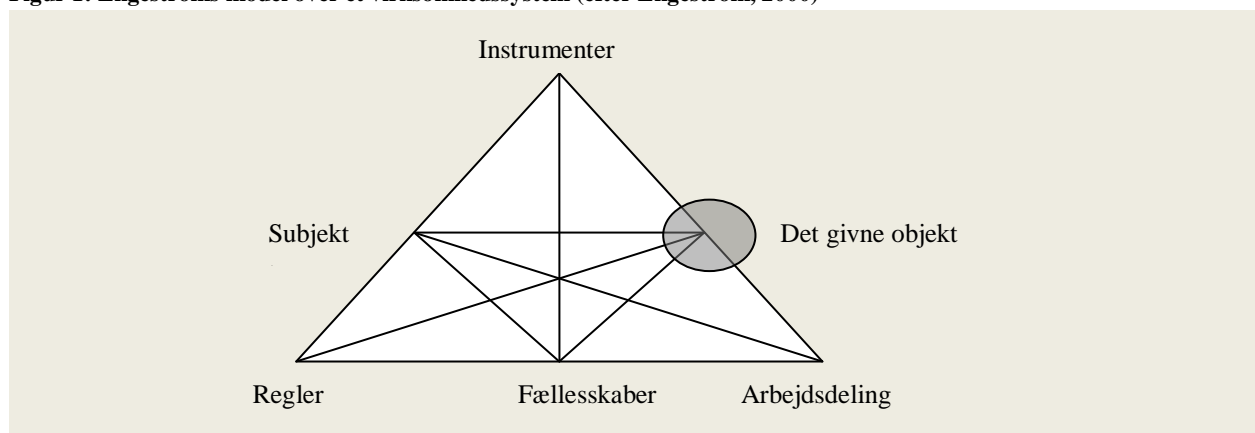
Den diskursanalytiske bearbejdning af interviewene skaber viden om, hvordan informanterne sprogligt konstruerer deres opfattelser af sygepleje og viser, at de dominerende diskurser om sygepleje hos akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne optræder modsætningsfyldte. Hverken akutsygeplejersker, hjemmesygeplejersker eller lederne oplever dog akutfunktionen, deres samarbejde eller opfattelser af sygepleje konfliktfyldte eller modstridende og dette kan ikke forklares alene ud fra diskursteorien. Derfor indplacerer jeg i det følgende den empiriske diskursanalyses resultater i en teoretisk ramme; Engeströms virksomhedsteori. I et virksomhedsteoretisk perspektiv konstruerer kollektivet af sygeplejersker deres opfattelse af sygepleje i kraft af den kultur, som de er en del af (Engeström, 2000). Kulturen består af medierende artefakter, de redskaber aktørerne har til rådighed samt aspekter omkring arbejdsdeling, fællesskaber og regler (ibid.). Derfor finder jeg, at virksomhedsteori er i overensstemmelse med dette speciales videnskabsteoretiske ståsted. Hensigten med den følgende analyse er at undersøge, hvordan de sprogligt konstruerede diskurser om sygepleje er formet i kraft af informanternes sociale fællesskaber samt kulturelle og materielle kontekst. Herigennem kan jeg skabe viden om hvilke rammer for udvikling af den kommunale hjemmesygepleje, der konstitueres gennem disse opfattelser. Baggrunden herfor uddybes i det følgende.

Den kulturhistoriske eller virksomhedsteoretiske tilgang, som Engeström er inspireret af, blev oprindeligt udviklet af Vygotsky, der repræsenterer den første generation af virksomhedsteorien (Engeström, 1987). Særligt for denne generation er Vygotskys forståelse af begrebet mediering. Vygotsky forstår virksomhed eller handling, som en funktion af en medierende overskridelse i kraft af direkte og betingede forbindelser mellem stimulus og respons (ibid.). Dette illustreres typisk gennem Vygotskys triade af subjekt, objekt og medierende artefakt, der skaber en forståelse af individets vertikale udvikling gennem kulturelle objekter (Engeström, 2000). Individets handlinger og udvikling kan i et virksomhedsteoretisk perspektiv ikke forstås uafhængig af dets kulturelle sammenhænge og omvendt kan samfundet ikke forstås uden menneskers anvendelse af kulturelle artefakter (ibid.). Begrænsningen ved Vygotskys virksomhedsteori var, at analyseenheden var individet, hvorfor Engeström udvikler virksomhedsteorien til at sammenfatte minimum to sammenspillende virksomhedssystemer og indplacerer derigennem virksomhedsteorien i en organisatorisk

kontekst (Engeström, 2001). Denne udvikling kom af i kraft af et behov for at udvikle begrebsmæssige redskaber til at forstå dialog, forskelligartede perspektiver og netværk af virksomhedssystemer i samspil (ibid.). Derfor er analyseenheden i Engeströms virksomhedsteori kollektivet (ibid.). For denne undersøgelse betyder dette, at Kommunens sygepleje, i det følgende, anskues som en række sub-virksomhedssystemer (herefter subsystemer), bestående af organisatoriske enheder – hjemmesygeplejersker, akutsygeplejersker og ledere – der alle orienterer sig mod det samme objekt; kommunal hjemmesygepleje. Jeg er bevidst om, at denne opstilling er konstrueret, men dette giver netop mulighed for at analysere de forskellige og modsætningsfyldte diskurser, som informanterne konstruerer gennem interviewene.

Udgangspunktet for den teoretiske analyse er Engeströms model over et virksomhedssystem, der ses i figur 1 (ibid.).

Figur 1: Engeströms model over et virksomhedssystem (efter Engeström, 2000)



Et subsystem består af en række entiteter. Den øverste trekant i systemet udgøres af et subjekt, et objekt samt instrumenter (Engeström, 2000). Entiteten 'instrumenter' består i de følgende analyser af de dominerende diskurser fra interviewene. Heri ligger en antagelse om, at hjemmesygeplejerskerne, akutsygeplejerskerne og lederne diskurser om sygepleje, kan anskues som utryk for mediering af måder at forstå formålet med deres arbejdsopgaver og handlinger på (Engeström, 2001). Det er således disse entiteter, jeg har indfanget empirisk gennem de kvalitative interviews og bearbejdet gennem diskursanalyserne. 'Objektet' anskues, som et kollektivt, meningsfuldt objekt, der konstrueres i virksomhedssystemet (ibid.). Således vil aktiviteterne i både sub- og virksomhedssystemer foregå i et fællesskab af de mennesker, der har ansvaret for at udføre aktiviteten (ibid.).

Hos Engeström (2000) får 'det omgivende samfund' ligeledes betydning, idet aspekter heri er med til at stille rammer til rådighed. Dette repræsenteres gennem entiteterne 'regler', 'arbejdsdeling' og

'fællesskaber'. Med baggrund i bl.a. Engeströms betragtninger, har jeg operationaliseret disse entiteter til at handle om eksplicite, formelle regler og ansvarsområder samt hvad informanterne selv føler sig vurderet på eller kollektivt konstruerer i de enkelte subsystemer (Engeström, Engeström & Kärkkäinen, 1995; Engeström, 2000; Engeström, 2001). Ifølge Engeström (2001) befinder entiteterne sig i et dialektisk forhold til hinanden, der tilsammen muliggør konstruering af mening og handlinger indenfor et virksomhedssystem.

Ovenstående betragtninger betyder desuden, at mikro- og makroniveauer i og udenfor organisationen forbindes og herigennem finder jeg, at jeg bliver i stand til at indplacere mine analytiske fund i en organisatorisk, materiel og social kontekst (Engeström, 2000). Endvidere betyder dette, at de mere generelle samfundsforhold og diskurser, som er blevet bearbejdet i kapitel 2, kan genfindes på mikroniveau i den konkrete kommunes hjemmesygepleje (ibid.). Dermed kan jeg gennem teoretisk analyse af de dominerende diskurser og hegemonier hos akutsygeplejerskerne, hjemmesygeplejerskerne og lederne skabe viden om, hvorledes disse er medieret – både organisatorisk, formelt og ud fra informanternes egne meningstilskrivelser og forståelser.

Herudover bevirker Engeströms udvikling af virksomhedsteorien, at hvert subsystem konstruerer deres egen opfattelse af objektet og disse opfattelser udgør, i denne del af virksomhedsteorien, et *"potentielt fælles konstrueret objekt"* (Engeström, 2000, s. 273). Med afsæt i Engeströms perspektiver på sammenspillende virksomhedssystemer kan jeg derfor undersøge, hvordan de konstruerede opfattelser af sygepleje hos de tre subsystemer medierer rammer for sygepleje og organisationsudvikling i kraft af indførelse af akutfunktionen i Kommunen.

Med udgangspunkt i de ovenstående overvejelser om Engeströms virksomhedsteori indsætter jeg i det følgende de diskursanalytiske resultater i denne teoretiske analyseramme. Herigennem undersøger jeg, hvorledes de dominerende diskurser er medierede og hvilke opfattelser af sygepleje, der konstitueres indenfor de enkelte subsystemer. Dernæst diskuterer jeg med baggrund i de konstituerede opfattelser først, hvorfor de antagonistiske diskurser og hegemonier hos informanterne ikke opleves konfliktende og dernæst hvilke rammer for udvikling i Kommunens hjemmesygepleje, der skabes i kraft af disse opfattelser.

3.3.1 Konstituering af sygeplejeopfattelser i Kommunen

Med udgangspunkt i ovenstående betragtninger har jeg analyseret de enkelte subsystemer for herigennem at undersøge, hvordan de diskursanalytiske resultater er medieret gennem virksomheds-

modellens nederste entiteter; arbejdsdeling, regler og fællesskab. Resultaterne af disse analyser præsenteres i det følgende.

Akutsygeplejersker

Den økonomiske tænkning hos akutsygeplejerskerne, som konstitueres gennem diskursanalysen af interviewet, danner i den virksomhedsteoretiske analyse særlig betydning omkring entiteten 'regler'. Herigennem konstruerer akutsygeplejerskerne betydning om deres formål i Kommunens hjemmesygepleje med afsæt i målene om at nedbringe udgifter til indlæggelse og genindlæggelse, hvorigennem en økonomisk logik medieres.

For akutsygeplejerskerne gælder desuden, at det særligt er gennem italesættelse af deres primære opgave – at vurdere borgerens tilstand og behandlingsbehov – at de konstituerer og danner betydning om den dominerende deklarative vidensdiskurs. Jeg betragter vurderingsopgaven, som et udtryk for entiteten 'arbejdsdeling', idet det er denne del af Kommunens hjemmesygepleje, som akutsygeplejerskerne varetager. Den formelle arbejdsdeling betyder derfor, at akutsygeplejerskerne ikke kender de borgere, som de kommer ud til og de møder dem kun, når borgeren har et akut behov for udredning eller behandling. Dermed medierer arbejdsdelingen en ramme, indenfor hvilken, akutsygeplejerskerne kan anvende viden og tilskrive deres praksis mening. Den viden, der er nødvendig for at kunne foretage disse vurderinger er primært deklarativ viden i form af de målinger, værdier og informationer fra borgerens journal, som akutsygeplejerskerne taler om i interviewet. Derfor betyder arbejdsdelingen også, at det primært er naturvidenskabelig, biomedicinsk og teknisk viden, som akutsygeplejersker har til rådighed, når de skal skabe mening med deres praksis og handle. På baggrund af dette fremkommer det, at arbejdsdelingen for akutsygeplejerskerne i høj grad medvirker til at mediere den deklarative vidensdiskurs.

Formelt er akutsygeplejerskerne organiseret sammen med hjemmesygeplejerskerne, men når akutsygeplejerskerne italesætter de fællesskaber, som de opfatter sig, som en del af, er disse primært fællesskaber med praktiserende læger, vagtlæger samt sygeplejersker og læger på sygehusene. De aktiviteter, der foregår indenfor disse fællesskaber, består af overdragelse af deklarativ viden i form af målinger, værdier og informationer om borgerens tilstand samt støtte til vurdering af borgernes tilstand og behandlingsbehov – særligt hvorvidt en borger skal indlægges eller ej. Derfor medierer entiteten 'fællesskaber' ligeledes den deklarative vidensdiskurs og den kan desuden være med til at forklare, hvorfor akutsygeplejerskerne ikke italesætter deres formelt organiserede fællesskab med hjemmesygeplejerskerne. Den formelle fordeling af arbejdsopgaver mellem hjemmesygeplejersker

og akutsygeplejersker betyder, at hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne varetager forskelligartede opgaver og har forskellige rammer for udførelse af disse. Herigennem medieres de to modsætningsfyldte vidensdiskurser, hvilket kan betyde, at akutsygeplejerskerne netop oplever, at deres praksis kan tilskrives mening gennem deres fællesskab og samarbejde med læger og hospital.

På baggrund af dette finder jeg, at akutsygeplejerskernes opfattelse af sygepleje særligt medieres gennem økonomiske logikker og – med undtagelse af arbejdsfællesskabet med hjemmesygeplejerskerne – formelle organiseringsformer i forbindelse med tilrettelæggelsen af akutfunktionen. Dette bevirker, at akutsygeplejerskerne indplaceres i en social, formel og kulturel kontekst, hvor de primært skaber mening med deres praksis gennem den deklarative vidensdiskurs. Fælles for alle entiteter i dette subsystem er, at de medierer rationelle og tekniske logikker om sygepleje og det er således på denne baggrund, at akutsygeplejerskerne konstituerer deres opfattelse af sygepleje. Jeg betegner derfor akutsygeplejerskernes opfattelse af sygepleje som teknisk-rationel.

Hjemmesygeplejersker

Hjemmesygeplejerskerne privilegerer omsorg for borgeren og relationer med denne. Samtidig henviser de til, at dette er udgangspunktet for deres opfattelse af hjemmesygeplejens formål. Derfor betragter jeg dette, som et udtryk for entiteten 'regler'. Hos hjemmesygeplejerskerne adskiller denne entitet sig fra akutsygeplejerskernes, idet hjemmesygeplejerskerne ikke føler sig vurderet på baggrund af formelle kvantitative, teoretiske mål eller lovgivningsmæssige regler, men i stedet på borgerens livskvalitet og oplevelse af hjemmesygepleje – både i forhold til enkelte besøg og gennem længere forløb.

Arbejdsdelingen mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker betyder, at hjemmesygeplejerskerne primært varetager faste, planlagte besøg hos borgerne og at de ofte kommer ud til de samme borgere over længere tidsmæssige forløb. Hjemmesygeplejerskernes situationsbestemte vidensdiskurs konstrueres i diskursanalysen netop omkring disse ord. Således fremkommer det, hvordan den formelle arbejdsdeling mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker medierer den situationsbestemte vidensdiskurs, idet den skaber en ramme, hvor den situationsbestemte diskurs' vidensparadigme kan anvendes meningsfuldt.

Gennem knudetegnet 'samarbejde' fra diskursanalysen konstruerer hjemmesygeplejerskerne entiteten 'fællesskaber' og herigennem fremkommer det, at hjemmesygeplejerskerne opfatter sig, som et kollektivt fællesskab af hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker, der hjælper, støtter og lærer af hinanden gennem deres samarbejde. Diskursanalysen viste, at hjemmesygeplejerskerne

gennem dette kollegiale samarbejde anvender og konstruerer situationsbestemt viden. Derfor adskiller entiteten 'fællesskaber' hos hjemmesygeplejerskerne sig på to områder. Først og fremmest konstruerer hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne deres opfattelser af sygepleje på baggrund af forskellige fællesskaber. Derudover medierer entiteten forskellige og modsætningsfyldte vidensdiskurser i de to subsystemer.

De logikker om sygepleje, der medieres gennem hjemmesygeplejerskernes entiteter relaterer sig til den situationsbestemte vidensdiskurs, der understøttes af omsorgsdiskursen. Derfor adskiller hjemmesygeplejerskernes entiteter sig fra akutsygeplejerskernes, idet de særligt konstituerer deres opfattelse i forhold til samarbejde, omsorg samt den enkelte borger, kontekst og situation. Med afsæt i dette betragter jeg hjemmesygeplejerskernes opfattelse, som en relationel opfattelse af sygepleje.

Ledere

Formelt og i praksis udgør de to ledere ikke et ledelsesfællesskab, idet de har ansvar for hvert deres geografiske område i Kommunen og derfor er deres arbejdspladser også placeret på to forskellige adresser. De fælles konstruerede diskurser, der fremkommer i diskursanalysen, og den fælles opfattelse, som jeg konstituerer på baggrund heraf, er derfor skabt i kraft af, at jeg har placeret dem sammen i interviewsituationen og er ikke nødvendigvis et udtryk for, at lederne opfatter sig, som et samlet ledelsesfællesskab.

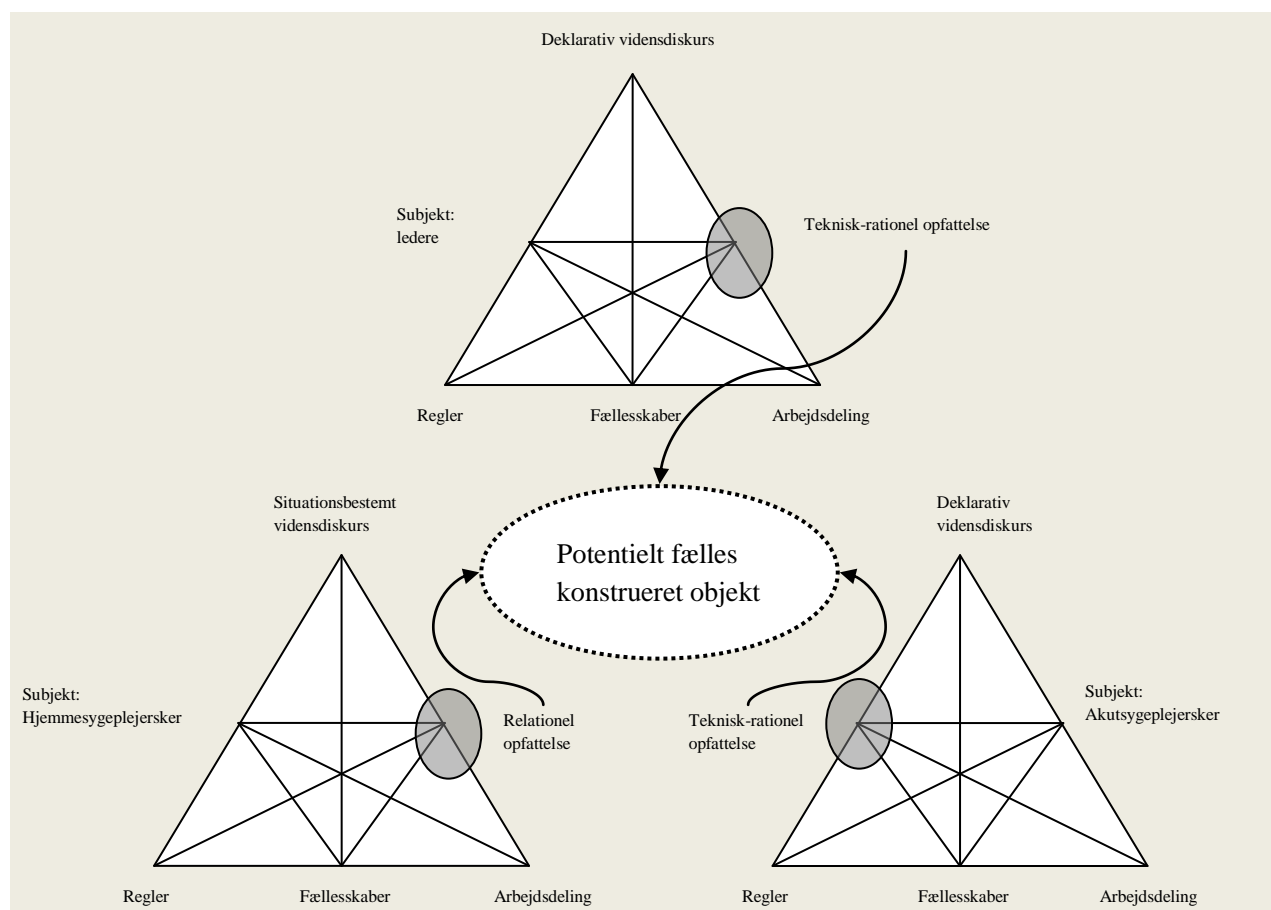
Hos lederne dominerer de økonomiske og juridiske overvejelser i forhold til entiteten 'regler', idet de gennem interviewene udtrykker, at det er på denne baggrund, at de udfører deres arbejde. Ledernes position betyder, at de har et organisatorisk ansvar i Kommunen. Dette ansvar gælder dels de økonomiske og juridiske aspekter af hjemmesygeplejen i Kommunen, dels aspekter indenfor personaleledelse og -udvikling. Dermed medierer entiteterne 'regler' og 'arbejdsdeling' hos lederne primært økonomiske og juridiske logikker om sygepleje. Gennem denne teoretiske analyseramme fremkommer det, at ledernes opfattelse af sygepleje primært er medieret gennem formelle og organisatoriske regler og organiseringer i Kommunens hjemmesygepleje samt i kraft af deres lederpositioner og herigennem fremkommer en opfattelse af deres ledelsesopgave, som en primært administrativ opgave. Fælles for disse medierende artefakter er, at de alle medieres gennem strategiske instrumenter, eksempelvis lovgivning og officielle retningslinjer, og herigennem konstruerer lederne rationelle logikker om sygepleje i Kommunen. Derfor konstitueres en opfattelse af sygepleje som jeg betegner teknisk-rationel.

Et andet aspekt vedrørende lederne opfattelse er, at denne også medierer den formelle tilrettelæggelse og udvikling af akutfunktionen. Eksempelvis konstruerer lederne, på baggrund af deres opfattelse, definitioner af akutte og ikke-akutte opgaver, hvorledes opgaver fordeles mellem de to subsystemer samt rammer for samarbejdet mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker. Som det fremgår af den diskursteoretiske analyse, er disse opfattelser og definitioner præget af den deklaratve vidensdiskurs. Herigennem konstituerer lederne også en rationel tilgang til den fortsatte tilrettelæggelse af akutfunktionen. Lederne udtaler i interviewet, at de opfatter hjemmesygepleje og akutsygepleje, som én samlet praksis i Kommunen og begrundet dette med, at akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne har samme formelle uddannelsesniveau og leverer kvalitetsmæssig ensartet sygepleje i forhold til enkeltopgaver. Analyserne af entiteten 'arbejdsdeling' hos hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne viser, at arbejdsdelingen netop medierer forskellige vidensdiskurser og logikker om sygepleje hos hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne. På baggrund af de ovenstående analyser kan denne opfattelse betragtes, som udtryk for, at lederne hovedsageligt forholder sig til indførelse og udvikling af akutfunktionen ud fra formelle og strukturelle aspekter og herigennem opfattes sygepleje med afsæt i den deklaratve vidensdiskurs. Når lederne opfattelse medieres herigennem vil akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne netop fremstå ens.

3.3.2 Akutsygepleje som en sideløbende praksis

På baggrund af ovenstående resultater af den virksomhedsteoretiske analyse af hjemmesygeplejersker, akutsygeplejersker og ledere, som individuelle subsystemer i Kommunens hjemmesygepleje, har jeg udarbejdet den nedenstående model, der illustrerer subsystemernes opfattelser af sygepleje (se figur 2). I det følgende diskuterer jeg disse resultater i forhold til de tre subsystemers muligheder for at konstruere en fælles opfattelse af sygepleje i Kommunen.

Figur 2: Sammenslutning af virksomhedsteoretisk analyse af subsystemer (efter Engeström, 2000)



Når virksomheder oplever forandringer vil det, ifølge Engeström (2000), betyde, at der i virksomheden opstår skærpede indre modsætninger. Disse modsætninger kræver kvalitativ reorganisering eller re-mediering af hele virksomheden, hvorigennem virksomheden opbygger en ny form for praksis (i figur 2: 'potentielt fælles konstrueret objekt') gennem kollektive læreprocesser (ibid.). De analytiske resultater viser, at akutfunktionen konstituerer en ny og, i forhold til hjemmesygeplejerskerne, også modsætningsfyldt opfattelse af sygepleje i Kommunen. Derfor anskuer jeg i det

følgende akutfunktionen, som en organisatorisk forandring, der har betydet 'skærpede indre modsætninger'.

En måde at foretage disse kollektive re-medieringsprocesser er gennem det, Engeström (2000) betegner, som grænseobjekter. Engeström, Engeström og Kärkkäinen (1995) beskriver, hvordan medierende artefakter kan mediere grænsemøder og grænseoverskridelse, hvorigennem den kollektive re-mediering af praksis kan konstrueres. I sådanne tilfælde udgør disse medierende artefakter grænseobjekter (ibid.). Teoretisk kan denne grænseoverskridelse mellem subsystemer medieres gennem direkte samarbejde og samtale om grænseobjekterne, men subsystemerne behøver ikke nødvendigvis at gennemgå disse processer, mens de er fysisk til stede på samme tid og sted (ibid.). Diskursanalyserne viser, at hjemmesygeplejerskernes og akutsygeplejerskernes opfattelser begge medieres i kraft af objekterne 'sygepleje' og 'sygeplejeopgaver', hvorfor disse artefakter, ud fra ovenstående betragtninger, potentielt kan være grænseobjekter. Arbejdsdelingen betyder, at hjemmesygeplejerskerne i højere grad varetager faste opgaver og hjemmesygeplejeforløb, der netop skaber rammer for at arbejde med afsæt i den situationsbestemte vidensdiskurs. For akutsygeplejerskerne gælder, at arbejdsdelingen medierer en ramme, hvor det er den deklarative vidensdiskurs' vidensformer, der kan anvendes meningsfuldt. Dermed medierer arbejdsdelingen en sondring mellem opgavetyper og sygeplejepraksisser i Kommunens hjemmesygepleje; akutte og ikke-akutte. Denne mediering betyder, at hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne konstituerer deres opfattelse af sygepleje med afsæt i to forskellige objekter; 'kommunal akutsygepleje' og 'kommunal "ordinær" hjemmesygepleje'. Når analysen af entiteten 'fællesskaber' samtidig viser, at hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne ikke oplever sig, som en del af det samme fællesskab, optræder de potentielle grænseobjekter ikke som værende dette. I stedet medieres gennem 'arbejdsdelingen' og 'fællesskaber' en ramme, hvor de to modsætningsfyldte sygeplejeopfattelser ikke mødes eller ekspliciteres. Dette betyder dels, at hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne konstruerer deres egen opfattelser af to forskelligartede sygeplejeobjekter og ikke forholder sig til hinandens opfattelser heraf. Dels, at der i Kommunens hjemmesygepleje, som ét samlet virksomhedssystem, ikke konstrueres yderligere grænseobjekter eller -møder, hvorigennem informanterne kan forholde sig til og udvikle hinandens opfattelser.

Derfor finder jeg, at hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne konstruerer deres egne opfattelser af sygepleje og ikke ét fælles tredje objekt; kommunal hjemmesygepleje. Ud fra virksomhedsteorien kan den manglende oplevelse af konflikt hos informanterne derfor forklares

idet, at deres modsætningsfyldte opfattelser ikke udfordres eller ekspliciteres hverken gennem deres samarbejde eller meningstilskrivelser. Derfor skabes der ikke grænseoverskridelse og heraf konstruktion af en ny, fælles opfattelse af kommunal hjemmesygepleje, som ét objekt. Således kan disse betragtninger forklare, hvorfor de 'skærpede indre modsætninger', i form af de modsætningsfyldte opfattelser af sygepleje, ikke opleves konfliktfyldte hos hverken hjemmesygeplejerskerne eller akutsygeplejerskerne.

Akutfunktionen, der er en organisatorisk forandring, fremstår derfor, som indførelse af et nærmest isoleret subsystem, der konstituerer sin egen opfattelse og heraf egne meningstilskrivelser samt anvendelse af viden, der også relaterer sig til et andet praksisfællesskab. På baggrund af disse overvejelser, finder jeg, at akutfunktionen kan betragtes, som en sideløbende praksis, i Kommunens hjemmesygepleje.

3.4 Delkonklusion 2

Ud fra diskursanalytiske og efterfølgende teoretiske analyser af de gennemførte interviews samt den efterfølgende diskussion af teoretiske problemstillinger i forhold til rammer for udvikling af Kommunes hjemmesygepleje konkluderer jeg, at

- Hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne konstituerer modsætningsfyldte opfattelser af sygepleje – hjemmesygeplejerskerne en relationel og akutsygeplejerskerne en teknisk-rationel.
- Lederne konstruerer en teknisk-rationel opfattelse af sygepleje og derigennem konstitueres en ramme for organisationsudvikling, der privilegerer udvikling på et administrativt og strategisk niveau i Kommunen.
- Dette betyder, at akutfunktionen konstitueres som en sideløbende praksis i Kommunens hjemmesygepleje og derfor udvikler aktørerne i Kommunen ikke en ny og fælles opfattelse af sygepleje.

Kapitel 4

Muligheder og udfordringer for udvikling

Dette kapitel samler resultaterne fra Kapitel 2 og 3 i en diskussion af muligheder og udfordring for udvikling af den konkrete kommunens hjemmesygepleje.

4.1 Udvikling i en teknisk-rationel ramme

Jeg har sammenholdt de to delundersøgelser resultater. Gennem den diskursteoretiske undersøgelse af de centrale dokumenter om tilrettelæggelse og indhold af kommunale akutfunktioner fremkom en teknisk-rationelle ramme for akutsygepleje. Interviewundersøgelsen viser, at akutsygeplejerskerne reproducerer dominerende diskurser fra disse dokumenter og herigennem konstituerer en teknisk-rationel opfattelse af sygepleje. Samtidig finder jeg, at Kommunens aktører ikke konstruerer en fælles opfattelse af sygepleje, hvilket betyder, at akutfunktionen kan betragtes, som en sideløbende praksis i Kommunens hjemmesygepleje. Særligt lederne har haft indflydelse på, hvordan akutfunktionen er blevet tilrettelagt, implementeret og videreudviklet gennem de seneste to år. Dette betyder, at lederne, gennem deres teknisk-rationelle opfattelse af Kommunens hjemmesygepleje, også konstituerer en ramme for udvikling gennem – i et virksomhedsteoretisk perspektiv – kollektiv re-mediering af Kommunens hjemmesygepleje.

Ifølge Engeström (2000) kan entiteterne 'arbejdsdeling', 'fællesskab' og 'regler' betragtes, som den social-organisatoriske re-mediering af virksomhedssystemet, mens mediering i kraft af strategiske instrumenter kan betragtes som instrumentel re-mediering. Som det fremgår af de tidligere betragtninger af de konstruerede opfattelser af sygepleje hos hjemmesygeplejerskerne og akutsygeplejerskerne, konstitueres disse i kraft af både social-organisatorisk og instrumentel re-mediering i de to subsystemer. Den teoretiske analyse af lederne viste, at deres opfattelse primært medieres gennem administrative, strategiske og strukturelle elementer – altså med vægt på instrumentel re-mediering. I et virksomhedsteoretisk perspektiv kan dette betyde, at den social-organisatoriske re-mediering enten negligeres eller vanskeligt kan tilskrives mening (ibid.). Den transformering lederne, gennem en rationel opfattelse, kan meningstilskrive, vil derfor primært være de administrative aspekter af den organisatoriske udvikling i form af ændringer af den formelle organisationsstruktur samt de økonomiske og juridiske rammer. Herigennem reproducerer lederne de strategiske og instrumentelle instrumenter fra Anbefalingsdokumentet og Funktionsbeskrivelsen og interviewundersøgelsen underbygger dette, idet ledernes opfattelse korrelerer med disse formelle anbefalinger og beskrivel-

ser. For den undersøgte kommune betyder det, at det, som lederne har arbejdet med at transformere i Kommunens hjemmesygepleje, er de nye administrative og formelle reorganiseringer. Disse fund kan forstås, som udtryk for, hvordan de undersøgte dokumenters fokus på instrumentelle og strategiske forandringsaspekter i forbindelse med indførelse af akutfunktioner, har indflydelse på den lokale udviklingsproces i den undersøgte kommune.

Herudover betyder disse betragtninger, at lederne vanskeligt kan meningstilskrive og skabe rammer for social-organisatoriske re-medieringsprocesser og dette kan anskueliggøre, hvorfor de lokale og praksisnære forandringer og modsætninger hos akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne ikke optræder, som en del af ledernes opfattelse af udviklingen i Kommunens hjemmesygepleje i forbindelse med indførelsen af akutfunktionen.

4.2 Muligheder og udfordringer

Engeström understreger vigtigheden af, at organisationsudvikling sker gennem *"koordineret transformation i alle virksomhedssystemets komponenter"* (Engeström, 2000, s. 276). For Kommunen, som en samlet praksis, kan ledernes og de centrale dokumenters teknisk-rationelle opfattelse og fokus på instrumentel re-mediering, derfor have indflydelse på Kommunens udvikling. Med dette som afsæt diskuterer jeg i det følgende, hvilken betydning dette kan have for den kommunale hjemmesygeplejes udviklingsmuligheder.

For akutfunktionen kan ovenstående betragtninger have indflydelse på akutsygeplejerskernes opfattelse af deres praksis, når denne i høj grad korrelerer med de formelle anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og Funktionsbeskrivelsen. I dette speciales empiriske eksempel betyder det, at akutsygeplejerskernes praksis konstitueres og tilrettelægges indenfor disse rammer og således adskiller akutsygeplejerskernes forståelse af formålet med *deres* praksis sig fra de øvrige hjemmesygeplejerskes forståelser. Herigennem kan det anskueliggøres, at de officielle dokumenter har indflydelse på akutsygeplejerskernes faglighed. Indenfor den teknisk-rationelle ramme er økonomi, retningslinjer og instrukser, naturvidenskabelig viden, dokumentation, standardisering og evidens-baseret praksis centrale begreber, der derfor er med til at definere den akutte hjemmesygeplejes faglighed. På den ene side betyder dette, at den lokale faglige udvikling hos akutsygeplejerskerne er i overensstemmelse med de officielle beskrivelser af kommunale akutfunktioners formål og opgaveløsning. På den anden side viser min undersøgelse, at akutsygeplejerskernes dominerende fokus på disse aspekter af sygepleje betyder, at andre aspekter af hjemmesygepleje – eksempelvis den situerede omsorg

og relation med borgeren – fremstår, som mindre væsentlige for deres opfattelse af formålet med deres funktion i hjemmesygeplejen. Derfor finder jeg, at en central implikation ved indførelse af kommunale akutfunktioner er, at dette kan medføre en ændret og – i forhold til de øvrige hjemmesygeplejersker – divergerende faglighed i dele af hjemmesygeplejen og jeg finder gennem min undersøgelse, at hverken akutsygeplejerskerne, hjemmesygeplejerskerne eller deres ledere forholder sig til disse aspekter vedrørende den faglige udvikling.

Gennem undersøgelsens socio-kulturelle tilgang synliggøres lokale og vertikale udviklinger i den kommunale hjemmesygepleje, der hverken fremkommer gennem dokumenternes eller ledernes teknisk-rationelle organisationsopfattelser. I et socio-kulturelt perspektiv er informanternes manglende oplevelse af konflikt således ikke et udtryk for, at konflikter ikke eksisterer. De skærpede indre modsætninger er i et virksomhedsteoretisk perspektiv netop kilde til både konflikt og udvikling i organisationen (Engeström, 2000). Den nuværende organisering og praksis i den undersøgte kommune betyder, at de eksisterende og modsætningsfyldte vidensparadigmer hverken udfordres eller er kilde til fælles, faglig udvikling hos personalet. Som beskrevet i problemfeltet, foregår udviklingen af akutte opgaver og funktioner i kommunerne løbende i takt med den øvrige udvikling i sundhedsvæsenet og derfor er indførelse af kommunale akutfunktioner ikke en afsluttet forandrings- og udviklingsproces. På nuværende tidspunkt tæller Kommunens akutfunktion to sygeplejersker, der udelukkende arbejder i aftenvagt og funktionens arbejde er hovedsageligt afgrænset fra de øvrige hjemmesygeplejerskers. Derfor kan det anskueliggøres, at et fremtidigt øget fokus på teknisk-rationelle aspekter af hjemmesygepleje, eksempelvis i form af yderligere ansættelse af akutsygeplejersker eller udbygning af akutfunktionens områder, kan betyde, at de modsætningsfyldte opfattelser af sygepleje hos akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne bliver mere eksplicite. Derudover kan indførelse af eksempelvis mere omfattende eller direkte samarbejdsformer mellem hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker betyde, at disse modsætningsfyldte opfattelser udfordres. Dette kan indebære, at de skærpede indre modsætninger i fremtiden kan blive udfordrede og derigennem være en potentiel kilde til faglige konflikter mellem akutsygeplejerskerne og hjemmesygeplejerskerne.

Det dominerende fokus på den administrative re-mediering af Kommunens hjemmesygepleje, både i de undersøgte dokumenter og hos lederne, betyder, at de lokale og praksisnære aspekter af indførelse og udvikling af akutfunktionen og hjemmesygeplejen, som en samlet enhed, ikke opfattes som en del af forandringen. Dette betyder, at der, udover en konfliktudfordring, også eksisterer et

udviklingspotentiale, i form af en samlet udvikling i alle dele af den kommunale hjemmesygepleje, der, med afsæt i undersøgelsens resultater, ikke udnyttes. Jeg finder, at en samlet udvikling af hjemmesygeplejen er relevant, idet udvikling af en fælles sygeplejekultur i kommunerne, i første omgang kan betyde, at potentielle faglige konflikter kan bearbejdes eller helt undgås. Samtidig fremstår en fælles, faglig udvikling i hjemmesygeplejen væsentlig, idet alle hjemmesygeplejerskers opgaver og ansvarsområder, som det fremgår af specialets indledende problemfelt, også ændres og udvides i disse år. Særligt for den undersøgte kommune er, at dennes akutfunktion arbejder i et afgrænset tidsrum og at de komplekse og specialiserede opgaver overdrages til de øvrige hjemmesygeplejersker, når opgaverne ikke længere er pludseligt opståede, nytilkomne eller akutte. Således synes en fælles udvikling af den kommunale hjemmesygeplejes viden, kompetencer og samarbejde aktuel.

Med baggrund i de ovenstående betragtninger finder jeg det derfor væsentligt, at aktørerne i Kommunen forholder sig til deres muligheder for både faglig og organisatorisk udvikling og forankring af akutfunktioner i hjemmesygeplejen på mere end et strategisk og administrativt niveau, idet den faglige udvikling hos både hjemmesygeplejersker og akutsygeplejersker kan være udfordret dels, i kraft af de rammer for akutsygepleje og dennes tilrettelæggelse, der konstitueres – formelt såvel som lokalt i Kommunen. Dels, fordi hverken de centrale dokumenter om indførelse af akutfunktioner eller de lokale aktører i Kommunen forholder sig til disse aspekter af den sygeplejefaglige udvikling i hjemmesygeplejen.

Kapitel 5

Kvalitetsvurdering

Dette kapitel indeholder en kvalitetsvurdering af specialets undersøgelse og resultater.

5.1 Kvalitetsvurdering

Tanggaard og Brinkmann (2010) argumenterer for, at kvalitative undersøgelser ofte mødes med krav om at foretage kvalitetsvurdering indenfor en kvantitativ ramme med begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed. I lyset af min undersøgelse kan dette anskues som en diskursiv ramme, der privilegerer deklarativ viden. I stedet foreslår Tanggaard og Brinkmann (ibid.), at kvalitetsvurdering af kvalitative undersøgelser sker ud fra kriterier, der tager højde for den kvalitative forsknings komplekse natur. På denne baggrund bliver transparens, metodologisk refleksion og kohærens væsentlige kvalitetskriterier for den kvalitative forskning (ibid.).

I denne undersøgelse har jeg prioriteret løbende at tydeliggøre mine hypoteser, antagelser og forståelser samt den betydning disse har haft for undersøgelsen og dennes resultater. Ligeledes har jeg løbende reflekteret over og argumenteret for valg af metoder og teori, som bidrager til både konsistens og bevarelse af nuancer i specialet.

De analytiske resultater kan sættes i forhold til en samfundskontekst og herigennem kan undersøgelsens partikulære resultater sige noget generelt, idet resultaterne er konstrueret i et samspil mellem generel teori og den indsamlede empiri (Nielsen, 2007b). Ved at kunne henvise til samfundsdiskurser og generel organisations- og læringsteori kan undersøgelsen derfor bidrage med viden om organisationer af mere generel karakter.

På den baggrund vurderer jeg, at jeg kan foretage en gyldig besvarelse af dette speciales problemformulering.

Kapitel 6

Konklusion

I dette kapitel fremsættes, på baggrund af de to delundersøgelser hovedresultater, specialets konklusion. Herefter følger en perspektivering af specialets undersøgelse og resultater.

6.1 Konklusion

Specialets ambition er at synliggøre, hvilken betydning indførelse af kommunale akutfunktioner kan have for udviklingen af den kommunale hjemmesygepleje. Dette har jeg operationaliseret i to delundersøgelser; dokumentanalyse af centrale dokumenter samt interviews med akutsygeplejersker, hjemmesygeplejersker og afdelingsledere i en kommune. Begge delundersøgelser har jeg analyseret ud fra diskursteori og diskuteret med henholdsvis Pedersens perspektiver på viden i sygeplejefaget og Engeströms virksomhedsteori.

På baggrund af mine undersøgelsesresultater kan jeg samlet konkludere, at de centrale dokumenter om tilrettelæggelse af akutfunktioner konstituerer en diskursiv ramme for tænkning om akutsygepleje, der reproduceres hos akutsygeplejerskerne, idet de konstruerer deres faglighed indenfor en teoretisk, deklarativ ramme. Hjemmesygeplejerskerne konstruerer en antagonistisk vidensdiskurs om praksisorienteret anvendelse af situationsbestemt viden og herigennem konstitueres modsætningsfyldte opfattelser af sygepleje i Kommunen. Disse resultater peger på, at akutfunktionens faglighed er domineret af et teknisk og naturvidenskabeligt fokus, der adskiller sig fra hjemmesygeplejerskernes, hvor den situerede omsorgsrelation med borgeren dominerer.

Hermed har undersøgelsen bekræftet min hypotese om, at indførelse af akutfunktioner kan betyde en øget teknificering i dele af den kommunale hjemmesygepleje. Ydermere har jeg gennem undersøgelsen skabt viden om, at også lederne reproducerer de centrale dokumenters teknisk-rationelle opfattelse af indførelse af akutfunktioner og derigennem konstitueres en ramme for organisationsudvikling, hvor aktørerne i kommunen forholder sig til udviklingen på et administrativt og strategisk niveau. Dette betyder, at akutfunktionen indføres som en sideløbende praksis i Kommunens hjemmesygepleje, hvorfor aktørerne i Kommunen har ringe muligheder for at udvikle en ny, fælles opfattelse af hjemmesygepleje, idet der ikke skabes rammer for de lokale meningstilskrivelser og kollektive medieringsprocesser.

Ud fra et socio-kulturelt og virksomhedsteoretisk perspektiv, kan jeg, med afsæt i ovenstående konklusioner, på et mere generelt plan konkludere, at indførelse af kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen kan betyde skærpede indre modsætninger i hjemmesygeplejen, som vanskeligt kan ekspliciteres og udfordres i en teknisk-rationel ramme. Dette betyder, at en række potentielle udfordringer og muligheder i forhold til den faglige udvikling hos henholdsvis akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker samt disse, som en samlet sygeplejepraksis, eksisterer, men ikke hverken bearbejdes i forhold til at undgå konflikter eller udnyttes til en fælles, faglig udvikling i den kommunale hjemmesygepleje.

6.2 Perspektivering

Specialets resultater kan være med til at pege på en række problemstillinger og udviklingsområder indenfor akutfunktioner og akutte opgaver i den kommunale hjemmesygepleje. Specialet udfolder dele af den kompleksitet, der finder sted i krydsfeltet mellem administrative og politiske beslutninger og den lokale forankring af akutfunktioner.

Med afsæt i dette speciales resultater vil det derfor være relevant, i en fremtidig undersøgelse, at forfølge de diskussionspunkter, som præsenteres i specialets opsamlende diskussionsafsnit. Det fremstår aktuelt at undersøge, med hvilke videnskæssige afsæt akutsygepleje fremover udvikles og forankres i kommunerne særligt i forhold til, hvordan akutopgavernes dominerende fokus på teori og teknik implementeres i en hjemmesygeplejepraksis, der også er præget af relationer, omsorg og situationsbestemt viden. Dertil er det relevant at undersøge dels, hvordan kommunernes ledere og andre relevante aktører kan oversætte de politisk og strategisk konstruerede diskurser om akutsygepleje til meningsfuld praksis i kommunerne og herigennem, hvordan disse aktører kan skabe rammer for lokale og praksisnære udviklingsprocesser i alle dele af den kommunale hjemmesygepleje.

Endvidere er en central pointe, at de strategiske dokumenters forandringskommunikation kan være med til at bestemme, hvordan akutfunktioner og deres tilrettelæggelse forstås i praksisfeltet. Det fremstår derfor også væsentligt at forholde sig kritisk til strategiernes politiske og strategiske ophav, idet den kommunale hjemmesygeplejes vidensparadigmer om sygepleje, som en kompleks entitet, kan udfordres og ændres i kraft af disse politisk og strategisk konstruerede diskurser om kommunale akutfunktioner. Derfor er en nærmere undersøgelse heraf ligeledes aktuel.

Litteraturliste

Dysthe, O. (2001). Dialog, samspil og læring. I O. Dysthe (red.), *Sociokulturelle perspektiver på kundskab og læring* (s. 48-76). Klim.

Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 1, s. 133-156.

Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding - And activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.

Engeström, Y. (2000). Udviklingsarbejde som uddannelsesforskning - Ti års tilbageblik og et blik ind i zonen for den nærmeste udvikling. I K. Illeris (red.), *Tekster om læring* (s. 270-283). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Engeström, Y., Engeström, R., & Kärkkäinen, M. (1995). Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: Learning and problem solving in complex work activities. *Learning and Instruction*, 5 (4), s. 319-336.

Hasse, C. (2013). Vygotskys sociokulturelle læringsteori. I A. Qvortrup, & M. Wiberg (red.), *Læringsteori og didaktik* (s. 144-172). Hans Reitzels Forlag.

Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). Kapitel 1 og 2. I M. W. Jørgensen, & L. Phillips, *Diskursanalyse som teori og metode* (s. 9-71). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

KL. (2014). *God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*. København S: Kommuneforlaget A/S.

KL. (2015). *Sammen om sundhed*. København S: Kommuneforlaget A/S.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, P. (2007b). Fortolkning og generaliserbarhed. I P. Nielsen, *Produktion af viden - en praktisk guide til samfundsvidenskabelig metode* (s. 163-177). Nyt Teknisk Forlag.

Nielsen, P. (2007a). Operationalisering. I P. Nielsen, *Produktion af viden* (s. 83-109). Nyt Teknisk Forlag.

Pedersen, C. (2006). Vidensformer. I H. Britta, & C. Pedersen (red.), *Vidensformer - Pædagogik - Sundhed* (s. 41-75). Gads Forlag.

Akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- Et socio-kulturelt perspektiv på indførelse af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje

Phillips, L. (2010). Diskursanalyse. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder* (s. 263-286). København K: Hans Reitzels Forlag.

Rasmussen, G. R., Jørgensen, M. J., & Larsen, V. L. (2011). Organisering og forandring. I N. Stegeager, & E. Laursen (red.), *Organisationer i bevægelse* (s. 21-47). Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Region Nordjylland, KKR, PLO. (2015). *Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018*. Region Nordjylland.

Sundhedsstyrelsen. (2014). *Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje*. København S: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. (2012). *Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter*. KL.

Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder. En grundbog* (s. 489-499). Hans Reitzels Forlag.

Vinge, S. (2014). Hjemmesygeplejens udvikling: nye udfordringer til organisering og kompetencer. I B. M. Pedersen, & S. R. Petersen (red.), *Det kommunale sundhedsvæsen* (s. 151-176). København: Hans Reitzels Forlag.

Vrangbæk, K. (2014). Forvaltning og aftalebaseret styring af kommunernes arbejde på sundhedsområdet. I B. M. Pedersen, & S. R. Petersen, *Det kommunale sundhedsvæsen* (s. 261-283). København: Hans Reitzels Forlag.

Akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- Et socio-kulturelt perspektiv på indførelse af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje

Bilagsoversigt

Alle bilag er vedlagt på USB pen.

Bilag 1: Indledende litteratursøgning

Bilag 2: Funktionsbeskrivelse: Sygeplejerske m. akutfunktion

Bilag 3: Kompetenceprofil for hjemmesygeplejersker

Bilag 4: Interviewguides

Bilag 5: Transskription af interview med ledere

Bilag 6: Transskription af interview med akutsygeplejersker

Bilag 7: Transskription af interview med hjemmesygeplejersker