

Master of Public Governance

Forebyggelige indlæggelser – giver det mening?



Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, 07.08.72

Jesper Foverskov Pretsch, 12.11.75

Marie Baastrup, 10.03.81

Vejleder: Sof Thrane

Mastermodul XA, Efterår 2019

Anslag inkl. mellemrum: 207.614

Indholdsfortegnelse

Summary	4
1. Indledning	6
2. Problemformulering	13
3. Baggrund og afgrænsning	13
4. Metode og metodologi	20
4.1. Forskningstype og metodologi	20
4.2. Proces – vejen mod empiri og teori	22
4.3. Empiri	23
4.3.1. Interview	23
4.3.2. Casestudier	25
4.3.4. Metodekritik – interview og casestudier	27
4.4. Teori og begreber	28
4.4.1. Meningsskabelse	28
4.4.2. Diskurs	31
4.4.3. Teorikritik	34
4.4.4. Meningsskabelse og diskursanalyse – en fælles analyseramme	35
5. Analyse	38
5.1. Kritisk diskursanalyse af interview	38
5.1.1 Diskursen som tekst og diskursiv praksis	38
5.1.2. Diskursen som social praksis	51
5.1.3. Delkonklusion	56
5.2 Analyse af casestudier	56
5.2.1. Narrativer	56
5.2.2 Interaktion	58
5.2.3. Interaktionsmønstre	73
5.2.4. Tilslutning	79
5.2.5 Delkonklusion	82
5.3. Diskursanalysens fund sammenholdt med caseanalysens fund	83

6. Diskussion	86
6.1. Teori og Metode – forklaring, reliabilitet og validitet.....	86
6.1.1. Den teoretiske forklaring	86
6.1.2. Den metodiske validitet og reliabilitet	88
6.2. Implikationer for praksis	89
6.2.1. Hvad er problemet?.....	89
6.2.2. Hvad er forebyggelse?.....	93
6.2.3. Økonomi i diskursen.....	94
6.3. Implikationer for vores eget ledelsesvirke	96
7. Konklusion	98
8. Perspektivering.....	101
Litteraturliste	102

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Semistruktureret interviewguide

Bilag 2: Observationsskema interview

Bilag 3: Lydfiler interview

Bilag 3a: Lydfil leder af hospital

Bilag 3b: Lydfil leder af kommune

Bilag 3c: Lydfil leder af akutberedskab

Bilag 4: Casestudieguide

Bilag 5: Transkription af casestudie – observationer og interview

Bilag 6: Casestudie – kvantitative data

Bilag 7: Diskursiv kodning interview

Summary

Through the latest years, the discourse related to preventive hospitalization of citizens older than 65 years, has affected the debate about the health care system. We, as leaders of a municipal acute team, a medical helpline 1813/1-1-2 and a medical ward respectively, have the impression that a lot of initiatives have been identified and initiated to prevent hospitalization within the group of citizens older than 65 years. Despite the vast number of initiated activities to address this issue, it still seems to be an unsolved problem, which puzzles us.

Based on this the present master thesis aims at clarifying the construction of the discourse related to preventive hospitalization and analyse how the discourse affects the hospitalization of citizens older than 65 years.

In addition to focusing on hospitalization of citizens older than 65 years, scope of the research for this master thesis has been further limited by only including procedures involving the following three public organizations within the Capital Region of Denmark: a municipality, a hospital and the emergency medical service.

Norman Faircloughs theory of critical discourse analysis and Tor Hernes process of sensemaking applies as the theoretical framework for the analysis. The theoretical frame is used to analyse collected empirical data, consisting of semi structured interviews of three leaders within the investigated organizations and in addition case studies of actual hospitalization cases. The thesis includes 23 case studies, based on observations and interviews with citizens, relatives and members of the staff.

Faircloughs theory of critical discourse analysis addresses the topic of understanding and talking in and about a specific context. Using this theory, it is analysed through three interviews how the discourse of preventive hospitalization is constructed and interrelations to other discourses and their respective position and discourse order within the discourse of preventive hospitalization. Through this knowledge about the reality the discourse of preventive hospitalization constructs is derived. Hernes' process of sensemaking addresses how organisations create a common purpose but can also be used to explain the absence of a common purpose. Within the thesis the process of sensemaking is applied as analytical tool in

the case study analysis to derive knowledge about how the discourse affects hospitalization of citizens older than 65 years.

Conclusions from the research for this master thesis shows that the discourse about preventive hospitalization constructs a reality about preventive hospitalization which can be recognized in the case studies observations and interviews of staff members, but not in the individual hospitalization processes themselves. Furthermore, it is concluded that the discourse lacks ambiguity and that no common “we” can be identified in relation to solving the problem preventive hospitalization is said to be. Whereas the discourse gets a significant function in bringing hope to staff and leaders for a solution to challenges related to lack of resources. Finally, it is concluded that within the discourse of preventive hospitalization lies a field of stress between the discourse’s construction of a reality and the reality staff members experience during the individual hospitalization processes.

Overall there is a need to approach the field of preventive hospitalization on multiple levels. First the need for a reform of the field is identified in order to create a common understanding of problem, roles and responsibility. Implemented solutions have so far had an internal organisational focus and been based on a cross functional perspective due to a normative frame related to lack of resources and finance. Validity and reliability of this master thesis shows that conclusions from the case studies can be generalized to include the complete health care system.

In a larger perspective, conclusions from this master thesis can contribute to a unified understanding within in the health care system of the field “preventive hospitalization” and based on this unified understanding contribute to further develop the field.

1. Indledning

Siden slutning af 00'erne har debatten om sundhedsvæsenet været præget af en diskurs om stigende udgifter, dårlig sammenhæng mellem sektorer og forkert anvendelse af ressourcerne. Diskursen har bl.a. fokuseret på, at kommunerne ikke lever op til deres ansvar, trods et stærkt økonomisk incitament med kommunal medfinansiering (KMF). Det er italesat, at kommunerne indlægger de forkerte borgere, de forebygger ikke godt nok, og de hjemtager ikke borgerne, når der er færdigbehandlede på hospitalerne. I en rapport fra 2009, udarbejdet af det daværende Sundheds- og Forebyggelsesministerium, fastslås det, at udgifterne til sundhedsområdet er steget med 25% i perioden fra 2001-2008, og *"at der fortsat er potentiale for en forbedret tilrettelæggelse af indsatsen på sygehusene og i kommunerne"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009, p. 2). Særligt den ældre patient med medicinske sygdomme er i fokus i debatten om sundhedsvæsenets udfordringer.

I 2011 iværksatte Sundheds- og Ældreministeriet en national handleplan for den ældre medicinske patient, med baggrund i Sundhedsstyrelsens rapport om en styrket indsats for netop den ældre medicinske patient (Sundheds- og ældreministeriet 2011, SST 2011). Fokus blev i høj grad sat på forebyggelse af indlæggelser af ældre borgere over 65 år. Ud af diskursen om problemer med stigende udgifter, dårlig sammenhæng mellem sektorer og forkert anvendelse af ressourcerne udsprang en diskurs om, at forebyggelse af indlæggelser var en central løsning på disse problemer. I 2018 udgav Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed en rapport, som stiller skarpt på kommunernes arbejde med at forebygge indlæggelser for borgere over 65 år, der modtager hjemmepleje af kommunen (Social- og Indenrigsministeriet 2018). Data er fra 2016, og viser at der er store kommunale forskelle på, hvor mange forebyggelige indlæggelser der er per hjemmehjælpsmodtager. I de kommuner, der har flest forebyggelige indlæggelser, er der 3 gange så mange, som i de der har færrest (ibid. p.18). Rapporten fastslår, at der forsat kan reduceres i antallet af forebyggelige indlæggelser for borgere over 65 år (ibid. p 32 ff.).

I vores ledelsesmæssige kontekst i hhv. kommune, hospital og akutberedskab i Region Hovedstaden er der både et politisk, ledelsesmæssigt og fagligt fokus på at sikre, at den rigtige borger indlægges på det rigtige tidspunkt i deres sygdomsforløb. I rapporter og artikler om den

ældre patient over 65 år begrundes dette fokus både med et behov for at skabe mest mulig sundhed for pengene, et voksende antal ældre med stigende grad af flere kroniske sygdomme, samt et øget antal behandlingsmuligheder (Danmarks Statistik 2019). Der tilføres årligt øgede økonomiske midler til sundhedsvæsenet, samtidig med et vedvarende fokus på både besparelser og effektiviseringer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2009, Berlingske 2015). Begrundelserne for at bevare fokus på indlæggelser af ældre borgere over 65 år er mangeartede. Ved Kommunalreformen fra 2007 fik kommunerne ansvaret for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, og der blev samtidigt i sundhedsvæsenet indført kommunal KMF. KMF betød, at regionernes økonomi til drift af sundhedsområdet er fordelt med 75 % i statsligt bloktilskud, 5 % statslig aktivitets bestemt bidrag, 10 % kommunalt grundbidrag og 10 % kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2005). Hensigten med KMF var at skabe incitament til en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats for borgerne, herunder at styrke det forpligtende samarbejde mellem Regioner og Kommuner. Incitamentsstyringen blev skærpet med indførslen af nærhedsfinansieringen i 2018, hvor regionerne skal præstere på fem kriterier for at sikre en ændring, hvor behandling flyttes ud af hospitalet og tættere på borgerne (Danske Regioner 2018, Sundheds- og ældreministeriet 2018). Et af kriterierne er nedbringelse af genindlæggelser og dermed også forebyggelse af indlæggelser.

Vi vil i denne master undersøge diskursen om forebyggelige indlæggelser af borgere over 65 år. Baggrunden er, at vi i vores ledelsesmæssige virke i Region Hovedstaden oplever, at der er mange initiativer, der har til formål at forebygge indlæggelser men at problemet samtidig ikke synes løst. En oplevelse der går på tværs af sektorer, idet vi er ledere af hhv. en fælles akutfunktion for tre kommuner, et medicinsk sengeafsnit på et hospital og Akuttelefonen 1813 og 1-1-2 i Region Hovedstadens Akutberedskab. Vi oplever samtidig en manglende entydighed på tværs af kommune, hospital og det præhospitale område, som Akutberedskabet varetager, ift. hvad en forebyggelig indlæggelse er. Det afstedkommer et behov for at se dybere ind i diskursen om forebyggelige indlæggelser, for derved dels at kunne uddrage viden om betydningen af diskursen og hvorfor diskursen vedbliver at være stærk, men også at kunne bidrage med nye perspektiver på forebyggelige indlæggelser.

Indlæggelse af borgere på hospitalet har historisk været en lægefaglig beslutning, som er varetaget af almen praktiserende læger, speciallæger eller vagtlæger. I 2014 blev Akuttefonen 1813 (herefter 1813) etableret i Region Hovedstaden. Formålet med 1813 er at sikre en enstrenget visitation af borgere med akut sygdom eller skade med to telefoniske indgange til sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden; 1-1-2 og 1813. Med etableringen af 1813 skete der ikke kun en ændring i borgernes indgang til sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden, men også en koordinering af de samlede muligheder for både visitation af akutte forløb ved sygdom og skade på tværs af regionens akutmodtagelser og -klinikker, lægebesøg i hjemmet samt efterfølgende anvendelse af kommunale akutfunktioner. Der kom med 1813 således en stærkere styring af kapaciteten i Akutmodtagelserne, hvorved hospitalerne ikke længere selv varetog koordineringen internt. Dermed kom indlæggelser også til at fylde endnu mere i debatten, da der kom åbenhed om kapacitetsudnyttelsen på tværs af sundhedsvæsenet eller mangel på samme.

I samme periode, som etableringen af 1813 fandt sted, aftaltes en fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinsk patient mellem Staten, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL). Der blev aftalt indikatorer for nationale mål, som rummer en beskrivelse af diagnoser, hvor indlæggelser bør betragtes som forebyggelige (Sundheds- og ældreministeriet 2016). Aftalen fordeler økonomien for bloktilskud og satspuljemidler, samt ansvarsfordelingen for at styrke indsatsen inden for otte specifikke handleområder, herunder en styrket indsats for kommunale akutfunktioner, uddannelse, overbelægning og mere sammenhæng (Kommunernes Landsforening 2016). Med aftalen cementeres det i diskursen om forebyggelige indlæggelser, at der er forebyggelige indlæggelser og at løsningen skal findes i handleområderne. Det slås samtidig fast, at løsninger skal findes i fælles handlinger, hvis der på tværs af sektorer, skal ændres på antallet af forebyggelige indlæggelser.

Allerede i 2014 udgav Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger til kvaliteten i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som havde til hensigt at sætte fokus på forebyggelse af indlæggelser gennem bedre udredningsmulighed og kompetencer i kommunerne

(Sundhedsstyrelsen 2014). I 2015 udgiver sundhedsstyrelsen i samarbejde med KL og Danske regioner et notat om forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2015). I dette notat ekspliceres det *"at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats"* (ibid, p. 4). I notatet gøres status over de daværende igangværende tiltag i kommuner, for at forebygge indlæggelser. Her fremhæves forskellige tiltag herunder kommunale akutfunktioner. På trods af de tiltag viser data dog forsat, at der er forebyggelige indlæggelser, om end Sundhedsstyrelsen beskriver, at trods disse diagnoser er udvalgte, som forebyggelige diagnoser, er det samtidig klart, at indlæggelse inden for disse diagnoser kan være nødvendige og ikke altid forebyggelig. I notatet konkluderes, at der *"ikke kan peges på en række nye og evidensbaserede indsatser til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, da denne viden ikke findes"* (ibid. s. 4).

I 2017 ændrede Sundhedsstyrelsen deres anbefalinger om kommunale akutfunktioner til at være krav. Alle kommuner skulle fra 1. januar 2018 have en akutfunktion, og det er tydeligt defineret, at akutfunktionen skal kunne varetage specifikke sygeplejeopgaver, som bidrager til at afklare behovet for indlæggelse, og *"samtidig medvirke til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og/eller hjemtage patienter, der ikke længere har behov for en sygehusindlæggelse, men som fortsat har brug for en særlig sygeplejefaglig indsats"* (Sundhedsstyrelsen 2017 p. 6). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det sker i tæt samarbejde med almen praksis og hospitalerne. Desuden skal akutfunktionerne sikre, at borgere ikke indlægges grundet manglende sygeplejefaglige kompetencer i kommunen (ibid). Der er altså forsat en tro på, at kommunale akutfunktioner kan bidrage til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser.

I Region Hovedstaden udkommer den første hospitalsplan i 2007. Her beskrives, at formålet med hospitalsplanen er *"at skabe grundlag for et fremtidssikret hospitalsvæsen, der kan levere behandling af høj kvalitet"* (Region Hovedstaden 2007, p. 9). Planen præsenterer en ny struktur af regionens hospitaler, hvor specialer flyttes og regionen inddeles i fire planområder; Byen, Syd, Midt og Nord. Hospitalsplanen skal desuden sikre sammenhæng mellem hospitalers akutbetjening, vagtlægeordningen og den præhospitale indsats (Ibid., p. 13). I revisionen af

hospitalsplanen fra 2011 fastlægges det yderligere, at hospitalerne i hvert planområde skal etablere fælles akutmodtagelser (herefter FAM) (Region Hovedstaden 2011, p. 5-6). Formålet med etableringen af FAM er at sikre én indgang til hospitalet, hvor hovedparten af borgerne skal diagnosticeres og derefter evt. indlægges. Den diagnostiske og behandlingsmæssige tyngde flyttes fra de klassiske specialespecifikke sengeafsnit til FAM for at sikre kortere og mere effektive forløb (Ibid. p. 5). Planen skal endvidere sikre sammenhæng mellem hospitalernes akutbetjening og den præhospitale indsats (Ibid, p. 8).

Ovenstående viser et udsnit af de tiltag, hvorfra diskursen om forebyggelige indlæggelser tager sit afsæt på tværs af kommuner og regioner siden strukturreformen i 2007. Diskursen omkring forebyggelige indlæggelser af borgere over 65 år er stærk. Den vedvarende italesættelse, og de mange initiativer, der forsøger at imødekomme dette, samt det at der italesættes et forbedringspotentiale, fastholder et fokus på forebyggelige indlæggelser i vores daglige ledelsesvirke. Der findes samtidig et stærkt element i diskursen om forebyggelige indlæggelser omhandlende, at tiltag for at imødegå forebyggelige indlæggelser skal ske ved at sikre sammenhæng mellem sektorer. Dette sker blandt andet i Sundhedsaftalerne, som Region, Kommuner og Almen praksis er forpligtet til at indgå jf. Sundhedsloven. I Sundhedsaftalerne konkretiseres i fireårige aftaler, hvordan samarbejdet skal foregå. De første sundhedsaftaler kom i 2011 og i Region Hovedstaden er der netop indgået en ny for de kommende fire år (Sundhedsaftale 2019, Region Hovedstaden 2010). I ny forskning om implementering af Sundhedsaftalen for 2015-2018 i Region Hovedstaden peges der på, at det er blevet sværere for den enkelte offentlige organisation, den enkelte sektor og det enkelte politiske niveau at løse aktuelle udfordringer på egen hånd, samt at ledelse af tværsektorielle udfordringer kalder på særligt fokus, for at imødegå barriere og modstand (Seemann 2019).

Det har altså ikke overraskende vist sig at være en vanskelig opgave at arbejde sammen på tværs. Feltet har været genstand for meget opmærksomhed gennem den senere tid, og projekter peger på, hvad det er der skal til, for at lykkes med tværsektorielt samarbejde. I et projekt fra Væksthus for ledelse, som er et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og forhandlingsfællesskabet, peges på behov for særlige ledelsesfokus, hvis man skal lykkes med at

lede opgaver, som går på tværs af sektorer (Væksthus for ledelse 2014). Projektet beskriver, at komplekse samarbejdsrelationer, modstridende mål og interesser, skæve økonomiske incitamenter, silotænkning og enhedsegoisme, kulturforskelle og fagkonflikter og strukturelle barrierer, står i vejen for det gode tværsektorielle samarbejde. Janne Seemann, forsker i tværsektorielt samarbejde, peger på, at integrationen af tværsektorielle samarbejder, skabes i samspil mellem fire forskellige slags situationer: formelle møder, usynligt arbejde, fælleslæringsrum og brug af tværsektorielle koordinationsredskaber. Kun når de gentages over tid lykkes det (Seemann 2019). Der er således meget på spil i feltet vedrørende forebyggelige indlæggelser og tværsektorielt samarbejde.

I et mere teoretisk perspektiv har sundhedsvæsenet gennem de seneste årtier været præget af New Public Management som styringsparadigme, hvor fokus på målinger og præstationer har været herskende (Grøn 2014). I en tværsektoriel kontekst, har målinger af, hvilke diagnoser, der ligger til grund for indlæggelser, dannet baggrund for forståelsen af omfanget af forebyggelige indlæggelser. Sundhedsstyrelsen udgav i 2015 en rapport om forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser for de ældre medicinske patienter, hvor styrelsen definerede hvilke diagnosegrupper, der er hensigtsmæssige at medtage i den kontekst (Sundhedsstyrelsen 2015). Lektor ved CBS Ivar Friis har i en artikel om komplette præstationsmålinger beskrevet, at komplethed medfører, at præstationsmålingerne skal undgå fire forskellige faldgruber, hvoraf en væsentlig faldgrube er, at der ikke er fælles forståelse mellem ledelse og medarbejdere ift. elementerne i målingen (Friis 2010). Samme manglende forståelse er også en faldgrube ledelser imellem og på tværs af sektorer. Endvidere skal der *"være sammenhæng mellem præstationsmålet og organisationens målsætning"* (ibid., p. 395). Friis understreger, at præstationsmålinger bruges til at allokere ressourcer og regulere adfærd hos beslutningstagere, bl.a. ved at øge output af de aktiviteter, som de belønnes af. Relateret til en diskurs om forebyggelige indlæggelser på tværs af sektorer er det en udfordring med Friis' teori, idet den tager udgangspunkt i, at der kun er én principal og én agent. I relation til forebyggelige indlæggelser medfører antallet af aktører, organisationer og fag stor kompleksitet. I forhold til forebyggelig indlæggelser kan man stille spørgsmålstegn ved, om aktørerne på tværs har samme opfattelse. Desuden vil det at skulle skabe fælles forståelse på tværs af sektorer være præget af,

der er flere principaler og agenter, der skal være enige om målsætning, og tværgående er det ikke givet, at denne vil være ens eller om der i stedet er et principalhierarki, hvor en sektor er over en anden.

Et bud på håndteringen af kompleksiteten ved flere aktører er teorien om netværksledelse. I et netværksperspektiv medfører øget usikkerhed om problemet, samarbejde, fagligheder og regler, at strategisk planlægning vanskeliggøres. Der er mange forskellige aktører involveret, og beslutningstagerne har ikke ledelsesretten over alle aktører. Det påpeges, at en forudsætning for at arbejde med udvikling og strategisk planlægning i den offentlige sektor er, at man får indblik i problemet. Først når man har indblik i kompleksiteten i forhold til både problem og løsningsmuligheder, har man mulighed for at vælge ledelsesstrategi til at tilgå problematikkerne (Koppenjan 2004). Brian Head et al har i deres artikel *"Wicked Problems: The Implications for Public Management"* behandlet kompleksiteten ved problemstillinger. Deres hovedpointe er, at der er behov for at ændre den traditionelle tilgang bestående af identifikation, forståelse og håndtering af problemer i den offentlig sektor (Head 2008). I stedet bør en anden problemtilgang anvendes. De inddeler problemer i tre typer; Tame, Wicked og Situations. Her kategoriseres problemer ud fra, om der kendes en løsning på problemet, hvor ansvaret for løsning og problem kan placeres samt hvilken form for indsats en løsning kræver. Problemtyperne kombineres med diversiteten i antallet af implicerede parter i problemstillingen, både i forhold til om deres viden om problemet og konflikter mellem parterne, i forhold til hvilken værdi/interesse de har i problemet (ibid.). Disse problemer kategoriseres som værende "wicked problems" og det anbefales, at den form for problemer håndteres ved at *"achieve sustained behavioural change through collaboration as response til social complexity"* (Head 2008, p. 14).

I problemfeltet omkring forebyggelig indlæggelser er der i den ovenstående litteratur beskrevet multiple problemer og løsninger på tværs af enheder i sundhedsvæsenet. Det er ej heller sikkert, at det der betragtes som et problem i den ene sektor, er anerkendt som et problem i en anden sektor, hvorfor problematikkerne omkring forebyggelige indlæggelser må betragtes som værende "Wicked".

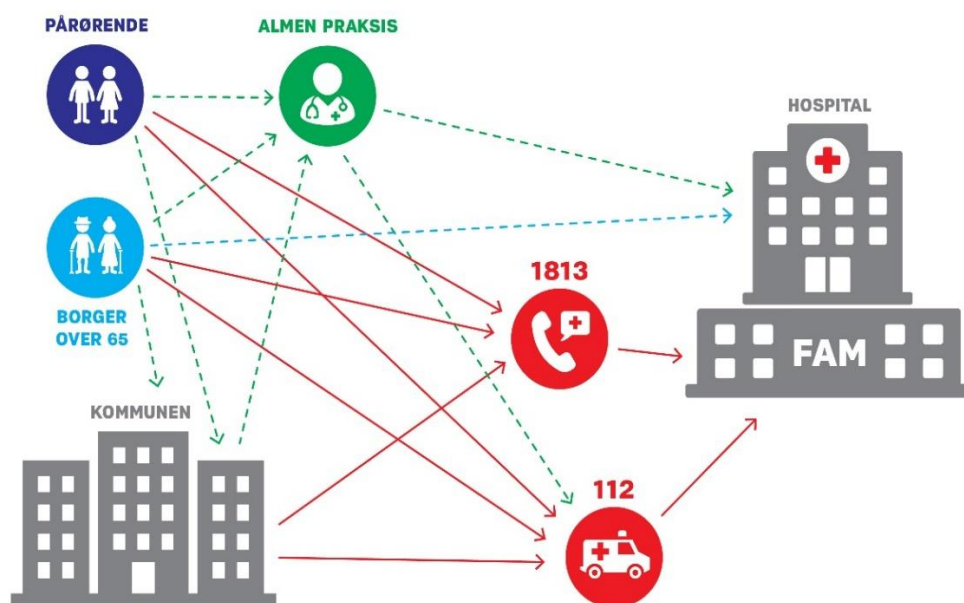
Der er en tydelig italesættelse i litteraturen om behovet for at tilgå problematikker på en anderledes måde end tidligere, samt en erkendelse af, at det at lede på tværs af sektorer, organisationer og fagligheder kræver nye måder at lede på. Samtidig viser ovenstående også, at der i diskursen om forebyggelige indlæggelser er mange konstruktioner af mening om, hvorledes der skal sikres samarbejde og løsning af udfordringerne med forebyggelige indlæggelser. Det er dog ikke på nuværende tidspunkt tydeligt i diskursen hvordan eller om der kobles til disse konstruktioner. Det er ej heller tydeligt, hvordan diskursen påvirker de ledelsesbeslutninger, der træffes, eller hvorfor alle disse tiltag ikke har løst problemerne omkring forebyggelige indlæggelser for borgerne over 65 år. Det leder os frem til en problemformulering.

2. Problemformulering

Hvordan er diskursen om forebyggelige indlæggelser konstrueret, og hvilke betydninger har diskursen i forhold til indlæggelse af borgere over 65 år?

3. Baggrund og afgrænsning

I denne master betragtes en borger som indlagt, når borgeren registreres som indlagt i hospitalets IT-system med en indlæggelseskontakt. Indlæggelseskontakten anvendes også til afregning af KMF og er samtidig også her der sker en kobling til diagnoser, så der er mulighed for datagenerering med kobling mellem indlæggelse og diagnoser. Indlæggelse betragtes som en proces benævnt indlæggelsesprocessen. Indlæggelsesprocessen tager her sit udgangspunkt i at borgeren oplever sygdom og på baggrund heraf selv eller andre på borgerens vegne tager kontakt til praktiserende læge, 1813 eller 1-1-2. I få tilfælde møder borgeren op i akutmodtagelsen uden forudgående kontakt til egen læge eller 1813/1-1-2, hvilket betragtes som selvhenvendelse. De er ikke medtaget her. Når borgeren efterfølgende nævnes i denne master, er det implicit, at det er borgere over 65 år, idet det er den aldersgruppe masteren omhandler. Vejene til indlæggelse på hospitalet er desuden mange og kan involvere flere aktører. Som indledende illustration er dette skitseret i nedenstående figur 1.



Figur 1: Indlæggelsesprocessens forskellige veje

De røde linjer i figur 1 viser de indlæggelsesprocesser, som er fokus i masteren. De stiplede linjer skitserer de øvrige mulige processer, som kan føre til en indlæggelse, men som ikke medtages i empiri og analyse. Baggrunden er, at de ligger uden for organisationerne vi er en del af og undersøger. Det antages at afgrænsningen ikke har væsentlig betydning for de fund, som empirien vil vise, da 1813 er almen praksis, når almen praksis har lukket og har samme muligheder for at håndtere forløbene som almen praksis fraset konsultationen foregår på hospitalet og ikke i en klinik. Almen praksis skal være tilgængelig via telefon eller konsultation hverdage fra kl. 8-16 (Danske Regioner 2007, p. 19). I det øvrige tidsrum kan 1813 kontaktes ved akut sygdom. 1813 er ligesom 1-1-2 tilgængeligt hele døgnet hjælper også borgere i tidsrummet 8-16. Hele døgnet medtages derfor tidsmæssigt, da der samtidig i diskursen om forebyggelige indlæggelser ikke skelnes mellem hvornår på døgnet en indlæggelse finder sted. Afgrænsningen omhandler således udelukkende almen praksis og ikke tidsrum. I processen kan forskellige aktører være involveret på forskellige tidspunkter og flere gange, før en indlæggelse bliver aktuel. I figur 1 er kun vist processen som ender med en indlæggelse. Den skitserer ikke kontakter mellem aktørerne på tværs inden en indlæggelse.

En anden væsentlig ramme er, at undersøgelsesfeltet ikke begrænses til Sundhedsstyrelsens definition af forebyggelige diagnoser, men der ses på hvordan der er fokus på forebyggelige indlæggelser gennem indlæggelsesprocessen. Dette er for at minimere risikoen for de blinde pletter en diagnoseafgrænsning kan give i forhold til diskursen om forebyggelige indlæggelser. Sundhedsstyrelsen har i terminologien for forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed defineret forebyggelse som:

"sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden" (Sundhedsstyrelsen 2005, p. 14).

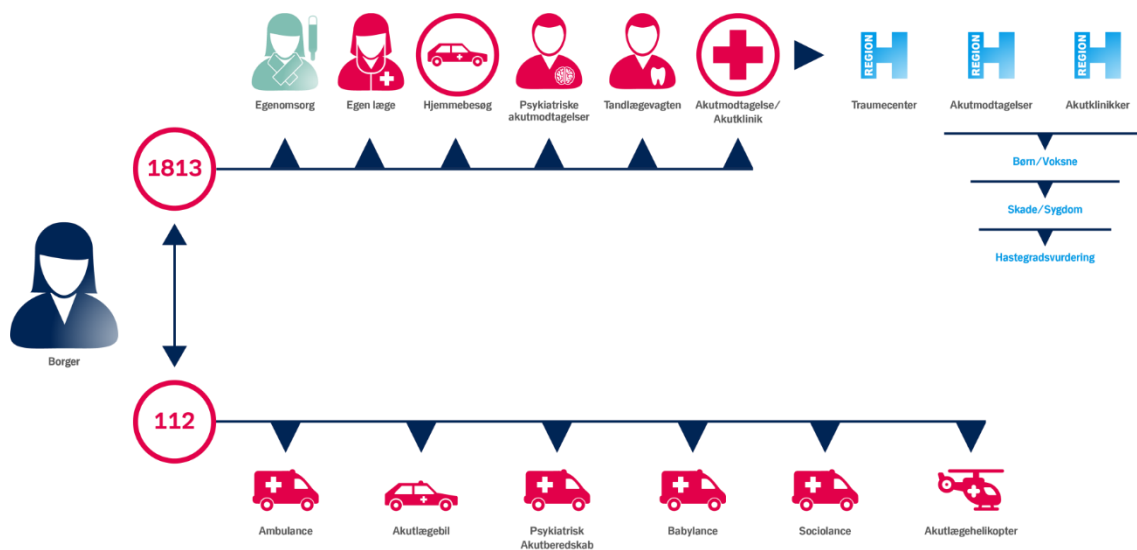
Definitionen er ikke klar ift. hvornår noget ikke længere er forebyggeligt. Forebyggelse kan betragtes som en aktivitet, der foregår før en sygdom overhovedet opstår. Her menes fx forebyggelse af sygdom gennem rådgivning og oplysning om kost, rygning, alkohol og motion (Nationale råd om folkesundhed 2006). Sundhedsstyrelsens tilgang til forebyggelige indlæggelser viser imidlertid også, at forebyggelse betragtes som et element i den akutte fase af et sygdomsforløb. Det fremgår af:

"At indlæggelser (med disse diagnoser) er forebyggelige vil sige, at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats. At en indlæggelse med lungebetændelse er forebyggelig betyder imidlertid ikke, at tilstanden ikke er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor borgeren indlægges. Det betyder, at det i nogle tilfælde vil være muligt for kommunen at opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende. Det betyder heller ikke, at alle forebyggelige indlæggelser kan forebygges (Sundhedsstyrelsen, 2015, p.4)

Indlæggelsesprocessen beskrives i det efterfølgende ud fra de involverede aktører og deres rolle i processen, samt hvor det indledningsvist antages, at der er mulighed for forebyggelse af en indlæggelse.

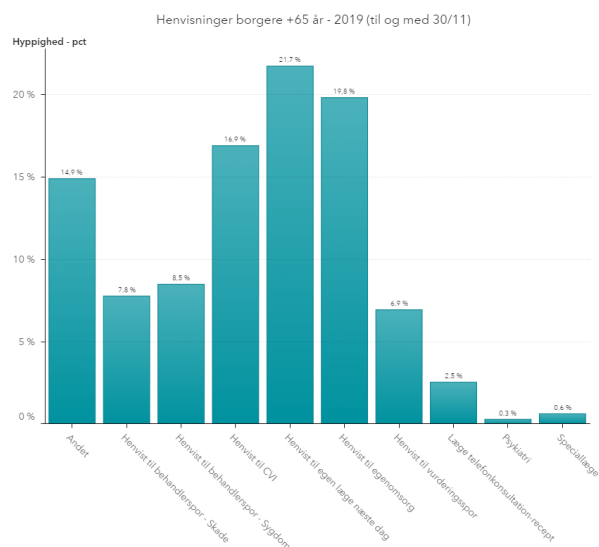
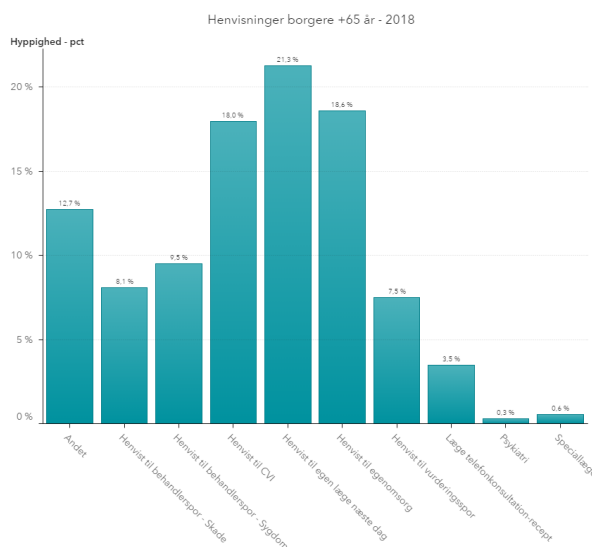
Udgangspunktet i indlæggelsesprocessen for borgere over 65 år er når en borger, pårørende eller fagpersonalet i en kommune har mistanke om sygdom. Ved denne mistanke opstår i

princippet en potentiel indlæggelse og dermed mulighed for at forebygge en indlæggelse. Hvornår borgeren, pårørende eller fagpersonale i kommunen involverer 1813 eller 1-1-2 beror på deres egen vurdering af situationen ud fra viden, kultur, erfaringer osv. Sundhedsstyrelsen har her særligt fokus på forebyggende indsatser for tidligt at opspore begyndende sygdom hos de borgere, som har en kontakt til kommunen, fordi de er bosat på plejehjem, opholder sig på en midlertidige døgnplads eller har hjemmesygepleje eller hjemmehjælp. Her forventes det, at det kommunale personale gennem validerede værktøjer kan bidrage til at forebygge en indlæggelse (ibid, p. 8). De øvrige borgere skal selv foretage vurderingen. 975.000 borgere kontakter årligt 1813 og 126.000 har kontakt til 1-1-2. 1-1-2 og 1813 har en række henvisningsmuligheder, som ses nedenfor i figur 2. 1813 og 1-1-2 er integrerede enheder i Akutberedskabet, og der kan derfor anvendes de samme henvisningsmuligheder i begge enheder.

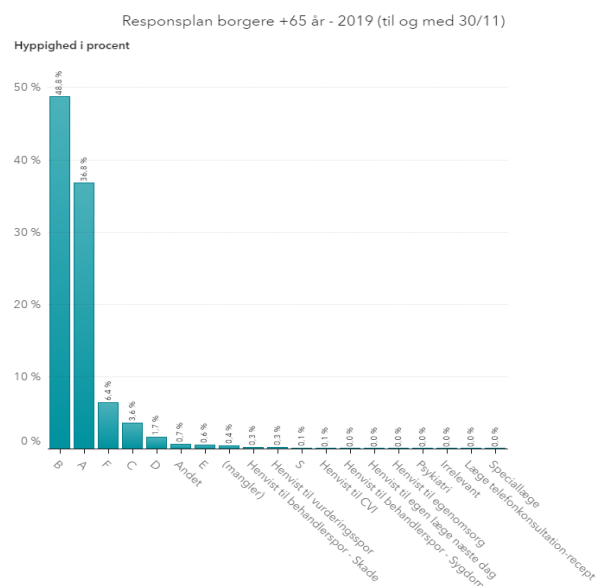
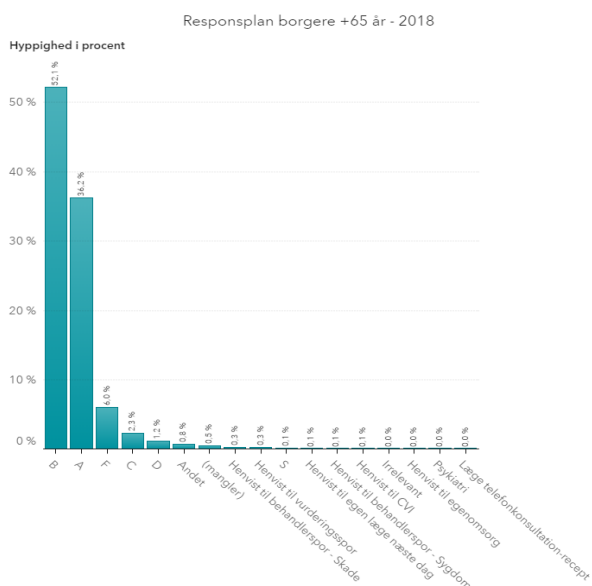


Figur 2: Henvisningsmuligheder for 1813 og 1-1-2 i Region Hovedstaden

Af de i alt 1.1 million opkald til 1813 og 1-1-2 i 2018 udgør opkald vedr. borgere over 65 år ca. 20% af de samlede antal opkald svarende til 226.280 opkald. 84.500 af dem var til 1-1-2. I 2019 til og med november har der været 213.345 opkald vedr. borgere over 65 år. I tabel 1 vises fordeling af henvisning der er anvendt ved opkald om borgere over 65 år til 1813 og i henholdsvis hele 2018 og til og med november 2019. I tabel 2 vises samme fordeling ved opkald til 1-1-2. Bogstaverne A-D er ambulancekørsler.



Tabel 1: Henvisninger fordelt i procent for borgere over 65 år ved kontakt til 1813



Tabel 2: Henvisninger fordel i procent for borgere over 65 år ved kontakt til 1-1-2

Tabel 1 viser en lille stigning i anvendelsen af henvisningskategorien andet på to procentpoint. Det skyldes primært en øgning i anvendelsen af kommunale akutfunktioner, som gennem 2019 er blevet etableret i Region Hovedstadens 29 kommuner, sammenholdt med en indsats på 1813 og 1-1-2 for at få denne henvisningsmulighed implementeret. 1-1-2 er hovedsageligt akutte

forløb, hvor der sendes en ambulance og forebyggelseselementet er derfor ikke stort ift. 1813. Ses der imidlertid på 1813 er henvisning til hospitaler i perioden faldet med 2 %. Det drejer sig om henvisning til skade, sygdom, CVI og vurdering, som samlet set i 2018 står for 43,1% af henvisningerne på 1813, mens det i 2019 indtil videre er 40,1%. Der er altså i perioden fra 2018 og til og med slutningen af 2019 sket en mindre ændring af henvisningerne. Hvis vi sammenligner 1813 tal fra 2018 og 2019 med antal henvisninger afgrænset til og med november, så har der i 2018 været i alt 125.940 forløb mod 136.183 i 2019. Det betyder det samlet antal forløb, som er henvist til et forløb på hospitalet, har været 54.280 borger i 2018, mens det i 2019, har været i alt 54.609. Der er altså ikke et praktisk fald i antallet af borgere, der er henvist til hospital. Det er stabilt trods et stigende antal opkald til 1813 i 2019.

Lægerne og sygeplejerskerne ved 1813 skal sammen med borgeren, pårørende eller fagpersonalet afklare hvilken henvisningsmulighed, der anvendes i den konkrete situation. Medarbejderne ved 1813 har derfor en central opgave i at afdække, om den situation, som beskrives i telefonen, kræver kontakt til et hospital eller ej. Alle øvrige henvisninger end kontakt til et hospital, kan betragtes som potentielle forebyggende indsatser i den akutte fase. Det kan f.eks. være, at 1813 initierer opstart af behandling for sygdom via et hjemmebesøg ved en læge fra 1813, eller at en kommunal akutfunktion kontaktes for at afdække borgerens tilstand i hjemmet og derigennem sikre, at der bliver taget hånd om borgerens tilstand hjemme eller via en kommunal enhed.

For en dybere forståelse af hvad en kommunal akutfunktion er, skal her tages udgangspunkt i den fælles kommunale akutfunktion for Herlev, Ballerup og Furesø Kommune. Akutfunktionen har modtaget 256 opkald vedrørende borgere over 65 år fra 1813 eller 1-1-2 i de første 3 kvartaler af 2019, hvilket udgør 14% af opkaldene til funktionen. Akutfunktionen kan udover 1813, kontaktes af alle kommunale enheder, alment praktiserende læger og hospitalet. Samtidig kan sygeplejerskerne i akutfunktionen ved behov for lægefaglig vurdering og håndtering af en borgers sygdom kontakte 1813 udenfor almen praksis åbningstid. I tabel 3 ses fordelingen af henvisninger til akutfunktionen fordelt på samarbejdspartnere i 2019. Potentielt kan akutfunktionen forebygge en indlæggelse, hvis de kontaktes om en borger.

	Ballerup	Furesø	Herlev	Hovedtotal	Hovedtotal i pct.
1813	122	68	73	263	14,11%
Andet	11	13	10	34	1,82%
Bosted	80	6	58	144	7,73%
Hjemmesygeplejen	105	69	62	236	12,66%
Hospital	50	44	18	112	6,01%
Plejecenter	209	88	123	420	22,53%
Prak. Læge	309	214	132	655	35,14%
Hovedtotal	886	502	476	1864	100,00%

Tabel 3: Henvendelser fra samarbejdspartnere SHS akutteam egne database tredje kvartal 2019

Endelig er der hospitalet, og her tages udgangspunkt i Herlev Gentofte Hospital. I 2018 havde akutmodtagelsen ca. 76.000 kontakter med borgere over 65 år. Heraf blev de 41.000 indlagt svarende til 53 % af alle kontakter. I de øvrige 35.000 kontakter blev borgeren ikke indlagt, men tilset af en læge i akutmodtagelsen, inden borgeren blev afsluttet. Herlev Gentofte Hospitals akutmodtagelse varetager altså i gennemsnit forløb for 194 borgere over 65 år i døgnet.

I akutmodtagelsen arbejdes der ud fra faste procedure og vejledninger. Borgerne henvises i forskellige spor; sygdomssporet, skadesporet, vurderingsspor. Hertil kommer dem med ambulance eller visiteret via en central visitation. Borgerne triageres, som er en metode det sundhedsfaglige personale anvender, når de skal vurdere, hvor akut en patients tilstand er. Derefter foretages prøver og undersøgelser og det i nogle forløb inden borgeren tilses af en læge. Lægen vurderer om borgeren skal indlægges eller kan afsluttes. Hvis en borger indlægges i akutmodtagelsen, forbliver langt de fleste i akutmodtagelsen til yderligere observation og undersøgelser, som den indlæggende læge har ordineret, indtil de er tilset af en læge igen, som vurderer om borgeren kan udskrives eller skal indlægges på en specialafdeling. Hospitalet har således også en rolle i at forebygge indlæggelser, idet kun de borgere, som har behov for yderligere udredning og afklaring samt behandling har behov for indlæggelse, mens en væsentlig del kan afsluttes uden indlæggelse efter afklaring. Borgere der afsluttes uden en indlæggelse,

har dog fået fortaget undersøgelser og evt. prøver samt er tilset af både sygeplejerske og læge inden de går hjem igen. Afklaring er således et centralt element i forebyggelse af indlæggelser i hospitalsregi ligesom i både 1813, 1-1-2 og kommunalt regi.

4. Metode og metodologi

4.1. Forskningstype og metodologi

Hovedformålet i problemformuleringen er, at skabe en øget forståelse af diskursen om forebyggelige indlæggelser. Gennemgående anvendes der en forstående forskningstype. Forskningstypen anvendes i to henseender. Dels til en teoretisk analyse af empirien bestående af interview og casestudier, dels til en åben analyse af empirien. Samlet søger vi en viden baseret på den udforskedes perspektiv i både interview og casestudier (Launsø 2011). Der anvendes både en induktiv og en deduktiv tilgang, i det der i dele af analysen tages et teoretisk udgangspunkt, mens der i andre dele af analysen tages et empirisk udgangspunkt. Analysen kan derfor betragtes som en proces mellem egne og teoretiske forudsætninger og konklusioner. Metodologisk er vores forforståelse en udfordring, da vi er en del af sundhedsvæsenets samlede forforståelse, og dermed også i endnu højere grad af vores egne organisationers forforståelse. Det indebærer den risiko, at vi leder efter data, der bekræfter den forforståelse, vi allerede har. Det er derfor nødvendigt med et teoretisk perspektiv på analysen, for derved at forebygge blinde pletter ved at undersøge egen organisation (Ibid.).

Sammenholdt med forskningstype skal også kort belyses den metodologiske baggrund. Metodologi forstås her som metodelære, hvorfor valg af metode indebærer en række metodologiske overvejelser (Collin 2006, Gregersen 2006). Det indikeres i indledningen og baggrunden samt problemformuleringen, at begrebet forebyggelige indlæggelser anskues som konstrueret, og at der søges viden om forebyggelige indlæggelser gennem både interview og casestudier. Desuden medfører problemformuleringen, at der ved at se på betydningen af diskursen også skal ses på det dialektisk samspil med de sociale og kulturelle vilkår, der omgiver feltet. Her afgrænses vilkårene desuden af, at de anskues fra et ledelsesmæssigt perspektiv. Samtidig er fokus på organisationerne og ikke det enkelte individ. Fokus er på, hvordan organisationerne i feltet konstrueres af diskurserne og hvilken indvirkning det har. Grundlæggende er der således tale om et organisationsperspektiv og ikke et individperspektiv.

Det metodologiske grundlag for masteropgaven er på baggrund heraf i sit udgangspunkt socialkonstruktivistisk. Med socialkonstruktivisme menes grundlæggende, at menneskelig erkendelse og videnskab ikke er en spejling af virkeligheden, men formes af sociale kræfter (Collin 2006). Det skal her kort bemærkes, at der er tale om en bred og moderat form for socialkonstruktivisme.

Socialkonstruktivisme kan inddeles i to former for konstruktivisme. Den ene form er erkendelsesteoretisk konstruktivisme, ifølge hvilken viden eller videnskab konstrueres af de samfundsmæssige processer. Dvs., at viden om forebyggelige indlæggelser er konstrueret af en række samfundsmæssige processer. Den anden form er ontologisk konstruktivisme, ifølge hvilken visse aspekter af selve virkeligheden er samfundsmæssigt skabt. F.eks. race- og kønsforskelle. Erkendelsesteoretisk konstruktivisme og ontologisk konstruktivisme står ikke som to modpoler inden for socialkonstruktivismen, men er koblet sammen i en version, der finder, at *"samfundsmæssigt konstrueret "viden" eller overbevisning virker tilbage på den virkelighed, der i første omgang har formet den selv"* (Collin 2006, p. 251, afs. 3, ln. 4-6). Udsagnet kan eksemplificeres med et tænkt eksempel: Hvis det i sundhedsvæsenet bliver almen viden, at sygeplejersker, der skifter fra virke i hospitalsregi til virke i kommunalt regi, mister kompetencer, så behandles sygeplejersker i overensstemmelse hermed. En konsekvens heraf er, at aktørerne inden for professionen, i dette tilfælde sygeplejerskerne, tænker det samme om sig selv, hvorved de mister kompetencer.

Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk grundlag har ikke undgået kritik, og dele af denne skal her medtages med henblik på forbehold herfor. Centralt i kritikken af socialkonstruktivismen er, at den ikke er anvendelig til afgørelse af, hvad der er rigtigt og forkert. Resultater af analyser baseret på socialkonstruktivisme er ofte kritiseret for blot at udgøre en "historie" om udsnittet af den virkelighed, der analyseres (Collin 2006). Ydermere kritiseres socialkonstruktivismen for ikke at være i stand til at vise, hvad der er godt og dårligt. Kritikken er især fremhævet i diskussioner om politiske forhold, men findes også relevant at belyse kort her med henblik på at foregribe kritik af indholdet i analyse og diskussion. Kritikernes synspunkt er, at forhold, der udpeges som relevante for forandring, ikke udtrykker andet end analytikerens,

i dette tilfælde vores egen, vilkårlige holdning. I tråd hermed er socialkonstruktivismen karikeret udlagt til, at "virkeligheden er, som man siger, den er" (Jørgensen 2006). Kritikken af socialkonstruktivismen finder vi imidlertid ikke rammer nærværende master væsentligt pga. baggrunden for masterens problemstilling. Formålet med problemstillingen er ikke redegørelse for og afklaring af, hvad der er rigtigt eller forkert, godt eller dårligt i forhold til forebyggelse af indlæggelser. Fokus er derimod på sammenhænge og betydninger i feltet forebyggelige indlæggelser.

4.2. Proces – vejen mod empiri og teori

I processen mod at undersøge forebyggelige indlæggelser startede vi i gruppen ud med dels en nysgerrighed på området, men også en række uenigheder om hvad der er på spil i feltet. Tre forforståelser gav mange drøftelser, og det gik op for os, at vi trods godt kendskab til hinandens organisationer langt fra havde samme perspektiver på forebyggelige indlæggelser. Dog var en fælles forståelse, at der var behov for at afprøve nye samarbejdsformer på tværs af vores organisationer for bedre at løse opgaven med forebyggelige indlæggelser. Dette også for at få en fælles forståelse af, hvad forebyggelige indlæggelser er ud fra vores perspektiv forstås. På baggrund heraf var første procesplan at studere praksis gennem tre interviews, og efterfølgende foretage en intervention indenfor aktionsforskningens rammer. Det teoretiske udgangspunkt var styringsteori, da vi var optaget af hvad der styrer os i feltet forebyggelige indlæggelser. Imidlertid viste interviewene, at feltet forebyggelige indlæggelser var mere komplekst end vi antog, og fraværet af entydighed gjorde, at vi måtte fravige planen om intervention, da der var behov for at studere praksis nærmere. Med interviewene erfarede vi også, at der ikke kun var sociale kræfter på spil, men også et meningsperspektiv. Styringsperspektivet kom til gengæld ikke rigtig i spil. Det førte til valget af at studere praksis nærmere gennem casestudier og anvende teori om meningsskabelse. I nedenstående afsnit beskrives derfor de empiriske valg interview og casestudie samt den valgte teori kritisk diskursanalyse og meningsskabelse mere indgående.

4.3. Empiri

Empirisk består denne master af to dele. Dels interview, dels casestudier. Nedenfor er beskrevet, hvordan disse to dele metodemæssigt er genereret.

4.3.1. Interview

Hovedformålet metodemæssigt er, som beskrevet i afsnit 4.1., at skabe en øget forståelse af diskursen om forebyggelige indlæggelser gennem den udforskede perspektiv og betydningen heraf. Den ene del af dette perspektiv søges opnået gennem interview af tre ledere i hver vores organisation. Metoden, der er valgt, er semistrukturerede interviews, da det er en måde at konstruere mening på (Launsø 2011). Med interviewene søger vi at få mere viden om betydningen af forebyggelige indlæggelser som begreb, og om der på tværs af organisationer er samme forståelse ledelsesmæssigt, når der tales om forebyggelige indlæggelser. Samtidig ønsker vi også at få viden om den betydning, forebyggelige indlæggelser har for de ledelsesbeslutninger, der træffes, og endelig om vi på tværs af organisationer ledelsesmæssigt indenfor diskursen om forebyggelige indlæggelser grundlæggende er enige om, hvad problemet er.

Vi er på baggrund af afsnit 1 og 3 af den overbevisning, at der savnes viden om diskursen om forebyggelige indlæggelser i en ledelsesmæssig kontekst, hvorfor vi søger at producere ny viden herom. Samlet set betyder det, at vi *”vil indfange, hvordan mennesker beskriver, opfatter, konstruerer mening og udtrykker deres forståelse af dem selv, deres erfaringer og deres omgivelser”* (Launsø 2011, p. 138, ln. 13-15). Det er derfor vigtigt, at vi har fokus på, hvordan vi designer interviewguiden, og hvordan vi etablerer bedst mulige vilkår for, at interviewet kan give den nødvendige viden (Justesen 2010).

Det er valgt at gennemføre tre semistrukturerede interviews med tre ledere i sundhedsvæsenet, som repræsenterer de tre organisationer, vi selv er en del af; hospital, kommune og Akutberedskabet. Det er derfor følgende:

- En ledende overlæge for det akutmedicinske område, Herlev og Gentofte Hospital, mand, 65 år
- En centerchef i Center for Social og Sundhed, Ballerup Kommune, kvinde, 62 år
- En vicedirektør i Akutberedskabet, Region Hovedstaden, kvinde, 60 år

For at opnå den viden der søges, skal vi være nysgerrige og åbne ift. de interviewedes perspektiv på diskursen om forebyggelige indlæggelser og deres ledelsesmæssige ageren i denne kontekst. Det er baggrunden for valget af en semistruktureret interviewform, som vi baserer på tilgangen i Justesen et al (Justesen 2010).

En semistruktureret interviewguide er udarbejdet og vedlagt som bilag 1. Der er således defineret en række temaer og hovedspørgsmål på forhånd, men samtidigt rum til afvigelser, hvis interessante og relevante temaer kommer i spil. Guiden anvendes i alle tre interviews, og de samme åbne spørgsmål stilles for at sikre refleksioner over temaer fra alle tre interviewede. Interviewene inddeles samtidig i tre faser; indledende, uddybende og afsluttende (Hermanowicz 2002). Interviewguiden er testet på to personer i de tre organisationer med henblik på, om spørgsmålene er til at forstå, om spørgsmålene opleves relevante og om der er forslag til øvrige spørgsmål. Herefter er spørgsmålene tilpasset. Der søges derved opnået en både eksplorativ tilgang med ny vidensgenerering, men også sikring af viden om en række fastlagte temaer. Da den metodologiske tilgang er socialkonstruktivistisk, er målet at *"producere viden, der viser den kompleksitet, flertydighed og ustabilitet, som kendetegner den sociale verden"* (Justesen 2010, p. 66, ln. 11-12). Derved får konteksten for interviewene også væsentlig betydning. Interviewguidens opbygning og spørgeteknikkerne, der anvendes, skal således inddrages i analysen såvel som lokalitet og interviewpersonernes fysiske ageren under interviewet. Der er derfor udarbejdet observationsskema vedlagt som bilag 2 til interviewene. Desuden har den metodologiske tilgang også betydning for interviewerens rolle, da der i modsætning til det fænomenologiske perspektiv, hvor der søges indlevelse og empati i interviewsituationen mere vil være fokus på åbne spørgsmål og afdækning af kompleksiteten.

Konkret deltager to af os, som ikke kommer fra den interviewedes organisation, i hvert af interviewene. Det vil sige, at i interviewet af den kommunale leder, deltager gruppemedlem fra Akutberedskabet og hospitalet etc. Dette for at minimere påvirkningen af svar fra interviewede ved tilstedevær af intern leder, samt at skabe bedst mulige vilkår for nysgerrighed og åbenhed fra interviewer og dermed fokus på åbne spørgsmål og kompleksitetsafdækning frem for indlevelse og empati. De interviewede accepterede deltagelse efter kort præsentation fra egen mellemlider med efterfølgende mail om detaljer 14 dage før interviewet fandt sted. Interviewet

afholdtes på lederens kontor eller i vante omgivelser i deres organisation med henblik på at skabe de bedste betingelser og tryghed. Alle tre interviews blev optaget og grovtransskriberet af os selv, da det talte sprog også fortolkes, når man transskriberer hvorved processen også bidrager aktivt til analysen (Jørgensen 2006). I bilag 3 er lydfilerne fra de tre interviews vedlagt, men der er i de udvalgte citater påført placering ift. grovtransskribering af hensyn til vores overblik.

4.3.2. Casestudier

En anden metode, til at skabe øget forståelse af diskursen om forebyggelige indlæggelser og betydningen heraf gennem den udforskede perspektiv, er casestudier. Casestudier anvendes ofte til undersøgelser af sociale delsystemer som fx organisationer. Grundlæggende har begrebet case baggrund i det latinske *casus* og *cadere*, hvilket betyder en begivenhed, et tilfælde og det, der sker (Andersen 2006). Metoden er samtidig anvendelig som strategi til forståelse af komplekse tilfælde i deres helhed og dermed også komplekse sociale processer. Komplekst tilfælde skal her forstås som tilfælde, hvor input og output ikke med den aktuelle viden vi har, kan forstås og sammenhænge relateres (Launsø 2011). Det er netop tilfældet med diskursen om forebyggelige indlæggelser jf. afsnit 1 og 3, hvorfor casestudiet findes anvendeligt til at vidensgenerering betydningen af diskursen. Casestudierne gennemføres i denne kontekst som multiple casestudier, idet der indgår flere organisationer. Der kan argumenteres for, at sundhedsvæsenet kan betragtes som en samlet organisation, men da vi netop har vist, at sundhedsvæsenet som samlet hele er præget af en lang række forhold, der taler for at betragte det som flere organisationer i organisationen, findes det relevant at betegne casestudiet som multipelt.

Endelig gennemføres casestudierne som både et kvalitativt og et kvantitativt studie. Dels gennemføres der interviews af de involverede parter, og der foretages observationer. Dels anvendes kvantitative data omkring de forløb, der studeres. Casestudier indebærer en fleksibilitet, da der tillades åbenhed overfor nye informationer, som ikke var overvejet ved projektets start. Casestudierne vil således give os en unik mulighed for at sammenkoble kvalitative og kvantitative data, men også bidrage med perspektiver, der ikke var overvejet tidligere i projektprocessen. Denne multiple anvendelse af flere dataindsamlingsmetoder helt

virkelighedstæt medfører et datasæt præget af høj autencitet og dermed også en afspejling af kompleksiteten i feltet (Launsø 2017).

Casestudierne gennemføres ved, at vi studerer konkrete borgerforløb, hvor borgere er indlagt i en akutmodtagelse. Studiet gennemførtes på en hverdagsaften og en søndag, hvor det er 1813 og 1-1-2, der visiterer borgerne ved akut opstået sygdom. En hverdagsaften og en søndag er valgt, da det er repræsentativt ift. inklusion af forløb idet både hverdag, aften, weekend og dag er medtaget. Der inkluderes kun borgere over 65 år. Casestudierne gennemførtes ved, at to af os var i Akutmodtagelsen på Herlev Hospital, mens den tredje var på 1813/1-1-2. Caseforløbene blev inkluderet ved udvælgelse på Herlev Akutmodtagelse, hvorefter der blev taget kontakt til den af os, der var på 1813/1-1-2, som derved kunne konfirmere om forløbet var visiteret via 1813/1-1-2. Herefter blev der på Herlev Akutmodtagelse indhentet samtykke til interviewdeltagelse af borgeren. Casestudiet blev gennemført på baggrund af en semistruktureret casestudieguide, som er vedlagt i bilag 4. Casestudieguidens fokus punkter blev fundet og udarbejdet ved gennemlytning af de tre lederinterview samt med udgangspunkt i deres egen organisatoriske forståelse af indlæggelsesprocessen.

Sammenholdt bestod casestudiet af følgende dele:

- Gennemgang af journal på Akutmodtagelsen og 1813/1-1-2
- Interview af borger hvis muligt
- Interview af involveret læge og/eller sygeplejerske på Akutmodtagelsen hvis muligt
- Observationer af forløbet på Akutmodtagelsen
- Telefoninterview med medarbejder i kommune
- Interview af involveret læge og/eller sygeplejerske på 1813/1-1-2
- Gennemlytning af samtaler i det enkelte forløb på 1813/1-1-2

Interview og observationer blev gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide samt fokuspunkter for observationerne. Samtlige interviews blev optaget og efterfølgende transskriberet af os selv. Desuden blev alle observationer renskrevet, hvorved der til hver case i casestudiet blev lavet en fuld casebeskrivelse til videre analyse. Centralt er, at forhold i omgivelserne også medtages, da de i casestudietilgangen antages at have betydning for tilfældet

der studeres. Endvidere blev en række kvantitative data samlet i et dataoverblik. Disse er vedlagt i bilag 6. Samlet set blev der gennemført 23 casestudier. Det var ikke på forhånd besluttet, hvor mange casestudier, der skulle gennemføres, men metoden der blev anvendt, var datamætning forstået således, at når ikke der umiddelbart fremkom mere ny viden, men de inkluderede forløb bekræftede allerede fundne observationer og udsagn, stoppede inklusionen. Casestudierne medtages i denne opgave i analysen, hvor hver case er beskrevet i struktureret oversigtsform.

4.3.4. Metodekritik – interview og casestudier

Metodekritisk kan der ift. interviewempirien tages udgangspunkt i kvalitetskriteriet refleksivitet, som inden for socialkonstruktivistiske metodediskussioner ofte er et omdrejnings- og kritikpunkt (Justesen 2010). En relevant metodekritik er, at vi vælger at foretage interview i et undersøgelsesfelt, som vi selv er en del af og dermed udgør en væsentlig risiko for bias i vores interview, grundet vores forforståelse. Vi er derfor nødt til at medtænke kvalitetskriteriet refleksivitet, hvilket medfører, at vores refleksioner skal lægges åbent frem, men også at vi reflekterer over, hvad vores egen position og erfaring har af betydning ift. analysen. Dette aspekt medtages i diskussionen. Endelig er en relevant metodekritik ift. interviewene, at de blev foretaget tidligt i masterprocessen. Vi var således på daværende tidspunkt forsat delvist i en afklarende fase, hvilket spørgeguiden bærer præg. Temaet styring var stadig med i overvejelserne på tidspunktet for udarbejdelsen af interviewene. Det kan derfor anføres, at interviewene ikke var fokuseret nok ind på den endelige problemformulering, men samtidig bidrog interviewene også til afgrænsning af denne, hvorfor der er draget nytte af den tidlige proces i anden sammenhæng.

I forhold til casestudierne kan det metodekritisk hævdes, at de grundet det relativt lave antal forløb, der studeres, ikke kan bære generalisering. Det er dog fremført, at metoden godt kan anvendes til generalisering, hvis en række kvalitetskriterier er opfyldt. Casestudierne skal være beskrevet så godt muligt, hvilket her søges opfyldt gennem fuld transskription af interview og observationer, så der sikres høj grad af mulighed for i analysen induktivt at kunne udlede generel viden (Andersen 2006). Samtidig har antallet af cases relevans, hvorfor der er gennemført 23 casestudier og været fokus på at sikre nok cases, indtil der ikke fremkom yderligere ny viden. Vores egen rolle er også relevant at medtage. Samme metodekritik som ved interviewene, kan

rejses her, idet vi undersøger et felt, som vi selv er en del af. Som Launsø et al skriver, så er vi *”modsat et randomiseret eksperiment, hvor det er forskeren, der forudskikker det rum, der skal handles i, er forskeren i casestudier udleveret til sit undersøgelsesfelt”* (Launsø 2017, p. 100, afs. 2, ln. 1-3). Kritikken medfører samme krav til refleksivitet som ved interviewene, hvorfor dette også skal medtages i både analyse og diskussion. Endelig kan det metodekritiske blik rettes mod os selv. Vi er novicer udi at gennemføre interview og casestudier, hvilket indebærer en risiko for manglende stringens i anvendelsen af interview- og caseguide, da vi lærer samtidig med vi gennemfører. Samtidig har vi ikke med den valgte metode, hvor vi interviewer på skift, kunne anvende erfaringerne som interviewer fra interview til interview. Det kan fremføres, at det kunne være imødekommet med et mindre pilotinterview, hvor vi alle havde testet guiden i fællesskab frem for individuelle test, men en væsentlig proces i denne master er også at drage læring ift. anvendelse af metoder, samtidig med vi netop har en styrke i, at vores forskellige perspektiver kan bibringe mere nuancerede data.

4.4. Teori og begreber

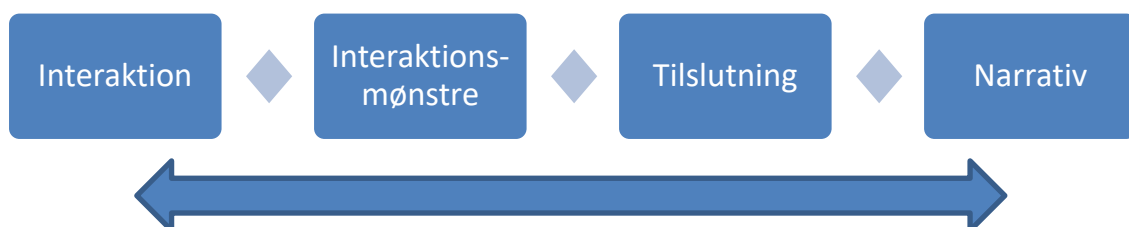
Det metodemæssige formål var at skabe en øget forståelse af diskursen om forebyggelige indlæggelser og betydningen heraf. Den ene teoretiske ramme er således diskurs, mens der som anden teoretisk ramme anvendes teori om meningsskabelse. Baggrunden er, som nævnt i afsnit 4.2. om processen mod teori og metode, at interviewene indikerede en mangel på entydighed i meningsskabelsen. Teori om meningsskabelse anvendes derfor både på baggrund heraf, men også for at sikre en teoretisk ramme, der kan sikre vores forforståelse, ikke bliver det herskende i analysens fortolkninger. Samtidig kan teori om meningsskabelse bidrage til en dybere forståelse af de konstruktioner, der sker i diskursen, da meningsskabelse også har fokus på sociale processer. Teorien anvendes både til eksplicitering af begreberne meningsskabelse og diskurs, som beskrives i afsnit 4.4.1 og 4.4.2, mens det i afsnit 4.4.3 opsummeres, hvordan de sammenkobles i analysen.

4.4.1. Meningsskabelse

Forståelsen af begrebet meningsskabelse er i denne master grundlæggende lig organisationsteoretikeren Karl Weicks, hvor individer løbende forsøger at få de indtryk, som de møder og står overfor til at give mening indenfor deres egen kognitive ramme. Weick selv har

ikke placeret sig indenfor en videnskabsteoretisk retning, men meningsskabelse er i Weicks perspektiv en social proces, der ikke kan foretages uafhængigt af omgivelserne. Samtidig indeholder Weicks meningsskabelsesbegreb en dialektik, hvor individerne søger stabilitet gennem meningsskabelse ved at efterrationalisere begivenheder de står i, men at de samme begivenheder samtidig er med til at omforme deres forståelse af verden (Weick 2001). Den konstruktion der sker i meningsskabelsen, virker således tilbage på den virkelighed, der til en start formede den selv, hvorfor Weick for en væsentlig del kan siges at være socialkonstruktivistisk i sin tilgang, og meningsskabelse i et Weick perspektiv derfor har sammenhæng med det videnskabsteoretiske grundlag for denne master.

Weicks teori om meningsskabelse er imidlertid svær at operationalisere, samtidig med teorien har et stærkt individfokus, hvor vi har et organisationsfokus, hvorfor der her som teoretisk analysegrundlag anvendes Hernes et al's meningsskabelsesproces, der bygger på Weicks teori og for en væsentlig del trækker på Weicks begrebsapparat. Dermed vil Weicks teoriapparat også blive delvist anvendt. Processen er gengivet i figur 3:



Figur 3: Elementerne i meningsskabelsesprocessen (Hernes 2018)

Centralt i Hernes meningsskabelsesproces er, at der lægges vægt på narrativer som vigtige drivere i kollektiv meningsskabelse, men det væsentligste er, at begrebet "meningsskabelse" viser "*hvordan fortolkning og handling knyttes sammen i sociale processer, og hvordan meningen udvikles, konsolideres og ændres*" (Hernes 2018, p. 44, afs. 2, ln. 4-6). Den dialektiske tilgang mellem at være drevet af meningsskabelse og samtidig skabe ny meningsskabelse eller fastholde meningsskabelse er stadig omdrejningspunkt, hvorfor Hernes model til trods for tilførslen af et narrativt element, også kan siges at være socialkonstruktivistisk i sit

udgangspunkt. Samtidig indeholder meningsskabelsesprocessen det element, at det kobler individet til det kollektive, og vi dermed kan uddrage viden ikke kun fra individniveau til et organisationsniveau men også fra et borgerindivid til et samlet borgerperspektiv (Hernes 2018). Heri ligger den væsentligste begrundelse for at anvende Hernes meningsskabelsesproces, for det er netop det organisatoriske og samlede borgerperspektiv, der er vores fokus og ikke et individperspektiv. I denne master anvendes modellens fire elementer, men i sammenhæng med diskursanalyse. Koblingen af disse to elementer beskrives yderligere i afsnit 4.4.4, men baggrunden er at diskursanalyse med specifikke analyseredskaber, som beskrevet nedenfor i afsnit 4.4.2., indebærer en risiko for at overse nuancer, der ikke tidligere er kendt. Med inddragelse af anden fagteori skabes en åbenhed for ikke allerede kendte svar, og risikoen for at skabe blinde pletter for virkeligheden søges derved minimeret (Sandelowski 2007).

Meningsskabelsesprocessens fire elementer interaktion, interaktionsmønstre, tilslutning og det narrative anvendes alle som samlet teoretisk analyseramme i casestudierne. De kan ikke dekobles enkeltvis, da meningsskabelse fremkommer gennem interaktionen, hvorved en konstruktion sker af yderligere handling og nye narrativer. Begrebet interaktion forstås her som en handling fra en aktør, som afleder en reaktion hos en anden, hvilket igen afleder en handling hos den første aktør og baserer sig på Weicks begreb "dobbelte interaktioner" (Hernes 2018). Fokus er her, at handlinger hos en person fremkalder et bestemt svar i en anden person, hvorved interaktionen opstår, men når der hos den første person reageres på den anden persons svar, opstår dobbeltinteraktionen og dermed fremdriften i processen. Netop det, at der skal være fremdrift i interaktionen, er centralt hos Hernes og også et element, der bidrager til modellens operationaliserbarhed. Samtidig er det også i den dobbelte interaktion, at interaktionsmønstrene kan findes. Interaktionsmønstre anvendes her på baggrund af Hernes forståelse, hvor der er to former; interaktionsmønstre, der baserer sig på gentagelser, og interaktionsmønstre baseret på at forskellige typer af interaktioner relaterer til hinanden gennem mønstre. Ved at anvende interaktioner og interaktionsmønstre som analyseredskaber opnås et blik for kompleksiteten i netop interaktionerne og en mulighed for at fortolke det observerede (ibid.). Indenfor elementet tilslutning anvendes Hernes tilgang, som bygger på Weicks begreb "handlingsdrevet tilslutning", hvor fokus er udsagn, der forpligter en person til

noget samtidig med en invitation til at fortsætte processen om meningsskabelse. Ord udgør her også handling, hvorfor begrebet kan anvendes i analyse af transskriptioner. Endelig i elementet narrativ anvendes Hernes forståelse af narrativer, der baserer sig på flere teoretiske tilgange, men som opsummeres i fem punkter: Narrativet som metafortælling, narrativet som noget genkendeligt, narrativet med en tidsdimension, narrativet som noget foranderligt, men samtidig genkendeligt og endeligt narrativet som noget tvetydigt. Centralt er, at narrativerne angiver organisationens retning, men ikke en statisk retning. Retningen kan udfordres og ændres af nye og alternative narrativer, men der vil altid være et tilbageskuende element til hvorfra organisationen kommer (Hernes 2008).

4.4.2. Diskurs

Forståelsen af begrebet diskurs er i denne master lig Norman Faircloughs, ifølge hvilken diskurs er en *"way of signifying experience from a particular perspective"* (Fairclough 1995, p. 135, afs. 3). Winter Jørgensen og Philips har også beskrevet diskurs som *"en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på"* (Jørgensen 2006, p.9, afs. 2, ln. 12-13). Analyse af diskurser er en videnskabelig tilgang inden for socialkonstruktivismen, som er anvendelig til analyse af det dialektiske samspil mellem de sociale og kulturelle vilkår, der omgiver feltet forebyggelige indlæggelser. Der er forskellige tilgange til diskursanalyse, men en tilgang, hvor det centrale er det dialektiske samspil mellem det sociale og kulturelle, er kritisk diskursanalyse. Kritisk diskursanalyse er primært udviklet af Fairclough, ifølge hvilken det er vigtigt at anskue diskurs som en social praksis, der forandrer viden, sociale relationer og identiteter, men som også reproducerer og formes af andre strukturer og sociale praksisser. Faircloughs sigte hermed er at søge at undgå overvurdering af diskursen som enten socialt determinerende eller på den anden side konstruerende (Fairclough 2008).

Implicit i Fairclough og Jørgensens forståelse og beskrivelse af diskurs ovenfor er indlejret, at det er et *"bestemt perspektiv"* og en *"bestemt måde"*, der befinder sig i en socialkonstruktivistisk kontekst. Hermed analyseres ikke kun teksters faktiske indhold, men også grænserne for, hvad der kan siges og ikke siges i konkrete situationer. Situationer der i socialkonstruktivistisk og diskursanalytisk sammenhæng er afgrænset socialt, lingvistisk og historisk. Baggrunden herfor

er, at diskursanalyse, og hermed også kritisk diskursanalyse, overordnet er en videnskabelig skole, der ligger i grænsefeltet mellem humaniora og samfundsvidenskab. Grundlæggende er området diskursanalysen beskæftiget sig med den sociale og menneskelige virkelighed gennem analyse af diskursen, indenfor hvilken virkeligheden beskrives (Collin 2006, Fairclough 2008).

Fokus i kritisk diskursanalyse er sproget og dermed lingvistisk. Diskursbegrebet kan derfor afgrænses yderligere i forhold til ovenstående, så det desuden forstås som *"sprogbrug som social praksis"* (Fairclough 2008, p. 154, afs. 4). Kritisk diskursanalyse findes på baggrund af de metodologiske overvejelser relevant til analyse af interviewene. Ifølge Fairclough er kritisk diskursanalyse ligeså meget en metode som en teori, hvorfor tilgangen både er metodisk og teoretisk grundlag for masteropgaven (Fairclough 1995, Fairclough 2008). Kritisk diskursanalyse indeholder et teoretisk perspektiv på sprog, i denne sammenhæng talesprog omsat til skriftsprog, og Fairclough opstiller en række teoretiske begreber til analyse af diskurserne. Faircloughs metodetilgang anvender i udgangspunktet ikke interview eller samtaler, men begge dele kan anvendes, forudsat at der er sket fuld transskribering, hvilket vi har foretaget (Jørgensen 2006). Strukturen for analysen er Faircloughs tredimensionelle diskursmodel, ifølge hvilken diskurs anskues som henholdsvis *"diskursiv praksis"*, *"tekst"* og *"social praksis"*. Den analytiske del, der primært er lingvistisk analyse af teksterne, betegner Fairclough som *"beskrivende"*, mens analysedelene *"den diskursive praksis"* og *"den sociale praksis"*, diskursen er en del af, betegnes *"fortolkning"* (Fairclough 2008). Fortolkningsdelen omhandler primært det sociale og historiske.

Første dimension af analysemodellen er diskursen som *"tekst"*, hvor analyseredskaberne *"modalitet"* og *"sandhed"* her anvendes til at belyse konstruktion af videns- og betydningssystemer i diskursen om forebyggelige indlæggelser. Fairclough behandler ikke distinktionen mellem videns- og betydningssystemer, men videnssystemer forstås her som systemer, der bygger på viden som faktuel, mens betydningssystemer forstås som systemer, hvor begreber tillægges forskellig betydning med implikationer for indholdet af begrebet til følge (Fairclough 2003). Videns- og betydningssystemerne bidrager til at vise, hvordan diskurserne iværksættes tekstuel. Analyseredskabet modalitet betyder måde at være eller tænke på. I en

lingvistisk kontekst kommer modalitet af det latinske modus, der henviser til verbers måde at betegne den talendes forhold til det, der siges i sætninger og dermed den talendes virkelighedsopfattelse. Eksempler på indikatorer for modalitet er modalverber som **vil, er, skal, kan, må, tør** og **bør** (Fairclough 2008). Analyse af interviewene med redskabet modalitet kan anvendes til at opnå viden om den virkelighed, interviewene konstruerer. "Sandhed" er også en modalitet, men en særlig variant hvor den interviewede fuldt ud tilslutter sig sit udsagn og dermed udtrykker stor tilslutning til en diskurs. Fx er et udsagn som "der er forebyggelige indlæggelser" en sandhed. De tre interview er kodet på baggrund af ovenstående modaliteter og sandheder, hvorefter de identificerede udsagn er samlet i videns- og betydningssystemer, som efterfølgende i analysen er samlet i konstruktioner, der udgør diskurser. Den samlede kodning af interviewene fremgår af bilag 7.

Anden dimension af analysemodellen er diskursen som diskursiv praksis. Her anvendes analyseredskabet "interdiskursivitet", hvorved det afdækkes hvilke andre diskurser de interviewede trækker på. Med interdiskursivitet menes "*tekstens konstitution af forskellige diskurser og genrer*" (Fairclough 2008, p. 154, afs. 3). Formålet er at analysere, hvorfor og om der sker en forandring i diskursen om forebyggelige indlæggelser. De to dimensioner, diskursen som tekst og diskursen som diskursiv praksis, gennemføres i en samlet analyse, hvorved det beskrivende og det fortolkende kobles.

Endelig er der den tredje og sidste dimension af analysemodellen, hvor diskursen analyseres som social praksis. Dimensionen indeholder analyse og diskussion af både et diskursivt og ikke-diskursivt aspekt. I afsnit 5.1.2. analyseres det diskursive aspekt med begrebet diskursorden, som stammer fra Michel Foucaults begrebsapparat, men i kritisk diskursanalyse anvendes forskelligt herfra. Målet for Foucaults diskursanalyse er kort belyst at afdække reglerne for, hvilke udsagn, der accepteres som meningsfulde og sande i bestemte historiske epoker. Imidlertid er Foucaults diskursanalyse præget af monolisme, og han identificerer kun ét vidensregime som værende styrende for diskursordenen i de historiske epoker, han analyserer (Foucault 2001). Derimod forstås diskursordenen inden for kritisk diskursanalyse som "*totality of discursive practices of an institution, and relations between them*" (Fairclough 1995, p. 135, afs.

3). Fairclough uddyber begrebet yderligere, idet han skriver: *"An order of discourse is a particular combination or configuration of genres, discourses and styles, which constitutes the discursive aspect of a network of social practices"* (Fairclough 2003, p. 220, afs. 3). Forskellige diskurser eksisterer således sideløbende eller kæmper om retten til at afgøre, hvilken virkelighedsopfattelse, der er sand (Jørgensen 2006). For en dybere forståelse af indholdet af disse diskurser, der kæmper eller eksisterer sideløbende, kobles der til meningsskabelsesprocessen. Dette gennem anvendelse af Hernes begreb tilslutning. Som tidligere nævnt udgør ord i Hernes begrebsapparat også en handling, hvorfor det kan anvendes i diskursiv sammenhæng. Desuden skal det dialektiske element også fremhæves, idet der i tilslutningen er et dialektisk forhold mellem udsagnet, der forpligter en person til noget, samtidig med en invitation til at fortsætte processen om meningsskabelse. En dialektik der er meget lig den diskursive, hvor diskursen både konstruerer og konstrueres i interaktioner (Hernes 2008, Jørgensen 2006).

Den ikke-diskursive del af diskursanalysen foretages i diskussionen i afsnit 6, hvor analysens fund sammenholdes med det ikke-diskursive. I sondringen mellem det diskursive og ikke-diskursive fremkommer et af kritikpunkterne af kritisk diskursanalyse, idet Faircloughs sondring og retningslinjer for inddragelse af teori om det ikke-diskursive fremstår utydelig. Det er i forbindelse med tredje dimension af analysemodellen nødvendigt at inddrage relevant fagteori for at kunne analysere den sociale praksis, som diskursen befinder sig i, men Fairclough ekspliciterer ikke i hvilken grad, der kan og skal inddrages fagteori. Her henholdes der til, at kritisk diskursanalyse er en teori og metode, der står i et dialektisk forhold til andre teorier og metoder, hvorfor inddragelse af fagteori er metodisk uproblematisk (Jørgensen 2006).

4.4.3. Teorikritik

Der er allerede nævnt en del af kritikken af Faircloughs teori og metode i afsnit 4.4.2. ift. den manglende tydelighed omkring inddragelse af anden teori i en kritisk diskursanalyse. Et andet kritikpunkt er diskursanalyses forklaringspotentiale og ikke blot, som nævnt tidligere, en metode til "historie" fortælling om virkeligheden. Validiteten af diskursanalysen søges derfor løftet gennem fokus på parametrene frugtbarhed og sammenhæng (Jørgensen 2006). Frugtbarhed er

betegnelsen for analyserammens, dvs. kritisk diskursanalyse, forklaringspotentiale og herunder niveauet af nye forklaringer. Det er i den sammenhæng essentielt, at empirien anvendes meget aktivt, da der derved kan fremkomme nye forklaringer og indsigter i meningsskabelse i diskursen om forebyggelige indlæggelser.

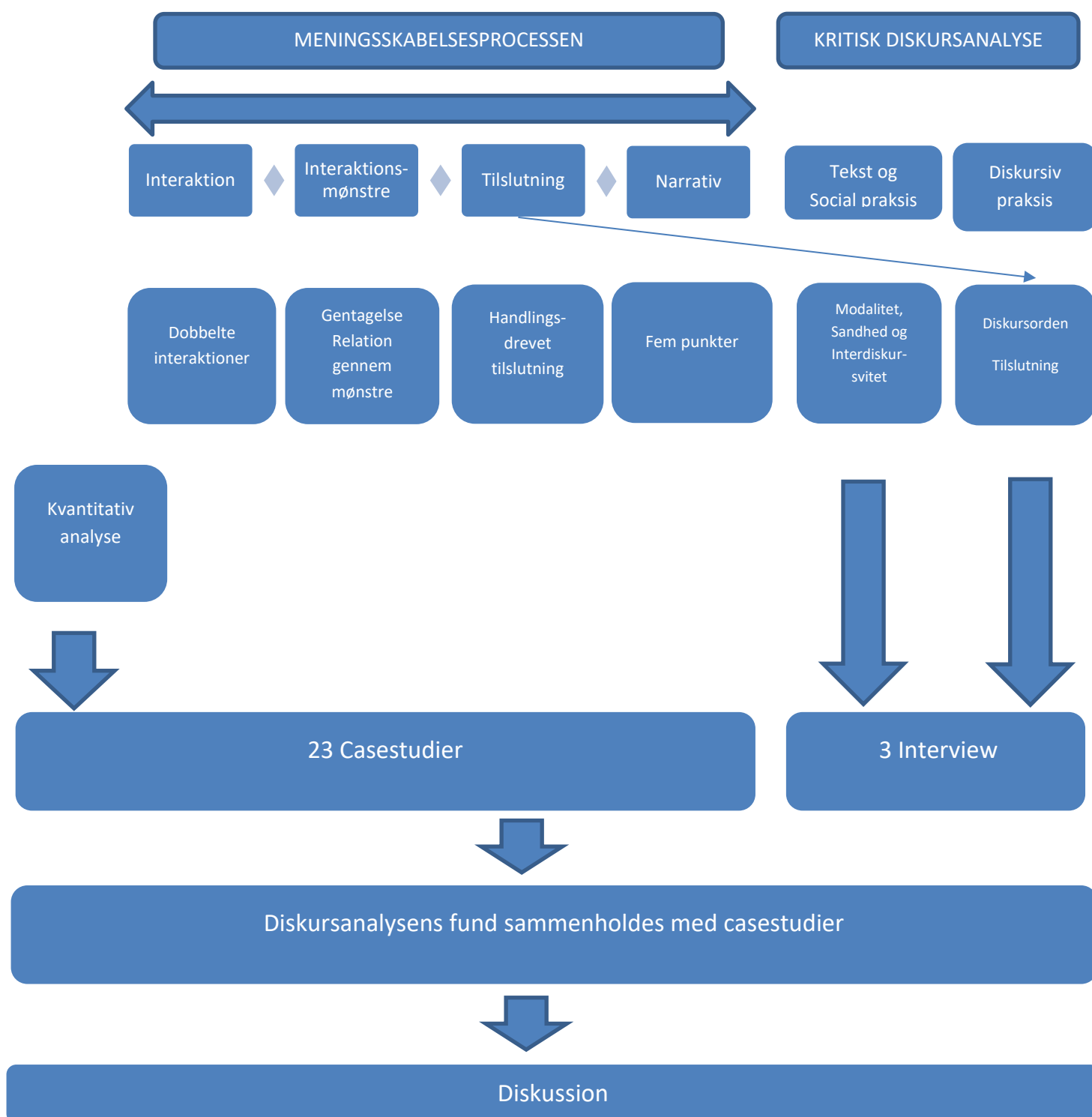
En kritik af Weick, som kan videreføres til Hernes' meningsskabelsesproces, er, om der er et formål med at skabe viden om, at individer konstant forsøger at skabe mening. Der kan med rette stilles spørgsmålet, om meningsskabelsesprocessen er et rent diskursivt fænomen, og dermed rettes samme kritik som ved kritisk diskursanalyse; er det blot en metode til "historie" fortælling om virkeligheden (Murphy 2015). På baggrund heraf er det også i sammenhæng med meningsskabelsesprocessen essentielt, at empirien anvendes meget aktivt. Samtidig, at der også er fokus på ikke blot med meningsskabelsesprocessen at gentage en diskursanalyse, men at bibringe nye perspektiver på og med empirien. Endelig kan der rettes en samlet kritik af både diskursanalyse og meningsskabelsesprocessen, idet begge perspektiver er bagudrettede. Weick har tidligere selv hævdet, at fremadrettet meningsskabelse ofte er bagudrettet, idet forestillingen om fremtidige hændelser baserer sig på bagudrettede hændelser, men Weick har efterfølgende selv taget afstand herfra og opfordret til en øget åbenhed ift. meningsskabelsens fremadrettede perspektiver. Der skal således i kontekst af denne master tages højde herfor i diskussionen, idet analysen ikke rent metodisk med hverken kritisk diskursanalyse eller meningsskabelsesprocessen har fremadrettede perspektiver som omdrejningspunkt.

Ligesom ved metodekritikken, jf. afsnit 4.3.3, skal det teorikritiske blik også rettes mod os selv. Et fokus på diskurser og meningsskabelse vil altid være svært at dekode vores egne forforståelser. Eksempelvis risikerer vi allerede i en guide til casestudier, at egne narrativer præger de spørgsmål, vi stiller. En opmærksomhed på egen forforståelse er derfor nødvendig samt en diskussion af betydningen heraf for analysen, hvorfor dette foretages i afsnit 6.

4.4.4. Meningsskabelse og diskursanalyse – en fælles analyseramme

Sammenkoblingen af meningsskabelse og diskursanalyse er forsøgt illustreret i nedenstående figur 4, der viser strukturen for analysen. Dette er desuden sammenholdt med empiridelen

interview og casestudie for at illustrere, i hvilken analysemæssig kontekst de anvendes og sammenholdes. Centralt er, at processen er præget af en både induktiv og deduktiv tilgang, hvor der i casestudierne tages et induktivt udgangspunkt, mens der i interviewene tages et mere deduktivt udgangspunkt med den kritiske diskursanalyse samt narrativer som teoretisk ramme. Analysen indledes med en kritisk diskursanalyse af de tre interview struktureret i afsnittene Tekst sammenholdt med Diskursiv praksis samt Social praksis. Dernæst foretages en analyse af casestudierne med en kvantitativ analyse sammenholdt med en analyse baseret på meningsskabelsesprocessens fire elementer. Caseanalysen struktureres i afsnittene Interaktion, Interaktionsmønstre, Tilslutning og Narrativ. Endelig foretages en sammenkobling af diskursanalysens fund i interviewene med analysen af casestudiernes fund, hvorved der uddrages viden diskursen om forebyggelige indlæggelser og betydningen heraf. Det diskuteres efterfølgende i afsnit 6, som er opdelt i en diskussion af teori og metode, implikationer for praksis og endelig implikationer for vores eget ledelsesvirke. Diskussionens hovedformål bliver derfor, at uddrage meget konkrete betydninger og implikationer af analysens fund i et organisatorisk perspektiv for forebyggelse af indlæggelser af ældre borgere over 65 år. Ovenstående er forsøgt opsummeret i nedenstående figur 4 på næste side.



Figur 4: Analysens og diskussionens opbygning

5. Analyse

5.1. Kritisk diskursanalyse af interview

5.1.1 Diskursen som tekst og diskursiv praksis

Der er som tidligere nævnt foretaget en kodning af de tre interviews på baggrund af de analytiske redskaber modalitet og sandhed, hvorefter der er fundet en række videns- og betydningssystemer. Kodningen fremgår af bilag 7. Formålet er at opnå viden om den virkelighed, de interviewede konstruerer gennem disse videns- og betydningssystemer. Kodningen viser en stor diversitet i videns- og betydningssystemer indenfor diskursen om forebyggelige indlæggelser, som søges fremanalyseret som diskurser i nedenstående. Samtidig analyseres hvilke diskurser, der trækkes på, dvs. interdiskursiviteten.

Alle tre ledere giver udtryk for, at der i høj grad er forebyggelige indlæggelser, men de gør det ud fra forskellige videns- og betydningssystemer. Et indledende interessant aspekt er, at ingen af lederne henviser til faktuelle data, fx antal eller mere konkret omfang af forebyggelige indlæggelser. Videnssystemet om forebyggelige indlæggelser er således præget af en fortælling om omfanget og ikke talbaserede data. For at få yderligere indsigt i deres videns- og betydningssystemer om forebyggelige indlæggelser, tages der derfor udgangspunkt i den definition af forebyggelige indlæggelser, som alle tre ledere på baggrund af et spørgsmål herom, kommer med i deres interview. Analyse-mæssigt er modalitet og sandhed anvendt i alle tre udsagn. Definitionerne fremgår af nedenstående tabel 4.

Leder Kommune	Leder Akutberedskab	Leder Hospital
En indlæggelse for mig, er når der laves en lægelig vurdering om, situationen hos borgeren i deres eget hjem, ikke er holdbart, og lægen er nødt til at indlægge. De forebyggelige indlæggelser er for mig, når vi ved hjælp af plejemæssige interventioner, kunne have forhindret, at borgeren blev indlagt. Det kan være væske, mobilisering, laksantia, det kan være hosteteknikøvelser, det kan være at hindre faldulykker, og de forebyggelige indlæggelser vi har der.	Ja, en forebyggelig indlæggelse i min verden, handler ikke om det er et system der ikke vil belastes af en indlæggelse. Jeg syntes der er rigtig meget holdning, til borgeren ind i det her. Så en forebyggelig indlæggelse for mig, er en indlæggelse der for borgeren havde været en bedre løsning, set fra borgeren oplevelse, ikke at være blevet indlagt, med den problemstilling der var.	De fleste af de patienter der bliver henvist, har et behov, under en eller anden form, det der så bare er vigtigt, er så bare at lave det, på det laveste niveau, hvor vi kan opfylde patientens behov, og det syntes jeg er de patienter der kan komme hos den praktiserende læge dagen efter, og dem er der mange af. Der kommer selvhenvender, men også fra 1813. Mange patienter som der sagtens kunne have ventet til næste morgen, og være blevet set af en almen praktiserende læge, mere kvalificeret eller mere skånsomt og på en meget mere billig måde ikke.

Tabel 4: Definitioner af forebyggelige indlæggelser

Overordnet set er der tale om modaliteter i alle tre udsagn og ikke klare sandheder. De anvender alle tre modalverbet **er**, som er en kategorisk modalitet, hvilket indikerer de fremsætter deres viden med stor sikkerhed og tilslutning, men den viden, de tilslutter sig hver især, er forskellig (Fairclough 2008). Definitionen fra den kommunale leder viser, at der konstrueres et videns- og betydningssystem om kompetencer i relation til forebyggelige indlæggelser. Kompetencer er her afgørende for om indlæggelser forebygges, og det er ikke kompetencer, der skal hentes eksternt, men internt i kommunen hos de medarbejdere, der varetager plejen af borgerne. Dette videns- og betydningssystem nuanceres imidlertid yderligere af, at selvom

kompetencerne skal hentes internt i kommunen, så er det en udfordring, der ikke er ligeså mange fagkompetencer at trække på som på hospitalet. Dette understøttes af sandheden:

"Men det er klart der er fejl på begge sider, men man kan sige, at hospitalspersonalet har jo en større trækraft i forhold at de har nogen flere mennesker med fagkompetencer, man kan trække på hvis der sker noget med en patient eller borger. Det er forholdsvis begrænset ude i kommunen, der er de praktiserende læger, ellers er det jer 1813 efter kl. 16 nærmest. Også har vi også SHS-teamet, ikke, men altså det er jo det der er, og der er ikke noget, det er en helt anden måde at forstå, nu ved jeg ikke om I har arbejdet i kommunalt regi. Hvis I har det, så tror jeg i ved hvad jeg snakker om" (Leder Kommune, p. 7, ln. 25-29).

Det udlægges her som klar og sand viden, at der på hospitalet er flere kompetencer uanset tidspunkt på døgnet. Observationerne under interviewet viser også, at dette udsagn blev fremsat nøgternt og konstaterende i tonelejet. Samtidig er der også et kompetencehierarki i kommunen idet:

"På tværs af kæden, ja, jeg syntes jo at SHS-teamet er for mig det øverste niveau af sygepleje, man kan sige det sådan, set for mig er det, det man kalder avanceret. Så kan man have nogle specialister og så kan man have basispersonale eller basissygeplejersker" (ibid, p. 5, ln. 24-26).

Kompetencehierarkiet understøttes yderligere af betydningen af, det at være sygeplejerske i kommunalt regi med udsagnet:

".....men i gamle dage så sagde man jo at, hvis man ikke kunne andet så kunne man jo komme ud i kommunerne og være sygeplejerske ikke" (ibid. p. 9, ln. 1-2). Samtidig tillægges alder også en betydning: *"Hvis de har nået en vis alder, så er de ikke så veluddannede"* (ibid. p. 16, ln. 19).

Samlet set konstrueres af den kommunale leder et videns- og betydningssystem om kompetencer i diskursen om forebyggelige indlæggelser, som dels baserer sig på hospitalet har flere og højere kompetencer end i kommunen, men også at der sker et decideret kompetencetab ved at være sygeplejerske i kommunalt regi, hvilket igen har betydning, når forebyggelige indlæggelser defineres som noget, der baserer sig på netop kompetencer. Videns- og betydningssystemet er så gennemgående, at det kan betegnes som en kompetencediskurs hos den kommunale leder, men at der samtidig er indikationer af, at der trækkes på en diskurs om hospitalet som havende en særlig rolle. Kompetencerne defineres ud fra en hospitalskonktest, og der er således en interdiskursivitet mellem kompetencediskursen og en hospitalsdiskurs. Virkeligheden, der her konstrueres, er derfor, at kompetencerne i kommunen er mindre end hospitalets, men det er ikke ud fra, hvad der er behovet i kommunen for kompetencer, men hvad behovet på et hospital er.

Hos lederen af Akutberedskabet konstrueres i definitionen af forebyggelige indlæggelser et videns- og betydningssystem om borgere, hvor borgernes oplevelse er det centrale, men dette sammenkoblet med vores holdning til borgerne i sundhedsvæsenet udtrykt i denne sandhed, hvor det fremstilles som eksakt viden, at:

”Patienten får ikke den værdi de kan få, som de også bliver ved med at betale for. Den anden ting er at vi heller ikke udnytter vores ressourcer optimalt, fordi vi ikke har det styringsparadigme” (Leder Akutberedskabet, p. 10, ln. 4-6).

Samtidig stilles der spørgsmålstejn ved, om det er borgeren vi har i centrum i sundhedsvæsenet når vi taler forebyggelige indlæggelser, eller om det er ud fra et ressourceperspektiv:

”Man ved det i kommunerne, det er en problemstilling, man ved det på hospitalerne, man ved det her præhospitalt, men jeg er i tvivl om driveren, til hvad det egentlig er man ønsker at opnå ved at arbejde med det her. Om det reelt er ud fra den der borger tilfredshed, eller om det er ud fra et ressourceønske i et samlet sundhedsvæsen, at man bruger den her” (ibid. p. 7, ln. 5-9).

Der fremkommer her med de beskrevne videns- og betydningssystemer en borgerdiskurs, men i et perspektiv af, at borgeren ses som kunde. Baggrunden herfor skal formentligt findes i, at lederen i Akutberedskabet gennem en lang årrække har været hospitalschef på et stort dansk privathospital, og derfra har medtaget en stærk kundediskurs. Det understreges af observationerne under interviewet, hvor der, når der blev talt om borgeren som kunde, dels blev talt hurtigere, men også gestikuleret mere med hænder og mimik. I denne kontekst anvendes betegnelsen borgerdiskurs, men med et betydningssystem af, at borgeren ses som en kunde i sundhedsvæsenet. Samtidig trækkes der på et betydningssystem om ressourcer, som noget vi ikke udnytter optimalt. Der ses her en sammenhæng til lederen på hospitalet, men hvor lederen i Akutberedskabet tager udgangspunkt i ressourceudnyttelse ift. borgeren, tager lederen på hospitalet udgangspunkt i ressourceudnyttelse ift. hospitalet. Hos lederen på hospitalet, er det centrale netop et videns- og betydningssystem om ressourcer og økonomi, hvor fokus er håndtering af forløbene på lavest mulige omkostnings- og ressourceniveau, hvilket understøttes af:

”Altså de nye ting vi skal lave er, det er at få noget mere ekspertviden ud hvor patienterne er, men det skal være økonomisk og fagligt rationelt, og det er det der er udfordringen. Vi skal ud og have noget trimmet, for det er jo alt for dyrt, men til særligt udvalgte højrisiko patienter, der skal vi sætte et større fælles netværk op under dem” (Leder Hospital, p. 15, ln. 20-23).

Samtidig fremkommer der også udsagn, hvor håndtering af forløbene på lavest mulige omkostningsniveau- og ressourceniveau uddybes:

”Det kræver jo også, at kommunerne har nogle kompetencer og den almene praktiserende læge spiller med. Fordi vi skal jo passe på, at hospitalet ikke begynder, at lave praktiserede læge arbejde, det skal vi passe på med, for stadigvæk vil jeg sige, at almen praksis er en billig og effektiv foranstaltning, til mange ting der foregår ude i

primærsektoren. Så det vi skal, er jo at allokere, hvor er det vi for alvor skal sætte et netværk op, under nogle patienter i fællesskab” (ibid, p. 15, ln. 25-27 og p. 16, ln. 1-2).

Der konstrueres således en virkelighed omkring hospitalet som værende det højeste ressource- og omkostningsniveau, hvor fokus er at sikre, at der ikke varetages opgaver, der kan varetages til lavere omkostning andre steder. Betydningen af hospitalets egen rolle i dette videns- og betydningssystem berøres også, idet der beskrives, hvad der nærmest kan betegnes som automatiseret handling, når en borger kommer ind. Udsagnet er en del af et længere udsagn, hvor fokus er på andre løsninger i stedet for indlæggelser, men væsentligt her er, at hvis dem, der sender borgeren på hospitalet, fx 1813, ikke har anført uddybende tanker omkring baggrunden for at visitere til et hospital, så anvendes der mange ressourcer:

”For ellers så starter vi jo nogle gange fra Herodes til Pilatus, man drømmer jo ikke om hvad patienten nogle gange kan komme igennem, fordi de nogle gange har et relativt banalt symptom, som jo skulle løses mere eller mindre målsymptomatisk, men hvis det ikke står konkret, så kører hele møllen” (ibid. p. 5, 11-23).

Samlet konstrueres der en diskurs om økonomi og ressourcer, hvor det fremsættes som viden, at der skal forebygges, hvor det er mest rationelt og økonomisk rentabelt, og det samtidig ikke er på hospitalet, for der iværksættes væsentligt mere i det enkelte forløb end uden for hospitalet. Der trækkes også her lidt på en borgerdiskurs ift., at borgerne ikke skal igennem alt for meget, men samtidig er der også interdiskursivitet til kompetencediskursen, hvor et særligt behov for kompetencer i kommunen italesættes.

Grundlæggende er der således tre diskurser i spil i definitionerne af forebyggelige indlæggelser; kompetencer, borgeren som kunde samt økonomi/ressourcer. Alle tre baserer sig på videns- og betydningssystemer, der ekspliciterer diskurserne. Med disse tre diskurser kan der allerede her peges på manglende entydighed i diskursen om forebyggelige indlæggelser. Kodningen af interviewene i bilag 7 viser desuden, at den manglende entydighed understøttes af en række øvrige videns- og betydningssystemer, som har mere eller mindre styrke qua omfanget af

modaliteter og sandheder. Disse videns- og betydningssystemer konstruerer samtidig en række diskurser i diskursen om forebyggelige indlæggelser.

Et af de gennemgående videns- og betydningssystemer, der konstrueres i alle tre interviews, er det vi har valgt at benævne "dem og os". Alle tre ledere taler sig ind i dette.

"Ja det gælder også kommunerne, jeg syntes de sidder der og siger, de her borgere dem kender vi ikke, så dem vil vi ikke have noget med at gøre. Vi vil kun sende akutteam til nogen vi kender i forvejen. Okay så når jeg bor i denne her kommune, så skal jeg simpelthen indlægges, før I vil høre om mig. Er det, det I sidder og siger? Altså hvad er det for en holdning. Så det er altså det jeg mener med professionalisering til hvad er det egentligt vi taler om her. Og vi sidder også på alle niveauer og taler om dem og os. Så er det også bare praksislægerne, de er bare tosser og de vil ikke have noget samarbejde, det er bare besværligt. Eller kommunerne siger et eller andet" (Leder Akutberedskabet, p. 21, ln. 2-9).

Her sker både en konstruktion af et dem og os samtidig med en italesættelse af, at der et dem og os. Videns- og betydningssystemet kan ekspliciteres yderligere med den kommunale leders udsagn, som både viser, at der med en sandhed peges meget konkret på andre som årsag til manglende samarbejde, samtidig med der også italesættes et systemaspekt, hvor systemet er bidrager til at skabe et "dem og os".

*"Jeg tænker det **er** 2 store bureaukratiske systemer, hvor der, ja altså det, nogle gange skal ting bearbejdes og i for mange udvalg, og jeg må nok også sige at PLO ikke har gjort det nemmere. De **forhæler jo en del processer**. Der er ikke nogen tvivl om, at lægerne er nogen af vores vigtigste samarbejdspartnere, på de sundhedsfaglige områder"* (Leder Kommune, p. 9. ln. 19-22).

Samtidig bidrages der yderligere til betydningssystemet, idet et tværgående projekt bliver anvendt som eksempel på, at de andre fik indsigt i det også var galt hos dem. Underforstået vi

har ikke en fælles indsigt, og måden den søges skabt på for nuværende er gennem "dem og os" og ikke et fælles "vi".

"Vi har jo været så heldige, at vi har haft en geriater i et projekt ude og gennemgå vores borgere på korttids pladserne, og det har jo været super. Fordi de oplevede jo pludseligt, hvad der gik galt. Der er jo også fejl på vores side, men der var også noget, der var galt fra hospitalets side, og det var en ting, der aldrig var set før, eller sådan forstået eller hvad går det her ud på" (Leder Kommune, p. 9, ln. 24-27).

Samme projekt omtales af lederen på hospitalet og det ind i samme kontekst af "dem og os".

"Hvis man går ud og ser i kommunerne, så er der jo også meget høj grad af forskel i tilgangen til hvordan man er inkluderende. Vi ser det meget tydeligt i de der projekttiltag, vi har i udgående geriatri, hvor der jo er steder, hvor vi er blevet taget imod med åbne arme og andre steder med en relativ stor skepsis. Det gælder noget personale, men ikke mindst de praktiserende læger, og det er jo der, man kan sige, kunne almen praksis et eller andet sted blive integreret lidt mere i tanken om sammenhængende patientforløb. Almen praksis har en stor opgave og gør rigtig mange ting og gør det godt, men jeg syntes, de er berøringsangste i forhold til nye tiltag, der er selvfølgelig en økonomi, de skal tænke på, men eksempelvis kan man sige, vi har nu sat geriater ud, til at være med til at supervisere ude på de midlertidige plejehjemspladser og nogen praktiserende læger siger, hvorfor kommer I ud, det er jo min opgave, det er jo mit gebet, det er ikke alle men det oplever vi ikke sjældent" (Leder Hospital, p. 11, ln. 8-18).

Der ses en konstruktion af et videns- og betydningssystem om praktiserende læger hos alle tre ledere, men denne master har ikke medtaget de praktiserende læger i undersøgelsesfeltet, hvorfor systemet ikke er i fokus her. Udsagnene sættes i stedet ind i en kontekst af, at der ikke er et fælles "vi" i diskursen om forebyggelige indlæggelser. Vi går ud og ser på hinanden, og vi taler om hinanden på tværs af sektorer, og ikke mindst så tolker vi på hinandens sektorer. Vi konstruerer en viden om hinanden baseret ud fra et "dem og os" perspektiv og ikke ud fra et "vi" perspektiv. Det ekspliciteres tydeligst ved at lederen i Akutberedskabet trækker på en

økonomisk diskurs i videns- og betydningssystemet "dem og os" med udgangspunkt i begrebet kassetænkning

"Ja, det er jo kassetænkning ikke og så kommer pengene og så siger kommunen, det har vi ikke råd til og så siger praktiserende læge, vi skal have flere penge og så siger hospitalet, vi har ikke nok ressourcer. Altså den løber jo rundt og den er ikke så konstruktiv" (Leder Akutberedskab, p. 8, ln. 6-8).

Det usagte skal her også medtages, idet lederen i Akutberedskabet ikke nævner egen organisation i den beskrevne negative cyklus, hvilket yderligere understreger "dem og os" som et stærkt videns- og betydningssystem. Interviewene viser samtidig, at "dem og os" har væsentlig betydning både for løsninger og for den organisering, der tænkes i sundhedsvæsenet. Dels ses der, at løsninger tænkes primært i egen organisation om end med samarbejder på tværs, men der tænkes ikke løsninger fuldt ud forankret i en tværgående form.

"Jeg mener, vi mangler nogle alternative tilbud, som kunne være mindre gennemgribende, og det kunne fx være de sub akutte indlæggelser" (Leder Hospital, p. 13, ln. 21-22).

Det samme gør sig gældende for lederen af Akutberedskabet.

"Men jeg kan fortælle dig, at vi lige har forsøgt og det tror jeg er en del af inspirationen af det kultur arbejde vi har gang i, at man på ambulancesiden nu har forsøgt at sige, ud fra et antal B kørsler, som jo ikke er akut og livstruende, for de patienter satser man jo ikke noget på, men nogen hvor man tænker er det en ambulance eller er det ikke en ambulance, så sender vi en person ud, som er sundhedsfaglig stærk, men også har det mind set i forhold til patienten. Også viste det sig jo og det er jo meget småt, vi er lige startet, at ud af 15 var der kun 2 der kom afsted med en ambulance. Vi kunne afslutte til egen omsorg. Vi kunne afslutte til egen læge, for lige pludselig gik vi i en relation i øjenhøjde med en patient. Vi kunne i virkeligheden gå ind i en helt anden dialog, og så skulle patienten ikke ind" (Leder Akutberedskab, p. 23, ln. 19-27). (Det skal her tilføjes,

at det at kun to ud af 15 kommer ind med ambulance ikke er det samme som at kun to kom på hospitalet. De kom for en væsentlig del ind, men med en anden kørselsform end en ambulance. Samtidig omhandlede projektet alle borgere).

Hos den kommunale leder italesættes behovet for projekter på tværs og det at følge i borgerens fodspor, men at det gøres med medarbejdere i egen organisation og ikke på tværs.

"Sådan nogle små projekter, der kan øge samarbejdet og viden, altså ligesom jeg er rigtig meget ude med mine medarbejdere, så er det altid godt at gå i borgerens fodspor, fordi du får simpelthen nogen gode aha oplevelser ud af det. Man tænker hm, er det, det er nødvendigt, det der eller kan det være anderledes" (Leder Kommune, p. 12, ln. 1-4).

Der fremkommer med det markante "dem og os" videns- og betydningssystem en hel diskurs om "dem og os", men der er også et betydningssystem om løsninger, hvor løsninger tænkes i egen organisation og ikke på tværs. Videns- og betydningssystemet om løsninger trækker samtidig på en organisatorisk diskurs, hvor fokus er på organisatoriske løsninger og ikke relationelle løsninger. Der iværksættes tværgående funktioner ud fra de organisationer, der er eksisterende, hvor der samtidig er en interdiskursivitet med en kompetencediskurs i den organisatoriske ændring, der foretages er, at indsætte en kompetence et andet sted. Samtidig er der også en bevidsthed hos lederen i Akutberedskabet om, at netop denne tilgang er en udfordring

"Vi planlægger med bind for det ene øje, altså blindt øje, fordi vi ser det kun ud fra det hjørne, vi selv sidder i" (Leder Akutberedskab, p. 10, ln. 8-9).

Optimeringen bør ikke ske ud fra hvad, fra medarbejderne i frontlinjen siger, idet der også i løsningsdiskursen er et betydningssystem om, at medarbejderne har fokus på at skåne egen drift og system, fordi der mangles ressourcer. Med det blik ledes der efter løsninger i egen kontekst, men herved skabes andre problemer, og der skabes ikke den rette løsning for borgeren, idet fokus i medarbejderdiskursen er fokus på problemløsning for organisationen og ikke for borgerne. Lederen i Akutberedskabet italesætter dette med sandheden

"Vi har en kultur, hvor vi, jeg plejer at kalde det sådan lidt kærlighedsteams, hvor vi bevidst og ubevidst og afhængig af hvor vi er i virksomheden i sundhedsvæsenet og i kommunerne, har os selv i fokus, mere end vi har patienten i fokus og det betyder, at vi tænker mere på, nu skal vi skåne akutmodtagelserne, de har også altid så travlt mine kollegaer derude, jeg skal ikke sende altmuligt ind, så jeg bestemmer nu her, at det jeg syntes er mest vigtigt, skal ind og det er det jeg sidder og prioriterer" (Leder Akutberedskab, p. 5, ln. 10-15)

Hertil kommer et videns- og betydningssystem om hospitalet, der yderligere bidrager til konstruktionen af en diskurs, idet det i alle tre interviews er gennemgående, at hospitalet er omdrejningspunktet. Det er hospitalets tilgang til forebyggelige indlæggelser, der tages udgangspunkt i, hvorved forebyggelighed defineres ud fra et hospitalsperspektiv og ikke et kommunalt eller præhospitalet perspektiv. Eksempelvis fortæller den kommunale leder, at:

"Jeg tror, det er det hospitalet tænker, hvorfor har de overhovedet sendt denne patient herind, kunne de ikke bare have skiftet det kateter, som nu var stoppet, eller kunne de ikke bare..., eller hvad..., det her er jo ikke noget i vores optik. Der er også niveauer tror jeg, man hvad er det, der gør, nogen syge og hvornår er man syg" (Leder Kommunen. Ibid., p. 15, ln. 10-13).

Det understøttes af, at der på hospitalerne er meget fokus på netop at se ind i indlæggelser og fra hospitalets side forholde sig til, om indlæggelsen var nødvendig eller ej.

"Men vi fokuserer meget på indlæggelser. Vi har ofte audit omkring akutte indlæggelser, jeg ser jo dagligt på indlæggelses statistikker, belægningsprocenter osv. osv. Og vi har meget ofte audit omkring, er indlæggelse nødvendigt eller ikke nødvendigt" (Leder Hospital, p. 7, ln. 20-26).

Ydermere er der et videns- og betydningssystem i det kommunale perspektiv omkring data. Et system, der fremstiller det som eksakt viden, ift. at der mangler data omkring dem, der skal forebygges indlæggelser hos. Dette fremkommer i:

"Jeg sidder jo i samarbejdsudvalget, jeg har jo siden jeg startede, nu har jeg været her i 5½ år, appelleret ihærdigt for om vi ikke kunne få lov til at få data fra hospitalet om når en given borger har været indlagt, med den samme diagnose 2 gange på en måned. Det er er mit største ønske at kunne få. Det er fordi, vi kender faktisk ikke de borgere, der bliver indlagt. Vi er ca. i kontakt med 2000 borger over 65 år i vores hjemmeplejesystem og vi har 10 000 ældre borgere i kommunen, så der er altså 8000 vi ikke kender og måske skulle vi kende nogen af dem. Måske kunne vi være med til at gøre, en forskel, hvis vi kendte dem" (Leder Kommune, p. 6, ln. 13-19).

I den kommune lederen er ansat i, er der årligt 12.000 indlæggelser, men betydningen af de manglende data medfører en sandhed, der fremstilles som eksakt viden, idet lederen fortæller at:

"Jeg ved faktisk ikke, hvem der udgør de 12 000 indlæggelser" (ibid., p. 14, ln. 17)

Hvilket yderligere kobles til en økonomisk betydning, idet

"Jeg bliver jo målt på min medfinansiering og hvor mange penge jeg bruger, men samtidig er min medfinansiering så stor, at jeg betaler ca. 200 mill. om året og om vi redder ca. 10 indlæggelser, det ser jeg jo ikke" (ibid., p. 4, ln. 16-19).

Manglende data italesættes her som en barriere for løsninger, og der er således en meget manifest interdiskursivitet til både en datadiskurs og en økonomisk diskurs, hvor både data og økonomi er væsentlige aspekter af forebyggelige indlæggelser, men ikke kan anvendes som aktive redskaber grundet deres form. Der fremkommer, således som tidligere beskrevet, en økonomidiskurs i interviewene, som koblet til en hospitalsdiskurs skaber en virkelighed, hvor borgerne så vidt muligt ikke skal på hospitalet. Samme virkelighed kan genfindes i borgerdiskursen, hvor fokus er på, at borgerne så vidt muligt skal skånes for

hospitalsindlæggelser, men i og med der er så markant interdiskursivitet til en økonomi og hospitalsdiskurs, er en relevant betragtning, at udgangspunktet i borgerdiskursen ikke kun tages i borgerens behov og borgeren som kunde, men også er væsentligt præget af en økonomi- og hospitalsdiskurs.

Samlet set er der en række videns- og betydningssystemer i spil i diskursen om forebyggelige indlæggelser, som samtidig konstruerer en række diskurser. Det er en borgerdiskurs, en kompetencediskurs, en økonomidiskurs, en dem og os diskurs samt en løsningsdiskurs og endelig en hospitalsdiskurs, som er de mest markante, og samtidig også som påvist har en væsentlig betydning for måden, hvorpå der etableres løsninger til forebyggelse af indlæggelser.

For at vende tilbage til indledningen af nærværende afsnit, hvor det blev fremført, at de tre interviewede mener, der i høj grad er forebyggelige indlæggelser, kan det overordnet siges, at lederne grundlæggende artikulerer diskursen om forebyggelige indlæggelser, som den er beskrevet i indledningen til denne master. De skaber ikke entydighed, og der fremkommer heller ikke et nyt "interdiskursivt mix" (Jørgensen 2006). Forebyggelige indlæggelser er der i høj grad, og der stilles ikke spørgsmålstejn herved, samtidig med, at der peges på løsninger hos andre og hovedsageligt løsninger ud fra en hospitalsdiskurs. De diskurser, der trækkes på og findes gennem videns- og betydningssystemerne, genskabes i den diskurs de tre ledere gennem interviewet skaber om forebyggelige indlæggelser, og det er samtidig i en normativ form. Konstruktionen reproduceres således på en række områder, men med analysen ekspliciteres den også yderligere, og der udfoldes en diskurs om hospitalerne, som værende referencerammen for kompetencer i især kommunen, men også for hvad der skal indlægges, og hvad der ikke skal. Dette med en økonomisk diskurs som normativ ramme. Hospitalet er dyrest, hvorfor det skal anvendes mindst muligt. Samlet set er det fremkommet med analysen af diskursen som tekst og diskursiv praksis, at ikke alene reproduceres diskursen om forebyggelige indlæggelser og dens manglende entydighed, men der er også en række diskurser i spil, der kæmper om retten til at afgøre, hvilken virkelighedsopfattelse, der er sand. Som nævnt i teoriafsnittet 4.4.2. skal her kobles til meningsskabelsen for at skabe en dybere forståelse af diskursordenen og dens betydning i en analyse af diskursen som social praksis.

5.1.2. Diskursen som social praksis

Det er i afsnit 5.1.1. vist, at en række videns- og betydningssystemer konstruerer en række diskurser, som er i spil i den samlede diskurs om forebyggelige indlæggelser. Disse er også samlet i bilag 7 som kodning af interviewene af de tre ledere. I analysen af diskursen som social praksis skal her ses på den eller de diskursordner, der er i spil i den samlede diskurs om forebyggelige indlæggelser. Diskursordnen er, som tidligere nævnt, de diskurser, der helt eller delvist dækker feltet forebyggelige indlæggelser og enten konkurrer om at indholdsdefinere på hver deres måde eller eksisterer sideløbende og dermed kæmper om at afgøre hvilken virkelighedsopfattelse, der er sand. Til at eksplicite hvornår der ses en diskursorden anvendes, som tidligere nævnt Hernes begreb tilslutning.

En diskurs - hospitalsdiskursen - er gennemgående, og bidrager med den økonomiske diskurs som normativ ramme til konstruktionen af flere andre diskurser. Lederen på hospitalet blev spurgt om, hvis han frit kunne vælge på alle hylder ledelsesmæssigt, hvad han så ville sætte i værk for ift. at forebygge indlæggelser. Hans svar viser med klar tydelighed hospitalsdiskursens dominans:

"Jeg har jo en drøm om når vi får lavet vores store nye akutmodtagelse ude på Herlev, så har vi en akut modtagelse på den ene side og på den anden side har vi et stort akut ambulatorium, hvor alle dem der kan stå og gå, de kan komme og blive udredt uden at blive akut indlagte. Men det er stadig fuldstændig den samme diagnostiske tilgang, der er i øvrigt. Patienten kan bare komme om dagen og de kan gå hjem igen, også skal de ikke ligge og have en seng, og alt det der koster, det ville virkelig være en drøm. Det er jo sådanne organisatoriske ting vi skal, og der skal være noget tilgængelighed" (Leder Hospital, p. 13, ln. 21-26).

Der er både en borgerdiskurs i spil, hvor borgerne kan komme om dagen uden at blive indlagt, og dermed undgå processen, som lederen på hospitalet selv tidligere har benævnt "fra Herodes til Pilatus" samtidig med, det er mindre omkostningstungt end en indlæggelse, hvorved der også er en økonomisk diskurs i spil, men de eksisterer ikke sideordnet. Var det borgerdiskursen eller den økonomiske diskurs, der var herskende i den her fundne diskursorden, var løsninger på

tværs af sektorerne nok fremhævet, for det er tidligere af samme leder fremhævet i den økonomiske diskurs, at løsninger må skabes på mindst mulige omkostningsniveau, som er kommuner og almen praksis, samtidig med at borgerne i højere grad bør behandles tættere på eget hjem af hensyn til dem selv. Tilslutningen til hospitalsdiskursen er imidlertid meget stærk, og det betyder samtidig, at i det beskrevne forslag til løsning inviteres der til samarbejde omkring en løsning i hospitalsregi. Processen der inviteres til, i den handlingsdrevne tilslutning lederen på hospitalet her udviser, er så domineret af en hospitalsdiskurs, at den videre interaktion skal ske inden for hospitalets diskurs og med fokus på en løsning på hospitalet. Den diskursorden, som lederen af hospitalet er præget af, er derfor en diskursorden, hvor hospitalsdiskursen fremstår herskende.

Som nævnt står denne diskursordens betydning med løsninger tænkt i hospitalsregi umiddelbart i kontrast til en anden diskurs indenfor forebyggelige indlæggelser, hvor den virkelighed der beskrives, er en virkelighed, hvor borgerne så vidt muligt skal blive i eget hjem. Den kommunale leder udtrykker dette meget klart:

"Jeg syntes jo, det fornemmeste vi kan gøre, er at beholde borgeren i deres hjem og få borgen til at få den intervention, som der er nødvendig i hjemmet" (Leder Kommune p. 5, ln. 4-5)

Tilslutningen fra den kommunale leder til en virkelighedskonstruktion, hvor det bedste er at sikre, at borgeren kan blive i eget hjem, har været helt manifest, idet lederen har været en af de primære drivkræfter bag etableringen af en tværkommunal akutfunktion. Samtidig kan her inddrages den tidligere fremanalyserede diskurs om kompetencer, hvor kompetencer i kommunal kontekst blev defineret ud fra hospitalsdiskursen. En kontekst hvor hospitalskompetencer er de højeste kompetencer og kommunale kompetencer de laveste. At det ydermere er så vigtigt at holde borgerne hjemme, understreges ikke af lederen i kommunen ift. et økonomisk aspekt, men ud fra en virkelighedskonstruktion af hospitalet som et sted, hvor borgeren absolut ikke ønsker at komme. Det endda så lidt, at forløbene til tider trækkes for længe i stedet for at være "svingdørspatient". Et udtryk der understøtter hospitalsdiskursens

dominans, som den diskurs, indenfor hvilken det reelt defineres, om borgeren hører til på et hospital eller ej.

"Måske er vi også med til at trække noget for langt, det kan man jo ikke udelukke, fordi vi tænker det går nok. Så kom de måske afsted lidt for sent, altså ikke fordi, jeg har ikke nogen dokumentation, for det der sker, men hvis du tænker vi prøver lige at se tiden an, til i morgen og sådan noget lignende. Så havde det været bedre, de lige havde været svingdørspatient eller borger. Men det er heller ikke sjovt for dem at komme ind kl. 16 om eftermiddagen og blive kørt hjem kl. 02 om natten vel, det er jo også det der sker engang imellem, og så tror jeg hellere vi tænker, vi prøver at se tiden an ikke" (ibid, p. 11, ln. 14-20)

En diskurs der umiddelbart også ses dominerende hos den kommunale leder, er den datadiskurs, der blev påvist i analysen af diskursen som tekst og diskursiv praksis. Den kommunale leder understreger indholdet af datadiskursen med sit svar på spørgsmålet om, hvad hun ville vælge ledelsesmæssigt, hvis hun kunne vælge frit på alle hylder:

"Så vil det være at få nogen data på hvem der blev indlagt. Det er min absolutte højeste prioritet at vide hvem der bliver indlagt" (ibid. p. 19, ln. 4-5)

Udsagnet vidner om høj grad af tilslutning, og det fremsættes i en nærmest uigenkaldelig version. Som tidligere nævnt, har man kommunalt ikke en oplevelse datamæssigt af indsigt i alle indlæggelser. Der konstrueres dermed en virkelighed af manglende indsigt som barriere for handling, der konkurrerer med en virkelighed om, at handling i borgernes hjem er nødvendig for forebyggelse af indlæggelser. Forebyggelseselementet tænkes ikke tidligere frem i de ældres forløb som forebyggelse, inden de overhovedet har en hospitalskontakt og med udgangspunkt i de data, der haves om f.eks. sundhedsprofiler (Sundhedsstyrelsen 2018). Der ses således også i kommunal kontekst en diskursorden præget af hospitalsdiskursen som den herskende diskurs, hvor hospitalerne definerer, hvem der bør indlægges, og hvem der ikke bør frem for kommunerne på baggrund af egne data og indsigt. Fra et kommunalt perspektiv ses hospitalerne som dem, der har svaret på, hvordan kommunen skal bidrage til at forebygge indlæggelser.

Hospitalsdiskursen er så herskende, at den tilmed også, som tidligere vist i vor analyse, sætter en markant normativ ramme for kompetencer i kommunen.

I en diskursorden på tværs af hospital og kommune er borgerdiskursen ikke herskende, men den fremkommer hos lederen af Akutberedskabet i det, der tidligere er benævnt ”borgeren som kunde” diskursen. Her udfordres både data- og hospitalsdiskursen, idet der konstrueres en virkelighed, hvor borgeren selv kan og bør definere, hvad der er forebyggeligt. I diskursen skal det, der iværksættes have værdi for borgeren. Det er ikke at sidestille med fuld autonomi, men en bedre balance mellem værdi for borgeren og et hensyn til systemet, hvilket kommer til udtryk i følgende udsagn:

”Vi har vurderet at det er en værdi, hvis vi ikke har holdt det op imod at der er en patient siger at for mig vil det være værdifuldt hvis, det her kunne ske, så er der ikke et match. Så matchet det er i virkeligheden en patient, der kan italesætte denne her værdi, så hvis du gerne vil ud og se på hvad KOL-patienter siger, hvis vi skal have færre genindlæggelser på dem, hvad siger så KOL patienterne er succeskriterierne. Det kan godt være, noget helt andet de siger” (Leder Akutberedskab, p. 4, ln. 11-12)

Det kan dog hævdes, at hospitalsdiskursen fortsat er dominerende, for udgangspunktet er, hvordan vi kan sikre færre genindlæggelser (og dermed forebygge indlæggelser). Der kan således siges allerede at være sket en tilslutning til, at indlæggelser skal undgås, og den invitation der sker i processen, her italesat som en dialog med borgeren, etableres ud fra en præmis om, at der er for mange indlæggelser, og det skal forebygges. Samtidig sker der også en anden virkelighedskonstruktion, idet den organisatoriske diskurs er dominerende hos lederen i Akutberedskabet, og ovenstående skal ses i kontekst heraf. Løsningerne ift. forebyggelige indlæggelser ligger i at organisere sig frem til løsninger ligesom i hospitalsdiskursen. Det der kæmpes om, er således ikke om løsninger skal findes gennem organiseringer, men hvor organiseringer skal tage deres udgangspunkt.

I de her analyserede diskursordener, er der flere diskurser, der kæmper, men selvom indholdet kan variere fra et data til et borgerperspektiv, deler diskurserne, som de tre ledere taler sig ind

i, også en række selvfølgeligheder. Det fremstår som en klar selvfølgelighed, at løsninger til at forebygge indlæggelser skal findes gennem organisering. Organiseringer der kan tage forskelligt udgangspunkt, men organisering er et omdrejningspunkt. Samtidig er der også en fælles selvfølgelighed i, at hospitalet ikke er et sted, man som borger i udgangspunktet ønsker at komme, da det er sted, hvor man risikerer at blive udsat for noget, som reelt ikke ønskes. Et tredje aspekt, der også fremstår som en selvfølgelighed mere end en diskursiv kamp, er "dem og os" diskursen. Selvom der peges på tværs af sektorer og organisationer omkring manglende samarbejde og fælles løsning, kan der ikke siges at være en med Jørgensens udtryk "*konkurrence om at indholdsudfylde på hver sin måde*" (Jørgensen 2006, p. 147). Den herskende hospitalsdiskurs med den økonomiske diskurs som normativ ramme, og de selvfølgeligheder lederne taler sig ind i, er herunder opsummeret.

Herskende diskurs – Hospitalsdiskursen:		
Ramme for kompetencer		
Ramme for hvem der skal indlægges og hvem der ikke skal		
Normativ ramme – Økonomidiskursen:		
Hospitalet er dyrest, hvorfor det skal anvendes mindst muligt		
Selvfølgelighed:	Selvfølgelighed:	Selvfølgelighed:
Løsninger gennem organisering	Hospitalet er ikke et sted borgerne ønsker at være	"Dem og os"

Tabel 6: Herskende diskurs i diskursordenen, normativ ramme og selvfølgeligheder

Diskursen om forebyggelige indlæggelser kan således siges at være særdeles stabil og præget af en høj grad af permanens. Overordnet set er hospitalsdiskursen den herskende diskurs, og det er relevant for videre overvejelse hvorfra denne herskende diskurs kommer, dvs. fra hvilken anden diskursorden. Fairclough fremhæver, at forandring især sker, når diskurser interdiskursivt transporteres mellem diskursordner (ibid.). Det er således ikke givet, at den høje grad af permanens altid har været forekommende. Imidlertid vil det være en analyse for sig, som der af afgrænsningsmæssige årsager afstås fra at gennemføre her. For en endnu dybere forståelse af hospitalsdiskursen som herskende diskurs, skal det her blot påpeges at en sådan analyse vil være nødvendig.

5.1.3. Delkonklusion

Diskursen om forebyggelige indlæggelser er præget af en høj grad af interdiskursivitet, hvor det gennem kritisk diskursanalyse af de tre interview vises, at der trækkes på en række øvrige diskurser; Kompetencediskurs, Borgeren som kunde diskurs, Økonomidiskurs, Dem og os diskurs, Organisatorisk diskurs, Løsningsdiskurs, Datadiskurs og en Hospitalsdiskurs. Samtidig viser analysen, at videns- og betydningssystemerne diskurserne konstrueres af, er præget af narrativer mere end talbaserede data. Analyse af diskursordenen viser desuden, at hospitalsdiskursen er herskende på tværs af alle tre interviewede, idet de i meget høj grad tilslutter sig denne. Diskursordenen findes at være stabil, og indledningens beskrivelse af manglende entydighed i diskursen om forebyggelige indlæggelser er også at genfinde i interviewene. Manglende entydighed er imidlertid ikke det samme som ustabilitet og høj grad af forandring i diskursen. Endelig kan det konkluderes, at der er i diskursen om forebyggelige indlæggelser er en stærk tilslutning til et narrativ om, at borgerne ikke vil på hospitalet. Dette understreger væsentligheden af, at gennemføre et casestudie og analyse heraf, hvor vi også inddrager borgerens eget perspektiv på eget forløb for at se om diskursen også er herskende hos borgerne selv.

5.2 Analyse af casestudier

Vi vil i analysen af casestudier om indlæggelsesprocessen anvende de fire elementer i meningsskabelsesprocessen; interaktion, interaktionsmønstre, tilslutning og narrativer jf. afsnit 4.4.1.

5.2.1. Narrativer

Som tidligere nævnt i afsnit 4.4.1. betragter Hernes narrativ som en vigtig driver for kollektiv meningsskabelse. Narrativet kan både sætte rammer for interaktionerne i indlæggelsesprocessen, og kan samtidig påvirkes af de interaktioner, der foregår mellem de forskellige aktører i indlæggelsesprocessen. Hernes udtrykker det som: *"Et narrativ er et større billede, der siger noget om hvad organisationen stræber mod"* (Hernes 2018, p. 45).

I forbindelse med vores casestudie har vi opholdt os på en akutmodtagelse, hvor der er foretaget seks observationer. I observationerne er der spurgt ind til, om medarbejderne har en opfattelse af, at der er tale om forebyggelige indlæggelser, og hvilke indlæggelser det drejer sig om.

Observationerne og medfølgende dialog var med seks forskellige grupper fordelt på de to dage i akutmodtagelsen. Der er talt med overlæger, yngre læger, sygeplejerskerne samt tre ledende sygeplejersker. Under observationerne blev der foretaget to interviews, som var kendetegnet ved, at overlægen talte mens de øvrige læger ikke sagde noget, men gestikulerede deres tilkendegivelser eller var helt passive.

I observationerne italesættes det, at der er masser af forebyggelige indlæggelser (casestudie – observationer p. 55-58) Sygeplejerskerne italesætter, at deres oplevelse er, at der er unge mennesker, som bruger akutmodtagelsen aften og nat fremfor at gå til egen læge. Overlægerne tilkendegiver, at de har set mange forebyggelige indlæggelser begge dage, hvor casestudierne afvikles. Den ene overlæge fortæller, at årsagen til der er så mange forebyggelige indlæggelser er, at visitationen til indlæggelse er dårlig. Ifølge overlægen anvendes de aftalte kriterier for indlæggelse forkert. Buddet på en løsning er at sikre, de rette faglige kompetencer er tilstede i visitationen (ibid.) Gældende for alle observationer er, at der er flere læger eller sygeplejersker tilstede, som enten ikke deltager i samtalen, eller non-verbalt gennem bekræftende nik tilkendegiver, at de er af samme holdning, som den der taler.

Der defineres derved et narrativ på akutmodtagelsen om, at der er forebyggelige indlæggelser. Narrativet stemmer overens med, hvad der er afdækket i indledningen og i interview af lederne jf. afsnit 1 og 4. Et væsentligt fund er, at narrativet om de forebyggelige indlæggelser fremstår negativt ladet. Dette forstås gennem den opgivenhed og vrede, som narrativet omtales med i observationerne. Ifølge Hernes er narrativet udtryk for, hvor organisationen er på vej hen og en form for metafortælling, der beskriver organisationen, som den er. Narrativet om forebyggelige indlæggelser bidrager hermed til en meningsskabelse omhandlende, at der eksisterer en opgave udi at forebygge flere indlæggelser.

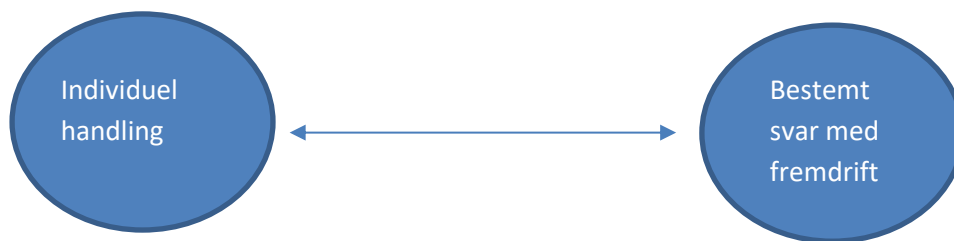
Denne observation af behovet for meningsskabelse genfindes også i observation af sygeplejerskerne, som den ene casedag giver udtryk for, at det er en "bøvlet dag". Da denne udmelding observeres uafhængigt fra flere forskellige sygeplejersker, vælger det at spørge en sygeplejerske, hvorfor de har en "bøvlet dag". Sygeplejersken har svært ved at besvare spørgsmålet, men efter en overvejelse, når vedkommende frem til, at aftenvagten i går ikke havde sørget for, at der kun var 16 patienter indlagt i akutmodtagelsen til morgen, som ellers er

det aftalte antal. Der var derfor flere indlagte, end proceduren foreskriver. Da sygeplejersken spørges, om det giver problemer med at udføre deres opgaver, svarer sygeplejersken nej. Observationen viser, hvordan narrativet om forebyggelige indlæggelser er relevant i meningsdannelsen for medarbejdere på hospitalet, idet narrativet kan fungere som en forklaring på "bøvlede dage", her forstået som et udtryk for en oplevelse af travlhed hos medarbejderne. Samtidig giver narrativet mulighed for, at medarbejdere på hospitalet kan forskyde årsager til problemer med travlhed, som de selv oplever, til andre, men det er uklart hvem de andre er.

Narrativet kan både sætte rammer for interaktionerne i indlæggelsesprocessen og samtidig være påvirket af de interaktioner, der foregår mellem de forskellige aktører i indlæggelsesprocessen. I casestudiet er det forsøgt at identificere de interaktioner, mønstre og tilslutninger, der opstår i forbindelse med indlæggelse af den ældre borger, for på den måde at konstatere, hvilke faktorer der er tilstede i skabelsen af narrativet om de forebyggelige indlæggelser. Det skal understreges, at der i forbindelse med observationerne, er spurgt medarbejderne, der deltager i interviewene, om de kunne henvise os til de konkrete indlæggelser, de opfattede som forebyggelige. Det har dog ikke været muligt af forskellige årsager, såsom "*de er alle udskrevet igen*" eller "*lige i dag har vi ikke nogen*". Det var derfor nødvendigt at inkludere de borgere, der var indlagt. For at udfolde narrativet eller narrativerne i casestudierne, skal der også foretages en analyse af interaktioner, interaktionsmønstre og tilslutning, idet narrativet ikke fremstår tydeligt fra start.

5.2.2 Interaktion

En interaktion sker, når der er flere aktører, som kommunikerer verbalt eller nonverbalt om elementer i indlæggelsesprocessen, herunder afklaring af bekymringer omkring sygdom eller oplevelse af akut sygdom. For at afklare hvilke interaktioner, der sker i indlæggelsesprocessen, skal elementerne i interaktionerne findes. Det kan illustreres som nedenstående.



Figur 6: Interaktionselementer (Hernes 2018 p. 271)

Der er mange individuelle handlinger i indlæggelsesprocessen. De handlinger, som findes interessante at beskrive i analysen er handlinger, som har betydning for meningskabelsen indlæggelsesprocessen, og der, hvor handlingerne har medført en respons, som sikrer en fremdrift. Fremdriften kan være midlertidig i interaktionen. Det kan imidlertid være relevant at beskrive, da interaktionen med midlertidig fremdrift på et tidspunkt stopper, hvorved andre og nye interaktioner opstår.

Målgruppen for casestudierne er som tidligere nævnt borgere over 65 år henvist via 1813 og 1-1-2 til akutmodtagelsen. Samlet inkluderes 23 borgere fordelt på en torsdag aften med ni forløb og en søndag i dagtid med 14 forløb. Kun en borger ønskede ikke at deltage, hvorfor der var 24 cases, der kunne inkluderes, men kun de 23 blev det. Alle øvrige indlagte borgere, som blev indlagt de to dage, var uden for vores målgruppe aldersmæssigt. Begge dage opfattes af medarbejderne i akutmodtagelsen som repræsentative. Både i forhold til antallet af indlæggelser, fremmøde af personale, flow og tyngden i opgaverne.

Der er foretaget i alt 23 interview af patienter og i nogle tilfælde deres pårørende. Interviewene er optaget og fuld transskriberet. Efter borgerinterviewet er fagpersonalet forsøgt kontaktet i kommunen og på 1813/1-1-2 samt på hospitalet. Notater herfra er indskrevet i transskriptionen. Det er valgt at farvekode observationerne og samtaler, der er foregået i casestudierne, for synliggørelse af, hvad der er sagt eller observeret i de enkelte cases. Transskriptioner og noter er vedlagt i bilag 6. Interaktionerne er præsenteret i nedenstående oversigtsskema. Skemaet rummer foruden interaktionerne også data, som beskriver borgeren. Skemaet er opdelt i faserne i indlæggelsesprocessen; før kontakt til 1813/1-1-2, under kontakt til 1813/1-1-2 og i akutmodtagelsen på hospitalet. I alle tre inddelinger er der forskellige handlinger, hvor nogen

stopper og medfører andre interaktioner. Fælles for de valgte er, at handlingerne har haft eller har fremdrift, som ender med en bestemt reaktion, som fører til næste skridt i processen.

De 23 cases er desuden inddelt i fire grupperinger, som er følgende:

- Borgeren kommer ind via 112 til Akutmodtagelsen uden anden kontakt før indlæggelse (6 cases)
- Borgeren kommer ind via 1813 uden anden kontakt før indlæggelse (6 cases)
- Kontakt med egen læge før indlæggelse (5 cases)
- Kommer fra kommunal døgnplads (Plejehjem eller midlertidig døgnplads) (6 cases)

Udover grupperingen illustrerer borgernes vej ind, viser grupperingen også, at der er en ligelig fordeling mellem grupperingerne og dermed at data også er repræsentative på dette punkt.

Grupperingen fremgår af nedenstående tabel 6.

Borger kommer ind via 112 til Akutmodtagelsen uden anden kontakt før indlæggelse			
	Case 4	Case 5	Case 11
Borger grunddata	80 årig mand	75 årig kvinde	73 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Udredning i neurologisk regi	Kendt hjertesyg	Kendt med sygdom og følges af hospitalet. Ringet fredag til afdelingen, som ikke ville indlægge borgeren. Har fået ambulant tid mandag
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra	Hjemmefra
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Nej. Ægtefælle passer borger hjemme uden hjælp fra kommunen	Nej. Bor med ægtefælle. Klarer normalt sig selv	Nej, men tæt kontakt og hjælp fra børn.
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Ægtefælle kontaktede 1-1-2, da borger kramper og ikke er kontaktbar. Ambulance sendes.	Ægtefælle kontakter 1-1-2, da borger ikke kan få luft og har opkastninger. Ambulance sendes	Sønnen ringer 1-1-2, da borger er gledet på gulvet om natten. Der sendes en ambulance.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. venter svar
Interview er foretaget med	- Borger og ægtefælle - Sygeplejerske og læge i akutmodtagelsen	- Borger og ægtefælle 1-1-2 sygeplejerske - Sygeplejerske og læge i akutmodtagelsen	- Borger og pårørende - Sygeplejerske i akutmodtagelsen
Hvad var den faglige konklusion	Borger indlægges via 1-1-2 med en akut tilstand, som skal afklares	Borger indlægges via 1-1-2 med en akut tilstand, som skal afklares	I akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.
Er kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Krampeanfald indlægges.	ABC afdækkes i telefon på 1813, som visiterer til en indlæggelse.	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet

Borger kommer ind via 112 til Akutmodtagelsen uden anden kontakt før indlæggelse			
	Case 12	Case 13	Case 15
Borger grunddata	73 årig kvinde	69 årig mand	86 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Ikke tidligere syg. Borger er på byvandring og bliver akut dårlig. Tager derfor hjem og ringer til sønnen, som bor tættest på og til 1813	Borger kendt med sygdom i hjernen, epilepsi og depression. Vågner om natten med slap arm.	Ikke kendt med sygdom, men er faldet søndag morgen hjemme og har det ikke godt.
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra	Hjemmefra
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Nej. Klarer sig selv.	Nej. Bor med ægtefælle	Nej. Bor med datter
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Borger ringer 1813. 1813 personalet om visiterer opkaldet til 1-1-2 pga. symptomer på stroke (blodprop eller blødning i hjernen). Ambulance sendes	Ægtefælle kontaktet 1-1-2 da hun er bekymret. Ambulance sendes	Datter ringer til 1-1-2, pga. lang ventetid på 1813, og bekymring for sin mor, som ligger på gulvet og har svært ved at få luft. Ambulance sendes
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger - Sygeplejerske og læge i akutmodtagelsen	- Borger - Læge i akutmodtagelsen	- Borger og pårørende - Sygeplejerske på hospitalet
Hvad var den faglige konklusion	I akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	Borger indlægges via 1-1-2 med en akut tilstand som skal afklares.	Borger indlægges via 1-1-2 med en akut tilstand, som skal afklares.
Er kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Ja – smil, snak, stræk Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet

Borger kommer ind via 1813 til Akutmodtagelsen uden anden kontakt før indlæggelse			
	Case 1	Case 2	Case 14
Borger grunddata	74 årig mand	69 årig mand	87 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Opereret i hjertet en uge før denne indlæggelse.	Udskrevet fra hospitalet 4 dage før og afventer opfølgning ambulant. Han har været i kontakt med den udskrivende afdeling på hospitalet, da han var bekymret. Han får besked om, at han skal kontakte 1813 i stedet	Borger kendt med flere tilfælde af blodpropper i hjernen. Er på tur med ægtefælle på stranden. Om aftenen bliver hun fjern og kramper.
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra	Hjemmefra
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Nej. Bor med ægtefælle	Nej. Bor alene	Nej. Bor med ægtefælle som passer hende. Borger har stort plejebæhov og kan ikke selv klare sig
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Borger ringet til 1813 pga. bekymring, da han oplever ikke at kunne styre sin hånd. Taler med 1813 sygeplejerske, som viderestiller opkaldet til en læge, som har dialog med neurologisk læge på hospitalet. Det besluttes at borger skal indlægges på hospitalet pga. symptomer.	Borger ringer til 1813, som vælger at sende borger på hospitalet, da han har symptomer på sygdom.	Ægtefællen ringer 1813, da han er bekymret. Krampeanfaldet er længere varende end vanligt. Borger sendes på hospitalet.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger 1813 personale - Sygeplejerske og læge i akutmodtagelsen	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen	- Borger og ægtefælle - Sygeplejerske og læge på hospitalet 1813 sygeplejerske

Hvad var den faglige konklusion	På tværs af 1813 og i akutmodtagelse italesættes at denne borger skal indlægges pga. akutte symptomer	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges.	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges.
Er der kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Ja – smil, snak, stræk Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Borger er blevet bedt om at kontakte afdelingen ved komplikationer efter udskrivelse.	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet

Borger kommer ind via 1813 til Akutmodtagelsen uden anden kontakt før indlæggelse			
	Case 17	Case 20	Case 23
Borger grunddata	88 årig kvinde	78 årig mand	81 årig mand
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Borger er faldet på gulvet og findes af overbo. Borger er kendt med kræft og kan ikke selv komme op fra gulvet.	Gennem 3 dage er der nedsat funktionsniveau. SSA, som kommer i hjemmet til personlig hjælp, observerer dette og skriver til fysioterapeuten, som står for borgers træning. Der er ikke kontakt til andre sundhedsfaglige.	Borger opereret inden for den sidste uge og har kontaktet afdelingen, hvor han er opereret, som beder borger om at kontakte 1813.
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra	Hjemme fra datter
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Ja, til sårpleje og rengøring	Daglig hjælp til personlig pleje. Træner med fysioterapeut ugentlig. Ægtefælle står for øvrig hjælp	Nej
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Overbo kontakter 1813, da borger ikke kan komme op fra gulvet. Borger siger til overbo, at hun gerne vil indlægges. 1813 sygeplejerske taler både med overbo og borger. 1813 sygeplejersken overvejer at kontakte kommune i stedet for at sende til hospital, men da borger selv giver udtryk for, at hun er dårlig, fravælges dette	Hustru kontakter 1813 om søndagen. Det kan ikke afdækkes ordentlig i telefonen, om borger har et nyt tilfælde af blodprop, og derfor sender 1813 sygeplejerske borger til vurdering	Datter kontakter 1813, da hun er bekymret for, at borgers ben er hævet, og han har flere smerter end tidligere. 1813 sygeplejerske som viderestiller til 1813 vagtlæge. Læge sender borger til indlæggelse via den centrale visitation.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar Borger afventer at bliver sendt hjem igen.	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger og pårørende 1813 sygeplejerske - Sygeplejerske i akutmodtagelsen	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 sygeplejersken	- Borger 1813 vagtlæge

Hvad var den faglige konklusion	I akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges.
Er kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Borger har symptomer (feber), da hun ankommer til hospitalet.	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet

Kontakt med egen læge før indlæggelse			
	Case 6	Case 8	Case 9
Borger grunddata	75 årig kvinde	85 årig kvinde	84 årige kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Har været hos egen læge sammen dag. Har fået diagnose og sat i behandling for smerter. Egen læge mener ikke, at der er behov for indlæggelse	Kontakt til egen læge omkring symptomer i dagtiden. Lægen ønsker, at hun skal indlægges. Hun har haft problematikken gennem lang tid og orker ikke mere	Kendt med kræft og har kontakt til egen læge tidligere på dagen. Får udleveret smertestillende.
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra	Hjemmefra. Passes af ægtefælle
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Nej. Klarer sig selv normalt	Nej. Har tidligere haft hjemmesygepleje. Bor alene	Nej
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Datter kontakter 1813. Datter er bekymret, er ikke i hjemmet. Hun viderestilles til læge.	1813 følger egen læges visitation til indlæggelse. Betragter det som en fejl, at borger ikke er afhentet. Indlægger borger.	1813 visiterer til hjemmebesøg, som tilser borger og indlægger pga. manglende effekt af smertestillende.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger - Vagtlægen - Sygeplejerske i akutmodtagelsen	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 vagtlæge	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 vagtlæge
Hvad var den faglige konklusion	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges	Akutmodtagelsens sygeplejerske mener, at dette kunne være udgået, hvis egen læge havde gjort noget andet i samarbejde med kommunen	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges
Er kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Nej	Nej, men borger er vurderet af egen læge	Nej, men borger er vurderet af vagtlæge

Kontakt med egen læge inden indlæggelse		
	Case 16	Case 18
Borger grunddata	70 årig kvinde	76 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Borger er udskrevet fra hospitalet fredag, efter operation af hofte. Kontakter afdeling søndag, da hun har kvalme, opkast og dårlig mave. Afdelingen har ikke mulighed for at genindlægge borger.	Borger har gennem måneder haft blærebetændelser og har af flere omgange været i kontakt med egen læge. Borger oplever ikke at få den rette hjælp af egen læge og oplever at hun er dårlig. Ringer til sin datter.
Hvor kommer borgeren fra	Hjemmefra	Hjemmefra
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Nej. Udskrivende afdeling har aktiveret hjælp, som dog ikke er startet endnu.	Nej.
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Borger ringer til 1813, da hun er dårlig. Hun sendes til vurdering på hospitalet.	Datter ringer til 1813, da hun er bekymret for sin mor. Hun redegør for morens lange syge historie og bekymringer. Hun sendes til vurdering på hospitalet.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen
Hvad var den faglige konklusion	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	I akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.
Er kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet

Kommer fra kommunal døgnplads (plejehjem eller midlertidig døgnplads)			
	Case 3	Case 7	Case 10
Borger grunddata	65 årig kvinde	79 årig kvinde	82 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Egen læge har tilset borger samme dag. Han vil have borger indlagt, men hun vil ikke med, da ambulancen kommer.	Kommunal medarbejder har visiteret borger til en midlertidig døgnplads pga. øget behov for pleje i hjemmet. Er udskrevet 3 dage tidligere fra hospital til døgnpladsen.	Mental ændret adfærd. Har ikke sovet de sidste par dage. Ingen kontakt til egen læge da det er weekend. Har smerter
Hvor kommer borgeren fra	Plejehjem	Midlertidig døgnplads	Plejehjem
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Tilses på plejehjem af fast personale, som har dialog med egen læge. Da aftenvagten møder ind, forsøges indlæggelse igen via 1813	Fast personale på døgnpladserne har taget prøver til afklaring af tilstand.	Assistenten på plejehjemmet ringer til 1813 pga. utryghed omkring situationen.
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Sygeplejersken fra plejehjemmet kontakter 1813 og orienterer om, at egen læge har ønsket borger indlagt. 1813 personalet kan godt i deres system se, at der har været forgæves kørsel og sender en ny kørsel uden ydere tiltag.	Sygeplejersken ringer til 1813, da borger har tiltagende feber.	1813 personalet beder personalet på plejehjemmet om at undersøge borgeren nærmere og ringe tilbage. Da de gør det, er der symptomer til indlæggelse
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	1813 personale - Sygeplejerske og læge i akutmodtagelsen	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen	- Borger (dement) 1813 sygeplejerske - Sygeplejerske i akutmodtagelsen
Hvad var den faglige konklusion	På tværs af plejehjemspersonale, egen læge, 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges, da hun forsat har ubehandlede symptomer	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.

Er der kendte visitationskriterier anvendt i forbindelse med interaktionerne	Gentagende indlæggelser med samme problematikker. Der er symptomer, som medfører visitation til vurdering på hospitalet.	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet
--	--	--	--

Kommer fra kommunal døgnplads (plejehjem eller midlertidig døgnplads)			
	Case 19	Case 21	Case 22
Borger grunddata	82 årig kvinde	88 årig mand	78 årig kvinde
Forløb før kontakt til 1813/1-1-2	Borger er på midlertidige døgnplads, da behovet for pleje i hjemmet er blevet for stort. Er tiltagende dårlig med luftveje og mave.	Borger er tiltagende dårlig hen over weekenden, med feber og sløvhed og øget slimproduktion. Kan ikke tage sine piller	Borger har været dårlig weekenden over med feber og hoste.
Hvor kommer borgeren fra	Midlertidig døgnplads	Plejehjem	Plejehjem
Har borger kontakt til kommunen inden indlæggelse	Fast personale på døgnpladserne har taget afføringsprøver fra torsdag og mangler svar	Fast personale på plejehjemmet har observeret borger over flere dage.	Tilses af SSA på plejehjemmet, som er bekymret og ringer til 1813
Hvad skete i visitationen før indlæggelsen	Sygeplejerske fra døgnpladsen kontaktede 1813 læge og i dialog med lægen visiteres borger til indlæggelse	Sygeplejerske fra plejehjemmet kontakter 1813 læge, som beder om vitale værdier på borger. Da sygeplejersken ringer retur med svar, er de kritiske og borger sendes til indlæggelse.	Lægen vurderer, at grundet vitale parametre og det kliniske billede SSA'en beskriver, at sende borger til afklaring på hospitalet.
Hvad skete der i akutmodtagelsen	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar	Borger får foretaget relevante undersøgelser til afklaring. Venter svar
Interview er foretaget med	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 læge	- Borger - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 læge	- Pårørende - Assistent fra plejehjem - Sygeplejerske i akutmodtagelsen 1813 læge
Hvad var den faglige konklusion	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes at borger skal indlægges.	På tværs af 1813 og akutmodtagelse italesættes, at borger skal indlægges.
Er kendte visitationskriterier anvendt i	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Der er symptomer som medfører visitation til vurdering på hospitalet	Borger har symptomer som skal afklares

forbindelse med interaktionerne			
---------------------------------	--	--	--

Tabel 6: Cases

I skemaet er beskrevet de interaktioner, som er vigtige i indlæggelsesprocessen. De første interaktioner, som opstår i casene, er ofte kontakt mellem borger og deres pårørende. Det vil sige, at det ikke er sundhedsvæsenet, der er involveret i de første interaktioner. Det ses eksempelvis i case 6, hvor borgeren gennem en længere periode har været dårlig, og løbende dialog har med sin datter. Der er tydelige handlinger mellem mor og datter, og der er et bestemt svar i form af "mor skal ikke have det dårligt". Deraf kommer der en reaktion, som sikrer fremdrift da datter kontakter 1813, og der opstår en ny interaktion. Datter og 1813 sygeplejerske taler sammen og enes om, at moderens symptomer skal afklares. Der opstår derefter interaktion mellem borger og hospitalsmedarbejdere. Først en sygeplejerske og derefter en læge.

I case 21 starter interaktionerne anderledes end i case 6. Her er borgeren bosat på et plejehjem, og den første relevante interaktion finder sted mellem plejehjemmets sygeplejerske og borgeren. Sygeplejersken fortæller, at der reageres på, at borgeren har en ændring i adfærd. Det er således ikke sikkert, at borgeren selv har italesat, at han er dårlig, men sygeplejersken anvender sin faglighed i observationerne af borgerne, og der er en interaktion på baggrund af non-verbal kommunikation. Herefter er der en ny interaktion mellem sygeplejersken på plejehjemmet og 1813 lægen, hvor fremdrift understøttes gennem aftaler om, at der skal måles kliniske værdier, som kan understøtte en videre handling for 1813 lægen. Interaktionerne viser, at der er andre muligheder i spil, når interaktionerne foregår mellem to fagpersoner, fremfor mellem borger og fagperson. Interaktionerne er således afhængige af, hvem der deltager.

I case 8 finde yderligere en version af en interaktion, som starter indlæggelsesprocessen. Her har borgeren gennem et stykke tid været under udredning hos egen læge, og der pågår adskillige interaktioner uden indlæggelse. Indlæggelsesprocessens start kan dermed ligge lang tid før den

konkrete indlæggelse den pågældende dag, hvor borgeren er i kontakt med egen læge. Umiddelbart taler borgeren med sekretæren hos egen læge, og aftaler, at borgeren skal indlægges til afklaring af symptomer. Der sker en fejl, og kørslen bliver ikke effektueret. Interaktionen går i stå, og der er ikke fremdrift. Borger har derefter interaktioner med sine bekendte, som kontakter 1813 i en ny interaktion. Herefter indlægges borgeren til afklaring af symptomerne.

Der er således flere interaktioner, der har betydning for indlæggelsesprocessen i hver case. Imidlertid er der interaktioner, som ses flere gange på tværs af casene, hvilket benævnes interaktionsmønstre. Det analyseres i afsnit 5.2.3.

5.2.3. Interaktionsmønstre

For at finde mønstrene i interaktionerne grupperes handlingerne i casene ved at systematisere efter handlinger, der ligner hinanden, og handlinger, der gentages. Fokus forbliver på selve indlæggelsesprocessen. I casene ses stærke mønstre med samme handlinger og respons i interaktionen, men der identificeres også forskelligartede handlinger, som afføder en ensartet respons på tværs af flere cases. Nogle af interaktionerne, som gentages, kan anskues som procedure og rutiner, mens andre interaktioner bærer præg af hvilke muligheder, der er kendte for aktøren. Interaktionsmønstrene inddeles i tre områder; Interaktionsmønstre før indlæggelse, Interaktionsmønstre med 1813/1-1-2 og Interaktionsmønstre på hospitalet.

Interaktionsmønstre før indlæggelse

I interaktionerne før indlæggelse, identificeres flere mønstre. Når borgeren og/eller deres pårørende oplever sygdom, som ikke kan forklares eller som bekymrer, søges afklaring. Dette er gældende for alle cases, hvor borgeren er befinder sig i eget hjem (i alt 18 cases). Et andet mønster er, når borgeren befinder sig på en kommunal døgnplads. Her er det ikke overraskende personalet, som søger afklaring (case 3,7,10, 19, 21 og 22). Ovenstående er samlet i nedenstående tabel 7.

Hvorfor har jeg ringet Hvem har Ringet	Jeg er bekymret	Jeg fik den opfattelse, at borger er syg	Jeg/borger er dårlig (syg)	I alt	%
Borgeren	4	0	11	15	65%
Fagperson	1	1	3	5	22%
Pårørende	2	1	0	3	13%
I alt	7	3	13	23	100

Tabel 7: Interaktionsmønstre

Et stærkt mønster findes i alle 23 cases idet borgeren, pårørende og fagpersonale på tværs af indlæggelsesprocessen søger afklaring af og forklaring på borgerens symptomer på sygdom ved at kontakte 1813/1-1-2. I 10 af casene har der været kontakt med praktiserende læge eller anden speciallæge inden kontakten til 1813, hvilket fremgår af tabel 8 nedenfor. To stærke mønstre fremkommer blandt de ni cases. For det første et mønster i de cases, hvor borgeren er indlagt via fagpersonalet på plejehjemmet eller døgnpladser (case 3,7,10, 19). Her har der været interaktioner med egen læge på dagen eller dagene op til. Hvis egen læge har lukket, som i case 21 og 22 grundet søndag, kontaktes 1813. Fagpersonalet ville have kontaktet egen læge, hvis det var muligt, men da egen læge ikke er tilgængelig, ses borger an i flere dage, hvor borger beskrives som dårlig, og der ventes med at kontakte 1813.

Hvem har ringet	Andet - kontakt til læge inden 1813	Ikke noget, jeg vurderede, at jeg skulle have fat i 1813/1-1-2	I alt
Borger	4	11	15
Fagperson	4	2	6
Pårørende	2	0	2
I alt	10 (43%)	13 (57%)	23 (100%)

Tabel 8: Borgerens, fagpersoners og pårørendes overvejelse inden kontakt til 1813/1-1-2

Det andet stærke mønster er når pårørende oplever, at der ikke bliver taget hånd om en borger af egen læge, på trods af, at borgeren har haft kontakt samme dag, så kontaktes 1813 (case 6 og 8). I øvrigt har alle seks fagpersoner kontakt med en læge på 1813, hvilket også er et mønster, som beror på en aftale om, at kommunale enheder har direkte telefonisk adgang til læger på 1813.

Endvidere viser tabel otte også et tredje mønster. Umiddelbart tænker hverken borgeren, pårørende eller fagpersonale, at det kommunale set up er løsningen, hvis borgeren er syg. Der er blevet spurgt ind til, hvad de overvejede at gøre, inden de kontaktede 1813. F.eks. om de havde overvejet om det kunne vente til dagen efter med at kontakte kommunen, eller at kontakte akutsygeplejersken, hvis det var en assistent fra hjemmeplejen eller på et plejehjem, eller at kontakte hjemmesygeplejen. Det er ikke fundet, at nogen af parterne har overvejet det. Til gengæld svarede en gruppe af borgerne i interviewene med et modspørgsmål; hvad skulle det have hjulpet? Som det kan ses i tabel 8, så har 12 kontakt til egen læge inden kontakten til 1813. Herefter kontakter de 1813, hvis ikke det går, som aftalt med lægen. De øvrige 13 har ikke overvejet alternativer. De vurderede alle, at de skulle kontakte 1813 eller 1-1-2. Et sidste interaktionsmønster i processen før kontakt til 1813 er, at kommunens personale kun er involveret i seks cases, og her gælder, at alle seks borgere kommer fra en kommunal døgninstitution i form af tre fra plejehjem og tre fra midlertidige døgnpladser. Der er ikke borgere, som bor hjemme, og hvor fagpersonalet har initieret kontakten til 1813, hverken hjemmeplejen, sygeplejen eller en akutfunktion.

Interaktionsmønstre med 1813/1-1-2

I interaktionerne med 1813 kan der også identificeres en række mønstre. Det stærkeste mønster er, at 1813/1-1-2 medarbejderne i alle cases har lyttet til borgeren, og i de tilfælde, hvor det ikke er borgeren, der ringer, forsøger man at lytte og afdække de behov, som borgeren har.

Citat Case 17:

1813 Medarbejder: Det er en overbo der ringer, og fortæller at patienten er faldet og ligger på maven og har ligget i nogle timer. Hun er er fuldstændig vågen klar og relevant, trækker vejret pænt og har fine farver og bløder ikke og har ikke objektivt nogen skader

på kroppen. Hun har hjemmepleje men kan ikke selv komme op der er noget med hendes arme og det er begge arme, så jeg tænker ikke der er noget cerebralt katastrofe. Så er min plan at jeg vil sende hjemmeplejen derud, og det syntes overboen så ikke er godt, men jeg siger hun skal jo ikke ind på en skadestue, ja men det ved vi jo ikke. Men så spørger jeg om jeg kan snakke med patienten og så taler jeg med patienten og spørger igen om nogen af de samme ting også siger jeg du skal jo ikke ind på en skadestue. Jo siger patienten det skal jeg og så siger jeg hvorfor? Jeg har det så dårligt siger patienten og jeg ved ikke hvorfor jeg faldt.

Derudover er der to andre men svagere mønstre i den respons, der er hos medarbejderne på 1813/1-1-2, når borgerne udtrykker deres bekymring. 1813/1-1-2 medarbejdernes respons er forankret i henholdsvis:

1. Faste procedure til afklaring behovet for indlæggelse (case 4,8,10,12-16,18,20 og 21)
2. Erfaringer med at afklare behovet for indlæggelse (case 2,3,5,6,7,11,19,22 og 23)

Medarbejderne på 1813 består af sygeplejersker og læger, som besvarer opkaldene. Derudover er der en viderestillingsfunktion, hvor både sygeplejersker og læger kan viderestille til en læge for en yderligere vurdering af forløbet. I tabel 9 vises, hvad medarbejderne på 1813 overvejede inden de traf beslutning om at visitere borgeren til hospitalet. Data i tabel 9 er enten kommet direkte fra medarbejderne på 1813 eller gennem borgernes fortælling om, hvad de har fortalt personalet på 1813. Her fordeler svarene som følgende:

Hvad overvejede medarbejderne på 1813 inden de visiterede til hospital	Antal af cases
At ringe til kommunens hjemmesygepleje/hjemmepleje	1
At sende en læge ud fra 1813	1
Ikke noget, borger har symptomer som skal afklares – borger sendes til hospitalet	11
Ikke noget, jeg vurderer at borgerens tilstand skal afklares – borger sendes til hospitalet	9
Viderestillede til 1813 læge	1
I alt	23

Tabel 9: Medarbejderne på 1813's overvejelser inden visitation til hospital

Der er tre forløb, som afviger fra de to mønstre vedr. faste procedurer og erfaringer. Borgerne er blevet sendt på hospitalet i de to cases, hvor lægen bliver involveret. I den tredje case som er case 17, jf. ovenstående citat, overvejer 1813 sygeplejersken, at involvere hjemmeplejen, men gør ikke dette, da de pårørende *"ikke synes godt om det"*. Sygeplejersken afviger fra de to mønstre, hvor det er faglighed eller procedure der danner baggrund for handling. I denne case lader sygeplejersken i sidste ende, de pårørende afgøre handlingen.

Endelig er der en mindre afvigelse i to ud af de ni cases (case 2+3), hvor mønstret er, at det er medarbejdernes erfaringer, der danner baggrund for beslutningen om, at sende borgeren på hospitalet. I de to cases har borgeren allerede en aftale med en læge om, at de skal indlægges. Det vil 1813 medarbejderne ikke ændre. I de øvrige 7 case (case 5,6,7,11,19,22 og 23) beskriver medarbejderne på 1813, at de symptomer borgeren fortæller om, ikke kræver en indlæggelse, men med deres erfaringer og faglighed fra lignende forløb, vurderer 1813 medarbejderne, at borgerens tilstand skal afklares på hospitalet, hvilket nedenstående citat fra case 23 eksemplificerer.

Citat case 23:

Medarbejder: I dette tilfælde er det ret svært at afklare dette klinisk pga. et ny opereret knæ. Og jeg har været mange år inden for ortopædkirurgien ikke! Efter en uge til 10 dage,

der er alle hævet i benet og underbenet, så det kan jo ikke afklares klinisk med en vagtlæge eller et akutteam

Et andet godt eksempel der viser, at det er symptomerne alene, der danner baggrund, er i case 6.

Citat case 6

Medarbejder: Pga. hendes symptomer bør hun ses af en læge, og så er der jo problematikken om de mange smerter, der gør, at hun ikke kan stå og gå.

Interviewer: Så du følger også nogen visitations kriterier som siger, at dette her, det skal ses?

Medarbejder: Ja, der er føleforstyrrelser i "ride-buks-området" og det summer ned i benene

Interaktionsmønstre på hospitalet

I interaktionerne på hospitalet findes der også et stærkt mønster. Borgerne har symptomer på sygdom, som kræver, at de skal undersøges og observeres under indlæggelse. Ingen borgere, pårørende, sygeplejersker eller læger er af den opfattelse, at de 23 borgere i casestudierne ikke skulle være indlagt, og at indlæggelserne kunne være forebygget i den akutte fase. Derudover kan der identificeres et andet stærkt mønster. I alle 23 cases gennemgår borgerne undersøgelser, som er med til afklaring af deres symptomer på hospitalet. Der er ingen borgere, som er indlagte, og ikke får foretaget undersøgelser. Undersøgelserne beror enten på faste aftaler, procedurer eller vejledninger. I nogle af casene afventer borgeren enten svar på prøverne, eller at lægen kommer og fortæller hvad der skal ske. Det beskrives af borgeren i case 1:

Citat case 1:

Interviewer: Fra du kom herind og til du fik afklaring om din tilstand hvor lang tid gik der så?

Borger: Dette var klart indenfor en time.

Interviewer: Så du kom ind og blev set af en speciallæge med det samme, og det har været det optimale forløb for dig.

Borger: Ja, hvis du stopper historien der, for jeg har faktisk ligget her i min seng fra kl.08 i morges til nu kl.16,45 og der har endnu ikke været nogen læge for at skulle følge op på dette her.

Interviewer: Så nu er det ventetid.

Borger: Det kan jeg love dig for det er. Men de har travlt, og jeg har forståelse for det, men det er ikke spændende.

Mangfoldigheden i interaktionerne på hospitalet er stor. Der er mange forskellige slags interaktioner, som afføder samme respons på interaktionen. Responsen har til formål at afklare sygdom og sikre en plan for indlæggelsesforløbet. Mange af interaktionerne er knyttet til rutiner og procedurer, og kan nærmest betegnes som automathandlinger. Eksempelvis hvis der er mistanke om en blodprop i hjernen, udløser det automatisk et sæt af blodprøver, en overvågning af blodtryk og en scanning af hjernen. Samtidig er det fastlagt, hvem der modtager borgeren og rækkefølgen lægen ser borgerne i, er fastlagt ud fra klare kriterier om, hvem der skal prioriteres først. Sygeplejerskerne i akutmodtagelsen har dette overblik. I flere cases oplever borgerne eller de pårørende ikke dette overblik, men blot at der er ventetid.

Samtidig med mangfoldigheden af interaktioner, er der også et gennemgående fravær af interaktion til diskursen, om forebyggelige indlæggelser. Hverken medarbejdere, borgere eller pårørende italesætter, at borgerens indlæggelse kunne være forebygget. Dette ej heller da der i forbindelse med interviewet spørges ind hertil i de enkelte cases. Det er derfor relevant videre at se på, hvad medarbejdere, borgere og pårørende tilslutter sig.

5.2.4. Tilslutning

Tilslutning er aktive handlinger, verbale som non-verbale, hvor der gennem handlinger sker tilslutning til de fortællinger, der foregår i indlæggelsesprocessen (Hernes 2018). Igennem indlæggelsesprocessen i de 23 cases, er der tydelige tilslutninger til, at borgeren er syg og har behov for afklaring af sin situation. Det ses i interaktionsmønstrene fra før borgeren kontakter 1813, hvor interaktionsmønstrene hos de pårørende og fagpersonale tilslutter sig borgerens oplevelse af sygdom, ved at kontakte praktiserende læge eller 1813. Medarbejderne på 1813

tilslutter sig også til borgerens opfattelser af, at borgeren er syg. De afdækker og spørger ind til borgerens tilstand, samt ved at anvende både faste procedurer og erfaringer til at kvalificere beslutninger om, at sende borgeren til hospitalet til vurdering. På hospitalet tilslutter medarbejderne sig til borgernes oplevelser og 1813s vurderinger, ved at forsætte udredningen med undersøgelser, målinger og samtaler.

I casestudiet undersøges, hvad de forskellige aktører i indlæggelsesprocessen overordnet mener, danner grundlag for indlæggelsen gennem samtaler med læger og sygeplejersker på akutmodtagelsen og på 1813, samt ved samtaler med de kommunale medarbejdere. Desuden er der talt med borgerne og deres pårørende, samt set på journaler i hospitalets, kommunernes og 1813/1-1-2's IT-systemer. Her er der søgt vurdering af, hvorfor borgeren er indlagt. Der er søgt efter fem forskellige årsagskategorier, som blev identificeret i interviewene af de tre ledere, jf. bilag 3. I interviewene beskriver lederne, at der er forebyggelige indlæggelser og fremkommer med fem bud på årsager til, hvorfor en borger indlægges. Første årsag er, at borgeren er syg og skal undersøges, mens de øvrige fire årsager omhandler andre situationer end at borgeren er syg. Årsagerne er oplistet nedenfor, og på baggrund heraf er der søgt efter udsagn, der peger ind i disse årsager jf. bilag 4 casestudieguide.

1. Borger har en tilstand, som skal undersøges nærmere/behandles
2. Borger/pårørende kunne ikke magte, at borger skulle hjem igen (personalet tager hensyn til borger og indlægger, ikke pga. sygdom men afmagt, træthed mm.)
3. Travlhed (personalet har så travlt, at de bare indlægger borgeren, fordi det er nemmest i akutmodtagelsen)
4. Det var nemmest for personalet i den kommunale enhed, at indlægge borgeren fremfor at holde denne hjemme
5. Der mangler viden hos læge/sygeplejerske om andre muligheder, da tilstanden godt kan klares hjemme, hvis en anden mulighed var anvendt

I alle 23 cases angiver aktørerne i indlæggelsesprocessen, at der er behov for, at borgeren undersøges nærmere eller behandles. Det betyder, at på de to dage casestudiet gennemføres, er der ingen tilfælde, hvor en af de øvrige ovenstående forklaringer danner baggrund for

indlæggelsen. Her folder det narrativ sig ud, som der i afsnit 5.2.1. ikke umiddelbart kunne findes til en start. Der er en stærk tilslutning hos medarbejderne til et narrativ om, at borgerne skal indlægges, hvis der er behov herfor. Dog med en mindre nuancering i tre af casene, hvor pårørende også tilkendegiver, at de er meget utrygge ved situationen, og hvor dette har betydning for, at 1813 medarbejderne vælger at henvise borgeren til hospitalet (case 6, 17 og 18). Det betyder, at det ikke kan findes i de 23 cases, at medarbejderne på tværs af kommune, 1813/1-1-2 og hospital i den enkelte indlæggelsesproces tilslutter sig til narrativet om, at der er mange forebyggelige indlæggelser og dermed også mange borgere, der ikke burde være indlagt på hospitalet. Denne stærke tilslutning til at de borgere som er indlagt i akutmodtagelsen, skal være der, understøttes i interaktionsmønstre, som procedurer og aftaler for indlæggelsesforløbet på hospitalet. Hospitalet har faste procedurer for, at borgere skal gennemgå bestemte undersøgelser, og der er desuden aftalte metoder til, hvad der gennemgås ved journaloptagelse, når borgere henvises til hospitalet. Borgere som visiteres fra 1813/1-1-2 til hospitalet og hvor det ender med, at de registreres som indlagt i hospitalets IT-system, har et behov for observation eller yderligere afklaring og dermed indlæggelse, før de kan sendes videre i indlæggelsesforløbet til en specialafdeling eller udskrives igen. Der er altså ikke i akutmodtagelsen interaktioner og mønstre der tilslutter sig, at borgeren ikke skulle have været indlagt.

Endvidere er der en tilslutning til, at både borgere og kommunens medarbejdere kun kontakter 1813/1-1-2, når de ikke længere selv kan vurdere, om tilstanden er alvorlig. I flere af casene har andre handlinger været forsøgt inden kontakten til 1813/1-1-2, hvilket også gælder borgere fra kommunale døgnpladser eller plejehjem. Her involveres egen læge, hvis det er muligt, ellers ses tiden an, indtil medarbejderne fagligt vurderer, at det er så alvorligt, at det ikke kan vente til den praktiserende læge, kan kontaktes igen. Denne tilslutning i indlæggelsesprocessen tolkes som, at der gennem disse interaktionsmønstre sker en tilslutning til at forsøge at undgå en indlæggelse, og dermed kan det tolkes som en tilslutning til at forebygge en indlæggelse, hvor medarbejderne i kommunen helst ikke vil indlægge borger, hvis det kan klares på anden vis. Her skal kort fremhæves en distinktion mellem begreberne forebygge og undgå. Det er ikke tydeligt i casestudierne, om aktørerne betragter indlæggelser ud fra et perspektiv om at undgå eller

forebygge. Distinktionen findes at være væsentlig for forståelsen og betydningen af diskursen om forebyggelige indlæggelser, hvorfor distinktionen medtages i diskussionen.

I observationerne og flere af interviewene i casestudiet ses et narrativ om forebyggelige indlæggelser omhandlende, at der er mange borgere, der ikke skal være i Akutmodtagelsen, men her kan ikke findes hverken interaktioner, interaktionsmønstre eller tilslutninger. Med udgangspunkt i meningsskabelsesprocessen, kan det derfor formodes, at tilslutningen til narrativet om forebyggelige indlæggelser finder sted i andre situationer end dem, der er undersøgt i dette casestudie. Der er i dette casestudie set på borgere, som er indlagt, og en relevant betragtning er, at var casestudiet lavet på borgere i akutmodtagelsen inden indlæggelse var det måske muligt at finde interaktioner, mønstre og tilslutninger til narrativet om forebyggelige indlæggelser eller alternative narrativer. Der kan således ikke findes et samlet overordnet organisationsnarrativ for hospitalet, Akutberedskabet og kommunen, der angiver den samlede retning, idet der er et alternativt narrativ til narrativet om de mange forebyggelige indlæggelser, nemlig at alle dem der er indlagt, skal være indlagt.

5.2.5 Delkonklusion

Analysen viser, at der er en meningsskabelsesproces omhandlende, at dem der er indlagt, skal være indlagt. Derved kan det også siges, at der etableres et grundlag for medarbejdernes generelle evne til at sikre fælles opgaveløsning i det enkelte forløb. Samtidig er der også et narrativ om forebyggelige indlæggelser omhandlende, at der er mange borgere i akutmodtagelsen, som ikke burde være der. Det indikerer, at der også kan være en anden meningsskabelsesproces i spil, hvor narrativet har en meningsskabende funktion for medarbejderne, i kraft af at det problemforskyder akutmodtagelsens udfordringer til andre. En central konklusion er her samtidig, at det er uklart hvem andre er. Samtidig bliver det en forklaring på en ellers uforståelig følelse af manglende mening. I casestudiet er det dog ikke muligt at pege på interaktioner og mønstre, der tilslutter sig ovenstående narrativ.

Endelig findes der i analysen en distinktion mellem begreberne forebyggelse og undgå, som medtages i diskussionen da det har relevans for forståelse og betydning af diskursen om forebyggelige indlæggelser. Især det forhold om der sker en tilslutning til at forebygge eller tilslutning til at undgå.

5.3. Diskursanalysens fund sammenholdt med caseanalysens fund

Der er gennemført en kritisk diskursanalyse af tre interviews samt en casestudieanalyse af 23 cases, observationer og interviews med meningsskabelsesprocessen som teoretisk ramme. Her skal de to analyser nu kobles for derved at uddrage centrale tværgående pointer med efterfølgende diskussion af implikationerne heraf i afsnit 6. Grundlæggende kan vi ikke med analysen af de 23 cases genfinde præmissen i diskursen om forebyggelige indlæggelser vedr. at der er mange borgere indlagt, som ikke burde. Det er vigtigt her at påpege, at vi ikke med 23 cases kan uddrage, at der ingen forebyggelige indlæggelser er, men det kan konstateres, at omfanget ikke er så stort som diskursen om forebyggelige indlæggelser fremstiller rent narrativt. Interessant er det imidlertid, at vi ser en tilslutning til diskursen i observationerne i forbindelse med casestudiet. Medarbejderne på hospitalet konstruerer deres virkelighed ud fra diskursen om, at der er mange forebyggelige indlæggelser. Det giver således mening i deres sociale verden i den kontekst observationerne er foretaget at have et narrativ om mange forebyggelige indlæggelser. Medarbejderne formes af diskursen om forebyggelige indlæggelser, men bidrager også selv til at forme den. Samtidig findes det at der både i kommunen og på 1813 er en tilslutning til denne diskurs og den konstruktion af virkeligheden diskursen skaber kan siges at have en afledt effekt i borgernes forløb. Konkret kommer det til udtryk ved, at der i kommunen er et stærkt fokus på at forebygge indlæggelser, og en handling derfor er, at de trækker forløbene så længe som muligt. Samme handlinger ses på 1813, hvor der også forsøges at holde flere af borgerne hjemme. Hospitalsdiskursens herskende position i diskursordenen indenfor diskursen om forebyggelige indlæggelser genfindes således i caseobservationerne og har derfor sammenhæng med den meningsskabelse, der sker hos medarbejderne på hospitalet ift., at der er mange borgere på hospitalet, som ikke skal være der. Diskursen vises også at have en væsentlig konstruerende indflydelse i både kommune og på 1813, idet hospitalet bliver et sted, der enten skal skånes for borgere eller som helst skal undgås for borgernes skyld. Et relevant aspekt her, som også tidligere er nævnt, er den fremanalyserede distinktion mellem det at forebygge indlæggelser og det at undgå indlæggelser, hvilet medtages i diskussionen. Set i et meningsskabesperspektiv og et diskursivt perspektiv, er det interessant hvilken betydning det har for både meningsskabelsen og virkelighedskonstruktionen i diskursen, at denne distinktion forekommer.

Samtidig med der findes en tilslutning til diskursen om forebyggelige indlæggelser i observationerne i casestudiet, findes der ikke samme tilslutning til diskursen i de 23 cases. I de 23 cases finder en meningsskabelsesproces sted, hvor der gives mening til den sociale virkelighed medarbejderne er i gennem et narrativ om, at dem der er indlagt, skal være indlagt. Her dekobles diskursen om forebyggelige indlæggelser virkeligheden, og med udgangspunkt i meningsskabelsesprocessen kan det siges, at diskursen ikke formår at skabe mening i hverdagen i det enkelte borgerforløb for medarbejderne. Konstruktionen af virkeligheden er ikke stærk nok i de enkelte forløb. Relateret til sociale relationer, identitet og viden, som er det der forandres af diskurserne, kan det derfor i et hospitalsperspektiv hævdes, at der sker flere konstruktioner heraf i samme organisation. Fairclough definerer ikke identitet som andet end det, diskurser bidrager til at konstruere, mens Hernes anvender Mary Jo Hatch og Majken Schultz forståelse af identitet. Identitet er her det, der fortæller hvem vi er som organisation og hvad vi som organisation står for. Identiteten udspringer bl.a. af organisationens selvindsigt og udtrykkes gennem udsagn om basale overbevisninger (Hatch 2009).

Der sker på hospitalet flere identitetskonstruktioner. Dels viser caseobservationerne en konstruktion, hvor identiteten bygger på, at der indlægges for mange borgere der ikke skal indlægges og dermed at hospitalet er en belastet organisation, som varetager opgaver de ikke skal, mens de 23 cases konstruerer en identitet, hvor de indlagte borgere skal have pleje og behandling for de er syge. I et kommunalt og 1813/1-1-2 perspektiv er diskursen om forebyggelige indlæggelser også identitetsskabende. Diskursen om forebyggelige indlæggelser og den interdiskursivitet diskursen indeholder kan på baggrund af analysen siges, at konstruere en identitet, hvor det centrale er, at kommunen og 1813/1-1-2 ikke gør det godt nok, fordi de mangler indsigt og kompetencer. De 23 cases indikerer imidlertid, at det gør begge organisationer. En nærliggende metodekritik her er, at meningsskabelsen primært er undersøgt på baggrund af data fra hospitalet, hvorfor det ikke kan afvises om en bredere dataindsamling ift. både kommune og 1813/1-1-2 ville vise samme dualitet i identitetskonstruktionen, som på hospitalet. Vendes blikket mod viden, så opstår samme modsætningsforhold i organisationerne som ved identitet. Implikationerne for viden og identitet har også betydning for de sociale relationer, og modsætningsforholdet diskuteres i afsnit 6, hvor implikationerne for praksis foldes ud.

Diskursen om forebyggelige indlæggelser er desuden vist at have interdiskursivitet med en række øvrige diskurser. Relateret til casestudieanalysen kan der genfindes en række af disse diskurser i casestudiet. Økonomidiskursen omhandlende, at hospitalet er den dyreste ressource, genfindes på den måde, at handlinger som en del af meningsskabelsesprocessen er automatiseret. Borgerne får taget blodprøver, scanninger og andre undersøgelser. Lederen på hospitalets beskrivelse af, at borgerne trækkes gennem "Herodes til Pilatus" kan således genfindes ved, at der iværksættes mange handlinger på hospitalet. Ressourceforbruget er stort, men om det er for stort, er ikke indenfor denne masters felt at afgøre. Det medtages i stedet i diskussionen i afsnit 6.2.1. om implikationer for praksis i et organisatorisk perspektiv. Derudover kan datadiskursen også indirekte genfindes, forstået på den vis, at det i de 23 cases findes at 25% af borgerne er kendt i kommunen. Datadiskursens virkelighedskonstruktion af, at kommunerne ikke har viden om mange af de borgere, der indlægges, genfindes således. Imidlertid kan kompetencediskursen ikke genfindes. De 23 cases viser, at alle forløbene er relevante indlæggelser, og der er ikke fund i de 23 cases, der peger på manglende kompetencer, men det skal samtidig fremhæves, at der i casestudierne kun er set på forløbet lige op til indlæggelsen. Det kan således ikke afvises, at diskursen om kompetencer kunne være fundet, hvis der var set længere tilbage i borgernes forløb.

Endelig kan diskursen om "dem og os" ikke genfindes i casestudiet. Der er i observationsstudiet, som nævnt tidligere, en tilknytning til diskursen om forebyggelige indlæggelser, men i modsætning til interviewene af lederne, peger medarbejderne ikke direkte på andre som årsager, men derimod på noget udefinerbart andet. Medarbejderne peger samtidig heller ikke så markant på løsninger som lederne. En relevant betragtning er igen, at der her enten sker en dekobling til diskursen "dem og os" eller også har den mistet sin position i diskursordenen hos medarbejderne. Igen kan det fremhæves, at der sker en dekobling til meningsskabelsesprocessen. Det fremstår imidlertid ikke tydeligt, om det skyldes "dem og os" ikke giver mening i medarbejdernes sociale verden, eller om det er fordi det der giver mening er, at nogen skal løse problemet, men problemet har et komplekst omfang der gør, at medarbejderne ikke kan pege på dette nogen.

Samlet set kan det anføres, at to centrale forhold gør sig gældende i den samlede analyse. For det første er meningsskabelsen ikke altid relateret til faktiske forhold i den fysiske virkelighed. Diskursen om forebyggelige indlæggelser er stærk, og det i en grad, så påvirkningen er stærkere end de faktiske forhold, der omgiver medarbejderne. For det andet, er diskurserne løst koblet til virkeligheden. I de tre interviews kobler alle tre ledere selv ind i, at de ikke konsekvent taler ud fra fakta men også ud fra oplevelser og holdning.

6. Diskussion

Diskussionen er i tre dele. Første del omhandler diskussion af teori og metode, hvor den kritiske diskursanalysen og meningsskabelsesprocessens forklaringsevne diskuteres samt metodens validitet. Dernæst vendes blikket mod praksis og implikationerne herfor relateret til hvad er problemet, hvad er forebyggelse og et økonomisk perspektiv. Endelig diskuteres implikationerne for os selv. Vi er også en del af det felt der analyseres, hvorfor vores egen rolle og udvikling også skal drøftes.

6.1. Teori og Metode – forklaring, reliabilitet og validitet

6.1.1. Den teoretiske forklaring

I anvendelsen af kritisk diskursanalyse og meningsskabelsesprocessen er det relevant at diskutere, hvad det er for en virkelighed, der betragtes. Er det en konstrueret virkelighed gennem dialog eller er det den fysiske virkelighed, der sker foran os. I analysen anvendes empiri som både baserer sig på dialog om virkeligheden, men også empiri hvor vi observerer og undersøger virkeligheden. Både den konstruerede virkelighed og den fysiske virkelighed betragtes således. Det er vist i afsnit 5.3., at der sker flere dekoblinger mellem diskurs og meningsskabelse. Havde vi kun gennem interviews af medarbejderne undersøgt det narrativ, der i diskursen om forebyggelige indlæggelser konstrueres af de interviewede ledere vedr., at der er mange borgere indlagt som ikke skal være det, ville det indebære en risiko for, at narrativet blot var genfundet i medarbejdernes historefortælling. Havde medarbejderne samtidig været dem, der skulle vise os de forløb, som bekræftede narrativet, ville der også være en risiko for, at medarbejderne havde vist os det udsnit af virkeligheden, der understøttede narrativet. Dermed kunne en slutning have været, at der er mange forebyggelige indlæggelser. Imidlertid betragtes også den fysiske virkelighed, som viser noget andet.

Samlet set viser det, at både Faircloughs kritiske diskursanalyse og Hernes meningsskabelsesproces har et problematisk forhold til virkeligheden. En relevant betragtning er som også fremført i kritikken af socialkonstruktivismen, at diskurserne i høj grad er præget af en retrospektiv konstruktion af virkeligheden, hvilket understøttes af den vidensgenerering, der sker på området. Eksempelvis rapporten om forebyggelige indlæggelser hos borgere der modtager hjemmehjælp (Social og Indenrigsministeriet 2018). Rapporten udkom i 2018, men datagrundlaget er fra 2012-2016. Efterfølgende har kommunerne iværksat en stor indsats omkring kommunale akutfunktioner i 2017-2019, som kan have haft stor betydning for lige præcis denne målgruppe og forebyggelse af indlæggelser, men diskursen om forebyggelige indlæggelser styrkes med en rapport som denne, ved at basere sig på viden der ligger flere år bagud i tiden. Dermed er der også risiko for den dekobling til handlingerne, som vi gennem analysen viser sker. Tid har således en relevant betydning, når der betragtes diskurser, men aspektet er ikke med i Faircloughs teori. Kun at diskurserne ikke er statiske, men tidens betydning og risikoen for dekobling af diskursen til handlinger og endnu mere skarpt trukket op virkeligheden, er en metodisk svaghed, der her er vist at have relevans idet meningsskabelsen sker i nu'et hos medarbejderne og dermed ikke nødvendigvis er retrospektiv.

Vendes blikket mod Hernes' meningsskabelsesproces er det vist, at der også her er en risiko for dekobling til handlingerne. Hernes model har et stærkt strategisk fokus ift. at arbejde proaktivt med organisations-udvikling og -identitet. Processen kan anvendes aktivt til at skabe nye meninger, som understøtter organisationers identitet. I det strategiske fokus ligger imidlertid også en svaghed ift. at anvende modellen til en analyse af virkeligheden. I en strategisk proces vil alle fire elementer gennemgås og gennemarbejdes, men i en analyseproces fremgår det ikke af modellen, hvordan man skal forholde sig hvis det ikke er muligt at genfinde et eller flere af elementerne i processen. Eksempelvis var det ikke muligt at finde interaktioner i observationerne af medarbejderne i akutmodtagelsen, men narrativet om de mange forebyggelige indlæggelser var stærkt. Det blev anført i analysen afsnit 5.2.4., at tilslutningerne kunne forekomme i andre situationer, som ikke var undersøgt, men en kritisk tilgang kan være at de slet ikke er at finde, men at narrativet eksisterer uden. Forklaringsevnen er i hvert fald ikke stærk, og den kritiske diskursanalyse må siges at have et større forklaringspotentiale end meningsskabelsesprocessen i sammenhænge, hvor ikke alle fire elementer af

meningsskabelsesprocessen fremstår klart og tydeligt. Samlet set må begge teorier derfor siges at have et problematisk forhold til virkeligheden grundet dekobling til de handlinger, der er knyttet til virkeligheden og dermed den problematik, at der kan konstrueres en virkelighed, der ikke kan genfindes i eksempelvis en caseanalyse.

Det kan anføres, at der ift. socialkonstruktivismen er et metodologisk problem i ovenstående dekobling, og at kritikken af socialkonstruktivismen, som blev fremført i afsnit 4.1., om at "virkeligheden er, som man siger den er" på baggrund af vores holdning til en analyse, netop kan rejses her. Esmark et al fremhæver en distinktion mellem virkeligheder, som til dels imødekommer det metodologiske problem. Virkeligheden kan begribes som en fysisk verden, der sætter rammer for social handlen eller med Esmarks ord "*den materie, sproget repræsenterer*" (Esmark 2014, p. 24, ln. 9). Virkeligheden kan imidlertid også begribes som en konstruktion af virkeligheden, hvor de sociale konstruktioner opleves som virkelighed. Den metodologiske udfordring her er, at virkeligheden i analysen reelt søges forstået som både fysisk virkelighed i de 23 cases, og som konstrueret virkelighed i interview og observationer, der opleves som virkelige, og at der findes en dekobling af de to virkeligheder fra hinanden. Begge virkeligheder – den fysiske og den konstruerede - opleves imidlertid ifølge Esmark tvingende på samme måde, hvorfor det kan hævdes, at dekoblingen reelt ikke er mellem det konstruerede og det fysiske, og det konstruerede dermed bare er en historie uden hold i den fysiske virkelighed, men at dekoblingen er mellem to virkeligheder, og der dermed er to virkeligheder i spil, som skaber et tvingende spændingsfelt i organisationerne.

6.1.2. Den metodiske validitet og reliabilitet

Validiteten, dvs. gyldigheden, vurderes her ud fra troværdigheden af diskursanalysens og casestudiernes fund (Justesen 2011). Både i casestudiet og diskursanalysen er valgt en relativt stram metodisk analyseramme med kritisk diskursanalyse og meningsskabelsesprocessen. Den største udfordring for validiteten vurderes af være egen rolle og forforståelse i det undersøgte felt. Vi udgør selv en bias for det, der undersøges. Gyldigheden af resultaterne afhænger således i af stringens i den teoretiske og metodiske analyseramme. Det findes, at gyldigheden er høj, da netop den ramme der er fastlagt, er fulgt stringent. Egen forforståelse vil imidlertid altid have

en betydning i tolkningen af de fund der gøres, sammenholdt med den teoretiske og metodiske ramme. Det, at masteren er udarbejdet af en gruppe på tre med baggrund i hver vores organisation, findes imidlertid at øge validiteten, da forforståelserne er blevet gensidigt udfordret. Samtidig findes det, at den eksterne validitet og dermed generaliserbarheden er høj. Casestudiernes fund findes at kunne generaliseres til det samlede sundhedsvæsen.

Reliabiliteten, dvs. pålideligheden, kan diskuteres. Casestudiet er gennemført over to døgn. Der er forsøgt at øge graden af reliabilitet ved at inkludere cases en hverdagsaften og en søndag i dagtid, hvilket er repræsentativt ift. en uge variation. Imidlertid kan det diskuteres, om de inkluderede cases er repræsentative for en årstidsvariation. Inklusionen er sket i september, som ikke er sygdomsmæssig højaktivitetsperiode sammenlignet med januar, februar og marts. En relevant betragtning er derfor, at casestudiet ikke er generaliserbart til denne periode. Omvendt kan det fremhæves, at de fundne cases repræsenterer et bredt udsnit, af alment forekommende tilstande blandt borgere over 65 år, herunder også infektionsmæssige tilstande. De samme data vil derfor i væsentlig grad kunne genfindes. Det kan imidlertid ikke fuldt ud fastslås, at de samme resultater kan opnås ved gentagelse på andet tidspunkt af året. Reliabiliteten ift. gentagelse af studiet af andre end os, findes dog at være høj, da præmisserne ift. både teori og metode er indgående beskrevet.

6.2. Implikationer for praksis

6.2.1. Hvad er problemet?

I indledningen blev det fastslået, at problematikkerne omkring forebyggelige indlæggelser med udgangspunkt i Head's teori er wicked (Head 2008). På baggrund af analysen, bliver det bekræftet, idet der ikke er enighed om hvori problemet består, men at der også fremkommer mange løsninger på problemet trods fraværet af fælles forståelse. Et konkret eksempel herpå er "dem og os" diskursen, hvor der peges på at andre er årsag til problemet, men også løsningsdiskursen hvor der primært peges på løsning i egen organisation. Det sidste kan hævdes at være på baggrund af problemet netop er wicked, og der derfor mangler fælles indsigt til at kunne pege på fælles løsninger. Diskursen om forebyggelige indlæggelser fastholder derved også problemet som wicked. Samlet rejser det to perspektiver relevante for videre diskussion.

Dels at der er behov for at problemer identificeres på en anden måde for at skabe fælles forståelse og få brudt med diskursen om "dem og os". Dels at der er behov for at tænke løsninger på en anden måde for at få brudt med diskursen om løsninger i egen søjle

Fælles forståelse af et problem kan i et teoretisk perspektiv opnås gennem hvad dem man skal have fælles forståelse med oplever som værende et problem. Konkret vil det sige, at der skal skabes en fælles forståelse af, hvad de enkelte aktører i feltet oplever som værende et problem ved den konkrete indlæggelse, som man mener er forebyggelig. Hertil kommer en fælles forståelse af hvad de enkelte aktørers rolle er. I denne kontekst hvad er kommunens rolle, hvad er Akutberedskabets rolle og hvad er hospitalets rolle. Rollerne for de tre aktører er forskellige. Kommunens rolle er at understøtte at borgeren bedst muligt kan klare sig i eget hjem. Akutberedskabets rolle er at visitere borgere med akut opstået sygdom på baggrund af retningslinjer herom og et organisatorisk set up i kommuner, hospital og almen praksis. Endelig er hospitalets rolle at udrede og behandle borgere. På baggrund af analysen kan det imidlertid hævdes, at snitfladerne mellem rollerne ikke er klare. Der kan i analysen ikke findes en fælles forståelse af, hvornår en borger bedst kan behandles og plejes hjemme for sin akutte sygdom og hvornår borgeren bedst kan dette på hospitalet. Som vist i afsnit 1 og 3 er der sket en udvikling gennem den seneste årrække med etablering af kommunale akutfunktioner, etablering af FAM og 1813 integreret med 1-1-2. Diskursen om forebyggelige indlæggelser viser imidlertid, at der ikke er sket en rolleafklaring sideløbende hermed selvom mulighederne for håndtering af akut sygdom er ændret. Det er nu muligt at varetage behandling og pleje af mere komplekst syge borgere i eget hjem herunder muligheden for akut diagnostik med blodprøver i eget hjem. Samtidig er forandringen med FAM, at det samlede indtag af borgere er samlet et sted i hospitalets organisation, hvorved der er sikret en hurtigere diagnostik og dermed også hurtigere afslutning af forløbene. Endelig er borgernes adgang til akut hjælp blevet mere entydig med kun to numre, men der er også fremkommet et fokus på, at 1813 er tilgængelig ikke kun ved akut sygdom men også ved utryghed og bekymring.

Et relevant tema til diskussion på baggrund af ovenstående er, om de roller kommunen, hospitalet og Akutberedskabet er beskrevet at have, har sammenhæng med de

organisationsidentiteter der er på spil, og om identiteterne er i vejen for en fælles rolleforståelse. Det er vist i afsnit 5.3. i koblingen af diskurs- og caseanalysen, at der sker flere identitetskonstruktioner som konsekvens af diskursen om forebyggelige indlæggelser. Dels to hospitalsidentiteter omhandlende, at hospitalet er en belastet organisation med for mange indlæggelser og dels at de indlagte borgere skal være indlagt, for de er syge. I kommunen og Akutberedskabet er der skabt en organisationsidentitet, hvor de ikke gør det godt nok, fordi de mangler indsigt og kompetencer. Der er derfor en manglende sammenhæng mellem identiteterne og de roller organisationerne er tiltænkt at have, hvilket også kan betegnes en ubalance. Ubalance i organisationsidentiteterne og konsekvenserne heraf er beskrevet af Hatch et al som hypertilpasning betegnet som den hovedløse høne og narcissisme betegnet den arrogante nar (Hatch 2009). Det kan diskuteres om de tre organisationer, der indgår i denne master, bærer præg heraf.

Hypertilpasningen omhandler en sygelig optagethed af at være med på det sidste nye ude på markedet. Både i Akutberedskabet og kommunen, er der en stor optagethed heraf. Der skal etableres nye tiltag, som kan forebygge indlæggelser. Det er naturligvis præget af den samlede diskurs om forebyggelige indlæggelser, hvor der løbende udgives rapporter og evalueringer om nye tiltag indenfor området, men centralt er, at der konstant indføres det, der er nyt og smart. Akutfunktioner er et godt eksempel herpå. Anbefalingerne kom fra Sundhedsstyrelsen, men det var en lang opstart indtil en række kommuner fik gang i funktionen, fik det promoveret og nu rykker alle kommuner i den retning. Hypertilpasningen indebærer også en risiko for overreaktion, hvilket kan skabe intern forvirring i organisationen. Tages der ikke hensyn til det unikke i organisationen falder organisationens "vi" fra hinanden og evnen til at vælge til og fra forsvinder. 1813 er på fem år gået fra at være en traditionel lægevagtsordning, ligesom i de øvrige regioner, til at være integreret del af Region Hovedstadens sundhedsvæsen i Akutberedskabet. Diskursen om forebyggelige indlæggelser også har medført et konstant fokus på fremdrift i at forebygge indlæggelser og dermed også konstant ligesom kommunerne et fokus på at være med på det sidste nye.

Hvorvidt kommunen, Akutberedskabet og hospitalet er præget af narcissisme kan diskuteres. Et væsentligt element i det narcissistiske perspektiv er, at hvis ikke egne organisatoriske interne antagelser vendes med det, de øvrige interessenter mener, risikeres det, at der i organisationen er en tro på egne påstande, selvom ingen andre gør det. Set helt ned i den enkelte organisation; kommune, Akutberedskab og hospitalet kan det til en vis grad genfindes i diskursen om løsninger i egen organisation, hvor det kan hævdes at de enkelte løsninger, der iværksættes, er en påstand om løsning, som ingen andre tror på. Det er ikke afdækket i analysen af empirien, om der er tiltro til de løsninger, der er iværksat andre steder, men der har heller ikke været fokus direkte herpå. Både interview og caseobservationer bærer dog tydelige præg af, at der ikke er tiltro. På den anden side, er der ofte tale om gennemarbejdede løsninger, hvor flere parter er inddraget og en svaghed ved det narcissistiske perspektiv er, at det kræver fuld klarhed over interessenterne hvilket er svært i et komplekst felt som dette. Spørgsmålet er, om man kan være narcissistisk, når ikke man ved bedre. Alt i alt bliver konsekvensen imidlertid de hovedløse løsninger, og dermed løses problemer ikke, men graden af at være wicked bliver blot forstærket.

Nærliggende på nuværende tidspunkt er en diskussion af, hvordan vi så skal skabe fælles problem- og rolleforståelse? Hvilke ledelsesmæssige og organisatoriske tiltag skal der til? Gennem denne master er det imidlertid vist, at diskursen om forebyggelige indlæggelser er så stærk, at det at gå direkte til løsningerne ikke nødvendigvis er meningsskabende og med Hatch's ord kan det siges *"at vi udfordrer skæbnen, hver eneste gang man overhører interessenternes feedback"* (ibid. p 87). Der er allerede udarbejdet forslag til løsninger, hvoraf flere er præsenteret i indledningen. Fælles dataforståelse, netværksledelse og særlige ledelsesfokus er blot nogen af de mange bud. Samtidig er der i praksis også etableret en række af samarbejdsfora, som skal løse dette. Alene os tre i denne gruppe indgår i; Fire samordningsudvalg på tværs af kommune, hospital, almen praksis og akutberedskab, flere arbejdsgrupper om eksempelvis data på tværs, netværk for ledere af 1813 og kommunale akutfunktioner, samarbejdsudvalg med kommunerne, samarbejdsudvalg mellem kommuner og praktiserende læger, netværk mellem ledende sygeplejersker på hospitalet og kommunale visitatorer samt ad hoc i andre grupper.

Værktøjerne og samarbejdsrelationerne ledelserne kan gribe til er således mange, men risikoen for hovedløse løsninger er stor. Men hvis ikke konkrete løsninger er nok, hvad skal der så til? Greve anvender begrebet ”en samlet kapacitet til forandring” til at beskrive en ny reformagenda baseret på hovedtemaerne digitalisering, offentlig værdiskabelse og netværk, partnerskaber og borgerinddragelse (Greve 2012, p. 48). Diskussion af en reform af feltet forebyggelige indlæggelser rækker for vidt til denne diskussion, men er det, der på baggrund af ovenstående findes nødvendigt, for at sikre en reformering af de hovedløse løsningers hersken til et niveau, hvor der kan opnås fælles problem- og rolleforståelse.

6.2.2. Hvad er forebyggelse?

I baggrundsafsnit 3 er der forsøgt beskrevet, hvordan forebyggelse anskues i denne master. Betragtningen på forebyggelse er bred, og det kan diskuteres i hvor høj grad begrebet egentlig tydeliggøres. Konsekvensen heraf er, at vi i både interview og casestudier giver de interviewede og observerede mandatet til at definere, hvad de forstår ved forebyggelse og dermed etablere deres egen meningsskabelse herom. Lederne definerer forebyggelighed på baggrund af et konkret spørgsmål om, hvad de mener en forebyggelig indlæggelse er, hvoraf der uddrages en række diskurser. Imidlertid afdækker vi ikke de observerede medarbejdere og borgers forforståelse af begrebet i casestudiet. Der sker således en tydeliggørelse af begrebet gennem interviewene, men ikke gennem casestudierne. Forebyggelighed fremstår som et integreret begreb, der ikke stilles spørgsmålstegn ved. Trods integrationen fremkom en distinktion mellem undgå og forebygge. Rent lingvistisk er der en forskel mellem de to begreber. Undgå har betydningen ”slippe for eller gå fri af”, mens forebygge har betydningen at ”hindre noget uønsket i at opstå eller brede sig ved at træffe bestemte beslutninger” (Ordnet.dk). Hvis forebyggelse sidestilles med at undgå, risikerer fokus at være på at slippe for indlæggelser frem for at hindre dem.

Distinktionen indebærer en risiko for, at der indlægges for få. Refleksionen kan understøttes af casestudierne, idet alle aktører på tværs af indlæggelsesprocessen i alle 23 cases gav udtryk for, at indlæggelserne var relevante. Når alle indlæggelserne findes at være relevante, kan det betyde at kriterierne for indlæggelse er så specifikke og snævre, at det risikeres, der sorteres borgere fra til indlæggelse, som burde være indlagt. Konkret kan en borger i princippet komme

gennem adskillige vurderinger af om de skal indlægges. Akutfunktionen i kommunen kan vurdere det, 1813/1-1-2 kan vurdere det og endelig vurderer hospitalet det også. Enkeltstående er de forskellige vurderingslag ikke nødvendigvis for specifikke og snævre, men lagt sammen bliver resultatet en meget snæver indlæggelsesproces med risiko for, at der indlægges for få. Meningsskabets ene side i diskursen om forebyggelige indlæggelser omhandlende, at der er for mange indlæggelser, der kunne forebygges, indebærer dermed en risiko for, at medarbejderne handler ud fra, at borgerne konsekvent betragtes som, at deres forløb kunne være forebygget.

Den manglende tydelighed i begrebet forebyggelighed sammenholdt med betydningen, at undgå indlæggelser som diskursen om forebyggelige indlæggelser bibringer begrebet, rejser et relevant spørgsmål om begrebet er det rette, når det handler om indlæggelsesprocessen helt op til den akutte indlæggelse. Forebyggelse kan med rette hævdes at have en plads tidligere i borgerens forløb med fokus på netop at forhindre en udvikling af sygdom jf. Sundhedsstyrelsens terminologi om forebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2005). Fokus bør i stedet være at sikre borgerne rette hjælp i rette tid. Er den rette hjælp at den kommunale akutfunktion kommer ud til borgeren og iværksætter behandling i borgerens hjem sammen med en læge fra 1813, er det det der skal iværksættes, men er den rette hjælp at borgeren kommer på hospitalet og skal have behandling i det regi, bør tilgangen til borgerens forløb være, at det er det borgeren skal. Dette er samtidig også i tråd med analysens fund af borgernes egne vurderinger af det at blive indlagt. Diskursen om, at borgerne ikke ønsker at komme, på hospitalet kunne netop ikke genfindes, idet borgerne gerne vil indlægges, når de er syge og har brug for hjælp. Et relevant spørgsmål er imidlertid, hvem der definerer og om det skal defineres, hvad der er rette hjælp i rette tid? Diskursen om forebyggelige indlæggelser risikerer således at blive til diskursen om rette hjælp i rette tid, men med samme diskursordner og samme meningsskabelse og dermed også samme dekoblinger mellem mening og handling, som diskursen om forebyggelige indlæggelser indebærer.

6.2.3. Økonomi i diskursen

Rette hjælp i rette tid er ovenfor i afsnit 6.2.1. diskuteret som en mulig ændring fra et fokus på forebyggelse, men med samme risiko for at genkonstruere diskursen om forebyggelige

indlæggelsers virkelighed. Et tema der hidtil ikke er berørt, men som fremkom i diskursanalysen, er økonomi. Her blev det vist, at der var en herskende diskurs om økonomi i diskursordenen omkring forebyggelige indlæggelser. Diskursen byggede på et videns- og betydningssystem om, at økonomi er præget af kassetænkning, og der ikke er nok ressourcer i organisationerne, der ses på, samt mangel på indsigt i økonomien. Samtidig er der i løsningsdiskursen præg af, at løsninger tænkes ud fra, at egen drift og system skal skånes, fordi der mangler ressourcer. At systemet skal skånes, genfindes også i casestudiet. Virkelighedskonstruktionen af de begrænsede ressourcer og et pres med mange borgere gør i et økonomisk perspektiv diskursen om forebyggelige indlæggelser til et håb. Et håb om, at der kan spares penge og ressourcer med færre indlæggelser, som kunne allokere til andre områder, og dermed ville diskursen, hvis den havde sammenhæng med den fysiske virkelighed, være god. Imidlertid er det vist, at denne sammenhæng ikke er der.

De konkrete implikationer af ovenstående er, at der er en manglende sammenhæng i de økonomiske handlinger på tværs af organisationerne. Lederen på hospitalet har fx en udfordring med, at det er meget dyrt at have vagthold om natten til at varetage de forløb, der kommer der. Det afstedkommer et fokus på forebyggelse af indlæggelser om natten. I kommunen er der fokus på, at det er dyrt at drive en funktion om natten, så der har man ikke akutfunktion fra kl. 22-06, hvorved den forebyggelse, der skulle ligge her eller sikring af rette hjælp i rette tid udfordres. Endelig er der på 1813/1-1-2 samme fokus på økonomi og reduceres fx i kørende læger om natten, som kan tage på hjemmebesøg, og dermed udfordres rette hjælp i rette tid også. Samlet viser dette med al tydelighed, at ledelsernes beslutninger om håndtering af økonomi i egen organisation har afledte konsekvenser for de øvrige organisationer, men det viser også at KMF og nærhedsfinansiering ikke nødvendigvis betyder, at der prioriteres på baggrund af disse styringssystemer. Dette er også vist i undersøgelser af KMF (Pedersen 2019). Prioriteringen sker i højere grad med udgangspunkt i en drift, der skal hænge sammen. Et yderligere argument herfor er, at diskursen om løsninger tager udgangspunkt i egne organisationer med fokus på at løse en udfordring i egen drift og ikke nødvendigvis skabe løsninger på tværs. Et eksempel er det tidligere nævnte projekt i diskursanalysen om en fra hospitalet udkørende geriater. Umiddelbart en tværgående løsning, men ses det i kontekst med diskursen om forebyggelige indlæggelsers

betydning omkring økonomi, er der også en stærk drivkraft i at løse udfordringer i egen drift med projekter som disse.

Et relevant tema for videre diskussion er, hvordan der i et fremadskuende ledelsesperspektiv kan iværksættes konkrete ledelsesmæssige handlinger til at imødekomme det her diskuterede. Udgangspunktet er vores egen ledelsespraksis, og dermed også en refleksion over denne i relation til masteres fund.

6.3. Implikationer for vores eget ledelsesvirke

"Enhver leders drøm bør være at vise nye veje. Det er én af måderne, hvorpå man selv kan gøre det mere attraktivt at være leder i sundhedsvæsenet. Det er ikke nødvendigvis andre, der skal gøre det attraktivt. Tit skal man selv vise vejen og opleve den stille indre glæde herved, men ingen kimser ad ekstern påskønnelse" (Pedersen 2019, ln. 1-8)

Vi har i diskussionen blandet andet fremført, at der bør gennemføres en reform af feltet om forebyggelige indlæggelser. Om end det også er vores drøm at vise nye veje, må det også erkendes, at det ligger uden for vores ledelsesrum at gennemføre en reform. Vi må derfor gribe til handling andetsteds. En central kompetence i MPG kompetenceprofilen, da vi påbegyndte MPG forløbet i 2017, var den normative kompetence. Kompetencen omhandler bl.a. evnen til at kunne udvise professionel og personlig integritet i skiftende kontekster, som samtidig fremhæves som det modsatte af at flyde med strømmen. Med denne master har vi selv været igennem en erkendelsesproces af i hvilken grad vi i vores lederskab flyder med strømmen i diskursen om forebyggelige indlæggelser eller ej samt en erkendelsesproces om vores egen rolle og forståelse af problemfeltet. Vi er gået fra at have en oplevelse af, at være om ikke eksperter på området, så i hvert fald at have en stor viden og arbejde aktivt med denne i vores daglige ledelsesvirke. Vi må imidlertid erkende, at vi er blevet ydmyge overfor de sociale kræfter, der er på spil i diskursen om forebyggelige indlæggelser og hvordan de præger vores organisationer men utvivlsomt også os selv. Det har samtidig givet os et andet perspektiv på nogle af de udfordringer, vi hver især sidder med i dagligdagen; Skal man i en akutfunktion købe apparater til at måle hjerterytmer, for derved at kunne holde flere borgere hjemme? Hvordan kan man på hospitalet sikre, at endnu færre patienter kommer ind? Hvorfor presser kommuner og hospitaler så meget på, for at få styring med visitationen på 1813? Dette blot for at nævne nogen af de

udfordringer, vores hverdag er præget af. Forklaringerne herpå skal ikke gentages, og som tidligere nævnt har diskursanalyse et bagud skuende blik, hvorfor blikket nu skal rettes fremad. Både mod vores egen praksis men også ledelsespraksis generelt ift., hvordan der kan ageres i diskursen om forebyggelige indlæggelser mod en drøftelse af rette i hjælp i rette tid og hvor denne hjælp bedst forekommer.

Vendes blikket mod meningsskabelsesprocessen er det nødvendigt med en meningsskabelse om rette hjælp i rette tid og hvor, for at skabe en fælles rammesætning både i vores egne organisationer og på tværs heraf (Hernes 2018). Vi er alle tre ledere af en drift, og træffer derfor beslutninger på samme måde, som beskrevet i afsnit 6.2.3. om økonomi. Vi tager dagligt udgangspunkt i løsning af problemer i egen drift, og i en hverdag er der løbende problemer, der skal løses. Vi kommer derfor ikke uden aktiv handling til at ændre fokus i vores lederskab, medmindre vi laver en ny rammesætning og dermed bidrager til en ændring af diskursen om forebyggelige indlæggelser. Casestudierne har vist, at der er en stor læring i at tage udgangspunkt i konkrete borgerforløb. Vi er som ledere ligesom vores egne ledere præget af at tale både ud fra den konstruerede virkelighed diskursen skaber som ud fra den fysiske virkelighed, men ved at tage udgangspunkt i konkrete forløb og etablere en meningsskabelse på baggrund af disse, kan vi ændre både de sociale relationer omkring os, den viden vi har og formentlig også vores identitet. Fokus i de sociale relationer skal fra vores side være, hvad der er problemet mere end hvad løsningerne umiddelbart er. Dette også med henblik på en fælles forståelse af, hvordan vi spiller hinanden gode. Vi skal turde lave løsninger, hvor gevinsten kan ligge andre steder end i egen organisation. Samtidig er der behov for, at vi efterspørger og understøtter processer, som kan bryde med at forældet viden er herskende. Casestudierne har vist, at viden kan genereres simpelt og i egen praksis. Auditeringer og forløbsgennemgange sker allerede i høj grad i alle de tre organisationer, vi er en del af, men fokus skal være markant stærkere på, at det gøres i fællesskab og med en bevidsthed om den konstruerede virkelighed, vi også er en del af.

Endelig er der vores egen ledelsesidentitet. Vi har en central opgave som ledere i at understøtte tilblivelsen af andre identiteter, som der tidligere er beskrevet, der er behov for. Det kræver

imidlertid, at vi hviler i vores egen identitet som ledere. Masterprocessen har været en proces, der gennem det seneste halve år, har udfordret den identitet, vi har følt os sikre i. Både gennem vores dialoger og utallige uenigheder, men også gennem det lille udsnit af vores verden, vi har studeret. Processen har rykket ved os og vist, at en higen efter konsensus ikke nødvendigvis skaber fremdrift, da konsensus består af opfattelser (Hernes 2018). Tilslutning er en bedre vej frem, da det indebærer handling. Grundlæggende er vi derfor rykket i vores ledelsesidentitet derhen, at vi alle tre ser os som handlekraftige ledere, men må erkende, at vi i mange sammenhænge har været præget af en konsensustilgang.

Vi vil på baggrund af denne master konkret ændre vores ledelse på tre områder. Anne-Marie vil som leder af en akutfunktion ændre de dataindsamlinger, der løbende udarbejdes vedrørende hvorvidt akutfunktionen forebygger indlæggelser, til i stedet at udarbejde data om de konkrete handlinger, der udføres. Dvs. fokus på proces frem for outcome. Jesper vil, som leder af et akutmedicinsk sengeafsnit, søge at ændre i tilgangen til forebyggelige indlæggelser, ved at afdække hvad medarbejderne konkret mener en forebyggelige indlæggelse er og derigennem drøfte forebyggelighed. Dvs. fokus på ændring af narrativet. Endelig vil Marie, som leder af Akuttelefonen 1813 og 1-1-2, ændre ledelsestilgang fra, at der visiteres for mange til hospitalerne til, at der visiteres dem der skal, og ligesom Anne-Marie se på de konkrete handlinger, der er i forløbet frem for kun outcome.

7. Konklusion

Formålet med denne master er at undersøge konstruktionen af diskursen om forebyggelige indlæggelser og analysere de betydninger diskursen har, for indlæggelse af borgere over 65 år.

Masteren viser, at diskursens konstruktion af en virkelighed om forebyggelige indlæggelser ikke kan genfindes i den fysiske virkelighed, idet der ikke er det omfang af forebyggelige indlæggelser, som diskursen italesætter.

Det kan konkluderes, at der er en manglende entydighed i diskursen om forebyggelige indlæggelser. Der er ikke et fælles "vi" i diskursen, hvor løsninger søges skabt i fællesskab. Viden i diskursen om forebyggelige indlæggelser konstrueres således i et "dem og os" perspektiv og

ikke i et samlet "vi". Samtidig findes der to diskurser, som har en central betydning for diskursen, om forebyggelige indlæggelser. Hospitalsdiskursen sætter rammen for kompetencer i både kommune og akutberedskab, men diskursen sætter også rammen for, hvem der skal indlægges og hvem der ikke skal. Økonomidiskursen er desuden normativ ramme for hospitalsdiskursen, idet der her fremkommer en konstruktion af, at hospitalet er dyrest, og derfor skal anvendes mindst muligt. Endvidere kan det konkluderes, at der i diskursen om forebyggelige indlæggelser er en stærk tilslutning til et narrativ om, at borgerne ikke vil på hospitalet. Det fremstår imidlertid ikke helt tydeligt i diskursen hvorfor, udover at det betragtes som en selvfølgelighed, at de ikke vil det. Det kan ikke genfindes i de 23 cases, hvor vi har interviewet borgerne.

På baggrund af casestudierne kan det konkluderes, at de borgere der er indlagt, skal være indlagt og der dermed ikke er forebyggelige indlæggelser i det omfang, som diskursen om forebyggelige indlæggelser foreskriver. Der findes samtidig to meningsskabelser i diskursen. For det første, at medarbejderne tilslutter sig diskursen om, at der er mange indlagte borgere over 65 år som ikke burde være indlagt, og indlæggelsen skulle være forebygget i den akutte fase. For det andet, tilslutter medarbejderne sig, at dem der er indlagt, skal være indlagt. Casestudiet viser samtidig at, der er i hovedparten af de borgerforløb der er gennemgået, har været kontakt til læge inden kontakten til hospitalet og indlæggelsen.

Diskursanalysens fund er sammenholdt med casestudierne, og her kan det konkluderes, at hospitalsdiskursens herskende position og dermed herskende virkelighedskonstruktion kan genfindes i casestudierne. Imidlertid sker der samtidig hermed en dekobling mellem diskursens konstruerede virkelighed og den fysiske virkelighed. Diskursen om forebyggelige indlæggelser formår således ikke at skabe mening hos medarbejderne i det enkelte borgerforløb. Meningsskabelsen er dermed ikke altid relateret til faktiske forhold. Ydermere kan det konkluderes, at de årsager til indlæggelser som lederne angiver som forebyggelige ikke kan genfindes i de 23 cases fraset årsagen omhandlende akut sygdom. Diskursen om forebyggelige indlæggelser er således løst koblet til den fysiske virkelighed og præget af oplevelser og holdning mere end fakta. Samlet set sker der en indentitetskonstruktion, hvor kommune og akutberedskab ikke gør det godt nok, men dette står i kontrast til fundene i de 23 cases, som

tydeligt indikerer, at begge organisationer gør det godt nok. Ydermere er det vist, at der er en væsentlig risiko for, at borgere der burde være indlagt ikke bliver det, grundet det stærke fokus på undgå indlæggelser fremfor at hindre indlæggelser.

En teoretisk konklusion er, at både den kritiske diskursanalyse og meningsskabelsesprocessen har et problematisk forhold til virkeligheden. Diskursanalysen fordi den er retrospektiv og tidens betydning ikke er et væsentligt element. Meningsskabelsesprocessen fordi den mangler forklaringsevne til, hvordan et narrativ kan leve uden tilslutning og interaktioner. Metodisk er en kritik, at socialkonstruktivismens forklaringsevne svækkes af dekoblingen mellem casestudiernes fund og diskursanalysens fund. Konklusionen er imidlertid, at det ikke er en metodisk svaghed, med derimod formår at fremhæve det spændingsfelt, der er i organisationerne om forebyggelige indlæggelser, og som medarbejderne befinder sig i.

På baggrund af diskussionen om analysens fund vises det, at der ikke er fælles forståelse af problemet med forebyggelige indlæggelser eller egen og andres rolle heri. Implikationerne heraf for praksis er, at der er behov for en reform, som kan bryde med de hovedløse løsninger og som kan skabe en samlet kapacitet til forandring, hvorigennem der skal opnås fælles problem- og rolleforståelse. I sammenhæng hermed findes det, at forebyggelighed som begreb fremstår som et integreret begreb, der ikke stilles spørgsmålstegn ved. En skarp konklusion er, at alle taler om det men alle definerer begrebet ud fra egne præmisser. Fokus bør i stedet være rette hjælp i rette tid, men at det samtidig indebærer en risiko for gentagelse af diskursen om forebyggelige indlæggelsers konstruktioner. I et økonomisk perspektiv vises det, at der er en stærk social kraft i at søge løsninger i egen organisation, som giver gevinst i egen drift, fordi de er en normativ ramme om mangel på ressourcer og økonomi. Diskursen om forebyggelige indlæggelser kan derfor konkluderes at blive et håb om, at kunne spare penge og ressourcer i den enkelte organisation, men det bidrager til en manglende sammenhæng på tværs.

Afslutningsvist kan det konkluderes, at masterprojektet har givet os en viden og ydmyghed overfor de kræfter, der er på spil i diskursen om forebyggelige indlæggelser, men også at processen har udviklet os. Vi er ikke blevet handlingslammede af den viden vi har fået, til trods

for vi næppe kan reformere området. Vi kan konkludere, at vi ud fra vores ledelsesfelt har muligheder for at handle og bidrage til både ny meningsskabelse, men også at påvirke diskursen om forebyggelige indlæggelser mod en diskurs om rette hjælp i rette tid.

8. Perspektivering

En nærliggende første perspektivering, er om der med en anden teoretisk tilgang kunne være fundet andet end der her fremanalyserede. Styringsperspektivet blev fraveget i processen mod et endeligt teoretisk og metodisk set up, men en styringsanalyse af området findes at kunne være relevant for en dybere indsigt i, hvad der styrer de tre organisationer, der er belyst og dermed også at kunne skabe en bredere viden om forebyggelige indlæggelser. Det fremhæves i diskussionen, at en reform er nødvendig på området. Et reformperspektiv på forebyggelige indlæggelser ville derfor også være relevant at anlægge, med henblik på at styrke det fremadskuende perspektiv ift. etablering af en ny reform.

Vendes der tilbage til de tre ledere, der er interviewet, er det også relevant at se på, at de bør gøre noget anderledes, men den interessante perspektivering er, at afsøge hvad deres motivation for at gøre noget anderledes kunne være. Et motivationsperspektiv i relation til ledelse er derfor et perspektiv, det findes at kunne være interessant at følge. Samme perspektiv er imidlertid også interessant ift. medarbejderne, idet det vises at de er i et spændingsfelt mellem to virkeligheder; en konstrueret og en fysisk virkelighed. Et relevant spørgsmål er, hvad den manglende sammenhæng gør ved deres motivation. En master som denne kan bidrage til, at der fremkommer viden om forebyggelige indlæggelser, og at der forhåbentligt også kan fremkomme en erkendelse for de ledere, der er i feltet, men det i sig selv skaber ikke nødvendigvis en ændret adfærd. Ligesom slangerne i Wulffmorgenthalers tegning, så ændres vi ikke som medarbejdere, ledere eller organisation fra den ene dag til den anden, blot fordi vi får en erkendelse.



Litteraturliste

Andersen, Ib, 2006, Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne, 3. udgave, Forlaget Samfundslitteratur, p. 34-37

Berlingske, 2015, <https://www.berlingske.dk/samfund/tusinder-af-aeldre-bliver-indlagt-uden-grund>

Collin, F. 2006, "Socialkonstruktivisme i humaniora", *Humanistisk videnskabsteori*, Collin, F. og Køppe, S. DR Multimedie p. 248-275

Danmarks Statistik, 2019, Markant flere ældre i fremtiden, <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=26827>

Danske Regioner, 2007, Servicemål i Almen praksis. Delrapport Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen, <http://intranet.regioner.dk/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/servicem%C3%A5l%20i%20almen%20praksis.pdf.ashx>

Danske Regioner, 2018, Notat: Økonomisk vejledning – nærhedsfinansiering 2019, p. 1-3

Esmark, A., Lautsten, C.B., Andersen, N.Å., 2014, Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion, I: *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, Red.: Esmark, A., Lautsten, C.B., Andersen, N.Å., Roskilde Universitetsforlag, E-bog, p. 7-30

Fairclough, N., 1995, Section C, I: *Critical Discourse Analysis – the critical study of language*, Pearson Education Limited, Essex, England, p. 183-214

Fairclough, N., 2003, Par 1, I: *Analysing Discourse – textual analysis for social research*, Routledge, Oxon, UK, p. 19-62

Fairclough, N., 2008, Kp. 1, Kp. 3, I: *Kritisk diskursanalyse*, Hans Reitzels Forlag, København, p. 15-62, p. 93-119

Foucault, M., 2001, *Talens forfatning*, Hans Reitzels Forlag, København, p. 11-51

Friis, I., 2010/2011, *Komplette præstationsmålinger: om at fremme en fælles forståelse af præstationsmål*, Økonomistyring & Informatik, 26. årgang, 2010/2011, nr. 5, p. 393-436

Gregersen, F. 2006, Kp. 8: "Strukturalisme", I: *Humanistisk videnskabsteori*, Collin, F. og Køppe, S. DR Multimedie p. 200-224

Grøn, C.H., Hansen, H.F., Kristiansen, M. B., 2014, Kp. 2: Forvaltningspolitisk styringstænkning, I: *Offentlig styring. Forandringer i krisetider*, 1. udgave, 2. oplag, Hans Reitzels Forlag, p. 27-48

Hatch, M.J., Schultz, M., 2009, Kp. 3: Hvem er du? I: *Brug dit brand*, 2. udgave, 3. oplag, Gyldendal, p. 69-92

Hernes, T., Bevort, F., 2018, Kp. 2-4, 24-27, I: *Organisering i en verden i bevægelse*, 1. udgave, Samfundslitteratur, p. 25-98, p. 261-276

Hermanowicz, J.C., 2002, *The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed*

Head, B., Alford, J., 2008, *Wicked Problems: The Implications for Public Management*, Panel on Public Management in Practice, International Research Society for Public Management, 2008, Brisbane, p. 2-22

Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005, *Kommunalreformen kort fortalt*, p. 5-37
<https://sim.dk/media/15719/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>

Justesen, L., Mik-Meyer, N., 2010, Kp. 1-3, I: *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*, 1. udgave, 7. oplag, Hans Reitzels Forlag, p. 11-77

Jørgensen, M. W., Phillips, L., 2006, Kp. 2, 3, 5, I: *Diskursanalyse som teori og metode*, Roskilde universitetsforlag, p. 34-104, 143-168

Koppenjan, J., Klijn, E., 2004, Kp. 10, I: *Managing Uncertainties in Networks. A network approach to problem solving and decision making*, Routledge, p. 212-239

Kommunernes Landsforening, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Ældre- og Sundhedsministeriet, 2016, Fælles plan for udmøntning af den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient, p.1-10
https://www.kl.dk/media/16636/plan_for_udm-ntning_af_den_nationale_handlingsplan.pdf

Launsø, L., Rieper, O., 201, Kp. 2, 5, I: *Forskning om og med mennesker*, Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning, 11. udgave, p. 16-48, 111-163

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, En analyse af ældre medicinske patienters forløb – på tværs af kommuner og regioner,
http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/En_analyse_af_aeldre_medicinske_patienters_forloeb_paa_tv_aers_af_kommuner_og_regioner.pdf

Murphy, T., 2015, Kp. 3, I: *Sensemaking. Introduktion til Karl Weick*, Hans Reitzels Forlag 1. udgave, 1. oplag, p. 27-44

Pedersen, K.M., 2019, *Vi skal se på ledelse i mellemrummet*, Dagens Medicin, 06/09/2019

Pedersen, K.M., 2018, Kommunal medfinansiering og kampen for at forebygge indlæggelser: Viden om effekt. Økonometrisk analyse, Syddansk Universitet

Region Hovedstaden, 2007, Hospitalsplaner,
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Sider/Hospitalsplan-2025.aspx>

Region Hovedstaden, 2010, Sundhedsaftaler,
<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Sider/default.aspx>

Region Hovedstaden, 2011, Hospitalsplaner,
<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/hospitaler/HOPP/Sider/Hospitalsplan-2025.aspx>

Sandelowski, M., Barroso, J., 2007, Handbook for synthesizing qualitative research, Springer Publishing Company, New York,

Seemann, J., 2019, Pixi Tværsektoriel ledelse, p. 1-7,
<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Fokusomraader-og-projekter/projekter/nye-samarbejdsformer/Documents/Pixi%20om%20Tvaersektoriel%20ledelse.pdf>
Sundhedsaftale 2019, 2019, Vores Sundhedsaftale – Sundhedsaftale for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis, p. 1-13
<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Sider/default.aspx>

Sundheds- og ældreministeriet, 2011, National handlingsplan for den ældre medicinske patient,
<https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December/~media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-%C3%A6ldre-medicinske-patient.ashx>

Sundheds- og ældreministeriet, 2016, Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål
https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/Indikatorforklaring.ashx

Sundheds- og ældreministeriet, 2018, Sundheds- og ældreøkonomisk analyse – kontaktmønstre på tværs af sektorer blandt befolkningen, kronikere og ældre medicinske patienter
https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2018/Oktober/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Sundheds-og-aeldreoekonomisk-analyse-okt-2018/Sundheds-og-aeldreoekonomisk-analyse-okt-2018.pdf

Sundheds- og ældreministeriet, 2018, Løbende offentliggørelse af produktivitet i sundhedsvæsenet
<https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2019/Februar/Loebende-offentliggoerelse-af-produktivitet-i-sygehusvaesenet.aspx>

Sundhedsstyrelsen, 2005, Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed
<https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>

Sundhedsstyrelsen, 2011, Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til national handlingsplan,

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2011/Publ2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/Styrket-indsats-for-den-%C3%A6ldre-medicinske-patient-%E2%80%93-fagligt-opl%C3%A6g-til-en-national-handlingsplan.ashx>

Sundhedsstyrelsen 2014 <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2014/Kvalitet-i-akutfunktioner-i-den-kommunale-hjemmesygepleje>

Sundhedsstyrelsen, 2015, Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser, <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Forebyggelse-af-uhensigtsm%C3%A6ssige-indl%C3%A6ggelser---en-oversigt-over-viden-om-kommunale-indsatser.ashx?la=da&hash=4B22784DD77A5899D4A9D2E20AD8E8C39F450D8D>

Sundhedsstyrelsen, 2017, Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/forebyggelse-af-uhensigtsmaessige-indlaeggelser---en-oversigt-over-viden-om-kommunale-indsatser>

Sundhedsstyrelsen 2018, Danskernes Sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017, <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>

VIVE (Viden til Velfærd), 2018, Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver, <https://www.vive.dk/media/pure/11194/2306313>

Væksthus for ledelse, 2014, Ledelse over Grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet

Weick, K., 2001, Making Sense of the Organization, Malden MA: Blackwell Publishers Inc.,