

## Kommunikation mellem pårørende og sygeplejersker på en hospitalsafdeling

**Authors:** Camilla Bernild<sup>1</sup>, Anne Liveng<sup>2</sup> & Dorthe Overgaard<sup>3</sup>

**Affiliation:** <sup>1</sup>Roskilde Universitet, Institut for mennesker og teknologi, Center for Sundhedsfremmeforskning og Nordsjællands Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling; <sup>2</sup>Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet; <sup>3</sup>Københavns Professionshøjskole

**Contact corresponding author:** Camilla Bernild: [bernild@ruc.dk](mailto:bernild@ruc.dk)

### Resumé

Artiklen beskriver et aktionsforskningsbaseret udviklingsforløb på en ortopædkirurgisk afdeling, der drejer sig om kommunikation mellem pårørende til ældre patienter med hoftefraktur og sygeplejersker. Formålet er at udforske forandringspotentialerne for systematisk pårørendeinddragelse, som tager udgangspunkt i sygeplejerskers erfaringer med pårørendesamarbejde.

Den teoretiske ramme er Habermas' hovedværk "Teorien om den kommunikative handling" (2011, 2004) hvor konceptet om system og livsverden begrebsliggør betydningen af en hospitalsafdeling som kontekst for parternes kommunikation, og begreberne om kommunikativ og strategisk handling giver et særligt perspektiv på parternes kommunikation gennem forløbet.

Analysen af aktionsforskningsforløbet viser, at det kan være problematisk gennem ét initiativ at tilsinde bedring i forholdene for både brugere af og medarbejdere i en organisation. Som følge heraf bliver indførelsen af en systematisk pårørendeinddragende praksis fuld af dilemmatisk. På den ene side betyder den indførte udskrivelsessamtale, at alle pårørende inkluderes og får information om patientforløbet. På den anden side har ændringen medført

---

©2018 Camilla Bernild, Anne Liveng & Dorthe Overgaard. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to share their work (copy, distribute, transmit) and to adapt it, under the condition that the authors are given credit, that the work is not used for commercial purposes, and that in the event of reuse or distribution, the terms of this license are made clear.

Citation: Bernild, C., Liveng, A., & Overgaard, D. (2018). Kommunikation mellem pårørende og sygeplejersker på en hospitalsafdeling. *Forskning og Forandring*, 1(1), 51–77. <https://doi.org/10.23865/fof.v1.977>

optrapning af system og strategisk handlen, og der sker en kolonisering af livsverdenen, fordi muligheden for spontan kommunikativ handlen mellem pårørende og sygeplejersker mindskes.

Desuden peger analysen på, at inddragelsesinitiativer, der som pårørendepjecen<sup>1</sup> retter sig direkte til pårørende, skal forankres i systemets egen skriftlige kommunikation for at blive brugt og dermed reelt føre til systematisk inddragelse.

### **Søgeord**

Aktionsforskning, pårørendeinddragelse, habermas, kommunikativ handlen, udskrivelsessamtaler.

### **Abstract**

This article describes an action research project in an orthopedic surgical ward, which aims to develop the cooperation and communication between nurses and relatives of elderly patients with hip fractures. The purpose is to explore the potential for systematic involvement of relatives based on nurses' work experiences.

The theoretical framework is Habermas' main work "The Communicative Action" (2004). The concept of system and lifeworld constitutes the meaning of a hospital organization as a context for the parties' communication, and the concept of communicative action provides a perspective on the parties' communication.

The analysis of the action research process shows that it may be problematic to try improving the conditions for both users and employees of an organization through one initiative. Consequently, the introduction of a systematic practice of involvement becomes dilemmatic. On the one hand, the introduced discharge meetings and written information to the relatives mean that all relatives are included and receive information about the patient's trajectory. On the other hand, the change has led to the escalation of system orientated and strategic action. Furthermore, the development has diminished the possibilities for spontaneous communication between relatives and nurses, which theoretically is colonization of the lifeworld.

In addition, the analysis points to the fact that initiatives that aim to involve relatives must be rooted in the system's written communication in order to become properly anchored in praxis - and thus lead to systematic involvement.

### **Keywords**

Action research, relatives' involvement, habermas, communicative action, discharge meetings.

## **Kommunikation mellem pårørende og sygeplejersker på en hospitalsafdeling**

Denne artikel beskriver en del af et aktionsforskningsprojekt, der er foretaget på en ortopædkirurgisk afdeling på et dansk hospital, hvor hensigten er forbedring

---

1 Skriftligt informationsmateriale til pårørende

af samarbejde og kommunikation mellem sygeplejersker og pårørende til ældre patienter med hoftefraktur. I første og indledende del af artiklen 'Sundhedssystem som kontekst' beskriver jeg<sup>2</sup> på baggrund af den teoretiske optik, hvordan jeg forstår parternes strukturelle betingelser for deres kommunikation i sundhedssystemet. Anden del 'Teoretiske perspektiver og metodologiske valg' drejer sig om selve vidensproduktionen. I den tredje del af artiklen 'Forandringer i praksis – analytiske perspektiver' analyserer jeg de forandringsprocesser, projektet har skabt. I fjerde afsnit 'De gode intentioners dilemmaer – en diskussion' udfolder jeg en kritisk refleksion over projektets forehavende efterfulgt af en konklusion og en kort perspektivering.

### **Sundhedssystem som kontekst**

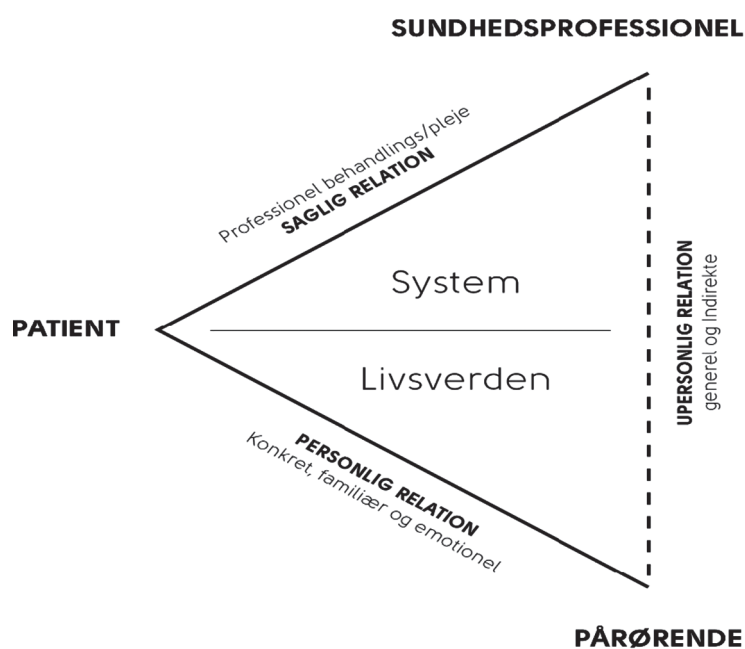
Sundhedsvæsenets organisering er med-konstituerende for, hvordan relationen mellem pårørende og sundhedsprofessionelle udspiller sig. Denne organisering og betydningen heraf kan begribes og vægtes på forskellige måder, hvorfor det er centralt at beskrive, hvordan det forstås i nærværende sammenhæng. På baggrund af Habermas' teori om system og livsverden (2011, 2004) fremhæves i det følgende kort nogle særlige karakteristika ved det, der fremover benævnes *sundhedssystem*, når det drejer sig om det generelle sundhedsvæsen, og *hospitalsorganisation*, når det drejer sig om den konkrete afdeling og hospital.

Sundhedssektoren forstås bredt set som et system, fordi det fungerer ved hjælp af eksempelvis diagnosekategorier, fastlagte behandlingsregimer og patientforløb, dokumentationsteknologier og koordinering af arbejdsgange – alt sammen noget, der fordrer standardisering på flere niveauer (Dybbroe og Kamp 2016) og styres af bevillinger (penge), administrative beslutninger (magt) og lovgivning (ret). Habermas kalder med reference til Parsons styringsmidlerne for "generaliserede symbolske kommunikationsmedier" (Habermas, 2011, s. 342), og de muliggør strategisk handling i de standardsituationer, som de økonomiske, bureaukratiske og retslige systemer skaber.

Sundhedssystemets funktion er at sikre befolkningens sundhed. Systemet er delt op i to adskilte sektorer: en behandlingsdel organiseret i hospitalet og en plejedel (og privatpraktiserende læger) organiseret i kommunen med hver deres økonomi- og forvaltningssystemer, som igen er opdelt i en lang række suborganisationer. I Habermas' system- og livsverdensperspektiv, kan parternes forskellige positioner illustreres således:

---

2 Selvom artiklen har tre forfattere, skrives der i 1. person. Det skyldes, at jeg, Camilla Bernild, som del af mit ph.d.-projekt har udført og beskrevet aktionsforskningsprojektet. Anne Liveng og Dorthe Overgaard er mine vejledere og bidrager i den funktion til projektets fremdrift og kvalitet – herunder artiklen.



**Figur 1:** Kommunikationsrelationer i system-livsverden konstellation i en hospitalspraksis. (Bernild, 2016)

Med udgangspunkt i figuren skitseres i det følgende, hvordan jeg forstår pårørendes og de sundhedsprofessionelles (nærmere bestemt sygeplejerskers) rolle i systemet, med fokus på hvilke mulighedsbetingelser det sætter for deres samarbejde.

### Pårørende i system

Det er patienten, der er behandlingssystemets hovedperson. Hospitalsafdelinger koncentrerer deres kræfter om patientforløb, hvis effektivitet og kvalitet kontrolleres og måles af ledelsen og også vurderes af patienter. Patienter beskyttes af et stigende antal rettigheder, som for eksempel tavshedspligt, informeret samtykke og aktindsigt (Sundhedsloven, 2010). Pointen i forhold til pårørende er, at stigningen i patientrettigheder kan anskues som en tendens til at idealisere den autonome og selvbestemte patient (Bernild, 2014), hvilket paradoksalt nok har en ekskluderende effekt på pårørende, fordi de ikke har nogle rettigheder (Hartlev og Hybel, 2014). I mange tilfælde er denne beskyttelse af patienten helt uproblematisk, men når patientens evne til at være selvbestemmende er svækket, kan det være udfordrende for de pårørende. Deres forhold til systemet er nemlig strukturelt set indirekte, hvilket den stiplede linje i modellen illustrerer. Denne "tredje hjul på giggen" rolle ses også i forhold til systemets skriftlige kommunikation, som pårørende i udgangspunktet hverken bidrager til eller er modtagere af – hvilket relaterer sig til ovenstående lovmæssigheder. Dette er ikke helt uden betydning, fordi den skriftlige dokumentation er afgørende for koordinering af patientforløbet (Berg, 1996). Empiriske undersøgelser blandt pårørende til ældre viser også, at det er tilfældigt, hvor, om, med hvem, hvornår og hvordan den

pårørendes viden om og ønsker for den ældres hjemmesituation indgår i systemets kliniske beslutninger (Glenny, 2013).

Som figuren illustrerer, forstår jeg patienten og de pårørende som forbundet i livsverdenen. Livsverdenen er i modsætning til det rationelle system kendetegnet ved den nærhed og indforståethed, der er mellem mennesker, som kollektivt er forbundet (Habermas, 2011, s. 105-110, s. 208-270), og ved en implicit normativitet om omsorg og gensidig hjælp. Undersøgelser om pårørende til ældre med hoftebrud viser, at de kan opleve det svært at vide, hvad det er, de bør, kan og skal gøre i systemets patientforløb, samtidig med at den personlige og emotionelle relation til patienten i deres livsverden betyder, at de kan være bekymrede for den samlede situation, og hvad fremtiden bringer (Bernild, 2016). De bruger ofte en del energi på at indordne og tilpasse sig til såvel sundhedsvæsenets som patientens dagsorden (Berthelsen, 2013). Dette på trods af at den ældre patient kan have svært ved selv at vurdere egen situation (Thuesen, 2013), hvilket for ældre patienter med hoftebrud er særligt udtalt, fordi deres mentale funktionsniveau ofte er påvirket (sundhed.dk).

I dag står pårørende i en situation, hvor de får tildelt flere pleje- og omsorgsopgaver, når et medlem i familien bliver syg og har brug for hjælp (Larsen og Esmark, 2013). Dette relaterer sig til hospitalsvæsenets accelererede patientforløb, besparelser og nedskæringer i primærsektorens plejeydelser (Nielsen og Andersen, 2014) og sektorernes organisatoriske adskillelse, som giver udfordringer i overgangene (Glenny, 2013). Det betyder tilsammen, at ældre patienter efter kort hospitalsindlæggelse bliver udskrevet til en hjemmesituation, hvor de er blevet mere afhængige af hjælp, og hvor nogle sygeplejeopgaver overtages af pårørende (Aftale om fremtidens hjemmehjælp, København, regeringen, 2014). Om man bryder sig om disse forandringer eller ej, så fordrer de, at pårørende inddrages i patientforløbet allerede inden, patienten udskrives fra hospitalet, hvilket flere undersøgelser viser, at de ikke bliver (LUP 2016, Enheden for brugerundersøgelser, 2017). Faktisk er pårørendeinddragelse det parameter i det samlede patientforløb, som akut indlagte patienter vurderer dårligst. Til spørgsmålet, om personalet giver pårørende mulighed for at deltage i de kliniske beslutninger, svarer hele 26 % "slet ikke" (LUP, 2016).

### Pårørendeinddragelse

På denne baggrund synes det relevant at tage initiativ til ændring af praksis, således at pårørende bliver inddraget mere, hvilket flere sundhedspolitiske instanser og patient- og pårørendeforeninger også anbefaler (Sundhedsstyrelsen, 2016, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014, Danske patienter, 2011, Danske pårørende, 2014). Men som det fremgår af selvsamme anbefalinger, er det ofte uklart, hvad der egentlig menes med inddragelse. Der flourer en del forskellige ord, der har samme typer af betydning som fx medinddragelse, deltagelse, patientcentrering og involvering, og der er forvirring omkring, hvad det egentlig konkret betyder og fordrer af de sundhedsprofessionelle (Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014). Denne forvirring bliver

ikke mindre, når det gælder pårørende, for som beskrevet ovenfor er deres relation til systemet indirekte og via patienten og derfor en trekantsrelation. Jeg har på baggrund af undersøgelser om pårørende samt sundhedspolitiske og patient- og pårørendeforeningers anbefalinger på pragmatisk vis valgt, at pårørendeinddragelse i denne kontekst *ideelt* set indbefatter: (1) at de tilbydes information om patientforløbet, (2) at de bliver hørt i forhold til deres synspunkter på patientsituationen samt deres erfaringer med og bekymringer for patienten, og (3) at de bliver hørt i forhold til, hvordan de selv har det i situationen – deres behov og ressourcer.

### Sygeplejersker i system

Før man kaster sig ud i praksisændringer, er det nødvendigt at undersøge, hvad der er for en konkret praksis. Afdelingen er et ortopædkirurgisk sengeafsnit, der har patienter indlagt med akut hofte- og rygfraktur, patienter der skal have foretaget amputation og patienter med sår. Afsnittet har 26 sengepladser, hvoraf cirka halvdelen er til patienter med hoftefraktur. Personalet på afsnittet består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, fysioterapeuter samt lægesekretærer og er delt op i to teams, hvor det ene team plejer patienter med hoftefraktur i 'hofteunit', og det andet tager sig af de øvrige patienter. Det sygeplejefaglige arbejde i 'hofteunit' bærer præg af, at patienterne, udover at have behov for grundlæggende sygepleje, som fx hjælp til mobilisering, personlig hygiejne og mad- og drikkeindtag, som regel også har andre helbredsmæssige problemer og påvirket mentalfunktion (sundhed.dk).

I denne komplekse organisation er arbejdsdeling mellem forskellige sundhedsprofessioner essentiel, og selvom pårørendesamarbejde kan siges at være tværfagligt, er det forskelligt, hvor meget og hvordan faglighederne hver især konfronteres med pårørende. Det var afdelingens ønske at fokusere på den sygeplejefaglige praksis i projektet. Det er der gode grunde til, men også dilemmaer. En oplagt begrundelse er, at sygeplejen er langt den største sundhedsprofession i hospitalsregi (Sundhedsdatastyrelsen, 2016), og at sygeplejersker bruger mest tid i direkte kontakt med patienter og pårørende (Lehn-Christiansen, 2016). Undersøgelser viser desuden, at sygeplejersker sommetider finder pårørendesamarbejde svært (Lindhardt, 2008). Og ifølge en lokal og upubliceret arbejdsmiljøundersøgelse foretaget på afdelingen oplever sygeplejerskerne pårørendesamarbejde som belastende for deres arbejdsliv. En anden begrundelse er, at sygeplejen som profession og fag har idealer om og interesse i humanistiske tilgange til patienten, hvor kommunikation, inddragelse og omsorg for det hele menneske, hvilket implicerer pårørende, står centralt (Martinsen, 2010).

Men det er potentielt dilemmafyldt, at fokus blev rent sygeplejefagligt. Ifølge forskning i sygeplejerskers arbejdsliv er idealerne om og interessen for en humanistisk tilgang til patienten nemlig under pres i det moderne sundhedssystem (Gleerup, 2015). Eksempelvis peger Dybbroe (2015) på, at det stigende fokus på effektiv medicinsk behandling i sundhedssystemerne er med til at fortrænge og usynliggøre pleje og omsorg, herunder kommunikation med patienter – hvorved dette mister værdi.

Gleerups forskning (2015) viser, at forhold som nedskæringer, standardiserings- og dokumentationskrav samt misforhold mellem, hvad systemet understøtter, og de konkrete opgaver, der kræves udført, er belastende for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og opleves som krænkende.

Med disse pointer in mente kan man sige, at praksisændringer med henblik på pårørendeinddragelse er i farezonen på grund af et misforhold mellem, hvad det patientrettede behandlingssystem kan og vil understøtte, og hvad pårørendeinddragelse vil kræve af den sygeplejefaglige praksis. For som beskrevet er pårørende-sygeplejerelationen i hospitalssystemet indirekte og kan siges "kun" at være en kommunikationsrelation i systemets periferi. Faren er, at initiativet kommer til at klemme sygeplejerskerne i misforholdet mellem de sygeplejefaglige idealer og rammebetingelserne i behandlingssystemet. Ifølge Lindhardt (2008) forskning om sygeplejerskers syn på pårørende eksisterer der allerede et sådan misforhold, fordi sygeplejerskerne på den ene side italesætter pårørende som en vigtig ressource i et planlagt samarbejde og på den anden side oplever pårørende som belastende i et samarbejde, der reelt er tilfældigt. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i sygeplejerskernes erfaringer og tilstræbe ændringer, der ikke blot undgår at give sygeplejerskerne frustrerende merarbejde, men sigter på et pårørendesamarbejde, der skaber rum for begge parter.

### **Teoretiske perspektiver og metodologiske valg**

Som figur 1 illustrerer, har jeg på baggrund af Habermas' koncept om system og livsverden placeret hospitalssygeplejersken i behandlingssystemet, medens de pårørende er placeret i patientens livsverden. Denne entydige placering af sygeplejersken på systemsiden er i modstrid med flere sygeplejeteorier, heriblandt Merry Scheels koncept om "interaktionel sygeplejepsiksis" (Scheel, 2013). Scheel påpeger, at omsorg må være en central del af sygeplejerskens handlingskompetencer i interaktion med patienten og argumenterer engageret imod Jørn Loftagers artikel "Sygepleje mellem system og livsverden" (Loftager, 1990). I Loftagers artikel hævdes det, at omsorgen for den anden, der er den bærende ramme om den kommunikative handlen i livsverdenen, har trange kår i et professionelt behandlingssystem, hvor instrumentelle og strategiske handlinger dominerer sygeplejen. Min placering af sygeplejerskerne i systemet er udtryk for, hvordan jeg opfatter det i relation til *pårørende* og *ikke* patienten, som indgår i direkte saglige og faglige relationer med sygeplejerskerne, der også inkluderer omsorg. Og det er gjort for at fremhæve præmisserne for pårørendes kommunikation med sygeplejersker.

Ifølge Habermas er en organisation et "*formally organized domain of action*" (Habermas, 2004, bind 2, s. 307), hvor forståelsesorienteret kommunikation delvist er skiftet ud med medierne: penge og magt. Den formaliserede organisering af medlemmernes funktioner i en organisation er præmissen for deres kommunikation, hvilket svækker betydningen af at skulle opnå personlig og gensidig forståelse af deres sag. Dette betyder ikke, at de enkelte aktører nødvendigvis handler mål-rationelt (strategisk) over for hinanden, men at den *kontekst*, hospitalssygeplejersken befinder sig i, er

et (behandlings)system, og at dette har afgørende betydning for hvilke handlinger, der henholdsvis fremmes og fortrænges, som også forskningen i sygeplejerskers arbejdsliv viser (Dybbroe, 2016). På den måde er jeg enig med Loftager, når han siger, at kommunikativ handlen har trange kår i et behandlingssystem. Men det betyder langt fra, at den ikke er tilstede. Habermas skriver: “*Even within formally organized domains of action, interactions are still connected via the mechanism of mutual understanding*” (Habermas, 2004, bind 2, s. 310). Det, der er intentionen her, er at anvende Habermas’ handlingstypologier til nærmere udforskning af pårørende og sygeplejerskers kommunikation i den sociale kontekst, de befinder sig i – her i en hospitalsorganisation. I det følgende defineres Habermas’ handlingstypologier med vægt på kommunikativ og strategisk handlen, fordi det er de to begreber, der appliceres i analysen. Nedenfor ses de opstillet skematisk:

Handlingsorientering Handlingssituation	Resultatorienteret (forudbestemt)	Orienteret mod indbyrdes forståelse
Ikke-social	Instrumentel handlen	-
Social	Strategisk handlen	Kommunikativ handlen

**Figur 2:** Habermas’ handlingstyper.  
(Habermas, 2011, s. 209, figur 14)

Kommunikativ handlen er en personlig og indbyrdes forståelsesakt mellem mennesker i direkte relation, hvor forståelsen i sig selv er det bærende. Kommunikativ handlen er et ideal, hvor situationsdefinitionen er åben og opstår i det intersubjektive og kommunikative rum mellem samtaleparterne. Hvad samtalen skal ende ud i, er ligeledes åbent. Samtaleparterne forsøger ærligt at komme til indbyrdes forståelse om en sag, og hvad der er sagens natur. Som baggrund deler parterne en række implicite normer og en indforståethed, som er indlejret i deres fælles historiske og sprogligt forankrede (for)forståelser (Habermas, 2011, s. 208-270). I analysen af pårørende og sygeplejerskers kommunikation forsøger jeg at operationalisere begrebet *kommunikativ handlen* ved at se efter særligt to typer af kendetegn. Det ene er, om kommunikationen er åben med hensyn til, hvor den skal lede hen. Det andet er, om kommunikationen er personlig, hvor den pårørende udtrykker sig om sine erfaringer, bekymringer eller synspunkter, og sygeplejersken udviser forståelse herfor.

Instrumentel handlen er et resultatorienteret indgreb i en handlingssituation, der ændrer den, og på den måde er handlingskoordinerende. Instrumentelle handlinger er rettet mod objekter og er derfor ikke-sociale, og de er orienteret efter mål-middel kalkuler, der effektivt skal sikre det ønskede resultat (Habermas, 2011, s. 209). I nærværende sammenhæng kan hofteoperationen samt mange af de tilhørende plejefunktioner som eksempelvis sårpleje og måling af vitale værdier ansues som en instrumentel handlen, fordi resultatet af handlingen ikke er afhængigt af, at patienten medvirker som subjekt.



Strategiske handlinger er rettet mod andre mennesker og er derfor sociale, men ligesom instrumentel handlen er de resultatorienterede. Det er den prædefinerede situationsdefinition, også kaldet standardsituation, og det forudbestemte resultat, der styrer kommunikationen og den efterfølgende handlingskoordinering. Parterne handler efter egne mål eller efter mål i den organisation, de er med i. Udfaldsrummet for samtalens saglige indhold er forudberegnet, og samtalens normative ramme står ikke til diskussion. Så selvom strategiske handlinger ligesom kommunikative udfoldes mennesker imellem, så er de upersonlige ligesom de instrumentelle handlinger (Habermas, 2011, s. 208-270). Ved strategisk handlen kan man sige, at aktørerne slipper for en stor mængde kommunikation, da systemets medier i form af bureaukratisk magt definerer situationen for dem. For eksempel kan journaloptagelse siges at være strategisk, fordi parterne ikke sammen skal definere, hvad de skal snakke om, hvorfor og hvordan. Systemets patientforløbsbeskrivelser og diagnosekategoriseringer rammesætter dokumentationskravene i journalen, som igen er med-konstituerende for, hvilke spørgsmål patienten stilles, og hvilke svar der opfattes som relevante. I analysen af pårørendes og sygeplejerskers kommunikation forsøger jeg at indkredse, om der foregår *strategisk handlen* ved at se, om det er systemets forudbestemte mål, der styrer retningen i kommunikationen - som dermed ikke er åben for andre endemål.

Med henblik på at analysere potentialerne ved inddragelsesinitiativerne anvender jeg også Habermas' uddybning af begrebet om strategisk handlen, hvor han differentierer mellem henholdsvis lukket og åben strategisk handlen. Lukket strategisk handlen er, når den ene part bevidst eller ubevidst vildleder den anden part ved at lade som om, at de har gang i en personlig, rigtig, ærlig og forståelsesorienteret kommunikativ handlen, som er åben med hensyn til resultat og dermed skjuler, at der er tale om snævre forudbestemte hensigter og mål. Hermed bliver handlingen fordækt og kommunikationen fordrejet. Over for dette sætter Habermas den åbne strategiske handlen, hvor der spilles med åbne kort, så begge parter er bevidste om, at kommunikationen ikke er personlig eller drejer sig om indbyrdes forståelse, men om at formidle et resultat (Habermas, 2011, s. 264-265).

## Empiriske metoder

For at udforske udviklingspotentialerne for større grad af pårørendeinddragelse er der anvendt en kombination af etnografisk feltarbejde og aktionsforskning. Førstnævnte for at forstå den komplekse kontekst, udviklingen skal foregå i, og sidstnævnte for gennem igangsættelse af forandringsprocesser at belyse barrierer og muligheder for konkrete udviklingstiltag. Forskningsprocessen var tilrettelagt således, at jeg skiftevis foretog etnografiske feltobservationer og afholdt dialogmøder. Det samlede empiriske arbejde begyndte april 2014 og blev afsluttet i februar 2016. Undervejs skete der en række forandringer i afdelingens sygepleje til patienter med hoftenær fraktur, men her fremhæves kun dem, der har relation til samarbejde med pårørende, og som er enten direkte eller indirekte foranlediget af nærværende forskningsprojekt.

<b>Afdelingens praksis</b>	<b>Før intervention:</b> samarbejde mellem pårørende og sundhedsprofessionel er ikke systematiseret og derfor situationelt forskelligartet og tilfældigt	<b>Første forandring:</b> indførelse af udskrivelsessamtaler, hvor pårørende deltager, og hvor tidspunktet planlægges i samarbejde med dem	<b>Anden forandring:</b> udarbejdelse og anvendelse af pårørendepjece <sup>3</sup>
<b>Forskningsaktiviteter</b>	Indledende og afsøgende feltobservationer Første dialogmøde Interviews med pårørende	Fokuserede feltobservationer af femten udskrivelsessamtaler Andet dialogmøde	Tredje og fjerde dialogmøde

**Figur 3:** Forskningsforløbet.

Det empiriske arbejde begyndte med tre ugers indledende feltobservationer på afdelingen. Der er valgt en reflektiv etnografisk tilgang (Davies, 2008), hvor blikretningen har været formet af projektets formål. Som kvalitativ feltforsker har jeg været forsigtig med at have rigide og teoretiske antagelser om, hvad problemstillingen drejede sig om på forhånd (Allen, 2010), hvorfor jeg i det indledende feltarbejde observerede praksis med et bredt fokus. Jeg fulgte mange forskellige personalegrupper i hele dage og fik et indtryk af praksis mere generelt – herunder kommunikation med pårørende. Senere i processen traf jeg på baggrund af første dialogmøde med sygeplejerskerne strategiske valg om, hvad og hvem der skulle observeres, hvilket benævnes det fokuserede feltarbejde. Her observerede jeg femten udskrivelsessamtaler. På den måde belyser det etnografiske materiale i form af strukturerede feltnoter (Emerson m.fl., 2011), hvordan kommunikation mellem patient, pårørende og sundhedsprofessionelle er foregået både før og efter indførelsen af planlagte udskrivelsessamtaler.

For at forskningen kan bidrage til udvikling af samarbejdet mellem pårørende og sygeplejersker, er der valgt en aktionsforskningstilgang. Der er forskellige tilgange til aktionsforskning, men fælles er ærendet om at skabe forandringsprocesser sammen med de aktører, der er i feltet, og herigennem skabe viden herom (Duus m.fl., 2012, Reason & Bradbury, 2001). I dette tilfælde foregår aktionsforskningen i samarbejde med afdelingens sygeplejersker. Der er foretaget sytten interviews med pårørende for at få viden om deres erfaringer og synspunkter, hvilket indgår som fundament for forandringerne, men det er sygeplejerskernes arbejdsrutiner, der er i fokus for aktionen. Hermed er det bredt set aktionsforskning som organisations- og professionsudviklende praksis, der er tale om, hvor aktionen bidrager til opkvalificering af det faglige vidensgrundlag for arbejdet med mennesker (Kildedal og Laursen 2012).

I tråd med den teoretiske ramme har jeg valgt at lade mig inspirere af dialogtraditionen (Toulmin og Gustavsen, 1996) inden for aktionsforskningen. Den trækker

3 Skriftligt informationsmateriale til pårørende.

på 2. generation af kritisk teori (særligt Habermas' *Teorien om den kommunikative handlen*) og sigter på at foretage frigørende socialkritisk forskning, hvorfor det er en politisk forskningstradition (Husted og Tofteng, 2012). Det politiske engagement i dette projekt vedrører både ideen om mere pårørendeinddragelse og bedre arbejdsmiljø for sygeplejersker. Dialogtraditionen har intentionen om, gennem kommunikation, at skabe forandringer, der er praksisorienterede og anvendelige på et konkret og lokalt plan (Toulmin og Gustavsen, 1996), og er af denne grund også beskrevet som konsensusøgende og pragmatiske (Husted og Tofteng, 2012). Ud over at den er kompatibel med den teoretiske ramme valgte jeg dialogretningen, fordi den fokuserer på det, der kan lade sig gøre i en lokal og konkret kontekst.

Dialogtraditionen arbejder med dialogkonferencer, hvor forskeren iscenesætter dialogiske processer, der bringer deltageres italesatte praksiserfaringer i spil (Frimann og Bager, 2012). Dialogkonferencerne skal give plads til en fælles refleksion over forskellige og modstridende erfaringer med det formål at skabe nye indsigter og ideer til nye arbejdsgange. Blandt deltagerne skal der ideelt set være forskellige aktører (maksimum 50-60 personer), der repræsenterer forskellige perspektiver på sagen, og målet er, at disse dialoger baner vejen for nye organisationspraksisser.

I nærværende projekt er der tale om en modificeret udgave af dialogtraditionens idealer om lokal og anvendelig praksisudvikling skabt på baggrund af dialog mellem mange af feltets forskellige aktører. Den kraftigste bøjning af traditionens dialogmetoder drejer sig om deltagerne. For det første er gruppen af deltagere homogen forstået på den måde, at det var sygeplejersker fra samme afdeling, der deltog i dialogmøderne (jf. afsnittet *Sygeplejersker i system*). For det andet var antallet af deltagere lille, hvorfor jeg har valgt at kalde vores møder *dialogmøder* i stedet *dialogkonferencer*.

Der er gennemført fire dialogmøder. Her deltog seks praksissygeplejersker, en afdelingssygeplejerske, en udviklingsygeplejerske og en enkelt gang en oversygeplejerske. Ved hvert møde fungerede min bi-vejleder som observatør og jeg selv som moderator. Det lille antal deltagere betød, at jeg undervejs omstrukturerede formen, så mødet blev tilrettelagt som en slags fokusgruppeinterview, hvor deltagerne diskuterede et emne, og hvor diskussionen blev optaget og transskriberet (Malterud, 2012).

Første dialogmøde havde til formål at opnå en form for fælles forståelse for aktuel praksis, og hvad der egentlig var problemstillingen. Her fandt vi frem til, at det særligt var pårørendesamarbejdet i forbindelse med udskrivelsen, der var problematisk. Andet dialogmøde havde til formål at få deltageres syn på det vellykkede og det vanskelige pårørendesamarbejde og diskutere muligheder og barrierer i forhold til samarbejde med pårørende. Tredje dialogmøde havde til formål at diskutere udskrivelsessamtalen, som den fungerede efter indførelse, og ønsker for fremtiden. Her blev ideen til pårørendepjecen født. Fjerde dialogmøde havde til formål at evaluere og justere pjecen til pårørende samt indsamle deltageres oplevelser af projektets proces. Flere af dialogmøderne blev udsat op til flere gange grundet travlhed i afdelingen.

## Interpretationstilgang

Tofteng og Husted (2012) skriver, at det kan være et problem for aktionsforskere at formidle deres projekter til forskningsverdenen. Personligt oplever jeg det udfordrende, fordi den akademiske skriftliggørelse af projektet adskiller sig fra selve forandringsprocessen ved at være en delvis retrospektiv og teoretisk fortolkende proces. En proces, hvor der er risiko for, at teorien får overherredømmet – særligt fordi kritisk og emancipatorisk drevet forskning har tendens til at negligere det konkret-empiriske felt/materiale på mikroniveau, fordi den er optaget af analyser, der trækker tråde til den samfundsmæssige kontekst på makroniveau (Alvesson og Skjöldberg, 2009). Men her har aktionsforskningen et særligt potentiale, fordi ærindet om konkret praksisændring reflektivt forbinder mikro- og makroniveau: *“Through the influence of critical theory, the creation of reflective knowledge has been an important feature of participatory research in both theory and practice”* (Park, 2001, s. 86). I det følgende beskriver jeg min fortolkningstilgang, der placerer sig midt mellem en induktiv og en deduktiv tilgang, hvor jeg med inspiration fra *Reflexive Methodology* (Alvesson og Skjöldberg, 2009) tilstræber en åbensindet og kreativ interaktion mellem det empiriske materiale og den teoretiske ramme.

Det empiriske materiale, der er grundlaget for denne artikel, er feltnoter fra såvel de indledende som de fokuserede feltobservationer samt transskriberede dialogmøder. For at styrke relevansen af det etnografiske feltarbejde i et udviklingsperspektiv fremlagde jeg mine observationer og præliminære analyser til dialogmøderne, således at sygeplejerskerne kunne kommentere og uddybe disse. På den måde fungerede det som en af aktionsforskningens redskaber, nemlig *spejling*, *”som informerer deltagerne om forskerens observationer af praksis ved, at forskeren gør sig til redskab for organisationens selvrefleksion”* (Kildedal og Laursen, 2012, s. 91). Mine fremlæggelser var på den måde afsat for fælles refleksion ved dialogmøderne. På baggrund af dialogmødernes diskussioner valgte jeg at have fokus på særlige perspektiver af praksis i efterfølgende feltobservationer. Således er der gennem skiftevis etnografisk feltarbejde og dialogmøder skabt et sammenhængende empirisk grundlag, der siger noget om forandringsprocessen. Det empiriske materiale tilsigter ikke at skabe neutrale og objektive billeder af *”virkeligheden”* i forhold til pårørendes og sygeplejerskers kommunikation og sidstnævntes italesatte oplevelser af denne, men derimod at udarbejde et empirisk materiale, der med en bestemt politisk og normativ hensigt om øget pårørendeinddragelse og bedre arbejdsmiljø (i relation til pårørendesamarbejde) er meningsfuldt og relevant.

Med henblik på at skabe overblik over det empiriske materiale har jeg systematiseret feltnotaterne og de transskriberede interviews i tre kolonner (Emerson m.fl., 2011). I første kolonne er der detaljerede beskrivelser af de observerede situationer/transskriberede udsagn. I anden kolonne er de indledende tanker om hvilke temaer, der var i spil i situationen eller udtalelserne. Og i tredje kolonne beskriver jeg, hvordan jeg selv havde det i situationen, og hvordan jeg oplevede, at min tilstedeværelse påvirkede

situationen. I de efterfølgende fortolkninger er vægten på selve beskrivelserne i første kolonne, men går på tværs af de tre kolonner, fordi de indvirker på hinanden. Og de går på tværs af de forskellige observationer og udtalelser over tid. De fortolkninger, der har ledt til analysepointerne i denne artikel, kan derfor ikke på formel logisk vis demonstreres som en analytisk bevisførelse, hvor hver sætning eller udsagn forstås som meningsbærende enhed i sig selv. De er derimod fortolket i en sammenhængende proces, hvor fortolkningerne af dele af empirien er med til at skabe retning i forandringsprocesserne, som så igen fortolkes - mellem del og helhed og empiri og teori.

Den teoretiske interpretation åbner op for at identificere nogle særlige tendenser i parternes interaktion, hvor jeg ser efter dybereliggende fænomener - fx om interaktionen fremstår umiddelbart venlig eller ej. Jeg er bevidst om, at analyse med begreberne om kommunikativ og strategisk handlen risikerer at medføre en rigid og dikotomisk kategorisering af pårørende og sygeplejerskers mange måder at tale sammen på. Jeg forsøger at imødegå denne tendens ved at foretage analyser med begreberne, der går på tværs af min forståelse af pårørendeinddragelse. Desuden er der i mange tilfælde tale om blandingsformer af henholdsvis kommunikativ og strategisk handlen, men hvor analysen med begreberne får den overvejende tendens frem. Med andre ord træder analytiske pointer frem, så det hele ikke drukner i et hav af empiriske nuancer. Tilgangen er inspireret af Alversson og Skjöldeberg (2009), der argumenterer for, at analyser skal få noget særligt interessant frem i det empiriske materiale, eller som de formulerer det *"point something out"* (Ibid., s. 272).

## Forskningsetik

Det er med ydmyghed og respekt, at jeg er gået ind i feltet. Jeg er bevidst om, at jeg observerede situationer, der kan være sårbare for de involverede, og at mine analyser tager disse situationer ud af deres sammenhæng. I analysen tilstræbes derfor nænsom behandling af det empiriske materiale.

Implicerede patienter og pårørende har fået skriftlig information om forskningsprojektet og givet samtykke til, at jeg måtte observere og skrive om deres samtaler med de sundhedsprofessionelle. Sygeplejerskerne deltog i dialogmøderne som en del af deres arbejde. De udtalelser, der er benyttet, er anonymiserede, og deltagerens identitet kendes kun af dem selv. Flere af deltagerne har læst mine analyser og har ingen indvendinger haft. Datatilsynet er underrettet om projektet (Datatilsynet, Journalnummer 2014-41-3089, 2014).

## Forandringer i praksis – analytiske perspektiver

Analysepointerne præsenteres i den kronologiske orden, som forskningsprocessen er foregået i. Dette er valgt for at vise de centrale forandringer, som forskningen har afstedkommet i praksis. Følgende punkter er centrale i projektet: kommunikation mellem pårørende og sundhedsprofessionelle *før* intervention, kommunikation

mellem pårørende og sundhedsprofessionelle ved den planlagte udskrivelsessamtale og hensigter og erfaringer med udvikling af pårørendepjece. De sygeplejefaglige perspektiver på kommunikation og samarbejde med pårørende bliver løbende inddraget.

### Den "ikke-formaliserede kommunikation" mellem pårørende og sygeplejersker

Ved det indledende feltarbejde observerede jeg, hvordan kommunikationen mellem pårørende og sygeplejersker kunne tage sig ud, når den *ikke* var genstand for bevidst fokus fra sygeplejerskernes side. Indledningsvis vil jeg beskrive den kontekst, praksis udgør for deres kommunikation. Jeg observerede mange forskellige typer af interaktioner relateret til både pårørendes, sygeplejerskers og patienters forskellige måder at kommunikere på, deres interne relationer samt forskellige omstændigheder i forhold til for eksempel tid, rum og patientens tilstand. Og jeg observerede, at sygeplejerskerne brugte en del tid på at tale med pårørende, særligt over telefonen i dagvagter og ved kontorindgangen eller på gangene i aftenvagte eller i skiftet mellem dag- og aftenvagt. Et samlet indtryk var, at deres kommunikation var vældig forskelligartet og situationelt betinget, men at kommunikation med pårørende fyldte en del i den sygeplejefaglige praksis uden dog eksplicit at fremgå som en opgave på fx oversigtstavler, sygeplejerskers to-do lister eller i dokumentationsteknologierne. Jeg observerede også, at pårørende oftest kommer om aftenen og i weekenden. Men om aftenen og i weekenden er normeringen lavere end om dagen, og sygeplejersken har i samarbejde med en social- og sundhedsassistent ansvar for minimum 12 patienter, der alle er sengeliggende og behøver hjælp til madservering, toiletbesøg, medicinadministration og andet. Desuden ligger der en del skal-opgaver i form af måling og dokumentation af alle patienters vitale værdier.

I den følgende analyse trækker jeg to særlige karakteristika frem ved den ikke-formaliserede kommunikation, nemlig den forståelsesorienterede og den konfliktfyldte kommunikation. Jeg har valgt dem, fordi de kan siges at være hinandens modsætninger og dermed illustrerer det spændingsfelt, kommunikationen befinder sig indenfor.

#### *Den forståelsesorienterede kommunikation*

Jeg observerede flere gange, at pårørende opsøgte sygeplejersker på gangene med henblik på samtale. Og hvis sygeplejerskens tid tillod det, talte de sammen stående på gangen - uden patientens tilstedeværelse. Nogen gange længe. Ind imellem havde jeg mulighed for at observere så tæt på, at jeg kunne høre, hvad der blev sagt, men ofte fandt jeg det noget grænseoverskridende. Der hvor jeg havde bedst mulighed for at observere denne form for kommunikation, var de samtaler, hvor den pårørende opsøgte sygeplejersken, og de havde en samtale i et andet lokale end patientstuen. Følgende feltnote er et eksempel herpå.

”Sygeplejersken kommer ind på kontoret med følge af en ældre herre. En pårørende. Husbond til patient. ”Sid ned her”, siger hun. De sidder ned overfor hinanden. Han taler lavmælt. Han fortæller, at hans hustru er svært ”tung” og plejekrævende... Den pårørende siger, at han føler sig meget afmægtig i hjemmesituationen, fordi han passer hende hele tiden, og at kommunen ikke har villet give et aflastningsophold. ”Jeg vil ikke klare det, hvis hun kommer hjem”, siger han. ”Og man har ikke noget at skulle have sagt som pårørende”. Og sygeplejersken siger: ”ja, det er lige præcis afmægtigt at leve med et menneske, der er så syg.” Og hun giver ham ret i, at det ikke kan være rigtigt, at han alene skal passe en så syg hustru. Den pårørende siger, at han jo også har andre forpligtelser og må også tage lidt hensyn til sit eget ve og vel. ”Altså det skal ikke lyde, som om jeg er egoistisk, men hvis jeg ikke er rask, kan jeg jo heller ikke passe på hende”. Sygeplejersken siger, at han også har ret til et liv og at kunne opretholde sit eget ve og vel. Sygeplejersken spørger, om han ikke vil komme i morgen formiddag til stuegang med henblik på at få arrangeret noget mere holdbart. Det vil den pårørende vældig gerne, og siger mange gange tak” (feltnotat fra det indledende feltarbejde).

I den valgte teoretiske optik kan denne samtale anskues som kommunikativ handlen, idet samtalen er personlig og har forståelse for den pårørendes livssituation i fokus. Den pårørende har mulighed for at udtrykke sig ærligt om sin situation, selvom den viser, at han ikke har overskud til at passe sin hustru. Samtalens mål er tilsyneladende heller ikke prædefineret, da tilbuddet om at komme til stuegang dagen efter er åbent i den forstand, at det ikke er besluttet på forhånd, men er et resultat af samtalen. Den kommunikative handlen er her mulig af flere grunde. Den pårørendes tilskyndelse til at dele sine bekymringer er selvfølgelig essentiel for at etablere en personlig og ærlig samtale. Ligeledes er det vigtigt, at sygeplejersken har tid og tager sig tid til samtalen, skaber et rum for den og er anerkendende over for den pårørendes bekymringer. Begge dele er muligvis mere sandsynlige, såfremt deres fælles sag, som er patienten, ikke er til stede, da det kan være nemmere for den pårørende at være ærlig om sine bekymringer og for sygeplejersken at anerkende disse, når patienten ikke er der. Udtalelsen fra samtalen: *”Altså det skal ikke lyde som om jeg er egoistisk, men hvis jeg ikke er rask, kan jeg jo heller ikke passe på hende”* illustrerer, hvor svært det kan være at sige højt, at man ikke kan eller vil passe patienten uden at være bekymret for at blive opfattet som egoistisk.

Observationerne viser, at disse former for samtaler som regel fordrer to forhold. For det første at pårørende selv opsøger det, og for det andet at sygeplejersken har tid. I interviewene kom det frem, at sidstnævnte kan være problematisk, fordi der ofte er mangel på tid. En sygeplejerske siger følgende:

”Nogen gange har de pårørende utrolig urealistiske forventninger, hvor man særligt i aftenvagterne kan føle sig som jaget bytte og dårligt kan vise sig på gangen, og hvor de bombarderer en med spørgsmål... så der

er det svært at være tilstrækkelig, når man ikke har tiden til rådighed, når man har 11 andre patienter, hvor der måske også er pårørende, der godt liiige kunne tænke sig, at man kunne opdatere dem på, hvad der er sket på stuegangen, og hvornår de skal hjem” (Dialogmøde 2).

Udtryk som ”jaget bytte”, ”bombarderes” og ”dårligt kan vise sig på gangen” illustrerer, hvor voldsomt pårørendes spørgsmål kan opleves i en travl aftenvag.

### Den konfliktfyldte kommunikation

Det andet udvalgte karakteristikum ved den ”ikke-formaliserede kommunikation” mellem pårørende og sygeplejersker vedrører konflikt mellem parterne. Konflikter kan opstå af flere grunde. Nedenfor beskrives en sygeplejerskes forklaring på en konflikt med pårørende:

”Jeg kan høre højlydte stemmer fra gangen. Kort efter kommer sygeplejerske X ind på kontoret rystende på hovedet. Jeg spørger hende om, hvad der er sket. Hun siger, at det drejer sig om en patient, som i dag er blevet udskrevet til en genoptræningsplads. Hun havde om formiddagen talt med pårørende om, at de kunne komme ind og besøge patienten senere. Men i løbet af dagen har de pludselig plads, og patienten udskrives. Medicinen skulle pakkes og papirer kopieres, transport bestilles, og patienten skulle afsted. Og dagen har haft mange andre aktiviteter. Og så mødte de pårørende op i afdelingen til besøgstid, hvor dagvagten er ved at slutte, og opdagede, at deres pårørende ikke var der, og hun fortalte dem, at hun er udskrevet. De pårørende blev sure og utilfredse over, at de ikke var blevet oplyst herom, da de så var kommet forgæves. Sygeplejersken havde forklaret dem, at det har været en travl dag, og at hun har måttet prioritere andre opgaver. De pårørende havde sagt, at de ikke kunne forstå, hvorfor der ikke er tid til en opringning, der kun tager to minutter. Men sygeplejersken fortæller mig, at hun synes det var vigtigere at få patienten ordentlig klar og pakket det rigtige medicin og lignende. Og at hun ville prioritere lige sådan en anden dag” (Feltnotat fra det indledende feltarbejde).

Der er mulighed for flere typer af analyser af denne beskrivelse. Jeg havde selv det indtryk, at sygeplejersken var under tidspres, da hun på det tidspunkt, dette skete, allerede havde arbejdet 40 minutter over tid. Og at hendes reaktion med at fastholde sin prioritering af patientpleje i stedet for pårørendeinddragelse var en form for forsvar – en prioritering, som det patientrettede behandlingssystem også fordrer. Ifølge Tove Lindhardtts forskning (2008) forsvare sygeplejersker da også deres underprioritering af pårørende med strukturelle betingelser – herunder særligt manglende tid.

Men der er andre forhold end tid, der har betydning. Såvel observationerne som dialogmøder viser, at sygeplejersker oplever, at der forekommer diskrepans



mellem pårørendes forventninger til systemet og det, der reelt er muligt at imødekomme. Eksempelvis kan sygeplejerskerne komme i klemme, fordi pårørende har en forventning om, at hospitalet definerer efterforløbet, men det er alene visitationen i kommunen, der bestemmer det. En sygeplejerske siger [...] ”men det er jo ikke os, der har sidste ord, når de udskrives i forhold til, hvor de skal hen efter en udskrivelse, men det er os, der får skideballen [af pårørende] over, at kommunen tager dem hjem i eget hjem i stedet for genoptræning” (Dialogmøde 2). Og ifølge sygeplejerskerne har pårørende til ældre patienter med hoftebrud ofte ønsker om mere professionel hjælp i efterforløbet, end hvad der er mulighed for at igangsætte. Som en sygeplejerske udtaler: ”De pårørende ser os som en redningsplanke: endelig er han kommet på sygehuset min gamle sære far, som ikke har villet nogen som helst ting, så de klamrer sig til os. Red ham! Nu er der nogen, der må gøre noget” (Dialogmøde 2). Det at pårørende håber på, at hospitalsafdelingen kan være en ”redningsplanke” for hele livssituationen, kan afstedkomme frustration for begge parter, da en indlæggelse på en højt specialiseret ortopædkirurgisk afdeling har fokus på det, patienten er indlagt for – her en brækket hofte.

Til dialogmøderne kom det også frem, at sygeplejerskerne oplever, at den manglende eller konfliktfyldte kommunikation relaterede sig til, at patientforløbene var strukturerede uden pårørendeinddragelse som integreret del, og at nogle patienter slet ikke havde pårørende – og at de patienter ikke skulle underprioriteres rent tidsmæssigt. Samtidig kan pårørendesamarbejde være en kompleks social sag, hvor familiers forskelligartede og følelsesmæssige mønstre er svære at håndtere, og endelig ønsker pårørende ofte mere eller anden hjælp i efterforløbet end patienten, og sygeplejerskerne kan komme i klemme her (Dialogmøde 2 og 3).

Som det således fremgår, er relationen kompleks og svær ”at udbedre” på alle parametre. Af den grund fokuserer den videre proces på forhold, som har umiddelbart potentiale for at kunne forbedres, nemlig forventningsdiskrepansen og patientforløb uden pårørendeinddragelse som integreret del.

### Den planlagte udskrivelsessamtale med pårørende

Med henblik på systematisk at inddrage *alle* pårørende og lette sygeplejerskerne for pres særligt i aftenvagterne, indførte afdelingen som led i udviklingsprocessen fastlagte udskrivelsessamtaler med pårørendedeltagelse på patientens fjerde/femte postoperative dag. Samtalens præcise tidspunkt fastlægges i samarbejde med pårørende, og deltagerne er patient, pårørende (en eller flere), sygeplejerske, læge og fysioterapeut. Indholdet i samtalen er planlægning af udskrivelsen, som sker på baggrund af en gennemgang af indlæggelsesforløbet og patientens tilstand. Indførelsen af planlagte udskrivelsessamtaler kan i det teoretiske perspektiv anskues som systemoptrapning, hvor en svingende og til tider manglende og/eller konfliktfyldt kommunikation pårørende og sundhedsprofessionelle imellem rationaliseres, således at styringsmedier, her særligt bureaukratisk magt i form af skriftlige retningslinjer, skaber standardssituationer (Habermas, 2004, bind 2, s. 172-185 og s. 256-283).

Dynamikkerne mellem deltagerne i kommunikationen er mange og forskelligartede. I nærværende sammenhæng vil jeg på baggrund af Habermas' handlingstypologier fokusere på sygeplejerskernes kommunikation. Følgende feltbeskrivelse er af et centralt situations-koordinerende punkt i en udskrivelsessamtale:

"Patienten siger, at hun har tænkt på et plejehjem i Ishøj, fordi det ligger tæt på familien. Sygeplejersken spørger, hvorfor hun tænker, hun skal på plejehjem. Jamen hjemmeplejen er jo ikke så god, siger patienten. "Nej, men du er alt for god til at komme på plejehjem, vil de nok mene ude i kommunen, og der er jo en del muligheder her efter en operation, fx kan man overveje en midlertidig genoptræningsplads, hvad siger I til det?", spørger sygeplejersken. "Jo, det ville nok være godt som det er nu", siger patienten og kigger også på sine døtre, der begge nikker og siger: "ja det ville det". Sygeplejersken siger: "Jeg har talt med dem om mulighederne her før vores samtale. Det er selvfølgelig os, der sammen skal blive enige om en løsning, men jeg har forhørt mig. Lige nu ser det ikke ud til, at de har plads til dig, men så bliver du her og venter, og så må vi løbende vurdere din situation og være i dialog med jer og med kommunen. Det er vigtigt, at alle er trygge her jo", siger hun" (Feltnotat fra det fokuserede feltarbejde).

Jeg oplevede denne udskrivelsessamtale som rar. Parterne var enige om planen, og sygeplejersken skabte med udtalelser som *"det er selvfølgelig os, der sammen skal blive enige om en løsning"* og *"det er vigtigt, alle er trygge"* en fornemmelse af ligeværdig dialog. Men som det også kan ses, er de mulige handlingsmuligheder snævre. Plejehjem er ikke en mulighed, og opskrivning til genoptræningsplads er foretaget før samtalen. Formålet med samtalen er forudbestemt af systemet. Således kan det siges, at kommunikationen her er strategisk handlen, som jo netop hører til systemet og betyder, at *"aktøren først og fremmest er orienteret mod opnåelsen af et mål, der er så tilstrækkeligt præciseret af hensigten med handlingen, at han vælger midler, som synes egnede i den givne situation"* (Habermas, 2011, s. 208). Og selvom sygeplejersken her er venlig og imødekommende, efterlader systemet ikke mulighedsrum for kommunikativ handlen, hvis mål er gensidig forståelse med en åben tilgang til, hvordan parterne sammen definerer situationen, og hvilke handlinger der efterfølgende skal koordineres. Som en anden sygeplejerske udtaler til et dialogmøde: *"Den gode og vellykkede samtale er, når der er enighed om, hvad vi har lagt op til fra vores side, at alle deltagerne ser det på samme måde og er enige om, hvad der er sket og skal ske, og at alle parter deltager aktivt, både patient, pårørende, sygeplejersker, fysioterapeut og læge"* (Dialogmøde 3). Fortolket med Habermas' begreb om strategisk handlen kan man sige, at sygeplejerskens forståelse af den gode samtale med vendinger som *"enige om, hvad der er sket og skal ske"* og *"når det er enighed om, hvad der er lagt op til fra vores side"* bærer præg af, at deres kommunikation opfattes som en succes, når patienter og pårørende er enige i systemets prædefinerede situationsdefinition og forslag til efterfølgende koordinering af handlinger.

Følgende eksempel er karakteriseret ved, at parterne er uenige, hvorved den strategiske handlen fremstår mere tydelig:

”Udskrivelsessamtalen er med en ældre kvindelig patient med hoftebrud. Hendes pårørende er ægtefælle og datter. Ægtefællen er ”medindlagt”, da patienten er svagteende og har brug for meget hjælp, som ægtefællen habituelt udfører. Datteren har taget tre timer fri fra arbejde for at deltage i samtalen. Den er planlagt til kl. 10. Kl. 12 er personalet – en sygeplejerske, en læge og en fysioterapeut – klar til at tage samtalen, og vi går alle derind. Patienten ligger i sengen, og datteren og ægtefællen sidder på nabosengen. Sygeplejersken, lægen og fysioterapeuten stiller sig rundt om patientsengen. De har to rulleborde med computere på. Skærmene er vendt mod sygeplejerske og læge. De nævner ikke forsinkelsen. Fysioterapeuten starter med at sige: ”Vi tænker jo på, at du har behov for at komme på en genoptræningsplads. Patienten og pårørende svarer ikke umiddelbart. Ingen smil. Ingen nikken. Lidt tøven i rummet. Patienten siger ”joooe, altså hvor tænker I så, det skal foregå?” Patienten ser væk fra sygeplejersken og lægen og har ansigtet drejet over mod den seng, hvor hendes datter og mand sidder. Sygeplejersken fortæller, hvor det drejer sig om, og ægtefællen siger ”er det ikke et helvede der... og der kan jeg vel heller ikke være indlagt?” (Feltnotat fra det fokuserede feltarbejde).

Denne samtale var præget af en konfliktfyldt stemning med stor distance og asymmetri mellem patient/pårørende og de sundhedsprofessionelle, som ikke blev bedre, som samtalen skred frem. Først og fremmest fordi parterne ikke var enige om planen. Men der er andre forhold, som bidrager til denne fornemmelse. Som beskrivelsen illustrerer, er der ud over den oplagte asymmetri i deltagernes positioner i rummet som hhv. liggende, siddende og stående også tale om, at samtalen afholdes, når de sundhedsprofessionelle har tid. De andre må vente. I den forbindelse ses det, at pårørendes tid er særligt presset, fordi mange tager fri fra arbejde for at deltage. Desuden har de sundhedsprofessionelle en vis distance til de andre samt fuld kontrol over den skriftlige kommunikation, fordi computerne er deres og står mellem dem. Endelig er sundhedsprofessionelle bekendt med formålet med samtalen og har ganske ofte klare hensigter ift., hvad samtalen skal resultere i. Patient og pårørende kender derimod ikke til samtalens rammer, indhold eller formål på forhånd (om end observationerne viser, at de ofte også har tanker om hvilke resultater, samtalen kan munde ud i). Dermed har de ikke samme betingelser for at deltage i samtalen, og den fremstår ikke ligeværdig.

Analysen af de planlagte udskrivelsessamtaler viser, at den kommunikation, der foregår, primært er strategisk handlen, fordi det er en social handlen, hvis mål og indhold er forudbestemt af systemet. Dette er gældende, om parterne er enige eller ej. Alle kommunikationsdeltagerne er underlagt behandlingssystemets logikker om eksempelvis accelererede og standardiserede patientforløb, arbejdsdeling og sektordeling. Her er der ikke plads til ”alle mulige løsninger” og en personlig forståelse for

pårørendes forskellige forventninger og forhåbninger – også fordi patienten er til stede, hvilket kan begrænse pårørendes mulighed for at udtrykke deres bekymringer. Om samtalerne fremstår ligeværdige eller tydeligt mere asymmetriske er forbundet med, hvorvidt der er enighed mellem parterne. Men det relaterer sig også til brugen af tid, rum og artefakter. Desuden skaber pårørendes manglende viden om patientforløbet og formål med udskrivelsessamtalen en asymmetri.

### Pårørendepjecen

For at imødegå tendensen til asymmetri parterne imellem samt afstemme pårørendes forventninger udviklede vi som led i aktionsforskningen en pårørendepjece, som tager udgangspunkt i pårørendes bekymringer, som de kom frem ved interviewene, samt de temaer, der kom frem ved tredje dialogmøde. En sygeplejerske siger for eksempel: *”Jeg ønsker et skriftligt produkt til pårørende, [der har] fokus på ressourcer og forventninger [...] for at kridte banen lidt op, og som samtidig er en invitation til udskrivelsessamtalen [...], hvor pårørende bliver hørt, og vi holder tiden, og hvor alle ved, hvad formålet med samtalen er”* (Dialogmøde 3). Som jeg fortolker denne udtalelse og de snakke, deltagerne havde om pårørendepjece i det hele taget, bærer behovet for en pjece til pårørende præg af en dobbelthed. På den ene side handler det om at sætte en grænse for pårørende ved at tydeliggøre systemets indretning og forventninger til dem som pårørende, hvilket udtryk som *”kridte banen lidt op”* illustrerer. Og på den anden side handler det om at skabe en situation, hvor alle pårørende reelt bliver hørt. Denne dobbelthed kan siges at svare til projektets dobbelte agenda om pårørendeinddragelse og godt arbejdsmiljø.

Det var sygeplejerskernes ønske, at materialet til pårørende kunne være mere højteknologisk – fx informationsskærme – men dette har ikke kunnet imødekommes. Pjecen til pårørende beskriver (1) hvilke udfordringer, man kan opleve som pårørende til en ældre patient med hoftebrud, (2) patientforløbet generelt og på tværs af sektorer, herunder hvem der har ansvar for hvad, (3) pårørendesamarbejde i afdelingen, herunder (4) udskrivelsessamtalens rammer og formål. Endelig lægges der op til, at pårørende løbende skriver spørgsmål ned til udskrivelsessamtalen.

Således er hensigten med pjecen, at de pårørende oplever, at de har et mere direkte forhold til systemet, idet pjecen er til dem, og at deres situation bliver anerkendt. Og at de bliver forberedt på systemets rammer og udskrivelsessamtalens indhold og mål og dermed bliver mere ligestillede i samtalen. Desuden er hensigten, at pårørendepjecen skal lette presset på sygeplejerskerne, ved at pårørendes forventninger i højere grad er i overensstemmelse med systemet, og at de opfordres til at samle deres spørgsmål til udskrivelsessamtalen i stedet for at stille dem i aften- og nattetimerne, hvor der ikke er tid.

Fra et teoretisk perspektiv kan man sige, at der fortsat er tale om strategisk handlen, da målet med både pårørendepjecen og selve udskrivelsessamtalen er forventningsafstemning i relation til de prædefinerede mål, som systemet rammesætter. Hensigten med pårørendepjecen er, at kommunikationen går fra at være lukket strategisk

handlen til at være åben strategisk handlen (Habermas, 2011). Flere af udskrivelses-samtalerne bar præg af, at sygeplejersken agerede lukket strategisk, fordi de fastlagte rammer og forudbestemte mål ikke altid blev gjort tydelige for pårørende, som kunne foranlediges til at tro, at samtalen var personlig i den forstand, at netop deres situation ville forme udkommet af samtalen. I den sammenhæng anses pårørendepjecen som vejen til åben strategisk handlen, fordi den gør systemets rammebetingelser mere gennemskuelige for pårørende.

Ved sidste dialogmøde kom det imidlertid frem, at pjecen kun anvendes sporadisk. En sygeplejerske siger ”Vi er så elendige til at udlevere dem” (dialogmøde 4). Ifølge sygeplejerskerne relaterer det sig til praktiske forhold som for eksempel, hvor pjecerne skal ligge, hvordan de skal udleveres, samt hvor det skal dokumenteres. Alle forhold, som ikke er blevet løst.

### De gode intentioners dilemmaer – en diskussion

I følgende diskussion vil jeg kritisk udforske nogle af de steder i forandringsprocessen, hvor der skete noget andet i praksis end forventet. Håbet er, at det åbner muligheden for at skabe viden, der rækker ud over den konkrete praksis og giver et samfundsmæssigt perspektiv.

Der er gennem forskningsprojektet forsøgt at skabe forandring for og med både pårørende og sygeplejersker med henblik på bedre samarbejde. På et grundlæggende niveau har dette dobbelte ærinde vist sig at være dilemmafyldt, fordi pårørendeinddragelses-initiativerne således ikke kun har haft til hensigt at hjælpe de pårørende med at få mere kontrol over den nye situation, men i lige så høj grad har haft til hensigt at få dem til at indordne sig under systemet. Sidstnævnte med henblik på at gøre pårørendesamarbejde lettere for sygeplejerskerne. Som konsekvens heraf har forskningsprocessen rejst nogle dilemmaer og paradokser, der viser noget om betydningen af konteksten – en hospitalsorganisation.

Det første, jeg vil trække frem, drejer sig om de intenderede og ikke-intenderede virkninger, som de pårørendeinddragende initiativer har haft. På baggrund af såvel pårørendes oplevelser af ikke at blive inddraget og sygeplejerskernes praksiserfaringer har et intenderet mål været at *inddrage alle* (primær)pårørende i samarbejdet via invitation til en planlagt og standardiseret udskrivessamtale. Hermed tager afdelingen ansvaret for etablering af samarbejde og kommunikation med alle pårørende og lader det ikke være op til tilfældigheder som, hvorvidt pårørende selv opsøger det eller tilfældigvis er på afdelingen på det rigtige tidspunkt. Med udlevering af pårørendepjecen er intentionen at *ligestille* pårørende i samtalen lidt mere, fordi den gør systemets rammer gennemskuelige for pårørende, herunder patientforløbet på tværs af sektordeling og udskrivessamtalens indhold og mål. Potentielt fører dette også til *forventningsafstemning* parterne imellem, der kan lette pårørende for uvishedens uro og sygeplejerskerne for et forventningspres, de ikke kan indfri. Således kan man sige, at den planlagte udskrivessamtale sammen med pårørendepjecen

sikrer, at alle pårørende får samme information om patientforløbet, hvorved den del af pårørendeinddragelse, der drejer sig om at tilbyde information, er opnået (jf. s. 6). Desuden understøtter pårørendepjecen, at den pårørende får skrevet sine spørgsmål ned på forhånd, så de kan komme frem i samtalen. Hermed fremmes betingelserne for, at flere pårørende bliver inddraget med hensyn til deres syn på patientsituationen og udskrivelsen og inkluderer det andet element i pårørendeinddragelse, hvor den pårørende er aktivt med ift. at dele sine erfaringer med og bekymringer for patienten (Jf. s. 6).

Analysen af forandringsprocessen viser imidlertid, at både udskrivelsessamtalen og pårørendepjecen understøtter systemets forudbestemte målsætninger, hvorved pårørendesamarbejdet i udskrivelsessamtalen bliver til strategisk handlen. En undersøgelse af en standardiseret og planlagt samtale mellem lærere og elev/forældre viser også, at lærerne hovedsageligt kommunikerer strategisk, trods oprigtigt ønske fra deres side om en forståelsesorienteret dialog (kommunikativ handlen) (Tveit, 2014). Det kan tyde på, at der på tværs af velfærdsorganisationerne er samme tendens: standardiserede samtaler mellem professionelle og brugere i systemet er i udgangspunktet strategisk handlen.

Når det gælder pårørendeinddragelse, er denne tendens yderligere sat på spidsen, fordi systemet ikke er deres. Patienten er som systemets hovedperson altid med til samtalen, hvilket kan bevirke, at pårørende ikke udtrykker sig ærligt om deres bekymringer. For at lette sygeplejerskerne henvises pårørende nu i stort omfang til udskrivelsessamtalen, hvis de opsøger sygeplejerskerne med bekymringer om hjemmesituationen i fx aftenvagter. Indførelsen af planlagte udskrivelsessamtaler mindsker på denne måde mulighedsrummet for spontane samtaler mellem pårørende og sygeplejersker; for eksempel samtaler, hvor patienten ikke er til stede, og hvor den pårørende kan være ærlig om sine bekymringer, og sygeplejersken kan lytte forstående.

Teoretisk kan denne udvikling begrebsliggøres med det, Habermas benævner ”systemets kolonisering af livsverden” (Habermas, 2011, s. 382), hvor forståelsesorienteret kommunikation bliver undertrykt og forvrænget, således at parterne handler over for hinanden med strategiske hensigter. I forhold til spørgsmålet om inddragelse kan man sige, at indførelsen af formaliseret pårørendeinddragelse paradoksalt nok medfører, at den del af inddragelse, der drejer sig om at lytte til pårørendes egne bekymringer og livssituation og få belyst deres behov og ressourcer (jf. s. 6), er mere trængt, end den var før.

Det andet, jeg vil trække frem, vedrører den manglende brug af pårørendepjecen – trods det at det var sygeplejerskerne selv, der efterspurgte den og var med til udarbejdelsen. Det er således ikke umiddelbart manglende relevans eller ejerskab, der er skyld i den ringe forankring i systemets arbejdsgange, men noget andet. Sygeplejerskerne selv angiver forskellige praktiske problemer som årsag, herunder spørgsmålet om, hvordan brugen af pjecen skal dokumenteres. Det er denne tråd, jeg her tager op i diskussionen af betydningen af pjecens og organisationens skriftlige kommunikation.

For selvom Habermas ikke gør meget ud af at skelne mellem mundtlig og skriftlig kommunikation (Habermas, 2004), er forskellen afgørende, særligt i en organisation, hvor den skriftlige kommunikation spiller en afgørende rolle. Ifølge den hollandske ANT-forsker Marc Berg (1996) er den skriftlige dokumentation en helt central aktør for systemets arbejdsdeling og de kliniske beslutninger, der bliver truffet. Dokumentationen er medkonstituerende for, hvad der fremstår som henholdsvis relevant og ikke relevant, og for, hvordan der handles (Berg, 1996, s. 512-522).

Set med de briller er det et problem, at pårørendepjecen med sin skriftlighed forpligter personalet over for pårørende, samtidig med at dens eksistens ikke figurerer i organisationens egen skriftlige kommunikation: den sundhedsfaglige dokumentation. Argumentet her er, at så længe pårørendeinddragende tiltag ikke fremgår som kategori i organisationens egen skriftlige kommunikation, forbliver de kun løst tilkoblet. Men hvis udlevering af pjece samt pårørendes input i udskrivelsessamtalen blev dokumentationspligtige, var der potentiale for, at pårørendeinddragelse blev forankret i organisationens arbejdsgange. Det synes dog paradoksalt, at et problem i systemet således løses med introduktionen af mere system, som igen giver merarbejde.

## Konklusion

Dette aktionsforskningsprojekt bidrager til praksisforandringer, der på konkret vis understøtter en hospitalsafdeling i ønsket om bedre samarbejde med pårørende, samtidig med at der skabes viden om mere generelle potentialer og begrænsninger i forbindelse med inddragende initiativer i hospitalsorganisationer.

I artiklen fremgår det dilemmaet i at rationalisere og ordne flydende praksisser – selvom det er med gode intentioner. Analysen af forandringsprocesserne viser, at når man inden for en organisation indfører en systematisk inddragende praksis, der inkluderer alle patienters primærpårørende, medfører det uundgåeligt optrapning af system og strategisk handlen, hvorved der er risiko for at udgrænse spontane kommunikative handlinger i ikke-formaliserede kringelkroge i organisationen – teoretisk set sker der en kolonisering af livsverdenen. I relation til pårørendeinddragelse betyder det, at kommunikationen på ét niveau bliver bedre, fordi alle pårørende får information om patientforløbet og mulighed for at bidrage med viden om patienten, og på et andet niveau forringet, fordi pårørendes mulighed for at få talt om deres egne bekymringer, behov og ressourcer er mindsket.

Analysen af udviklingen af pårørendepjecen viser, at sygeplejerskerne har en klar hensigt om at ville forventningsafstemme med og ligestille pårørende i deres samarbejde, og at der her er potentiale for pårørendeinddragelse i form af åben strategisk handlen. Men analysen viser også, at pjecen ikke bruges i særlig stort omfang, så længe den ikke er forankret i systemets egen skriftlige kommunikation og blot giver merarbejde.

Via aktionsforskningsforløbet vises således, at det kan være udfordrende at skabe forandring, der gennem ét initiativ tilsigter bedring i forholdene for både brugere af

og medarbejdere i et system – måske særligt når brugeren er sekundærbruger, her pårørende.

## Perspektivering

Pårørendes bekymringer om fremtiden vedrører ofte primærsektorens visitation og hjemmepleje, men som analysen peger på, har sygeplejerskerne på afdelingen meget begrænset indflydelse på, hvad der sker der. Således kan man sige, at reel inddragelse af pårørende, hvor de får indflydelse på tilrettelæggelsen af patientsituationen, måske nok hører mere til i primærsektoren eller fordrer mere sammenhæng mellem de to sektorer. Det ser ud til, at grundlæggende forandringer i samarbejdet med pårørende ikke kun kan løses via initiativer, der ændrer ”holdninger” og handlinger i konkrete problemsituationer, men også skal være af mere strukturel art. I Danmark ses aktuelt, at pårørende italesætter og artikulerer problemet i offentligheden gennem pårørendeforeninger (Bernild, 2016) og ad, den vej får indflydelse på politiske tiltag, der gennem lov og tilskud giver bedre forhold for pårørende, hvilket således også potentielt vil lette sygeplejerskerne.

## Om forfatterne

**Camilla Bernild** (CB) er sygeplejerske, cand.mag. i sundhedsfremme og pædagogik, ph.d.-stipendiat ved Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet og Nordsjællands Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling. I sin ph.d.-afhandling udforsker CB med aktionsforskning og et kritisk teoretisk perspektiv mulighedsbetingelserne for udvikling af pårørendeinddragelse i en hospitalskontekst.

**Anne Liveng** (AL) er cand.comm. og ph.d, og lektor tilknyttet Center for Sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet. Primære forskningsinteresser er ældrepleje, omsorg, livshistorie og læring i sundhed. AL er inspireret af psykosocial teori og metode, diskursanalytiske tilgange, kritisk teori og omsorgsetik.

**Dorthe Overgaard** (DO) er docent og seniorforsker på Københavns Professionshøjskole. Som forskningsleder i det kliniske felt har DO initieret flere ph.d.-projekter – ofte som samarbejder mellem professionshøjskole/universitet og klinik. Forskningen har koncentreret sig om patienters mestring af kronisk sygdom, samt hvorledes pårørende kan indgå som en ressource.

## Acknowledgments

Jeg vil gerne takke følgende:

Nordsjællands Hospitals forskningsenhed og Roskilde Universitet, Institut for mennesker og teknologi, for at gøre projektet muligt med økonomisk støtte såvel som vejledning.

Ortopædkirurgisk afdeling på Nordsjællands Hospital for at byde mig velkommen, gøre deres praksis tilgængelig og vise interesse i og støtte op om projektet. Særligt afdelingsledelsen for deltagelse i diverse møder, sygeplejerskerne for deltagelse i



dialogmøderne, hvor de delte deres erfaringer og synspunkter, og patienterne og deres pårørende for at lade mig komme ind og observere sårbare situationer.

Center for Sundhedsfremmeforskning for at danne rammen om et lærerigt forskningsmiljø.

Min far Ole for at være en evig kilde til akademisk inspiration og sparring og min kæreste og børn for at være dem, de er.

## Referencer

- Regeringen (2014). *Aftale om fremtidens hjemmehjælp*, København, Regeringen. Lokaliseret på: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/aftale-om-fremtidens-hjemmehjaelp>.
- Allen, D. (2010). Fieldwork and Participant Observation. I: I. Bourgeault, R. Dingwaal, R & D. V. Raymond (red.). *Qualitative Methods in Health research* (353–373). London: SAGE Publications.
- Alvesson, M. & Skjoldberg, K. (2009). Application of Reflexive Methodology: Strategies, Criteria, Varieties. I: *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research* (2 ed., s. 223–318). London: SAGE Publications.
- Andersen, J. G., & Jensen, P. H. (2011). Ældreudfordringen: Tilbagetrækning, pensioner og ældrepleje. I: I. H. Møller, & J. E. Larsen (red.), *Socialpolitik* (3 ed., s. 269–286). København: Hans Reitzel.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 499–524.
- Bernild, C. (2016). Pårørende i klemme mellem system og livsverden. I: L. S. Christiansen m.fl. (red.), *Ulighed i sundhed – nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver* (s. 199–225). Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Bernild, C. (2014). Patientbegrebet. I: D. B. Danbjørn & N. Tvistholm (Red.), *Patient – grundbog i sygepleje* (55–73). København: Munksgaard.
- Berthelsen, C. B. (2013). *Relatives in older patients' fast-track treatment programme during total hip or knee replacement. A grounded theory study*. Aarhus: Faculty of Health Sciences, Aarhus University.
- Bradbury, H., & Reason, P. (2001). Introduction: Inquiry and Participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. In H. Bradbury & P. Reason (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research*. London: SAGE Publications.
- Danske Patienter (2011) *Fokus på pårørende kræver en aktiv indsats*. Lokaliseret på: [https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20%20Egne/A\\_Danske%20Patienter/B\\_Indspil\\_cases\\_unders%C3%B8gelses/fokus\\_p%C3%A5r%C3%B8rende\\_kr%C3%A6ver\\_aktiv\\_indsats.pdf](https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_unders%C3%B8gelses/fokus_p%C3%A5r%C3%B8rende_kr%C3%A6ver_aktiv_indsats.pdf).
- Danske Pårørende (2014) *Pårørende i Danmark – politiske mærkesager og ønsker*. Lokaliseret på: <http://danskepaerorende.dk/wp-content/uploads/2014/06/Politik-Paarorende-i-Danmark-september-2014.pdf>.
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive Ethnography – a guide to researching selves and others*. London: Routledge.
- Duus, G., Husted, M., Kildedal, K., Laursen, E. & Tofteng, D. (red) (2012). *Aktionsforskning – en grundbog*. Samfundslitteratur.

- Dybbroe, B. (2015). Sygeplejearbejde med mening og værdi. I: J. Glerup (red.), *Bladet fra munden – mod vilje til et godt arbejdsliv*. Dansk Sygeplejeråd.
- Dybbroe, B. & Kamp, A. (2016). Struggles of Professionalism and Emotional Labour in Standardized Mental Health Care, *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6 (51), s. 67–86.
- Emerson R. M., Fretz R. I. & Shaw L. L. (2011). *Writing ethnographic field notes* (2. ed.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Frimann, S. & Bager, A. (2012). Dialogkonferencer. I: G. Duus, G, m.fl. (Red.) *Aktionsforskning – en grundbog*. Samfundslitteratur.
- Glerup, J. (2015). Anerkendelse og krænkelsererfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv. I: J. Glerup (red) *Bladet fra munden – mod vilje til et godt arbejdsliv*. Dansk Sygeplejeråd.
- Glerup, J. (Red.) (2015). *Bladet fra munden – mod vilje til et godt arbejdsliv*. Dansk Sygeplejeråd.
- Glenny, C. (2013). Communicating during care transitions for older hip fracture patients: family caregiver and health care provider's perspectives. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 13. Lokaliseret på: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.1076/>
- Habermas, J. (2011) *Teorien om den kommunikative handlen*, citeret fra 4. oplag, Aalborg Universitetsforlag. Tysk original 1981.
- Habermas, J. (2004) *The Theory of Communicative Action*, Vol. 1, *Reason and the Rationalization of Society*, citeret fra 5. Edition 2004, Beacon Press, Tysk original 1981.
- Habermas, J. (2004) *The Theory of Communicative Action*, Vol. 2, *The Critique of Functionalist Reason*, citeret fra 5. Edition 2004, Beacon Press, Tysk original 1981.
- Hartlev, M. & Hybel, U. (2014). Pårørendes rettigheder, I: D.B. Danbjørg & N. Tvistholm (red.), *Patient – grundbog i sygepleje* (373–390). København: Munksgaard.
- Husted, M. & Tofteng, D. (2012). Arbejdsliv og aktionsforskning, I: G. Duus (Red.) *Aktionsforskning – en grundbog* (1 ed), Samfundslitteratur.
- Kildedal, K. & Laursen, E. (2012). Professionsudvikling – udvikling af professionel praksis gennem aktionsforskning, In G. Duus, G. (Red.) *Aktionsforskning – en grundbog*. Samfundslitteratur.
- Landsdækkende patient undersøgelser (2016). Lokaliseret på: [http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/LUP2016/lup\\_2016\\_rapport.pdf](http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/filer/LUP/LUP2016/lup_2016_rapport.pdf)
- Larsen, K. & Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier In *Praktiske grunde – Nordisk tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, 7 (1–2).
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard.
- Lindhardt, T. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 668–81.
- Loftager, J. (1990). Sygepleje mellem system og livsverden. I: T. K. Jensen, T. L. Jensen, & W. C. Kim, *Grundlagsproblemer i sygeplejen – etik, videnskabsteori & samfund*. Aarhus: Aarhus Universitet, Forlaget Philosophia.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medicin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, K. (2010). *Fra Marx til Løgstrup – om etik og sanselighed i sygeplejen*. København: Munksgaard.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014) *Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende*. Lokaliseret på: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Dialogpapir-oeget-inddragelse-af-patienter-og-paar-aug-2014](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Dialogpapir-oeget-inddragelse-af-patienter-og-paar-aug-2014)
- Murphy, M. (2017). Putting Habermas to work in social research In M. Murphy (Red.), *Habermas and Social Research – between theory and method*. New York: Routledge advances in sociology
- Nationalt Indikator Projekt (NIP), *Dansk Tværfagligt Register for Høftenære Lårbensbrud*, Dokumentalistrapport, februar 2012.
- Nielsen, A. N. & Andersen, J. G. (2014). *Hjemmehjælp som sparerobjekt*, Gerontologi, aldring og ældre – forskning og udvikling, 30(1), 26–31.
- Park, P. (2001). Knowledge and Participatory Research. I: P. Reason & H. Bradbury, *Handbook of Action Research – participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications.
- Sundhed.dk (2017). Lokaliseret på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/knoglebrud/femur-laarhalsbrud/>
- Sundhedsloven (2010) Bekendtgørelse om lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lovbekendtgørelse nr. 1350.
- Sundhedsdatastyrelsen (2016). Lokaliseret på: <http://esundhed.dk/sundhedsaktivitet/arbejdsmarked/offentligesygehuse/Sider/Fuldtidsbesk%C3%A6ftigede-kvart.aspx>
- Sundhedsstyrelsen (2014). Lokaliseret på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/>
- Scheel, M. (2013). *Interaktionel sygeplejepraksis* (4. ed). København: Munksgaard.
- Toulmin, S. & Gustavsen, B. (1996). *Beyond Theory – Changing organizations through participation*, (vol. 2). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Thuesen, J. (2013). *Gammel og svækket i nye omgivelser: Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Roskilde Universitet, Forskerskolen i Livslang Læring.
- Tveit, A. D. (2014). Exploring the ideal of dialogue by taking into account both an observed interaction session and the participants' views on the interaction. *Interchange*, 45(1–2), 59–73. doi: 10.1007/s10780-014-9221-7