

# Ventetid på operation i kritisk diskursivt perspektiv

## Lisbeth Dons Jensen

Cand. Scient Anth., RN. Sjællands Universitets Hospital

E-mail: [lisbethdonsjensen@gmail.com](mailto:lisbethdonsjensen@gmail.com)

## Jesper Frederiksen

Ph.d., Cand. Pæd. i pædagogisk sociologi, RN. Professionshøjskolen Absalon

E-mail: [jeffr@pha.dk](mailto:jeffr@pha.dk)

## Abstract

---

Patients who are hospitalised for non-elective surgery risk long waiting hours. Healthcare staff in the ward regard this as an immutable circumstance, while acknowledging it is suboptimal. In this article, we examine healthcare professionals' discourse about patients' preoperative waits and which effect this may have for patients' preoperative waiting time. The empirical data consist of six interviews with staff in the surgery ward, analysed using Norman Fairclough's model for critical discourse analysis. A discourse order about patients' preoperative wait presents four discourses: a policy/economy based discourse, a biomedical discourse, a democratic discourse and a humanistic discourse.

The discourses reflect and constitute a health system in tension between patient orientation and standardization.

The findings may enhance health care professionals' critical awareness of waiting hours and language around the theme. We conclude the article with a praxeological critique of the scope and limitations of critical discourse analysis. Discourse analysis may contribute by critical awareness of speech and staging of the practice around waiting time. However, a significant limitation in discourse

---

Publisert: 20.01.2022

Praxeologi – Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker ©2022 Lisbeth Dons Jensen & Jesper Frederiksen

DOI: <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v4i0.3340>

analysis is that it takes linguistic representations of discourse as an expression of practice alone and thereby a risk to overemphasize the discourse. Thus, one risk to overlook several important factors that are conditional for a given practice, where especially power relations carried by structural, material and organisational conditions have particular significance.

**Keywords:** social practice, preoperative latency, critical discourse analysis

## **Sammendrag**

---

Akut indlagte patienter risikerer at vente længe på operation. Plejepersonalet finder det ikke optimalt, men accepterer det som et fast vilkår. I artiklen undersøger vi hvilke diskurser der italesættes af sundhedsfagligt personale om akut indlagte operationspatienters ventetid, og hvilke konsekvenser det kan have for ventetiden. Det empiriske materiale er indsamlet i seks interviews med sundhedspersonale på operationsafdelingen, og analyseret med Norman Faircloughs model for kritisk diskursanalyse. En diskursorden om akutte patienters præoperative ventetid viser fire diskurser: en politisk/økonomisk diskurs, en biomedicinsk diskurs, en demokratisk diskurs og en humanistisk diskurs. Diskurserne afspejler og konstituerer et sundhedsvæsen i udvikling mellem patientcentrering og standardisering. Fundene bidrager med en kritisk opmærksomhed for sundhedsfagligt personale på ventetid, og sproget omkring temaet. Vi afslutter artiklen med en praxeologisk kritik af den kritiske diskursanalyses rækkevidde og begrænsninger. Diskursanalysen kan bidrage med kritisk opmærksomhed omkring talen og iscenesættelsen af praksis omkring ventetid. En væsentlig begrænsning er imidlertid at tage de sproglige repræsentationer af diskurs alene som udtryk for praksis, og derved overdeterminere disse. Derved overses en række vigtige forhold som grundlag for praksis, hvor magtrelationer båret af strukturelle, materielle og organisatoriske forhold, har en særlig betydning.

**Keywords:** social praksis, præoperativ ventetid, kritisk diskursanalyse

## Introduktion

De fleste mennesker som har haft kontakt med sundhedssystemet genkender ventetid som et vilkår man må indrette sig på, for at kunne modtage den behandling eller pleje, som er årsagen til henvendelsen. I denne artikel betegner 'ventetid' den subjektive oplevelse af tid, som kan føles lang eller kort, afhængig af personen selv og dennes situation. Ventetiden er afgrænset til at omfatte den præoperative ventetid, der finder sted i sengeafsnittet for patienter, der er indlagt med henblik på akut operation for lidelser i nyrerne og urinvejene, mens de venter på deres tur på operationslejet.

På hospitalsafdelingen har vi erfaret, at personalet jævnligt drøfter ventetid, fordi patienter og pårørende af og til klager over, at de føler sig oversete og overladt til sig selv i mange timer uden kontakt til personalet. Patienternes ventetid er derfor ikke alene spild af tid, men også en gene som lader til potentielt at kunne medføre en oplevelse af utryghed, samt potentielt skabe grobund for mindre tillid til at personalet varetager den enkeltes interesse, og dermed også en risiko for forringet compliance.

Sundhedsvæsenet har historisk udviklet sig sådan at indlæggelsestiden er blevet kortere, bl.a. fordi patienterne ikke længere er indlagt indtil planlagt behandling, men så vidt muligt venter hjemme i vante omgivelser (Lassen, 2013). I 1970'erne blev sygeplejen gradvis mere patientfokuseret og fra 1990'erne blev patientinddragelse introduceret, med den hensigt at patienterne ikke længere blot skulle informeres, men også medinddrages i deres behandling (ibid). I stigende grad anses patienten som en kunde, der tænkes at indgå som ligeværdig deltager i egen behandling, uagtet at det stiller krav om ressourcer som langt fra alle patienter har (Frederiksen, 2019a, s.54-56). Dette medfører dog ligeledes at ressourcestærke patienter har forventninger om høj service fra sundhedsvæsenet, som en del af deres behandling.

Den marxistisk inspirerede lingvist Norman Fairclough har beskrevet det moderne samfund som 'markedsgjort' (*commodification*) (Fairclough, 1992), hvormed han mener en tendens til at varegøre fænomener og betragte dem som ressourcer der kan ejes, økonomiseres, og forbruges. I en dansk antologi om tidsopfattelser i dansk velfærdsarbejde skriver forfatterne, at det er udbredt at anskue tid som en ressource, der kan forbruges, spares, spildes, investeres eller udnyttes til størst muligt udbytte (Vaaben & Plotnikof, 2019). Dermed bliver ventetid ofte betragtet som spild af tid, og dermed som noget negativt. I et markedsgjort samfund har patienter således en forventning om at sundhedsvæsenet ikke spilder deres tid.

Sociologerne Berger og Luckmann beskriver tid som standardtid med skæringspunkter mellem flere tidsplaner (Berger & Luckmann, 2016 [1966]), f.eks. samfundets tid, lægens tid og patientens tid. Tidsopfattelsen er subjektiv og således med rig mulighed for at blive oplevet forskelligt, afhængig af personlige, sociale og systemiske faktorer. Der kan således opstå konflikt i skæringspunkterne mellem sundhedsvæsenets og patientens tidslige virkelighed (ibid). Et studie af patienters oplevelse af ventetid på operation, af sociologerne Carr, Teucher & Casson (2014), peger på at oplevelsen af ventetid til operation er forskellig afhængig af om ventetiden er meningsfuld for patienten eller ej. Hvis tiden er meningsfuld går tiden hurtigt, hvis patienten føler lidelse og er begrænset i sin dagligdag, opleves ventetiden som lang.

Den internationale forskningslitteratur om patienters ventetid mellem indlæggelse og operation anerkender at ventetiden er et sundhedsfagligt problem (Ward, et al., 2017; Mazzocato, et al., 2015; Gilmartin & Wright, 2008; Hovlid, et al., 2013; Hommel, Ulander & Thorngren, 2003; Svensson, Nilsson & Svantesson, 2016; Pulkkinen, Junntila & Lindwald, 2016; Tavares Gomes, de Oliveira & Bezerra, 2018; Zeynep, et al., 2020). Patientens præoperative ventetid under indlæggelse er et sundhedsfagligt problem, fordi den er forbundet med langvarig faste (fx Denkyi, 2020; Brady et al., 2003), angst, bekymring og usikkerhed hos patienten (Tavares Gomes, de Oliveira & Bezerra, 2018; Gilmartin & Wright, 2008; Svensson, Nilsson & Svantesson, 2016; Pulkkinen, Junntila & Lindwall,

2016), og med risiko for postoperative komplikationer, længere indlæggelse og øget mortalitet (Hommel, Ulander & Thorngren, 2003; Mazzocato et al., 2015). Flere studier beskæftiger sig med interventioner der har til hensigt at reducere præoperativ ventetid og at optimere plejen mellem indlæggelse og operation (fx Hovlid et al., 2013; Hommel, Ulander & Thorngren, 2003; Mazzocato et al., 2015). Her beskrives ventetid også som et økonomisk problem: Længere indlæggelse før operation er en ineffektiv udnyttelse af sengekapalet, og forlænget ventetid på operation kan medføre komplikationer som fordyrer patientens behandling.

Vi har erfaret at sundhedspersonalet i sengeafdelingen ærgrer sig over patienters præoperative ventetid, men samtidig betragter ventetiden som et uforanderligt vilkår. Formålet med studiet bag denne artikel, var at undersøge og udfordre den selvfølgelighed, der lader til at være 'common sense' blandt sundhedspersonale, som tilsiger at patientens præoperative ventetid er et uforanderligt vilkår. Det gjorde vi ved at undersøge hvilke diskursive elementer af social praksis der konstruerer hverdagspraksis på et hospital, og derved identificere diskurser der konstituerer den lokale diskursorden og sociale praksis vedrørende patienters præoperative ventetid.

I forlængelse heraf er denne artikels formål: 1) at præsentere et eksempel på kritisk diskursanalyse og vise de resultater en sådan analyse kan frembringe, og 2) at diskutere kritisk diskursanalyse som metode i forhold til en praxeologisk tradition. Vi vil i artiklen først introducere til den kritiske socialkonstruktivistiske teori og metode, der er valgt som tilgang til undersøgelsen. Dernæst præsenteres indsamling af, og grundlag for, empirisk materiale, og selve diskursanalysens indhold, der efterfølgende perspektiveres til litteraturen om ventetid. Artiklen afsluttes med en praxeologisk kritik af metodens rækkevidde og begrænsninger.

## Teori og metode

Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse (Jørgensen, M.W. & Phillips, 2013; Fairclough, 2008; Fairclough, 1992) udspringer af en angelsaksisk socialkonstruktivistisk forskningstradition. Inden for socialkonstruktivismen er det anerkendt, at der ikke findes en objektiv definition af virkeligheden. Tværtimod eksisterer mange subjektive opfattelser af virkeligheden, som tilsammen udgør en social konstruktion (Petersen & Schaffalitzky de Muckadell, 2014, s.176-180). Berger & Luckmann (2016 [1966]) beskriver i deres tilgang individets virkelighedsbillede som en social konstruktion, hvor hvert individ har analyseret og fortolket verden til dets sande virkelighed. Individder der lever i samme samfund eller er i samme arenaer, kan have samme opfattelse af hvordan virkeligheden fremstår. Derved konstrueres samfundet ud fra forskellige virkelighedsbilleder, og således skabes samfund, hvor der gælder forskellige regler. Blandt medlemmerne af samfundet betragtes disse regler som 'common sense' og anses som en del af hverdagslivets virkelighed (Berger & Luckmann, 2016 [1966], s. 33-62). Den virkelighed vi har fokus på i vores undersøgelse, er de sundhedsprofessionelles perspektiv på patienternes ventetid. Vi antager at virkeligheden for sundhedsprofessionelle kan være forskellig, og at forskellige tolkninger kan have varierende konsekvenser for præoperative patienters ventetid. Det betyder, at den måde de sundhedsprofessionelle fremstiller og forstår den virkelighed de arbejder i, har betydning for om, og hvordan, patienternes præoperative ventetid kan forandres.

## Diskursanalyse

I den kritiske diskursanalyse anvendes begrebet 'diskurs' i betydningen "en bestemt måde at tale om og forstå verden" (Jørgensen, M.W. & Phillips, 2013, s. 9). Diskurser skabes, vedligeholdes og forandres gennem social interaktion, ligesom socialkonstruktivismen tilsiger at virkeligheden er socialt konstrueret (Jørgensen, M.W. & Phillips, 2013, s. 14; Petersen & Schaffalitzky de Muckadell, 2014, s. 176-180). Opkomsten af diskursanalysen tilskrives den franske filosof Michel Foucault (Jørgensen, M.W. & Phillips, 2013), men diskursanalysen har udviklet sig inden for flere

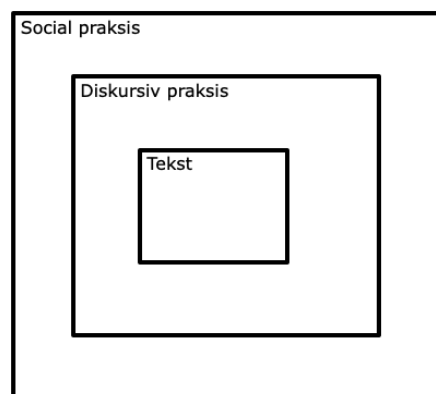
samfundsvidenskabelige og sprogvidenskabelige discipliner, dog med det fælles træk, at sproget udgør ét medium for social interaktion, og at diskurs er konstituerende.

Hos Fairclough er diskursanalysen en sprogpsykologisk og lingvistisk tekstnær metode. Fairclough ser diskurs som sprogligt funderet og som en særskilt form for social praksis. Det sociale omfatter også praksis som ikke er diskursiv (Fairclough 1992, s. 66-67). Det er kendetegnende for Faircloughs diskursteori, at diskurs og social praksis ses som dialektiske og gensidigt konstituerende. Hos Fairclough kan sproget således være 'henvisende' (*referring*) til en prækonstitueret virkelighed, såvel som 'benævrende' (*signifying*) (Fairclough, 1992, s. 60), og dermed konstruerende.

Kritiske diskursanalyser anses som kritisk forskning, og har til formål at udforske og fremlægge ulige magtrelationer i samfundet. Dette gøres ved at man stiller sig kritisk over for de synlige diskurser, og fremlægger muligheder for social forandring, med henblik på at udjævne den ulige magtbalance gennem social forandring (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 11). Denne artikels forfattere er kritiske over for den ventetid patienterne i sengeafsnittet oplever, og ønsker at blive klogere på sundhedspersonalets måde at tale om, forstå og fremstille patienternes ventetid som et uforanderligt vilkår.

### ***Faircloughs model for kritisk diskursanalyse***

Med Faircloughs kritiske diskursanalyse (se Figur 1) analyseres tre dimensioner af en tekst: tekst, diskursiv praksis og social praksis (Fairclough, 1992; Fairclough, 2008; Jørgensen & Phillips, 2013, s.78).



Figur 1: Faircloughs model til kritisk diskursanalyse

Analysen af tekst som 'tekst' er en lingvistisk inspireret analyse, som bedst kan sammenlignes med den tekstanalyse man kender fra sprogundervisning. Her vurderes sætningsstrukturer, ordvalg, sproglig stil, samt hvordan argumenter underbygges med fx metaforer, referencer, anekdoter og eksempler. Fairclough sætter fokus på transitivitet, dvs. hvordan begivenheder og processer forbindes med subjekter og objekter, og på modalitet, der vedrører hvordan en sætnings dele udtrykker talerens affinitet (grad af tilslutning/sympati) med talens objekt (Fairclough, 1992; Fairclough, 2008; Jørgensen & Phillips, 2013).

Analysen af tekst som 'diskursiv praksis' fokuserer på produktions- og fortolkningsprocesser hos afsender og modtager af den kommunikerede tekst. Fairclough arbejder særligt med interdiskursivitet og intertekstualitet. Interdiskursivitet er når diskurser fra andre diskursordener introduceres i den lokale diskursorden. Hvis de introducerede diskurser vinder tilstrækkelig indpas, indgår de i den lokale diskursorden. På den måde re-konstitueres diskursordener løbende. En høj grad af interdiskursivitet peger, ifølge Fairclough, på et felt med en høj grad af (social) forandring.

Den diskursive praksis spiller på den måde en vigtig rolle i opretholdelsen af den sociale orden og mulig forandring. Intertekstualitet betyder at diskursen trækker på tidligere historiske kæder af tekster eller udtalelser.

Analysen af tekst som 'social praksis' er en kontekstualisering af den diskursive praksis, der finder sted på to niveauer: 1) en afdækning af relationer mellem diskursen og den diskursorden den indgår i, og 2) en kortlægning af den sociale matrice, dvs. ikke-diskursive sociale og kulturelle relationer og strukturer, der danner ramme for den diskursive praksis (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 98). Det er vigtigt at identificere institutionelle og økonomiske forhold der afgrænser de diskursive praksisser (ibid., s.98; Jørgensen, Dahl & Frederiksen, 2020, s. 137).

Analysens tre dimensioner er gensidigt afhængige, og fungerer som en helhed, hvorfor det ikke er muligt at få indblik i diskurserne, ved alene at se på én af dimensionerne. Vi vil gennem analyse i de tre dimensioner fremlægge forbindelser mellem den måde informanterne taler og den sociale praksis, hvilket uddybes nærmere i analysestrategien.

## Empirisk materiale

Undersøgelsens empiriske materiale består af kvalitative interviews med seks informanter: To sygeplejersker med en koordinerende funktion fra operationsafdelingen, to læger fra det kirurgiske speciale, og to sygeplejersker fra den kirurgiske sengeafdeling.

Interviews til brug for diskursanalyse bør anvende teknikker der fremhæver variation og forskellighed i respondenternes udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211-212). Formålet med interviewet er at udforske mangfoldigheden af diskurser om et givet fænomen, og ikke at nå frem til én sand fremstilling af virkeligheden. Respondenten skal ikke forsvare eller legitimere de forklaringsmodeller (diskurser), der anvendes i interviewet. Det diskursive interview gennemføres som en uformel samtale, hvor interviewer er en aktiv deltager og respondenter anskues som en medforsker i et dynamisk samarbejde om en virkelighedskonstituerende proces (Potter & Wetherell, 1987, jf. Kvale & Brinkmann, 2015, s. 215). I tråd med den socialkonstruktivistiske tilgang er interviewet ikke en neutral afdækning af en konsistent, eksisterende virkelighed, men en produktion af virkeligheden, som altid er i forandring og under udvikling, og det kritiske aspekt består i at synliggøre magtpositioner der skjuler sig under 'common sense'-udsagn.

## Rekruttering og udførelse af interviews

Rekruttering af informanter foregik ved kontakt til afdelingssygeplejerskerne og den ledende overlæge i specialet. Formålet med at etablere kontakt herigennem var, ud over den formelle tilladelse, at få ledelsens accept af at vi interviewede personalet i arbejdstiden. På baggrund af beskrivelser af vores projekt identificerede og inviterede overlægen to læger som accepterede invitationen. Sygeplejerskerne blev dels udpeget af afdelingssygeplejersken og dels udvalgt af os ud fra kriterier om, at de var fastansatte med mere end to års erfaring i afdelingen. Figur 2 viser en oversigt over informanterne.

På grund af informanternes travlhed valgte vi at opholde os på sygehuset på dagene for interviewene, idet det var svært at forudsige et tidspunkt, hvor informanterne havde tid til at tale med os.

Kode	Uddannelse	Funktion	Afdeling	Alder	Erfaring i afdelingen
SPL1	Sygeplejerske	Basissygeplejerske	Urologisk sengeafsnit	30-39	4 år
SPL2	Sygeplejerske	Basissygeplejerske	Urologisk sengeafsnit	30-39	3 år

BV1	Læge	1. reservelæge	Urologisk speciale	30-39	4 år
BV2	Læge	1. reservelæge	Urologisk speciale	30-39	4 år
OP1	Sygeplejerske	Operationskoordinator	Operationsafsnit/ Anæstesiologisk afd.	40-49	7 år
OP2	Sygeplejerske	Operationskoordinator	Operationsafsnit/ Anæstesiologisk afd.	50-59	5 år

Figur 2: Oversigt over informanternes funktion, tilhørsforhold og erfaring.

Interviewene blev gennemført af to interviewere som fulgte de skitserede principper for en uformel samtale, hvor interviewere og informant diskuterer emnet præoperativ ventetid. Under interviewene kontrasterede vi informantens fremlægning af sit perspektiv, ved at vi for eksempel refererede til en anden informants perspektiv. Baseret på viden fra forskningslitteraturen om ventetid udarbejdede vi en interviewguide (Figur 3) for at holde retning. Alle interviews blev gennemført og efterfølgende transskriberet.

<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan bliver patienter på akutprogrammet planlagt? Hvad er din rolle/funktion der?</li><li>• Hvordan kan det være at patienter, som skal have akut operation, ofte venter længe?</li><li>• Hvad skulle være/gøres anderledes for at de akutte patienter havde mindre ventetid?</li><li>• Tænkter du nogle gange på den enkelte patient som venter på akut operation? Kan du give et eksempel?</li><li>• Hvad mener du om patienternes ventetid? Synes du, ventetid er i orden?</li><li>• Ud fra dit personlige, men fagligt funderede perspektiv: Hvor længe synes du det er rimeligt at patienterne skal vente?</li><li>• Hvorfor er det et vilkår at patienten skal være tålmodig og vente (længe)?</li></ul>
---

Figur 3. Interviewguide om præoperativ ventetid for patienter som venter på akut operation.

## Etiske overvejelser

Informanterne gav samtykke til deltagelse i projektet og blev informeret både mundtligt og skriftligt om projektet og deres ret til at kunne trække deres tilsagn tilbage frem til anonymisering af materialet. Der blev ansøgt om tilladelse til at gennemføre undersøgelsen hos lederne på de involverede afdelinger. Inden interviewet begyndte, spurgte vi deltagerne om tilladelse til at optage interviewet. Lydfilen er efter transskribering og anonymisering blevet slettet. Materialet er udarbejdet i forbindelse med det afsluttende projekt på sygeplejerskeuddannelsen ved Professionshøjskolen Absalon, hvis gældende etiske og juridiske retningslinjer er fulgt.

## Analysestrategi

Det empiriske materiale til diskursanalyse bestod således af tekst fra interviews produceret ved transskription. Transskription er i sig selv en fortolkningsproces (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 92), fordi forskerne beslutter sig for en bestemt detaljegråd i omskabelsen af materialet fra lyd til tekst. Alle interviews er transskriberet i fuld udstrækning, og der er ikke foretaget selektion af det indsamlede materiale.

Vi har fulgt Faircloughs model for kritisk diskursanalyse systematisk. Vi identificerer diskurs ved at have særlig opmærksomhed på informantens ordvalg og hvordan han/hun omtaler faktorer der påvirker patientens ventetid, og på informantens egen tilslutning (affinitet) til disse faktorer. Som et analytisk greb installerer vi en diskursorden om patientens præoperative ventetid i analysen (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 146), og lader den omfatte alle de måder sundhedspersonale taler om ventetid. Gennem analysen af disse udsagn identificerer vi interdiskursivitet i diskursordnen for præoperativ ventetid, hvilket betyder at vi foreslår og sandsynliggør, at diskurser omfattet af diskursordnen for præoperativ ventetid stammer fra andre diskursordener). De fire diskurser som vi præsenterer i analysen fremkommer således ud af datamaterialet. Til analysen af tekst og diskursiv praksis (analysemodellens første og anden dimension) anvender vi et analyseskema med inspiration fra Jørgensen, Dahl & Frederiksen (2020) og Bergh, Friberg, Febe, Persson & Dahlborg-Lyckehage (2015).

Hvert interview blev analyseret for sig. Forfatterne læste interviewudskriftet og markerede særlige ord, talemønstre, artikulerede betoninger, og typer af belæg (narrativer, metaforer, mv.). Derefter gennemgik vi sammen hele interviewudskriftet linje for linje, og fremlagde hvad vi hver især havde bemærket og hvordan vi fortolkede det. Alle sproglige/tekstmæssige mønstre blev noteret i et analyseskema for det pågældende interview. Samtidig noterede vi informanternes udsagn og særlige emner i interviewet som vi anså for repræsentationer af diskurser fra andre diskursordner, hvilket henviser til analysemodellens anden dimension: diskursiv praksis. Der var mange sådanne artikulationer i hvert interviewudskrift og mange blev nævnt af flere informanter. Den samlede mængde af artikulationer på tværs af de seks interviewudskrifter blev herefter kondenseret i grupper, som udtryk for diskursive mønstre, det vil sige den samme 'måde' at tale om præoperativ ventetid på, omend med en opretholdelse af variansen mellem artikulationer. De forskellige grupper af udsagn faldt ud som modsvarende fire diskurser: en økonomisk/politisk diskurs, en biomedicinsk diskurs, en demokratisk diskurs og en humanistisk diskurs. Det er disse diskurser som præsenteres i analyseafsnittet om diskursiv praksis.

## Analyse

Analysen af diskurserne om patientens præoperative ventetid, følger som nævnt modellen (Figur 1) med de tre dimensioner i Faircloughs analysemodel: tekst, diskursiv praksis, og social praksis.

### Tekst

Ifølge Fairclough indeholder al tekst tre hovedfunktioner: en begrebsligt-strukturerende, en relationel og en tekstuel (Fairclough 1992, s. 169). Enhver tekst indeholder således en 'konstruktion af virkeligheden' (ibid.) – den er samtidig en gengivelse (*referring*) af virkeligheden og en fortolkning (*signifying*) af virkeligheden. Derfor, mener Fairclough, bør en diskursanalyse omfatte en semantisk-sproglig analyse af teksten.

### Transitivitet

Transitivitet vedrører hvordan en sætning udtrykker subjekts- og objektspositioner, eller en agents aktive handlen mod et specifikt formål, dvs. hvem der gør hvad, og evt. ved hvem (Fairclough, 1992, s. 177-185; Jørgensen & Phillips, 2013, s. 95). Analytisk fokuseres der på pronominer (stedord) men også verbets art, dvs. hvad der gøres. En analyse af transitivitet i teksten kan således identificere agenter hvis handlinger opretholder den eksisterende sociale orden, og agenter som med deres handlinger søger at skabe en forandring, og beskrive det indbyrdes styrkeforhold mellem disse parter – alt sammen set fra fortællerens/afsenderens perspektiv.



Analysen viser at sundhedspersonalet artikulere en objektiverende diskurs om patienterne. Patienter figurerer oftest som objekt i sætningers syntaks, eller fremgår som subjekt i sætningskonstruktioner, hvor subjektet er passivt, f.eks. patienter der "ligger og venter" eller som "bliver prioriteret" (IW, BV2).

Koordinatorerne på operationsgangen anvender ofte den samme sætningskonstruktion med dem selv som objektiveret subjekt, for eksempel "vi bliver nødt til" (IW, OP1). En anden, hyppigt forekommende sætningskonstruktion er sætningskonstruktionen med negation, som i "vi har ikke (... uanede ressourcer)" (IW, OP1). Begge sætningskonstruktioner bidrager til at kommunikere, at koordinatorerne ser sig selv som begrænsede af noget, der giver dem ganske få handlemuligheder, eller ikke tillader de handlemuligheder, som koordinatorerne kunne ønske sig.

Både læger og koordinatører henviser til en anonym, handlende agent i sætningskonstruktioner med 'man' som subjekt, når de retter kritik af politiske og økonomiske ledelsesbeslutninger, f.eks.: "Men det [et akutte leje (indsat af forfatterne)] har man valgt ikke at have her ... for man synes ikke der er akutte patienter" (IW, OP1). Effekten af dette udsagn er at agentens identitet sløres, og at informanterne undlader at stille nogen til ansvar for fraværet af et akutte leje.

'Man' bruges desuden på den måde, at når lægen taler om tværprofessionelt samarbejde (IW, BV2), benytter han universel transitivitet i kraft af "man", lige som brugen af "vi" og "os allesammen" understreger fællesskabet og det fælles mål i arbejdet.

### *Tekstens sprog og metaforer*

Metaforer er vigtige udtryk for struktureringer af vores videnssystemer, tanker og handlinger (Fairclough 1992, s.194). Koordinatorerne anvendte metaforer, når de beskrev koordineringen af operationer (IW, OP1 og OP2). "Der er så mange patienter der er på programmet ... mast ind i det tidsrum man har" (IW, OP2) er et sprogbillede der kommunikerer, at der er et u hensigtsmæssigt misforhold mellem mængden af patienter og mængden af operationstid. I et andet udsagn pointeres at operationsgangen "ikke har en bagage af ressourcer der bare sidder og venter" (IW, OP1), hvilket indikerer at alle tilgængelige ressourcer synes udnyttet maksimalt allerede. Dermed fungerer metaforen som en forklaring på at man ikke kan øge produktiviteten på operationsgangen, så den svarer til behovet.

### *Tekstens modalitet*

Modalitet er den måde hvorpå en informant viser sin grad af tilslutning til det udsagn som hun formidler (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 95). Kategorisk modalitet (Fairclough, 1992, s. 158-159) udtrykkes med præsensbøjning af udsagnsord (ibid.), som i følgende eksempler: "det koster jo penge", "det handler rigtig meget om ressourcer, prioritering og økonomi", "en politisk beslutning hvor mange ressourcer der er til det". Kategorisk modalitet fremstiller et perspektiv som om det var et faktum, og bidrager derved til at fremstille 'common sense', dvs. at det perspektiv der præsenteres er selvfølgeligt og ikke kunne være anderledes. Ligeledes anvender alle informanter adverbiet 'jo', som på dansk næsten er en semantisk markør for det naturaliserede og givne, da 'jo' er synonymt med 'som bekendt' eller 'selvfølgelig' (Den Danske Ordbog, u.d.). Obligatorisk modalitet (Bergh et al., 2015) udtrykker en bydende lovmæssighed, og artikulere med modalverber - "vi kan ikke bare...", "det skal man ikke". Ekspressiv modalitet (ibid.) er udtryk som forstærker effekten af udsagnet: "simpelthen" og "hele natten" (IW, SPL1).

### *Opsummering af tekst-dimensionen*

Analysen af teksten som tekst viser hvordan sætningskonstruktioner, sproglige greb, metaforer og modalitet, der giver diskursiv potens til informanternes udsagn i det empiriske materiale. Vi ser at særlige grammatiske mønstre medvirker til at artikulere en objektiverende diskurs om patienter, til at artikulere pres og begrænsede handlemuligheder hos koordinatører på operationsgangen og til at

anonymisere ansvaret, således at informanterne nedtoner deres kritik af de gældende forhold på operationsgangen.

## Diskursiv praksis

I analysen af teksten som diskursiv praksis identificeres intertekstualitet og interdiskursivitet, og der præsenteres fire diskurser i diskursordnen om patienters præoperative ventetid.

### *Intertekstualitet og interdiskursivitet*

Intertekstualitet er idéen om at tekster altid refererer til andre tekster, og på hvilken måde en tekst eller kommunikativ begivenhed relaterer sig til både forudgående og forventede kommunikative begivenheder.

Eksempelvis siger en OP-kordinator: "Vi har jo kun de slottider<sup>1</sup> vi har", "vi har jo ikke uanede mængder af ressourcer, desværre" (IW, OP1), og udtrykker derved en manifest intertekstualitet, gennem artikulationer om knaphed/utilstrækkelighed som kordinatorernes 'svar' til andre tekster, hvis udsagnskraft er en forventning til dem om at få operationsprogrammet til at inkludere alle operationer. En sådan anden tekst kunne i dette tilfælde være kommunikerede krav om øget produktivitet fra sygehusets ledelse.

Diskursen om patienternes præoperative ventetid relateres også til spørgsmålet om operationskapacitet på måder, som vedrører de sundhedsprofessionelle arbejdsvilkår. Eksempelvis fortæller en læge:

*For der er også nogle andre hensyn (...) altså, vi kan ikke bare sidde og operere hele natten. (...) Og så er det simpelthen ikke det, der er aftalt, hverken for de urologiske bagvagter eller for anæstesiologen eller for sygeplejerskerne på OP, at man skal have et program der nærmer sig noget elektivt, over natten. Det skal man ikke (IW, BV1)*

Citatet udtrykker en diskursiv praksis i kraft af en manifest intertekstualitet, gennem "det, der er aftalt", og "hensyn", dvs. organisationen skal tage hensyn til medarbejderne. I vores analyse finder vi kohærens (Fairclough, 2008, s.42) mellem "ikke det der er aftalt" og "det skal man ikke" med henvisning til en social norm eller common sense om at aftaler skal overholdes.

Undersøgelsen af manifest intertekstualitet henleder vores opmærksomhed på oppositioner mellem forskellige diskurser: "Man synes ikke der er akutte patienter" (IW, OP1) tolker vi som en manifest intertekstuel reference til et udsagn som informanten tidligere har hørt, og som hun i interviewet giver sin kommentar til ("men dét er der!"). Lægen siger, "vi véd der er akutte patienter" (IW, BV2). Dette "vi véd" kan også tolkes som intertekstuel reference, der kontrasterer en tidligere tekst, hvor der er udtrykt skepsis om behovet for mere operationskapacitet. Begge udsagn kan således tolkes som kritisk diskurs, der tilbageviser en dominant repræsentation af virkeligheden, hvor der er få akutte operationer og operationskapaciteten er tilstrækkelig.

I analysen af interdiskursivitet tematiserede vi ordvalg, særlige udtryk og argumenter som informanterne anvendte, ved omtale af patienternes præoperative ventetid. Tematiseringen gjorde det muligt at konstruere fire diskurser om præoperativ ventetid: en politisk/økonomisk diskurs, en biomedicinsk diskurs, en demokratisk diskurs, og en humanistisk diskurs. Vi præsenterer her de fire diskurser som resultat af analysen af den diskursive praksis.

---

<sup>1</sup> 'Slottider' henviser til det engelske substantiv 'time slots' - en tidsperiode, hvor noget kan eller er planlagt til at ske (Cambridge Dictionary, u.d.). Ved planlægningen af operationsprogrammet allokterer kordinatoren en 'slottid' eller 'time slot' til en bestemt operation.

### *Politisk/økonomisk diskurs*

Når informanterne fortæller om præoperativ ventetid, er de optaget af hvorvidt der er tilstrækkelige ressourcer til stede, og om ressourcerne udnyttes bedst muligt. Alle informanter taler om ressourcer og prioritering når de italesætter deres daglige arbejde. Koordinatorerne giver udtryk for at behovet for operationer overstiger operationsgangens kapacitet, både i form af fysiske operationslejer og bemanning. En koordinator udtaler: "Der er for mange patienter i forhold til de ressourcer man har" og giver udtryk for at de knappe ressourcer gør, at patienterne bliver: "mast ind i det tidsrum man har" (IW, OP2). En anden koordinator siger: "Vi har jo ikke uanede mængder af ressourcer ..." (IW, OP1). Der er overtaget opgaver fra andre sygehuse i regionen, så flere operationer nu skal gennemføres på dette operationsafsnit. Patienterne er mere svækkede og har flere sygdomme end tidligere, hvilket gør operationerne mere komplekse og tidskrævende. En 'pukkel' af operationer, som blev udskudt under COVID-19-pandemiens første bølge skal afvikles. Operationskapaciteten udnyttes allerede maksimalt i dagtiden. En løsning på problemet kunne være at forlænge dagtiden, men personalet ønsker ikke at arbejde mere uden en passende økonomisk godtgørelse. Samlet set tegner der sig et billede af en fastlåst situation med et øget pres på operationsafsnittet og særligt på det anæstesiologiske personale, som også har arbejdsopgaver uden for operationsgangen.

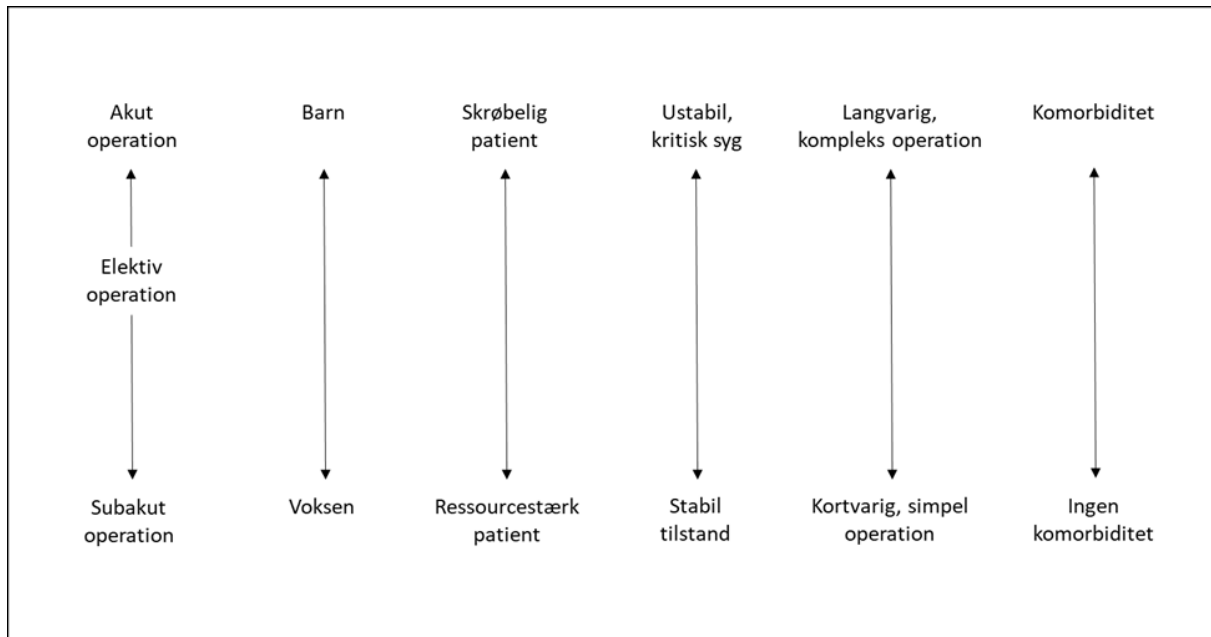
Den politisk/økonomiske diskurs er meget fremtrædende, fordi ressourcebevidstheden er grundvilkår for informanternes tanker og handlinger. I den politisk/økonomiske diskurs er tid en ressource som kan anvendes produktivt. Tid der allokeres til produktivitet anses for mere vigtig og værdifuld, end tid som bruges mindre produktivt.

### *Biomedicinsk diskurs*

Hvor den politisk/økonomiske diskurs er mest fokuseret på kvantiteten af produktivitet, er den biomedicinske diskurs orienteret omkring kvaliteten, f.eks. gennem italesættelse af den faglige vurdering og prioritering, der dikterer prioriteringen af operationernes rækkefølge.

I den biomedicinske diskurs ordens italesættes patientens ventetid i forhold til patientsikkerheden. Eksempelvis, at kritisk syge patienter venter kortere tid end mindre syge: "Inficerede patienter ... bliver prioriteret højere end ikke-inficerede patienter" (IW, BV2). Det er den lægefaglige kirurgiske og anæstesiologiske vurdering af hver enkelt patient og det indgreb som skal foretages, som er afgørende for hvor længe patienten skal vente. Informanterne taler om forskellige årsager, der påvirker prioriteringen af operationer. Herunder angives at patientens sundhedstilstand, f.eks. "alder og komorbiditet: har de sukkersyge?" (IW, BV2), og risikoen for komplikationer, "Der kan jo tilståde komplikationer" (IW, BV2), danner grundlag for prioriteringen af de ressourcer, der er til rådighed i forhold til at planlægge operation af akutte patienter.

I den biomedicinske diskurs er der en kritik af den politisk/økonomiske diskurs, der indikerer at præoperativ ventetid skyldes mangel på eller dårlig allokering af ressourcer, f.eks. fraværet af et akutteleje på operationsafsnittet. Ifølge lægerne omfatter operationer "i vagten", dvs. akutte operationer, forskellige grader af 'akutte' operationer. Det kirurgiske speciale i nyre- og urinvejs sygdomme har ganske få rigtig akutte operationer, men til gengæld mange sub-akutte operationer, som ikke er tidskritiske og kan udskydes i mange timer eller flere dage. Således er der en rangorden af operationer og patienttyper, som vi har skitseret i Figur 5.



Figur 5. Rangorden for prioritering af operationer og patientkarakteristik

Figur 5 illustrerer at patienter der venter på sub-akut operation har den laveste prioritet, og derfor bliver de opereret sidst. At være en patient der er langt tilbage i køen er ikke i sig selv et problem, men sammenholdt med den sociale realitet, hvor mængden af operationer på det akutte program overstiger operationskapaciteten, kan gruppen af sub-akutte patienter udskydes i lang tid, fordi der løbende tilkommer nye patienter som får højere prioritet.

Den biomedicinske diskurs fremstilles som ideel og fornuftig, og støttes i alle informanternes udsagn. Den påvirker patientens præoperative ventetid således, at alle patienter vurderes og prioriteres i henhold til prioriteringshierarkiet. Den biomedicinske diskurs og den politisk/økonomiske diskurs fylder mest i personalets fortællinger om operationsgangens aktiviteter.

### *Demokratisk diskurs*

Den demokratiske diskurs kommer til udtryk når læger og koordinatorene taler om, at samarbejdet om prioritering og afvikling af operationer bæres af værdier som ærlighed, fairness, ligestilling og samarbejde mellem specialerne. De giver udtryk for at samarbejdet bliver båret af et overordnet princip om det fælles mål. Koordinatorerne og lægerne har samme prioritet; de mest akutte tilfælde kommer først, men derudover tilstræber koordinatorene at fordele operationstid retfærdigt mellem de forskellige specialer. En hensynsfuld og fair fordeling modvirker nemlig at specialerne skal konkurrere mod hinanden om operationstid.

Informanterne synes generelt ikke at patienternes lange ventetid er i orden. Alligevel erklærer de, at nogen ventetid er acceptabel, og at patienterne også bør acceptere dette. Patienterne må acceptere ventetid fordi sygeplejerskernes arbejde med at klargøre patienten til operation tager tid, men også fordi patienten må udvise køkultur. En informant formulerer det således: "Vi er et fællesskabsorienteret samfund (...) det er først dig når det er din tur" (IW, SPL1).

Inden for den demokratiske diskurs findes også en lønmodtagerdiskurs om de sundhedsprofessionelles arbejdsvilkår. Til eksempel afviser læger og koordinatorene en udvidelse af deres arbejdstid. Endvidere omtaler de potentielle ændringer i arbejds gange som "belastninger".

I den demokratiske diskurs er ventetid begrundet med et demokratisk ideal om lige fordeling af ressourcer. Informanterne angiver at kolleger skal tage hensyn og give plads til hinanden inden for

fællesskabet, og at patienter bør se ud over deres egen situation og se ventetiden i et større samfundsperspektiv, herunder at sundhedsvæsenet skal kunne yde behandling til alle.

### ***Humanistisk diskurs***

Den humanistiske diskurs handler om omsorg og empati. Den kommer f.eks. til udtryk, når en informant angiver at hun "lægger en hånd på dem [patienterne (tilføjet af forfatterne)]" (IW, SPL1). Samme informant siger om sin egen rolle at hun "skærmer" patienterne, hvilket betyder at hun passer på dem og forsøger at beskytte dem mod unødige påvirkning af det der sker omkring dem.

Informanterne udtrykker et moralsk princip om, at patienternes liv og helbred kommer først. Den empatiske del af identiteten som sundhedspersonale kommer også til udtryk, idet alle informanter angiver at det er ærgerligt eller synd for patienterne at de skal vente. Der er på den måde en underliggende paternalisme i forhold til patienterne i den humanistiske diskurs. Sygeplejerskerne på sengeafsnittet taler om at se og vurdere den individuelle patients psykiske og fysiske behov for kortere ventetid, ud fra en humanistisk devise om at man må behandle mennesker forskelligt, for at behandle dem lige. Sygeplejerskerne giver udtryk for en skarp skelnen mellem almen utålmodighed og reelt psykisk behov hos patienten. Er tilfældet det sidste, agerer de gerne "talerør" og "katalysator" (IW, SPL1) på vegne af patienten, for at ændre rækkefølgen på operationsgangen, så patienten kommer hurtigere til operation.

Den humanistiske diskurs påvirker patienternes ventetid ved at bidrage med omsorg og tryghed, samt ved at sundhedspersonalet tager styringen for forløbet på vegne af patienten.

### ***Opsummering af diskursiv praksis***

Diskursordenen om præoperativ ventetid rummer således fire diskurser, der anvendes af sundhedsfagligt personale til at italesætte patientens præoperative ventetid. De fire diskurser er indbyrdes relaterede, og informanterne kombinerer dem på forskellige måder når de taler om patienters præoperative ventetid.

Præoperativ ventetid påvirkes af en politisk/økonomisk diskurs, som i kombination med den biomedicinske diskurs stiller krav til de sundhedsprofessionelle, om at udnytte ressourcerne mest optimalt og undgå spild af ressourcer, ved at vurdere og prioritere hver enkelt patient baseret på biomedicinsk viden, og give belæg for at prioritere og allokere tid til operation. Den politisk/økonomiske diskurs beskriver stærkt begrænsede ressourcer og krav om effektivisering, for også at opfylde krav til kvalitet og patientsikkerhed i en biomedicinsk forståelse.

På samme tid italesætter den biomedicinske diskurs det som problematisk at den politisk/økonomiske diskurs marginaliserer sub-akutte operationer i et system, der er indrettet til elektive operationer i dagtiden og enkelte akutte operationer uden for dagtiden.

Den præoperative ventetid påvirkes også af en demokratisk diskurs, der er kompleks. Den rummer diskurser om samfundssind, kollegial fairness og en lønmodtagerdiskurs om arbejdstid. Med lønmodtagerdiskursen insisterer de sundhedsprofessionelle på rimelige arbejdsvilkår for sig selv. Samtidig handler den demokratiske diskurs om at patienten ser sig selv som en del af et større hele, hvor det mest akutte behov bliver behandlet først.

Den humanistiske diskurs ses som en modsætning til den politisk/økonomiske diskurs. Informanterne italesætter omsorgsfulde relationer og empati med patienterne i den præoperative ventetid og taler patienternes sag, men er samtidig udtryk for sundhedsfaglig objektivisering af patienterne.

### ***Social praksis***

I analysens tredje dimension samles tekst og diskursiv praksis i den sociale praksis. Det sker ved at beskrive den sociale praksis og sociale struktur, og redegøre for diskursernes potentiale for at skabe

social forandring. Hos Fairclough er der et dialektisk forhold mellem diskursiv og social praksis, dvs. at den måde vi taler om virkeligheden, og den måde verden er (struktur) konstituerer den måde vi handler i verden på (social praksis), i en kontinuerlig proces (Fairclough, 1992, s. 64; Fairclough, 2008, s. 19; Jørgensen & Phillips, 2013, s. 26).

Sygehuset, hvor undersøgelsen er udført, befinder sig i en overgangsfase i disse år. Det er et ældre provinssygehus, som er blevet gradvist udviklet over en årrække og nu præsenterer sig som ét af regionens to specialsygehuse, og siden 2016 med status som universitetssygehus (Region Sjælland, 2013). Udviklingen følger en generel udvikling af det danske sundhedsvæsen gennem de sidste 20-30 år, der samler specialfunktioner på færre specialiserede sygehuse, og enten nedlægger eller gør andre provinssygehuse i regionen mere almene. Det er besluttet at aktiviteterne på universitetssygehuset samles og to tidligere sygehuse, flyttes til et nybygget supersygehus i 2025. Det betyder at operationskapaciteten på det nuværende sygehus ikke er blevet udbygget, samtidig med at man organisatorisk har samlet flere operationer og funktioner her, hvilket naturligvis øger presset på operationsgangen. Blandt andet derfor bliver den politisk/økonomiske diskurs særlig dominerende, fordi den følger den fysiske og organisatoriske struktur parallelt. Her er der tale om at diskursen reproducerer den sociale praksis. Operationstid bliver derved et sparsomt gode, og får en høj værdi i den sociale praksis. Det afspejles af koordinatore og læger, som er forvaltere af operationstid. Vi finder at der er etableret et magthierarki med centrum i operationsgangen, hvor koordinatore har den endelige magt til at fordele operationstid, men må gøre det i samarbejde med læger, for at kvalificere og klassificere prioriteringerne biomedicinsk.

Den demokratiske diskurs er artikulationen af en kulturelt baseret moral om ligestilling og retfærdighed. I relation til patientens præoperative ventetid er det relevant at den demokratiske diskurs konstruerer sygehuset som en af velfærdssamfundets mest prominente institutioner. Det forekommer relevant at sammenligne det vi kalder for demokratisk diskurs med en velfærdsdiskurs (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 83), der har været dominerende i det danske sundhedssystemets diskursorden. Velfærdsdiskursen beskriver patienten som en medborger, og sundhedssystemet som et gode alle borgere har ret til. Velfærdsdiskursen har i de senere år mistet terræn til en neoliberal forbrugerdiskurs, der konstruerer patienten som en forbruger og sundhedssystemets ydelser som en vare (ibid.). At patienten konstrueres som forbruger har den effekt at magtbalancen tipper i retning af patienten. Velfærdsstatens sundhedsvæsen har ikke længere monopol på sundhedsydelser, men kommer i konkurrence med en voksende privat sektor i sundhedssystemet, samtidig med at der inden for det offentlige tilbydes frit sygehusvalg. Patienten som forbruger bliver dermed beskrevet som et individ, som foretager individuelle valg, og derfor bliver patienttilfredshed et vigtigt parameter i sundhedssystemets kvalitetsmål (Frederiksen, 2019a).

Den humanistiske diskurs om at ventetid er synd for patienterne ses hos alle informanter, men i særlig grad hos sygeplejerskerne på sengeafsnittet. Når den humanistiske diskurs har en særlig rolle her, ser vi det som en effekt af en social konstruktion hvor patientens individualitet på sengeafsnittet får et større spillerum og opmærksomhed, end på operationsgangen, som varetager et kortere forløb med en mere biomedicinsk og teknisk/instrumentel objektiverende tilgang.

Når vi ser på sygehusets funktion gennem aktiviteterne på operationsgangen, i lægernes konferencerum, og i sengeafsnittet, finder vi en social praksis præget af en høj grad af standardisering. På operationsgangen er ventetidsgarantier og kræftpakkeforløb mv., politiske standardiseringsværktøjer, der bidrager til at ensarte og effektivisere arbejdsgangen, men som også presser produktionstempoet i vejret ved at sætte tidsfrister for behandlingen. Her er den humanistiske diskurs en modpol, der sætter det enkelte, hele menneske i fokus, frem for diagnose og standardiseret behandlingsplan. Herved udtrykkes diskursivt en politisk/økonomiske modmagt over for den top-down-dynamik, hvor regler og instrukser, der er vedtaget fjernt fra den sociale virkelighed på sygehuset danner et system, som mennesker skal tilpasse sig. Sygeplejersker der, som

nævnt under den humanistiske diskurs, agerer talerør og søger at katalysere handling på vegne af deres patient, forstår vi som en bottom-up- bevægelse, der med udgangspunkt i en erkendelse af den individuelle patients behov, forsøger at tilpasse systemet til mennesket. Jørgensen (2019) kalder dette for situationelt funderet sygepleje. Det er en tilgang, hvor patientens behandling forhandles i relationen mellem den sundhedsfaglige medarbejder og patienten, og hvor det nære og relationelle sættes i højsædet, men med den sameksisterende paternalistiske og handlingsorienterede objektivisme, som også rummes i diskursen. Analysen peger på at sygeplejersker i sengeafsnittet praktiserer denne tilgang i relation til visse patienter, hvilket giver et potentiale for social forandring i sundhedsvæsenet, men uden for alvor at vinde indpas fordi magten oppefra er hegemonisk.

## **Perspektivering af diskursanalysens fund**

Vi skal her kort genbesøge den internationale litteratur om patienters præoperative ventetid, som blev nævnt i introduktionen, og anvende den i en perspektivering af den kritiske diskursanalysens fund af de fire diskurser.

Tre diskurser fra vores analyse er også til stede i litteraturen. Den humanistiske diskurs er eksempelvis tydelig hos Gilmartin & Wright (2008), Svensson, Nielsson & Svantesson (2016) og Tavares Gomez, de Oliveira & Bezerra (2018), der interesserer sig for patientens oplevelse af ventetid. Her beskrives præoperativ ventetid som problematisk - primært fordi det er ubehageligt/utrygt/angstskabende for patienterne. Den humanistiske diskurs kobles også med den biomedicinske diskurs, eksempelvis ved at beskrive patientens stress og angst under ventetid således, at den kan medføre fysiske komplikationer som forsinket heling (Svensson, Nilsson & Svantesson, 2016). Artiklerne, der evaluerer interventioner til reduktion af præoperativ ventetid (Hovlid et al., 2013, Hommel, Ulander & Thorngren, 2003) begrundet interventionernes relevans med en blanding af argumenter fra den humanistiske, økonomiske og biomedicinske diskurs, hvor de to sidste er dominante. Eksempelvis fremgår det at kortere præoperativ ventetid øger hospitalets effektivitet og udnyttelse af sengekapaciteten, samt medfører reduktion af postoperative komplikationer, hvilket medfører såvel en bedre biomedicinsk behandlingskvalitet og en økonomisk besparelse for sundhedsvæsenet (Hommel, Ulander & Thorngren, 2003).

Flere af artiklerne tager udgangspunkt i sundhedsvæsenet i de nordiske velfærdsstater, men den demokratiske diskurs synes ikke at være tilstede.

## **Praxeologisk kritik af diskursanalysen**

De præsenterede diskurser tegner fronterne op i en historisk og ideologisk kamp om hvad et sygehus er eller skal være. I det 21. århundrede, hvor offentlige institutioner ifølge Fairclough i stigende grad koloniseres af en markedsdiskurs (Fairclough, 2008, s.162-164; Jørgensen & Phillips, 2013, s. 83), er operationsgangen på et offentligt sygehus en særlig bastion for en demokratisk velfærdsideologi, hvor alle medborgere behandles, og ingen kan købe sig ret til hurtigere behandling. Sideløbende finder en forhandling sted om forholdet mellem konstruktionen af patienten som uniformt produktionsobjekt og som et individ med individuelle behov. Kritisk diskursanalyse handler netop om at forholde sig kritisk til diskurser, specielt hvis der via analysen peges på ulige magtrelationer inden for diskurserne. Vi var kritiske i forhold til ventetiden for patienterne, og fandt det derfor relevant at undersøge de sundhedsfagliges diskurser omkring ventetid, og dermed undersøge om der var forskelle og ligheder der kunne løftes frem analytisk. Udfordringen var at det som rent faktisk italesættes af de sundhedsprofessionelle, kun udgør en begrænset del af den praktik de sundhedsprofessionelle indgår i, og af deres syn på den.

En af den kritiske diskursanalyseres begrænsninger er, at ikke alt er indeholdt og kan indfanges af sproglige repræsentationer, men i vid udstrækning er bundet i krop og materialitet jf. Bourdieu (2007). Der mangler så at sige en empirisk beskrivelse, som omhandler de objektive og ikke-italesatte strukturer hos informanterne og den praktik de indgår i. Udgangspunktet for en praxeologisk analyse kan godt være tekster fra interviews, men analyseobjektet er ikke ord og begreber, men tekstens og diskursernes sociale betydning og analysen omfatter såvel symbolske repræsentationer som objektive strukturer (Mathiesen & Højbjerg, 2004). Med andre ord, så kan man sige at diskursen viser en del af strukturen, men er ikke hele strukturen (Hovmark, 1996). Vi har i praxeologisk forstand lavet en del af arbejdet, men for at konstruere den symbolske side af praktikken og/eller rekonstruere agenternes habitus mangler vi noget.

Vi fremanalyserer ved hjælp af den kritiske diskursanalyse, nogle centrale diskurser af betydning for forholdene omkring magthierarkiet der omgiver sundhedsvæsenet, og knytter problematikken om ventetid til dette. Men det er også indlysende at social forandring i praksis forudsætter mere end justeringer af diskurserne, og her viser den kritiske diskursanalyse sin svaghed, fordi vi savner et bredere empirisk grundlag, f.eks. gennem en kortlægning af hierarkiets sociale sammensætning og positionering, for at blive i stand til at forklare for hvem og hvordan det ville være muligt at gennemføre social forandring.

Det noget vanskelige ved de beskrevne 'markedsdiskurser' som den politiske/økonomiske diskurs i analysen repræsenterer, er at de også på sundhedsområdet de seneste 20 år, er indarbejdet i ledelse og styring af sundhedsvæsen og sundhedsprofessioner, ud fra neolibérale politikker og styringsrationaler (Frederiksen, 2019b).

Den neoliberale politik har relativt ubemærket bevæget sig ind i velfærdsstatens institutioner som bærer af nye sociale logikker og en rationalitet, der kan være vældig vanskelig at indfange (Dahl, 2012). Wacquant (2012) peger på at analysen af neoliberalisme ofte kommer til at stå mellem hegemoniske økonomiske modeller reduceret til økonomi og Foucaults (eller måske Faircloughs?) utilstrækkelige tilgang til governmentality reduceret til diskursiv styring. Dermed kommer man til at mangle et blik for de sociale effekter af neoliberalismen, som introduceres gennem den politisk/økonomiske diskurs vi beskriver, som er meget andet end økonomiske, fordi der introduceres systemer, som er frigørende i toppen af samfundet og undertrykkende i bunden (Wacquant, 2012). I vores præsentation af en skitse over et prioriteringshierarki i Figur 5 illustreres at der ud fra en rationel drift og evidensbaseret viden, finder en tilsyneladende retfærdig prioritering sted. Vi ser her ansatsen til den sociale slagside som også sygehuset medvirker til at reproducere jf. Wacquants pointe. De patienter som er mest syge (akutte) prioriteres først – men de som er syge (sub-akutte) prioriteres lavest, og det er ofte den sidstnævnte gruppe som rummer de kronisk syge, svage, udsatte og pleje- og behandlingskrævende patienter. Hele systemet er indrettet til at tage sig af de elektive patienter, der ofte er de mest raske, ressourcestærke og mindst pleje- og behandlingskrævende patienter. De sub-akutte må vente til de bliver tilstrækkeligt syge til at de bliver omklassificeret som akutte, eller til der bliver tid til at tage sig af dem. Dette er udtryk for en symbolsk vold, som udøves over for de svageste grupper, mens systemet begunstiger de stærkeste grupper. Det kan man i vores undersøgelse ligeledes tilskrive som en social effekt af neoliberalismen, og det virker ret overbevisende at ventetid rummer et socialt og stratifikatorisk problem, som skjules af den demokratiske diskurs. Analogt hertil peger Frederiksen (2019a) i sin analyse af patientinddragelse på, at demokratiske inddragelsesprocesser også virker politisk ved at legitimere de dominerendes beslutninger gennem at inddrage ressourcestærke 'professionaliserede patienter'.

Praxeologisk set har diskursanalysen fat i en del af en magtanalyse, hvor koordinatore og læger sammen danner en form for magtcenter, sådan som vi tidligere har beskrevet om den sociale praksis, men analysen savner redskaber til at bryde, forløse og forklare sammenhængen. Det forudsætter



yderligere empirisk undersøgelse, samt nogle andre teoretiske og analytiske redskaber at belyse den sociale praksis yderligere.

## **Sammenfatning**

I artiklen viser vi at den socialkonstruktivistiske tilgang, bidrager til at undersøge og udfordre selvfølgheden blandt sundhedspersonale om patientens præoperative ventetid, men også rummer nogle begrænsninger. Diskursanalysen af interviewene med sundhedsprofessionelle viser en diskursorden om patienters ventetid som indeholder fire ideologisk funderede diskurser: en politisk/økonomisk diskurs, en biomedicinsk diskurs, en demokratisk diskurs og en humanistisk diskurs. Ved at beskrive diskurserne enkeltvis og redegøre for deres indbyrdes relationer som led i et hierarki, peger vi på at den sociale praksis overvejende reproducere af diskursordenen. Diskursanalysen peger på de betydelige diskursive kampe, der er repræsentationer af institutionelle hierarkiske magtkampe. Det er kampe som vi ikke kan forklare inden for den diskursanalytiske ramme, men som man med en praxeologisk optik, kan forklare mere generelt knytter an til udviklingen i den neoliberale velfærdsstats styring af sundhedsvæsenet. Det kommer eksempelvis til udtryk i spændingen om balancen mellem patientcentrering og standardisering. Diskursanalysens resultater bidrager til den kritiske opmærksomhed omkring den sociale praksis om ventetid hos de sundhedsprofessionelle, men kan ikke i sig selv medvirke til at social forandring kan finde sted. Dertil savner diskursanalysen den empiriske undersøgelse af de strukturelle, materielle og organisatoriske forhold som er baggrunden for diskursen, hvor de sundhedsprofessionelle må forstås som mere end informanter, men som repræsentanter for en historisk konstruktion af deres profession og institution, hvilket forudsætter yderligere empirisk undersøgelse baseret på en praxeologisk rammesætning.

## **Taksigelser**

Tak til sygeplejerske Katrine Mechernsee for hendes indsats i forbindelse med studiet af hverdagspraksis omkring ventetid, og diskursanalysen som ligger bag denne artikel.

## Litteraturliste

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2016) [1966]. *Den samfundsskabte virkelighed. En videnssociologisk afhandling*. 3. udgave. København: Akademisk Forlag.
- Bergh, A.-L., Friberg, Febe, Persson, E. & Dahlborg-Lyckehage, E. (2015). Registered Nurses' Patient Education in Everyday Primary Care Practice: Managers' Discourses. *Global Qualitative Nursing Research*, s.1-12. <https://doi.org/10.1177/2333393615599168>
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels forlag
- Brady, M. C., Kinn, S., Stuart, P. & Ness, V. (2003). Preoperative Fasting for Adults to Prevent Perioperative Complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, s. 1-125. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004423>
- Carr, T., Teucher, U. C. & Casson, A. G. (2014). Time While Waiting: Patients' Experiences of Scheduled Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), s. 1673-1685. <https://doi.org/10.1177/1049732314549022>
- Dahl, H. M. (2012). Neo-liberalism Meets the Nordic Welfare State – Gaps and Silences, *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 20(4), s. 283-288. <https://doi.org/10.1080/08038740.2012.747790>
- Denkyi, L. (2020). An Exploration of Pre-Operative Fasting Practices in Adult Patients Having Elective Surgery. *British Journal of Nursing*, 29(7), s. 436-441. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.7.436>
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge, Storbritannien: Polity Press.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Frederiksen, J. (2019a). Fra politiske strategier til inkluderende praksisser - sociologiske perspektiver. I: K. Jørgensen (red.) *Patientinddragelse - politik, profession og bruger*. København: Samfundslitteratur, s. 47-63.
- Frederiksen J. (2019b). The Jigsaw Puzzle of Governance by Soft Terms in Healthcare: Capturing the Neoliberal Impact of Health Policy on Nurses' Work. *Praktiske grunde – tidsskrift for nordisk kultur og samfundsvidenskab*. 13. årg. (1-2): 7-24
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day Surgery: Patients Felt Abandoned During the Preoperative Wait. *Journal of Clinical Nursing*, årgang 17, s. 2418-2425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x>
- Hommel, A., Ulander, K. & Thorngren, K.-G. (2003). Improvements in Pain Relief, Handling Time and Pressure Ulcers through Internal Audits of Hip Fracture Patients. *Nordic College of Caring Sciences*, årgang 17, s. 78-83. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00212.x>
- Hovlid, E., von Plessen, C., Haug, K., Aslaksen, A., & Bukve, O. (2013). Patient Experiences with Interventions to Reduce Surgery Cancellations: A Qualitative Study. *BMC Surgery*, 13(30), s. 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-30>
- Hovmark, H. (1996): Konstitueringen af det universitetspædagogiske felt i Frankrig (ca. 1960-1993). En analyse af en 'offentlig' diskurs, Kandidatspeciale, Romansk institut, Københavns universitet.
- Jørgensen, K. (2019). Patientinddragelse - en social konstruktion. I: K. Jørgensen (red.) *Patientinddragelse - Politik, Profession og Bruger*. København: Samfundslitteratur, s. 67-86.
- Jørgensen, K., Dahl, M. B. & Frederiksen, J. (2020). Coherence in intersectoral collaboration between psychiatric centres and community mental healthcare: a critical discourse analysis. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(3), s. 130-141. <https://doi.org/10.1177/2057158520935388>

- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2013). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lassen, T. (2013). Patientkultur i historisk perspektiv. I: A.-M., Graubæk (red.). *Patientologi*. 2. Udg. København: Gads Forlag, s.231-245.
- Mathiesen A. & Højbjerg H. (2004) Sociologiske feltanalyser: Om at anvende Bourdieus feltbegreb i historisk konkrete analyser. I Fuglsang L. & Bitsch Olsen P. (red.) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: på tværs af fagkulturer og paradigmer* (s. 233-274). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Mazzocato, P., Unbeck, M., Elg, M., Sköldenberg, O. & Thor, J. (2015). Unpacking the Key Components of a Programme to Improve the Timeliness of Hip-Fracture Care: A Mixed-Methods Case Study. *Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(93), s. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0171-6>
- Petersen, E. N. & Schaffalitzky de Muckadell, C. (2014). *Videnskabsteori - Lærebog for sundhedsprofessionelle*. København: Gads Forlag.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour*. London, Storbritannien: SAGE Publications Ltd.
- Pulkkinen, M., Junttila, K. & Lindwall, L. (2016). The Perioperative Dialogue - A Model of Caring for the Patient Undergoing A Hip or A Knee Replacement Surgery Under Spinal Anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, årgang 30, s.145-153. <https://doi.org/10.1111/scs.12233>
- Region Sjælland, 2013. Regionsjaelland.dk. [Online] Tilgængelig på: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/roskildesygehus/Om/hospitalet2024/udvikling/Sider/Roskilde-sygehus-i-dag.aspx> [Åbnet 13. december 2020].
- Svensson, M., Nilsson, U. & Svantesson, M. (2016). Patients' Experience of Mood While Waiting for Day Surgery. *Journal of Clinical Nursing*, årgang 25, s. 2600-2608. <https://doi.org/10.1111/jocn.13304>
- Tavares Gomes, E., de Oliveira, R. C. & Bezerra, S. M. M. d. S. (2018). Being-patient-waiting-for-cardiac-surgery: the preoperative period under the Heideggerian perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), s. 2392-2397. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0506>
- Vaaben, N. & Plotnikof, M. (2019). Indledning. I: N., Vaaben & M., Plotnikof (red.) *Tid til velfærd? Tidsorganisering i velfærdsprofessionerne*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 13-34.
- Wacquant, L. (2012). Three steps to a historical anthropology of actual existing neoliberalism. *Social anthropology*, 20 (1), s. 66-79.
- Ward, P., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carni, S. & Meyer, S. (2017). 'Waiting For' and 'Waiting In' Public and Private Hospitals: A Qualitative Study of Patient Trust in South Australia. *BMC Health Services Research*, 17(333), s. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2281-5>
- Zeynep, T., Gozde, T., Ikbali, C. & Emel, S. (2020). Pre-Operative Comfort Levels of Patients Undergoing Surgical Intervention. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), s. 1339-1345.