

# Brugerinddragelse og organisatorisk udvikling i sundhedsvæsenet: Mellem praksis og viden

Af Charlotte Jonasson

**Resumé** En væsentlig udfordring inden for den offentlige sektor er at inddrage borgeren i udviklingen af sektorens ydelser, produkter og organisering. Tages udfordringen op har den potentiale for at kunne anvendes konstruktivt i udviklingen af offentlige organisationer. Med udgangspunkt i et case-eksempel fra sundhedssektoren analyseres de muligheder og barrierer som sundhedspersonalet oplever i forbindelse med implementeringen af en kontaktpersonordning, der kan ses som et kvalitetsoptimerende tiltag inden for sundhedssektoren. Det argumenteres, at der i relationen mellem kontaktperson (sundhedspersonalet) og bruger (patienter) opstår en unik mulighed for et brugerdrevent innovationspotentiale. Imidlertid afhænger udnyttelsen af dette potentiale af, hvorvidt der kan skabes en forbindelse mellem viden og praksis, således at ideer og viden ikke blot på lokalt plan, men også på et ledelsesmæssigt plan kan anvendes til at udvikle selve sundhedsvæsenets organisering. Det foreslås her, at forbindelsen mellem viden og praksis skal ske ved at sammentænke brugerinddragelse med selve organiseringen af patientforløb.

## Indledning

I den seneste tid har der været en stigende interesse for innovation og nye kvalitetsforbedrende ledelsesinitiativer inden for den offentlige sektor (Klitmøller, Lauring, & Christensen, 2007). Der er øgede forventninger om, at den offentlige sektor med dens tætte forbindelse til brugere eller borgere over den næste årrække kan udvikle såvel servicetilbud som organisering til en optimal rammeindsats for fordeling af velfærden (Digmann, Bendix, Jensen, & Jensen, 2006).

Et eksempel herpå er den aktuelle omstrukturering af sundhedsvæsenets

ydelser i retning af et brugernes sundhedsvæsen, hvor ydelser og servicetilbud er skræddersyede til de øgede forventninger brugerne har til behandlingen. Disse tiltag er udtryk for et brugerorienteret sundhedsvæsen, hvor *”sundhedsvæsenets kerneydelse ikke kun [er] den faglige kvalitet, men også den oplevede kvalitet”* (Huset Mandag Morgen/innovationsrådet, 2007: 45). Op til nu har sådanne brugeroplevede og organisatoriske kvalitetsaspekter ofte været nedprioriteret til fordel for mere medicinsk-faglige kvalitetsaspekter.

Flere fag-personer på området har argumenteret for, at det på en række områder er vanskeligt at introducere ny viden og forankre denne i praksis (Juul, 2007; Olesen, 2004). Det ser man særligt inden for de felter, som omhandler såkaldte ’bløde værdier’ såsom ledelsestiltag og brugerorienterede aspekter. Det resulterer i, at det ofte er vanskeligt at omsætte kendt og anerkendt viden til lokal praksis - eksempelvis i mødet med patienten.

Det er her vigtigt at understrege, at sundhedssektoren samlet set kan betragtes som en lang række ’virksomheder’ eller ydelsesenheder – eksempelvis i form af forskellige hospitaler. Disse har ganske vist en lang række fælles rammebetingelser såsom international og national lovgivning, statens bloktilskud og kommunale grundbidrag (se [www.rm.dk](http://www.rm.dk)). Driftsmæssigt fungerer disse ’virksomheder’ dog som relativt autonome enheder. Der er derfor tradition for en stor frihed ved de enkelte hospitalsenheder i forvaltningen af udefrakommende, eksempelvis politiske, organisatoriske tiltag. Det kan man se, idet lokale ledere og sundhedspersonalet oftest kræver, at udviklingsprojekter og initiativer skal være lokalt udviklet. Tilsammen betyder enhedernes autonomi og ønske om lokal forankring af nye tiltag, at der opstår en uensartethed og manglende flow i integrationen af udefrakommende initiativer. Det hæmmer overgangen fra viden til praksis – og igen fra praksis til generelt anerkendt viden, der kan distribueres til alle enheder.

Der er derfor behov for at identificere en række ledelsestiltag, som kan styrke sundhedsvæsenets implementering af kvalitetsforbedrende initiativer. Artiklens formål er derfor at diskutere, hvordan man gennem kvalitetsoptimerende tiltag i sundhedssektoren kan opnå en mere vidtrækkende positiv effekt end blot sikringen af en ensartet ydelse. Gennem anvendelse af kontaktpersonordningen som eksempel vil jeg argumentere for, at fokusering på tre ledelsesområder vil kunne sikre en mere dynamisk organiseret sundhedssektor.

I artiklens første afsnit præsenteres nogle af de ændringer, som sundhedssektoren står overfor. Derefter skitseres et teoretisk fundament til forståelsen af de ledelsesmæssige implikationer, som kan afledes af overgangen til en mere brugerorienteret og samtidig mere centralt struktureret sundhedsvæsen. Et væsentligt teoretisk argument er her, at der eksisterer en cyklisk relation mellem lokal praksis og fællesskabets tillærte kompetencer, der kan fungere som barrierer i forhold til de impulser fra omgivelserne, som kan føre til

organisatorisk udvikling. Efter dette beskrives det metodiske fundament. Endelig illustreres de muligheder og barrierer i forhold til organisatorisk læring og brugerinddragelse som sundhedspersonalet oplever i forbindelse med implementeringen af en kontaktpersonordning. Artiklen afsluttes med en konkluderende diskussion og der gives forslag til, hvordan problematikken kan takles i praksis.

### **Kontaktpersonordningen som kvalitetsforbedrende initiativ**

Der har i sundhedssektoren de seneste år været et stigende fokus på at skabe sammenhængende patientforløb. Samtidig har patienterne i flere år udtrykt ønske om god kommunikation og bedre kontinuitet i deres forløb på hospitalerne (se Landsdækkende Patientoplevelsesundersøgelser 2004; 2006; Patienttilfredshedsundersøgelser fra Århus Amt 2004; 2006; Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet 2003). For at imødekomme disse ønsker indgik Regeringen og Amtsrådsforeningen i 2004 en aftale om at tildele patienterne en sundhedsfaglig kontaktperson – den såkaldte kontaktpersonordningen. Som det bliver beskrevet: *"Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste navngivne kontaktpersoner til patientens forløb gennem sygehusene, for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed"* (Økonomiaftalen for 2005 mellem Regeringen og Amterne/H:S 11 juni 2004).

Kontaktpersonordningen indgår som centralt initiativ i regeringens kvalitetsreform. Fra januar 2009 er hospitalerne ved lov forpligtet til at tilbyde én fast kontaktperson gennem patientens behandlingsforløb, dog kun hvis patientens behandling strækker sig over mere end ét døgn (se [www.fm.dk](http://www.fm.dk) og [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk)).

Kontaktpersonordningen betragtes af både politikere og fagfolk ideelt set som et gode for patienten, idet ordningen skal bidrage til at højne den brugeroplevede kvalitet i et sammenhængende patientforløb. På samme tid skal den være til gavn for sundhedspersonalet, som et anvendeligt redskab til at sikre bedre koordinerede arbejdsopgaver (Lægeforeningens Debatoplæg 2005).

Disse forventninger til kontaktpersonordningen som kvalitetsoptimerende initiativ skal ses i lyset af to nuværende udfordringer inden for sundhedsvæsenet:

#### *1) Overgangen fra patient til bruger*

Der er fokus på, at patienterne skal anerkendes som brugere, der har ret til et tilgængeligt sundhedsvæsen, hvor kommunikation mellem bruger og sundhedspersonale tilgodeses og den brugeroplevede kvalitet inddrages på lige fod med eksempelvis den faglige kvalitet. I en rapport fra bl.a. Innovationsrådet og Mandag Morgen, 'Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform' (2006) udvides perspektivet på bruger og brugerinddragelse imidlertid. En af

de centrale pointer er, at man i langt højere grad end tidligere bør inddrage brugernes erfaringer aktivt i organiseringen og tilrettelæggelsen af patientforløb generelt og i den sammenhæng bløde op på skellet mellem en brugeroplevelse og en faglig kvalitet.

*2) Forbedring af ledelse og organisering af patientforløb*

Patienten – eller brugeren – skal både behandlings- og oplevelsesmæssigt gennemgå et sammenhængende forløb, der er klart struktureret med patienten i centrum, og som ikke er afbrudt af hverken specialefaglige eller administrative grænser (Jest & Jensen, 2005). Der er dermed også behov for en reorganisering af ydelserne i sundhedsvæsenet. Det skal ikke blot ske i overensstemmelse med omgivelsernes forventninger og krav, men på en sådan måde, at også fremtidige forventninger og krav kan opfyldes (se Olesen 2004).

En ting er dog de gode intentioner med kontaktpersonordningen - en anden ting er i praksis at få implementeret kontaktpersonordningen efter hensigterne. En del steder har der været problemer med implementering af tiltaget. Det afspejler de seneste nationale opgørelser over, hvor mange patienter der får tildelt en kontaktperson. Det er derfor interessant at undersøge, hvorledes denne implementering finder sted i praksis.

Med udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse på forskellige hospitaler i Region Midtjylland analyseres de muligheder og barrierer som sundhedspersonalet oplever i forbindelse med implementering af kontaktpersonordningen. Jeg vil i denne artikel argumentere for, at de to ovenstående udfordringer om brugernes inddragelse og organisering af patientforløb bør tænkes sammen. Det kan gøres ved at brugeren inddrages i udvikling af nye ideer og servicetilbud og måske på sigt en forbedret tilrettelæggelse og organisering af patientforløbene. Ved at medtænke ledelsen af organisatorisk læring og brugerdreven innovation kan en nytænkning i forhold til tiltag som kontaktpersonordningen anvendes til gavn for hele sundhedsvæsenet.

**Tabel 1. Kontaktpersonordningen som strategisk værktøj**

Målsætning i forhold til brugere	Målsætninger som organisatorisk værktøj
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forbedret kommunikation</li> <li>• Øget kvalitet og tryghed</li> <li>• Bidrage til at skabe et sammenhængende forløb for brugeren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bidrage til bedre koordinering af arbejdsopgaver</li> <li>• Bidrage til at skabe bedre sammenhæng mellem afdelinger og mellem hospitaler</li> <li>• Bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb</li> </ul>

**Organisatorisk læring i den lokale praksis**

Organisatorisk læring kan tage mange former og ske på mange forskellige niveauer (Argyris & Schön, 1996). Argyris og Schön beskriver eksempelvis tre forskellige niveauer i organisatorisk læring – single loop, double loop og deuterio læring. Den første er trial-and-error læring, hvorimod double loop

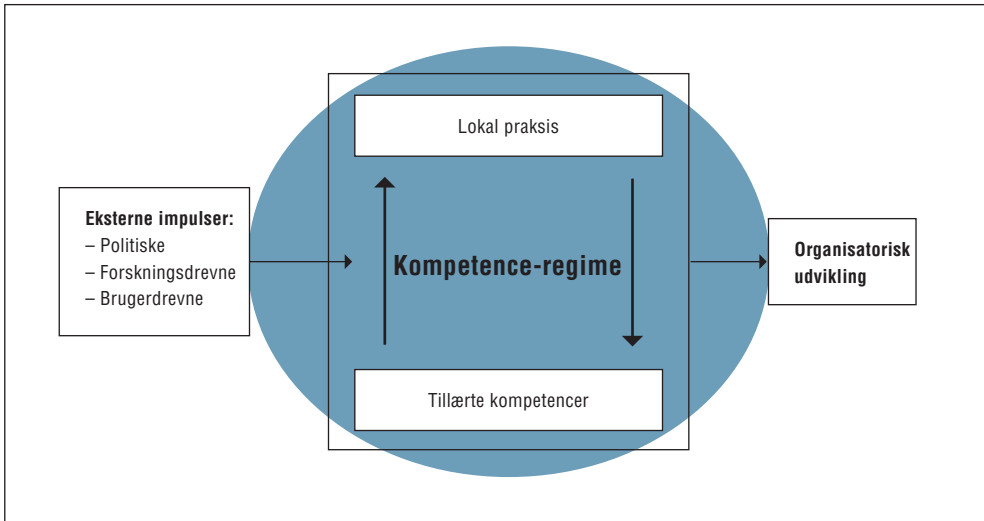
læring også involverer en vurdering og justeringer af organisationens forståelsesramme. Deutero læring er læren om at lære. Schein (1993) argumenterer for, at organisatorisk læring er baseret på individernes vilje til at gå i dialog med hinanden – både internt og i forhold til eksterne interessenter. Det er igennem sådanne dialoger, at individuelle erfaringer og handlinger bliver forankrede i kollektivt delte praksisformer.

Man kan således se, at læring i høj grad må siges at være skabt og opretholdt som resultat af menneskers og institutioners interaktion med hinanden. Gennem interaktion bliver viden delt og forankret i den lokale praksis (Lave & Wenger, 1991). Dermed skal organisatorisk læring og udvikling også ses som noget, der hovedsageligt sker inden for såkaldte praksisfællesskaber (Brown & Duguid, 1998). Disse skal opfattes som grupper af mennesker, der gennem deres daglige interaktion over tid samordner og koordinerer handlinger og tænke-måde i forhold til hinanden. I dette tilfælde er der tale om gruppen af sundhedspersonale, som til daglig arbejder sammen. Wenger (1999) argumenterer for, at læring kan ses som motoren for praksis, og at praksis er denne lærings 'historie'. Det skal forstås således, at praksisfællesskaber dannes ved, at folk tillægger forskellige erfaringer meninger. Men denne meningsdannelse udspringer også fra den praksis, som fællesskabet opretholder (Lave, 1993). Det er med andre ord en cyklisk bevægelse, hvor bestemte måder at agere på fører til bestemte erfaringer, som igen påvirker den måde, man agerer på (se figur 1). Det giver stabilitet til praksisfællesskabet, men kan også afgrænse det fra muligheder, der ligger ud over det vante (Brown & Duguid, 2001).

Man kan sige, at et praksisfællesskab agerer som et lokalt forhandlet 'regime' af tillærte kompetencer (Wenger 1999). Men et sådan regimes kompetencer behøver ikke at være en fast størrelse. De kan derimod udvikle sig - eksempelvis gennem kontakten med udefrakommende impulser. Det betyder, at kontakten med omgivelserne kan føre til værdifulde nyskabelser (Brown et al., 1998). Eksempelvis kan det være en stor fordel for en virksomhed eller institution at have fokus på kunderne eller brugerne. Man må finde ud af, hvilke behov og viden om egen situation ens brugere har. Ved at inddrage brugeren kan man udnytte deres viden til at forbedre produkter, services eller processer. Kernen bag brugerinddragelse i organisationsudvikling er på den måde evnen til at identificere og imødekomme brugerens behov. Det er så forventningen og ønsket om at opfylde kundebehov på en bedre måde end hidtil, der driver udviklingen (Von Hippel, 1998).

Men den kompleksitet, som præger brugerinddragelse i udvikling af nye processer stiller store krav til organisationer (Von Hippel, 1994). Sådant en form for nytænkning involverer således ofte ændringer og fornyelse af flere led i organisationernes værdikæde. Her kan lokale traditioner, praksiser og tænke-måde ofte fungere som barrierer, der hæmmer integration og udvikling af ny viden.

Figur 1. Organisatorisk læring gennem eksterne impulser til reformering af det lokale kompetence-regime.



### Metode

For at kunne belyse muligheder og barrierer for implementering af kontaktpersonordningen i forhold til skabelsen af sammenhængende patientforløb, er der blevet foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse med udgangspunkt i sundhedspersonalets holdninger til og erfaringer med kontaktpersonordningen. En kvalitativ undersøgelsestilgang er valgt, idet det har været målet at identificere og belyse nye problemstillinger og erfaringer i arbejdet med kontaktpersonordningen.

Undersøgelsen er baseret på en række semi-strukturerede interview med sundhedspersonale ved forskellige afdelinger og centre ved 3 hospitaler i Region Midtjylland. En lang række forskellige afdelinger med både korte og længerevarende patientforløb er valgt for at undersøge forskellige tilgange og forventninger til implementering af kontaktpersonordningen til udvikling af sammenhængende patientforløb. Afdelingerne er således blevet valgt ud fra det kriterium at få fat i en bred vifte af forskellige afdelinger i form af størrelse, patientsammensætning, fagområde, ledelsesmæssig holdning og erfaring med at få implementeret kontaktpersonordningen.

Der er foretaget interview med både læger, sygeplejersker og terapeuter blandt ledere og ansatte. Målet hermed er at opnå en så nuanceret og bred indgangsvinkel til personalets forståelse af arbejdet med kontaktpersonordningen som muligt. Udvalget har ikke været tilfældig, men har fundet sted gennem flere 'gate-keepers', som har kunnet formidle kontakt til de forskellige afdelinger (se Spradley, 1980). Alle informanter er anonymiserede og for at kunne garantere dette er også afdelinger og institutionsnavne fjernet. Undersøgelsens rammer har desværre ikke muliggjort direkte inddragelse af brugere i interview-runden, selv om nogle informanter også har beskrevet deres egne erfaringer som brugere.

Der blev udført i alt 12 semi-strukturerede interview og to fokusgruppeinterview med henholdsvis otte og fire personer. En spørgeguide blev anvendt i forhold til overordnede udvalgte emner, men med mulighed for også at komme ind på netop de emner og problematikker, som informanterne lagde vægt på igennem interviewet (Kvale, 1996; Schensul, LeCompte, Nastasi, & Borgatti, 1999). Alle interview er blevet transskriberet, og resultaterne er blevet analyseret gennem anvendelse af et 'taksonomitræ', hvor forskellige overordnede emner og underemner er identificeret og anvendt til kodning af resultaterne (Miles & Huberman, 1994).

Det er vigtigt at understrege, at det ikke er muligt ud fra disse interview at give en almen gyldig beskrivelse af, hvordan implementering af kontaktpersonordningen finder sted i praksis. Det er i stedet muligt at beskrive informanternes forskellige erfaringer med – og holdninger til praktisering af kontaktpersonordningen. Disse erfaringer og holdninger er sammenholdt med opgørelser, analyser og andre cases omhandlende kontaktpersonordningen. For at teste validiteten i undersøgelsen er der blevet sendt en rapport over resultaterne til alle informanter. Disse er blevet bedt om at kommentere rapporten, således at forholdet mellem rapporten og deres synspunkter er blevet afprøvet.

#### **Kontaktpersonordningen: Fra viden til praksis til viden**

Der er fra både fagfolk, politikere og brugeres side store forventninger til kontaktpersonordningen. Men én ting er idealet – en anden er i praksis at få implementeret kontaktpersonordningen efter de gode hensigter. De seneste nationale opgørelser over, hvor stor en andel patienter der får tildelt en kontaktperson peger på et behov for fælles initiativer til at sikre forbedring af brugernes oplevelser af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Helt grundlæggende er det formålet med kontaktpersonordningen, at den er til gavn for patienterne. Det adspurgte sundhedspersonale er da heller ikke i tvivl om, at tildeling af en kontaktperson og udlevering af kontaktkort generelt opleves som et godt tilbud. Der er således med kontaktpersonordningen mulighed for at yde en ekstra indsats for patienterne. Det sker i form af bedre personlig kontakt, bedre kommunikation og dermed en større tryghed. Kontaktpersonen skal med andre ord være en *"personlig indgangsvinkel til et stort og uoverskueligt sundhedsvæsen"* (informant). Imidlertid er det for mange blandt sundhedspersonalet uklart, hvorledes kontaktpersonordningen præcis skal integreres i patientforløbene for, ud fra en mere organisatorisk vinkel, at medvirke til mere sammenhængende patientforløb.

#### **Eksterne initiativer og lokale barrierer for organisatorisk læring**

En grundlæggende ledelsesmæssig udfordring i forhold til implementering af kontaktpersonordningen er medarbejdernes skepsis over for udefrakommende initiativer. Problemet er, ifølge medarbejderne, at sådanne eksternt udviklede tiltag vanskeligt lader sig tilpasse til den lokale praksis.

De adspurgte giver udtryk for, at kontaktpersonordningen skal give mening for både patient og sundhedspersonale. Desværre opleves kontaktpersonordningen ofte som meningsløs og spild af administrative ressourcer. Sundhedspersonalet peger gennemgående på, at et problem ved kontaktpersonordningen er, at den opleves som et *'tiltag fra oven'*, der er igangsat uden omtanke for den lokale arbejdspraksis og afdelingernes meget forskellige kontaktflade med patienterne. Det har betydet en afstandstagen til ordningen, som blandt andet er blevet gjort til grin i de seneste personalerevyer på hospitalerne. Flere af de adspurgte har da også den opfattelse, at der fokuseres mere på udlevering af kontaktkort, som tom gestus, end på den gavn ordningen kan gøre for patienterne. Som en siger: *"Det var efter Regionen indførte kontaktkortet, så blev det for formaliseret. Og vi tænkte: 'de kan ha' det, kan de'"*

På baggrund af sådanne problemstillinger giver flere ledere i sundhedsvæsenet udtryk for, at det er en stor ledelsesudfordring at få personalet til at tage ordningen med en kontaktperson alvorligt. Som en af lederne siger:

Da jeg kom med kontaktpersonordningen og serverede den for personalet var der bare stor modstand, og det var svært at få implementeret. Og der har vi aftalt med afdelingsledelsen, at de ikke skal drøfte meningen, de skal bare sørge for at få den implementeret, hvor det giver bedst mulig mening - I skal gøre det på den bedste måde på jeres afsnit og det er ikke til diskussion. Og så tror jeg også, det giver ejerskabsfølelse på sigt. Vi er ikke gode til at lave meningsløst arbejde, der skal være en mening nu og her. Men man må altså også prioritere det, for at det giver mening. Man må sætte det i den kontekst, det giver mening i.

Ovenstående citat er et udtryk for en af de væsentlige barrierer, hospitalsledelsen møder i implementering af udefrakommende initiativer i sundhedsvæsenet. Det udtrykkes fra flere steder, at nye projekter og ny viden som udgangspunkt skal være forankret og udviklet i den lokale praksis, hvis den skal give mening for personalet. Denne opfattelse af ny viden og nye praksisser harmonerer imidlertid dårligt med strategien om en overgang til en generelt forbedret og mere gennemskuelig ledelse af patientforløbene.

### **Intern organisering og læring**

Udover opfattelsen af kontaktpersonordningen som manglende lokal forankring, så giver sundhedspersonalet også udtryk for nogle generelle problemer ved initiativet. Ordningen var blevet præsenteret som et tiltag, der kunne løse en lang række ledelsesmæssige problemer. Men en af medarbejderne fortæller at denne beskrivelse var for optimistisk. Man kan ifølge informanten fx stadigvæk ikke komme uden om en reel ledelsesindsats i forhold til den komplekse organisering og prioritering af både akutte og elektive patienter. En række af de adspurgte tager med andre ord afstand fra at se kontaktpersonordningen som et reelt bidrag til nye organisationsløsninger – hvilket blandt andet var hensigten med ordningen.



Det betyder dog ikke, at der ikke er et organisationsmæssigt potentiale i kontaktpersonordningen. Mange af de adspurgte har gode erfaringer med at anvende kontaktpersonfunktionen. Her er der ikke blot tale om kontaktpersonordningen som tryghedsskabende element. Ordningen kan også anvendes konstruktivt i forhold til en koordinering af arbejdsgange og tilrettelæggelse af patienternes forløb. Som én beskriver det: *"Kontaktpersonen står dels for kontakt til pårørende og dels for organisering og overblik over patientens planer og møder om patienten i forhold til resten af teamet"*. Dermed har kontaktpersonfunktionen stor betydning for den interne organisering af medarbejdernes opgaveløsning i forhold til patienterne. Det er arbejdsgange, som i høj grad er fastlagt ud fra medicinsk-faglige kriterier, men i et stadigt mere komplekst system, hvor mange eksperter indgår i et behandlingsforløb, er der et stigende behov for også at få et struktureret overblik over denne personalekæde.

Det beskrives af flere informanter, at hvis der tages højde for de beskrevne problemer med mangel på ejerskabsfølelse, og der skabes den rette organisering og de rette rammebetingelser for kontaktpersonerne, er der mulighed for, at kontaktpersonerne kan komme til at spille en væsentlig koordinerende og formidlende rolle i forhold til at skabe sammenhæng i forløbene. Samtidig påpeger sundhedspersonalet, at disse kvalitetsoptimerende muligheder ved kontaktpersonordningen kun kan erkendes og bearbejdes i og gennem praksis: *"Men i forhold til patienten er det så op til os at finde ud af, hvad ordningen skal bidrage til"* (informant). Der er således behov for, at kontaktpersonordningen tages i brug for at personalet kan udvikle erfaringer og nye handlemåder i praksisfællesskabet af medarbejdere og ledere. Impulser udefra kan altså forskubbe kompetenceregimet således, at der sker en udvikling af organisationen. I den henseende henviser nogle informanter til, at de med en kontaktperson har fået klarlagt den interne ansvarsfordeling, ikke blot i kontakten med patienten, men også i organiseringen af patientens behandlingsforløb.

Vi har jo klare aftaler om, at hvis man nu afslutter en patient, efter diverse undersøgelser og blodprøver, som man ikke når at få svar på før man går hjem, skal det helt klart dikteres i journalen, at alle svar går til kontaktlægen og så kontakter kontaktlægen familien (informant).

En sådan anvendelse af kontaktpersonen internt mellem personalet indikerer, at 'udefrakommende' tiltag kan bidrage til en anden forståelse af egen praksis og organisering. Det bliver derfor en udfordring men også mulighed, ikke blot at få ydre tiltag tilpasset lokal praksis, men også gennem udefrakommende tiltag og ny viden at få en anden optik på egen lokale praksis. Generelt kan man således sige, at opfattelsen af at man arbejder i en unik lokal praksis, som ikke er sammenlignelig med andre er en stor barriere for organisatorisk udvikling. I det ligger også personalets argument for, at *'det virker jo ikke lige godt alle steder'* (informant). På den måde kan det være vanskeligt at lære af andre.

### Brugerinddragelse som vidensgenerering i organisationsudvikling

Erfaringerne viser, at selv om der er mange problemer med at få implementeret kontaktpersonordningen i de daglige arbejdsgange kan det lykkes at få ordningen til at bidrage positivt til organisering af patientforløbene. Men anvendt korrekt indeholder ordningen et endnu større potentiale. I nogle tilfælde opnås der nemlig en særlig god kontakt mellem kontaktperson og bruger, hvor den viden og indsigt, som patienten besidder inddrages og opsamles som udgangspunkt for organisatoriske forbedringer. Her giver sundhedspersonalet eksempler på, hvordan der nogle steder arbejdes med at skabe en bedre videndeling mellem patient og kontaktperson. Eksempelvis planlægger en af afdelingerne at registrere og anvende den viden, der opnås gennem analyse af de mange telefoniske opkald, som de får fra patienterne. Denne viden kan eksempelvis bruges til kvalitetssikring og til at afgøre, hvilken betydning brugerne rent faktisk tillægger det at have én fast kontaktperson i behandlingsforløbet. Analyserne anvendes eksempelvis også til at vurdere, hvad der fungerer bedst ved en udskrivningssamtale, og hvor der mangler viden om patientens opfattelse af forløbet efter hjemkomst. Registrering og analyse af samtaler mellem kontaktperson og patient kan således føre til en bedre forståelse af brugernes ønsker og forventninger. Det kan også give en indikation på, hvad der fungerer, og hvad der har været mindre hensigtsmæssigt.

Opsamling af viden fra samtaler mellem kontaktperson og patient, hvor enten patienten ringer, eller kontaktpersonen ringer patienten op, er en forholdsvis simpel procedure, der ikke kræver store ressourcer. Den kan ydermere anvendes helt ned på afdelingsniveau og dermed hjælpe til at få tilpasset arbejdet til brugernes ønsker og behov. Det er en kontakt, der ellers også kan hentes gennem det daglige arbejde, men som med kontaktpersonordningen i langt højere grad kan blive struktureret og systematiseret således, at videndelingen mellem patient og sundhedspersonalet forbedres (se også Juul 2007). Og det centrale er, at en sådan viden- og organisationsudvikling på den måde kan udvikles gennem praksisnære forhold. Det betyder, at det initiativ, som i høj grad er blevet opfattet som en udefrakommende forstyrrelse, gennem en forankring i den lokale praksis, giver muligheder for organisatorisk udvikling helt ned til afdelingspecifikke problemstillinger. En udfordring er så at få den systematiske indsamling af brugerdreven viden inkorporeret i de daglige arbejdsgange og den mere overordnede organisering af patientforløb og medarbejderne.

**Tabel 2. Kontaktpersonordningens implikationer i praksis:**

Kontaktpersonordningen			
Organisationsudvikling		Vidensgenerering	
Barrierer	Muligheder	Barrierer	Muligheder
Konservativ opfattelse af eksterne initiativer	Bedre koordinering og ressource anvendelse	Opfattelse af lokal kontekst som unik	Systematisering af vidensopsamling

## Diskussion

Der er i denne artikel peget på en central udfordring i organiseringen af patientforløb med brugeren i centrum. Inden for sundhedsvæsenet er mange initiativer iværksat på både lokalt, regionalt og nationalt plan for at forbedre, hvad der kaldes den organisatoriske og den brugeroplevede kvalitet. Imidlertid er der ofte modstand imod sådanne initiativer, og et vigtigt argument herfor er, at disse initiativer ikke er tilpasset den lokale praksis og derfor ikke kan få den store betydning for organiseringen af patientforløb.

I artiklen argumenteres for, at der eksisterer en væsentlig barriere for videdeling mellem de centrale og de decentrale niveauer i sundhedsvæsenet. Denne barriere hænger sammen med forståelsen af den lokale praksis som unik – og derfor som vanskelig at kvalitetsforbedre gennem udefrakommende tiltag.

Artiklen har beskrevet, hvorledes det adspurgte sundhedspersonale overordnet tager afstand fra eksterne initiativer, idet disse opfattes som for generelle og for vanskelige at tilpasse den lokale praksis. Men det blev også beskrevet, at flere ser en række muligheder for, at kontaktpersonordningen, på trods af intern modstand, rent faktisk kan føre til en nytænkning af organisatoriske procedurer. Eksempelvis kan kontaktpersonordningen skabe bedre overblik og bedre sammenhæng i patientforløbet. Derudover giver flere af de adspurgte eksempler på, at ordningen kan være med til at generere og systematisere tiltrængt viden om brugerens opfattelse af forløbet. Denne viden kan således anvendes til en kvalitetsssikring og en yderligere organisationsudvikling.

Med afsæt i teorier om praksisfællesskabets betydning for organisatorisk læring argumenterer jeg for, at viden ikke flyder frit i og til en organisation. Hvis lokal praksis og fællesskabets kompetencer over længere tid har relateret sig tæt til hinanden kan disse fastlåses i en cyklisk bevægelse, som ikke tillader udefrakommende impulser at få fodfæste. I dette tilfælde bliver kontaktpersonordningen opfattet som et eksternt og uvedkommende indgreb, fordi den ikke er tilpasset lokale måder at organisere arbejdet. Det viser sig dog, at der er gjort flere positive erfaringer med anvendelsen af kontaktpersonordningen. Men som flere medlemmer af sundhedspersonalet påpeger, så kan ordningen kun få betydning som nyskabende element i praksisfællesskabet, hvis den over længere tid bliver integreret i lokale arbejdsgange. Derigennem kan den afføde nye erfaringer, der kan fungere som basis for nye praksisformer. Det samme kan i høj grad siges om brugerinddragelse, som også kan bidrage til en udvikling af et ellers fastlåst kompetenceregime.

De sociale mekanismer, der ligger i organisatorisk læring kan således betyde, at man som leder bliver nødt til at forankre nye tiltag i den lokale praksis, også selv om der hersker modstand mod dem. Derved indfinder der sig gradvist en oplevelse af, at de udefrakommende initiativer rent faktisk godt

kan tilpasses på en meningsfuld måde. Derudover skal ledere være med til facilitere den organisatoriske læring ved at påvirke praksisfællesskaberne til at være mere åbne og inklusive. Ved at gøre det klart, hvilke muligheder der ligger i 'eksterne' ideer, kan man som leder gøre praksisfællesskabets grænser i forhold til centrale beslutninger eller brugerne mindre skarpt afgrænsede og mere fleksible. Det er med andre ord i høj grad en ledelsesudfordring at få påvirket praksisfællesskabet til at udvikle en mere dynamisk relation mellem praksis og viden, som tillader kontinuerlige tilpasninger. Både på lokalt plan og mere generelt inden for sundhedssektoren som en samlet organisation.

Organisatorisk udvikling af sundhedsvæsenet kan således ikke ske blot ved reaktivt at tilpasse sig nye krav fra omverdenen, men i en mere proaktiv læringsstrategi. Teorien om deuterio læring, 'læring om at lære', kan netop være med til at understrege en ledelsestilgang, hvor der sættes fokus på at udvikle læring til et mere generelt træk ved sundhedsvæsenets måde at koble viden og praksis på. Målet er at få udviklet nogle strukturelle rammer i den offentlige sundhedssektor, som i langt højere grad end nu kan favne en dynamisk relation mellem praksis og viden, hvor også eksterne impulser inddrages. Med den seneste kvalitetsreforms mål for øje er det tydeligt, at der er behov for en gentænkning af sundhedsvæsenets praksisfelt, hvor igennem brugerne skal være med til at udvikle og samtidig kunne modtage ydelser fra et sundhedsvæsen af international højeste standard.

- En stor tak skal lyde til alle medvirkende, både sundhedspersonale og øvrige ansatte i Region Midtjylland, som har bidraget med deres erfaringer og hjælp til at få gennemført undersøgelsen.

---

### Summary

A serious challenge in the public sector is the inclusion of the individual citizen to develop sector services, products and organisation. If the challenge is accepted, however, it promises potential to be applied constructively in the development of public organisations. Based on a case from the health sector, the opportunities and barriers experienced by health care staff are analysed in connection with the implementation of a contact person scheme that can be seen as quality-optimising measures within the health care sector. It is argued that the relation between contact person (health care staff) and user (patients) offers a unique opportunity for user-driven innovation potential. The application of this potential depends, however, on the creation of a connection between knowledge and practice so that ideas and knowledge can be applied not only locally but also on an overall managerial basis to develop the organisation of the health care sector itself. It is proposed that the connection between knowledge and practice is created by integrating user inclusion and the actual organisation of patient treatment.

### Noter

<sup>1</sup> Den landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser (LUP):

[http://sundhed.dk/wps/portal/\\_s.155/1859/.cmd/ad/.ar.sa.qxknpHErFCkpzFkJroksByqrEknpgvBAk8vFSByq-rENpGvBA/c/628/.ce/7056/.p/5354?PC\\_5354\\_contextfolderids=1014050207112506%2C1023031028210133%2C2093031015155903&PC\\_5354\\_\\_FOLDER\\_UNDER\\_ATTRIBUTE\\_=1023040618113818&PC\\_5354\\_\\_FOLDER\\_ROOT\\_ATTRIBUTE\\_=1014050207112506&PC\\_5354\\_\\_FOLDER\\_ID\\_=1023040618113818#7056](http://sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1859/.cmd/ad/.ar.sa.qxknpHErFCkpzFkJroksByqrEknpgvBAk8vFSByq-rENpGvBA/c/628/.ce/7056/.p/5354?PC_5354_contextfolderids=1014050207112506%2C1023031028210133%2C2093031015155903&PC_5354__FOLDER_UNDER_ATTRIBUTE_=1023040618113818&PC_5354__FOLDER_ROOT_ATTRIBUTE_=1014050207112506&PC_5354__FOLDER_ID_=1023040618113818#7056)  
Århus Amt Patienttilfredshedsundersøgelser: [http://sundhed.dk/wps/portal/\\_s.155/1917?\\_ARTIKEL\\_](http://sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1917?_ARTIKEL_)

ID\_=1014050207123940&\_ARTIKELGRUPPE\_ID\_=1026061220192146&contextfolderids=1014050207112506  
%2C1014050207112506  
(18.09.2007)

<sup>ii</sup> Amtsrådsforeningen et al. (2003) Patientens møde med sundhedsvæsenet, De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet Århus Amt, Trøjborg Bogtryk  
Lægeforeningens Debatoplæg (2005) *Sammenhængende patientforløb, Kontinuitet – Kerneydelse – Koordination – Kommunikation*

## Litteratur

- Andersen, T. K. 2006. Mange patienter stadig uden kontaktperson, Mandag Morgen, Vol. 36.
- Argyris, C., & Schön, D. A. Organizational Learning II. Theory, Method, and Practice. New York: Addison-Westley, 1996.
- Brown, J. S., & Duguid, P.: Organizing knowledge. California Management review, 1998.
- Brown, J. S., & Duguid, P.: Knowledge and organization. Organization Science, 12(2): 198-213, 2001.
- Digmann, A., Bendix, H. W., Jensen, J. P., & Jensen, K. E. Offentlig innovation - I balance mellem idé og systematik. København: Børsens Forlag, 2006.
- Huset Mandag Morgen/innovationsrådet, P., Danske Regioner og Oxford Health Alliance 2007. Brugernes Sundhedsvæsen - oplæg til en patientreform. København: Huset Mandag Morgen A/S.
- Jest, P., & Jensen, A. H.: Patienten forløb frem for patientforløb. Ugeskrift for læger, 167(44): 4203, 2005.
- Juul, E. 2007. Rundrejse i det danske sundhedsvæsen. Danmark.
- Klitmøller, A., Lauring, J., & Christensen, P. R.: Medarbejderdriven innovation i den offentlige sektor. Ledelse & Erhvervsøkonomi, 4: 207-217, 2007.
- Kvale, S. Interviews An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- Lave, J. The practice of learning. In S. Chaiklin, & J. Lave (Eds.), Understanding practice: Perspectives on activity and context: 3-32. Canada: Cambridge University Press, 1993.
- Lave, J., & Wenger, E. Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- Miles, M., & Huberman, M. Qualitative Data Analysis. London: Sage, 1994.
- Olesen, F.: Kræft, der opdages i tide, kan vente - og lidt andet om ventelister. Ugeskrift for læger, 166 (38): 3316, 2004.
- Schein, E.: On Dialogue, Culture, And Organizational Learning. Organizational Dynamics, 22(2): 40-51, 1993.
- Schensul, J. J., LeCompte, M. D., Nastasi, B. K., & Borgatti, S. P. Enhanced Ethnographic Methods. Walnut Creek: AltaMira Press, 1999.
- Spradley, J. P. Participant observation. New York: Holt Rinehart and Winston, 1980.
- Von Hippel, E.: Sticky information and the locus of problem solving: Implications for innovation. Management Science, 40(4): 429-439, 1994.
- Von Hippel, E.: Economics of product development by users: the impact of "sticky" local information. Management Science, 44(5): 629-644, 1998.