

Danish University Colleges

**Iværksættelse af kommunikation
patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation**

Pors, Anja Svejgaard

Publication date:
2012

Document Version
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):
Pors, A. S. (2012). *Iværksættelse af kommunikation: patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation.*

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Download policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL
HANDELSHØJSKOLEN
SOLBJERG PLADS 3
DK-2000 FREDERIKSBERG
DANMARK

www.cbs.dk



**Copenhagen
Business School**
HANDELSHØJSKOLEN

Iværksættelse af kommunikation

Iværksættelse af kommunikation

- patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation

Anja Svejgaard Pors

Ph.d. Serie 16.2012

Doctoral School of Organisation
and Management Studies

Ph.d. Serie 16.2012

ISSN 0906-6934

Print ISBN: 978-87-92842-58-9

Online ISBN: 978-87-92842-59-6

Iværksættelse af kommunikation

- patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation

Anja Svejgaard Pors

Copenhagen Business School
Doctoral School of Organisation and Management Studies

Maj 2012

Forord

Mit arbejdslivs omdrejningspunkt har indtil nu været hospitalers kommunikation. Først med fire år som kommunikationsrådgiver på Rigshospitalet efterfulgt af dette ph.d. projekts udforskning af andre hospitalers arbejde med kommunikation. Ph.d.-projektet indgår i forskningsprojektet 'Patienten i centrum', der er forankret i forskningsmiljøet ved Center for Health Management, Institut for Organisation, CBS. Formålet for det fælles projekt er at undersøge, hvordan patienten defineres, mobiliseres og involveres i styringen af sundhedsvæsenet, og hvordan relationen mellem stat, sundhedsvæsen og patient aktuelt er under forandring (jf. antologien *Ledelse gennem patienten* red. Kjær & Reff 2010). Det delprojekt, som jeg bidrager med, var prædefineret som et studie, der skulle undersøge, *hvordan patienten organiseres som del af sygehusenes strategiske kommunikation* men i øvrigt uden stramme empiriske eller teoretiske bindinger.

Gennem arbejdet med afhandlingen har en række mennesker bidraget med interesse og viden. Tak skal I have alle sammen.

Først og fremmest har informanterne fra hospitalerne og sundhedsfeltet taget imod mig og mit projekt med stor åbenhed og engagement.

Miljøerne på CBS ved Institut for Organisation, forskerskolen Doctoral School of Organization & Management og Center for Health Management har dannet stimulerende rammer om den faglige og sociale læreproces, som det er at give form og indhold til et ph.d.-projekt.

Jeg vil i særdeleshed takke den altid foranderlige gruppe af ph.d.'er, som Institut for Organisation er samlingspunkt for. At dele arbejdsliv med jer er en fornøjelse. Og i samværet med Cecilie Glerup, Kirstine Zinck Pedersen & min gamle følgesvend Anne Roelsgaard Obling forbindes forskningsmæssige interesser med noget af det vigtigste i verden - venskab.

Mine eksterne ph.d.-kolleger Rasmus Kjærgaard Rasmussen & Camilla Balslev Nielsen skal have en særlig tak for inspirerende diskussioner, konstruktive kommentarer og ph.d.-hygge ud over det sædvanlige. Tak til Anker Brink Lund for kommentarer på helheden.

Mine gode vejledere har været en uvurderlig hjælp gennem hele processen. Jeg vil takke min hovedvejleder Peter Kjær for hans store bidrag til, at denne afhandling har fundet sin form. Gennem hele forløbet har hans faglige overblik og inspirerende kommentarer hjulpet mig på vej. Med humor og et stort læs empati tager Peter sig tid til at vende store som små overvejelser i forskningsprocessen og hverdagen. Det gør en stor forskel nu & her og i det lange seje træk.

Som det fremgår af afhandlingen har min bivejleder Casper Bruun Jensens forskning været en inspirationskilde i mit arbejde. Hans viden og unikke evne til at læse med teksten og generøst dele ud af sine refleksioner har givet mig idéer og tro på projektet.

Af hjertet tak til vejlederne, jeg anbefaler jer til alle, der gider høre på det.

Tak til Janus Kohl for grafisk assistance og til Marie Mathiesen og Tina Pilmann Laursen for korrektur på mit summary.

Inden jeg takker helt over, vil jeg nævne min lille familie og mine gode venner – I ved selv hvem I er. Tak for jeres tillid. Og kære Vera, tak fordi du dukkede op og hver morgen sætter alting i perspektiv.

Anja Svejgaard Pors

Frederiksberg, januar 2012

Anja Svejgaard Pors
Iværksættelse af kommunikation
- patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation

1. udgave 2012
Ph.d. Serie 16.2012

© Forfatter

ISSN 0906-6934
Print ISBN: 978-87-92842-58-9
Online ISBN: 978-87-92842-59-6

Doctoral School of Organisation and Management Studies (OMS) er et tværviden-
skabeligt forskningsmiljø på Copenhagen Business School for ph.d.-stipendiater,
der teoretisk og empirisk beskæftiger sig med organisation og ledelse i private,
offentlige og frivillige organisationer.

Alle rettigheder forbeholdes.
Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale
med COPY-DAN, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer. Undtaget herfra er
korte uddrag til anmeldelse.

Indhold

KAPITEL 1: Iværksættelse af kommunikation - patientfigurer i hospitalets

strategiske kommunikation.....	7
1 Introduktion.....	7
2 Kommunikation med patienter som organisatorisk opgave	8
3 Forskning i organiseret kommunikation i sundhedsvæsnet.....	11
3.1 Kommunikation som effektiv strategi til mere sundhed.....	11
3.2 Sundprofessionelles kommunikerende møde med patienten	13
3.3 Strategisk kommunikation som hospitalets omdømmehåndtering	15
3.4 Strategisk patientkommunikation - en interdisciplinær problemstilling.....	17
4 Forskningsfeltets fremkomst i en uklar kommunikationsstrategisk arena	19
4.1 En eksplorativ søgen efter et analytisk objekt.....	19
4.2 Det kliniske nedslagspunkt: obstetrikens patientkommunikation.....	22
4.3 Casen 'Patientens Perspektiv'	23
4.4 Det analytiske objekt i den kommunikationsstrategiske arena	28
5 Forskningsspørgsmålet udfoldet	29
6 Patientens fravær & forskningsprojektets politik	33
7 Afhandlingens struktur.....	36
KAPITEL 2: Teoretiske perspektiver på & i kommunikationsarbejde.....	38
1 Introduktion.....	38
2 Problematisering af perspektivisme i praksis	39
2.1 Problematisering af det selvfølgelige	39

2.2	Performativitet i relationen mellem teori, forskningspraksis og det empiriske felt	41
2.3	Diagnostik af perspektivisme i hospitalets rum	44
2.4	Teoretisk greb på praktiseret perspektivisme	45
2.5	Fra perspektiver på verden til versioner af virkeligheden	47
2.6	Repræsentation & performativitet	49
2.7	Opsummering af den analytiske tilgang til praktiseret perspektivisme	52
3	Sociale verdener som analytisk værktøj og konkret ramme	54
3.1	Sociale verdeneres forbindelse til hospitalets kommunikation med patienter	54
3.2	Den interaktionistiske bagage: situationen og problemet som fokus	55
3.3	Sociale verdener & grounded theory som teoretisk-metodisk forbindelse til STS	56
3.4	Situationel analyse og den diskursive interaktionisme	58
3.5	Dokumentets relevans i organisationsstudier	60
4	Afhandlingens analytiske begreber	62
4.1	Patienten som figur	63
4.2	Social organiserings teknologi	68
5	Afrunding af teoretiske overvejelser	72
KAPITEL 3: Metodiske overvejelser		73
1	Introduktion	73
2	Konstruktion af felten som følgeskab	74
2.1	Felten som organisatoriske begivenheder i hospitalets rum	74
2.2	Casen som analytisk omdrejningspunkt	76
2.3	Metodekombination & validitet	78

3	Dokumenter som etnografiske artefakter.....	80
3.1	Dokumentet som organisatorisk aktør.....	81
3.2	Dokumenternes organisatoriske fødekæde.....	83
3.3	Læsestrategi.....	86
4	Observation af mødesituationer	89
4.1	Præsentation.....	89
4.2	Perifer placering	90
4.3	Noter	91
5	Interview som samtale	92
5.1	Interviewpersoner	92
5.2	Interviewsamtalernes dialogiske form.....	94
5.3	Interviewsamtalernes indhold og refleksivitet	95
6	Empiribehandling.....	99
7	Kritiske metoderefleksioner.....	102
7.1	Den bekendte felt – et erfaringsbelastet møde	102
7.2	Kollaps? Det empiriske felt og forskningspraksis.....	105
KAPITEL 4: Patientfigurer som styringsredskab i hospitalets		
kommunikationsstrategi - analyse af kommunikationsstrategiske dokumenter		
1	Introduktion.....	113
2	Dokumentmaterialet.....	114
3	Læsestrategi, teori & metode	115
3.1	Organisatoriske dokumenter som analyseobjekt.....	116
3.2	Strategisk kommunikation som social organiseringsteknologi.....	118

3.3 Metode: Strategisk patientkommunikation som kortlagt arrangement	119
4 Den kommunikationsstrategiske arena – analyse af tre dokumenter	122
4.1 Hospitalets Kommunikationspolitik (2006)	122
4.2 Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008.....	126
4.3 Håndbogen om Patientforlaget (2009)	130
4.4 Diskussion.....	134
5 Forventninger & fordringer til patientfiguren.....	144
5.1 Organiseringmåder i relationen mellem patient og hospital.....	145
5.2 Forestillinger om patienten som styrbar og styrende	147
5.3 Den affektive patient - den passive modtager af omsorg	148
5.4 Målgruppen – den homogeniserede modtager	150
5.5 Borgeren med rettigheder	151
5.6 Patienten som ressource	153
5.7 Brugeren - den aktive partner	154
5.8 Forbrugeren - den agerende kunde	155
5.9 Diskussion: Fraværende patientfigurer & sammenvævningen af omsorg og marked	156
6 Konklusion: Styling med patienten som redskab	159
KAPITEL 5: Sund fornuft & sundhedsfaglighed.....	163
1 Introduktion.....	163
2 Empirisk tilgang & analysestrategi.....	165
3 Teoretisk åbning: Samarbejdsprocesser - forhandlinger af re-præsentation ...	167
3.1 Sociale verdener	168

3.2 Samarbejde & artikulation.....	169
3.3 Arbejdsobjekter, grænseobjekter & grænsefigurer	170
4 Det kommunikationsstrategiske projekt i hospitalet.....	172
4.1 Kommunikation som ekstraklinisk subverden i organisationen	174
4.2 Kommunikationsprogrammets teknologier: formalisering & standarder	176
4.3 Sundhedsfaglig eksklusion af & i kommunikationsstrategien.....	179
4.4 Programmets ontologi: standardiseringsoptimisme & perspektivisme.....	180
4.5 Positionering af skarpt adskilte perspektiver	182
4.6 Sund fornuft møder sundhedsfaglighed	189
4.7 Praktiseret perspektivisme – opsamling af forskelle.....	191
5 Delte meninger – samarbejde hen over forskelle	194
5.1 Case: Standardisering af information til patienter.....	194
5.2 På patientens vegne	200
5.3 Patienten som middel for andre(s) mål	208
5.4 Alliancedannelse – adgang, ansvar og ejerskab på spil	210
5.5 I detaljen – pjecen som objekt.....	216
5.6 Eksemplets magt – re-præsentation som informationsmaterialitet	220
6 Diskussion & konklusion.....	223
6.1 Den fleksible patientfigur som grænsefigur	224
6.2 Informationsmaterialitet som grænseobjekt	224
6.3 Repræsentation som intervention	225
KAPITEL 6: Iværksat kommunikation – analyse af et informationsmateriale til patienter	229

1	Introduktion.....	229
2	Analytisk greb på pjecen som iværksat kommunikation.....	231
	2.1 Metode.....	231
	2.2 Teoretiske debatter.....	233
3	Anslag – planlagt kejsersnit som multipelt objekt.....	237
	3.1 Observation.....	237
4	Patientforløbets subjekt og objekt som del af procedurer.....	240
	4.1 En serie af kliniske situationer som strukturerende princip.....	240
	4.2 Patienten som klinisk objekt.....	242
	4.3 Patienten som bureaukratisk objekt.....	244
5	Patientforløbet kommunikeret som subjektiv oplevelse.....	246
	5.1 Dit kejsersnit & jeres oplevelse.....	246
	5.2 Intimisering.....	247
	5.3 Den vælgende patient.....	249
	5.4 Mobiliseret medspiller - det normative mulighedsfelt.....	252
	5.5 Organisatorisk optimering og mobilisering af brugeren.....	254
6	Homogeniserende individualisering i strategisk kommunikation.....	257
7	Konklusion.....	259
	KAPITEL 7: Konklusion.....	264
	Bilag 1: Empirioversigt.....	275
	Resumé.....	280
	Summary.....	285
	Litteraturliste.....	290

KAPITEL 1: Iværksættelse af kommunikation

- patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation

Vi lever i kommunikationens ekstase

- Baudrillard 1992

L'illusion de la fin ou la grève des événements

1 Introduktion

Gennem det seneste årti har de danske hospitaler sat fokus på kommunikation med patienter. Kommunikation indtager i dag en central plads i visioner, strategier og i hospitalernes daglige arbejde. Kommunikation fungerer som et prisme for et bredt spektrum af forventninger om et *bedre* sundhedsvæsen: gennemsigtighed, sammenhæng i patientforløb, informerede valg, compliance, læring, ligeværdighed, sikkerhed, kvalitet, medinddragelse, patienttilfredshed, effektivisering og professionalisering udgør et udsnit af nuancer i spektret. 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 herved bliver det utydeligt, hvad kommunikation er og gør.

Kommunikation institutionaliseres og tilrettelægges i stigende grad strategisk: Hospitalerne ansætter kommunikationsmedarbejdere, opbygger kommunikationsafdelinger og hospitalernes praktikere mødes på konferencer om kommunikation. Der bliver udarbejdet kommunikationsstrategier og kommunikationsværktøjer fx skabeloner til skriftlig patientinformation, sprogpolitikker og organisatoriske programmer med fokus på kommunikation med patienten.

Dette allestedsnærværende, offentlige og organisatoriske fokus på kommunikation kan betegnes som en *kommunikationsliggørelse* af hospitalets rum. Med denne afhandling undersøger jeg dette selvfølgelig gode fokus på kommunikation - herunder hvordan kommunikationsliggørelsen forbindes til patienten, og hvordan det forandrer relationer på hospitalet.

2 Kommunikation med patienter som organisatorisk opgave

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 sundhedsvæsenet (fx Mandag Morgen 1999, Amdsrådsforeningen 2003). Kommunikation er i dag et tema, som hospitalerne må forholde sig refleksivt, aktivt og strategisk til, og her fremtræder patienten som en uomgængelig aktør, som det kommunikationslignende hospital kredser om og adresserer.

”Kommunikation er en del af kerneydelsen” hedder ét af fire grundprincipper i Region Hovedstadens kommunikationspolitik (2007). Når kommunikation med patienter bliver en *organisatorisk* opgave, handler kommunikation om andet end blot at få de kliniske opgaver til at lykkes. Der er mere *i* spil, og der er mere *på* spil. En lægefaglig hospitalsdirektør udtrykker det således:

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.

- Interview med lægefaglig direktør, oktober 2009

Her peges på en opmærksomhedsforskydning i organisationen, hvor kerneydelsens kvalitet ikke står alene, men må suppleres med et strategisk fokus på helhedsoplevelsen. Denne bevægelse udfordrer sundhedsfagligheden som organisationens centrum. Kommunikation står ikke bare i det kliniske arbejdes tjeneste orienteret mod sundhed, men er her også et redskab til at opnå patienttilfredshed. Som del af kerneydelsen bliver kommunikation en facetteret og uklar bestræbelse, der i højeste grad vedrører relationen til patienten.

I hospitalets fokus på kommunikation foregår to bevægelser, hvor kommunikation samtidig bliver selvfølgeligt og afselvfølgeliggjort. Kommunikation i hospitalsvæsnet bliver afselvfølgeliggjort, idet de sundhedsprofessionelle i stigende grad forventes at have et refleksivt forhold til kommunikation med patienter¹. Patientkommunikation kan desuden ikke bare lokaliseres til det, der foregår i klinikken, men angår hospitalet som organisatorisk helhed. Relative og relationelle kommunikationshandlinger eller lokale informationsmaterialer bliver delelementer i idéen om en sammenhængende professionalisering af organisationens kommunikation. Kommunikationens allestedsnærværende omfangslogik bidrager samtidig til en ny selvfølgeliggørelse, hvor information og kommunikation gøres til en organisatorisk løsning på en række af sundhedsvæsnets udfordringer. Grundforestillingen er, at kommunikation er godt, og mere kommunikation gør det hele bedre.

Denne afhandling besvarer det overordnede forskningsspørgsmål: *Hvordan håndterer og iværksætter hospitalet kommunikation med patienten som organisatorisk opgave?* Afhandlingen tager afsæt i en case fra et af Region Hovedstadens hospitaler, som i en årrække har arbejdet med et kommunikationsprogram med titlen 'Patientens Perspektiv'. Analysen retter blikket mod den problematik, at den strategiske kommunikation knytter an til to modsatrettede bevægelser: på den ene side værdimæssige idealer om kommunikation som dialog - og på den anden side en strategisk indsats, hvor kommunikation organiseres som styringsforsøg. Interessen retter sig mod at undersøge, hvordan hospitalsorganisationen håndterer og forhandler, hvad den gode kommunikation er og gør. Jeg forfølger, hvilke forhold mellem hospital og patient, der udfoldes i dette arbejde. Det empiriske omdrejningspunkt i analysen er dokumenter i kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'.

¹ I det konkrete møde med patienten er den sundhedsprofessionelles kommunikationskompetencer baseret på erfaring, intuition og decideret træning i fx "den gode dialog" og "den svære samtale" i simulationslaboratorier. Med reformen af speciallægeuddannelsen i 2004 blev "kommunikatør" ligefrem en kompetencerolle for speciallægen på linje med fx "den medicinske ekspert".

I det følgende vil jeg kvalificere og begrunde mit overordnede forskningsspørgsmål gennem forskellige greb. På baggrund af afhandlingens problemfelt opridses jeg de forskningsfelter, som på forskellig vis grænser op til afhandlingens interesse i *kommunikation med patienter som organisatorisk opgave*. Projektets eksplorative tilgang lægges frem, og det empiriske felt beskrives gennem et klinisk nedslagspunkt i det obstetriske speciale samt en kommunikationsstrategisk case i form af kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv', hvorpå jeg kan specificere projektets analytiske objekt. På baggrund af disse overvejelser når jeg frem til en detaljeret gennemgang af afhandlingens forskningsspørgsmål. Jeg nuancerer ord for ord, hvorfor jeg spørger som jeg gør, og hvilke analyser spørgsmålets delelementer tilsammen gør det muligt at folde ud. Afslutningsvist fremlægger jeg mine forskningspolitiske overvejelser om fraværet af patienter *in persona* i såvel kommunikationsprogrammet som i afhandlingens analyser.

Kapitel 1 afsluttes med en kort opridsning af afhandlingens følgende kapitler.

3 Forskning i organiseret kommunikation i sundhedsvæsenet

Afhandlingen undersøger, hvordan hospitalet håndterer og iværksætter kommunikation med patienten som organisatorisk opgave. Denne problemstilling er endnu ikke forskningsmæssigt belyst organisationssociologisk, men interessen for *organiseret (patient)kommunikation i sundhedsvæsenet* deler jeg med i hvert fald tre eksisterende forskningsfelter: 1) forskning i sundhedskommunikation, 2) studier af det kommunikative møde mellem patient og sundhedsprofessionel og 3) forskning i sundhedsvæsenets organisering, hvor en især en række nordiske forskere specifikt relaterer sig til strategisk kommunikation som institutionelt omdømmearbejde i hospitalsvæsenet.

3.1 Kommunikation som effektiv strategi til mere sundhed

Interventioner i form af kommunikationsindsatser i sundhedsvæsenet udgør et empirisk genstandsfelt, som inddrages i en bred vifte af undersøgelser og debatter. Health communication udgør et etableret internationalt forskningsfelt, hvor kommunikation i sundhedsvæsenet undersøges som de mekanismer, hvorved sundhedsbudskaber kommunikerer fra sundhedsvæsenet til forskellige modtagere:

Health communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policy makers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice or policy that will ultimately improve health outcomes. (Schiavo 2007:7)

Inden for forskningsfeltet sundhedskommunikation findes der en række studier (fx i tidsskrifterne *Journal of Health Communication* og *Health Communication*), som undersøger patientkommunikation bl.a. i hospitalsregi, og interesserer sig for, hvordan man kan skabe viden, der kan bidrage til effektiv organisering (Kreps et al. 1998, Schiavo, 2007, Bensing et al. 2003). Som det fremgår af citatet, ser studierne overve-

jende kommunikation som middel for kliniske mål. Fx er målet effektivt informationsdesign gennem evalueringer af eksisterende indsatsers brugervenlighed og opfølgende anvisninger på udførelsen (fx Maat & Lenz 2009, Sless & Wiseman 1997, Van Waerde 2008, Wright 1999). I denne forskningstradition konceptualiseres patientkommunikation som redskab til at opnå positive outcomes af fx hospitalers kommunikation om sundhed, sygdom, forebyggelse og forløb. Sundhedskommunikationsforskningen positionerer således overvejende kommunikation som en støttefunktion til det kliniske arbejde. Kommunikationsarbejde ses som et forbedrende middel rettet mod mål om compliance², minimering af risici og optimering af patientens sundhed eller sygdomshåndtering. Denne afhandlings dialog med sundhedskommunikationsforskningen tager afsæt i en fælles interesse for kommunikation som organisatorisk opgave, og hvilke effekter kommunikationsindsatser har. Dog er min teoretiske indgangsvinkel anderledes, idet kommunikation i denne afhandling undersøges som organisatorisk fænomen snarere end som redskab til at opnå bestemte tilsigtede kliniske eller adfærdsmæssige effekter. I undersøgelsen ser jeg strategisk kommunikation som fænomen(er), der har organisatoriske effekter – tilsigtede³ såvel som utilsigtede.

² Historisk er begrebet compliance et af de første specifikt kommunikationsorienterede begreber som entrerer såvel sundhedsfaglig som human- og socialvidenskabelig forskning i sundhedsvæsnets Compliance omhandler, hvorvidt patienten tilpasser sin adfærd i forhold til de medicinske anbefalinger – et spørgsmål, hvor kommunikation spiller en central rolle. Siden slutningen af 1970'erne har compliance-begrebet haft forskellige betydninger på den autoritære-demokratiske skala i relationen mellem patient og sundhedsprofessionel. Såkaldt manglende compliance ansues oftest som et kommunikationsproblem, uden at begrebet kommunikation er nærmere præciseret (Elsass & Lauritsen 2006:48-50).

³ I en dansk kontekst findes der anvendelsesorienteret litteratur, som specifikt adresserer tilsigtede effekter af strategisk kommunikation i hospitalsvæsnets (se Petersen 2008 – og mindre branchespecifikt 2001 & 2002 samt Sepstrup & Fruensgaard 2010. Petersen fungerer desuden som arrangør af konferencer for kommunikationsfaglige praktikere: fx ”Det kommunikerende hospital – i forandring” 2008). Jeg nævner den managementorienterede litteratur, da den har mål-middeltankegangen tilfælles med sundhedskommunikationsforskningen. Management-tilgangen (fx Clutterbuck, Hirst & Cage 2003) er et enormt internationalt område, som jeg ikke udfolder. Med Minzbergs strategibegreb kan den managementorienterede litteratur ses som udtryk for en forståelse af strategi som præskriptiv, teleologisk og eksplicit intenderet (Minzberg et al. 2005).

Analyserne i afhandlingen har således en organisationssociologisk ambition om at udforske, hvordan kommunikationstiltag i hospitalet ikke alene adresserer patientens håndtering af sin situation, men samtidig indvirker på organisationens relationer og forståelser af patienten. Hvor sundhedskommunikationsforskningen ser patienter som modtagere eller målgrupper adskilt fra selve indsatsen, undersøger jeg i stedet de patientpositioner, der tegner sig i kommunikationen eller forhandlingerne af den. Jeg overskrider således sundhedskommunikationens kliniske determineringsfelt og undersøger, hvordan patientkommunikation bliver et organisatorisk og strategisk fænomen, der producerer idealer for organisering og forståelser af patienten. Analyserne bidrager således med et kritisk indspark til forskningen i sundhedskommunikation, idet de viser, hvordan nye forståelser af kommunikation gør mere og andet, end at fungere som støttefunktion for det kliniske arbejde. Lidt forenklet kan forskningen inden for sundhedskommunikation forstås som kliniske interesser, der kalder på kommunikative-organisatoriske løsninger. Mine analyser forskyder denne problematik og undersøger, hvordan strategisk kommunikation virker i hospitalsorganisationen.

3.2 Sundprofessionelles kommunikerende møde med patienten

I det seneste årti har begrebet om Patient Centred Care (PCC) i en dansk sammenhæng vitaliseret idéen om at forbedre relationen mellem patient og sundhedsprofessionelle i spændingsfeltet mellem humanistisk, sociologisk og sundhedsfaglig forskning⁴. Studier inden for PCC identificerer ofte positive afvigelser fra praksis, som peger på, at den eksisterende praksis ikke er patientcentreret (Johansson, I., L. Noren & E. Wikström 2010). I PCC er det relationelle forhold mellem patient og sundhedsvæsen objekt for forbedringer, mens den normative fordring er, at patientens behov skal være omdrejningspunkt (Roter 2000, Bensing et al. 2000). PCC knytter herved

⁴ For en udførlig litteraturgennemgang se Mead & Bower (2000).

an til diskussioner om brugerinddragelse, og har brugerorienterede omsorgsmål ud over det rent instrumentelt kliniske, men kommunikation ses lige som inden for sundhedskommunikationsforskningen som løftestang for prædefinerede mål om forbedringer.

I supplement til denne overvejende instrumentelle tilgang til optimal kommunikation er der også inden for den humanistiske sundhedsforskning en orientering mod optimal kommunikation i sundhedsvæsnets interpersonelle kommunikation (Ben-Sira 1990). Den humanistisk orienterede sundhedsforskning har siden 1980'erne været optaget af fænomenologiske og filosofiske analyser af patientens autonomi og oplevelse af mødet med sundhedsvæsnets (Elsass & Lauritsen 2006: 46ff).

Inden for sociologien og antropologien eksisterer der ligeledes en stor mængde forskning i de interaktionelle møder mellem patient og system (fx i konsultationssituationen). To beslægtede spor træder markant frem: den medicinske sociologi og mikro- og kultursociologiske studier af mødet mellem system og borger. Disse studier retter sig oftest mod det konkrete møde mellem patient og sundhedsprofessionel og er ikke specifikt optaget af kommunikation som organisatorisk fænomen. Kommunikation i interaktioner er her medium for spor af magt, organiserings- og styringsformer i samfundets makrodiskurser eller -strukturer, hvor konsultationen således kan analyseres som en kommunikativ-retorisk scene, hvor magten udfoldes eller parterne kæmper om magten (Elsass & Lauritsen 2006: 62ff). Sundhedsvæsnets relation til patienten er her ofte genstand for kritiske analyser, hvor det påpeges, at samfundets institutioner og aktører gør mennesker til objekter, men de er også subjekter (Mol & Mesman: 1996:420). Inden for antropologien har begreber om patientens autonomi, og skelen mellem magt og autoritet været grundlag for studier af det interpersonelle møde mellem patient og sundhedsprofessionel (fx Hastrup 1986). Den klassiske medicinske sociologi har bidraget til synliggøre både produktive og repressive relationer mellem patient og system (fx Illich 1973, Hahn 1995, Armstrong 1983, Lupton 2007).

Det kommunikationsprogram, som denne afhandling har som sin case, synes netop at stå ovenpå den medicinske sociologis indsigter og påpegning af mere eller mindre synlig magt i relationer, hvor fx stærke læger står over for svage patienter, eller hvor sundhedsfaglige møder stærke strategiprogrammer. I stedet undersøger jeg, hvordan hospitalets strategiske tilgang til kommunikation skaber forbindelser. Spørgsmålet er således ikke, om patienten tildeles eller fratages magt eller om kommunikationsprogrammet virker som intenderet, men på hvilke måder patienten positioneres, og hvordan det fx bidrager til at organisere professionelle relationer. Afhandlingens analyser har således organisering i fokus på bekostning af individ, identitet og magt.

I en dansk kontekst eksisterer der en række interessante mikro- og kultursociologiske analyser af mødet mellem patient og sundhedsvæsen, borger og system (jf. fx Timm 1996, 1997, 2000, Mik-Meyer & Järvinen 2003, Dahlager 2005, Mik-Meyer & Villadsen 2007, Jespersen 2008). Disse studier undersøger fx konsekvenser af styringslogikker i lyset af New Public Management. Min interesse er beslægtet med den mikrosociologiske forsknings fokus på spor og sammenfiltringer mellem mikro og makro, politik og praksis. Objektet for min analyse er dog et andet. Min interesse retter sig mod det fænomen, at ”kommunikation” aktuelt er en eksplicit strategisk overskrift på det organisatoriske plan – og dermed ikke blot refererer til et meddelelsesmedium i interaktionssituationer. Det er således kommunikation som organisationens strategiske indsats - kommunikation om kommunikation - der er objekt i afhandlingens analyser – og ikke sundhedsprofessionelles konkrete kommunikation med patienten.

3.3 Strategisk kommunikation som hospitalets omdømmehåndtering

Inden for forskningen i sundhedsvæsnets organisering findes der en række overvejende institutionelle studier af sundhedsvæsnets, som mere eller mindre direkte adresserer hospitalernes kommunikative bestræbelser. Denne forskning fokuserer i udstrakt grad på de seneste årtiers reformer af sundhedsvæsnets i de nordiske lande. Med

baggrund i reformernes ændrede styringsbetingelser for hospitalerne (i form af New Public Management) undersøges betingelser for og konsekvenser af virksomhedsorientering på hospitalerne (Vrangbæk 1999, Nordgren 2003 & 2009, Sahlin-Andersson 2003, Vrangbæk & Østergren 2006, Byrkjeflot & Neby 2008, Vikkelsø & Kjær 2008, Johansson, Noren & Wikström 2010). Studierne identificerer fx det kombinerede fokus på marked og management (Bentsen 2000, Jespersen 2005). Denne udvikling afstedkommer en fremvækst af strategiske kommunikationsfunktioner i sygesektoren (Byrkjeflot & Angell 2007), som arbejder med branding og omdømme (Petersen 2005, Ihlen & Robstad 2004, Sataøen 2011, Solbakk 2011). Denne forskning er overvejende inspireret af nyinstitutionel organisationsteori (fx Røvik 1998, 2007, 2011) og analyserer den tætte kobling mellem strategisk kommunikation og ledelse under ændrede omverdensbetingelser (Byrkjeflot & Angel 2011). Relationen mellem den politiske styring og patienten som kunde diskuteres i lyset af hospitalernes institutionalisering af kommunikationsprofessionalisme, der forklares som udtryk for en stræben efter organisatorisk legitimitet og identitet (Byrkjeflot & Angell 2007, Wasén & Wickström 2009, Wæraas, Østhus & Solbakk 2008). Denne forskning er ikke mål-middel-orienteret, men omhandler ligesom denne afhandling institutionaliseringen af kommunikation som organisatorisk fænomen. Den nordiske forskning vægter ikke den strategiske kommunikations forbindelse til klinikken og patienten. Det synes forskningsmæssigt underbelyst, hvordan patienten sættes i spil i institutionaliseringen af kommunikation. Denne afhandling vil gennem etnografiske studier undersøge, hvordan patientkommunikation får kontur gennem strategier, aktørers arbejde og handlinger i hospitalsinterne rum.

3.4 Strategisk patientkommunikation - en interdisciplinær problemstilling

Afhandlingen placerer sig i udkanten af disse forskellige forskningsfelter. Min interesse retter sig mod at undersøge strategisk kommunikation med patienter som arrangement og udforske, hvad dette arrangement *gør* ved hospitalets organisering og relation til patienten. Med denne kerneinteresse finder jeg det nødvendigt at afsøge en anden teoretisk indgang til at belyse de empiriske fænomener i felten og specificere de analytiske objekter. Til dette arbejde henter afhandlingen teoretisk inspiration fra Foucault-receptionen (Foucault 1980 & 1991, Rose 1996b & 1999a, 1999b, Dean 2006) som giver analysestrategiske åbninger, der kan tilspørge selvfølgeligheder og få øje på, hvordan styring ikke udgår fra et bestemt sted i samfundet eller organisationen. Denne indfaldsvinkel til at forstå, hvordan patientkommunikation bliver til som strategisk organisatorisk fænomen, kombinerer jeg med indsigter fra den symbolske interaktionismes teori om sociale verdener (fx Strauss 1978, Strauss 1988, Strauss et al. 1997, Star 1991, Star 1994, Star & Strauss 1999) og udviklingen af denne inden for dele af feltet Science, Technology & Society Studies (fx Star & Griesemer 1989, Löwy 1992, Casper 1998, Haraway 2004, Latour 2005, Clarke 2003 & 2005, Clarke & Star 2008,). Disse analytiske tilgange viser, hvordan sociale verdener, objekter og fænomener ikke er statiske eller homogene entiteter. Virkeligheder udvikles og forandres i stedet i praksisser, hvilket diskuteres i STS-studier af det, der med en samlebetegnelse kaldes post-ANT (Gad & Jensen 2007, 2010) eller praktisk ontologi (Jensen 2010 – og fx Cussins 1996, Dugdale 1999, Mol 2002b, Thompson 2005 m.fl.). Analysestrategierne har her en stærk empirisk forankring i sociale mikroprocesser, der gør det muligt at undersøge og diskutere, hvordan antagelser, betingelser, relationer og virkeligheder bliver til og har effekter i forskellige praksisser og for forskellige aktører. I STS-feltet finder jeg også inspiration til at reflektere over disse praktisk forankrede tilblivelsesprocessers metodologiske implikationer (Hacking 1999, Riles 2000, 2006) - fx hvordan socialvidenskabelige studier som dette er medskabere af den sociale verden, som studeres. Med inspiration fra disse studier bidrager afhandlingen

samlet set med forståelse af, hvordan indførelse af kommunikation som professionelt virkefelt påvirker den organisatoriske orden – og hvordan patienten konfigureres i denne organisering.

For at kunne bidrage med sådanne analyser, er der imidlertid behov for at indkredse strategisk kommunikation med patienter som empirisk og analytisk objekt.

4 Forskningsfeltets fremkomst i en uklar kommunikationsstrategisk arena

Tiltag omhandlende patientkommunikation synes som sagt at være knyttet til forhåbninger om et bedre sundhedsvæsen, og en tro på at en række problemer og udfordringer i hospitalsvæsenet potentielt kan afhjælpes eller indfries med mere eller bedre patientkommunikation. Hospitalets kommunikation med patienter er både et prisme for en række forventninger i sundhedsvæsenet og samtidig et emergent felt, der er i gang med at blive institutionaliseret. Disse forhold gør det i mine øjne umuligt på forhånd teoretisk eller empirisk at afklare, hvad strategisk patientkommunikation er. Ud over forestillinger om kvantitet (mere) og kvalitet (bedre) kommunikation med patienter, er det relativt uklart, hvad begreberne 'patient' og 'kommunikation' og deres kombinatorik er svar på eller refererer til: patientinvolvering, en styrket koordinering i patientforløb, patienttilfredshed, bedre behandlingskvalitet og -resultat eller organisatorisk effektivisering og positionering? Forbindelsen mellem 'patient' og 'kommunikation' ser ud til at indgå i eller i sig selv udgøre en multiløsning i relation til en række temaer. 'Patientkommunikation' fremstår som et tomt begreb, der overhældes af forskellige betydninger.

4.1 En eksplorativ søgen efter et analytisk objekt

Den teoretiske og empiriske uklarhed om, hvad patientkommunikation er og bliver gjort til, betyder, at formgivningen af det analytiske objekt har bevæget sig gennem tre overordnede indsnævring: 1) en standardiseret interviewundersøgelse af kommunikationsfunktioners arbejde på danske hospitaler 2) en kvalitativ, etnografisk empirigenerering med henblik på en analyse af to hospitalers arbejde med strategisk kommunikation – og 3) et dybdegående casestudie af kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' og dets implementering inden for det obstetriske speciale.

Planlægningen og gennemførelsen af feltarbejdet blev påbegyndt i efteråret 2007, foregik primært frem til efteråret 2008 og blev afsluttet i efteråret 2009⁵.

Jeg deltog tidligt i projektførelsen i en undersøgelse af kommunikationsafdelinger på ti hospitaler i Danmark⁶. Undersøgelsen tydeliggjorde, at kommunikationsarbejdet er et ekspanderende arbejdsområde⁷. Dette empiriske materiale peger imidlertid på, at strategisk patientkommunikation er et fleksibelt og diffust begreb, der refererer til en række forskellige betydninger og praksisser, hvor patienter og borgere fremhæves som vigtige målgrupper (fx samtaler med patienter, informationsmateriale til patienter i pjeceform og på internettet samt indirekte gennem pressearbejde og profilerings-tiltag). Interviewundersøgelsen var en måde at få faktuelle informationer om kommunikationsarbejdets udbredelse på feltniveau. Materialet havde imidlertid ikke de nuancer, der kunne bringe mig nærmere det analytiske objekt.

Jeg fortsatte derfor med empirigenerering på to større hospitaler i hovedstadsområdet, hvor jeg afsøgte, hvilke patientorienterede tiltag, der pågik eller var i støbeskeen. Jeg undersøgte kommunikationsafdelingernes arbejde, deres samarbejde med de sundhedsprofessionelle, observerede klinikeres konsultationer med patienter og indsamle-

⁵ Jf. Bilag 1 for en oversigt over empiriindsamlingen.

⁶ I regi af Center for Health Managements foretog vi en kvalitativ interviewundersøgelse med semi-strukturerede interviews med forskellige repræsentanter for kommunikationsafdelinger på danske hospitaler.

⁷ I et studie i 2005 angav 16 ud af 22 adspurgte hospitalsledelser i en spørgeskemaundersøgelse, at de har ansat en eller flere informations- og kommunikationsmedarbejdere (Baseline-studiet kortlagde sundhedsvæsenets struktur før Strukturreformens implementering - jf. Borum, Kjær & Strandberg-Larsen 2006). Knapt tre år senere angiver 10 ud af 10 adspurgte hospitaler, at de alle har medarbejdere dedikeret til kommunikationsopgaver, og de to hospitaler, hvor jeg udfører feltarbejde, kan samtidig bekræfte, at der gennem de seneste år er blevet ansat stadig flere kommunikationsmedarbejdere. Kommunikation udgør ifølge det samlede materiale fra de 12 hospitaler et bredt arbejdsfelt, der både dækker over udadrettede opgaver, organisationsinterne opgaver, samt opgaver af både strategisk planlæggende og praktisk udførende karakter. Arbejdsfeltet omfatter fx pressekonkter, udvikling af præsentationsmateriale, udvikling af hjemmesider og tværororganisatoriske projekter i fx regionsregi, og indadrettede opgaver såsom kommunikation af ledelsesbeslutninger, produktion af personaleblade og intranet samt konsulent- og uddannelsesopgaver i forhold til kommunikatorer på afdelingsniveau.

de dokumentmateriale. Her - og via informationer fra en række andre danske hospitaler - fandt jeg, at institutionaliseringen af strategisk kommunikation på forskellige hospitaler i store træk strukturelt planlægges og udføres på lignende måder og med tilsvarende metoder. Forskellige hospitalers måde at arbejde med patientkommunikation på blev overvejende givet form gennem centrale styringsforsøg fra kommunikationsafdelingens dokumenter fx strategier, politikker, standarder, skabeloner, vejledninger og værktøjer til at udarbejde analogt og digitalt skriftligt informationsmateriale til patienter.

I empirisk forstand var 'strategisk kommunikation orienteret mod patienter' på dette tidspunkt et emergent felt i en konsolideringsfase. Jeg begyndte derfor at lede efter interessante empiriske cases, hvor sammenføjnningen af 'patient' og 'kommunikation' fandt sted, så jeg kunne undersøge emnet detaljeret i praksis. Inspireret af indsigter fra Science Technology Society Studies (STS) om performative effekter af organisatoriske programmer og de teknologier, de iværksætter (jf. kapitel 2), blev jeg nysgerrig på at udforske, hvad 'patientkommunikation' handler om, hvad dette fleksible begreb bliver gjort til, hvordan det italesættes og iværksættes konkret i hospitalets rum. Uklarheden i og omkring 'strategisk patientkommunikation' kunne måske forklares med, at emnet som sådan var et organisatorisk sammenføjningssted på flere måder – både mellem patient og system, mellem information og kommunikation og mellem fagligheder (kommunikationsfaglighed og sundhedsfaglighed).

I de følgende afsnit forklarer jeg, hvordan kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' og dets implementering inden for det obstetriske speciale blev den case, min afhandling analyserer.

4.2 Det kliniske nedslagspunkt: obstetrikkens patientkommunikation

På baggrund af det ubestemmelige begreb om patientkommunikation og projektets ledetråd om at finde ud af, hvad patientkommunikation blev gjort til i praksis, besluttede jeg at præcisere et bestemt klinisk felt som nedslagspunkt, hvor jeg kunne følge patientkommunikationens tilblivelse. Hospitalets arbejde vedrørende patientkommunikation med gravide, fødende og barslende opstod som et interessant klinisk område at koble projektet til. Obstetrikkens patienter: gravide, fødende og barslende blev af hospitalernes kommunikationsafdelinger ofte fremhævet som et særligt spydspidsområde i mine indledende møder med felten⁸. Valget af klinisk empirisk kontekst faldt derfor på dette privilegerede sted for hospitalskommunikation. I tråd med Flyvbjergs argumenter for strategisk valg af case (Flyvbjerg 2006:229-232) fandt jeg det interessant at lave analytiske nedslag i et empirisk område, som felten selv fremhæver som anderledes og samtidig befinder sig på kanten af kategorierne. Den gravide, fødende, barslende kvinde, forældreparret og deres barn befinder sig i udkanten af patientkategorien (jf. noten ovenfor for empiriske eksempler på klassifikationer af patientgruppen som særlig), og kommunikationsarbejdet i relation til obstetrikken er et sted, hvor patientkategorierne grænser op til idéen om patienten som bruger og forskellige variationer over denne forestilling. I min empiriindsamling stødte jeg også på en række eksempler på obstetrikken som spydspidsområde inden for patientkommunikation: fx tiltag med nedsættelse af indlæggelsestiden og færre jordemoderbesøg, hvilket affødte organisatoriske indsatser dels vedrørende koordinering og forbedring af den allerede store mængde skriftlig information til gravide, fødende og barslende og dels res-

⁸ I interviews fremhæves de gravide som en særlig privilegeret og ressourcerstærk patientgruppe. Patienten har her en særlig status i udkanten af kategorien patient, idet hun som udgangspunkt ikke er syg. Graviditet er i stedet som udgangspunkt et aktivt tilvalg set i lyset af de aktuelle abort- og præventionsmuligheder og stigende fertilitetsproblemer. Gravide beskrives endvidere som en yngre patientgruppe, der er ekstra opsøgende over for information, hvorfor kommunikationstiltag med fordel kan afprøves og udvikles inden for obstetrikken.

sourcebesparende auditorieinformationsmøder til gravide⁹. Valget af klinisk fokus affødte en ny runde af empirigenerering, hvor jeg fx fulgte samarbejdet mellem kommunikationsmedarbejdere og sundhedsfaglige medarbejdere, mens de udarbejdede informationsmateriale til de obstetriske afdelinger¹⁰.

4.3 Casen 'Patientens Perspektiv'

Min indledende afsøgning af forbindelser mellem strategisk kommunikation og patient i forskellige organisationer og praksisser gjorde det klart for mig, at afhandlingen med fordel kunne baseres på et case-studie, hvor jeg kunne følge objektet 'patientkommunikation' som praksis i hospitalet. Kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' dukkede op som en nuanceret og oplagt case på et af de to hospitaler, hvor jeg havde adgang og kontakter. Kommunikationsprogrammet stod ved empiriindsamlingens begyndelse i efteråret 2007 for at skulle implementeres på hele hospitalet, og strategiplanen for de næste to års arbejde med patientkommunikation i 'Patientens Perspektiv' var netop udarbejdet. Jeg havde adgang til dokumenter, hvor arbejdet med 'Patientens Perspektiv' blev planlagt, samtidig med at jeg kunne følge nogle af de aktiviteter, som blev igangsat i implementeringen i hospitalets obstetriske afdelinger, som jeg havde valgt som klinisk fokusområde. Ud over at casen i kraft af

⁹ Andre relaterede eksempler på obstetrikken som kommunikativt spydspidsområde er teknologiske tiltag som fx webbaseret booking af skanningstider og informerede valg ved indføring af ny skanningsteknologi (jf. Schwennesen 2011) samt pilot-projekter med elektronisk svangrejournal (jf. Winthereik 2008, Johannsen 2009).

¹⁰ Via observation fulgte jeg også forløb med auditoriebaserede informationsmøder på hospitalet henvendt til gravide og deres partnere. Desuden foretog jeg en række interviews med en kvalitetsansvarlig jordemoder sideløbende med, at jeg over to uger dagligt observerede forskellige jordemødres arbejde i konsultationen med de gravide. Med henblik på at få inspiration til problematikker i felten opsøgte jeg også hospitalseksterne organisationer såsom en privat fødeklinik og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Jeg interviewede disse aktører om deres forståelser af og arbejde med patientkommunikation. (jf. Bilag 1: Empiroversigt).

sin tematik og organisatoriske placering forekom mig indholdsmæssigt relevant¹¹, var den også processuelt interessant, idet jeg fik mulighed for at følge et projekt og dets værktøjer, som endnu ikke var fuldt udviklet og implementeret. Det åbnede muligheden for at studere, hvordan mødet mellem projektet og dets organisatoriske kontekst udviklede sig – og hvordan mål og midler i projektet blev konstrueret i overgangen fra planlægning til implementering.

I feltarbejdet fulgte jeg 'Patientens Perspektiv's' strategiske og operationelle dokumenter og projektets implementeringsrejse i organisationen: fx ved møder mellem sundhedsfaglige og kommunikationsprofessionelle, samtaler med en række aktører, der var i berøring med kommunikationsprogrammet; kommunikationskonsulenter, grafikere, sygeplejersker, jordemødre, læger, ledere såvel som medarbejdere inden for de forskellige fagområder.

Foranlediget af en række kritiske artikler i danske aviser, hvor patienters dårlige erfaringer og oplevelser på hospitaler blev debatteret, besluttede hospitalets topledelse i 1998 at gøre patientkommunikation til et særligt strategiområde (jf. Plan:2). Formuleringen af strategiområdet 'Patientens Perspektiv' tager afsæt i denne kløft mellem patienternes forventninger og hospitalets ydelser, hvor organisationen responderer på patienters dårlige oplevelser som et spørgsmål om 'dårlig kommunikation' snarere end 'dårlig behandling'. "Det tager 6 år at blive læge. Du bliver patient på et øjeblik. Derfor er kommunikation en hjertesag på hospitalet". Sådan lyder et af hospitalets slogans, som en plakat på væggen præsenterede mig for ved mit første besøg i kommunikationsafdelingen. Problemet, der skal løses, synes at være patienternes dårlige

¹¹ Casen var på baggrund af interviewundersøgelsen og de indledende empiriske afsøgninger på dette tidspunkt efter min vurdering det mest avancerede forsøg på at arbejde strategisk med patientkommunikation i en dansk kontekst.

oplevelser. Med 'Patientens perspektiv' indrammes dårlige oplevelser som forståelses- og forklaringsproblemer i mødet mellem patient og hospital.

Mødet med hospitalets kommunikationsprogram 'Patientens Perspektiv' affødte to interessante og sammenhængende opmærksomhedspunkter, som blev afgørende for de analytiske valg i forskningsprojektet. Jeg beskriver derfor casen gennem denne undren vedrørende den empiriske brug af begreberne patient og kommunikation:

4.3.1 Patientperspektiver uden patienternes perspektiv?

Min umiddelbare forventning var, at et kommunikationsprogram med titlen 'Patientens Perspektiv' overvejende ville bestå af aktiviteter, som inddrog patienterne i forsøget på at forstå deres perspektiver, for derpå at integrere patientperspektiver i det strategiske arbejde med kommunikation. Under udforskningen af programmet blev det imidlertid tydeligt for mig, at den konkrete patient var mere eller mindre fraværende i det kommunikationsstrategiske arbejde¹². Patienten optrådte sjældent eller aldrig *in persona*. Der var idéer og idealer om at lave fx fokusgrupper med patienter, men disse og andre patientinddragende aktiviteter blev mig bekendt ikke realiseret. Patienten var dog ikke fraværende. Derimod fremstod patienten som en figur, der løbende optrådte som argument for forskellige initiativer, planer, standarder og inter-

¹² Der er dog fire marginale eksempler på patientinvolvering, som jeg er bekendt med i kommunikationsprogrammet:

- Der indgår citater fra interviews med to 'ekspertpatienter' (Håndbogen:21 & 23).
- Sundhedsfaglige medarbejdere opfordres til at interviewe og afprøve skriftligt materiale på konkrete målgrupper (Håndbogen:4).
- Kommunikationsafdelingen foreslår "patientinterviews som forresearch" og "tilfredshedsundersøgelse" i forbindelse med "udvikling af nye koncepter inden for patientinformation" – dvs. gruppinterviews med patienter før og efter de har modtaget informationsmateriale. "Med de nuværende ressourcer, kan afdelingen kun nå at lave to gruppeinterview med udvalgte patienter i løbet af 2007. Det sker i forbindelse med konkrete udgivelser. Planen er at arbejde videre med dette område" (Plan:11). Disse gruppeinterview blev imidlertid ikke gennemført.
- Fem små film med temaet 'Lyt til patienterne' rettet mod det kliniske personale. I filmene interviewes patienter om deres oplevelser og erfaringer med kommunikation på hospitalet (Plan:13). Filmene blev vist på hospitalets intranet, men den opfølgende kampagne, hvor målet var en ny film ugentligt ikke udført.

ventioner i det sundhedsfaglige arbejdsfelt. Denne empiriske overraskelse førte undervejs til, at jeg bevægede min analytiske interesse væk fra patientens konkrete møde med hospitalets kommunikation, for i stedet at følge kommunikationsprogrammets praksis og undersøge, hvordan forskellige forståelser af patienten blev konstrueret i arbejdet med kommunikation. I dette følgeskab mødte jeg ingen patienter *in persona*.

4.3.2 *Kommunikation som informationsprodukter*

Temaet patientkommunikation i hospitalsvæsnet vækker *common sense* forventninger om, at emnet omhandler, hvordan sundhedsprofessionelle og patienter *taler* sammen. En forundret iagttagelse i mødet med kommunikationsprogrammet var imidlertid, at programmet var indrammet af og distribueret som tekstlige dokumenter, og målsætningen var at producere skriftligt informationsmateriale til patienter. Dermed viste programmet sig i høj grad at være præget af indsats vedrørende envejsinformation frem for dialogisk kommunikation. Kommunikationsindsatsen er i de strategiske dokumenter overvejende knyttet til dynamiske idealer om dialog, ligeværdighed og udveksling. Ikke desto mindre er de konkrete handleplaner og den daglige organisatoriske praksis primært orienteret mod produktionen af pjecer til patienter. *Kommunikationsindsatsen* omformes herved til at omhandle produktion af *informationsprodukter*.

Den strategiske kommunikationsindsats synes at være udspændt mellem forskelligt rettede interesser. På den ene side kalder organisatoriske visioner om individualiseret, tilpasset, dialogisk kommunikation på patientinddragende aktiviteter, hvor den enkelte patient er i centrum. På den anden side findes fx kvalitetssikringsparadigmet, og dets medfølgende behov for at synliggøre og kunne måle kommunikation og patienters tilfredshed. Dette fordrer en organisatorisk infrastruktur med klare standarder, som middel til at styrke, styre og måle kommunikativ produktion og kvalitet. Individualiseringsidealene knytter primært an til den mundtlige kommunikation i konkret interaktion, hvor idealerne om standardisering derimod er tæt knyttet til dokumentati-

on og skriftlighed. Kommunikationsstrategiske arbejde i 'Patientens Perspektiv' iværksætter den skriftlige information og standardiseringsbestrebelse knyttet hertil.

4.3.3 Det programmatisk kommunikationsprogram

Dokumentmaterialet fra hospitalet beskriver 'Patientens Perspektiv' med skiftende betegnelser; nogle gange som "strategiområde", "indsatsområde", "projekt" og gennem interviews, observationer og e-mails omtales 'Patientens Perspektiv' som synonym for "Patientforlaget". Betegnelsen 'kommunikationsprogram' er min analytiske samlebetegnelse, som sigter mod at tydeliggøre, at afhandlingen omtaler dokumenterne, visionerne, aktiviteterne og produkterne som en helhed – om end det udgør en heterogen samling af organisatorisk arbejde. Samtidig understreger betegnelsen det analysestrategiske blik for det *programmatisk* i programmet. Interessen for det programmatisk refererer til Foucaults præferencer for programmatisk tekst (Kendall & Wickham 2004:144, Clarke 2005: 184), dvs. tekster der udfolder visioner, eller nye måder hvorpå problemer og løsninger konceptualiseres.

At se 'Patientens Perspektiv' som et kommunikationsprogram rejser spørgsmål som: Hvordan konceptualiseres problemer og løsninger i kommunikationsprogrammet? Hvad sker der, når umiddelbart tilforladelige og velmente indsatser for mere patientrettet sprog og kommunikation konstrueres og distribueres i organisationen? Hvordan formes og omformes en konsensuspræget retorik om kommunikation og patientcentering i organisatoriske forhandlinger? Og hvilke kommunikationsaktiviteter eller -produkter resulterer indsatsen i?

I analyserne interesserer jeg mig for de måder, hvorpå både kommunikation og patient rekonfigureres, og hvordan samarbejdet mellem kommunikationsprofessionelle og sundhedsfaglige medarbejdere praktiseres. Kommunikation og patient træder frem som centrale objekter, der er med til at definere de udfordringer, hospitalet står over – og som samtidig iværksættes som en del af løsningen på problemerne.

4.4 Det analytiske objekt i den kommunikationsstrategiske arena

Case-valget indebærer også en række fravalg, og definitionen af det analytiske objekt redigerer den empiriske virkelighed - en selektiv opmærksomhed, hvor analysen stiller skarpt på bestemte aspekter (Hastrup, 2004:10). Det analytiske objekt *hospitalets strategiske tilgang til kommunikation med patienter* undersøges via casen som *organisatorisk* fænomen – og dermed hverken som sundhedspolitisk diskurs på nationalt niveau¹³ eller konkret møde mellem patient og hospital¹⁴. Diskursanalyser af policy-dokumenter og mikrosociologiske analyser af patientens møde med systemet udgør to skalaer i undersøgelsen af patientkommunikation, som er forskningsmæssigt belyst fra flere perspektiver. I sociologien indsnævres mødet mellem patient og system ofte til læge-patient interaktion i konsultationen, men mødet mellem patient og system foregår og tilrettelægges en række steder, som også er værd at undersøge (Svenningesen 2004:68, Atkinson 1995:31). Forskning i hospitalers *organisering* af strategisk arbejde med patientkommunikation er fraværende (jf. afsnit 3). Afhandlingens analysesdesign gør det muligt at undersøge organisering i hospitalets rum – mellemrummet mellem national diskurs (marked & statslig styring) og konkrete patientmøder. Som organisatorisk arrangement rammer denne tilgang til patientkommunikation ind i et udforsket empirisk felt, der med afsæt i et casestudie (se kapitel 3 - afsnit 2.2) kan bidrage til at forklare, hvordan *organisering* af mødet mellem patient og hospital tilrettelægges og forhandles. Afhandlingen beskriver dette organiseringsarbejde og inviterer til videre forskning i organisatorisk tilrettelæggelse og forhandling af kommunikation med patienter.

¹³ Larsen (2005) analyserer livsstilsregulering og forebyggelsespolitik i danske og amerikanske sundhedspolicies. Pedersen (2008, 2010) analyserer patientens rolle i danske statslige dokumenter fra 1970'erne frem til strukturkommissionen 2004 (jf. også Kjær & Pors (2010). Her identificeres øget betydningsladning omkring patienten, som korrelerer med min analyse af tilstedeværelsen af en række patientfigurer (særligt afhandlingens kapitel 4).

¹⁴ I en dansk kontekst eksisterer der en række sociologiske analyser af kommunikative problemstillinger i konkrete møder mellem borger og system, (jf. afsnit 3.2 vedr. interessante mikro- og kultursociologiske analyser af fx konsekvenser af styringslogik i lyset af NPM).

5 Forskningsspørgsmålet udfoldet

På baggrund af overvejelserne over problemstilling og den eksisterende forskning samt afhandlingens tilgang til empiri, case og analyse er jeg rustet til udførligt at beskrive afhandlingens overordnede forskningsspørgsmål: *Hvordan iværksætter og håndterer hospitalet kommunikation med patienten som organisatorisk opgave?* Denne måde at spørge på, trækker nødvendigvis en række analytiske valg med sig, som jeg vil klargøre ved at tage fat i spørgsmålets enkelte dele.

Iværksættelse udgør forskningsspørgsmålets modus – med dette begreb rettes analysen mod effekter af organisering. At undersøge tematiseringen af kommunikation med patienter som måder at iværksætte på, er en bevægelse væk fra en repræsentationel logik og hen imod en performativ forståelse af praksisser i det empiriske felt og forskerens relation til dette felt. At iværksætte udgør en handling: at sætte i værk er at sætte en forskel og tilføje noget, der ikke var der før.

Der er en flertydighed i begrebet om iværksættelse, som knytter an til felten på en konstruktiv måde. Iværksættelse går hånd i hånd med *håndtering* – det er en måde at ordne virkeligheden. Med iværksættelse vil jeg derudover understrege to aspekter. De kommunikationsprofessionelles entré i hospitalet betyder, at de er en iværksætterprofession, der skal opdyrke et virkefelt i organisationen gennem diagnostik af nye problemer og samtidig tilbyde løsninger på allerede eksisterende problemer. Kommunikationsmedarbejdernes arbejde udgør en form for kreativ diagnostik på relationen mellem hospital og patient, hvor de som sociale entreprenører i organisationen skal arbejde for bedre og mere kommunikation mellem organisation og patient.

Begrebet om iværksættelse spiller også på den betydning, at kommunikation sættes i værk, omsættes til konkrete materielle semiotiske værker; fx politikker, planer og informationsmaterialer til patienter. Information til patienter iværksættes som lokale, specifikke, konkrete kommunikationsstrategiske produkter i form af pjecer, der udfolder og genskaber den organisatoriske virkelighed og dermed producerer organisering. Disse dokumenter og kommunikationsprodukter er derfor privilegerede kilder til

at få indblik de forbindelser, der etableres mellem patient og sundhedsvæsen, borger og stat i hospitalets kommunikation.

Kommunikation med patienter som *organisatorisk opgave* peger på, at enkeltstående relationelle kommunikationshandlinger ikke bare er et personligt, individuelt eller sundhedsfagligt anliggende, men en social organiseringspraksis. Kommunikation er ikke et særskilt rum, man kan træde ind og ud af, men en allestedsnærværende del af organisationen, der skal arbejdes strategisk med.

Med *hvordan* som spørgsmålets afsæt, rettes den analytiske opmærksomhed mod processuel organisering og trækker samtidig på en forforståelse af, at strategiarbejde er værd at undersøge. Den bagvedliggende præmis for forskningsspørgsmålet er således, at selve *oversættelsen* fra strategi til praksis altid er problematisk, hvilket medfører, at det bliver vigtigt at forstå, *hvordan* den foregår. Udgangspunktet er, at strategiarbejde baserer sig på kløfter mellem organisatoriske visioner og organisatorisk kapacitet, mellem planlægning og implementering, som relaterer sig til aktuelle problemer og forhåndenværende løsningsmuligheder. Ved at følge kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' undersøger jeg, hvordan disse kløfter produceres, og hvordan problemer og løsninger forskydes i organisatoriske praksisser.

Forskningsspørgsmålet inkluderer *hospitalet* som aktør, hvilket skal understrege, at analyserne hverken tager afsæt i patientens mikroperspektiv eller udgangspunkt i markedets eller den statslige styring. I stedet forstår jeg patientkommunikation som et processuelt arrangement, der foregår flere steder i hospitalets rum - og derfor ikke på forhånd kan lokaliseres.

Kommunikation med patienten må således undersøges indlejret i organisatoriske sammenhænge, hvor patientkommunikation gøres til del af forskellige dagsordner. Patienten udgør forskellige *figurer* snarere end at være aktør i konkrete møder med hospitalet.

Afhandlingen analyserer, hvordan integrationen af den strategiske kommunikation i hospitalets rum skaber nye relationer. Internt skal en ny profession konsolidere sig og etablere kommunikation som virkefelt. Gennem det organisatoriske arbejde med at forhandle faggrænser omkring kommunikation kommer hospitalets relationer til patienten i spil, og patienten optræder som en figur, der adresseres på forskellige måder. Analyserne undersøger antagelser og effekter, som iværksættes omkring patientkommunikation og udforsker, hvordan professionalisering af kommunikation omformer den organisatoriske orden. Det afføder forskellige spørgsmål, som afhandlingens samlede analyse besvarer gennem tre analytiske kapitler.

I analysekapitlet *Patientfigurer som styringsredskab i hospitalets kommunikationsstrategi – analyse af kommunikationsstrategiske dokumenter* undersøger jeg, hvordan patienten defineres og positioneres som figur i kommunikationsstrategiske dokumenters visioner og opskrifter på forbedrede kommunikationspraksisser.

I *Sund fornuft og sundhedsfaglighed – patientkommunikation som forhandling af organisatorisk orden* spørger jeg til, hvordan kommunikation med patienter arrangeres strategisk og forhandles i praksis mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere.

I *Iværksat kommunikation – analyse af et informationsmateriale til patienter* lyder spørgsmålet: hvordan repræsenteres organisering og relationen til patientfiguren i et kommunikationsprodukt henvendt til patienten?

Kommunikationsliggørelse er afhandlingens diagnostiske samlebetegnelse for det organisatoriske fokus på den allestedsnærværende information, kommunikation og vidensudveksling. Begrebet antyder, at analysens interesse retter sig mod, hvordan det målrettede arbejde med kommunikation fungerer og udbredes som et særligt organisatorisk fænomen. Analysens interesse er de måder, hvorpå kommunikation gøres til løsninger, og hvordan det omformer praksis og patientforestillinger.

I afhandlingens case forsøger hospitalet at organisere strategisk kommunikation som standardiseret infrastruktur og distribueret arbejdsfelt, hvor det kommunikative fokus implementeres som informationsopgaver. Her analyserer jeg, hvordan professionaliseringen af kommunikation ikke bare integrerer en ny faglighed i hospitalet, men samtidig etablerer nye samarbejdsformer og sammenstød mellem forskellige fagligheder, og mellem teori og praksis. Analysen fremlægger, hvordan patientfiguren optræder på forskellige måder i disse aktiviteter. Afhandlingen undersøger således både, hvordan der skabes rammer for kommunikationsarbejde, hvordan dette samarbejde udøves, og hvordan patienten konfigureres i strategi, arbejdsproces og i de kommunikationsprodukter, der udvikles.

6 Patientens fravær & forskningsprojektets politik

Projektets fokus har – særligt på et punkt - været udfordrende at forklare og forsvare over for såvel forskerkolleger som informanter og omverden i det hele taget. Patientfiguren er et af afhandlingens helt centrale begreber og empiriske omdrejningspunkter, men samtidig inddrager jeg ikke empiri, hvor patienter er informanter i mine analyser. Hvordan hænger det sammen? Reproducerer afhandlingens analyser herved kommunikationsprogrammets (dis)kurs, hvor patientens interesser overvejende baseres på andre kilder end patienterne selv? Jeg vil argumentere for, at det ikke er tilfældet – primært fordi patientens interesse er andet og mere end at blive konkret inddraget. At varetage patientens interesse er også at kaste lys over de organisatoriske infrastrukturer og processer, der er utilgængelige for patienten (Svenningsen 2004: 67 ff).

Patientens position i hospitalsvæsnet er af helt central betydning. Patienten lægger krop og sjæl til hospitalets kerneydelse. Patientens møde med hospitalet er pr. definition befængt med en række ubehageligheder: fysiske undersøgelser, psykisk uro og ventetid, mulige diagnoser og behandlinger såvel som manglende muligheder og afmagt. Som patient er man udsat, må lægge noget af sig selv i andres hænder – såvel bogstaveligt talt som i overført betydning. Der eksisterer som nævnt en omfattende litteratur, der beskriver og analyserer disse møder. I samtidens sundhedsvæsen foregår der imidlertid også en række aktiviteter, som arbejder med de organisatoriske infrastrukturer, der skaber betingelser for mødet mellem patient og sundhedsvæsen. Jeg finder det forskningsmæssigt interessant at se nærmere på de faktorer i hospitalets organisering, som er med til at forme mødet mellem patient og hospital. Det strategiske arbejde med patientkommunikation er i høj grad optaget af at beskrive og positionere patienten på forskellige måder – både gennem tilrettelæggelse af infrastrukturer for kommunikation og information og gennem de konkrete kommunikationsprodukter, som udvikles med hjælp fra programmets værktøjer. Her i kulisserne af det konkrete møde med hospitalet mobiliseres og involveres patientfiguren gennem udvikling af standarder og diskussioner mellem faggrupper. Ved at fokusere på disse orga-

nisatoriske processer, som ellers er usynlige for patienten og ubeskrevne i forskningslitteraturen, gør analyserne noget andet end at reproducere kommunikationsprogrammet. Afhandlingens analyser sætter netop fokus på både det usynlige, strategiske arbejde, der foregår omkring definitionen af patienten og behandlingsforløbets praksisser - og de synlige kommunikationsprodukter, patienten mødes med.

Gennem mit tidligere arbejde som kommunikationsrådgiver i hospitalsvæsnet erfarede jeg, hvordan strategisk kommunikation med patienter var en selvfølgelighed uden eksplicite modstandere, som indgik i forskellige interessers kampe om retten til at definere patienten, og hvad der er organisationens kerne og hjerte. Patientkommunikation rammer samtidig ind i problemstillinger angående ressourcer og nye betingelser for styring på markedsvilkår i sundhedsvæsnet. Disse emner er i mine øjne relevante for alle samfundsmedlemmer - herunder patienter såvel som potentielle patienter. Mine erfaringer gjorde mig interesseret i at undersøge det paradoksale ved, at der på den ene side er retorisk enighed om, at patientkommunikation er en selvfølgelig positiv kategori – mens der på den anden side foregår en kamp i kulisserne, hvor patienten er middel for forskellige interessers mål. At dykke ned i temaet patientkommunikation og udforske forskellige praksisser og betydninger er således en måde at producere viden om, hvordan patienten defineres, mobiliseres, behandles og er genstand for forhandling. Samtidig bidrager denne viden til at stryge selvfølgeligheder mod hårene. Den strategiske patientkommunikation forklares ofte som formidling for at forbedre patientens situation og oplevelse – for patientens skyld. Kommunikationsliggørelse er dermed også naturaliserings- eller legitimeringsprocesser fyldt med 'det uimodsigeligt godes politik', hvor effektiviseringsbestrebelse, kvalitetsforbedringer, humanisering af hospitalets kliniske og patientfremmede verden væves sammen på en uklar måde. Og disse selvfølgeligheder fortjener analytisk opmærksomhed for at kunne nuanceres. Det betyder ikke, at min afhandling er en afsløring af magtfulde skjulte intentioner. Derimod ser jeg magt og aktørers positioner som effekter af en række komplicerede mekanismer i hospitalsorganisationen og dens samspil med den

øvrige verden. Min undersøgelse er en empirisk forfølgelse af, hvordan virkelighed – og herunder magt - bygges op i en organisation præget af forskellige professioner og deres tilhørende ontologier. Her er patientkommunikation en formgivende og positivt konnoteret følgesvend til en række organisatoriske temaer. Analyserne dykker ned i disse temaer og undersøger fx: Hvad er på spil i kommunikationspolitikken, og hvilke positioner placeres patienten i? Hvilke forståelser af den gode kommunikation dukker op, og hvilke dagsordner hænger de sammen med? Hvad sker der, når en ny faglighed søger at manifestere sig og gribe ind i eksisterende organisatoriske praksisser? Hvilke forståelser af patient og organisering kommer til udtryk i et kommunikationsprodukt, som er blevet til på de kommunikationsstrategiske vilkår? Det er i patienters interesse at få viden om, hvordan forskellige forestillinger om patienten er med til at styre deres handlemuligheder – og samtidig i samfundets interesse at få belyst, hvordan organisationers arbejde påvirkes af en strategisk tilgang til kommunikation mellem borger og stat.

7 Afhandlingens struktur

KAPITEL 1 har introduceret til iværksættelse af kommunikation, som afhandlingens overordnede tematik. Analysen placeres i et interdisciplinært forskningsfelt. Det analytiske objekt, casen 'Patientens Perspektiv', forskningsspørgsmålet og forskningspolitiske overvejelser udfoldes.

KAPITEL 2 samler teoretiske ressourcer til at forstå strategisk kommunikationsarbejde som performativt arrangement og perspektivistisk praksis, der har organiserende effekter. Organisationssociologisk teori og analytik gør det muligt at analysere de sammenhænge af dokumenter og interaktioner, hvori strategisk kommunikation med patienter produceres.

KAPITEL 3 udgør afhandlingens metodiske overvejelser over feltet som performativ konstruktion. Empirigenerering og -behandling beskrives relateret til dokumentstudier, observationer og interviewsamtaler. Med kritiske refleksioner over forskningsarbejdets håndtering diskuteres jeg problematikker i relationen mellem forskningspraksis og det empiriske felt.

KAPITEL 4 analyserer dokumenter i kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' og viser, hvordan bevægelsen fra kommunikationspolitik til -planlægning omformer kommunikationsidealer og fokuserer på organisationens styrbare kommunikation i form af informationsmaterialer til patienter. Patientfiguren analyseres som et kommunikationsstrategisk styringsredskab, der kan generere effektivisering af hospitalet.

KAPITEL 5 analyserer samarbejdspraksisser om patientinformation, hvor patientens perspektiv er udspændt mellem organisatoriske interesser. Forhandlinger om repræsentation af hospitalets arbejde og patientrelationer udfolder sig som kontroverser om og håndtering af organisatorisk orden.

KAPITEL 6 analyserer et informationsmateriales virkelighedskonstruktion. Her undersøger jeg, hvordan organiseringsidealer, versioner af patientforløb og patientfiguren træder frem i et produkt adresseret til patienten.

KAPITEL 7 samler afhandlingens analyseresultater, bidrag samt praktiske implikationer og diskuterer disse.

KAPITEL 2: Teoretiske perspektiver på & i kommunikationsarbejde

1 Introduktion

Dette kapitel handler om afhandlingens brug af teori. Kapitlet falder i tre dele, som forholder sig til teori på forskellige måder. Ambitionen er at samle teoretiske ressourcer, der kan bidrage til forståelsen af strategisk kommunikationsarbejde som et performativt arrangement.

Første del af kapitlet er en positionering af afhandlingens erkendelsesinteresse. Jeg tager afsæt i en Foucault-inspireret problematisering af det selvfølgelige, og med teoretiske ressourcer fra Science Technology & Society Studies (STS) lægger jeg op til en empirisk undersøgelse af, kommunikationsarbejde som perspektivistisk praksis, og organiserende effekter heraf.

I anden del af kapitlet introducerer jeg konkret teori om sociale verdener og situationel analyse, der kan anvendes til at forklare de sammenhænge, hvori strategisk kommunikation produceres og foldes ud. Organisatoriske dokumenter indtager her en central plads, som jeg introducerer teoretisk.

I tredje del af teorikapitlet fremlægger jeg mine to analytiske begreber: patientfigur og social organiseringsteknologi, der gennem afhandlingen er ledetråde til at forstå hospitalets håndtering af strategisk kommunikation.

Teorikapitlet bevæger sig på et overordnet og introducerende plan. Mine teoretiske overvejelser udfoldes mere specifikt i introduktionerne til afhandlingens tre analysekapitler, hvor jeg præciserer det arbejde, som de forskellige teoretiske ressourcer udfører i de konkrete analytiske sammenhænge.

2 Problemativering af perspektivisme i praksis

Kapitlets første del består af overvejelser, hvor jeg klargør afhandlingens overordnede teoretiske ståsted og diskuterer nogle af de implikationer, som det har for afhandlingens analytik. Jeg introducerer, hvordan teori kan bidrage til at få øje på problemstillinger og tilspørge selvfølgeligheder i det empiriske felt. Med ressourcer fra Science Technology & Society Studies (STS) indrammer jeg dernæst en socialkonstruktivistisk problemstilling i min undersøgelse af kommunikationsprogrammet. Programmets perspektivistiske praksis fordrer et teoretisk greb, der kan få øje på, hvordan forskellige socialvidenskabelige teorier og metoder allerede er virkningsfulde i det empiriske felt, og hvad det gør ved min analytik. Denne problemstilling knytter an til den performative vending inden for STS som teoretisk inspirationskilde for afhandlingens analyser.

2.1 Problemativering af det selvfølgelige

Each society has its regime of truth, its 'general politics' of truth: that is, the types of discourse which it accepts and makes function as true
- Foucault 1980: 131

Arbejdet med afhandlingens analyser af hospitalets organisering af strategisk patientkommunikation har været en fortløbende søgen efter teoretisk ståsted, hvor en af udfordringerne har været at skabe empiriske analyser, der er teoretisk informerede uden at blive prædeterminerede af teori. Projektets teoretiske bevægelser har formet sig som en pendulering mellem en problemorienteret tilgang inspireret af Foucault og en empirisk afsøgning af feltets egne begreber, handlinger og problematiseringer inspireret af 'grounded theory' og STS.

Foucaults kritiske greb viser, hvordan forskeren kan gå ind i et vidensfelt og studere det minutiøst uden at blive fanget af feltets orden. Foucault og receptionen af hans værk etablerer en kritisk distance ved at stille spørgsmål til det selvfølgelige (Fou-

cault 1980, 1991, Dean 2006, Rose 1996b, 1999b). Med inspiration fra Foucault omhandler analytisk arbejde at denaturalisere umiddelbart uskyldige sociale konventioner eller teknologier i samfundet. Jeg har særligt fundet disse studiers kritik af humaniseringstendenser i managementteori og organiseringspraksisser interessante (fx Townley 1994 for en udfoldet kritik af HRM). Den foucaultske måde at spørge kontraintuitivt til samfundsmæssige selvfølgeligheder har inspireret mig til at undre mig over det fænomen, jeg betegner som *kommunikationsliggørelse* af hospitalsvæsnet. Herfra opstod ønsket om at undersøge, hvad det umiddelbart konsensusbårne og etisk korrekte fokus på mere og bedre kommunikation med patienten samler op og tager med sig på sin vej gennem hospitalets rum. Min interesse for kommunikationsliggørelse som social organiseringsteknologi, der indlejrer bestemte normer, er, som jeg vender tilbage til i tredje del af teorikapitlet, også influeret af en foucaultiansk optik. Jeg bruger 'social organiseringsteknologi' som et diagnostisk, men åbent greb i afhandlingens analyser af kommunikationsprogrammets produktivitet i dokumenter, samarbejder og relationer til patienten.

Det er netop snarere det produktive end det repressive, som afhandlingens analyser eftersporer. Sundhedsvæsnets relation til patienten er ofte genstand for kritisk analyse, der med humanistisk sigte insisterer på fx at afdække repressive virkninger i samfundets institutioner og deres møder med subjektet (Mol & Mesman: 1996:420), eller fx at bidrage til empowerment af den svage part i relationen. 'Patientens Perspektiv' præsenterer sig som et program, der skal udglatte 'kulturforskelle' eller kompensere for ulighed i viden i patientens møde med hospitalsorganisationen. Mine analyser har derimod organisering i fokus på bekostning af individ, identitet og magt. Kombinationen af en foucaultsk problematiserende tilgang, teori om sociale verdener og indsigter fra STS-feltet gør det muligt at undersøge, hvordan iværksættelse af kommunikation virker lokalt, situeret og på uintenderede måder. Interessen er således ikke rettet mod at demaskere intentioner, identificere én stærk diskurs eller rationale bagved, over eller under de praksisser, der manifesterer sig. Gennem undersøgelser af

konkrete organiseringspraksisser vil analyserne i stedet søge lokalt at belyse: "the heterogeneity of strategies, devices, ends sought, the conflicts between them, and the ways in which our present has been shaped by such conflicts" (Rose 1999b:18). Foucault og receptionen af hans værk tilbyder indfaldsvinkler på, hvordan styring i velfærdsstaten antager forskellige former, ofte som en omsorgsfuld, detaljeret og individualiserende styring af borgerne. Denne styring udgår netop ikke fra et bestemt sted i samfundet eller organisationen, men skabes i forskellige skalaer i det sociale felt.

For at analysere lokalt situeret diskurs og organisering er der imidlertid behov for andre analytiske værktøjer, end hvad Foucault tilbyder i sine abstrakte analyser af tanke-systemer. Hacking (2004) betegner Foucaults analysestrategi som "top-down" "discourse in the abstract", som mangler: "an understanding of how the forms of discourse become part of the lives of ordinary people, or even how they become institutionalized and made part of the structure of institutions at work" (Hacking 2004:278). Som jeg vender tilbage til i anden del af dette kapitel er teori om sociale verdener og videreudviklinger af denne inden for STS et sted, hvor afhandlingen finder konkrete analytiske ledetråde, som kan bidrage til at forklare, hvad Hacking efterlyser. Med afsæt i en række grundlæggende analytiske begreber fra teori om sociale verdener er det muligt at udvikle analyser af, hvordan diskurser virker sammen med aktørers dagligdagspraksisser i organisationer.

2.2 Performativitet i relationen mellem teori, forskningspraksis og det empiriske felt

I et empirisk studie som dette, hvor analyseobjektet *hospitalets strategiske tilgang til kommunikation med patienter* ikke er fikseret på forhånd, er teoretiske overvejelser nødvendigvis også metodologiske overvejelser. Feltarbejdets interventioner og de metoder og teorier, jeg sætter i spil med projektet, betyder, at min forskningspraksis tager del i den undersøgte felt og er med til skabe objektet. Et eksternt iagttagelses-

punkt, som kan spejle verden, er således ikke en mulighed¹⁵. Den analytiske ambition er derfor ikke at skabe generaliserbare forklaringer eller referere til eksterne rationaler, men at artikulere og specificere kommunikationsprogrammets praksisser som effektfulde virkelighedskonstruktioner, der virker gennem organisatoriske diskurser og interaktioner (Jensen, 2010:21). Arbejdet med at følge kommunikationsprogrammet med henblik på at forstå de antagelser og effekter, der knytter sig hertil, udgør en performativ etnografi. Felten er her ikke givet, men effekter af skriftlige praksisser, sociale interaktioner og de relationer, der etableres gennem feltarbejdet. Med performativitet som etnografisk modus rettes opmærksomheden mod, dels at organisatoriske praksisser betragtes som (potentielt) ustabile, og dels at forskerens møde med felten aldrig er uskyldigt eller ligegyldigt, men har karakter af interventioner, der har performative effekter på de studerede objekter. Afhandlingens videnskabsteoretiske klangbund er således præget af konstruktionisme og antiessentialisme.

Forskere inden for feltet Science & Technology Studies tilbyder teoretisk-metodologiske refleksioner over performativitet i den socialvidenskabelige forskning. Iklædt forskellige begreber som fx ontologisk koreografi (Cussins 1996, Thompson, 2005), multiple ontologier (Mol 1999, 2002a, 2002b), praktisk ontologi (Jensen 2010) og *looping effects* (Hacking 1999) tematiseres det performative på forskellige måder, der har det til fælles, at handlinger og sprog ikke bare rapporterer om det værende, men udgør tilskrivelser af virkelighed.

De socialvidenskabelige diskussioner af performativitet trækker tråde tilbage til analyser af konstruktioner af den naturvidenskabelige verden (Latour og Woolgar 1979), hvor pointen er, at videnskaben ikke afbilleder verden, men i stedet er kulturelt indlejret og medskaber af virkeligheden i et aktivt konstruktionsarbejde.

¹⁵ Haraway (1991) forklarer, hvordan viden er situeret, og at der ikke findes "a view from nowhere", hvorfra objektiv, ikke-normativ viden kan genereres. Der findes ikke uskyldige positioner, eller sagt med Hackings formulering, så er repræsentation samtidig intervention (Hacking 1983).

Hackings begreb om *the looping effect* aktualiserer denne problematik på en måde, som er produktiv at tænke med i forhold til dette forskningsprojekt. Med looping effekten problematiserer Hacking det forhold, at samfundsvidenskabelige og humanistiske teorier og metoder i høj grad bidrager til at konstituere de fænomener, de senere hen studerer og bearbejder (Hacking 1999:104). Denne problematisering gjorde mig opmærksom på fire relationer i ph.d.-projektets forhold mellem empiri, teori og metode.

1) Kommunikationsfaglighed er i udgangspunktet informeret af en human- og socialvidenskabelig kritisk tilgang og står på skuldrene af fx den klassiske medicinske sociologi. Kommunikationsprogrammet præsenteres bl.a. som bidrag til at udglatte fx hospitalets objektivisering af patienten og patientens møde med hospitalet som en fremmed kultur.

2) Kommunikationsfaglige entrerer med en socialkonstruktivistisk perspektivistisk tilgang til verden, hvor patientens perspektiv kontrasteres til det sundhedsfaglige perspektiv.

3) Det kommunikationsfaglige projekt baseres desuden på socialvidenskabelige metoder og analyser (som jeg diskuterer mere udførligt i kapitel 3).

4) Tilsammen betyder disse forhold, at jeg må forholde mig til, hvordan forholdet er mellem kommunikationsmedarbejdernes teoretisk informerede analyse og den analytik, min afhandling gør brug af. I det følgende specificerer og udfolder jeg min analytik i lyset heraf.

2.3 Diagnostik af perspektivisme i hospitalets rum

'Patientens Perspektiv' er overskriften for det kommunikationsfaglige projekt – og som titlen indikerer, omhandler det overordnet set at skabe en øget organisatorisk opmærksomhed på patientens perspektiv. Med dette fokus peges der på, at patienten har et anderledes perspektiv på den virkelighed, der udfolder sig i hospitalsorganisationen end fx de sundhedsfaglige har.

Kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' eksemplificerer således allerede i kraft af sin titel, hvordan socialvidenskabelige metoder og teori er til stede i felten: 'Patientens Perspektiv' baseres på en forestilling om, at verden kan tilgås gennem forskellige blikke, som hver især ser verden forskelligt. Perspektivismens visuelle metaforer med "blikke" og deres "optikker" bebor netop en stor del af den postmodernistiske human- og socialvidenskabelige arena. På hospitalet får perspektivismen liv via professionaliseringen af kommunikation som ekstra-klinisk funktion. Kommunikationsfunktionerne varetages af humanistisk og samfundsvidenskabeligt uddannede medarbejdere, som søger at indarbejde perspektivistiske og kulturelle vinkler på viden, organisering og kommunikation i hospitalsorganisationens selvforståelse.

Med perspektivisme som grundtone bygger kommunikationsprogrammet på en socialkonstruktivistisk idé om, at fænomener og virkeligheden som sådan er stabile og statiske, men forstås forskelligt af forskellige aktører, kulturer, bevidstheder eller interesser (fx Wenneberg 2000). Den socialkonstruktivistiske optik pluraliserer herved virkeligheden i forskellige 'kulturelle' perspektiver, hvor aktører fx gør forskellige iagttagelser, fordi de tilhører forskellige grupper med forskellige vaner og kompetencer (fx sundhedsfaglige, patienter og de kommunikationsfaglige selv). En sådan tilgang kan få øje på diversitet i perspektiver og problematisere (andres) perspektiver, men baseres samtidig på, at nogle perspektiver er mere rigtige end andre, idet den ontologiske virkelighed forudsættes at være én og samme.

2.4 Teoretisk greb på praktiseret perspektivisme

Med baggrund i afhandlingens forskningsfelt *hospitalets rum* og det analytiske objekt *hospitalets strategiske tilgang til kommunikation med patienter* vil jeg undersøge, hvad der sker, når socialkonstruktivismen flytter ind i hospitalet gennem et kommunikationsprogram og udøver, hvad jeg vil betegne som *praktiseret perspektivisme*.

Som næring til denne tematik foregår der inden for STS en videnskabsteoretisk problematisering af socialkonstruktivistisk perspektivisme:

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)

I videnskabsteoretisk forstand er den socialkonstruktivistiske perspektivisme et opgør med objektivismen: Annemarie Mol (1999, 2002b) kritiserer imidlertid perspektivismen for ikke at være et radikalt nok brud med objektivismen, idet den ontologiske virkelighed står tilbage som en uberørt enhed. Hvis objektet således er centreret og uberørt, må det jo betyde, at der må være ét perspektiv, der er mere i overensstemmelse med sandheden eller virkeligheden end de andre perspektiver¹⁶. I min optik kan problematiseringen af perspektivisme bidrage til at synliggøre empiriske problemstillinger af den karakter, som Hacking identificerer: Nemlig at human- og socialvidenskabelige idéer vandrer ind i organisationer og praktiseres, for derpå at blive genstand for human- og socialvidenskabelig analyse som i denne afhandling. Jeg vil bruge denne teoretiske disputs som inspiration til en undersøgelse af perspektivismen i

¹⁶ Diskussionen af problemerne i perspektivismen er del af en teoretisk disputs med blandt andet teori om sociale verdener, hvilket jeg berører kort i lyset af dette kapitels anden del om sociale verdener.

kommunikationsprogrammet. Med afsæt i empiriske fænomener vil jeg udforske, hvordan perspektivisme praktiseres i hospitalet, hvad den gør ved sociale relationer i organisationen og forestillingen om patienten – og både teoretisk og senere i mine metodiske overvejelser løbende reflektere over, hvordan jeg kan kvalificere min undersøgelse af disse forhold.

En sådan refleksion er påkrævet, da herværende projekt også er indspundet i en looping effekt eller et analytisk kollaps (Riles 2006:7), idet det socialvidenskabelige blik allerede arbejder og bebor organisationen gennem det kommunikationsfaglige arbejde. Afhandlingens undersøgelse af hospitalets organisering af kommunikationsarbejdet møder en empirisk virkelighed, hvor organisationen allerede selv har udarbejdet socialvidenskabeligt informerede analyser af, hvilke udfordringer den står over for i kommunikationsarbejdet, og kommunikationsafdelingen anvender desuden metoder (fx interview og dokumentstudier), der umiddelbart ligger tæt op af denne afhandlings etnografiske praksis (jf. kapitel 3 – afsnit 7.2). En perspektivistisk organisationsanalyse af felten kunne derfor med rette kritiseres for alene at bidrage med endnu et perspektiv på virkeligheden¹⁷. Med performativetsbegrebet i min teoretiske for hånd vil jeg derfor orientere afhandlingen mod at undersøge, hvordan perspektivisme *repræsenteres og praktiseres* i relation til hospitalets kommunikationsstrategiske projekt, hvordan perspektivisme *fungerer* som problematik i felten, og hvad denne tilgang til organisering og kommunikation *gør*. Perspektivismens idé om, at det kunne have været anderledes set fra en anden vinkel, suppleres med en erkendelse af, at det allerede *er* anderledes. Frem for at forklare min egen forskningspraksis som et nyt klarsynet perspektiv, tematiserer jeg i stedet min forskningspraksis som en performativ intervention, der søger at beskrive empiriske forhold og samtidig påvirker disse forhold ved at spørge til dem. En ontologisk forståelse af perspektiver medfører net-

¹⁷ Strathern (1992) diskuterer fx perspektivismen som problem, idet akkumulationen af perspektiver gør, at perspektivismen er ved at kollapse under sin egen vægt.

op, at der ikke er nogen rene perspektiver. Socialkonstruktivistiske perspektiver gør mere end at have en vinkel på verden. Enhver tilgang er både perspektivisk og performativ. Ved at have øje for dette tydeliggør jeg imidlertid nogle andre ting, angiver andre handlemuligheder, og medtænker den produktion af virkelighed, det indebærer. Men hvilken virkelighed?

2.5 Fra perspektiver på verden til versioner af virkeligheden

Kommunikationsprogrammets titel 'Patientens Perspektiv' er et illustrativt aftryk af den uimodsigelighed og selvfølgelighed, der knytter sig til patientkommunikation. De forskellige aktører i felten er overordnet enige om, at hospitalsorganisationen skal have mere og bedre kommunikation under hensyntagen til patienterne. I en overfladisk betragtning og måske blot tilsyneladende er analyseobjektet et stabiliseret fænomen i form af en noget uklar selvfølgelighed. I mit møde med felten gjorde denne uklarhed det svært at få greb om, hvad analyseobjektet var og gjorde. Jeg er interesseret i at udfordre den selvfølgelighed, der knytter sig til analyseobjektet ved at afsøge dets udetermineret, ustabilitet eller multiplicitet og den usikre ontologiske status¹⁸, som jeg erfarede i mit møde med felten.

Ved at forstå hospitalets patientkommunikation som et multipelt objekt, der findes og skabes som sideordnede, delvist adskilte og delvist forbundne versioner, bliver det muligt at få øje på, hvordan strategisk kommunikation med patienter er noget forskelligt – uden at disse versioner nødvendigvis samles i én stærk version, men i stedet kan have forskellige effekter. De forskellige versioner ekskluderer ikke nødvendigvis hinanden, men kan derimod være sammenfiltrede og forbundne og i gensidig afhængighed (Gad & Jensen 2007: 107). Versioner kan eksistere ved siden af hinanden

¹⁸ Analyseobjektet er, hvad Latour ville betegne som *a partially existing object* (Latour 1999, Jensen 2010:19ff.)

og være delvist forbundne på måder, som kan undersøges empirisk. Versionering er således ikke et valg mellem sideordnede versioner af virkeligheden, men snarere en påmindelse om, at perspektivismens idé om, at det kunne have været anderledes set fra en anden vinkel må suppleres med en erkendelse af, at det allerede *er* anderledes i andre versioner af virkeligheden. Forskellige versioner kan og gør noget forskelligt ved den verden, de berører – og versionerne kan fungere ganske udmærket sammen på trods af manglende konsensus.

Den analytiske nøgleopgave er så at udrede og udlægge disse versioner og deres relationer. Det analytiske fokus drejes herved væk fra magt og sandhedssøgen; det handler ikke om at afdække, hvem der har ret, og hvem der tager fejl, eller hvem der er mere eller mindre magtfuld. I stedet handler analysearbejdet om at undersøge, hvordan den organisatoriske virkelighed bygges op i den kommunikationsfaglige subverden, dens versioner af virkeligheder og sammenstød med fx en sundhedsfaglig subverden. Analyserne handler også om, hvordan subverdener vedligeholdes og udfordres gennem sociale processer¹⁹. Med inspiration fra det, der inden for STS betegnes som post-ANT (se fx Gad & Jensen 2010, 2007:93ff.) kan der sættes fokus på at tydeliggøre, *hvordan* dokumenter organiserer og aktører udfører arbejdet med strategisk kommunikation i forskellige lokale og konkrete sammenhænge. Der er således en etnometodologisk interesse på færde, hvor det handler om at udforske, hvordan aktører i lokalt forankrede ”etno-teorier” udøver deres virkeligheder og fungerer sammen. I afhandlingens analyser er kommunikation, patient og fx det planlagte kejsersnit objekter for sideordnede teorier, virkelighedsopbygninger, der støder sammen

¹⁹ Denne tilgang til empirisk analyse bygger videre på den klassiske aktør-netværksanalyse (fx Callon 1986). En sådan interesserer sig typisk for, hvordan bestemte aktører konstruerer et stærkt materielt-semiotisk netværk og derved etablerer monopol på, hvordan fx ”patienten” eller ”den gode pjece” defineres. Lidt forenklet kan man sige, at klassisk aktør-netværksteori primært vil fokusere på, hvordan aktører vinder definitionsretten på fx ”den gode relevante patientkommunikation”.

i forhandlinger. Fænomener eksisterer således ikke uafhængigt af de praksisser, hvori de udføres og de diskurser, hvori de manipuleres.

En teoretisk tilgang, hvor virkeligheden udvikler sig gennem, hvad aktører gør ved og i verden, er mere end en konstatering af, at aktører ser det samme på forskellige måder. Med denne tilgang kan den perspektivisme, som bebor hospitalets kommunikationsprogram, belyses og diskuteres. Imidlertid kræver disse indsigter fra STS en særlig toning i min analytik, idet mit empiriske materiale overvejende omhandler en særlig form for organisatoriske repræsentationer: kommunikation om, hvordan der skal kommunikeres med patienterne. Det empiriske fokus er kommunikationsstrategisk arbejde, hvor organisationen producerer *repræsentationer* af sig selv. Derfor indebærer en undersøgelse af konstitutionen og effekterne af kommunikationsprogrammet også en diskussion af, hvad repræsentation er.

2.6 Repræsentation & performativitet

Organisationsstudier har gennem en årrække været stærkt influeret af den sproglige vending i filosofi, social- og humanvidenskaberne (Deetz 2003). Den sproglige vending udfordrer en repræsentationel forståelse af sprog, hvor sproget spejler indre realiteter og ydre begivenheder. I stedet er sprog eller diskurser i bred forstand et nøgleelement i konstitutionen af viden (Jaworsky & Coupland 1999:3-4). Med den sproglige vending sættes der fokus på sprogbrug som en produktiv praksis, der griber ind i den sociale verden som konstruktion. Når relationen mellem sprog og virkelighed er destabiliseret, afstedkommer det en repræsentationel krise, som omhandler menneskets sproglige omgang med verden, og derfor også rammer forskerens adgang til viden og produktion af ny viden²⁰. Den repræsentationelle krise i det postmoderne

²⁰ En kritik som eksempelvis Foucault fremfører i *Ordene og tingene* i 1966. Italesættelse, skriftlighed og andre former for kulturel tegnanvendelse problematiseres og der spørges til mulighedsbetin-

videnskabelige landskab omhandler autoritet og legitimitet for såvel forsker som forskningsobjekt, hvor bevægelsen går fra den alvidende analytiker til en analytiker, der deltager i produktionen af partiel viden (Gubrium & Holstein 2002).

I følge Deetz er de udfordringer, som den sproglige vending afstedkommer, imidlertid blevet håndteret på uhensigtsmæssige måder inden for kommunikativt orienterede organisationsstudier:

The problem of language as the "mirror of nature" that preoccupied the positivists was replaced by simply focusing on the "mirror" as an object.
(Deetz 2003: 425)

Den sproglige vending må betragtes som en særdeles berigende perspektivisme, men dens begrænsning som 'sprogligt orienteret perspektivisme' er, at sproget gøres til altings centrum. I denne afhandling er det ikke sproget i sig selv, der skal være objekt. Sprog er vigtige bestanddele i virkeligheden og fx helt uomgængeligt i et studie af 'kommunikation om og organisering af patientkommunikation', men sprogbrug må forstås som performative praksisser, der berører verden og *gør* en forskel. Det har imidlertid den forskningsmæssige konsekvens, at ikke kun verden, men også de metoder, vi som forskere møder den med, må betragtes som performative. En udbredt reaktion mod denne indsigt er forsøget på at minimere de performative effekter i kvalitative metoder ved fx at stræbe mod at designe neutrale ideelle interviewsituationer²¹. Men organisationsforskerens metodiske interaktioner med felten er ikke en diskursfri zone, hvorfra andre diskursive praksisser kan identificeres (Svensson

gelses for og konsekvenser af konstruktioner af viden. Disse indsigter og Foucaults øvrige forfatter-
skab om magt og viden og governmentale praksisser har haft vidtrækkende indflydelse i organisati-
onsstudier til på den ene side at afdække filosofiske, politiske, økonomiske og sociale spor i udvik-
lingen af fx managementteorier og undersøgelser af mulighedsbetingelser for anvendelse af denne
viden (Knights 1992). Kritikken af konstruktion af viden og dens magteffekter har både taget teore-
tiske drejninger (fx Knights kritik af organisationsteoretikeren Porters strategibegreb) og er blevet
anvendt i analyser af konkrete organisatoriske praksisser (fx Townleys analyser af HRM, 1994).

²¹ Kvale (1997) angiver eksempelvis en række anbefalinger om fx at gentage interviews for at eli-
minere variationer og inkonsistens, design af åbne, semi-strukturerede interview, der undgår leden-
de spørgsmål for at reducere effekten af interviewerens tilstedeværelse.

2009:170). Med en performativ tilgang til feltet er metoder i stedet muligheder for at engagere sig i, hvordan organisationens medlemmer konstruerer, reproducerer, udfordrer og stabiliserer det sociale liv, sproglige og materielle fænomener i organisationen²².

Med den performative vending i socialvidenskaberne ses ikke bare sproget, men verden som et performativt felt (Pickering 1995). Bevægelsen går væk fra repræsentation og epistemologi, og indfører i stedet en optagethed af performativitet og intervention, hvilket med en rammende betegnelse kan kaldes praktisk ontologi (Jensen 2010). I undersøgelsen af et organisatorisk fænomen som fx patientkommunikation er den sproglige betegnelse kun et analytisk afsæt, for en nærmere udforskning af, hvor fænomenet optræder, hvad det gør for hvilke aktører og med hvilke fordele og omkostninger. Denne performative vending er forbundet med STS-forskningens kritik af perspektivisme, som understreger, at objekter og fænomener ikke er passive, stabile beholdere: "If practices are foregrounded there is no longer a single passive object in the middle, waiting to be seen from the point of view seemingly endless series of perspectives" (Mol, 2002b:5). I stedet rettes interessen mod viden og vidensproduktion gennem detaljerede studier af, hvordan mennesker og fænomener forbindes i praksisser. Sproglige betegnelser af et fænomen er således tæt forbundet med praksisser og objekter. På trods af fælles betegnelser på tværs af organisatoriske praksisser, har fænomener forskellig ontologisk status alt efter hvilke handlinger, de er knyttet til og de sammenhænge, de indgår i. Patientkommunikation er både et ord, en vision, redskab, procedurer, dogme, standarder, skabeloner, samtaler, pjecer osv. – og patientkommunikation kan derfor undersøges i forskellige funktioner. Ved at følge sådanne forbindelser mellem organisatoriske aktører, mennesker og materialer, diskurser og interaktioner bliver det muligt at udforske, hvordan organisationens strategiske til-

²² Jf. kapitel 3 hvor denne problematik diskuteres i relation til interviewsamtalernes indhold og refleksivitet.

gang til patientkommunikation bliver et sammenhængende organisatorisk fænomen, fragmenteres, eller muligvis ikke bliver til meget andet end et koncept (Jensen 2010, Mol 2002b:6).

Med dette udgangspunkt for at analysere empirisk materiale, bliver det bliver muligt at gøre noget andet end blot at tilføje endnu et perspektiv til de allerede eksisterende. I en analyse orienteret mod praktisk ontologi kan kontroverser mellem forskellige faggrupper eksempelvis ikke forklares alene ud fra aktørerne *har* forskellige perspektiver på kommunikation. I analyserne af kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' afdækker jeg heller ikke, hvad patientens perspektiv så egentlig er, men undersøger, hvordan forskellige kommunikationsstrategiske praksisser (organisatoriske dokumenter, samarbejdspraksisser, patientpjecer) hver især iværksætter (forskellige) versioner af, hvad der er patientorienteret kommunikation, hvem patienten er og hvilke problemer og løsninger, der knytter sig til udførelsen af den gode kommunikation med patienten. Kommunikationsprogrammet iværksætter en række forskellige versioner af patienten og den gode kommunikation, som denne afhandling søger at studere som adskilte men forbundne organisatoriske praksisser.

2.7 Opsummering af den analytiske tilgang til praktiseret perspektivisme

Med interessen for hvordan fænomener performes forskelligt, bliver ontologi et multipelt begreb²³. Det virkelige er ikke determineret a priori, men tilskrives betydning, formes, vedligeholdes eller ekskluderes, når det konkretiseres og situeres²⁴:

²³ Begrebet om multiple ontologier er et dobbeltsidet opgør med socialkonstruktivistisk pluralisme: dels vendt mod den perspektivistiske forestilling om, at fænomener erfares forskelligt fra forskellige vinkler eller standpunkter, og dels vendt mod den konstruktivistiske forestilling om, at fænomener udgør aktualiserede konstruktioner, som immanent bærer alternative urealiserede virkeligheder i sig.

Talking about reality as multiple depends on another set of metaphors. Not those of perspective and construction, but rather those of intervention and performance. These suggest a reality that is done and enacted rather than observed.
(Mol 1999: 77)

Konsekvensen af dette er, at analysen ikke bare skal undersøge et ”perspektiv”, en ”social konstruktion” som kunne være anderledes, men i stedet se på feltets forskellige konstruktioner eller ontologier, som er værd at undersøge, fordi de virker i verden og påvirker forskellige aktører med de normer, de er med til at skabe. Genstanden for afhandlingens socialvidenskabelige undersøgelse kan derfor forskydes fra at være en undersøgelse af patientkommunikation som fænomen på hospitalet til en undersøgelse af *konstitueringen af en strategisk tilgang til patientkommunikation på hospitalet og virkningerne heraf*. Det indebærer, at der spørges til, hvilke antagelser om patienten og den gode kommunikation programmet ’Patientens Perspektiv’ virker igennem og iværksætter – og med hvilke effekter. Analyserne indkredser dette ved at undersøge, hvordan dokumenter og samarbejdspraksisser mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige samt de kommunikationsprodukter, de udvikler sammen, på forskellig vis producerer patientfigurer, kommunikationsbegreber og organisatoriske selvforståelser i hospitalets forskellige rum. For at operationalisere dette arbejde trækker jeg på teori om sociale verdener og de empirisensitive analytiske begreber, som er udviklet inden for denne tradition.

²⁴ Mol formulerer det således i *The Body Multiple* (2002b:6): “Ontologies are not given in the order of things [...] instead, ontologies are brought into being, sustained, or allowed to wither away in common, day-to-day, sociomaterial practices”.

3 Sociale verdener som analytisk værktøj og konkret ramme

Anden del af de teoretiske overvejelser forklarer, hvordan teori om sociale verdener fungerer som en konceptuel teoretisk-metodisk værktøjskasse. I afhandlingens analyse anvender og udvikler jeg disse ressourcer på forskellige måder til at forklare produktion af mening og virkelighed i og omkring en organisatorisk arena; kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'. Med baggrund i denne teori kan det forklares, hvordan dokumenter og samarbejde sættes i værk uden konsensus – og på trods og tværs af faglige forskelle.

Teori om sociale verdener og dens metodiske anknytning til grounded theory og udvikling inden for STS muliggør en empirisensitivitet i undersøgelser af lokal praksis. Med afsæt i en række grundlæggende analytiske begreber fra teori om sociale verdener bliver analyserne steder, hvor det er muligt at udvikle teori om, hvordan diskurser virker sammen med aktørers dagligdagspraksisser i organisationer. Denne del af teoretisk kapitlet introducerer teorien om sociale verdener og danner grundlag for, at analyseværktøjerne kan videreudvikles i de konkrete analyser.

3.1 Sociale verdeneres forbindelse til hospitalets kommunikation med patienter

Sociale verdener kan defineres som "universes of discourse" – dvs. diskursive rum, hvor aktører "[are] doing things together" (Becker 1986), hvilket afføder, at disse rum må forstås relationelt (Strauss 1978). Målet er at forstå relationer og handlinger på tværs af den samling af mennesker og objekter, der organiseres omkring emner af fælles interesse samt de repræsentationer (narrative, visuelle, retoriske), arbejdsprocesser (fx samarbejde uden konsensus) og sammenvævede diskurser, som de er en del af. Afhandlingens analytiske objekt *hospitalets strategiske tilgang til kommunikation med patienter* kan ud fra denne teoretiske ramme forklares som en arena, hvor forskellige sociale verdeneres interesser krydses omkring 'doable problems' (Fujimura 1992). Med analyserne afdækkes arenaen ikke som helhed, men et udsnit af dens

praksisser undersøges: hvordan gøres kommunikation med patienter til genstandsfelt i hospitalets rum gennem et perspektivistisk kommunikationsprogram? – og hvilke lokale konflikter om patientforestillinger, perspektiver, jurisdiktion og faglighed udspiller sig i og omkring implementeringen? Med baggrund i begrebet om sociale verdener, ser jeg dette specifikke hospitals praksisser som del af en større arena, hvor kommunikation med patienter er til debat og genstand for selvfølgeligheder, holdninger, politiske og strategiske interventioner i den offentlige sektors praksis. I afhandlingen indsnævrer jeg arenaen til at være betegnelse for det lokale organisatoriske rum, der opstår omkring emnet patientkommunikation, hvor forskellige interesser og handlemåder er i spil.

3.2 Den interaktionistiske bagage: situationen og problemet som fokus

Anselm Strauss' teori om sociale verdener har rødder i den amerikanske pragmatisme (fx George Herbert Mead). 'Gruppen' er det analytiske udgangspunkt, og undersøgelser af sociale verdener er orienteret mod, hvordan mening skabes i fællesskaber, og handling står ovenpå disse meningsfællesskaber. Mening er relationelt betinget af sociale verdener eller 'universes of discourses' (Mead 1972: 518).

Sociale verdener som fx fagligheder genererer fælles perspektiver, der fungerer som basis for kollektive handlinger, ligesom individuel og kollektiv identitet er konstitueret gennem tilhørsforhold og deltagelse i sociale verdener. Faglige fællesskaber kan fx forklares som et fælles engagement i bestemte aktiviteter, en deling af ressourcer med henblik på at nå bestemte mål og opbygge fælles ideologier om, hvordan man ser på og handler i verden. Som diskursive universer er sociale verdener måder, hvorpå aktører organiserer socialt liv. Handling og diskurs hører sammen i sociale verdners interaktionisme.

I modsætning til den traditionelle antropologis afdækning af en bredere kultur, er studier af sociale verdener typisk problemorienterede eller specifikt topografisk foran-

krede i særlige lokaliteter, hvor gruppen er analytisk fokus og den sociologiske viden om den sociale verden opbygges gennem viden om konkrete situationer (Baszanger & Dodier 1997:16). Denne situering af analysefelt og -objekt går godt i spænd både med afhandlingens tematisering af sit felt som *hospitalets rum* (jf. kapitel 3 – afsnit 2.1) og med de opgørelser over feltet i form af kortlægninger, som Adele Clarke tilbyder i sin videreudvikling af teorien om sociale verdener (Clarke 2005 – jf. afsnit 3.4 i dette kapitel).

3.3 Sociale verdener & grounded theory som teoretisk-metodisk forbindelse til STS

Fra 1980'erne og frem indoptages teori om sociale verdener (symbolsk interaktionisme) i STS, hvor den kobles med optagetheden af teknologi og materialitet som komponenter i det sociale²⁵. Både analyser af sociale verdener og STS-feltets analyser har et pragmatisk sandhedsbegreb: ”If men define situations as real, they are real in their consequences”. Thomas’ teorem er formuleret i 1928 og udfordrer det klassiske sandhedsbegreb, hvor det er korrespondens mellem sprog og virkelighed, der er gældende. Hos Strauss og arvtagerne i STS er praksiserfaring og udsagns virkninger det analytiske centrum. Analysegenstande og processer er i denne kontekst derfor ikke psykologiske intentioner, men forankret i en praksisorienteret tilgang til verden med fokus på interaktioner og diskurs på skrift, i tale og i mødet med tingene. Diskurser er i denne optik samlinger af sprog og mening i praktiserede fællesskaber, hvor aktører eller sociale verdener har forskellige perspektiver og engagementer. De sociale verdener eller fællesskaber, som er i fokus er ikke konventionelle bundne indramninger af kollektive aktører såsom organisationer eller institutioner, men mere

²⁵ Koblingerne til STS har ifølge Clarke & Star (2008) særligt fokus på studier af biomedicinsk videnskab (fx Clarke & Fujimura 1992) og i forståelsen af infrastrukturer som frosne diskurser (Bowker & Star 1999).

flydende diskursive former for kollektiv handling, som er problembundne, diskursive eller organisatoriske arrangementer (Clarke 1991).

Med sociale verdener som rammesættende baggrund ledes den analytiske opmærksomhed særligt hen imod situerethed, kontingens, processer, engagement og forandring med begreber om fx arbejdspraksis, grænseobjekter, arbejdsobjekter, 'implicated actors' og samarbejde uden konsensus (Clarke & Star 2008:113). Clarke & Star (2008:117) betegner det som en 'theory/methods package', hvor 'grounded theory' (Glaser & Strauss 1967, Glaser 1978, Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990) udgør den metodiske del baseret på større kvalitative etnografiske studier. Metode er her ikke i teoriens tjeneste: "method actually ground theory" (Jenks 1995:12). Ontologi og epistemologi, verden og erkendelsen af den, er således gensidigt konstituerende og manifesterer sig i aktuelle praksisser. Det betyder ifølge Clarke & Star (2008:117), at 'theory/methods packages' både er objekter for socialvidenskabelige studier og måder, hvorpå virkeligheden studeres. En sammenhæng jeg, som forklaret i dette kapitels første del, operationaliserer ved i en socialvidenskabelig optik at studere, hvordan perspektivisme praktiseres.

Teorien om sociale verdener tilbyder en række analytiske begreber til at forstå sociale verdener relationelle forhold, arenaer og de diskurser, de genererer. *Universes of discourse, situations, subworlds, sites, primary activities, technologies, implicated actors, work objects, boundary objects* er nogle af de åbne og elastiske analytiske begreber, som jeg tager op gennem analysen og situerer i den konkrete analytiske sammenhæng. Fælles for forståelsen af sociale verdener og arenaer er etablering og vedligeholdelse af grænser mellem verdener. Den sociale verdens historie konstrueres og rekonstrueres i diskursive processer (Strauss 1982), hvor aktører som repræsentanter for deres sociale verden performer deres kollektive identitet, samtidig med at de genererer og forhandler deres faglige muligheder i arenaen (fx Casper 1998). Med arbejdspraksisser, organisering og diskurser i fokus er det netop ikke individets identi-

tet, men de sociale verdener praksis, der er omdrejningspunkt. Her er det netop i kraft af de forskellige perspektiver, der er i spil, at objektet eller situationen bliver gjort til noget forskelligt i sociale verdener. Det er blandt andet interaktionismens begreb om perspektivisme, som Mol adresserer i sin kritik af perspektivismen (Mol & Mesman 1996, Mol 2002b). Clarke og Star hævder imidlertid, at Mol ikke har forstået den interaktionistiske pointe om samarbejde uden konsensus, hvor perspektiv i interaktionistisk forstand ikke er et kognitivt idealbegreb (jf. Clarke & Star 2008:123 – særligt note 8). I interaktionismen betyder perspektiverne netop, at forskellige fænomener afhænger af perspektivet, og interessen er, hvad det gør ved virkeligheden. Clarke og Star argumenterer således for, at teori om sociale verdener analyserer virkelighedens multiplicitet. De påpeger, at interaktionistiske studier ofte viser, hvordan samarbejde kan fungere uden konsensus, og hvordan forskelle tilsidesættes for at opnå forskellige eller fælles mål (fx Casper 1998). I mine øjne er teorierne begge del af en særdeles beslægtet interesse for, hvordan flere versioner af virkeligheden kan eksistere og fungere sammen.

3.4 Situationel analyse og den diskursive interaktionisme

Situationel analyse er en metode, der videreudvikler og specificerer klassisk grounded theory (Glaser & Strauss 1967, Clarke 2003, 2005, Corbin & Strauss 2008) og teori om sociale verdener/symbolsk interaktionisme. Arven fra grounded theory består i en markant empirisk forankring med anvendelse af metodiske redskaber som kodning og kategorisering. I sin 'situational analysis' bruger Clarke sociale verdener som teoretisk skelet i kombination med Haraways fokus på 'situerethed' (fx Haraway 2004) og Foucaults diskursbegreb²⁶. Social handlen er det analytiske tema, hvilket

²⁶ Diskurs bevæges hos Foucault væk fra den formelle lingvistik og hen imod hvad Clarke (2005:149) betegner som: "framings of discourses as bodies of knowledge constituting sets of practices, distinctive disciplinary formations through which power/knowledge operates".

hos Clarke også indbefatter diskurser og herunder dokumenter som sociale aktører. Metoden tager herved greb på de repræsentationsproblematikker som den postmoderne socialvidenskabelige analyse står over for (jf. dette kapitel - afsnit 2.6). Den situationelle analyse beskæftiger sig ikke med kontekst, men ser betingelser som konstitutive elementer, der allerede er indeholdt i situationen. Det, der strukturerer og betinger en situation, er et empirisk eller analytisk spørgsmål.

'Grounded theory' resitueres altså hos Clarke i en postmoderne og rent konstruktivistisk analyseramme, hvor variation, forskel, positioneringer, multiplicitet, ustabilitet og modsætninger belyses. I modsætning til klassisk 'grounded theory' har den situationelle analyse ikke som mål at skabe én forklarende teori, men snarere at rumme det empiriske materiales kompleksitet (Clarke 2005). Den ordning af kompleksitet, som situationel analyse tilbyder, er et forsøg på at besvare spørgsmålet: "How might complexities be handled in knowledge practices nonreductively, but without at the same time generating ever more complexities until we submerge in chaos?" (Law & Mol 2002:1). Situationel analyse tilbyder kortlægninger som pragmatisk baserede metoder til at forholde sig irreduktivt, men dog ordnende til det, der er på færde i en kompleks situeret virkelighed. Forskellige typer af kortlægninger kan fungere analysegenererende gennem ordning af aktører, materialer, felter, elementer og positioner i det empiriske materiale (Clarke 2003, 2005). Positionelle kortlægninger fremhæves som særligt frugtbare til at tydeliggøre positioner i diskursen (Clarke & Star 2008:129, Clarke 2005:181ff. & 205ff.).

I situationel analyse er der en særlig interesse for diskurser forstået socialt som "doing things together" (Becker 1986). Organisatorisk dokumentmateriale er sociale diskursive arrangementer - aftryk af diskursive samhandlinger, der kan supplere indi-

viduelle informanter i det metodiske arbejde²⁷. Organisatoriske dokumenters centrale plads som både empirisk materiale og organisatorisk håndteringsmåde i kommunikationsprogrammet giver anledning til, at jeg forklarer dokumentet status i det teoretiske landskab, som min afhandling bevæger sig i.

3.5 Dokumentets relevans i organisationsstudier

Organisationer i det moderne vestlige bureaukrati har produktion og distribution af dokumenter som en uomgængelig aktivitet. Analog og digital dokumentation er den moderne videns artefakt. Walter Benjamin betegnede dokumentet som en fetish i den kapitalistiske teknologi, og dokumentet kan betragtes som det moderne bureaukratis emblem (Dery 1998, Riles 2006:5). Organisatoriske dokumenter er svære at komme udenom i studier af organisering og kommunikation. Dokumentet og dets praksisser abonnerer både på idéen om en bedre verden gennem transparens og informationsudveksling (Riles 2006:6). Siden Weber har organisationssociologien været optaget af dokumentet som teknologisk element i den bureaukratiske organisation – og der har i og omkring organisationsteorien foregået en fortløbende kritik af visionen om gennemsigtighed. Såvel moderne institutioner (Ferguson 1990) som staten (Lass 1988) er konstitueret af et væld af dokumenter. Hospitalsorganisationen er ingen undtagelse. Her udgør det professionelle bureaukrati et mylder af sammenvævede dokumenter: journaler, henvisninger, patientpjecer, indkaldelsesbreve, procedurevejledninger, strategier, politikker, mails og mødedagsordner, som bevæger sig rundt i hospitalet og skaber sammenhæng, uenighed, fejl, frustrationer og frihed fra at skulle huske det hele i hovedet.

²⁷ Med reference til Foucaults analytiske fokus på diskursive praksisser peger Clarke (2005:147) på organisatoriske dokumenter som privilegerede analyseobjekter, fordi dokumenter (i modsætning til interview og øvrigt etnografisk materiale fra feltarbejde) er allerede eksisterende *socialt* producerede materialer, som derfor viger uden om forestillingen om det vidende subjekt.

3.5.1 Dokumenter som iværksættelse af kommunikation

I forhold til andet empirisk materiale har dokumenter den særlige egenskab, at de konstrueres i tekstligt format, hvorved specifikke, lokale karakteristika bliver sat ind i generaliserbare formater af ord og billeder. Dokumentet er en iværksættelse af kommunikation. Som etnografisk objekt udgør dokumentet en standardisering, idet dokumentet fremsætter værdier på bekostning af andre og synliggør og sætter standarder for organisatorisk infrastruktur ved at ordne organisatoriske handlemuligheder. Dokumentets håndgribelige form udgør en materiel iværksættelse. På den måde er dokumentet både generaliserende og konkret situeret. Dokumenter muliggør transport af viden og dermed også kontrol og styring over afstande både i tid og sted (Latour 1987, Justesen 2005:218). At styring muliggøres, betyder dog ikke, at den lykkes, idet betydningen bestemmes af de sammenhænge, som dokumentet indgår i, hvordan de bruges og af hvem. Dokumenter gør organisationer både sårbare og slidstærke, idet dokumenternes styringsambitioner både udstiller selvmodsigelser og samtidig skaber forbindelser, der kan bidrage til at standardisere organisatoriske handlinger, så de fungerer som sammenkædningsmekanismer på tværs af tid og rum (Justesen 2005:232). Jeg forstår organisatoriske dokumenter som forsøg på at stabilisere og skabe virkeligheden – elementer der kan beskrives med begrebet *social organiseringsteknologi*, som jeg fremlægger sidst i kapitlet.

Organisatoriske dokumenter er ikke simple repræsentationer af en organisatorisk virkelighed, men performative aktiver og aktører i virkelighedsproduktion. Dokumentanalyse kan derfor ikke isoleres enkeltstående tekstanalyser. I stedet betragter jeg dokumenter som forbundne kræfter i arbejdet med at give form og indhold til hospitalets strategiske kommunikation. Dokumenterne må forstås i relation til organisationens fødekæde af dokumenter og praksisser fx i relation til deres tilblivelse og distribuering. Afhandlingen vil således både beskæftige sig med, hvordan dokumenterne forhandles under eller efter deres tilblivelse, og hvordan deres indhold indgår i formningen af subjekter og objekter og herigennem har konsekvenser for praksis.

4 Afhandlingens analytiske begreber

Med den første og anden del af mine teoretiske overvejelser har jeg søgt at positionere afhandlingens ståsted, som er informeret af STS og analytiske ressourcer fra teori om sociale verdener. De analytiske konsekvenser heraf er en undersøgelse af, hvad praktiseret perspektivisme gør. Den følgende del af de teoretiske betragtninger retter sig mere praktisk mod afhandlingens analyser og præciserer de ledetråde, jeg har udviklet til at åbne afhandlingens genstandsfelt i de konkrete analyser.

Afhandlingens to gennemløbende analytiske begreber er: *patientfigur* og *social organiserings teknologi*. De to analytiske begreber er en operationalisering af den dobbelte spørgen, der er i mit forskningsspørgsmål: *Hvordan håndterer og iværksætter hospitalet kommunikation med patienten som organisatorisk opgave?* Patientfigur adresserer, hvordan patienten konfigureres i hospitalets tiltag vedrørende patientkommunikation. Social organiserings teknologi adresserer, hvordan den *organisatoriske opgave* iværksættes og håndteres.

Jeg fremlægger, hvilket analytisk arbejde begreberne hjælper mig med at udføre. Jeg anvender begreberne som ledetråde på forskellige måder snarere end som definitive begreber, der refererer til det fælles ved en gruppe af objekter. Med inspiration fra Herbert Blumer ([1969]1993) bruger jeg de to analytiske begreber som 'sensitizing concepts', der: "gives the user a general sense of reference and guidance in approaching empirical instances. Whereas definitive concepts provide prescriptions of what to see, sensitizing concepts merely suggests directions along which to look" (Blumer 1993:147-148).

4.1 Patienten som figur

Afhandlingen undersøger ikke patienten som konkrete individer i interaktion med hospitalet. For at få øje på patienten som et element i hospitalets arbejde med strategisk kommunikation, har jeg udviklet et analytisk begreb, der kan indfange patientens dynamiske udfoldelse i diskurser og på tværs af diskurser.

Betegnelsen patient (latin: *patiens* = lidende) refererer i en hverdagslig forståelse til konkrete personer, deres oplevelser, følelser, kropslige og kognitive erfaringer med at være syg, i behandling eller under udredning. Denne afhandling omhandler ikke patientidentitet eller patienten som subjekt – i hvert fald ikke direkte. Hvordan konkrete individer modtager, bruger og forholder sig til den strategiske kommunikations produkter er ikke afhandlingens omdrejningspunkt. Eksempelvis er hensigten med analyserne ikke at forklare, hvordan forskellige organisatoriske tiltag påvirker konkrete patienter. I det følgende er det derfor nødvendigt at præcisere på hvilken måde patienten står som centralt analyseobjekt i hospitalets strategiske kommunikation – og hvilken viden denne tilgang til patienten kan producere. Som afhandlingens undertitel *patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation* indikerer, retter jeg den analytiske interesse mod konstruktioner af patienten som *patientfigurer*. Men hvorfor karakteriserer jeg patienten som en figur frem for fx som rolle, begreb eller kategori?

4.1.1 Fra rolle til figur

Et sociologisk rollebegreb har en tung sociologisk bagage med en betydningsmæssig overvægt af identitet og interaktion. Rollebegrebet fungerer godt til at pege på, hvordan summen af forventninger og normer samles i rollen eller eventuelt udløser rollekonflikter. Rollebegrebets styrke er blikket for dels konflikter om udformning af rollen, hvor der er forskellige forventninger om, dels hvad der er den rigtige *rolleadfærd*, dels at det enkelte individ samtidig har flere positioner, hvortil der knyttes modstridende normsæt. Afhandlingens analyser er optaget af at forstå organisering i hospitalets sociale verden, hvor forskellige diskursive patientpositioner sameksisterer og supplerer hinanden mere som glidninger end som rolleskift og rollekonflikter. Da min

interesse samtidig ikke er patienters identitetsdannelse²⁸, er det oplagt at finde et andet analytisk begreb til at beskrive patienten.

Inspirationen til at arbejde med patienten som figur henter jeg hos Haraway, der med afsæt i et etymologisk greb, forklarer figur således:

The 'figure' is the French term for the face, a meaning kept in English in the notion of the lineaments of a story. To figure means to count or calculate and also to be in a story [...]
Figures do not have to be representational and mimetic, but they do have to be tropic; that is they cannot be literal and self-identical. Figures must involve at least some kind of displacement that can trouble identifications and certainties.

(Haraway 1997: 11)

Haraway fremhæver figurens betydningsskabende træk og dens forskelssættende måde at afbillede virkeligheden på. Det hænger godt sammen med denne afhandlings tese om, at de måder som patienten forklares og beskrives på i hospitalets kommunikationsstrategi og praksisser har en dobbelt kraft: Patientfigurerne, deres symbolske karakteristika og egenskaber er både med til at producere virkelighed, dvs. de har konstitutive effekter og patientfigurer indgår samtidig og gensidigt i en frembringende cirkulation med hospitalets kommunikationsarbejde og dets sociale og diskursive kontekst.

4.1.2 Fra begreb til figur

Når jeg arbejder med patienten som en figur frem for som et begreb, skyldes det ligeledes et analytisk valg. Begreber eller koncepter er abstrakte og har en formalistisk logisk klang, der peger i retning af en bagvedliggende rationalitet. Hvor begrebet har en logisk rationalitet bundet til sig, har figuren en mere diffus karakter, der kan gå i flere retninger. Betegnelsen figur peger i retning af en *skikkelse* eller et *omrids* med

²⁸ Identitetsbegrebet er ikke en kategori, jeg udfolder og knytter til mine analyser af patienten, netop fordi identitet peger i retning af subjektet og selvets dannelse på et individuelt plan.

en vis fylde og materialitet. Min afsøgning af betegnelsen figur tager afsæt i det empiriske materiale, hvor patienten også træder frem med *en vis kontur*. Denne kontur iagttager jeg fx i organisationens skriftlige dokumenter. Her dukker personer op, som repræsenterer patienten gennem citater og fotos - og bestemte egenskaber og erfaringsmåder knyttes diskursivt til organisatoriske forestillinger om patienten. Også i sundhedsfagliges og kommunikationsmedarbejderes samarbejde træder patienten frem med konkret kontur, fx når kommunikationsmedarbejderen identificerer sig med patienten, eller når patienten gives konkret stemme i sundhedsfagliges genfortællinger af scenarier, hvor de har interageret med patienten. Med baggrund i disse empiriske iagttagelser mener jeg, at en diskussion af patienten i de kommunikationsstrategiske aktiviteter ikke kan beskrives gennem patienten som "begreb". I stedet behøver jeg et analytisk greb, der kan rumme den semiotiske materialitet, der er på færde omkring patienten i hospitalets strategiske kommunikation.

4.1.3 Den performative figur

Figurer er ikke faste rationelle størrelser, men indgår i forbindelser og forskydninger, idet: "...figures do travel, and they travel outside of their places of emergence in various ways" (Haraway 2004: 328). Figuren er kontinuerligt foranderlig, den findes i flere versioner, som forhandles og bruges af aktører på forskellige måder.

Etymologiske betydninger af figur (i Den Danske Ordbog & Ordbog over det danske Sprog) synes også frugtbar i indkredsningen af patientfiguren som analytisk begreb. Figur betyder oprindeligt form (lat: *figura*) afledt af *fingere* (lat.), som betyder at danne. Jeg ønsker at fastholde disse oprindelige betydningstræk af form og materialitet samt betydningen af, at noget skabes, når det figureres. Jeg bruger figuration som en term, der peger i retning af en forbindelse mellem det materielle og det semiotiske, hvor figuren og dens virkelighed er en effekt af specifikke praksisser – både praksisser i det empiriske materiale og de analytiske greb, som foretages på materialet.

Figurations are performative images that can be inhabited. Verbal or visual, figurations can be condensed maps of contestable worlds.
(Haraway 1997:11)

Castañeda (2002:3) og Haraway (1997:11) forklarer figuration, som et analytisk værktøj til at forstå empiriske praksisdomæner og den brug af kategorier, der foregår der²⁹. Figurer er tilgængelige for politiske og kulturelle projekter, men figurationer er samtidig performative. Figuren er ikke bare en beholder, men med til at producere viden og praksisser: "...we inhabit and are inhabited by such figures that map universes of knowledge, practice and power" (Haraway 1997:11).

I forhold til denne afhandling fungerer figuration som analytisk værktøj til at beskrive patientens tilsynkomster i diskurser såvel som på tværs af diskurser – altså en sammentværing af empiriske sammenhænge og analysens etablering af forbindelser. Igen synes etymologien frugtbar med henblik på en præcision af figurens betydning: Figur betyder også *afbildning* af en person, et væsen eller en genstand – figuren er altså et tegn, der henviser til noget. Figur har samtidig en litterær reference til et sprogligt udtryk, der i form eller indhold afviger fra det normale og anvendes *strategisk* for at opnå en særlig retorisk eller stilistisk virkning – figuren er således en strategisk forskelssætten i diskursen. I matematiske, musikalske eller koreografiske sammenhænge betegner en figur skabelsen af en forbindelse og *sammenhæng* – figuren er her en bevægelse i retning af en form eller et mønster. Når jeg sammenføjer disse betydninger, er patientfiguren netop ikke en simpel re-præsentation, men en *forskellssættende afbildning af sammenhænge*.

²⁹ Castañeda (2002) udforsker figuren 'barnet' som en naturlig og kulturel krop, der skabes og bliver skabt i fx 1900-tallet udviklingsorienterede videnskab, i kognitiv neurovidenskab, i feminisme, psykoterapeutisk teori, poststrukturalisme m.fl. Haraways udforskning af empiriske kategorier og domæner tager et anderledes udgangspunkt, hvor fx moderne biologi undersøges ved at bruge figurer, der sammenføjer heterogene elementer som populære og videnskabelige tekster, karrierer, økonomisk udvikling, globale netværk, forskningspraksisser, visuelle materialer samt tiltag mod at skabe en mere demokratisk videnskab (1997:15).

4.1.4 Patientens konfiguration

Ser jeg på tværs af mit samlede empiriske materiale indtager patienten en lang række forskellige positioner, såsom fx: bruger, borger, potentiel patient, menneske, medmenneske, befolkning, kunde på sundhedsmarkedet, syg krop, sygdomskategori, medicinbruger, samarbejdspartner, målgruppe, forhandlingsemne, klinisk objekt, bureaukratisk objekt, forskningsobjekt, smittekilde, pårørendes bekymring. Patienten synes at være et vidt begreb, der trækker på omfangsrige ontologier. Men gennem alle disse betegnelser eller kategoriseringer af patientfiguren løber det relationelle. Patienten indgår i en række relationer, men relationen til sundhedsvæsnet synes ikke overraskende at være obligatorisk i selve definitionen af det at være patient. Således kan man med et Harawaysk begreb sige, at patienthed som sådan er en *konfiguration*, idet adgangen til patienthed går gennem relationen til sundhedsvæsnet. Patienten står altid allerede i forhold til et behandlingssystem – og *konfigureres* derfor i relationen til sundhedsvæsnet. Og denne konfiguration indeholder også en bestemt teleologi rettet mod forandring i form af raskhed, sundhed eller fravær af sygdom³⁰.

Med disse teoretiske overvejelser om sammenhængen mellem patient, hospitalsvæsen og figur/figuration³¹ peger jeg i en analytisk retning, hvor patientfiguren i høj grad er meningsproducerende. Patientfiguren stiller ved sin tilstedeværelse spørgsmål om, hvordan samfund og organisationer skal handle i forhold til fx etik, socialitet, biologi, pædagogik, træning og kontrol, autoritet og roller, politik, marked og følelser. Patientfiguren er derfor en interessant figur at tænke med for at få indblik i, hvordan den strategiske kommunikation virker i hospitalets rum.

³⁰ Relationen mellem patient og sundhedsvæsen er imidlertid et gensidigt forhold. Patienten er ikke bare modtager af allerede definerede behandlingstilbud, men gør et semiotisk arbejde, der bidrager til konstruktionen af sundhedsvæsnet og hospitalets organisering og praksis.

³¹ Hvor 'figur' er en analytisk kategori, understreger 'figuration' hos Haraway betegnelsen for den proces, hvori figuren bliver til og virker. Denne skelnen forfølger jeg ikke nærmere analytisk.

4.2 Social organiseringsteknologi

Når jeg i afhandlingens analyser bruger *social organiseringsteknologi* som analytisk begreb, er det med øje for de måder, hvorpå menneskelig adfærd adresseres og social praksis, formes. Herved lægger jeg afstand til dagligdagsbetydningen af teknologi, hvor teknologi oftest refererer til et redskab skabt af mere eller mindre raffinerede ingeniørkunster af naturvidenskabeligt tilsnit. Social organiseringsteknologi er i stedet redskaber, der kan (forsøge at) styre menneskelig organisering. Jeg ser dokumenters og forhandlingers strategiarbejde som social organisering, der opererer gennem forskellige teknologier, som overordnet set retter sig mod at foregribe og regulere fremtiden. I afhandlingen betegner *social organiseringsteknologi* således værktøjer og indlejrede håndteringsmåder – og ikke håndgribelige apparater, som ofte forbindes med teknologi i såvel dagligdagsbetydningen som i STS-analyser. Begrebet er et teoretisk indspark til at skærpe sensibiliteten overfor forskellige typer af teknologier, og hvordan de deltager i konstruktionen af samfundet.

Min brug af begrebet er inspireret af to teoretiske spor: 1) et Foucault-inspireret antropologisk perspektiv på social teknologi (Jöncke, Svendsen & Whyte 2004) samt 2) en socialisering af STS-feltets optagethed af håndgribelig, hård teknologi (Derksen, Vikkelsø & Beaulieu, 2012). Disse inspirationskilder gør det muligt at etablere et begreb om social organiseringsteknologi, som kan anvendes i kvalitative, etnografiske studier af organisationers udvikling og udrulning af human- og socialvidenskabeligt inspirerede programmer.

4.2.1 Fra antropologi til organisering

I Foucaults arbejde har teknologi en central plads som betegnelse for sociale og politiske mekanismer, hvorigennem magt praktiseres og rationaler udfoldes i konkrete

handlinger³². Sådanne mekanismer omfatter også tilforladelige organisatoriske tiltag som kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv', der søger at bidrage til forbedringer af eksisterende praksisser. Foucaults teknologibegreb har haft en solid virkningshistorie inden for forskning i sociologi, politologi, forvaltning m.v. både i en dansk og international sammenhæng. Der findes en række undersøgelser af, hvordan fremstillinger af virkeligheden og konstruktionen af mulige handlingsmønstre udfolder sig og sætter sig igennem – særligt hvordan sociale teknikker spiller en rolle i disciplinering og subjektivering (fx Miller & Rose 1992, Townley 1994, Rose 1999a, Rose 1999b, Andersen 2001, 2003, Kristensen 2001, Dahlager 2005, Dean 2006, Mik-Meyer, N. & K. Villadsen 2007). Jöncke, Svendsen & Whyte (2004) låner den retoriske og analytiske effekt af Foucaults teknologibetegnelse. De anvender 'social teknologi' som analytisk begreb til at forstå livs- og samfundsforbedrende programmer som teknologier, der også har uintenderede sociale virkninger. Gennem analyse af begrebsset, klassifikationer og løsningsmodeller, der udbredes gennem fx policy- eller screeningsprogrammer, viser de, hvordan sociale forståelser af problemer og praksis formes. Social teknologi fungerer som analytisk begreb for løsninger, der ikke bare får problemer til at forsvinde, men som styringsproces aktiverer bestemte perspektiver, værdier og aktører (ibid:394). I en antropologisk brug af Foucaults teknologibegreb retter de den analytiske interesse mod, hvilke betydninger forskellige sociale teknologier har for identitet hos involverede problembærere og problemløsere (ibid:392-396).

Med det analytiske begreb om social *organiseringsteknologi* oversætter jeg det antropologiske fokus på teknologiens påvirkning af identitet og konkrete individer til en organisatorisk kontekst. Analyser af organiseringsteknologier er således interesseret i at følge organisatoriske praksisser, diskurser og interaktioner på bekostning af identi-

³² I "Technologies of the Self" (Foucault 1988a) skelner Foucault mellem typer af sociale og politiske teknologier, der vedrører henholdsvis produktion, tegn, magt og selv.

tetsdannelse hos aktører. I modsætning til Jöncke, Svendsen & Whyte (2004) er det heller ikke misforholdet mellem teknologiers rationale og aktørers faktiske handlen, der optager mig, men i bredere forstand de virkelighedsbilleder, der skabes gennem teknologien og dens implementering i organisationen.

Fx kan jeg bruge begrebet til at få øje på, hvordan kommunikation gøres til bestemte løsningsmodeller, der udpeger problemer, som netop kommunikation kan bidrage til at løse. En analytisk ledetråd i dokumentanalysen i kapitel 4 er fx at undersøge, hvordan den strategiske kommunikation gennem forskellige problemer og løsninger aktiverer kommunikationsværktøjer og metoder, mål og midler, og samtidig aktiverer særlige perspektiver, værdier og aktører.

4.2.2 Det 'sociale' aspekt af organiseringsteknologien

At det analytiske begreb er social organiseringsteknologi handler både om socialt indhold og social produktion: analysen omhandler sociale relationer og samtidig formes det sociale (fx relationen mellem patient og hospitalsorganisation) gennem fx organisatoriske kommunikationsstrategiske dokumenter, standarder og principper. Når kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' skal analyseres som social organiseringsteknologi, er det fx for at rette fokus mod, hvordan kommunikation ikke blot er et neutralt medium for menneskelig interaktion, men tillægges forskellige formål, samtidig med at kommunikation søges organiseret gennem bestemte metoder, teknikker og procedurer, som gøres til omdrejningspunkt for en række praksisser.

Begrebet *social organiseringsteknologi* indfanger den strategiske karakter i kommunikationsprogrammets repræsentationer og undersøger, hvordan de er formet som løsninger, der producerer eller tydeliggør bestemte problemer ved at bidrage med særlige rammesætninger, som problemerne kan udtrykkes indenfor (Spector & Kitsuse 2001, Hastrup 2004). Begrebet indikerer, at kommunikation ikke blot er et neutralt redskab, der bidrager til problemløsning i forhold til givne problemer, men

trækker en vis styring med sig ved at gøre noget synligt på bekostning af andet. Kommunikationsbegrebet og forventninger til patienter og hospitalsvæsenets aktører kan analyseres som socialteknologisk organisering.

4.2.3 Fra hårde til bløde teknologier som empirisk objekt

STS har traditionelt haft materiel teknologi inden for naturvidenskab eller det sundhedsfaglige felt som sit empiriske fokus – altså såkaldt hård videnskab og håndgribelig teknologi. I denne afhandling er rammen om det empiriske materiale hospitalets rum, men det analytiske objekt er et kommunikationsprogram med rødder i social- og humanvidenskaberne. I denne sammenhæng er teknologi en praktisk kunst, der primært består af viden om ”hvordan noget skal gøres” (Hacking 1996:80). Teknologi kan således stabilisere det kollektive, men brugen af teknologi medfører ofte uforudsete konsekvenser (Latour 2002).

Jeg adresserer bløde teknologier, der er groet ud af kommunikationsteori og socialvidenskab; viden om menneskets handlemåder, sociale grupper og målgrupper. Sådanne teknologier kan fx være ”regler for godt sprog” og teknologien er således ikke nødvendigvis bundet til materielle apparater eller anordninger. Jeg ser socialiserings-teknologi som en uomgængelig del af organisationers strategiske processer – og i tråd med STS er det ikke mit mål at kritisere disse teknologier for at tingsliggøre mennesket eller det sociale. Den analytiske interesse er strategiske organiseringsmåder, sociale organiserings-teknologier, der retter sig mod at forbinde, forme, kanalisere og bruge organisatoriske ressourcer i retning af fælles mål³³. Social organiserings-teknologi er et analytisk begreb, der kan anvendes på et mere eller mindre håndgribeligt styringsredskaber, der udbredes i samtidens offentlige organisationer.

³³ Denne definition er en parafrase af Nikolas Roses definition af ”*human technologies*”, som retter sig mod en kalkuleret transformation af menneskelig adfærd ved at forbinde, forme, kanalisere og udnytte individuelle og grupperes kræfter med henblik på bestemt mål (Rose 1996:121).

5 Afrunding af teoretiske overvejelser

Teorikapitlets tre dele har positioneret afhandlingens erkendelsesinteresse som en spørgen til det selvfølgelige i og omkring hospitalets strategiske kommunikation med patienter. Jeg lægger op til analyser af den strategiske kommunikation med patienter, hvor fænomenet ikke er et stabilt og entydigt, men bliver gjort til noget forskelligt i de praksisser, jeg har fulgt omkring kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'. I en undersøgelse af, hvordan kommunikationsprogrammets perspektivisme praktiseres, og hvilke effekter det har, må jeg derfor udrede og forklare forskellige versioner og deres sammenhænge. Til dette arbejde henter jeg inspiration i konkret teori om sociale verdener og situationel analyse, som tilbyder en række analytiske begreber og metoder, der kan fungere inden for den performative ramme, der er epistemologisk og ontologisk grundantagelse gennem teorikapitlet.

Mine to analytiske begreber *social organiseringsteknologi & patientfigur* er udviklet gennem arbejdet med empiri og teori i analyserne. De kondenserer afhandlingens interesse for den organisatoriske ordning af relationen mellem patient og hospital. Patientfigur adresserer, hvordan patienten konfigureres i hospitalets arbejde med patientkommunikation. Social organiseringsteknologi adresserer kommunikationsprogrammet som styringsforsøg, der kan analyseres ved at undersøge, hvordan *organisatoriske opgaver* iværksættes og håndteres. På hver deres måde bidrager begreberne således til at fastholde forskningsspørgsmålets undren gennem analysen.

Dette teoretiske kapitel har i flere henseender også berørt metodiske problemstillinger og sammenvævningen af metode og teori. I det følgende kapitel vil jeg flytte fokus fra den teoretiske side af afhandlingens theory/methods package og belyse metode-mæssige greb og overvejelser i min forskningspraksis.

KAPITEL 3: Metodiske overvejelser

1 Introduktion

I dette kapitel fremlægger jeg de metodiske valg i afhandlingen og uddyber deres forbindelser til det teoretiske begrebsapparat og forskningsspørgsmålet. Afhandlingen baseres på et kvalitativt studie, der har bevæget sig både teoretisk og empirisk i processen, hvor forskningsspørgsmålet har flyttet sig med undervejs (e.g. Eriksson and Kovalainen 2008). I introduktionskapitlet har jeg fremlagt overvejelser på projektets vej. I det følgende fokuserer jeg på at forklare, hvordan det materiale, som afhandlingens baseres på, er genereret gennem metoder, der kan håndtere de fremsatte teoretiske og analytiske udfordringer. Jeg diskuterer de overvejelser, der er centrale for at forstå den færdige afhandlings bidrag og de konsekvenser, det indebærer.

Indledningsvist forklarer jeg felten som performativ konstruktion, og de krav det stiller til det empiriske arbejde. Dernæst beskriver jeg mit metodiske apparat med eksempler fra de dele af feltarbejdet, som afhandlingens analyser bygger på. Metode-diskussionerne fokuserer på dokumenter som etnografisk artefakt, observation og interviewsamtaler.

Afslutningsvist reflekterer jeg over de former for looping eller overlap, som jeg støttede på i forskellige skalaer i mit metodiske arbejde, hvor forholdet mellem biografi og etnografisk arbejde slynges sammen, eller hvor der er metodesammenfald mellem det arbejde, som jeg studerer og mine forskningsmetoder.

2 Konstruktion af felten som følgeskab

Jeg bruger betegnelsen *generering af empirisk materiale* frem for indsamling af data. Data betegner en korresponderende repræsentation af, hvad der foregår ”derude” i det studerede felt, som derpå kan samles op og tages med hjem og analyseres ved skrivebordet. Den forståelse af felten spiller dårligt sammen med en konstruktivistisk tilgang, der anerkender sin egen forskningspraksis som intervention. I stedet ser jeg konstruktionen af felten og det empiriske materiale som en aktiv og gensidig konstruktion mellem forsker og felt. Det empiriske materiale er artefakter, der co-konstrueres (Harding 1998, Svenningsen 2004). Målet med feltarbejdet er dermed ikke at få adgang til at komme ”inden for” i felten og derfra beskrive den så detaljeret, systematisk og objektivt som muligt.

Ligesom det analytiske objekt konstrueres via empirien, konstrueres felten også igennem analytiske interesser. Arbejdet med det empiriske materiale og konstruktionen af felten er inspireret af etnografen George Marcus’ opgør med felten som *single-sited*, der kontekstualiseres gennem den omgivende sociale makro-orden (1993, 1998a, 1998b). Hos Marcus er felten ikke en velafgrænset enhed blandt andre felter, men felten er *multi-sited* og skabes gennem etnografens flersidede interaktioner med felten. Marcus beskriver forskellige former for møder med felten gennem fx at følge personer, ting, metaforer, plot, biografier og konflikter. I Marcus’ bevægelse fra *single-* til *multi-sited* etnografi er der også en frigørelse fra den klassiske optagethed af organiseringsstrukturer hen imod en etnografi med blik for det processuelle følgeskab mellem felt og forsker. Inspireret af dette forstår jeg konstruktionen af felten som et *følgeskab*.

2.1 Felten som organisatoriske begivenheder i hospitalets rum

Multi-sited etnografi abonnerer imidlertid på en stærk stedsmetaforik. Ved at oversætte multi-sited til *multi-situerede begivenheder* ønsker jeg at understrege, at felten

ikke kun består af fysisk rumlige 'steder' i hospitalet (se også Jespersen 2008). Et konkret eksempel på denne dislokation er dokumentmaterialet, som ikke hører til et bestemt sted i organisationen, men bevæger sig mellem forskellige aktører, forfattere, kommentatorer, modtagere osv. Informationsmaterialer som en patientpjece er et eksempel på en både abstrakt og konkret repræsentation af hospitalets rum, som netop bevæger sig rundt i, ind og ud af organisationen og fx samtidig kan være tilgængelig på hospitalets hjemmeside. Endvidere er dokumenter processuelle, de tilrettes konkret eller indgår i forhandlinger. Med dette eksempel in mente kan jeg med inspiration fra George Marcus og Nikolas Rose forklare felten som multisituerede begivenheder i hospitalets *rum* (*i pluralis*)³⁴. Som spatialt analysefelt kan hospitalets rum både være abstrakte og konkrete; de indeholder såvel forventninger som forestillinger, relationer, diskurser, materialer og praksisser. At tænke projektets analysefelt som rum kan fungere som en håndtering af et svært afgrænset, diskontinuert og processuelt genstandsfelt. Den spatiale metaforik fungerer samtidig som en etnografisk og teoretisk rettesnor, der hjælper mig til undgå at tænke i niveauer eller ensidigt determinerende hierarkier. Med rum peges i retning af foranderlige, emergende, sideordnede, gensidigt afhængige og forbundne versioner af den strategiske kommunikation med patienter.

Jeg forstår felten som både abstrakte og konkrete organisatoriske begivenheder. Felten er en platform for strategiske valg af fokus, hvor forskerens intervention med felten i genereringen af empirisk materiale bliver del af felten (Jespersen 2008:57, Gupta & Ferguson 1997). I min gennemgang af, hvordan jeg har brugt interviewsamtaler

³⁴ Nikolas Rose definerer rum som analysefelt således: "In my work the space is half real half unreal [...] It is a thought space, where you can place phenomenon and act upon them. For example is Sigmund Freud's conceptualization of the unconscious a space of thought and action. Topographical spaces are also partly imagined spaces, because they are inhabited by distinct expectations." Nikolas Rose, Sociologisk Institut, Københavns Universitet d. 27. februar 2003.

som metode, specificerer jeg nærmere, hvordan denne intervention har udartet sig som organisatorisk begivenhed i herværende projekt.

Som multi-situerede begivenheder udgøres felten både af mennesker, kategorier, materialer og selve den metodologiske refleksion og praksis. I relation til dette projekt betyder det, at felten ontologisk set er *hospitalets organisering af strategisk kommunikation med patienter*. Når felten ikke er en færdig struktur på hospitalet, jeg som organisationsanalytiker tager ud og undersøger, har det også epistemologiske konsekvenser. Jeg må studere felten som figurer og begivenheder, der skabes performativt gennem koblinger mellem dokumenter, kommunikationsmedarbejdere, hospitalsledelse, forestillinger om patienten, teknologier, sundhedsprofessionelle, standarder, forløb, feltarbejdet, analytiske greb, teorier og min sociologiske interesse for problematikken.

Felten og analyseobjektet er emergente: strategisk kommunikation med patienter *er og bliver til* flere steder og må studeres som begivenheder, der skabes performativt gennem koblinger mellem teori, metode og empiri. Den strategiske kommunikation med patienter er således ikke identisk med de idéer og regler, der opstilles i strategidokumenter og politikker. De er kun en del af analyseobjektet. Hvad strategisk kommunikation med patienter er, går ikke forud for de forskellige praksisser, hvor den strategiske kommunikation med patienter forhandles (fx på samarbejds møder) eller har fundet form (fx i informationsmaterialer og strategidokumenter).

2.2 Casen som analytisk omdrejningspunkt

Afhandlingen baseres på et casestudie af kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'. Et casestudie kan skabe teoretisk indsigt gennem udforskning af detaljerede organiseringsprocesser (Yin 1994, Prior 2003:153, Flyvbjerg: 2006). I dette studie undersøger jeg, hvordan forbundne strategiske og udførende arbejdspraksisser organiserer 'patientkommunikation' som indsatsområde i hospitalet. Studiet baseres

således på en undersøgelse af 'patientkommunikation' som et lokalt, situeret, organisatorisk arrangement.

Med forskningsprojektets konstruktivistiske klangbund er målet *ikke* at identificere og afdække objektive kendsgerninger via en repræsentativ case:

...the typical or average case is often not the richest in information. Atypical or extreme cases often reveal more information because they activate more actors and more basic mechanisms in the situation studied ...it is often more important to clarify the deeper causes behind a given problem and its consequences than to describe the symptoms of the problem and how frequently they occur.

(Flyvbjerg 2006: 229)

Målet med at undersøge en specifik og særlig case er at udforske fænomener på første hånd gennem studier af konkrete praksisser. I den sammenhæng er det ikke nok at vise de sider af praksis, som er tilgængelige for offentligheden, men også sociale fænomeners 'kulisser' må undersøges (Flyvbjerg 2006:240). Dette konkrete studie bidrager herved med viden om organiseringsprocesser, hvor en kommunikativ vidensform institutionaliseres i hospitalets rum og forskellige fagligheder på denne baggrund skal samarbejde om *repræsentationer af* mødet mellem patient og hospital. Dette zoom ind på en case indebærer forskningspolitiske valg. Valget af case og fokus er politiske, idet de er beslutninger, der er med til at styre og påvirke udviklingen inden for netop dette område. Afhandlingens fokus på at følge et kommunikationsprogram i stedet for bestemte professioner eller patienter er en afgrænsning med praktiske og politiske konsekvenser. Jeg har valgt at tildele ét bestemt kommunikationsprogram særlig opmærksomhed. Herved sætter jeg parentes om både bestemte aktørers forrang og de sociale interaktioner, de indgår i. Jeg gør i stedet 'programmet' til forskningsobjekt – og følger forskellige former for organisatorisk praksis, som udfoldes i og omkring programmet. Disse organisatoriske praksisser omhandler aktører og deres interaktioner fx i samarbejde om udarbejdelse af patientinformation mellem

kommunikationsmedarbejdere og sundhedsprofessionelle. Programmet handler imidlertid også om dokumenters produktion af virkelighed, og informationsmaterialers repræsentation af patientrelationer, forløb og organisering.

2.3 Metodekombination & validitet

Studiet er drevet af mit forskningsspørgsmål, som lyder: *Hvordan iværksætter og håndterer hospitalet kommunikation med patienten som organisatorisk opgave?* For at undersøge dette anvender jeg dokumentstudier, kvalitative interviews og observationer. Trods brugen af forskellige metoder, er her ikke tale om metodetriangulering, som knytter sig til realismens efterstræbelse af entydighed³⁵. Tværtimod har jeg kombineret de tre metoder på måder, der gør det muligt at udforske det analytiske objekt med henblik på at generere en materialerigdom, hvor de forskellige dele kan supplere og udfordre hinanden. Herved belyser jeg den samme problemstilling ud fra et varieret empirisk materiale og henleder opmærksomheden på forskellige sider af det analytiske objekt. Brugen af kvalitative metoder gør, at analysen kan levere en kompleksitet, som kvantitative metoder eller fx strukturerede interviews ikke kan indfange³⁶. Validiteten af det analytiske arbejde sikres gennem transparens, konsistens og troværdighed i analysernes konstruktivistiske udforskning af flertydighed og kompleksitet (Mik-Meyer: 2009:225-237 i Darmer et al.) Jeg efterstræber at skabe transparens ved at fremlægge valg, fravalg og min egen rolle i arbejdet. Konsistensen etableres gennem det analytiske arbejdes fremdrift og sammenhæng, hvor afhandlingens argumenter bygges op og supplerer hinanden. Introduktions- og metodekapitlets fremlæg-

³⁵ Metodetriangulering fokuserer også på brug af forskellige metoder (e.g. Silverman 1993, Estersberg 2002, Eriksson and Kovalainen 2008). Der er målet en klassisk validering, hvor forskellige metoder, tidspunkter eller informanter giver entydige analytiske fund, der realistisk refererer til en singular empirisk virkelighed og sandhed (Miller and Fox 2004: 35, Silverman 1993).

³⁶ Fx var data fra de ti semi-strukturerede telefoninterviews med forskellige hospitaler fattigt på oplysninger om patientens rolle i den strategiske kommunikation. Andre mere intervenerende metoder måtte tages i anvendelse.

gelses af empirigenereringsprocessens sensibilitet i forhold til mødet med det allerede kendte og ordinære bidrager til at sikre troværdigheden i forskningsarbejdet.

Metodeovervejelserne i introduktionskapitlet og dette kapitel har indtil nu bidraget med viden om den eksplorative empirigenerering og valg af case, politiske overvejelser om forskningens samfundsmæssige relevans og konstruktionen af felten. De næste afsnit beskriver, hvordan jeg forstår de valgte metoder, og hvad jeg har gjort rent praktisk.

Kapitlet vil nu videreføre teorikapitlets refleksioner over dokumentet i et metodisk lys og diskutere, hvilke analysestrategier, der kan bidrage til forståelse af skriftlighed og dokumentationspraksisser som iværksættelse af kommunikation. Jeg vil diskutere, hvordan indsamling, produktion og spredning af dokumenter og deres indhold fortjener en særlig metodisk opmærksomhed i en organisationsanalyse af strategisk kommunikation i hospitalsvæsnet.

3 Dokumenter som etnografiske artefakter

Bruno Latour (1988:54) betegner dokumentet som ”the most despised of all ethnographic subjects”. Dette udsagn stemmer godt overens med den valorisering af empirisk materiale, som findes i metodelitteraturen om sociologisk metode. Her fylder anvendelsen af dokumentmateriale i kvalitative studier langt mindre end interview og deltagerobservation (Mik-Meyer 2005:193). I det etnografiske metodehierarki står observationsstudier som det mest ”rigtigt etnografiske” - måske fordi observationsmetoden er knyttet til den autentiske tids-rumlige erfaring af ”levende liv” i det sociale felt. Længere nede i hierarkiet finder vi fokusgruppen og interviewet, som har status af at være halvinstrumentelle konservative metodevalg. Allernederst findes det støvede dokument, der primært associeres med et stort tekstindhold – sort på hvidt. Måske er det forestillingen om tekstens fastlåsthed – og de objektivistiske associationer om passive virkelighedsafspejlinger og lænestolsantropologi, der gør dokumentet besværligt som etnografisk objekt.

I min afhandling har dokumentet imidlertid status som central organisatorisk aktør, der som etnografisk artefakt både udgør en organisatorisk re-præsentation, der er indfældet i organisatoriske praksisser, og dokumentet er samtidig selv en form for organisatorisk praksis eller performativ aktør. Ved at pege på dokumentet som praksis eller aktør søger jeg at henlede opmærksomheden på dokumenters aktive og produktive side.

Dokumenter er gennem arbejdsprocessen blevet indrømmet en stadig større plads som analysemateriale, idet dokumenter viste sig at være en central håndteringsstrategi i organisationens arbejde med patientrettet kommunikation³⁷. De følgende afsnit vil bidrage til at få øje på dokumentstudier, som en interessant og produktiv etnografisk

³⁷ I forbindelse med genereringen af empiri stødte jeg på store mængder af dokumentmateriale i form af rapporter, pjecer, standarder, vejledninger, strategiplaner, politikker, websites, intranet mv.

metode, hvor det indholdsmæssige og relationelle kombineres i en læsestrategi, hvor der er blik for dokumenters virkelighedskonstruktion og performativitet.

Det indledende feltarbejde på to hospitaler tydeliggjorde, at en strategisk kommunikationsindsats er tæt sammenvævet med produktion af dokumenter. Det omfangsrige empiriske materiale kaldte på en afgrænsning af empirien. Fokus blev casen 'Patientens Perspektiv' i perioden 2007-2009. Som processen med at generere empiri skred frem, blev det tydeligt for mig, at i besvarelsen af (variationer over) mit forskningsspørgsmål: *Hvordan iværksætter og håndterer hospitalet kommunikation med patienter som organisatorisk opgave?* var det utroværdigt at sætte dokumentet i den analytiske periferi. Et muligt kort svar på forskningsspørgsmålet var netop, at strategisk patientkommunikation udarbejdes i og omkring dokumenters indhold, deres produktion og distribution, dvs. at netop dokumenter er en central håndteringsstrategi i denne del af hospitalets arbejde. Metodekapitlet har derfor sin tyngde omkring dokumentet som etnografisk artefakt. Diskussionerne omhandler læsestrategier på tværs af etnografi og STS-studier og dokumentets status som analytisk objekt i afhandlingen.

3.1 Dokumentet som organisatorisk aktør

*Refer the discourse not to the thought, to the mind or to the subject
which might have given rise to it, but to the practical field in which it is deployed.*
(Foucault 1978:15)

Inspirationen til mine refleksioner over dokumentet som centralt empirisk og analytisk objekt henter jeg hos forskningstraditioner, som samlet set kan betegnes som antiessentialistiske og konstruktivistisk orienterede (såsom Science Technology & Society Studies). Dokumentmateriale skal i denne optik ikke objektiveres eller tilgås som stabile, statiske og prædefinerede artefakter (Prior 2003:2). I stedet er dokumenter organisatoriske aktører i de praktiske felter, hvor de iværksættes. I dette projekt betyder det, at den forskningsmæssige interesse retter sig mod at undersøge, hvordan strategisk tilrettelæggelse af patientkommunikation konstrueres gennem handlinger og

fænomener som fx dokumenter, hvor indholdsanalyser må kombineres med en analyse af sammenhænge og relationer mellem aktører og forskellige empiriske materialer.

En række konstruktivistiske positioner adresserer, hvordan dokumentmateriale kan fungere som etnografisk objekt (Latour & Bastide 1986, Prior 2003, Riles 2000 & 2006, Mik-Meyer 2005, Justesen 2005, Jensen & Lauritsen 2005, Gad 2010). Her diskuteres dokumentmateriale på forskellig vis som relationelle og materielle fænomener, der har effekt. Samlet set betyder disse tilgange til dokumenter, at der åbnes op for dokumentet som en organisatorisk aktør, der er mere end en diskursiv beholder, som forskeren kan analysere og diskutere som en isoleret entitet (Prior 2004: 77). Latour & Woolgars (1979) analyser af videnskabeligt arbejde i laboratoriet i form af tekst, grafik, rapporter, skemaer m.v. viser, hvordan forskellige former for skriftlighed (*inscriptions*) bidrager til at holde virkeligheder på plads, skabe orden og stabilisere. Dokumenter kan forklares som organisatoriske aktører, der udfører et arbejde, distribueres og bevæger sig rundt i organisationen med skiftende betydninger i forskellige sammenhænge, hvor de bruges eller afvises (Kendall & Wickham 2004, Prior 2003:21-26). Dokumenter er ligesom mennesker aktive ustabile aktører, som kan forsøges styret og kontrolleret uden at vide om det lykkes. Dokumentationspraksisser skaber organisatorisk adfærd (Ouchi & Wilkins 1985), fordi dokumenter har handlingspotentialer og virker performativt. Dvs. at de ikke blot repræsenterer, men handler dels med ord (som J. L. Austin ville sige det) og dels med deres tilstedeværelse. Dokumentet er ikke neutralt passivt beskrivende, idet illustrationer, tekst og rumlige materialitet handler ved at legitimere, kategorisere, problematisere og performe. Dokumenter er ikke alene produceret i en sammenhæng, men bidrager selv til at producere sammenhænge, fx idet dokumentets virkelighed og virkninger kan 'slå igen', når deres modtagere tager dem i brug eller ignorerer dem. Det er med denne produktive gensidighed for øje, at jeg har mødt og forholdt mig til dokumentmateriale i arbejdet med afhandlingen. Dokumentet og dets fremstilling af virkeligheden må tages alvorligt, som en refleksiv, kompetent situeret udlægning af virkeligheden (Latour 1988).

3.2 Dokumenternes organisatoriske fødekæde

Kommunikationsprogrammets organisatoriske dokumenter illustrerer, hvordan feltbegrebet i denne afhandling ikke kan rummes inden for en rigid struktur eller et sted. Dokumenterne er nok materielt afgrænsede via deres konkrete form, men de cirkulerer i organisationen som elektronisk post, i arkiver, hvorfra de hentes frem og som distribuerede materialer, der sendes ud til omdeling blandt personale eller bestemte patientgrupper. Dokumenterne, som jeg analyserer, hører på trods af analytiske afklaringer af afsenderforhold hverken hjemme et bestemt sted i organisationen eller kan tilbageføres til enkeltaktørers intentioner eller ønsker. Dokumenterne er snarere resultater af forhandlingsprocesser, kompromisser, samt politiserede og praktiske hensyn. Kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' fokuserer på tekstproduktion, skriftlighed, standarder og andre dokumentationspraksisser. Produktionen af tekster leder frem til produktion af andre tekster. I denne fødekæde af skriftlighed sættes der også rammer for organisationens praksisser – skriftlige såvel som interaktionelle. Dokumenterne kan i denne sammenhæng ses som forsøg på at stabilisere og skabe virkeligheden, de gør organisationen både sårbar og slidstærk. Fx kan dokumenterne udvise styringsambitioner, der tager form som selvmodsigelser, samtidig med at de etablerer forbindelser og fungerer som redskaber til at standardisere handlinger på mange forskellige steder på en gang (jf. kapitel 2 - afsnit 4.2ff). Kommunikationsprogrammets dokumenter taler ud fra et organisatorisk fællesskab, der praktiseres gennem, at teksten samler organisationen som en fælles vilje (Christensen & Morsing 2005: 8). Hvad enten det er kommunikationspolitikken, planen, håndbogen eller informationsmateriale til patienter har materialet ikke enkeltpersoner som afsender, men enten implicite afsendere i form af ”organisationen”, grupper af afsendere såsom en afdeling eller tværgående arbejdsgrupper. Teksterne påtager sig autoriteten til at stabilisere relationer i organisationen ved at tale og iværksætte standarder for handlinger på vegne af organisationen som helhed (Callon & Latour 1981:279).

Dokumenterne fra kommunikationsprogrammet rækker bagud i tid og henter både argumenter og forklaringer i organisatorisk historie, men peger samtidig fremad og udkaster visioner, handleplaner og scenarier. Dokumenterne griber herved ind i organisatoriske processer, og henter samtidig legitimitet og argumentationer fra organisationseksterne aktører og rapporter (jf. kapitel 4³⁸). Dokumentproduktionen udgør en række organisatoriske forsøg på at ordne verden, udstikke retning og gøre den styrbar. Undersøgelsen af disse retninger og den styring, der er på færde i de organisatoriske dokumenter går gennem analyse af dokumenternes form og indhold og de koblinger, de laver til andre aktører og sammenhænge. Et vigtigt aspekt ved at undersøge dokumentet i organisatoriske sammenhænge er at holde sig for øje, om og hvordan dokumentet bliver læst og brugt. Ifølge Latour opererer dokumenter i et tekstuel demokrati – hvor det største problem for dokumenter (og forfattere) er at blive valgt til. Ofte bliver dokumenter overset, ingen læser dem eller forholder sig til indholdet – især ikke målgruppen - de ønskede modtagere – og derved mister dokumentet sin udsigelseskraft og handlingspotentialer (Latour1988). I mit empiriske arbejde oplevede jeg fx, hvordan sundhedsfaglige ignorerede og gravide overså eller ikke refererede til de udleverede informationsmaterialer³⁹.

³⁸ Igangsættelse af det kommunikationsstrategiske arbejde forklares fx som direkte affødt af offentliggørelsen af organisationseksterne dokumenter: Hospitalets resultater fra den landsdækkende undersøgelse af patientens tilfredshed var under gennemsnittet og med reference til den rapport argumenteres der for igangsættelse af initiativer vedr. nye koncepter for patientinformation (Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008 [herefter: Plan], p.10). Det nævnes også indledningsvist i Plan-dokumentet, at selve strategiområdet Patientens Perspektiv i sin tid blev foranlediget af en række artikler i den danske presse (Plan p.2). Den organisatoriske respons på debatten i pressen er produktion af en række administrative dokumenter: Hospitalets kommunikationsstrategi, skriftlige planer, standarder, værktøjer og instrukser såsom Håndbogen om Patientforlaget (2009).

³⁹ Jeg vil trække to eksempler på dette frem:

1) Håndbogen om Patientforlaget er et eksempel på en intern publikation rettet mod sundhedsfaglige, som synes at have svære betingelser for et liv i organisationen. Den opsummerer kommunikationsidealer og tjeklister for praktisk arbejde med informationsmateriale, og argumenterer for kommunikationsfagligt arbejde, men udkommer på et tidspunkt, hvor Kommunikationsafdelingen er ramt af besparelser – og ressourcerne til at leve op til idealerne ikke længere er til stede.

2) Et andet eksempel er patientpjeccerne rettet til gravide. I min metodiske ambition om at følge

Trods styringsambitioner er dokumenters liv ikke styrbart, idet de aktører og omstændigheder, der indgår i relationer med dokumentet ikke bare kan tilegne sig det, men også modificere, forråde, eller føje til dokumentet (Latour 1986:267). Dokumentets konstruktionsproces er på denne måde vedvarende, pendulerende mellem stabilitet og ustabilitet, kontrol og mangel på samme. Og lige så vel som dokumenter bliver irrelevante, oversete, ignorerede eller afvist, kan deres virkningshistorie også overskride determineringsfeltet og få andre aktører til at handle, eller blot have utilsigtede effekter inden for det felt, som de var tiltænkt⁴⁰. Dokumentmaterialet og dets samspil med andre aktører er i dette projekt med til at tydeliggøre, at strategisk kommunikation med patienten er en multi-situeret begivenhed, der ikke kan lokaliseres i en bestemt type empirisk materiale ved at følge udvalgte aktører eller observere bestemte rum som fx konsultationen.

Dokumenter bevæges rundt i organisationen og befinder sig forskellige steder i koblinger med forskellige aktører og praksisser. Samtidig fungerer dokumenterne på forskellig vis som både afsæt, beholder, omdrejningspunkt, skydeskive og løsningsmodel for iværksættelse af strategisk kommunikation. Dokumenter har været en guide i

kommunikationsstrategierne gennem organisationen, landede jeg i min empiriindsamling i sommeren 2008 i to ugers observationer i jordemoderkonsultationen. Her var jeg interesseret i at undersøge, hvordan informationsmaterialer (pjecer og andre analoge og digitale informationer) dukkede op i relationen mellem jordemoder og den gravide kvinde. Under mine to ugers observationer med gennemsnitligt 12 konsultationer dagligt (og ligeledes under mine tre observationer af forældreaftener af hver to timer) blev der ikke refereret til informationsmaterialer eller hjemmesider af hverken de sundhedsprofessionelle eller de gravide kvinder. Jordemødrene udleverer ca. 10 pjecer til den gravide ved første besøg, men der tales i den forbindelse ikke om indholdet, og der refereres ikke direkte til det ved de senere konsultationer i mine observationer – ud over en formular om forventninger til amning som den gravide skal aflevere ved konsultation i ca. uge 32. Informationsmaterialer synes i udstrakt grad at blive ignoreret eller overset.

⁴⁰ Håndbogen refererer fx til en rapport fra Regeringen, som omhandler cases fra det danske sundhedsvæsen. Det er et eksempel på, hvordan en ekstern rapport på næsten 200 sider, som kun i meget lille omfang beskæftiger sig med kommunikation som tema og i øvrigt betegner kommunikation som en periferiydelse, drages ind i det hospitalsinterne arbejde med at legitimere arbejdet med kommunikation.

det organisatoriske landskab ved dels at pege i forskellige retninger og dels ved at vise vej til forskellige rum, aktører og dokumenter af relevans for analyserne. Det betyder, at jeg ikke betragter dokumenterne som fikserede kilder med et bestemt meningsindhold, men snarere som situerede organisatoriske aktører. Dokumenterne kan således betragtes som produktive, der må forstås i de sammenhænge, som de optræder i (e.g. Prior 2003).

3.3 Læsestrategi

Min læsestrategi i afhandlingens dokumentanalyser er at *læse med* teksten og undersøge dens heterogenitet (Jensen og Lauritsen 2005). Tekster må både analyseres indholdsmæssigt og som del af sammenhænge. Analysen følger derfor teksterne i deres relationer, både den måde den enkelte teksts indhold knytter forbindelser mellem aktører og gennem identifikation af tekstens organisatoriske placering, problembillede, og hvad teksten gør eller deltager i. Det, at tekstens funktion og forbindelser ses som relevante, giver en dynamisk analyse, der har blik for dokumenter som del af en organisatorisk sammenhæng, hvor dokumenter (i samspil med andre dokumenter og aktører) er elementer i fremstilling eller ordning af den organisatoriske virkelighed, som de opererer i. Herved knytter analysen an til den poststrukturalistiske idé om intertekstualitet, hvor tekster indgår i netværk, som gør det interessant at se på tekster og deres samspil som en helhed, der overskrider klassiske dikotomier om mening og brug. Den analytiske opgave er hermed ikke at afsløre dokumentets eventuelle indholdsmæssige inkonsistens. Metodologisk lægges der således op til analyser, der er optaget af at undersøge, hvordan fx dokumentmateriale i sammenhæng med aktører skaber betydning og har effekter, idet materialet bidrager til at definere problemer og synliggøre bestemte organisatoriske processer. Den type analyser søger ikke immanente betydninger i empirisk materiale – ligesom materialet ikke forstås som klart afgrænset på trods af dets materielle fiksering. I stedet er det en metodologisk opgave

at tilgå dokumentet som et empirisk objekt, der analytisk må forstås og positioneres i relevante sammenhænge, hvorfra det både henter betydning, og hvortil det bidrager med ny betydning.

Dokumentmateriale er organisatoriske aktører, idet de indholdsmæssigt bidrager med forventninger til såvel organisation som individuelle aktører. Forventninger har performative effekter, der 'for-ordner' den komplekse virkelighed, de deltager i (Gad 2010). Samtidig har dokumenter rod i praksis og er skabt af forhandlinger, erfaringer og ad hoc modifikationer (fx usikre alliancer, der skal gøres mere robuste). Det er derfor snarere sammenhængen end afstanden mellem dokument (repræsentation) og praksis (repræsenteret), der er analysens teoretiske/aprioriske udgangspunkt (Berg 1996:191).

Teksters indholdsmæssige variationer, forskelle og modsætninger læses ikke mistænksomt, men undersøgende med henblik på at forstå eventuelle inkonsistenser som produktive kontraster⁴¹. Fx kan vaghed og uklarhed på indholdssiden af et dokument betyde, at mål og agendaer fra andre praksisser/tekster kan afstemmes med dokumentet, så dokumentet får vidtrækkende effekter (Jensen & Lauritsen 2005). Afhandlingens analyser har således ikke som mål at kritisere dokumenterne for eventuel indskrænket begrebsbrug, modsigelser, uklare visioner eller simplificeringer af virkeligheden. I stedet undersøger jeg, hvordan dokumenters italesættelser og indramninger af patientkommunikation medproducerer nuancerede forventninger til patienten og organisationen. Jeg forstår kommunikationsprogrammets dokumenter som organi-

⁴¹ Jensen og Lauritsen (2005) problematiserer den klassiske kritisk-skeptiske læsestrategi, hvor målet er at afdække skjulte agendaer og målsætninger i dokumentets diskurs med henblik på at gøre dem eksplicite gennem kritisk fortolkning af tekstens indholdsmæssige mening og fremanalyserede intentioner. Svagheden ved tekstanalytiske mål om at afsløre logisk inkonsistens eller skjulte politiske dagsordener er, at sådanne læsninger har tendens til at forstå aktørers relationer hierarkisk. Magt bliver der ofte et nulsumsspil (Latour 1987), hvor det, at nogle aktører har magt, har den konsekvens, at andre mangler handlemuligheder (Jensen 2008:356).

sationspolitiske aktører eller praksisser, der opsamler, formidler og søger at styre den organisatoriske virkelighed. Analysen ser dokumenter som etnografiske objekter, der formes strategisk og indgår i organisatoriske spil og forhandlinger – både som artefakter i organisationen og i kraft af dokumenternes indhold (tekst, illustrationer og form).

I afhandlingens analyser beskriver jeg de analyserede dokumenter og specificerer den metodiske vægning i relation til den enkelte analyse (se fx kapitel 4 – afsnit 3ff.)

Jeg vil nu kortfattet beskrive, hvordan jeg foretog observationer i feltarbejdet. Observation er den metode, der fylder mindst i mit forskningsarbejde. Det er primært interviewsamtaler og dokumentstudier, der har vakt metodiske diskussioner og særlige udfordringer.

4 Observation af mødesituationer

Jeg foretog observationer af samarbejde mellem kommunikationsafdelingen og repræsentanter for de obstetriske afdelinger⁴². Observationerne var således formelt rammesatte af et institutionelt møde mellem fagligheder: sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige medarbejdere. Min opmærksomhed var rettet mod mødet mellem aktører, og sekundært materielle aspekter af mødesituationen. Inspireret af etnometodologien så og lyttede jeg med henblik på at forstå, hvordan den sociale verden bliver produceret i social institutionel praksis gennem ”ethno-methods of reality construction”(Garfinkel 1974 citeret af Järvinen & Mik-Meyer 2005:100). Fokus på praksis i rummet kombineredes med opmærksomhed på de institutionelle ressourcer, som aktørerne brugte til at positionere sig, forsvare, vedligeholde og forandre den organisatoriske virkelighed⁴³ (Järvinen & Mik-Meyer 2005:101). Observationerne omhandler det indlejrede forhold mellem interaktion og institutionel kontekst, dvs. hvordan social orden forhandles og virkeligheden konstrueres (Järvinen & Mik-Meyer: 2005). Jeg vil kortfattet fremlægge de overvejelser, som knytter sig til arbejdet med observation i forbindelse med disse mødesituationer.

4.1 Præsentation

Erfaringer fra tidligere observationer havde givet mig indtryk af, at det var problematisk at præsentere mig som én, der studerede ”noget med kommunikation”, da det ofte

⁴² Observationsmetoden blev også anvendt i og omkring interviewsamtaler og i den uformelle tid, der var inden og efter et aftalt møde. Som beskrevet i noten ovenfor foretog jeg også observationer af jordemoderkonsultationer gennem to uger og deltog som observatør i tre forældreaftener. Jeg forholder mig ikke til disse observationer her, da materialet derfra ikke indgår i analysen.

⁴³ Miller & Fox (2004) forklarer institutionelle rammer som begrænsende og mulighedsskabende betingelser, der er retningsgivende uden at være determinerende, hvilket i en foucaultsk terminologi vil sige ’mulighedsbetingelser’ for virkelighedskonstruktion. ’Diskursiv etnografi’ er Miller & Fox’ betegnelse for empiriske undersøgelser, hvor praksis analyseres med blik for den organisatoriske indramning af rutiner, strategier, standarder og formaliserede formål i interaktionen. (Järvinen & Mik-Meyer: 2005:101)

opleves som om, at enkeltpersoners udtryk og kommunikationsstil evalueres, hvilket ikke var hensigten med mine observationer. Fokus i mine korte præsentationer af mig selv var ved både observationer og interviews, at jeg arbejdede på Handelshøjskolen med interesse for, hvordan *hospitalet* organiserer arbejdet med kommunikation til patienter. Herved forsøgte jeg at understrege interessen for det *organisatoriske* og hermed nedtone den individorientering, der konnoteres til kommunikationsstudier. Mødedeltagerne var forhåndsinformerede om min deltagelse. Alligevel var der som oftest sundhedsfaglige deltagere, der ved mødernes start gav udtryk for, at de havde glemt, at jeg skulle deltage. Det gav mig indtryk af, at det var uproblematisk, irrelevant eller uinteressant for dem, at jeg var til stede⁴⁴.

4.2 Perifer placering

I observationssituationerne blev jeg inviteret til at sidde ved bordet sammen med mødedeltagerne. Jeg trak mig lidt tilbage og noterede undervejs. Herved forsøgte jeg at bidrage til en social struktur, hvor jeg var perifer i forhold til mødedeltagerne. Jeg optog lydfiler af samtalerne med en diktafon placeret på bordet. Mødesituationerne omhandlede og inddrog også dokumenter, som lå på bordet og som indimellem cirkulerede mellem deltagerne. Min perifere placering synes belejlig, idet bordet som centrum syntes at være ”fyldt” af diktafonen, dokumenterne og mødedeltagernes kontakt på kryds og tværs hen over bordet.

⁴⁴ Jeg forsøgte at lave aftaler med de aktører, jeg observerede om, at jeg kunne følge dem i deres daglige arbejde med kommunikationsopgaver uden for mødesituationer. Men trods adskillige forsøg lykkedes det mig ikke at komme til at observere hverdagen. Aktørerne blev ved med at henvise til, at de ville kontakte mig, når der skulle ske noget ’særligt’.

4.3 Noter

Mine noter omhandler mest særlige sproglige udtryk, der overraskede mig eller interessante organisatoriske temaer, men noterne fokuserer også på materielle aspekter af mødesituationen, som fx hvordan vi sidder om bordet, hvilke mødedeltagere der bærer kittel, hvordan der ser ud osv. Feltnoterne har efterfølgende primært støttet mig i at huske og gentænke idéer, som jeg blev opmærksom på i situationen. Lydoptagelserne af samtalerne gjorde, at jeg havde overskud til at fokusere på andre praksisformer end den sproglige i det sociale rum. I min efterbehandling af materialet har transkriptioner af lydoptagelserne sammen med læsninger af dokumentmateriale været det bærende element til generering af analytiske idéer.

5 Interview som samtale

*An interview is not a window on social reality,
but it is a part, a sample of that reality
(Czarniawska 2004:49)*

Betegnelsen interviewsamtaler refererer til 'semiformal guided conversations' (Gubrium and Holstein 1997: 141) – en form for interview, der videreudvikler det semi-strukturerede interview (e.g. Kvale 1997, Esterberg 2002). Min interesse retter sig mod en forståelse af organisationens brug af kommunikations- og patientbegrebet og de kommunikationsmetoder- og værktøjer, der knyttes hertil. Det præger interviewene på den måde, at de spørgsmål, jeg stillede, ikke var orienteret mod forståelsen af individer, deres intentioner og livsverden, som i det klassiske kvalitative forskningsinterview⁴⁵. Det videnskabsteoretiske grundlag for afhandlingen er i konflikt med forestillingen om at kunne "afdække interviewpersoners livsverden". Denne "afdækkende" praksis opererer med en optik, hvor virkeligheden udgøres af stabile objekter og afgrænsede handlinger, hvilket korresponderer dårligt med denne afhandlings ambition om at forstå felten som performativ og konstrueret (Staunæs & Søndergaard 2005). Idet virkeligheden ikke antages at være "derude" og fyldt med stabile, rensede og enkle fænomener, der kan konstateres og afdækkes, så vil tilsvarende stramme, strukturerede og prædefinerede metoder også komme til kort i mødet med virkeligheden (Law 2004).

5.1 Interviewpersoner

Materialet bidrager med interviewpersonernes redegørelser for deres arbejdspraksisser i relation til hospitalets kommunikationsindsats i forhold til patienter. De planlagte interviews foregik overvejende som interviews med enkeltpersoner, og desuden

⁴⁵ Det kvalitative forskningsinterview sættes ofte i forbindelse med bogen InterView af Steiner Kvale (1997), hvor interviewet beskrives som en metode til at "forsøge at forstå verden fra interviewpersonens synspunkt, udfolde meningen i folks oplevelser [og] afdække deres livsverden" (Kvale 1997:15).

udførte jeg tre gruppeinterviews med to eller tre deltagere ud over mig selv⁴⁶. De var alle åbne, løst strukturerede kvalitative interviews. Jeg efterstræbte at etablere kontakter med en variation af interviewpersoner (Staubæs & Søndergaard 2005:55), der var positioneret forskellige steder i organisationen og med forskellige faglige relationer og erfaringer i relation til forskningsfeltet⁴⁷. Mit afsæt for at få indblik i felten var at tale med kommunikationsmedarbejdere, som derpå gav mig idéer til andre aktører i felten, som projektet kunne have gavn af at tale med. Af og til foreslog interviewpersonerne selv andre aktører (fx foreslog kommunikationschefen, at jeg skulle interviewe hospitalsdirektøren). Kommunikationsafdelingen har således fungeret som min gatekeeper i den største del af feltarbejdet og igangsat snowball-effekter i forhold til valg af interviewpersoner. Og på trods af at spredningen af interviewpersoner med hensyn til organisatorisk placering, profession, erfaring mv. har været efterstræbt, bærer afhandlingen præg af, at det er fra kommunikationsafdelingerne, at organisationen blev åbnet for mig. Jeg ankom selv med en kommunikationsfaglige arbejds erfaring og blev introduceret til organisationen og fx kommunikationsprogrammet 'Patienten Perspektiv' fra kommunikationsafdelingens side, hvilket betyder, at det overvejende er den kommunikationsfaglige orientering, der har indrammet min felt.

⁴⁶ Ud over de planlagte interviews har jeg desuden haft en række samtaler, telefonsamtaler og mailkorrespondance med interviewpersonerne, hvor jeg fx har haft mulighed for at følge op på interviews eller forberede deltagerne ved at forklare, hvad jeg ønskede at tale med dem om.

⁴⁷ Medarbejdere: kommunikationsmedarbejdere, projektmedarbejdere, læger, jordemødre, sygeplejersker, kvalitetsansvarlige, udviklingskonsulenter, grafikere. Ledere: ledere af kliniske afdelinger, hospitalsledelse, kommunikationschefer. Via en konference rettet mod kommunikationsfaglige praktikere i hospitalsvæsnet, hvor jeg præsenterede mit projekt, fik jeg også kontakt med en udviklingskonsulent i hospitalets udviklingsafdeling, som arbejdede med patientkommunikation. Det betød, at jeg også mere tilfældigt kom i kontakt med en del af felten, som mine gatekeepers ikke havde foreslået som relevante aktører. Felten blev herved udvidet, og interviews og observationer af det kommunikationsstrategiske arbejde fik herved en større variation i mit empiriske materiale.

5.2 Interviewsamtalernes dialogiske form

Det metodemæssige ideal for interviewene var, at de skulle være dialogiske. Så på trods af, at jeg indtog rollen som den igangsættende og styrende part, lod jeg interviewpersonerne tale frit, og spurgte kun ind til nye emner, hvis de gentog sig selv eller kom langt væk fra emner i projektets interesse. Frem for at interviewpersonerne var respondenter, der skulle levere eksakte, informative svar forsøgte jeg at lægge op til, at vi var samtalepartnere. Samtaleformen fungerede særligt godt i gruppeinterviews, hvor mine samtalepartnere ofte supplerede hinanden og diskussionen af emnerne foregik dynamisk på kryds og tværs af bordet.

De planlagte møder foregik face-to-face på hospitalet i eller omkring de afdelinger, hvor interviewpersonerne arbejdede. Jeg stillede spørgsmål og bad om yderligere uddybelser og forklaringer hos en eller flere af deltagerne, når der opstod noget, jeg gerne ville vide mere om.

Interviewene var forberedt ved, at jeg kiggede skriftlige materialer og evt. noter fra forudgående interviews igennem. På baggrund heraf medbragte jeg tematiske noter, som kunne hjælpe mig med at huske at komme omkring emner, jeg fandt relevante (fx samarbejdsrelationer, formalisering af kommunikationsarbejdet, begrebet ”den nye patienttype”). Jeg har således ikke haft en fast spørgeguide, men medbragt noter og huskelister tilpasset temaerne til det enkelte interview og det kendskab, jeg havde til interviewpersonen på forhånd. Undervejs i interviewet droppede jeg ofte at spørge direkte til mine forberedte emner, fordi de enten blev berørt indirekte, eller der opstod andre interessante temaer. Alle planlagte interviews figurerer som lydoptagelser og er efterfølgende blevet transskriberet. Jeg minimerede brug af noter undervejs i interviewet, da jeg oplevede, at det forstyrrede kontakten mellem mig og de øvrige deltagere.

5.3 Interviewsamtalernes indhold og refleksivitet

The interview *per se* can function as a disruption that stimulates the production of accounts.
(Svensson 2009: 174)

Målet med disse samtaler var flersidige. Jeg brugte samtalerne til at få faktuelle informationer om strukturer og ansvar i organisationen, til at åbne feltet og søge at forstyrre vores indforståethed ved at sætte mine egne iagttagelser i spil og udfordre deres udlægninger af virkeligheden.

Proceduren var, at jeg åbnede det første interview med en kort præsentation af mig selv og projektets interesse (efter samme model som beskrevet under præsentation ved observationerne ovenfor) for derefter at bede deltagerne præsentere sig. Jeg appellerede til narrative arbejdsfortællinger om, hvad det empiriske felt betegner "patientkommunikation" ved at spørge åbnende som fx: "Jeg vil gerne høre om, hvad du laver i dit arbejde. Kan du fortælle om, hvad du arbejder med til daglig?", "Jeg har hørt om projektet 'Patientens Perspektiv', kender du det?". Narrativerne viste sig at være "cultural storehouses of organizational information" (Brown: 1985), som hjalp mig til at få både faktuelle og strukturelle informationer på plads samtidig med, at personer fik mulighed for at fortælle frit om arbejdslivet, udfordringer, interesser, relationer, beslutningsprocesser og konflikter, som jeg derpå spurgte videre til: Fx når en interviewperson talte om modstand, spurgte jeg til, hvordan hun oplevede, at der var modstand, eller når der blev talt om patientens oplevelse, så spurgte jeg til, hvad og hvordan de havde viden om patientens oplevelse og virkelighed.

Interviewsamtalerne producerede viden om og refleksioner over det kommunikationsstrategiske arbejde, samarbejdet med det kliniske personale og forestillinger om patient og kommunikation, som de tekstbårne empiriske materialer ikke kunne bidrage med. Interviewene samarbejdede således med dokumentlæsningerne ved at supplere med information og fortættede beskrivelser af processer, som dokumenter i højere grad forholdt sig konstaterende til. Ved at spørge med "hvordan" og "hvad" frem for "hvorfor" inviterede jeg til at de interviewede skulle udfolde deres oplevelser frem for at give forklaringer, hypoteser og teorier (Staunæs & Søndergaard, 2005:65).

Inspireret af performativ metodelitteratur (fx Svensson 2009, Staunæs & Søndergaard 2005, Staunæs 2007) forsøgte jeg også at åbne felten og lære af interviewpersonerne samt udfordre dem og mig selv - fx ved at diskutere iagttagelser og foreløbige overvejelser som jeg gjorde mig i arbejdet med afhandlingen, afprøve idéer om interessante analysetemaer, som jeg havde overvejet siden sidste møde. Eksempelvis mødtes jeg med en kommunikationsmedarbejder nogle måneder efter en observation af et møde, hvor der havde udspillet sig en konflikt. Et godt stykke tid inde i interviewet inviterede jeg hende til at reflektere over konflikten, hvilket affødte, at hun tænkte situationen igennem, fortalte hvor den endte efter mødet, hvad hun selv ville have gjort anderledes i dag⁴⁸.

The analysis of interview data from talk or transcripts of talk is organized not to locate interior beliefs or knowledge or to seek actual descriptions of social settings. Rather it is organized to identify the speakers' methods of using categories and activities in accounts.

(Baker 1997:131)

Forskningsinterviewet opererer således som et sted, hvor der etableres evalueringer og klassifikationer af forskellige praksisser. Kommunikationsmedarbejderne brugte også forskningsinterviewet til at italesætte nye strategier for egne samtalepraksisser. Når jeg spurgte til gode erfaringer fra samarbejdet med de sundhedsfaglige fremhævede en kommunikationsmedarbejder en situation, hvor betegnelsen ”akademisk skrivestil” om de sundhedsfagliges skriftlighed fungerede konstruktivt i samarbejdet⁴⁹. Forskningsinterviewets refleksioner over dette afstedkom, at hun ville søge at bruge denne betegnelse strategisk fremover. Det er et eksempel på, hvordan interviewsamtalen gennem sproglige evalueringer, forklaringer af arbejde, kompetencer

⁴⁸ Kommunikationsmedarbejderen evaluerer sin egen praksis, fx idet hun udtrykker, at hun nu kan se, at de sundhedsfaglige blev involveret i processen ”en gang for tidligt”. Herefter lægger hun op til, at hun fremover vil iværksætte en ny praksis i samarbejdet, hvor hun leverer færdige udkast til de sundhedsfaglige (uden synlige rettelser). Afslutningsvist perspektiverer hun til andre lignende erfaringer og konflikter. Jf. kapitel 5, hvor dette eksempel inddrages.

⁴⁹ Jf. kapitel 5, hvor dette eksempel inddrages.

og praktiske udfordringer stiller handlinger til regnskab og udvikler praksisbårne idéer om fremtidige håndteringsmåder.

Genfortællinger af konkrete oplevelser og refleksioner over disse var med til at udvikle min forståelse af felten og generere analyseåbninger. Disse åbninger af felten blev skabt gennem en samtalende, uformaliseret ramme om interviewet – og det er min overbevisning, at det rige, narrative empiriske materiale, der blev genereret i kraft af denne tilgang til interviewsituationen ikke kunne være opnået ved brug af standardiserede spørgeguides. Interviewet er på baggrund heraf ikke bare repræsentative 'data', der etablerer en oversættelse fra organisatoriske handlinger eller begivenheder, der er 'ude' i organisationen uden for selve interviewsituationen. Forskningsinterviewet er snarere et rum, der refererer til og genskaber situationer og praksisser uden for interviewet og italesætter idéer til nye håndteringsmåder i den daglige praksis.

Interviewet er således performativt sammenvævet med den institutionelle hverdag i organisationen. Et andet aspekt af denne forbindelse mellem indenfor og udenfor er, at de kommunikationsmedarbejdere, jeg interviewede, også selv praktiserer interview-formen i deres samarbejdspraksis med sundhedsfaglige medarbejdere – en samarbejdspraksis som jeg ligeledes har observeret. Forskningsinterviewet foregår således ikke i et kulturelt vakuum afskåret fra andre situationer og sociale strukturer i en organisation, men forskningsinterviewet bidrager til at skabe organisering, klassifikationer, stabilisere roller, etablere professionelle kompetencefelter og arbejdsstrategier på mikroniveau. Interviewsamtalerne må således ses som forbundne med andre organisatoriske interaktioner, der evalueres eller strategificeres i selve forskningsinterviewet. Forbindelsen mellem organisationens virkelighed og forskningsinterviewet er således ikke repræsentativ, men evaluerende, rekreativ og performativ.

Der foregår en aktiv social produktion - et vedligeholdelses- og udviklingsarbejde i disse forskningsinterviews-situationer, som rækker ud over det umiddelbare determineringsfelt (at fodre mig med 'data'). I interviewene er det fx tydeligt, hvordan kommunikationsmedarbejderne også bruger mig og den opmærksomhed, som mit projekt

giver deres arbejde med at skabe en professionsidentitet og organisatorisk berettigelse⁵⁰. Forskningsinterviewet er netop et sted, hvor de kommunikationsfaglige, deres faglighed og praksisser er i fokus – interviewsituationen flytter dem momentant og med performative virkninger fra organisationens periferi til et opmærksomt centrum, hvor der produceres organisering.

Forskningsinterviewene er møder, hvor aktørerne iværksætter regler og grænsedragninger (hvad etnometodologien kalder 'ethno methods') for fx kommunikationsfaglighed og professionsidentitet. Igen og igen vender kommunikationsmedarbejderne tilbage til, hvor vigtigt det er at skelne mellem sundhedsfaglige kompetencer og kommunikationsfaglige kompetencer, hvilket illustreres med en række eksempler på, hvordan de sundhedsfaglige bruger lægelatin og ikke er i stand til at kommunikere skriftligt; "at skrive forståeligt dansk". Iværksættelsen af disse 'ethno-methods' styrker og udfordrer aktørerne i deres arbejde med at rekonfigurere en social orden i hospitalets rum, hvor disse aktører er i gang med at skabe sig en plads som ekspertise og etablere et vidensfelt, som allerede er beboet af andres interesser. Kommunikationsafdelingens fokus på skriftlighed bekræftes i interviewene som et uomgængeligt organisatorisk indsatsområde – et indsatsområde i periferien af organisationens kerneydelse, som de ønsker at bevæge fra periferi mod centrum. Forskningsinterviewet etablerer således et rum, hvor aktørernes 'ethno methods' både udfordres ved mine spørgsmål og bekræftes ved den opmærksomhed, som interviewsituationen tildeler dem. Interviewsamtalerne er på denne måde både med til potentielt at skabe forandring, producere en række mulige løsninger på problemer, og bidrager samtidig til at cementere allerede iværksatte løsninger og stabilisere allerede eksisterende sociale relationer.

⁵⁰ Kommunikationsmedarbejderne virker stolte og glade for, at jeg vil studere dem. De udtrykker, at de er spændt på mine resultater, og tror min undersøgelse vil vise, at deres praksis er særdeles vigtig, interessant og betydningsfuld.

6 Empiribehandling

I afhandlingens tre analysekapitler behandler jeg empirien på forskellige måder, som er tilpasset de respektive analytiske mål. I de enkelte analyser indrammer jeg indledningsvis den analytik, jeg sætter i værk ved hjælp af forskellige teoretiske og metodiske ressourcer. På trods af analysernes forskellighed i brug af teori samt greb på empirisk materiale er der en praktisk del af empiribehandlingen, som går på tværs af alle tre analyser.

Fælles for min empiribehandling er, at jeg bruger den skriftlige sproglighed som distanceskabende greb. Dvs. at når det empiriske materiale ikke er organisatoriske dokumenter, men observationer og interviewsamtaler har jeg indledt empiribehandlingen med at omforme feltarbejdet til tekst i form af transskriptioner af de sproglige ytringer kombineret med noter fra situationen.

Fælles for alle tre analyser er, at jeg inspireret af 'grounded theory' har kodet det tekstlige materiale af flere omgange i forhold til fx de konflikttemaer, positionelle forskelle eller uafklaretheder, jeg har kunnet få øje på i materialet og brugt disse som produktive kontraster i analysearbejdet.

En effekt af disse kodninger er eksempelvis min opdeling af informanterne i 'S' for sundhedsfaglig og 'K' for kommunikationsfaglig. Denne dualisme kan kritiseres for at være reducerende, idet jeg fx i et 'S' samler forskellige sundhedsfaglige, som med andre indgangsvinkler givetvis vil se sig selv som adskilte professioner. Dette valg har flere grunde: 1) mine interviews og observationer med forskellige sundhedsfaglige professioner (sygeplejerske, jordemoder, læge) er ikke omfangsrige nok til, at jeg med belæg kan diskutere deres forskellighed, 2) jeg følger kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv's en vivo kategorisering, hvor der opereres med et skarpt skel mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige. Programmet performer denne distinktion, som forstærkes i fx observationssituationer og interviewsamtaler, 3) i tidligere udkast til mine analyser har jeg ikke stødt på eller ekskluderet empi-

ri, der strøg denne opdeling mod hårene, tværtimod har jeg været opmærksom på, om det empiriske materiale rummede historier, hvor S og K ikke blev fremstillet som modsætninger. I Håndbogen indgår der citater af sundhedsfaglige med rosende ord om kommunikationsprogrammet. I det øvrige empiriske materiale er jeg ikke stødt på sådanne alliancer, omend jeg formoder, at de findes.

For alle tre analyser gælder det, at de har udkrystalliseret sig i kategoriseringer gennem en iterativ proces, hvor jeg inspireret af grounded theory og med forskellige teoretiske og analytiske ressourcer har bevæget mig frem og tilbage mellem empiri, teori og egne analytiske begreber og interesser. De enkelte introduktioner til analyserne situerer dette arbejde.

Efter kodning af materialet har jeg i de følgende runder af empiribehandling læst efter mønstre. Disse mønstre er opstået med ressourcer fra primært tre kilder i forskellige konstellationer, fx 1) spor der er opstået som idé i mine noter under empirigenereringen eller under transskription, 2) spor der er dukket op som idé ved læsning af organisatoriske dokumenter, der er genstand for analysen, eller i en sammenlignende læsning af et andet organisatorisk dokument/empirisk materiale eller 3) spor der er informeret af teori.

Lad mig give et par eksempler:

I afhandlingens kapitel 4 tager min læsning af tre organisatoriske dokumenter eksplicit afsæt i to analytiske begreber om henholdsvis social organiseringsteknologi i første del og patientfigurer i anden del. Med social organiseringsteknologi er min læsning særligt opmærksom på de store linjer i de respektive dokumenter - fx hvordan problemer/problembærere og løsninger italesættes, eller hvordan kommunikation, mål, effekter og relationen mellem patient og hospital forklares. Her er kontrasterne mellem de forskellige dokumenters virkelighedsbillede i fokus. I anden del af kapitel 4 læser jeg i højere grad de tre dokumenter som et samlet tekstkorpus og har været

optaget af detaljer i teksten. Her eftersporer jeg specifikt, hvordan patientfigurer positioneres sprogligt og i relationer til andre aktører og problemstillinger.

Både i kapitel 4 og 5 er jeg samtidig inspireret af Clarkes situationelle kortlægninger (Clarke 2005), der kan fungere analysegenererende gennem: 1) Situationelle kort der fokuserer på aktører, diskurser og andre elementer og relationerne mellem disse. 2) Sociale verdener/arenaer der kortlægger kollektive aktører og andre elementer i arenaens forhandlinger. 3) Positionelle kort som fremlægger aktørpositioner via akser af forskelle, temaer, kontroverser i diskurser. Jeg trækker på variationer over disse kort i det analytiske arbejde – og de skemaer og modeller, der optræder i analyserne, illustrerer resultater af, hvordan jeg har brugt kortlægningsmetoderne til at forstå situationelle elementer og deres relationer⁵¹. Tilpassede variationer af disse kort bruger jeg til at få øje på og ordne materialets sociale verdener, positioner og elementer.

Den strategiske læsning og kodning af materialet har også fundet form via krydsning af empiriske materialer, som i kapitel 6, hvor jeg analyserer et udarbejdet informationsmateriale med hjælp fra en observation af dets tilblivelsesproces. Her bruger jeg den organisatoriske sammenhæng, som materialet er vokset frem igennem, som et prisme til at få øje på versioner og problematikker i tekst og billede.

⁵¹ Jeg bruger Clarke kortlægningsmetoder som redskaber i analyseprocessen. De kort og skemaer, jeg har arbejdet med, har derfor i høj grad fungeret som versioner i en iterativ proces, hvor jeg gennem analysen har tilrettet og forfinet kort og skemaer. Skemaer og kort, der er taget med i kapitel 4 og 5 står således som resultat af en række forskellige versioner og typer af optegnelser.

7 Kritiske metoderefleksioner

Den sidste del af metodekapitlet tager beslægtede problematikker op vedrørende interventioner i felten. Dokumentstudier har her en central plads i diskussionen af, hvordan jeg har håndteret eller blevet opmærksom på problematikker om overlap, looping eller kollaps i relationen mellem forskningspraksis og det empiriske felt.

7.1 Den bekendte felt – et erfaringsbelastet møde

I projektets generering af empirisk materiale trådte jeg ind i et felt, som jeg havde særligt kendskab til fra mit tidligere arbejdsliv som kommunikationsrådgiver på Rigshospitalet. Selv om jeg ikke har samarbejdet med Rigshospitalet i dette projekt, er det i kraft af arbejdet der, at jeg var bekendt med typiske procedurer, problemstillinger og konkrete personer i de hospitalsorganisationer, som jeg har samarbejdet med⁵². At undersøge fastlæggelse af handlinger og begivenheder i felten, når man på forhånd kender felten indefra, er en af feltarbejdets store udfordringer (Hastrup 2004). Som relativt uerfaren med feltstudier var det en overraskelse for mig, at min bekendthed med den empiriske felt ikke overvejende var en fordel.

Fra forskningsprojektets opstart blev jeg konfronteret med min arbejdsmæssige baggrund. Den betød, at det var nemt for mig at få adgang til felten via mit netværk, men mit arbejdsmæssige kendskab til tematikken *strategisk kommunikation i hospitalsvæsnet* og nogle af informanterne trak nogle metodiske problemer med sig. Særligt i forhold til interviewsituationerne blev jeg metodisk udfordret af min arbejdsmæssige biografi. Ved mine første interviews med kommunikationsafdelingerne på hospitaler-

⁵² Et par af mine informanter var perifære samarbejdspartnere i mit tidligere arbejdsliv, hvor vi har mødt hinanden til møder, konferencer og haft løbende kontakt vedrørende samarbejde om tværor-organisatoriske arbejdsopgaver. Det strategiske arbejde med kommunikation var i den kontekst endvidere delvist koordineret på tværs af hospitalerne via H:S (Hovedstadens Sygehusfællesskab) og senere Region Hovedstaden.

ne oplevede jeg fx, at min forskerrolle var et brud på sociale konventioner. Det forventedes, at jeg bidrog til fællesskabet med historier fra mit tidligere arbejdsliv om udfordringer og opgaveløsninger. Som nyudsprunget etnograf i et kendt felt, oplevede jeg ubehag ved at stå uden for fællesskabet, når jeg holdt igen med de anekdotiske fortællinger om fx måder at håndtere arbejdsopgaver. I feltarbejdets opstart var det svært både kognitivt og praktisk at gentage mødet med feltet med et socialvidenskabeligt blik, da de sociale spilleregler trak mig ind i rollen som kollega. Fx var det svært for mig at holde fast i at være undrende og undersøgende i forhold til narrativer om konflikter mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige. De sociale spilleregler bød mig at vise forståelse gennem egne lignende fortællinger, og dermed kom jeg flere gange til at udligne min interview- og observatørrolle, hvorved jeg mistede fokus på samtalepartnernes fortællinger. Her var lydoptagelserne af interviewene en hjælp for mig i efterbehandlingen af materialet. Ved hjælp af dem, transskriptioner og noter kunne jeg gennemgå situationerne igen og fange detaljer, som jeg overså i første omgang. Dokumenter, transskriptioner og feltnoter fungerede som kærkomne 'distanceskabende' greb, der gjorde den emergende felt håndgribelig, håndterbar og kunne sikre validiteten.

Mit praksisnære afsæt for at gå ind i et allerede kendt felt udgjorde både en erfaringsrigdom og -belastning i forhold til forskningsprojektet. Min status og rolle i mødet med organisationerne var uklar. Jeg blev ikke mødt som den udefrakommende forsker, men heller ikke som en fuldgyldig kollegial samarbejdspartner. I stedet blev jeg mødt med forventninger om, at jeg var den indforståede forsker med privilegeret indsigt i feltet. Eksempelvis anvendte kommunikationsmedarbejderne indforstået fagterminologi og -jargon som fx "den nye patienttype" og begreber som "verbalsubstantiver" med største selvfølgelighed. Informanternes referencer til organisatoriske og faggrupperelaterede samarbejdsproblematikker blev som sagt ligeledes præsenteret med en forventning om indforståethed, der indimellem gjorde det svært for mig at gå videre ind i interviewet og spørge på en undersøgende måde til begreber eller or-

organisatoriske håndteringer, som begge parter vidste, at jeg allerede kendte til. Med fire års brancheerfaring med det kommunikationsstrategiske arbejde i hospitalsvæsnet kendte jeg anekdoterne om de sundhedsfagliges kommunikationskvalifikationer, som florerede blandt kommunikationsfaglige. Min hjemlige etnografi var således ikke alene blændet af, at jeg studerede et felt i en velkendt, vestlig kultur med de blinde pletter, der kan følge med studier af egen kultur (Hastrup 2004). Det var udfordrende at studere et felt med fagligt overlap til min egen arbejdspraksis, et felt der samtidig er præget af ”common sense”, hvor temaet er alle mands eje, idet hospitaler, patienter og patientkommunikation er emner, som er genstand for offentlig debat, og som langt de fleste mennesker har en relation eller holdning til. Men også branchekendskabet og det konkrete kendskab til flere af informanterne skabte nye former for blindhed eller praktisk uformåen fra min side. Handlinger og begivenheder virkede meget langt hen ad vejen selvfølgelige og forventelige for mig. Skriftlighed i form af dokumenter og transkriptioner blev i lyset heraf et empirisk holdepunkt i interviews og observationer. Her fandt jeg fx analytiske problemstillinger, som jeg kunne ”bringe tilbage” til interviewsituationer⁵³. Forventninger fra feltens aktører og den indforståethed, der var mellem os, havde den konsekvens, at jeg måtte være særligt opmærksom på at eksplicitere de spørgsmål, som jeg troede, jeg allerede kendte svaret på. Fx hvilke udfordringer der knyttede sig til de kommunikationsfagliges samarbejde med de sundhedsprofessionelle, eller hvad de mente, når de talte om ”den nye patienttype”. Jeg var særlig opmærksom på, hvordan informanternes forventninger til min forhåndsviden, vores fælles referencer og tavse viden. Erfaringsbåren normativitet var med til at gøre relevante temaer og handlinger usynlige for mig.

⁵³ Eksempelvis havde et af de organisatoriske dokumenter om kommunikation (Plan-dokumentet) udførlige beskrivelser af problemer og konflikter i samarbejdet mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige aktører, hvilket jeg fandt overraskende, idet jeg forventede, at interne konflikter mellem faggrupper primært cirkulerede som mundtlige anekdoter.

Forhåndsindsigten i afhandlingens tema har haft konsekvenser for afhandlingens udformning og resultater. Med en tilkæmpet eksplorativ undren har jeg søgt at sætte parentes om mine prædefinerede antagelser om felten. Spændingen mellem forhåndsviden og åbenhed har fungeret som projektets metodiske attitude til feltarbejdet. Jeg har søgt at undgå at applicere teori på det empiriske materiale og i stedet lade det etnografiske arbejde tage et etnometodologisk udgangspunkt i at forstå, hvordan empiriske virkeligheder bygges op gennem feltets egne teorier, metoder og ontologier (Garfinkel 1967). I mødet med det empiriske felt har jeg søgt at sætte praksisser og handlinger i forgrunden – og medbragte teoretiske forestillinger i baggrunden, og løbende forholdt mig til, hvordan forskningsprojektet med sin intervention i felten påvirker og iscenesætter bestemte versioner af forskningsobjektet, og hvilke konsekvenser det har for den viden, som projektet kan generere (jf. kapitel 1 – afsnit 6).

7.2 Kollaps? Det empiriske felt og forskningspraksis

I den forskningsmæssige praksis, som etnografen eller organisationsanalytikeren udfører, er dokumenter et artefakt, som forskeren selv bruger til at skabe viden med fx gennem konstruktion af feltnoter og videnskabelige tekster. I studier af moderne organisationer er dokumentet et artefakt, som forskeren samtidig må forholde sig til som en del af empirien. Hvilken analytisk status dokumenter får, afhænger af det enkelte projekt, men i en organisationsanalyse som denne, hvor dokumenter spiller en afgørende rolle i den metodologiske orientering, betyder det, at dokumentet på samme tid er både empirisk objekt, analytisk kategori og en metodologisk orientering (Riles 2006:7).

Den etnografiske praksis har op gennem det 20. århundrede i høj grad vendt blikket hjemad – og studeret socialiteten i den moderne vestlige verden. Etnografiske studier af orale kulturer er i dag suppleret med studier af praksisser, hvor skriftlighed og do-

kumentation fylder (Hastrup 2004, Riles 2006). Denne hjemlige etnografi afføder metodologiske overvejelser. Debatten om at studere egen kultur er en af dem, som jeg har berørt. I det følgende vil jeg diskutere et andet aspekt af denne 'ethnography at home', som omhandler de problematikker, der knyttes til at vende blikket mod moderne tekstproducerende bureaukratiske praksisser.

Gennem arbejdet med de organisatoriske dokumenter løb jeg ind i en repræsentationsproblematik, som fik betydning for mit analysearbejde. Problematikken knytter sig især til dokumentet 'Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008'⁵⁴. Ud over at dokumentet hjalp mig til at få sat en tidlig og tematisk ramme om mit projekt viste det sig også, at dets tekstlige indhold udfordrede forholdet mellem mine metodologiske overvejelser om kvalitative metoder og feltens praksis.

Plan-dokumentet præsenterer sig som en analyse af organisatoriske problemer vedrørende hospitalets kommunikationsarbejde og fremlægger på baggrund heraf en løsningsmodel. På trods af, at jeg ikke ankom med en forestilling om at skulle levere konkrete løsninger til hospitalet, var det min intention at lave en analyse af organisatoriske problemstillinger i relation til patientkommunikation. Kommunikationsafdelingens ikke-videnskabelige, men refleksive og analytisk afsluttede arbejde fik nu status som empirisk materiale i min analyse. Det stillede spørgsmål ved min egen analyse forude og den indskrumpede analytiske distance mellem empiriens selvanalyse og forskningens analyse. Hvad betyder det for min forskningsmæssige dokument-

⁵⁴ Dette dokument åbnede veje ind i det empiriske felt. Plan-dokumentet omhandler hospitalets interne planer for, hvordan god kommunikation med patienter skal implementeres i organisationen, er udarbejdet af kommunikationsafdelingen og henvendt til hospitalsledelsen. Ud fra dette dokument forberedte jeg mine første møder fx overvejede interviewspørgsmål og fik idéer til ph.d.-projektets fokus. Hospitalet havde netop etableret en kommunikationsafdeling, udnævnt en kommunikationschef samt iværksat denne plan for projektet, samtidig med at jeg påbegyndte mit feltarbejde, så jeg har kunnet følge planen i et udsnit af dens implementeringsrejse i organisationen gennem 2007-2008. Dermed fik jeg via dokumentet sat en tidlig afgrænsning omkring det empiriske materiale.

produktion og analyses karakter, grænser og formål, at forskningsobjektet i sig selv er en analytisk og dokumentproducerende praksis? (Riles 2006:7, Gad 2010:4).

'Plan for projektet Patientens Perspektiv 2007-2008' indeholder formål, historisk gennemgang af hospitalets hidtidige arbejde med patientkommunikation, analyse af problemstillinger, anbefalinger, forslag til drift og særlige tiltag. Gennemlæsninger og interviews med forfatterne af dokumentet tydeliggjorde, at der særligt var to metodologiske spor i det empiriske materiale, som jeg måtte forfølge. Det ene er det empiriske felts brug af metoder – hentet i den socialvidenskabelige værktøjskasse, det andet spor er feltets anvendelse af socialvidenskabelig retorik, metaforik og teori. I den etnografiske litteratur betegnes denne og lignende erfaringer, som jeg har haft med felten, som oplevelser af 'para-ethnography' (Holmes & Marcus 2005, Riles 2006:7) – altså videnspraksisser, der er analoge til etnografens egne, fx ved at de anvender lignende metoder og/eller sprog.

I de følgende to afsnit forklarer jeg med baggrund i teorikapitlet disse kollaps og mine forskningspraktiske håndteringer af dem.

7.2.1 Metodesammenfald

'Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008' betjener sig af en række socialvidenskabelige begreber. Planen præsenteres som: "Kommunikationsafdelingens analyse og anbefaling til hospitalets fremtidige arbejde med strategiområdet patientens perspektiv" (p. 1 – min kursivering). Side 4-5 i dokumentet udgør en "Analyse af problemfelterne i det gamle system", hvori der indgår en systematisk "Beskrivelse af konkrete problemer". Analysen konkluderer, at principperne bag 'Patientens Perspektiv' har været rigtige, men at "problemfelterne ligger i implementeringen af disse principper, så de i praksis kommer til at gælde overalt på hospitalet". Der er metodisk sammenfald mellem de måder, jeg som forsker arbejder på og den måde, som kommunikationsmedarbejderne udfører deres arbejde på: de studerer rapporter, policies, udarbejder selv dokumenter og laver interviews med deres interessenter. I den historiske

gennemgang af hospitalets arbejde med 'Patientens Perspektiv' forklares det under overskriften "Undersøgelse af problemfelter", at der i begyndelsen af 2007 blev besluttet at "observere området [dvs. arbejdet med patientinformation] med forlæggerbriller" i nogle måneder. Interviewsamtaler er endvidere en uomgængelig del af deres arbejdspraksis, når de samarbejder med sundhedsfaglige om at udarbejde informationsmaterialer.

Metoder som observation, dokumentanalyse og interviews er vidensgenererende metoder, som i dag anvendes i udførelsen af det daglige arbejde i mange typer organisationer. Felten producerer dokumenter, der minder om akademiske analyser og gør brug af kvalitative metoder. Plan-dokumentet mimer ikke en videnskabelig rapport, men er en kvasi-videnskabelig tekst, idet den fx betjener sig af socialvidenskabelige metoder, betegnes som en analyse, samtidig med at det fremstår som et organisationspolitisk indlæg. De organisationsinterne analyser har en anvendelsesorienteret karakter, der ikke følger de samme krav som en akademisk tekst, men anvender de samme metoder. I afhandlingens analyser tager jeg empiriens analyser seriøst som del af feltets selvanalyse og virkelighed. Fx anvender jeg Plan-dokumentets organisatoriske selvanalyse som analytisk afsæt for min analyse i kapitel 5. Plan-dokumentet er, ligesom de andre organisatoriske dokumenter, jeg analyserer, både baseret på kommunikationsfaglig viden og konkret erfaring, og samtidig doseret med organisatoriske og politiske dagsordner, som kendetegner det felt, dokumenterne indskrives i.

Plan-dokumentet gør fx brug af et objektivitetsbegreb, som ikke er i overensstemmelse med alment anerkendte socialvidenskabelige standarder – fx forklares det i afsnittet "Arbejdsform: Faste koncepter for samarbejdet med afdelingerne": "Her er de nye arbejdsgange beskrevet, de fleste af dem er faste koncepter for møder og lister over objektive faglige kriterier, der skal ligge til grund for samarbejdet mellem klinikere og kommunikationsfolk." Herunder angives der to nye vejledninger med objektive kriterier for henholdsvis grafisk udformning og tekster til patienter. De objektive kri-

terier er ”kvalitetskriterier” og skal sikre en faglig dialog, der kan fungere som ”tjekliste for at sikre, at vurderingen sker efter objektive parametre, hvor både de sundhedsfagliges og de kommunikationsfagliges krav overholdes til gavn for patienterne” (Plan:9). Kriterierne har et kommunikationsstrategisk udgangspunkt sat ind i en organisationspolitisk sammenhæng og er udarbejdet af kommunikationsafdelingen. Objektivitetsbegrebet er imidlertid ikke objektivt, hverken set fra fx sundhedsfagliges synspunkt eller sammenholdt med socialvidenskabelige kategorier i bred forstand. Dokumentet lægger op til tværfagligt samarbejde til afklaring af ’den gode kommunikation’ og opererer samtidig med et objektivitetsbegreb, der søger at forhåndsafgøre, hvad ’den gode kommunikation’ er.

Sameksistensen af objektiv operationaliserbar viden og forståelsen af arbejdsfeltet som en fortløbende forhandlingsproces kunne med en klassisk humanistisk læsestrategi resultere i en afsløring af dokumentets inkonsistens (Jensen & Lauritsen: 2005). Med en læsestrategi, der vil overskride skellet mellem at diskutere dokumenters indhold og effekter, ser jeg i stedet denne spænding i dokumentet som en *produktiv kontrast* (Gad: 2009:9), som kan bidrage til en interessant analyse af, hvilken virkelighed teksten søger at fremstille og hvordan denne virkelighed kommer i spil i implementeringen af kommunikationsprogrammet.

Sammenfaldet mellem empirisk materiale og analyse betegner Riles (2006:3) som et kollaps af distancen mellem det, der studeres og de rammer, vi som forskere bruger til at studere det med. Et af problemerne med dette sammenfald eller denne looping (Hacking 1999) mellem empirisk materiale og analyse er den blindhed, der kan opstå, når det, der studeres både er inden for ens egen kultur og et velkendt arbejdsfelt, som oven i købet benytter sig af de samme metoder, som forskeren benytter til at kigge på materialet. En udfordring er at forsøge at eksplicitere sine erfaringsbelastede fordomme om feltets problematikker og ideologier, fortælle hvad man gør og undersøge de specifikke sammenhænge, der er i det empiriske materiale. Den virkelighedsopbygning, der er på færde i det enkelte dokument og i dets referencer og samarbejder

med andre materialer og aktører må udforskes, tilspørges og anerkendes som en specifik refleksiv udlægning af verden – og ikke en ideologisk maskine, der skal skilles ad. I kapitel 4 analyserer jeg derfor kommunikationsprogrammets dokumenter som samtidigt begrænsende og mulighedsskabende løsningsmodeller, der hver for sig og som helhed iværksætter forståelser af patienten, kommunikation og de muligheder for styring, der knytter sig til dette komplekse felt af 'patientkommunikation'. Dokumenterne er forskellige men overlappende 'for-ordninger' (Gad 2010: 9) af relationer mellem patient og organisation. Afhandlingens følgende analyser i kapitel 5 og 6 følger derpå dokumenternes virkelighedsproduktion på nogle af deres veje ind i det organisatoriske liv.

7.2.2 Feltets anvendelse af socialvidenskabelig retorik, metaforik og teori

Det viste sig dog ikke alene at være de vidensgenererende metoder i det empiriske felt, der havde analogier til den socialvidenskabelige forskningstradition. Empirien var også beboet af en særlig form for socialvidenskabelig optik i dokumenter og informanternes brug af henholdsvis kulturbegrebet og igennem den perspektivistiske virkelighedsforståelse, som kommer til udtryk i kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'. I forlængelse af afhandlingens teoretiske overvejelser vil jeg diskutere, hvordan empirien er beboet af teorier om verden.

Eksempel: Kommunikationsprogrammets kulturforståelser

Kommunikationsprogrammet forholder sig til organisatoriske kulturer, som noget, der kan problematiseres og omformes. Kulturbegrebet anvendes på to måder i relation til programmet: dels som afsæt for at forstå organisationskulturen på hospitalet som en "fremmed kultur" for udenforstående fx patienterne – og dels som metafor for at tage et såkaldt "kulturelt opgør" med netop denne fremmede kultur. Når kommunikationsmedarbejderne fortæller om deres egen organisatoriske rolle (jf. kapitel 5 – afsnit 5.2 & 5.3) tematiseres organisationen som kulturelt fænomen i patientens møde med hospitalet:

Vi bruger det lidt med, at patienterne kommer til et fremmed land. For sproget er anderledes, og rutinen er anderledes, maden er anderledes, skiltene er anderledes. Alt er anderledes. Så for os gælder det om at guide dem, så de kan forstå det ud fra deres [verden]. Så vi skal bygge bro til den verden, patienterne har.

- Kommunikationsmedarbejder i interview, november 2008

Mødet med den fremmede kultur, som vi kender beskrevet i den klassiske etnografi bruges her som metafor for patientens møde med hospitalet og dets artefakter. Det er netop denne fremmede kultur, der er genstand for det kommunikationsstrategiske arbejde, hvor idéen er, at arbejdet med 'Patientens Perspektiv' kan og skal omforme den eksisterende "fremmedgørende" organisationskultur.

Plan-dokumentet refererer fx, hvordan "Patientens Perspektiv" hidtil har fungeret som "Opgør med en kultur" (Plan:2) – et opgør, der dog havde vist sig at være svært at "implementere", "trods ønsket fra ledelsen om at implementere denne kulturændring i hele organisationen". I 2007 tages der fat på at implementere en "kulturændring" (Plan:6), hvor fokus er at skabe en "forlagskultur" (Plan:3) omkring skriftlig kommunikation. Her tages nye metoder i anvendelse med "strømlinede arbejdsgange" og "systematik i produktionen" (Plan:3). Skriftlighed og dokumentproduktion synes her at være løsning på den kulturelle fremmedhed som patienterne oplever. I interviews med kommunikationschefen og øvrige kommunikationsfolk beskriver de, at organisationen internt er præget af kulturforskelle, hvor den sundhedsfaglige kultur og den kommunikationsfaglige kultur stilles overfor hinanden som modsætninger. Det kulturbegreb og den kulturforståelse som i etnografien er analytiske begreber anvendes i feltet med andre tilgange. Kulturbegrebet bruges dels som forklaring på forskelle mellem professioner – en forklaringsmodel som også er kendt fra den organisationsteoretiske litteratur (fx Riad: 2005). Samtidig udpeges kulturforskel som et problem, hvis løsning er en kulturændring. Kulturbegrebet anvendes her som noget operationaliserbart, der er genstand for strategisk forvaltning. I stedet for at afvise brugen af kulturbegrebet som en forvrængning eller misforstået begrebsbrug, forstår jeg dette

eksempel som udtryk for, hvordan vi lever i en teoriinformeret perspektivistisk virkelighed (jf. kapitel 2). Den potentielt indskrumpede distance mellem analyse og materiale fordrer etnografisk opmærksomhed på, hvordan også analytiske begreber er - eller kan være - politiserede og allerede bebor den empiriske verden. Jeg forstår materialet som refleksive udlægninger af virkeligheden, der ikke kan kritiseres eller diskvalificeres som analyser, fordi de bruger akademiske begreber med et forskudt betydningsindhold. I min egen analytik viger jeg uden om kultur-begrebet for at gøre plads til den empiriske brug af det. Med baggrund i et lignende ræsonnement har jeg søgt at bevæge mig i udkanten af socialkonstruktivistiske teorier om virkeligheden, idet mit empiriske materiale var fyldt med common sense socialkonstruktivistiske tilgange til verden som fx perspektivisme (jf. kapitel 2). Med ovenstående metodisk inspirerede ansatser til analyse, runder jeg mine introducerende kapitler af. På baggrund af de tre første kapitlers introduktion til problemstilling, case, teori og metode vil jeg i de følgende tre kapitler udfolde afhandlingens analyser.

KAPITEL 4:

Patientfigurer som styringsredskab i hospitalets kommunikationsstrategi

- analyse af kommunikationsstrategiske dokumenter

1 Introduktion

Når kommunikation med patienter bliver et særligt strategisk indsatsområde i hospitalets aktiviteter, involverer disse tiltag selvfølgelig patienten som en central figur. Det er imidlertid på ingen måde selvfølgelig, hvordan patienten indgår i dette arbejde – og heller ikke hvordan kommunikationsarbejdet lægges til rette. Det er disse to forhold, som jeg vil undersøge med denne analyse.

Kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' er et strategisk indsatsområde på et stort dansk hospital. Programmet er udviklet af kommunikationsmedarbejdere og forankret i hospitalets kommunikationsafdeling. Det skal forbedre kommunikationen med patienterne, og - som programmets titel indikerer – består det i at implementere organisatoriske tiltag, der har et modtagerorienteret syn på hospitalets ydelser. 'Patientens Perspektiv' fremstår som et program, der med forskellige greb tilskynder til bedre kommunikation med patienterne og tilbyder idealer og værktøjer til at forbedre de eksisterende kommunikationspraksisser.

Med to forskellige læsninger af de tre centrale dokumenter i hospitalets kommunikationsprogram undersøger jeg, hvordan patienten defineres og positioneres som *figur* i dokumenternes visioner og opskrifter på forbedrede kommunikationspraksisser. I analysen udforsker jeg, hvordan patientfiguren indgår i forskellige strategiske kommunikationssammenhænge og er med til at producere virkelighed.

Første del af analysen beskriver de tre dokumenter og viser, hvordan den strategiske tilgang til kommunikation udlægger relationen mellem sundhedsvæsen og patient på

forskellige måder. Hvert dokument rummer en løsningsmodel samt problemer eller problembærere, som udpeges eksplicit eller er implicit i løsningsmodellen. Første del af analysen identificerer de respektive dokumenters dominerende patientfigurer og forklarer, hvordan de er forbundet med hver sin forståelse af kommunikation. Det giver anledning til diskussioner af kommunikationsprogrammets udvikling af forskellige mål, midler, løsninger, problemer og patientfigurer.

Hvor første del af analysen er en deskriptiv kortlægning af de tre dokumenter, er anden del en uddybende tematisk analyse af patientens positioner. Gennem en kortlægning af patientfigurer på tværs af materialet, diskuteres patientfiguren som styringsredskab i samtidens hospital.

2 Dokumentmaterialet

Analyserne tager udgangspunkt i tre centrale dokumenter i kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv': 'Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008' (Plan) og 'Håndbog om Patientforlaget' fra 2009 (Håndbog) samt hospitalets 'Kommunikationspolitik' fra 2006.

Disse dokumenter udgør rammen om hospitalets formaliserede tilrettelæggelse af patientkommunikation i 2007-2009, der udgår fra kommunikationsafdelingen, og som i denne periode er rygraden i det kommunikationsstrategiske arbejde⁵⁵. Den temporale

⁵⁵ Herved ekskluderes kommunikationsorienterede dokumenter, som stammer fra fx hospitalets udviklingsafdeling samt kliniske vejledninger, skriftlige procedurer og instrukser, som ligger tættere på det sundhedsfaglige paradigme i hospitalsorganisationen. Analysen afholder sig samtidig fra at inddrage kommunikationsprodukter såsom patientpjecer, websites og øvrigt markedsføringsmateriale henvendt til patienten som primær målgruppe. Dette valg skyldes, at analysen begrænses til at undersøge de strategiske praksisser og den diskursive tilrettelæggelse, der foregår som bagtæppe for udarbejdelsen af specifikke materialer til patienter eller konkrete interaktioner mellem patient og organisation. I afhandlingens følgende analyser undersøges henholdsvis de organisationsinterne

ordning af dokumenterne betyder, at Kommunikationspolitikken danner baggrund for udarbejdelsen af Planen, og det er med afsæt i denne, at Håndbogen udformes. Selektionen af dokumenterne er informeret af både dokumenternes indholdsmæssige sammenhæng og erfaringer fra feltarbejdet på hospitalet, hvor jeg stødte på en række referencer til netop disse dokumenter.

3 Læsestrategi, teori & metode

Overordnet er læsestrategien i forhold til dokumenterne at *læse med* teksten og undersøge dens heterogenitet (Jensen og Lauritsen 2005). Selektionen af det tekstlige materiale knytter an til en læsestrategi, hvor teksterne både må analyseres indholdsmæssigt og som dele af sammenhænge. Læsestrategien er teoretisk informeret af en tilgang til dokumenter som organisatoriske aktører (jf. kapitel 3 – afsnit 3.3), og en forståelse af kommunikationsprogrammet som social organiserings teknologi (jf. kapitel 2 - afsnit 4.2ff). Jeg ser på de forskellige problem-løsningssammenhænge, der fremkommer, og jeg undersøger patienten som en fleksibel figur, der kan antage forskellige skikkelser alt efter sammenhængen. Med *figur* som betegnelse søger jeg at adressere en vis kontur og betydningsskabelse i de diskursive positioneringer af patienten (Haraway 1997:11 & Castanedas 2002:3). Patienten som figur markerer en afstand til den sociologiske bagage, der ligger i 'patientrolle', eller forestillingen om et bagvedliggende rationale, som 'patientbegreb' trækker med sig (jf. kapitel 2 – afsnit 4.1ff.) Disse læsestrategiske overvejelser uddybes i de to følgende underafsnit efterfulgt af en forklaring af, hvordan situationel analyse er anvendt som metode til at kortlægge dokumenternes løsningsmodeller og patientfigurer.

samarbejdspraksisser som dokumenterne lægger op til, og afhandlingens afsluttende analyse efter-spører, hvordan en specifik pjece diskursivt konstruerer mødet mellem patient og hospital.

3.1 Organisatoriske dokumenter som analyseobjekt

Udgangspunktet for analysen er, at dokumenter er effektfulde elementer i organisatorisk praksis (Prior 2003:21-26, Jensen & Lauritsen 2005, Riles 2006, Gad 2010). Dokumentmateriale er organisatoriske aktører, idet de bidrager med forventninger til såvel organisation som borger. Dokumenter er fx med til at opbygge forbindelser, gøre usikre alliancer mere robuste og stabile fx ved at indramme interaktion i bestemte idealer eller standarder. I denne analyse beskæftiger jeg mig primært med de effekter, der konstrueres i dokumenternes diskursive virkelighed ud fra den betragtning, at forventninger har performative effekter, der 'for-ordner' den komplekse virkelighed, de deltager i. Samtidig har dokumenter rod i praksis og er skabt af forhandlinger, erfaringer og ad hoc modifikationer (fx usikre alliancer, der skal gøres mere robuste). Trods det at jeg laver en dokumentanalyse, som afhandlingens analytiske åbning, betyder det altså *ikke*, at jeg ser dokumenter (og deres positioneringer af fx patienten) som determinerende for praksis. Dokumenter er blot et blandt mange heterogene elementer, der konstituerer praksis.

Teksters indholdsmæssige variationer, forskelle og modsætninger læses ikke mistænksomt, men undersøgende med henblik på at forstå eventuelle inkonsistenser som produktive kontraster. Fx kan forskelle mellem dokumenters måder at beskrive problemer på handle om forskellige afsender-modtagerforhold eller dokumenters forskellige organisatoriske opgaver. Analysens mål er således ikke at kritisere dokumenterne for eventuel indskrænket begrebsbrug, modsigelser, uklare visioner eller simplificeringer af virkeligheden. I stedet undersøger jeg, hvordan dokumenters italesættelser af patientkommunikation medproducerer nuancerede forventninger til patienten og organisationens kommunikation. Jeg forstår kommunikationsprogrammets dokumenter som organisationspolitiske praksisser, der opsamler, formidler og søger at styre den organisatoriske virkelighed.

Effekter af dokumenter kan undersøges ved at se på, hvordan andre (tekster og aktører) viderefører eller omformer dokumentets argument, diskuterer dokumentets tema eller slet og ret ignorerer det (Latour & Bastide 1986:65). Latour & Bastides analyse af, hvordan videnskabelige tekster gør brug af forskellige metoder til at overbevise læseren på en effektiv måde er inspirationskilde for min analyse af de organisatoriske tekster. Dokumenters indramning af organisatorisk historie og distribuering af ansvar for historien er et eksempel på en sådan effekt. De analyserede dokumenter skaber også bestemte muligheder og begrænsninger for, hvad 'god patientkommunikation' er ved at pege på observerede problemer og fremsætte fortolkende bud på løsninger. Herved for-ordner dokumenterne i kommunikationsprogrammet virkeligheden på forskellig men overlappende vis (Gad 2010). Dokumenterne læses således som praksisforankrede styringsforsøg, og min analytiske interesse retter sig mod at forstå de måder, hvorpå patientfiguren her sættes i spil.

En iboende effekt af dokumenter er også deres evne til at skabe scenarier, hvori læserens observatørperspektiv medkonstrueres (Latour & Bastide 1986:52ff). Organisatoriske dokumenter som disse anvender i lighed med videnskabelige tekster modeller og illustrationer. I denne sammenhæng modeller over forløb, kontrakter til at målstyre samarbejde og tjeklister med principper for kommunikation, som tekstens modtagere skal bruge som værktøj i arbejdet med at skrive til patienter. Disse modeller, kontrakter og huskelister er effektfulde producenter af virkelighed, idet dokumentet søger at gøre dem til organisatorisk standard. Dokumenternes argumenter bygges op i en vekselvirkning mellem tekster og illustrationer, der kommenterer på hinanden og gør det muligt for læseren at forbinde patientkommunikation med problemer og løsninger i hospitalets aktuelle situation. Effekter i dokumenter kan også ses i de måder, hvorpå tekstens selvkritik udelukker læserens mulige indvendinger ved at foregribe eventuel tvivl hos modtageren (Latour & Bastide 1986:59ff.)

Hvor denne analyse er optaget af at undersøge forventninger og effekter, som de optræder i og mellem dokumenter, ser afhandlingens efterfølgende analyser bl.a. nærmere på effekter i dokumenternes konkrete samspil med organisationens aktører og hvordan andre organisatoriske praksisser (såsom forhandlinger) opsamler, fortolker eller afviser dokumenterne.

3.2 Strategisk kommunikation som social organiserings teknologi

En analytisk ledetråd i dette kapitel er at undersøge, hvordan dokumenterne bidrager til at sætte rammer for social organisering fx forskellige forhold mellem mål og midler (løsninger), hvor særlige perspektiver, værdier og aktører ønskes aktiveret. Med social organiserings teknologi som analytisk begreb ser jeg det organiserede kommunikationsarbejde (her i form af tekster) som værktøjer, der er med til at styre sociale virkefelter og har organiserende effekter. Idealer og standarder i dokumenterne ses som forsøg på styring, idet de indrammer interaktion og herved er med til at opbygge og stabilisere sociale forbindelser (Callon & Latour 1981)⁵⁶. Med begrebet *social* organiserings teknologi retter jeg opmærksomheden mod det sociale indhold og den sociale produktion i strategisk kommunikation: De kommunikationsstrategiske dokumenter *omhandler* sociale relationer i organisationen (mellem fx patient og sundhedsvæsen, kommunikationsfaglige og sundhedsfaglige), og bidrager herigennem til *forming* af forskellige sociale forhold i organisationen.

Analysen ser på konstruktionen af løsninger og problemer i de tre tekster, som på hver deres måde kredser om teknologi, som 'måder hvorpå sociale verdener aktiviter udføres' (Strauss 1978:122) eller viden om 'hvordan noget skal gøres' (Hacking

⁵⁶ Callon & Latours aktørnetværksteoretiske pointe er, at samfundsanalyse skal overskride dikotomier mellem menneske-ting, mikro-makro og socialt-teknisk. I denne sammenhæng vil det sige, at dokumenter og det sociale er sammenvævet. Og at netop materialitet såsom dokumenter, standarder, kontrakter osv. er med til at stabilisere og gøre sociale relationer robuste (Callon & Latour 1981:284).

1996:80). Jeg sætter fokus på, at dokumenternes strategiske tilgang til kommunikation iværksætter teknologier, der orienterer sig mod bestemte løsningsmodeller og udpeger særlige problemer, som netop kommunikation kan bidrage til at løse. Som genstand for strategisk opmærksomhed, bliver kommunikation gjort til bestemte metoder, teknikker og procedurer. Kommunikation er således ikke bare et neutralt formidlingsredskab i menneskelig interaktion, men en teknologi, der opererer normativt ved at sætte retning for organisatoriske praksisser på forskellige niveauer. Denne analyse spørger til, *hvordan* kommunikation virker som social organiserings teknologi i hospitalets dokumenter om kommunikation med patienter. Det er således kommunikation om (patient)kommunikation, der er i fokus i dokumentanalysen.

3.3 Metode: Strategisk patientkommunikation som kortlagt arrangement

Analysen baseres metodisk på situationel analyse (Clarke 2003, 2005). Jeg anvender situationel analyse heuristisk, som en analytisk åbning af en diskussion af, hvad der er på færde i dokumenternes arrangement af patientkommunikation som organisatorisk fænomen. Metoden er dermed ikke en statisk model, der kan give entydige analytiske svar på, hvad der ”i virkeligheden” foregår i givne sammenhænge, men hvordan der produceres virkelighed.

I denne analyse arbejder jeg med inspiration fra to forskellige typer af kortlægninger: ’social worlds maps’ samt ’positional maps’. Forud for disse kortlægninger ligger der et ’grounded’ arbejde med en mere overordnet situationel kortlægning (’situational map’)⁵⁷, som er Clarkes betegnelse for strategien til at gå ind i et felt, artikulere dets

⁵⁷ Kategoriseringerne i den forudgående situationelle ordning er baseret på Clarke (2005: 90) og Strauss’ ’general orders’ (1993: 252), som jeg har tilpasset relevante kategorier i mit empiriske materiale. Det arrangement, som kategoriseringen har skabt, fungerer som et første overblik over dokumenternes indhold ordnet som fx individuelle, kollektive og materielle aktører samt diskursive konstruktioner af disse, tavse aktører, politisk-økonomiske, sociokulturelle/symbolske samt tids- og rumlige elementer m.fl. Kategoriseringen er en strategi til at artikulere aktører og elementer, under-

elementer og undersøge relationerne mellem dem (Clarke 2005:86). Kodning og kategorisering af dokumentmaterialet i en overordnet situationel kortlægning danner således baggrund for de analytiske kortlægninger af materialet i henholdsvis sociale verdener og positioner. Analysens første del præsenterer materialet gennem en empirisk tilpasset version af Clarkes kortlægning af sociale verdener, hvor dokumenterne præsenteres hver for sig som deltagere i den kommunikationsstrategiske sociale verden. Clarkes kartografier over kollektive tilhørsforhold, relationer og handlingssteder er her omformet til analytiske beskrivelser af de tre dokumenters respektive 'universes of discourse' (Strauss 1978:123). Denne del af analysen spørger til, hvilke mønstre kommunikationsstrategien aftegner i form af løsningsmodeller med henblik på at forstå det organisatoriske landskab som patientfiguren optræder i. Det identificeres, hvilken patientfigur og hvilken kommunikationsforståelse, der træder tydeligst frem i det enkelte dokument – samt hvilke mål, problemer, løsninger og effekter, der fremkommer i hvert af de tre materialer. Denne simplificering af forskelle internt i hvert dokument skaber et analytisk rum, hvor det er muligt at se de indbyrdes forskelle mellem dokumenterne – og hvordan de hver især bidrager til hospitalets strategiske kommunikation som social verden.

Anden del af analysen retter sig herefter specifikt mod en kortlægning af patientfigurer på tværs af de tre dokumenter som helhed. Hvor analysen af dokumenternes forskellige diskursive universer er simplificerende, anvendes de positionelle kortlægninger ('positional maps') til at få øje på de forskelle og detaljer, som er til stede i dokumentmaterialet som helhed. Positionelle kortlægninger bidrager til analyseåbninger gennem opstilling af koordinater, hvor flere heterogene positioner placeres i forhold

søge relationerne mellem dem med henblik på at få inspiration til, hvordan koordinater og positioner kan sættes i forhold til hinanden i en mere specifik positionel kortlægning af patientfigurer. Herigennem bliver det muligt at stille spørgsmål til materialet og finde indgangsvinkler til at undersøge de positioner, som fremkommer.

til hinanden (Clarke 2003:554). Patientpositioner fra det empiriske materiale kortlægges i den sidste del af analysen i et koordinatsystem, der via de to akser præciserer og identificerer mulige variationer samt forskellige interesser og temaer. Positionerne korrelerer ikke med personer, grupper eller institutioner, men er netop heterogene diskursive positioner, der bevæger sig ud over forestillingen om det vidende subjekt. Det muliggør adskillige positioner og modsætningsforhold mellem positioner inden for en sammenhængende men heterogen diskurs (Clarke 2003:560), hvor også tavse eller uarticulerede positioner i materialet ('sites of discursive silence', Clarke 2005:136) kan bruges som information, der kan igangsætte det analytiske arbejde med at forstå et positionelt felt.

4 Den kommunikationsstrategiske arena – analyse af tre dokumenter

I de følgende afsnit præsenteres og analyseres materialet som tre adskilte dokumenter, der hver især iværksætter fremstillinger af virkeligheden i og omkring den strategiske kommunikation. For hvert dokument fremlægges formelle afsender- og modtagerforhold, dokumentets datering og væsentligste indhold. Analysen undersøger, hvem patienten forstås som i det enkelte dokument, hvad kommunikationsbegrebet omhandler og herunder hvilke mål, problemer, løsninger og effekter, der knyttes til dokumentets agenda.

4.1 Hospitalets Kommunikationspolitik (2006)

Dokumentet har en overordnet introduktion på tre sider, der beskriver, hvordan hospitalet: ”opfatter kommunikation, hvilken rolle kommunikation spiller, og hvordan kommunikationsopgaverne er organiseret” (p.1) – efterfulgt af en række delpolitikker i bilagsform, hvoraf ’Patientkommunikation’ er den væsentligste i denne analytiske sammenhæng⁵⁸. Dokumentet er udarbejdet i 2005 og tilrettet i denne form i 2006.

I kommunikationspolitikken beskrives kommunikation som det, der får hospitalsorganisationen til at hænge sammen:

Kommunikation skaber sammenhængskraft: Hospitalet opfatter god kommunikation som en forudsætning for, at organisationen hænger sammen, bevæger sig i den rigtige retning og løser sine opgaver effektivt på et højt fagligt niveau. Derfor skal kommunikationsaspektet integreres i det daglige arbejde på alle niveauer [...] Alle patienter har krav på viden om og overblik over deres diagnose og behandlingsforløb. Skriftlig og mundtlig patientkommunikation har derfor høj prioritet... (p.1-2)

⁵⁸ Derudover er der følgende bilag: redaktionel policy for det nye intranet, policy for interne journalistiske medier, politik for hospitalshjemmesiden, pressestrategi. (Politikker for ledelses- og medarbejderkommunikation projekteres til at blive udført i 2007).

Kommunikationspolitikken sætter sammenhæng og integration af kommunikation som værdimæssige rammer for kommunikationsarbejdet. Kommunikationspolitikken knytter eksplicit an til hospitalets overordnede målsætning fra 1996⁵⁹:

Det er målet for Hospitalet at tilbyde patienterne den bedste kvalitet. For at nå målet, stiler vi efter det højeste faglige niveau og inddrager patienternes holdning i udviklingsarbejdet på hospitalet (p.1).

Kommunikationspolitikken er et officielt, internt dokument rettet mod alle medarbejdere, som adresseres gennem et fællesskabsgenererende perspektiv i kommunikationspolitikens sprogtoner, hvor hospitalets navn og vi-formen bruges som læserinkluderende betegnelse for organisationen som samlet enhed. Direktionen er formelt ansvarlig for ”hospitalets overordnede kommunikation”, hvorimod ”Det daglige ansvar er uddelegeret til kommunikationschefen, som rådgiver direktion og afdelingsledelser” (p.3). ”Afdelingsledelserne skal kende hospitalets kommunikationspolitik og sørge for, at den bliver efterlevet i afdelingen. [...] Den enkelte medarbejder skal kende almindelige principper for god kommunikation og efterleve dem” (Bilag ’Patientkommunikation’).

Politikken peger frem mod en generel løsning: Kommunikation skal integreres i det daglige arbejde på alle niveauer og skabe sammenhæng i organisationen – særligt gennem inddragelse af patientperspektivet – dels i hospitalets udviklingsarbejde og dels i konkrete patientforløb ved at inddrage patienterne i ”at træffe beslutninger om undersøgelse og behandling i det omfang, de selv ønsker det” (Bilag ’Patientinformation’). Mere og bedre kommunikation gennem patientorientering fremstår som en ufravigelig betingelse for at lykkes som hospital.

Patienten fremstår overvejende som rettighedshaver, der skal tilbydes den bedste kvalitet, inddrages i udviklingsarbejde og har ”krav på viden og overblik over diagnose

⁵⁹ I 2007-2009 har hospitalets målsætning således en levetid på over et årti.

og behandlingsforløb” (p.2). Henvendelsesformen på skrift skal være ”positiv, brugervenlig og professionel... med respekt for målgruppens behov”, give billede af ”hvilke valgmuligheder patienterne har” og ”lægge op til åbenhed og dialog” (Bilag ’Patientkommunikation’). Viden er som udgangspunkt noget patienten mangler, og patienten positioneres også som en sensibel aktør, som de sundhedsfaglige har til opgave at lade komme til orde: Patienterne skal opleve ”at vi lytter til dem og tager dem alvorligt”, ”i en tryk atmosfære”, så de ”føler sig godt informeret” (Bilag ’Patientkommunikation’).

Viden, information og kommunikation tematiseres som behov hos patienterne. Derfor er det i høj grad hospitalet, der skal tilpasse sig patientens forventninger og krav til information. Patientperspektivet bliver herved noget organisationen mangler eller aldrig kan få nok af, og patientens krav og forventninger optræder hermed som en del af løsningen. Patientfiguren positioneres indirekte som en forandringskraft, der kan bringe hospitalet i retning af en mere behovsstyret organisering, hvor patienten via kommunikationstiltag inddrages i organisationens udviklingsarbejde og konkrete behandlingsforløb. Samtidig sættes patienten i det retoriske centrum: hospitalets troværdighed afhænger af, at hospitalets kommunikation i offentligheden om forskning og udvikling understreger, hvordan initiativerne kommer patienterne til gode (p.2). Og fx skal intern kommunikation om personalemæssige tiltag, arbejdsmiljø, effektivisering i organisering, produktivitet og økonomi, it og kvalitetsprojekter samt uddannelse tydeliggøre det langsigtede mål om højeste kvalitet i patientbehandling (p.2-3).

Kommunikation tematiseres som en strategisk tilrettelagt åbenhed over for den organisatoriske omverden (primært patienten og offentligheden) og de organisationsinterne forskellige kulturer.

Kommunikationstiltag skal følge kommunikationspolitikens overordnede mål, men budskaber skal oversættes og tilpasses de enkelte afdelingers kultur og særlige behov, så tiltagene opleves meningsfyldte. (p.3)

Kvalitetskravene til kommunikation er, at den skal være ”modtagerorienteret”, ”klar”, ”timet”, ”skabe overblik” og formidles i en ”respektfuld tone”, der ”lægger op til dialog, når det er muligt” (p.1). Samtidig knyttes kommunikation til en række opgaver i organisationen, som støttefunktion til ledelserne og som forudsætning for organisatorisk sammenhængskraft, retning, beslutninger og effektiv opgaveløsning (p.1). Der abonneres således på en slags kommunikativ holisme, hvor fokus på kommunikation skal integreres i det daglige arbejde på alle niveauer, internt såvel som eksternt – og vigtigheden af sammenhæng mellem budskaber og målsætning understreges. Som det fremgår, opererer kommunikationspolitikken med et omfattende kommunikationsbegreb, der refererer til en række forskellige praksisser, komplekse og foranderlige situationer og opgaver.

Opsummerende er patienten overvejende en ikke-vidende, men sensibel rettighedshaver, der har krav på viden, dialog og kvalitet. Kommunikation forklares som en strategisk tilrettelagt åbenhed, der på alle skalaer skal styrke kommunikativ kvalitet og organisatorisk sammenhængskraft. Det iboende eller potentielle problem er således manglende kommunikativ kvalitet, sammenhæng og patientfokus. Løsningen er patientinddragelse samt mere og bedre patientorienteret kommunikation – og ”at det afspejler sig i al den kommunikation, der foregår” (Bilag ’Patientkommunikation’). Kommunikation fremstilles både som en rettighed eller et krav hos den enkelte patient og som en omfattende konturløs størrelse, der skal tænkes med i enhver tænkelig opgave, situation eller praksis i hospitalet.

4.2 Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008

I foråret 2007 udarbejder kommunikationsafdelingen en implementeringsplan for strategiområdet 'Patientens Perspektiv' i 2007-2008. Her tematiseres patientkommunikation i et internt arbejdsdokument på 17 sider. Plan-dokumentet tager afsæt i kommunikationsafdelingens analyse af strategiområdet i starten af 2007:

... det [blev] besluttet at observere området i nogle måneder med forlæggerbriller for at finde den mest hensigtsmæssige fremgangsmåde til at nå op på næste trin, nemlig at få implementeret den kommunikationsprofessionelle approach på hele hospitalet. (p.3)

Dokumentet fungerer som internt arbejdsdokument i kommunikationsafdelingen og som en indstilling til ledelsen (der sidenhen har godkendt planen). Dokumentet beskriver formål, organisationshistorisk baggrund og aktuel plan for en forbedret kommunikationsindsats over for hospitalets patienter. Ni års udvikling i 'Patientens Perspektiv' beskrives⁶⁰, og problemfelter fremlægges: manglende rammer i form af faste arbejdsgange, uklar arbejds- og ansvarsfordeling og deraf følgende ineffektivitet identificeres som problemer. Løsningen italesættes primært gennem målet om at skabe et 'Patientforlag', som skal håndtere og udvikle skriftlig information til patienter (p.2). Herigennem skal der skabes bedre betingelser for udarbejdelse af skriftlig patientinformation bl.a. gennem udvikling af fælles koncepter, standarder og principper for "god kommunikation". Dokumentet forklarer primært kommunikation som et objekt for styring og standardisering. Der lægges op til at implementere 'Patientens Perspektiv' som en optimeret produktionsproces af konkrete, målbare og materialiserede informationsprodukter.

⁶⁰ Ifølge Plan-dokumentet har patientkommunikation været et satsningsområde og projekt på hospitalet siden 1998. Hospitalet har således en organisatorisk historik som et af de sygehuse, der tidligst har artikulert og udviklet kommunikation (og kommunikation med patienter) som strategisk indsatsområde i en dansk sammenhæng. Dette understøttes af sammenligning af data fra Baseline-survey fra 2005 og interviewundersøgelse i CHM-regi i 2008, hvor bl.a. danske hospitalers kommunikationsarbejde blev undersøgt. (cf. kapitel 1).

Formålet med planen er at få et samlet overblik over arbejdet med patientens perspektiv gennem de sidste 9 år og på grundlag af erfaringerne nå til næste trin i udviklingen af strategiområdet. Mens værdierne bag patientens perspektiv er blevet kendt og accepteret på hospitalet, har implementering og produktion været svage led i arbejdet med strategiområdet. Derfor indeholder planen et nyt forslag til drift af den skriftlige patientinformation, som hospitalet skal producere. Driftsplanen er udarbejdet, så den både sikrer redaktionel kvalitet og produktionsflow. (p. 1)

Kommunikation forstås altså som *skriftlige produkter*, der skal styres og standardiseres ved hjælp af ”strømlinede arbejdsgange”, ”produktionsflow”, ”drift”, ”systematik” og ”kundemøder”. De sundhedsfaglige afdelinger af kommunikationseksperter betegnes som kunder, og ”redaktionelle koncepter”, ”produktionsplan”, ”kontrakter” og ”objektive kriterier” er planens værktøjer til at professionalisere det strategiske arbejde og samarbejde med patientkommunikation.

Den primære metode til integration af ’Patientens Perspektiv’ i organisationen er standardisering af procedurer i forbindelse med skriftlig kommunikation, hvilket i praksis betyder, at kommunikation transformeres til en omfangsrig⁶¹, men afgrænset opgave med at producere patientpjecer af høj kommunikativ og grafisk kvalitet. I forhold til kommunikationspolitikens altfavnende kommunikationsbegreb og implicite kommunikationsudfordringer udpeges nu mere konkrete, målbare problemer, der omhandler konkrete informationsrutiner og -produkter.

I planen synes strategiske visioner om patientinvolverende aktiviteter at glide ud af fokus til fordel for en gennemgående positionering af patienten som målgruppedlem. Principperne bag arbejdet med ’Patientens Perspektiv’ er at informere:

... klart, korrekt og præcist til en veldefineret målgruppe i en form, der opleves som relevant for denne. I dette tilfælde en venlig og imødekommende form, der signalerer, at patienter og behandlere er ligestillede samarbejdspartnere. Problemfeltene ligger i implementeringen af disse principper, så

⁶¹ Hospitalet har omkring 3000 pjecer (interview med lægefaglige direktør, oktober 2009).

de i praksis kommer til at gælde overalt på hospitalet. Desuden har der ikke været arbejdet systematisk med den publicistiske opgave, som hospitalets har ansvar for at løse. Det har resulteret i et manglende produktionsflow, svingende redaktionel kvalitet og mange fejl i publikationerne. (p.4)

Kommunikationsafdelingens ”Analyse af problemfelterne i det gamle system” (p.4) udgør en organisatorisk selvkritik, der effektivt foregriber modtagerens eventuelle indvendinger ved efterfølgende at fremlægge en konkret løsning med udførlig problembeskrivelse (p.4-5), anbefaling og mål (p.5-6), driftsplan for patientforlaget med opgavens omfang (fx pris pr. produceret side) (p.6-8), koncept for samarbejdet med de kliniske afdelinger (p.8-9), finansiering (p. 9), udvikling af nye koncepter til patientinformation (p.10-11), web-integration (p.11-12) og undervisning af de sundhedsfaglige (p. 12) samt intern kommunikationskampagne om patientperspektiver (p.12-14).

Problemet omhandler implementering og begrundes i den aktuelle uklare fordeling af roller og ansvar mellem forskellige typer af ekspertise: sundhedsfagliges ”fagsprog” og ”manglende kommunikationsfærdigheder” (p.2) forklares som en ”kultur”, der skal gøres op med ved at ”implementere en kulturændring i hele organisationen”. Selvkritisk påpeges denne forandring dog at have vist sig ”at være langt sværere, end man først havde forestillet sig” (p.2). En systematisk indsats med faste regler, principper og standarder vedrørende skriftlig kommunikation fremlægges som løsning.

Planen beskriver udførligt, hvordan samarbejdsprocesser omkring konkrete opgaver med redigering eller udarbejdelse af informationsmateriale skal foregå mellem sundhedsprofessionelle og kommunikationsmedarbejdere. Kommunikationsafdelingen fremstilles som eksperter, der skal rådgive de sundhedsfaglige om kommunikation i en vekslen mellem konkrete møder og e-mailbaserede diskussioner og kommentering. Det understreges, at kommunikationsfaglige skal have ”redigeringsretten” til de endelige sproglige formuleringer samt den grafiske udformning og fungere som garant for ”den gode kvalitet”. De sundhedsprofessionelle skal godkende de faktuelle

oplysninger og har ansvar for at sikre, at det sundhedsfaglige indhold er præcist og korrekt (p.8-9). Målet er, at alle udgivelser både skal være sundhedsfagligt og kommunikationsfagligt korrekte, hvilket syv såkaldte ”objektive kriterier” for skriftlig information til patienter skal tilgodese⁶². Kriterierne fokuserer på patienten, som knyttes tæt til den kommunikationsfaglige optik. Patientens perspektiv gøres lig med et kommunikationsfagligt perspektiv, hvorimod sundhedsfagligheden reduceres til at skulle levere faktuel viden. Patienter omtales som målgruppe, der ikke specificeres nærmere, men generelt kan nås med enkle skabeloner og sproglige fif til oversættelse fra sundhedsfaglig til patientorienteret virkelighed. Dokumentets løsning indrammer organisationens optagethed af patient og kommunikation til spørgsmål om *informationsstyring*. Kommunikationsudfordringerne omsættes til en håndterbar procedurstyring, hvor skriftlig formidling fremstår som løsning på en række interne organisatoriske problemer angående fx koordinering og ansvarsfordeling mellem faggrupper.

Opsummerende er patientfiguren her overvejende konstrueret som en målgruppe, der deler en række fællestræk/behov i kraft af specifikke standardiserede undersøgelses- og behandlingsforløb. Problemfiguren er den sundhedsfaglige optik samt implementeringsproblemer grundet uklare roller og ansvarsfordeling internt i hospitalets koordineringsarbejde. Løsningen er kommunikation omformet til en skriftlig informationsstyringsopgave, hvor formidling af budskaber kan systematiseres, rationaliseres og effektiviseres gennem skriftlige standarder og en klar informationsinfrastruktur.

⁶² I bilag til Planen anføres syv kriterier for patientinformationstekst: 1. Patienterne får svar på deres spørgsmål. 2. Patienterne får den information, som de sundhedsfaglige vurderer, er nødvendig for et behandlingsforløb. 3. Indholdet er sundhedsfagligt korrekt. 4. Patienterne får klar besked om, hvilken indflydelse de har på behandlingen. 5. Regler og krav er begrundet, så patienterne forstår, hvorfor de skal følge dem. 6. Patienterne får overblik via redigering af høj kvalitet[...] 7. Sproget er på et niveau som i en morgenavis, fordi patientinformation er til alle borgere[...] Kriterierne gengives let tilrettet i ”regler for tekster til patientpjecer” og i komprimeret form som ”5 dogmer” i Håndbogen.

4.3 Håndbogen om Patientforlaget (2009)

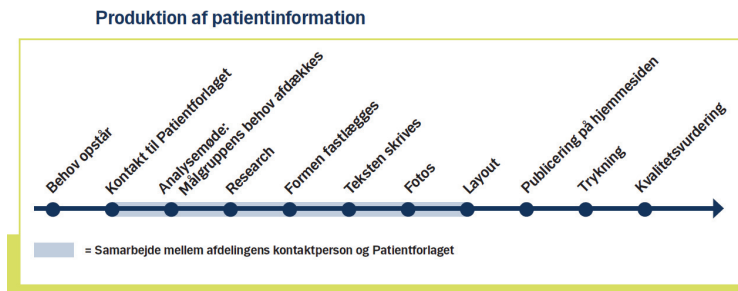
Hvor kommunikationspolitikken og planen udgør den kommunikationsstrategiske baggrund, er Håndbogen fra 2009 snarere strategiens forgrund. Håndbogen er en 24 siders officiel intern opskrift og værktøjskasse til udarbejdelse af informationsmateriale til patienter i de kliniske afdelinger. Publikationen er udarbejdet som vejledning fra kommunikationsafdelingen og samler de koncepter og arbejdsmetoder, som er udviklet gennem arbejdet med indsatsområdet 'Patientens Perspektiv'. Dokumentet har form som en professionelt udarbejdet pjeces om arbejdsmetode og værdigrundlag i 'Patientforlaget'. Afsenderen er 'Patientforlaget', der sidst i pjecen præsenteres som fire medarbejdere. Dokumentet er henvendt til sundhedsprofessionelle og opererer gennem scenarier, der svarer på, hvad sundhedsprofessionelle har brug for at vide for at indgå konstruktivt i pjeceproduktion. Herved foregriber Håndbogen samtidig de indvendinger, modtagerne måtte have – både ved at positionere "Patientforlaget" som muligheden for "professionel hjælp" (p.6) og gennem en række citater fra forskellige sundhedsfaglige medarbejdere, eksperter og patienter, der hver i sær udtrykker deres støtte til "Patientforlagets" arbejde.

Håndbogen sætter rammer for samarbejdsprocesserne mellem sundhedsprofessionelle og kommunikationsfolk fx gennem fem dogmer for kvalitet i skriftligt informationsmateriale til patienter (p.4).

De 5 dogmer for pjecer til patienter

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

Patientperspektivet defineres som: ”hvordan situationen ser ud fra patienternes synspunkt” og et ”strategisk indsatsområde på hospitalet”(p.4). Processen fra ”idé til pjece” forklares detaljeret tekstuel og som temporal produktionsplan (p.6):



Ansvarsfordelingen mellem kommunikationsfolk og sundhedsfaglige beskrives i afsnittet ”Sådan får du mest ud af samarbejdet” (p.8). Der beskrives syv faste koncepter for pjecer, regler for tekster, fotos og layout gennemgås og illustreres (p.13-19).

Det tekstlige materiale er krydret med grafik, fotos, eksempler på opsætninger fra producerede pjecer samt udtalelser fra sundhedsprofessionelle kolleger på hospitalet, en patientambassadør og en journalist/patient og støtteperson. Alle disse citater kombineres med portrætfotos. Dokumentets argumentation bygges således op i en vekselvirkning mellem tekst og illustrationer, der kommenterer på hinanden og gør det muligt for læseren at få øje på ”Patientforlaget” som løsningen på en række aktuelle organisatoriske udfordringer med patienttilfredshed (p.5), koordination (p.5&7), tilgængelighed (p.7), troværdighed (p.8), professionalisme (p.8), effektivitet (p. 7&8), empowerment (p.12).

Der opridses ”Udfordringer i samarbejdet”, som beskriver, hvordan der: ”Af og til opstår ... uenighed mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfolk om formidlingen af information til patienterne” (p.20). Håndbogen søger netop at tilbyde løsninger på sådanne konflikter fra ”en kommunikationsfaglig vinkel”, hvor det er: ”nødvendigt

at oversætte eksperternes sprog og forklare arbejdsgange, som er rutiner for personalet, men ukendte for mange patienter” (p.20), hvilket peger i retning af de sundhedsfaglige eksperter som problembærere i forhold til kommunikation. Løsningen er samtidig allerede instantieret i ”Patientforlagets” standarder og tjeklister.

Håndbogen trækker tråde til eksisterende policy-dokumenter i hospitalets omverden: der refereres indledningsvist til *Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse* (LUP 2009), idet det fremhæves, at hospitalet ”har fået flotte skudsmål for patientinformation i de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser” – og det er hospitalets mål at fastholde eller forbedre disse resultater (p.3). Håndbogen refererer også til *Rundrejse i det danske sygehusvæsen* (2007) – en rapport fra regeringen, som har undersøgt mønstereksempler på den bedste praksis på danske sygehuse. Håndbogen kommenterer ofte på sin egen legitimitet gennem ekstrapolerede meninger fra primært sundhedsprofessionelle, men også fra interne og eksterne eksperter og to patienter, der udgør en form for ekspertpatienter, idet de præsenteres som henholdsvis patientambassadør (p.23) og tidligere patient, journalist og støtteperson (p.21) for andre patienter. Kravene fra forskellige interessenter i organisationens omverden trækkes frem og værdien af professionaliseringen af kommunikation tilkendegives ikke bare af ’ekspertpatienter’, men også af ansatte sundhedsprofessionelles ytringer. Kommunikation præsenteres som en særskilt ekspertise og vigtig bestanddel af hospitalets arbejde, som må professionaliseres. Arbejdet med patientinformation fremlægges som et møde mellem ”eksperter” i organisationen (kommunikations- og sundhedsfaglige) og dens omverden (patienter, regeringens rådgivere samt data fra patienttilfredshedsundersøgelser).

Dokumentet positionerer patienten på flere måder. Modtageren (den sundhedsfaglige) møder både forestillingen om patienten som en forbruger, der vælger mellem behandlingstilbud og selv planlægger sit forløb (p.4) samt den aktive medspiller, der som borger har ret til viden, overblik og inddragelse (p.5). I de mere instruerende dele af

dokumentet fremkommer den sårbare patient, der er fremmed og forudsætningsløs i forståelsen af sundhedsfaglig rationalitet og organisering. Mest fremtrædende i materialet er imidlertid synet på patienten som ekspert. Patienten er en vidensressource, en slags hybrid af lægmand og professionel ekspert i kraft af sin patienthed. Patienten er således også et analyseobjekt, der brugt på den rigtige måde kan bidrage til udvikling af hospitalets ydelser. Patienten fremstår som en rådgivende ekspert, hvis situation er altafgørende for, at kommunikationen bliver så vellykket som muligt.

Dokumentet italesætter kommunikation som hospitalets ”hertesag” (p.3), der tager form som en uendelig proces af informationsproduktion, der konstant skal udvikles og forbedres: metoderne hertil er standardisering og tjeklister (principper, dogmer, regler for design & sprog), hvorigennem kommunikation forklares som et perspektivskifte, hvor organisatorisk og sundhedsfaglig viden ”oversættes” til ”mundret”, ”almindeligt dansk” (p.4), der er tilgængelig og skaber sammenhæng. Ud over at besvare spørgsmål, skal kommunikationsprodukterne aktivere patienten og hendes spørgelyst, idet ”god information også ”kan være med til at forebygge klager” (p.5).

Selve dokumentet er i sig selv en løsningsmodel, der giver svar, før det stiller spørgsmål. Pjecen er formet som én lang opskrift på vejen til vellykket patientkommunikation med informationsmaterialer som slutprodukt. Problemet forklares som manglende eller dårlig kommunikation med afsæt i sundhedsfagligt sprog og organisatoriske rutiner, hvilket giver anledning til patientklager og organisatorisk ineffektivitet, fordi der ikke koordineres godt nok mellem patient og system – eller mellem interne faggrupper i hospitalsvæsenet. Efter denne udlægning af de tre dokumenter, vil jeg nu sammenfatte og diskutere analytiske fund i analysens første del.

4.4 Diskussion

Den analytiske udlægning af de tre dokumenter sammenfatter jeg i et skema, som tilbyder et overblik over hvordan dokumenterne hver især aktualiserer et sub-program:

Dokument	Kommunikationspolitik	Plan	Håndbog
EksPLICIT mål	Patienten skal tilbydes den bedste kvalitet via sammenhæng, åbenhed og dialog	Overblik over strategiarbejdet & systematisk implementering af kommunikationsfaglig tilgang på hele hospitalet	Gode resultater i patienttilfredshedsundersøgelser
Problem	Implicit: Potentiel mangel på kommunikativ kvalitet, sammenhæng & patientfokus	Sundhedsfagliges kommunikation Ineffektivitet begrundet i uklare roller og ansvarsfordeling vedr. interne kommunikationsopgaver	Patientklager & potentielt utilfredse patienter Ineffektivitet & manglende koordinering mellem interesser
Løsning (metode)	Patientinddragelse Holisme: kommunikation integreres overalt i organisationen	Skriftlig produktion Styring, formalisering og optimering af informationsinfrastruktur	Opskrifter i form af standarder og koncepter for pjeceproduktion
Hvad er kommunikation?	Abstrakt størrelse Sammenhængskraft Kommunikation er alt og overalt Strategisk åbenhed og dialog med omverden	En specifik ekspertise Informationsstyring Standardisering Skriftlige produkter	Praktisk redskab i hverdagen Værktøj til organisatorisk effektivisering & humanisering

Patient-figur	Sensibel rettighedshaver (har krav på viden)	Medlem af målgruppe (mangler information)	Ekspert & ressource (for hospitalets udvikling)
Effekter	Afklarer formelt ansvar for kommunikation Hospitalet som inkluderende fællesskab Baggrund for Plan	Organisatorisk historie opridses Ansvarsfordeling tematiseres Kommunikationsfaglig vinkel Observation, analyse & selvkritik Oversigter og kontrakter	Sundhedsfagligt scenarie Konkretisering af plan Løsning for problem Foregriber indvendinger Forløbsmodeller og visualisering som værktøj

Alle tre dokumenter har det til fælles, at de er udarbejdet i kommunikationsafdelingen, de er lokalt forankrede i den samme hospitalsorganisation og sætter enstemmigt patienten i det retoriske centrum for kommunikationsbestræbelserne.

I hospitalets kommunikationspolitik tematiseres kommunikation som *abstrakt sammenhængskraft*, der skal indarbejdes overalt i hospitalets aktiviteter med særligt fokus på en dialogisk tilgang til patienten. Den sensible patient er en rettighedsaktør, som hospitalet har pligt til at inddrage med henblik på forventningsafstemning og kvalitetsudvikling i organisationen. Hospitalet italesættes som et inkluderende vifællesskab for alle ansatte og ansvaret for kommunikation afklares formelt.

Hospitalets organisatoriske historik angående kommunikation er genstand for analyse i Planen, som er skrevet ud fra et kommunikationsfagligt perspektiv. Her omsættes visionen om dialogisk kommunikation til en *organisatorisk informationsstyringsopgave*, der skal løse organisatoriske problemer med roller og ansvarsfordeling. Fokus

er primært organisationsinternt, og patienten positioneres overvejende som målgruppe for hospitalets information. Kommunikationsarbejde handler her om skriftlig produktion via standarder, kontrakter og principper, idet styring og effektivisering af arbejdsprocesser forklares som nødvendige.

Håndbogen forklarer kommunikation som et *konkret humant effektiviseringsværktøj* i den sundhedsfaglige praksis. Håndbogen foregriber indvendinger fra kritiske modtagere ved at alliere sig med sundhedsfaglige eksperter og eksterne iagttagere. Patienten betragtes overvejende som en ressource af viden, holdninger og potentiel energi. Patientressourcerne bør udnyttes til fordel for både system og patient – og humanisering og effektivisering synes at være to sider af samme sag. Standarder og koncepter ses her som konkrete værktøjer til at komme ineffektivitet, manglende koordinering til livs i organisationen og få gode resultater i patienttilfredshedsundersøgelser.

Skemaet og opsummeringen lægger op til en dyberegående diskussion af patientfiguren i kommunikationsprogrammet. I de følgende afsnit diskuterer jeg først programmet som tre forskellige sub-programmer, der hver især kan forstås som sociale organiserings teknologier. Dernæst forklarer jeg den samlede bevægelse, jeg ser i dokumenternes udspændthed mellem abstrakt politik i Kommunikationspolitikken over organisatorisk informationsstyring i implementeringsplanen til Håndbogens humane effektiviseringsværktøj. Jeg ser denne bevægelse fra abstrakt strategi til konkret værktøj som en omformning af kommunikationsvisioner til informationsarbejde. Jeg runder første del af analysen af med en diagnostik af kommunikationsprogrammets forandringsimperativ. Herved lægger jeg op til analysens anden del, hvor jeg går videre med disse fund i analyserne af den fleksible patientfigur.

4.4.1 Kommunikationsprogrammets sub-programmer

Analysen viser, hvordan tre organisatoriske dokumenter fra samme kommunikationsprogram, hver især iværksætter sub-programmer ('universes of discourse' Strauss 1978:123) med forskellige mål, problemer, løsninger, patientfigurer og kommunikationsforståelser. Programmerne kan forstås som tre forskellige sociale organiserings-teknologier, idet de kalder på forskellige handlinger og relationer i hospitalets rum. De respektive dokumenter fremstår i denne analysedel som formaliserede arrangementer, der hver især udgør en tekstlig institutionalisering af en problemløsningsmodel. Hver for sig fremtræder løsningsmodellerne som selvfølgelig og nødvendig sund fornuft (Dreyfus & Rabinow 1982:195-197).

Dokumenterne er, hvad man med reference til Foucault kan kalde programatiske tekster (Clarke 2005:184). Det er skriftlige produkter, der forsøger at iværksætte en vision eller formulere konceptualiseringer af særlige problemer gennem planlagte eller principielle fremgangsmåder, der fungerer handlingsanvisende og derved også producerer mulige positioner som aktører kan indtage (Foucault 1988, Clarke 2005:181). Fremgangsmåden eller løsningen synes enten være styrende for udpegningen af problemet, eller problemet er indeholdt i og utydeliggjort af den fremlagte løsning. Begrebet *social organiserings-teknologi* indfanger den programatiske karakter i disse tekster. Dokumenterne er ikke bare repræsentationer af hospitalets vision eller spejling af en eksisterende organisatorisk virkelighed, men i udstrakt grad formet som løsninger, der producerer eller tydeliggør bestemte problemer ved at bidrage med særlige rammesætninger, som problemerne kan udtrykkes indenfor (Spector & Kitsuse 2001, Hastrup 2004). Dokumenterne etablerer hver især en mere eller mindre eksplicit problemkonstruktion, hvor problemet er indbygget i muligheden for intervention, forandring eller "løsningen". Denne socialteknologiske konstruktion ses fx i Håndbogens palette af opskrifter på, hvordan sundhedsfaglige medarbejdere via standarder og tjeklister bør udarbejde informationsmateriale til patienter. De sund-

hedsfagliges eksperter og organisatoriske rutiner er det problem, håndbogens koncepter og værktøjer kan gøre noget ved med henblik på at øge patienttilfredsheden, som er dokumentets mål. I organiseringen af det sociale retter programmet sig både mod interne relationer mellem faggrupper, afdelinger, interesser og mod relationen mellem patient og system: ”En patient, der føler sig velinformeret, vil bedre være i stand til at følge de råd og anvisninger, du som sundhedsprofessionel giver” (Håndbog:5). Og opfordringen til patienter om at spørge, kan samtidig forebygge klager (Håndbog:5).

Analysen har vist, hvordan dokumenterne hver især formulerer et sub-program, hvor problemer, løsninger, mål osv. er forskudt i forhold til de to andre dokumenter i kommunikationsprogrammet.

4.4.2 Fra holistisk kommunikationsimperativ til effektiv informationsproduktion

Når der tales i overordnede ledelsesmæssige termer, så betones kommunikation holistisk og inkluderende som dialog, hvor modtageren sættes i centrum og skal inddrages aktivt. Samtidig er kommunikation en aktivitet, der skal reflekteres over og strategisk indarbejdes i alle organisatoriske sammenhænge. Dette inkluderende og allestedsnærværende kommunikationsimperativ har jeg, som forklaret i afhandlingens indledning, givet en diagnostisk samlende betegnelse; *kommunikationsliggørelse*. Det organisatoriske fokus på information, kommunikation og vidensudveksling – som i dette kommunikationsprogram medieres gennem patienten, ser imidlertid ud til at blive forandret radikalt, når vi bevæger os fra kommunikationspolitik over implementeringsplan til håndbogens værktøjer. I kommunikationsprogrammets konkrete planer og værktøjer fremtræder kommunikation mere som envejs-informationsformidling præget af klare standarder for produktion, hvor graden af patientinddragelse i udviklingsarbejdet er særdeles beskedent. I dokumenternes organisatoriske virkelighed er patienterne modtagere, der ofte figurerer i generiske forestillinger om patienten som

”målgruppe” eller ”ressource”. Samlet set omhandler de praksisorienterede dokumenter; Planen og Håndbogen ikke i særlig stor udstrækning dialogisk kommunikation, men snarere kommunikation som informationsprodukter og -værktøj, der kan styres gennem tjeklister og standarder for skriftlig produktion.

Læsningen af de tre dokumenter viser, at kommunikationsprogrammet ’Patientens Perspektiv’ i høj grad bliver centreret omkring dokumenter, og programmet er i særdeleshed tekstproducerende og orienteret mod skriftlig produktion. Den organisatoriske optagethed af kommunikation er i vid udstrækning indrammet af en kommunikationsforståelse, der søger at implementere kommunikation som informativ patientkommunikation. Dette foregår inden for en ramme, hvor sprogbrugen er præget af krav om optimering, idet ressourcer (tid, penge og arbejdstimer) er knappe. Implementeringsplanen italesætter fx den interne relation mellem kommunikationsafdeling og kliniske afdelinger i en eksplicit optimeringsretorik, der kommer til udtryk fx igennem, at relationer tematiseres som ’kunde-forhold’ (Plan:8-9), der medieres af kontrakter, effektivisering i form af fx ’strømligning af arbejdsgangene’ (Plan:5) og fordres på baggrund af manglende produktionsflow (Plan:4) og manglende effektivitet (Plan:8). Den organisationsinterne diskurs om forholdet mellem klinik og kommunikationsafdeling italesættes i høj grad som en markedsrelation, hvor de kliniske afdelinger er kunder i ’kommunikationsbutikken’ – en relation, der styres af kontrakter og produktionsplaner med standardiserede rammer. Der lægges op til, at det organisatoriske fokus på kommunikation implementeres gennem forståelsen af patientinformation som en organisatorisk vare, der skal optimeres og kan bidrage til organisationens effektivisering som sådan. I bevægelsen fra kommunikativ holisme til effektiv informationsproduktion via konkrete standarder og værktøjer sker der også en række forskydninger af patientfiguren. Som en afslutning på analysens første del og som oplæg til anden delanalyser fokus på dokumentmaterialets patientfigurer vil jeg nu diskutere, hvordan patientfiguren forbindes med organisatoriske idéer om forandring.

4.4.3 Dokumenternes fleksible patientfigur

I et kommunikationsprogram med titlen 'Patientens Perspektiv' er patienten selvfølgelig en central aktør. Retorisk fremhæves patienten gennemgående som central – som primær målgruppe, som den centrale interessent i hospitalets omverden - og den væsentligste organisatoriske kommunikationsdisciplin forklares som værende patientkommunikation.

I programmets håndbog forklares analyse af målgruppen og patientperspektivet således:

Tænk dig ind i patientens situation. Se verden gennem hendes briller - gå en tur i hendes sko. Det kan du fx gøre ved at stille nogle patienter i målgruppen spørgsmålet 'Hvad har du brug for at vide om din sygdom og behandling?' Hvad betyder 'patientens perspektiv'? Spørgsmålene og patienternes svar vil spore dig ind på, hvordan situationen ser ud fra patienternes synspunkt. Det er det vi kalder patientens perspektiv, som er et strategisk indsatsområde på hospitalet. (Håndbog:4)

Ovennævnte eksempel er de tre dokumenters mest konkrete bud på, hvad patientperspektivet er: At spørge patienterne. Hvor mange der skal spørges, hvornår, og hvordan svarene skal bearbejdes eller omformes til forbedret patientinformation synes uvist. Patientfiguren er omdrejningspunkt i alle tre dokumenter, patientforestillingerne er dog ikke entydige. Dokumenterne viser forskellige patientfigurer: den sensible borger med legitime krav, der skal inddrages i hospitalets udvikling, og patienten som generisk målgruppe for information samt patienten som ressource på det sundhedspolitiske marked. At patientfiguren er flertydig fremtræder ikke som problem i dokumenterne. Som i citatet ovenfor fremstår patientperspektivet derimod som noget, hospitalet kan få øget indsigt i ved at spørge patienterne. Det er simpel, sund fornuft⁶³.

⁶³ Jöncke, Svendsen & Whyte (2004:390) påpeger med henvisning til Shore & Wright (1997), Dreyfus & Rabinow (1982:192-197), hvordan policies ofte hviler på implicite antagelser, som ta-

De kommunikationsorienterede løsningsmodeller er med til at sætte patienten i forskellige positioner, hvor forandring er påkrævet⁶⁴. Kommunikation er ikke blot et neutralt redskab til at forbedre kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienten. Den strategiske indsats vedrørende patientkommunikation fungerer som sociale organiserings teknologier, der er indskrevet i bestemte problemløsningskomplekser, hvor organisatorisk forandring er påkrævet med henblik på effektivisering og optimering af ressourcerne. Udbredelsen og iværksættelsen af målrettet kommunikation former både forventninger til patient og hospital samt lægger op til nye former for styring af patienter og styring gennem patientfigurer. Forventninger til patienter og sundhedsvæsen formes gennem denne socialteknologiske kommunikation om kommunikationens muligheder. Min analyse tegner et billede af, at patienten situeres som del af sammenhænge, hvor udvikling og forandring er målet både for patienten og organisationen. To interessante pointer bliver tydelige omkring forholdet mellem patientfigur, organisation og forandringsimperativet:

Ikke så overraskende har interaktionen mellem hospital og patient som mål at resultere i en forandring for patienten. Objektet for forandring er imidlertid patientens oplevelse og tilfredshed - ikke patientens sundhedstilstand. Sygdom og sundhed er ikke temaer i dokumenterne patientkommunikation, hvilket er i tråd med hospitalets lægefaglige direktørs forklaring på, hvorfor hospitalet fokuserer på kommunikation:

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. [...] 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.

- Interview med lægefaglig direktør, oktober 2009

ges for givet og i dokumenterne fremtræder som naturlige, nødvendige, nyttige og neutrale. Programmets brug af begrebet 'patientens perspektiv' har karakter af at være en sådan selvfølgelighed.
⁶⁴ Den narrative konstruktion af fortiden og/eller samtiden som problematisk er en almindelig måde at skabe rum for nye organisatoriske strategier og politikker (Shore & Wright 1997:3)

Det kommunikationsstrategiske fokus i programmet er patientens positive oplevelse af kvalitet i mødet med hospitalet. Vejen til patienttilfredshed går ikke gennem den klassiske kerneydelse patientbehandling i medicinsk forstand, men gennem patientbehandling i kommunikativ forstand. Hvordan patienten skal behandles, sættes med kommunikationsprogrammet på dagsordenen i en fordoblet betydning af behandling, hvor de kommunikative aspekter af kerneydelsen er i fokus. Målrettet informationsstyring kan muliggøre *styring af patienten* – dels kan information påvirke patientens forventninger til og evalueringer af behandling, og dels kan information bidrage til patientinddragelse og herigennem ansvarliggøre patienten. Strategisk kommunikation som styring *af patienten* retter sig mod øget patienttilfredshed.

En anden interessant analytisk pointe er, at forandring ikke alene handler om patienten, men i høj grad også om organisationen. Patientfiguren fremstår som en ressource, der kan bidrage til forandring af hospitalet gennem valg, holdninger, oplevelser og følelser. Kommunikationsprogrammet er således præget af et dobbelt teleologisk projekt. Hospitalets kommunikationsopgave omhandler at forandre patientens oplevelse af tilfredshed, og patientfiguren er samtidig løftestang for forandring af hospitalet. Tematiseringen af patientkommunikation påpeger bestemte forventninger i forhold til hospitalet, hvor patientens behov er argument for organisatorisk forandring.

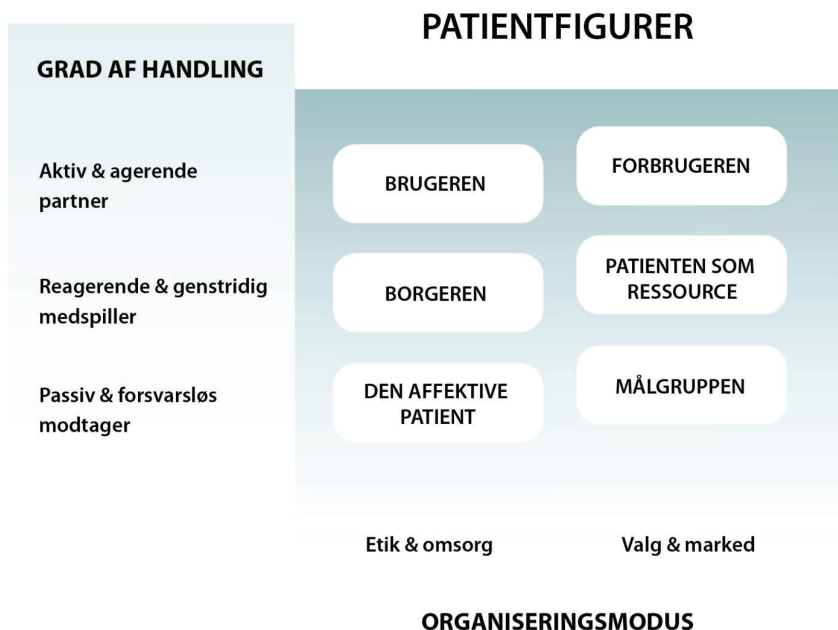
Kommunikationsprogrammet griber ind i sundhedsprofessionelles vante praksisser og søger at ændre på rutiner, sprogbrug og kultur blandt sundhedsfaglige medarbejdere. Visioner om kommunikativ sammenhængskraft i Kommunikationspolitikken, stærkere intern styring af information og ekstern tilpasning med henblik på kvalitetsudvikling og øget patienttilfredshed i Planen og Håndbogen er forsøg på *styring gennem patientfiguren*. Kommunikationsprogrammet situerer hospitalet på et marked, hvor information om patientforløb og valgmuligheder skal stilles til rådighed for patienten og sammenlignelig information om behandlingsmuligheder, kvalitet og patienttilfredshed skal være offentligt tilgængeligt. Hospitalet skal indgå i dialog med bruger-

ne om kvalitetsudvikling, og de sundhedsprofessionelle forventes at møde patientressourcen på dennes kommunikative præmisser. Forsøgene på styring *gennem* patienten retter sig mod organisatorisk forandring.

I dokumenterne er styring *af* og *gennem* patienten tæt sammenvævet. I begge styringsformer skal patientens ressourcer aktiveres og bidrage til en effektivisering af hospitalet. De tre sub-programmer gør hver især patientfiguren til en central kraft for generering af forandring i hospitalsvæsnet – på nogle måder direkte ved påvirkning af patienten og i andre sammenhænge indirekte ved mobilisering af hospitalets medarbejdere gennem forestillingen om patienten. De tre patientfigurer; rettighedshaveren, målgruppemedlemmet og ekspertressourcen, som bliver tydelige i den første del af analysen, udgør imidlertid en simplificering af de forskellige nuancer i patientfigurer og kommunikationsforståelser, der er i spil i dokumenterne. Der er en række kontraster i kommunikationsprogrammet, som jeg i analysens anden del vil undersøge nærmere ved at se på de tre dokumenter som helhed. Ved at analysere variationer af patientfiguren på tværs af dokumentmaterialet, vil jeg søge at uddybe, hvilke former for styring der muliggøres og udøves gennem patienten som figur.

5 Forventninger & fordringer til patientfiguren

Jeg vil nu undersøge patientfigurer ved at læse på tværs af dokumenternes forskellige sub-programmer. Ved at ordne patientfigurerne i et koordinatsystem har jeg kortlagt et spektrum af forventninger, som er til stede på det kommunikationsstrategiske plan i organisationen. For at kunne kvalificere en analyse af, hvordan disse forskellige positioner er sat i relation til hinanden, arbejder analysen med to akser af idealtypiske forventninger eller fordringer til patienten: patientens handlingsgrad og hospitalets organiseringsmåder.



En tværgående detaljeret læsning af de tre dokumenter har muliggjort denne positionelle kortlægning, som illustrerer, hvordan patientcentreringen forskydes i en række forskellige specifikke positioner, som analysen vil forklare.

5.1 Organiseringsmåder i relationen mellem patient og hospital

Kortlægningens vandrette akse illustrerer et spænd mellem forestillingen om to aktuelt tilstedeværende organiseringsmåder i samtidens sundhedsvæsen: en omsorgsorienteret organisering og en markedsorienteret organisering. Den dualistiske kategorisering er inspireret af Annemarie Mols "The Logic of Care – Health & the Problem of Patient Choice" (2008), som kontrasterer marked og omsorg i en markant kritik af det markedsgjorte sundhedsvæsen, hvor: "The ideal of choice carries a whole world with it: a specific mode of organizing action and interaction" (Mol 2008:8). Denne organiseringsmåde gør patienten til kunde: "Within the logic of choice 'disease' is a strange exception, it has nothing to do with 'us', while the logic of care starts out from the fleshiness and fragility of life" (Mol 2008:13). Hos Mol fungerer marked og omsorg som to logikker, der tilnærmelsesvist udelukker hinanden og modsvares af to tilsvarende patienttyper: kunden og patienten.

Første del af dokumentanalysen pegede på, hvordan kommunikationsprogrammet indrammer kommunikation som en organisatorisk opgave, der adresserer behandling af patientens tilfredshed frem for behandling af patientens sygdom. Men betyder det en forståelse af patienten som kunde? Er målet om patienttilfredshed nødvendigvis en markedslogik, der fortrænger den omsorg, som ifølge Mol er forankret i sygdom og "fleshiness and fragility of life"? Min umiddelbare fornemmelse er, at der er flere nuancer i spil, idet kommunikationsprogrammets fokus på patientens tilfredshed også kan forklares som en målsætning, der derimod understreger, at hospitalets omsorgsopgave er af afgørende betydning på markedet.

Hos Mol relateres omsorgs- og markedslogikkerne ikke til hospitalers strategiske kommunikation. Sammenholdt med mit empiriske materiale er det imidlertid oplagt at trække marked og omsorg ind som idealtypiske organiseringsmåder i analysen af patientroller og kommunikation. Optagetheden af kommunikation; *kommunikationsliggørelsen* af sundhedsvæsenet, synes netop i sit patientfokus at omhandle bestræbelser i retning af forbedret omsorg i et hospitalsvæsen, der bevæger sig hen imod at agere på markedsvilkår. Kommunikation er det positivt konnoterede begreb, der i idealiseret form handler om dialog, nærhed, ligeværdighed mellem patient og system; konnotationer der ligger tæt op af omsorgslogikken. Samtidig har sundhedsvæsenets strategiske satsninger med kommunikation som omdrejningspunkt haft en markant fremvækst i takt med indførelsen af markedsvilkår, hvor patienters individuelle frie valg står centralt. ”Informerede valg” stiller øgede krav om information og kommunikation mellem sundhedsorganisationer og borgere. Omsorg og marked synes at være to organiseringsmåder i samtidens sundhedsvæsen, som begge knytter an til kommunikation.

Jeg anvender dikotomien omsorg og marked som afsæt for at undersøge variationer af patientfigurer på tværs af dokumenterne, hvorved jeg forventer, at Mols dualisme kan blødes op og nuanceres i relation til strategisk hospitalskommunikation. På baggrund af arbejdet med første del af analysen er det min hypotese, at der inden for ét kommunikationsprogram eller endog inden for ét og samme dokument, kan eksistere patientfigurer, som muligvis har referencer til begge logikker⁶⁵. Jeg betegner derfor i stedet omsorg og marked som to organiseringsmåder, for herved at lægge afstand til logik-begrebets rationalistiske rigide konnotationer og den gensidige eksklusion i

⁶⁵ Det, at der er to eller flere principper eller logikker, der gør sig gældende på én gang, og som ikke er entydigt komplementære, kan også beskrives som ”dialogik” (Edgar Morin i Christensen & Morsing 2005). Det dialogiske forhold mellem enhed og mangfoldighed indfanger, hvordan forskellige logikker kan være forbundne komplementært, indbyrdes konkurrerende og antagonistiske uden at betyde endimensionalitet, ensliggørelse eller afgørelse om, hvilken logik der er styrende.

Mols dualisme. Analysens udgangspunkt er derimod sameksistensen af de to organiseringsmåder, og fokus er på at finde variationer og nuancer i positioneringen af patienten som handlende væsen i relation til disse. Den vandrette akse på det analytiske kort har således omsorg og marked som idealtyper – uden at analysen dermed postulerer, at de er udtømmende beskrivelser af aktuelt tilstedeværende organiseringsmåder.

5.2 Forestillinger om patienten som styrbar og styrende

The self⁶⁶ does not pre-exist the forms of its social recognition; it is a heterogeneous and shifting resultant of the social expectations targeted upon it, the social duties accorded it, the languages according to which it is spoken about and about which it learns to account for itself in thought and speech.
(Rose 1999:222)

Forholdet mellem individ og styring konstitueres og forandres ifølge Rose af diskurser og sociale praksisser. I herværende sammenhæng kalder det på en opmærksomhed på forskellige organisatoriske diskurser om patienten, og hvad hun forventes at gøre og være i praksis. Diskurs og praksis bidrager til at konstruere, specificere og styre patientens selvforståelser, handlemuligheder og betingelser for interaktion mellem borger og sundhedsvæsen. Disse konstruktioner sker, som vist i den første delanalyse, både ved styring *af* patienten og styring af andre aktørers handlemåder – fx sundhedsfaglige – *gennem* patienten.

Analysens kortlægning af fordringer til patientfiguren er udspændt i et kontinuum mellem to poler, hvor den ene yderlighed udgøres af patienten som passivt objekt over en forståelse af patienten som deltager i hospitalets arbejde hen imod den anden yderlighed, hvor patienten ses som en aktør med partner- eller (for)brugeradfærd⁶⁶.

⁶⁶ I relation til det kontinuum af roller, som Strauss et al. (1997: 262-263) opererer med i sine analyser af arbejde, er der her sket en forskydning. Fokus i denne analyse er ikke klienters grad af deltagelse i hospitalets arbejde, men specifikt patientfigurer og de grader af handling, som de forventes

Som ordning af dette kontinuum anvender jeg tre klassiske forståelser af modtageren fra kommunikationsteori som idealtypiske kategorier: den passive modtager, den reagerende medspiller og den agerende partner (Sepstrup & Fruensgaard 2010:39-54). Disse kategoriseringer indfanger patientfigurens udspændthed mellem en klassisk passiv patientrolle (Parsons 1964) over forestillingen om modtageren som en reagerende, evt. genstridig medspiller til en mere aktiv, ansvarstagende rolle, hvor patientfiguren i højere grad er styrende eller deltager i styring. Disse forskelle i forventninger om grad af handling udgør den lodrette akse i kortlægningen af patientpositioner i dokumentmaterialet.

Forståelsen af patientfiguren væves i denne analytiske optik sammen med en klassisk forståelse af kommunikationsprocesser (Sepstrup & Fruensgaard 2010:45). Udgangspunktet for de tre mulige modtagerkategorier baseres på variationer over en simpel model for tilrettelagte kommunikationsprocesser, hvor individet udsættes for kommunikation (kommunikationsprodukter) fra en afsender, der påvirker individet, som derpå agerer i relation til den igangsatte påvirkning.

På denne baggrund har jeg, som vist i modellen ovenfor, identificeret seks patientfigurer:

5.3 Den affektive patient - den passive modtager af omsorg

Patienter giver ofte udtryk for, at de har brug for, at behandlerne kan forholde sig til patienternes frygt for smerte, deres usikkerhed og andre følelser eller eksistentielle overvejelser, som deres sygdom og behandling giver anledning til. Når der bliver sat ord på disse følelser og tanker, også i den skriftlige information, kan det hjælpe patienterne til at turde tale om det, hvis de har brug for det. (Håndbog: 20)

at bidrage og udfordre med. Som det vil fremgå af analysen, ser jeg 'brugeren' og 'forbrugeren', som mere aktivt handlende, end fx 'patienten som ressource', der deltager i hospitalets arbejde. (For)brugeren bidrager ikke bare med deltagelse i hospitalets arbejde, men udfordrer dette arbejde fx med krav og forventninger.

Sygdom nævnes kun ganske få steder i materialet. Patientfiguren italesættes i stedet som en affektiv figur, der er emotionelt påvirket af sin patienthed og mødet med hospitalet – og hospitalet lægger vægt på, ”at patienterne føler sig godt informeret” og ”opleve[r], at vi lytter til dem” (Kommunikationspolitikens bilag ’Patientkommunikation’). Læseren møder også forestillingen om en sårbar og fremmedgjort patient i systemet, der er objekt for sundhedsfaglig viden. Patienten beskrives fx i Håndbogen som ”følsom”, ”forudsætningsløs”, ”nervøs” og ”bange”, ”undrende” og ”bekymret”, og det er de sundhedsfagliges ansvar, at informere og udvise omtanke, så patienten kan komme til orde i det kliniske rum.

Den skriftlige kommunikation forklares som en mulighed for at signalere denne åbning ved at ”lægge op til åbenhed og dialog” (Kommunikationspolitik bilag ’Patientkommunikation’) og samtidig fx afhjælpe frygt og de hukommelsesproblemer (Håndbog:21), som patienten kan have. Patienten beskrives også som én, der søger tryghed og afdramatisering – og som ikke kan håndtere overinformation.

Når patienten forbindes eksplicit til disse tilstande, konstrueres hun som en overvejende passiv modtager, der skal mødes med omtanke og omsorg. Den affektive patient forbindes ikke til forestillinger om hospitalet som et marked, hvor patienten træffer valg. Den organiseringsmåde, der abonneres på i beskrivelserne af den affektive patient er snarere præget af omsorg og etik. I dokumentmaterialet tager diskursen om den affektive patient afsæt i en behavioristisk inspireret kommunikationsforståelse, der forstår individets adfærd som forsvarsløse reaktioner (respons) på omgivelserne (stimuli). De oplyste karakteristika ved den affektive patient kalder på omsorg og abonnerer på en kommunikationsforståelse, hvor patienten indgår i simple årsagsvirkningssammenhænge. Grundlaget for at opnå en ønsket effekt, hviler på afsender-siden alene, hvor hospitalet er giver/yder af omsorg og tryghed. Patienten er her en figur som kommunikation eller snarere information rettes mod. Den affektive patient forbindes umiddelbart til forestillingen om den svage og passive modtager i en om-

sorgsrelation. Netop derfor er det interessant også at undersøge, hvordan omsorgslogikken dukker op i forbindelse med de agerende og reagerende forestillinger om patienten – og hvordan den passive modtager kan forbindes med forestillingen om sundhedsvæsnet som marked.

5.4 Målgruppen – den homogeniserede modtager

Forestillingen om patienten som målgruppe og ”respekten for målgruppens behov” (fx Kommunikationspolitik Bilag ’Patientkommunikation’) gennemstrømmer alle tre dokumenter og står særligt tydeligt frem i Plan-dokumentet. Målgruppe er en betegnelse for den gruppe personer, man henvender sig til med et givet tilbud, service eller budskab. Jeg klassificerer derfor målgruppebetegnelsen som forbundet med markedsorienteringen, idet selve begrebet er forankret i afsætning og kommercielle handlemåder. Umiddelbart var det dog vanskeligt at placere patientfiguren ’målgruppe’ i relation til en modtagerforståelse. Kombinationen af markedsorientering og den passive og forsvarsløse modtager trådte i første omgang frem som kortlægningens tavse felt. Det korresponderede med Mols kritik af det markedsgjorte sundhedsvæsen, hvor ”the logic of choice” er styrende (Mol 2008:13), og den forsvarsløse og omsorgstrængende patient er ekskluderet til fordel for mulige patientroller som forbruger og kunde. Det analytiske arbejde med at positionere de forskellige omtaler af og relationer til patientfigurene gjorde det imidlertid tydeligt, at forestillingen om patienten som målgruppe hænger sammen med en forståelse af, at kommunikationsproduktet kommunikerer på afsenderens initiativ og betingelser, som bedst spejles i klassiske kommunikationsmodeller fra 1940’erne, hvor kommunikation er en envejs lineær proces (cf. Lasswells formel 1947:37 eller Shannon & Weavers model 1949:7 & 34). Handlingsorienteringen og aktiviteten i kommunikationen er her på afsendersiden, der forholder sig analytisk til målgruppen samt målretter og distribuerer sit budskab til målgruppen. Tilgangen til patienten som målgruppe baseres således både på en

forestilling om den passive og forsvarsløse modtager, og samtidig er markedsorienteringen indbygget i målgruppebetegnelsens iboende succeskriterium af, at noget (viden, varer, værdier) skal videregives (overføres, sælges, formidles) til en modtager. Som dominerende kategori i kommunikationsprogrammet trækker 'målgruppe' dog det problem med sig, at det dels er tomt for betydning, og dels ikke følges op af information om, hvordan en målgruppe kan defineres nærmere. Dokumenterne angiver ikke nogen metode til at fastlægge, afgrænse, præcisere eller segmentere målgrupper og skelner ikke mellem målgruppe som 'strategisk målgruppe' (den ønskede målgruppe) og 'modtagergruppen' (som eksponeres) (Andersen & Smedegaard 2009). Målgruppen defineres heller ikke som kvantitativ størrelse, persona (Sepstrup & Fruensgaard 2010:219) eller ideallæseren/modellæseren (Iso 1978, Eco 1990). Med patientfiguren 'målgruppen' er standardisering af information i fokus i en forståelse af patienter som homogene grupper af modtagere. Målgruppen er en patientfigur, der i stor udstrækning præger kommunikationsprogrammet, men begrebet om målgruppe er tomt for egenskaber og synes umiddelbart at være et neutralt beskrivelsesværktøj til at tale om patienterne. Analysen påpeger imidlertid, at denne neutralitet har betydning, fordi patienten herved indirekte positioneres i en homogen generisk kategori.

5.5 Borgeren med rettigheder

Særligt i Kommunikationspolitikken (– og glimtvis i Håndbogen) møder læseren patientfiguren som en rettighedshaver, der "... har krav på viden og overblik..." (Kommunikationspolitik:2). Og omvendt er: "Regler og krav [er] begrundet, så patienterne forstår, hvorfor de skal følge dem" (Håndbogen: 13). Med rettigheder, pligt og krav i relationen glider patientfiguren over i borgerrollen. Mødet mellem patient og system er reguleret af regler og rettigheder. Borgeren har sine rettigheder sikret gennem sundhedslovgivningen, hvori det hedder:

Stk. 1. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

Stk. 2. Patienten har ret til at frabede sig information efter stk. 1.

Stk. 3. Informationen skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v.

Lov om patienters retstilling § 7 (1998) (aktuelt i Sundhedslovens §16)

Rettighedsretorikken i hospitalets kommunikationspolitik leder hen imod den potentielle patient, borgeren, der endnu ikke er syg, men er sikret retten til behandling og information. Borgeren positioneres med retten til et hensynsfuldt, informativt møde med sundhedsvæsenet. Patientfiguren er her ikke nødvendigvis den passive patient, men er omformet til et rationelt agerende individ, der har ret til individuelle hensyn, herunder også ret til at forsvare sig mod påvirkning (fx frabede sig information). Her bevæger patientfiguren sig over i et felt af involveringsgrader, som kendetegner den agerende og aktive ende af kontinuummet af handlingsgrader. Borgeren er kendetegnet ved ikke bare at være en ydrestyret modtager, men har en række individuelle karakteristika, som må inddrages for, at der kan etableres forståelse for reaktionen på påvirkninger og information. Hvor forestillingen om den passive modtager har rødder i behaviorismen, har forestillingen om den reagerende medspiller og evt. genstridige modtager teoretisk rod i kognitiv psykologi og socialpsykologien. Den reagerende modtager forestilles at være situeret i socialiteten, hvorfor: ”Sproget er på et niveau som i en morgenavis, fordi patientinformation er til alle borgere” (Håndbog:13). Modtageren er altså ikke en isoleret passiv figur ramt af sygdom, men del af sociale netværk, og indgår i større kulturelle sammenhænge, hvilket gør at afsenderens budskab må tænkes at ”filtreres” af modtageren og dennes opbyggede mønster af viden og holdninger.

5.6 Patienten som ressource

En fremtrædende patientfigur i dokumentmaterialet er patienten som ressource. Figuren materialiserer sig i form af fotos, citater og titler i Håndbogen, og fremkommer også tydeligt gennem Håndbogens brødtekst og illustrationer og i mindre grad også tekstuel i Plan-dokumentet. Patienten er her både ekspert og analyseobjekt - en slags hybrid af lægmand og professionel ekspert i kraft af sin patienthed. Eksempelvis er der i kommunikationsprogrammet iværksat et pilotprojekt:

... 'Lyt til patienterne', hvor fem patienter bliver interviewet om deres indlæggelser på hospitalet. De fortalte om deres oplevelse af lægernes mundtlige kommunikation, plejepersonalets ditto. De blev også spurgt, om de havde overblik over den medicin, de fik. Derudover blev de bedt om at fortælle om det bedste ved deres indlæggelse, samt give personalet råd til forbedringer. Målet var, at lade patienter optræde som eksperter i oplevelsen af deres egen indlæggelse. Udsendelsen blev positivt modtaget af flere afdelingsledere, der mente at man blev inspireret af at høre på patienterne i denne form. (Plan:13)

Patientens ressourcer synes udtømmelige i relation til optimering af hospitalets kommunikation. For det første ved patienten bedst i relation til individuelle præferencer. Patienten træder frem som en kompetent, rådgivende ekspert, hospitalet kan diskutere og forhandle med, og som hospitalet har pligt til at klæde på med viden. En af patienterne – en såkaldt patientambassadør, der har dannet et netværk af patientambassadører, citeres således i Håndbogen:

Det er vigtigt at gøre skriftlig patientinformation tilgængelig på nettet, så patienterne kan sætte sig ind i informationen, inden de møder lægen. Så kan samtalen med lægen blive mere fokuseret. Mange læger klager over, at patienter kommer med print fra nettet med alle mulige informationer, som ikke er relevante for patienten. Så må man jo gøre noget information tilgængelig, som er til at forstå, og som er relevant, for så har man et godt afsæt for en god dialog. (Håndbog:23)

Patienten er en potentiel ressource for organisationen. Ved at gøre informationer tilgængelige for patienter, kan hospitalets arbejde blive mere fokuseret og effektivt.

Patientens patienthed gør hende samtidig til et analyseobjekt, der brugt på den rigtige måde kan bidrage til udvikling af hospitalets ydelser. Kvalitative interviews, brugerundersøgelser, fokusgrupper eller mere uformelle former for involvering og deltagelse udgør uendelige ressourcer af organisatoriske muligheder for forbedring. Håndbogen italesætter netop kommunikation som en ”hjertesag” (Håndbog:3), der tager form som en uendelig proces af informationsproduktion, der konstant skal udvikles og forbedres. Lige som borgeren er den professionelle patient et rationelt individ – en slags ekspertpatient, der via erfaringer og viden om sin diagnose og behandlingsforløb har status som en kvalificeret medspiller, hvis feedback og kommentarer kan bruges i revidering og tilpasning af informationsmaterialer og organisatorisk udvikling (Håndbog:7).

5.7 Brugeren - den aktive partner

Kortlægningen synliggør også en forventning om en høj grad af handling, hvor involvering og deltagelse er afløst af partnerskab med patienten som aktør. Den aktive og agerende patient positioneres i to varianter – som henholdsvis brugeren og forbrugeren. Forestillingerne om aktive behovsstyrede modtagere har teoretisk bund i recepti-onsteorien, hvor udgangspunktet er, at modtageren er afsenderens samarbejdspartner, der når han/hun: ”... føler sig velinformeret, bedre [vil] være i stand til at følge de råd og anvisninger, du som sundhedsprofessionel giver” (Håndbog:4). Brugeren og forbrugeren forstås som aktører, hvis opmærksomhed og forståelse afhænger af behov og problemer betinget af individets karakteristika og den sociale og kulturelle sammenhæng, modtageren befinder sig i. Det er således viden om helheden og modtagere-ns rolle i helheden, der her er af afgørende betydning, da brugeren og forbrugeren ikke forstås som rationelle, men behovsstyrede aktører. Hospitalets skriftlige information skal fx møde brugeren med ”udgangspunkt i de spørgsmål, der er vigtige for

patienterne” (Kommunikationspolitik Bilag ’Patientinformation’), og ”opfordre patienter til at få spurgt dig og dine kolleger, om det der undrer...” (Håndbog:5).

Fordringerne til patienten som bruger står tydeligst frem i både Plan-dokumentet og Håndbogen. Selve kommunikationsprogrammets titel ’Patientens Perspektiv’ tager i sig selv udgangspunkt i en brugerorienteret tilgang til kommunikation, hvor patienten tænkes at have et særligt perspektiv, der er kontekstuel funderet i synspunkter og holdninger samt den aktuelle situation, patienten befinder sig i. Plan-dokumentet betegner patienterne som ”ligeværdige medmennesker og samarbejdspartnere” (Plan:13). I Håndbogen fremtræder patienten også som en særdeles handlende aktør – en bruger, der eksempelvis har brug for klar besked om, hvad hun selv skal gøre, og som har en række forventninger til mødet med sundhedsvæsnet. Brugeren kommer også til syne i diskursen, når patienten fremstilles som dialogpartner, der mobiliseres som ansvarlig deltager i behandlingsforløb. Integrationen af information om det samlede behandlingsforløb som et hele er målet for kommunikationen med brugeren.

5.8 Forbrugeren - den agerende kunde

Når patienten sættes i det retoriske centrum, peges der samtidig på det åbenlyse potentiale, der er i at lade patienterne agere aktivt og som medspillere i organiseringen af hospitalets praksis. I dokumenterne optræder der forestillinger om patienten, som en slags kritisk kunde, der er informationshungrende og spørgende, idet man forestiller sig at patienten selv er eller skal være i stand til at planlægge sit forløb inden en indlæggelse og fx skal træffe en række valg i mødet med systemet. Derfor giver hospitalets informationsmateriale på tryk og web ”et klart billede af hospitalets undersøgelser og behandlinger, og hvilke valgmuligheder patienterne har”, ligesom forbrugeren ”selv er med til at træffe beslutninger om undersøgelse og behandling i det omfang, de selv ønsker det” (Kommunikationspolitik Bilag ’Patientinformation’). Behandling omtales som et tilbud, der gennem professionel formidling virker trovær-

digt. ”Konsultationen går desuden hurtigere, når man har godt materiale”, forklarer en professor i Håndbogen (p. 8). Behandlingsforløb konstrueres her som en vare, der skal sælges til den kritiske forbruger, hvor professionel formidling og layout ”giver patienterne overblik og signalerer professionel kvalitet” (p. 16).

Hvor den passive patient er styrbar, og borgeren og den professionelle patient er positioner, som hospitalet forhandler med, er brugeren og forbrugeren patientfigurer, som sundhedsvæsnets forventer en vis grad af styring fra.

5.9 Diskussion: Fraværende patientfigurer & sammenvævningen af omsorg og marked

Den positionelle kortlægning har identificeret seks patientfigurer, som alle optræder på tværs af to eller alle tre dokumenter. Allerede i første del af analysen fremkom det, at den syge patient er perifer i dokumentmaterialet vedrørende strategisk kommunikation. Sygdom eller i det mindste behovet for undersøgelser og behandling er imidlertid kernen i selve patientbegrebet. Selv om sygdom eller potentiel sygdom må formodes at være indeholdt i patientbegrebet per se, er det overraskende, at diskursen om den syge patient også ved en gennemgående nærlæsning er helt marginal i dokumentmaterialet.

Kommunikationsprogrammets gennemgående mål: ”at patienterne har viden og overblik over deres diagnose, behandling og forløb” (Håndbog:5) bygger på den antagelse, at patienter som udgangspunkt er interesserede i information. Information er en selvfølgelig del af det patienten ønsker, søger og har behov for. Det gør, at dokumentmaterialet udelukker forestillingen om ’den informationsresistente patient’. Som afhandlingens efterfølgende analyse viser, er det en figur, som de sundhedsfaglige derimod sætter i spil i samarbejdet om udvikling af informationsmaterialer. Patientfiguren ’Den affektive patient’ grænser op til forestillingen om ’den informationsresistente patient’, men patientfiguren ’den affektive patient’ befinder sig imidlertid in-

den for kommunikationsprogrammets akkumulerede forestilling om patienter som 'informationshungrende'. Patientfiguren 'borgeren' grænser ligeledes op til forestillingen om 'den informationsresistente patient', idet borgeren, som det hedder i Sundhedsloven "har ret til at frabede sig information". Denne ret er imidlertid i kommunikationsprogrammet fortolket som en agerende ret til at sige nej tak – og ikke ud fra fx en sundhedsfaglig vurdering af patientens evne til at kapere information. Inden for en kommunikationsstrategisk ramme synes der ikke at være noget sprog for at tale om patienten som informationsresistent eller syg.

Den kritiske analytiske diagnose kunne derfor være, at omsorg for den syge patient, netop er valg- og markedslogikkens "strange exception", som Mol siger, og at kommunikationsprogrammet er indskrevet i markedslogikkens adressering af kunden på bekostning af omsorgen for den syge patient. En nuanceret analyse af kommunikationsprogrammets patientfigurer viser imidlertid, at det ikke er tilfældet. Kommunikationsprogrammet er i stedet præget af både omsorg og marked som organiseringsmåder. Med patienttilfredshed som overordnet mål for kommunikationstiltag synes marked og omsorg at være sammenvævet i de tre dokumenter og programmet som helhed. Patienttilfredshed adresserer på den ene side markedsforståelser af patienten, hvor patienter er 1) homogene målgrupper, som information kan standardiseres til, 2) ressourcer for organisatorisk udvikling og 3) kunder med forbrugeradfærd. Men på den anden side iværksætter patienttilfredshed også omsorgsydende forståelser af patienten som 4) affektiv modtager af omsorg, 5) borger med rettigheder og 6) den individuelle behovsstyrede bruger. I den strategiske kommunikation synes der således ikke at være tale om adskilte rationaler eller logikker, der udelukker hinanden – ligesom graderne af handling hos patientfigurerne heller ikke kan adskilles skarpt. De to idealtypiske organiseringsmåder kan adskilles teoretisk og nuanceres analytisk, men i de diskursive praksisser sammenvæves de og overlapper. To eksemplificerende nedslag i håndbogen illustrerer dette:

Mennesker på forsiden af pjecer: Billedet skal skabe tryghed ved at vise en god kontakt mellem behandler og patient, og det understreger, at patienterne er aktive medspillere i deres behandlingsforløb. [...] Pjecer giver patienterne overblik og signalerer professionel kvalitet. (Håndbog:14 & 16)

Kontrasteringen af patienten og kunden modsvarer i analysen af en strategisk kommunikation, hvor omsorgen for fx den bekymrede patients informationsbehov med få ord er forbundet med den kritiske forbruger, der potentielt er en ressource for hospitalet på sundhedsmarkedet.

6 Konklusion: Styring med patienten som redskab

Analysen har undersøgt, hvordan patienten indgår i hospitalets strategiske kommunikation. En strategi, der titulerer sig som 'Patientens Perspektiv', har selvfølgelig patienten som central figur. Men det er ikke givet hvilke positioner, der fremkommer i kontinuummet mellem patienten som passivt objekt og patienten som aktiv partner – og hvordan disse figurer kan forstås som styringsforsøg af og i organisatorisk arbejde. Med analysen nuancerer jeg, hvordan det selvfølgelig patientfokus foldes ud i kommunikationsprogrammet gennem forskellige patientfigurer – og det arbejde, disse figurer udfører eller appellerer til patienter og personale om at gøre.

Første del af analysen viser, hvordan tre forskellige sub-programmer hver især kan forstås som sociale organiserings teknologier. Dokumenterne fortæller tilsammen en historie og vejen fra strategi til praksis som en bevægelse fra kommunikationsholisme til produktionsorienteret informationsarbejde. Jeg diagnosticerer endvidere den organisatoriske kommunikations patientfokus som rettet mod oplevet patienttilfredshed frem for behandling af sygdom. Kommunikationsprogrammets mål om at øge patienttilfredshed går gennem forsøg på styring *af* patienten. Samtidig iværksætter kommunikationsprogrammet et organisatorisk forandringsimperativ, hvor styring *gennem* patienten retter sig mod organisatorisk effektivitet og optimering.

Den tværgående tematiske læsning i anden del af analysen viser, hvordan patienten i det *kommunikationsliggjorte* hospital er en central og variabel figur, som inden for samme diskurs og program kan være både passiv og aktiv, og knyttes til både marked og omsorg som organiseringsmåder. Patienten findes i en række aktive figurationer hånd i hånd med klassiske forståelser af patienten som passiv og modtagende. Analysen har udlagt, hvordan det kommunikationsstrategiske landskab trækker på og former forskellige mulige figurer, hvor patienten konfigureres som henholdsvis en aktør som styringen rettes mod, forhandles med og forventes fra. Samlet set synes patienten at pendulere mellem et retorisk, selvfølgelig centrum og en række forskellige mere

specifikke figurer: affektiv patient med tryghedsbehov, passiv homogeniseret målgruppe, borger, ressource, deltagende bruger og vælgende forbruger. Dokumenternes brug af forskellige patientfigurer inden for samme program, viser at forholdet mellem de forskellige figurer snarere er kumulativt end kategorisk og gensidigt udelukkende. De partikulære figurer indebærer hver for sig en værdiskabelse, og patientens værdi synes at akkumuleres på tværs af de forskellige kategorier, hvor de alle hver i sær bidrager til en forståelse af patienten som *informationshungrende*. Versioner af patientfiguren eksisterer ved siden af hinanden og tilskriver patienten værdi i form af ressourcer, behov, rettigheder mv. - rettet mod informationsbehov. Patientfigurerne får også værdi i og med, at det er igennem disse, at der stilles krav til organisationen (fx 'målgruppen' der kalder på standardisering, eller 'patienten som ressource' der er et potentiale for organisatorisk udvikling). Kommunikationsprogrammets patientorientering fremviser hermed nogle af de forskellige opgaver og det usynlige arbejde, som patientfigurer kan bidrage med i hospitalsvæsnet.

Som helhed gør analysen det muligt at diskutere, hvordan patienten sættes i spil i hospitalers styringsbestrebelse – og hvordan fokus på 'patientkommunikation' handler om mere end sundhed og behandling af sygdom. Den strategiske kommunikation institutionaliseres og udbredes i hospitalsvæsnet på baggrund af og i takt med en øget konkurrenceudsættelse. Det organisatoriske fokus på information og kommunikation er nok født i takt med markedet, men er samtidig tiltag der sætter fokus på patientens behov for omsorg ud over den sundhedsfaglige kerneydelse i patientbehandlingen. Med patientkommunikation som indsatsområde er patienten i centrum, som både sensibel patient og krævende kunde, der fordrer empatisk omsorg og tilbud om valgmuligheder. Og netop valgmulighederne synes at skærpe behovet for omsorgsfuld information og kommunikation. Med overskriften 'Patientens Perspektiv' allierer kommunikationsprogrammet sig med patienten som normativ figur uden egen stemme, men med en kombineret etisk og markedsorienteret bundklang. Patientperspektivet kalder på et omsorgsfuldt marked, hvor patientens behov og præferencer er

omdrejningspunkt. I denne kontekst bliver visionen om den tilfredse patient en figur, der kombinerer politik, organisatorisk positionering og omverden inden for rammerne af et selvfølgeligt godt tiltag om mere information til patienterne. Den organisatoriske alliance med patientfiguren udtrykker styringsambitioner om at stabilisere og kontrollere hospitalets organisatoriske kommunikation.

Programmets patientperspektiv er depersonaliseret og uspecifikt – umiddelbart ”a view from nowhere” - som tildeles forskellige positioner i den strategiske kommunikation. Patientfigurene forbindes til forskellige forståelser af problemer og løsninger, hvor kommunikation på den ene side italesættes som et modellerbart begreb, hvis indhold og form konstant skal forhandles i samarbejde med patienten. På den anden side iscenesætter dokumenterne en høj grad af orden og styrbarhed gennem fokus på skriftlighed, standarder og objektive kriterier for kommunikation. Dokumenternes inkonsistens og variation af patientfigurer ser jeg som kommunikationsprogrammets produktive kontraster: Kommunikation fremstilles som mulig og nødvendig genstand for styring i et hospitalsvæsen på markedsvilkår. Samtidig indrammes kommunikation som et foranderligt og komplekst felt, hvor ’god kommunikation’ kan antage forskellige former i relation til patientens behov for omsorg. Kommunikationsprogrammets kombinerede brug af forskellige patientfigurer gør det muligt at se, hvordan omsorg & marked, individualisering & standardisering er sammenvævet i det kommunikationsliggjorte hospital.

Set fra et organisatorisk perspektiv synes patientfiguren at fungere som løftestang for, at arbejdet med kommunikation skal professionaliseres, integreres på alle niveauer i organisationen og inddrages i enhver beslutning eller offentlig formidling af hospitalets aktiviteter. Integreret kommunikation er bestræbelserne på at samordne og koordinere alle organisationens kommunikationsudtryk, så der tales med én stemme på tværs af organisatoriske dagsordner og målsætninger. I ’Patientens Perspektiv’ bliver patientfiguren på forskellige måder det fleksible talerør, hvorigennem organisationen

kan samles og integrere sin kommunikation. Patienten er i centrum – men i forskellige organisatoriske dagsordner, der konstant er i spil. Analysen gør det muligt at få øje på, at en umiddelbar kritik af programmets inkonsistens og patientperspektivets ”view from nowhere” ikke er fyldestgørende. Analysen af dokumenternes kumulative konstruktion af patientfigurer viser, at patientperspektivet ofte er i tjeneste hos organisationens perspektiv på sig selv. Patientfigurerne spejler organisationens blik på sig selv. Optimering, omsorg, professionalisme, systematik og gode evalueringsresultater er organisatoriske mål, som patientkommunikation skal bidrage til. ”A view from nowhere” er altid ”a view from somewhere”. I dette tilfælde organisationens blik på sig selv gennem patienten.

De delvist overlappende patientfigurer fortæller enstemmigt, at patientkommunikation ikke bare handler om sygdomsbehandling, men om *informationsbehandling* af patienten med henblik på tilfredshed. Tilfredshed knytter an til både omsorg og marked som organiseringsform, omsorg er måske et af de vigtigste parametre på markedet. Kommunikationsstrategien lægger op til, at patienttilfredshed indgår i en række forskellige dagsordner, hvor omsorg og marked, patient og kunde er forbundet. I de følgende analyser vil jeg undersøge, hvordan kommunikationsstrategiens oplæg og tilbud om forskellige forståelser af patienten kommer i spil i arbejdet med implementering af kommunikationsstrategien og i et af de produkter, arbejdet resulterer i. I det efterfølgende kapitel udforsker jeg, hvordan styring gennem patientfiguren foregår konkret i kommunikationsarbejde og interne forhandlinger. I det sidste analysekapitel ser jeg nærmere på, hvordan styring af patienter udøves i et konkret informationsmateriale. Patientperspektivet handler således ikke bare om patienters tilgange og perspektiver, men om styring *af* patienters adfærd og styring *gennem* patientfiguren for at styre organisationens måde at udøve omsorg på markedsbetingelser. Patienten er ikke blot en selvfølgelig figur, der skal kommunikeres godt med rundt om kerneydelser. Patienten er en særdeles organisationspolitisk figur, som organisationen forsøger at styre sig selv og sin omverden med.

KAPITEL 5: Sund fornuft & sundhedsfaglighed

- patientkommunikation som forhandling af organisatorisk orden

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, oktober 2009

1 Introduktion

Dette kapitel følger hospitalets strategi om kommunikation med patienter i bevægelsen fra strategi til praksis, dvs. fra kommunikationsafdelingens dokumenter ind i konkrete samarbejder med sundhedsfaglige medarbejdere. I lighed med langt det meste arbejde på et hospital afhænger implementeringen af strategisk kommunikation med patienter også af tværfagligt samarbejde og koordinering. Strategierne, som udgår fra kommunikationsafdelingen, kan ikke føres ud i praksis uden de sundhedsfaglige medarbejders deltagelse.

Det analytiske spørgsmål er, hvordan kommunikation med patienter arrangeres strategisk og forhandles i praksis i hospitalsorganisationen.

Hospitalets kommunikationsstrategiske projekt 'Patientens Perspektiv' og dets møde med sundhedsfaglige medarbejdere undersøges empirisk. Den kommunikationsstrategiske rammesætning og grundantagelser kan her forklares som et udefrakommende arrangement af hospitalets organisering, der støder sammen med en eksisterende organisatorisk orden. Ved at analysere disse forhold udforsker jeg, hvordan pjecen som objekt og patienten som figur formes i samspil og modspil mellem forskellige professionelle grupper. Analysen viser, hvordan kommunikation med patienter både i strategi og praksis er en brændende platform, hvor to forskellige fagligheder kæmper om retten til at tale på patientens vegne.

Den første del af analysen ser på, hvordan kommunikationsprogrammet og kommunikationsmedarbejderne sætter rammer for hospitalets kommunikation med patienter. Her tegner jeg et billede af de antagelser, der præger det kommunikationsfaglige pro-

jekt som social organiseringsteknologi. Jeg undersøger, hvilke teknologier, der søges iværksat, når kommunikationsafdelingen opererer med en kommunikationsstrategi fokuseret på skriftlig information til patienter. Kommunikationsfaglighedens selvforståelse som ekstraklinisk funktion analyseres, og det undersøges hvordan sundhedsfaglighed og kommunikationsfaglighed relateres til hinanden i lyset heraf.

Med baggrund i hospitalets kommunikationsstrategiske projekt tager anden del af analysen udgangspunkt i samarbejdet mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere, hvor skriftlige repræsentationer af det kliniske arbejde skal forhandles. Her analyserer jeg, hvordan udvikling af kommunikationsprodukter udfolder sig som kontroverser, forhandlinger og håndteringer, når programmets teknologier sættes i spil. Jeg undersøger, hvordan opgaver med at repræsentere organisationens arbejde og patientrelationer synliggør forskellige tilgange til faglighed, midler og mål, samt hvordan 'god kommunikation' og 'patient' og 'pjece' sættes i spil. På baggrund heraf diskuterer jeg kommunikationsprogrammets virkninger og bestræbelser på at integrere patientens perspektiv.

2 Empirisk tilgang & analysestrategi

Analysen baseres på forskellige typer empirisk materiale, som er knyttet til kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv'.

Første del af analysen baseres overvejende på individuelle interviews og gruppeinterview med kommunikationsafdelingens medarbejdere samt individuelle interviews med sundhedsfaglige aktører. I analysen af det kommunikationsstrategiske arrangement af samarbejdet mellem kommunikations- og sundhedsfaglige fremhæves også centrale citater fra kommunikationsprogrammets dokumenter med henblik på at forstå de antagelser om samarbejde som kommunikationsprogrammets virkelighed opererer igennem – fx dokumenternes positionering af forskellige faglige perspektiver.

Idet analysen er orienteret mod forholdet mellem strategi og praksis, ligger den empiriske tyngde i analysens anden del, hvor transskriptioner af dialog fra samarbejdssituationer mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere er genstand for analyse. Her følger jeg de kommunikationsstrategiske dokumenters idealer og standarder i mødet med praksis og undersøger de forskellige tilgange til kommunikation og patientperspektivet, som er forbundet med henholdsvis kommunikations- og sundhedsfaglighed.

Da jeg i min empiriindsamling har fokuseret på at følge kommunikationsafdelingens samarbejde med de obstetriske afdelinger, er alle observationseksemplerne fra møder med repræsentanter fra disse afdelinger.

Med inspiration fra grounded theory er analysen drevet af en empiribaseret teoriudvikling, der retter sig mod at udvikle substantiel teori om det empiriske felt: strategisk kommunikation med patienter i hospitalsvæsnet. Med afsæt i grounded theory (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990) og etnografiske metoder tager analysen derfor afsæt i det empiriske felts egen problemudpegnings – og analyse. Analysen følger således hospitalets kommunikationsstrategiske plan ('Plan for Patientens Perspektiv

2007-2008') og de grundantagelser, den baseres på, for at se, hvordan den formes og omformes i mødet mellem kommunikations- og sundhedsfaglige. De samarbejdssituationer, jeg haft mulighed for at observere og få genfortalt, rummer alle konflikter eller narrativer om undgåelse af konflikter ligesom dokumentmaterialet også kredser om faggrupperes uenigheder om udførelsen af kommunikationsstrategien. Samarbejde som et problemfyldt rum er således en empirisk præmis for analysen. Kommunikationsprogrammets dokumenter og deres formelle udlægninger af virkeligheden tages seriøst som en reflektiv analyse af praksis. Det betyder imidlertid ikke, at jeg tager feltets selvdiagnostik for givet. Strategidokumenternes identifikation af udfordringer og implementeringsproblemer er udgangspunkt for en etnografisk undersøgelse af de performative effekter af kommunikationsprogrammet og dets tilgang til praksis (Riles:2006). Analysen følger således en empirisk identifikation af problemfelt – og forfølger denne ind i konkrete samarbejdssituationer, hvor analyse af observationer og transskriptioner af samarbejdssituationer kan bidrage til at forklare, hvordan samarbejdet fungerer i samspil med kommunikationsstrategiens iværksatte plan og værktøjer.

3 Teoretisk åbning: Samarbejdsprocesser - forhandlinger af re-præsentation

Analysen er inspireret af den symbolske interaktionismes analyser af arbejde og samarbejde (Strauss et al. 1997, Star & Strauss 1999) og sociale verdener (Strauss 1978). Med rod i pragmatismen tilbyder den symbolske interaktionisme en række åbne analytiske begreber til at analysere aktørers samhandlinger: Social verden og subverden, arena, autenticitet, teknologi og artikulation er nogle af de centrale begreber, som jeg anvender i analysen af organisatorisk samarbejde. Teoretisk er jeg informeret og inspireret af Strauss' arvtagere inden for STS (Clarke: 2003 & 2005, Bowker & Star 2000, Casper 1998, Star & Griesemer 1989, Löwy 1992). For at forstå, hvad der er på færde i arbejdet med at operationalisere kommunikationsstrategien trækker jeg på STS-inspirerede videreudviklinger af Strauss' begreber om forhandlet orden, Star & Griesemers begreb om grænseobjekter, Löwys begreb om grænsebegreber og Caspers begreb om arbejdsobjekter. De analytiske begreber i dette felt er samlet set optaget af at udforske, hvad der er på færde i samarbejdsprocesser i organisationer. Samtidig er netop analyser af klinisk praksis eller patientforløb ofte empirisk objekt hos Strauss og hans arvtagere i STS (fx Strauss et al. 1997, Casper 1998). Det gør imidlertid ikke, at de analytiske begreber blot kan sættes til at arbejde i den herværende empiriske kontekst, idet der er forskel på at analysere forhandlinger i klinisk praksis og forhandlinger om *re-præsentation* af klinisk praksis. Denne afhandlings analyser handler netop om sidstnævnte; forhandlinger af diskursiv re-præsentation af nedslag i klinisk praksis eller samlede patientforløb. Med det strategiske kommunikationsarbejde som empirisk objekt er der tale om en væsentlig forskydning af det empiriske objekt fra praksis til forhandling af re-præsentation af praksis. Gennem analysen vil jeg derfor fastholde et blik for det særlige i denne repræsentationelle praksis.

I det følgende forklarer jeg de analytiske begrebers betydning i denne analyse.

3.1 Sociale verdener

Hos Strauss er organisationer sociale verdener, dvs. mere eller mindre stabile samlinger af aktører, der organiserer deres arbejde omkring en primæraktivitet og er defineret i forhold til bestemte steder eller rum ('sites'), hvor aktiviteten udføres. Aktørers positioner i relation til organisationens primæraktivitet og teknologier mv. indvirker på graden af autenticitet i den sociale verden og muligheden for at forfølge deres mål⁶⁷. Idet sociale verdener består af forskellige projekter, interesser og praksisser er de dynamiske. I relation til dette projekts empiri er hospitalets kommunikationsprogram og oprettelsen af en kommunikationsafdeling netop anledning til en segmentering af hospitalets sociale verden:

Such subworld formation signifies not only new activities, sites, technologies and organizations, but also signifies new universes of discourse.
(Strauss 1978: 123)

Forskellige diskursive universer er adgang til at forstå og forklare, hvad der er på og i spil i det empiriske møde mellem kommunikations- og sundhedsfaglige interesser.

I samarbejdssituationer krydser ('*intersect*') organisatoriske subverdeners primæraktiviteter, diskurser og mål, som er knyttet til forskellige organisatoriske steder og teknologier. Den analytiske opgave er ifølge Strauss (ibid.:123): "to discover such intersecting and to trace the associated processes, strategies and consequences". Samarbejdsprocesser på tværs af organisationens subverdener (fx afdelinger, fagligheder eller interesser) er arenaer for møder og sammenstød, hvor teknologier søges delt, alliancer formes, eller aktører bekæmper hinanden. Med begreber om subverdener og deres forskellige primæraktiviteter, teknologier og diskursive universer skærper jeg blikket for samarbejdssituationer som et analytisk drama, hvor objekter og begreber formes på en brændende platform af forskellige interesser.

⁶⁷ Når sociale verdener betjener sig af forskellige teknologier, skal teknologi hos Strauss forstås i bred forstand som 'arvede eller innovative måder hvorpå den sociale verden udfører sine aktiviteter' (Strauss 1978:122).

3.2 Samarbejde & artikulation

Forskellige aktørers indsats for at koordinere og overhovedet kunne justere deres handlinger er af analytisk interesse i den symbolske interaktionisme. Aktørers opfattelser og handlinger, brug og bearbejdning af objekter og begreber i interaktion, og et særligt blik for både synlige og usynlige arbejdsprocesser medvirker til at skabe organisatorisk orden (som hos Strauss betegnes 'social orden' – jf. Star & Strauss 1999, Bossen & Lauritsen 2007:142).

Samarbejde kan forstås som *artikulationsarbejde*, dvs. en (diskursiv) koordinationsproces, der muliggør, at aktører kan arbejde sammen ved at justere ('align') og tilpasse deres handlinger i forhold til hinanden (Strauss 1988), og der kan opstå en *forhandlet orden* ('negotiated order'). Artikulationsarbejde kan defineres som:

...work that gets things back 'on track' in the face of the unexpected, and modifies action to accommodate unanticipated contingencies. *The important thing about articulation work is that it is invisible to rationalized models of work.* (Star 1991:275)

Artikulationsarbejdet foregår i de situationer, hvor aktører bliver enige om målet for deres handlinger og udarbejder aftaler om arbejdsdeling. Artikulationsarbejde kan resultere i en 'Standard Operation Procedure' – en rutinisering, som igen kan forstyrres af kilder til kontingens i det organisatoriske arbejde⁶⁸. Kontingenser fordrer re-artikulationsarbejde, der kan arrangere den organisatoriske orden på ny.

Organisatorisk orden er som sådan altid forhandlet. Handlinger er ikke determineret af strukturer, hvilket betyder, at struktur og organisatorisk orden er midlertidige interaktionsartefakter.

I forhandlinger af organisatorisk orden anvender aktører forskellige strategier til fx at tale på vegne af patienten, skabe alliancer og indrullere andre aktører og elementer til

⁶⁸ Strauss et al (1997:153 ff.) fremhæver forskellige menneskelige, organisatoriske, teknologiske og sygdomsrelaterede kilder til kontingens koordinationen af patientforløb.

at understøtte deres virkelighed. Dette arbejde kan med inspiration fra studier af alliancedannelser i heterogene netværk både ses som forsøg på at koordinere viden og på at vinde retten til informationsstyring (Callon 1986, Latour 2005). Fokus i denne analyse er imidlertid ikke stabilisering og disciplineringsaktiviteterne i samarbejdet (som ofte er fokus i aktørnetværksinspirerede analyser), men snarere at udforske processerne og de figurer og objekter, som organisatorisk orden forhandles omkring.

For at forstå, hvordan samarbejdet koordineres eller mislykkes i mødet mellem forskellige interesser i organisationen, tager jeg i analysen fat i de centrale objekter og figurer, som er i spil i samarbejdssituationerne. I det følgende afsnit forklarer jeg tre centrale analytiske begreber, som jeg anvender i dette arbejde.

3.3 Arbejdsobjekter, grænseobjekter & grænsefigurer

Det tværorganisatoriske arbejde og de konflikter, der opstår i mødet, kan belyses ved at undersøge de *arbejdsobjekter* (Casper 1998), som aktørerne konstruerer mening og organiserer deres arbejdspraksis omkring. Som analytisk begreb gør arbejdsobjekter det muligt at undersøge, hvordan objektet og dets egenskaber, materielle/håndgribelige og symbolske karakteristika former arbejdspraksis, og hvordan objektet samtidig formes af arbejdet og dets sociale kontekst (Casper 1998:31). Grænseobjekter er et analytisk begreb, som kan anvendes til at undersøge, hvordan aktører formår at samarbejde på trods af forskelle. Grænseobjekter defineres som:

... both plastic enough to adapt to local needs and constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individual-site use. They may be abstract or concrete. They have different meanings in different social worlds but their structure is common enough to more than one world to make them recognizable means of translation. The creation and management of boundary objects is key in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds.

(Star & Griesemer 1989:393)

Grænseobjekter kan rumme forskellige aktørers interesser. Samarbejde kan organiseres omkring grænseobjekter, som viden indlejrer sig i og udspiller sig omkring, idet deres plastiske, men robuste struktur kan facilitere koordination på trods af uoverensstemmelser mellem aktører. Grænseobjekter kan få samarbejde og sociale verdener praksisfællesskaber (Lave & Wenger 1991) til at hænge sammen og fungere på tværs af forskellige fagligheder og de mål, synspunkter og krav som er indlejret i disse. Det er imidlertid ikke givet, at grænseobjekter fungerer i praksis. De fungerer, når de er i stand til i praksis at kooperere på tværs af sociale verdener og facilitere informationsbehov i forskellige praksisfællesskaber (Star 1994:21).

Det kommunikationsstrategiske samarbejde omhandler forhandlinger af konkrete objekter i form af materielle pjecer og skriftlige udkast, men idet kommunikationsarbejdet basalt set er en repræsentationel praksis, er patientfigurer og forestillingen om patientens perspektiv samtidig i spil. Idet min analyse alene fokuserer på interaktioner mellem professionelle grupper, vil jeg reducere Star & Griesemers typologi med fire typer af grænseobjekter⁶⁹ til en skelnen mellem to typer grænsearbejde (Löwy 1992:374). Jeg betegner dem henholdsvis *grænseobjekter* for at sætte fokus på det materielle aspekt af grænsearbejde og *grænsefigurer* som fokuserer på diskursive konstruktioner:

- 1) Grænseobjekter, som defineres af materialitet og kernekaraktistika og samtidig kendetegnes ved en mere uklar periferi, hvor objektet kan deltage i variable organisatoriske sammenhænge De konkrete informationsmaterialer, skriftlige udkast og kommentarer er sådanne interaktionsartefakter.
- 2) Grænsefigurer, som betegner idealtyper eller løsere definerede koncepter, som pga. deres vaghed kan tilpasses lokale forhold og forståelser og facilitere kommunikation

⁶⁹ Grænseobjekter kan fx være: arkiver, idealtyper, fælles grænser og standardiserede formularer (Star & Griesemer 1989).

og samarbejde. Forskellige diskursive konstruktioner af patienten udgør sådanne interaktionsfigurer⁷⁰.

Grænseobjekter og -figurer er svage forbindelser med stærk sammenhængskraft, der fungerer som forhandlingsmæssige entiteter, der på samme tid afgrænser og forbinder professionelle domæner og territorier (Löwy 1992: 375). Det betyder, at samarbejde kan fungere på trods af store forskelle i de respektive subkulturers selvforståelser.

4 Det kommunikationsstrategiske projekt i hospitalet

I første del af analysen vil jeg nu undersøge kommunikationsprogrammets arrangement af samarbejdet mellem kliniske afdelinger og kommunikationsmedarbejdere. Samarbejdet indrammes som modsætninger mellem professionelle eksperter, hvor to forskellige perspektiver på verden støder sammen i mødet om et tredje perspektiv; patientens. Dokumentanalysen forud for dette kapitel viste, hvordan Kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' i høj grad konkretiseres og søges iværksat som tiltag, der omhandler skriftlig information til patienter. Den holistiske kommunikationspolitik bevæges i konkrete planer og værktøjer i retning af en effektiv produktion af information til patienter. Kommunikationsarbejdet omhandler således primært diskursiv re-præsentation af organisationens møde med patienten. Men som dette kernecitat angående kommunikationsprogrammets formål viser, står produktion af gode pjecer til patienter ikke alene som formål:

⁷⁰ Begrebet grænsefigurer adresserer dels kvaliteter ved grænseobjekters samarbejdsfacilitering uden konsensus og dels kvaliteter ved det, der i analyser af sociale verdener betegnes som arenaers *implicated actors* (Clarke 2005: 46-48). *Implicated actors* er netop kun diskursivt til stede, og er konstrueret af andre aktører med henblik på at nå deres egne mål. *Implicated actors* er forestillede repræsentationer, der kan fungere som mål for arbejdet og deltagerne i arenaen. Som diskursive aktører deltager de ikke selv i forhandlingerne af selv-repræsentation, og deres tanker, meninger eller identitet er oftest ikke undersøgt af aktørerne. (Clarke & Montini 1993, Clarke & Star 2008:119). Jf. i øvrigt kapitel 2, afsnit 4.1ff., hvor jeg argumenterer for skelnen mellem rolle, begreb og figur – og hvorfor figur fungerer som analysestrategisk greb i relation til patienten.

Mens værdierne fra 'Patientens Perspektiv' er blevet kendt og accepteret på hospitalet, har implementering og produktion været svage led i arbejdet med strategiområdet [...] Ud over en plan for drift af skriftlig patientinformation indeholder planen desuden et forslag til 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. (Plan:1)

Standardisering fremlægges som en samarbejdsfremmende løsning, der i strategidokumenterne er tæt sammenvævet med orienteringen mod organisatorisk optimering. Strategibegrebets dobbelthed bliver tydelig i citatet ovenfor. Strategi er oprindeligt et militært udtryk, og omhandler både, hvordan man bedst kæmper, men også hvordan kampen kan udsættes eller undgås. Citatet tydeliggør kommunikationsprogrammets rettedhed mod arbejdsdeling. Som social organiserings teknologi (jf. kapitel 2) retter programmet her sin sociale interesse specifikt mod formning af relationen mellem kommunikations- og sundhedsfaglige. Det 'råmateriale', kommunikationsprogrammet skal bearbejde, synes således i høj grad at være sundhedsfagliges jurisdiktion. At skabe gode relationer til patienter og sikre patienters tilfredshed fremsættes her som en opgave, der forstyrres af interne organisatoriske problemer med ansvar og produktion.

Med distinktionen fra afhandlingens første analyse mellem styring *af* og *gennem* patienter in mente, vækkes der med Plan-dokumentets formål om standardisering og optimering af internt samarbejde forventninger om, at et fokus i kommunikationsprogrammet er *styring af organisationens arbejdsdeling*. Og som analysen vil udfolde, spiller patientfiguren en væsentlig rolle i denne styring.

For at forstå denne kamp om arbejdsdeling lægger analysen ud med en undersøgelse af, hvordan kommunikationsafdelingen og dermed kommunikationsprogrammet, som udgår herfra, er positioneret i organisationen. Jeg beskriver kommunikationsprogrammets teknologier og forklarer, hvordan de knytter an til et ideal om standardisering, som ikke er forhandlet med de sundhedsfaglige. Dernæst analyserer jeg den modsætning mellem sundhedsfaglighed og kommunikationsfaglighed, som pro-

grammet abonnerer på og de arbejdsmetoder, der knyttes hertil. I analysens anden del vil jeg derefter undersøge, hvordan konkrete samarbejdspraksisser udfolder sig, hvilke effekter, der kan spores af den kommunikationsfaglige dagsorden, og hvad vi kan lære heraf.

4.1 Kommunikation som ekstraklinisk subverden i organisationen

Med oprettelse af en kommunikationsafdeling i september 2006 (Plan: 3) er der formelt etableret et organisatorisk rum for en ekstraklinisk funktion, der skal servicere og kvalificere kommunikation i hospitalets arbejde. Kommunikationsprogrammet og kommunikationsafdelingens fokus på patientkommunikation som skriftlig information er et institutionelt udtryk for en øget specialisering og centralisering af hospitalets arbejde. Kommunikationsafdelingen udfører imidlertid ikke bare specialiseret arbejde, men skal samtidig som ny funktion arbejde med at definere en organisatorisk plads som profession i et organisatorisk landskab præget af stærke professioner. De kommunikationsstrategiske dokumenter (Kommunikationspolitik 2006, Plan for patientens perspektiv 2007-2008 og Håndbog om Patientforlaget 2009) udgør en platform for dette forsøg på professionsdannelse⁷¹.

Det kommunikationsfaglige domæne er således i en etableringsfase i hospitalsorganisationen. En kommunikationsmedarbejder forklarer, hvordan kommunikationsfagligheden endnu ikke er forankret i organisationen:

Vi vil have forhandlinger om det, der er vigtigt og fagligt, og det, der kommer patienten til gode. Og vi vil undgå alt det, der er fagkampe. Man kan sige, at der er vi et pionerområde inden for hospitalsvæsenet. Professionelle kommunikationsfolk er en ny race. Er det for overdrevet at sige det? At vores faglighed bliver respekteret på lige fod med de sundhedsfaglige,

⁷¹ 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).

når vi snakker kommunikation. Det er selvfølgelig dem, der har den sundhedsfaglige viden. Vi kan slet ikke lave det her uden at have deres – men det skal være en ligeværdig forhandling, hvor de kommunikationsfaglige principper vejer lige så meget.

- Kommunikationsmedarbejder i gruppeinterview, oktober 2008

Kommunikationsmedarbejderen beretter om en aktuell nutid, hvor kommunikationsfaglige er udfordret på deres autenticitet i hospitalet. Kommunikationsmedarbejderens oplevelse af en lav grad af autenticitet kan med Strauss in mente forklares med, at kommunikationsfaglige ikke har historisk forankring i hospitalet, de er relativt nyankomne i organisationen, og deres primæraktivitet; kommunikationsplanlægning, ses i organisationen som (endnu) et administrativt appendiks til organisationens kerneydelse: patientbehandling i medicinsk forstand. Kommunikation har altid eksisteret som del af den sundhedsfaglige primæraktivitet, men med den nylige oprettelse af en kommunikationsafdeling er det kommunikative formelt udskilt som en para-disciplin. Kommunikationsmedarbejderens citat beretter i lyset heraf om en forestillet fremtid, hvor ”pionererne”, ”den nye race” er accepteret i organisationen. Allerede denne positionering og visionering vækker forventninger om, at samarbejdet med de sundhedsfaglige er en arena for autenticitetskampe, hvor definitionsretten til den gode kommunikation og patienten kan komme i spil. Citatet underbygger, at kommunikationsprogrammets implementering tydeligvis ikke bare handler om integration af patientens perspektiv, men også om integration af en ny faglighed.

Professionaliseringen af hospitalets kommunikation med patienter handler altså også grundlæggende om jurisdiktion (Abbott 1988). Med et udblik til professionslitteraturen kan hospitalet ses som eksempel på, hvad der sker i mødet mellem organisatoriske subverdener. Når hospitalet får øje på kommunikation som et særligt vidensfelt, sker der en subspecialisering og der skal etableres nye jurisdiktioner, som over tid kan etablere rutiner og en organisatorisk orden bestående af nye entiteter, som fx en kommunikationsafdeling og en skarpere opdeling i specialiserede vidensfelter (Ab-

bott 1988, se også Bucher & Strauss 1976⁷²). Med etableringen af en kommunikationsafdeling søger hospitalet at samle organisationens strategiske kommunikationsaktiviteter i en enhed og skabe en formel organisatorisk adskillelse mellem kommunikationskompetence og klinik. Kommunikation udskilles som et ekstraklinisk vidensfelt, der skal udbredes i hele organisationen med henblik på at forandre kultur og praksis. Denne subspecialisering af hospitalets sociale verden gør kommunikation til objekt for strategisk planlægning og professionalisering, hvilket potentielt udfordrer og forstyrrer den eksisterende organisatoriske orden (Abbott 1988). Specialiseringen gør kommunikation til genstand for faglighedens territoriale interesser og fordrer artikulerede forhandlinger om, hvem der gør og kan hvad, for at en ny organisatorisk orden kan fungere. Det kommunikationsstrategiske virkefelt tegner sig som en arena for et analytisk drama, hvor fagligheder strides. Jeg vil nu vise, hvordan kommunikationsprogrammet søger at arrangere de to fagligheder som modsætninger og det samarbejde, som de skal indgå i.

4.2 Kommunikationsprogrammets teknologier: formalisering & standarder

Det er altså ikke kun kommunikationsarbejdets slutprodukt ”pjecen” og slutbrugeren ”patienten”, der er i fokus. Implementeringen af kommunikationsstrategien skal udføres ved at forsøge at planlægge, standardisere og formalisere *processen* hen imod slutproduktet og slutbrugeren. Samarbejdsforholdet mellem sundhedsprofessionelle og kommunikationsafdelingen er i lyset heraf genstand for en række overvejelser om

⁷² I professionslitteraturen hos Abbott 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”.

jurisdiktion og effektivisering. I 'Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008' fremlægger og analyserer hospitalets kommunikationsafdeling problemerne således:

Uklar aftale om redigeringsretten har skabt tidsrøvende konflikter. Dette sker fordi, der mangler en klar aftale om, hvem der har ansvar for udgivelsernes endelige udformning. Denne redigeringsret – altså retten til de endelige sproglige formuleringer og den grafiske udformning – bør ligge i Kommunikationsafdelingen, mens de sundhedsprofessionelle altid skal have en klar rettighed til godkendelse af fakta. De har nemlig ansvar for at sikre, at det sundhedsfaglige indhold er præcist og korrekt. Dette er et vanskeligt område, da alle udgivelser både skal være sundhedsfagligt og kommunikationsfagligt korrekte. Denne problemstilling har været årsag til mange frustrationer i det tidligere system. Derfor har Kommunikationsafdelingen haft særligt fokus på at finde løsningsmodeller, der tilgodeser begge parter interesser. Se bl.a. punkterne med lister for objektive kriterier for tekster og grafik nedenfor. Disse lister kan løse en del af denne problemstilling, fordi reglerne tilgodeser både sundhedsfagfolks og kommunikationsfagfolks objektive interesser for at skabe god information til patienter. Ved at bruge dem kan man fx undgå vurderinger af patientinformation baseret på følelser frem for objektive kriterier. [...] kilderne til teksterne – de sundhedsfaglige – skal føle ejerskab til patientinformation, ellers vil de ikke bruge den i hverdagen. Men teksterne skal samtidig være kommunikationsmæssigt korrekte, dvs. vinklet, skrevet og grafisk udformet til målgruppen, så materialet tilfredsstiller patienternes behov for information. Derfor er det en svær og tidskrævende proces at styre for de kommunikationsfaglige. ('Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008':4-5)

Arbejdsdeling og effektivisering søges løst gennem "objektive kriterier for tekst og grafik", hvilket vil sige, at "den klare aftale om redigeringsret" udarbejdes bl.a. i form af tjeklister, som "objektivt" skal kunne sikre afklaring af problemfeltet. De "objektive kriterier" har således til opgave at kunne minimere forhandlinger og diskussioner mellem kommunikations- og sundhedsfaglige medarbejdere (jf. kapitel 3 - afsnit 7.2.1 om brug af objektivitetsbegrebet). De "objektive kriterier" er et blandt flere eksempler på, hvordan kommunikationsprogrammet udtrykker en tiltro til standardisering af udførelsen af kommunikationsopgaverne, hvorfor en række teknologier til standardisering sættes i værk:

- 1) fast model for produktionsforløbet fra idé til pjece⁷³ (Håndbog:6)
- 2) syv faste koncepter for pjecer (Håndbog:9-12)
- 3) tjekliste med fem dogmer, der sikrer kvalitet (Håndbogen:4, 3 dogmer gentages i:
- 4) regler for tekster (Håndbog:13, svarer til 'objektive kriterier' i Plan)
- 5) regler for fotos og lay-out (Håndbog:14-19).

Disse kommunikationsfaglige teknologier fremlægges som om, at de er vedtagne "Standard Operation Procedures" (Strauss et al. 1997:158). Teknologierne positioneres som formaliseret løsning på at skabe bedre kommunikation til patienterne samtidig med, at de skal bidrage med at afklare ansvarsfordelingen i arbejdsopgaverne – og dermed minimere konflikter i samarbejdet. Den teoretiske positionering af disse teknologier ser jeg som faglighedens forsøg på at bruge fagets abstrakte viden til at etablere et kognitivt domæne og forsøge at annektere et arbejdsfelt i organisationen (Abbott 1988:102).

Kommunikationsprogrammet reducerer kommunikationspolitikens dialogiske kommunikation til afgrænsede opgaver med skriftlig information og etablerer samtidig en række teknologier, som skal effektivisere dette arbejde. Tidskrævende forhandlinger om, hvad der er 'den gode kommunikation' tænkes således at kunne løses gennem prædefinerede standarder defineret af kommunikationsafdelingen. Før analysen går nærmere ind i, hvilke implikationer og effekter det har, vil jeg forklare, hvordan de sundhedsfaglige er relaterede til kommunikationsstrategien.

⁷³ Modellen er omtrent identisk med Planens "faste koncepter for samarbejde med afdelingerne" inklusive kontrakter med samarbejdsaftale og produktionsplan (Plan:8-9 & Bilag "Samarbejdsaftale & produktionsplan").

4.3 Sundhedsfaglig eksklusion af & i kommunikationsstrategien

Ud fra mine interviews med sundhedsfaglige fremgår det, at kendskabet til 'Patientens Perspektiv' er begrænset blandt de sundhedsfaglige medarbejdere. Det følgende citat fra en informationsansvarlig jordemoder illustrerer dette. Hun svarer således, da jeg spørger hende, hvordan hun bruger kommunikationsstrategien 'Patientens Perspektiv' i sit arbejde:

Jeg vidste ikke, at de kalder det 'Patientens Perspektiv', men jeg ved godt, at kommunikationsafdelingen har omdøbt sig til 'Patientforlaget', og at de prøver at ensrette pjecerne i design [...] jeg tror, folk i det offentlige har meget travlt med deres almindelige arbejde. De her kommunikationsting er jo oveni arbejdsopgaverne. Jeg tror ikke, det er noget, de almindelige jordemødre skænker mange tanker i det daglige.

- informationsansvarlig jordemoder – interview oktober 2008

Hen imod slutningen af perioden for 'Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008' er strategien, som i øvrigt siden 1998 har været betegnet 'Patientens Perspektiv', ikke udbredt i organisationens kliniske afdelinger. Interviews med sundhedsfaglige peger på, at det både skyldes manglende kendskab og interesse. De sundhedsfaglige medarbejdere – her endda eksemplificeret af en sundhedsfaglig medarbejder med særligt ansvar for informationsopgaver - forstår "kommunikationsting" som opgaver, der ikke er en del af de sundhedsfagliges "almindelige arbejde". Kommunikationsopgaverne er et ekstra-klinisk arbejde, som "almindelige jordemødre [ikke] skænker mange tanker i det daglige". I relation til de sundhedsfagliges primæraktivitet er opgaver angående skriftlig kommunikation til patienter en marginal og perifer opgave. Samtidig er det værd at bemærke, at sundhedsfagliges synspunkter og input ikke har været inddraget i udarbejdelse af strategien. Løsningsmodellernes formalisering af arbejdsgange og værktøjer til udvikling af informationsmaterialer er udarbejdet med udgangspunkt i en kommunikationsfaglig virkelighed – både hvad angår det overordnede valg af fokus i de opgaver programmet omhandler (skriftlig patientinformation), og specifikt i forhold til den samarbejdsproces og arbejdsdeling, der skal være i udførelsen af

kommunikationsprodukterne. Sundhedsfaglige er således både ekskluderet fra strategiarbejdet, der retter sig mod deres praksis – og kommunikationsprogrammet synes samtidig ikke at optage de sundhedsfaglige. Tilsammen er disse forhold et udfordrende udgangspunkt for kommunikationsprogrammets liv i organisationen.

4.4 Programmets ontologi: standardiseringsoptimisme & perspektivisme

Kommunikationsprogrammet søger at etablere en række standarder, der er udviklet dekoblet praksis, og således ikke har gennemgået artikulationsarbejde på tværs af fagligheder. At strategier og planer forsimples og ignorerer den organisatoriske kompleksitet er ikke et særligt kendetegn for strategier i hospitalsvæsenet, men er symptomatisk for organisatorisk strategiarbejde som sådan (Carter, Clegg & Kornberger 2008:98). Inden for organisationsteoretisk strategilitteratur er kløften mellem styringsmæssige fantasier og organisatorisk kapacitet, eller mellem planlægning og implementering et grundvilkår. Og ofte vedligeholdes selvsamme kløft i den måde, hvorpå organisationers strategiske tiltag håndterer denne kløft (Carter, Clegg & Kornberger 2008:111-113). Det analytisk interessante er derfor ikke at konstatere, at der er en kløft mellem strategisk planlægning og praksis men i stedet, hvordan de forskellige ontologier, der skabes i planlægning og mødet med praksis, folder sig ud. Strategisk planlægning udgør repræsentationer, der altid allerede intervenserer i praksis (Law: 1996).

Afhandlingens første analyse har allerede peget på, hvordan nogle af disse interventioner er formet som bestemte problem-løsningskomplekser med forskellige patientfigurer. I denne analyse følger jeg kommunikationsarbejdet fra strategi til praksis i de organisatoriske kulisser. Her ses det, hvordan kommunikationsprogrammet intervenserer i organisatorisk samarbejdspraksis – et rum mellem strategi og mødet med patienten og den øvrige organisatoriske omverden.

Kommunikationsprogrammet består af en række teknologier, der skal fungere som værktøjer i den ekstrakliniske specialisering i hospitalets kommunikationsafdeling. Disse teknologier er udviklet uden inddragelse af sundhedsfaglige medarbejdere og sat i værk for at skabe klare rammer for arbejdsdeling og samtidig optimere arbejdsprocesser vedr. patientinformation. Kommunikationsprogrammet baseres på en standardiseringsoptimisme, der udtrykker sig på to sammenhængende måder i dokumenterne:

For det første antagelsen om, at kommunikationsfagligt forankrede teknologier i form af standarder såsom koncepter, kriterier, regler og produktionsprocesplaner (godkendt af ledelsen) er socialt uproblematisk og vil smidiggøre samarbejdet og effektivisere arbejdsprocesserne.

For det andet har etableringen af kommunikationsafdelingen, kommunikationsprogrammet og dets teknologier det udgangspunkt, at implementeringen af det kommunikationsstrategiske arbejde afhænger af to adskilte vidensfelter: et sundhedsfagligt og et kommunikationsfagligt. Adskillelsen af sundheds- og kommunikationsfaglighed som to perspektiver på verden er ligeledes et gennemgående træk i den sundhedsfaglige virkelighed. Patientens perspektiv, som udgør selve titlen på kommunikationsprogrammet er et tredje perspektiv, der er i spil. Gennem analysen tager jeg denne gensidigt udtalte modstilling mellem sundhedsfaglighed og kommunikationsfaglighed seriøst og med patientens perspektiv i den analytiske baghånd, vil jeg diskutere konsekvenserne af de ontologier, som praktiseres gennem feltets perspektivistiske tilgang til virkeligheden. Mit udgangspunkt for at forstå, hvad der er på færde, er, at repræsentation og referent skabes sammen og at italesættelserne af de tre perspektiver; patientens, den sundhedsfaglige og den kommunikationsfaglige virker intervenserende og performativt. Inden analysen af konkrete samarbejdspraksisser forklarer jeg, hvordan grundantagelsen om adskillelse af kommunikations- og sundhedsfaglighed er præmis for kommunikationsprogrammets arbejde.

4.5 Positionering af skarpt adskilte perspektiver

De kommunikationsfagliges primæraktivitet er det ekstrakliniske arbejde med organisatorisk kommunikation. I kommunikationsprogrammet operationaliseres dette arbejde som informationsproduktion rettet mod patienter, og det primære arbejdsobjekt er pjecen, der baseres på formidling af sundhedsfaglig og organisatorisk viden og fakta, som indhentes fra forskellige kilder. Kommunikationschefen forklarer, hvordan kommunikationsafdelingens arbejde og selvforståelse tager afsæt i journalistisk metode:

Det er den samme metode, vi bruger til patientinformationen som journalistikken. Der er det specificeret ret meget hvad kildernes rolle er, og hvad vores redaktionelle rolle er. Det er os, der vinkler historierne, og kilderne kan fx få lov til at godkende citater og også rette, hvis der er faktuelle fejl. Men ikke gå ind i hverken det sproglige eller vinklingen af artiklerne. Det har vi også skrevet lidt om i den plan. Vi er simpelthen nødt til at have lidt mere samarbejde. Argumenterne for at lave journalistik på den måde, det er, at det skal kunne laves hurtigt og effektivt, og så skal folk vide, hvad deres roller er. Og det er også den måde, man laver journalistik på uden for hospitalet.

- Kommunikationschef i gruppeinterview oktober 2008

Kommunikationsfagligheden analogiserer udarbejdelse af patientinformation til journalistisk artikelproduktion. Den sundhedsfaglige er her en kilde blandt andre kilder til faktuel viden, og det er de kommunikationsfaglige, der besidder den redaktionelle rolle. Kommunikationschefen understreger behovet for effektivitet, hvilket betyder, at uoverensstemmelser skal ekskluderes og rollefordelingen stå klarere, hvilket i den kommunikationsfaglige optik betyder et hierarkisk kompetenceskel mellem kilder, der leverer sundhedsfaglige fakta og redaktøren, der ”*vinkler* historierne”.

De kommunikationsfaglige er afhængige af eksterne kilder, og er samtidig optaget af at etablere en faglig identitet i organisationen. For dem er opgaven omkring pjeceproduktion en redaktionel opgave, hvor en redaktør har ejerskab over opgaven, mens den er under udvikling gennem brug af forskellige kilder (herunder sundhedsfaglige

som ”kan få lov til at godkende citater og også rette, hvis der er faktuelle fejl”). Når produktet er færdigudviklet, overleveres produktet samt ansvaret og ejerskabet for det til den kliniske afdeling, som i processen har ageret kilde, men nu skal fungere som distributør. I denne forståelse står kommunikationsfagligheden i centrum som redaktøren, der indsamler og selekterer i viden fra forskellige kilder – herunder de sundhedsfaglige kolleger. Men denne forestilling om klar magt- og rollefordeling knyttet til de to adskilte vidensområder har det svært i praksis. En medarbejder fra kommunikationsafdelingen forklarer udfordringer i samarbejdet med et eksempel:

Det værste er næsten, hvis der er en gruppe af sygeplejersker eller læger eller tværfaglige, der har siddet og blevet enige om en tekst. Så kan de næsten ikke bære, hvis jeg begynder at stille spørgsmålstegn ved den. Der er så også nogle, selvom det er enkeltpersoner, der slet ikke kan se, at det kan være meningen, at jeg skal blande mig i noget. I sidste uge var der en overlæge, der ringede, om jeg godt ville være venlig at delete den tekst, som jeg nu havde sat ind, og så sætte den oprindelige tekst ind. Hvor jeg så siger: ”Nu er det sådan, at I har ansvaret for den sundhedsfaglige viden, og jeg har ansvaret for den tekstlige formidling”, ”Jamen teksten er dårlig”. ”Nu er det sådan, at jeg ikke lige sidder med teksten, så jeg er nødt til at have den, så det vender jeg lige tilbage og kigger på.” Jeg havde så den mulighed for at komme i møde, at der var et billede deri, som han sagde, ikke svarede til virkeligheden. Det var for sukkersødt. Det var vi faktisk enige i, for jeg havde også lige set det, og jeg havde også tænkt, at sygeplejersken måske smiler lige vel meget dér. Så der kan jeg sige, at det er jeg helt enig i, vi prøver at finde et andet billede, og så får I et nyt udkast. Og så vender jeg tilbage til det med teksten. Jeg ved ikke, hvor den ender.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

I praksis udfordrer samarbejdet om kommunikation de to sammenhængende antagelser i kommunikationsstrategien: den ene er forestillingen om klar standardiseret ansvarsdeling, som viser sig at være svært at operationalisere, fordi den ikke er forhandlet, men blot en teoretisk standard. Den anden antagelse angår forestillingen om, at udførelsen af det kommunikationsstrategiske arbejde afhænger af to skarpt adskilte vidensfelter, hvor ”I (de sundhedsfaglige) har ansvaret for den sundhedsfaglige viden, og jeg har ansvaret for den tekstlige formidling”.

Den praktiske arbejdsdeling harmonerer ikke med den kommunikationsfaglige virkelighed, hvor sundhedsfaglige er kilder, der leverer fakta. I praksis har de sundhedsfaglige ejerskabet over materialet. Som kommunikationsmedarbejderen siger videre:

Men jeg var nødt til at holde fast i, at de har en kompetence, og jeg har en kompetence, og det er dér, der opstår sådan nogle forhandlinger, som nogle gange ender i, at jeg er nødt til at gå på kompromis, fordi de er både kilder og kunder og distributører. Og hvis de ikke vil distribuere det, jeg mener, er bedst, så kan det være lige meget, hvad jeg har lavet. Derfor er jeg nogle gange nødt til at æde nogle kompromiser i den tekstlige formidling for overhovedet at få et produkt[...]Det er ofte en diskussion, som faktisk er usaglig, oplever jeg, fordi det er ikke bevidst, at de har valgt en stil, men de synes bare, det lyder eller ser bedre ud, eller det er ikke så populistisk, eller hvad de nu bruger af udtryk.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Informationsmaterialet omhandler og indgår som arbejdsredskab i en sundhedsfaglig praksis, hvor det distribueres i organisationen og udleveres til patienterne. Det kommunikationsfaglige arbejdsobjekt; pjecen, er således et redskab i det sundhedsfaglige arbejde. Pjecen har dog ikke noget liv uden integration med denne praksis. Omkostningerne for de kommunikationsfaglige ved at opponere mod de sundhedsfagliges sociale verden synes at være større end gevinsten ved at tilslutte sig – eller blot tie.

Det kommunikationsfaglige arbejde går ud på at sikre, at 'patientens perspektiv' er varetaget i informationsmaterialerne. Udførelsen af denne opgave synes at forstyrre den sundhedsfaglige opfattelse af en organisatorisk orden, der er forankret i en sundhedsfaglig erfaring og praksis. En sundhedsfaglig medarbejder forklarer konflikterne således:

Der er ikke noget at sige til, at folk, som møder deres patienter hver eneste dag har svært ved at kapere, at det er nogle andre, der kommer og påstår, at de ved bedre i forhold til de patienter. Og så har jeg også hørt – og det synes jeg også er interessant – at det kan godt være, det er meget interessant en gang imellem at skrive noget for fru Jensen, der absolut intet ved. Men det betyder også, at vi ikke har noget materiale til de patienter, der faktisk godt ved noget. Alting bliver med den mindste fællesnævner. Selvfølgelig

er der mange af de her patienter, der ved meget, meget lidt. Men der er også en del af dem, som ved rigtig meget. Og de er helt ude af billedet. Det kan føles som at tale ret meget ned til dem. Og så handler det vel også meget om at sige, hvem er det så i den sidste ende, der bestemmer over det. Altså, hvis det er mig, der skal sidde og bruge det her materiale som en del af min pleje og behandling i forhold til den her patient, og jeg i øvrigt skal finde mig i, at det har jeg ingen indflydelse på. Det er jo også svært at sige til folk, at kommunikation er vigtigt – så derfor må du ikke bestemme over det. Det er lidt op ad bakke. Og det er det budskab, som folk i hvert fald nogle gange føler, de møder. Jeg har også lavet noget sammen med kommunikationsafdelingen, hvor jeg har været glad for den rådgivning, de gav. Men altså, det er jo forskelligt.

- Interview med sundhedsfaglig udviklingskonsulent, december 2008

De sundhedsfaglige professioner har førstehåndskendskab til de patienter, der udarbejdes informationsmaterialer til. Patienterne er ”deres patienter” – og brugen af pjecer indgår som en perifer bestanddel af den sundhedsfaglige primæraktivitet i den kliniske praksis. Med kommunikation med patienter som indsatsområde i organisationen er arbejdet med pjecerne blevet udskilt som noget, der kræver en særlig ekstraklinisk kompetence. De sundhedsfaglige har formelt med kommunikationsprogrammet mistet deres monofaglige ret til at bestemme over form og indhold i informationsmaterialer. Det organisatoriske fokus på kommunikation forklares af den sundhedsfaglige som en oplevelse af, at: ”... kommunikation er vigtigt – så derfor må du ikke bestemme over det”.

Den kommunikative kompetence er nu forankret i en specialiseret kommunikationsafdeling, der kan rådgive klinikere ved, som en kommunikationsmedarbejder siger: ”at give en diagnose på deres tekst” (Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008). Diagnosemetaforikken er muligvis branchejargon. Men dens metaforik viser, hvordan den kommunikationsfaglige subverden opfatter de sundhedsfagliges kommunikationskompetencer: de lider af en række formidlingsmæssige sygdomme:

De [sundhedsfaglige] ønsker ofte en mere formel tone i det, og de kan slet ikke se, at det er nødvendigt at forklare, hvad det vil sige at lægen optager en journal. For det er jo så banalt, så det er at tale ned til folk at begynde at beskrive det. Men det er dér, hvor der netop kommer en kamp om skrivestil, og det er et af de steder, hvor jeg er nødt til at gå på kompromis, for de ville simpelthen ikke acceptere det. De opfattede det som plat og populistisk. At tale ned – det er meget det, de bruger.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Etableringen af den kommunikationsfaglige fagidentitet og plads i det organisatoriske hierarki synes at gå hånd i hånd med etableringen af en modstilling mellem kommunikationsfaglighed og sundhedsfaglighed. Når viden om patientens perspektiv forklares som: ”Meget af det er simpelthen almindelig sund fornuft. Ud fra at vi ikke er sundhedsfaglige” (Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008) betyder det, at negationen af sundhedsfagligheden udgør den kommunikationsfaglige fagidentitet. Kommunikationsfagligheden har ingen specificerede kvaliteter, men fremstår som en generaliseret uvidenhed, der opererer som metodisk afsøgning af patientens perspektiv og sundhedsfaglige fakta. Kommunikationsfaglighedens identifikation med lægmandsperspektivets sunde fornuft fremstår som en skrøbelig faglighed, der har svært ved at vinde indflydelse i hospitalets stærkt professionsbårne terræn. Jeg ser derfor nærmere på, hvilke metoder de kommunikationsfaglige bruger for at styrke deres faglighed uden for de konkrete samarbejder med sundhedsfaglige.

4.5.1 Kommunikationsfagligheden på arbejde

For de kommunikationsfaglige medarbejdere er kerneopgaven ’organisatorisk kommunikation’ – en primæraktivitet, hvor pjecer er gjort til det primære arbejdsobjekt. I dette arbejde skal kommunikationsprogrammets standarder kobles med sundhedsfaglige fakta (indhold) baseret på kommunikationsfaglig research og interview af sundhedsfaglige kilder. Tilsammen skal samarbejdet munde ud i produkter, der form- og indholdsmæssigt er tilpasset patientens perspektiv.

I et interview forklarer en kommunikationsmedarbejder, hvordan hun arbejder med at undersøge og indkredse patientens perspektiv:

Meget af det er simpelthen almindelig sund fornuft. Ud fra at vi ikke er sundhedsfaglige. Jeg laver også en del research på nettet, altså kigger på hjemmesider fx patientforeningers hjemmesider. Nu er jeg ved at lave materiale om for tidligt fødte. Så går jeg ind og finder ud af, at der er noget, der hedder Dansk Præmaturforening. Hvad skriver de? Hvilke beretninger skriver de? Hvilke spørgsmål er de optaget af? På den måde kan man også få en fornemmelse af, hvad der er patienternes perspektiv.

- Kommunikationsmedarbejder i gruppeinterview, oktober 2008

Researchmetoden foregår i et ekstraklinisk rum, de kommunikationsfagliges 'site' er kontoret ved computeren, hvor størstedelen af deres aktiviteter udføres. Arbejdet med kommunikation omhandler symbolbehandling og retter sig mod at "få en fornemmelse" af patientens perspektiv. Samtidig er metoden en måde at forberede samarbejdet med de sundhedsfaglige:

...jeg går typisk ind og laver noget research på nettet – hvad skriver andre hospitaler? Hvad skriver Netdoktor? Hvad ligger der i Ugeskrift for Læger? Jeg havde lige en om fibroscanning, som er en helt ny scanningsmetode, og for at forstå det så er jeg nødt til at se, hvad andre skriver om det. Jeg fandt et billede af det på nettet. Så det er både at lave research på, hvad er der af fakta om det, og så er det også for at se, hvad andre skriver, så jeg ikke er bundet af den tekst, som de sundhedsfaglige leverer. Jeg er nødt til selv at forstå det, og så kan jeg så formidle det i et almindeligt sprog, når jeg har set det.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

For at udvikle et kommunikationsprodukt og kunne kommentere kvalificeret på sundhedsfaglige oplæg, opsøger kommunikationsmedarbejderen eksterne kilder. Herved etableres en platform for samarbejdet og kvalificerede spørgsmål til det sundhedsfaglige perspektiv. Fakta om behandlinger og sygdomme, patientforeninger, andre hospitalers informationsmateriale er imidlertid alle sekundære kilder, som opsøges i det ekstrakliniske rum - i modsætning til den sundhedsfagliges førstehåndserfaring med konkrete patienter i det kliniske rum.

Den kommunikationsfaglige er ”nødt til” at skabe sin egen fornemmelse for patientens perspektiv og forståelse af emnet til brug i forhandlingerne med de sundhedsfaglige.

Research-metoden for at erhverve sig ”fornemmelse” og ”fakta” betegnes af de kommunikationsfaglige som ”sund fornuft”. Denne sunde fornuft kvalificeres ved at blive modstillet det at være sundhedsfaglig. Det kommunikationsfaglige forarbejde udgør et kulissearbejde, der foregår forud for og ikke ekspliciteres i samarbejdssituationerne med de sundhedsfaglige. I stedet fungerer arbejdet som et usynligt arbejde med at stabilisere en kommunikationsfaglig platform. Kommunikationsfaglighedens sunde fornuft skal fra opgave til opgave opsøge fornemmelse af patientens perspektiv og sundhedsfaglige fakta for ”ikke at være bundet af den tekst de sundhedsfaglige leverer” og kunne opnå en vis autenticitet i samarbejdet. At få indflydelse på, hvad der i det enkelte tilfælde er god og relevant patientinformation kræver en mængde arbejde bundet til den kommunikationsfagliges sociale verden: et rum bestående af sekundære kilder. Det, som den sundhedsfaglige medarbejder betragter som perifere kommunikationsting og marginale opgaver, er for de kommunikationsfaglige et ”pionerområde” udført af en ”ny race” i organisationens sociale verden (jf. citatet i afsnit 4.1).

Kommunikationsmedarbejderne udfører ekstraklinisk arbejde i mere end en forstand: arbejdet er adskilt fra og periferi i forhold til hospitalets kerneydelse patientbehandling, og samtidig synes det at kræve usynligt ekstraarbejde at få en plads i et territorium, der allerede er afmærket af de sundhedsfagliges interesser.

4.6 Sund fornuft møder sundhedsfaglighed

Analysen bevæger sig nu ind i det konkrete samarbejdes rum. Jeg ser nærmere på, hvordan de to fagligheder kontrasteres i samarbejdssituationer. Den teoretiske kommunikationsfaglige tilgang, hvor de to fagligheder forklares som modsætninger – kilder og redaktører, synes at reproducere sig med omvendte fortegn i samarbejdspraksis. Situationen med revidering af en informationspjece til barslende kvinder, eksemplificerer dette:

Sundhedsfaglig [S]: Lige den ene pjece er fælles pjece i regionen.
Kommunikationsfaglig [K]: Den trænger til at blive revideret.
S: Ja men ikke nødvendigvis så meget i ordlyden nødvendigvis, for det er korrekt nok det der står i den, det kan godt være hun [decentralt placeret informationsmedarbejder] synes, der skal være punktummer nogle andre steder eller sådan noget, det kan man jo altid diskutere, men der er ikke noget i vejen med det der står.

K: Nej det er ikke sundhedsfagligt forkert, men det kan godt formidles på en bedre måde og det var det, hun [decentralt placeret kommunikationsmedarbejder] kom med et forslag til [...] Jeg synes bare, at hvis man arbejder med den, så skal man bare lissom lave den, lave en gennemgribende.

S: ja ja, jeg forstår godt hvad du mener, men så skal vi vente 1½-2 år måske før vi er færdige ikke, [K indskyder: Nej det...] fordi at få samlet folk på et sted fra fire forskellige afdelinger, hvor folk har vagter. Det er godt nok ikke så nemt vel [...] Det var også bare fordi, jeg tænkte, at det kunne vel ikke være så svært at lave et omslag, og lade resten være til vi har tid, når der ikke decideret er noget forkert i den, det kan godt være man synes det skal stå lidt anderledes eller sættes anderledes op eller sådan noget, men...

K: Jamen det er jo bare.

S: Jamen det var bare et spørgsmål, ikke andet, glem det.

- Møde om informationspjece, juni 2008

For den sundhedsfaglige er omdrejningspunktet den sundhedsfaglige viden, der kan pakkes ind i en mere eller mindre vellykket formidlingsform. Den sundhedsfaglige reducerer her den kommunikative formidling til stilistiske tilretninger, hvor der kan

flyttes ”punktummer”, eller indholdet ”skal stå lidt anderledes eller sættes anderledes op”. Den kommunikationsfaglige forestilling om et forhold mellem kilde og redaktør, praktiseres her snarere som et forhold mellem den professionelle og sekretæren, hvor den sundhedsfagliges fag-faglige, organisatoriske og praktiske viden samt kendskabet til patienten er udgangspunkt. Kommunikationsfagligheden reduceres i samarbejdssituationen til en formidlingsservice, som primært handler om at pakke teksten pænt ind og sørge for informationsmaterialets overflade (jf. ønsket om et nyt omslag til pjecen). Den plads, der tilbydes kommunikationsfagligheden er reduceret til stilistik og tegnsætning - en marginal og perifer serviceopgave.

Diskussionen på samarbejds mødet viser to forskellige forståelser af primæraktivitet og god kommunikation. Den sundhedsfaglige er optaget af, om materialet er sundhedsfagligt ”korrekt” og de organisatoriske sammenhænge, materialet indgår i, hvorimod den kommunikationsfaglige er optaget af formidlingsform og informationsmaterialet som afgrænset helhed. De kommunikationsfaglige stigmatiserer de sundhedsfagliges kommunikationskompetencer på tilsvarende vis:

Udfordringen er, at nogle af de sundhedsfaglige ikke er i stand til at skelne mellem, hvad der er kommunikation, og hvad der er deres sundhedsfaglige viden. Og de kan ikke skelne mellem, hvornår de skriver en sundhedsvidenskabelig artikel, og hvornår de skriver patientinformation. De kan sagtens være rigtig gode til det mundtligt, men det er som om den akademiske skrivestil let løber dem i pennen. De kan ikke se, når de bruger verbalsubstantiver og passivformer, at så er det ikke patientvenligt, fordi der ikke er handlingsmuligheder, fordi der ikke er nogen handlende subjekter i teksten. Og det synes jeg faktisk er det, der er sværest at få dem til at se forskellen.

- Kommunikationsmedarbejder i gruppeinterview, oktober 2008

Det er faktisk tit de forhandlinger med de sundhedsprofessionelle, de kommer tit til at gå ud på, at de vil have, at vi skriver noget på lægelatin eller i et uforståeligt sprog, at de uden at vide det kommunikerer til deres fagfæller eller deres medicinske selskab - og ikke til patienterne.

- Interview med kommunikationschef, oktober 2009

De sundhedsfaglige betegnes her som værende fagligt enøjede og alene have kommunikationskompetencer til at kommunikere inden for egne rækker.

Samarbejdspraksissen mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige er interaktion mellem to fagligheder, der hver især positionerer sig i opposition til hinanden og reducerer den andens kommunikationskompetencer til karikaturer: kommunikationsfaglighed som ”at flytte punktummer”, og sundhedsfaglighedens kommunikationsevner bliver i kulisserne af samarbejdet betegnet som ”lægelatin”. Den gensidige amatøriggørelse er en effekt af den dyrkning af forskel i perspektiv, som knytter sig til kommunikationsprogrammets ontologi. Programmets antagelse om et skarpt skel mellem to perspektiver fungerer ikke som håndteringsmåde i de udførende samarbejdspraksisser, hvor kommunikations- og sundhedsfaglige mødes. Forestillingen om de to perspektiver synes derimod at reproducere sig som amatøriggørelse, når forhandlingerne er abstrakte og ikke tager afsæt i konkrete udkast eller forslag til forbedringer. Kløften mellem den kommunikationsfagligt forankrede teoretiske strategi og den sundhedsfaglige kliniske praksis bliver herved vedligeholdt.

4.7 Praktiseret perspektivisme – opsamling af forskelle

På baggrund af analysens første del og det samlede empiriske materiale: dokumenter, interviews og observationer opstiller jeg de modstillinger, der refereres til og skabes. Skemaet illustrerer kommunikationsprogrammets perspektivisme, der som vist ikke kun omhandler ’Patientens Perspektiv’, men også den perspektivistiske modstilling mellem to faglige subverdener. Den skematiske opstilling udgør nødvendigvis en reduktion af nuancer og foregriber samtidig nogle af iagttagelserne i anden del af analysen.

Sociale subverdener	Sundhedsfaglighed	Kommunikationsfaglighed
Primæraktivitet	Klinisk praksis	Organisatorisk kommunikation Repræsentation
Site/organisatorisk rum	Klinikken Organisationsinternt perspektiv	Kontoret Organisationseksternt perspektiv
Arbejdsobjekt - felt	Patienten som sygdom, krop og individ i konkrete forløb	Pjecen som repræsentation af forløb
Arbejdsmetode	Specialiseret viden og erfaring indlejret i rutiner og ad hoc-løsninger tilpasset erfaringer af kontingens	Standardisering Adgang til patientens perspektiv via jeg-identifikation og research på sekundære kilder
Ideal for kommunikationsprodukt	Elastiske delkomponenter Sundhedsfagligt forankret - korrekt	Idealtypiske standardforløb Forståeligt dansk for lægmand
Kommunikationsfaglighed	Servicefunktion – i klinikkens tjeneste	Faglig identitet - sund fornuft generalisering – teori om verden
Sundhedsfaglighed	Faglig identitet – videnskabelig viden specialisering – praksiserfaring	Kilde – leverandør af fakta
Pjece	Perifert arbejdsredskab Elementer i forløb Lokalt værktøj - operationelt	Primært arbejdsobjekt Struktureret af forløb Organisatorisk værktøj – strategi
Patientfigur	Individ Fleksibelt arbejdsobjekt	Målgruppe (homogen) Redskab til professionsdannelse
Mål for patientkommunikation	Delegering af opgaver, koordination og undgåelse af komplikationer 'Compliance'	Formidling af typiske patientforløb Målbare informationsprodukter Patienttilfredshed & effektivitet

Overordnet set er hospitalets sociale verden defineret af kerneydelsen patientbehandling, som finder sted i klinikken og er de sundhedsfagliges primæraktivitet. Kommu-

nikationsprogrammet er i lyset heraf en projektering af en ny orden og nye teknologier (standarder), som griber ind en eksisterende orden – altså et eksempel på, hvordan sociale verdener krydser i organisatorisk arbejde. Specialiseringen af patientkommunikation som arbejdsfelt i hospitalet er præget af, at fagligheden endnu ikke er konsolideret som profession.

Det empiriske materiale peger i retning af, at en konsolidering af kommunikationsfagligheden som anerkendt profession ikke ligger lige for, idet kommunikationsfagligheden af de sundhedsfaglige ses som en ekstraklinisk støttefunktion til hospitalets primæraktivitet; kerneydelsen patientbehandling. Den ekstrakliniske kommunikationsfaglighed har en lav grad af autenticitet i organisationen og tegner sig som en metodisk para-disciplin, der har en konstant usikker og emergent grund, hvor indhold, information og viden skal erhverves fra opgave til opgave.

De kommunikationsfaglige positionerer deres kvalifikationer som ”sund fornuft”- en modstilling til sundhedsfagligheden, og hidtidige problemer med implementering af kommunikationsstrategien håndteres ved at formalisere arbejdet – fx arbejdsdeling, procesformalisering med kontrakter, kriterier for god kommunikation. Disse standardiseringer er på det strategiske plan godkendt af ledelsen, men ikke forhandlede med de sundhedsfaglige. I kommunikationsprogrammet er forestillingen, at de vil smidiggøre samarbejdet og samtidig effektivisere arbejdsprocesserne med produktion af patientinformation. I stedet synes disse optrækninger af linjerne snarere at understrege forskelle og modsætninger, hvilket viser sig i den måde faglighederne positionerer hinanden.

I mine observationer af samarbejdet findes der imidlertid en række eksempler på, hvordan disse hårde distinktioner kollapser i forhandlinger af konkret informationsmateriale. Anden del af analysen forklarer, hvordan konflikterne ytrer sig, men også hvordan de konkrete møder er forhandlinger, der via artikulation skaber håndteringer, som koordinerer den kommunikationsstrategiske indsats.

5 Delte meninger – samarbejde hen over forskelle

I kapitlets anden del går jeg nu tæt på det konkrete arbejde med at udvikle informationsmaterialer til patienter. Jeg fokuserer på konkrete forhandlinger og håndteringer mellem de to fagligheder. Med afsæt i en case om patientforløb som kommunikationsstandard udforsker jeg, hvordan patientens perspektiv fungerer som koordinator mellem de to faglige perspektiver. Der forhandles om, hvad samarbejdet går ud på, de faglige roller og ansvarsområder, redskaber, god kommunikation og patienten som figur. Dernæst ser jeg nærmere på aktørernes brug af patientfiguren og pjecen, og hvordan disse to elementer i samarbejdet udfører grænsearbejde. Afslutningsvis diskuterer jeg disse håndteringsmåder – og hvad analysen bibringer af viden om forholdet mellem kommunikationsstrategi og praksis i hospitalets rum.

5.1 Case: Standardisering af information til patienter

I den følgende del af analysen forfølger jeg en konkret case omhandlende patientforløb som kommunikationsstandard. Samarbejdet mellem kommunikations- og sundhedsfaglige omhandler her skabelsen af en fælles stabiliseret re-præsentation i form af relevant information til patienten. Modsætninger mellem vidensfelter og den perspektivisme, der bebor kommunikationsprogrammet dukker op, når relevanskriterierne for informationsmaterialets udformning skal diskuteres. Med analysen vil jeg udforske, hvordan lokale situerede forhandlinger foregår. Kommunikationsprogrammets udgangspunkt er en abstrakt kommunikationsfaglig viden med standarder i form af principper, dogmer og regler for kommunikation, som skal appliceres i lokale sammenhænge. Jeg undersøger, hvad der sker, når den abstrakte viden søges iværksat som standard for konkret, lokal patientinformation.

5.1.1 Samarbejdets elementer

Udviklingen af en pjece foregår primært gennem møder og mail-korrespondance mellem kommunikations- og sundhedsfaglige. Her udveksler de pjeceskabeloner, abstrakte idéer og konkrete forslag gennem skriftlige udkast og oplæg. Udvekslingen gør, at et konkret samarbejde kommer i stand, hvor aktørerne kan forhandle om, hvordan udsnittet af den organisatoriske virkelighed kan repræsenteres tilpasset patientgruppen. Pjeceskabeloner, regler og dogmer, patientfigurer og patienthistorier, skriftlige udkast, fotos og illustrationer er nogle af de elementer, som aktørerne med forskelligt held gør brug af for at koordinere samarbejdet på tværs af forskelle.

5.1.2 Patientforløbet som kommunikationsstandard

Det er et gennemløbende fokusområde i kommunikationsprogrammet, at informationsmaterialer skal konceptualiseres omkring patientforløb med henblik på at undgå, at patienterne får en række forskellige materialer med overlap og eventuelle indbyrdes modsigelser. Dokumentet ”Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008” foreslår ”udviklingen af nye redaktionelle koncepter inden for skriftlig patientinformation. Koncepterne har fokus på patientforløb...” (Plan:1). Planen foreslår faste koncepter for pjecer med henblik på at ”strømline” og ”effektivisere” produktionen af pjecerne, og i den forbindelse er idéen om at tænke i patientforløb central:

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” (Plan:10).

Et af programmets fem dogmer⁷⁴ lyder ligeledes: ”Pjecerne har fokus på forløb” (Håndbog:4).

⁷⁴ 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. (Håndbog: 4)

Ud fra programmets logik er det kompleksitetsskabende, at der skal udleveres flere enkeltstående informationsmaterialer til en patientgruppe, når informationerne principielt kan samles og sammenhængende beskrive det som kommunikationsafdelingen betegner som ”patientens rejse i sundhedsvæsenet” (Interview med kommunikationschef, oktober 2009). Kommunikationschefen og grafikereren forklarer det således i et gruppeinterview med kommunikationsafdelingen:

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 kommunikationsafdelingen, 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, september 2007

Kommunikationsprogrammets dogme om, at forløbsbeskrivelser er et gode for patienterne, forklares her gennem en modstilling mellem ”forløb” og ”punktnedslag” – og forløbstanken konnoteres herved til en sammenhængende og fremadskridende temporal ordning af patientens kontakt med hospitalet. I samme bevægelse stilles kommunikationsprogrammets varettagelse af patientens behov overfor de forskellige sundhedsfaglige repræsentationer af punktnedslag i forløbet. De kommunikationsfaglige identificerer sig med patienten ved at se organiseringen af forløb med et udefrakommende perspektiv: ”hvordan kommer man ind i systemet?” Patientens perspektiv falder for de kommunikationsfaglige sammen med deres kommunikationsfaglige vinkel. Forløb som standard og den temporale logik fremstilles som ”den nye tendens”,

der samtidig allieres både med ”den sunde fornuft” og hospitalsledelsens overordnede strategi (”Det er ikke kun os i kommunikationsafdelingen, der siger det”)⁷⁵.

5.1.3 Patientforløb – et dogme til diskussion

Når forløbstanken skal implementeres som kommunikationsstandard, bliver det kommunikationsfaglige perspektiv på patientforløb imidlertid udfordret – her på et samarbejds møde om informationsmateriale til forældre til 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 pjece 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 pjece om udmalkning], den her om det her [peger ned i pjece 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 pjece 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?

⁷⁵ Disse alliancedannelser foregår i kommunikationsstrategiske dokumenter og i et gruppeinterview med kommunikationsafdelingen – og altså ikke i konkrete samarbejdssituationer med sundhedsfaglige.

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 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 til for tidligt fødte børn, juni 2008

Uddraget af samtalen viser, hvordan den kommunikationsfaglige søger at realisere kommunikationsprogrammets prækriptive dogme; at pjecerne skal have fokus på forløb. Denne standard imødekommes ikke af den sundhedsfaglige: "Der skal være lidt elastik i det", dvs. at forløbsdokumentet ikke er plastisk nok som standard, idet de forskellige forløbselementer skal indgå i forskellige individuelle patientforløb (pjecerne om udmalkning og sondemad indgår eksempelvis i en række andre patientforløb). Den sundhedsfaglige argumenterer for bevarelse af det eksisterende materiale med henvisning til sit kendskab til praksis. I den sundhedsfagliges version af virkeligheden sideordnes patientperspektivet her med den sundhedsfagliges ønsker. Patientfiguren aktiveres 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 en sundhedsfaglig vurdering af informationsdoseringen er nødvendig i det enkelte tilfælde. Her aktiverer den sundhedsfaglige en patientfigur, der har en kontur, der ikke genkendes af de figurer kommunikationsprogrammet opererer med (jf. kapitel 4). Patientfiguren tager her form som *en informationsresistent patient* - en patientfigur, der står udenfor kommunikationsprogrammets virkelighed,

hvor antagelsen er, at information som udgangspunkt altid er i patientens interesse, som noget patienten forholder sig til⁷⁶.

I diskussionen af dogmet om patientforløb står den informationsresistente patientfigur imidlertid ikke alene som argument. Den sundhedsfaglige knytter ligeledes sine kolleger ("personalet bliver også forvirret") 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 kompleks organisatorisk kontekst (jf. Strauss 1988), hvor forløb er forskellige. Der er en række forskellige modeller for forløb afhængigt af patientens situation, opgaver og deres komponenter er ikke altid kendte på forhånd, de er uforudsigelige og uens, og den sundhedsfaglige argumenterer på baggrund heraf for, at beslutningstagning derfor er lokalt situeret i det enkelte tilfælde⁷⁷.

Det temporalt orienterede kommunikationsfaglige dogme "Pjecerne har fokus på forløb" strander som en abstraheret "tendens" og dekoblet "sund fornuft" – en kommunikationsfaglig standard og grundantagelse, der står til diskussion i konfrontation med

⁷⁶ Patientfigurene 'Borgeren' og 'Den affektive patient' grænser op til forestillingen om den informationsresistente patient, men er dog inden for kommunikationsprogrammets forestilling om patienter som informationshungrende. Jf. kapitel 4 afsnit 5.9.

⁷⁷ Ifølge Strauss er der en række forskellige typer af arbejde involveret trajectory management (comfort work, safety work, machine work, sentimental work (Strauss 1997: 12-150) – og i lyset heraf er arbejdet med at repræsentere forløb i en pjece ydersiden af det artikulations- og koordineringsarbejde, der forbinder alle disse opgaver. Den skriftlige repræsentation skal derfor stå ovenpå dette arbejde og griber med sin repræsentation samtidig ind i dette arbejde, i det repræsentationen udgør endnu en organisatorisk koordinationsopgave af semiotisk og materiel karakter.

den sundhedsfaglige situering af konkrete elastiske sammenhænge, som pjece indgår i⁷⁸.

En af kommunikationsprogrammets standarder støder her sammen med praksis. De kontekstualiseret fra konkrete praksisser og i en kommunikationsteoretisk version af virkeligheden er idéen om forløbsbeskrivelser til patienter en selvfølgelig god idé, der korresponderer med bredere debatter i offentligheden om bedre koordinering og sammenhæng i sundhedsvæsenet. I mødet med sundhedsfaglige praksiserfaringer bliver standardiseringen af kommunikation udfordret af den kliniske virkelighed og erfaringsbaseret viden om patienters reaktioner i konkrete situationer. Forløbsdogmet er ikke en standard, der her fungerer som grænseobjekt. Til gengæld synes den implicitte aktør; patienten, at fungere som en grænsefigur, der koopererer på tværs af de to perspektiver på patientforløb.

5.2 På patientens vegne

I de sundhedsfagliges beretninger om patienter skabes et sammenhængende forløb i dette tilfælde ved at bevare adskilte informationer, som kan doseres hver for sig i takt med det individuelle forløbs progression og udviklingen hos individuelle aktører. På en overbevisende måde bliver patientens perspektiv situeret og konkretiseret i forhandlingen, samtidig med at patientperspektivet holdes åbent for differentiering i forhold til individuelle præferencer. Forhandlingen af patientperspektivet forbinder specifikke individuelle situationer med en generalisering af målgruppens behov. Her fungerer patientens perspektiv som en grænsefigur, der har det særlige kendetegn, at den både differentierer og samler. Patientens perspektiv fungerer gennem en dobbelt-

⁷⁸ I etymologisk forstand betegner et dogme en grundantagelse som *ikke* er til diskussion. Når kommunikationsfaglige udfordrer den eksisterende sundhedsfaglige informationspraksis for at implementere forløbstanken, er det imidlertid netop dogmet om en samlet og sammenhængende temporalt struktureret patientforløbsbeskrivelse, der diskuteres.

hed af det abstrakte og konkrete, specifikke og generelle, det konventionaliserede og tilpassede. Den særlige dobbelthed i dette grænsearbejde vil jeg kategorisere som en *individualiseret homogenisering*, fordi det homogeniserer en målgruppe gennem individualiserende greb, hvor konkrete patienthistorier er styrende.

Case-analysen viser, at patientens perspektiv kan kooperere på tværs af de to faglige sociale subverdener. Samarbejdet om informationsmateriale til patienter er et territorium beboet af forskelligrettede interesser, der officielt arbejder mod det samme løse og uklare mål; at integrere patientens perspektiv i hospitalets kommunikation. I samarbejdspraksissen tager dette territorium form som et forhandlingsrum, hvor den aktør, som lykkes bedst med at sideordne sine interesser med patientfigurens behov eller gøre sig til talsmand for patienten står stærkt i forhold til at vinde terræn. Patienten selv er fraværende – og figurerer som diskursive konstruktioner, der bruges i kampen om territoriet: organisatorisk kommunikation. Situationen forløber i dette eksempel udramatisk og uden eksplicit konflikt, idet patientens perspektiv fungerer som grænsefigur i kløften mellem standardiseret strategi og klinisk praksis. I samarbejdet forbindes kommunikationsidealet patientens perspektiv med den sundhedsfagliges gengivelse af kommunikationssituationer, hvor patienten er i klinikken. Disse beretninger fra mødet med patienten har performative effekter, idet de transformerer patientens perspektiv fra at være en abstrakt betegner til en konkret fortælling, der faciliterer diskussion og beslutninger om informationsmaterialets udformning. Kommunikationsprogrammets teoretiske variationer over *den informationshungrende patient* (jf. kapitel 4), der står uden for organisationen, støder sammen med beretningen om konkrete patienter i situerede forløb i klinikken – i dette tilfælde *den informationsresistente patient*, som ikke findes som figur i kommunikationsprogrammets virkelighed.

I forhandlingssituationen kommer patientfigurerne i spil gennem grænsefiguren patientens perspektiv, der både er robust og plastisk nok til at få forhandlingsarbejdet om den gode kommunikation til at fungere. Delte meninger mellem de to fagligheder kan

i lyset af grænsefiguren forstås i en fordoblet betydning; som meninger der både er adskilte og samtidig deles i det fælles forhandlingsrum. Analysen af denne case stiller imidlertid nye spørgsmål om, hvorvidt der er et mønster i, hvordan patientfigurer skaber delte meninger i samarbejdet.

I situationer, hvor der forhandles om revidering af informationsmaterialers indhold og udformning, er henvisninger til patienten et fremtrædende argument. De sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige kæmper om retten til at tale på patientens vegne. De forskellige fagligheder og praksisser gør imidlertid, at det er vidt forskellige strategier sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige sætter i værk for at erobre patientens perspektiv. I de følgende to afsnit analyserer jeg disse strategier.

5.2.1 Sundhedsfaglig konkretisering af patientens perspektiv

De sundhedsfagliges erfaringer med konkrete patienter er fremtrædende argumenter i samarbejdet. I diskussionen ovenfor om patientforløb var det den sundhedsfagliges praksisbaserede pointe, at patienterne ikke kan kapere ret megen information. Når information om medicin skal formidles til nybagte forældre, der skal udskrives efter et såkaldt accelereret forløb med planlagt kejsersnit, refererer afdelingssygeplejersken [S] - den sundhedsfaglige part i samarbejdet - også til konkrete erfaringer med patientgruppen:

Kommunikationsmedarbejder[K]: Vi synes ikke det er særlig tilgængeligt... [Bladrer rundt i papirerne] det, der er her. Og det er derfor, vi kunne godt gøre det noget kortere, de kunne godt stadig få informationen om medicinen uden at.

Sundhedsfaglig [S]: [afbryder med hævet stemme] hvis du sammenligner med det, du skal printe ud på andre præparater på medicin håndbogen som patientinformation, så er det jo det samme, fuldstændig svarende til den indlægsseddel, du får nede på apoteket i en pakke, og det skal det være.

K: Men der tænker jeg bare, at ved at du sætter det ind i en pjece, der bliver det jo også, så bliver det jo ligesom også, at I siger: ”det er jo det her, det er så det I [patienterne] skal læse”.

S: Ja men det er det også, det mener vi faktisk også [haha]

K: [griner anstrengt med] Jaa men samtidig er det jo også noget med at vi samtidig har den problemstilling, at de ikke skal overinformeres, at der udvælger I jo...

S: [afbryder] Det her det er ikke at overinformere dem, det her det er en behandling de får som en fast smertestillende behandling, mens de er her og en klar besked om, hvad skal du tage når du kommer hjem, for de kan ikke undvære noget, når de kommer hjem.

K: Nej, nej altså man kan sagtens, det ser vi jo i andre pjecer, at man ligesom har produktnavnene på, men det er jo fordi, der er jo meget information om det enkelte produkt, det er jo det jeg mener, om man ikke ku'..
S: [Afbryder] Vi har rent faktisk også en type patienter, som spørger meget til det, fordi de er bange for at spise noget som barnet ikke kan tåle. De er fuldstændig oppe på mærkerne.

Grafiker: Men hvis I skriver det og det tager du i de og de dage, når du har det sådan og sådan, pga. det og det, så det er jo, hvad hedder det, så har de jo fået.. og hvis I anbefaler det, så har de jo heller ikke noget de ikke må ta.

S: Men vi har haft mange problemer med at få dem til at tage noget overhovedet, fordi mange af dem holder op når de kommer hjem, og så ringer de tre dage efter og siger de har smerter, og så siger vi: "du skal ta' så'n og så'n og så'n.." og så siger de: "det kan jeg slet ikke huske, jeg skal skrive det ned" og så siger jeg: "prøv at se bag i din pjece, der står helt præcist hvad du må tage". "Nå nå", siger de så, "helt fint".

K: Og så ringer de ikke igen?

S: Så ringer de ikke igen. Det er jo rimelig unge mennesker, de forstår jo godt det her jo.

- Møde om information til patienter om medicin efter kejsersnit, juni 2008

Uddraget af diskussionen viser forskellige syn på patienten. Afdelingssygeplejersken beskriver patientgruppen som meget spørgende vedrørende medicin - og i løbet af diskussionen (se dialogen nedenfor) forstærker hun denne beskrivelse ved at betegne dem som: "ressourcestærke", "ikke syge", "ikke demente", "almindelige fuldstændig velfungerende unge mennesker". Hun genfortæller en generaliseret samtale med patienterne ("og så siger de", "og så siger vi"). Her bliver patienthistorier fra praksis igen homogeniseret – dog nu med omvendt fortegn, hvor "den informationsresistente pati-

ent” er afløst af ”den informationshungrende patient”, der ”spørger meget” og er ”helt oppe på mærkerne”. Denne patientfigur korresponderer i høj grad med kommunikationsprogrammets forestillinger om patienters informationsbehov. Patientens perspektiv fungerer igen her som et robust og plastisk grænsebegreb, der formår at skabe forbindelse mellem samarbejdspartnernes forskellige indgangsvinkler til kommunikationsproduktet og dets patientfigur.

Patienten sættes konstant i spil i forhandlingen af den gode kommunikation. Den kommunikationsfaglige betegner informationen om medicin som ”indlægsseddelagtig” - en kommunikationsform hun beskriver som ”overinformation”, præget af detaljeret sundhedsfaglig viden, som hun eksemplificerer videre i diskussionen ved at citere fra udkastet til pjecen:

Grafiker [G]: Ja, men det er ikke fordi, vi ikke synes, der skal være noget skriftligt, men det er bare meget omfangsrigt.

S: Altså i betragtning af resten af pjecen som jo også er meget omfangsrig så handler det om tre små sider.

K: Ja, men det er ikke omfanget på den måde at der sådan en øh.. [bladrer i pjecen og afbrydes]

S: Hvad er det, I synes der er for meget, det er jo informationer de [patienterne] er nødt til at have.

K: Jamen, fx [citerer fra udkastet til pjecen]: ”bør ikke anvendes ved overfølsomhed over for indholdsstoffet” ... ”*Ved meget dårligt fungerende hjerte, lever eller nyre eller ved meget højt blodtryk*” altså jeg ville jo ikke vide, hvad er dårligt fungerende hjerte, lever eller nyre eller..

S[afbryder]: Hvis man har det, så ved man da selv hvad det er. Altså hvis man fejler noget af det her, så er man jo ikke selv i tvivl. Og de andre.. hvis de er i tvivl, så har de det ikk’.

K: Nej, men det er fordi, det her er jo skrevet [citerer fra udkastet til pjecen] ”*ved samtidig brug af andre lægemidler*”. Altså, det er jo ligesom skrevet til andre fagpersoner.. [bladrer i papirerne]

S: Naaj, det er det ikk’ [citerer fra udkastet til pjecen]: ”*Ibuprofen nedsætter virkningen af visse vanddrivende midler*”, hvis man får vanddrivende midler så ved man det da godt.. Altså de her ting er altså som almindelig fuldstændig velfungerende unge mennesker godt ved at de fejler, hvis de fejler det.

K: Ja, og de kan aflæse det der?

S: Ja det ka' de.

K: Det jeg vil, jeg vil være skeptisk. [overdøves][...]

S: Det er en patientgruppe mellem 20 og 40 år, sådan de fleste ikk'. De er jo ikke hverken demente eller på anden måde.

K: Jamen jamen, det går slet ikke på noget om man er dement eller..

S: Nej men jeg mener de ved da godt, hvad de fejler selv de her piger, det er de da fuldstændig klar over, så hvis de fejler nogen af de her ting, så ved de det også godt, altså vi har aldrig haft misforståelser ud af det her, aldrig nogen sinde.

S: Nej.. okay.

- Møde om information til patienter om medicin efter kejsersnit, juni 2008

Afdelingssygeplejersken mener, at den eksisterende information er klar besked, for hende er ”tre små sider” med faktuel information om medicin ikke at overinformere. For hende er overinformation lig med den kommunikationsfaglige omskrivning af ”facts”. ”Overinformation” synes at betyde til noget vidt forskelligt for aktørerne. Spørgsmålet om, hvem patienten er – eller rettere, hvem der har retten til at tale på patientens vegne - er omdrejningspunkt for, hvordan informationsmaterialet skal udformes.

Som de forskellige dialoguddrag fra møderne viser, har de sundhedsfaglige konkretiserende argumentative kort på hånden. Via brug af patientens perspektiv som grænsefigurer formår de sundhedsfaglige at bruge deres praksiserfaringer i en individualiseret homogenisering, hvor den *informationsresistente patient* og figurens modsætning *den informationshungrende patient* på skift kan sættes i spil og kooperere på tværs af faglighedernes delte meninger.

5.2.2 Jeg-identifikation som kommunikationsfaglig adgang til patientens perspektiv

Henvisningerne til de konkrete patienter og praksisser er uden for den kommunikationsfagliges rækkevidde og vidensfelt. De kommunikationsfaglige forsøger i stedet at alliere sig med patientfiguren gennem identifikation: ”Vi synes ikke det er særlig tilgængeligt” og ”altså jeg ville jo ikke vide, hvad er dårligt fungerende hjerte....”). De kommunikationsfagliges identifikation med patientens perspektiv understreger, at de

mener, at de med ”sund fornuft” uproblematisk kan repræsentere patienten. Jeg-identifikationens sunde fornuft accepteres imidlertid ikke af den sundhedsfaglige, idet hun understreger, hvordan den kommunikationsfagliges udgangspunkt ikke korresponderer med patientens perspektiv: ”Altså hvis man fejler noget af det her, så er man jo ikke selv i tvivl”. Jeg-identifikation fungerer ikke som metode overfor aktører der har førstehåndserfaringer med ”brugeren”. Madeleine Akrich betegner metoden ’I-methodology’ og beskriver den som: ”reliance on personal experience, whereby the designer replaces his professional hat by that of the layman”. I følge Akrich er jeg-identifikation en udbredt implicit metode i arbejdet med at skabe brugerorienteret design (Akrich 1995: 173, jf. også Oudshoorn et al. 2004). Ifølge medarbejderne i kommunikationsafdelingen er kernen i det kommunikationsstrategiske arbejde at bygge bro til patienternes verden. Jeg-identifikation synes her netop at være den implicite metode, der trækkes på:

Kommunikationsmedarbejder: ...for mange af os er det stadig traumatisk – bare det at skulle på et hospital. Der er meget, hvor det egentlig er total banal rutine for personalet, men det er det altså bare ikke for os.

Grafiker: Vi uddanner guider. For en patient er det en helt ny verden at komme til, at komme på hospitalet.

Interviewer: ”Vi uddanner guider” – hvad mener du?

Grafiker: Vi uddanner ikke guider, men pjecerne er langt hen ad vejen sådan en guide til et fremmed land, som hospitalsverdenen er.

- Gruppeinterview med kommunikationsafdelingen, september 2008

Den kommunikationsfaglige brobygning foregår dels gennem identifikation med patienten (jf. indledningen: ”... for mange af os”) og derpå ved at oversætte, formidle og i yderste instans omforme den eksisterende ”fremmedgørende” medicinske og bureaukratiske organisationskultur (jf. kapitel 3 – afsnit 7.2.2). Visionen for det kommunikationsfaglige arbejde er således at udglatte den objektivisering, der er til stede i det kliniske blik ved at omforme det medicinske sprog og guide det sundhedsfaglige perspektiv i retning af en større forståelse for patientens udgangspunkt. Det kommunikationsfaglige arbejde handler samtidig om at forklare de bureaukratiske rutiner og

procedurer, som er ”total banal rutine for personalet”, så regler og relationer bliver forståelige for patienten.

Kommunikationsmedarbejderne udtrykker også, at der er behov for andre metoder, for at få den kommunikationsfaglige forståelse af patientens perspektiv på banen. De ser flere veje til at nærme sig patientens perspektiv gennem brugeren:

Jeg har lige set en fra regionen, der har lavet en søgning på at lave noget faglig evidens ud fra litteraturen om patientinformation. Der var refereret fra en amerikansk undersøgelse, at man skulle skrive på en 10-årigs niveau, hvis man ville sikre, at folk forstod det, man skrev. Det ville vi aldrig komme igennem med her! Nu har jeg ikke set undersøgelsen, men jeg tror, der kan være meget om det, at det er meget mere, der skal forklares, end vi tror. Derfor er noget af det med at lave brugerundersøgelser, det er noget, der er inden for rækkevidde. Vores studentermedhjælp skal lave brugerundersøgelse på noget af det, vi laver. Plus at jeg har fået kontakt med en professionel patient, altså en som er journalist og forhenværende brystkræftpatient, som vi vil bruge også som konsulent på nogle af teksterne. Simpelt hen fordi hun har mulighed for også at give en kommunikationsfaglig vurdering, samtidig med at hun er patient. Det er selvfølgelig ikke en brugerundersøgelse i den forstand, men mere en ekstern konsulent, som jeg forestiller mig kunne bruge dér, hvor man måske har noget, hvor man ikke kan blive enige, så tror jeg, jeg vil prøve at foreslå det med, at man kunne få en
ekstern vurdering.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Som de forskellige typer empirisk materiale indikerer, falder forhandlingerne sjældent ud til de kommunikationsfagliges side. De kommunikationsfaglige søger alliancer med eksterne kilder (her evidensbaserede brugerundersøgelser) og har planer om at hente en såkaldt ”professionel patient” ind som mægler og styrkemarkør for den kommunikationsfaglige forståelse af patientens perspektiv.

5.3 Patienten som middel for andre(s) mål

Kommunikationsmedarbejdernes identifikation med patientens perspektiv illustrerer, hvordan både kommunikationsfaglige og patienter i denne optik står uden for hospitalet og betragter organisationen udefra:

Jeg ved, at der er kommet en ny patienttype, og de er mere krævende og efterspørger service og stiller flere spørgsmål. Det har noget at gøre med et skifte af generation, man kan sige, at 60'ere generationen er blevet gamle og kommer nu på hospitalet. De er vant til at stille spørgsmål og krav, hvilket er sundt for sundhedsvæsnen, for de [sundhedsfaglige] er nødt til at svare på spørgsmålene. Folk går også på nettet og finder information, og når man bliver stillet overfor sådanne "kunder" bliver man nødt til at svare.

- Interview med kommunikationschef, oktober 2009

Kommunikationsfaglighedens eksterne perspektiv på hospitalet ("*de* [sundhedsfaglige] er nødt til at svare"), og den kommunikationsfaglige virkelighed etablerer her den kløft, som kommunikationsfagligt arbejde skal bygge bro over gennem tilstedeværelse i organisationen. Kommunikationsafdelingens diagnose af samtidens patient og hendes møde med sundhedsvæsnen etablerer en kløft mellem *den informationshungrende patient* og hospitalsorganisationen som "den fremmede kultur":

Vi bruger det lidt med, at patienterne kommer til et fremmed land. For sproget er anderledes, og rutinen er anderledes, maden er anderledes, skiltene er anderledes. Alt er anderledes. Så for os gælder det om at guide patienterne, så de kan forstå det ud fra deres. Så vi skal bygge bro til den verden, patienten har.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Den generiske forståelse af *den informationshungrende patient*, der er potentielt fremmedgjort på rejsen ind i hospitalets verden, fungerer samtidig som en legitimering af kommunikationsfaglighedens plads som guider og brobyggere i det organisatoriske landskab.

Hvor patienten for kommunikationsmedarbejderen udgør en ekstern teoretisk figur - en abstrakt homogeniseret målgruppe af informationshungrende patienter - er patienten

ten for de sundhedsfaglige en række konkrete forskellige individer, de møder i delvist standardiserede forløb:

Hvem er patienten? De er fuldstændig differentierede. Fx snakkede jeg med en fyr 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. Overhovedet ikke! Han fortalte, at hans store problem med hans diabeteslæge var, at hun ville inddrage ham i alle mulige beslutninger, og det ville han ikke. Han ville ikke have alle de oplysninger. Hun skulle sige til ham, hvad han skulle gøre, og hvis han skulle have taget blodprøver, hvis han skulle tage de piller – eller hvad det nu var, han skulle. Det skulle hun sige til ham. Han ville simpelthen ikke høre på alt det. .. Det var meget lærerigt at møde ham og sige: 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 personalet synes, det er svært at gebærde sig i det krydsfelt.

- Interview med sundhedsfaglig udviklingskonsulent, december 2008

I den sundhedsfaglige virkelighed er klinikkens arbejdspraksisser og individuelle hensyn til patienten udgangspunkt for god patientkommunikation. I forhandlingerne om kommunikation trækkes situerede og individualiserede patientfigurer ind som aktører – *den informationsresistente patient* er som vist ikke en sjælden gæst i de sundhedsfaglige narrativer. Pointen her er imidlertid en anden: den, som bedst lykkes med at tale på patientens vegne, får det sidste ord.

Kommunikationsprogrammets mål er at tilgodese patientens perspektiv. I samarbejdssituationerne optræder patienten som variabel figur, og anvendes som argument for både den sundhedsfaglige og den kommunikationsfaglige tilgang til formidling. Analysen viser, at den perspektivistiske tilgang til patienten fungerer udmærket som grænsearbejde – en koordination, der ikke nødvendigvis udglatter forskelle mellem forskellige faglige virkeligheder, men muliggør samarbejde i kraft af en styrke, der kan begrundes i uklarhed og upræcist form og indhold. Umiddelbart synes der at være en delt normativ forståelse af, at patienten er den, som systemet er til for, men i de

forskellige aktørers brug af patienten som argument for deres synspunkter hører enigheden op og synes at fordele sig koblinger til to forskellige fagligt forankrede verdener: den udefrakommende kommunikationsfaglighed, der søger at etablere en organisatorisk plads i hospitalets sociale verden, og en allerede forankret sundhedsfaglighed, der søger at stabilisere og bevare kontrollen over et kendt arbejdsfelt, hvor den kliniske praksis er primæraktivitet. I disse forskelligt rettede strategier er patienten snarere et middel end et mål.

Kampen om udsigelsesret på patientens vegne er også en kamp om organisatorisk terræn. Patientens perspektiv er så fleksibel en grænsefigur, at det kan opsamles af de fleste og virke pragmatisk i arbejdet. Denne form for styring gennem patienten efterlader imidlertid den fleksible patientfigur tomt for indhold, hvor forskellige perspektiver konstant læses ind i patientperspektivet – uden at konkrete patienter får en stemme i det organisatoriske spil. Patienten er en diskursiv *implicated actor*, der ikke høres i forhandlingerne.

I det følgende, vil jeg gå nærmere ind i, hvordan sammenstød mellem kommunikations- og sundhedsfaglighed samt kampen om definitionsretten på patienten ikke bare handler om at udvikle den gode patientkommunikation, men i særdeleshed omhandler faglige roller og territorier, ansvarsområder og vidensfelter.

5.4 Alliancedannelse – adgang, ansvar og ejerskab på spil

Analysen har indtil nu peget i retning af, at patienternes behov er en styrkemærke for andre dagsordner i samarbejdet. Der synes at være et mønster i, at forandringsforslag mødes af modstand, idet begge fagligheder ser sig selv, som den der har initiativretten til at forandre. Analysen vil nu se nærmere på, hvordan denne modstand mod forandring praktiseres. En illustrativ samarbejdssituation viser, hvordan aktørerne forsøger at igangsætte forskellige forandringer i forhold til et informationsmateriale:

Sundhedsfaglig [S]: [...] En ting jeg tænkte på, om vi kunne lave en aftale, om at lave en forside på ”Værd at vide når du kommer hjem”, og vi kan ikke tillade os at rette noget som helst i den, for det er sådan en fællespjecce mellem os og to andre hospitaler. Men den burde have en forside, der svarer til de andre pjecer, netop fordi det er faktisk den allervigtigste for de fleste patienter, sådan en lille opslagsbog.

Kommunikationsfaglig [K]: Men den har jeres patientredaktør [jordemoder med decentralt ansvar for informationsmateriale]

S: Ja men hun gav sig til at rette i den og det skal hun ikke, og slet ikke uden at spørge os der har lavet den, haha.

K: Nej, men det kunne hun ikke vide fordi..

S: [afbryder]: Nej, det har hun fået at vide.

K: Ja, men hun har fået som opgave at være ansvarlig for patientinformation, så selvfølgelig forholder hun sig også til indholdet af det og.. Men jeg har nemlig undret mig over, hvad der skete med den, for det er jo længe siden Lise kom med det der udkast, og så er det ligesom om, at den bare har ligget død siden.

S: Ja, det har den også, fordi der er jo nogen, der skal tage initiativ til at samle de afdelinger..

K: Mm... men er det noget Lise så kunne gøre, eller hvor ligger den henne?

S: Deeeet ved jeg ikke, jeg tror, i virkeligheden blev den sendt videre til cheffjordemoderen og så skete der ikke mere, for, hun skulle jo tage de andre i ed.

Grafiker [G]: Jeg tænkte på, kunne der ske noget ved at sende den rundt til de andre og sige: ”vi har arbejdet med den her og foreslår de her forbedringer”, så er man da i hvert fald startet?

S: Det kan hun da godt sådan set, men spørgsmålet er, hvem hun skal sende den til, for jeg tror ikke der er nogen af de mennesker, måske tilbage, der har været med til at lave den i sin tid, nu er det Rikke og jeg, der er her, som de eneste. Sådan er det nok også andre steder...

G: Så må I jo være beslutningsdygtige

S: Rikke og jeg protesterede vildt og sagde ”du må sgu ikke bare sådan lige lave den om”... Ja og så ville Rikke spørge Kirsten og så endte den vist der..

K: Og så er den lige gået i stå der

S: Ja, så er den nok ikke kommet længere. [diskussionen slutter og mødet rundes af]

- Møde om informationspjecce til nybagte forældre, maj 2008

Forsøget på at få igangsat en revideringsopgave mislykkes her for den kommunikationsfaglige – og selve ansvars- og rollefordelingen samt ejerskabet til materialet bliver

et eksplicit konflikttema. Allerede ved diskussionens start indleder den sundhedsfaglige med at bede om en "aftale", om (kun) at lave en ny forside til materialet, hvilket heller ikke lykkes. Den sundhedsfaglige påbegynder her sin alliancedannelse med "de fleste patienter" og involverer derefter fagfællernes forfatterskab og ejerskab til materialet samt de rettigheder, hun mener hører til dette – og hun henviser til ansvaret over for nu fratrådte medforfattere på andre afdelinger. Ved at tale på vegne af andre og repræsentere dem, sideordner og oversætter den sundhedsfaglige andre aktørers interesser ind i sin dagsorden. Patienter, medforfattere og kolleger homogeniseres herved til en samlet interesse i at bevare status quo. Den sundhedsprofessionelle fungerer som en stærk gatekeeper på flere planer. Hun er både den, der har adgang til materialet, og hun er samtidig den, der har de nødvendige kontakter, der skal tages i ed, for at igangsætte en revideringsproces – og desuden skal hun sørge for distribution og viden om materialet i afdelingen. Hun positionerer sig som en uomgængelig aktør og gør sig til talsmand for "de fleste patienter" samt en række fagfæller, og i samme bevægelse komplicerer hun den kommunikationsfagliges adgang til opgaven ved at henvise til tværganisatoriske barrierer. Uden den sundhedsfagliges samtykke kan arbejdet ikke igangsættes, uanset hvor problematisk informationsmaterialet er - set fra en kommunikationsfaglig vinkel. Kommunikationsprogrammets ansvars- og rollefordeling, hvor der skelnes mellem sundhedsfaglige fakta på den ene side og sprog og grafisk udformning på den anden, synes ikke at komme i stand som operationaliserbar arbejdsdeling i samarbejdet. Den sundhedsfaglige positionerer sig som et slags obligatorisk passagepunkt (Callon 1986), som de kommunikationsfaglige skal passere for at igangsætte deres opgave. I denne situation er passagepunktet så indsnævret, at et egentlig samarbejde eller fælles forståelse slet ikke kommer i stand, men revideringsopgaven må opgives.

Her udfordrer den sundhedsfaglige kommunikationsprogrammets antagelser om, at arbejdsdeling, roller og ansvar kan prædefineres via organisatoriske politikker. Eksempelvis henviser den kommunikationsfaglige til den medarbejder, der "har fået

som opgave at være ansvarlig for patientinformation” og det arbejde, som medarbejderen har udført med opbakning fra kommunikationsafdelingen. Men den rollefordeling er ikke accepteret af de involverede sundhedsfaglige, som ifølge eget udsagn: ”protesterede vildt og sagde ’du må sgu ikke bare sådan lige lave den om’”. Ejerskab og ansvar viser sig at være forment anderledes i organisationens praksis end i de organisationsstrategiske dokumenter. Tjeklister, dogmer og principper om ansvarsfordeling og arbejdsdeling faciliterer ikke samarbejdsprocessen, men afvises eller ignoreres, og adgangen til det omtalte materiale fortaber sig i undvigelse på trods af grafikerens appel (”så må I jo være beslutningsdygtige”).

De sundhedsfaglige har som vist et omfangsrigt repertoire af aktører og elementer – herunder informationsmateriale selv, som de bruger til at underbygge deres virkelighed. Med Latour kan man sige, at det de sundhedsfaglige her gør, er at skabe et heterogent netværk, dvs. de forbinder forskellige bestanddele, hvorved netværket bliver mere komplekst og stabilt (Latour 1987a). Det viser sig også i situationen, hvor en kommunikationsmedarbejder vil ændre information til patienter om medicin i en pjece, der samler informationer om patientforløbet ved planlagt kejsersnit:

Kommunikationsfaglig [K]: Jeg vil høre hvorfor I har sat det her medicin-information ind?

Sundhedsfaglig [S]: Det skal de have som skriftlig information

K: jamen det er der jo ikke nogen andre pjecer, hvor vi har...

S: Ikke i andre pjecer? Det er meget nemmere.

K: Det er jo ret omfattende.

S: Det skal vi, og de er rigtig glade for det, pigerne. De kan se hvad de skal tage, når de er færdige med det, vi giver dem. Vi vil rigtig gerne beholde den tak, haha.

- Møde om information til patienter om medicin efter kejsersnit, maj 2008

Her udvides det sundhedsfaglige netværk til også at omfatte lovgivningen (”Det skal de have som skriftlig information”), og den sundhedsfaglige søger at lukke diskussionen ved at referere til tilbagemeldinger fra patienterne (”og de er rigtig glade for det, pigerne”). Henvisningen til patienterne og lovgivning på området fungerer som ar-

gumenter, der står stærkere end de regler, principper og dogmer som kommunikationsprogrammet er bygget på. Ligesom i de andre situationer forsøger den sundhedsfaglige at bevare en eksisterende form ved at lukke af for forandringer initieret af de kommunikationsfaglige. Igangsættelserne af konflikterne i situationerne illustrerer, hvordan uenigheder bliver tydelige, når den kommunikationsfaglige tager initiativ og foreslår forandring, som ud fra et kommunikationsfagligt perspektiv kan reducere kompleksitet for patienterne: I de forskellige situationer afvises forslag om forandring med henvisning til hhv. personalets og patienternes behov, eksterne kolleger, organisatorisk ejerskab, logistiske barrierer og lovgivning. Det altoverskyggende argument er imidlertid henvisninger til praksiserfaringer med patienterne, hvor den sundhedsfaglige ensarter den heterogene samling af elementer og gør sig til patientens talsmand via konkrete fortællinger, hvor hun med brug af ”vi” taler på vegne af primært patienter og kolleger. 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 både evnen til at forbinde patientperspektivet til egne agendaer, men også den situerede viden og magt, der knytter sig til, at pjecen fungerer som et arbejdsredskab for de sundhedsfaglige. De sundhedsfagliges argumenter rettes mod, at pjecen – i den form de foretrækker – effektiviserer arbejdsprocesser fx ved at informationsopgaver delegeres til informationsmaterialet.

Som vist ovenfor skal pjecer til forældre til for tidligt fødte børn doseres, når patienterne ”er nødt til at tage stilling til” eller ”er nødt til at læse”, og omkring information om medicin er den skriftlige information et element, der gør, at samarbejdet med patienterne ”er meget nemmere”. Bevarelsen af pjecerne som de er - uden kommunikationsfaglig redigering – begrundes således med fungerende praksisser, hvor patienternes behov allerede er varetaget. Eksisterende pjecer positioneres som velfungerende redskaber, der udfører et arbejde på vegne af de sundhedsfaglige. Her bliver det tyde-

ligt, at også den konkrete pjece og dens funktioner hverves som en afgørende del af det sundhedsfaglige stærke og omfangsrige netværk.

I forhandlinger om udarbejdelse af konkret materiale opereres der med to forskellige mål i arbejdet. De kommunikationsfaglige orienterer sig mod patienttilfredshed, gennemarbejdede målbare produkter og kommunikativ forståelighed, hvor de bruger sig selv ('I-methodology') som modtagerfigur i et organisationseksternt teoretisk perspektiv på patientforløb. De ser den sundhedsfaglige som en blandt flere sekundære kilder og leverandører af fakta, som skal indgå i deres redaktionelle arbejde med at konstruere pjecen; deres primære arbejdsobjekt. De befinder sig således altid på sekundær kildes afstand af patienten, hvilket gør deres teoretiske faglighed baseret på sund fornuft skrøbelig og let at udfordre for de sundhedsfaglige, der har et organisationsinternt perspektiv og indblik i konkrete kliniske praksisser.

For de sundhedsfaglige 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 (handlinger) samt koordinering på trods af kontingente faktorer og undgåelse af komplikationer. Individuelt tilpassede patientforløb er praktisk hverdagsvirkelighed, og her træder pjecen ind som et perifert arbejdsredskab og skal formidle sundhedsfaglig viden på en korrekt måde og samtidig fungere elastisk og kunne tilpasses forskellige forløb.

Patienten og de perspektiver, der knyttes til patientfiguren er her en fleksibel størrelse, der italesættes i kontinuummet mellem informationsresistens og forskellige grader af informationshungere. Den iøjnefaldende pointe angående patientens perspektiv er, at patienten alene taler gennem andre aktører, men ikke har en egen stemme i kommunikationsprogrammets arbejde. Patientens perspektiv fungerer gennem grænsefigurer på tværs af faglige og interessebaserede forskelle, men ingen i kommunikationsprogrammets praksisser forholder sig undersøgende til konkrete patienters perspektiv.

5.5 I detaljen – pjecen som objekt

I observationer og interviews, hvor jeg har fulgt de kommunikationsfagliges arbejde, har jeg søgt at efterspore, hvornår og hvordan samarbejdet med de sundhedsfaglige fungerer. Der er et mønster i, at to forhold gør sig gældende: 1) Der er en række eksempler på samarbejdssituationer, hvor opgaver løses ved at patientens perspektiv fungerer som grænsefigur, der kan etablere samarbejde på tværs af forskelle. 2) Desuden fungerer samarbejdet gennem konkrete udkast til tekst og/eller illustrationer, som forhandlinger kan tage afsæt i, eksemplificere ud fra og koordinere henover.

Kommunikationsprogrammets identificerede distinktioner kolliderer eller forskydes i samarbejdets praktiserede håndteringsmåder. I det følgende vil analysere, hvordan disse forhold viser sig i samarbejdet. En kommunikationsmedarbejder fortæller:

Jeg oplevede for nylig noget, som jeg vil prøve på at bruge fremover. Det var nogle neuropsykologer, der havde skrevet en tekst, som vi diskuterede grundigt [...] Og det var en meget faglig skrivestil, de havde valgt dér. Dels meget kompleks sætningsopbygning, meget med passiver og verbalsubstantiver – og meget begrebstungt. Så det var en meget akademisk skrivestil, og det faldt mig bare sådan i munden. Og der kunne jeg se, det reagerede de ikke negativt på. Der var de indstillet på, at jeg skulle prøve at lave en oversættelse til almindeligt sprog. Og da tænkte jeg, at hvis jeg bruger det fremover, det vil jeg prøve at bruge som et af argumenterne for, at det er vigtigt ikke at bruge en akademisk skrivestil, når man formidler til patienter. Ja, det tænker jeg, fordi så giver man også en diagnose på deres tekst.

- Kommunikationsmedarbejder i gruppeinterview, september 2007

Kommunikationschefens diagnostik af de sundhedsfagliges formidlingsevner som ”lægelatin” og ”uforståeligt sprog” er i kommunikationsmedarbejderens beretning om samarbejdet med neuropsykologerne erstattet af en mere anerkendende betegnelse ”akademisk skrivestil”. Kommunikationsmedarbejderens fortælling om arbejdet med at diagnosticere de sundhedsfagliges ”akademiske skrivestil” er interessant, fordi den forklarer, hvordan kritik af de sundhedsfagliges kommunikationskompetencer er svært håndterbart felt samtidig med, at den giver et bud på, hvordan samarbejdet kan håndteres uden gensidig amatørloggørelse. Kommunikation er traditionelt en del af

den kliniske sundhedsfaglige professionsidentitet – og det at kommunikation aktuelt gennem kommunikationsprogrammet udskilles som en særlig ekstraklinisk kompetence synes at kræve håndteringsmåder, der ikke alene udpeger problemer og fejl ud fra prædefinerede løsningsmodeller – baseret på ”sund fornuft”. I stedet kan fælles gennemlæsninger af tekstudkast afføde et konstruktivt samarbejde, hvor de sundhedsfaglige udkast til formidling er basis for en kritisk anerkendende kommunikationsfaglig diagnostik som fx akademisk skrivestil. Her sammenvæves faglighederne i sundhedsfaglig tekstproduktion og kommunikationsfaglig diagnostik. Denne omvendning af rollerne fungerer som håndteringsmåde, der kan anvendes strategisk til at igangsætte samarbejdet.

Kommunikationsprogrammets teoretiske skelnen mellem tekstlig formidling og sundhedsfaglige fakta synes derimod at være en uproduktiv abstraktion, som både er svær at bruge i praksis, men også svær at lokalisere og identificere i de konkrete praksisser. I det praktiske samarbejde er formidlingsform og indholdsmæssig viden nødvendigvis vævet sammen i og omkring tekstudkastet. Denne sammenvævning er tydelig i en diskussion af information til patienter om medicin. Sundhedsfaglige har fremsendt et udkast, som den kommunikationsfaglige kommenterer på. Det sundhedsfaglige udkast skal forhandles og situationen illustrerer, hvordan sundhedsfaglig viden og kommunikationsfaglig formidling er uadskillelige i håndteringen af kommunikation:

Kommunikationsmedarbejder [K]: Ja, sådan et udtryk som depottabletter, øhh..

Sundhedsfaglig [S]: Det får de forklaret, når de er til forberedelse. Og de får det forklaret hvis de er akutte og førstegangsfødende.

K: OK ja, er det vanskeligt at forklare?

S: [lavt] Næh, det virker i 12 timer i stedet for 6.

K: Hvad for noget?

S: Det virker i 12 timer i stedet for 6. Og det giver en bedre, jævner smertebehandling.

K: Ja, for det kunne man jo bare skrive, så at de virker i 12 timer i stedet for 6.

S: Jaja det kan du godt, men så skal du gøre det rigtigt og have med, at smertedækningen er bedre, mere jævn.

K: Ja, [pause] men altså betyder det, der altså står der, at det er dagligt fordelt på 2-3 doser?

S: Ja det mener jeg jo så er forkert. Der skal stå, at vi giver dem 75 milligram fordelt 2 gange dagligt - ganske enkelt.

K: Ok, 75 milligram dagligt 2 gange, fordelt på 2 doser, og så..

S: Nejnej, så er det 150 milligram ikk, Altså de får 75 to gange, så det er 150 i døgnet.

K: Okay.

S: Så du kan sådan set formulere det som du vil.

G: Ikke fordelt på...

K: 150 gram I døgnet

S: Milligram milligram tak.

K: Jahh... HAHA [Alle griner, kommunikationsmedarbejderen gentager mens hun skriver]

S: Og ellers så streg det der depot, det er jo lige meget.

K: Jamen det er fordi, så bliver jeg nemlig forvirret, fordi bagefter så står der nemlig depottabletter fordelt på to doser, men det er så det samme.

S: Ja det er det samme, der står to gange.

K: Så det kan jeg godt tage ud der så?

S: Ja, og det andet der, det er også lige meget, der er ikke nogen af dem, der deler dem, det der med de skal synkes hele, det skal vi sgu nok finde ud af at forklare dem. Vi skal jo også snakke lidt sammen.. måske. [...]

K: Det er i hvert fald sådan, at jeg bliver forvirret af at det både står på den måde og på den måde, så, så så bliver jeg lidt usikker.

S [afbryder]: Den der, den er kun lavet, fordi vi har den informationsforpligtelse, skriftligt, fordi det er denne her de forstår rigtigt, så læser de den der bagefter og finder ud af, at der står det samme. Det er fordi, vi skal give dem en skriftlig information.

K: Jo, men er det så ikke den skriftlige information, der står her?

S: Vi skal give dem en produktinformation.

K: I skal give dem en produktinformation?

S: Ja, det er akkrediteringsreglerne, sådan er det.

K: Okay.

- Møde om information til kvinder der har født ved kejsersnit 2008

Situationen viser, hvordan to fagligheder supplerer hinanden gennem forhandlinger. Den sundhedsfaglige version af informationsmaterialet udgør allerede en repræsentation, som igangsætter den kommunikationsfagliges insisteren på at forstå og forklare, hvad depottabletter er, og hvordan de bruges. Dette leder frem til en fælles forståelse,

bl.a. af at den tekst er misvisende. Herpå misforstår den kommunikationsfaglige budskabet, og den sundhedsfaglige bidrager til, at fejlen korrigeres. Adskillelsen af form og indhold, kommunikations- og sundhedsfaglighed synes ikke at praktiseres. Tværtimod er skellet ophævet i samarbejdet om konkrete tekstudkast, idet ethvert udkast består af allerede formidlet sundhedsfaglig viden, der i forhandlinger både udfordres og artikuleres på nye måder i forhold til form og indhold. Diskussionerne af pjecerne skaber nye forbindelser mellem patientens perspektiv som idé og konkrete patientfigurer, strategi og praksis, kommunikationsfaglige og sundhedsfaglige virkeligheder. I samarbejdsprocessen er pjecerne ikke bare en effekt af kommunikationsstrategien, men har selv organisatoriske effekter. I et opfølgende interview forklarer kommunikationsmedarbejderen, hvordan det videre samarbejde forløb:

Da jeg så havde skrevet et andet oplæg, så havde hun faktisk accepteret rub og stub af, hvad jeg havde skrevet. Den er endt med, at hun har accepteret det [...] Jeg skulle have skrevet oplægget, inden jeg begyndte at snakke med hende om det. Det kommer jeg i det hele taget langt med.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Denne evaluering af kommunikationsarbejdets vilkår underbygger, at det ikke nødvendigvis er de konkrete kommunikationsfagligt initierede forandringsforslag, de sundhedsfaglige gør modstand imod. Det synes i højere grad at være den *amatørliggørelse*, der opleves, når en anden faglighed griber ind og søger at korrigere. En håndteringsstrategi i samarbejdet er derfor, at kommunikationsfaglige lægger redigerede forslag frem til forhandling, så det er den kommunikationsfagliges repræsentation, der forhandles om og korrigeres.

I samarbejdets udveksling og diskussioner af det konkrete foregår der en gensidig læring. Der er enighed om, at det endelige resultat samlet set forbedres gennem nuancerede diskussioner af konkrete eksempler på tekst eller eksempler fra praksis. Konkrete tekstudkast og konkrete reproduktioner af fortællinger om patienten i klinisk praksis kan koordinere henover forskelle og få samarbejdet til at fungere.

5.6 Eksemplets magt – re-præsentation som informationsmaterialitet

Håndteringerne i samarbejdet går ofte gennem eksempler, hvor specifikke formuleringer eller brugssammenhænge danner grundlag for beslutninger. Rekonstruktioner af mødet med den konkrete patient og konkrete skriftlige udkast udfører et koordinerende grænsearbejde. Samarbejdet etableres mellem de involverede parter gennem eksemplets magt: fx som analysen har vist gennem konkretisering af patientfiguren med henvisning til klinisk praksiserfaring eller gennem konkrete, minutløse gennemgange af tekstlige udkast. Når der gives praksisnære eksempler på patientens handlemåder, eller når specifikke formuleringer i teksten gennemarbejdes i fællesskab som i eksemplet med information om medicin viste, undgår de to fagligheder at amatørlogisere hinanden.

De kommunikationsfaglige stiller spørgsmålstegn ved form og indhold i eksisterende materiale, hvilket fordrer, at de sundhedsfaglige overvejer og forklarer konkrete praksisser, som der skal tages hensyn til. Samarbejdet kræver artikulationsarbejde, hvor kommunikationsstrategi og klinisk praksis koordineres i diskussioner og i skriftlige udkast. For både sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige synes det at være væsentligt, at de har mere end abstrakte idéer at samarbejde om. Konkrete udkast er nødvendige, som en slags fælles platform, hvorfra diskussioner og samarbejde kan udfolde sig. Som en kommunikationsmedarbejder siger:

Hvis de sundhedsfaglige ikke har set udkastet, så kan de ikke se forskellen. Der er det først, når der kommer et konkret forslag, så kan de se forskellen og så acceptere det eller ikke acceptere det.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Det konkrete tekstudkast kan fungere som et koordinerende grænseobjekt i samarbejdet – både i diskussionerne af specifikke problematikker (jf. medicininformation), og i forhandling af, hvilken patientgruppe informationsmaterialet er rettet mod, og hvilken situation de befinder sig i (jf. patientforløbsdogmet og akademisk skrivestil).

Analyser af klinisk praksis (fx Strauss et al 1997) beretter om, hvordan klinisk praksis kræver artikulationsarbejde for at fungere. Repræsentation af klinisk praksis i konkrete skriftlige produkter fordrer endnu et lag af artikulationer, hvor kommunikations- og sundhedsfaglige skal enes om repræsentationens form og indhold med henblik på patientens perspektiv. Med disse forskellige perspektiver i spil, er de tekstudkast, der samarbejdes om ikke bare simple fremtrædelsesmåder for *nogen* eller manifestationer af *noget*, men konkrete måder at samle, ordne, systematisere og fremvise informationer om sammenhænge på. Pjecernes forskellige versioner er håndgribelige artefakter bestående af ord, sætninger og illustrationer, der baseres på forhandlinger af organisatorisk orden. Jeg kategoriserer disse forskellige versioner af udkast som grænseobjekter, der koordinerer samarbejdet på trods af forskelle. Jeg kategoriserer denne type grænseobjekt som *informationsmaterialitet*, for at understrege den dobbelthed af det abstrakte og konkrete, specifikke og generelle, der er i spil når informationer materialiserer sig som konkrete repræsentationer. Betegnelsen informationsmaterialitet for denne type grænseobjekt henleder opmærksomheden på, at de forskellige versioner ikke er simple gengivelser (re-præsentationer), men *genskabelser* af organisatorisk virkelighed – dvs. artikulationer, som fungerer midlertidigt som repræsentation, indtil de udfordres af nye perspektiver, organisationsstrukturer eller kontingen- ser, der fordrer genforhandling. Samarbejds møder er et uomgængeligt organisatorisk rum mellem de to fagligheders 'sites'. De konkrete udkast skaber både kamp og vidensudveksling, som grundlag for den videre proces frem mod et forhandlet informationsprodukt. En kommunikationsfaglig forklarer, hvordan hun lykkes i sit arbejde:

Jeg tror meget, det er i mødet omkring det konkrete produkt. Jeg er bare nødt til at gentage mig selv hver gang. Det må jeg nok sige, det er mest det, jeg hælder til som måden at komme videre frem [...] det er i mødet omkring den konkrete pjece, at forandring vil finde sted. At der ligesom er indbygget undervisning i det.

- Interview med kommunikationsmedarbejder, november 2008

Kommunikationsmedarbejderen ser den indbyggede undervisning i mødet om det konkrete produkt som en læringsituation, hvor den sundhedsfaglige er den lærende part. Analyserne af samarbejdet viser dog, at læringen går begge veje i relationen. Den sundhedsfaglige bidrager med sundhedsfaglige fakta, men også med informationer om konkret klinisk praksis og konkrete patientgrupper. Samarbejds møderne skaber herigennem organisatorisk læring ved give de kommunikationsfaglige den fornødne organisationsinterne viden om praksis og patientgruppen, som gør dem i stand til at udarbejde et forslag til den endelige pjece. Håndteringerne i samarbejdet foregår således gennem konkrete eksempler (patientfigurer i form af patienthistorier eller informationsmaterialitet i form af tekstudkast), der fungerer som koordinerende grænseobjekter mellem professionerne.

Håndteringerne foregår ikke uden opklarende uoverensstemmelser, men diskussionerne er det, der er selve kommunikationsfaglighedens berettigelse. Den kommunikationsfaglige opgave er at undersøge og udfordre den sundhedsfaglige fremstillingsform og valg af indhold. I ”Plan for patientens perspektiv 2007-2008” er målet at minimere diskussioner gennem dogmer og principper, der skal eliminere såkaldt ”tidsrøvende” konflikter. Samtidig baseres kommunikationsprogrammets ontologi på et skarpt skel mellem sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige ansvarsområder og vidensfelter. Programmets målsætning om herved at effektivisere produktionsprocessen er på baggrund af analysen en strategi, som derimod modarbejder programmet selv og den kommunikationsfaglighed, som programmet ønsker at skabe plads for og legitimere. Kløfterne i programmet reproduceres som konfliktfelter i praksis. Kommunikationsprogrammet opstiller sundhedsfaglige og kommunikationsfaglige som modstandere i et omvendt hierarki i forhold til den organisatoriske virkelighed, samtidig med at der insisteres på ligestilling.

6 Diskussion & konklusion

Hospitalets sociale verden er domineret af de sundhedsfagliges primæraktivitet; kernedydelsen patientbehandling, som kommunikationsprogrammet forstyrrer ved at projektere en ny orden og teknologi i form af kommunikationsstandarder. Analysen diagnosticerer den ekstrakliniske kommunikationsfaglighed som en metodisk paradisciplin, som må erhverve indhold, information og viden fra opgave til opgave. Det betyder, at kommunikationsfagligheden står på en konstant usikker og emergent grund, og har en lav grad af autenticitet i organisationen.

De kommunikationsfaglige ser egne kvalifikationer som ”sund fornuft”, der må implementeres via teoretiske standarder med henblik på at smidiggøre samarbejdet og effektivisere arbejdsprocesser med produktion af patientinformation. Denne positionering understreger forskelle og modsætninger, som bestyrkes i faglighedernes positionering af hinanden. Kommunikationsprogrammets forståelse af den sociale verden som bestående af adskilte perspektiver udfordres i samarbejdssituationerne. Ansvar, ejerskab og rettigheder er kilder til konflikt, som ikke kan løses af standarder, der reproducerer et kommunikationsfagligt udgangspunkt i et hierarkisk kompetenceskel mellem kilder (sundhedsfaglige fakta) og redaktør (kommunikationsfaglig formidling). De sundhedsfaglige ser dette kompetenceskel som et omvendt hierarki, hvor den professionelle (viden om facts og praksis) bruger af sekretæren (kommunikationsfaglig servicefunktion). Diskussioner af patientbehov og den gode kommunikation omhandler i høj grad faglig identitet, organisatorisk autenticitet og jurisdiktion.

Samarbejdet lykkes imidlertid på trods af manglende konsensus. Grænsefigurer i form af patientens perspektiv og grænseobjekter i form af informationsmaterialitet udfører et plastisk arbejde i sammenstødet mellem perspektiver. Figurer og objekter udgør to former for artikulation i samarbejdet, som gør det muligt at koordinere og skabe lokale, midlertidige forhandlede ordener. Disse håndteringer er ikke rationelle arbejdsmodeller, der kan prædefineres i standarder. Samarbejds møderne er derimod

situerede organisatoriske forhandlingsrum, hvor artikulationer håndterer og koordinerer den kommunikationsstrategiske indsats med klinisk praksis.

6.1 Den fleksible patientfigur som grænsefigur

Kommunikations- og sundhedsfaglige aktører søger med forskellige strategier at tale på vegne af patienten og skabe alliancer til at understøtte deres virkelighed. Kommunikationsfagligheden har et udefrakommende perspektiv på hospitalsorganisationen, og sundhedsfagligheden er forankret i organisationsinterne praksisser og brugssammenhænge. I samarbejdet støder de forskellige versioner af den organisatoriske virkelighed sammen, men viser sig også at være delvist forbundne i en pragmatisk kommunikationsforståelse, hvor produktion og konkrete brugssituationer vægtes højt. I dette arbejde er patientperspektiver centrale grænsefigurer. Patienten er hos den kommunikationsfaglige en uspecifik generisk kategori, der forbindes med de sundhedsprofessionelles situerede beretninger om patienter. Patientens perspektiv fungerer som grænsefigur, der homogeniserer målgruppen, hvor enkelte beretninger om patienter trækkes frem og på samme tid differentierer og samler billedet af patienten. De sundhedsprofessionelles strategi i samarbejdet er at konkretisere patientens perspektiv gennem *individualiseret homogenisering*, hvor konkrete patienthistorier homogeniseres og bestyrker den sundhedsfagliges syn på korrekt kommunikation.

6.2 Informationsmaterialitet som grænseobjekt

De kommunikationsfaglige bruger derimod overvejende konkrete eksempler fra pjeceudkast for at lykkes med deres strategi. Som analysen viser, er informationsmaterialitet ikke bare et grænseobjekt, der kan koordinere relationen mellem patient og organisation, men i høj grad en aktør i forhandling af organisatorisk orden mellem fagligheder. Analysen peger på, hvordan lokale repræsentationspraksisser har organise-

rende effekter. Produktet, som udvikles, er ikke et passivt produkt, der fødes af en samarbejdsproces, men en aktiv part i organisering, der undervejs i processen iværksætter en række forskellige forhandlinger og gensidig læring. At arbejdet med den perifere pamflet; pjecen, udgør en brændende platform af interesser er overraskende, men kan forklares med, at dens re-præsentative kvaliteter går i mange retninger. Som færdigt produkt konkretiserer pjecen kommunikationsstrategien og gør den målbar (objekt for patienttilfredshed). Herved fungerer pjecen som et legitimeringsredskab for de kommunikationsfaglige, der kan synliggøre, måle, dokumentere og evaluere deres arbejde. Den færdige pjece fungerer samtidig som et arbejdsredskab for de sundhedsprofessionelle, der bruger den til at delegerer arbejde til patienterne og sikre sig at informationsforpligtelsen overholdes. For både kommunikationsfaglige og sundhedsfaglige er pjecen et organisatorisk spejl, der udstiller og udstikker aktørers roller samt udtrykker, hvad hospitalet formår kommunikativt og klinisk.

Analysen peger på, at den organisatoriske orden og de faglige roller udfordres i afklaringen af disse forhold – og at repræsentationer i form af strategier og udkast til konkrete pjecer bidrager aktivt til at organisere og intervenere i de sociale relationer. I forhandlingerne om pjecens form og indhold organiseres organisationsinterne samarbejdsrelationer og den virtuelle organisering af relationen mellem patient og hospital. Allerede i tilblivelsesprocessen fungerer pjecen som en organisatorisk aktør. Produktionen af det konkrete kommunikationsprodukt gør, at en uhåndgribelig strategi bliver til et håndgribeligt objekt, der dels kan skabe forhandlinger og som slutprodukt kan distribueres, kvantificeres og evalueres.

6.3 Repræsentation som intervention

Processen, hvor patientinformation materialiseres i et informationsprodukt, udgør en organisatorisk forhandlingsproces, hvor objekter (i form af pjecer) og diskursive figu-

rer (patienten) sættes i spil mellem deltagende aktører (sundhedsprofessionelle og kommunikationsfaglige), hvis faglige roller samtidig er i spil. Samarbejdsprocesserne producerer både kampe, sammenbrud og nye forbindelser, hvor der etableres rum for organisatorisk læring. De konfliktfyldte møder mellem de to fagligheder er et uomgængeligt samlingspunkt for at udbrede den kommunikationsfaglige kompetence i organisationen, og ikke mindst for at kommunikationsfaglige kan udvide deres viden om konkrete kliniske praksisser, de beskriver og de patienter, som de skriver til.

Analysen viser, hvordan samarbejdspraksisserne både problematiserer, udfordrer og styrker kommunikation som strategisk arbejdsfelt ved at tilbagevise kommunikationsstrategiske antagelser, overskride strategiens målsætning og realisere konstruktive uintenderede effekter. På trods af divergerende mål med eller definitioner af det arbejde, som aktørerne forsøger at udføre, kan forskellige perspektiver håndteres og sammenvæves i et polariseret felt, hvor der kæmpes om faglig autoritet, begreber og objekters status. Udførelsen af strategisk kommunikation har en række effekter, som i vid udstrækning er negationer af de intenderede effekter. De kommunikationsstrategiske antagelser om implementering af standarder, forestillingen om et skarpt skel mellem sundhedsfaglig og kommunikationsfaglige vidensfelter samt idéen om en hertil hørende klar arbejdsdeling mellem levering af faktuel viden og formidling fungerer ikke i konkrete samarbejdspraksisser. Tværtimod virker udførelsen af kommunikationsstrategien tilbage på disse antagelser og peger på, at standarder ikke kan gælde i et hvert tilfælde (jf. dogmet om forløb som standard), og at forskellige vidensfelter ikke kan adskilles i praksis. Ligeledes virker den formaliserede arbejdsdeling ikke, da hospitalet i forhold til det kommunikationsstrategiske felt er en organisation, hvor autoritetsforholdene synes at virke omvendt i forhold til det formelle hierarki i organisationen. Det er ikke formel autoritet (ledelse og strategi), der har gennemslagskraft i samarbejdets forhandlinger om den gode kommunikation. I stedet er det konkretisering og praksiserfaringer med patienter, der har beslutningskraft i samarbejdet. Ud over at strategiens udførelsespraksis nærmest omvender de antagelser, den bygger på,

sker der i øvrigt en række utilsigtede organisatoriske effekter i bevægelsen fra strategi til praksis. Samarbejdsprocessen synes at etablere et organisatorisk rum for reciprok vidensudveksling og læring på tværs af fagligheder; den sundhedsfaglige bliver udfordret og får stillet spørgsmål til indforstået sprog og rutinerede praksisser. Denne spørgen afføder refleksion over praksis og betyder samtidig, at de sundhedsfagliges fortællinger, udvider de kommunikationsfagliges viden om konkret klinisk praksis og konkrete patientgrupper. Den organisatoriske læring der sker i samarbejdet, er en situeret læring som foregår i det konkrete møde, hvor de forskellige vidensfelters perspektiver integreres i udarbejdelsen af kommunikationsproduktet.

Kommunikationsprogrammets perspektivistiske udgangspunkt producerer kløfter ved at forstå de respektive fagligheder og patienten som forskellige kulturelle perspektiver på det samme. Herved laver kommunikationsstrategien bespænd for sin implementering – og ekskluderer blikket for nødvendigheden og kvaliteten af det intervererende grænsearbejde, der foregår i praksis. På baggrund af de analyserede samarbejdspraksisser ville det være frugtbart, hvis kommunikationsprogrammet ikke efterstræbte at eliminere forhandlinger. At artikulationsarbejdet unddrager sig formalisering og ikke kan indfanges af rationelle arbejdsmodeller betyder ikke, at artikulationsarbejde kan undværes eller er værdiløst. Analyserne peger i stedet på en omvendt pointe. I det konkrete situerede artikulationsarbejde kommer samarbejdet i stand, og her udvikles konkrete kommunikationsprodukter gennem versioner af informationsmaterialitet og det er her, der kan foregå gensidig organisatorisk læring.

Kommunikationsstrategiens standardiseringsbestrebelse går i retning af en effektivisering, der har som mål at eliminere disse møders artikulationsarbejde, minimere sammenstødene mellem faglighederne og de konflikter, som følger heraf. Imidlertid viser analysen, hvordan disse situerede møder, og den re-artikulation, der foregår i forhold til konkrete informationsmaterialer og specifikke patientmålgrupper for det første er uomgængelige for udførelsen af kommunikationsstrategien, og for det andet

skaber denne udveksling værdi for organisationen. Den viden, der sættes i spil, forankres og rækker ud over den enkelte situation. Eksempelvis finder de kommunikationsfaglige nye strategier til at lykkes i deres arbejdet gennem de konkrete samarbejdssituationer (jf. akademisk skrivestil som konstruktiv diagnose).

Analysen lander således ikke bare i en negativ kritik af, at strategisk kommunikation er et standardiserende absurdum, som ikke korresponderer med virkeligheden. Analysen viser, at der produceres organisatorisk læring i konkrete situerede samarbejder om patientens perspektiv. Imidlertid kalder kommunikationsprogrammets praksis på en rekonstruktion af kommunikationsprogrammet, hvor proces, samarbejds møder og diskussion inkluderes – frem for at betragtes som tidsrøvere, der modvirker effektivitet.

Kommunikationsmedarbejdernes udefrakommende blik på organisationen kan i mange tilfælde bidrage med et pust af sund fornuft, men for at vinde autenticitet og forankring i organisationen for strategi såvel som nye fagligheder er det afgørende at søge praksiskendskab og inddrage primærkilder (som fx patienter) i det strategiske såvel som det implementerende arbejde.

Når analysen spørger til, hvordan strategisk kommunikation med patienter sættes i værk som strategi og praksis i hospitalsorganisationen og hvad der organiseres, idet kommunikationsstrategien omsættes i konkrete kommunikationsprodukter, udgør denne analyse kun en del af de mulige svar. I denne analyse har jeg vist, hvordan der internt i organisationen styres *gennem* patienten. Ud over de organiserende effekter i samarbejdsprocessen, produceres der også konkrete informationsmaterialer. Forståelsen af informationsmaterialer som lokale organisatoriske selvfrestillinger betyder, at pjecen som organisatorisk objekt udgør en intervenerende repræsentation af hospitalet, dets ydelser og syn på patienten. Afhandlingens afsluttende analysekapitel, vil gå nærmere ind i en analyse af pjeces organiserende effekter og den styring *af* patienten, som iværksættes her.

KAPITEL 6: Iværksat kommunikation

– analyse af et informationsmateriale til patienter

Interviewer: Har du nogle tanker om, hvorfor information og kommunikation er et indsatsområde her på hospitalet?

Jordemoder: Der er en del af det, der handler om, at vi gerne vil have, at patienterne opfører sig på en bestemt måde; at de ringer på ét nummer, hvis de skal annullere en tid, på et andet, hvis de har smerter, at de kommer, når de bløder, og ikke kommer for tidligt, når de skal føde, men heller ikke for sent. Der er en masse, der handler om at opdrage dem eller styre dem hen mod, hvad vi gerne vil have. Så er der noget, der hedder patientens perspektiv. At man tror, at hvis folk føler sig velinformerede, så har de en bedre oplevelse. Så er der noget med enten at forebygge klager eller gardere sig mod dem. Det er tre af grundene. Der er sikkert flere. [...] Jeg tror især kommunikation gælder den opdragelsesstyrede del af det. Der er mange sundhedsfaglige som synes, det er fantastisk, når noget bliver ændret, så det passer til virkeligheden, så patienterne opfører sig sådan, som vi gerne vil have.

- Jordemoder med ansvar for patientinformation, oktober 2008

1 Introduktion

Med titlen ”Iværksat kommunikation” retter jeg opmærksomheden mod, at hospitalets strategiske kommunikation orienterer sig mod konkrete værker; pjecer og informationsmaterialer til patienter. I den iværksatte officielle pjeces form og indhold midlertidigt stabiliseret – og udgør et informationsmateriale, der udleveres til hospitalets patienter. Analysens genstand er et sådant officielt informationsmateriale, der er søgt tilrettelagt og produceret som en del af kommunikationsprogrammet ’Patientens Perspektiv’.

Med baggrund i afhandlingens analytiske begreb om *sociale organiserings teknologier* undersøger jeg, hvordan pjecen fungerer som en teknologi, der omhandler og former sociale relationer mellem patient og sundhedsvæsen. Det indledende citat vækker forventninger om, at hospitalets møde med patienten handler om mere end den kliniske udførelse af kerneydelsen. Det kliniske møde mellem patient og hospital synes at være sammenvævet med fx bureaukratiske og juridiske dagsordner og styring af pati-

entens subjektive oplevelse, ansvar og valg. Analysen er en videreførelse af argumentet, at hverken den strategi (kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv') eller dens produkter (informationsmaterialer) kan reduceres til at omhandle humanisering eller markedsføring (jf. kapitel 4). De forudgående analyser peger på, at den strategiske patientkommunikation ikke bare er et organisatorisk middel til at skabe trygge, tilfredse patienter (omsorg) eller imagepleje (marked). De strategiske dokumenter og forhandlingerne af deres implementering omhandler også forskellige interne organisatoriske mål om effektivisering og jurisdiktion. Analysen vil nu på baggrund heraf søge at udrede den multiplicitet af dagsordner, der er vævet sammen i et produkt af disse processer.

Strategisk kommunikation er et forsøg på styring af organisationens repræsentationer af ydelser og forventninger til relationer. Jeg forstår pjecen som en kontrakt, der dokumenterer, hvad der internt er forhandlet som ret, rimeligt, normalt og forståeligt i givne patientforløb. Det betyder, at pjecen kan ses som en organisationspolitisk aktør – dvs. en forhandlet orden, der indvirker på verden med normsættende patientfigurer og relationer. Pjecen er derfor en privilegeret kilde til at få indblik i de forbindelser, der fra hospitalets side ønskes etableret mellem patient og sundhedsvæsen, borger og stat i patientforløb.

Afhandlingens analyser har bevæget sig gennem nogle af hospitalets kommunikationsstrategiske rum – hvor strategi, planlægning og forhandling af kommunikation med patienter har været genstandsfelt. Med denne afsluttende analyse vil det konkrete kommunikationsprodukt komme i fokus. Pjecens form og indhold vil blive analyseret for at få indblik i, hvordan hospitalet, dets ydelser og syn på patienten repræsenteres i en lokal organisatorisk selvfremsstilling. Analysen spørger således til: *Hvordan repræsenteres organisering og relationen til patientfiguren i et kommunikationsprodukt henvendt til patienten?*

2 Analytisk greb på pjecen som iværksat kommunikation

Pjecen *Information om Planlagt kejsersnit* er omdrejningspunkt for en analyse af strategisk kommunikation som diskursiv praksis (Clarke 2005:145ff.). Jeg undersøger, hvordan et konkret informationsmateriale kommunikerer om et klinisk forløb til patienterne: hvordan organisering repræsenteres, og hvordan relationen til patienten organiseres i informationsmaterialets diskurs af tekst og fotos. Pjecen er 20 sider lang, består af 2941 ord, er publiceret i 2008 og - som det ofte er tilfældet med skriftlige informationsmaterialer – er den resultat af en længere arbejdsproces⁷⁹.

2.1 Metode

Kapitlets metodiske greb falder i to dele:

Første del er et analytisk anslag, hvor jeg med baggrund i observationer fra pjecens tilblivelsesproces identificerer, at der i tilrettelæggelsen af pjeceproduktionen optræder forskellige versioner af pjecens objekt; det planlagte kejsersnit. Analysen slås an med en teoretisk motiveret beskrivelse af kejsersnittet som et objekt, der er knyttet til forskellige praksisser (Mol 2002a, 2002b).



Anden del er en indholdsorienteret analyse, hvor jeg bruger anslaget opmærksomhed på versioneringerne til at analysere den officielle, midlertidigt stabiliserede pjece som kommunikationsprodukt. Analysen åbnes med et greb, der forbinder den konkrete pjecetekst med den sammenhæng, som den er udviklet i. Den diskursivt orienterede

⁷⁹ Organiseringen af arbejdet med pjecen kan jeg på baggrund af feltarbejde betegne som en typisk arbejdsproces i relation til arbejdet med skriftlige materiale i "Patientens Perspektiv": Pjeceudgaven som analyseres her er baseret på en tidligere tekstbaseret udgave uden billeder og grafik, som var udarbejdet af to afdelingssygeplejersker, hvoraf den ene deltog i arbejdet med at revidere pjecen sammen med kommunikationsafdelingen. I min empirigenerering har jeg fulgt pjecens tilblivelse gennem observation af samarbejdet om den og fået tilsendt flere udgaver fra arbejdsprocessen på mail – og har efterfølgende interviewet kommunikationsmedarbejderen om arbejdsprocessen.

indholdsanalyse af tekst, billeder og form får således forankring i den organisatoriske virkelighed, hvori pjecen er skabt. Herved sikrer jeg, at læsestrategien igangsættes empirisk og ikke foregår i dokumentets lukkede verden. Jeg forstår pjecen som en performativ aktør - en diskursiv praksis, der hænger sammen med andre praksisser (jf. Jensen & Lauritsen 2005). Indholdsanalysen er baseret på kodninger og kategoriseringer inspireret af situationel analyse af diskurs (Clarke 2005:181ff. & 205ff.)

At se pjecen som prisme for forskellige versioner er inspireret af Donna Haraways metodiske strategi 'diffraction' (Haraway 1994, 1997). Diffraction er et produktivt metodologisk greb til åbning af analytiske felter for nye vinkler. Hvor den kritiske refleksions optiske metafor peger på spejling og gengivelse af det samme på nye steder, bøjer diffraction mod forskelle og skiftende mønstre af forgrund og baggrund:

Diffraction patterns record the history of interaction, interference, reinforcement, difference. Diffraction is about heterogeneous history. Not about originals. Unlike reflections, diffractions do not displace the same elsewhere, in more or less distorted form [...]
Diffraction is a narrative, graphic, psychological, spiritual, and political technology for making consequential meanings.

Haraway 1997:273

Med diffraction skærpes blikket for forskellige repræsentationer, som er til stede, når organisatoriske ydelser til patienter gengives i pjeceform. Hvor kritisk refleksion opererer gennem spejling - og dermed statisk uforanderlighed - sætter diffraction forskel, som lys, der brydes i et prisme, så der danner sig nye mønstre. Haraway illustrerer metoden gennem snorelegen kattens vugge, hvor snor udspændt mellem fingre skifter form og laver nye for- og baggrundsforskydninger. Objektet; planlagt kejsersnit og subjektet; den gravide kvinde forskydes gennem pjecen og er sat ind i forskellige sammenvævede versioner af patientforløbet. Med diffraction som metodisk inspiration vil jeg gennem analysen søge at have særligt øje for, hvordan disse forskydninger sker, og hvad det kan berette om pjecen som organisationspolitisk aktør. Subjekt og objekt bøjes og udspaltes i forskellige versioner, som analysen synliggør.

2.2 Teoretiske debatter

Som semiotisk produkt forstår jeg pjecen som en diskursiv praksis, der har konstitutive effekter for organisering af relationen mellem patient og sundhedsvæsen (Clarke 2005: 145ff.). Som udlagt i kapitel 3 (afsnit 3.2) & 4 (afsnit 3.1) forstår jeg dokumenter som performative aktører i virkelighedsproduktion. I forhold til andet empirisk materiale har dokumenter den særlige egenskab, at de konstrueres i et tekstligt format, hvorved specifikke og lokale karakteristika bliver sat ind i generaliserbare eller standardiserede formater af ord og billeder. Som etnografisk objekt udgør dokumentet en standardisering, idet dokumentet fikserer værdier på bekostning af andre samt synliggør og sætter standarder for organisatorisk infrastruktur ved at ordne aktørers handlemuligheder. Samtidig har dokumentet en håndgribelig form, det udgør en materiel iværksættelse, som figurerer i en bestemt kontekst. På den måde er dokumentet både generaliserende og konkret situeret. I pjecen er forskellige organisatoriske dagsordner samt kommunikationsstrategiske visioner og værdier omsat i et konkret produkt. Som repræsentation er det pjecens virkelighedskonstruktioner, der har analytisk interesse – og altså ikke *om* pjecen reproducerer bagvedliggende strategier, indeholder skjulte ideologier, men snarere *hvordan* produktet udfolder den organisatoriske virkelighed og dermed producerer organisering.

2.2.1 *Fra klinisk til organisatorisk interesse for kommunikation*

Med analysen knytter jeg an til en debat om informationsmateriale, design og effekter, som foregår inden for forskningsfeltet sundhedskommunikation, som omhandler effektivt og evidensbaseret informationsdesign fx gennem evalueringer af eksisterende materiales brugervenlighed (fx Maat & Lenz 2009, Sless & Wiseman 1997, Van Waerde 2008, Wright 1999 – jf. kapitel 1 – afsnit 3.1). Inden for dette forskningsfelt tilgås kommunikation som et redskab til at opnå et positivt outcome af organisationers sundhedskommunikation, hvorved kommunikationsarbejde bliver en støttefunktion til det kliniske arbejde (Kreps et al. 1998, Bensing et al. 2003). Denne analyse byder ind med en forskudt tilgang til sundhedskommunikation og kommunikations-

produkter, idet jeg i stedet undersøger, hvordan hospitalets kommunikationsarbejde *producerer idealer for organisering*. Med inspiration fra Science and Technology Studies (STS) identificerer analysen informationsmaterialet som kommunikationsstrategisk produkt, der ikke blot beskriver et patientforløb, men fungerer som en performativ ordning af subjekter og objekter (Dugdale 1999, Mol 2002b, Thompson, 2005). Pjecen rummer forskellige organisatoriske ontologier knyttet til praksisser, der eksisterer ved siden af hinanden, er delvist forbundne og skaber spændinger i informationsmaterialets udlægning af hvad et planlagt kejsersnit er (Mol 2002a:229). Gennem analyse af det kliniske objekt; kejsersnittet, indskrives pjecens subjekt; patienten. Mit udgangspunkt er, at forskellige versioner af subjekt og objekt kan findes, forbindes og adskilles – og at de forskellige versioner af subjektet ikke nødvendigvis udelukker hinanden, men at: ”objectification [can be] co-existing with agency and subjectivity” (Cussins 1996:576, jf. også Thompson 2005), hvor ”being a multiplied objectified user is neither being helpless nor being a victim” (Cussins 1996: 580). Interessen for, hvordan patienters handlemuligheder forbindes til ontologier eller versioner af den organisatoriske virkelighed er inspireret af en analytisk optik, hvor der er ”various outcomes of those objectifications, this gives a new focus for on-site management and for patients’ management of their own treatment”(ibid. 600).

Undersøgelser af politiske processer omkring udarbejdelse af pjecemateriale retter ligeledes opmærksomheden mod forskelle indeholdt i det kompromis, som et stabiliseret informationsmateriale udgør: ”... if decisions, subject or indeed objects cohere, then this is because they are both singular and multiple” (Dugdale 1999:132). Pjecen udgør en kohærent standard, som fremmaner fremtidige situationer og subjekter, sætter rammer og roller for organisatorisk praksis. Analysens udgangspunkt er, at således, at pjecen er et specifikt, konkret men multipelt kommunikationsstrategisk produkt. Gennem analyse af dette specifikke kommunikationsprodukt, bliver det muligt at diskutere nogle af kommunikationsstrategiens organisatoriske virkninger på et konkret grundlag. Analysen undersøger således strategisk kommunikation som et or-

ganisatorisk fænomen, der ikke alene fungerer som et redskab til at opnå bestemte effekter i relation til patienten ”derude”. Analysen stiller skarpt på kommunikationsproduktets immanente organisatoriske effekter – tilsigtede såvel som utilsigtede, som undersøges med henblik på at forstå, hvordan strategisk kommunikation virker i praksis. Herværende analyse er særligt optaget af at udforske, hvordan patienten medproduceres som figur i den strategiske kommunikation (jf. kapitel 2 – afsnit 4.1ff).

Inden for sundhedskommunikationsforskningen ses patienten/brugeren i stedet oftest som en modtager, der er adskilt fra kommunikationsindsatsen. Forskningen inden for sundhedskommunikation præges i høj grad af kliniske interesser, der appliceres på kommunikative-organisatoriske problemstillinger. Min analyse vil undersøge, hvad der sker ved at omvende forgrund og baggrund og i stedet anvende en kommunikativ-organisatorisk orientering i en analyse, der tager afsæt i fremstillingen af et klinisk objekt. Ved at analysere en kommunikativ-organisatorisk repræsentation af et klinisk emne; det planlagte kejsersnit, undersøger jeg, hvordan det forklares som fænomen, og hvad det fortæller om patient og organisering i hospitalets rum. Her bliver en enkeltstående patientinformation, og de positioneringer af aktører og organisering, der optræder i det specifikke materiale, afsæt for en diskussion af organisatoriske selv-fremstillinger og patientrelationer.

2.2.2 Pjecens repræsentation som organisatorisk koreografi

Analysen af samarbejdsprocesser om udvikling af informationsmateriale mellem kommunikations- og sundhedsfaglige i det forudgående kapitel viste, hvordan forhandlinger om hvem patienten er, igangsætter en række faglige konflikter. Informationsmaterialets tilblivelsesproces er konfliktfyldt og præget af forskellige stemmer, der skal koordineres, forbindes eller gøres plads til. I et felt som hospitalet, hvor man ikke kan opretholde en illusion om, at det der foregår kun er fx teknisk, kropsligt eller

personligt, synes det at være konstruktivt at have blik for mønstre af forskelle: Kroppe, procedurer, følelser, sociale kategorier og politiske implikationer er på spil i hospitalets rum på måder, der overskrider konventionelle opdelinger mellem videnskab og samfund, natur og kultur. Det er analysens afsæt, at aktører, objekter og figurer bliver til på særlige måder i konkrete organisatoriske sammenhænge som eksempelvis en pjece. Med dette teoretiske afsæt er det forventeligt, at en analyse af informationsmaterialet vil påpege tilstedeværelsen af forskellige ontologiske ordener (fx videnskab, natur/krop, selv, samfund). Tilstedeværelsen af ambivalenser betyder imidlertid ikke at analysen vil kritisere informationsmaterialet for at være selvmodsigende. Ved at læse *med* teksten (Jensen & Lauritsen 2005) og analysere den i sin organisatoriske sammenhæng, kan sammenvævningen og den gensidige afhængighed mellem ontologiske ordener forklares som en ontologisk koreografi: ”the process of forging a functional zone of compatibility that maintains referential power between things of different kinds” (Thompson 2005, p. 204). Med en omskrivning af Thompsons begreb om forbindelser mellem praksisser, betegner jeg forbindelserne mellem informationsmaterialets repræsentationer som en *organisatorisk koreografi*. Analysen har således et teoretisk informeret udgangspunkt, hvor flertydighed og multiplicitet er ledetråde i forståelsen af, hvordan et umiddelbart entydigt og afgrænset organisatorisk materiale har forskellige ontologier og organisatoriske politikker i spil. Som analysen nu vil åbne op for, organiserer pjecen forskellige patientfigurer og versioner af det planlagte kejsersnit.

3 Anslag – planlagt kejsersnit som multipelt objekt

Analysen tager udgangspunkt i en observation fra et samarbejds møde, hvor informationsmaterialet om planlagt kejsersnit var på dagsordenen. De empiriske observationer af samarbejds mødet gav mig blik for, at der synes at være flere versioner af emnet planlagt kejsersnit til stede ved siden af hinanden. Planlagt kejsersnit, som er informationsmaterialets objekt, fremstilles og forklares tilsyneladende på forskellige måder. I dette afsnit fremlægger jeg, hvordan disse udlægninger kom til udtryk på samarbejds mødet, for herved at lægge op til tekstanalysen af pjecen, som vil gå nærmere ind i, hvordan planlagt kejsersnit formes som repræsentation i den færdige pjece. Iagttagelserne fra min observation af mødet genererer en undren, som jeg vil bruge som ledetråd i en analyse af, hvordan forskellige udlægninger af patient og organisering integreres i den færdige pjece.

3.1 Observation

I juni 2008 overværer jeg et møde i hospitalets kommunikationsafdeling, hvor en afdelingssygeplejerske, en grafiker og en kommunikationsmedarbejder skal samarbejde om at udarbejde skriftligt informationsmateriale til gravide, fødende og barslende kvinder og deres partnere. På mødet diskuteres bl.a. illustrationer til pjecen ”Information om planlagt kejsersnit”. Mødedeltagerne bliver enige om, at der skal et



foto med fokus på kontakten mellem baby og mor på pjecens forside i stedet for det hidtidige kliniske foto fra en situation med kejsersnit. Grafikeren forklarer, at det er vigtigt med billedtekster ved afbildning af kliniske situationer, og at klinisk orienterede fotos derfor er bedre inde i pjecen, hvor man kan følge op med forklarende tekst om proceduren. Afdelingssygeplejersken accepterer dette, men holder fast i vigtigheden af de kliniske fotos med henvisning til, at de gravide kvinder ofte spørger til selve situationen – fx om de kan se, når selve kejsersnittet foretages. Hun forklarer, at mange kvinder er bange for selve indgrebet, og hun mener, at kliniske fotos beroliger de gravide kvinder, fordi fotos konkret visualiserer, hvad der skal ske.

Her udlægges planlagt kejsersnit på to forskellige måder: som klinisk situation/procedure og som personlig oplevelse. Mødet fortsætter med en diskussion af de mange håndskrevne rettelselser i dokumentudgaverne, der ligger på mødebordet:

Kommunikationsmedarbejder: Der var for øvrigt... jeg kom lige i tanker om i forhold til ... der var i den der i forhold til planlagt kejsersnit, der var der noget vi ikke blev færdig med at diskutere. Det var det der ja, med... med medicininformation. [...]

Grafiker: Der er jo ikke nogen andre steder, hvor der er så meget information om [afbrydes] præparater...

Afdelingssygeplejerske: [afbryder] nej men, oprindeligt, i den helt oprindelige pjece der havde vi ingen information, andet end navnene [på præparaterne]. Så viste det sig, da vi undersøgte det, fordi det var startet som projekt alt det her, at folk tog ikke det her smertestillende, med det resultat at de havde det rigtig skidt. Så indførte vi en løs pjece, hvor det så stod i: Det her kan du ta'. Og så hjalp det! Så havde vi ikke nær så mange problemer. Så næste gang da vi nedsatte indlæggelsestiden endnu mere, så spurgte vi igen kvinderne, der havde fået kejsersnit og gav dem de samme skemaer som første gang. Og der var det klart, at der var ikke nær så mange der havde gener, fordi nu havde de fået noget skriftligt. De læser det bedre.

- Møde om informationsmaterialet "Planlagt kejsersnit", maj 2008

Planlagt kejsersnit er ikke bare en klinisk procedure eller en personlig oplevelse, men også objekt for organisatorisk optimering – og denne optimering forbindes med det skriftlige informationsmateriale. Afdelingssygeplejerskens udtrykker, at skriftlig information spiller en væsentlig rolle i afdelingens kommunikation med patienten, fordi den sikrer, at vigtige informationer når frem til patienterne – også kliniske informationer som fx information om medicin ved smertebehandling. Patienterne skal selv sørge for at tage smertestillende medicin efter udskrivelsen, en opgave som patienterne forvalter forskelligt. I forbindelse med at indlæggelsestiden efter kejsersnit er blevet nedsat af flere omgange har hospitalet igangsat et kvalitetssikringsprojekt, hvor patienternes velbefindende efter udskrivelsen bl.a. er undersøgt. Resultatet var, at

trods nedsat indlæggelsestid havde færre kvinder gener. Afdelingssygeplejersken tilskriver den skriftlige patientinformation en stor rolle i denne optimering⁸⁰:

Afdelingssygeplejerske: ...vi har haft mange problemer med at få dem til at tage noget overhovedet, fordi mange af dem holder op når de kommer hjem, og så ringer de tre dage efter og siger de har smerter, og så siger vi: ”du skal ta’ så’n og så’n og så’n...” og så siger de: ”det kan jeg slet ikke huske, jeg skal skrive det ned”, og så siger jeg: ”prøv at se bag i din pjece, der står helt præcist hvad du må tage”. ”Nå nå”, siger de så, ”helt fint”.

Kommunikationsmedarbejder: Og så ringer de ikke igen.

Afdelingssygeplejerske: Så ringer de ikke igen. Det er jo rimelig unge mennesker, de forstår jo godt det her jo.

- Møde om informationsmaterialet ”Planlagt kejsersnit”, juni 2008

Diskussionen om information om medicin i pjecen om planlagt kejsersnit peger på, at planlagt kejsersnit ikke blot er en klinisk situation og en personlig oplevelse, men også er objekt for en organisatorisk optimering, som informationsmaterialet kan bidrage til at effektuere. Indlæggelsestiden er blevet nedsat af flere omgange, hvor den skriftlige information også fungerer som kompensation for dialog med det kliniske personale (”Så indførte vi en løs pjece, hvor det så stod i: Det her kan du ta’. Og så hjalp det!”). Den skriftlige information fremstilles som middel til, at patienterne fx forvalter smertebehandlingen korrekt. Informationsmaterialet anvendes til på samme tid til at yde omsorg for patienten og delegere opgaver til patienten. Pjecen skal besvare eventuelle spørgsmål, så patienten ikke belastes af unødvendige smerter eller belastninger afdelingen ved at ringe ind gentagne gange med spørgsmål.

Forståelsen af kejsersnittet som del af en organisatorisk optimering af omsorg og opgaver udgør et tredje spor, som observationen af samarbejds mødet, gør mig opmærksom på. Samtalen på samarbejds mødet forklarer således planlagt kejsersnit som både klinisk procedure, personlig oplevelse og del af organisatorisk optimering.

⁸⁰ Uddraget indgår også i kapitel 5 - afsnit 5.3, hvor det udgør en del af grundlaget for min analyse af patientens perspektiv som fleksibelt grænsebegreb, hvor patienten i sammenhængen forklares som informationshørende.

4 Patientforløbets subjekt og objekt som del af procedurer

I analysen af pjecens tekst og billeder vil jeg bruge de tre spor i observationen som ledetråde for at identificere, hvordan pjecen informerer om planlagt kejsersnit - og hvordan patientfiguren knyttes hertil. Som udgangspunkt ser jeg ikke de forskellige spor som gensidigt udelukkende og deres sameksistens er ikke nødvendigvis et problem for hverken patient eller organisation.

4.1 En serie af kliniske situationer som strukturerende princip

I en organisation, hvor kerneydelsen er knyttet til sundhedsfaglig viden og praksis, er det ikke overraskende, at kejsersnit beskrives som en række kliniske situationer, som tilsammen udgør en procedure for forløbet. Som eksemplificeret ovenfor i diskussionerne på mødet er klinisk viden om fx medicin og risici væsentlig i forståelsen af, hvordan et planlagt kejsersnit forløber.



I det konkrete informationsmateriale er kliniske procedurer ved et planlagt kejsersnit bredt ud i ord og billeder gennem hele pjecen og fungerer som pjecens dominerende spor. Kejsersnittet er en begivenhed, der består af et forløb af klini-

ske situationer, hvilket også illustreres via pjecens brug af fotos (se fx ovenfor). I informationsmaterialet præsenteres et planlagt kejsersnit som en fastlagt proces med en serie af særlige kliniske procedurer, der netop er planlagte og organiserede - og som den gravide kvinde og hendes partner skal følge: "I denne folder kan du læse om, hvordan et planlagt kejsersnit foregår, og hvad du skal være opmærksom på efter operationen" (Pjecens introduktion p. 3). En stor del af teksten i informationsmateria-

let følger direkte op på denne programmerklæring. Størstedelen af pjecens tekst udgør netop en gennemgang af kliniske procedurer, hvor det fx beskrives *at* og *hvordan*: laboranten tager en blodprøve på kvinden inden kejsersnittet, jordemoderen mærker på maven og lytter til barnets hjertelyd, kvinden får lagt et drop i hånden, overvågningsudstyr tilkobles for at måle blodtryk, kvinden får ekstra tiltilførsel gennem næsen, narkoselægen lægger en rygbedøvelse, kvinden får et kateter i blæren, sygeplejersken desinficerer maveskindet, der bliver afskærmet, så kvinden (og hendes partner) beskyttes fra at se selve indgrebet og operationen.

Beskrivelserne af kejsersnittet som en serie af kliniske situationer fungerer som pjecens strukturerende princip. Patientforløbets temporale proces og dets standardprocedurer udgør en grundstruktur i informationsmaterialet. Denne grundstruktur kan illustreres i indholdsfortegnelsens oversigtsform. Her ses det, hvordan pjecens struktur følger en temporal logik, hvor beskrivelsen tager afsæt i det som går forud for det planlagte kejsersnit: (herunder også muligheden at fødslen går i gang af sig selv) oplysninger om forundersøgelse, faste, bedøvelse. Dernæst beskrives den kliniske kerneydelse; selve operationen og den efterfølgende indlæggelse og tiden efter udskrivelsen (herunder information om medicin og smertebehandling samt komplikationer).

Indhold

Planlagt kejsersnit	3
Hvis fødslen går i gang	3
Forundersøgelse, information og samtaler	4
Faste	5
Bedøvelse	6
Operationen	7
De første timer efter operationen	8
Indlæggelse på Barselsafsnittet	11
Hjemme igen	14
Smertestillende behandling	14
Information om medicin	16
Komplikationer	18
Betydning for næste graviditet og fødsel	18
Vejviser og telefonnumre	20



Informationen er konsekvent bearbejdet efter kommunikationsprogrammets regler for formidling, hvor: "... alle pjecer har: Indholdsfortegnelse, mange informative overskrifter og manchetter/indledninger, der fortæller hvem målgruppen er, og hvad man får ud af at læse indholdet samt billedtekster til alle bil-

leder.” (Håndbog:13). Eksempelvis følges fotoet ovenfor af billedteksten: ”En narkose-læge lægger bedøvelse i ryggen”. Kommunikationsprogrammets regler for sproglig udformning er indarbejdet i pjecen. De lyder:

Sproget er på et niveau som i en morgenavis, fordi patientinformation er til alle borgere. Det betyder at: faglige begreber er oversat til almindeligt dansk eller forklares for læsere, abstrakte begreber er forklaret eller oversat ved et eksempel, så patienterne forstår, hvilken relevans det enkelte budskab har for deres behandling, passivformer og verbalsubstantiver er erstattet med aktive verber, fx der foretages undersøgelse – oversættes til: *lægen undersøger dig for...*, der er et handlende grundled i sætningerne, fx kostomlægning – oversættes til: *du skal lægge din kost om*, hver sætning som hovedregel kun indeholder et hovedbudskab. (Håndbog:13)

Alle disse regler for formidling er fulgt ganske konsekvent i informationsmaterialets tekst⁸¹. Aktørerne er konsekvent benævnt, det forklares, hvem der gør hvad, fagterminologi og passivformer er udryddet i en sådan grad, at sproget fremstår enkelt og med tydelig agens struktureret omkring det tidsligt fremadskridende forløb.

Pjecens objekt, det planlagte kejsersnit, struktureres omkring en række kliniske situationer, der er forbundet af det tidslige forløb. Tilsammen udgør de en effektiv procedure, som fungerer som strukturerende princip i informationsmaterialet, hvor en serie af kliniske aktiviteter bindes sammen og formidles på baggrund af kommunikationsfaglige overvejelser og standarder. I det følgende vil analysen gå nærmere ind i, hvordan pjecens subjekt; patienten, konfigureres i informationsmaterialets beskrivelser af disse kliniske procedurer.

4.2 Patienten som klinisk objekt

I beskrivelserne af kejsersnittet som en fortløbende serie af forskellige kliniske situationer installeres et klinisk blik på patienten. Som eksemplificeret i afsnittet ovenfor

⁸¹ Reglen om, at patienterne forstår det enkelte budskabs relevans for deres behandling, kan min analytiske læsning af pjecen dog ikke sige noget om.

bliver patientens krop objekt for en række kliniske aktiviteter. Gennem det kliniske blik sker der en operationalisering af kroppen som adskilte enkeltd dele, der undersøges, behandles og beskrives som delobjekter. Denne opsplitning af kroppen illustreres fx i beskrivelserne af, at blodtrykket og blodet undersøges, der mærkes på maven, der gives bedøvelse i ryggen, der placeres et kateter i blæren. Den opdelt krop beskrives i adskilte underafsnit i informationsmaterialet. Sådanne medicinske operationaliseringer kan anskues som magtudøvende objektiviseringer af individ og krop, hvilket den klassiske medicinske sociologi har diskuteret kritisk⁸². Et klassisk sociologisk perspektiv på interaktionen mellem patient og sundhedsprofessionelle i hospitalsmiljøet har øje for, hvordan patienten udsættes for en fremmedgørende objektivisering, når patienten er genstand for det sundhedsfaglige blik samt den autoritet og ekspertise, der ligger heri. Den medicinske sociologis klassiske analyser af den fremmedgjorte patient i den kliniske virkelighed udgør en af de indsigter som kommunikationsprogrammet Patientens Perspektiv står ovenpå – og som netop skaber rum for den socialkonstruktivistiske perspektivisme i hospitalet. Det kommunikationsfaglige arbejde forklares, som vi har set i den forudgående analyse, som et opgør med den fremmedgørende hospitalskultur. Det kommunikationsfaglige perspektiv på relationen mellem patient og hospital kan forklares som forsøg på at operationalisere de indsigter, som den kritiske medicinske sociologi har bibragt. Operationaliseringen foregår som vist i den forudgående analyse af kommunikationsprogrammets implementering på to måder: dels som standardiseret kommunikationsprogram, hvor der indføres regler og skabeloner for god kommunikation, og dels som en intervenserende praksis, hvor kommunikationsafdelingen forstår sig selv som mediatorer mellem patientens virkelighed og den sundhedsfagligt dominerede organisation (jf. kapitel 5). Den kommunikationsfaglige opgave omhandler at oversætte, formidle og i yderste instans om-

⁸² Fx Illich 1976, Armstrong 1983, Lock & Lindenbaum 1993, Hahn 1995 & Cussins 1996:576 giver en udførlig gennemgang af litteraturen.

forme den eksisterende ”fremmedgørende” medicinske og bureaukratiske organisationskultur. I det følgende afsnit forklarer analysen, hvordan patienten også gøres til objekt gennem de bureaukratiske procedurer, som patientforløbet er struktureret omkring.

4.3 Patienten som bureaukratisk objekt⁸³

Patienten er ikke kun klinisk objekt, men også objekt for særlige regulariserede procedurer, og genstand for en bestemt arbejdsdeling i organisationen mellem forskellige professioner. Planlagt kejsersnit forklares i informationsmaterialet som en fastlagt procedure med klar arbejdsdeling, hvor ansvaret for de forskellige enkeltdele af processen er beskrevet udførligt, og de udførende professioner såsom ”jordmoderen”, ”laboranten”, ”narkoselægen” m.fl. nævnes i sammenhæng med den specifikke delopgave, som den enkelte profession udfører.

Pjecens patientfigur er i denne version nødvendigvis en generisk patient – en passiv forsvarsløs modtager, der bedst beskrives i patientfiguren ’målgruppe’, hvor afsenders initiativ og betingelser er styrende. Handling og aktiviteter er ligeledes defineret på afsendersiden, hvorimod ’målgruppen’ er generisk, homogeniseret forløbsdeltager tømt for egenskaber. Pjecens indholdsmæssige subjekt er objektiveret på en uspecifik og bureaukratisk måde, idet pjecen netop omhandler standarder for et planlagt kejsersnit og derfor ikke kan berette om de unikke situationer og personer, som indgår i forløbet. Patienten konfigureres som bureaukratisk objekt, når pjecen forklarer fx: hvornår den gravide indkaldes, hvor hun skal ringe hen, hvis fødslen går i gang i utide, eller hvis hun er forsinket til informationsmøde, hvilke professioner hun skal tale med om hvad og hvornår i forløbet. Pjecen er fyldt med informationer om den gældende

⁸³ Betegnelsen bureaukratisk objekt bruges ikke kritisk-nedsættende, men som en deskriptiv betegnelse for, at patienten er genstand for en række regler og procedurer.

procedure og den adfærd, som patienten forventes at bidrage med, for at bureaukratiet i organisationen fungerer.

Visionen for det kommunikationsfaglige arbejde er således at udglatte den objektivisering, der er til stede i det kliniske blik ved at omforme det medicinske sprog og guide det sundhedsfaglige perspektiv i retning af en større forståelse for patientens udgangspunkt. Det kommunikationsfaglige arbejde handler samtidig om at forklare de bureaukratiske rutiner og procedurer, som er ”total banal rutine for personalet” (kommunikationsmedarbejder i gruppeinterview med kommunikationsafdelingen, oktober 2008), så regler og relationer bliver forståelige for patienten. Hospitalets rutiner omhandler ikke kun det kliniske, men også organisatoriske rutiner og procedurer. Når patienten bliver objekt i informationsmaterialet, er det ikke kun som klinisk objekt, men også som bureaukratisk objekt. Pjecen er således også præget af en bureaukratisk logik ved siden af den kliniske, der styrer grundstrukturen i teksten. Indholdsmæssigt beretter informationsmaterialet om de ufravigelige medicinske og organisatoriske procedurer i patientforløbet, som gør patienten til et klinisk og bureaukratisk objekt – og dermed et generisk subjekt. Tilsammen udgør fremstillingen af patientforløbet som regelbundet procedure og de objektiviseringer af patienten, som knyttes hertil, en grundlæggende organisering af pjecen og dens aktører. Jeg betegner derfor den temporale struktur og objektiviseringerne af patienten som informationsmaterialets *organiseringsmodus*. Patientfiguren er imidlertid ikke entydigt positioneret som et objektiviseret subjekt og kejsersnittet fremstilles ikke alene som en klinisk procedure, men kommunikerer også som en subjektiv oplevelse. Der synes at være flere versioner af både pjecens objekt (planlagt kejsersnit) og subjekt (patientfiguren) til stede i informationsmaterialet. I de følgende afsnit analyserer jeg fremstillingen af kejsersnittet som en subjektiv oplevelse.

5 Patientforløbet kommunikeret som subjektiv oplevelse

Kommunikationsformen, som anvendes i pjecen, opløder og udglatter objektiveringen af patienten ved at praktisere de gældende kommunikationsfaglige regler for god formidling. Disse regler står på ryggen af den medicinske sociologiske kritik af sundhedsvæsenet som en fremmed kultur, der i værste fald udøver en inhuman objektivisering af patienter (Lupton 2007: 94ff.) Gennem pædagogisk opbygning af den skriftlige information og sproglige greb adresseres patienten som et ”du”, det enkelte individs præferencer skrives frem som et mulighedsrum og patientens handlemuligheder trækkes frem. I det følgende går analysen nærmere ind i, hvordan informationsmaterialet repræsenterer patientforløbet omkring kejsersnit (pjecens objekt): Den kliniske og bureaukratiske objektivisering af patienten er sammenvævet med en kommunikativ subjektivisering, hvor patientforløbet også sættes i scene som en intim, privat og personlig erfaring - en subjektiv oplevelse.

5.1 Dit kejsersnit & jeres oplevelse

Pjecens kommunikationsform bidrager til, at der skabes en repræsentation af relationen mellem patient og hospital, hvor patienten mødes som subjekt. I en stor del af pjecens 19 sideres korte sætninger optræder der et ”du”/”dig” eller inkluderende ”I”/”jer” med henvisning til det kommende forældrepar. I alt optræder ordet ”du” 124 gange i pjecen – og variationerne ”dig”, ”I” og ”jer”/”jeres” optræder 39 gange ud af i alt 2941 ord. Når pjecen henvender sig til modtageren som et ”du”, mødes patienten som en integreret krop, der vælger og handler som en enhed. Dette ”du”, som adresserer patienten, samler kropsdelene, så de ikke bare er mekanistiske enkeltdele, der handles på af det medicinske blik (Cussins 1996:596). Objektiveringen af kvinden som krop og bureaukratisk objekt flankeres af kommunikationsfaglige greb som tilskriver et subjektivt rum for patienten. Ud over at patienten adresseres som et ”du”, benævnes aktører og passivformer er undladt. Den sproglige tone abonnerer direkte

på kommunikationsprogrammets principper om tydelige handlende subjekter og fungerer som et formmæssigt modsvar på den objektivering, som de kliniske og bureaukratiske procedurer iværksætter. De kommunikative greb skaber et rum i teksten, hvor der etableres plads til patienten som subjekt. Den kliniske og bureaukratiske objektivering af patientrollen er således sammenvævet med subjektivisering.

5.2 Intimisering

De individuelle oplevelser knyttet til patientforløbet gives også plads gennem andre greb end tiltaleformen du/dig samt I/er. Eksempelvis beskrives det, hvordan kejsersnittet behandles som en særlig intim og privat erfaring, der er anderledes end andre patienters erfaringer: ”På opvågningsafsnittet er der indrettet en speciel gruppe, så I er lidt afskærmet fra de øvrige patienter” (p. 9).

Det subjektivt oplevede er i fokus i pjecens repræsentationer i både ord og billeder. Som forklaret i observationen indledningsvist i kapitlet beslutter mødedeltagerne i enighed, at pjecens forsideillustration netop skal være en intim mor-barn-situation på bekostning af det kliniske foto, som oprindeligt gjorde det ud for pjecens forside. Fotoet illustrerer (se kapitlets indledning) mor og barn sammen umiddelbart efter fødslen. Illustrationen skaber en stemning af en organisation med forståelse for patienten som helt menneske, der har private, personlige og intime oplevelser i hospitalets rum. Den overvejende del af pjecens billeder repræsenterer intime situationer. Fotoet ovenfor er et andet eksempel, det ledsages af teksten: ”Du kan have én person du kender godt hos dig under hele operationen”. Dette foto repræsenterer et særdeles privat og intimt rum, hvor mor og far kysser, mens det nyfødte barn ligger i morens arme.



Et tredje foto i pjecen refererer til det private og personlige ved at barnets far på billedet er i gang med at fotografere situationen, hvor barnet kommer til verden. Ved at fremhæve den situation i pjecen, giver informationsmaterialet indtryk af et hospital, der er rummelig overfor, at personlige behov og ønsker opfyldes mens det kliniske arbejde udføres. Billedteksten lyder: ”Jordemoderen og narkoselægen undersøger barnet og sikrer sig, at det har det godt.” At faderen gives mulighed for at fotografere nævnes ikke, og hermed performs en selvfølgelighed i patient og pårørendes mulighed for privat og personligt handlerum.

Patientforløbets karakter af intim, personlig erfaring og subjektiv oplevelse er tydeligt til stede i informationsmaterialets billeder og tekst. Patienten passes ikke bare ind i medicinske og organisatoriske forventninger som del af adgangen til en behandling tilpasset det enkelte individ. Det rum, der skabes for patientens subjektive oplevelse og individuelle præferencer etableres gennem forskellige kommunikative manøvrer, hvor patientfiguren er ’brugeren’ eller ’forbrugeren’. Patienten adresseres her snarere som en behovsstyret aktør end som en rationel borger, ressource eller passiv målgruppe (jf. kapitel 4).

Pjecen bruger sproglige inklusioner og beskrivelser samt visuelle scener af situationer og artefakter, der tilføjer nye ting og konkrete handlinger (afskærmning ved opvågning, fotografiapparater, en tilstedeværende far, kys) til patientforløbet. Integrationen af disse elementer eroderer imidlertid ikke patientforløbets rodfæstethed i en klinisk-



bureaukratisk organisering. Analysen viser, hvordan informationsmaterialets sammenvævning af kommunikation og organisering i patientforløbet både etablerer rum for patientens subjektive oplevelse samtidig med, at

den kliniske og bureaukratiske grundfortælling udfoldes. Det standardiserede forløb danner et skelet i informationsmaterialet, men de kliniske situationer sammenvæves

med eksempler på individuelle præferencer spredt ud over pjecen. Gennem ord og billeder etableres en spænding mellem form og indhold i materialet. Den standardiserede og homogeniserede fortælling om patientforløbets kliniske og bureaukratiske virkelighed er tæt sammenfiltret med forløbets subjektive og individualiserede formsprog. I det følgende afsnit går analysen videre ind i det subjektive rum, der etableres i informationsmaterialet. Her undersøges det, hvordan patientens muligheder for valg og medinddragelse konstrueres som del af pjecens udtryksform.

5.3 Den vælgende patient

Patientens subjektive rum viser sig ikke kun at handle om intime og personlige oplevelser, men i lige så høj grad om medindflydelse, ansvar og valg. I informationsmaterialet om planlagt kejsersnit konstrueres patienten på forskellige måder som et handlende og vælgende subjekt.

Planlagt kejsersnit forklares i informationsmaterialet som en fastlagt procedure med klart definerede opgaver. Ansvar for de forskellige enkeltdelen af processen er beskrevet udførligt og koblet til de udførende professioner (jordemoderen, laboranten, narkoselægen m.fl.) De strengt procedurelle og objektiviserende kliniske beskrivelser af kejsersnittet suppleres, som vist, af forskellige kommunikative greb, hvorved der skabes rum for patienten som subjekt. Denne subjektivering bliver yderligere accentueret ved, at der føres en mulighedsdiskurs i informationsmaterialet, hvori det bliver tydeliggjort, at det ikke alene er de udførende sundhedsfaglige professioner, der bliver tilskrevet ansvar, men også patienten selv. Den vælgende patient og hendes muligheder præger pjecens beskrivelse af patientforløbet. Allerede indledningsvist bliver mulighedsdiskursen tydelig:

I denne folder *kan du* læse om, hvordan et planlagt kejsersnit foregår [...] Efter fødslen *kan der være spørgsmål*, som *I gerne vil* have svar på [...]

Hvis *I ønsker det, kan I komme til* at tale med den jordemoder eller læge, som var med ved fødslen. [mine kursiveringer] (p. 3)

Et andet eksempel er billedteksten (p. 11), hvor fremstillingen af muligheder og tilbud til patienten også er betonedede: ”Du *kan* hver dag deltage i den fælles vejledning, hvor der også er *mulighed for* at tale med andre forældre.” Som mine kursiveringer illustrerer, fremhæves der her en række muligheder, som står åbne for patienten og hendes partner. Patienten inviteres til at spørge, tage initiativ og herigennem tage ansvar og træffe valg i patientforløbet, så det bliver tilpasset individuelle behov. Denne positionering af patienten som en medinddraget og vælgende aktør ligger tæt op af et gennemløbende kommunikationsideal i hospitalets kommunikationsstrategi. I de forskellige skriftlige udmeldinger fra hospitalet (Kommunikationspolitik, Plan-dokument og Håndbog) om relationen mellem hospital og patient, forklares den skriftlige information til patienterne som et prioriteret indsatsområde, der er et middel til empowerment af patienten, som fx i ’Håndbogen’, hvor det lyder:

Patienter har ret til at være aktive medspillere i deres behandlingsforløb, og god formidling giver overblik, så patienterne kan stille spørgsmål og træffe valg. Derfor er kommunikation en hjertesag på hospitalet, hvor man siden 1997 har udviklet den skriftlige information. (p.3)

Det er hospitalets politik, at patienten skal støttes i at være en proaktiv medspiller, handlekraftig, spørgende og vælgende. Positioneringen af patienten som vælgende aktør fremstår dog i enkelte tilfælde som et kommunikativt greb, der ikke refererer til en valgmulighed. Et eksempel på dette findes på pjecens første tekstsider, hvor der indledes med at fremlægge et planlagt kejsersnit som en beslutning, patienten er med til at træffe:

Beslutning om planlagt kejsersnit

Der kan være flere årsager til, at fødslen bliver et planlagt kejsersnit. Du er selv med til at træffe beslutningen om at føde ved kejsersnit. (p.1)

Beslutningen introduceres således som et valg, hvor patientens medindflydelse fremhæves – og videre forklares hyppige årsager til valget af kejsersnit:

Nogle hyppige årsager til at vælge kejsersnit:

- Barnet ligger med numsen nedad (sædestilling).
- Du har haft specielle komplikationer ved en tidligere fødsel.
- Du har en sygdom, der gør det risikabelt at føde normalt, fx svær svangerskabsforgiftning.
- Der er under graviditeten opstået komplikationer, som medfører, at barnet bør fødes før tiden.
- Du venter tvillinger, men det afhænger af, hvordan børnene ligger. (p. 3)

Kejsersnit konstrueres her som en beslutning og et valg, som kvinden er med til at træffe. Herpå angives der hyppige årsager til, at denne beslutning træffes, hvoraf alle fem nævnte årsager imidlertid synes at være kliniske risici eller indikationer. Disse kliniske risici er på paradoks vis netop ikke årsager, der giver anledning til subjektivt begrundede valg og beslutninger. Fremstillingen af kejsersnit, som en beslutning kvinden har del i at træffe, fremstår som en kommunikativ manøvre, der overvejende ikke har med medindflydelse eller valg at gøre. Der sker en samtidig installation og eksklusion af kvindens valg, hvor valget skrives frem som eksisterende, og i samme bevægelse undermineres af de kliniske indikationer. Overskriften ”hyppige årsager” peger imidlertid hen imod eksistensen af mulige andre ekskluderede årsager som fx angst for at føde eller andre psykologiske eller ikke-medicinske grunde til at foretage kejsersnit. Havde de psykologiske årsager været inkluderet i listen, ville der have været en større sammenhæng mellem form og indhold, idet psykologiske årsager i højere grad refererer til subjektivt begrundede valg⁸⁴, men idet denne årsag er udeladt fremstår ”valget” her som retorisk overflade.

⁸⁴ Disse årsager nævnes formentlig ikke i pjecen af politiske årsager. Blandt læger er der divergerende holdninger til, hvad indikationerne for planlagt kejsersnit er – og i medicinske selskaber og i den offentlige debat er det blevet diskuteret, hvad det skyldes, at andelen af kejsersnit i forhold til det samlede antal fødsler fra 1991 til 2003 steg med 56 % (Sundhedsstyrelsen 2005:16 & 22) En stigning som sundhedsvæsnet arbejder for at nedbringe af økonomiske og medicinske grunde.

Analysen har indtil nu vist, hvordan informationsmaterialet etablerer både objektivisering og subjektivering af patienten – og hvordan dette foregår på flertydige måder. Objektiveringen etableres gennem dels en klinisk og dels en bureaukratisk organisering af patientforløbet, hvor ufravigelige kliniske og organisatoriske handlinger oprindes og etablerer en temporalt fremadskridende struktur. Subjektiveringen af patienten foregår gennem kommunikative greb i repræsentationen af kejsersnittet, hvor igennem der etableres rum for patientens intime oplevelser og personlige præferencer, og hvor den enkelte patients valgmuligheder tematiseres. Den afsluttende del af analysen vil diskutere, hvordan patienten mobiliseres som en medspiller i patientforløbet – og hvordan medspilleren forbindes med organisering. De handlemuligheder, som patienten tilbydes, forbinder sig til normativiteter, der ikke kun åbner, men også sætter grænser for patientens mulighedsrum.

5.4 Mobiliseret medspiller - det normative mulighedsfelt

En læsning af informationsmaterialets tekst skaber et samlet indtryk af, at trods pjescens organiseringsmodus, hvor patientforløbet følger en bestemt klinisk-bureaukratisk procedure, så er der en række individuelle handlemuligheder undervejs. Når beskrivelserne ikke omhandler procedurer, som er obligatoriske for patienten, så kommunikerer der med former såsom: ”du kan...”, ”du må..”, ”du har mulighed for...” og ”hvis du ønsker det...”. Disse åbninger af muligheder har ofte et normativt præg. For at illustrere og undersøge, hvordan denne normativitet ytrer sig, vil jeg

trække nogle eksempler frem.



”Du kan have én person du kender godt hos dig under hele operationen”, lyder det i følgeteksten til fotoet. Ordlyden har imidlertid en undertekst, hvor muligheden medieres af en

moraliserende andenstemme, som understreger, at det er ”én” og ikke ”to” eller

”mange”, kvinden kan have hos sig under operationen. Og den efterfølgende tekst- og billedmæssige gennemgang af selve operationen rummer ikke spor af deciderede valgmuligheder. De åbne verber synes derimod ofte at blive brugt som påbud. Der synes at være en normativ andenstemme, hvor fx ”kan” ikke neutralt betyder ”du har mulighed for”, men snarere ”du bør” eller ”hospitalet ser gerne”. I formuleringer af, hvad kvinden ”kan”, og i udtryk såsom ”det er derfor en god idé at tale med fysioterapeuten, inden du tager hjem” (p. 12) bruges ikke en direkte bydende form, men det mulighedsrum, der åbnes, er belagt med en klar betoning af, hvordan patientens adfærd forventes at være. Handlingsimperativerne kommunikerer blødt. Under overskriften ”Ammevejledning” er normativiteten også præsent:

Mange nybagte forældre har glæde af at tale med andre i samme situation. Derfor tilbyder vi fælles ammevejledning som supplement til den individuelle vejledning. Det foregår i caféen efter barselsgymnastikken. Her er der mulighed for at få svar på mange spørgsmål, høre andres erfaringer og måske få sig en snak med andre nybagte mødre og fædre (p.12).

Afsnittet om ammevejledning lægger ud med at sætte en norm om et socialt fællesskab mellem nye forældre som forklaring på, hvorfor den fælles ammevejledning tilbydes. Den fælles vejledning fremstilles som noget ekstra – en mulighed for ekstra pleje og omsorg. Muligheden for ammevejledning foregår i direkte tidlig forlængelse af tilbuddet om barselsgymnastik, der i øvrigt på lignende normativ vis omtales som ”en god idé”. Her beskrives deltagelsen i sociale aktiviteter som et positivt scenarie, hvorfra der kan hentes positive erfaringer og viden.

Patientens handlemuligheder præsenteres gennem informationsmaterialet som normativt betonedede muligheder for at være (pro)aktiv, opsøgende og social – en mobiliseret medspiller, hvor spillereglerne aftegnes gennem allerede definerede mulighedsfelter. Det subjektive folder sig ikke bare indad i patienten, men handler om at være ekstrovert og træffe valg. Disse subjektiverende manøvrer kan med Foucaults begreb betegnes som styring af adfærd (”conduct of conduct”) – altså styringsforsøg, der griber

ind i menneskers mulighedsfelter. I det følgende afsnit går analysen videre ind i, hvordan informationsmaterialets virkelighedskonstruktion mobiliserer patienten som en medspiller i både en organisatorisk og moralsk optimering. Her appelleres til patientens gode handlekraft som en ressource, som kan bibringe såvel organisation som patient noget positivt.

5.5 Organisatorisk optimering og mobilisering af brugeren

Programmet kører intensivt, og de kan ikke nå at få sig selv med. Trenden er, at patienterne lynhurtigt skal igennem systemet, og det skal de så, for vi kan ikke stoppe op og tage individuelle hensyn, for produktionen skal køre.

- Interview med sundhedsfaglig udviklingskonsulent, december 2008

Citatet refererer her til de accelererede forløb, hvor hospitalet fx af flere omgange har nedsat indlæggelsestiden ved planlagt kejsersnit. Et organisationsinternt kvalitetssikringsprojekt har i den forbindelse undersøgt effekten af at accelerere patientforløbet efter kejsersnit – og konklusionen er, at kvinderne der deltog i interventionsgruppen på et tidligere tidspunkt oplevede at føle sig uafhængige af andres hjælp til pasning og pleje af sig selv og barnet. Nedsættelsen af indlæggelsestiden konkluderes både at være en samfundsøkonomisk gevinst, der ikke har omkostninger for patienterne og ser endda ud til at komme patienterne til gode⁸⁵. Et af målene i undersøgelsen var, at den skriftlige information skulle understøtte et optimeret og effektivt forløb, hvilket afdelingssygeplejersken refererer til som en succes: ”... Og der var det klart, at der var ikke nær så mange der havde gener, fordi nu havde de fået noget skriftligt. De læser det bedre.”, siger hun på samarbejds mødet om udarbejdelsen af pjecen. Denne idé om, at skriftlig information bidrager til at optimere forløbet, findes også i informationsmaterialets tekst.

⁸⁵ Cf. Ugeskrift for læger 166/23 31. maj 2004 p. 2254-2258, hvor resultaterne af det omtalte kvalitetsudviklingsprojekt fremlægges.

Organisatorisk optimering er et gennemløbende tema i informationsmaterialet. I den kronologiske gennemgang af det generiske forløb som en serie kliniske situationer gives der udførlige instruktioner på, hvad der skal ske. Instruktionerne indebærer klare rollefordelinger, som kommer sprogligt til udtryk gennem gentagen brug af fx ”du skal”, ”du må ikke” og ”du bør” – henvendt til patienten. Forløbet omkring planlagt kejsersnit beskrives som en standardprocedure, hvor der er en høj grad af forudsigelighed, såfremt instruktionerne følges. Fx foretages de planlagte kejsersnit i grupper på samme dag, hvilket betyder, at den gravide og hendes partner skal deltage i et informationsmøde sammen med andre par dagen før kejsersnittet (p. 4) lige som der efter kejsersnittet er fælles vejledning for nybagte forældre (p.11). Informationsmødet har et fast program, hvorefter de fremmødte kvinder skal til forundersøgelse. Informationsmaterialet har en høj detaljeringsgrad, og det pointeres, at man kan overnatte op til to nætter efter operationen (p.10) – og at man udskrives inden kl. 13 på 3. dagen (p.13). Standardproceduren er på denne måde særdeles detaljeret, præcis og forbundet med en ressourcemæssig og temporal organisatorisk optimering. Dette behandlingsregime har også eksplicite mål for aktivering af patienten fx gennem mobilisering. Under overskriften ”Hurtigt i gang igen” påpeges det fx, at: ”Senest seks timer efter kejsersnittet skal du prøve at komme ud af sengen for at få kroppen i gang igen efter operationen. Du skal helst så hurtigt som muligt ud at gå en tur rundt i barselsafsnittet”. Og under overskriften ”Tarmene skal i gang igen” hedder det efterfølgende: ”Motion er vigtig for at få maven i gang igen, derfor bør du gå ture dagligt” (p.12).

Ved siden af disse mobiliserende fordringer til patienten anråbes også patientens re-
fleksive evne til at afkode og opveje risici – fx hedder det ”Hvis du får feber, hvis såret bliver ømt eller rødt, eller der siver væske fra det, skal du kontakte din egen læge.” Og ”Hos ca. 1 procent kan rygbedøvelsen medføre en ubehagelig hovedpine. Hovedpinen kommer, når man rejser sig op, og forsvinder, når man lægger sig ned. Hovedpinen er ufarlig, men kræver nogle gange behandling”. I disse scenarier appel-

leres til en mulig fremtidig normativ krop og en nutidig afkropsliggjort reflektiv subjektivitet, der kan tage ansvar for selvovervågning og samarbejde.

Den skriftlige information appellerer her til patientens ressourcer og evner til at udvise handlekraft⁸⁶. Idealer om at mennesket skal tage ansvar for eget liv og egne handlinger, agere selvstændigt og stræbe mod et godt helbred er indskrevet i informationsmaterialet. Som underliggende element i disse idealer ligger forestillingen om, at mennesker er og skal være handlekraftige, dvs. i stand til at handle intentionelt. Anråbelsen af patientens handlekraft er sammenvævet med idealer for organisering. Optimeringens rettedhed mod patientens behov (for at komme sig hurtigt) er viklet sammen med organisatoriske effektivitetsbestrebelse på en moraliserende måde, hvor det bliver uklart, hvilke behov patientinformationen og det optimerede forløb søger at tilgodese. På dette punkt ville informationsmaterialet kunne forbedres ved at indføje et par sætninger om, hvordan både organisation og patient kan have udbytte af et accelereret patientforløb. Uklarheden giver anledning til refleksioner over, om mobiliseringen af patienten står i den organisatoriske optimerings tjeneste. Denne uklarhed kalder derfor på en eksplicitering i informationsmaterialet.

⁸⁶ jf. Strauss et al. (1997: 191 ff.) om 'the work of patients', dvs. det arbejde patienter gør og forventes at gøre, for at udfylde patientroller. Strauss et al. argumenterer herved både for en synliggørelse af patienters usynlige arbejde og for at patienter ikke bare er passive objekter for klinisk og bureaukratiske handlinger, men tager aktivt del i hospitalets arbejde.

6 Homogeniserende individualisering i strategisk kommunikation

Pjecen udgør en del af den videnskæssige styring, som er på færd i det samlede patientforløb, som fx også omfatter elementer som indkaldelsesbreve, samtaler, evt. brug af elektronisk informationsmateriale, der ikke indgår direkte i kommunikationsprogrammets arbejde. Analysen har beskæftiget sig med, hvad den strategiske kommunikationsindsats iværksætter som generel relevant information for patienter på tværs af unikke oplevelser. Analysen har undersøgt, hvad kommunikationsproduktet bidrager til at organisere – ud over at støtte det kliniske arbejde. Med det kliniske objekt; kejsersnittet som prisme har analysen vist, hvordan patienten ikke bare er en modtager adskilt fra informationsmateriale, men at patientens handlemuligheder er indeholdt og indrammet i informationsmateriale. Denne analyse forstår pjecen som praktiseret strategisk kommunikation, et iværksat kommunikationsprodukt, der organiserer mulighedsrum ud fra forestillingen om den informationshungrende patient. Ud fra analysen kan det konstateres, at der etableres videnskæssige standarder, som kan indeles i forskellige kategorier. Først viste analysen, hvordan en bestemt viden om kroppen og organisatoriske, bureaukratiske procedurer konstrueres gennem objektiverende beskrivelser af et standardiseret patientforløb. Jeg identificerede denne ordning som pjecens *organiseringsmodus*. Herpå gik analysen ind i at vise, hvordan der samtidig foregår en subjektivering, hvor der dels skabes plads til det intime og private omkring oplevelsen af at blive forældre. Denne subjektivering accentueres yderligere af kommunikative greb, hvorved patientens præferencer og valgmuligheder trækkes frem i teksten. Her adresseres patientens handlekraft gennem en normativitet, hvor handlinger ikke er lige gode eller lige tilgængelige. Der skabes således nogle særlige forventninger til patienten om handlekraft og tilvalg, og bestemte procedurer i forløbet etableres som elementer, patienten forventes at være informeret om. Patientens handlerum fremstilles som muligheder for at være en vælgende aktør, der modtager tilbud om kejsersnit på baggrund af information om muligheder og begrænsninger, fordele og risici. Patientløbet konstrueres som forventningshorisont

gennem hvad patienten bliver introduceret til – og hvad der fremsættes som hensigtsmæssig baggrundsviden. Informationsmaterialet iværksætter videnskæssige standarder, som er med til at normalisere forløbet, konstituere sundhedsfaglige roller og patientroller samt gøre procedurerne sikre og forudsigelige, hvorved accountability og autoritet i organisationen vedligeholdes. Den videnskæssige standardisering er dog ikke nødvendigvis en klar modsætning til kognitiv autonomi. Gennem informationsmaterialet inviteres patienten også til at være en informeret insider, der kender til hospitalets procedurer og har et forhåndskendskab til patientforløbet, så hun ved, hvad der skal ske og kan navigere i både den obligatoriske del af forløbet (jf. afdelingssygeplejerskens fremhævelse af, at de kliniske fotos beroliger kvinderne) og i til- og fravalg af muligheder.

Pjecens strukturerende organiseringsmodus står således ikke alene som princip. De kommunikative greb og formgiving betegner jeg som informationsmaterialets *kommunikationsmodus*. På baggrund af analysen er pjecens kommunikationsmodus en *homogeniserende individualisering*, hvor patientfiguren individualiseres på en homogeniserende måde. Kommunikationen udgør en appel til den ansvarlige patient, som guides i retning af standardiserede normer for et optimeret forløb. Patienten guides således til at hjælpe systemet med at være effektivt ved at kunne skifte mellem at rolle som passivt objekt, mobiliseret medspiller og aktivt vælgende subjekt.

7 Konklusion

*Print-outs are not mirror copies of the world 'the view from nowhere',
but always the view from somewhere.
(Haraway 1988:195)*

På trods af en pjeces materielle enhed var min forventning, at en analyse af dens form og indhold må byde på flertydigheder. Analysen har vist, hvordan disse flertydigheder er til stede. Kompromis og konvergens står ikke alene. Det stabiliserede informationsprodukts subjekter og objekter rummer spor af forskellige ontologiske ordener. Denne dynamiske koordinering af videnskab, kultur, organisering og personlighed udgør, hvad jeg med en omskrivning af Thomson/Cussins begreb vil kategorisere som en situeret *organisatorisk* koreografi - konkrete aftryk af den multiplicitet, der er til stede i organisationens virkelighedshåndtering.

Den iværksatte kommunikation integrerer forskellige versioner af patientforløbet og patientfigurer og får disse til at virke sammen. Pjecen udgør et kompromis mellem forskellige aktørers interesser og versioner af virkeligheden, men et kompromis er ikke nødvendigvis en udglatning af forskelle (jf. den forudgående analyse af forhandlingsarbejdet). Med analysen bestræber jeg mig på at udrede de forskellige versioner og deres indbyrdes relationer.

Informationsmateriale er ikke bare perifere pamfletter i organisationen, men kan fungere som prisme for politiske, faglige, organisatoriske og styringsmæssige problemstillinger. Som godkendt, materielt slutprodukt rummer pjecen en række forhandlinger af kompromiser. Kompromiserne er indgået mellem professionelle subjekter (den sundhedsprofessionelle og de kommunikationsfaglige medarbejdere), kommunikationsprogrammets rammesætning og eksisterende versioner af materialet. Tilsammen er der skabt et centrert vidensobjekt: det planlagte kejsersnit og et modtagende subjekt: den gravide kvinde. Objekt som subjekt i informationsmaterialet viser sig dog gennem analysen at udgøres af forskelle snarere end af enheder. Forskellene viser sig ved, at det planlagte kejsersnit forklares som både klinisk situation, subjektiv oplevel-

se og organisatorisk optimering, hvilket korresponderer med forskellige tilknyttede patientpositioner. Roller, handlinger og valg formidles i en mangetydig kommunikation, hvor forventninger, muligheder og krav til patienten peger i flere retninger. Patientfiguren, der umiddelbart kunne ligne en enhed, viser sig gennem nøgtern analyse (også) at være multipel. Analysen peger derfor hen imod, at objekter og subjekter er til som penduleringer mellem enhed og forskel, det singulære og multiple (se også Dugdale 1999:113).

Informationsmaterialet etablerer både objektivering og subjektivering af patienten – og disse bevægelser knytter an til flere versioner. Objektiveringen etableres gennem dels en klinisk situering og dels en bureaukratisk organisering af patienten, hvor ufravigelige kliniske og bureaukratiske procedurer opridses og etablerer en temporalt fremadskridende struktur i patientforløbet. Objektiveringen af patienten knyttes sig til informationsmaterialets *organiseringssmodus*.

Subjektiveringen af patienten foregår i kommunikative greb, hvorigennem der etableres rum for patientens intime oplevelser og personlige præferencer, og den enkelte patients valgmuligheder tematiseres. Det subjektive folder sig ikke kun indad i patientens intime rum, men handler også om at være ekstrovert og handlekraftig. Patientkommunikationen virker performativt, og gør mere end at skabe trygge patienter (omsorg) eller stille hospitalet i et godt lys (marked). Kommunikationsproduktet forbinder versioner af den organisatoriske virkelighed på en måde, hvor der kaldes på organisatorisk effektivitet gennem patientens fleksibilitet i kontinuummet mellem at være passivt objekt og handlende subjekt med sociale og udadvendte personlighedstræk.

På den ene side fremstilles patienten som generisk objekt i et standardiseret forløb, og på den anden side positioneres patienten som en individualiseret aktør, der tilbydes valg gennem informationsmaterialets mulighedsdiskurs. Analysen viser, hvordan denne dobbelthed er normativt influeret, idet bestemte handlingsimperativer er til ste-

de. Analysen kommer frem til, at både pjecens objekt (det kliniske forløb) og pjecens subjekt (patienten) gennem informationsmaterialet forbindes til en organisatorisk og moralsk optimeringsbestræbelse, som balanceres af en særlig kommunikationsmodus rettet mod patienten. Gennem en række formmæssige tiltag etableres der i informationsmaterialet et kommunikativt rum, hvor patienten adresseres som subjekt – et ”du”, der er aktivt og kan handle og vælge på baggrund af individuelle præferencer. Denne individualisering er knyttet sammen med en indholdsmæssig standardisering, hvor patienten nødvendigvis er et generisk objekt for en række procedurer i pjecens organiseringsmodus. Tilsammen udgør disse to bevægelser i indhold og form en *homogeniserende individualisering*, hvor patienten individualiseres på en homogen måde. Homogeniserende individualisering er pjecens *kommunikationsmodus*, som er kendetegnet ved, at patienten positioneres som et *ansvarligt subjekt*, der guides til at være henholdsvis passiv og aktiv på *standardiserede* måder som del af en organisatorisk optimering. Som klinisk objekt er patientfiguren overvejende en passiv nøgternt beskrevet krop, der handles på. Som bureaukratisk objekt tilskrives patientfiguren et stænk aktiv handling, idet hun indskrives i bureaukratiets procedurer, hvor fx fødsel i utide, forsinkelser til møder, konsultationsaftaler eller andre former for forstyrrelser, der udgår fra patienten og hendes krop kræver, at patienten giver besked – og aktivt følger de gældende regler for adfærd. Som vælgende subjekt positioneres patientfiguren derimod som en aktiv og handlende aktør, der deltager med engagement og handlekraft.

Ved at analysere hvordan planlagt kejsersnit forklares som organisatorisk begivenhed og hvordan patienten positioneres, bliver det muligt at se, hvordan organisationens kommunikationspraksisser vokser sammen med eller medproducerer krav om effektivisering. Nogle steder formes patientens ret til at være aktiv medspiller i informationsmaterialet som et imperativ, andre steder formes patientrollen som føjeligt kropsligt objekt. Informationsmaterialets sproglige imødekommenhed overfor patienten er båret af principper, der præciserer sprogligt, økonomiserer med de fagprofessionelles

tid og søger at informere patienten om inddragelse og grænserne for denne på en optimerende måde. Informationsmaterialet praktiserer herigennem en forvaltningsmåde, der iværksætter en ressourceorientering i organisationens virkemåde. Pjecens subjekter og objekter bliver her ressourceelementer, som styres mod ikke-ekspliciterede organisatoriske mål om optimering. Den organisatoriske optimering er indlejret i repræsentationen af planlagt kejsersnit, hvor patientforløbet accelereres. Optimeringen knyttes dels til eksplicite arbejdsgange og procedurer i klinikken, hvor patienten er objekt (organiseringensmodus), og dels til mobilisering og ansvarliggørelse af patienten (kommunikationsmodus)fx med henblik på hurtig og effektiv rehabilitering. For at få begge optimeringsstrategier til at fungere tages der udgangspunkt i information og inddragelse af kvinden og hendes partner.

Ved at undersøge pjecen som iværksættelse af hospitalets kommunikationsstrategi, peger analysen på informationsmaterialets aktive rolle i organiseringen af mødet mellem hospitalet og patienten. Analysen viser, hvordan et enkelt informationsmateriale ikke blot er produkt eller udfoldelse af eksplicite strategier. I stedet fungerer pjecen som aktør i organisering. Informationsmaterialet iværksætter organisationens kommunikationsidealer på bestemte måder, produktet er dermed ikke blot en passiv informations transmitter af viden. Sundhedskommunikationsforskningens forståelser af kommunikation som et redskab for det kliniske arbejde rettet mod patienten ”derude” bliver udfordret, idet analysen viser, hvordan kommunikationsproduktet allerede performer patient og organisering. Kommunikationsproduktet overskrider det kliniske determineringsfelt og orienterer sig i retning af organisatoriske mål. Kommunikationsproduktet fungerer dermed heller ikke blot som formidler af kommunikationsprogrammet og forskellige aktørers forståelser af patient, patientforløb og klinisk praksis, men sammenstillingen og integrationen af disse ontologier producerer en flertydig fremstilling af patientforløbet, hvor forskellige versioner af virkeligheden er indeholdt.

Som repræsentation udgør pjecen et lokalt forankret, men generisk scenarie, hvori organisationens officielle kommunikationsideal om at implementere 'Patientens Perspektiv' praktiseres. Pjecen er en *organisatorisk koreografi*, hvor kliniske, kropslige, bureaukratiske, personlige ordener mødes og koordineres i en sammenhængende repræsentation. Pjecens repræsentation er performativ og intervenerende i den forstand at dens sammenstillinger af forskellige ordener producerer idealer for organisering. Organiseringsidealene går i retning af optimering – en bevægelse som patienten spiller en særlig rolle i. I pjecens standardiserede mikrounivers er patienten via pjecens illustrationer og sproglige virkemidler produktets formmæssige centrum, men indholdsmæssigt synes det snarere at være en organisatorisk optimering, der står i centrum. I analysens bevægelser mellem form og indhold forskydes patienten således fra centrum til periferi. Patienten bliver herved en decentreret figur, der pendulerer mellem det formmæssige centrum og den indholdsmæssige periferi.

KAPITEL 7: Konklusion

Hospitalers kommunikation er gennem det seneste årti blevet genstand for udbredt opmærksomhed – både i den offentlige debat og i hospitalernes bestræbelser på at imødekomme fordringer om effektivisering, bedre kvalitet i patientbehandling og patientens oplevelse af sammenhæng i patientforløb. Patienten indtager en central plads i denne kredsen om kommunikation som organisatorisk tema. Kommunikation frem sættes ofte som en forhåndenværende løsning, der med få ressourcer og nogle formgreb kan bidrage til et bedre sundhedsvæsen med patienten i centrum. Kommunikation fremstilles som den indlysende selvfølge, der bringer forbedringer med sig på sin vej for alle involverede.

Med denne afhandling har jeg undersøgt denne selvfølge ved at analysere et hospitals kommunikationsprogram og følge dets vej fra dokument til klinik. Afhandlingens hovedspørgsmål er, *hvordan hospitalet håndterer og iværksætter kommunikation med patienten som organisatorisk opgave*. Spørgsmålet adresserer ikke bare det, at hospitalets kommunikation er strategisk, men hvordan kommunikation med patienter *konstitueres* som *organisatorisk opgave*, og hvilke *virksomheder* det har.

Afhandlingen foreslår *patientfigur* og *social organiserings teknologi* som analytiske begreber til at undersøge, dels hvordan patienten diskursivt bidrager til det strategiske arbejde – og dels hvordan sociale relationer rekonfigureres gennem programmets organiseringsmåder.

Analysen viser, hvordan en strategisk tilgang til kommunikation ikke nødvendigvis skaber alle de forbedringer, den vækker forventning om. Til gengæld gør den en masse andet, når den bliver sat i værk.

I samtidens hospital fungerer information og kommunikation til patienten som centrale, men uspecifikke begreber, der skal bidrage til løsninger på en række forskellige problemstillinger. Uklarheden i og omkring 'strategisk patientkommunikation' for-

klarer jeg med, at emnet er et organisatorisk sammenføjningssted på flere måder – både mellem patient og system, mellem information og kommunikation og mellem forskellige faglige interesser.

Jeg betegner denne udvikling som en *kommunikationsliggørelse* af hospitalets organisatoriske landskab. Analysen viser, hvordan det kommunikationsliggjorte hospital ikke bare møder patienten som subjekt, objekt eller individ. Patienten bliver gjort til figurer, som både er forventninger til patienten og fungerer som styringsredskaber i organisationen.

Analysens resultater

Afhandlingens første analysekapitel viser, hvordan patienten som *figur* indgår i det strategiske arbejde med at styre og forbedre hospitalets kommunikation. Her viser det sig, at fokus for den strategiske kommunikationsindsats ikke retter sig mod det konkrete møde mellem patient og sundhedsprofessionel, men at hospitalets strategiske kommunikation i høj grad tematiseres gennem strategiske og operationelle dokumenter med visioner og anvisninger på, hvordan skriftlig information kan og skal udarbejdes. Idealer om patientinddragelse og den allestedsnærværende kommunikation med patienten i centrum omformes til et specifikt fokus på standardisering af informationsmaterialer til patienter.

Analysen viser, at der er mere end sundhed og behandling af sygdom på spil. Patientkommunikation handler om *informationsbehandling* af patienten med henblik på tilfredshed. Målet om patienttilfredshed adresserer på den ene side omsorgsorienterede forståelser af patienten som affektiv modtager af omsorg, borger med rettigheder og individuel behovsstyret bruger. På den anden side iværksætter målet om patienttilfredshed også markedsforståelser, hvor patienter ses som homogene målgrupper, som information kan standardiseres til. I markedsoptikken er patienten desuden en res-

source for organisatorisk udvikling og kunde med forbrugeradfærd. Samlet set præsenterer de strategiske kommunikationsdokumenter en *informationshungrende patientfigur*. Det strategiske fokus på patienten kredser om forestillinger om patientens perspektiv, men iværksættes som styring *af* patienters adfærd og styring *gennem* patientfiguren med henblik på at effektivisere hospitalets omsorgsorientering på markedsbetingelser. Der skal ikke blot kommunikeres godt med patienten i og omkring de kliniske kerneydelser. Patienten er en organisationspolitisk figur, som organisationen indefra forsøger at styre og forandre sig selv igennem.

Den strategiske kommunikations orientering mod dokumenter og standardisering igangsætter samtidig forhandlinger mellem kommunikations- og sundhedsfaglige om, hvilken faglighed der ejer retten til at definere, dels hvad god kommunikation og information er, og dels hvem patienten er. Afhandlingens andet analysekapitel undersøger disse forhandlinger. Patienten er i periferien af disse processer, idet de hverken inddrages eller høres om deres mening eller oplevelser af god kommunikation. Patienten er dog i centrum for forhandlingerne som *figurer*. Patientfigurerne dukker konstant op i form af organisatoriske forestillinger, hvor patienten iklædes forskellige behov og grader af handling afhængigt af forskellige situationer og sammenhænge. Forhandlinger om repræsentationer af hospitalets arbejde og relationer til patienter udfolder sig som kontroverser om jurisdiktion mellem faggrupper og strategier for håndtering af organisatorisk orden. Patientfiguren og patientinformation bliver her genstande i en faglig kamp om organisatorisk terræn.

Kommunikationsprogrammets afsæt er en kløft mellem sundhedsprofessionelles og kommunikationsfaglighedens perspektiver på virkeligheden. Det perspektivistiske udgangspunkt resulterer i styringsbestræbelser 'ovenfra' baseret på udefrakommende kommunikationsekspertise, hvor administrativt udviklede standarder for kommunikation søges implementeret, uden at disse er forhandlet med de sundhedsfaglige, som skal bruge dem i praksis. Programmet laver herved et benspænd for sig selv. Standar-

derne skaber ikke den intenderede klarhed og effektivitet, men synes snarere at besværliggøre samarbejdet. Organisatoriske kampe om patientens perspektiv er nok uundgåelige, idet den strategiske kommunikation griber ind i allerede eksisterende praksisser og søger at korrigere og forbedre delelementer heri. Men med en højere grad af inddragelse af de sundhedsfaglige - og eventuelt patienter - i udviklingen af kommunikationsstrategien ville disse forhandlinger formentlig kunne udspille sig anderledes – måske med en bedre udnyttelse af de knappe ressourcer. I kommunikationsprogrammet er forhandlingerne om patientens perspektiv i stedet udskudt til implementeringsprocessen, hvor det viser sig, at kommunikationsprojektet udfordres. Kampene og forhandlingerne styrker imidlertid også projektet, idet det viser sig, at samarbejde kan fungere uden konsensus, og oveni købet kan skabe organisatorisk læring, hvor de to fagligheder nuancerer og forfiner kommunikationsprodukterne gennem deling af viden. En viden, der for begge parter kan bringes med til næste opgave.

I den klassiske forståelse af styring af sundhedsvæsnen dukker patienten primært op som genstand for de sundhedsprofessionelles problemløsning (Parsons 1964, Abbott 1988) eller som borgeren, der indgår i den parlamentariske styringskæde (Olsen 1978). Patienten har her en perifer position i en styring og organisering, som udgår fra sundhedsvæsnen. I de seneste årtier har forventningerne til patienten i offentligheden, i forskning og organisationers tiltag bevæget sig i et bredere spektrum, hvor forestillingen er, at patienten på forskellig vis kan bidrage til effektivisering af sundhedsvæsnen. Den passive modtager af omsorg er i dag suppleret med mere aktivt handlende positioner, hvor patienten på forskellige måder får tilbud om at deltage i styringen og organiseringen af sundhedsvæsnen (fx frit valgs-ordninger). Forventninger om aktiv deltagelse med henblik på bedre og hurtigere rehabilitering for patienten er også en af de måder, hvorpå patienten inddrages i organiseringen. I det tredje analysekapitel undersøger jeg, hvordan styring af patienters adfærd er delegeret til informationsmateriale. Den enkelte pjece bidrager muligvis til at skabe trygge patienter

(omsorg) eller stille hospitalet i et godt lys (marked), men den fungerer også som aktør i organisering. Jeg analyserer pjecen som en *organisatorisk koreografi*, hvor kliniske, kropslige, bureaukratiske ordener væves sammen med kommunikation af patientens personlige og sociale præferencer. Analysen viser, hvordan pjecen er en privilegeret kilde til at få indblik i de forbindelser, der fra hospitalets side ønskes etableret mellem patient og sundhedsvæsen i patientforløb. Som iværksat kommunikation integrerer pjecen forskellige versioner af patientforløbet og patientfiguren og får disse til at virke sammen uden at udglatte forskelle. I pjecen guides patienten til at hjælpe systemet med at være effektivt. Patienten adresseres som *ansvarligt subjekt*, der guides til at være henholdsvis passiv og aktiv på *standardiserede* måder som del af en organisatorisk optimering.

Analyserne viser, hvordan organisatoriske idealer om kommunikation med patienter omformes til standardiserede løsningsmodeller vedrørende udarbejdelse af informationsmaterialer. *Informationsbehandling* af patienten ses her som vejen til mål om både patienttilfredshed og organisatorisk effektivisering. Når de strategiske dokumenters standarder og informationshungrende patientfigurer sættes i spil i organisationen, står de imidlertid på en kamplads, hvor retten til at definere patienten må forhandles. Pjecen orkestrerer patientens handlerum ved, at imperativer og muligheder for patienten

forbindes.

Organisatoriske praksisser som forhandlinger og dokumenter vidner om, at patienten ses som et ressourceelement i optimering af hospitalsorganisationen. Organisatorisk effektivisering er en gennemløbende forbindelse mellem forskellige aktører og dokumenter. Kommunikationsliggørelsen gør andet og mere end at skabe kommunikativt gennearbejdede pjecer og konflikter mellem fagligheder. Med kommunikationsliggørelsen følger også forandringsimperativer om effektivisering, som er med til at accelerere den organisatoriske virkelighed ved at kommunikere behovet for organisatorisk forandring - en optimering, som alle aktører kan bidrage til.

Afhandlingens bidrag

Kommunikationsprogrammets tilgang til opgaveløsning minder om den instrumentelle kommunikationsforståelse i sundhedskommunikationsforskningen. Der ses patienter som modtagere adskilt fra selve kommunikationsindsatsen, og organisering kan tilrettelægges rationelt ude fra eller oven fra. Lidt forenklet kan forskningen inden for sundhedskommunikation forstås som kliniske interesser, der kalder på kommunikative-organisatoriske løsninger. Mine analyser forskyder denne problematik og undersøger, hvad der sker, når patientkommunikation bliver et organisatorisk fænomen, der på sin vej fra dokument til klinik producerer idealer for organisering og forståelser af patienten. Strategisk kommunikation fungerer ikke bare som støttefunktion for klinisk arbejde, men støder derimod sammen med sundhedsfagligheden. Med de analytiske begreber *patientfigur* og *social organiserings teknologi* tilbyder afhandlingen måder, hvorpå det organisatoriske rum mellem den strategiske kommunikations input og output kan åbnes. Her viser det sig, at den strategiske kommunikation allerede har effekter i organisationen, inden den er sluppet løs til slutbrugeren; patienten. Strategier og de organisatoriske processer, de indgår i, skaber både intenderede og uintenderede effekter.

Spørgsmålet er således heller ikke, om patienten tildeles eller fratages magt, eller om kommunikationsprogrammet virker som intenderet, men på hvilke måder patienten bliver en figur i en organisatorisk optik, og hvordan det fx bidrager til at organisere professionelle relationer. Hospitalets strategiske tilgang til kommunikation viser sig at skabe og forstærke bestemte *forbindelser* mellem fx patient og organisation. Hermed bidrager afhandlingen til det store felt af sociologiske studier, som tematiserer mødet mellem patient og sundhedsvæsen i lyset af såvel magtkritik som humaniserings- eller optimeringsmål. Denne afhandlings analyser betoner det organisatoriske kulissearbejde delvist på bekostning af et fokus på individ, identitet og magt.

Med denne betoning bidrager jeg også til studier af hospitalers strategiske kommunikation, hvor den forskningsmæssige hovedinteresse hidtil har været institutionelle omgivelsesrelationer. De institutionelle studier er særligt orienteret mod den strategiske kommunikation i lyset af hospitalets omverdensforhold med ændrede markedsbetingelser og deraf følgende omdømmearbejde. Jeg vender i stedet blikket mod, hvordan strategisk kommunikation nærmer sig hospitalsorganisationens kerneopgaver. Ved at fokusere på strategisk hospitalskommunikation som del af interne forhold og mikroprocesser bliver det samtidig muligt at sige noget om, hvordan hospitalets bruger; patienten, spiller en særlig rolle i hospitalernes strategiske tilgang til kommunikation.

Praktiske implikationer

Implikationerne af mit studie kan gøres tydelige ved at sammenligne forventninger til strategisk kommunikation med mine analyseresultater. Visionen om strategisk patientkommunikation er i grove træk: Fokus på patientens perspektiv kan skabe mere og bedre sammenhæng, kvalitet og effektivitet. Forventningerne er imidlertid svære at indfri. Visionen om at inddrage patientens perspektiv i hospitalets udviklingsarbejde lægger ikke op til tiltag, der lige umiddelbart trækker effektivisering med sig. I kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' forsvinder visionen om inddragelse også gennem strategiens konkretiseringsproces.

At forventningerne til kommunikation er svære at indfri handler ikke kun om, at patientinddragelse er ressourcekrævende, eller at standarderne i kommunikationsprogrammet burde afløses af en anden strategi, der passer bedre.

Min overordnede analytiske pointe er, at organisationen og det, som den forbindes med, forandres sammen: Når en ny faglighed introduceres i organisationen, forandres både fagligheden og organisationen. Kommunikationsfaglighed anses i hospitalet som en administrativ støttefunktion, der er adskilt fra kerneydelsen, men administra-

tive funktioner er 'parasitære' – og med til at forandre det, de sætter sig på, og de bliver samtidig selv formet af sammenhængen. Ligeledes er udrulningen af et kommunikationsprogram i organisationen med til at forme både organisation og program – om man vil det eller ej. Så hvorfor ikke inddrage sundhedsfaglige og patienter allerede i strategiudviklingen og indrømme plads til at få den gensidige konstruktion i gang, som alligevel vil komme i spil?

Analysen viser, hvordan kommunikationsprogrammet og den nye kommunikationsfaglighed laver benspænd for sit eget liv i hospitalet. Programmet bygger på en perspektivistisk tilgang til hospitalets virkelighed, hvor patientens perspektiv i strategierne er retorisk pladsholder for kommunikationsfaglighed. Kommunikationsfaglighed er i udgangspunktet informeret af human- og socialvidenskab og står på skuldrene af den klassiske medicinske sociologis kritik af en række forhold i patientens møde med sundhedsvæsenet. Kommunikationsprogrammet præsenteres bl.a. som et bidrag til at udglatte hospitalets objektivisering af patienten og guide patienten i mødet med hospitalets "fremmede" kultur. I implementeringen kæmper kommunikationsprogrammet imidlertid med sin egen forestilling om, at nogle perspektiver er mere i overensstemmelse med virkeligheden end andre. Det viser sig nemlig, at de sundhedsfaglige har stærke kort på hånden i kampen om, hvem der har definitionsretten på den gode kommunikation til patienten. Det kommunikationsfaglige forsøg på at skabe en organisatorisk plads til deres egen faglighed udfordres her af den kløft mellem "kulturelle" perspektiver, som programmet taler frem.

Det viser sig imidlertid, at der i praksis kan samarbejdes uden konsensus, og at kløften mellem forskellige perspektiver nok er kommunikationsprogrammets udgangspunkt, men ikke dets slutpunkt. De forhandlinger, som programmets interventioner igangsætter (fx om forløb som strukturerende princip i informationsmateriale), bryder ikke sammen, men afstedkommer artikulationsarbejde, hvor der forhandles om patientens perspektiv. Dette artikulationsarbejde unddrager sig imidlertid formalisering

og kan ikke indfanges af de rationelle arbejdsmodeller, som programmet selv foreslår (jf. også sundhedskommunikationsforskningen). Det betyder dog ikke, at artikulationsarbejde kan undværes eller er værdiløst. Analyserne peger i stedet på en omvendt pointe. Implementering handler ikke om at finde den rigtige strategi, teknologi eller metode på forhånd, men om situeret koordineringsarbejde i mødet med praksis. I det konkrete samarbejde udvikles fælles kommunikationsprodukter, og der sker som nævnt gensidig organisatorisk læring. Samarbejds møder og tværfaglige diskussioner er snarere nødvendige læringsrum end tidsrøvere, der modvirker effektivitet. Samlet set er implikationerne for praksis, at implementeringen af strategisk kommunikation i hospitalsvæsnet med fordel kunne søge mere mod praksis i strategiudviklingen. Strategiens egne idealer om ligeværdighed og inddragelse kalder på, at patienter og sundhedsfaglige involveres i kommunikativ strategiudvikling, så anknypningen til praksis bestyrkes. Kommunikationsmedarbejdernes blik på organisationen bidrager med et pust af udefrakommende sund fornuft, men for at kommunikationsfagligheden kan vinde autenticitet og strategien få forankring i organisationen, er det afgørende, at den nye faglighed søger praksiskendskab og i en vis grad delagtiggør brugere (patienter og sundhedsfaglige) i strategiudvikling.

Afrunding

Som social organiserings teknologi opererer kommunikationsprogrammet gennem dokumenter og standardiseringstiltag – og forsøger herved at gøre kommunikation til problemer, hvor løsningen allerede ligger klar. Men forbundet til de forskellige fagligheder, dokumenter og informationsmaterialer bliver patientkommunikation gjort til noget forskelligt: fx organisatorisk sammenhængskraft (jf. Kommunikationspolitikken), faglig ekspertise (jf. Plan & den kommunikationsfaglige tilgang), standardiserbare informationsmaterialer (jf. Plan, Håndbog & samarbejdspraksis), arbejdsredskab (jf. Håndbog & klinikken), værktøj til humanisering & effektivisering (jf. Håndbog &

patientpjece) m.fl. Der eksisterer således en række forskellige forståelser af, hvad patientkommunikation er og kan gøre i organisationen og for patienten. Med afhandlingen peger jeg på, at der ikke alene er tale om forskellige perspektiver på virkeligheden. Patientkommunikation *er* noget forskelligt i forskellige sammenhænge, fordi fænomenet forstås, håndteres og bruges forskelligt. Det gør fx en forskel – for patienter, sundhedsfaglige og kommunikationsmedarbejdere og deres indbyrdes relationer, om patientkommunikation gøres til standardiserbare informationsmaterialer gennem formularer og tommelfingerregler og retter sig mod at producere pjecer, eller om kommunikation med patienter er et sundhedsfagligt arbejdsredskab, hvor patientpjecer indgår som delelement i at informere patienter. Den ene version gør kommunikation til en standardiserbar informationsopgave, hvor den informationshungrende patient har krav på information. Den anden version forstår kun patientkommunikation som delvist standardiserbar, hvor skriftlig information fx kan muliggøre delegering af opgaver tilpasset det enkelte patientforløb. De to versioner er imidlertid forbundne i deres fokus på effektivisering og acceleration af organisatoriske processer – og i begge versioner er patienten i det retoriske centrum for denne optimering. De forskellige perspektiver eksisterer side om side i organisationen og gør noget forskelligt, mens de også, som analysen har vist, kan fungere sammen uden umiddelbar konsensus.

Det, at programmet omformes gennem dets implementering, betyder imidlertid ikke, at visioner og strategisk arbejde skal forlades, og hospitalet blot skal overgive sig til uforudsigelige organisatoriske forandringer. Strategiarbejde er forventningsarbejde. Det udtrykker et engagement og muligheden for at afprøve nye veje. I strategiudviklingen kunne hospitalet undersøge forskellige versioner af patientkommunikation i organisationen, eller forsøge sig med involvering af patienter i udviklingsprocessen – i stedet for at vente på deres dom i patienttilfredshedsmålinger.

I den offentlige debat om kommunikation i sundhedsvæsenet er hospitalet udsat og eksponeret, hospitalerne kritiseres for ineffektivitet, manglende koordination og kva-

litet. Der er konstant nye fordringer, hvor kommunikation sættes i scene som et allerede tilstedeværende mirakelmiddel, som blot skal fortyndes lidt nogle steder og styrkes på andre. De fleste er enige om, at kommunikationstræning for lægerne og standarder for skriftlig information er gode idéer.

Med denne afhandling har jeg undersøgt, hvad en konkret kommunikationsindsats gør ved hospitalets interne organisatoriske forhold og relationer til patienten. Her løses nogle problemer og opgaver, mens andre overses eller efterlades. Ved at undersøge praksisser og konkrete kommunikationsprodukter, kan vi få indblik i, hvordan kommunikationsstrategier virker, og hvad organisatoriske politikker gør. Ved studier af konkrete iværksættelser af kommunikation er det muligt at diskutere, hvad strategisk kommunikation gør og bliver til - ud over at være et selvfølgeligt ideal. Mine analyser viser, at hverken program, proces eller produkt er entydige, men interessante analyseobjekter, der rummer mere end summen af de interesser, der har været med til at skabe dem. Analysernes fund siger noget specifikt om arbejdet i og omkring et hospitals kommunikationsprogram, men analyserne er samtidig en opfordring til forskere og praktikere om at undersøge det kommunikationsstrategiske arbejdes generering af interne relationer og relationer til den organisatoriske omverden af brugere.

Bilag 1: Empirioversigt

Empiriindsamlingsperioden forløb fra august 2007 frem til november 2009.

Oversigten er ordnet organisatorisk, hvor jeg angiver kontaktperioden med organisationen, oplister evt. indsamlede dokumenter og angiver antallet og karakteren af eventuelle interviews og observationer:

Primært hospital - Kontaktperiode: september 2007- oktober 2009

Dokumenter

- Hospitalshjemmesiden tilgået løbende i perioden
- Hospitalets intranet tilgås to gange i empiriindsamlingsperioden (dokumentsøgning og film med patientinterview fra pilotprojekt om 'Patientens Perspektiv')
- Kommunikationspolitik 2006 (3 sider + bilag)
 - Bilag 1 Redaktionel policy for det nye intranet (1 side)
 - Bilag 2 Policy for interne journalistiske medier (1 side)
 - Bilag 3 Politik for patientkommunikation (1 side)
 - Bilag 4 Politik for hospitalshjemmesiden (1 side)
 - Bilag 5 Pressestrategi (1 side)
- Plan for Patientens Perspektiv 2007-2008 (14 sider)
 - Bilag 1 Hospitals samlede forlagsvirksomhed 2007: Pjecer, rapporter, plakat & håndbøger (1 side)
 - Bilag 2 Syv kriterier for tekster til patientinformation (1 side)
 - Bilag 3 Samarbejdsaftale og produktionsplan for tryksager (1 side)
- Håndbog om Patientforlaget, 2009 (24 sider)
- Plakat for 'Patientens Perspektiv': "Det tager 6 år at blive læge, du bliver patient på et øjeblik...", 2007
- Informationsmaterialer til patienter:
 - Information om planlagt kejsersnit, 2008 (3 versioner) (20 sider)
 - Information om akut kejsersnit, 2008 (16 sider)

- Diverse andre skriftlige informationer til forældre: ”Værd at vide når du kommer hjem” og informationer om udmalkning, sondemad og praktisk information til forældre med for tidligt fødte børn

Observationer

- Observationer af samarbejde om patientinformation med deltagelse af afdelingssygeplejerske, kommunikationsmedarbejder og grafiker (juni 2008) (Indledt og efterfulgt af uformelle interviews med kommunikationsmedarbejder).
 - Møde om information om planlagt og akut kejsersnit (1 time)
 - Møde om øvrige informationer i obstetrisk regi: ”Værd at vide når du kommer hjem” samt informationer om udmalkning, sondemad og praktisk information til forældre med for tidligt fødte børn. (1 time)
- Observationer af to møder (af hver 1 time) i kommunikationsgruppe i Udviklingsafdelingen med deltagelse af 3-4 sundhedsfaglige medarbejdere og udviklingskonsulenter (oktober & november 2008)

Interviews

- Gruppeinterviews af 1½ times varighed med kommunikationsafdelingens kommunikationschef, kommunikationsmedarbejder og grafiker (september 2007 & oktober 2008)
- To individuelle interviews med sundhedsfaglig udviklingskonsulent af hhv. 1 og 1½ times varighed (oktober 2008 & december 2008)
- To individuelle interviews med kommunikationschef – et telefonisk (ca. 10 min. efterår 2008) og face-to-face (1 time oktober 2009)
- To individuelle interviews med kommunikationsmedarbejder af hhv. 1 og 1½ times varighed (november 2008)
- Et individuelt interview af 1 times varighed med informationsansvarlig jordemoder (oktober 2008)
- Et individuelt interview med lægefaglig direktør af 1 times varighed (oktober 2009)

Diverse uformel kontakt til hospitalet

- Godt 50 mails og telefonsamtaler med forskellige aktører
 - fx mails med idéer til mit projekt fra kommunikationschef og kommunikationsmedarbejder
 - september 2009 en mail fra kommunikationschefen, der forklarer at: ”Patientforlaget er desværre blevet sparet væk [...] Vi har ingen i afdelingen der pt. arbejder med patientinformation. Men ring til mig, så kan vi tale om resten.”

Region Hovedstaden - Kontaktperiode: september 2008

Dokument

Kommunikationspolitik 2007

Konference for praktikere: kommunikationsfaglige i hospitalsvæsnet: August 2008

Observationer

”Det kommunikerende hospital – i forandring” var en todages konference i 2008 for kommunikationsfaglige interesseret i hospitalsvæsnet. Her observerede jeg og interviewede uformelt kommunikationsfaglige medarbejdere og ledere ansat på diverse hospitaler i Danmark. På konferencen indgik der en ”netværksmesse”, hvor strategiske dokumenter og konkrete kommunikationsprodukter fra regioner og hospitaler blev udstillet og udvekslet.

Oplæg

Fremlæggelse af ph.d.-projektet for konferencedeltagerne og efterfølgende debat.

Sekundært hospital - Kontaktperiode: september 2007- oktober 2008

Dokumenter

- Kommunikationspolitik 'Sund kommunikation', 2003 (50 sider)
- Vejledning til velkomstfolder, udateret (5 sider)
- Vejledning: Fødselsaftale – obstetriske afdelinger, udateret (1 side)
- Personalepolitik – værdigrundlag 2004 (9 sider)

Observationer

- Tre to timers auditoriebaserede informationsmøder for gravide par "Forældreafsnit" om 1) Graviditeten 2) Det at blive en ny familie 3) Fødslen (juni- august 2008)
- Observationer over to uger i jordemoderkonsultationen (en uge juni 2008 – en uge august 2008)
dagligt ca. 12 konsultationer (3 førstegangsbesøg af ca. 40 minutter og øvrige konsultationer af ca. 20 min.) ca. 7 timer dagligt

Interviews

- Tre interview med kvalitetsansvarlig jordemoder af 1 times varighed (marts-september 2008)
- Gruppeinterview med kommunikationschef og kommunikationsmedarbejder i kommunikationsafdelingen af 1 times varighed (oktober 2007)
- Individuelt interview med kommunikationsmedarbejder af 1 times varighed (maj 2008)

Diverse uformel kontakt til hospitalet

- Ca. 20 mails og telefonsamtaler med forskellige aktører

Interviewrunde på 10 danske hospitaler - Periode: november 2007-forår 2008

- 10 semistrukturerede interviews i Center for Health Management-regi med kommunikationsansvarlige på danske sygehuse. Interviewene gennemførtes af studentermedhjælp Hanne Tranberg og byggede på et semi-struktureret spørgeskema – udviklet i samarbejde med lektor Peter Kjær og jeg.

Privat fødeklínik- Kontaktperiode: november-december 2007

- Mailkorrespondance
- 1 gruppeinterview med tre jordemødre og rundvisning (2 timer)
- 1 uformelt individuelt interview med jordemoder (½ time)

Dansk Selskab for Patientsikkerhed - Kontaktperiode: september 2007

- 1 individuelt pilotinterview af 1½ times varighed med projektleder om projekter fx, "Patientens bog" "TrygPatient" og patientambassadører
- Udlevering af skriftlige materialer ("Patientens bog" samt diverse informationsmateriale om TrygPatient samt evalueringsrapport)

Resumé

Iværksættelse af kommunikation – patientfigurer i hospitalets strategiske kommunikation

Denne ph.d. afhandling handler om hospitalsvæsnets arbejde med strategisk kommunikation. Gennem det seneste årti er kommunikation blevet et strategisk indsatsområde på danske hospitaler. Her er kommunikation omdrejningspunkt i visioner, politikker, planer og daglige arbejdspraksisser. Hospitalerne laver kommunikationsstrategier og opbygger kommunikationsafdelinger, som skal bidrage til en bedre kommunikation med patienter – ikke bare i mødet mellem læge og patient i klinikken – men i den organisatoriske helhed. I afhandlingen beskriver jeg indledningsvist denne udvikling som en *kommunikationsliggørelse* af hospitalet. Den strategiske kobling mellem kommunikation og patient gør kommunikation til en *organisatorisk* opgave. Jeg undersøger, hvordan denne udvikling forandrer forståelser af patienten og griber ind i hospitalets organisatoriske orden.

Afhandlingens hovedspørgsmål er, *hvordan hospitalet iværksætter og håndterer kommunikation med patienter som organisatorisk opgave*. Interessen for organisering af kommunikation og patientrelationer placerer sig i et interdisciplinært spændingsfelt mellem forskellige forskningsområder: I sundhedskommunikationsforskningen ses kommunikation som et effektivt middel til at opnå *sundhedsfaglige* mål. Andre tilgrænsende forskningsområder beskæftiger sig med kommunikation i konkrete møder mellem sundhedsprofessionelle og patienten. Desuden findes der en række institutionelle studier af strategisk kommunikation som hospitalers omdømmearbejde. Fokus i denne afhandling placerer sig mellem disse forskningsområder. Min analytiske interesse retter sig mod hidtil uudforskede aspekter af, hvordan patienten placeres i den strategiske kommunikation. Studiet undersøger ikke, hvordan den strategiske kommunikation modtages af patienter eller fungerer som omdømmehåndtering. Denne

afhandling er derimod en undersøgelse af, hvordan strategisk kommunikation med patienter sættes i værk og håndteres i hospitalsorganisationen.

Studiet baserer sig på en etnografisk og kvalitativ tilgang. Med inspiration fra Science Technology & Society Studies præsenterer afhandlingen et organisationssociologisk perspektiv på hospitalets strategiske arbejde og organisering af kommunikation med patienter. Jeg foreslår *patientfigur* og *social organiserings teknologi* som analytisk tilgang til at undersøge, dels hvordan patienten diskursivt placeres i det strategiske arbejde – og dels hvordan sociale relationer rekonfigureres gennem organisatorisk arbejde med kommunikation.

Afhandlingen udforsker dette arbejde gennem en case omhandlende et lokalt udarbejdet kommunikationsprogram 'Patientens Perspektiv' – og dets implementering i det obstetriske speciale på et større dansk universitetshospital i hovedstadsområdet. Casen retter blikket mod den problematik, at den strategiske kommunikation knytter an til to modsatrettede bevægelser: på den ene side en strategisk brug af kommunikation som styringsredskab, der retter sig mod organisatorisk effektivisering - og på den anden side værdimæssige idealer om kommunikation som det godes budbringer i form af ligeværdig dialog, der udglatter hierarkier og skaber organisatorisk sammenhæng. På trods af at programmets retoriske omdrejningspunkt er 'Patientens Perspektiv', inddrages konkrete patienter *ikke* i udviklingen af det kommunikationsstrategiske arbejde. Patienten er dog ikke fraværende i programmet, men fremstår som en central *figur*, der fungerer som argument for forskellige organisatoriske og faglige interesser. Programmet kan beskrives som en *social organiserings teknologi*, der defineres af og distribueres som dokumenter, hvor målsætningen er at producere skriftligt informationsmateriale til patienter. Dokumenter viser sig således at være den primære organisatoriske håndteringsmåde i hospitalets strategiske tilgang til kommunikation med patienter.

Analysens interesse retter sig mod at udforske, hvordan hospitalsorganisationen definerer, hvad god kommunikation er og gør – og hvilke forhold mellem hospital og patient, der udfoldes i dette definitions- og forhandlingsarbejde. Jeg griber analysen an ved at følge den strategiske kommunikation med patienter som organisatoriske begivenheder, der er under udformning, mens min undersøgelse foregår. Analysen bevæger sig gennem tre forskellige aspekter af hospitalsorganisationens strategiske kommunikationsarbejde: strategiske dokumenter, forhandling af informationsmaterialer og et konkret informationsprodukt.

I afhandlingens første analyse spørger jeg, hvordan de strategiske dokumenter i kommunikationsprogrammet 'Patientens Perspektiv' tilrettelægger kommunikationsarbejdet, og hvordan patienten positioneres i disse dokumenter. Her omformes holistiske kommunikationsidealer til et fokus på informationsmaterialer til patienter. Analysen af materialets forskellige patientfigurer peger på, at patientkommunikation ikke bare handler om sygdomsbehandling, men om *informationsbehandling* af patienten med henblik på tilfredshed. Målet om patienttilfredshed adresserer på den ene side omsorgsorienterede forståelser af patienten som affektiv modtager af omsorg, borger med rettigheder og individuel behovsstyret bruger. På den anden side iværksætter målet om patienttilfredshed også markedsforståelser, hvor patienter ses som homogene målgrupper, som information kan standardiseres til. I markedsoptikken er patienten desuden en ressource for organisatorisk udvikling og kunde med forbrugeradfærd. Samlet set præsenterer de strategiske kommunikationsdokumenter en *informationshungrende patientfigur*. Det strategiske fokus på patienten kredser om forestillinger om patientens perspektiv, men omhandler i høj grad styring af patienters adfærd og styring *gennem* patientfiguren med henblik på at effektivisere organisationens omsorgsorientering på markedsbetingelser. Der skal ikke blot kommunikeres godt med patienten i og omkring de kliniske kerneydelser. Patienten er en organisationspolitisk figur, som organisationen indefra forsøger at styre og forandre sig selv igennem.

Den anden analyse undersøger, hvad der sker i det organisationspolitiske spil om patientens perspektiv. Her analyseres praksisser, hvor kommunikationsmedarbejderen i samarbejde med den sundhedsprofessionelle skal implementere strategier om udarbejdelse af pjecer til patienter. Patientfiguren placeres her mellem konfliktende organisatoriske interesser. Forhandlinger om repræsentationer af hospitalets arbejde og relationer til patienter udfolder sig som kontroverser om jurisdiktion mellem faggrupper og strategier for håndtering af organisatorisk orden. Kommunikationsprogrammets modstilling mellem kommunikationsfaglige og sundhedsfaglige perspektiver på virkeligheden bliver en selvopfyldende profeti, der står i vejen for programmets udbredelse. Patientfiguren og patientinformation bliver genstande i en faglig kamp om organisatorisk terræn. Sundhedsfaglige aktører bruger *individualiseret homogenisering* i form af referencer til konkrete erfaringer med patienter som praktisk strategi til at fastholde en sundhedsfaglig orden. Patientfiguren virker her som en *grænsefigur*, der får samarbejdet til at fungere trods manglende konsensus. På lignende vis anvender de kommunikationsfaglige patientpjece som *grænseobjekt* for at lykkes med deres strategi. I kraft af pjecens *informationsmaterialitet* kan de bruge foreløbige udkast til at koordinere og skabe lokale og midlertidige forhandlede ordener. Samarbejdspraksisserne både udfordrer og styrker kommunikationsprojektet. Kløften mellem sundhedsprofessionelles og kommunikationsfaglighedens perspektiver på virkeligheden er programmets udgangspunkt – et perspektivistisk udgangspunkt, som fungerer konfliktoptrappende for kampen mellem fagligheder. I praksis viser det sig, at strategiens standarder må forhandles eller forlades. Forhandlingerne kan imidlertid fungere uden konsensus og oveni købet kan skabe organisatorisk læring.

I afhandlingens tredje og sidste analyse undersøger jeg, hvordan styring af patienter udøves i en patientpjece, nærmere bestemt et konkret informationsmateriale om planlagt kejsersnit. Pjecen er en performativ repræsentation af en organisatorisk forhandlede orden henvendt til den informationshungrende patient. Det enkelte informations-

materiale er ikke blot et produkt eller udfoldelse af eksplicite strategier, men fungerer som aktør i organisering, og gør mere end at skabe trygge patienter (omsorg) eller stille hospitalet i et godt lys (marked). Pjecen er en *organisatorisk koreografi*: her organiseres kliniske, kropslige, bureaukratiske ordener, som væves sammen med kommunikation om patientens personlige intime og sociale præferencer. Pjecen er en privilegeret kilde til at få indblik i de forbindelser, der fra hospitalets side ønskes etableret mellem patient og sundhedsvæsen i patientforløb. Som iværksat kommunikation integrerer den forskellige versioner af patientforløbet og patientfigurer og får disse til at virke sammen uden at udglatte forskelle. I pjecen positioneres patienten som et *ansvarligt subjekt*, der guides til at være henholdsvis passiv og aktiv på *standardiserede* måder som del af en organisatorisk optimering. Patienten guides således til at hjælpe systemet med at være effektivt ved at kunne skifte mellem at rolle som passivt objekt, mobiliseret medspiller og aktivt vælgende subjekt. Organiseringsidealene går i retning af optimering – en bevægelse som patienten spiller en særlig rolle i.

Samlet set viser analyserne, hvordan organisatoriske idealer om kommunikation med patienter omformes til standardiserede løsningsmodeller vedrørende udarbejdelse af informationsmaterialer. Informationsbehandling bliver vejen til mål om både patienttilfredshed og organisatorisk effektivisering. Når de strategiske dokumenters standarder og informationshungrende patientfigurer sættes i spil i organisationen står de imidlertid på en kamplads, hvor retten til at definere patienten skal forhandles. Organisatorisk effektivisering er den fællesnævner, som forskellige aktører og dokumenter forbindes igennem. Analysen af de forskellige kommunikationsstrategiske praksisser i form af forhandlinger og dokumenter vidner om, at patienten ses som et ressourceelement i optimering af hospitalsorganisationen. Kommunikationsliggørelsen gør andet end at skabe mere og bedre kommunikation, idet den griber ind og bidrager til forandringsimperativer om effektivisering og acceleration af den organisatoriske virkelighed.

Summary

Deployment of communication - patient figures in the hospital's strategic communication

This PhD thesis is about work with strategic communications in the hospital sector. Over the past decade, communication has become a strategic priority at Danish hospitals: Communication is a focal point in visions, policies, plans and daily work practices. Today hospitals create communication strategies and build communication departments to improve communication with patients - not just in face-to-face interaction between doctor and patient in a clinical setting - but also as a practice permeating the organisation as a whole. In this thesis, I initially describe this development as a 'communalisation' of the hospital. The strategic link between communication and patient enacts communication as an organisational task. I examine how these developments transform organisational conceptualisations of the patient and influence the hospital's organisational order.

The main question of the thesis is how the hospital deploys and manages communication with patients as an organisational task. To address this question the thesis examines patient communication in strategic and operational practices and documents. My interest in the organisation of communication and patient relationships is situated within an interdisciplinary field of research, where communication is conceptualised in diverse ways. E.g. in health communication research, communication is seen as an effective means of achieving health care goals. Other related areas of research deal with communication in face-to-face interaction between health care professionals and patients. Institutional studies of strategic communication explore the reputation work of hospitals. In relation to these approaches, my analytical work takes on previously unexplored aspects of how the patient is positioned in strategic communication.

The study takes its point of departure in an ethnographic and qualitative approach. Drawing on organisational sociology within Science Technology & Society Studies

the thesis analyses the strategic work and organisation of communication with patients. I develop *patient figure* and *social organisational technology* as analytical concepts to examine both how the patient is discursively positioned in the strategic work - and also how social relations are reconfigured through organisational communication work.

Empirically, the thesis explores a case of a locally developed communication programme entitled 'The Perspective of the Patient' - and its implementation in an obstetric unit at a major Danish university hospital in a metropolitan area. The case reveals how strategic communication contains two opposite movements: on the one hand, a strategic use of communication as a management tool aimed at organisational efficiency - and on the other hand, communication as ethical activities characterised by equal dialogue, which levels hierarchies and creates organisational coherence. Even though the programme is entitled 'The Perspective of the Patient', involving actual patients is not part of the development of strategic communication. However, the patient is not absent from the programme, but appears as a central figure serving as an argument for different organisational and professional interests. The programme can be described as a social organisational technology, defined and distributed as documents in which the goal is to produce written information for patients. In the hospital's strategic approach to patient communication documents appear to be the primary organisational practice.

The analysis explores how the hospital defines patient communication – how it is constituted as organisational practice and what it enacts. I also examine the relations between hospital and patient unfolding in this definition and negotiation work. I approach the analysis by following the strategic communication with patients as organisational events taking shape, while the study is conducted. The analysis unfolds three

different aspects of the hospital's strategic communication work: strategic documents, negotiation of information materials and a specific information product.

In the first analytical chapter I ask how strategic documents in the communication programme 'The Perspective of the Patient' organise communication work and how the patient is configured in these documents. Holistic communication ideals are transformed into a focus on information materials to patients. The analysis of the material's different *patient figures* demonstrates that patient communication is not just about disease treatment, but rather about *information treatment* of the patient in order to attain a high level of patient satisfaction. The goal of patient satisfaction addresses care-oriented understandings of the patient as an affective care recipient, as a citizen with rights and as an individual need-oriented user on the one hand. On the other hand, the goal of patient satisfaction also deploys market perceptions of patients as homogeneous target groups to which information can be standardised. In the latter (market orientation), the patient is also a resource for organisational development and a customer with consumer behaviour. Overall, the strategic communication documents present an *information-pursuing patient figure*. The strategic focus on the patient revolves around notions of the *patient's perspective*: However, it is performed as regulation of patient behaviour and management *through* the patient figure in order to streamline the organisation's care orientation on market conditions. Good communication with patients in and around the clinical core services is not the only target. Through this unfolding of patient figures, the analysis argues that the patient is a political figure through which the organisation is trying to manage and transform itself from the inside.

The second analytical chapter continues this investigation and digs into the organisational politics of the patient's perspective. I examine practices where communication consultants and health care professionals in collaboration are supposed to implement

strategies on the production of leaflets for patients. Here the patient figure becomes a space for the enactment of conflicting organisational interests. Negotiations of the representations of the hospital's work and relationships with patients unfold as controversies about jurisdiction between professional groups and strategies for managing organisational order. The tension between professional communication and health professionalism in the communication programme becomes a self-fulfilling prophecy that stand in the way of the dissemination of the program. Both the patient figure and the patient information material are objects in a turf battle on organisational terrain. By giving accounts of actual experiences with patients, health care professionals enact *individualised homogenisation* as practical strategy to maintain the organisational order. The patient figure is employed as a *boundary figure* that makes cooperation work despite lack of consensus. Similarly, the communication consultants employ the patient information leaflet as a *boundary object* in order to succeed with their strategy. By virtue of the *information materiality* of the leaflet they use the preliminary draft to coordinate and create local and temporary negotiated orders. The cooperation practices both challenge and reinforce the communication project. The gap between health care professionals' and communication consultants' perspectives on reality is the point of departure in the programme – a perspectivist-oriented view, which partially impedes its own implementation by proposing standardisation rather than negotiation of communication. In practice, it turns out that the standards must be negotiated or abandoned. Negotiations can work without consensus, which, in addition, has the potential to create organisational learning.

In the dissertation's third and final analytical chapter, I examine how the management of patients is produced in a product of the programme. I analyse a specific patient leaflet on planned caesarean section. The leaflet is understood as a performative representation of an organisational negotiated order addressed to the information-pursuing patient. The single leaflet is not just an arrangement of explicit strategies.

Instead the leaflet is an organising actor, which does more than create confident patients (care) or place the hospital in a positive light (market). I argue that the leaflet is an *organisational choreography*: It organises clinical, physical, bureaucratic systems, which are woven together with communication of the patient's personal intimate and social preferences. As such, the leaflet is a privileged source for gaining insight into how the hospital aims at associating patient and health care service/sector in patient trajectories. The deployed communication integrates different versions of the patient trajectory and patient figures and combines them without levelling out differences. In the leaflet the patient is being positioned as a responsible subject who is guided to be passive and active, respectively, in standardised ways as part of an organisational optimisation. The patient is thus guided to help streamline the system by being able to switch between the role of a passive object, a mobilised actor and an actively choosing individual. The ideals of organising move towards optimisation - a movement in which the patient plays a special role.

Overall, this thesis explores how organisational ideals about patient communication are transformed into standardised solution models for the production of patient information material. Information treatment is seen as a means to meet the goals of both patient satisfaction and organisational optimisation. Once the standards of the strategic documents and the information-pursuing patient figures are put into play in the organisation, they stand, however, on a battlefield where the right to define the patient is negotiated. Organisational efficiency is the common denominator, which various actors and documents can agree upon. The analysis of the various strategic communication practices such as negotiations and documents points to the fact that the patient is seen as a resource element in the optimisation of the hospital. The thesis therefore argues that 'communicalisation' does more than just create better communication; it intervenes and contributes to organisational change imperatives about streamlining and accelerating organisational reality.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*. The University of Chicago Press.
- Akrich, M. (1995): "User representations: practices, methods and sociology", pp. 167–184 i Rip, A. et al. (red.) *Managing Technology in Society – The approach of Constructive Technology Assessment*. London & N.Y., Pinter Publishers.
- Alvesson, M., Hardy, C. and Harley, B. (2008): "Reflecting on reflexivity: Reflexive textual practices in organization & management theory", pp. 480-501 i *Journal of Management Studies*, 45, 3.
- Amtsrådsforeningen (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet*.
- Andersen, T.H. & F. Smedegaard (2009): *Kommunikationsplanlægning*. København, Samfundslitteratur.
- Andersen, N. Å. (1999): *Diskursive analysestrategier*. København, Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Andersen, N. Å. & A. Born (2001): *Kærlighed og omstilling*. København, Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Andersen, N. Å. (2003): *Borgerens kontraktliggørelse*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Armstrong, D. (1983): *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the 20th Century*. Cambridge University Press.
- Atkinson, P. (1995): *Medical Talk and Medical Work – The Liturgy of the Clinic*. Sage Publications.
- Baker, C. (1997): "Membership categorization and interview accounts", pp. 130-143 i *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*.
- Baszanger, I. & N. Dodier (1997): "Ethnography: Relating the Part to the Whole", pp. 8-23 i David Silverman (red.) *Qualitative Research: Theory Method and Practice*. London, Sage.
- Becker, H. S. (1986): *Doing Things Together*. Evanston, Northwestern University Press.

- Ben-Sira, Z (1990): "Affective and instrumental components in the physician-patient relationship", pp. 170-180 i *Journal of Health and Social Behaviour*, 20.
- Bensing, J. et al. (2000): "Communication: the royal pathway to patient-centred medicine", pp. 1-3 i *Patient Education and Counseling*, 39.
- Bensing, J. et al. (2003): "Communication in context: new directions in communication research", pp. 27-32 i *Patient Education and Counseling*, 50
- Bentsen, E. Z., F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Andersson (1999): *Når styringsambitioner møder praksis*. København, Copenhagen Business School Press.
- Bentsen, E. Z. & P. Kjær (2000): "Trompecain - sygehusledelse under krydspres" i Andersen, O. S. (red.): *Organisationer i forandring*. Copenhagen Business School Press.
- Bentsen, E. Z. (2000): Sygehusledelse i Danmark – Trojka-modellens opståen, spredning og funktion. København, Nyt fra Samfundsvideenskaberne.
- Berg, M. (1996): "Urinbeholdere & infusionspumper", pp. 167-195 i *Philosophia*, årgang 25 nr. 3-4.
- Bloomfield, B.P. (1995): "Power, machines and social relations: delegating to information technology in the National Health Service", pp. 489-518 i *Organization*, Vol. 2, Nr. 3/4.
- Blumer ([1969]1993): *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. [Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall], Berkeley, University of California Press.
- Borum, F., P. Kjær & M. Strandberg-Larsen (2006): "Strategier og visioner – som værktøjer i dansk sygehusledelse", pp. 338-343 i *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, no. 82. årg.10.
- Bossen, C. & P. Lauritsen (2007): "Symbolsk interaktionisme & STS", pp. 139-156 i Jensen, C.B., P. Lauritsen & F. Olesen (red.) *Introduktion til STS*. København, Hans Reitzels Forlag.

- Bowker, G. & Star, S. L. (2000): *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Brown, M. H. (1985): "That reminds me of a story: Speech action in organizational socialization", pp. 27–42 i *Western Journal of Speech Communication*, 49.
- Bucher, R. & A. Strauss, A. (1976): "Professions in process" pp. 325-334 i Hammersley, M. & P. Woods (red.) *The Process of Schooling*. London, Routledge.
- Byrkjeflot, H. & S. I. Angell (2007): "Dressing up hospitals as enterprises? The expansion and managerialization of communication in Norwegian Hospitals", pp. 139-156 i Kjær, P. & Slaatta, T. (red.): *Mediating Business, The expansion of business journalism*. Copenhagen Business School Press.
- Byrkjeflot, H. & S. Neby (2008): "The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors", pp. 331–49 i *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22 No. 4.
- Callon, M. & B. Latour (1981): "Unscrewing the Big Leviathan: How Do Actors Macrostructure Reality?", pp. 277-303 i K. Knorr-Cetina & A. Cicourel (red.): *Advances in Social Theory and Methodology toward an integration of Micro and Macro Sociologies*. London, Routledge.
- Callon, M. (1986): "Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay", pp.196-223 i Law, J. (red.): *Power, action and belief: a new sociology of knowledge?* London, Routledge.
- Castañeda, C. (2002): *Figurations – Child, Bodies, Worlds*. Durham & London, Duke University Press.
- Christensen L. T. & M. Morsing (2005): *Bagom Corporate Communication*. Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Carter, C., S. Clegg and M. Kornberger (2008): *A Very Short, Fairly Interesting and Reasonably Cheap Book about Strategy*. London, Sage.

- Clarke, A. E. (1991): "Social Worlds/Arenas Theory as Organizational Theory", pp. 119-158 i Maines, D. R. (red.): *Social Organization and Social Processes: Essays in Honor of Anselm Strauss*, Aldine.
- Clarke, A. E. & T. Montini (1993): "The many faces of RU486: Tales of Situated Knowledges and Technological Contestations", pp. 42-78 i *Science Technology and Human Values*, 18.
- Clarke, A.E. (2003): "Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn", pp. 553-576 i *Symbolic Interaction*, Fall 2003, 26, 4. Academic Research Library.
- Clarke, A.E. (2005): *Situational Analyses: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oakes CA, Sage.
- Clarke, A. E. & S. L. Star (2008): "The Social Worlds Framework: A Theory/Methods Package", pp. 113-138 i Hackett et al. (red.) *The Handbook of Science and Technology Studies*. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.
- Clarke, A.E. & J. Fujimura (1992): "Introduction: What Tools? Which Jobs? Why Right? pp. 3-46 i Clarke, A.E. & J. Fujimura (red.) *The Right Tools for the Job: At work in twentieth century life sciences*. Princeton NJ, Princeton University Press.
- Clutterbuck, D., S. Hirst & S. Cage (2002): *Talking Business: Making Communication Work*, Butterworth-Heinemann.
- Corbin, J. (1991): "Anselm Strauss: An Intellectual Biography", pp. 17-42 i Maines, D. R. (red.): *Social Organization and Social Processes: Essays in Honor of Anselm Strauss*, N.Y., Aldine De Gruyter.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008): *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Czarniawska, B. (2004): *Narratives in Social Science Research*. London, Sage Publications.

- Dahlager, L. (2005): *I samtalens rum: en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Ph.d.-afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab, K.U.
- Dahler-Larsen, P. (2007): *Kvalitetens beskaffenhed*, Syddansk Universitetsforlag.
- Dalgaard, K.M. (2007): *At leve med uhelbredelig sygdom*. Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet.
- Dean, M. (2006): *Governmentality – magt & styring i det moderne samfund*. Frederiksberg, Forlaget Sociologi.
- Deetz, S. (2003): “Reclaiming the legacy of the linguistic turn”, pp. 421-429 i *Organization*, Vol. 10 No. 3.
- Derksen, M., S. Vikkelsø & A. Beaulieu (red.)(forthcoming 2012): “Social Technologies: Cross-disciplinary reflections on technology in and from the social sciences” i *Theory & Psychology*.
- Dery, D. (1998): “Papereality” and Learning in Bureaucratic Organizations”, pp. 677-689 i *Administration and Society*, 29 (6).
- Drew, P. & J. Heritage (1992): *Talk at Work. Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press.
- Dreyfus, H. & P. Rabinow (1982): *Michel Foucault, Beyond Structuralism and Hermeneutics*. University of Chicago Press.
- Dugdale, A (1999): “Materiality: juggling sameness and difference”, pp. 113-135 i Law, J. & J. Hassard (red.) *Actor network theory and after*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Eco, U (1990): *The Limits of Interpretation*, Indiana University Press.
- Elsass, P. & P. Lauritsen (2006): *Humanistisk sundhedsforskning*, Hans Reitzels Forlag.
- Eriksson, P. & A. Kovalainen (2008): *Qualitative Methods in Business Research*, UK, Sage Publications Ltd.

- Estersberg, K. (2002): *Qualitative Methods in Business Research*. Sage.
- Fenger-Grøn, C. og J.E. Kristensen (red.) (2001): *Kritik af den økonomiske fornuft*. København, Hans Reitzels Forlag.
- FLOS (2004): *Forskning i sygehuse under forandring: Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen*. København, Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Ferguson, J. (1990): *The Anti-Politics Machine: Development Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Flyvbjerg, B. (2006): "Five Misunderstandings About Case-Study Research", pp. 219-245 i *Qualitative Inquiry*, Vol. 12, Iss.2, Sage Publications.
- Foucault, M. ([1966], 2006): *Ordene og tingene - En arkæologi om humanvidenskaberne*. Det lille forlag.
- Foucault, M. (1972): *The Archeology of Knowledge*. London, Tavistock.
- Foucault, M. (1978): *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York Vintage.
- Foucault, M. (1980): *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. N.Y., Pantheon.
- Foucault, M. (1988a): "Technologies of the Self", pp. i Martin L. H., H. Gutman & P. H. Hutton (red.): *Technologies of the Self. A Seminar with Michel ' Foucault*. Amherst, The University of Massachusetts Press.
- Foucault, M (1988b): *On Power - Politics, Philosophy, Culture: Interviews and other writings 1977-1984*, New York, Routledge.
- Foucault, M. (1991): "Governmentality", pp. 87-104 i *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Burchell, i Gordon and Miller (red.), Chicago, IL, University of Chicago Press.

- Fujimura, J. H. (1992): "Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects and 'Translation'", pp. 168-211 i Pickering, A. (red.): *Science as Practice and Culture*. Chicago, University of Chicago Press.
- Gad C. (2009): *Virkeligheder på spil – studier i empirisk filosofi, fiskerikontrol og ontologisk arbejde* Ph.d.-afhandling. Aarhus Universitet.
- Gad C. (2010): "Dokumenter i styringspraksis om læsestrategier og tekster som etnografiske objekter" i *STS Encounters*, vol 2, nr. 1, DASTS.
- Gad C. & C.B. Jensen (2007): "Post- ANT", pp. 93-118 i Jensen C. B., P. Lauritsen & F. Olesen (red.): *Introduktion til STS*, Hans Reitzels Forlag.
- Gad C. & C.B. Jensen (2010): "On the Consequences of Post-ANT", pp. 55-80 i *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 35, Nr. 1.
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Glaser 1978: *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA. Sociology Press.
- Glaser, B.G. & A. L. Strauss (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Weidenfeld & Nicolson.
- Goffmann, E. ([1959]: 1990): "Discrepant roles", pp.141-165 i *The Presentation of Self in Everyday Life*. Penguin Books.
- Good, Byron J. & Mary-Jo DelVecchio Good (1981): "The Semantics of Medical Discourse", pp.177-212 i Mendelsohn, E. & Y. Elkana (red.), *Sciences and Cultures. Anthropological and historical studies of the sciences. Sociology of the Sciences Yearbook*, vol. 5. Boston, Reidel.
- Gupta, A. & J. Ferguson (1997): "Discipline and Practice: 'The Field' as Site, Method and Location in Anthropology" pp. 1-46 i Gupta, A. & J. Ferguson (red.) (1997): *Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of Field Science*. Berkeley, L.A. & London, University of California Press.

- Gubrium, J. F. & J. A. Holstein (1997): *The New Language of Qualitative Method*. Oxford, Oxford University Press.
- Gubrium, J. F. & J. A. Holstein (2002): *Handbook of interview research: context & method*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Hahn, R. A. (1996): *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. Yale University Press.
- Hacking, I. (1983): *Representing and Intervening. Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Hacking, I. (1995): "The looping effects of human kinds", pp. 351-383 i Sperber, D. et al.: *Causal cognition: A multidisciplinary debate*, N.Y., Oxford University Press.
- Hacking I. (1996): "Memory Science, Memory Politics", pp. 67-87 i Antze, P. & M. Lambek (red.) *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*. N.Y., Routledge.
- Hacking, I. (1999): *The Social Construction of What?* Harvard University Press.
- Hacking I. (2004): "Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction", pp. 277-302 i *Economy & Society*, Vol. 33, nr. 3.
- Haraway, D. (1988): "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspectives", pp. 575-599 i *Feminist Studies*.
- Haraway, D. (1991): *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. New York, Routledge.
- Haraway, D. (1997): *Modest_Witness@Second_millennium.FemaleMan ©_Meets_OncoMouse™: Feminism and Technoscience*. N.Y., Routledge.
- Haraway, D. (2004): *The Haraway Reader*. London, Routledge.
- Harding, S. (1998): *Is Science Multicultural? Postcolonialisms, Feminisms, and Epistemologies*. Indiana University Press.

- Hastrup, K. (1986): "Tillidkløften mellem læger & befolkning", pp. 435-449 i *Månedsskrift for Praktisk lægegerning*, 7.
- Hastrup, K. (red.) (2004): *Viden om verden*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Hobbs, J.L. (2009): "A dimensional analysis of patient-centered care", pp. 52-62 i *Nursing Research*, Vol. 58 No. 1.
- Holmes, D. R. & G. E. Marcus (2005): "Cultures of Expertise and the Management of Globalization: Toward the Refunctioning of Ethnography", pp. 235-262 i Ong, A & S.J. Collier (red.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and ethics as Anthropological Problems*. Oxford, Blackwell.
- Hirst & Clutterbuck (2003): *Talking Business*. Boston, Butterworth-Heinemann.
- Hjort Jakobsen D, E. Sonne, H. Kehlet (2004): "Velinformerede patienter i accelererede forløb", pp. 36-38. i *Sygeplejersken*, 19.
- Ihlen, Ø. & P. Robstad (2004): *Informasjon & samfunnskontakt: Perspektiver og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Illich, I. (1976): *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*. Pantheon Books, Random House.
- Iser, W. (1978): *The Act of Reading. A Theory of Aesthetic Response*. The John Hopkins University Press.
- Järvinen, M. & N. Mik-Meier (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Jaworsky, A. & N. Coupland (red.) (1999): "Introduction: Perspectives on Discourse Analysis", pp. 1-23 i *The Discourse Reader*. London, Routledge.
- Jenks, C. (1995): "The Centrality of the Eye in Western Culture. An Introduction", pp. 1-25 i Jenks (red.): *Visual Culture*. London & N.Y., Routledge.
- Jensen, C.B. (2007): "Sorting Attachments: Usefulness of STS in Healthcare Practice and Policy", pp. 237-251 i *Science as Culture*, Vol. 16, No. 3.
- Jensen, C.B. (2008): "Power, Technology and Social Studies of Health Care: An Infrastructural Inversion", pp. 355-374 i *Health Care Analysis*, 16.

- Jensen C.B. (2010): *Ontologies for Developing Things – Making Health Care Futures Through Technology*. Rotterdam, Sense Publishers.
- Jensen C.B. & P. Lauritsen (2005): "Reading digital Denmark: IT-reports as material semiotic actors", pp. 352-373 i *Science, Technology and Human Values*, 30 (3).
- Jespersen, P. K. (2003): "Sygehusledelser mellem interne strategier og institutionelle krav", pp. 95-132 i Borum, F. (red.): *Ledelse i Sygehusvæsenet*, København, Handelshøjskolens Forlag.
- Jespersen, A.P. (2008): Engagement i arbejdet? – konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger. Ph.d.-afhandling, KU.
- Johansson, I., L. Noren & E. Wikström (2010): "Patient-centred care: the Nordic position", introduktion I *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 23, 4.
- Johannsen, N. (2009): *Reconfiguring Maternity Care? – Reflections on two Change Initiatives*. Ph.d.-afhandling, København, ITU.
- Jöncke, Steffen M.N. Svendsen & S. Whyte (2004): "Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt", pp. 385-408 i Hastrup, K. (red.): *Viden om verden*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Justesen, L. (2005): "Dokumenter i netværk", pp. 215-234 i Järvinen, M. & N. Mik-Meyer: *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Kendall, G. and G. Wickham (2004): "The Foucaultian Framework", pp. 141-50 i Seale, C., G. Gobo, J.F. Gubrium & D. Silverman (red.), *Qualitative Research Practice*. London, Sage.
- Kjær, P. & A. Reff (2010): *Ledelse gennem patienten – Nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag.
- Kjær, P & A. S. Pors (2010): "Patienten og kommunikationsliggørelsen af sundhedsvæsenet", pp. 47-74 i Kjær, P. & A. Reff (2010): *Ledelse gennem patienten – Nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag.

- Knights, D. (1992): "Changing spaces: the disruptive impact of a new epistemological location for the study of management", pp. 514–536 i *Academy of Management Review*, 17.
- Knights, D. and McCabe, D. (2002): "A road less travelled: beyond managerialist, critical and processual approaches to total quality management", pp. 235–254 i *Journal of Organizational Change Management*, 15.
- Kreps et al. (1998): "The history and development of the field of health communication" i *Health communication research: a guide to developments and directions*. Westport, Greenwood Press.
- Kvale, S. (1997): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Lars Thorup (2005): *The Truth Will Set You Free - A Genealogy of Public Health Policy in Denmark and The United States 1975-2005*. Ph.d.-afhandling. Institut for Statskundskab, Århus Universitet.
- Lass, A. (1988): "Romantic Documents and Political Monuments: The Meaning-Fulfillment of History in 19th Century Czech Nationalism", pp. 456-471 i *American Ethnologist*, 15.
- Lasswell (1948): "The Structure and Function of Communication in Society", pp. 37-51 i *The Communication of Ideas*. Bryson, Lymon (red). N.Y., Institute for Religious and Social Studies.
- Latour, B. & Steve Woolgar (1979): *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*, L.A. Sage Publications.
- Latour, B. & F. Bastide (1986): "Writing Science – Fact and Fiction: The Analysis of the Process of Reality Construction Through the Application of Socio-Semiotic Methods to Scientific Texts", pp. 51-68 i Callon, M., J. Law, & A. Rip. (red.) *The dynamics of science and technology*. London, Macmillan.
- Latour, B. (1986): "The Powers of Association", pp. 264-280 i Law, J. (red.) *Power, Action and Belief. A new sociology of knowledge?* London, Routledge & Kegan Paul.

- Latour, B. (1987a): *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, USA, 1987.
- Latour, B. (1987b): “The enlightenment without the critique: A word on Michel Serres’ philosophy”, pp. 83–99 i Griffiths, A. P. (red.), *Contemporary french philosophy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Latour, B. (1988): “Drawing things together”, pp. 19-68 i Lynch, M. & S. Woolgar (red.) *Representation in Scientific Practice*. Cambridge, MIT Press.
- Latour, B. (1991): “Technology is Society Made Durable”, pp. 103-131 i J. Law (red.): *A Sociology of Monsters? Essays on Power, Technology and Domination*. London, Routledge & Kegan Paul.
- Latour, B. (1999): *Pandora’s Hope – Essays on the reality of science studies*. Cambridge, Harvard University Press.
- Latour, B. (2002). “Morality and technology: The end of the means”, pp. 247–60 i *Theory Culture & Society*, 19 (5-6).
- Latour, B. (2005): *Reassembling the Social – An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press.
- Latour, B. (2008): *En ny sociologi for et nyt samfund – Introduktion til Aktør-Netværks-Teori*. København, Akademisk Forlag.
- Lave, J. & E. Wenger (1991): *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Law J. (1998): “On hidden heterogeneities”, pp. 116-141 i Law J. & A. Mol (red.): *Complexities*. Durham, Duke University Press.
- Law, J. & J. Hassard (1999)(red.) *Actor network theory and after*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Law, J. (1996): “Organizing accountabilities: ontology and the mode of accounting”, pp. 283-306 i Munro, R., Rolland & J. Mouritsen (red.): *Accountability. Power, Ethos & the Technologies of Managing*. London, International Thomson Business Press.

- Law, J. & A. Mol (red.) (2002) *Complexities. Social studies of knowledge practices*. London & Durham, Duke University Press.
- Law, J. (2004): *After Method: Mess in social Science Research*. London, Routledge.
- Löwy, I (1992):“The strength of loose concepts – boundary objects, federative experimental strategies and disciplinary growth: the case of immunology”, pp. 371- 395 i *History of Science*, 30.
- Lock, M. & S. Lindenbaum (1993): *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press.
- Lupton, D. (2007): *Medicine as Culture* (second edition). London, Sage Publications.
- Maat & Lenz (2009):”Improving the usability of patient information leaflets”, pp. 113-119 i *Patient Education and Counseling*, 80.
- Mandag Morgen/Innovationsrådet (2006): *Brugernes Sundhedsvæsen – oplæg til en patientreform*. København.
- Mandag Morgen (1999): “Når Patienten Vågner”. Rapport. København.
- Marcus, G. E. (1993): “Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-sited Ethnography”, pp. 95–117 i *Annual Review of Anthropology*, 24.
- Marcus, G. E. (1998a):“Imagining the Whole – Ethnography’s contemporary efforts to situate itself”, pp. 33-56 i *Ethnography through thick and thin*. Princeton University Press.
- Marcus, G. E. (1998b):“On ideologies of Reflexivity in Contemporary Efforts to Remake the Human Sciences”, pp. 181-202 i *Ethnography through thick and thin*. Princeton University Press.
- Mead, G. H. ([1938] 1972): *The Philosophy of the Act*. Chicago, University of Chicago Press.
- Mead, N. & P. Bower(2000):“Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature”, pp. 1087–110 i *Social Science and Medicine*, Vol. 51.

- Mik-Meyer, N. (2009): "Metodekombination", pp. 325-237 i Darmer et al. *Paradigmer i praksis*. København, Handelshøjskolens Forlag.
- Mik-Meyer, N. & K. Villadsen (2007): *Magtens former – Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. & M. Järvinen (2003) *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Mik-Meyer, N. (2005): "Dokumenter i en interaktionistisk begrebsramme", pp. 193-214 i *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Miller, G. & K.J. Fox (2004): "Building Bridges: the possibility of analytic dialogue between ethnography, conversation analysis and Foucault", pp. 35-54 i D. Silverman (red.): *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London, Sage.
- Miller, P. & N. Rose (1992): "Political Power Beyond the State: problematics of government", pp. 173-205 i *British Journal of Sociology* 43:2.
- Minzberg et al. (2005): *Strategy Safari*. Hemel Hempstead, Prentice Hall.
- Mol, A & J. Mesman (1996): "Neonatal Food and the Politics of Theory: Some Questions of Method", pp. 419-444 i *Social Studies of Science*. Sage, London Vol. 26.
- Mol, A. (1999). "Ontological Politics: a Word and Some Questions", pp. 74-89 i Law, J. and J. Hassard (red.): *Actor Network and After*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Mol, A. (2002a): "Cutting Surgeons, Walking Patients: Some Complexities Involved in Comparing", pp. 35-55 i Law, J. & A. Mol (red.): *Complexities*. Durham, Duke University Press.
- Mol, A. (2002b): *The Body Multiple – Ontology in Medical Practice*. Durham & London, Duke University Press.
- Mol, A. (2008): *The Logic of Care – Health and the problem of patient choice*. Routledge.

- Nordgren, L. (2003): Från patient till kund - Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Ph.d.-afhandling. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet.
- Nordgren, Lars. (2009): "Value Creation in Health Care Services - Developing Service Productivity. Experiences from Sweden", pp.114-127 i *International Journal of Public Sector Management*. Vol. 22 (2).
- Olsen, J. P. (1978): Politisk organisering. Oslo, Universitetsforlaget.
- Oudshoorn, N, E. Rommes & M. Stienstra (2004): "Configuring the User as Everybody: Gender and Design Cultures in Information and Communication Technologies", pp. 30-63 i *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 29 Nr. 1.
- Outchi, W. G. & A. L. Wilkins (1985): "Organizational Culture", pp. 457-483 i *Annual Review of Sociology*.
- Parsons, Talcot (1964): "The Professions and Social Structure" i T. Parsons: *Essays in Sociological Theory*. N.Y., The Free Press.
- Pedersen, Dorthe (red.)(2004): *Offentlig ledelse i managementstaten*. København, Samfundslitteratur.
- Pedersen, K.Z. (2008): *Patientens politiske diskurshistorie*, forskningsrapport, Center for Health Management.
- Pedersen, K.Z. (2010): "Patienten som diskurspolitisk styringsredskab", pp. 27-45 i Kjær P. & A. Reff: *Ledelse gennem patienten – Nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag.
- Petersen, H. (2001): "Måling med mening – en ramme for strategisk kommunikationsmåling" i *Kommunikatøren*, nr. 2.
- Petersen, H. (2002): "Strategisk kommunikation, kvalitetsstyring og måling". København, Samfundslitteratur.
- Petersen, H. (2008): *Det kommunikerende hospital*. Børsens Forlag.
- Pickering, A. (1995): *The Mangle of Practice – Time, Agency, and Science*. Chicago, University of Chicago Press.

- Power, M. (1997): *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press.
- Power, M (2007): *Organized Uncertainty: Designing a World of Risk Management*. Oxford University Press.
- Prior, L. (2003): *Using Documents in Social Research*. New Delhi, India, Sage Publications.
- Riad, S. (2005): "The Power of 'Organizational Culture' as a Discursive Formation in Merger Integration", pp. 529-554 i *Organization Studies* 26,10. London, Thousand Oaks, CA. Sage Publications.
- Riles, A. (2000): *The network inside out*. The University of Michigan Press.
- Riles, A. (red.) (2006): *Documents*. The University of Michigan Press.
- Rip, A., T.J. Misa & J Schot (1995): *Managing Technology in Society – The approach of Constructive Technology Assessment*. Pinter publishers, London & N.Y.
- Rose, N. (1996)a: "Assembling the Modern Self", pp. 224-248 i *The History of the Self*, R. Porter, (red.) London, Routledge.
- Rose, N. (1996)b: *Inventing Our Selves*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (1999)a: *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (1999)b: *Governing the Soul*, Free Associations Books.
- Roter, D. (2000): "The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship", pp. 5-15 i *Patient Education and Counseling*.
- Røvik, K.A. (1998): *Moderne Organisasjoner. Tender i organisasjonstanken ved tusindårsskiftet*. Bergen, Fakkbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og Translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

- Røvik, K.A. (2011): ”Analyse af kommunikatorenes inmarsj i offentlig sektor”, pp. 71-84 i Wæraas, A., H. Byrkjeflot & S.I. Angell (red.) *Substans & framturen – omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (2003): ”I forandringens krydsfelt. Ledelse på distance”, pp. 229-253 i Borum, F. (red.) (2003) *Ledelse i Sygehusvæsenet*. København, Handelshøjskolens Forlag.
- Schiavo, R.(2007): *Health Communication: From Theory to Practice*. San Fransisco, Jossey-Bass.
- Schwennesen, N. (2011): *Practising informed choice: Inquiries into the redistribution of life, risk and relations of responsibility in prenatal decision making and knowledge production*. Ph.d.-afhandling, KU.
- Sepstrup, P. & P. Fruensgaard (2010): *Tilrettelæggelse af kommunikation – Kommunikations- og kampagneplanlægning*, Academica, 4. udgave.
- Shannon, C.E. & W. Weaver (1949): *The mathematical model of communication*, University of Illinois Press.
- Shore C. & S. Wright (red.) (1997): *Anthropology of policy – Critical perspectives on governance and power*. Vol EASA Series. London, Routledge.
- Silverman, D. (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Sage.
- Sless & Wiseman (1997): *Writing about medicines for people. Usability guidelines for consumer medicin information*. Canberra, Communication Research Institute of Australia.
- Spector M. & J. I. Kitsuse (2001): *Constructing Social Problems*. New Brunswick, Transaction Publishers.
- Star, S. L. & Griesemer, J. R. (1989): ”Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology 1907-39”, pp. 387-420 i *Social Studies of Science*, 19. London, Sage.

- Star, S. L. (1991): "The Sociology of the Invisible: The Primacy of Work in the Writings of Anselm Strauss" pp. 265-284 i Maines, D. (red.): *Cooperation and Complexity in Sociotechnical Systems*. Paris, Lavoisier.
- Star, S. L. (1994): "Misplaced Concretism and Concrete Situations: Feminism, Method an information Technology", *Gender-Nature-Culture – Feminist Research Network Working Paper* No. 11. Feminist Research Network, Odense University.
- Star, S. L. & A. Strauss (1999): "Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work", pp. 9-30 i *Computer Supported Cooperative Work* 8.
- Staunæs, D. & D.M. Søndergaard (2005): "Interview I en tangotid", pp. 49-72 i Järvinen, M. & N. Mik-Meyer (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Strathern, M. (1992): *After nature: English kinship in the late twentieth century*. Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1978): "A Social World Perspective" pp. 119-128 i *Studies in Symbolic Interaction*, vol.1.
- Strauss, Anselm et al. (red.) 1997: *Social organization of medical work*. New Brunswick: Transaction.
- Strauss, A. (1982): "Social Worlds and Legimitation Processes" pp. 171-190 i N. Denzin (red.): *Studies in Symbolic Interaction* 4. Greenwich, CT. JAI Press.
- Strauss, A. (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Strauss, A. (1988): "The Articulation of Project Work: An Organizational Process", pp. 164-178 i *The Sociological Quarterly*, vol. 29.
- Strauss, A. & J. Corbin (1990): *Basics of Qualitative Research – Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage.
- Strauss, A. (1993): *Continual Permutations of Action*, pp. 19-46. USA, Aldine de Gruyter.

- Strauss, A, S. Fagehaugh, B. Suczek & C. Weiner (1997): *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick & London, Transaction Publishers.
- Svenningsen, S. (2004): *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde*. Handelshøjskolens Forlag.
- Svensson, P. (2009): "From Re-presentation to re-creation – Contributing to a radicalisation of linguistically turned interviewing in management studies", pp. 168-185, i *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*. Vol. 4, no. 2.
- Thomas, R. K. (2006): *Health Communication*. N.Y., Springer.
- Thomson, C. (2005): *Making Parents – The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge Massachusetts, The MIT Press.
- Timm, H. (1996): *Hvornår er patienten i centrum? – En kultursociologisk undersøgelse af den syges betydning for kvalitetsudviklingen af det offentlige sygehusvæsen*, ph.d.-afhandling, KU.
- Timm, H. (1997): *Patienten i centrum? – brugerundersøgelser, lægperspektiver & kvalitetsudvikling*. København, DSI.
- Timm, H. (2000): "Det sunde væsen og de syge brugere", pp. 57-67 i *Dansk Sociologi*, 11 (1).
- Townley, B. (1994): *Reframing Human Resource Management – power, ethics and the subject at work*. Sage.
- Ugeskrift for læger* 166/23 31. maj 2004, pp. 2254-2258
- Van Waerde, K. (2008): "Measuring the Quality of Information in Medical Package Leaflets: harmful or helpful?", pp. 216-228 i *Information Design Journal* 16.
- Vikkelsø, S. & P. Kjær (2008): "Redrawing boundaries within healthcare: Scandinavian experience", pp. 328–331 i *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 22 No. 4.

- Villadsen, K. (2008): "Forord", pp. 7-40 i
Dean, M. *Governmentality – Magt & styring i det moderne samfund*.
Forlaget Sociologi.
- Vind Hansen H. (2001): "Viden, vilje og et lille skub", pp. 28-32 i *Sygeplejersken*. 17.
- Vrangbæk, K. & T. Christiansen (2005): "Health Policy in Denmark: Leaving the De
centralized Welfare Path?" pp. 29-52 i
Journal of Health Politics, Policy and Law 30(1-2).
- Vrangbæk, K. (1999a): *Markedsorientering i sygehussektoren*. Ph.d.-afhandling.
Institut for Statskundskab, K. U.
- Vrangbæk, K. (1999b): "New Public Management i sygehusfeltet – udformning og
konsekvenser", pp. 33-56, i Bentsen, E. Z. et al (red): *Når
styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen Business School Press.
- Vrangbæk, K. & K. Østergren (2006): "Patient empowerment and the introduction of
hospital choice in Denmark and Norway", pp. 371-394 i
Health Economics, Policy and Law, Cambridge, UK 1(4).
- Wasén, K. & E. Wickström (2009): "Administrativ regulering och strategisk
kommunikation" paper til *LIHCOM Workshop Copenhagen Business
School, February 19-20*.
- Wenneberg, S. B. (2000): *Socialkonstruktivisme*. Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Winthereik, B.R. (2008): "Shared care and boundaries: lessons from an online
maternity record", pp.416 – 427 i *Journal of Health Organization and
Management*, Vol. 22, Iss: 4.
- Winthereik, B. R. & H. Langstrup (2010). "When patients care (too much) for
information", pp. 195-214 i Mol, A., I. Moser and J. Pols *Care Practices:
On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld, Transcript Verlag.
- Wright, P. (1999): "Designing healthcare advice for the public", pp. 695-724 i
Durso, F. (red.): *Handbook of applied cognition*.
Chichester, UK. Wiley & Sons.

- Wæraas, A., Østhus, R & M. Solbakk (2008): ”Det ekspressive helseforetak. Selvpresentasjon i den norske sykehussektoren”, pp. 62-69 i *Nordiske Organisasjonsstudier*. 10 (4)
- Wæraas, A., H. Byrkjeflot & S.I. Angell (red.)(2011): *Substans & framturen – omdømmehåndtering i offentlig sektor*. Oslo Universitetsforlaget.
- Yin, R.K. (1994): *Case study Research – Design & Methods*, SAGE Publications.

Øvrige dokumenter

- Den Danske Ordbog – Moderne dansk sprog, Det danske Sprog- og Litteraturselskab
<http://ordnet.dk/ddo>
- Enheden for Brugerundersøgelser (2009) *Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse 2009*
http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/LUP2009/National_rapport/LUP_2009.pdf
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): *Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen*.
- Lov om patienters retstilling (1998): kapitel 2
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=87608#K2>
- Ordbog over det danske Sprog – Historisk ordbog 1700 til 1950, Det danske Sprog- og Litteraturselskab
<http://ordnet.dk/ods>
- Regeringens kvalitetsreform (2007): *Rundrejse i det danske sygehusvæsen*, rapport ved statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl.
http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Erik_Juhl_1.pdf
- Regionsrådet - Region Hovedstaden (2007):
Kommunikationspolitik for Region Hovedstaden.
- Sundhedsloven (2005): Kap. 5 § 15-16
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074#K5>
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Retningslinjer for fosterdiagnostik*.

Sundhedsstyrelsen (2006b): *Patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af behandling og pleje.*

Sundhedsstyrelsen (2005): Kejsersnit på moders ønske – en medicinsk

Teknologivurdering

<http://www.sst.dk/publ/PUBL2006/CEMTV/KEJSERSNIT/KEJSERSNIT.PDF>

TITLER I PH.D.SERIEN:**2004**

1. Martin Grieger
Internet-based Electronic Marketplaces and Supply Chain Management
2. Thomas Basbøll
*LIKENESS
A Philosophical Investigation*
3. Morten Knudsen
*Beslutningens vaklen
En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*
4. Lars Bo Jeppesen
*Organizing Consumer Innovation
A product development strategy that is based on online communities and allows some firms to benefit from a distributed process of innovation by consumers*
5. Barbara Dragsted
*SEGMENTATION IN TRANSLATION AND TRANSLATION MEMORY SYSTEMS
An empirical investigation of cognitive segmentation and effects of integrating a TM system into the translation process*
6. Jeanet Hardis
*Sociale partnerskaber
Et socialkonstruktivistisk casestudie af partnerskabsaktørers virkelighedsopfattelse mellem identitet og legitimitet*
7. Henriette Hallberg Thygesen
System Dynamics in Action
8. Carsten Mejer Plath
Strategisk Økonomistyring
9. Annemette Kjærgaard
Knowledge Management as Internal Corporate Venturing
10. Knut Arne Hovdal
*De professionelle i endring
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*
11. Søren Jeppesen
*Environmental Practices and Greening Strategies in Small Manufacturing Enterprises in South Africa
– A Critical Realist Approach*
12. Lars Frode Frederiksen
*Industriel forskningsledelse
– på sporet af mønstre og samarbejde i danske forskningsintensive virksomheder*
13. Martin Jes Iversen
*The Governance of GN Great Nordic
– in an age of strategic and structural transitions 1939-1988*
14. Lars Pynt Andersen
*The Rhetorical Strategies of Danish TV Advertising
A study of the first fifteen years with special emphasis on genre and irony*
15. Jakob Rasmussen
Business Perspectives on E-learning
16. Sof Thrane
*The Social and Economic Dynamics of Networks
– a Weberian Analysis of Three Formalised Horizontal Networks*
17. Lene Nielsen
Engaging Personas and Narrative Scenarios – a study on how a user-centered approach influenced the perception of the design process in the e-business group at AstraZeneca
18. S.J Valstad
*Organisationsidentitet
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*

19. Thomas Lyse Hansen
Six Essays on Pricing and Weather risk in Energy Markets
20. Sabine Madsen
Emerging Methods – An Interpretive Study of ISD Methods in Practice
21. Evis Sinani
The Impact of Foreign Direct Investment on Efficiency, Productivity Growth and Trade: An Empirical Investigation
22. Bent Meier Sørensen
Making Events Work Or, How to Multiply Your Crisis
23. Pernille Schnoor
*Brand Ethos
Om troværdige brand- og virksomhedsidentiteter i et retorisk og diskursteoretisk perspektiv*
24. Sidsel Fabech
*Von welchem Österreich ist hier die Rede?
Diskursive forhandlinger og magtkampe mellem rivaliserende nationale identitetskonstruktioner i østrigske pressediskurser*
25. Klavs Odgaard Christensen
*Sprogpolitik og identitetsdannelse i flersprogede forbundsstater
Et komparativt studie af Schweiz og Canada*
26. Dana B. Minbaeva
Human Resource Practices and Knowledge Transfer in Multinational Corporations
27. Holger Højlund
*Markedets politiske fornuft
Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*
28. Christine Mølgaard Frandsen
*A.s erfaring
Om mellemværendets praktik i en transformation af mennesket og subjektiviteten*
29. Sine Nørholm Just
The Constitution of Meaning – A Meaningful Constitution? Legitimacy, identity, and public opinion in the debate on the future of Europe
- 2005**
1. Claus J. Varnes
Managing product innovation through rules – The role of formal and structured methods in product development
2. Helle Hedegaard Hein
Mellem konflikt og konsensus – Dialogudvikling på hospitalsklinikker
3. Axel Rosenø
Customer Value Driven Product Innovation – A Study of Market Learning in New Product Development
4. Søren Buhl Pedersen
*Making space
An outline of place branding*
5. Camilla Funck Ellehave
*Differences that Matter
An analysis of practices of gender and organizing in contemporary work-places*
6. Rigmor Madeleine Lond
Styring af kommunale forvaltninger
7. Mette Aagaard Andreassen
Supply Chain versus Supply Chain Benchmarking as a Means to Managing Supply Chains
8. Caroline Aggestam-Pontoppidan
*From an idea to a standard
The UN and the global governance of accountants' competence*
9. Norsk ph.d.
10. Vivienne Heng Ker-ni
An Experimental Field Study on the

- Effectiveness of Grocer Media Advertising*
Measuring Ad Recall and Recognition, Purchase Intentions and Short-Term Sales
11. Allan Mortensen
Essays on the Pricing of Corporate Bonds and Credit Derivatives
12. Remo Stefano Chiari
Figure che fanno conoscere
Itinerario sull'idea del valore cognitivo e espressivo della metafora e di altri tropi da Aristotele e da Vico fino al cognitivismo contemporaneo
13. Anders McIlquham-Schmidt
Strategic Planning and Corporate Performance
An integrative research review and a meta-analysis of the strategic planning and corporate performance literature from 1956 to 2003
14. Jens Geersbro
The TDF – PMI Case
Making Sense of the Dynamics of Business Relationships and Networks
15. Mette Andersen
Corporate Social Responsibility in Global Supply Chains
Understanding the uniqueness of firm behaviour
16. Eva Boxenbaum
Institutional Genesis: Micro – Dynamic Foundations of Institutional Change
17. Peter Lund-Thomsen
Capacity Development, Environmental Justice NGOs, and Governance: The Case of South Africa
18. Signe Jarlov
Konstruktioner af offentlig ledelse
19. Lars Stæhr Jensen
Vocabulary Knowledge and Listening Comprehension in English as a Foreign Language
- An empirical study employing data elicited from Danish EFL learners*
20. Christian Nielsen
Essays on Business Reporting
Production and consumption of strategic information in the market for information
21. Marianne Thejls Fischer
Egos and Ethics of Management Consultants
22. Annie Bekke Kjær
Performance management i Process-innovation
– belyst i et social-konstruktivistisk perspektiv
23. Suzanne Dee Pedersen
GENTAGELSENS METAMORFOSE
Om organisering af den kreative gøren i den kunstneriske arbejdspraksis
24. Benedikte Dorte Rosenbrink
Revenue Management
Økonomiske, konkurrencemæssige & organisatoriske konsekvenser
25. Thomas Riise Johansen
Written Accounts and Verbal Accounts
The Danish Case of Accounting and Accountability to Employees
26. Ann Fogelgren-Pedersen
The Mobile Internet: Pioneering Users' Adoption Decisions
27. Birgitte Rasmussen
Ledelse i fællesskab – de tillidsvalgte fornyende rolle
28. Gitte Thit Nielsen
Remerger
– skabende ledelseskrafter i fusion og opkøb
29. Carmine Gioia
A MICROECONOMETRIC ANALYSIS OF MERGERS AND ACQUISITIONS

30. Ole Hinz
Den effektive forandringsleder: pilot, pædagog eller politiker?
Et studie i arbejdslederens meningstilskrivninger i forbindelse med vellykket gennemførelse af ledelsesinitierede forandringsprojekter
31. Kjell-Åge Gotvassli
Et praksisbasert perspektiv på dynamiske læringsnettverk i toppidretten
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur
32. Henriette Langstrup Nielsen
Linking Healthcare
An inquiry into the changing performances of web-based technology for asthma monitoring
33. Karin Tweddell Levinsen
Virtuel Uddannelsespraksis
Master i IKT og Læring – et casestudie i hvordan proaktiv proceshåndtering kan forbedre praksis i virtuelle læringsmiljøer
34. Anika Liversage
Finding a Path
Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals
35. Kasper Elmquist Jørgensen
Studier i samspillet mellem stat og erhvervsliv i Danmark under 1. verdenskrig
36. Finn Janning
A DIFFERENT STORY
Seduction, Conquest and Discovery
37. Patricia Ann Plackett
Strategic Management of the Radical Innovation Process
Leveraging Social Capital for Market Uncertainty Management
2. Niels Rom-Poulsen
Essays in Computational Finance
3. Tina Brandt Husman
Organisational Capabilities, Competitive Advantage & Project-Based Organisations
The Case of Advertising and Creative Good Production
4. Mette Rosenkrands Johansen
Practice at the top
– how top managers mobilise and use non-financial performance measures
5. Eva Parum
Corporate governance som strategisk kommunikations- og ledelsesværktøj
6. Susan Aagaard Petersen
Culture's Influence on Performance Management: The Case of a Danish Company in China
7. Thomas Nicolai Pedersen
The Discursive Constitution of Organizational Governance – Between unity and differentiation
The Case of the governance of environmental risks by World Bank environmental staff
8. Cynthia Selin
Volatile Visions: Transactions in Anticipatory Knowledge
9. Jesper Banghøj
Financial Accounting Information and Compensation in Danish Companies
10. Mikkel Lucas Overby
Strategic Alliances in Emerging High-Tech Markets: What's the Difference and does it Matter?
11. Tine Aage
External Information Acquisition of Industrial Districts and the Impact of Different Knowledge Creation Dimensions

2006

1. Christian Vintergaard
Early Phases of Corporate Venturing

- A case study of the Fashion and Design Branch of the Industrial District of Montebelluna, NE Italy*
12. Mikkel Flyverbom
*Making the Global Information Society Governable
On the Governmentality of Multi-Stakeholder Networks*
 13. Anette Grønning
*Personen bag
Tilstedevær i e-mail som interaktionsform mellem kunde og medarbejder i dansk forsikringskontekst*
 14. Jørn Helder
*One Company – One Language?
The NN-case*
 15. Lars Bjerregaard Mikkelsen
*Differing perceptions of customer value
Development and application of a tool for mapping perceptions of customer value at both ends of customer-supplier dyads in industrial markets*
 16. Lise Granerud
*Exploring Learning
Technological learning within small manufacturers in South Africa*
 17. Esben Rahbek Pedersen
*Between Hopes and Realities:
Reflections on the Promises and Practices of Corporate Social Responsibility (CSR)*
 18. Ramona Samson
*The Cultural Integration Model and European Transformation.
The Case of Romania*
- 2007**
1. Jakob Vestergaard
*Discipline in The Global Economy
Panopticism and the Post-Washington Consensus*
 2. Heidi Lund Hansen
*Spaces for learning and working
A qualitative study of change of work, management, vehicles of power and social practices in open offices*
 3. Sudhanshu Rai
*Exploring the internal dynamics of software development teams during user analysis
A tension enabled Institutionalization Model; "Where process becomes the objective"*
 4. Norsk ph.d.
Ej til salg gennem Samfundslitteratur
 5. Serden Ozcan
*EXPLORING HETEROGENEITY IN ORGANIZATIONAL ACTIONS AND OUTCOMES
A Behavioural Perspective*
 6. Kim Sundtoft Hald
*Inter-organizational Performance Measurement and Management in Action
– An Ethnography on the Construction of Management, Identity and Relationships*
 7. Tobias Lindeberg
*Evaluative Technologies
Quality and the Multiplicity of Performance*
 8. Merete Wedell-Wedellsborg
*Den globale soldat
Identitetsdannelse og identitetsledelse i multinationale militære organisationer*
 9. Lars Frederiksen
*Open Innovation Business Models
Innovation in firm-hosted online user communities and inter-firm project ventures in the music industry
– A collection of essays*
 10. Jonas Gabrielsen
Retorisk toposlære – fra statisk 'sted' til persuasiv aktivitet

11. Christian Moldt-Jørgensen
Fra meningsløs til meningsfuld evaluering.
Anvendelsen af studentertilfredsheds-målinger på de korte og mellemlange videregående uddannelser set fra et psykodynamisk systemperspektiv
12. Ping Gao
Extending the application of actor-network theory
Cases of innovation in the telecommunications industry
13. Peter Mejlby
Frihed og fængsel, en del af den samme drøm?
Et phronetisk baseret casestudie af frigørelsens og kontrollens sam-eksistens i værdibaseret ledelse!
14. Kristina Birch
Statistical Modelling in Marketing
15. Signe Poulsen
Sense and sensibility:
The language of emotional appeals in insurance marketing
16. Anders Bjerre Trolle
Essays on derivatives pricing and dynamic asset allocation
17. Peter Feldhütter
Empirical Studies of Bond and Credit Markets
18. Jens Henrik Eggert Christensen
Default and Recovery Risk Modeling and Estimation
19. Maria Theresa Larsen
Academic Enterprise: A New Mission for Universities or a Contradiction in Terms?
Four papers on the long-term implications of increasing industry involvement and commercialization in academia
20. Morten Wellendorf
Postimplementering af teknologi i den offentlige forvaltning
Analysen af en organisations kontinuerlige arbejde med informations-teknologi
21. Ekaterina Mhaanna
Concept Relations for Terminological Process Analysis
22. Stefan Ring Thorbjørnsen
Forsvaret i forandring
Et studie i officerers kapabiliteter under påvirkning af omverdenens forandringspres mod øget styring og læring
23. Christa Breum Amhøj
Det selvskabte medlemskab om managementsstaten, dens styringsteknologier og indbyggere
24. Karoline Bromose
Between Technological Turbulence and Operational Stability
– An empirical case study of corporate venturing in TDC
25. Susanne Justesen
Navigating the Paradoxes of Diversity in Innovation Practice
– A Longitudinal study of six very different innovation processes – in practice
26. Luise Noring Henler
Conceptualising successful supply chain partnerships
– Viewing supply chain partnerships from an organisational culture perspective
27. Mark Mau
Kampen om telefonen
Det danske telefonvæsen under den tyske besættelse 1940-45
28. Jakob Halskov
The semiautomatic expansion of existing terminological ontologies using knowledge patterns discovered

- on the WWW – an implementation and evaluation*
29. Gergana Koleva
European Policy Instruments Beyond Networks and Structure: The Innovative Medicines Initiative
 30. Christian Geisler Asmussen
Global Strategy and International Diversity: A Double-Edged Sword?
 31. Christina Holm-Petersen
*Stolthed og fordom
Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*
 32. Hans Peter Olsen
*Hybrid Governance of Standardized States
Causes and Contours of the Global Regulation of Government Auditing*
 33. Lars Bøge Sørensen
Risk Management in the Supply Chain
 34. Peter Aagaard
*Det unikkes dynamikker
De institutionelle mulighedsbetingelser bag den individuelle udforskning i professionelt og frivilligt arbejde*
 35. Yun Mi Antorini
*Brand Community Innovation
An Intrinsic Case Study of the Adult Fans of LEGO Community*
 36. Joachim Lynggaard Boll
*Labor Related Corporate Social Performance in Denmark
Organizational and Institutional Perspectives*
- 2008**
1. Frederik Christian Vinten
Essays on Private Equity
 2. Jesper Clement
Visual Influence of Packaging Design on In-Store Buying Decisions
 3. Marius Brostrøm Kousgaard
*Tid til kvalitetsmåling?
– Studier af indrulleringsprocesser i forbindelse med introduktionen af kliniske kvalitetsdatabaser i speciallægepraksissektoren*
 4. Irene Skovgaard Smith
*Management Consulting in Action
Value creation and ambiguity in client-consultant relations*
 5. Anders Rom
*Management accounting and integrated information systems
How to exploit the potential for management accounting of information technology*
 6. Marina Candi
Aesthetic Design as an Element of Service Innovation in New Technology-based Firms
 7. Morten Schnack
*Teknologi og tværfaglighed
– en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling*
 8. Helene Balslev Clausen
Juntos pero no revueltos – un estudio sobre emigrantes norteamericanos en un pueblo mexicano
 9. Lise Justesen
*Kunsten at skrive revisionsrapporter.
En beretning om forvaltningsrevisionsens beretninger*
 10. Michael E. Hansen
The politics of corporate responsibility: CSR and the governance of child labor and core labor rights in the 1990s
 11. Anne Roepstorff
Holdning for handling – en etnologisk undersøgelse af Virksomheders Sociale Ansvar/CSR

12. Claus Bajlum
Essays on Credit Risk and Credit Derivatives
13. Anders Bojesen
The Performative Power of Competence – an Inquiry into Subjectivity and Social Technologies at Work
14. Satu Reijonen
*Green and Fragile
A Study on Markets and the Natural Environment*
15. Ilduara Busta
*Corporate Governance in Banking
A European Study*
16. Kristian Anders Hvass
*A Boolean Analysis Predicting Industry Change: Innovation, Imitation & Business Models
The Winning Hybrid: A case study of isomorphism in the airline industry*
17. Trine Paludan
De uvidende og de udviklingsparate Identitet som mulighed og restriktion blandt fabriksarbejdere på det aftayloriserede fabriksgulv
18. Kristian Jakobsen
Foreign market entry in transition economies: Entry timing and mode choice
19. Jakob Elming
Syntactic reordering in statistical machine translation
20. Lars Brømsøe Termansen
*Regional Computable General Equilibrium Models for Denmark
Three papers laying the foundation for regional CGE models with agglomeration characteristics*
21. Mia Reinholt
The Motivational Foundations of Knowledge Sharing
22. Frederikke Krogh-Meibom
*The Co-Evolution of Institutions and Technology
– A Neo-Institutional Understanding of Change Processes within the Business Press – the Case Study of Financial Times*
23. Peter D. Ørberg Jensen
OFFSHORING OF ADVANCED AND HIGH-VALUE TECHNICAL SERVICES: ANTECEDENTS, PROCESS DYNAMICS AND FIRMLEVEL IMPACTS
24. Pham Thi Song Hanh
Functional Upgrading, Relational Capability and Export Performance of Vietnamese Wood Furniture Producers
25. Mads Vangkilde
*Why wait?
An Exploration of first-mover advantages among Danish e-grocers through a resource perspective*
26. Hubert Buch-Hansen
*Rethinking the History of European Level Merger Control
A Critical Political Economy Perspective*
- 2009**
1. Vivian Lindhardsen
From Independent Ratings to Communal Ratings: A Study of CWA Raters' Decision-Making Behaviours
2. Guðrið Weihe
Public-Private Partnerships: Meaning and Practice
3. Chris Nøkkentved
*Enabling Supply Networks with Collaborative Information Infrastructures
An Empirical Investigation of Business Model Innovation in Supplier Relationship Management*
4. Sara Louise Muhr
Wound, Interrupted – On the Vulnerability of Diversity Management

5. Christine Sestoft
Forbrugeradfærd i et Stats- og Livsformsteoretisk perspektiv
6. Michael Pedersen
Tune in, Breakdown, and Reboot: On the production of the stress-fit self-managing employee
7. Salla Lutz
Position and Reposition in Networks – Exemplified by the Transformation of the Danish Pine Furniture Manufacturers
8. Jens Forssbæck
Essays on market discipline in commercial and central banking
9. Tine Murphy
Sense from Silence – A Basis for Organised Action
How do Sensemaking Processes with Minimal Sharing Relate to the Reproduction of Organised Action?
10. Sara Malou Strandvad
Inspirations for a new sociology of art: A sociomaterial study of development processes in the Danish film industry
11. Nicolaas Mouton
On the evolution of social scientific metaphors: A cognitive-historical enquiry into the divergent trajectories of the idea that collective entities – states and societies, cities and corporations – are biological organisms.
12. Lars Andreas Knutsen
Mobile Data Services: Shaping of user engagements
13. Nikolaos Theodoros Korfiatis
Information Exchange and Behavior
A Multi-method Inquiry on Online Communities
14. Jens Albæk
Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse
– skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser
15. Maja Lotz
The Business of Co-Creation – and the Co-Creation of Business
16. Gitte P. Jakobsen
Narrative Construction of Leader Identity in a Leader Development Program Context
17. Dorte Hermansen
“Living the brand” som en brandorienteret dialogisk praksis: Om udvikling af medarbejdernes brandorienterede dømmekraft
18. Aseem Kinra
Supply Chain (logistics) Environmental Complexity
19. Michael Nørager
How to manage SMEs through the transformation from non innovative to innovative?
20. Kristin Wallevik
Corporate Governance in Family Firms
The Norwegian Maritime Sector
21. Bo Hansen Hansen
Beyond the Process
Enriching Software Process Improvement with Knowledge Management
22. Annemette Skot-Hansen
Franske adjektivisk afledte adverbier, der tager præpositionssyntagmer indledt med præpositionen à som argumenter
En valensgrammatisk undersøgelse
23. Line Gry Knudsen
Collaborative R&D Capabilities
In Search of Micro-Foundations

24. Christian Scheuer
*Employers meet employees
Essays on sorting and globalization*
25. Rasmus Johnsen
*The Great Health of Melancholy
A Study of the Pathologies of Performativity*
26. Ha Thi Van Pham
*Internationalization, Competitiveness
Enhancement and Export Performance
of Emerging Market Firms:
Evidence from Vietnam*
27. Henriette Balieu
*Kontrollbegrebets betydning for kausal-
tivalternationen i spansk
En kognitiv-typologisk analyse*
- 2010**
1. Yen Tran
*Organizing Innovation in Turbulent
Fashion Market
Four papers on how fashion firms create
and appropriate innovation value*
2. Anders Raastrup Kristensen
*Metaphysical Labour
Flexibility, Performance and Commitment
in Work-Life Management*
3. Margrét Sigrún Sigurdardóttir
*Dependently independent
Co-existence of institutional logics in
the recorded music industry*
4. Ásta Dis Óladóttir
*Internationalization from a small domestic
base:
An empirical analysis of Economics and
Management*
5. Christine Secher
*E-deltagelse i praksis – politikernes og
forvaltningens medkonstruktion og
konsekvenserne heraf*
6. Marianne Stang Våland
*What we talk about when we talk
about space:*
7. Rex Degnegaard
*Strategic Change Management
Change Management Challenges in
the Danish Police Reform*
8. Ulrik Schultz Brix
*Værdi i rekruttering – den sikre beslutning
En pragmatisk analyse af perception
og synliggørelse af værdi i rekrutterings-
og udvælgelsesarbejdet*
9. Jan Ole Similå
*Kontraktsledelse
Relasjonen mellom virksomhetsledelse
og kontraktshåndtering, belyst via fire
norske virksomheter*
10. Susanne Boch Waldorff
*Emerging Organizations: In between
local translation, institutional logics
and discourse*
11. Brian Kane
*Performance Talk
Next Generation Management of
Organizational Performance*
12. Lars Ohnemus
*Brand Thrust: Strategic Branding and
Shareholder Value
An Empirical Reconciliation of two
Critical Concepts*
13. Jesper Schlamovitz
*Håndtering af usikkerhed i film- og
byggeprojekter*
14. Tommy Moesby-Jensen
*Det faktiske livs forbindtlighed
Føroskratisk informeret, ny-aristotelisk
ἦθος-tænkning hos Martin Heidegger*
15. Christian Fich
*Two Nations Divided by Common
Values
French National Habitus and the
Rejection of American Power*

16. Peter Beyer
Processer, sammenhængskraft og fleksibilitet
Et empirisk casestudie af omstillingsforløb i fire virksomheder
17. Adam Buchhorn
Markets of Good Intentions
Constructing and Organizing Biogas Markets Amid Fragility and Controversy
18. Cecilie K. Moesby-Jensen
Social læring og fælles praksis
Et mixed method studie, der belyser læringskonsekvenser af et lederkursus for et praksisfællesskab af offentlige mellemledere
19. Heidi Boye
Fødevarer og sundhed i sen-modernismen
– En indsigt i hyggefænomenet og de relaterede fødevevarepraksisser
20. Kristine Munkgård Pedersen
Flygtige forbindelser og midlertidige mobiliseringer
Om kulturel produktion på Roskilde Festival
21. Oliver Jacob Weber
Causes of Intercompany Harmony in Business Markets – An Empirical Investigation from a Dyad Perspective
22. Susanne Ekman
Authority and Autonomy
Paradoxes of Modern Knowledge Work
23. Anette Frey Larsen
Kvalitetsledelse på danske hospitaler
– Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen
24. Toyoko Sato
Performativity and Discourse: Japanese Advertisements on the Aesthetic Education of Desire
25. Kenneth Brinch Jensen
Identifying the Last Planner System
Lean management in the construction industry
26. Javier Busquets
Orchestrating Network Behavior for Innovation
27. Luke Patey
The Power of Resistance: India's National Oil Company and International Activism in Sudan
28. Mette Vedel
Value Creation in Triadic Business Relationships. Interaction, Interconnection and Position
29. Kristian Tørning
Knowledge Management Systems in Practice – A Work Place Study
30. Qingxin Shi
An Empirical Study of Thinking Aloud Usability Testing from a Cultural Perspective
31. Tanja Juul Christiansen
Corporate blogging: Medarbejderes kommunikative handlekraft
32. Malgorzata Ciesielska
Hybrid Organisations.
A study of the Open Source – business setting
33. Jens Dick-Nielsen
Three Essays on Corporate Bond Market Liquidity
34. Sabrina Speiermann
Modstandens Politik
Kampagnestyling i Velfærdsstaten.
En diskussion af trafikcampagners styringspotentiale
35. Julie Uldam
Fickle Commitment. Fostering political engagement in 'the flighty world of online activism'

36. Annegrete Juul Nielsen
Traveling technologies and transformations in health care
37. Athur Mühlen-Schulte
Organising Development Power and Organisational Reform in the United Nations Development Programme
38. Louise Rygaard Jonas
Branding på butiksgulvet Et case-studie af kultur- og identitetsarbejdet i Kvickly
8. Ole Helby Petersen
Public-Private Partnerships: Policy and Regulation – With Comparative and Multi-level Case Studies from Denmark and Ireland
9. Morten Krogh Petersen
'Good' Outcomes. Handling Multiplicity in Government Communication
10. Kristian Tangsgaard Hvelplund
Allocation of cognitive resources in translation - an eye-tracking and key-logging study

2011

1. Stefan Fraenkel
Key Success Factors for Sales Force Readiness during New Product Launch A Study of Product Launches in the Swedish Pharmaceutical Industry
2. Christian Plesner Rossing
International Transfer Pricing in Theory and Practice
3. Tobias Dam Hede
Samtalekunst og ledelsesdisciplin – en analyse af coachingsdiskursens genealogi og governmentality
4. Kim Pettersson
Essays on Audit Quality, Auditor Choice, and Equity Valuation
5. Henrik Merkelsen
The expert-lay controversy in risk research and management. Effects of institutional distances. Studies of risk definitions, perceptions, management and communication
6. Simon S. Torp
Employee Stock Ownership: Effect on Strategic Management and Performance
7. Mie Harder
Internal Antecedents of Management Innovation
11. Moshe Yonatany
The Internationalization Process of Digital Service Providers
12. Anne Vestergaard
Distance and Suffering Humanitarian Discourse in the age of Mediatization
13. Thorsten Mikkelsen
Personlighedens indflydelse på forretningsrelationer
14. Jane Thostrup Jagd
Hvorfor fortsætter fusionsbølgen udover "the tipping point"? – en empirisk analyse af information og kognitioner om fusioner
15. Gregory Gimpel
Value-driven Adoption and Consumption of Technology: Understanding Technology Decision Making
16. Thomas Stengade Sønderskov
Den nye mulighed Social innovation i en forretningsmæssig kontekst
17. Jeppe Christoffersen
Donor supported strategic alliances in developing countries
18. Vibeke Vad Baunsgaard
Dominant Ideological Modes of Rationality: Cross functional

- integration in the process of product innovation*
19. Throstur Olaf Sigurjonsson
Governance Failure and Iceland's Financial Collapse
 20. Allan Sall Tang Andersen
Essays on the modeling of risks in interest-rate and inflation markets
 21. Heidi Tscherning
Mobile Devices in Social Contexts
 22. Birgitte Gorm Hansen
Adapting in the Knowledge Economy Lateral Strategies for Scientists and Those Who Study Them
 23. Kristina Vaarst Andersen
Optimal Levels of Embeddedness The Contingent Value of Networked Collaboration
 24. Justine Grøn bæk Pors
Noisy Management A History of Danish School Governing from 1970-2010
 25. Stefan Linder
Micro-foundations of Strategic Entrepreneurship Essays on Autonomous Strategic Action
 26. Xin Li
Toward an Integrative Framework of National Competitiveness An application to China
 27. Rune Thorbjørn Clausen
Værdifuld arkitektur Et eksplorativt studie af bygningers rolle i virksomheders værdiskabelse
 28. Monica Viken
Markedsundersøkelser som bevis i varemerke- og markedsføringsrett
 29. Christian Wymann
Tattooing The Economic and Artistic Constitution of a Social Phenomenon
 30. Sanne Frandsen
Productive Incoherence A Case Study of Branding and Identity Struggles in a Low-Prestige Organization
 31. Mads Stenbo Nielsen
Essays on Correlation Modelling
 32. Ivan Häuser
Følelse og sprog Etablering af en ekspressiv kategori, eksemplificeret på russisk
 33. Sebastian Schwenen
Security of Supply in Electricity Markets
- 2012**
1. Peter Holm Andreasen
The Dynamics of Procurement Management - A Complexity Approach
 2. Martin Haulrich
Data-Driven Bitext Dependency Parsing and Alignment
 3. Line Kirkegaard
Konsulenten i den anden nat En undersøgelse af det intense arbejdsliv
 4. Tonny Stenheim
Decision usefulness of goodwill under IFRS
 5. Morten Lind Larsen
Produktivitet, vækst og velfærd Industrirådet og efterkrigstidens Danmark 1945 - 1958
 6. Petter Berg
Cartel Damages and Cost Asymmetries
 7. Lynn Kahle
Experiential Discourse in Marketing A methodical inquiry into practice and theory
 8. Anne Roelsgaard Obling
Management of Emotions in Accelerated Medical Relationships

9. Thomas Frandsen
*Managing Modularity of
Service Processes Architecture*
10. Carina Christine Skovmøller
*CSR som noget særligt
Et casestudie om styring og menings-
skabelse i relation til CSR ud fra en
intern optik*
11. Michael Tell
*Fradragsbeskæring af selskabers
finansieringsudgifter
En skatteretlig analyse af SEL §§ 11,
11B og 11C*
12. Morten Holm
*Customer Profitability Measurement
Models
Their Merits and Sophistication
across Contexts*
13. Katja Joo Dyppe
*Beskatning af derivater
En analyse af dansk skatteret*
14. Esben Anton Schultz
*Essays in Labor Economics
Evidence from Danish Micro Data*
15. Carina Risvig Hansen
*"Contracts not covered, or not fully
covered, by the Public Sector Directive"*
16. Anja Svejgaard Pors
*Iværksættelse af kommunikation
- patientfigurer i hospitalets strategiske
kommunikation*

TITLER I ATV PH.D.-SERIEN

1992

1. Niels Kornum
Servicesamkørsel – organisation, økonomi og planlægningsmetode

1995

2. Verner Worm
*Nordiske virksomheder i Kina
Kulturspecifikke interaktionsrelationer
ved nordiske virksomhedsetableringer i Kina*

1999

3. Mogens Bjerre
*Key Account Management of Complex
Strategic Relationships
An Empirical Study of the Fast Moving
Consumer Goods Industry*

2000

4. Lotte Darsø
*Innovation in the Making
Interaction Research with heterogeneous
Groups of Knowledge Workers
creating new Knowledge and new
Leads*

2001

5. Peter Hobolt Jensen
*Managing Strategic Design Identities
The case of the Lego Developer
Network*

2002

6. Peter Lohmann
*The Deleuzian Other of Organizational
Change – Moving Perspectives of the
Human*
7. Anne Marie Jess Hansen
*To lead from a distance: The dynamic
interplay between strategy and
strategizing – A case study of the
strategic management process*

2003

8. Lotte Henriksen
*Videndeling
– om organisatoriske og ledelsesmæssige
udfordringer ved videndeling i
praksis*
9. Niels Christian Nickelsen
*Arrangements of Knowing: Coordinating
Procedures Tools and Bodies in
Industrial Production – a case study of
the collective making of new products*

2005

10. Carsten Ørts Hansen
*Konstruktion af ledelsesteknologier og
effektivitet*

TITLER I DBA PH.D.-SERIEN

2007

1. Peter Kastrup-Misir
*Endeavoring to Understand Market
Orientation – and the concomitant
co-mutation of the researched, the
researcher, the research itself and the
truth*

2009

1. Torkild Leo Thellefsen
*Fundamental Signs and Significance
effects
A Semeiotic outline of Fundamental
Signs, Significance-effects, Knowledge
Profiling and their use in Knowledge
Organization and Branding*
2. Daniel Ronzani
*When Bits Learn to Walk Don't Make
Them Trip. Technological Innovation
and the Role of Regulation by Law
in Information Systems Research: the
Case of Radio Frequency Identification
(RFID)*

2010

1. Alexander Carnera
*Magten over livet og livet som magt
Studier i den bipolitiske ambivalens*