

Syddansk Universitet

# *Det Ny Merino*

#2

Institut for Sprog og Kommunikation

Uden Patienter, Intet Hospital  
- et organisationskulturstudie  
i patientinddragelse

Tabitha Guldborg Andersen

december 2015

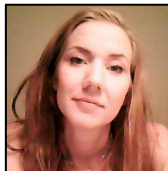
ISSN: 2445 – 6764

Copyright ©

Artiklen må bruges og genbruges under Creative Commons licens BY-NC-ND, hvilket betyder, at den må gengives og spredes elektronisk eller på anden måde, hvis det sker med klar kildeangivelse og/eller med link tilbage til den pågældende gengivelse.

Redaktion: Flemming Smedegaard & Wickie Irene Jensen

#### **Præsentation af forfatteren:**



Tabitha Guldberg Andersen

Specialestuderende, International Virksomhedskommunikation, Syddansk  
Universitet

Medlem af forskningsgruppen TRILO

# Uden Patienter, Intet Hospital - et organisationskulturstudie i patientinddragelse

Tabitha Guldborg Andersen

## Abstract:

*I denne artikel anvendes Edgar Scheins organisationskulturanalyse i et single-case study, til at sammenholde kulturelle antagelser i henholdsvis en case-organisation og disciplinen patientinddragelse. Analysen tager videnskabsteoretisk udgangspunkt i Gareth Morgan og Thomas Kuhns paradigmekritik. Case-organisationen er et privat dansk hospital, der har stor erfaring med patientinddragelse og er frontløbere på feltet i Danmark. Med artiklen søges spørgsmålet, "Hvilke organisationskulturelle faktorer hæmmer eller fremmer arbejdet med patientinddragelse, i case-organisationen", besvaret. Analysen peger på at der er totalt sammenfald mellem de grundlæggende antagelser i organisationen og i patientinddragelsen, men også på at der er farer forbundet med den stærke symbiose der opstår mellem organisation og bruger/patient i case-organisationen. Således udgøres hospitalets interesser af mange andre (mere magtfulde) grupperinger end patienterne, og det stærke patientfokus må ikke gøre organisationen blind for disse andre interesser, der meget vel kan stå med organisationens liv i hænderne.*

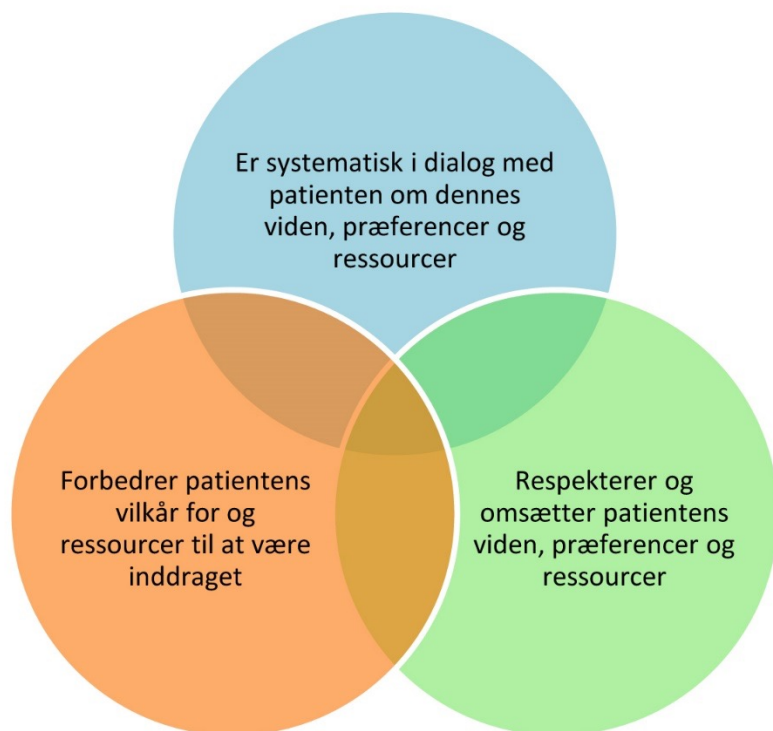
---

## Indledning

Det danske sundhedsvæsen er genstand for en omfattende formalisering af praksis i disse år. Der måles og vejes på kvalitet og effektivitet gennem tiltag som Den Danske Kvalitetsmodel og LUP. Men metodiske problemer melder sig, i takt med at lægevidenskaben melder hus forbi på egne målestandarder. Ikke alle effektive behandlinger kan evidensbaseres, og de kvantitative, naturvidenskabelige idealer, der i mange år har domineret lægevidenskaben, stilles i højere og højere grad under pres fra problemer, der bedre belyses gennem kvalitative metoder (Riiskjær, 2014, s. 36). Det er således vanskeligt at evidensbasere effekten af patienttilfredshed med et behandlingsforløb på det overordnede resultat af den kliniske behandling, men ikke desto mindre tyder meget på, at patienttilfredshed har en væsentlig effekt på behandlingens udfald (Jakobsen, Pedersen & Albeck, 2008, s. 5). Der tages således i stigende grad kvalitative metoder i brug, og brugerinddragelse i adskillige former afprøves og søges dokumenteret gennem kvalitative undersøgelser, særligt af plejeprofessionerne (Riiskjær, 2014, s. 25). Brugerinddragelse er et vækstende forskningsfelt, og flere og flere forskningsmidler allokeres med et krav om brugerinddragelse. Men hvad betyder brugerinddragelsen for de medarbejdere, der skal administrere inddragelsen? Og hvilke organisationskulturelle kendetegn har en organisation, der lykkes med brugerinddragelse? Disse spørgsmål søges besvaret i dette projekt, gennem et single-case study af Gigthospitalet i Gråsten, der i Danmark har været førende inden for brugerinddragelse i en årrække. Casen udgør således en organisation, der både har stor erfaring og succes med inddragelsen, samt stor motivation for fænomenet brugerinddragelse generelt. Da brugerinddragelse efterspørges af flere og flere samfundsaktører, undersøger dette projekt således, hvad der skal til for at skabe en levedygtig arbejdsstradition for brugerinddragelse i en højkompleks organisation, som et hospital. Projektet søger ikke at drage konklusioner om best practice for organisationer, der ønsker at arbejde med brugerinddragelse. Det er der ikke empirisk grundlag for, idet empirien kun omfatter en enkelt organisation, der, i modsætning til hovedparten af danske sundhedsorganisationer, har stor erfaring med brugerinddragelse. Herudover peger kompleksitetsteoretisk inspirerede organisationsteoretikere (fx Fischer, 2011, Stacey, 2002) på ørkesløsheden i et sådan projekt, idet for meget af organisationers gøren og laden afhænger af interrelationelle komplekse processer. Projektet udgør således udelukkende en kvalitativ analyse, baseret på 23 interviews med medarbejdere og ledere, i en organisation, der eksperimenterer, arbejder og lykkes med brugerinddragelsen, og en sammenholdelse af organisationens kultur og disciplinen brugerinddragelse.

## Patientinddragelse

Projektet tager udgangspunkt i Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsnets (VIBIS) kriterier for hvad der konstituerer patientinddragelse. Figuren herunder illustrerer deres definition af en patientinddragende indsats.



Figur 1: <http://vibis.dk/kriterier-vibis-arbejde/hvad-er-en-patientinddragende-indsats>

ViBIS skelner herudover mellem individuel brugerinddragelse, der dækker over inddragelse af patienten i eget planlægning, vurdering og diskussion af eget behandlingsforløb, og organisatorisk brugerinddragelse, hvor patientens indsigter bruges til testning af nye organisatoriske tiltag, eksisterende processer eller lignende. Den organisatoriske brugerinddragelse kan foregå på strategisk, operativt eller taktisk niveau. Nærværende projekt anvender begreberne brugerinddragelse og patientinddragelse i samme betydning. Case-organisationen rummer eksempler op både individuel og organisatorisk brugerinddragelse, hvor brugerrådet tilhører sidste kategori. Brugerundersøgelser eller kvalitetsundersøgelser i form af spørgeskemaer eller kvalitative interviews opfattes også som brugerinddragelse, der dog defineres som passiv inddragelse, kontra den organisatoriske og individuelle inddragelse, der er aktiv.

## Forskning i Patientinddragelse

Brugerinddragelse i sundhedsvæsnets er et forskningsområde i vækst (Jønsson, Baker, Jakobsen & Pedersen (2015), s. 5). I udlandet har man arbejdet aktivt med patientinddragelse i mange år, og lit-

teraturen herom er omfattende. Australien og Storbritannien anvender patientinddragelse bredt, på områder som politisk lobbyisme (fx for bevaring af familielæger, lokalt funderet sundhedspleje etc.), kvalitetssikring, kvalitetsforbedring, innovation, telemedicin og effektiviseringer. Resultaterne heraf er målbare, i form af øget tilfredshed, færre fejlbehandlinger og øget ejerskab i behandlingen hos patienten. Danmark halter i øjeblikket bagefter i forhold til denne udvikling.

I 2009 øremærkede regeringen 20 millioner kr. til arbejdet med patientinddragelse i perioden 2014-2017. VIBIS, der indsamler erfaringer og viden om brugerinddragelse i det danske sundhedsvæsen, etableredes i 2011, under paraplyorganisationen Danske Patienter. VIBIS har lavet en række indledende undersøgelser, der afdækker grundlæggende problematikker omkring brugerinddragelsen i Danmark, såsom manglende begrebsafklaring, manglende ledelsesmæssig opbakning og manglende resurser.

Der eksisterer en del mindre initiativer og forsøg med brugerinvolvering i det danske sundhedsvæsen. Der er udført forskellige forsøg med faste og ad hoc brugerpaneler, debriefinger af patienter ved behandlingsafslutning og mange andre, på mere eller mindre formaliseret vis. Meget tyder på at et af problemerne med arbejdet i øjeblikket er manglende begrebsafklaring. Der er forskel på hvad for eksempel sygeplejersker og læger forstår ved brugerinvolvering, og hvor godt de to faggrupper føler sig klædt på til at udføre inddragelsen (Freil, Wandel, Pedersen, Jønsson & Nyborg, 2014, s. 43).

Der pågår i øjeblikket omkring 30 forsøgsordninger på landsplan med brugerpaneler, alle fra et sundhedsfagligt synspunkt. Erik Riiskjær, chefkonsulent for Center for Kvalitet i Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og associeret forsker ved Århus Universitet, udgav i juli 2014 bogen *Patienten som Partner – en nødvendig ide med ringe plads* (Riiskjær 2014), der på baggrund af 1500 interviews og spørgeskemaer, analyserer patienters erfaringer og roller i sundhedsvæsnet, og afdækker institutionelle logikker ved brug af institutionel organisationsteori. Den behandler imidlertid ikke patientpaneler specifikt, omend den bidrager med den første store analyse af barrierer og katalysatorer i patientinddragelse på sundhedsområdet.

Befolkningstilvæksten stiller krav om omstruktureringer i den offentlige sektor, og civil inddragelse ses som en mulighed for at flytte resurseforbrug fra staten til borgeren (Riiskjær, 2014, s. 325), ligesom der ses et besparelspotentiale i forhold til nedbringelse af antal fejlbehandlinger. Forskning viser at patienter, der inddrages, afrapporterer større tilfredshed og tryghed i deres behandlingsforløb, hvad også peger på potentielle langsigtede besparelser (Jakobsen, Pedersen & Albeck, 2008, s. 5).

Lene Pedersen har med bogen *Patientinddragelse - refleksion, læring innovation og ledelse* (Pedersen, 2011), begået det første danske organisationsteoretiske værk om brugerinddragelse i sundhedssektoren. På baggrund af patientrollernes transformation fra passive behandlingsmodtagere til aktive informationssøgere og sundhedskunder, anbefaler Pedersen en mere patientcentreret kultur, som

er præget af en systematisk inddragelse af patienterne, at patientindsigterne bør være udgangspunktet for kvalitetsarbejdet. Ligeledes understreger Pedersen at kommunikationsuddannelse af sundhedspersonale, ledelse ud fra patientorienterede værdier, sammenhængende patientforløb, en større værdsættelse af tværfagligt samarbejde og faciliteringen af vedvarende lærende organisationskulturer er afgørende indsatsområder i forhold til at skabe en patientcentreret kultur.

Mange borgere ændrer nemlig indstilling til rollen som patient. Erik Riiskjær argumenterer, i bogen *Patienten som Partner: En nødvendig ide med ringe plads* (Riiskjær, 2014), gennem institutionaliseringsteori og kritisk realisme, for fire logikker, der alle er i spil i sundhedsvæsenet, henholdsvis den offentlige styringslogik, markedslogikken, lægeprofessionslogikken og plejeprofessionslogikken. Disse logikker skaber et sundhedsvæsen, der ofte er præget af instrumentalisme, hvilket gør brugerinddragelse vanskelig i de eksisterende rammer (Riiskjær, 2014, s. 320). Riiskjær beskriver ligeledes otte roller, som patienter indtager i deres møde med sundhedsvæsenet, henholdsvis den (traditionelle) lydige, den medproducerende, den retsliggjorte, den empowerede patient, patienten som risikant, som informationssøger, patienten i rollen som kunde og patienten i rollen som politiker (Riiskjær, 2014, s. 60). Som sundhedsfaglig professionel står man således over for en meget varieret skare af brugere, med meget forskellige forventninger til relation og forløb. Riiskjær fastholder også at selvom store dele af sundhedsvæsenets praktikere ser nødvendigheden af at forandre den paternalistiske tradition, så er den stadig udbredt, fordi den over lang tid er blevet en stærk vane for både patienter og læger (Riiskjær, 2014, s. 320). Ifølge Riiskjær reagerer sundhedsvæsenets praktikere således i en række forskellige mønstre, hvorfor patienter får meget forskellige behandlinger. Og endelig fremhæver Riiskjær, at den generelle og veldokumenterede ulighed i det danske sundhedsvæsen kun forstærkes af disse tendenser. De stærke overlever i det instrumentelle sundhedsvæsen, og de stærke inddrages. De svage bliver ikke hørt og rummes generelt dårligt af systemet. Som de fleste andre, der arbejder med brugerinddragelse (fx Jønsson et al. 2015, s. 8; Kristiansen, Antoft, Primdahl & Petersen 2015, s. 40; Martin, 2008), har Riiskjær ingen effektiv løsning på sidstnævnte problem. Riiskjærs bidrag til feltet kan således kort beskrives som en metodekritik af eksisterende evalueringspraksisser i sundhedsvæsenet, og en dybere analyse af hvilke logikker, der er i spil for patienter og praktikere.

## Organisationer som Kulturer

Scheins kulturbegreb defineres kort og koncist i *Organisationskultur og Ledelse*:

”Et mønster af fælles grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som derfor har fungeret godt nok til at blive betragtet gyldige, og som derfor læres videre til nye gruppemedlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på, i relation til disse problemer.” (Schein, 1994, s. 20)

Scheins udgangspunkt for kultur er altså, at kultur er noget vi gør, for at kunne interagere og sameksistere. Det er en løbende tilpasning og integration, der muliggør gruppens eller organisationens overlevelse. Scheins definition indeholder også de overordnede redskaber til kulturanalyse, nemlig

grundlæggende antagelser, ekstern tilpasning og intern integration. De grundlæggende antagelser fortolkes frem gennem en omfattende artefakt- og værdianalyse. Schein definerer sin funktionalistiske analysemodel som klinisk og analytikerens som kliniker (Schein, 1994, s 35). Schein markerer med denne terminologi et tilhørsforhold til, og en stræben mod, det naturvidenskabelige paradigme, hvor man kan adskille forskeren fra sit forskningsobjekt. Det svarer ikke til denne artikels ontologiske eller epistemologiske position, men det bidrager ikke desto mindre med en facet af det samlede billede. Scheins tanke med den kliniske tilgang er, at forskeren gennem lang tids ophold i organisationen langsomt kan destillere organisationens grundlæggende antagelser, værdier og artefakter ud til en essens, der så kan arbejdes videre med. For sigtet med Scheins analyse er normativt, og målet er at opnå en helt homogen kultur. Den homogene kultur er for Schein et tegn på den velintegrerede og veltilpassede kultur. Disse, Scheins egne grundlæggende antagelser, er problematiske for de mere subjektivistiske forgreninger af humanistisk videnskab, af en række årsager. For det første anbefaler Schein, at forskeren opholder sig i organisationen i omkring tre år. Men når man arbejder med et dynamisk og ikke-essentialistisk kulturbegreb, er den kultur, man studerer i starten af opholdet ikke den samme som den kultur, der eksisterer efter det andet år og så fremdeles. Da kulturen ændrer sig konstant, forandrer det undersøgelsesobjekt, der antages statisk, også konstant. Et andet problem er forskerens egen rolle. Et tre år langt ophold i en organisation vil have en effekt på forskeren, der må formodes at påvirkes i en vis grad, hvad igen ikke kan udelukkes har en effekt på forskerens perspektiv og dermed konklusion.

Vi har således at gøre med en teoretiker, der både antager forskerens og forskningsobjektets upåvirkelighed, som her anvendes i et perspektiv, der antager begge deles subjektivitet. Med udgangspunkt i Gareth Morgans metaforbaserede videreudvikling af Thomas Kuhns paradigmeforståelse, udgør dette dog ikke et problem, da perspektivet stadig bidrager til en forståelse af den samlede case. Præmissen for Morgans arbejde med metaforer er at alle perspektiver eller optikker på et fænomen kun kan vise et udsnit af virkeligheden. ”Metaphor is inherently paradoxical. It can create powerful insights that also become distortions, as the way of seeing created through a metaphor becomes a way of not seeing.” (Morgan, 2006, s. 5). For at give plads til polyfoni og et større udsnit af virkeligheden, er det derfor nyttigt at inddrage flere perspektiver.

Morgans metaforanalyse kan beskrives epistemologisk som en kalejdoskopisk adgang til virkeligheden, hvor virkeligheden kun afsløres for os i fragmenter, der sammenlagt kan give en rig beskrivelse af en helhed (Morgan, 2006, s. 418). Morgan angiver selv at være inspireret af Niels Bohrs komplementaritetsprincip og Werner Heisenbergs usikkerhedsprincip. Disse teorier angiver, at videnskaben har brug for komplementære, men paradigmatisk uforenelige, metoder til at forklare virkeligheden, for at opnå en dyb og fortættet forklaring (Ibid). Her anvender Morgan både terminologi, der signalerer et tilhørsforhold til Clifford Geertz’s ideal om fortættede beskrivelser af antropologiens feltarbejde, og det klassiske postmoderne paradoks om falsk bevidsthed. Da alle standpunkter principielt kan angribes for at være et resultat af falsk bevidsthed, lider postmodernismen, og særligt den kritiske teori, i særlig grad af det generelle humanistiske problem, der udgøres af, at analysen kommer lettere end løsningsforslaget. Lødig humanistisk videnskab tager altid et vist forbehold for subjektets manglende objektivitet. Det er altså dette problem, Morgan søger at løse gen-



nem hans kalejdoskopiske epistemologi, der skal vise os mange flader af den virkelighed, vi forsøger at forstå.

Morgan og Burrell diskuterer sociologiske paradigmer, i *Sociological Paradigms and Organizational Analysis* (Burrell og Morgan, 1979), hvor Morgan også bekender sig til den radikale humanisme. Ligeså diskuterer han problemerne ved den paradigmatisk tilgang til organisationsanalyse, i sin artikel fra 1980, "Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory". Og endelig erklærer han igen sit tilhørsforhold til den radikale humanisme, adspurgt ved en forelæsning på Syddansk Universitet, i oktober 2014. Morgan er, som titlen på hans artikel fra 1980 antyder, inspireret af Thomas S. Kuhns forståelse af virkelighed og vores adgang til den. Morgan skriver "Probably one of the most important implications of Kuhn's work stems from the identification of paradigms as alternate realities and indiscriminate use of the paradigm concept in other ways tend to mask this basic insight." (Morgan, 1980, s. 606). Morgan siger altså, at det videnskabsteoretiske paradigme man tager udgangspunkt i har så afgørende betydning for hvilke resultater man kommer frem til, at man ikke kan undgå blinde vinkler, uden at træde uden for sit eget paradigme. Det ligger således i Morgans metode at flytte sig mellem forskellige paradigmer, for at opnå en større forståelse af virkeligheden. Det ligger derfor helt i tråd med Morgans tankegang at anvende Scheins funktionalistiske kulturanalyse i en kritisk læsning, da de forskellige paradigmer tilføjer nye indsigter.

Majken Schultz har videreudviklet Scheins analysemodel, ved tilføjelsen af den såkaldte "Tragt" (Schultz, 1990, s. 31), der giver mulighed for nøje at sammenholde de forskellige niveauer med hinanden. Gennem en tilbageførsel fra analysemodellens dybeste niveau, de grundlæggende antagelser, til det øverste niveau, artefakterne, der er umiddelbart tilgængelige for sanserne. At stå på det socialkonstruktivistiske paradigme, og alligevel søge at sammenholde de forskellige niveauer på denne måde, kan ses som udtryk for det Søren Kjølrup i *Menneskevidenskaberne* (Kjølrup, 2014, I) beskriver som en almen paradigme-fejl for humanister, nemlig at søge Poppers ideal om falsificering, på trods af en overordnet afvisning af det naturvidenskabelige, positivistiske paradigme. Fremfor at stræbe efter falsificerbarhed, søger dette projekt at leve op til mere centrale humanistiske dyder, og vægter således gennemsigtighed i metoden og analysen. Derfor anvendes Majken Schultzs Tragt ikke i denne analyse.

## Metode og Data

I modsætning til den aktionsforskning, som Schein anbefaler (Schein, 1994), eller Cathrine Hasses forskerdeltager (Hasse, 2011), er der igennem dataindsamlingsforløbet søgt en fastholdelse af den eksplorative vinkel, hvor analytikeren ikke engagerer sig personligt i arbejdet eller med organisationsmedlemmerne, men på ret stringent vis holder sig til formaliserede interaktioner, bestående af eksplorative interviews, udført på baggrund af en dynamisk semistruktureret interviewguide. Der er således søgt anvendelse af forskerens ikke-sundhedsfaglige baggrund til at forblive den hermeneutiske fremmede, der oplever en organisation som udenforstående. Det har tjent det formål, at forskeren på intet tidspunkt har udviklet sympatier for en organisationsgruppe frem for en anden, og har fastholdt forskeren som organisationsekstern observatør. Tilgangen har den ulempe, at organisati-

onsmedlemmerne ikke udvikler tillid til forskeren eller ubevidst sænker paraderne, i takt med at de vænner sig til forskerens tilstedeværelse. Omvendt gør den dynamiske, semistrukturede interviewform at forskeren har kunnet fokusere på de elementer, respondenterne i det aktuelle interview har fremdraget eller dvælet ved. Det bidrager også til gennemsigtigheden i metoden idet alle de data, der inddrages i analysen er tilgængelige for interesserede. Der er i alt gennemført 23 enkeltinterviews med medarbejdere og ledere af mellem 15 og 45 minutters varighed, for at få en bred indsigt i organisationskulturen og et indtryk af nogle af de mennesker, der befolker organisationen.

## Den Scheinske Kulturanalyse

Morgan betragter kultur som en social konstruktion, mening man i fællesskab tilskriver ting, handlinger og fænomener, der muliggør social omgang mellem mennesker. (Morgan, 2006, s. 134). Han beskriver organisationskultur som en "kulturel mosaik", der både kan rumme subkulturer og modkulturer, og som har en udpræget holografisk natur. Han anvender selv kulturteoretikere som Garfinkel, Hofstede og Karl Weick. Gennem anvendelse af Hofstedes kulturdimensioner ville egenskaber som egalitarisme, stor kapacitet for usikkerhedshåndtering, femininitet, kort fra top til bund og individualisme træde frem. På den måde kan case-hospitalet siges at være en pæredansk arbejdsplads (jævnfør nedenstående analyse), men en sådan analyse får hurtigt egenskab af almindeligheder og meningsforstyrende generaliseringer. For at komme dybere ned i kulturen er der således udvalgt to andre kulturteoretikere, funktionalisten Edgar Schein og symbolisten Majken Schultz. Edgar Scheins kulturanalyse er udvalgt på baggrund af teoriens egnethed til at beskrive en homogen kultur, og fordi Schein, sin egenskab som funktionalist til trods, flytter sig længere væk fra modernismens idealer om målbarhed og kvantitative studier, til et mere fortolkende paradigme. Scheins model kan dog forføre analytikerne til at fokusere på harmonien og overse eller undervurdere konflikter eller brydninger i den homogene kultur, ligesom det udviklingspotentiale, der ligger i subkulturer eller forskelligheder, kan forekomme at miste sin værdi for organisationen, fordi harmoni og homogenitet er et ideal for Schein. Derfor skal man være varsom med sine konklusioner, hvis man udelukkende laver en kulturanalyse ud fra Schein.

Overordnet arbejder Schein med tre niveauer i sin analysemodel. Det første niveau, artefakterne, er det fysiske niveau, altså alt, der manifesteres i den fysiske verden. Med det fysiske artefaktniveau, refererer Schein således både til fysiske genstande, men også historier eller talemåder, og arbejdsstraditioner, som analysen vil vise. Scheins andet niveau er værdiniveauet, eller det Schein kalder skueværdier, på engelsk espoused values (direkte oversat: udviste/fremviste værdier). Den engelske betegnelse er mindre misvisende end den danske, der kan fejlfortolkes i retning af at dette niveau er udtryk for organisationens hykleri, i form af værdier, der gives udtryk for, men ikke udleveres. Dette niveau beskriver dog blot de værdier organisationens medlemmer giver udtryk for at have. Overensstemmelse mellem de grundlæggende antagelser og skueværdierne kan siges at være udtryk for at skueværdierne er oprigtige og udleveres i organisationen, ligesom uoverensstemmelse peger på manglende organisatorisk selvforståelse. Således repræsenterer skueværdi-niveauet de værdier organisationens medlemmer eksplicit giver udtryk for. fx gennem et virksomhedsgrundlag, eller adspurgt. En organisations ledelse kan eksempelvis give udtryk for en skueværdi som

medarbejdertrivsel og samtidigt have en praksis, hvor man fyrer medarbejdere, så snart de viser tegn på udmattelse eller stress. I et sådant tilfælde vil der ikke være sammenhæng mellem grundlæggende antagelser og værdiniveau, og en sådan dissonans vil give anledning til manglende organisatorisk selvforståelse.

Det tredje niveau i Scheins analysemodel er de grundlæggende antagelser. De grundlæggende antagelser afspejler skueværdierne i en homogen kultur, men de er uudtrykte og uudtalte. Faktisk vil organisationsmedlemmerne ofte have svært ved at sætte ord på egne grundlæggende antagelser. Det er antagelser om menneskets natur, måder at omgås hinanden, verdens og virkelighedens beskaffenhed og lignende. Det er de antagelser, der er så grundlæggende for organisationsmedlemmernes måde at omgås hinanden og arbejde på, at man sjældent, hvis nogensinde, diskuterer dem. Det er derfor analytikerens, eller det Schein kalder klinikerens, opgave at fortolke de grundlæggende antagelser frem for grundigt og dækkende at beskrive organisationskulturen. Igen skal man være varsom med sine konklusioner her. Som funktionalist er Schein paradigmatisk i sin gode ret til at hævde sin rolle som kliniker, samt sin analyses udtømmende karakter, men i den mere subjektivistiske afdeling af den humanistiske videnskab, hvori indeværende artikel skrives, hævdes hverken en fuldtud udtømmende analyse, analytikerens objektivitet eller humanvidenskabens tilnærmelse de positivistiske videnskaber.

Her følger således en kulturanalyse, der divergerer fra den traditionelle Scheinske analyse i det paradigmatisk udgangspunkt, dog med følgende modifikationer: For læsbarheden og overblikkets skyld, har jeg indført de udvalgte artefakter, værdier og grundlæggende antagelser i skemaer, der igen er inddelt i artefakt-kategorier. Kategorierne er ikke Scheins, men endnu et bidrag fra Majken Schultz (Schultz, 199, s. 32). Schultzs kategorier anvendes, fordi de bidrager til overskueligheden, ligesom kategorierne kan fungere som metodisk understøttende for identifikation af artefakter, som en art kultur-tematiske topoi. Enkelte kategoriers anvendelighed kan diskuteres, fx sontringen mellem teknologier og synlige traditioner, hvor i hvert fald den aktuelle case har sammenfald mellem de to kategorier, i form af tværfaglighed og brugerinddragelse, der begge kan kategoriseres som teknologi og arbejdsstradition. Sontringen er ikke desto mindre bevaret i analysen.

## Fysiske Artefakter

Figur 2: Artefakter: Fysiske Udtryk

Fysiske udtryk	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	Personalets uniformer	Hovedbygningen, det gamle kurhotel	Antikke møbler	Malerier af protectorerne, Kong Christian X og Dronning Ingrid	Kvalitetsmålingsplakater	Ris og Ros Postkasser (GH's eget kvalitetsstyringsprogram)	Opslagstavler med artikler om ny forskning, hospitalet og Gigtforening	Patienter er i civil under indlæggelse
Skueværdi	Faglighed Professionalisme	Vores historie gør os til dem vi er, og historien er rodfæstet i det gamle kurhotel	Hospitalet er mindre hospital end andre hospitaler, og et indbydende sekundært hjem for patienterne.	Vi er forankrede i vores historie og vi udfører vores pligt med stolthed, for den verden, vi er en del af.	Vores kvalitet er vigtig for os, og en kilde til faglig stolthed	Vi har egne høje kvalitetsstandarder	Vi er up-to-date med ny forskning, vi er en formidlingsorganisation, vi har en identitet	Vores patienter opfatter ikke hospitalet som en klinisk institution, men som et sted hvor de bliver set som hele mennesker
Grundlæggende Antagelse	Vi er professionelle fagfolk	Vores historie er vokset ud af vores omgivelser	Hospitaler er sterile og umenneskelige Vi er mere end et hospital.	Vi er dannede af vores historie og en del af et større samfund.	Kvalitetsmålinger er udtryk for kvalitet	Vi lever op til andres standarder, men sætter også vores egne, for vi vil gerne vide endnu mere og være endnu dygtigere	Det er vores opgave at udvikle og formidle forskning	Patienter bør ses som hele mennesker, med hele liv, fremfor som patienter, defineret i kraft af deres sygdom

Den første figur indeholder eksempler på artefakter med et fysisk udtryk. De fysiske artefakter præger mødet med hospitalet. Det smukke, gamle kurhotel har artefakter, der er en blanding af de sundhedsfaglige, moderne og rationelle kliniske udtryk, og det hjemlige, det gammeldags eller antikke. Hospitalets hall er domineret af to guldrandede og omhyggeligt ornamenterede malerier af hospitalets protektorer, Kong Christian X og Dronning Ingrid. Og patienterne er i civil, mens de er indlagt. Men der er også de klassiske hospitals-farveskalaer, personale i uniformer, glaslåger, foldere, venteværelse og skilte, der viser vej til de forskellige afdelinger.

Og overalt på Gighthospitalet hænger der plakater og opslagstavler med information om hospitalet, kvalitetsmålinger, forskning, hospitalets samarbejdspartnere og medarbejdere. Særligt kvalitetsmålingerne træder frem. Der optræder et sammensurium af forskellige kvalitetsmålingsredskaber, metoder og organisationer, og overalt står der Ris og Ros-postkasser, med dertilhørende postkort og blyanter, så patienterne kan rapportere deres oplevelser på hospitalet. Hospitalet bruger både internationale, nationale og regionale kvalitetsstyringsredskaber, men i tillæg hertil har hospitalet også deres egne kvalitetsstyringsredskaber, fordi de synes de andre redskaber er utilstrækkelige. På skueværdiniveauet fremstår organisationen altså som dybt engageret i kvalitet, hvad underbygges fint i deres grundlæggende antagelser.

På det fysiske artefaktniveau rummer hospitalets kultur altså en tydelig stolthed og særegen identitet. Hospitalet fremstår som en mellemtung mellem et hospital og et værested, og måske er et

kurhotel i virkeligheden det nærmeste man kan sammenligne dette særegne hospital med. Men der ligger også en klar signal- og skueværdi i fordelingen af klassiske hospitalsartefakter og de mere hjemlige fysiske artefakter. Patienterne er i civil, ikke personalet. Patienternes dagligstue er møbleret med antikke møbler, ikke personalets spisestue. Det er patienterne, der skal være menneskelige på hospitalet, personalet skal være professionelle. Medarbejderne spørger mig af flere omgange, om jeg er opmærksom på, at patienterne er i civil. På skueværdi-niveau udviser de altså tydelig stolthed, fordi patienterne føler sig hjemme, og har mulighed for at ligne mennesker og ikke patienter på hospitalet. Det er afgørende, at patienterne tager rehabiliteringsværktøjerne med hjem og bruger dem aktivt efter endt ophold, og der tilstræbes måske derfor en sammensmeltning mellem en hjemme-arena og en hospitalsarena.

## Sproglige Artefakter

Figur 3: Artefakter: Sprog

Sprog	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	"Gigtånden"	Patienten er konge	Compliance	Patienternes italesættelse indlæggelse som "ophold"	af Uden patienter, intet GH
Skueværdi	Nærhed, respekt for andres faglighed og professionalitet, respekt for patienterne, engagement.	Patientcentreret behandling og drift, patienten kommer før alt andet.	Faglighed	Patientcentreret praksis	Patientcentreret behandling
Grundlæggende Antagelse	Vi er noget særligt	Vi er her for patientens skyld	Nøglen til rehabilitering ligger hos patienten	Vores historie som kurhotel gør os til dem vi er	Vi lever af patienterne, og ejes af patienterne. Vi er afhængige af dem, mere end de er af os.

Denne figur viser udvalgte sproglige artefakter. De to første artefakter kan siges at udtrykke den centrale selvforståelse blandt medarbejderne i forskellige grader. Gigtånden, som er den artefakt, der omtales og genkendes mest blandt medarbejderne, handler om den særlige ånd, der er på hospitalet. Gigtånds-artefakten handler på værdiniveauet om at være nærværende og engageret, om den særlige omgangstone man har på hospitalet, hvor der, for sundhedssektoren i særlig grad, er stor tværfaglig respekt og meget lidt mærkbart hierarki mellem de forskellige professioner i det daglige arbejde. Det handler om, at hospitalet er et sted, hvor man ikke kan udføre sit arbejde på autopilot, men er dybt engageret i konstant udvikling og forbedring af organisationens produkter.

Den anden sproglige artefakt, "Patienten er Konge" har tidligere stået i værdigrundlaget. Den eksisterer stadig i daglig tale, men er fjernet fra alle officielle dokumenter, fordi den lægger for meget vægt på patienten. Hospitalschefen siger, at han har fjernet den værdi, fordi der er skal være en grænse for patientcentreringen, for at det ikke går ud over personalet og den daglige trivsel på

hospitalet. For ham var denne frase en overdrivelse, hvilket underminerer, at man gør det man siger, og siger det man gør. Det fremgår hurtigt, at det er karakteristisk for hospitalet, at der er sammenhæng mellem skueværdierne og de grundlæggende antagelser. For nogle organisationsmedlemmer er denne artefakt dog stadig noget, de nævner og er stolte over. Da hospitalet er ejet af en patientforening, giver denne artefakt god mening på et symbolsk plan. Patienterne ejer hospitalet, gennem en interesseorganisation, så forståelsen af, at øverst i pyramiden sidder en patient, som regerer, er ikke som sådan forkert. Men set i et administrationsperspektiv, kan man godt sætte spørgsmålstegn ved hvad det ville gøre ved organisationsmedlemmerne, hvis patienterne reelt havde den form for indflydelse og magt i dagligdagen. Det er et eksempel på at medarbejderne kan arbejde totalt patientcentreret, fordi der er mekanismer, der regulerer patienternes direkte indflydelse. Det er også et eksempel på, at patientcentreringsen måske ikke reelt har den plads, medarbejderne giver udtryk for. Medarbejdernes udtalelser om patientcentreringsen skal således i høj grad forstås i sammenligning med patientens plads i andre sundhedsfaglige organisationer. For selvfølgelig er patienten ikke konge – det er en administrativ umulighed. Patienten er her bare væsentligt vigtigere, fordi de er medlemmer af den interesseorganisation, der ejer hospitalet, og fordi den næste artefakt, Compliance, er så væsentlig.

Compliance er et medicinsk begreb, der løseligt kan oversættes til lydighed. Jeg bruger ordet løseligt, for selvom lydighed er den officielle oversættelse, ligger den reelle betydning i anvendelsen af begrebet på hospitalet tættere på en blanding af samarbejde og lydighed. Begrebets anvendelse vokser ud af en erkendelse af, at for et en rehabiliteringsproces kan lykkes, er man nødt til at hente og opmuntre udviklingen i patienten selv. På hospitalet har man erkendt, at transmissionsparadigme-baserede kommunikationsmodeller ikke virker, og derfor har medarbejderne været på kursus i ”Den Motiverende Samtale” (Rosdahl, 2013), der tager udgangspunkt i transaktionsparadigmet. Medarbejderne referer ofte til ”Den Motiverende Samtale”, og arbejder aktivt med de redskaber, de har fået. Der er således god sammenhæng mellem artefakter, skueværdier og grundlæggende antagelser her, og brugen af en transaktionsbaseret kommunikationsmodel er forventelig i en organisation som dette hospital.

## Sproglige Artefakter: Virksomhedsgrundlaget

Figur 4: Artefakter: Sprog, Virksomhedsgrundlag

Sprog	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	Virksomhedsgrundlag, værdi: Faglighed	Virksomhedsgrundlag, værdi: Ordentlighed	Virksomhedsgrundlag, værdi: Synergi	Virksomhedsgrundlag, værdi: Kreativitet
Skueværdi	<p>”Faglighed kan på det individuelle plan udtrykkes ved, at hver enkelt medarbejder involverer sig i virksomhedens drift gennem anvendelse af sin faglige viden, hvad enten det er patientbehandling, service eller administration, og ved at den enkelte medarbejder bevarer en naturlig nysgerrighed efter at følge den faglige udvikling på ens eget felt.</p> <p>På det strategiske plan arbejder hospitalet for, at skabe optimale rammer for uddannelse, kursus- og konferencedeltagelse, således at medarbejderne mærker, at en opdateret faglighed altid er et personligt og fælles gode.” (Bilag 8, s. 5)</p>	<p>”Af hensyn til respekten for hospitalet internt såvel som eksternt er det vigtigt, at alle medarbejdere gør sig umage for at optræde værdigt, loyalt og ærligt i alle relationer. ”Vi siger det vi gør, og gør det vi siger”, overfor både patienter, kollegaer og samarbejdsparter.” (Bilag 8, s 5)</p>	<p>”Synergi er samspillet mellem to eller flere tiltag/krafter, og giver en større effekt end blot summen af de enkelte tiltag/krafter”</p> <p>Vi gør os umage for at tænke i flere, nye og anderledes muligheder. Når vi iværksætter nye initiativer eller når der er anledning til at revidere eksisterende initiativer, spørger vi om andre kunne have gavn af hvad vi gør? Dette betyder, at synergier søges indenfor alle områder, internt såvel som i forholdet til eksterne samarbejdsparter.” (Bilag 8, s. 5)</p>	<p>”Kreativitet går hånd i hånd med innovation, og forandring skabes på baggrund af tanker ud af boxen. Hospitalet fremmer kreativiteten for at understøtte de faglige og evidensbaserede metoder og behandlinger samt for at optimere allerede etablerede arbejdsgange og samarbejdsrelationer. De kreative processer understøtter og fremmer forandringsparathed.” Bilag 8, s. 5)</p>
Grundlæggende Antagelse	Faglighed er noget vi skaber sammen og hver for sig, og vi har alle et individuelt ansvar, over for fællesskabet, for at bringe fagligheden i spil, i alt hvad vi gør.	Vederhæftighed og værdighed er grundlaget for hospitalets eksistens og legitimitet.	Vores gode erfaringer kan gavne andre, og vi har ansvar for at formidle dem til relevante interessenter.	Evidensbaseret og metode kan skabe vanetænkning, og skal opvejes gennem aktive tiltag for at fremme kreativitet og innovation.

De sproglige artefakter i denne figur udgøres af de værdier, der er formuleret i virksomhedsgrundlaget. Da virksomhedsgrundlaget er fremkommet gennem en bottom-up-proces, som alle medarbejdere har været dybt involveret og medskabende i, opfatter jeg disse udsagn som relativt retvisende for hvad organisationen reelt rummer af kultur. Men der skal selvfølgelig tages forbehold for, at der har siddet en eller flere personer, som har formuleret og dermed medieret denne bottom-up-proces. Derfor er det også nødvendigt at foretage fortolkningen i de grundlæggende antagelser, og særligt er det nødvendigt at anvende andre artefakter end dem, organisationen selv fremhæver. Forklaringerne under skueværdier, udgøres af citater fra virksomhedsgrundlaget, hvor værdierne forklares og uddybes. Det er således kun niveauet med de grundlæggende antagelser, der er udtryk for fortolkninger. Her får hospitalet således selv lov til at tale, og forklare deres værdier, på en anden måde end i en traditionel Schein-analyse. Organisationens fremstår her vægtende solidaritet og fællesskab, ejerskab og engagement.

Igen fremhæves det, at denne organisation ikke er en arbejdsplads, hvor man kan køre på autopilot, men kræver dybt engagement og inddragelse af medlemmerne, ligesom organisationsmedlemmerne

forventes at formidle deres resultater til omverdenen, altså en forsknings- og formidlingsforpligtelse. Loyalitet over for organisationen nævnes som et eksempel på ordentlighed, men der lægges mere vægt på vederhæftighed og oprigtighed. Forskningens offentlige natur kan ses som havende en afsmittende effekt på organisationskulturen. Alt skal kunne lægges frem til offentlig vurdering og eventuel anvendelse, og det stiller krav til processerne.

## Historieartefakter

Figur 5: Artefakter: Historier

Historier	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	Flyttesagen: De flytter os, vi vil ikke, vi mister det der gør GH til noget specielt, alt bliver dårligere, vores kollegaer bliver fyrede, vores patienter får en dårligere behandling	Den nye hospitalschef var ikke velkommen, fordi man mente han var "tal-mand" fordi han ikke var sundhedsfaglig som sin forgænger, men han viste sig at være det modsatte af en talmand	Den tværfaglige konference, hvor alle lytter til alle, lange som kortere uddannede.
Skueværdi	Rør ikke ved fundamentet for vores praksis, vi står sammen	Fagligheden først	Faglighed først, egoet sidst.
Grundlæggende Antagelse	Forandring er af det onde, nyt er ukendt og utrygt, vi er tryggest og bedst sammen, uden forstyrrende udenforståendes indgriben, den offentlige sygehussektor er ringere end os	Vores identitet er dannet på baggrund af faglighed, men vi kan godt tage fejl, fordi vi værner så meget om vores faglighed	Ingen er mere værd end andre, alle bidrager med noget væsentligt

Denne figur illustrerer tre historier, der fortælleres i organisationen. Den første og centrale er historien om flyttesagen. Hospitalet skal flytte, fra det gamle kurhotel i de naturskønne omgivelser, til et regionalt sygehus. Flytningen er besluttet af patientorganisationen, der ejer hospitalet, og opleves som et overgreb af hospitalets medarbejdere, og også til dels af husets brugere og lokale interessenter. Flytningen er nødvendig, fordi de eksisterende rammer er nedslidte og uddaterede. Der er først søgt midler i eksterne fonde til at renovere kurhotellet, men midlerne har ikke kunnet skaffes. Herefter er der søgt midler til en flytning, og disse midler blev hurtigt bevilliget. Således er flytningen blevet en realitet, men der forhandles stadig om vilkårene. En af konsekvenserne er, at ikke alle afdelinger på hospitalet kommer med. Det piller ved medarbejdernes selvforståelse og grundlæggende antagelser, fordi alle medarbejdere opfattes som lige væsentlige for den samlede rehabiliteringsindsats.

Flyttesagen er kilde til dyb sorg og forvirring for medarbejderne. Her griber omverdenen hårdt og kontant ind i organisationens selvforståelse, gennem regnearkenes kølige økonomiske logik. Den økonomiske logik kolliderer med medarbejdernes faglige logik, der dikterer, at man altid gør det bedste for patienten. Således opfattes det som en knægtelse af husets faglighed, at fx køkkenet ikke kommer med, fordi kosten er en central del af rehabiliteringen i behandlingen. Det har også konsekvenser for organisationens tidopfattelse, fordi hospitalet pt. rummer alle de funktioner de har brug for, herunder også røntgenafdeling og laboratorie. Fordi alle funktioner er under samme tag i en lille organisation, kan patienternes behandlingsforløb køres meget tidseffektivt uden en masse ventetid for patienten. Efter flytningen vil hospitalet skulle samarbejde meget tættere med organisationseksterne samarbejdspartnere i den daglige drift, og man frygter, at det vil have indflydelse på patientoplevelsen. Laboratoriet kommer med i flytningen, fordi de "vandt" en



benchmarking, men røntgenafdelingen kunne ikke konkurrere økonomisk med det regionale sygehus, og kommer derfor ikke med. Denne økonomiske virkelighed, eller rettere, denne ultimative prioritering af økonomien over alt andet, er chokerende for medarbejderne, der hidtil ikke har oplevet regnearkenes indtog i omfattende grad.

Flyttesagen som krise illustrerer centrale egenskaber i kulturen. Opfattelsen af organisationens autonomi testes hårdt, og i en organisation med udpræget medarbejderindflydelse, inddragelse og fagligt fokus, opleves det som et voldsomt overgreb på organisationens værdier og identitet. På en lidt bredere horisont kan man sige, at hospitalet blot begynder at opleve det offentlige sygehuse har oplevet i årevis, som hospitalet hidtil har været forskånet for. Og det er problematisk, at organisationsmedlemmerne har enactet deres omverden, som bestående af patienter og ikke meget andet hidtil.

En anden historie-artefakt er historien om den nye hospitalschef. Den tidligere hospitalschef var meget afholdt blandt personalet, og var sundhedsfaglig. Da han gik på pension, og en efterfølger skulle findes, ansatte patientorganisationen, der ejer hospitalet, en samfundsfagligt uddannet leder. Dette gav anledning til bekymring og snak om, at den nye leder nok var ”talmand”, og ikke ville kunne forstå og respektere hospitalets særlige ånd. Det viste sig at være helt forkert. Den nye hospitalschef viste sig at passe godt ind på hospitalet, og agere med stor respekt for hospitalets identitet og historie. Men historien fortæller noget om, hvor nidkært man værner om hospitalets traditioner og hvor central man opfatter sundhedsfagligheden for identiteten. At historien fortælles illustrerer også en erkendelse af fejlbarlighed.

Den sidste historie fortælles af hospitalschefen om sin første dag på arbejdet. Han gengiver stor forbløffelse over den udprægede respekt og lydhørhed, han oplevede mellem de forskellige fagligheder. Han siger, at hans erfaring med sygehusvæsenet er, at respekten mellem de forskellige fagligheder kan ligge på et meget lille sted, og at folk normalt taler i munden på hinanden, særligt læger. Denne historie illustrerer altså hvordan det tværfaglige udgangspunkt for rehabilitering og den stærke tradition for inddragelse og engagement på dette hospital skaber en tværfaglig respekt og anerkendelse, som er usædvanlig for branchen.

## Teknologiske Artefakter

Figur 6: Artefakter: Teknologi

Teknologi	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	Intern/frivillig kvalitetsmåling	Evidens-basering	Holisme	Brugerråd	Forskningspatienter	Patientuddannelsesprogrammer
Skueværdi	Vi er gode, vi vil gerne være bedre, også end de andre	Videnskaben er hjemmelen for vores arbejde	Positivismen er ikke nok, mennesket er ikke en maskine bestående af dele, men en biologisk og psykologisk helhed	Vi lytter til vores patienter, og vil udvikle os gennem deres hjælp	Patienterne er nøglen til at skubbe forskningen helt i top	Nøglen til rehabilitering ligger hos patienterne.
Grundlæggende Antagelse	Vi har overskud til at kræve mere af os selv, end andre kræver af os	Vi er underlagt strukturer, der har en berettigelse	Helheden er mere end summen af delene	Patienterne ved noget vi ikke ved, og ikke kan forstå uden deres hjælp	Patientsamarbejdet gør os bedre	Patienternes succes er vores succes

Teknologien fremhæver centrale egenskaber ved kulturen. Kvalitetsstyringsredskaberne er styrende for mange processer i organisationen, og det er meget sigende, at hospitalet udvikler og anvender egne kvalitetsstyringsredskaber. Som Mary Jo Hatch påpeger, så har teknologisk design en væsentlig adfærdsregulerende effekt på brugerne, som er væsentlig at belyse og problematisere (Hatch, 2013, s. 141). Således peger Combs, Knights og Wilmott på, at den stærke adfærdsregulerende effekt teknologi har på en organisations medarbejdere, gør at teknologi kan betragtes som et ledelsesredskab (Rod Combs, David Knights and Hugh Wilmott i Hatch: 2013, s. 141-142). Ligeledes argumenterer de for at teknologi, fx i form af IT, datakilder og kvalitetsrapportering diskret bearbejder medarbejdernes værdier og egne succeskriterier for deres arbejde. Set i det lys kan hospitalets udvikling af egne kvalitetsredskaber fortolkes som en organisation, der kræver retten tilbage til selv at definere, hvad godt udført arbejde er.

I en klassisk kritisk organisationsanalyse ville man betragte en stærk organisationskultur som et styringsredskab, for hvis værdierne og kulturen styrer medarbejdernes adfærd, er der behov for væsentlig mindre kontrol fra ledelsens side. Her fortolker jeg i stedet de interne kvalitetsstyringsredskaber som en fastholdelse af egne standarder for godt arbejde, uafhængigt af eksterne aktørers kriterier for samme. Hospitalet er sit eget, med en stærk identitet, og selvom man lever op til nationale, internationale og regionale krav, opsætter man sideløbende egne redskaber og kriterier for kvalitet.

Artefakterne holisme og evidensbaserings står på mange måder i et paradoksalt forhold til hinanden. Evidensbaseringsmetode kræver en isolering af det fænomen, man undersøger, fx et leds bevægelighed sat i relation til en enkelt konkret behandling, hvor holismen tager udgangspunkt i mennesket og menneskekroppen som en helhed, hvor alle dele er i en konstant interaktion. Flere organisationsmedlemmer giver således udtryk for, at det øgede udefrakommende krav om evidensbaserings udgør et problem i en behandling som rehabilitering, fordi den arbejdsform i udpræget grad er holistisk. Det er et problem mange steder i sundhedssektoren, og således ikke udelukkende et problem, der er særligt for case-organisationen. Men det er igen et

kvalitetskriterium der er styrende for den økonomiske ramme, der er til rådighed for hospitalet. Det interessante i forhold til kulturen er hvordan den grundlæggende antagelse om holisme er ligeså fremtrædende hos lægerne, der metodisk er skolet i det naturvidenskabelige paradigme som evidensbaseret vokser ud af, som hos alle andre faggrupper. Således viser lægerne sig på et brugerråds mødet i stand til at diskutere og redegøre omfattende for kvalitative metoder, iboende metodiske styrker og svagheder, og fremhæver entusiastisk det kvalitative paradigmes muligheder for forskeren, for at flytte forskningen ud af forskerens hoved og begrebsverden, og ud i patienternes virkelighed. Også her fremstår der stort sammenfald mellem skueværdier og grundlæggende antagelser.

Artefakten Brugerråd er en teknologi, der demonstrerer, hvor aktivt man arbejder med patientcentrering. Hospitalet har arbejdet med brugerinddragelse i femten år, hvad er lang tid, sammenholdt med hvor nyt begrebet er for sundhedssektoren generelt og hvor lidt dansk forskning, der foreligger om emnet. Selve brugerrådet har kun eksisteret i omkring et år. Brugerrådet er oprettet fordi forskningsenheden oplevede at patienterne blev inddraget for sent i forskningen til rigtigt at kunne øve indflydelse på forskningen. Lederen af forskningsafdelingen angiver, at han finder meget evidensbaseret forskning irrelevant for patienternes hverdag. Når man således kan måle og evidensbasere en forskel på en hel eller halv procent på en træthedsskala, er forskningen således lødig og fagligt forsvarlig, men for patienten gør den ene procent ingen forskel i livskvaliteten. Denne betragtning muliggøres af den konstante nærværende dialog med patienterne, og er et godt eksempel på hvordan patientinddragelsen foregår både på strategisk, taktisk og operationelt niveau, i skueværdier og grundlæggende antagelser. Det er således ikke meningen, at patienterne i brugerrådet udelukkende skal generere forskningsforslag, men ligeså skal de teste relevansen af potentielle forskningsprojekters relevans for patientens hverdag, trivsel og livskvalitet. Der ligger således en grundlæggende antagelse om, at patienterne ved noget behandlerne ikke ved, og kun kan få indsigt i denne viden gennem dialog med patienterne. Denne grundlæggende antagelse indbefatter et opgør med den paternalistiske tradition i lægeprofessionen, hvor lægen formodes at ligge inde med indsigterne, og patienten er en passiv modtager af behandling. Lederen af forskningsafdelingen bevæger sig inden for en nærmest darwinistisk udviklingsdiskurs, når han omtaler brugerinddragelse og evidensbaseret. Han taler om at brugerinddragelse er en ”naturlig udvikling” inden for sundhedssektoren, og understreger, at brugerinddragelse ikke kan lykkes i en top-down-proces, fordi ønsket og viljen skal komme fra medarbejderne, der skal udføre inddragelsen. Han anfører, at hvis en læge ikke er indstillet på denne indgangsvinkel, er han ikke ”moden” til at praktisere inddragelse, og så skal han lade være, for så bliver det en skinproces.

Naturlighedsdiskurser er altid interessante, fordi de ofte er sammenlignelige med fx Scheins antagelses-niveau. Det er her man ser de motiver og værdier, der er så grundlæggende for en gruppes færden og gøren, at gruppens medlemmer har vanskeligt ved at sætte ord på dem, eller forklare dem. Forskningslederen giver her altså udtryk for, at brugerinddragelsen skal resultere i en ægte synergi mellem faglighed og patienterfaring for at have gyldighed og relevans. Det er vanskeligt at vurdere hvor alvorligt hospitalet tager patienternes input: Man kan tage udgangspunkt

i de omfattende patientinddragelsesaktiviteter, og antage at de er udtryk for en ægte interesse i patientperspektivet. Omvendt kan patientinddragelsen være en skinproces, der skal legitimere organisationens handling over for den interessent, organisationen har enactet mest omfattende, nemlig patienten. Fordi der lægges vægt på, at patienterne skal inddrages som rådgivere, men omvendt ikke skal "være konge", og dermed ikke være ultimativt styrende for, hvad foregår i organisationen, er det svært at pege på konkrete handlinger, der endeligt beviser at patientinddragelsen resulterer i konkrete tiltag. Omvendt giver alle medarbejderne i forskningsafdelingen, og flertallet af medarbejdere i andre afdelinger, udtryk for at patienterne kommer med relevante input til forskningen og udviklingen af behandlingen. I kraft af hvor udbredt patientinddragelsen er på alle niveauer af organisationen, og de mange resurser der bruges på netop patientinddragelse, virker det rimeligt at antage, at man opfatter inddragelsen som en reel berigelse af forskningen og fagligheden, og ikke blot som en legitimeringsproces over for omverdenen, der på hospitalet altså primært enacts som patienterne. Ikke desto mindre er det bemærkelsesværdigt, eller måske nærmere forudsigeligt, at en organisation, der arbejder brugerorienteret, vil enacte sin omverden som bestående af sine brugere, og omvendt vil arbejde patientcentreret, på baggrund af denne enactment. Jeg drager således ingen konklusioner om kausalitet, men blot om korrelation.

## Synlige Traditions-artefakter

Figur 7: Artefakter: Synlige Traditioner

Synlige Traditioner	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse	Beskrivelse
Artefakt	Personalets venlige møde med patienter og andre	Mød hospitalschefen	Tværfagligt samarbejde	Holistisk tilgang til arbejde og patienterne	Lange ansættelser	Tillid til den enkeltes faglighed og dømmekraft	Den motiverende samtale	Kvalitetsarbejde
Skueværdi	Vi er til for patienterne, ikke omvendt	Åbenhed, tilgængelighed for patienten	Respekt for alle fagligheder	Holisme og helhedstænkning	Vi behandler vores personale med respekt og omsorg	Autonomi, selvbestemmelse, fagligheden som ledelsesredskab	Anerkendende tale og handling	Alle skal involvere sig i kvalitetsarbejdet
Grundlæggende Antagelse	Uden patienter, intet gigthospital	Vi er i dialog med vores brugere	Sammen er vi bedre	Rehabilitering kræver compliance	Mennesker præsterer bedst under omsorg og tillid Y-menneskesyn	Hvis du er her, er du kvalificeret og forpligtet til at træffe beslutninger, og vi har tillid til dig	Vi kan ikke implementere en forandring i patienten, forandringen kommer fra patientens indre.	Ejerskab fører til motivation, der fører til god faglighed

Denne figur viser et udvalg af hospitalets synlige traditioner, der er tæt forbundne med hinanden. Medarbejderne rapporterer stor stolthed over den gode stemning og den venlige imødekommenhed, patienterne møder på hospitalets gange. Og det er ganske bemærkelsesværdigt hvor glade og venlige personalet optræder, dog med en enkelt undtagelse, der kan virke paradoksalt: lægesekretærene, der står for det første fysiske møde med organisationen, sidder bag en altid lukket glasrude ved siden af hovedindgangen, og søger ingen kontakt, når man kommer ind i huset. Schein anfører dog, at ikke alle dele af en kultur er relevante for et givet problem, og alle aspekter af en

kultur skal ikke nødvendigvis inddrages.

Hos alle andre personalegrupper end lægesekretærene mødes man konstant af afslappede, smilende, venlige og interesserede blikke og hilsner. Ingen passerer nogen på gangene uden at sige hej, hverken patienter eller personale. Ved mit første møde med huset fik jeg selv umiddelbart den tanke, at alle var informerede om, hvem jeg var, og hvorfor jeg var der, simpelthen fordi alle hilste på mig, som om jeg var en del af huset, og hele tiden spurgte, om de kunne hjælpe med noget eller vise vej. Det viste sig at være en helt forkert antagelse: Ingen vidste, hvem jeg var, det er blot sådan man agerer på hospitalet, og sådan husets brugere mødes. Denne stemning, eller synlige tradition, betyder meget for personalet, der ofte taler om det med stor stolthed. Det hænger sammen med den centrale grundlæggende antagelse, ”Uden patienter, intet hospital”. Medarbejderne oplever at patienterne udgør organisationens eksistensberettigelse, og de opfører sig derefter. Det hænger også sammen med en anden synlig tradition, nemlig den motiverende samtale, som alle medarbejdere har været på kursus i, efter kvalitetsarbejde viste, at der lå forbedringspotentiale i organisationens kommunikation.

I den motiverende samtale er det en central antagelse, at mennesker skal ses, lyttes til og anerkendes som de hele mennesker de er, og at man ikke kan implementere en adfærdsforandring i patienten, men at den i stedet skal opmuntres og vokse ud af patienten selv (Rosdahl, 2013). Her kommer holismen også i spil, opfattelsen af mennesker som komplekse helheder, men også holismen i husets arbejdsform. Når patienten er i centrum, som angivet i skueværdierne, ignorerer man naturligvis ikke patienten på gangen, også fordi skueværdien, loyalitet imod hospitalet, fordrer at medarbejderne konstant ser sig selv som ambassadører for hospitalet. Når hospitalet således har enactet patienterne som deres omverden og levebrød, agerer man respektfuldt, taknemmeligt og anerkendende over for dem.

Det tværfaglige samarbejde er ligeledes en helt central artefakt i kulturen, og det har været en hypotese under projektets forløb, at tværfagligheden er relateret med organisationsmedlemmernes holdninger til brugerinddragelse, fordi tværfagligheden fordrer et vist mål af double-loop læring, idet medarbejderen tvinges til at forholde sig til andre fagligheders grundlæggende antagelser, eller måske mere præcist, det Kuhn ville kalde paradigmer. Her ses således et hospital, hvor medarbejderne ikke udelukkende orienterer sig imod deres respektive fagligheder, men i stedet orienterer sig imod hospitalets overordnede vision om synergi mellem de forskellige fagligheder. Slutteligt bør det nævnes at medarbejderne langt overvejende er ansat rigtigt længe på hospitalet. Når først de er ansat, bliver de typisk i huset frem til pensionsalderen. Nogle medarbejdere rapporterer en form for skam over at være på den samme arbejdsplads så længe. De siger, at deres omgivelser tror de er groet fast, fordi de bliver i den samme organisation i 10, 20, 30 eller 40 år. De angiver selv, at der er så meget udviklingsarbejde, efteruddannelse, forskning og lignende, at de ikke føler sig fastgroede. Derimod føler de sig top-motiverede, dybt inddragede og engagerede i organisationen, der udgør et personligt projekt for de fleste, og er en stor kilde til trivsel. Medarbejderen, der administrerer ansættelser, fyringer, sygedagpengesager og lignende, siger at

organisationen har uforholdsmæssig stor tålmodighed med fx sygemeldte medarbejdere, og at hun selv har oplevet ganske få fyringer, i de femten år hun har haft ansvaret for administrationen af disse.

## **Intern Integration**

Intern integration er den proces, der løbende foregår internt i en organisation, hvor medarbejderne samstemmer deres løsningsmodeller, efter hvad de oplever, løser deres problemer. Internt har hospitalet en kultur, der inviterer til brugerinddragelse i så stærk en grad, at brugerinddragelsen fungerer som en grundlæggende antagelse blandt medarbejderne. Kulturen kan sammenfattes i de grundlæggende kulturelle antagelser ”Uden patienter, intet hospital” og ”Patienternes succes er vores succes”. Alt hvad man gør på hospitalet er patientcentreret, fordi arbejdet med rehabilitering kræver en omfattende grad af compliance, og kan ikke realiseres uden aktivering af patientens egne resurser. Derfor arbejder hospitalet med meget opdaterede og effektive kommunikationsmetoder, der tager udgangspunkt i patientens egne resurser og motivation. Rehabilitering er således ikke noget, der kan implementeres i patienten, men noget der skal gro ud af patienten, og det er den logik, der dikterer den ekstraordinære patientcentrering. Det daglige arbejde med patienterne skaber en løbende og jordnær evaluering af kommunikationens effektivitet, hvorfor denne grundlæggende antagelse konstant bekræftes, og forstærker organisationskulturen og integrationen.

## **Ekstern tilpasning**

Problemerne for hospitalet opstår i den eksterne tilpasning. Det er her medarbejderne oplever deres identitetskrise og autonomikrise, men det er også her hospitalet lykkes rigtigt godt med at bevare deres identitet og selvforståelse, og dermed det store medarbejderengagement. Fordi organisationen ganske ensidigt enacter patienterne som sin omverden, står organisationen rystet tilbage, efter interventionen i form af flytningen til et regionalt sygehus. Flytningen kommer fra en del af organisationens omverden, der i det daglige arbejde nærmest ignoreres, nemlig regionen. Regionen er også organisationens største indtægtskilde. Dette misforhold fungerer kun, fordi organisationen er meget dygtig til kerneopgaven, rehabilitering af patienter. Og i tilfældet med flytningen, afstedkommer den mangelfulde eksterne tilpasning altså en massiv autonomi- og identitetskrise.

## **Antagelser om Virkelighed, Sandhed, Tid og Rum**

Schein anfører, at velintegrerede grupper, i fællesskab og henover tid, etablerer dybereliggende forklaringer på mere abstrakte elementer i deres verdensopfattelse (Schein, 1994, s. 95). Det er antagelserne der overordnet beskrives som antagelser om virkelighed, sandhed tid og rum.

I case-organisationen er virkelighed og sandhed noget, der etableres gennem videnskab og erfaring. Der er dog forskel på hvor tungt de to videnskilder vejer på vægtskålen, hvad fremgår i medarbejderinterviewene. Jeg spørger medarbejderne, om de tror at hospitalet er bedre eller dårligere end

andre hospitaler til brugerinddragelse. Svaret er for mig åbenlyst: Hospitalet er bedre, fordi de er frontløbere på feltet, fordi de har gjort det længere, fordi de gør det mere omfattende, fordi der er et totalt sammenfald mellem de antagelser der ligger til grund for brugerinddragelse og de antagelser der ligger til grund for case-organisationens kultur. Men medarbejderne vægrer sig ved at svare. 20% af medarbejderne svarer at hospitalet nok er bedre, men anfører alle, at de ikke ved det, fordi de ikke kender statistikkerne på det. Resten svarer, at det kan de ikke vide, fordi de ikke kender statistikkerne. Så selvom de løbende får testet deres patientinddragelse i hverdagen, og ser at det virker, vil ingen kategorisk svare, at de er bedre, alene fordi en sådan påstand ikke er bevist videnskabeligt. På den måde ser det ud som om, at selvom holismen og empirien eller erfaringen har en stor plads, så er evidensbaseringen og den klassiske videnskab stadig en mere dominerende grundlæggende antagelse, når det kommer til virkelighed og sandhed. Der er i øvrigt ingen sammenhæng mellem fagprofession og svar på dette spørgsmål. De 20% der godt tør gætte på at de er bedre, spreder sig blandt læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ledere og medarbejdere, faglærte og ufaglærte, mænd og kvinder osv. Det er således ikke lykket mig at finde en udslagsgivende faktor, for svaret på dette spørgsmål.

Organisationen har et udpræget langsigtet tidsbegreb, fremad og bagud. Det hænger sammen med den lange historie, der kan holdes nærværende gennem mange medarbejdere, der er ansat længe i organisationen. Og det hænger sammen med organisationens forankring i forskning og uddannelse, der begge er fremadrettede aktiviteter, der ikke bringer et øjeblikkeligt udslag på bundlinjen, men kræver en mere langsigtet tilgang for at lykkes (Schein, 1994, s 106).

Om organisationens forhold til rumlighed, kan man sige at organisationen er tvetydig. Den ledende overlæge og den sundhedsfaglige leder har kontorerne øverst i det originale kurhotel, med den bedste udsigt over den smukke lystbådehavn. Lederen af forskningsafdelingen har kontor i hjørnet af en vinkel, med udsigt over en parkeringsplads. Hospitalschefen har kontor på øverste etage i en tilstødende villa, der rummer organisationens administration. Så organisationen er ikke blottet for hierarki. Omvendt giver medarbejderne udtryk for at have en ledelse, der er yderst tilgængelig og åbne for input og kritik, så de afsidesliggende kontorer bliver ikke set som en barriere mellem ledelsen og medarbejderne, ligesom afdelingslederne også er placeret centralt i afdelingerne. Indretningen med antikke møbler på opholdsarealerne skal nok signalere hjemlighed for patienterne, men flere af dem er også doneret af tidligere og nuværende patienter. De venlige hilsner overalt hvor man færdes hører også under Scheins rumbegreb, og signalerer nærvær, åbenhed og hjælpsomhed.

## **Antagelser om menneskelig natur, handlinger og relationer**

Slutteligt er der de grundlæggende antagelser om menneskelig natur, handlinger og relationer. Overordnet kan man sige, at hospitalet i behandlingen af medarbejderne præges af den samme empati, man udsætter patienterne for. Der udvises stor forståelse for at medarbejderne er hele mennesker, der også har et privatliv, der skal fungere, og medarbejdere, der rammes af sygdom fyres ikke, men får tid til at blive raske, ligesom der gøres en stor indsats for at genintegrere medarbejderne på arbejdspladsen efterfølgende. Fællesskabet kommer før individet, og samarbejde, fællesskab og so-

lidaritet er selvfølgeligheder. En situation, hvor en medarbejders individuelle behov opprioriteres til skade for organisationen som helhed, er utænkelig. Det er nok naivt at påstå, at det aldrig sker, men hvis det sker, så sker det i det skjulte, andet ville udløse vilde protester og social udstødelse. Schein sonderer mellem orientering mod handling, orientering imod væren eller orientering mod eksistens gennem udvikling. Her ligger case-organisationen klart i den sidste kategori, hvor man på dialektisk vis ”må opnå harmoni med naturen gennem fuld udvikling af sine egne evner, og derved opnå en fuldstændig harmoni med omgivelserne.” (Schein, 1994, s. 126). Der er en stærk gruppeorientering og dyb involvering i alle organisationens processer.

## Applikation

Med et normativt sigte, kunne man, med udgangspunkt i denne case anbefale at opmuntre sundhedssektoren til en brugerorienteret organisationskultur, for at gøde jorden for god brugerinddragelse, hvor spørgsmålet ”Hvad ville vores patienter mene?” både overvejes og søges besvaret, kritisk og empirisk, sigtende efter idealet om repræsentativitet, vel vidende at netop denne del af inddragelsen, af praktiske årsager altid forbliver et ideal, en strange attractor. En patientcentreret kultur vil være mere tilbøjelig til at integrere patientinddragelsen som et tæt koblet system, og undgå at inddragelsen får egenskab af skinproces. Men det er umådeligt vanskeligt at bearbejde organisationskultur, og for at patientinddragelsen skal slå rigtigt igennem i sundhedsvæsenet, er det nok nødvendigt med mere end en enkelt strange attractor eller løftestang. De forskellige fagligheders respektive krav på de vise sten i sundhedssektoren generelt blokerer megen god tværfaglig synergi og udvikling. En yderligere anbefaling, med udgangspunkt i denne case, kunne således være at organisere sundhedssektoren omkring behandlingsbehov, frem for de lægefaglige specialiseringer. En sådan organisering ville flytte det strukturelle fokus fra faglighedernes grænser til behandlingernes tværfaglige samspil, og dermed strukturelt fordre tværfagligheden. I denne case ses tværfagligheden nemlig som en løftestang for holismen, der netop baner vejen for patientcentreringen, og dermed også skaber grobund for gode patientinddragelsesindsatser. En sådan omorganisering er imidlertid ikke uden problemer. Mennesker bliver generelt ældre med deres sygdomme, frem for at dø af dem, og får dermed også mere komplekse kroniske diagnoser, så det vil givetvis være vanskeligt at skabe så veldefinerede kerneopgaver overalt som man fx har på dette hospital. Men den decentralisering man i øjeblikket ser, hvor man splitter patienternes forskellige behandlinger op mellem fx diverse behandlingssteder, sygehuse, praktiserende læger, kommunernes socialforvaltning osv., må i patientperspektivet ses ubetinget som en uhensigtsmæssig udvikling, ikke mindst fordi det i et organisationsteoretisk perspektiv skaber nogle strukturer, der per automatik sætter patienten efter systemet.

Et væsentligt problem for patientoplevelsen og patientcentreringen i sundhedssektoren i dag er den stramme økonomiske rammestyring, der flytter fokus fra patientens behov til den økonomiske drift, ligesom den økonomiske incitamentstruktur rummer potentiale for at skabe et mekanistisk, fragmenteret og ikke-holistisk menneskesyn. Oprindeligt opfattede jeg lægefagligheden og det positivistiske paradigme som kilden til det mekanistiske menneskesyn, og der er nok også noget om det, men lægefaglighed er meget andet i dag end positivisme. En hurtig diskursanalyse af case-



organisationens medarbejders udtalelser, belyser en grundlæggende antagelse om at positivismen og den paternalistiske tradition er uddateret og gammeldags, at det nærmest på darwinistisk vis er en arkaisk tankegang, der er ved at uddø, til fordel for holismen. Så længe man laver økonomisk rammestyling, fremfor at behandle med udgangspunkt i patientens behov, kommer driften til at fylde rigtigt meget, selv på det operationelle niveau. Det farlige her er at disse strukturer bliver styrende for de sundhedsfagliges ageren, uden at man nødvendigvis er bevidst om, hvad der er styrende.

## Konklusion

Case-organisationen har været frontløbere og førende i Danmark på disciplinen brugerinddragelse i en årrække. Der er forskellige interne og eksterne interesser i spil i den sammenhæng, og et sammenfald af dagsordner har således motiveret hospitalet til at indtage rollen som frontløbere. Eksternt har patientforeningen, der ejer hospitalet, ønsket arbejde og forskning i brugerinddragelse, ligesom en række eksterne forskningsmidler allokeres med henblik på brugerinddragelse.

Internt har hospitalet en kultur, der inviterer til brugerinddragelse i så stærk en grad, at brugerinddragelsen fungerer som en grundlæggende antagelse blandt medarbejderne. Kulturen kan sammenfattes i de grundlæggende kulturelle antagelser ”Uden patienter, intet hospital” og ”Patienternes succes er vores succes”. Alt hvad man gør på hospitalet er patientcentreret, fordi arbejdet med rehabilitering kræver en omfattende grad af compliance, og ikke kan realiseres uden aktivering af patientens egne resurser. Derfor arbejder hospitalet med meget opdaterede og effektive kommunikationsmetoder, der tager udgangspunkt i patientens egne resurser og egen motivation. Rehabilitering er således ikke noget der kan implementeres i patienten, men noget, der skal gro ud af patienten, og det er den logik, der dikterer den ekstraordinære patientcentrering. Det daglige arbejde med patienterne skaber en løbende og jordnær evaluering af kommunikationens effektivitet, hvorfor denne grundlæggende antagelse konstant bekræftes, og forstærker organisationskulturen. Der er således et totalt sammenfald mellem de antagelser der ligger til grund for at arbejde med brugerinddragelse, og de antagelser, der ligger til grund for hospitalets kultur.

I tillæg hertil er der en meget stærk og lang tradition på hospitalet, for tværfaglig respekt, samarbejde og højt til loftet. Organisationen opleves som havende et udpræget internationalt og ambitiøst syn på omverdenen. Medarbejderne har et stærkt ønske om at være blandt de bedste, for at give patienterne den bedst mulige behandling. Det sidste kommer blandt andet til udtryk gennem hospitalets ganske omfattende kvalitetsorganisation. Alle medarbejdere har en funktion i kvalitetsudviklingen, hvilket betyder at alle er dybt engagerede, ikke bare i arbejdet, men i udviklingen af arbejdsfunktioner, metoder, former etc. Det skaber et dybt engagement, og en udpræget lærende, holografisk og fleksibel organisation. Det skaber også en stor arbejdsglæde, fordi alle oplever, at de bidrager til og er vigtige for organisationens kerneopgave.

Med ambitionen om at være de bedste, følger dog også en faldgrube i form af den såkaldte nulfejlskultur, hvor det er tabu at begå fejl. Men fejl er ofte grobund for innovation, og en nulfejlskultur kan føre til manglende rapportering af fejl og manglende kritisk tilgang til de eksisterende systemer.

I sundhedsvæsnet er det logisk at frygte fejl. De kan have alvorlige eller katastrofale konsekvenser for de impliceredes helbred og liv. Man skal således ikke tage let på de fejl, der begås, men man bør aktivt opfordre en åbenheds-kultur hvor fejl anerkendes, diskuteres og sættes i relation til det større system.

Hospitalet indrapporterer til alle nationale kvalitetsdatabaser og følger alle krav og standarder, men sætter sideløbende deres egne kvalitetsstandarder og udfører egne omfattende kvalitetsundersøgelser. Det omfattende organisationsspecifikke, ikke-lovpligtige kvalitetsarbejde analyseres kritisk som et forsøg på at afbalancere den omfattende udefrakommende styring, der effektueres gennem de eksterne nationale og regionale styringsmekanismer. Det ses således som et forsøg på at tage magten og ledelsesretten tilbage, men også som et forsøg på at tage retten, til at definere, hvad godt arbejde er, tilbage til hospitalet selv. I en klassisk kritisk magtanalyse ville man se en stærk organisationskultur som et kontrolredskab for ledelsen, for hvis kulturen dikterer en bestemt adfærd hos medarbejderne, er der på panoptisk vis behov for væsentlig mindre overvågning og kontrol fra ledelsens side, for at sikre medarbejdernes lydighed. I denne case har man dog at gøre med en væsentlig anderledes motivation. Hospitalschefen vil hverken tage æren for medarbejdernes flid, professionalisme og flotte resultater, eller blande sig i deres arbejde. Han opfatter sin rolle som mægler med omverdenen og beskytter af huset. Professoren i forskningsafdelingen erklærer som sit ultimative mål, at afdelingen skal kunne køre uden ham, altså at gøre sig selv overflødig. Det er ikke mangel på ledelse, men en tradition for selvledelse, der er rodfæstet i de grundlæggende antagelser om ejerskab og fællesskab.

Det er nemlig en væsentlig del af organisationsmedlemmernes selvforståelse, at de har skabt og skaber hospitalets succes, og at alle husets funktioner bidrager med noget afgørende. Derfor opfattes flytningen, med den dertil hørende lukning af nogle afdelinger, også i udpræget grad som et overgreb, og det er meget vanskeligt for organisationsmedlemmerne at acceptere denne forandring. Fordi det er en grundlæggende antagelse hos organisationsmedlemmerne, at alle medarbejdere bidrager med noget uundværligt, at alle er en del af den helhed, der er hospitalet, opleves denne forandring som noget nærmest fysisk smerteligt, som en arm eller et ben der hugges af. Det er vigtigt at give plads indadtil til denne sørgeproces, men det er ligeså vigtigt at fastholde, at det omfattende værdiarbejde, kvalitetsarbejde og den stærke identitet og kultur med al sandsynlighed er mere styrende for organisationens færden, end en geografisk adresse. Det er også vigtigt at huske, at ingen organisationer har lovning på eksistens. Organisationer er altid i en løbende legitimeringsproces, og hvis organisationskulturen og selvforståelsen bliver så stærk, at den overdøver omverdenens forsøg på opråb, kommer organisationen i akut livsfare.

Et gennemgående problem i evaluering i sundhedssektoren er repræsentativitet. De resurssvage, der har mest brug for hjælp, er vanskeligst at inddrage i evalueringen. Fordi evalueringen oftest foregår gennem resursetærke brugeres erfaringer, er det disse brugeres indsigter, der bliver hørt og styrende for de forandringer, der implementeres på baggrund af evalueringen. I en organisation med en stærk kultur og selvforståelse, der retteligt kan beskrives som patientcentreret, kan der hurtigt opstå blinde pletter i repræsentationen, hvis ikke der arbejdes meget aktivt og metodisk med at inddrage på tværs af psykosociale og demografiske skel. I den videre udvikling af patientpanel og an-

dre brugerinddragelsesaktiviteter, bør man således fortsat stræbe efter idealet om repræsentativitet hos de inddragede brugere, vel vidende at idealer er noget man stræber efter, men aldrig når.

Den stærke organisationskultur muliggøres af flere ting. For det første er den løbende inddragelse af medarbejderne i beslutningsprocesser og den flade organisationsstruktur helt afgørende. For det andet understøtter de meget lange ansættelsesperioder en stabil kultur, fordi man holder på de medarbejdere, der er dybt integrerede i organisationen. For det tredje ansætter man ikke mennesker, der ikke passer ind i kulturen og værdierne. Kulturens holografiske egenskaber forstærkes således løbende og resulterer i en meget stærk selvforståelse. Men omverdenen er kompleks, og også mere kompleks end hospitalet er internt. Hospitalet befolkes nemlig af en gruppe medarbejdere, der har rigtigt meget til fælles. Den indre begrebsverden og forståelsesramme, der eksisterer og hele tiden forstærkes i organisationen, kan blive for selvrefererende og selv-bekræftende, i mangel af dissens. Hospitalet risikerer således enten at komme ud af trit med omverdenen, eller at gøre omverdenens interessenters ageren på hospitalet uforståelig for hospitalets medarbejdere. Hospitalets virkelighedsopfattelse kan kort formuleres i sætningen ”Uden Patienter, Intet Hospital”. Men det samme kan siges på et offentligt sygehus om patienterne/skatteyderne. Forskellen ligger i at hospitalet oplever denne del af deres omverden, brugerne, som en organisations-intern aktør, hvor patienterne er mere eksterne på offentlige hospitaler. Det er prisværdigt og en stor gave for patienterne, men det er vigtigt at hospitalet som organisation holder sig for øje, at deres omverden består af meget andet end deres patienter. Hospitalet har mange andre interessenter, der gør deres indflydelse gældende på både strategisk, taktisk og operativt niveau, og det er væsentligt at medarbejderne holder dette i mente, for ikke at genopleve den autonomi-krise organisationen oplever i forlængelse af flyttesagen, og for at huske at økonomi er udgangspunktet for alting, ligegyldigt hvor fagligt dygtigt, innovativt, kreativt, og ordentligt man udfører sit arbejde eller kald.

Når man har kontakt med hospitalet eller kommer i huset, er det ganske slående, hvor inderligt organisationsmedlemmerne har overskud og er glade, ja nærmest boblende. Denne del af kulturen hænger utvivlsomt sammen med den store grad af selvbestemmelse, tillid, gensidig anerkendelse og konstant mulighed for at blive hørt og få forandringer implementeret som medarbejderne oplever. Hospitalet viser her en mulig vej for fremtidens organisationer. Demokratisering af beslutningsprocesser og inddragelse af brugere ses globalt på alle samfundsniveauer som en modreaktion på en stærk centralisering og koncentration af magt og resurser. Hvis hospitalet bevarer selvbestemmelsen, medarbejder-indflydelsen, anerkendelsen og tilliden, og holder fast i værdierne, kreativitet, synergi, ordentlighed og faglighed, kan kulturen og organisationen også på sigt bære de forandringer den komplekse omverden uvægerligt vil påføre organisationen.

## Bibliografi

### Primær Litteratur

- Ashby, R. W (1972). *An Introduction to Cybernetics*. London: Chapman & Hall Ltd.
- Alvesson, M. (2013). *Understanding Organizational Culture*. (2nd edition). London: SAGE
- Andersen, S.A. (2009) *Radikal humanisme som grundlag for socialt arbejde*. Århus. Social Skriftserie Socialrådgiveruddannelsen i Århus. (11)
- Burrell, G. & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms in Organisational Analysis*. Reprint 1992) Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Fischer, K. L. (2012). *Chefen, snurretoppen og Taylors Ketcher – en kritisk bog om ledelse af bevægelse – i bevægelse*. Odense. Syddansk Universitetsforlag.
- Hasse, C. (2011). *Kulturanalyse I organisationer – begreber, metoder og forbløffende læreprocesser*. Frederiksberg. Samfundslitteratur.
- Hatch, M. J. & Cunliffe, A. L. (2013). *Organization Theory - Modern Symbolic and Postmodern Perspectives*. 3. Udgave. Hampshire. Oxford University Press.
- Holm-Petersen, C. & Navne, L. E. (2015). *Hvad er ledelse af brugerinddragelse? En gennemgang af mål og tre individuelle brugerinddragelsesmodeller*. Højbjerg: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Brugerinddragelse. (22.)
- Jakobsen, C. B., Pedersen, V. B., Albeck, K. (2008). *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler*. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering.
- Jønsson, A. R., Baker, V. H., Jakobsen, C. B., Pedersen, L. H. (2015). *Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden*. Højbjerg: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Brugerinddragelse. (22.)
- Kjørup, S. (2008). *Menneskevidenskaberne*. 2. udgave. 1. oplag. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews – Learning the craft of qualitative research interviewing*. 2. Udgave. USA. SAGE.
- Knudsen, J. L., Christensen, M. E. & Hansen, B. (red) (2008): *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*. København. Nyt Nordisk Forlag.
- Luhmann, N. (2000). *Sociale Systemer*. Dansk udgave. København. Hans Reitzels Forlag A/S.
- Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser (3. Juli 2012). *FORSK2020. Strategiske Forskningshorisonter*. København. Rosendahls Schultzdistribution (sic).

- Morgan, G. (1980). *Paradigms, Metaphors and Puzzle Solving in Organization Theory*. Ithica: Administrative Science Quarterly (25:4)
- Morgan, G. (2006): *Images of Organization*. 4. udgave. London: Sage.
- Pedersen, L. (2011): *Patientinddragelse – refleksion, læring, innovation og ledelse*. 1. udgave. Viborg: Hans Reitzelz Forlag.
- Riiskjær, E. (2014). *Patienten som Partner: En nødvendig ide med ringe plads*. 1. udgave. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Rosdahl, G. (2013). *Den motiverende samtale i teori og praksis*. 1. udgave. 1. oplag. København. Munksgaard.
- Schein, E. H. (1994). *Organisationskultur og Ledelse*. 2. udgave. København. Forlaget Valmuen.
- Schultz, M. (2002). *Kultur i organisationer: Funktion eller Symbol*. 1. udgave. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Senge, P. (2006): *The Fifth Discipline*. 2. udgave. London: Random House.
- Silverman, D. (2013): *Doing Qualitative Research*. 4. Udgave. Great Britain. SAGE
- Stacey, R. D. (2002): *Complex Responsive Processes in Organizations – learning and knowledge creation*. 2. Udgave, 2. Oplag. Oxon, Routledge.
- Symon, G. & Cassell, C. (2012): *Qualitative Organizational Research – Core Methods and Current Challenges*. 1. udgave. London. SAGE.
- Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (2014). *Læger og Sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse: En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*. København. Freil, M., Wandel, A., Pedersen, L., Jønsson, A. B. R. & Nyborg, M.

### Online Artikler

VIBIS: Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedssektoren

<http://www.vibis.dk/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>

Gigtforeningen (25.04.15). *Flytning af Gigthospitalet skal fremtidssikre behandlingen*. Tilgået på

<http://www.gigtforeningen.dk/nyheder?newsid=12154>

Gigthospitalet (December, 2012). *Virksomhedsgrundlag*. Tilgået på

<http://www.gigtforeningen.dk/files/kcg/Virksomhedsgrundlag%202012.pdf>

Reierman, J., Rasmussen, M. M. B. (01.12.14). *Michael Porter: Danmarks offentlige sektor måler sine resultater helt forkert*. Mandag Morgen. Tilgået på:

<https://www.mm.dk/michael-porter-danmarks-offentlige-sektor-maaler-sine-resultater-helt-forkert>

Sodeman, M. (01.06.15) Hallo – er der en patient til stede? Ugeskriftet for Læger. Tilgået på

<http://ugeskriftet.dk/debat/blog-morten-sodemann-hallooo-er-der-en-patient-til-stede>

## Sekundær Litteratur

Andersen, Ib (2008): *Den skinbarlige virkelighed*. Forlaget Samfundslitteratur.

Andersen, Thomas Hestbæk & Smedegaard, Flemming (2005): *Den 9. metafor: Organisationer som sprog*. Odense Working Papers in Language and Communication, no, 26. Odense. Syddansk Universitet: Institut for Sprog og Kommunikation.

Bengtsson, S., Bonfils, I. S. & Olsen, L. (2003). *Handikap, kvalitetsudvikling og brugerinddragelse*. København. AKF Forlaget.

Collin, F. & Køppe, S. (2005). *Humanistisk Videnskabsteori*. 1. udgave. 2. oplag. Viborg. DR Multimedie.

Dahler-Larsen, P. & Krogstrup, H. K. (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense. Odense Universitetsforlag.

Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori – Perspektiver på organisationer og samfund*. 1. udgave. 1. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Hansen, I. B., Nørrelykke H. & Sjelborg, H. (2006). *Borgerinddragelse og retssikkerhed i socialt arbejde*. 1. udgave. 1. oplag. København. Hans Reitzels Forlag.

Hansen, K. M. (2010). *Borgerinddragelse – Et studie af borgerinddragelsen i regioner og kommuner*. Odense. Forskningsprogrammet om Strukturreformen og Syddansk Universitetsforlag.

Jakobsen, C. B., Martin, H. M., & Baker, V. H. (2015). *Who knows best? Negotiations of knowledge in clinical decision making*. Højbjerg: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Brugerinddragelse. (22.)

Krogstrup, H. K. (1997). *Brugerinddragelse og Organisatorisk Læring i den Sociale Sektor*. 1. udgave 1. oplag. Århus. Forlaget System A/S.

Lunde, Inga Marie (1990) *Patienters egenvurdering: Et medicinsk perspektivskift*. Kbh. FADL's Forlag Villadsen & Christensen.

Merkelsen, Henrik (red)(2011). *Håndbog i Strategisk Public Relations*. Frederiksberg. Samfundslitteratur. 1. udgave. 2. oplag.

Morgan, G. (red). (1983). *Beyond Method – Strategies for Social Research*. 1. Udgave. Beverly Hills. Sage Publications.

Morgan, G. (1997). *Imaginization – New Mindsets for Seeing, Organizing, and Managing*. USA. Berrett-Koehler Publishers Inc. & Sage Publications Inc.

Sørensen, A. (2015). *Om videnskabelig viden – gier, ikke og ismer*. 1. udgave. 3. oplag. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Sundhedsstyrelsen (1996). *Brugerinddragelse og brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. København.

Terkildsen, M. D., Wittrup, I. (2015). *Negotiating experience in patient involvement: Challenges of practicing storytelling in health care conversations*. Højbjerg: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Brugerinddragelse. (22.)

Thornquist, E. (2006). *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. 1. udgave. 1. oplag. Gads Forlag.

Tortsen, A. (2008). *Borgerinddragelse – Demokrati i øjenhøjde*. 1. udgave. 1. oplag. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Videnscenter for Bevægelseshandicap. (2007). *Brugerinddragelse på handicapområdet – et nøglebegreb i velfærdssamfundets udvikling*.

Ørtenblad, L., Jønsson, A. R. & Meillier, L. (2015). *Komplekse liv: Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge?* Højbjerg: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Brugerinddragelse. (22.)