

# Hospitalets strategiske patientkommunikation

## – styring af sundhedsprofessionel praksis?

Anja Svejgaard Pors

Gennem de seneste årtier har danske hospitaler – ligesom øvrige velfærdsinstitutioner – bevæget sig ind i markedsforståelser af velfærdsproduktion. Denne udvikling gør, at strategisk kommunikation med særligt fokus på patienterne bliver et uomgængeligt element i ledelse og styring af hospitalsvæsnet. Artiklen udfolder en casebaseret analyse, som viser, hvordan hospitalets strategi om bedre kommunikation til patienterne iværksættes som et ledelses- og styringsværktøj, der griber ind i sundhedsprofessionel praksis og faglighed. Med kommunikation på den organisatoriske dagsorden kommer det sundhedsfaglige vidensmonopol under pres, og det strategiske fokus på kommunikation bliver anledning til faglige kampe om organisatorisk terræn.

I den danske offentlighed har det i mere end et årti lydt, at borgernes ændrede forventninger, værdier og adfærd kalder på mere og bedre kommunikation i sundhedsvæsnet (fx Mandag Morgen 1999; 2006; Amtsrådsforeningen 2003). Kommunikation er i dag et tema, som hospitalerne må forholde sig strategisk til. Kommunikationsarbejde institutionaliseres i kommunikationsafdelinger beboet af kommunikationsmedarbejdere, der skal professionalisere hospitalernes kommunikation. Forskningsmæssigt er dette strategiske fokus på kommunikation i hospitalssektoren belyst som effekt af New Public Management (Byrkjeflot & Neby 2008; Johansson et al. 2010; Nordgren 2003; 2009; Sahlin-Andersson 2003; Vikkelsø & Kjær 2008; Vrangbæk 1999; Vrangbæk & Østergren 2006). Den nordiske forskning i kommunikation, organisation og ledelse i hospitalssektoren er overvejende nyinstitutionelt orienteret. Denne forskning forklarer hospitalers strategiske kommunikation som

en stræben efter et godt omdømme, organisatorisk legitimitet og identitet (Byrkjeflot & Angell 2007; Ihlen & Robstad 2004; Wasén & Wickström 2009; Wæraas et al. 2008; 2011). Denne artikel bevæger sig derimod ind i det organisatoriske maskinrum, hvor strategisk kommunikation distribueres som et ledelses- og styringsværktøj, der griber korrigerende ind i de sundhedsprofessionelles praksis og autonomi.

Analysen baseres på empiri fra etnografisk feltarbejde i 2007-2009, hvor jeg fulgte implementeringen af kommunikationsstrategien *Patientens Perspektiv* på et dansk universitetshospital. Inspireret af 'Grounded Theory' (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990) er det artiklens formål at skabe empiribaseret teoriudvikling ved at følge en kommunikationsstrategi og dens implementering i sundhedsfaglig praksis. Analysen udfolder, hvordan strategiske styringsbestrebelse gør patientkommunikation til en brændende platform, som næ-

rer forestillinger om faglige modsætninger. Artiklen peger på, at hospitalets kommunikationsstrategiske projekt baseres på en socialkonstruktivistisk perspektivisme, der optegner modsætninger mellem fagligheder og samtidig søger at styre gennem sit eget perspektiv. På baggrund heraf diskuterer jeg virkninger af kommunikationsstrategisk styring og ledelse.

## Baggrund: Kommunikation med patienter som strategisk opgave

*"Kommunikation er en del af kerneydelsen"* hed ét af fire grundprincipper allerede i Region Hovedstadens kommunikationspolitik fra 2007<sup>1</sup>. Når kommunikation med patienter bliver en organisatorisk opgave, handler kommunikation om andet end blot at få de sundhedsfaglige opgaver til at lykkes. Der er mere *i* spil, og der er mere *på* spil. På hospitalet udtrykker den lægefaglige direktør det således i et interview:

*"Det er vigtigt for os, at patienterne kommer ud herfra med en positiv oplevelse, hvilket afhænger af, hvordan der bliver kommunikeret med dem på en god måde. Til introduktionen af nye medarbejdere plejer jeg at sige, at når jeg går ned med min bil til mekanikeren, er der 50 % chance for, at han snyder mig, men han taler altid pænt til mig og overholder tidspunkter. Min tilfredshed har intet med kerneydelsen at gøre, for jeg kan ikke vurdere, om det bliver gjort godt nok. Det er det samme med patienterne. For patienterne har ingen chance for at vurdere, om vi har gjort godt stykke arbejde rent sundhedsfagligt, men de ved, hvordan vi taler til dem, og om vi viser dem respekt."*

Den lægefaglige direktør peger her på en opmærksomhedsforskydning i organisationen: Kerneydelsens kvalitet står ikke alene, men skal nu suppleres med et strategisk

fokus på helhedsoplevelsen. Denne bevægelse sætter fokus på kommunikationskompetence og udfordrer sundhedsfagligheden som organisationens centrum (jf. Juul et al. 2009, 7f.).

Kommunikation er ikke længere bare en selvfølgelig del af det kliniske og sundhedsfaglige arbejde, men udskilles nu som et selvstændigt fagområde. Ledelsesmæssigt ses kommunikation som et strategisk redskab til at øge patienternes tilfredshed, men kommunikation bliver også en mangefacetteret og uklar bestræbelse, der generelt handler om at skabe et *bedre* sundhedsvæsen. Det strategiske fokus på kommunikation kan ses som et prisme for et bredt spektrum af forventninger: gennemsigtighed, sammenhæng i patientforløb, informerede valg, 'compliance', læring, ligeværdighed, sikkerhed, kvalitet, medinddragelse, effektivisering og professionalisering udgør et udsnit af nuancer i dette spektrum. I takt med at forventningerne til kommunikation er eksploderet, er begrebets mening imploderet: Kommunikation kan stå i det godes tjeneste i de fleste sammenhænge, men her ved bliver det utydeligt, hvad kommunikation er og gør. Dette allestedsnærværende organisatoriske fokus på kommunikation kan betegnes som en *kommunikationsliggørelse* af hospitalet, der har effekter, som går i mange retninger (jf. Kjær & Pors 2010; Pors 2012). Med denne artikel skal vi se, hvordan kommunikationsliggørelsen kan fungere som styrings- og ledelsesværktøj, der udfordrer den traditionelle fagprofessionelle autonomi.

## Empirisk tilgang til samarbejde som problem og praksis

Når strategier for kommunikation og information skal forankres i hospitalets praksisser, afhænger implementeringen basalt set af, hvordan samarbejde mellem sundheds-

professionelle medarbejdere og kommunikationsmedarbejdere fungerer. Inspirationen til analysen af dette samarbejde og dets betingelser kommer fra den symbolske interaktionismes begreber om arbejde, samarbejde (Strauss et al. 1997; Star & Strauss 1999) og sociale verdener (Strauss 1978). Som sociale verdener er organisationer mere eller mindre stabile samlinger af aktører, der organiserer deres arbejde omkring en primæraktivitet og er defineret i forhold til bestemte steder eller rum, hvor aktiviteten udføres. I samarbejdssituationer krydser organisatoriske subverdeners primæraktiviteter, diskurser og mål. Den analytiske opgave er ifølge Strauss (ibid., 123): *"to discover such intersecting and to trace the associated processes, strategies and consequences"*. Hospitalets kommunikationsstrategi iværksætter netop samarbejdsprocesser på tværs af organisatoriske subverdener (fx afdelinger, fagligheder eller interesser). Artiklen spørger til, hvordan strategisk kommunikation iværksættes og virker som styrings- og ledelsesværktøj i mødet med fagprofessionelle.

Analysen baseres på empirisk materiale knyttet til implementeringen af kommunikationsstrategien *Patientens Perspektiv* inden for det obstetriske speciale: interne strategidokumenter, interviews med hospitalets kommunikationsafdeling, ledelse og sundhedsfaglige medarbejdere samt observationer af samarbejdssituationer mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere (jf. i øvrigt Pors 2012, Pors 2013).

Med inspiration fra 'Grounded Theory' (Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin 1990) er analysens formål at empiribasere teoriudvikling. Det gør jeg her ved at tage afsæt i feltets egen udpegning af problemer og løsninger (Riles 2006). Analysen forfølger således problemer og løsninger fra hospitalets kommunikationsstrategiske plan (*Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008*) ind i mødet med sundhedsprofessionel praksis.

## Det kommunikationsstrategiske projekt i hospitalet

Når hospitalet får øje på kommunikation som et særligt vidensfelt, sker der en subspecialisering, hvor der skal etableres nye jurisdiktioner. Over tid kan der etableres en organisatorisk orden med nye rutiner og nye entiteter, som fx en kommunikationsafdeling og en skarpere opdeling i specialiserede vidensfelter (Abbott 1988; se også Bucher & Strauss 1976<sup>2</sup>).

Hospitalets kommunikationsafdeling (oprettet i september 2006) har til opgave at kvalificere kommunikation i hospitalets arbejde. Som relativt ny funktion skal kommunikationsafdelingen definere sin faglige position i et organisatorisk landskab, der er præget af stærke professioner<sup>3</sup>. Etableringen af en kommunikationsafdeling samler organisationens strategiske kommunikationsaktiviteter og skaber en formel organisatorisk adskillelse mellem kommunikationskompetence og klinisk kompetence. Kommunikation udskilles herved som et para-disciplinært vidensfelt, der skal udbredes i hele organisationen med henblik på at forandre organisationens kultur og praksis. Denne subspecialisering af hospitalets sociale verden gør kommunikation til objekt for strategisk planlægning og professionalisering og giver kommunikationsarbejde legitimitet gennem et tydeligt ledelsesmæssigt fokus. Specialiseringen gør imidlertid også kommunikation til genstand for faglighedens territoriale interesser, idet den eksisterende organisatoriske orden potentielt udfordres og forstyrres (Abbott 1988).

Et af kommunikationsafdelingens første greb er at udarbejde kommunikationsstrategien *Patientens Perspektiv*, som dels etablerer en række standarder<sup>4</sup> for god kommunikation med patienter, og dels sætter rammer for samarbejde ved at indvarsle:

*"... en fast model for samarbejdet mellem afdelinger og Kommunikationsafdelingen*

*om produktion. Den er udviklet for at undgå uklar rolle- og ansvarsfordeling, som har hindret et effektivt produktionsflow.” (Uddrag fra Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008<sup>1</sup>)*

Den kommunikationsstrategiske standardisering omhandler således både 'slutproduktet' patientkommunikation og arbejdsprocessen i form af arbejds gange mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere. Det 'råmateriale', kommunikationsstrategien skal bearbejde og styre, er 'kommunikation', men angår også den sundhedsfaglige jurisdiktion. Kommunikationsstrategiens kobling af en ny tilgang til patientkommunikation og nye arbejds gange kan ses som et abstrakt forsøg på at etablere et kognitivt domæne og annektere et arbejdsfelt i organisationen (Abbott 1988, 102). De nye standarder for kommunikation skal kvalitetssikre hospitalets patientkommunikation, skabe klare rammer for arbejdsdeling og samtidig optimere samarbejdsprocesser. Strategien baseres på tre præmisser:

1. at kommunikationsstrategiens standarder (fx koncepter, kriterier, regler og produktionsprocesplaner) er i overensstemmelse med og kondenserer god arbejdspraksis,
2. at sådanne kondenseringer er socialt uproblematisk, smidiggør samarbejde og effektiviserer arbejdsprocesser,
3. at vellykket patientkommunikation refererer til to adskilte vidensfelter: et sundhedsfagligt og et kommunikationsfagligt.

Samarbejdet indrammes herved som modsætninger mellem professionelle eksperter, hvor to forskellige perspektiver støder sammen i mødet om det fælles gode: at sikre varetagelsen af det tredje perspektiv – nemlig patientens.

## **Fagligheder som modsatte perspektiver**

Overordnet set er hospitalets sociale verden defineret af de sundhedsfagliges primæraktivitet: kerneydelsen patientbehandling. Kommunikationsstrategien griber således ind i en eksisterende social verden og projekterer nye standarder, der forstyrrer en allerede etableret og konsolideret orden. De sundhedsfaglige betragter kommunikationsafdelingen og kommunikationsarbejdet som en servicerende støttefunktion for den eksisterende orden, hvor udgangspunktet er mødet med patienten i klinisk praksis, hvor den sundhedsfaglige bruger sin specialiserede viden og erfaring. Det kommunikationsfaglige arbejde tager derimod udgangspunkt i hospitalets analoge og digitale skriftlige formidling til patienten. I kommunikationsafdelingen forklares kommunikationskompetence som et udefrakommende, organisationseksternt perspektiv på den organisering og sundfaglige viden, der er i hospitalet. Formidlingen skal være forståelig for lægmand og henvendt til patienterne forstået som en homogen målgruppe. Kommunikationsmedarbejderne bruger betegnelsen 'sund fornuft' om deres kritiske blik på organisationens kommunikation – og i strategien modstilles kommunikationsfaglighedens organisationseksterne perspektiv til 'det sundhedsfaglige perspektiv'. I kommunikationsafdelingen er der fokus på at udvikle standarder og skabeloner for fx informationsmaterialer om patientforløb. I dette arbejde ses de sundhedsprofessionelle som kilder til faktisk viden, og formålet med en forbedret kommunikation er at fremme patienttilfredshed og effektivitet. I en sundhedsfaglig optik er patienterne derimod ikke målgrupper, men konkrete differentierede individer med sygdomme og kroppe i klinikkens daglige praksis. For de sundhedsprofessionelle er idealet for den

gode kommunikation, at den er sundhedsfagligt korrekt og tilpasset den konkrete situation. I en sundhedsfaglig praksis er skriftlige informationsmaterialer til patienten et perifert arbejdsredskab, som kan anvendes til at understøtte eller supplere den kommunikation, der i øvrigt foregår mellem sundhedsprofessionelle og patienter.

I oversigten nedenfor skitserer jeg de modsætninger mellem faglighederne, der træder tydeligst frem i kommunikationsstrategien og samarbejdet om at implementere den.

Den skematiske oversigt er en kondenseret forenkling af modsætninger, der optræder i et stort empirisk materiale. Med afsæt i en case baseret på dokumentstudier, interviews og observationer skal vi nu følge en analyse, hvor der er plads til flere nuancer, end oversigten tillader. Casen omhandler udvikling af skriftlige in-

formationsmaterialer til patienter og er et eksempel på, hvordan modsætningerne mellem perspektiver dukker op i strategiarbejdet i kommunikationsafdelingen og i det praktiske samarbejde mellem kommunikationsmedarbejdere og sundhedsprofessionelle.

### Case: Standardisering af information til patienter

Kommunikationsstrategien fokuserer på, at hospitalets informationsmaterialer til patienter skal have et kommunikativt kvalitetsløft: indholdsmæssigt, sprogligt og grafisk. Fremadrettet skal hospitalets pjeccer og øvrige skriftlige informationsmaterialer konceptualiseres omkring patientforløb. Argumenterne er, dels at patienterne ikke skal modtage forskellige materialer med overlap og eventuelle indbyrdes modsigelser, og dels at produktionen af informationsmaterialer

Sociale subverdener	Sundhedsfaglighed	Kommunikationsfaglighed
Primæraktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinisk praksis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skriftlig kommunikation</li> </ul>
Organisatorisk rum	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den kliniske afdeling: Organisationsinternt perspektiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontoret: Organisationseksternt perspektiv</li> </ul>
Arbejdsobjekt – felt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patienten som sygdom, krop og individ (der indgår i konkrete forløb)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skriftlige informationsmaterialer til patienter (repræsentation af forløb)</li> </ul>
Arbejdsmetode	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specialiseret viden og erfaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standardisering</li> </ul>
Ideal for patientkommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sundhedsfagligt korrekt viden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forståeligt dansk for lægmand</li> </ul>
Kommunikationsfaglighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicefunktion – i klinikkens tjeneste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viden om formidling</li> <li>Eksternt blik på sundhedsfaglig og organisatorisk viden</li> </ul>
Sundhedsfaglighed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videnskabelig baseret viden</li> <li>Specialiseret praksiserfaring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videnskilde – leverandør af fakta</li> </ul>
Informationsmaterialer til patienter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perifere arbejdsredskaber</li> <li>Elementer i forløb</li> <li>Lokalt operationelt værktøj</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primære arbejdsobjekter</li> <li>Struktureret af forløb</li> <li>Organisatorisk strategisk værktøj</li> </ul>
Tilgang til patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praksiserfaring med patienter</li> <li>Patienten som individ (differentieret)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikation med patienten</li> <li>Patienten som målgruppe (homogen)</li> </ul>
Patientkommunikationens formål	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delegering af opgaver, koordination og undgåelse af komplikationer</li> <li>'Compliance'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formidling af typiske patientforløb</li> <li>Målbare informationsprodukter</li> <li>Patienttilfredshed &amp; effektivitet</li> </ul>

skal 'strømlines' og 'effektiviseres'. At arbejde med patientforløb som udgangspunkt for kommunikationsarbejdet står centralt i kommunikationsstrategien:

*"Kommunikationsafdelingens mål er at arbejde med forløb frem for 'punkt-nedslag' i behandlingsforløb. Set fra patientens perspektiv indgår en behandling altid i et forløb. Men der har ikke været tradition for at samle informationen."* (Uddrag fra *Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008*<sup>1</sup>)

Et af strategiens fem dogmer<sup>5</sup> lyder ligeledes: *"Pjecerne har fokus på forløb"* (Uddrag fra *Håndbog til sundhedsfaglige*<sup>1</sup>). Ud fra en kommunikationsstrategisk logik er det kompleksitetsskabende, at der skal udleveres flere enkeltstående informationsmaterialer til en patientgruppe, når informationerne principielt kan samles og sammenhængende beskrive det, kommunikationsafdelingen betegner som *"patientens rejse i sundhedsvæsenet"* (Interview med kommunikationschef). Kommunikationschefen og grafikereren forklarer kommunikationsafdelingens ideal om forløb således:

*"Kommunikationschef: Forløbspjecer er den nye tendens. Vores hovedprincip er at tænke i forløb ud fra patientens perspektiv, nemlig hvordan kommer man ind i systemet? Hvad sker der så? Og det er det, pjecen skal handle om. Det skal ikke være den ene overlæges værk og den anden overlæges værk, så det ender med forskellige pjecer, hvor den ene handler om operation og den anden handler om det medicinske forløb. Det er en af de værdier, vi har for patientinformation, det er at tænke i forløb frem for punktnedslag. Og det er patientens perspektiv, det handler om. Patientens forløb frem for lægens punktnedslag i patientens sygdomsforløb.*

*Grafiker: Det er ikke kun os i kommunikati-*

*onsafdelingen, der siger det. Det er et af satsningsområderne for hospitalet som sådan. Og reelt nok, fordi ...*

*Kommunikationschef: Det er så meget sund fornuft, så det er næsten flovt at sige det. Men sådan har det bare ikke været før."* (Gruppeinterview med kommunikationsafdelingen)

Kommunikationsstrategiens dogme om, at forløbsbeskrivelser er en kvalitativ forbedring for patienterne, forklares her gennem en modstilling mellem 'forløb' og 'punkt-nedslag' – og idealet om fokus på forløb konnoteres herved til en sammenhængende og fremadskridende temporal ordning af patientens kontakt med hospitalet. Kommunikationsstrategiens varetagelse af patientens behov stilles overfor sundhedsfagliges 'punktnedslag' i forløbet. De kommunikationsfaglige identificerer sig med patienten ved at se organiseringen af forløb fra et udefrakommende perspektiv: *"hvordan kommer man ind i systemet?"*. En temporal logik med forløbsidealet som standard for kommunikation fremstilles af kommunikationsmedarbejderne som *"den nye tendens"*, der samtidig allieres både med *"den sunde fornuft"* og hospitalsledelsens overordnede strategi (*"Det er et af satsningsområderne for hospitalet som sådan"*).

### **Patientforløb – et dogme til diskussion**

Når idealet om kommunikation med fokus på forløb skal implementeres som standard for patientkommunikation, bliver det kommunikationsfaglige perspektiv imidlertid udfordret – her eksemplificeret med dialog fra et samarbejds møde om revidering af informationsmateriale til forældre med for tidligt fødte børn:

*"Kommunikationsmedarbejder [K]: Var det ikke bedre, at vi samlede de tre små pjecer i én, så forældrene har informationen samlet?"*

Sundhedsprofessionel [S]: *Nej, for pjecen om udmalkning skal vi bruge til andre forældre også. Altså I må gerne sætte det ind, det bliver bare meget at læse. Der skal være lidt elastik i det, så vi ligesom har det samme, for personalet bliver også forvirret, hvis der er for meget forskelligt.*

K: *Det forstår jeg godt, men det, jeg tænkte på, var de her forældre, der har fået et for tidligt født barn, kan vi ikke samle det hele til dem, så de får alle informationerne samlet et sted.*

S: *Ja så læser patienterne det ikke.*

K: *Hvorfor skulle de så læse det, hvis de får det i tre forskellige pjecer?*

S: *Fordi det er nemmere at overskue for dem, den her om det her [peger ned i pjecen om udmalkning], den her om det her [peger ned i pjecen om sondemad]. De ER fuldstændig blæst oveni hovedet den første uge, hvis man siger: 'Den her pjece om udmalkning, det er du nødt til at læse, bare lige den her'. Det kan de kapere, og når de så er kommet sig over chokket over at have fået det her barn alt for tidligt, så kan man sige. 'Se her, ved I hvad, der er nogle ting her rent praktisk, som I er nødt til at tage stilling til [tager fat i pjecen om praktisk information], så er der en af jer, der lige kan læse det her.'*

K: *Ok, så I doserer den rækkefølge, hvor de er i stand til at læse dem?*

S: *Hvis vi giver dem det hele på en gang, så går de fuldstændigt bag om dansen, de hører i forvejen ikke, hvad vi siger de første tre dage, sådan rigtig, vel?*

K: *Vil det sige, at I så har planlagt udlevering af de her [pjecer] individuelt i forhold til, hvor de er i forløbet?*

S: *Vi lægger pjecerne, og så gør vi opmærksom på dem sådan hen af vejen. Altså, nogen af forældrene har lidt mere overskud, specielt mændene, de er ikke helt så påvirkede som regel, de er meget praktiske, så de vil være glade for noget de kan forholde sig til fuldstændig firkantet. Og moren der*

*kan man så sige: 'Du er nødt til at læse det her, jeg skal nok forklare dig, hvad det er, men du er simpelthen nødt til at læse det her'. Og senere der kan man så sige: 'Og nu læser du det her', så kan de det bedre.'* (Møde om information til forældre med for tidligt fødte børn)

Uddraget af samtalen viser, hvordan kommunikationsmedarbejderen søger at realisere strategiens præsriptive dogme: at informationsmaterialerne skal samles i forløb. Denne standardisering imødekommes ikke af den sundhedsfaglige: "Der skal være lidt elastik i det". Dvs. at kommunikationsstrategiens forløbsdogme ikke er plastisk nok som standard, idet forskellige forløbselementer skal indgå i individuelt tilpassede patientforløb (eksempelvis indgår pjecer om udmalkning og sondemad i en række andre patientforløb). Den sundhedsfaglige argumenterer for bevarelse af det eksisterende materiale med henvisning til sit kendskab til praksis og den konkrete målgruppe. Herved peger hun på, at patientperspektivet allerede er varetaget i den eksisterende praksis omkring informationsmaterialer. Patienten aktiveres som en figur gennem konkretiserende narrativer om patientgruppens situation: Forældrene beskrives som chokerede og ude af stand til at modtage informationer, da de er "blæst oveni hovedet" ovenpå den tidlige fødsel og "ikke kan kapere" megen information, hvorfor det i det enkelte tilfælde er nødvendigt med en sundhedsfaglig vurdering af doseringen af information. Den sundhedsfaglige trækker på en praktisk forståelse af patientens akutte situation – en forståelse, der ikke har genklang i kommunikationsstrategien, hvor antagelsen er, at (mere) information som udgangspunkt altid er i patientens interesse, og noget patienten har behov for. Den sundhedsfaglige knytter sine kolleger ("personalet bliver også for-

virret”) og andre patientgrupper (*”pjecen om udmalkning skal vi bruge til andre forældre også”*) til sit argument – og udstrækker derved sit netværk og bestyrker sin autenticitet i hospitalets sociale verden ved at referere til dele af det komplekse kontinuum af forskellige organisatoriske kontekster og trin, teknologier, komplikationer og specialister, der kan indgå i et patientforløb (Strauss et al 1997, 9). Disse interne kontingenser gør hospitalets rum til en kompleks organisatorisk kontekst (jf. Strauss 1988), hvor forløb er forskellige afhængigt af patientens individuelle situation og sundhedsfaglige arbejdsopgaver, som ikke altid kan være kendte på forhånd. Den sundhedsfaglige argumenterer på baggrund heraf for, at beslutningstagning – også hvad angår kommunikation og information – derfor må være situationsbestemt og altid tilpasset det enkelte tilfælde.

Det temporalt orienterede kommunikationsfaglige dogme *”Pjecerne har fokus på forløb”* strander derfor som en abstraheret ’ny tendens’ og en dekoblet ’sund fornuft’ – en kommunikationsfaglig standard, der står til diskussion i konfrontation med den sundhedsfaglige situering af konkrete elastiske sammenhænge, som informationsmaterialer indgår i<sup>6</sup>.

Kommunikationsstrategiens standardisering støder sammen med praksis, kommunikationsfaglighed støder sammen med sundhedsfaglighed. Den kommunikationsfagligt forankrede strategi baseres på en teori om, at forløbsbeskrivelser til patienter bidrager til sammenhængende patientforløb. Strategien om forløb som fokus i hospitalets kommunikation er en idé, der korresponderer med bredere debatter i offentligheden om bedre koordinering og sammenhæng i sundhedsvæsenet. I mødet med sundhedsfaglige praksiserfaringer bliver den teoretiske standardisering af kommunikation udfordret af den sundhedsfag-

liges erfaringsbaserede viden om patienters reaktioner i konkrete situationer. For kommunikationsmedarbejderen er patientens perspektiv en teoretisk figur. Patienten er en abstrakt homogeniseret målgruppe af informationshungrende patienter (jf. Pors 2012), som kommunikationsmedarbejderen identificerer sig med (såkaldt ’I-methodology’, Akrich 1995).

Den sundhedsfaglige medarbejder sætter patientens perspektiv i pluralis, patienten er en række konkrete forskellige individer i delvist standardiserede forløb. En sundhedsfaglig udviklingskonsulent fortæller om patientens perspektiv således:

*”Hvem er patienten? De er fuldstændig differentierede. Fx snakkede jeg med en patient forleden dag, som havde diabetes og en doktorgrad i historie. Og sådan en patient ville være et glimrende eksempel på en veluddannet patient, der troppede op og havde læst alt på nettet. Sådan var det overhovedet ikke! [...] Det var meget lærerigt: for det eneste vi kan, er at møde hver eneste patient som individ og prøve at finde ud af, hvad er det, du vil? Samtidig med at der også er nogle kræfter, som trækker rigtig meget i retning af: Det her må standardiseres, rationaliseres, det skal køre efter en snor, ellers kan vi simpelthen ikke nå det. Og jeg kan godt forstå, at det sundhedsfaglige personale synes, det er svært at gebærde sig i det krydsfelt.”* (Interview)

For den sundhedsfaglige er klinikkens arbejdspraksisser og individuelle hensyn til patienten udgangspunkt for god patientkommunikation. Det altoverskyggende argument imod standarder for kommunikation er henvisninger til praksiserfaringer med patienterne, hvor den sundhedsfaglige via konkrete fortællinger gør sig til patienternes talsmand. Det heterogene netværk, som de sundhedsfaglige sætter i spil i diskussionerne, overgår det kommunikationsfaglige



netværk i styrke og omfang. Hvor omfanget af netværket angår den række af aktører, der indrulleres og giver netværket rækkevidde, angår styrken i netværket evnen til at forbinde patientperspektivet til egne agendaer (jf. Latour 2008). De sundhedsfaglige gør modstand mod kommunikationsfaglig indblanding i deres praksis – og begrundet afvisningen af kommunikationsstrategiske standarder med henvisning til, at praksis allerede fungerer, og patienternes behov er varetaget. I forhandlinger om udarbejdelse af konkret materiale opererer de to faggrupper med to forskellige mål i arbejdet. De kommunikationsfaglige orienterer sig mod patienttilfredshed, gennemarbejdede målbare produkter og kommunikativ forståelighed, hvor de ofte bruger sig selv som modtagerfigur i et organisationseksternt teoretisk perspektiv på patientforløb (Akrich 1995). Kommunikationsafdelingen ser de sundhedsfaglige som én blandt flere sekundære kilder og leverandører af fakta, som skal indgå i det redaktionelle arbejde med at konstruere et kommunikationsprodukt. Kommunikationsmedarbejderne befinder sig dog på sekundær kildes afstand af patienten, hvilket gør deres 'sunde fornuft' teoretisk og skrøbelig og let at udfordre for de sundhedsfaglige, der har daglig patientkontakt og indblik i konkrete kliniske arbejds gange.

For de sundhedsprofessionelle er pjecen en del af den kliniske praksis, hvor de overordnede mål for informationsarbejdet er: delegering af opgaver dels til pjecen (informationsopgaven) og dermed dels også til patienten (handling) samt koordinering på trods af kontingente faktorer og undgåelse af komplikationer. Individuelt tilpassede patientforløb er almindelig hverdagsvirkelighed, og her en pjece bare et perifert arbejdsredskab, der både formidler sundhedsfaglig viden på en korrekt måde og samtidig skal fungere elastisk og kan tilpasses forskellige forløb.

## Patientens perspektiv som alles argument

*"Patienten er en brik i et stort spil [...] Man siger jo altid, patienten skal være i centrum, men det er der jo ingen, som mener... Bare se på de stole personalet sidder på, og så dem, der tilbydes patienterne."* (Interview med lægefaglig direktør)

I samarbejdet mellem kommunikationsmedarbejdere og sundhedsfaglige er patienten en fleksibel figur, der bruges som argument i forhandlinger. En iøjnefaldende pointe er, at patienten alene taler gennem andre aktører, men ikke har en egen stemme i det kommunikationsstrategiske arbejde om netop 'patientens perspektiv'. Patienten fungerer i stedet som en fleksibel aktør, der trækkes på af forskellige faglige interesser, uden at konkrete patienters perspektiv inddrages i udviklingsarbejdet.

Hospitalets sociale verden er domineret af de sundhedsfagliges primæraktivitet: kerneydelsen patientbehandling, som kommunikationsstrategien forstyrrer med nye standarder for kommunikation. Kommunikationsmedarbejderne ser deres egne kompetencer som formidling med 'sund fornuft'. Kommunikationsstrategien tilgår hospitalet som et rum, hvor adskilte perspektiver støder sammen – og sætter samtidig teoretiske standarder for, hvordan der skabes god kommunikation. I konkrete samarbejds møder mellem de to fagligheder udfordres strategiens standarder. Gennem dialog om konkrete kommunikationsopgaver afklares og forhandles standarderne, der tilbagevises som generiske arbejdsmodeller. Samarbejds møderne fungerer som situerede organisatoriske forhandlingsrum, hvor kommunikationsstrategien tilpasses klinisk praksis – med patienten som argument. Patientens perspektiv fungerer både som strategiens berettigelse og som argument for ikke at efterleve de forandringer, som

strategien tilbyder. Kommunikations- og sundhedsfaglige aktører søger med forskellige strategier at tale på vegne af patienten og skabe alliancer til at understøtte deres perspektiv. Kommunikationsfagligheden har et udefrakommende patientperspektiv på hospitalsorganisationen, og sundhedsfagligheden er derimod forankret i vaner og erfaringer knyttet til en etableret praksis med patienten. I samarbejdet støder de forskellige versioner af patientens behov og den organisatoriske virkelighed sammen, men viser sig også at være delvist forbundne i en pragmatisk kommunikationsforståelse, hvor patientens perspektiv fungerer som et centralt argument i samarbejdet. Fremadrettet kan netop denne pragmatiske kommunikationsforståelse være et konstruktivt udgangspunkt for at udarbejde en kommunikationsstrategi i fællesskab – på tværs af fagligheder.

Strategiens perspektivisme med hierarkiske kompetenceskel mellem kilde (sundhedsfaglige fakta) og redaktør (kommunikationsfaglig formidling) stemmer ikke overens med et sundhedsfagligt perspektiv. De sundhedsfaglige ser derimod helt omvendt på kompetenceskellet mellem de to fagligheder, hvor den sundhedsprofessionelle (med sin viden om facts og praksis) gør brug af en kommunikationsfaglig servicefunktion. Diskussioner af patientbehov og den gode kommunikation handler også om faglig identitet, organisatorisk autenticitet og jurisdiktion. Forhandlinger mellem de to fagligheder er et uomgængeligt samlingspunkt for at udbrede en kommunikationsfaglig kompetence i organisationen, og for at de kommunikationsfaglige kan udvide deres viden om dels de konkrete kliniske praksisser, som de beskriver, og dels de patienter, som de skriver til. Udførelsen af strategisk kommunikation har en række effekter, som i vid udstrækning er negationer af de intenderede effekter. De kommunika-

tionsstrategiske præmisser for implementering af standarder og forestillingen om et skarpt skel mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige vidensfelter fungerer ikke i konkrete samarbejdspraksisser. I hospitalet følger autoritetsforholdene ikke det formelle hierarki i organisationen. Det er ikke formel autoritet (ledelse og strategi), men konkretisering og praksiserfaringer med patienter, der har beslutningskraft i en organisation præget af stærke sundhedsfaglige professioner. Implementeringen af kommunikationsstrategien virker tilbage på dens præmisser og peger på, at standarder ikke kan gælde i et hvert tilfælde (jf. dogmet om forløb som standard), og at de forskellige vidensfelter og perspektiver nok kan adskilles teoretisk, men i praksis glider de sammen i mødet om det bedste argument for patientens perspektiv.

## Konklusion

Artiklens formål har været at skabe empiribaseret teoriudvikling ved at forfølge kommunikationsstrategien *Patientens Perspektiv* og dens implementering i sundhedsfaglig praksis. Analysen viser, hvordan kommunikationsstrategien snarere forstærker end udglatter faglige kløfter. Min konklusion er, at det i høj grad kan forklares med kommunikationsliggørelsens indbyggede socialkonstruktivistiske tilgang til patientkommunikation. Kommunikationsstrategien *Patientens Perspektiv* tager udgangspunkt i, at patienten har et anderledes perspektiv på den virkelighed, der udfolder sig i hospitalsorganisationen, end de sundhedsfaglige har. I denne optik kan verden tilgås gennem forskellige blikke, som hver især ser den samme verden forskelligt. Kommunikationsstrategiens perspektivistiske udgangspunkt er, at de respektive fagligheder og patienten udgør, hvad man kan kalde forskellige 'kulturelle' perspektiver på den

samme ontologiske virkelighed. Perspektivismens visuelle metaforer med 'blikke' og deres 'optikker' abonnerer på en socialkonstruktivistisk idé om, at virkeligheden som sådan er stabil og statisk, men forstås forskelligt af forskellige aktører, kulturer, bevidstheder eller interesser (fx Wenneberg 2000). På hospitalet får perspektivismen liv via professionaliseringen af kommunikation, som varetages af humanistisk og samfundsvidenskabeligt uddannede medarbejdere. Disse kommunikationsfaglige medarbejdere søger at indarbejde perspektivistiske og kulturelle vinkler på viden, organisering og kommunikation i hospitalsorganisationens selvforståelse. Perspektivisme er kendetegnet ved, at den pluraliserer virkeligheden i forskellige 'kulturelle' perspektiver, hvor aktører fx gør forskellige iagttagelser, fordi de tilhører grupper med forskellige vidensfelter, vaner og kompetencer (fx sundhedsfaglige, patienter og kommunikationsfaglige). En sådan tilgang kan få øje på diversitet i perspektiver og problematisere (andres) perspektiver. Men idet den ontologiske virkelighed forudsættes at være én og samme, kan man indvende, at perspektivismen må privilegere nogle perspektiver som værende mere rigtige end andre:

*"Perspectivism broke away from a monopolistic version of truth. But it didn't multiply reality. It multiplied the eyes of the beholders [...] And this in turn brought pluralism in its wake. For there they are: mutually exclusive perspectives, discrete existing side by side in a transparent space. While in the centre the object of the many gazes and glances remains singular, intangible, untouched."*  
(Mol 1999, 76)

Videnskabsteoretisk peger Mol på, at perspektivisme rummer en epistemologisk åbenhed, som dog er forfulgt af en ontologisk enøjethed. Denne artikel har un-

dersøgt, hvad der sker, når socialkonstruktivistisk perspektivisme slippes løs i form af et styrings- og ledelsesværktøj i en konkret organisation, hvor fagprofessionelles praksis er kerneydelse. Når perspektivisme praktiseres gennem ledelses- og styringsværktøjer som fx en kommunikationsstrategi, følger der et paradoks med. På den ene side indvarsles en socialkonstruktivistisk åbenhed for forskellige perspektiver på den organisatoriske virkelighed, og på den anden side insisteres der samtidig på prædefinerede standarder og faste modeller, der i teorien korresponderer med patientens perspektiv. Perspektivismen har således blik for perspektivernes variation, men indfanger ikke, at også virkeligheden er multipel og består af forskellige ontologier. Kommunikationsstrategien privilegerer det kommunikationsfaglige perspektiv, som får lov at definere standarder for kommunikation. De sundhedsprofessionelle har imidlertid en stærk praksisnær professionsidentitet, der sætter sig igennem overfor kommunikation som styrings- og ledelsesværktøj. Standarderne bliver derfor ikke bare implementeret, men må diskuteres, forhandles og tilpasses i konkrete sammenhænge. I strategien betegnes diskussion og forhandlinger som tidsrøvende forstyrrelser, men kritisk-ironisk kan man spørge: Hvad er god kommunikation uden kommunikation? Kommunikationsstrategiens standardiseringsbestrebelse søger en professionalisering, der har som mål at eliminere samarbejdets diskussioner og minimere sammenstød mellem faglighederne med henblik på effektivisering. Imidlertid viser analysen, hvordan situerede møder mellem perspektiver og den re-artikulation, der foregår i forhold til konkrete informationsmaterialer og specifikke patientmålgrupper, for det første er uomgængelige for at implementere en kommunikationsstrategi, og for det andet er det netop i mødet

mellem perspektiver og praksis, at der kan skabes værdi for organisation og patient.

Det kommunikationsstrategiske projekt har således indbygget et benspænd for sin egen implementering. De praktiske implikationer af analysen er, at det kommunikationsstrategiske projekt ikke kan prædefinere standarder og ikke bør efterstræbe at eliminere forhandlinger. Det, at noget ikke kan indfanges af generiske arbejdsmodeller, betyder jo ikke, at det kan undværes eller er værdiløst. Analysen peger i stedet på en omvendt pointe. I det konkrete situerede møde mellem perspektiver er der mulighed for, at strategi og praksis kan udforskes og korrigeres sammen. Kommunikationsstrategiens præmisser må derfor rekonstrueres, så proces, samarbejds møder og diskussion inkluderes – frem for at betragtes som tidsrøvere, der modvirker effektivitet. Kommunikationsmedarbejdernes udefrakommende blik på organisering og formidling kan bidrage med et konstruktivt pust af sund fornuft på indgroede vaner og utilgængeligt sprogbrug. Men for at en ny kommunikationsfaglighed kan vinde autenticitet i organisationen, er det afgørende, at strategiarbejdet udvikles sammen med organisationens fagprofessioner, og at patienterne inddrages som primærkilder.

Kommunikationsliggørelsen af den offentlige sektor præsenterer sig på det politiske og strategiske plan som et selvfølgeligt gode, som alle samfundets aktører – fagligheder og borgere – kun kan enes om. Ingen er imod forbedret kommunikation, mere dialog, brugerorientering og sammenhæng. I denne analyse har jeg set nærmere på, hvordan det uimodsigelige gode budskab

om forbedret kommunikation mellem stat og borger søges implementeret. Analysen tegner et billede af kommunikation som et socialkonstruktivistisk influeret styringsværktøj, der ankommer ovenfra med en teoretisk tilgang, hvor standarden allerede er sat. Denne ankomst nærer faglige modsætninger og kampe – potentielt på bekostning af det fælles bedste, som her er varetagelse af patientens perspektiv.

Kommunikationsliggørelsen er blot en af flere strømninger, der dukker op i disse år i den offentlige sektor med løfter om øget værdi, kvalitet og effektivitet på én gang. Kvalitetssikringssystemer, 'lean'-projekter og digitaliseringsreformer dukker op og sætter sig igennem over for fagprofessionel praksis. Disse tendenser lægger pres på den faglige kerneopgave ved at gøre krav på tid og ressourcer hos den fagprofessionelle, mens kompetencer som kommunikation, administration og kvalitetssikring sættes under lup og gøres til ekspertiser, som fagligheder udenfor professionen selv kan sætte standarder for. Kommunikationsliggørelsen og dens følgesvende søger ikke alene at sætte nye standarder for faglig praksis, men griber også ind og søger at annektere områder i professionens vidensfelter og samtidig reformulere karakteren af den klassiske kerneydelse. Som fagprofessionel må man forholde sig åbent og mulighedsafsøgende til disse former for distribueret ledelse og styring. De dukker op med uimodsigeligt gode budskaber under forskellige betegnelser, men som ledelses- og styringsværktøjer handler de ofte både om kvalificering af ydelsen, nye faglige domæner og effektivisering af organisationen.

## NOTER

1 Dokumentet er del af et arkiv af interne dokumenter, som blev indsamlet i perioden 2007-

2010 i forbindelse med empiriindsamling til mit ph.d.-projekt. En nærmere beskrivelse af

feltarbejdet, empiri og metode findes i Pors 2012 – særligt s. 73-88 samt s. 275-279.

- 2 I professionslitteraturen er den symbolske interaktionisme en central inspirationskilde for det dynamiske professionsbegreb. Den analytiske enhed er faggrænser, og forhandlinger om faggrænser og arbejdsopgaver studeres med henblik på at udforske, hvordan forstyrrelser i dette indhold og kontrol forplanter sig i faggrænser og professioners selvforståelse – derfor er den præcise analytiske enhed jurisdiktion, virkefeltet, kompetencen (Abbott 1988, 112). Abbott refererer til Bucher & Strauss (1976), hvor det lyder: *“We shall develop the idea of professions as loose amalgamations of segments pursuing different objectives in different manners and more or less delicately held together under a common name at a particular period in history”*.
- 3 Jf. Abbotts løse definition af, hvad en profession er: *“professions are somewhat exclusive groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases”* (Abbott

1988, 318).

- 4 Fx en fast model for produktionsforløbet fra idé til pjece, syv faste koncepter for pjecer, tjekliste med fem dogmer, der sikrer kvalitet, regler for tekster, regler for fotos og layout.
- 5 Håndbogens fem dogmer for pjecer til patienter lyder: 1. Pjecerne er sundhedsfagligt korrekte, 2. Pjecerne fortæller om behandling set fra patienternes perspektiv, 3. Pjecerne understøtter, at patienterne kan være aktive medspillere i deres eget behandlingsforløb, 4. Pjecerne har fokus på forløb, 5. Pjecerne er lette at få og lette at forstå. (Uddrag fra *Håndbog til sundhedsfaglige*)
- 6 I etymologisk forstand betegner et dogme en grundantagelse, som ikke er til diskussion. Når kommunikationsfaglige udfordrer den eksisterende sundhedsfaglige informationspraksis for at implementere idealet om forløb, er det imidlertid netop dogmet om en samlet og sammenhængende temporalt struktureret patientforløbsbeskrivelse, der er til diskussion.

## REFERENCER

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Akrich, M. (1995): User representations: practices, methods and sociology, i A. Rip et al. (red.): *Managing Technology in Society – The approach of Constructive Technology Assessment*, London & N.Y., Pinter Publishers, 167-184.
- Amtsrådsforeningen (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet*.
- Bossen, C. & P. Lauritsen (2007): Symbolsk interaktionisme & STS, i C. B. Jensen, P. Lauritsen & F. Olesen (red.): *Introduktion til STS*, København, Hans Reitzels Forlag, 139-156.
- Bucher, R. & A. Strauss (1976): Professions in process, i M. Hammersley & P. Woods (red.): *The Process of Schooling*, London, Routledge, 325-334.
- Byrkjeflot, H. & S. I. Angell (2007): Dressing up hospitals as enterprises? The expansion and managerialization of communication in Norwegian Hospitals, i P. Kjær & T. Slaatta (red.): *Mediating Business, The expansion of business journalism*, Copenhagen Business School Press, 139-156.
- Byrkjeflot, H. & S. Neby (2008): The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors, i *Journal of Health Organization and Management*, 22, 4, 331-349.
- Glaser, B.G. & A. L. Strauss (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Weidenfeld & Nicolson.
- Ihlen, Ø. & P. Robstad (2004): *Informasjon & samfunnskontakt: Perspektiver og praksis*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Johansson, I., L. Noren & E. Wikström (2010): Patient-centred care: the Nordic position, introduktion i *International Journal of Public Sector Management*, 23, 4.
- Juul, I., C. H. Jørgensen & O. H. Sørensen

- (2009): Professionalisering og faglighed – en indledning, i *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 11, 3, 5-12.
- Kjær, P. & A. Pors (2010): Patienten og kommunikationsliggørelsen af sundhedsvæsenet, i P. Kjær & A. Reff (red.) (2010): *Ledelse gennem patienten – nye styringsformer i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, 47-74.
- Latour, B. (2008): *En ny sociologi for et nyt samfund – Introduktion til Aktør-Netværks-Teori*, København, Akademisk Forlag.
- Mandag Morgen (1999): *Når Patienten Vågner*, Rapport, København.
- Mandag Morgen/Innovationsrådet (2006): *Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform*, København.
- Mol, A. (1999): Ontological Politics: a Word and Some Questions, i J. Law & J. Hassard (red.): *Actor Network Theory and After*, Oxford, Blackwell Publishing, 74-89.
- Nordgren, L. (2003): *Från patient till kund – Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, Ph.d.-afhandling, Ekonomihögskolan, Lunds Universitet.
- Nordgren, L. (2009): Value Creation in Health Care Services – Developing Service Productivity. Experiences from Sweden, i *International Journal of Public Sector Management*, 22, 2, 114-127.
- Pors, A. (2012): *Iværksættelse af kommunikation – patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation*, Ph.d.-afhandling, Copenhagen Business School.
- Pors, A. (2013): Når kommunikationsarbejde bliver til administration, i H. M. Jacobsen (red.): *Administration – Faglighed og praksis i administrativt arbejde*, Akademisk Forlag, 111-139.
- Riles, A. (red.) (2006): *Documents*, Ann Arbor, The University of Michigan Press.
- Sahlin-Andersson, K. (2003): I forandringskrydsfelt. Ledelse på distance i F. Borum (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet*, København, Handelshøjskolens Forlag, 229-253.
- Star, S. L. & A. Strauss (1999): Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work, i *Computer Supported Cooperative Work*, 8, 9-30.
- Strauss, A. (1978): A Social World Perspective, i *Studies in Symbolic Interaction*, 1, 119-128.
- Strauss, A. (1988): The Articulation of Project Work: An Organizational Process, i *The Sociological Quarterly*, 29, 164-178.
- Strauss, A. & J. Corbin (1990): *Basics of Qualitative Research – Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage.
- Strauss, A. et al. (red.) (1997): *Social organization of medical work*, New Brunswick, Transaction.
- Vikkelsø, S. & P. Kjær (2008): Redrawing boundaries within healthcare: Scandinavian experience, i *Journal of Health Organization and Management*, 22, 4, 328-31.
- Vrangbæk, K. (1999): New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser, i E. Z. Bentsen et al. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*, Copenhagen Business School Press, 33-56.
- Vrangbæk, K. & K. Østergren (2006): Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway, i *Health Economics, Policy and Law*, 1, 4, 371-394.
- Wasén, K. & E. Wickström (2009): Administrativ reglering och strategisk kommunikation, Paper til *LIHCOM Workshop*, Copenhagen Business School.
- Wenneberg, S. B. (2000): *Socialkonstruktivisme*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Wæraas, A., Østhus, R & M. Solbakk (2008): Det ekspressive helseforetak. Selvpresentasjon i den norske Sykehussektoren, i *Nordiske Organisasjonsstudier*, 10, 4, 62-69.
- Wæraas, A., H. Byrkjeflot & S.I. Angell (red.) (2011): *Substans & framturen – omdømmehåndtering i offentlig sektor*, Oslo Universitetsforlaget.

**Anja Svejgaard Pors**, cand.mag., ph.d., forsknings- & udviklingskonsulent ved Professionshøjskolen Metropol  
 e-mail: aspo@phmetropol.dk