

Mellem nærhed og specialisering

En samskabt kritisk-refleksiv analyse af dialog og magt i lægers tværsektorielle samarbejde om tidlig diagnostik

Tine L. R. Johansen

ph.d., postdoc v. Forskning & klinisk kvalitet, Region Sjælland, gæsteforsker v. forskningsenheden for almen medicin, Københavns Universitet, gæsteforsker v. kommunikation, Roskilde Universitet. Medredaktør på bogen "Dialog og samskabelse – Metoder til en refleksiv praksis".

Abstract

Coordinated care is part of a discursive turn towards a more patient-centered healthcare system. Coordinated care are defined as "The delivery of services by different care providers in a timely and complementary manner" (Langberg, Dyhr, and Davidsen 2019, 6). However, this easily overlooks the work that doctors put into involving patients, updating colleagues in other sectors and creating coherence with patients (Uijen et al. 2012). The article uses ethnographic co-creation as a method to examine doctors and general practitioners cross-sectoral collaboration on early diagnostics from a clinical everyday life perspective. Bakhtin's dialogue theory and Foucault's power/knowledge concept, provide an analytical framework to analyze collaborative practices. The article contributes with detailed knowledge of how relational strategies are used to handle cross-sectoral tensions. Furthermore, the article illustrates the co-creation of knowledge across a communication theoretical and biomedical perspective.

Keywords: Change, ethnographic co-creation, dialogical communication, contexts, power

Optakt

Læge: De her netværk, de får jo tingene til at glide. Det er svært at måle og veje. Men når man er i det, så er man ikke i tvivl om, at det virker.

Interviewer: Er det personlige kendskab mindre i dag?

Læge: Ja... Det er blevet mere anonymiseret. Plus at belastningen i sygehusvæsenet gør, at der er mindre luft, og det er der også i almen praksis. Plus at mange af specialfunktionerne ligger længere væk. Før i tiden tog de små sygehuse meget af det basale, også indenfor kræftbehandling. På godt og ondt... Jeg vil hellere opereres af en, der ikke laver andet alle ugens fem dage.

Indledning

Citatet er fra et interview med en alment praktiserende læge. I interviewet fortæller lægen, hvordan han oplever samarbejdsvilkår har ændret sig. Citatet handler om en central organisatorisk problemstilling indenfor sundhedsvæsenet: hensynet til nærhed vs. centralisering/specialisering.

Det danske sundhedsvæsen er blevet mere og mere specialiseret. Centraliseringen af de kliniske/kirurgiske specialer har bidraget til bedre behandling, hvor langt flere patienter lever mere end fem år efter endt behandling for kræft (Kræftens Bekæmpelse 2017; Sundhedsdatastyrelsen 2017). Til gengæld peger forskning på, at sundhedsprofessionelle har fået mindre kendskab til og forståelse for hinanden og hinandens hverdag på tværs af sektorerne (Høgs-gaard 2016; Uhre 2018) ligesom den generelt øgede specialisering af de vestlige sundhedsvæsener har vanskeliggjort samarbejdet på tværs af organisatoriske enheder (Quinlan 2009; Franco 2015; Källm et al. 2017). Noget tyder på, at strukturerne på tværs af de enkelte enheder og sektorer modarbejder samarbejde (Axelsson og Axelsson 2006).

Som modsvar ses der i forskning og praksis en diskursiv drejning mod et patientinddragende sundhedsvæsen, hvor ambitionen er, at patienten sættes i centrum (Mead og Bower 2000; Govindarajan et al. 2010; Davis, Schoenbaum og Audet 2020). Hvad det præcis inde-

bærer, og hvordan denne diskurs konkret indholdsudfyldes, er der dog flere perspektiver på (Mead og Bower 2000; Håkansson Eklund et al. 2019; Langberg, Dyhr og Davidsen 2019). En del af denne diskurs handler om nærhed (Regeringen, KL og Danske Regioner 2021) og om at skabe sammenhæng for patienter, hvis deres forløb indeholder flere kliniske/kirurgiske specialer og behandling på tværs af sektorer. Ideen om sammenhæng er heller ikke en entydig størrelse. En smal, men (i både forskning og praksis) meget anvendt definition af begrebet sammenhængende patientforløb er "the delivery of services by different care providers in a timely and complementary manner in order to achieve connected and cohesive patient care" (Langberg, Dyhr og Davidsen 2019, 6). Denne definition anvendes blandt andet i de danske kræftpakkeforløb (Sundhedsstyrelsen 2005). Ifølge Uijen et al. (2012) er en af udfordringerne ved denne smalle definition af sammenhængende patientforløb, at den ikke inkluderer aspekter som sundhedspersonalets anerkendelse af patientens historie, sundhedspersonalets arbejde med at holde andre kollegaer opdateret eller arbejde med at skabe sammenhæng for patienterne (Johansen 2022).

Med afsæt i Uijen et als definition af sammenhæng undersøger artiklen, hvordan vidensforhandlinger i lægers samarbejde om og med patienter i tidlige prognostiske processer får betydning for en klinisk hverdagslivspraksis? Herunder udforsker artiklen, sammen med de involverede læger, vidensforhandlinger som en spændingsfyldt praksis på tværs af diskursive forskelle. Casen i artiklen er sammenhængende patientforløb i tidlige diagnostiske processer. Det vil sige de processer, hvor patienter har diffuse symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft. Det empiriske materiale er produceret i en dansk region fra 2018 til 2021; det består af etnografisk materiale og dialogmøder.

Ved at anvende en dialogisk kommunikationsteoretisk analyse-ramme søger artiklen at illustrere, hvordan dialog og samskabelse kan være en spændingsfyldt praksis såvel i sundhedssektoren som i samarbejdet omkring forskningsprojektet. Formålet med artiklen er dermed todelt: Dels bidrager artiklen med indblik i hverdagsnære samskabelsesprocesser i sundhedssektoren, dels bidrager den med metodisk indsigt i samskabelse som en forskningspraksis, hvor analyserne er et produkt af vidensforhandlinger.

Dialog som teori og metode

Artiklen skriver sig ind i den forskningstradition indenfor samskabelse, der er indenfor forskningsfeltet dialogisk kommunikation. Her er der fokus på selve de kommunikationsprocesser, hvor forskellige aktører (som forskere, læger og patienter) samskaber viden (Olesen, Phillips, og Johansen 2018a). Artiklen tager dermed udgangspunkt i en definition af samskabelse som en proces, hvor forskellige vidensformer interagerer og får betydning for, hvad der samskabelses. Denne definition på samskabelse adskiller sig fra definitionen af samskabelse som samskabt styring og ledelse, hvor fokus er på et institutionelt og organisatorisk niveau (Tortzen 2018; Agger og Tortzen 2018; Torfing, Sørensen, og Røiseland 2019).

En grundlæggende antagelse i dialogisk kommunikationsteori er, at dialog er fyldt med spændinger, som opstår i magt-videnrelationer, hvor nogle vidensformer vil dominere, og andre vil blive marginaliseret (Phillips og Napan 2016). Et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på spændinger fremhæver således, hvordan spændinger formes af kompleksiteter ved at arbejde på tværs af flere vidensformer i specifikke diskursive sammenhænge (Phillips 2011; Phillips og Napan 2016). Ved at udforske spændinger åbner analysen for at få greb om de stemmer, som ellers fortaber sig i forsøg på at opnå konsensus (Soggiu et al. 2021). Et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på spændinger og magt kan bidrage til at analysere, hvordan forskelle i tværsektorielle kontekster får betydning for samarbejde.

I analysen trækker jeg på 'the Integrated Framework for Analysing Dialogic Knowledge Production and Communication (IFADIA)' (Louise Phillips 2011). IFADIA tilbyder en analyseramme til at analysere de vidensforhandlinger, der finder sted i samarbejdsprocesser, hvad enten det er samarbejdsprocesser, forskningen undersøger "udefra", eller samarbejdsprocesser, hvor forskeren er en del af det samarbejde, som er genstand for analyse. Jeg vil kort introducere IFADIA's overordnede tanker og centrale begreber.

IFADIA trækker på en poststrukturalistisk læsning af Bakhtins dialogiske kommunikationsteori, der bidrager til en forståelse af betydningsdannelse som dialog, hvor betydning samskabelses på tværs af multiple stemmer (perspektiver, diskurser, ideologier) (Olesen, Phillips, og Johansen 2018b, 30). Bakhtin definerer kommunikation som en proces, der involverer forskellige (og modstridende) stem-

mer, hvor betydning samskabes i mødet mellem forskellige stemmer (Bakhtin 2003; Phillips og Napan, 2016; Baxter, 2004). Viden er derfor ikke objektiv, men hybrid, hvor centripetale og centrifugale kræfter vil trække mod henholdsvis enstemmighed og flerstemmighed (Bakhtin 2003; Renedo et al. 2017, 781). IFADIA kombinerer Bakhtins dialogteori med et diskursanalytisk, foucaultsk fokus på, hvordan magt og viden er på spil i in- og eksklusionsdynamikker (for uddybende beskrivelse se Phillips 2011). Ved at kombinere de to perspektiver åbner IFADIA for en kritisk-refleksiv analyse af dialog som en praksis, der involverer magt og spændinger. De to perspektiver er integreret i de analysespørgsmål modellen opstiller:

- Hvornår og hvordan artikuleres forskellige stemmer, og hvilke spændinger bliver tydelige?
- Hvordan åbner samtalerne for en mangfoldighed af forskellige stemmer og bidrager til en nuanceret beslutning, hvor flere stemmer bliver hørt? (Centrifugal tendens)
- I hvilken grad, hvornår og hvordan lukkes det, således at der skabes et singulært 'vi' (i form af en beslutning)? (Centripetal tendens)

I analysen vil jeg vise to eksempler på, hvordan begreber som centripetale og centrifugale tendenser samt magt bidrager til at udforske spændinger i tidlige prognostiske processer. Først vil jeg fremhæve koblingen mellem IFADIA og det empiriske materiale.

Empirisk materiale

Som tidligere beskrevet analyseres med afsæt i IFADIA vidensforhandlinger, dels i en hverdagslivspraksis i sundhedsvæsenet, dels som en integreret del af en analyseproces i et forskningsprojekt. De empiriske uddrag, som præsenteres i artiklen, er en del af et kollaborativt forskningsprojekt om tværsektorielt lægesamarbejde i tidlige prognostiske processer. Forskningsprojektet blev initieret af et udvalg af praktiserende læger (Praksisplanudvalg) i en dansk region. Baggrunden for forskningsprojektet var et ønske om at skabe bedre rammer for lægefagligt samarbejde om tidlig diagnostik. Konkret har forskningsdesignet bygget på en kollaborativ tilgang til etnografi, hvor etnografisk materiale er blevet genstand for dialog på møder. Den etnografiske del består af Observationer i 6 måneder i 3 al-

mene praksisser samt 1 måned på afdeling på hospital. Semistrukturerede interviews med læger (25), sygeplejersker/lægesekretærer (8), patienter (27) og pårørende (10). Den etnografiske metode er god til at beskrive de taget-for-givet-heder, der er en del af hverdagen, samt udfordre selvfølgeligheder og paradokser (Liberati et al. 2015). For at få greb om vidensforhandlinger har fokus i observationsnoterne og interviewene været på "centrifugale tendenser/samarbejder" og "Centripetale tendenser/frustrationer". Interviewene er blevet transskriberet, og feltnoter er skrevet fra mit kommunikationsforskerperspektiv under besøg i feltet. Feltnoter fra dialogmøder er efterfølgende renskrevet. Materialet er blevet bearbejdet og tematiseret med afsæt i analysespørgsmålene fra IFADIA.

Fra starten var samskabelse en ambition i forskningsprojektet. Den oprindelige plan var, at dialogmøder skulle bidrage til samskabelse af viden mellem læger på tværs af sektorer. Her var dialog i sig selv et formål (Soggiu et al. 2021). Hvordan og i hvilken grad samskabelse i praksis blev mulig, blev en løbende forhandlingsproces; eksempelvis var det en central udfordring at inddrage klinikere, uden at det blev en forstyrrelse i den kliniske hverdag. På den baggrund lykkedes det ikke at få lægerne til at mødes på tværs af sektorer. Samskabelsen på dialogmøder har derfor særligt bidraget til udveksling mellem deltagernes sundhedsfaglige perspektiv og forskerens kommunikationsperspektiv, hvor forskeren har haft en styrende position. Måden spændingerne i opstarten blev håndteret har konstitueret handlerummet for mulige forskerpositioner og deltagerpositioner. I alt blev der afholdt 6 dialogmøder i almen praksis-frokostpauser, 2 dialogmøder på morgenkonferencer ved sygehuset. På dialogmøder viste forskeren feltnoter og interviewuddrag fra deltagernes egen hverdag. De blev efterfølgende genstand for fælles udforskning og refleksion.

Akademiske tekster kan ikke indeholde alle empiriske nuancer (Alvesson 2003); samtidig må analyserne tilbyde nye kundskabsperspektiver fremfor at reproducere feltets selvfølgeligheder (Neidel og Wulf-Andersen, 2013). Der er et stort felt af litteratur, der peger på, hvordan magt er i spil, når idealerne om samskabelse møder det akademiske arbejde, hvor præmisser om inddragelse og demokratisk videnssamskabelse risikerer at blive til objektgørende forskningsanalyser (Phillips et al. 2013; Krøjer 2003). Det har også været en udfordring i dette forskningsprojekt. I analysen i ar-

tiklen vil jeg vise forskellige lag af vidensforhandlinger, og hvordan de forskellige lag bliver konstituerende for det analytiske blik. Først præsenteres en analyse af en feltnote, og efterfølgende vises det, hvordan en gruppe alment praktiserende lægers refleksioner bidrager med nye lag til analysen. De to empiribidder, jeg trækker frem i analysen, er udvalgt med afsæt i IFADIA, fordi de repræsenterer en spænding, som går igen i det empiriske materiale, og samtidig repræsenterer de et eksempel på, hvornår og hvordan forskellige stemmer artikuleres og bliver hørt.

Mellem nærhed og specialisering

I analysen viser jeg, hvordan spændingen mellem nærhed og specialisering konstruerer handlerummet for, hvordan patientinddragelse kan blive indholdsudfyldt i relationen mellem læge og patient. Her er fokus på, hvordan den samskabte viden på tværs af sektorer er en hybridviden, der netop er et produkt af specifikke vidensforhandlinger, hvor stemmer in- og ekskluderes, og hvordan den specifikke viden får betydning for patienternes muligheder for inddragelse.

Følgende eksempel er fra en feltnote, hvor lægerne på tværs af almen praksis og sygehus sammen skaber patientnær viden. Eksemplet viser, hvordan diskussionen om nærhed og specialisering også er en spænding mellem to forskellige biomedicinske diskurser: henholdsvis en biopsykosocial diskurs og en biomedicinsk diskurs. I den biopsykosociale diskurs, som dominerer i praksissektoren, positioneres patienten i udgangspunktet som rask (indtil det modsatte kan bevises), hvorimod den biomedicinske diskurs dominerer på sygehuset. Her er patienten i udgangspunktet positioneret som syg (indtil det modsatte kan bevises) (Risør og Olesen 2004).

Jeg (forsker) sidder i hjørnet i en lægepraksis. Lægen skal give den næste patient svar på en scanning af lungerne. Lægen fortæller mig, at der i notatet fra hospitalet står, at der er lidt slør på lungen. Det ser ikke ud, som om det er kræft. Så hospitalet vurderer, at der ikke skal gøres mere. Lægen fortæller mig, at den patient, der skal have svar, er bekymret. Hendes mand døde af kræft, der blev opdaget sent. Så lægen har brug for at vide mere om, hvad hospitalet baserer sin konklusion på, før han kan give pa-

tienten besked. Han fortæller mig, at han har et godt samarbejde med overlægen på den pågældende afdeling. I telefonsamtalen med hospitalet fortæller lægen på hospitalet, at det med stor sandsynlighed er en skygge fra patientens brystvorte eller en mindre infektion. Lægen i praksis fortæller, at hans patient er nervøs. Lægen på sygehuset foreslår, at de kan tilbyde en kontrolscanning. Han fortæller, at de bør vente fire uger; hvis det er en infektion, er den forsvundet. Ellers kan de få et uklart billede igen. Efterfølgende spørger jeg lægen, hvorvidt han ville have ringet, hvis ikke han havde en kontakt på afdelingen. Det ville han formentlig ikke. (Feltnote)

Eksemplet viser et samarbejde mellem to læger om tidlig diagnostik. I eksemplet artikuleres en biomedicinsk stemme. Det sker i de ytringer, hvor lægen fra hospitalet fortæller om, at "det med stor sandsynlighed er en skygge fra patientens brystvorte eller en mindre infektion". Ligeledes artikuleres en biopsykosocial stemme, når lægen i praksis ytrer sig om, hvordan patientens specifikke historie har betydning. Samtidig trækker ytringer fra den praktiserende læge på en patientstemme, når han fortæller om, hvad patientens perspektiv er. I telefonsamtalen åbnes der for en flerstemmighed, hvor forskellige stemmer bidrager til at skabe betydning til scanningssvaret og konsekvenser af scanningssvaret, hvor både biomedicinske konsekvenser og biopsykosociale konsekvenser tilskrives betydning. Til sidst i samtalen skabes der et singulært "vi" (i form af en konkret handleplan); det sker, da lægen på sygehuset foreslår, "at de kan tilbyde en kontrolscanning". Her integrerer sygehuslægen den biopsykosociale stemme, hvilket resulterer i en fælles forståelse. Den biopsykosociale viden havde hospitalslægen ikke på forhånd. I den fælles beslutning er der skabt en hybridviden, i dialog på tværs af sektorer. Den samskabte beslutning får efterfølgende betydning for det handlerum, som den praktiserende læge har i samtalen med patienten.

Når de praktiserende læger fortæller om deres arbejde med patienter, trækker de på en biopsykosocial diskurs, hvor biomedicin møder patienternes liv. Forskningsfeltet medicinsk antropologi har bidraget med viden om diffuse symptomer og kritiske perspektiver på, hvornår læger og patienter opfatter kropsforandringer som et

symptom på sygdom (Officersen et al. 2020; Merrild, Vedsted og Andersen 2017; Andersen 2017; Friedemann Smith et al. 2020). Det er denne usikkerhed, som praksissektoren møder og skal håndtere. Over- og underdiagnostik er en central afvejning i kontakten mellem almen praksis og patienten. Begrebet overdiagnostik betyder "making people patients unnecessarily, by identifying problems that were never going to cause harm or by medicalising ordinary life experiences through expanded definitions of diseases" (Brodersen et al. 2018, 1). Med underdiagnostik henvises der til den gruppe af kræftpatienter, for hvem diagnosen er blevet stillet sent i et sygdomsforløb. I den biomedicinske diskurs, hvor fokus er på kroppen, bliver patientinddragelse og patientrollen fokuseret omkring sygdom og behandling. I den biopsykosociale diskurs positioneres patienten derimod som 'patient som person' (Mead og Bower 2000). Det vil sige, at fokus i læge-patient-relationen her er på udforskning af patientens egne tanker, og personlige perspektiver. Her er målet ikke kun en funktionalistisk healing, men også en myndiggørelse af patienten med henblik på en psykosocial healing (Scheffmann-Petersen 2022). Den dialogiske kommunikationsteoretiske analyse af eksemplet viser, hvordan det netop er i vidensforhandlingen mellem de to sektorer, at der samskabes et hybridt handlerum, hvor lægen i praksis efterfølgende kan møde patienten som "patient-as-a-person" og, hvor de sammen kan udforske betydningen af patientens livshistorie og tænke den ind i behandlingsplanen. Det, som lægen gør, kan umiddelbart synes at være en mindre ting, men i et kommunikationsteoretisk perspektiv er det afgørende for graden af samskabelse, at lægen åbner for en bredere stemmerepræsentation. Her anvender lægen i praksis ikke blot sin biomedicinske viden, men er også opmærksom på stemninger hos patienten, hvor patientens nervøsitet tilskrives betydning som vigtig for patienten. Den hybride videnssamskabelse mellem læge og patient skriver sig samtidig ind i de overordnede diskussioner i sundhedsvæsenet om patientinddragelse, hvor målet med inddragelse bliver en mere dialogisk praksis. Dette mål er dog ofte udfordret af, at systemets rutiner, procedurer og praksisser begrænser mulighederne for reel involvering (Festvåg et al. 2021).

Samskabte perspektiver – den relationelle strategi

Ovenstående eksempel viser, hvordan samskabelse af viden om tidlig diagnostik får betydning for handlerummet for patientinddragelse. Denne spænding mellem nærhed og specialisering er skabt og opretholdt af organiseringen i sundhedsvæsenet. I organiseringen mellem de to sektorer skabes og opretholdes en asymmetrisk magt. Lægerne i praksis møder den asymmetriske magt, når henvisninger til undersøgelser afvises (uden klar begrundelse). På dialogmøderne med hospitalet fortæller lægerne om, hvordan de oplever, at samarbejdet med praksis ikke er noget, de bliver målt på eller oplært i (Se Johansen 2022).

På dialogmøder med praktiserende læger tilskrives dialog og relationer betydning for, hvordan det i et klinisk hverdagsliv bliver muligt at åbne for samskabelse af hybridviden, der samartikulerer flere stemmer. Det næste eksempel er en samtale mellem forsker, en alment praktiserende læge (Sanne) og en uddannelseslæge (Helle). I samtalen reflekterer Sanne og Helle over ovenstående feltnote og analyse. I deres refleksioner tilskriver de dels betydning til "den relationelle strategi", men de viser samtidig de dilemmaer, strategien rejser.

Vi kommer ind i samtalen, efter at jeg som forsker har præsenteret et dialogisk kommunikationsteoretisk perspektiv på ovenstående feltnote.

Sanne: (Eftertænksomt) Det med relationer er vigtigt – og kendskab til hinanden. Vi er bare så dårlige til at prioritere det som læger.... Jeg tænker, det handler om det, vi snakkede om, den ene dag, du (forskeren) var her. Du snakkede om intensiteten. At det virkelig er højintensivt med alle de samtaler, og meget er meget alvorligt. Jeg tror simpelthen, når man kommer hjem, så er man helt fyldt af samtaler. Det er ikke der, man kan overskue flere møder og at lære nye mennesker at kende.

Helle: Ja, selv samtaler, som kan starte med at handle om en fodvorte, kan udvikle sig til at handle om bekymringer for alvorlig sygdom. Og så tror jeg, det handler om at prioritere ens patienter og ens familie – for hvem skal tiden gå fra?

Sanne: Ja, og økonomi. Involverer jeg mig i for meget, jamen så må huslejen [til lægepraksis, red.] blive betalt med ekstra vagter i lægevagten, og så er det familien, jeg ikke ser. Nu snakkede du om (kigger på Helle), at du var glad for at tage specialisering i et område, hvor du gerne vil have praksis, så du lærer dem på hospitalerne i området at kende. Men når du først har været i praksis i ti år, så flytter de jo også rundt, og så kender man ikke nødvendigvis lægerne på sygehuset længere.

Med afsæt i spørgsmålet 'hvordan åbner samtalerne for en mangfoldighed af forskellige stemmer og bidrager til en nuanceret beslutning, hvor flere stemmer bliver hørt?' tilskriver lægerne i uddraget relationer betydning. Lægerne peger på, hvordan etablering af relationer bliver en måde at håndtere tværsektorielle spændinger på i en klinisk hverdag. Citatet viser også, hvordan den relationelle strategi er omkostningsfuld. I uddraget fortæller Sanne om, hvordan etablering af relationer er omkostningstungt i form af tid og økonomi, og at der ingen garanti er for, at det lykkes at skabe nære tværsektorielle relationer.

Som nævnt i indledningen peger Uijen et al. (2012) på, hvordan fokus i forskningen har bevæget sig fra et holistisk fokus på sammenhæng, som inkluderede anerkendelse af patientens historie, sundhedspersonalets arbejde med at holde andre kollegaer opdateret og sundhedsprofessionelles arbejde med at skabe sammenhæng for patienterne, til et mere snævert fokus på organiseringen af patientens forløb på tværs af sektorer. Ovenstående analyser viser, hvordan de holistiske aspekter stadig er en del af den kliniske hverdag, men også, hvordan de bliver usynliggjort. For eksempel bidrager Helles og Sannes refleksioner med et nuanceret blik for, hvordan den relationelle strategi i praksis på den ene side er betydningsfuld og bidrager til et mere patientinddragende samarbejde, hvor flere stemmer samartikuleres i de beslutninger, der træffes. På den anden side individualiserer strategien samarbejdet ved netop at gøre samarbejdet afhængigt af flygtige relationer, hvor etablering af relationer ikke understøttes og anerkendes i de strukturer, der former den kliniske hverdag. Dermed risikerer det patientinddragende arbejde på tværs af sektorer bliver ekskluderet som noget, der ikke tilhører kerneopgaven og dermed usynligt "merarbejde".

Konklusion og forandringskabende perspektiver

Denne artikel undersøger samskabelse af viden i et klinisk hverdagsliv, hvor læger på tværs af sektorer samarbejder om at skabe viden om tidlig diagnostik og om at skabe sammenhæng for patienter i et specialeopdelt sundhedsvæsen. Artiklen baserer sig på et materiale bestående af feltobservationer og interviews samt dialogmøder. Formålet med artiklen er todelt: dels at bidrage med indblik i hverdagsnære samskabelsesprocesser i sundhedssektoren, dels at bidrage med indsigter i vidensforhandlinger som en del af en analytisk proces i et kollaborativt forskningsprojekt.

En af udfordringerne i sundhedsvæsenet er samarbejdet om sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Den første analyse bidrog til at få indblik i, hvor og hvordan der åbnes for samskabelse af patientnær viden og patientnært samarbejde i et tværsektorielt specialeopdelt sundhedsvæsen. Her peges der på betydningen af relationer og patientnære vidensforhandlinger. Ved at invitere deltagernes erfaringsbaserede perspektiver ind i analysearbejdet åbnes der for en afromantisering af dialog som en "nem løsning" på et komplekst problem. De samskabelte perspektiver på det etnografiske materiale viser, hvordan forskerens analyse af dialogens positive betydninger udfordres af kritisk-refleksive stemmer, der peger på samskabelsens kompleksitet og de vilkår, som deltagere oplever, er forbundet med tværsektoriel dialog, når det relationelle arbejde og magt bliver usynliggjort organisatorisk i sundhedsvæsenet. Analyserne bidrager til at kultivere regionale diskussioner om dels organisatorisk understøttelse af samskabelse af viden på tværs af sektorer, dels organisatorisk anerkendelse af dialogiske praksissers værdi for det kliniske arbejde.

Referencer

- Agger, Annika, and Anne Tortzen. 2015. "Forsknings Review Om Samskabelse." *Centerforborgerdialog.dk*. <https://centerforborgerdialog.dk/wp-content/uploads/2017/10/forskningsreview-om-co-production.pdf>
- Alvesson, Mats. 2003. "Methodology for Close up Studies - Struggling with Closeness and Closure." *Higher Education* 46 (2): 167–93. <https://doi.org/10.1023/A:1024716513774>.

- Andersen, Rikke Sand. 2017. "Directing the Senses in the Contemporary Orientations to Cancer Disease Control: Debating Symptom Research." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 14 (26): 145–67. <https://doi.org/10.7146/tfss.v14i26.26282>.
- Axelsson, Runo, and Susanna Bihari Axelsson. 2006. "Integration and Collaboration in Public Health—a Conceptual Framework." *Wiley Online Library* 21 (1): 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>.
- Bakhtin, Mikhail. 2003. *Ordet i Romanen*. Gyldendal A/S
- Baxter, Leslie A. 2004. "Dialogues of Relating." In *Theorizing Difference in Communication Studies*, edited by Rob Anderson, Leslie A. Baxter, and Kenneth N. Cissna, 107–24. Thousand Oakland: SAGE Publication.
- Brodersen, John, Lisa Schwartz, Carl Heneghan, Jeffrey Aronson, Jack William O'Sullivan, and Steven Woloshin. 2018. "Editorial Overdiagnosis: What It Is and What It Isn't." *BMJ Evidence-Based Medicine* 23(1):1–3. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
- Davis, Karen, Stephen C. Schoenbaum, and Anne-marie Audet. 2020. "A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care." *Journal of General Internal Medicine* 20 (10): 953–57. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x>.
- Festvåg, Line Elida, Bengt Eirik Karlsson, Bjørg Pauline Landmark, and Heid Svenkerud Aasgaard. 2021. "An Autoethnography on Being the Daughter of a Frail, Sick Mother in Transitional Care." *Ethics and Social Welfare* 15 (2): 120–34. <https://doi.org/10.1080/17496535.2020.1855458>.
- Franco, Mário. 2015. "Inter-Organizational Cooperation in Community Health Organizations: A Competence-Based Perspective SMEs Absorptive Capacity View Project Creative Cities View Project." *Article in International Journal of Health Care Quality Assurance* 28 (2): 193–210. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2014-0081>.
- Friedemann Smith, Claire, Benedikte Moller Kristensen, Rikke Sand Andersen, FD Richard Hobbs, Sue Ziebland, and Brian D Nicholson. 2020. "GPs' Use of Gut Feelings When Assessing Cancer Risk in Primary Care: A Qualitative Study." *British Journal of General Practice*, 71 (706), 356–363. <https://doi.org/10.3399/bjgp21x714269>.

- Govindarajan, Prasanthi, Gregory Luke Larkin, Karin V. Rhodes, Gina Piazza, Terri L. Byczkowski, Meredith Edwards, and Jill M. Baren. 2010. "Patient-Centered Integrated Networks of Emergency Care: Consensus-Based Recommendations and Future Research Priorities." *Academic Emergency Medicine* 17 (12): 1322-1329. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00939.x>.
- Håkansson Eklund, Jakob, Inger K. Holmström, Tomas Kumlin, Elenor Kaminsky, Karin Skoglund, Jessica Högländer, Annelie J. Sundler, Emelie Condén, and Martina Summer Meranius. 2019. "'Same Same or Different?' A Review of Reviews of Person-Centered and Patient-Centered Care." *Patient Education and Counseling* 102 (1): 3-11. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>.
- Høgsgaard, Ditte. 2016. "Det Muliges Kunst: Om Betingelserne for Det Tværsektorielle Samarbejde i et New Public Managementorienteret Sundhedsvæsen." *Tidsskrift for arbejdsliv* 18 (3): 64-80. <https://doi.org/10.7146/tfa.v18i3.112629>.
- Johansen, Tine Laurine Rosenthal. 2022. "Udfordringer Og Muligheder i Tværsektorielt Samarbejde Mellem Almen Praksis Og Sygehus" In *Tværfaglighed og Tværsektorielt Samarbejde i Sygeplejen*, edited by Ditte Høgsgaard, 276-289. 1st ed. FADL. Accepted.
- John Brodersen, Lisa Schwartz, Carl Heneghan, Jeffrey Aronson, Jack William O'Sullivan, and Steven Woloshin. 2018. "Editorial Overdiagnosis: What It Is and What It Isn't." *BMJ Evidence-Based Medicine* 23 (1): 1-3. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886>
- Källmén, Håkan, Anders Hed, and Tobias H. Elgán. 2017. "Collaboration between Community Social Services and Healthcare Institutions: The Use of a Collaborative Individual Plan." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34 (2): 119-30. <https://doi.org/10.1177/1455072517691059>.
- Kræftensbekæmpelse. 2017. *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse*. Udg. Kræftensbekæmpelse. 2017_kraeftpatienters-behov-og-oplevelser-med-sundhedsvaesenet-under-udredning-og-behandling.pdf (cancer.dk)
- Krøjer, Jo. 2003. *Det mærkede sted: køn, krop og arbejdspladsrelationer*. Roskilde Universitetsforlag. 1st ed. Roskilde: RUB. https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/57304652/Det_m_rkede_sted.pdf

- Langberg, Emil Mørup, Lise Dyhr, and Annette Sofie Davidsen. 2019. "Development of the Concept of Patient-Centredness – A Systematic Review." *Patient Education and Counseling* 102 (7): 1228-1236. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>.
- Liberati, Elisa Giulia, Mara Gorli, Lorenzo Moja, Laura Galuppo, Silvio Ripamonti, and Giuseppe Scaratti. 2015. "Exploring the Practice of Patient Centered Care: The Role of Ethnography and Reflexivity." *Social Science and Medicine* 133 (May): 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.050>.
- Mead, Nicola, and Peter Bower. 2000. "Patient-Centredness : A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature." *Social Science & Medicine* 51 (7): 1087-110.
- Merrild, Camilla Hoffmann, Peter Vedsted, and Rikke Sand Andersen. 2017. "Noisy Lives, Noisy Bodies: Exploring the Sensorial Embodiment of Class." *Anthropology in Action* 24 (1): 13–19. <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240103>.
- Neidel, Agnete, and Trine Wulf-Andersen. 2013. "The Ethics of Involvement with the Already Involved: Action research and power". In *Knowledge and Power in Collaborative Research: A Reflexive Approach*. Edited by Louise Phillips, Marianne Kristensen, Marja Vehviläinen and Ewa Gunnarsson, 153-170. New York: Routledge.
- Offersen, Sara Marie Hebsgaard, Mette Bech Risør, Peter Vedsted, and Rikke Sand Andersen. 2020. "Am I Fine?" *Medicine Anthropology Theory* 3 (3): 23–45. <https://doi.org/10.17157/mat.3.3.392>.
- Olesen, Birgitte Ravn, Louise Jane Phillips, and Tine Laurine Rosenthal Johansen. 2018a. *Dialog Og Samskabelse: Metoder Til En Refleksiv Praksis*. Akademisk Forlag.
- . 2018b. "Når Dialog Og Samskabelse Er Mere End Plusord." In *Dialog Og Samskabelse: Metoder Til En Refleksiv Praksis*, edited by Birgitte Ravn Olesen, Louise Jane Phillips, and Tine Laurine Rosenthal Johansen, 11-37. Akademisk Forlag.
- Phillips, Louise. 2011. *The Promise of Dialogue*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company
- Phillips, Louise, Marianne Kristiansen, Marja Vehviläinen, and Ewa Gunnarsson. 2012. *Knowledge and Power in Collaborative Research: A Reflexive Approach*. New York & London: Taylor & Francis/ Routledge.

- Phillips, Louise, and Ksenija Napan. 2016. "What's in the 'co'? Tending the Tensions in Co-Creative Inquiry in Social Work Education." *International Journal of Qualitative Studies In Education* 29 (6): 827-844. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09518398.2016.1162869>.
- Quinlan, Elizabeth. 2009. "The 'actualities' of Knowledge Work: An Institutional Ethnography of Multi-Disciplinary Primary Health Care Teams." *Sociology of Health and Illness* 31 (5): 625-41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01167.x>.
- Regeringen, KL, Danske Regioner. 2021. "Aftale Om Sammenhæng Og Nærhed (Sundhedsklynger)." <https://fm.dk/media/24844/aftale-om-sammenhaeng-og-naerhed-sundhedsklynger.pdf>
- Renedo, Alicia, Aris Komporozos-Athanasίου, and Cicely Marston. 2017. "Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement." *Sociology* 52 (4): 778-795. <https://doi.org/10.1177/0038038516682457>.
- Risør, Torsten, and Frede Olesen. 2004. "Den Praktiserende Læge." *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 1 (1): 59-84. <https://doi.org/10.7146/TFSS.V1I1.456>
- Scheffermann-Petersen Michael. 2022. "Patientinddragelse som dialogpraksis og mulighedsrum." In *Tværfaglighed Og Tværsektorielt Samarbejde i Sygeplejen*, edited by Ditte Høgsgaard, 1st ed. FADL. Accepted.
- Soggiu, Anna Sabina, Bengt Eirik Karlsson, Trude Gøril Klevan, and Ottar Ness. 2021. "Inner and Outer Voices in Research: How Dialogical Approaches Can Enhance Knowledge Development in Mental Healthcare." *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 42 (2): 225-40. <https://doi.org/10.1002/anzf.1450>.
- Sundhedsdatastyrelsen. 2017. *Nye kræfttilfælde i Danmark*. Sundhedsdatastyrelsen. [kraefttilfaelde-2019.pdf](https://www.sundhedsdatastyrelsen.dk/kraefttilfaelde-2019.pdf) (sundhedsdatastyrelsen.dk)
- Sundhedsstyrelsen. 2005. *Kræftplan II i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger*. Sundhedsstyrelsen
- Torfinng, Jacob, Eva Sørensen, and Asbjørn Røiseland. 2019. "Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward." *Journals.Sagepub.Com* 51 (5): 795-825. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>.
- Uhre, Jannie. 2018. "The Dialogic Construction of Patient Involvement in Patient-Centred Neurorehabilitation." *Qualitative Re-*

search in Medicine and Healthcare 2 (3): 165-175. <https://doi.org/10.4081/qrmh.2018.7792>.

Uijen, Annemarie, Henk Schers, Francois Schellevis, and Wil Bosch. 2012. "How Unique Is Continuity of Care? A Review of Continuity and Related Concepts," *Family practice* 29 (3): 264-271. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104>.