

Master of Public Governance

Foråret 2016

Vejleder:

Lektor, Prodekan, PhD, Christian Tangkjær, Institut for Organisation, CBS

# Patientinddragelse - den rette disponering!



Åse Mikkelsen

Antal anslag inkl. mellemrum: 113 704

(Ekskl. forside, indholdsfortegnelse og litteraturliste)

## Abstract

Patient involvement in the Danish health care system is a new phenomenon, which became a reality in the summer of 2013. Knowledge and experience on a national level is therefore scarce. Due to the lack of experience when it comes to patient involvement in the Danish health care system, Danish hospitals have used a trial and error approach, which is loosely based on international experience.

In this paper I will examine the strategy of involving patients and their relatives in Holbaek Hospital. It is the strategy as a management tool, which is the object of the project. The analysis conducted in this paper is solely based on a text level.

I'm examining, how the institutional environments have been a determining factor in the 11 activities selected by the hospital. These 11 activities are part of the strategy concerning patient involvement, which constitutes what patient involvement is on this particular hospital. For this analysis I use the theories of institutional isomorphism created by Paul J DiMaggio & Walter W Powell and John W Meyer & Brian Rowan.

Furthermore, I examine how the hospitals strategy for patient involvement in the health care system establishes certain visibility fields and how the staffs' opportunities, when it comes to involving the patient and their relatives, are conditioned by the strategy. For this particular analysis I use Mitchell Dean's interpretation of Foucault's ideas about discourses, power and management along with Dean's governmentality-analysis.

The paper is a single case study and the empirical material is the hospitals strategy including both the appendix' of the Strategy and the material, which according to the Strategy constitutes its boundaries.

I found that the hospital had adjusted the Strategy's activities to the norms and values that were the most dominating in the organizational field. This was done in order for the hospital to appear modern and responsible. The pressure from the hospitals organizational surroundings has resulted in nine of 11 activities in the hospitals strategy are selected on the basis of coercive isomorphism.

Moreover, several of the 11 activities fit well with the efficiency logic at the hospital in general.

Furthermore, I conclude that the main problem here the strategy seeks to control relates to bad results in the annual national patient experience surveys.

A solution to this problem is to treat the patient as a responsible citizen. By doing so it's possible to give the patient some kind of influence and freedom to choose what's the right thing for the patient to do.

Via empowering doctors and nurses, hopefully they could be motivated to include the patient despite the usual barriers such as lack of time and poor physical surroundings.

## Indholdsfortegnelse

Abstract.....	2
Indholdsfortegnelse .....	3
Indledning .....	4
Problemfeltet .....	5
Problemformulering .....	8
Projektets teoriperspektiver .....	9
Institutionel isomorfi .....	9
Magt og styring - governmentality .....	11
Governmentality-analytik og de analytiske dimensioner .....	14
Metode .....	16
Empiri og analysetilgang - Strategien og sygehusets institutionelle omgivelser .....	16
Empiri og analysetilgang - Strategien som styringsredskab.....	17
Analyse - Strategien og sygehusets institutionelle omgivelser .....	20
Analyse - Strategien som styringsredskab .....	29
Strategiens synlighedsfelter .....	29
Aktiviteten - ”Minimere relevante barrierer for patientinddragelse” .....	35
Konklusion .....	41
Perspektivering .....	45
Personlig udviklingsplan .....	46
Litteraturliste .....	48
Bilag 1 .....	50

## Indledning

Brugerinddragelse, borgerinddragelse, patientinddragelse i sundhedsvæsenet og lignende ord er i stigende grad blevet italesat de sidste par årtier både i et bredere samfundsmæssigt perspektiv og mere specifikt inden for sundhedsvæsenet.

Hvad ordene konkret dækker over indholdsmæssigt og hvad det vil sige i sygehusvæsenets kontekst, er der fortsat i 2015 forskellige forståelser af (Pedersen, 2015: 1).

Regeringens sundhedspolitiske udspil tilbage i foråret 2013 understregede imidlertid, at ordene var andet end ”tom snak”. Således kunne man den 1. maj 2013 på Danske Patienter’ internetside læse, at regeringen havde afsat 20 mio. kroner i perioden 2014 til 2017 til inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsens brev til aktører i sundhedsvæsenet i juni 2013 indeholdt bl.a. en beskrivelse af visionen for borgerinddragelse, som var blevet til i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Patienter, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, og var i brevet formuleret som følger:

*Vores fælles vision er et sundhedsvæsen, som:*

- *Anerkender borgernes viden som nødvendig og ligeværdig*
- *Reelt inddrager borgeren i beslutninger om egen sundhed og behandling, så indsatsen så vidt muligt tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens livssituation, behov og ressourcer*
- *Inddrager borgeres, patienters og pårørendes perspektiver i udvikling af sundhedsvæsenet*
- *Er tilgængeligt og fleksibelt i forhold til den hverdag og det liv, borgeren lever<sup>1</sup>*

Dermed var grundstenene lagt til konkrete handlinger i sundhedsvæsenet.

I Region Sjælland blev visionen for borgerinddragelse tildelt titlen, ”Patienten som partner” og flere aktiviteter blev iværksat på regionsniveau. Der blev bl.a. lavet regionale retningsgivende dokumenter, som stillede krav til regionens sygehuse om at sikre en systematisk tilgang til arbejdet med brugerinddragelse på sygehusniveau. Hermed var bolden videregivet.

---

<sup>1</sup> [http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/~/\\_media/60557F5BBD6B4A18853655EFD4DF363D.ashx](http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/~/_media/60557F5BBD6B4A18853655EFD4DF363D.ashx)

## Problemfeltet

For at udfolde regionens visioner og strategi i relation til brugerinddragelse på sygehusniveau, og for at afstemme det i forhold til de visioner, som i øvrigt forelå som pejlemærker for Holbæk Sygehus, udarbejdede sygehuset sin egen strategi for området.

Det har ydermere været et krav fra Region Sjælland, at regionens sygehuse skulle fremsende handleplaner inkl. proces- og effektmål for de planlagte aktiviteter til fremme af brugerinddragelse. Hvis sygehuset ved udgangen af 2015 kan dokumentere, at handleplanen er fulgt og proces- og effektmål er indfriet i en tilfredsstillende grad vil de økonomiske midler, som det enkelte sygehus er stillet i udsigt, blive overdraget til sygehuset <sup>2</sup>. For Holbæk Sygehus drejer det sig om et millionbeløb.

Sygehuset har i juli måned 2015 udgivet en revideret strategi for brugerinddragelse – en version to med titlen; ”Strategi for Patienten som partner 2015 – 2017 på Holbæk Sygehus” (fremover benævnt som Strategien).

Det er Strategien som et styringsredskab, der er dette projekts genstandsfelt. Min ambition er analyse af Strategien på tekstens plan.

Indholdet i Strategiens version to omfatter både kendte og nye planer for området. Den omfatter tre dele – en retningslinje og to bilag (bilag 1). I retningslinjen er formålet beskrevet, rammerne for strategien er oplistet og ansvarsfordelingen i forhold til implementering og efterlevelse af strategien er præciseret.

Det ene bilag indeholder gentagelser fra retningslinjen, strategiens tre målsætninger og en oversigt over de 11 aktiviteter, som skal iværksættes.

Det andet bilag indeholder en uddybning af de 11 aktiviteter. De er beskrevet med formål, et varierende antal procesmål inkl. tidsramme og effektmål.

Strategiens tre målsætninger har flg. ordlyd:

- *”Vi inddrager patienter og pårørende i udviklingen af sygehuset – Når vi inddrager patienter og pårørende i organiseringen af sygehuset, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.”*
- *”Vi inddrager patienter og pårørende i egen behandling – Når vi inddrager patienter og deres pårørende i behandlingsforløbet, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.”*
- *”Vi vil kompetenceudvikle ledere og personale til øget patientinddragelse – Med ledelsesfokus og kompetenceudvikling opnår vi højere grad af succes med vores tiltag, end hvis vi lader være.”*

Strategiens aktiviteter er forskellige. Eksempelvis omhandler én af aktiviteterne, at vi skal ”Minimere relevante barrierer for patientinddragelse”.

---

<sup>2</sup> Driftsaftalen 2015, Holbæk Sygehus og Region Sjælland. - <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2014/Documents/1911/2439622.PDF>

En anden aktivitet stiller krav om, at vi i hvert afsnit løbende indhenter feedback fra patienter og pårørende i forbindelse med deres kontakt til sygehuset, og at vi dokumenterer forbedringer på baggrund af den indkomne feedback. To gange årligt vidererapporteres forbedringstiltagene til sygehusets Kvalitetsenhed med henblik på spredning af ideer.

I korte træk er Strategien som genstand kendetegnet ved, at målene har et direkte sigte på sygehuset og dets personale. Sygehusets personale skal udføre samtlige aktiviteter, for så opnår vi ”langt bedre behandlingsresultater” og ”succes med vores tiltag”. At aktiviteterne er vigtige understreges af det faktum, at økonomiske midler er koblet til disse.

Min anknytning til Strategien skal forstås i forhold til min jobfunktion som kvalitetsmedarbejder i en stabsfunktion til én af afdelingsledelserne på Holbæk Sygehus. Udmøntningen af Strategien i de enkelte afsnit i vores afdeling er et af mine ansvarsområder i samarbejde med afdelingsledelsen. Derfor er Strategien et vigtigt styringsredskab for mig i min planlægning og udførelse af aktiviteterne på vejen mod inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling og udviklingen af sygehuset.

Hvorfor lige netop disse 11 aktiviteter frem for mange andre mulige aktiviteter? Region Sjælland har ikke forlangt, at bestemte aktiviteter skal indgå i Strategien. Der har tilsyneladende været ”frit valg” for Holbæk Sygehus, hvad angår valg af aktiviteter til inddragelse af patienter og pårørende. Hvad har da været styrende for sygehusets valg af de pågældende aktiviteter?

Inden for institutionel teori beskrives, at organisationer foretager aktiviteter, som ikke nødvendigvis er rationelle og bidrager til øget effektivitet og bedre kvalitet. I stedet fortages de for at tilgodese de herskende værdier i omgivelserne med henblik på at fremstå legitime i omgivelsernes øjne (DiMaggio og Powell, 1983: 150).

Kan aktiviteterne i Strategien være valgt primært for at tilgodese omgivelsernes forventninger til sygehuset, frem for at understøtte inddragelse af patienter og pårørende? Konsekvensen heraf kan blive, at sygehusets kliniske personale, som skal praktisere inddragelse af patienter og pårørende, ser et eller flere af aktiviteterne som værende uden værdi for patienten. Sidstnævnte kan få indflydelse på omfanget og kvaliteten af inddragelse af patienter og pårørende på Holbæk Sygehus.

”Inddragelse af patienter og deres pårørende – men det gør vi da allerede” har flere personaler fremført, og givet konkrete eksempler på, hvordan de har inddraget patienter og pårørende. Hvorfor en strategi for det?

Jeg vælger at se Strategien som et bud på, hvordan nogle problemer forsøges løst på en bestemt måde – velvidende at et problem ikke er en entydig og naturgiven størrelse. Problemativering og måden at løse et problem på afhænger af ”øjnene, der ser”. Den særlige måde, problemet er et problem på, er resultatet af en bestemt måde at anskue verdenen på. Den særlige måde, som problemer omkring inddragelse af patienter og pårørende er problemer på, kunne altså have været anderledes. Så ville Strategien have haft et andet indhold.

Følgelig gør Strategien noget ved vores måde at forstå inddragelse af patienter og deres pårørende på. Strategien søger at lede i en bestemt retning, og den retning er ikke naturgivet – den kunne have været en anden.

Strategien som styringsredskab bevirker altså mere end blot at foreskrive gennemførelse af de omtalte aktiviteter. Strategien leder gennem sit sproglige indhold, men hvad er det for en virkelighed, den konstruerer ved at skrive om den på netop den måde frem for alle andre? Med Michel Foucaults perspektiver på magt og styring, så disponerer Strategiens sproglige og begrebsmæssige indhold det rum, hvori patientinddragelse skal foregå (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 23-24).

I den optik definerer og afgrænser Strategien, hvad vi skal forstå ved patientinddragelse og hvordan patientinddragelse skal effektueres.

At strategier, politikker, kontrakter og lignende styringsredskaber, der anvendes inden for offentlig styring i Danmark, bringer mere i spil, end de umiddelbart foregiver at gøre, findes der forskellige undersøgelser af.

Lisa Dahlager viser i sin Ph.d.-afhandling, hvordan et program for den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale søger at forme såvel sundhedspersonalet som patienterne. Gennem sine analyser viser hun, hvordan programmet konstituerer et rum, der søger at lede både sundhedspersonale og patienter mod bestemte måder at tænke og lede sig selv på samt regulere deres relationer til andre på.

Programmets eksplicite målsætning er en adfærdsændring hos de patienter, der ryger eller indtager alkohol i større mængde end Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Dahlagers analyse viser bl.a., hvordan programmet på trods af målsætningen tillige søger at styre sundhedspersonalet til at være fysiske rollemodeller for det budskab, som de skal formidle til patienterne (Dahlager, 2005: 251-254).

Hvad mere sætter Strategien på spil, end den foregiver – og hvordan kan sygehusets valg af aktiviteter til inddragelse af patienter og pårørende forstås? Dette er hvad mit projekt søger at afdække.

Projektet er også et personligt ledelsesudviklingsprojekt. Min ambition er at få et sprog og et analyseapparat til at kunne undersøge og tale om styring og dens virkemåder.

Mitchell Deans udlægning af Foucault' tænkning om diskurser, magt og styring tilbyder et sådant analyseapparat, og DiMaggio og Powell' teori om institutionel isomorfi tilbyder et begrebsapparat til at forstå organisatoriske forandrings tilpasning til omgivelsernes normer og værdier.



## Problemformulering

Jeg vælger i dette projekt udelukkende at fokusere på Strategien på tekstens plan – på diskursniveau.

Det betyder, at jeg afstår fra at undersøge, hvad der faktisk sker i mødet mellem Strategien og praksis – på handlingens plan. Det vil blive for omfattende inden for rammerne af dette projekt.

Med udgangspunkt i problemfeltet og afgrænsningerne er min problemformulering:

**Hvordan har Holbæk Sygehus afpasset indholdet i ”Strategi for Patienten som partner 2015 – 2017 på Holbæk Sygehus” i forhold til sygehusets institutionelle omgivelser, og hvordan betinger den personalets muligheder for at inddrage patienter og pårørende på Holbæk Sygehus?**

Til belysning af spørgsmålet og som retningsgivere for min analyse har jeg flg. underspørgsmål:

1. Hvordan kan Strategien forstås som sygehusets respons på kravet om inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling og udvikling af sygehuset?
2. Hvilke problemer og løsninger bringer Strategien frem i synlighedsfeltet og hvem rettes styringen imod?
3. Hvordan søger Strategien at styre personalet til at inddrage patienter og pårørende?

Med ”institutionelle omgivelser” menes i dette projekt feltet af organisationer, som Holbæk Sygehus er en del af. Organisationerne i feltet har en øget interaktion vedrørende inddragelse af patienter og pårørende.



## Projektets teoriperspektiver

### Institutionel isomorfi

Institutionel teori har fokus på nødvendigheden af acceptable og passende løsninger på organisatoriske udfordringer - løsninger, der samtidig kan legitimere organisationens handlinger. Inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling og udviklingen af sygehuset kan betragtes som en organisatorisk forandring, som sygehuset skal finde en ”passende” måde at handle på.

DiMaggio og Powell beskriver, at organisationer foretager forandringer, som ikke er rationelle i klassisk-økonomisk forstand, men i stedet foretages med henblik på at fremstå ansvarlige og moderne som de andre organisationer i det organisatoriske felt og for at opnå legitimitet i feltet (DiMaggio og Powell, 1983: 147) (Meyer og Rowan, 1977: 348-352). Et organisatorisk felt er kendetegnet ved at bestå af et antal organisationer, som har fælles karakteristika, og hvor organisationerne er gensidigt forbundne.

Et organisatorisk felt er institutionelt defineret, dersom der er en øget interaktion imellem de forskellige aktører i feltet; når feltet er præget af en dominansstruktur; når der er en forstærket informationsstrøm, som feltets organisationer må forholde sig til; og endelig en gensidig forståelse af, at de er en del af det samme felt (DiMaggio og Powell, 1983: 148).

Holbæk Sygehus indgår også i et institutionelt felt, omfattende bl.a. Region Sjælland, staten og forskellige patientorganisationer.

For at opnå accept og fremstå som legitim i feltet, må sygehuset som organisation efterleve de formelle regler og normative rammer, som tages for givet i dette felt.

Inden for den institutionelle tilgang bruges begrebet isomorfi om det pres, som omgivelserne udøver over for organisationer. DiMaggio og Powell definerer isomorfi som

*”... a constraining process that forces one unit in a population to resemble other units that face the same set of environmental conditions.”* (DiMaggio og Powell, 1983: 149).

De skelner analytisk mellem tre former for isomorfi: tvangsmæssig, mimetisk og normativ isomorfi.

Forandringer foranlediget på baggrund af tvangsmæssig isomorfi fremkommer, når en organisation oplever et formelt eller uformelt pres fra andre organisationer, som de i et eller andet omfang er afhængige af. Presset kan komme til udtryk på forskellig vis f.eks. i form af lovgivning, en direkte invitation til at deltage eller et løfte om økonomisk bevilling, hvis organisationen efterlever bestemte ønsker. Også kulturelle forventninger fra samfundet kan opleves som et pres, organisationen ikke kan sidde overhørigt (DiMaggio og Powell, 1983: 150-151).

I det organisatoriske felt som Holbæk Sygehus er en del af kan tvangsmæssig isomorfi forekomme fra flere aktører. Lovgivningsmæssigt skal sygehuset rette sig efter statens love og Region Sjælland garanterer sygehusets økonomiske grundlag, hvorfor de begge er magtfulde aktører i feltet.

Mimetisk isomorfi betegner de situationer, hvor organisationer imiterer eller kopierer andre organisationer i det organisatoriske felt. En sådan reaktion sker ofte, når det handler om at håndtere usikkerhedsmomenter, nye opgaver og uklare forventninger. Spredning af udvalgte håndteringsstrategier kan bl.a. ske via konsulentfirmaer (DiMaggio og Powell, 1983: 151-152).

Selv om inddragelse af patienter i egen behandling ikke forekommer som en ny opgave for personalet på Holbæk Sygehus, så er det nyt, at sygehuset skal vise omverdenen, hvordan patienter og pårørende inddrages i egen behandling. Det er også nyt, at patienterne skal inddrages i udviklingen af sygehuset. Der kan derfor herske usikkerhed omkring, hvordan den nye opgave konkret håndteres.

Forandringer på baggrund af normativ isomorfi vedrører effekter af professionalisering og netværksdannelse. En sådan mekanisme gør sig gældende, når organisationer påtager sig institutionelle forskrifter som f.eks. professionelle regler og normer, fordi disse forskrifter har deres oprindelse og er anerkendte i et fælles fagligt miljø. Det kan forekomme, fordi organisationer rekrutterer medarbejdere fra de samme uddannelsesinstitutioner og fordi de selvsamme medarbejdere cirkulerer mellem organisationerne i feltet. Netværksdannelse mellem fagprofessionelle på tværs af organisationerne understøtter også normativ isomorfi. Bestemte måder at håndtere konkrete udfordringer på, skaber grundlag for legitimitet og drives af en kraft gående på status og konkurrencementalitet blandt organisationerne. Dette har bl.a. betydning i forhold til at rekruttere og fastholde professionelle medarbejdere. (DiMaggio og Powell, 1983: 152-154).

Organisatoriske forandringer afstedkommet på baggrund af isomorfi og uagtet om de forbedrer organisationens effektivitet eller ej, får organisationen til at fremstå rationel og ansvarlig i omverdenens øjne. Det forøger organisationens legitimitet, øger chancen for succes og overlevelse samt reducerer usikkerhed og turbulens (Meyer og Rowan, 1977: 348-352).

Samtidig kan forandringsbehov på baggrund af isomorfi konflikte med organisationens øvrige aktiviteter, arbejdsfunktioner og effektivitetslogik (Meyer og Rowan, 1977: 355-356). En måde at omgå dette problem kan være en ceremoniel implementering af forandringer. Forandringen kan isoleres i forhold til organisationens øvrige aktiviteter ved f.eks. at uddelegere opgaven til fagprofessionelle medarbejdere, så det placeres uden for ledelsens domæne. Tvetydige målsætninger, fravær af fokus på implementering af forandringer og ceremonielle evalueringer er måder, hvorpå en reel integration af forandringen undgås (Meyer og Rowan, 1977: 356-359).

Holbæk Sygehus har i Strategien beskrevet de mange aktiviteter, som skal iværksættes i forhold til at inddrage patienter og pårørende i egen behandling og udvikling af sygehuset. Den enkelte aktivitet er beskrevet med formål, procesmål inklusiv tidsramme samt et eller to effektmål. Hvorvidt disse aktiviteter har sigte på en reel forandring af sygehusets arbejdsfunktioner eller er af ceremoniel karakter, kan indkredses ved en analyse af de enkelte aktiviteter.

## Magt og styring - governmentality

Hvor institutionel isomorfi har fokus på nødvendigheden af acceptable og passende løsninger på organisatoriske udfordringer, så har governmentality-tilgangen fokus på, hvordan magt og styring udøves.

Mit teoretiske perspektiv er Foucault' tænkning om diskurser, magt og styring, sådan som Dean udlægger Foucault' tænkning i bogen med titlen, "Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund". Valget af Deans udlægning af Foucault' tænkning er begrundet i hans sociologiske vinkling. Dean har særlig fokus på magt og styring, governmentality, hvilket er i tråd med problemstillingen i dette projekt.

Jeg supplerer med to litteraturkilder: "Foucault: Den bevægelige velfærds kritik" af Kaspar Villadsen og Nanna Mik-Meyer, og "Michel Foucault" af Kaspar Villadsen.

Mit valg af teoretisk perspektiv er begrundet i min ambition med projektet; at kunne forstå og håndtere de mange strategier, programmer og politikker, som jeg møder i mit arbejdsliv. Selvom governmentality har fokus på magt og styring, så har den i modsætning til eksempelvis kritisk teori ikke en ambition om at frisætte fra eller komme af med bestemte magt- eller styringsformer. Den har heller ikke til hensigt at komme med normative vurderinger af magt- og styringsforhold som værende enten gode eller dårlige. Tværtimod påpeger governmentality-tilgangen, at magt- og styringsrelationer altid vil være til stede, hvorfor det interessante vil være at analysere dem (Dean, 2006: 78).

I dette afsnit præsenterer jeg relevante begreber i forhold til projektets problemstilling. Først giver jeg en kort præsentation af magtforståelsen og diskursbegrebet for at forstå det særlige ved mit teoretiske udgangspunkt.

Dernæst præsenterer jeg governmentality som begreb samt dets tre kendetegnende styringsdimensioner; viden, magt og identitet (Dean, 2006: 54). Governmentality og dets styringsinstrumenter anvender jeg som begrebsramme til forståelse af den styring, som Strategien repræsenterer.

Dean præsenterer og beskriver i sin bog talrige begreber og ræsonnementer om styringens karakteristika og teknikker. Hvilke af dem, der er relevante i analysen af Strategien, vil først vise sig i analysefasen. Jeg vil derfor referere til dem i analyseafsnittet, når de bringes i anvendelse.

Afsnittet afsluttes med en præsentation af governmentality som analytisk ramme.

## Magt og diskurser

Den franske filosof, Michel Foucault (1926-1984) har begået et begrebsapparat til at forstå og analysere den sproglige indlejrede magt i organisationer.

Foucault omfortolker sin samtids traditionelle forståelse af magt med henblik på at bestemme, hvad der kendetegner magt i det moderne samfund. Iflg. ham udøves magt – til forskel fra at besidde magt og at være magtindehaver med kapacitet til at påtvinge (Villadsen, 2013: 340-341).

Magtudøvelse er således ikke undertrykkende, men handler om at påvirke frie individer, deres handlinger og deres opfattelser af sig selv.

Magt er iboende sociale relationer – magt udfoldes mellem mennesker. Vi kan ikke være uden for magten, men magten kan organiseres på alternative måder. Magt er således åben for modstand (Villadsen, 2013: 341-342).

Magten er produktiv i og med, at den har til hensigt at skabe egenskaber, styrke præstationsevne, stimulere til refleksioner og bevæge individet i retning af ganske bestemte udlægninger af verdenen (Villadsen, 2013: 342).

I Foucaults magtoptik er der en særlig relation mellem magt og viden. Han ser relationen mellem magt og viden som gensidigt - at de forudsætter hinanden. Magtudøvelse finder sine begrundelser fra forskellige vidensområder, samtidig med at de selvsamme vidensområder genererer viden fra de praksisser, hvor magten udøves. I forhold til Strategien er det derfor interessant at fremanalysere, hvilken viden den trækker på i sin styring, og hvordan den genererede viden bruges.

Magt og viden smelter sammen i diskurser. Diskurser kan anskues som tale og udsagn, der er regelstyret på baggrund af varierende men ikke tilfældige vidensområder.

Altså er diskurser forud-struktureret tale og udsagn – styret af principper for, hvad der kan siges om et givet emne på et givet tidspunkt (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 23-25).

Med Foucault' bestemmelse af magt og diskurser, får Strategiens tekst en central rolle i forhold til at begribe dens magt/styring. Strategien som et dokument kan anskues som en samling af regelstyrede udsagn, styret af principper for, hvad der kan siges om inddragelse af patienter og deres pårørende.

Det betyder også, at min analysetilgang er kendetegnet ved, at jeg lader teksten "*fremvise diskursens upersonlige strukturer*" (Villadsen, 2013: 359) og undersøger, hvorfor netop dette kunne siges i netop denne sammenhæng. Strategiens tekst får lov at "tale på egne vegne" til forskel fra analyser, hvor tekster vurderes på graden af sandfærdighed som i positivismen eller den bagved liggende mening som i en hermeneutisk analyse (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 24).

Analysetilgangen finder jeg velegnet, fordi dens sigte er en synliggørelse af betingelserne for at inddrage patienter og pårørende, hvilket er en forudsætning for, at vi kan forholde os til betingelserne og reagere på dem.

### **Governmentality**

Governmentality er Foucault' betegnelse for en moderne liberal ledelsesrationalitet, hvis genstand er mennesker, både det enkelte menneske og befolkningen – jf. hans forståelse af magt som noget der udøves og er iboende sociale relationer. Det omfatter et sæt af refleksioner over, hvordan der kan styres, når befolkningen antages at besidde selvregulerende mekanismer. Altså forudsætter governmentality, at mennesker er frie forstået som, at de er levende og tænkende væsner med kropslige og mentale kapaciteter (Dean, 2006: 48).

Governmentality har flere funktioner. Det er den analytiske funktion, som er aktuelt i dette projekt.

Dean skriver om styring

*"At styre indebærer ... at strukturere feltet for mulige handlinger, at indvirke på vores egen eller andres kapacitet til at handle. ... den kræver anvendelse af bestemte former for viden og ekspertise samt en kalkuleret påvirkning og koordination af aktørers adfærd – aktører som er frie i den forstand, at de kan handle anderledes."* (Dean, 2006: 49).

At strukturere et styringsfelt bygger på en ide om, at noget er så "selvfølgelig" for os, at vi umiddelbart ikke er opmærksomme på det, og derfor heller ikke stiller spørgsmål til den eksakte måde at tænke det på. Det "selvfølgelige" trækker på forskellige vidensformer - og den/de vidensformer, der trækkes på, får det "selvfølgelige" til at fremstå på en bestemt måde. Eksempelvis er en diæt, som trækker på medicinsk viden, forskellig fra en diæt, som trækker på religiøse overbevisninger (Dean, 2006: 52-53).

Governmentality som analytiske funktion interesserer sig for de "selvfølgeligheder" – hvilke "selvfølgeligheder" er i spil, hvilken vidensformer trækker de på og hvilke effekter har de på de styredes handlemuligheder. Dean siger det således: *"At analysere styringsmentaliteter er således at analysere tænkning, som er gjort praktisk og teknisk."* (Dean, 2006: 54). Med styringsmentalitet menes betingelserne for bestemte former for tænkning om styring (Dean, 2006: 51).

Strategien kan anskues som et struktureret felt for mulige handlinger. Hvilke selvfølgheder kan identificeres i Strategien, og hvilke vidensformer trækker disse selvfølgheder på?

Strategien begunstiger udvalgte handlinger frem for andre handlinger – de handlinger, der relaterer til de vidensområder, som Strategien trækker på.

At indvirke på frie aktørers kapacitet til at handle inden for et afgrænset felt fordrer magtteknologier. Magtteknologier defineres som *"teknologier, der søger at bestemme individers adfærd og underkaste dem bestemte mål og former for disciplin og kontrol."* (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 28).

Et klassisk eksempel på en magtteknologi er Foucault' analyse af Panoptikon. Panoptikon er et fængsel, der arkitektonisk er konstrueret således, at fangerne ikke kan se deres vogtere pga. modlys og fængslets konstruktion – men vogterne kan se fangerne. Fangernes bevidsthed om at være permanent synlige og overvåget bevirker, at de overvåger og disciplinerer sig selv. Kontrollen automatiseres.

Samtidig med fangernes disciplinering etableres et område for generering af ny viden. Det bliver muligt gennem observation, registrering, sammenligning og klassifikation af afvigelse at tilvejebringe ny viden om fangerne – ny viden, som kan danne afsæt for reformprogrammer og forandringsbestrebelse (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 21).

Strategien benytter sig af styringsteknikker. Det er via dem, at Strategien kan realisere sine mål og opnå de ønskede effekter i forhold til de problemer, den søger at løse.

At styring ”strukturerer feltet for mulige handlinger” betyder også, at den sætter en norm for, hvad der er passende og ansvarlig adfærd i en given sammenhæng. Endvidere benytter styringen en ”kalkuleret påvirkning” - den søger at indvirke på, hvordan de styrede skal styre sig selv. Styring er et forsøg på at påvirke og forme, hvem og hvad vi er eller bør være – styring retter sig mod menneskets selvstyring. Styring er dermed en moralsk aktivitet (Dean, 2006: 45-46).

For at mennesker skal vælge at gøre sig selv til genstand for sin egen styring forudsætter det et efterstræbelsesværdigt slutresultat, eksempelvis at være ekspert inden for sit arbejdsfelt osv. (Dean, 2006: 53).

Menneskets problematisering og bearbejdning af sig selv, selvstyring, kræver iflg. Foucault anvendelse af selvteknologier. Selvteknologier er de redskaber, som det enkelte menneske kan gøre brug af for at isolere bestemte egenskaber hos sig selv som videns- og styringsproblemer, der kan handles på. En diætplan og en medarbejderudviklingsplan er eksempler på selvteknologier. Brugen af selvteknologier til selvstyring kan understøttes af såkaldte eksperter (Villadsen, Mik-Meyer, 2005: 23 og 30).

## **Governmentality-analytik og de analytiske dimensioner**

Dean præsenterer en analysemodel til analyse af styring – en governmentality-analytik. Den har sit afsæt i Foucaults begreb om governmentality og i eksisterende governmentality-forskning (Dean, 2006: 42).

Governmentality-analytik fokuserer på, hvordan vi styrer og bliver styret i modsætning til traditionelle magtanalyser, som har fokus på, hvem der styrer og er styringen legitim. At analysere styring er at spørge til, hvordan de tre styringsdimensioner – magt, viden og identitet - er udtænkt (Dean, 2006: 69 og 78).

At analysere Strategien som styringsredskab er derfor at spørge til, hvordan magt, viden og identitet er udtænkt som løsning på opgaven med at inddrage patienter og pårørende.

Et vigtigt element ved analyse af styring er, at eksplicite mål og hensigter ikke accepteres ukritisk, men at man igennem analyse afdækker, hvordan styringen er tænkt som løsning på problemet, og hvordan denne styring har en dybere mening og formål. Det, Strategien søger at udfolde i praksis, er den dybere mening og formål fremkommet via analyse – og det er ikke nødvendigvis sammenfaldende med de eksplicite mål og hensigter, tværtimod (Dean, 2006: 60).

Deans governmentality-analyse omfatter fire dimensioner (Dean, 2006: 72-75)

- Styringens synlighedsfelter
- Styringens tekniske aspekter
- Styring som en rationel og gennemtænkt aktivitet
- Skabelsen af identiteter



At underkaste styringens synlighedsfelter nærmere undersøgelse ”*gør det muligt at forestille sig, hvem og hvad der skal styres, hvordan autoritets- og lydighedsrelationer skal konstitueres i rummet, hvordan forskellige steder og aktører skal forbindes med hinanden, hvilke problemer der skal løses, og hvilke mål der skal forfølges.*” (Dean, 2006: 72).

For at afdække Strategiens synlighedsfelter må den afsøges for, hvilke genstande/objekter den bringer frem i synlighedsfeltet, og hvilke genstande/objekter der forbliver skjulte. Der er således skel mellem indenfor/udenfor, sandt/falsk, subjekt/objekt, fortid/fremtid osv..

Om fokus på styringens tekniske aspekter siger Dean; ”... *ved hjælp af hvilke midler, mekanismer, procedurer, instrumenter, taktikker, teknikker, teknologier og vokabularier bliver autoritet konstitueret og styring gennemført?*” (Dean, 2006: 73).

Disse tekniske aspekter er således alt, hvad der søger at bestemme individers adfærd – alt lige fra analyser til måderne, hvorpå vi samtaler med hinanden. Panoptikon, hører ligeledes til blandt eksemplerne. At analysere Strategien i forhold til de tekniske aspekter handler derfor om at afsøge, hvordan og med hvilke teknikker Strategien søger at styre personale og patienter, for at nå sine mål med styringen.

Til styring som en rationel og gennemtænkt aktivitet kan iflg. Dean stilles flg. spørgsmål: ”*Hvilke former for tænkning, viden, ekspertise, strategier, kalkulationsmidler eller rationalitet bringes i anvendelse i styringspraksisser?*” (Dean, 2006: 73).

Det handler om at afdække forbindelserne mellem tænkningen og styring, hvilket ligger i selve begrebet, governmentality (Dean, 2006: 74).

Strategien skal styre og måske ligefrem reformere personale og patienters adfærd relateret til patientinddragelse! Vi skal tænke patientinddragelse på foretrukne måder frem for andre mulige måder. For at det kan ske, skal tænkningen være indlejret i Strategien – den skal have ”*en iboende programmatisk karakter*” (Dean, 2006: 74). Denne iboende programmatiske karakter støtter sig til videnskabelig viden, ekspertise og lign..

Den fjerde dimension omhandler styringens skabelse af identiteter, som den kan operere igennem. Dean stiller bl.a. flg. spørgsmål: ”*Hvilke personligheder, selv'er og identiteter forudsættes i forskellige styringspraksisser, og hvilke former for transformation søger disse praksisser at opnå?*” ... ”*Hvordan får man bestemte individer og bestemte befolkningsgrupper til at påtage sig bestemte identiteter?*” (Dean, 2006: 74-75).

Det er kendetegnende for moderne styring, at den ikke determinerer individer. Styringen retter sig mod individers selvstyring. Selvteknologier er de redskaber, som mennesket kan gøre brug af for at isolere bestemte egenskaber hos sig selv som videns- og styringsproblemer, der kan handles på.



## Metode

Projektet er et casestudie, hvor det jeg undersøger er Strategien som et særligt tilfælde. Formålet er at få en dyberegående forståelse af Strategien svarende til min problemformulering, hvorfor jeg har valgt et single casesdesign. Jeg har dermed ingen ambition om at sige noget generelt om efterligningspraksis og styring i diverse politikker, strategier m.fl..

Jeg benytter en deduktiv tilgang, hvor jeg laver analyse af Strategien med anvendelse af de teoretiske begreber, jeg har præsenteret (Launsø, Olsen og Rieper, 2011: 96-100).

Min problemformulering lægger op til to forskellige indfaldsvinkler til min undersøgelse af Strategien.

For at få en forståelse af Strategien i forhold til sygehusets institutionelle omgivelser, er mit fokus på Strategien i dens tilblivelsesproces.

I min undersøgelse af, hvordan Strategien betinger personalets muligheder for at inddrage patienter og pårørende, har jeg fokus på Strategien som et styringsredskab.

Hertil bruger jeg to forskellige analysetilgange, hvorfor jeg vælger at opdele min redegørelse for valg af empiri og analysetilgang i to adskilte dele.

## Empiri og analysetilgang - Strategien og sygehusets institutionelle omgivelser

### Empiri

Jeg vælger at bruge Strategiens 11 aktiviteter som empiri til belysning af Strategien i forhold til sygehusets institutionelle omgivelser, idet jeg mener, at aktiviteterne konstituerer, hvad inddragelse af patienter og pårørende er på Holbæk Sygehus.

Jeg kunne i min analyse have valgt at inddrage andre dokumenter eksempelvis breve, referater, driftsaftale mm., hvori Holbæk Sygehus får overdraget opgaven med at udarbejde en strategi for brugerinddragelse. Jeg kunne også have suppleret min empiri med interview af de mennesker, som har siddet med ved bordet, da Strategien blev lavet.

Det har jeg fravalgt grundet formalia for dette projekt. Det betyder samtidigt, at mine argumentationer for valg af de enkelte aktiviteter i Strategien, bliver færre og mindre nuancerede. Dermed kan jeg ikke tillade mig at drage definitive konklusioner på min analyse.

Jeg inddrager løbende forskelligt kildemateriale i min analyse af de enkelte aktiviteter med henblik på ultrakort at forklare, hvad aktiviteten består i samt afklare, hvor aktiviteten i øvrigt kan spores tilbage til.

## **Analysetilgang**

Launsø, Olsen og Rieper skriver, at fortolkning af kvalitative data er ”oversættelse fra et sprog til et andet” hvortil teorier kan bruges som fortolkningsinstrumenter (Launsø, Olsen og Rieper, 2011: 173).

I analysen af de 11 aktiviteter vil jeg stille spørgsmål til hver aktivitet. Spørgsmålene er lavet på baggrund af de begreber, som teorien om Institutionel isomorfi stiller til rådighed – altså er Institutionel isomorfi mit fortolkningsinstrument.

### Spørgeguide til mit empiriske materiale:

1. Hvad skal aktiviteten bidrage med?
2. Hvem har givet ophav til aktiviteten?
3. Til hvilke aktører i feltet, kan aktiviteten relateres – og hvordan?
4. Hvor placeres det ledelsesmæssige ansvar for aktiviteten?
5. Hvilke krav er der til dokumentation for aktivitetens udførelse?
6. Hvordan evalueres aktivitetens effekter?
7. Evt. andet iøjnefaldende?

Svarene på disse spørgsmål er baggrunden for de konklusioner, som jeg drager i forhold til den enkelte aktivitet.

Vedrørende spørgsmål 3; her har jeg valgt at afgrænse det organisatoriske felt, som jeg gør brug af i min analyse.

Med udgangspunkt i DiMaggio og Powell’ bestemmelse af et organisatorisk felt, har jeg medtaget de mest magtfulde organisationer i feltet samt organisationer, hvor imellem der er en forstærket informationsstrøm vedrørende brugerinddragelse.

### Flg. organisationer indgår i det organisatoriske felt, som mit projekt gør brug af:

Staten/Sundhedsstyrelsen – Region Sjælland - Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse – Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (fremover benævnt ViBIS) – Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Formålet med afgrænsningen af det organisatoriske felt er at mindske søgearbejdet for hver aktivitet.

Afgrænsningen er uden betydning, når det kan konkluderes, at der er tale om tvangsmæssig isomorfi, men kan have en effekt i forhold til at bestemme normativ og mimetisk isomorfi.

Hvis det i analysen viser sig, at en aktivitet ikke kan fremsøges hos én eller flere af aktørerne i projektets organisatoriske felt, vil søgningen blive udvidet til også at omfatte andre sygehuse.

## **Empiri og analysetilgang - Strategien som styringsredskab**

### **Empiri**

Jeg har valgt at bruge Deans governmentality-analytik til analyse af Strategien som et styringsredskab. Det indebærer iflg. Dean, at vi undersøger ”... styringens betingelser i ordets bredeste betydning. Hermed inkluderes i princippet en ubegrænset og heterogen mængde ting.” (Dean, 2006: 69). Det være sig alt lige fra den administrative struktur, de fysiske rammer, offentlig omtale og til anvendelse af dokumentationsredskaber.

Jeg begrænser mig til kun at fokusere på Strategiens hensigter og ønskede mål på tekstens plan. Følgelig er mit empiriske materiale Strategien og endvidere det materiale, som i selve Strategien er beskrevet som afsæt og rammerne for Strategien.

Dermed gør jeg mig blind for, hvad der sker i praksis, når Strategien møder alt det, som den skal virke sammen med som f.eks. de fysiske rammer, den administrative struktur osv.. Og jeg gør mig blind for, om personale, patienter og pårørende nu også ”underkaster” sig Strategiens hensigter.

Mit empiriske materiale indbefatter:

1. Strategien (er vedlagt som bilag 1)
2. Region Sjælland Vision for patienten som partner og Fra vision til strategi, Region Sjælland <sup>3</sup>
3. Standard 1.1.7; 1.2.11; 2.1.2 og 2.3.2, Den Danske KvalitetsModel for sygehuse <sup>4</sup>
4. Strategi for styrkelse af patientens rolle i egen behandling – patienten som partner. Region Sjælland <sup>5</sup>
5. Inddragelse af brugerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser. Region Sjælland <sup>6</sup>
6. Brugerpolitik for Sundhedsvæsenet i Region Sjælland <sup>7</sup>
7. De Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser – indsats, mål og opfølgning. Region Sjælland <sup>8</sup>
8. Driftsaftalen 2015, Holbæk Sygehus <sup>9</sup>

### Analyseltilgang

Min analysemetode er Deans governmentality-analytik – se side 14 - 15.

Iflg. Dean omfatter en undersøgelse af styring samtlige fire dimensioner. Formalia for dette projekt nødvendiggør, at jeg begrænser min analyse til at omfatte udvalgte iagttagelsespunkter i mit empiriske materiale.

---

<sup>3</sup> Region Sjælland (2015) *Visionen for patienten som partner. og Fra vision til strategi*. Elektronisk publikation. <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Sider/Patienten-som-partner.aspx>

<sup>4</sup> Den Danske KvalitetsModel for sygehuse, version 2. IKAS - <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/offentlige-sygehuse/standards%C3%A6t>

<sup>5</sup> Strategi for styrkelse af patientens rolle i egen behandling - patienten som partner. Region Sjælland. 2013 - <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Documents/Strategi%20for%20styrkelse%20af%20patientens%20rolle%20i%20egen%20behandling.pdf>

<sup>6</sup> Inddragelse af brugerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser. Region Sjælland. Version 3, 2014 - <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=339132&q=339132>

<sup>7</sup> Brugerpolitik for Sundhedsvæsenet i Region Sjælland. 2011 - <http://www.regionsjaelland.dk/publikationer/Documents/Brugerpolitik-for-Sundhedsvaesenet-i-Region-Sjaelland.pdf>

<sup>8</sup> De Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser – indsats, mål og opfølgning. Region Sjælland. Version 4, 2015. - <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=340113&q=340113>

<sup>9</sup> Driftsaftalen 2015, Holbæk Sygehus og Region Sjælland. - <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2014/Documents/1911/2439622.PDF>

Når jeg undersøger Strategien i forhold til den første af Deans dimensioner, styringens synlighedsfelter, bruger jeg alt mit empiriske materiale jf. ovenfor. Her undersøger jeg styringens synlighedsfelter i forhold til at afklare, hvordan Strategien kaster et bestemt lys på patienter/pårørende, problemer, problemløsninger og hvem styringen retter sig imod.

Til min undersøgelse af Strategien i forhold til de tre øvrige dimensioner – styringens tekniske aspekter, styring som en rationel og gennemtænkt aktivitet samt skabelsen af identiteter – har jeg udvalgt én af Strategiens aktiviteter.

Aktiviteten, at ”Minimere relevante barrierer for patientinddragelse” har eksplicit sigte på personalet og titlen efterlader et indtryk af, at der sigtes efter en transformation. På baggrund af min problemformulering er aktiviteten derfor oplagt til analyse i dette projekt.

Min afgrænsning i analyseomfang har konsekvenser.

For det første afskærer det mig fra at give en fyldestgørende fremstilling af alt det, Strategien opererer igennem og søger at modificere - dens iboende hensigter og ønskede mål. Jeg får fremanalyseret elementer ved styringen, men ikke dem alle.

For det andet kan det betyde, at er der uoverensstemmelse mellem Strategiens eksplicite rationalitet og dens iboende logik og hensigter, så er det ikke givet, at min analyse vil kunne vise dette. Iflg. Dean opnår governmentality-analytikken netop sin kritiske effekt "*ved at påvise en diskrepans mellem den eksplicite, kalkulerede og programmatisk rationalitet og den ikke-subjektive intentionalitet, der kan konstrueres gennem analysen ...*" (Dean, 2006: 60).

Det kan være i netop den iboende logik, som jeg ikke får fremanalyseret, at en sådan diskrepans ville vise sig.

Governmentality-analytikken indebærer, at jeg stiller spørgsmål til det empiriske materiale – de spørgsmål, som fremgår af min præsentation af governmentality-analytikken.

Det indebærer, at empirien læses igennem mange gange for at finde sigende udsagn og begreber.

De fremsøgte udsagn og begreber bliver herefter analyseret og begrundet med baggrund i de teoretiske begreber, som governmentality stiller til rådighed. Fortolkningerne relateres til relevante begreber og ræsonnementer i Deans bog; Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund.

Min analyse- og fortolkningsproces fordrer, at jeg ”lytter til” min empiri og er kreativ i fortolkningsprocessen.

Jeg kan bestræbe mig på at forholde mig neutral, men samtidig er min undren over Strategien jo netop udgangspunktet for dette projekt. Min undren var rettet mod Strategiens mål og det, at vi som sygehus skal gøre noget, fordi det er bedre "*end hvis vi lader være*". På en arbejdsplads, hvor den naturvidenskabelige tilgang har forrang, er et sådant argument bemærkelsesværdigt. Samtidig undrede jeg mig over valget af aktiviteter. Mange af dem var ”gamle kendinger”, men "*patienten som partner*” opfattede jeg, som etablering af en ny samarbejdsrelation mellem personalet på den ene side og patienter og pårørende på den anden side – og hvordan etablere en ny og anderledes samarbejdsrelation ved at gøre mere af det, vi plejer?

Ved at være bevidst om min forforståelse, kan jeg gøre mig umage med at finde det, der taler både for og imod den.

## Analyse - Strategien og sygehusets institutionelle omgivelser

Afsnittet vil belyse, hvordan Strategien kan forstås som sygehusets respons på kravet om inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling og udvikling af sygehuset.

Afsnittet er opdelt i tre dele. De to første dele er analyse af Strategiens 11 aktiviteter med brug af analysebegreberne fra min præsentation af Institutionel isomorfi som teoretisk perspektiv. Strukturering af aktiviteterne i to dele svarer til aktiviteternes overordnede sigte jf. spørgeguidens spørgsmål 1. Opdelingen er praktisk begrundet.

I afsnittets sidste analysedel inddrages perspektiver fra Hanne Foss Hansens artikel; ”Kun i mørke er alle katte grå. Refleksioner over copycat-praksis og dennes effekter”.

### **Patienter og pårørendes feedback på deres kontakt med sygehuset.**

To af de fem aktiviteter i denne gruppe omhandler anvendelse af patienter og pårørendes feedback.

Det er feedback, som er tilvejebragt via den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), der blev afviklet første gang i 2000, og som fra 2009 har været et årligt tilbagevendende fænomen<sup>10</sup>. LUP er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, hvis resultater bruges til udvikling af den patientoplevede kvalitet. Undersøgelsen gennemføres årligt på vegne af landets fem regioner. Det er Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden, som afvikler og afrapporterer undersøgelsen. LUP-rapporterne er offentlig tilgængelige.

For det andet er det feedback fra interviews med udvalgte patienter i forbindelse med deres kontakt til Holbæk Sygehus. Sygehusets Kvalitetsenhed har afviklet disse interviews og bearbejdet dem, så de nu foreligger som to idekataloger med forslag til tiltag, der kan understøtte, at patienterne oplever sig ”ventet og velkommen” (bilag 1: 55, 56 og 60).

For begge aktiviteter gælder, at der er krav om skriftlig dokumentation for de indsatser, som de enkelte afdelinger iværksætter – og at resultaterne heraf videreformidles til sygehusets Kvalitetsenhed og Sygehusledelsen, idet dokumentationen indgår i de enkelte afdelingers driftsaftale med Sygehusledelsen.

Effekten af afdelingernes indsatser for begge aktiviteter måles via den næstkommende LUP (bilag 1: 55, 56 og 60).

---

<sup>10</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - <http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2014>

LUP-rapporten fra 2014 viste, at Region Sjælland placerede sig dårligst på landsplan, og at Holbæk Sygehus placerede sig under landsgennemsnittet på flere parameter bl.a. i forhold til, at patienterne oplever sig ventet og velkommen.<sup>11</sup>

Hverken Region Sjælland eller Holbæk Sygehus kan sidde udfaldet af LUP 2014 overhørigt. For at fremstå ansvarlige i omverdenens øjne og forbedre sin legitimitet i feltet, er det nødvendigt, at LUP-resultaterne som minimum er tilsvarende landsgennemsnittet. Region Sjælland har tillige givet Holbæk Sygehus et løfte om økonomiske midler, hvis effekten af sygehusets indsatser afstedkommer forbedringer i LUP-resultaterne i 2015. Der er således grundlag for at konkludere, at der her er tale om tvangsmæssig isomorfi. Samtidig er opfølgning på LUP-resultaterne ingen ny aktivitet på Holbæk Sygehus, og tilsvarende er ledelsesforankringen heller ikke et nyt fænomen. Det nye er koblingen til økonomiske midler.

Alt i alt er det en eksisterende driftsopgave, som blot indskrives i en ny kontekst.

De sidste tre aktiviteter i denne gruppe har fokus på at indhente patienter og pårørendes feedback, for efterfølgende at bruge udvalgte tilbagemeldinger til udvikling af sygehuset som organisation samt dets serviceydelser.

”Sig frem” konceptet er postkort, hvor patienter og pårørende kan tilkendegive deres synspunkter vedrørende ”hvad som helst” i relation til deres kontakt med sygehuset. Postkortet udleveres i den afdeling, som har kontakten med patienten – og det kan udfyldes i tilslutning til kontakten eller efter patientens hjemkomst, hvorefter det returneres til afdelingen (bilag 1: 58).

”Sig frem” postkortene blev lanceret i 2011, og er blevet brugt i enkelte afdelinger på Holbæk Sygehus siden starten af 2012. Det er Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrykFonden, som står bag ”Sig frem” konceptet og som vederlagsfrit leverer postkort mm. til de enkelte afdelinger<sup>12</sup>.

Blandt de forbedringsforslag, som den enkelte afdeling modtager via ”Sig frem”, skal afdelingen udvælge minimum to forslag i 2015, som skal omsættes til praksis. Forbedringstiltagene skal dokumenteres og skriftligt afrapporteres til sygehusets Kvalitetsenhed. Effekten af afdelingernes indsatser måles via LUP (bilag 1: 58).

<sup>11</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - <http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2013/landsdaekkende-undersogelse>

<sup>12</sup> Sig Frem - <http://hejsundhedsvaesen.dk/sig-frem/>



De sidste to aktiviteter omhandler inddragelse af sygehusets Patient- og pårørenderåd. Rådet er etableret som opfølgning på Region Sjællands ”Brugerpolitik for sundhedsvæsenet i Region Sjælland” tilbage i oktober 2011<sup>13</sup>. Heraf fremgår, at brugerperspektivet systematisk skal inddrages ved udvikling af sygehuset og dets ydelser.

På Holbæk Sygehus er der foruden tidligere patienter og pårørende som medlemmer af rådet også medarbejderrepræsentanter og én af sygehusets vicedirektører – ni patienter/pårørende og otte hospitalsansatte.

Rådets opgave er at være sparringspartner i forhold til konkrete ændringer på sygehuset, hvilket kan omhandle alt lige fra ændringer i de fysiske rammer til behandlingstilbud og arbejdstilrettelæggelse. Endvidere kan rådet fremkomme med ændringsforslag på baggrund af egne erfaringer fra deres kontakt med sygehuset (bilag 1: 57 og 61).

Et succeskriterium i forhold til Patient- og pårørenderådet er, at der som minimum er gennemført tre af rådets anbefalinger årligt. Hertil kommer, at konceptet for Patient- og pårørenderådet skal evalueres, og evalueringen skal tilgå Region Sjælland senest ved udgangen af 2016.

Endelig er der en forventning om, at indsatserne relateret til rådets arbejde vil vise forbedrede resultater i LUP (bilag 1: 57 og 61).

Inddragelse af patienter og pårørende via tilvalg af aktiviteterne ”Sig Frem” og sygehusets Patient- og pårørenderåd har karakter af tvangsmæssig isomorfi.

Etablering af én eller anden form for brugerråd har været et formelt krav jf. ”Brugerpolitik for sundhedsvæsenet i Region Sjælland”.

Feedback via ”Sig Frem” er foreslået af sygehusets Patient- og pårørenderåd (bilag 1: 58).

Hertil kommer, at konceptet er udviklet af en respekteret aktør i feltet, nemlig Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Ydermere er feedback via postkort nævnt som en mulig metode i Region Sjællands værktøjskasse<sup>14</sup>. Der er således et uformelt pres fra flere aktører i feltet, som Holbæk Sygehus dårligt har kunnet sidde overhørigt i sine bestræbelser på at sikre sin legitimitet og fremstå som et ansvarligt sygehus.

At sygehuset reelt ønsker disse aktiviteter implementeret understøttes af, at én af sygehusets vicedirektører er medlem af Patient- og pårørenderådet, at der er insisteret på skriftlig afrapportering af de opnåede forbedringer som opfølgning på feedback fra patienter og pårørende, og endeligt at aktiviteterne kobles til fremtidige LUP-resultater. Såvel implementering som evaluering er alt andet end ceremoniel.

<sup>13</sup> Brugerpolitik for sundhedsvæsenet i Region Sjælland -

<http://www.regionsjaelland.dk/publikationer/Sider/Brugerpolitik-for-sundhedsv%C3%A6senet-i-Region-Sj%C3%A6lland.aspx>

<sup>14</sup> Værktøjskasse for brugerinddragelse - <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-jaelland/patientinvolvering/Sider/vaerktoejskasse.aspx#vaerktoejskasse-for-individuel-brugerinddragelse>



### **Patienter og pårørendes inddragelse i kontaktsituationen på sygehuset.**

De seks aktiviteter i denne gruppe har alle sigte på øget inddragelse af patienter og pårørende i kontaktsituationen på sygehuset. To af aktiviteterne er målrettet patienter og pårørende, mens de resterende fire aktiviteter har sigte på sygehuspersonalet og præmisserne for at kunne inddrage patienter og pårørende.

De to aktiviteter med fokus på patienter og pårørende benævnes i Strategien som ”Godt du spør” og ”Selvbetjent dialyse”.

”Godt du spør” er en pjece, der er tænkt som en hjælp til patienterne til at forberede og stille spørgsmål til personalet vedrørende egen sygdom og behandling. Det er Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden, som står bag ”Godt du spør” konceptet og som leverer pjecen i papirudgave til sygehuset <sup>15</sup>.

Desuden reklamerer Region Sjælland for ”Godt du spør” konceptet på sin internetside, hvorfra pjecen kan tilgås elektronisk <sup>16</sup>.

Det er planen, at ”Godt du spør” pjecen skal anvendes på alle sygehusets afdelinger, efter forslag fra sygehusets Patient- og pårørenderåd (bilag 1: 59).

I forhold til at anvende ”Godt du spør” konceptet, må Holbæk Sygehus derfor opleve et uformelt pres fra flere aktører i feltet – et pres, som ikke kan sidde overhørigt.

Imidlertid kobles denne aktivitet ikke til sygehusets aktiviteter i øvrigt, der er ingen ledelsesforankring og ingen krav om dokumentation for aktivitetens effekter.

Implementeringen har karakter af at være ceremoniel.

”Selvbetjent dialyse” indebærer en fordobling af antallet af dialysepatienter, som selv varetager alle praktiske opgaver relateret til dialysen. Dette skal ske via oplæring og undervisning af patienterne (bilag 1: 62).

Patientundervisning og at oplære patienter i forhold til at kunne mestre og varetage behandling af egen sygdom – især patienter med kroniske sygdomme – omtales i forskellige sammenhænge. Det indgår bl.a. som et element i Region Sjællands ”Værktøjskasse for brugerinddragelse”, hvor det benævnes Patientskole <sup>17</sup>.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en publikation tilbage i 2009, hvor de har lavet en vurdering af patientuddannelse samt beskriver muligheder og barrierer for fremtidig patientuddannelse <sup>18</sup>.

ViBIS har ligeledes fokus på patientuddannelse <sup>19</sup>. ViBIS er etableret af Danske Patienter i oktober 2011 og har til opgave at samle, udvikle og formidle viden om inddragelse af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet og indgår således i en række samarbejder med centrale aktører i sundhedsvæsenet.

<sup>15</sup> Godt du spør - <http://hejsundhedsvaesen.dk/godt-du-spoer/>

<sup>16</sup> Sundhed - Region Sjælland - <http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/Sider/default.aspx>

<sup>17</sup> Værktøjskasse for brugerinddragelse - <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Sider/vaerktoejskasse.aspx#vaerktoejskasse-for-individuel-brugerinddragelse>

<sup>18</sup> Sundhedsstyrelsen: Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering - <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/2574D73C89164E16A26958E0F3119DB0.ashx>

<sup>19</sup> Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet - <http://www.vibis.dk/nyheder/patienten-skal-styre-dialysebehandlingen>

Der er således bred opbakning blandt betydende aktører i feltet til, at patienter undervises og oplæres til at indgå aktivt i egen behandling, og derfor grundlag for at konkludere, at der er tale om tvangsmæssig isomorfi.

Vil Holbæk Sygehus fremstå som et rationelt og moderne sygehus i omverdenens optik, må sygehuset tilgodese det uformelle pres, som disse aktører repræsenterer. Samtidig er fremdriften i aktiviteten, ”selvbetjent dialyse” nøje præciseret, hvilket indikerer, at sygehuset har til hensigt at inkorporere aktiviteten i sygehusets øvrige drift.

Blandt aktiviteterne med sigte på hospitalspersonalet og præmisserne for at kunne inddrage patienter og pårørende er én af aktiviteterne afviklet inden Strategiens udgivelse (bilag 1: 65). Aktiviteten, ”sammen opnår vi mere” omhandlede et sengeafsnits deltagelse i et projekt, som Region Sjælland stod bag i samarbejde med Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden<sup>20</sup>. Formålet med indsatsen var at udvikle en metode til systematisk at arbejde med patient- og pårørendeinddragelse på sengeafsnitsniveau.

Det var et krav fra Region Sjælland, at hvert sygehus i regionen skulle byde ind med et sengeafsnit, som skulle deltage i dette projekt.

En anden af aktiviteterne, ”sundhedsfaglig kontaktperson”, har været en driftsopgave siden 2004, hvor sygehusene ved lov blev forpligtiget til at anvise den enkelte patient en navngiven sundhedsperson. Den ”sundhedsfaglige kontaktperson” har et særligt ansvar for, at patienten gives information om og sikres sammenhæng i sit behandlingsforløb på sygehuset. Hvad aktiviteten, ”sundhedsfaglig kontaktperson” konkret påtænkes at omhandle i den givne kontekst er ikke beskrevet, men skal tilsyneladende besluttes i samråd med Region Sjælland (bilag 1: 63).

Imidlertid har Holbæk Sygehus på intet tidspunkt kunnet indfri Region Sjællands målsætninger i relation til den ”sundhedsfaglig kontaktperson”, og det har derfor igennem flere år været et af sygehusets indsatsområder og endvidere indgået i de årlige driftsaftaler de to parter imellem.

Både ”sammen opnår vi mere” og ”sundhedsfaglig kontaktperson” er aktiviteter på baggrund af tvangsmæssig isomorfi. Deltagelse i projektet, ”Sammen opnår vi mere” var foranlediget af et formelt krav fra Region Sjælland, mens kravene vedrørende ”sundhedsfaglig kontaktperson” er lovbestemt og ydermere indgår i driftsaftalen med Region Sjælland. Holbæk Sygehus har imidlertid selv valgt at lade sidstnævnte aktivitet indgå som en aktivitet i Strategien.

Begge aktiviteter bidrager til, at sygehuset kan fremstå som ansvarlig i omverdenens øjne.

---

<sup>20</sup> Region Sjællands notat om projektet, ”Sammen opnår vi mere” - <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2015/Documents/2205/2523950.PDF>

De sidste to aktiviteter – at minimere relevante barrierer for patientinddragelse, og kompetenceudvikling af personale og ledere – har begge reference til en undersøgelse lavet af ViBIS i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd (bilag 1: 64 og 66). I undersøgelsesrapporten konkluderes, at hospitalspersonaler generelt er positive i forhold til patientinddragelse, men at de oplever at mangle kompetencer, og at der er forskellige forhold i klinisk praksis, der gør det svært at praktisere patientinddragelse (ViBIS, 2014: 41). Valget af de to aktiviteter er således i tråd med anbefalingerne fra ViBIS, og det fremgår ydermere, at sygehuset påtænker at benytte kursustilbud fra ViBIS (bilag 1: 66). Sygehuset sikrer undervisning, og derefter foregår det videre arbejde i relation til de to aktiviteter uden for sygehusledelsens domæne. I stedet overlades det til afdelingsledelserne at udvælge et til to personer, som skal understøtte de to aktiviteters gennemførelse i de enkelte afdelinger.

Formålet med de to aktiviteter er beskrevet i upræcise termer såsom ”at opnå en kultur” og ”at arbejde med, hvordan patientinddragelse bliver muligt”. Der er ikke krav om evaluering og afrapportering af indsatserne højere op i organisationen. Blot er der en forventning om, at aktiviteterne har en positiv effekt på fremtidige LUP-resultater (bilag 1: 64 og 66). Uddelegering af aktiviteterne til medarbejdere, upræcise målsætninger og fravær af fokus på implementering antyder en ceremoniel implementering af aktiviteterne, hvor de mere eller mindre isoleres fra sygehusets øvrige aktiviteter. Aktiviteterne er imitationer af ViBIS’ forslag og antyder, at der her er tale om mimetisk isomorfi – altså en efterligningspraksis, som kan være begrundet i en usikkerhed i forhold til opgaven. Samtidig efterligner sygehuset en anerkendt aktør i feltet – aktøren med den største viden inden for patientinddragelse i DK – for ad den vej at øge sin legitimitet og fremstå som en moderne organisation i omverdenens øjne.

### **Analyse med perspektiver fra ”Kun i mørke er alle katte grå. Refleksioner over copycat-praksis og dennes effekter”**

Da Region Sjælland anviste Holbæk Sygehus opgaven i relation til at sikre en systematisk tilgang til arbejdet med brugerinddragelse på sygehusniveau, var der ingen begrænsninger og alligevel viser analysen, at ni af de 11 aktiviteter er afstedkommet på baggrund af tvangsmæssig isomorfi. Omgivelsernes pres har været af en sådan karakter, at Holbæk Sygehus har oplevet sig presset til at handle tilsvarende andre aktører i det organisatoriske felt. Presset fra det organisatoriske felt repræsenterer således en begrænsning i sygehusets udfoldelsesmuligheder, når det handler om aktiviteter til inddragelse af patienter og pårørende.

Den tvangsmæssige isomorfi forekommer både som et formelt og et uformelt pres. Tre af aktiviteterne – sundhedsfaglig kontaktperson, etablering af et patient- og pårørenderåd samt deltagelse i det regionale projekt ”sammen opnår vi mere” – er alle afstedkommet på baggrund af formelle krav, enten i form af lovgivning eller en direkte invitation. Holbæk Sygehus har ikke kunnet sige fra i forhold til de tre aktiviteter.

Opfølgning på LUP-resultaterne, arbejdet med idekatalogerne i relation til ”ventet og velkommen”, ”Sig Frem” konceptet, ”Godt du spør” konceptet og ”selvbetjent dialyse” er alle afstedkommet på baggrund af et uformelt pres fra én eller flere aktører i feltet.

Selv om presset er uformelt, opleves det af sygehuset som værende forpligtigende, ikke mindst når det kommer fra Region Sjælland, som garanterer sygehusets økonomiske fundament.

Netop Region Sjælland repræsenterer som aktør i feltet et stort pres ved samtlige ni aktiviteter, hvor tvangsmæssig isomorfi er forekommende.

Andre aktører i feltet som Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og ViBIS repræsenterer også et pres ved nogle af de aktiviteter, hvor tvangsmæssig isomorfi forekommer.

Eksempelvis er ”selvbetjent dialyse” en aktivitet, hvor presset er massivt, idet både Sundhedsstyrelsen, ViBIS og Region Sjælland har klare tilkendegivelser i forhold til at oplære patienter til at kunne mestre og behandle egen sygdom. Et så bastant pres fra betydende aktører i feltet må ganske enkelt opleves som frivillig tvang.

Bortset fra aktiviteten, ”Godt du spør”, så fremstår diverse målsætninger og den ledelsesmæssige forankring klare og konkrete i beskrivelsen af den enkelte aktivitet på baggrund af tvangsmæssig isomorfi. Det peger i retning af en intention om en reel implementering – at aktiviteten passer ind i sygehusets øvrige arbejdsfunktioner og effektivitetslogik.

Nogle af aktiviteterne er allerede etablerede aktiviteter, som blot er placeret i en ny kontekst, alt imens deres bidrag til inddragelse af patienter og pårørende er uændret.

Hanne Foss Hansen påpeger i sin artikel med titlen, ”Kun i mørke er alle katte grå. Refleksioner over copycat-praksis og dennes effekter”, at DiMaggio og Powell har fokus på efterligningspraksis som en kontekstuel drevet proces og har fravalgt at inddrage optagerperspektivet (Foss Hansen, 2000: 247).

Ved analyse af Strategiens aktiviteter med fokus på spredningsperspektivet og homogenitet i det organisatoriske felt nedprioriteres det, at sygehusets valg af aktiviteter til patientinddragelse også samtidigt kan være forsøg på at løse eksisterende problemer.

De dårlige LUP-resultater og manglende efterlevelse af kravene i loven om Sundhedsfaglig kontaktperson er netop gammelkendte udfordringer, som Holbæk Sygehus hidtil ikke er lykkedes med at løse på tilfredsstillende vis.

Sammenholdt med, at effektmålene for flertallet af aktiviteterne direkte henviser til kommende LUP-resultater, er det plausibelt at antage, at sygehuset har fokus på at få løst de problemer, som er årsag til dårlige LUP-resultater og insufficient varetagelse af den Sundhedsfaglige kontaktpersons opgaver.

Vel er det vigtigt for sygehuset at fremstå som en legitim aktør i omverdenens optik, men det handler også om effektivitet og kvalitet i opgaveløsningen.

I forhold til ”Godt du spør” er målsætningerne upræcise og der er ikke krav om afrapportering op ad i organisationen. Dette peger i retning af en ceremoniel funktion og en etablering isoleret fra sygehusets øvrige arbejdsfunktioner. Hensigten med at tage ”Godt du spør” konceptet i brug handler derfor mindre om at inddrage patienter og pårørende, og mere om at imødegå omgivelsernes pres og at fremstå som et ansvarligt sygehus i omverdenens øjne.

Endelig viser analysen, at de sidste to af Strategiens 11 aktiviteter - at minimere relevante barrierer for patientinddragelse, og kompetenceudvikling af personale og ledere - er afstedkommet på baggrund af mimetisk isomorfi. Det betyder, at sygehuset har valgt en efterligningspraksis, hvor man vælger at følge anvisninger fra en vidende og anerkendt aktør i feltet, nemlig ViBIS.

Målsætningerne er upræcise, ledelsesforankringen er sporadisk og der er ingen krav om evaluering af indsatserne. Dette indikerer en ceremoniel funktion, hvor aktiviteterne etableres isoleret fra sygehusets øvrige arbejdsfunktioner.

De to aktiviteter skal primært bidrage til at legitimere sygehuset i omgivelsernes optik, frem for at understøtte inddragelse af patienter og pårørende.

Intentionen med de tre aktiviteter er overvejende en symbolsk funktion, og de er næppe indledningsvis tænkt som funktionelle redskaber til løsning af kravet om inddragelse af patienter og pårørende.

Hanne Foss Hansen skildrer i sin artikel, at interessekampe mellem forskellige aktører i en organisation kan medføre en ”ikke intenderet” adoption af forandringer (Foss Hansen, 2000: 249).

Hvis én eller flere af de tre aktiviteter, som er ceremoniel fungerende og løst koblede aktiviteter, opleves som meningsfulde af det kliniske personale, kan de blive funktionelle i praksis – og dette på trods af, at det ikke er sygehusledelsens hensigt.

Det kan i yderste konsekvens betyde, at de kliniske medarbejdere vælger at arbejde rationelt med de ceremonielt fungerende aktiviteter, og måske i stedet forsøger at isolere arbejdet med de aktiviteter, som skal forbedre LUP-resultaterne og funktionerne relateret til den sundhedsfaglige kontaktperson.

Sammenfald mellem intentionen med en aktivitet og aktivitetens funktion i klinisk praksis er således ikke givet på forhånd.

Alt i alt fremstår Strategiens aktiviteter som en legitim og acceptabel respons på kravet om inddragelse af patienter og pårørende. Det er begrundet i, at aktiviteterne ses som værende passende af de øvrige aktører i det organisatoriske felt, som sygehuset er en del af.

Holbæk Sygehus har med andre ord afpasset Strategiens aktiviteter til de normer og værdier, der er fremtrædende i dets institutionelle omgivelser. Der er tale om en efterligningspraksis, der er symbolsk men også rationel.

Resultatet er, at udformning og valg af strategi i relation til inddragelse af patienter og pårørende har væsentlige lighedstræk med det, andre organisationer i feltet har valgt at gøre eller anbefaler at gøre.

Samtidig er inddragelse af patienter og pårørende et nyt fænomen i Danmark. Der mangles viden inden for dette felt og der findes ikke en færdig samling af aktiviteter eller en opskrift på, hvordan dette skal gøres for at lykkes hermed. End ikke ViBIS kan tilbyde en sådan opskrift, selvom de er den organisation herhjemme, som har den mest omfattende indsigt på området.

Hanne Foss Hansen beskriver i sin artikel, at ”en rummelig standard” eksemplificeret ved forskningsevaluering muliggør forskellige tolkninger og dermed forskellig praksis. Dette kan inspirere til variation i stedet for homogenitet i det organisatoriske felt. Hun skelner endvidere mellem en retorisk ensliggørelse og ensliggørelse på handlingsplanet (Foss Hansen, 2000: 255-256).

Manglen på viden om og en opskrift på inddragelse af patienter og pårørende kan sidestilles med ”en rummelig standard”. Det enkelte sygehus har vide tolkningsrammer i forhold til inddragelse af patienter og pårørende. Sygehuset må prøve sig frem og eksperimentere med forskellige aktiviteter afstemt efter lokale forhold og holdninger. Og selvom aktiviteten omtales retorisk ens af forskellige aktører i det organisatoriske felt, så kan lokale tolkninger og tilpasning betyde, at variationen i klinisk praksis er stor.

Eventuelle lokale variationer forbliver imidlertid uden for synsfeltet, når analysen ser bort fra optagerperspektivet og alene fokuserer på et kontekstuellet perspektiv, sådan som tilfældet er med DiMaggio og Powell’ fokus på homogenitet i det organisatoriske felt.



## Analyse - Strategien som styringsredskab

Analysen af Strategien som et styringsredskab har til hensigt at synliggøre nogle af de betingelser for inddragelse af patienter og pårørende, som Strategien søger at modificerer.

### Strategiens synlighedsfelter

#### Hvilket lys kastes på patienter og pårørende?

Af Strategiens titel fremgår, at omdrejningspunktet er ”*patienten som partner*”. Vendingen bruges flere gange i Strategien.

Strategien definerer, hvad vi skal forstå ved brugerinddragelse. Der skelnes mellem to former – en individuel og en organisatorisk – hvor førstnævnte er mest indflydelsesfuld. Der bruges vendinger som ”*videndeling mellem brugeren og den sundhedsprofessionelle*” og ”*brugerens mulighed for at få indflydelse i beslutninger ... mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom.*”

I definitionen nævnes også de pårørendes inddragelse – omend i parentes – men deres inddragelse sidestilles med patientens inddragelse (bilag 1: 51).

Strategien er udarbejdet med afsæt i Region Sjællands vision og strategi for patienten som partner. Her udfoldes ”patienten som partner” med følgende ordlyd:

”... *det er sundhedsvæsenet, der med sin faglighed, på et tidspunkt kommer ind som gæst i borgerens liv*”, ”*Vi vil sikre, at forløb er tilrettelagt for og styret af den enkelte patient ...*”, ”*Patientens egne ressourcer skal sættes i spil*” og ”*Det sundhedsfaglige personale skal være patientens guide*”<sup>21</sup>.

Der tegnes dermed et billede af patient og pårørende som brugere af sundhedsvæsenet, der indgår i en form for partnerskab med sygehusets personale. Patienten skal styre sit behandlingsforløb, og det sundhedsfaglige personale skal som ”gæster” guide patienten i dette forløb. Patienten skal være en aktiv part og skal gives råderum til at bruge egne ressourcer. Altså skal patienter og pårørende have en fremtrædende og mere aktiv rolle – deres indflydelse og handlemuligheder skal styrkes – og det må sygehusets personale ikke stå i vejen for - tværtimod.

Individuel brugerinddragelse handler således om at sikre patientens myndighed i samarbejdet med sygehusets personale. Patientens ret til at bestemme over sig selv - også når han er syg og har brug for behandling - skal styrkes.

Dette er en liberal tankegang, om hvilket Dean skriver: ”*Liberalisme præsenterer sig selv som en kritik af overdreven disciplinær magt med henvisning til individets rettigheder og privilegier*” (Dean, 2006: 187).

Der fremskrives et billede af en liberal ledelsesrationalitet, der i sin styring sætter fokus på den enkelte patient og patientens frihed til at vælge ”det rigtige for ham”.

<sup>21</sup> Region Sjælland (2015) *Visionen for patienten som partner. og Fra vision til strategi*. Elektronisk publikation. <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Sider/Patienten-som-partner.aspx>



Med en styrkelse af patientens myndighed i samarbejdet med sygehusets personale følger også et ansvar for patientens vedkommende.

Iflg. Strategiens formål vil brugerinddragelse ”sikre en høj grad af patientoplevelt kvalitet og forbedrede behandlingsresultater” (bilag 1: 50).

Når individuel brugerinddragelse forstås som, at patienten har indflydelse og handlemuligheder, så vil patienten også have indflydelse på sin egen oplevelse af kvalitet i kontakten med sygehuset og på behandlingsresultaterne af sin sygdom.

I det lys påfører Strategien patienten og pårørende et ansvar eller medansvar for kvaliteten af deres kontakt med sygehuset og resultaterne af den behandling, som patienten modtager på sygehuset.

Dean beskriver en ny ansvarliggørelse inden for avanceret liberal styring.

*”I dag må den aktive borger lære at overvåge sin egen risiko for at blive ramt af fysisk og psykisk sygdom, ... Det, der beregnes, er ikke faren ved bestemte aktiviteter, ... men de risici, som potentielt kan ramme hvert eneste befolkningsmedlem, og som det er deres individuelle eller fælles pligt at kontrollere.”* (Dean, 2006: 264).

Det betyder, at patienten har pligt til at overvåge sin risiko for at blive offer for dårlig kvalitet i sin kontakt med sygehuset og risiko for at blive offer for fejl eller mangler i sin sygdomsbehandling. Finder patienten fejl, mangler eller på anden vis oplever sig dårligt behandlet, så har han pligt til at handle på det og søge at kontrollere det.

Dette er et ansvar, som følger med i Strategiens udlægning af patienten som partner.

For sygehusets personale betyder det, at arbejdet skal tilrettelægges og udføres på en sådan måde, at det understøtter patientens muligheder for at overvåge og kontrollere sine risici relateret til kvaliteten i kontakten med sygehuset og kvaliteten af sygdomsbehandlingen.

Det er ikke kun den enkelte patient, men alle patienter, der har pligt til at overvåge og kontrollere sine risici, for risici kan med Deans ord ”ramme hvert eneste befolkningsmedlem”. I Strategien er patienterne ej heller opdelt i særlige grupperinger i forhold til risiko og omfang af partnerskab. Om patienten er en svagelig ældre medborger uden pårørende, er svært alkoholiseret, psykisk syg osv., så har han og eventuelle pårørende pligt til at træde i karakter i rollen som ”Patienten som partner”.

Strategiens udgangspunkt er, at alle patienter og pårørende ønsker at være partnere.

### **Hvilket lys kastes på problemet?**

Det fremgår ikke eksplicit i Strategien, hvilke problemer, der søges håndteret, hvorfor blikket rettes mod Strategiens formål og diverse mål.

At gøre patienten til en aktiv partner skal iflg. Strategiens formål ”sikre en høj grad af patientoplevelt kvalitet og forbedrede behandlingsresultater”. Bedre behandlingsresultater nævnes igen i to af de tre målsætninger, mens en forbedret patientoplevelt kvalitet er et overordnetlig hyppigt forekommende effektmål i de aktiviteter, som indgår i Strategien (bilag 1: 50 og 51).

Iflg. Region Sjællands vision og strategi for patienten som partner skal partnerskabet bruges til ”... at opnå fælles løsninger af høj kvalitet. Såvel sundhedsfaglig som patientoplevet kvalitet.” og det ”... bidrager til bedre behandlingsresultater og forebyggelse af udvikling af sygdom.”<sup>22</sup>.

Endelig er der i Strategien et mål, som indikerer, at ledere og medarbejdere mangler kompetencer for at kunne inddrage patienter og pårørende i et større omfang end tilfældet er for nuværende.

Målet lyder, ”Vi vil kompetenceudvikle ledere og personale til øget patientinddragelse – Med ledelsesfokus og kompetenceudvikling ....” (bilag 1: 68)

Alt dette indikerer, at de problemer, som Strategien bringer frem i synlighedsfeltet vedrører sygehusets behandlingsresultater, den patientoplevede kvalitet samt ledere og personalets manglende kompetencer i relation til patientinddragelse.

Strategiens kobling mellem styring/magt og viden er karakteristisk for governmentality.

Dean skriver, ”at den måde, vi tænker magtudøvelse på, trækker på de teorier, idéer, filosofier og vidensformer, som indgår i vores sociale og kulturelle produktion” (Dean, 2006: 52).

Strategien finder støtte og begrundelser i viden – ikke for at legitimere Strategien – men for at give styringen en bestemt retning og skabe bestemte handlemuligheder.

Hvorfra henter Strategien da sine begrundelser for at rette sin styring mod netop de tre problemområder?

Hvad angår behandlingsresultater, så trækker Strategien på viden om de behandlingsresultater, som det enkelte sygehus løbende rapporterer til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Det er selvrapporterede data ud fra kriterier og spørgsmål, som er eksternt bestemte. Det er velkendt, at Holbæk Sygehus er udfordret på nogle af de behandlingsresultater, som sygehuset er pålagt at indrapportere til RKKP<sup>23</sup>. Den patientoplevede kvalitet har adresse til den årlige spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne, LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser). LUP-resultaterne er patienter og pårørendes vurderinger af personalets arbejde og ud fra kriterier, som Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse har bestemt som værende relevante. Det er velkendt, at såvel Region Sjælland som Holbæk Sygehus placerer sig i bunden, når der ved benchmarking laves sammenligning af LUP-resultaterne mellem de enkelte regioner og sygehuse<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Region Sjælland (2015) *Visionen for patienten som partner. og Fra vision til strategi*. Elektronisk publikation. <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Sider/Patienten-som-partner.aspx>

<sup>23</sup> RKKP, årsrapporter - <http://www.rkkp.dk>

<sup>24</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - <http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2013/landsdaekkende-undersogelse>

I forhold til ledere og personales manglende kompetencer i relation til patientinddragelse, så henviser Strategien til, at viden herom stammer fra en spørgeskemaundersøgelse foretaget af ViBIS blandt sundhedsfagligt personale på de danske sygehuse. Undersøgelsen formål var at afdække det sundhedsfaglige personales forståelse af patientinddragelse og deres opfattelse af vilkårene for inddragelse af patienter i praksis (bilag 1: 64) (ViBIS, 2014: 10-13). Hermed trækkes der på viden om personalets kompetencer, som er indhentet blandt de selvsamme personaler, der skal kompetenceudvikles.

Det er fra viden om problemer indenfor de tre områder, at Strategien finder sine begrundelser. Det er den viden, som bruges til at give styringen en bestemt retning og strukturere Strategiens styringsfelt og som får patientinddragelse på Holbæk Sygehus til at fremstå i et bestemt lys – nemlig at patientinddragelse er et spørgsmål om flotte behandlings- og LUP-resultater tilvejebragt af personaler, som er kompetente udi patientinddragelse.

Således den viden, som Strategien trækker på, men det er ikke en naturlov, at der i Strategien trækkes på netop denne viden. Den kunne i stedet have trukket på eksempelvis den forskningsbaserede viden om brugerinddragelse og metoder hertil, som ViBIS stiller til rådighed <sup>25</sup>.

Hvis Strategien havde fundet sine begrundelser i den forskningsbaserede viden, så ville dens styringsfelt have været struktureret på en anden måde.

### **Hvilket lys kastes på løsningen?**

De synlighedsfelter, som Strategien fremviser i forhold til de problemer, den søger at løse, kaster samtidigt lys på bestemte styringsmæssige løsningsmuligheder.

For det første muliggøres løsning ved at rette styringens fokus mod den patientoplevede kvalitet, som måles via LUP.

LUP spørger ind til forskellige temaer i relation til patientens kontakt med sygehuset - alt lige fra patientens oplevelser af sin modtagelse i afdelingen, personalets involvering i og af patienten, information, fejl under indlæggelsen, basale forhold under indlæggelsen, patientinddragelse mm. <sup>26</sup>.

Det betyder, at interventionen i forhold til den patientoplevede kvalitet går via alt det som tilvejebringes af det kliniske personale i kontakten med patienten.

<sup>25</sup> Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet - <http://www.vibis.dk/viden>

<sup>26</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser - <http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup>

For det andet muliggøres løsning ved at rette styringens fokus mod sygehusets behandlingsresultater, som rapporteres til RKKP.

For at efterleve samtlige resultatindikatorer i RKKP skal personalet arbejde med forbedringer tilsvarende de spørgsmål, som forefindes i RKKP.

Interventionen i forhold til sygehusets behandlingsresultater skal derfor rettes mod personalets arbejde.

Endelig muliggøres løsning ved at rette styringens fokus mod ledere og personales manglende kompetencer i relation til patientinddragelse.

Dette udfoldes i afsnittet; Aktiviteten - ”Minimere relevante barrierer for patientinddragelse”.

Således Strategiens synlighedspalter i forhold til løsningsmuligheder, men hvordan forholder det sig så med Strategiens eksplicite løsningsforslag!

Under overskriften, ”Patienten som partner – fra strategi til plan” er løsningerne svarende til de 11 aktiviteter visualiseret med et diagram. Løsningerne er grupperet i en organisatorisk og en individuel brugerinddragelse. Endelig er der en tredje gruppe af løsninger, som refererer til begge grupperinger. Det er kompetenceudvikling af personale og ledere (bilag 1: 53).

I Strategiens eksplicite løsningsforslag, uagtet det er organisatorisk eller individuel brugerinddragelse eller kompetenceudvikling af personale og ledere, er der massivt fokus på LUP-resultaterne (bilag 1: 55-64).

At få patienter og pårørendes feedback og bruge den til organisering og udvikling af sygehuset, er en styringsteknologi, som er knyttet til den nye ansvarliggørelse og risikostyring.

Dean beskriver, at ”*Handlingsteknologier er styringsteknologier, som forsøger at styrke eller gøre brug af vores kapacitet til at handle.*” og at dette også indbefatter ”... *instrumenter til ’meningstilkendegivelse’ og ’repræsentation’ hvormed en brugergruppes krav kan indgå i en forhandling om behov.*” (Dean, 2006: 266).

Brugerinddragelse, hvor sygehuset målrettet efterspørger patienter og pårørendes synspunkter og bruger dem til udvikling af sygehuset, kan ses som en handlingsteknologi, der har til hensigt at inddrage patienter og pårørende som aktive brugere af sygehusets pleje- og behandlingstilbud.

Patienter og pårørende etableres som en gruppe, der har det til fælles, at de har brug for sygehusets ydelser. Dette er forbundet med risici, og derfor må deres status forandres, så de kan forholde sig aktivt til disse risici. De skal have blik for sådanne risici, som i princippet kan være alt lige fra det, LUP stiller spørgsmål til, og til de uendelige muligheder for ytringer, som ”Sig frem” kortet stiller til deres rådighed med sin blanke bagside som skrivefelt. De har også ansvar for at håndtere risici, hvilket de her kan gøre ved at fortælle sygehuset om dem. Herefter er det så op til sygehuset og de enkelte afdelinger at lade deres feedback ”indgå i en forhandling om behov”.

Styringsmæssigt matcher det billedet, som Strategien fremskriver af ”patienten som partner”.

Set oppefra har handlingsteknologien som styringsredskab en anden virkemåde.

Dean beskriver, at handlingsteknologier er ” ... strategier til at transformere ekspertise og udøve adfærdsregulering blandt professionelle, ...” (Dean, 2006: 268). ”Behovsbestemmelse er ikke længere et spørgsmål om videnskabeligt baseret sandhedsproduktion leveret af velfærdstatens fagekspertise; behov kan nu indgå i et forhandlingsspil, som udspilles i brugerrettighedernes navn.” (Dean, 2006: 269).

Det er netop et forhandlingsspil, som patienter og pårørendes feedback bliver en del af. Feedbacken bliver tolket og vurderet i forhold til, hvordan den passer ind i afdelingens øvrige opgaver og rutiner, og den bliver afvejet i forhold til den faglige ekspertise, som afdelingen gør brug af.

Patienter og pårørendes feedback er enkel at imødekomme, når den handler om kunst på væggene og blødere toiletpapir. Det bliver straks mere kompliceret, når de efterspørger at møde den samme læge ved alle deres ambulatoriebesøg, eller at ventetid, fra de møder ind på sygehuset til de er på operationsstuen, bør være maksimalt en halv time.

Parallelt med dette forhandlingsspil foregår der en fortsat strøm af evalueringer både via den årlige LUP, via sygehusets patient- og pårørenderåd og fra ”Sig frem” konceptet.

I disse evalueringer er det patienter og pårørendes behov og ønsker, der bruges som kriterier i evalueringen af personalets præstationer – og altså ikke videnskabeligt baseret faglig viden.

Afslutningsvis kan det konstateres, at der er en diskrepans imellem på den ene side de problemer, som Strategien kaster lys på, og på den anden side de løsninger, som Strategien ekspliciterer.

Interventioner i forhold til problemer med sygehusets behandlingsresultater, der rapporteres til RKKP, er eksplicit fraværende i Strategien.

### **Hvem rettes styringen imod?**

Samtlige af Strategiens aktiviteter retter eksplicit sin styring mod sygehusets personale.

De problemer og løsninger, som Strategien bringer frem i synlighedsfeltet vedrører personalets arbejde - personalets arbejde problematiseres. Det er derfor centralt at rette styringen mod sygehusets personale.

Nogle af aktiviteterne indebærer imidlertid, at personalet interagerer med patienter og pårørende på forudbestemte måder. Det er f.eks. tilfældet ved aktiviteterne ”Godt du spør” og ”Sig frem” (bilag 1: 59 og 58).

I aktiviteten, ”Sig frem” er formålet, ”At få indsigt i patienter og pårørendes viden, oplevelser og erfaringer ...” (bilag 1: 58). Sygehusets afsnit skal implementere ”Sig frem” konceptet, og bruge patienter og pårørendes feedback herfra til forbedringer. Forbedringstiltagene skal vidererapporteres til sygehusets Kvalitetsenhed, som så sikrer spredning af gode ideer til resten af sygehuset.

Styringen i denne aktivitet søger at nå sine mål ved brug af, hvad Dean kalder præstationsteknologier. Det er styringsteknologier, som bruges ”... fra oven, som et indirekte middel til at regulere aktører, til at transformere professionelle til ’kalkulerende individer’ i ’kalkulérbare rum’, underlagt bestemte ’kalkulationsregimer’ ...” (Dean, 2006: 268).

Vidererapportering af et afsnits forbedringstiltag og spredning heraf til resten af sygehuset betjener sig af en sådan styringsteknologi. Personalets bevidsthed om, at de overvåges – ikke bare af Kvalitetsenheden, men sågar af hele sygehuset – har som mål at få personalet til at transformere sig til at være personale, der skaber forbedringer med udgangspunkt i patienternes feedback.

For at et afsnit kan vidererapportere sådanne forbedringstiltag, er det en forudsætning, at personalet får feedback fra patienter og pårørende. Afsnittets personale må derfor lede sig selv til at blive personale, der er i stand til at få feedback fra patienter og pårørende.

Personalet må tilvejebringe et rum, hvor patienter og pårørende tilkendegiver feedback.

De må etablere et rum, hvor patienter og pårørende engageres som aktive og frie borgere – et rum, hvor de kan træde i karakter som ”patienten som partner”. I det rum indgår ”Sig frem” kortene.

”Handlingsteknologier er styringsteknologier, som forsøger at styrke eller gøre brug af vores kapacitet til at handle.” iflg. Dean (Dean, 2006: 266).

Afsnittet bruger ”Sig frem” konceptet i sin egenskab af at være et instrument til meningstilkendegivelse. ”Sig frem” konceptet får funktion af en styringsteknologi, som personalet bruger i deres regulering af deres relation til patienter og pårørende. ”Sig frem” kortene søger at styre patienter og pårørende til at træde ind i rollen som ”patienten som partner”.

Konklusionen er, at sygehusets afsnit skal implementere ”Sig frem” konceptet som en styringsteknologi rettet mod patienter og pårørende.

Eksemplet viser, at Strategiens aktiviteter retter sin styring mod såvel sygehusets personale som patienter og pårørende.

### **Aktiviteten - ”Minimere relevante barrierer for patientinddragelse”.**

Aktiviteten handler om at identificere og minimere barrierer for inddragelse af patienter og pårørende i de enkelte afsnit (bilag 1: 64).

Den henter sin begrundelse herfor i ViBIS’ undersøgelse fra 2013 med titlen, Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse. Undersøgelsesresultaterne er tilvejebragt fra en spørgeskemaundersøgelse, med i alt 1363 besvarelser fra hospitalsansatte læger og sygeplejersker (ViBIS, 2014: 13).

Parterne bag undersøgelsen er Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og ViBIS (ViBIS, 2014: 5).



Læger og sygeplejersker ”tør godt” patientinddragelse og de er bekendte med ”de positive virkninger” heraf, men der er barrierer forbundet hermed, og så er patientinddragelse et ledelsesansvar (bilag 1: 64). Iflg. undersøgelsesrapporten mangles der tid, personaleressourcer, fysiske rammer og viden om metoder til patientinddragelse (ViBIS, 2014: 6).

Jeg vil argumentere for, at aktiviteten har sigte på at myndiggøre personalet, så de i deres møde med patienter og pårørende inddrager dem i egen behandling - at styringsteknologien er empowerment.

Som styringsteknologi har empowerment iflg. Dean fire karakteristika. Det etableres af en særlig form for ekspertise; det fordrer viden om dem, der skal myndiggøres; det indebærer en demokratisk og ukontrolleret form for magtudøvelse og endelig indebærer empowerment frivillig og tvangsmæssig magtudøvelse, så de styrede kan udøve deres frihed (Dean, 2006: 124-126).

Ideen om, at personalet i de enkelte afsnit arbejder med at identificere og minimere barrierer for patientinddragelse, trækker på viden om dem selv og leveret af dem selv på foranledning af deres egne fagforbund. Personalet har tilkendegivet, at de tør godt og de vil gerne patientinddrage, med de kan ikke pga. barrierer – personalet føler sig magtesløse.

Iflg. Dean er det et karakteristika ved empowerment, at ”*ekspertisen vedrørende de fattige og deres vilkår underordnes de fattiges egen ekspertise*” (Dean, 2006: 125).

Den viden og ekspertise, der informerer aktiviteten her, har netop dette karakteristika:

At ekspertisen vedrørende personalet og deres vilkår for at inddrage patienter og pårørende i egen behandling er underordnet personalets egen ekspertise dvs. deres egne erfaringer med vilkårene for patientinddragelse, som de har givet udtryk for i ViBIS’ undersøgelse.

Dette svarer til det første af de fire karakteristika, som iflg. Dean kendetegner empowerment: at de har deres ophav i ”... *en særlig, men omstridt, form for ekspertise.*” (Dean, 2006: 125).

Oven i købet er ekspertisen tilvejebragt på foranledning af personalets egne fagforbund.

Hermed konstitueres læger og sygeplejersker som den gruppe, der skal myndiggøres.

Dean skriver; ”*Først og fremmest måtte man kende ’de fattige’ for at kunne regere dem. Men før man kunne kende dem, måtte ’de fattige’ konstitueres som en samlet gruppering.*” (Dean, 2006: 125).

Da Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med ViBIS valgte at lave

undersøgelsen om hospitalsansatte læger og sygeplejerskers forståelser af patientinddragelse, ”valgte” de samtidig at konstituere de selvsamme læger og sygeplejersker som en gruppe.

På baggrund af undersøgelsens udfald - at personalet tør godt og de vil gerne patientinddrage, med de kan ikke pga. barrierer – konstitueredes gruppen som værende magtesløse.

Hermed er læger og sygeplejersker i de enkelte afsnit på sygehuset etableret som enheder af magtesløse personaler i forhold til patientinddragelse. De kan nu regeres og myndiggøres.



Forudsætningen for at myndiggøre er iflg. Dean ”... viden om dem, der skal myndiggøres.” og ”... hvordan specifikke former for viden er en betingelse for empowerment-praksissers virke, og hvordan disse praksisser på den anden side afføder forskellige former for viden og sandhed.” (Dean, 2006: 125).

Viden om personalet i de enkelte afsnit på sygehuset er tilvejebragt ved undersøgelsen af hospitalsansatte læger og sygeplejerskers forståelser af patientinddragelse.

De spørgsmål, som indgik i undersøgelsen, er afgørende for hvilken viden, der kan tilvejebringes.

Der ses relationer mellem de spørgsmål, som ViBIS’ undersøgelse blandt læger og sygeplejersker stiller (ViBIS, 2014, bilag 2), og de spørgsmål, som LUP stiller til patienterne<sup>27</sup>.

Mens LUP bl.a. spørger patienterne om deres oplevelser i forhold til at blive involveret og inddraget, så spørger undersøgelsen blandt læger og sygeplejersker om betingelserne for at kunne involvere og inddrage patienter og pårørende.

Således etableringen af den specifikke viden, som udgør betingelserne for, at læger og sygeplejersker i de enkelte afsnit kan myndiggøres – og betingelserne for, at empowerment kan opnå sine effekter. Aktiviteten finder sine begrundelser i den viden, for at retningsbestemme styringen og skabe bestemte handlemuligheder.

I Deans citat ovenfor omtales også den gensidige kobling mellem styring og viden, som kendetegner governmentality. Styring etablerer et felt for generering af ny viden.

Når barriererne for patientinddragelse - manglende tid, for få personaleressourcer, manglende fysiske rammer, manglede viden om metoder til patientinddragelse og manglende ledelsesansvar – når alle disse forhold udbedres, så kan læger og sygeplejersker inddrage patienter og pårørende i egen behandling. Dette udgør feltet, hvorfra ny viden kan genereres. Aktiviteten med at minimere relevante barrierer for patientinddragelse skal effektmåles ved LUP i 2016 (bilag 1: 64).

Det betyder, at det felt, som genereres, når læger og sygeplejersker kan inddrage patienter og pårørende i egen behandling, skal bruges til at måle kvaliteten af patientinddragelse.

Den nye viden, der her efterspørges, er patienternes oplevelse af personalets kompetencer udi patientinddragelse.

Dermed har jeg vist endnu et karakteristika ved empowerment som styringsteknologi - at styring er afhængig af og trækker på viden om dem, der skal myndiggøres samtidig med, at der etableres et felt for generering af ny viden. Styringen er en rationel og gennemtænkt aktivitet.

---

<sup>27</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Spørgeskemaer - <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersogelse-patientoplevelser-lup/lup/nyt-koncept-for-lup-2014/spoergeskemaer>

Det eksplicitte formål med aktiviteten er, ”*At de sundhedsprofessionelle arbejder med, hvordan inddragelse af patienter og pårørende bliver muligt i de enkelte afsnit.*”

Det betyder iflg. aktivitetsbeskrivelsen, at barrierer skal ”*identificeres*” og ”*minimeres*” og udfaldet ved udgangen af 2017 skal være, at afsnittet har ”*fundet arbejdsmetoder, således at patienter og pårørende kan inddrages i egen behandling*” (bilag 1: 64).

Af en anden af Strategiens aktiviteter fremgår, ”*at ledere og udvalgte personaler ”klædes på” til at understøtte personalet i inddragelse af patienter og pårørende, samt opnår en fælles forståelse for brugerinddragelse. De udvalgte personaler skal bl.a. understøtte indsatsen vedr. at minimere barrierer, for inddragelse i egen behandling.*” (bilag 1: 66).

Aktiviteten er struktureret sådan, at det er afsnittets personale, der skal identificere og minimere de barrierer, som måtte findes i det pågældende afsnit. Det skal de gøre med støtte fra ledelsen og én eller to udvalgte kollegaer, som er blevet ”klædt på” i forhold til brugerinddragelse.

Bortset fra ledelsens og den ”påklædte kollegas støtte”, skal afsnittets læger og sygeplejersker selv planlægge og effektuere det program, som skal fjerne eller minimere barrierer for patientinddragelse – altså de barrierer som de i ViBIS undersøgelse tilkendegav, stod i vejen for patientinddragelse.

Altså skal afsnittets læger og sygeplejersker hver for sig og i fællesskab selv tilvejebringe deres myndiggørelse, så de bliver fri af deres magtesløshed. Måden, hvorpå de rustes til denne kamp, er med støtte fra en såkaldt ”påklædt kollega” og ledelsen.

Initiativet til aktiviteten vedrør. at minimere barrierer for patientinddragelse er initieret af sygehusledelsen og derfra er den konkrete planlægning og udførelse af aktiviteten uddelegeret til personale og ledere i de enkelte afsnit. Det er den kombination, som Dean benævner ”*en demokratisk ukontrolleret magtudøvelse*” (Dean, 2006: 125) – og som er endnu et karakteristika ved empowerment som styringsteknologi.

Dean skriver endvidere, at empowerment som styringsteknologi har en ”*”iboende tendens til at fejle”*: *dels muligheden for, at sådanne programmer producerer ikke-intenderede resultater, ...*” (Dean, 2006: 126).

Hensigten med empowerment programmer er at gøre de myndiggjorte ansvarsbevidste og stimulere deres handleevne, eller med Deans ord; de skal ”*... kaste deres offerrolle af sig for at deltage aktivt i forandringer af deres vilkår ...*” (Dean, 2006: 123).

Dette gøres ved at overdrage kontrol til det magtesløse personale, og dermed bliver styringen mere eller mindre ”ukontrolleret”.

Spørgsmålet er, om afsnittets læger og sygeplejersker er interesseret i at blive mere ansvarsbevidste i forhold til de barrierer, som de oplever i relation til patientinddragelse.

Vil aktiviteten stimulere deres handleevne, så de aktivt vil deltage i forandringen af disse barrierer? Er støtten fra afsnittets ledelse og ”den påklædte kollega” tilstrækkeligt til, at kunne indfri målene med styringen?

Den sidste dimension i analysen af aktiviteten omhandler skabelsen af identiteter, som empowerment kan operere igennem.

Jeg har tidligere i dette afsnit vist, at det er læger og sygeplejersker, der blev konstitueret som dem, der skal myndiggøres.

Af ViBIS' rapport, hvor læger og sygeplejersker blev spurgt om deres viden om og erfaringer med patientinddragelse, kan udlæses, hvad der kendetegner den personlighed, som empowerment søger at transformere.

Det er en personlighed, som ser forhindringer – som mangler tid, er presset på opgaver, har utilstrækkelige fysiske rammer til sit arbejde, mangler viden og ledelsesopbakning. Det er en personlighed, som gerne ville og har modet, men føler sig afmægtig – et offer for omstændighederne og magtesløs (ViBIS, 2014: 6).

Eftersom denne personlighed selv kan oplyse om alle disse forhindringer, er der en bevidsthed om magtesløsheden og dens årsager.

EksPLICIT i beskrivelsen af aktiviteten fremgår det, at formålet er, ”*At de sundhedsprofessionelle arbejder med, hvordan inddragelse af patienter og pårørende bliver muligt på de enkelte afsnit.*” og at barrierer ”*identificeres*” og ”*minimeres*” (bilag 1: 64).

Dette indikerer, at aktiviteten søger at skabe personligheder, som er mægtiggjorte, og som arbejder på at minimere samt eliminere betydningen af barrierer for patientinddragelse.

Sidstnævnte refererer til, at aktivitetens iboende styring opererer med, at der altid vil være barrierer, men dem må læger og sygeplejersker ikke lade stå i vejen for patientinddragelse.

Alt i alt fremskrives et subjekt, som oplever sig selv som myndig og for hvem inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling er en selvfølgelighed – og når der er barrierer herfor, skal de naturligvis neutraliseres.

Det er den forvandling af subjektiviteten, som empowerment søger med sin styring. Det er det subjekt, som læger og sygeplejersker søges styret til at kunne identificere sig med.

For at læger og sygeplejersker skal vælge at gøre sig til genstand for sin egen styring og udvikle sig til dette subjekt, må de finde det efterstræbelsesværdigt at opleve sig selv som værende myndig og at kunne inddrage patienter og pårørende i egen behandling, sågar når der er barrierer herfor. ”*Styringsregimer determinerer ikke subjektivitetsformer. De fremkalder, promoverer faciliterer, skaber og tildeler diverse kapaciteter ...*” (Dean, 2006: 75).

Dean fremfører imidlertid, at styring som f.eks. empowerment ”... søgte at skabe et sæt af vilkår, der krævede, at de fattige selv handlede, for at styringen kunne fungere effektivt. De fattige blev underkastet disse programmer og deres agents myndighed, for at de skulle danne en særlig type subjektivitet.” (Dean, 2006: 126).

Hvorvidt en sådan styringsmæssig regulering gør sig gældende i herværende aktivitet kan ikke fremanalyseres, men i en anden af Strategiens aktiviteter fremgår, ”at ledere og udvalgte personaler ”klædes på” til at understøtte personalet i inddragelse af patienter og pårørende ...” (bilag 1: 66).

Hvad der konkret ligger i det, at klæde lederne på, kan ikke afgøres, men aktivitetens formål er, ”At opnå en kultur blandt ledere og personale på sygehuset, hvor patientinddragelse er et ledelsesansvar, der forudsætter en fokuseret indsats” (bilag 1: 66).

Hvis det har sigte på, at ledere kompetenceudvikles til at skabe ”et sæt af vilkår, der kræver, at læger og sygeplejersker underkaster sig” empowerment-teknologien, så svarer det til det fjerde og sidste karakteristika ved empowerment som styringsteknologi – at afsnittets leder tilvejebringer ”... en frivillig og tvangsmæssig magtudøvelse over subjektiviteten hos dem, der skal myndiggøres.” (Dean, 2006: 126).

Det betyder, at læger og sygeplejersker tvinges til at deltage i aktiviteten vedrørende at minimere barrierer for patientinddragelse. De tvinges, for at de kan udøve deres frihed til at gøre sig til genstand for sin egen styring og udvikle sig til et subjekt, der oplever sig selv som myndig og for hvem patientinddragelse er en selvfølgelighed uagtet diverse barrierer.

Hvis empowerment som styringsteknologi opnår sit iboende mål med styringen af læger og sygeplejersker i forhold til, at de vil praktisere patientinddragelse som en selvfølgelighed, da vil det have effekter for patienter og pårørende.

Læger og sygeplejersker vil i kontaktsituationen med patienter og pårørende have en adfærd, som ”inviterer” dem til at træde i karakter som ”patienten som partner”.

Sker det, så har Strategien opnået i hvert fald nogle af sine ønskede mål og som Dean gør gældende ”... omstrukturering af offentlige institutioner går ud på, at de skal myndiggøre snarere end behandle.” (Dean, 2006: 124).

## Konklusion

### Strategien og sygehusets institutionelle omgivelser.

Strategiens aktiviteter fremstår som en legitim og acceptabel respons på kravet om inddragelse af patienter og pårørende. Det er begrundet i, at aktiviteterne ses som værende passende af de øvrige aktører i det organisatoriske felt, som sygehuset er en del af.

Ni af Strategiens 11 aktiviteter er afstedkommet på baggrund af tvangsmæssig isomorfi, hvor omgivelsernes pres har været af en sådan karakter, at Holbæk Sygehus har oplevet sig presset til at handle tilsvarende andre aktører i det organisatoriske felt. Presset fra det organisatoriske felt repræsenterer derfor en begrænsning i sygehusets udfoldelsesmuligheder vedrørende valg af aktiviteter til inddragelse af patienter og pårørende.

For tre af de ni aktiviteter vedkommende har presset været formelt i form af lovgivning eller en direkte invitation, hvorfor sygehuset ikke har kunnet sige fra på disse aktiviteter.

For de resterende seks aktiviteter har presset været uformelt, men af sygehuset oplevet som værende forpligtigende.

Flyttes fokus væk fra spredningsperspektivet og homogenitet i det organisatoriske felt over til optagerperspektivet, så er det plausibelt at antage, at det for sygehuset også handler om effektivitet og kvalitet i opgaveløsningen.

Diverse målsætninger, den ledelsesmæssige forankring og krav om afrapportering for otte af de ni aktiviteter fremstår præcise og konkrete i beskrivelsen af hver aktivitet. Det indikerer en intention om en reel implementering og at aktiviteten passer ind i sygehusets øvrige arbejdsfunktioner og effektivitetslogik.

Vel er det vigtigt for sygehuset at fremstå som en legitim aktør i omverdenens optik, men det handler også om at få løst problemerne relateret til LUP-resultaterne.

De sidste to af Strategiens aktiviteter, som vedrører personalets kompetenceudvikling til øget patientinddragelse, er på baggrund af mimetisk isomorfi. Sygehuset har valgt en efterligningspraksis og følger anbefalinger fra en anerkendt aktør i feltet, nemlig ViBIS.

Målsætningerne er upræcise og ledelsesforankringen er uklar. Aktiviteterne etableres isoleret fra sygehusets øvrige arbejdsfunktioner, hvilket indikerer en ceremoniel funktion.

Aktiviteterne bidrager hovedsagligt til at legitimere sygehuset i omgivelsernes optik.

Selvom aktiviteterne indledningsvist har en symbolsk funktion og næppe er tænkt som funktionelle redskaber til løsning af kravet om inddragelse af patienter og pårørende, så kan de over tid blive funktionelle.

Holbæk Sygehus har afpasset Strategiens aktiviteter til de normer og værdier, der er fremtrædende i dets institutionelle omgivelser. Der er tale om en efterligningspraksis, som er både symbolsk og rationel. Resultatet er, at udformning og valg af strategi i relation til inddragelse af patienter og pårørende har væsentlige lighedstræk med det, andre organisationer i feltet har valgt at gøre eller anbefaler at gøre.

Aktiviteter kan omtales retorisk ens af forskellige aktører i det organisatoriske felt, men lokale tolkninger og tilpasning betyder, at variationen i klinisk praksis kan være stor. Variationer forbliver uden for synsfeltet, når analysen ser bort fra optagerperspektivet og alene fokuserer på et kontekstuel perspektiv.

**Strategien som styringsredskab.**

I Strategien konstitueres patienter og pårørende som én samlet gruppering uanset sygdom, alder, mm.

De beskrives som liberale borgere med rettigheder og frihed til at vælge, hvad de finder bedst for sig selv. De er myndige samarbejdspartnere, som tager ansvar i forhold til at overvåge og kontrollere de risici, der er forbundet med at være syg og at have behov for behandling på sygehuset. De skal have en fremtrædende og aktiv rolle i deres kontakt med sygehuset samt sikres indflydelse og handlemuligheder. Strategiens betegnelse er ”Patienten som partner”.

Det er ifølge Strategien den type patienter og pårørende, som sygehusets personale skal kunne matche i klinisk praksis.

Den viden, hvorfra Strategien henter sine begrundelser for at give styringen en bestemt retning og skabe bestemte handlemuligheder, er genereret i sygehusets egen praksis.

Det er viden om de behandlingsresultater, som sygehuset løbende rapporterer til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og den patientoplevede kvalitet, der er tilvejebragt via den årlige spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne, kaldet LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser).

Endelig er det viden om læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse, deres efterlysning af metoder til patientinddragelse og deres oplevelse af vilkårene for patientinddragelse i praksis. Det er viden tilvejebragt via en spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte læger og sygeplejersker. Parterne bag undersøgelsen er Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og ViBIS.

Det er fra viden om problemer inden for de tre områder, at Strategien fremskriver styringsproblemer vedrørende sygehusets behandlingsresultater, den patientoplevede kvalitet samt ledere og personales manglende kompetencer i relation til patientinddragelse.

Strategien søger dog kun at intervenere i forhold til den patientoplevede kvalitet plus ledere og personales manglende kompetencer i relation til patientinddragelse.

Den patientoplevede kvalitet er LUP-resultaterne. Det er patienter og pårørendes vurderinger af det kliniske personales arbejde. Det er alt lige fra patientens oplevelser af sin modtagelse i afdelingen, basale forhold under indlæggelsen til patientinddragelse.

Det omhandler personalets arbejde i kontaktsituationer med patienter og pårørende. Det er den del af personalets arbejde, som patienter og pårørende kvalitetsmæssigt har vurderet som værende under landsgennemsnittet i LUP.

Strategiens altoverskyggende styringsmæssige bekymringer retter sig mod den patientoplevede kvalitet – LUP-resultaterne.

Relateret hertil er det et problem, at ledere og personale mangler viden om metoder til patientinddragelse og at de opfatter vilkårene for deres arbejde som forhindringer for at inddrage patienter og pårørende. Det problematiserer Strategien, fordi det står i vejen for, at mål med styringen kan indfries.



Strategiens mål er at forandre personalets måder at arbejde på i kontaktsituationen med patienter og pårørende. Personalet skal arbejde på måder, som patienter og pårørende vil vurdere som svarende til LUP-resultaternes landsgennemsnit eller derover. Strategiens styring er derfor rettet mod sygehusets personale og deres måder at arbejde på.

Strategien søger også at få personalet til at styre patienter og pårørende, så de har en adfærd der svarer til at være ”Patienten som partner”. Herved kan der ske en løbende vurdering og tilpasning af personalets måde at arbejde på i kontaktsituationen med patienter og pårørende. For patienter og pårørende medfører det, at de får øget indflydelse og kan handle på det, de i situationen finder utilfredsstillende. Efterfølgende kan de vise deres tilfredshed i LUP!

Strategien gør brug af forskellige styringsteknikker i sin forfølgelse af målene med styringen. I min analyse af udvalgte dele af Strategien finder jeg brugen af, hvad Dean kalder præstationsteknologier. Det er en styringsteknologi, som i Strategien forlanger, at personalet afrapporterer informationer om de forbedringer, som de har tilvejebragt på baggrund af feedback fra patienter og pårørende. Afrapporteringen skal ske til Kvalitetsenheden, som videreformidler informationen om forbedringerne til resten af sygehuset. Personalets bevidsthed om at være overvåget af hele sygehuset, sigter på at få dem til at handle tilsvarende Strategiens anvisninger.

Samtidig bruges præstationsteknologien som styringsteknik til at få personalet til at styre patienter og pårørende. For at personalet kan tilvejebringe feedback til forbedringer fra patienter og pårørende, må patienter og pårørende styres til at give feedback via ”Sig frem” kortene. Instrumenter til meningstilkendegivelse er en styringsteknik, som Dean benævner handlingsteknologier. Den bruges nedefra, og har sigte på, at få patienter og pårørende til at indtræde i rollen som ”Patienten som partner”.

Set oppefra virker meningstilkendegivelse som styringsteknik regulerende på personalets adfærd. Personalet må aktivt forholde sig til patienter og pårørendes feedback. Det er ikke tilstrækkeligt, at personalet er kompetente i fagprofessionel henseende – de skal også kunne indpasse patienter og pårørendes feedback i deres måde at samarbejde med dem på.

I hvilken grad dette lykkes for personalet, vil afspejles i de kommende LUP-resultater.

Empowerment bruges som styringsteknologi i Strategiens aktivitet i forhold til at minimere barrierer for patientinddragelse.

Læger og sygeplejersker konstitueres som en gruppe, hvis adfærd problematiseres. Ideen om deres myndiggørelse trækker på viden om dem selv og leveret af dem selv i en undersøgelse foranlediget af deres egne fagforbund i samarbejde med ViBIS. Undersøgelsen viste, at læger og sygeplejersker tør godt og de vil gerne patientinddrage, med de kan ikke pga. barrierer. Det er den viden, som etablerer dem som magtesløse og som giver styringen sin retning.

Læger og sygeplejersker i de enkelte afsnit skal selv tilvejebringe deres myndiggørelse.

De skal kaste offerrollen af sig og være aktive i forandringen af de vilkår, som forhindrer dem i at inddrage patienter og pårørende. Hertil kan de få støtte fra en kollega og ledelsen, som er blevet "klædt på" til at understøtte personalet i patientinddragelse. For at gøre dem ansvarsbevidste og handlekraftige, overdrages de selv kontrollen for processen.

Den transformation af identitet som empowerment tilsigter, går fra at være afmægtig og et offer for omstændighederne til et subjekt, der oplever sig myndig og for hvem patientinddragelse er en selvfølge. Barrierer vil der altid være, men de kan minimeres og betydning af dem elimineres.

Spørgsmålet er, hvorvidt afsnittenes ledere kan og vil skabe "et sæt af vilkår, der kræver, at læger og sygeplejersker underkaster sig" empowerment-teknologien og gør sig til genstand for sin egen styring for at transformere sig til et subjekt, for hvem inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling er en selvfølge på trods af diverse barrierer!

## Perspektivering

Patientinddragelse i praksis er kompleks. Det udfordrer principielt alt i relation til den måde, hvorpå vi praktiserer pleje og behandling på i dag. Det være sig alt lige fra den enkeltes holdninger til patienten og sig selv som fagekspert, arbejdets organisering, prioritering af arbejdsopgaverne og til den måde, hvorpå fagprofessionelle samtaler med patienter og pårørende på under stuegangen eller ved et ambulatoriebesøg.

Det gør fordring på modig og vedholdende ledelse på samtlige niveauer i sygehusets organisation og en høj grad af medarbejderinvolvering. Det kræver ledelse, hvor man bryder med vanetænkning og traditionelle arbejdsgange, og det fordrer modet til at diskutere holdninger og værdier med sine medarbejdere.

Det er ledelse som gør krav på en løbende balancering af værdier i en tid, hvor spørgsmålet om effektivitet er i højsædet.

Jeg ser det som en mulig vej at gå, når målet er tilfredse patienter og pårørende samt fine LUP-resultater.

## Personlig udviklingsplan

Ved min opstart på MPG tilbage i 2012 skrev jeg i mit våbenskjold, at mine udfordringer og udviklingsfokus omhandlede, at jeg var for mål- og produktorienteret på bekostning af processen og det at få følgeskab. Jeg skrev, at jeg blev irriteret over mine samarbejdspartneres manglende engagement, og at jeg ville lære at transformere min irritation til noget konstruktivt.

Dengang som nu var jeg ansat som stabsmedarbejder i en afdeling med 160 ansatte. Meget af min arbejdstid blev brugt på implementering af Den Danske KvalitetsModel (DDKM) – et monster uden sidestykke i medicinens historie, ifølge mellemlederne og det kliniske personale.

Højere oppe i organisationen lød kravet, at vi skulle bestå akkrediteringen. Jo tættere vi kom på et akkrediteringstidspunkt, desto mere blev kommunikationen skærpet.

Her imellem befandt jeg mig med min sygeplejefaglige og pædagogiske baggrund, og med en positiv tilgang til DDKM.

På baggrund af ovenstående og med udgangspunkt i MPG-uddannelsens kompetenceprofil vil jeg reflektere over min egen læring og udvikling i MPG uddannelsesforløbet.

### Kontekstuel videnkompetence

Jeg har i mit uddannelsesforløb opnået en større bevidsthed om kontekstens betydning. Jeg har gjort mig positive erfaringer i forhold til at medtænke konteksten, når opgaver skal håndteres – og at være bevidst om det ”oversættelsesarbejde”, som er nødvendig, når afsættet for og håndteringen af opgaven er hjemhørende på forskellige organisatoriske niveauer.

For at honorere kravene i DDKM, skulle jeg præsentere forandringer, så de kliniske medarbejdere fik indflydelse på løsningen og kunne se en mening med at gøre det.

### Analytisk kompetence

Bl.a. Sergi Fernandez og Hal Rainey 8 faktorer af betydning for forandringsprocesser har været en hjælp i forhold til at få proces og følgeskab i centrum.

Tredje generations coaching og narrativer har jeg eksperimenteret med i forhold til at skabe følgeskab. Tredje generations coaching har været en hjælp til at flytte fokus fra ”en negative tilgang”, til hvad opgaven kan bidrage med i forhold til afdelingen, patienten og den pågældende medarbejder.

At være for produktorienteret er stadig en udfordring, som fordrer, at jeg må stoppe op og spørge mig selv, om det, jeg nu har gang i, er en klog disponering!

### Refleksiv kompetence

Mine refleksioner har primært omhandlet min måde at tænke og handle på i relation til opgavens kontekst.

At tænke i ledelse var nyt for mig og de mange nye teorier, som jeg er blevet præsenteret for i løbet af uddannelsen har udfordret mine vanlige måder at løse mine arbejdsopgaver på.

Bl.a. har indflydelse og magt givet anledning til refleksioner. Hvor gik grænserne for min magt i en stabsfunktion og hvorfor havde jeg afholdt mig fra at lede op i hierarkiet?

Morten Fogsgaard og Claus Elmholdts ”magtens trekant” har været en inspirationskilde.

### **Personlig udviklings kompetence**

Resultatet af min NEO PI-R viste, at jeg lå lidt under middel i ekstroversion og lidt over middel i samvittighedsfuldhed – hvilket matcher, hvad jeg tidligere havde skrevet i mit våbenskjold.

Jeg skal derfor arbejde bevidst med at være mere udadvendt, sætte flere ord på mine tanker bag mine ideer og forslag, og sænke mine til tider lidt for høje standarder. Sidstnævnte er en udfordring i forhold til at få de andres commitment på opgaven.

Fremadrettet skaber jeg de bedste udviklingsmuligheder for mig selv ved at skifte til et lederjob.

### **Praktisk ledelseskompetence**

Jeg har arbejdet med ledelse af opgaver som f.eks. implementering af DDKM, nedbringelse af sygefraværet, forbedring af kommunikation og samarbejde i de enkelte afsnit og lign..

Jeg har planlagt processen, præsenteret mit forslag for min ledelse, hvorefter jeg har haft til opgave at føre dem ud i livet.

### **Normativ kompetence**

Når ledelsens prioriteringer og beslutninger har undret mig, har jeg diskuteret det med dem.

Det har været med til at skærpe min bevidsthed om egne værdier og givet mig et indblik i, hvordan man som leder bliver nødt til at prioritere mellem forskellige værdier.

### **Masterprojektet**

Mit masterprojekt har givet mig en ny forståelse af Strategien. Jeg har ureflektet underkastet mig Strategiens præstationsteknologier og sikret, at vi i min afdeling har leveret de resultater, der er blevet efterspurgt.

På baggrund af at vi har fine LUP-resultater i min afdeling, så ville jeg i dag have forsøgt at få min afdeling fritaget for at arbejde med Strategiens aktiviteter.

I stedet ville jeg foreslå et projektforslag, hvor vi i samarbejde med ViBIS afprøvede beslutningsstøtteværktøjer, der har sigte på at øge patientens deltagelse i de behandlingsmæssige beslutninger.

## Litteraturliste

Dahlager, Lisa (2005). *I samtalens rum. En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Ph.d.-afhandling. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

DiMaggio, Paul J og Powell, Walter W (1983). *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*. American Sociological Review, Volume 48, Issue 2, (Apr., 1983), pp. 147-160.

Dean, Mitchell (2006). *Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund*. Forlaget Sociologi c/o Forlaget Samfundslitteratur

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, (April 2015) *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2014*

Foss Hansen, Hanne (2000). *Kun i mørke er alle katte grå. Refleksioner over copycat-praksis og dennes effekter*. Politica, bind 32 (2000) - 3

Launsø, Laila; Olsen, Leif og Rieper, Olaf (6. udgave, 3. oplag 2011). *Forskning om og med mennesker. Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Meyer, John W og Rowan, Brian (1977). *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*. American Journal of Sociology, Vol. 83. No. 2 (Sep., 1977), pp. 340-363.

Pedersen, Line Hjøllund m.fl.. *Patientinddragelse er endnu ikke fuldt implementeret i sundhedsvæsenet*. Ugeskr. Læger 2015; 177:V12140663

Regeringen (2013) *Mere borger, mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. Elektronisk publikation: 978-87-92985-44-6. Publikationen kan hentes på [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

Region Sjælland (2015) *Visionen for patienten som partner. og Fra vision til strategi*. Elektronisk publikation. <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/patientinvolvering/Sider/Patienten-som-partner.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2009). *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. Elektronisk publikation: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/2574D73C89164E16A26958E0F3119DB0.ashx>

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) (2014). *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse. En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*. ViBIS <http://www.danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/Rapporten.pdf>



Villadsen, Kaspar (2013). *Michel Foucault*. Kapitel 17 i bogen af Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo. *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzel, København.

Villadsen, Kaspar og Mik-Meyer, Nanna (2007). *Foucault: Den bevægelige velfærdskritik*. Kapitel 2 i bogen; *Magtens former. Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. Munksgaard Danmark.

### **Baggrundslitteratur**

Andersen, Niels Åkerstrøm (2003). *Borgerens Kontraktliggørelse*. Hans Reitzels Forlag, København.

Ankersborg, Vibeke (2011). *Specialeprocessen. Tag magten over dit speciale!*. Samfundslitteratur, Frederiksberg C.

Høyer, Klaus (4. udgave, 1. oplag 2011). *Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode*. Kapitel 1 i bogen; *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard Danmark.

Justesen, Lise og Mik-Meyer, Nanna (1. udgave, 5. oplag 2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels Forlag.

## Bilag 1

Bilaget består af dokumentet, ”Strategi for Patienten som partner 2015 – 2017 på Holbæk Sygehus” samt dette dokument to bilag; ”Fra strategi til plan – Patienten som partner” og ”Strategi for Patienten som partner 2015–2017”.

### Link til elektronisk udgave:

Strategi for Patienten som partner 2015 – 2017 på Holbæk Sygehus. Inklusiv de to bilag. (version 2, 23.07.2015). <http://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=414933&q=414933>

## Strategi for Patienten som partner 2015 – 2017 på Holbæk Sygehus

- 1) Formål
  - 1.1) Mål
- 2) Anvendelsesområde
- 3) Fremgangsmåde
- 4) Ansvarsforhold
- 5) Dokumentation
- 6) Definitioner/Søgeord
- 7) Referencer

### 1) Formål

At Holbæk Sygehus opnår en systematisk tilgang til arbejdet med brugerinddragelse, hvor det overordnede mål er:

*At der gennem brugerinddragelse sikres en høj grad af patientoplevelt kvalitet og forbedrede behandlingsresultater.*

Med afsæt i Region Sjællands vision, vil Holbæk Sygehus, med strategien for patienten som partner, understøtte sygehusets vision om at tilbyde sammenhængende og relevante forløb med høj patientoplevelt kvalitet.

Rammerne for strategien:

- Vision for patienten som partner – fra vision til strategi, Region Sjælland.
- DDKM standard 1.1.7, 1. 2.11, 2.1.2, 2.3.2
- Brugerinddragelse, plan for Holbæk Sygehus 2014 Dok. nr. 414933
- Program for Region Sjælland - Vision, Handlingsplan
- Sundhedsaftalen 2015-2017, Region Sjælland.
- Driftsaftalen 2015 – Holbæk sygehus

#### 1.1) Mål

##### Mål for strategi 2015 – 2017

Nedenstående mål er opdelt i de to hovedspor. Målene for den organisatoriske- og individuelle brugerinddragelse er dog ofte tæt forbundne. Med afsæt i de to

hovedspor, er der til slut opsat mål for ledere og personalets kompetenceudvikling i forhold til patienten som partner.

**Vi inddrager patienter og pårørende i udviklingen af sygehuset –**

*Når vi inddrager patienter og pårørende i organiseringen af sygehuset, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.*

**Vi inddrager patienter og pårørende i egen behandling –**

*Når vi inddrager patienter og deres pårørende i behandlingsforløbet, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.*

2) **Anvendelsesområde**

Strategien er gældende for personalet på Holbæk Sygehus.

3) **Fremgangsmåde**

Se bilag:

*Strategi for patienten som partner 2015-2017*

*Fra strategi til plan - patienten som partner*

4) **Ansvarsforhold**

Styregruppen for patienten som partner.

Afdelingsledelserne har ansvar for at implementere strategien og planen for strategien.

Medarbejderne har ansvar for at kende og anvende strategien og planen for strategien.

5) **Dokumentation**

6) **Definitioner/Søgeord**

**Organisatorisk brugerinddragelse**

Organisatorisk brugerinddragelse er inddragelse af brugere som repræsentanter i forhold til brugerperspektivet i beslutningsprocesser af betydning for organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet. Dette kaldes også for repræsentativ brugerinddragelse (Vibis.dk)

**Individuel brugerinddragelse**

Individuel brugerinddragelse er patientens (og de pårørendes) inddragelse og indflydelse på eget forløb. Det er videndeling mellem brugeren og den sundhedsprofessionelle, så man sikrer, at der bliver lyttet til brugerens ønsker, behov og kendskab til egen situation, og at denne viden bliver anvendt i behandlingsforløbet. Desuden dækker denne form for inddragelse over brugerens mulighed for at få indflydelse i beslutninger omkring eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom. (Vibis.dk)

7) **Referencer**

Vision for patienten som partner - fra vision til strategi, Region Sjælland:  
[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

*Brugerpolitik for Sundhedsvæsenet i Region Sjælland*

*Strategi for udmøntning af brugerpolitik for Sundhedsvæsenet i Region Sjælland, dok.nr.339132*

*Værktøjskasse for brugerinddragelse, dok.nr.339132*

Ide-katalog til arbejdet med LUP resultater 2012 Region Sjælland, er bilag til *retningslinje*

Strategi for styrkelse af patientens rolle i egen behandling – patienten som partner

Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet: [www.vibis.dk](http://www.vibis.dk)

---

**Standard DDKM for Sygehuse 2. version**

- 1. 1.07 Inddragelse af borgere i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser
- 1. 2.11 Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer
- 2. 1.02 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere

---

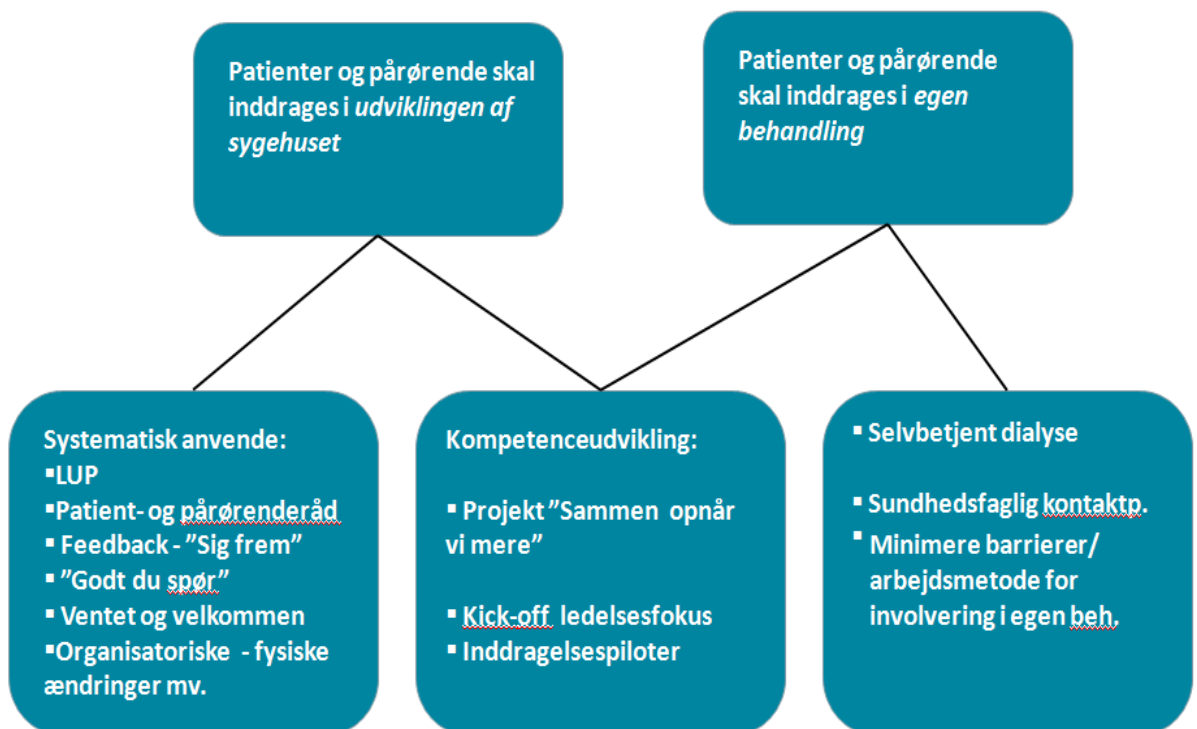
**Bilag:**

Fra strategi til plan - Patienten som partner\_2.docx

Strategi for Patienten som partner 2015-2017\_4.doc



## Fra strategi til plan - Patienten som partner



**Proces- og effektmål - Patienten som partner**  
**Indholdsfortegnelse:**

**Inddragelse af patienter og pårørende i udviklingen af Holbæk Sygehus.**

1. LUP resultaterne – systematisk anvendelse til forbedringer.  
LUP akutmodtagelse - systematisk anvendelse til forbedringer
2. Patient- og pårørenderådet
3. ”Sig frem” konceptet - systematisk anvendelse af feedback fra patienter og pårørende.
4. ”Godt du spør’ ” – implementering af konceptet.
5. Patientvenligt sygehus – anvendelse af idekataloger
6. Inddragelse ved organisatoriske forandringer, de fysiske rammer, nye behandlingstilbud mm.

**Inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling.**

7. Selvbetjent dialyse
8. Sundhedsfaglig kontaktperson
9. Minimere relevante barrierer for patientinddragelse

**Kompetenceudvikling af personale og ledere**

10. Projekt ”Sammen opnår vi mere”
11. Kompetenceudvikling – ledere og personale



## Inddragelse af patienter og pårørende i udviklingen af Holbæk Sygehus.

### 1. LUP resultaterne

(Grønt markeret betyder, at indsatsen er udført.)

<b>Systematisk anvendelse af LUP 2014 resultaterne til at forbedre sygehusets ydelser</b>	
<b>Formål</b>	At de leverede data vedr. LUP undersøgelsen anvendes systematisk til at forbedre sygehusets ydelser til gavn for patienterne.
<b>Procesmål 1 *</b>  Tidsramme: <b>Uge 9-10</b>	<p>Udvælge indsatsområder pba. af LUP resultaterne for 2014 på sygehus niveau.</p> <p>På sygehusniveau er de identificerede indsatsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinvolvering</li> <li>• Særligt ansvar for det samlede forløb</li> </ul> <p><i>Patientinvolvering:</i> Arbejdet med patientinvolvering går i tråd med strategien for patienten som partner, og vi arbejder med de proces- og effektmål, som udarbejdes i relation til strategien. <i>Særligt ansvar for det samlede forløb</i> kobles sammen med arbejdet vedr. kontaktpersonordningen, hvor der er krav om, at sygehuset ultimo 2015 dokumenterer, at minimum 80% af alle patienter oplever, at en eller flere personer havde et særligt ansvar for forløbet fra indlæggelse til udskrivelse.</p>
<b>Procesmål 2</b>  Tidsramme: <b>Uge 13-15</b>	<p>Kvalitetsenheden forelægger de identificerede indsatsområder for kvalitetsrådet. Uge 13 Godkendelse af indsatsområder og pressestrategi i SL. Uge 15</p>
<b>Procesmål 3</b>  Tidsramme: <b>Uge 15- 16</b>	<p>At de enkelte afdelinger identificerer indsatsområder pba. deres afdelingsspecifikke LUP resultater og indsatserne koordineres med sygehusniveau. Der udarbejdes handleplaner. Uge 16.</p> <p>Holbæk scorer lavt på flere spørgsmål vedr. <i>information</i>, f.eks. <i>information om virkning og bivirkning af ny medicin/ Informeret om muligheden for at stille spørgsmål efter udskrivelsen/og info om den videre plan efter udskrivelsen</i>. Arbejdet med information igangsættes på afdelingsniveau. Det kan med fordel knyttes til arbejdet med patienten som partner og sundhedsfaglig kontaktperson.</p>
<b>Procesmål 4</b>  Tidsramme: <b>Uge 19</b>	<p>Der foreligger udarbejdede handleplaner inkl. proces og effektmål pba. følgende: Identificerede indsatsområder på egen afdeling og på områder, der ligger under landsresultatet, samt de identificerede indsatsområder på tværs af sygehuset.</p>
<b>Effektmål</b>	<p>At sygehuset ligger på landsresultatet eller derover i LUP 2016 på sygehusniveau. Derfor arbejder alle afdelinger i 2015 og 2016 med at forbedre patienttilfredsheden på alle spørgsmål, der ligger under landsresultatet.</p>

<b>Systematisk anvendelse af resultaterne fra LUP akutmodtagelse til at forbedre sygehusets ydelser</b>	
<b>Formål</b>	At de leverede data vedr. LUP Akutmodtagelse anvendes til at forbedre sygehusets ydelser til gavn for patienterne i akutmodtagelsen.
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme: <b>Uge 10-11</b>	Pba. af resultaterne udvælges indsatsområder, og der udarbejdes handleplan, som del af driftsaftalen – primo marts 2015 Indsatsområderne er følgende: 1. Information om: Forventet ventetid, udviklingen i ventetid, årsagen til ventetid 2. Får dækket behov for smertelindring
<b>Procesmål 2</b>	Pba. de identificerede områder er følgende tiltag iværksat: <b>Ventetid:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekretæren i modtagelsen orienteres om ventetidssituationen og informerer patienter og pårørende løbende om denne.</li> <li>• Anvendelse af Silent ordering system – udlevering af brik, der giver grønt lys, når patienten står for tur.</li> <li>• Mulighederne for forbedringer af venteværelset undersøges, bl.a. muligheden for at opsætte et lille fjernsyn i børnehøjde, der viser tegnefilm mv.</li> <li>• Opsætning af automat med mad og drikkevarer på sygehuset, samt undersøgelse af muligheden for løbene udskiftning af læsestof/blade til venteværelset.</li> <li>• Der arbejdes med at optimere arbejdsgange og forbedre arbejdsstrukturen med det formål at mindske ventetiden.</li> </ul> <b>Behov for smertelindring:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekretæren spørger til smerter ved ankomsten. I bekræftende fald noteres dette, og der fremkommer et AV symbol på Imatis tavlen. Når sygeplejersken har givet smertestillende fjernes symbolet.</li> <li>• Sygeplejersken forventningsafstemmer samtidig med patienten om, at der gives smertelindring, men at patienten ikke kan forvente at blive smertefri.</li> </ul> Ovenstående er uddybet i en handleplan.
<b>Procesmål 3</b>	Tiltagene vurderes løbende vha. PDSA metoden. Der udføres telefoninterview. Fremgår uddybet i handleplan.
<b>Effektmål</b>	At patienttilfredsheden er forbedret på områderne ventetid og smertelindring. At sygehuset ligger på landsresultatet eller derover i LUP akutmodtagelse 2016.

## 2. Patient- og pårørenderådet

<b>Patient- og pårørenderåd på Holbæk Sygehus</b>	
<b>Formål</b>	Understøtte det etablerede patient- og pårørenderåd og anvende rådet til sparring samt inddrage rådets anbefalinger, hvor det er muligt.
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme: <b>2015-2016</b>	Gennemfører og understøtte den planlagte møderække med patient- og pårørenderådet i 2015 og i 2016
<b>Procesmål 2</b> Tidsramme: <b>Dec. 2015</b>	Iværksætte de forslag, som patient- og pårørenderådet fremkommer med løbende – status dec. 2015 og 2016
<b>Procesmål 3</b> Tidsramme: <b>Feb. 2015</b>	Synliggøre Patient- og pårørenderådet på sygehusets hjemmeside. Dette sker løbende.
<b>Procesmål 4</b> Tidsramme: <b>Dec. 2016</b>	Evaluering af konceptet for patient- og pårørenderåd på Holbæk Sygehus med tilbagemelding til Region Sjælland.
<b>Resultatmål/ Effektmål</b>	At der minimum er gennemført 3 tiltag årligt, der er foreslået pba. af patient- og pårørenderådets anbefalinger og godkendt af SL. At LUP 2016 viser forbedrede resultater i forhold til patient- og pårørendeinvolvering. (Sammen med de øvrige tiltag)

### 3. "Sig frem"

<b>Systematisk anvende feedback fra patienter og pårørende vha. redskaberne fra "Sig frem" konceptet.</b>	
<b>Formål</b>	<p>At få indsigt i patienter og pårørendes viden, oplevelser og erfaringer på en enkel måde ved at anvende redskaberne fra "Sig frem" konceptet.</p> <p>At bruge Patient- og pårørenderådets forslag om, at "Sig frem" konceptet anvendes på sygehuset.</p>
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme <b>Primo Maj 2015</b>	Status på implementeringsgraden af "Sig frem". Relevante afsnit, der endnu ikke er påbegyndt anvendelse af "Sig frem" konceptet, opstarter dette. (Kontaktperson og hjælp: Linda Holm Med./bsp0).
<b>Procesmål 2</b> Tidsramme <b>Ultimo Maj og nov.2015</b>	Hvert afsnit/afdeling, hvor anvendelse af "Sig frem" er relevant, dokumenterer 2 eksempler på tiltag, de har anvendt til forbedringer pba. indkomne tilbagemeldinger fra "Sig frem". Ultimo maj og november 2015
<b>Resultatmål</b> Tidsramme: <b>Ultimo Maj/primo juni 2015</b>	Tilbagemelding til kvalitetsenheden: maj og november 2015 Kvalitetsenheden udarbejder oversigt, således at gode ideer deles med alle afsnit. Primo Juni 2015
<b>Effektmål</b>	At LUP 2016 viser forbedrede resultater i forhold til patient- og pårørendeinvolvering. (Sammen med de øvrige tiltag)

#### 4. "Godt du spør"

Implementering af "Godt du spør"	
<b>Formål</b>	<p>At hjælpe patienter og pårørende med at forberede og stille de spørgsmål, der er vigtige for dem – til læger, sygeplejersker og andre sundhedsfaglige medarbejdere.</p> <p>At bruge Patient- og pårønderådets forslag – Materialet drøftes i patient- og pårønderådet den 7.4.2015</p>
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme: <b>Juni 2015</b>	<p>Starter implementering af pjecen "Godt du spør" i ét afsnit/afdeling.            Startafsnit udvælges i samarbejde med afdelingerne i maj.</p>
<b>Procesmål 2</b> Tidsramme: <b>Juni 2015</b>	<p>Spredningsplan: 1 afdeling hver 2. måned – afhængig af afdelingens størrelse.</p>
<b>Resultatmål</b> Tidsramme: <b>Dec. 2016</b>	<p>Pjecen "Godt du spør" er implementeret på alle relevante afsnit dec. 2016.</p>
<b>Effektmål</b>	<p>At patienter og pårørende oplever at være velinformerede om deres sygdom og behandling.</p>

5. Patientvenligt sygehus – ventet og velkommen

<p><b>Formål</b></p>	<p>Opnå en kultur blandt personale og ledere på sygehuset, der understøtter, at patienten oplever sig <b>ventet og velkommen</b>. I relation til ATA projektet, er der under indsatsen ”det patientvenlige sygehus” udarbejdet idekataloger for: 1. kortidskirurgi og 2. den ambulante medicinske patient. Ideerne herfra skal anvendes til udvikling af sygehuset.</p>
<p><b>Procesmål 1</b>  Tidsramme: <b>Juni 2015</b></p>	<p>Første tiltag har <b>fokus på modtagelse af patienter</b>. Hertil tages udgangspunkt i idekatalogerne fra det patientvenlige sygehus: 1. kortidskirurgi og 2. den ambulante medicinske patient – vedhæftet. Alle afsnit, ambulatorier og parakliniske afsnit arbejder med tiltag pba. af idekatalogerne fra patientvenligt sygehus med fokus på modtagelse af patienter. Der kan arbejdes på tværs af afsnit med indsatserne.</p>
<p><b>Procesmål 2</b>  Tidsramme: <b>Nov. 2015</b></p>	<p>Hver afdeling dokumenterer et eller flere udvalgte tiltag fra idekatalogerne, som retter sig mod, at patienterne oplever sig ventet og velkommen. Ultimo 2015 Hver afdeling fremlægger deres tiltag på et kvalitetsrådsmøde med det formål at dele viden med andre. Ultimo 2015</p>
<p><b>Resultatmål/ Effektmål</b></p>	<p>Mindst et tiltag pr afsnit/afdeling, som retter sig mod, at patienterne oplever sig ventet og velkommen. At LUP 2016 viser forbedrede resultater i forhold til modtagelse mm.</p>



6. *Inddragelse ved organisatoriske forandringer, de fysiske rammer mm.*

<b>Ved organisatoriske ændringer heriblandt de fysiske rammer, ændringer i de eksisterende behandlingstilbud, etablering af nye behandlingstilbud, arbejdstilrettelæggelse mv. medtænkes konsekvent viden om patient- og pårørendeinddragelse.</b>	
<b>Formål</b>	At de organisatoriske ændringer på sygehuset understøtter, at patienter og pårørende kan inddrages i egen behandling og at sygehuset er brugervenligt.
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme : <b>April 2015</b>	Øk-plan kontaktes mhp., at det indskrives rette steder. Kvalitetsenheden inddrages ved behov.
<b>Effektmål</b>	At LUP 2016 viser forbedrede resultater i forhold til patient- og pårørendeinvolvering. (Sammen med de øvrige tiltag)

## Inddragelse af patienter og pårørende i egen behandling.

### 7. Selvbetjent dialyse

Udvidelse og implementering af selvbetjent dialyse																																					
<p><b>Formål</b></p>	<p>Holbæk Sygehus udvider primo 2015 selvbetjent dialyse med det formål, at antallet af selvbetjente patienter kan øges fra nuværende 11 til 20 patienter.</p> <p>Fuld udbygning af funktionen forudsætter brutto en større tilgang end de forudsatte 9, da flere af de nuværende 11 selvbetjente patienter overgår til hjemmedialyse primo 2015</p> <p>Holbæk Sygehus tilbyder patienterne en grundig oplæring over 12 uger i alle opgaverne, og målet er, at patienten selv varetager alle praktiske opgaver i forbindelse med dialysen, blandt andet opsætning og klargøring af maskine og siddeplads, blodtryksmåling samt medicingivning under dialysen.</p>																																				
<p><b>Procesmål 1</b></p> <p>Tidsramme : <b>Jan – dec. 2015</b></p>	<p>Afdelingen starter oplæring af nye patienter 1. januar 2015. Udviklingen i antallet af patienter tilknyttet selvbetjent dialyse er vist i nedenstående tabel.</p> <p>Tabel: Antal af patienter tilknyttet SelfCare afsnittet i 2015:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Marts</th> <th>April</th> <th>Maj</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Aug</th> <th>Sept</th> <th>Okt</th> <th>Nov</th> <th>Dec</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11</td> <td>12</td> <td>12</td> <td>14</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>16</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Jan	Feb	Marts	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	11	12	12	14	16	16	16	18	20	20	20	20												
Jan	Feb	Marts	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec																										
11	12	12	14	16	16	16	18	20	20	20	20																										
<p><b>Resultatmål/effektmål</b></p> <p>Tidsramme : <b>Dec. 2015</b></p>	<p>Alle ni patienter er oplært dec. 2015</p>																																				

## 8. Sundhedsfaglig kontaktperson

**Udvikle og anvende kontaktpersonordningen, således at ordningen i højere grad får et indhold til gavn for patienten. Kontaktpersonordningen er medtaget under den individuelle brugerinddragelse, da funktionen kan understøtte patientinddragelsen i egen behandling.**

Af driftsaftalen fremgår krav om dokumentation af:

1. At der er minimum 80% målopfyldelse på alle indikatorer i DDKM std. 2.3.2, Sundhedsfaglig kontaktperson.
2. At 95% af alle patienter får tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson –( dokumentation fra SIS)

Af driftsaftalen fremgår krav om dokumentation af:

3. At minimum 80% af alle patienter oplever, at én eller flere personer havde et særligt ansvar for det samlede forløb af indlæggelser/ambulante besøg”. (LUP spørgsmål 31,38).  
Der afventes udmelding vedr. målemetode, der sikre dokumentation til dette fra RS.
4. At minimum 80% af alle patienter oplever, at en eller flere personer havde et særligt ansvar for forløbet fra indlæggelse til udskrivelse. (Akutte)  
Der afventes udmelding vedr. målemetode, der sikre dokumentation til dette fra RS.

I sammenhæng med ovenstående, kan det være relevant at medtænke indsats vedr. LUP spørgsmålet: *”Patienterne oplever, at afdeling og kommunal pleje samarbejder om udskrivelsen”*

<b>Formål</b>	At patienterne får tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson med særlig ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.
<b>Procesmål 1</b>	Ad 1. Afventer nærmere udmelding fra Region Sjælland. Ad 2. Dokumentationen følges hver måned i SIS – kvalitetsenheden Ad 3. og 4. Afventer nærmere udmelding fra Region Sjælland.
<b>Procesmål 2</b>	Ad.3. smerteklinikken deltager
<b>Effektmål</b>	

## 9. Minimere relevante barrierer for patientinddragelse

### Minimere relevante barrierer for patientinddragelse, således at det bliver muligt for de sundhedsfaglige at inddrage patienter og pårørende i egen behandling.

Vibis har udarbejdet en undersøgelse af sundhedsprofessionelles opfattelse af patientinddragelse. Undersøgelsen viser, at de sundhedsprofessionelle kender til de positive virkninger af patientinddragelse, at de godt tør blive udfordret på deres faglighed, at tid og fysisk rum er en udfordring og at patientinddragelse er et ledelsesansvar. I den forbindelse peger undersøgelsen på en række barrierer, der er til hinder for, at sundhedsprofessionelle kan arbejde med patientinddragelse. <http://www.vibis.dk/projekter/undersogelse-af-sundhedsprofessionelles-opfattelse-af-patientinddragelse>

<b>Formål</b>	At de sundhedsprofessionelle arbejder med, hvordan inddragelse af patienter og pårørende bliver muligt på de enkelte afsnit.
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme: <b>Aug. – dec. 2015</b>	På hvert afsnit identificeres, hvilke barrierer der er for patientinddragelse i egen behandling. Foreligger dec. 2015
<b>Procesmål 2</b> Tidsramme: <b>Jan- dec. 2016</b>	Der iværksættes tiltag, så de identificerede barrierer minimeres således, at patientinddragelsen i egen behandling styrkes. Dec. 2016
<b>Resultat/ effektmål</b>	Indenfor de kommende 3 år har hvert afsnit fundet arbejdsmetoder, således at patienter og pårørende kan inddrages i egen behandling. Dec. 2017  At LUP 2016 viser forbedrede resultater i forhold til patient- og pårørendeinvolvering. (Sammen med de øvrige tiltag)

## Kompetenceudvikling af personale og ledere

### 10. Projekt "Sammen opnår vi mere"

<b>Opnå kompetencer til arbejdet med patienten som partner ved at deltage i Region Sjællands projekt – "Sammen opnår vi mere".</b>	
<b>Formål</b>	At personalet på kardiologisk afsnit på Holbæk Sygehus lærer nogle metoder til inddragelse af patienter og pårørende. At arbejdet med brugerinddragelse understøtter læringen på tværs af specialer og geografier.
<b>Procesmål 1</b> Tidsramme: Ultimo nov. 2014	Indsamling af data og levering til Region Sjælland. Ultimo november 2014
<b>Procesmål 2</b> Tidsramme: Ultimo jan. 2015	Koordineringsmøde med Enheden for Brugerinddragelse og Region Sjælland.
<b>Procesmål 3</b> Tidsramme: Uge 6 og 7	Rekruttering af patienter og pårørende.
<b>Procesmål 4</b> Tidsramme: Den 5.3. 2015	Feedbackmøde med patienter og pårørende.
<b>Procesmål 5</b> Tidsramme: Den 9.3.2015	Interview med pårørende.
<b>Procesmål 6</b> Tidsramme: Den 9.4.2015	Ideudviklingsworkshop
<b>Resultatmål</b>	At der skabes læring blandt personalet til inddragelse af patienter og pårørende.

## 11. Kompetenceudvikling – personale og ledere

<p>Undersøgelser peger på, at de sundhedsfaglige efterspørger viden om brugerinddragelse og at inddragelse kræver ledelsesansvar. For at realisere inddragelse i praksis er det afgørende, at skabe en fælles forståelse af patientinddragelse samt rammer, der gør det muligt at inddrage patienterne.</p>	
<b>Formål</b>	At opnå en kultur blandt ledere og personale på sygehuset, hvor patientinddragelse er et ledelsesansvar, der forudsætter en fokuseret indsats.
<b>Procesmål 1</b>	Intro/Kick Off til ledere og 1-2 udvalgte personaler fra de enkelte afsnit. Formålet er, at ledere og udvalgte personaler "klædes på" til at understøtte personalet i inddragelse af patienter og pårørende, samt opnår en fælles forståelse for brugerinddragelse. De udvalgte personaler skal bl.a. understøtte indsatsen vedr. at minimere barriere, for inddragelse i egen behandling. Lederne vælger 1 -2 personer fra hvert afsnit, der skal være inddragelsespiloter. Det anbefales, at en af de udvalgte personaler er læge.
<b>Procesmål 2</b>	Kursus, der retter sig til "inddragelsespiloter" f.eks. fra VIBIS Målgruppe: 1-2 personaler fra hvert afsnit, der skal være inddragelsespiloter. Se kursusbeskrivelse
<b>Resultatmål</b>	At ledere og inddragelsespiloter opnår de nødvendige kompetencer, således at arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende kan udvikles hensigtsmæssigt.

## Strategi for Patienten som partner 2015–2017

### Vision

I Region Sjællands vision for patienten som partner er de bærende værdier:

- Respekt
- Værdighed
- Nærhed
- Fleksibilitet
- Tilgængelighed
- Kvalitet

Med afsæt i Region Sjællands vision, vil Holbæk Sygehus, med strategien for patienten som partner, understøtte sygehusets vision om at tilbyde sammenhængende og relevante forløb med høj patientoplevet kvalitet.

### Hovedspor

Strategien for patienten som partner på Holbæk sygehus følger to hovedspor med det formål, at sygehuset har fokus på begge former for inddragelse. Med afsæt i de to hovedspor er der opsat mål for ledere og personalets kompetenceudvikling i forhold til patienten som partner, da undersøgelser peger på vigtigheden af dette.

1. Inddragelse af patienter og pårørende i udviklingen af Holbæk Sygehus - Den organisatoriske brugerinddragelse
2. Inddragelse af patienten og dennes pårørende i egen behandling – Den individuelle brugerinddragelse

### Rammerne for strategien

Strategien tager afsæt i følgende materiale:

- Vision for patienten som partner – fra vision til strategi, Region Sjælland.
- DDKM standard 1.1.7, 1. 2.11, 2.1.2, 2.3.2
- Brugerinddragelse, plan for Holbæk Sygehus 2014 Dok. nr. 414933
- Program for Region Sjælland - Vision, Handlingsplan
- Sundhedsaftalen 2015-2017, Region Sjælland.
- Driftsaftalen 2015 – Holbæk sygehus

Strategien opfylder kravet i DDKM om, at sygehuset har en politik for inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser samt en politik for, hvorledes sygehuset aktivt inddrager patienter og pårørende som partnere ved planlægning og gennemførelse af behandlingen. Strategien udmøntes i handleplan for 2015 - 2017, der er i overensstemmelse med driftsaftalen for 2015.

Strategien erstatter dokumentet: *Brugerinddragelse – plan for Holbæk sygehus 2014*, Dok.nr. 414933

### Mål for strategi 2015 – 2017

Nedenstående mål er opdelt i de to hovedspor. Målene for den organisatoriske- og individuelle brugerinddragelse er dog ofte tæt forbundne. Med afsæt i de to hovedspor, er der til slut opsat mål for ledere og personalets kompetenceudvikling i forhold til patienten som partner.

### Vi inddrager patienter og pårørende i udviklingen af sygehuset –

*Når vi inddrager patienter og pårørende i organiseringen af sygehuset, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.*

### Derfor vil vi på Holbæk Sygehus:

- Systematisk anvende LUP resultaterne til at forbedre sygehusets ydelser.
- Understøtte det etablerede patient- og pårønderåd og benytte rådet til sparring samt inddrage rådets anbefalinger, hvor det er muligt.
- Systematisk benytte feedback fra patienterne vha. ”Sig frem” konceptet på alle relevante afsnit.



<http://patientsikkerhed.dk/projekter-og-redskaber/redskaber/samarbejde-med-patienter-og-paaroerende/sig-frem.aspx>

- Implementere "Godt du spør'" konceptet på relevante afsnit.  
<http://patientsikkerhed.dk/projekter-og-redskaber/redskaber/samarbejde-med-patienter-og-paaroerende/godt-du-spoer'.aspx>

- Ved ændringer af de fysiske rammer medtænkes konsekvent inddragelse af patienter og pårørende.
- Ved etablering af nye behandlingstilbud, eller organisatoriske ændringer i de eksisterende behandlingstilbud, medtænkes konsekvent inddragelse af patienter og pårørende både ift. de fysiske rammer og i forhold til arbejdstilrettelæggelsen.
- At patienten oplever sig ventet og velkommen. Første tiltag har **fokus på modtagelse af patienter**. Hertil tages udgangspunkt i idekatalogerne fra det patientvenlige sygehus: 1. kortidskirurgi og 2. den ambulante medicinske patient (bilag 2 vedhæftet).

### **Vi inddrager patienter og pårørende i egen behandling –**

*Når vi inddrager patienter og deres pårørende i behandlingsforløbet, opnår vi langt bedre behandlingsresultater, end hvis vi lader være.*

#### **Derfor vil vi på Holbæk Sygehus:**

- Etablere selvbetjent dialyse.
- Udvikle og anvende kontaktpersonordningen, således at ordningen i højere grad får et indhold til gavn for patienten. Kontaktpersonordningen er medtaget under dette mål, da funktionen kan understøtte patientinddragelsen i egen behandling
- Mindske relevante barrierer for patientinddragelse, således at det bliver muligt for de sundhedsfaglige, at inddrage patienter og pårørende i egen behandling.
  - På hvert afsnit identificeres, hvilke barrierer der er for patientinddragelsen i egen behandling.
  - Der iværksættes tiltag, så de identificerede barrierer minimeres med henblik på, at patientinddragelsen i egen behandling styrkes
  - Indenfor de kommende 3 år har hvert afsnit fundet en god model for systematisk involvering af patienter og pårørende i egen behandling.

### **Vi vil kompetenceudvikle ledere og personale til øget patientinddragelse –**

*Med ledelsesfokus og kompetenceudvikling opnår vi højere grad af succes med vores tiltag, end hvis vi lader være.*

#### **Derfor vil vi på Holbæk Sygehus:**

- Opnå kompetencer til arbejdet med patienten som partner ved at deltage i Region Sjællands projekt – "Sammen opnår vi mere".
- Opnå en kultur på sygehuset, hvor patientinddragelse er et ledelsesansvar.

Vi vil gennemføre Kick-off arrangement for ledere med fokus på ledelsens betydning for inddragelse af patienter og pårørende.

Vi vil gennemføre undervisningsseancer for udvalgte personalerepræsentanter, der skal fungere som inddragelsespiloter på de enkelte afsnit.

Tiltagene er baseret på gode erfaringer indhentet fra Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, VIBIS.