

Implementering af Patientens team på Aalborg Universitetshospital

- Specialeledelsens prioritering af de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer i arbejdet med Patientens team

Kandidatspeciale

Folkesundhedsvidenskab

Aalborg Universitet

Antal anslag: 182.553 anslag incl. Mellemlinjer.

Afleveringsdato: 1. Juni 2016

Vejleder Henrik Bøggild

Gruppenummer: 10312

Specialet er udarbejdet af Jane Krog Goul

Studienummer 20071859

Resumé

Baggrund

Inddragelse af patienterne i behandlingen på hospitalerne, bliver systematiseret ud fra forskellige strategier, herunder en model for fælles beslutningstagning, som inkluderer patienten som partner i behandlingen. Denne strategi inddrages i Patientens team, som er et tiltag i Region Nordjylland. I studier viser ledelsen sig, at have indflydelse på, hvordan de sundhedsprofessionelle kan prioritere tid og ressourcer i arbejdet med patientinddragelse. Tiltaget bliver aktuelt gennemført i 10 pilotprojekter, men uden tilrettelæggelse af evaluerings- eller implementeringsstrategi.

Formål

Formålet med specialet er, at opnå en forståelse af, hvordan specialeledelsen kan prioritere tid og ressourcer i arbejdet med Patientens team, med henblik på implementering af tiltaget på Aalborg Universitetshospital.

Metode

Specialets problemformulering er bearbejdet ud fra en hermeneutisk analysestrategi med indhentning af empiri fra et systematisk litteraturstudie og to semistrukturerede interviews med specialeansvarligoverlæge og afsnitsledendesygeplejerske fra et udvalgt pilotprojekt.

Resultater

Bearbejdningen af resultaterne viser, at pilotprojektet med Patientens team, udvælger en patientrepræsentant til at indgå i Patientens team. Speciale ledelsen fremhæver, at der med fordel sker vidensdeling på tværs af Patientens teams og de sundhedsprofessionelle. Det viser sig, at fælles beslutningstagning kan implementeres og benyttes med støtte fra en beslutningsalgoritme i arbejdet med Patientens team, for at prioritere tid og ressourcer.

Konklusion

Implementeringen af Patientens team kan med fordel tage hensyn til de individuelle specialer på Aalborg Universitetshospital. Arbejdet med Patientens team, kræver motivation og engagement, hvilket blandt andet specialeledelsen bærer ansvaret for at bidrage til, blandt de sundhedsprofessionelle. De kommunikative færdigheder kan med fordel udvikles hos de sundhedsprofessionelle, for at arbejde med patientinddragelse ud fra for eksempel fælles beslutningstagning, hvilket ledelsen kan bidrage til.

Abstract

Background

The involvement of patients in hospital treatment are systematized from various strategies, including a model of Shared decision making, which includes the patient as a partner in treatment. This strategy involved in the 'Patientens team', which is an initiative in Denmark, in the region of North Jutland. Studies demonstrate that the management has affect on how health professionals can prioritize time and resources in working with patient involvement. The initiative is currently implemented in 10 pilot projects, but without an organization of the evaluation or implementation strategy.

Aim

The aim of this thesis is to obtain an understanding of how specialized management to prioritize time and resources in working with 'Patientens team', on the basis of implementation of the measure at North Jutland, the University Hospital in Aalborg.

Methods

The thesis statement is machined from a hermeneutical analysis strategy of obtaining empirical data from a systematic literature review and two semi-structured interviews with specialist chief physician and section chief nurse from a selected pilot project.

Results

The processing of the results shows that the pilot project with 'Patientens team' selects a patient representative to engage in patient team. Thesis management stresses that benefit occurs, across- 'Patientens team' and health professionals. It turns out that the Shared decision making procedure can be implemented and used with the support of a decision algorithm in working with 'Patientens team', to prioritize time and resources.

Conclusion

The implementation of the 'Patientens team' can advantageously take into account the individual specialisms at the University Hospital In Aalborg. Work on the 'Patientens team', the motivation and commitment, among other specialized management is responsible for contributing to, among health professionals. The communication skills are best developed by health professionals to work with patient involvement from for example shared decision making, which management can support.

Indholdsfortegnelse

1. INITIERENDE PROBLEM	2
2. PROBLEMANALYSE	3
2.1 HVORFOR ARBEJDE MED PATIENTINDDRAGELSE?	3
2.2 FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING SOM EN MODEL FOR PATIENTINDDRAGELSE	6
2.3 SUNDHEDSPROFESSIONELLES SYN PÅ PATIENTINDDRAGELSE.....	9
2.4 PATIENTENS TEAM	10
2.5 IMPLEMENTERINGEN AF PATIENTENS TEAM.....	14
2.6 PROBLEMAFGRÆNSNING	17
3. PROBLEMFORMLERINGEN	19
4. METODE	20
4.1 VIDENSKABSTEORETISK TILGANG.....	20
4.1.1 <i>Epistemologi – konstruktionisme</i>	21
4.1.2 <i>Teoretisk perspektiv – Hermeneutik</i>	21
4.1.3 <i>Metode</i>	24
4.2 ETISKE OVERVEJELSER VED DE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS	28
4.3 TRANSSKRIBERING AF DE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS	29
4.4 ANALYSESTRATEGI TIL BEARBEJDNINGEN AF DE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS	29
5. RESULTATER	32
5.1 ANALYSE AF LITTERATURSTUDIE.....	32
5.2 ANALYSE AF SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS.....	38
5.2.1 <i>Den afsnitsledende sygeplejerske</i>	39
5.2.2 <i>Den specialeansvarlige overlæge</i>	47
5.3 TRANSLATION AF RICHARD FREEMAN	55
6. DISKUSSION AF METODE	56
6.1 TROVÆRDIGHED	56
6.2 OVERFØRBARHED	57
6.3 KONSISTENS.....	58
6.4 TRANSPARENS	59
6.5 DISKUSSION AF DET SYSTEMATISKE LITTERATURSTUDIE.....	59
6.6 DISKUSSION AF DE SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS	60
7. DISKUSSION AF RESULTATER	62
7.1 HVILKE METODER KAN SPECIALELEDELSEN IMPLEMENTERE I BEHANDLINGEN FOR AT ARBEJDE MED FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING?	62
7.2 HVILKE OVERVEJELSER HAR SPECIALELEDELSEN PÅ AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL GJORT, I FORBINDELSE MED PRIORITERING AF SUNDHEDSPROFESSIONELLES TID OG RESSOURCER I BEHANDLINGEN, VED AT ARBEJDE MED PATIENTENS TEAM?	66
7.3 HVILKE ERFARINGER HAR SPECIALELEDELSEN PÅ AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL MED PATIENTENS TEAM, SOM KAN BIDRAGE TIL IMPLEMENTERINGEN?.....	70
8. KONKLUSION	74
9. LITTERATURLISTE	75

1. Initierende problem

I behandlingen af patienter på hospitalet anvender sundhedsprofessionelle den faglige viden til prioritering af behandlingstilbud. I denne prioritering kan patienterne informeres, for at træffe beslutning om behandlingen, der er bedst tilpasset patienten. Information til patienterne er formuleret i sundhedslovens kapitel 5, §16, 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.” (Sundhed og forebyggelse 2014).

Sundhedsprofessionelles information om behandlingen til patienterne tilpasses altså den enkelte forudsætninger og behov, men omhandler ikke inddragelse af patienterne i beslutningen om behandlingen. *”Fordi du kan godt informere en patient, men hvis du skal inddrage dem, så skal du have hørt deres perspektiv for at høre, hvad de forventer, og hvad de ønsker og håber. Inddragelse kræver aktiv deltagelse af patienten. Det er en ny rolle.”* (Brorholt 2016, s. 7). Det er altså en ny rolle i behandlingen, hvilket lykkedes hvis ledelsen prioriterer dette i behandlingen. Der er fundet positiv effekt på behandlingsudfald og patienttilfredshed ved individuel inddragelse af patienter i behandlingen (Jacobsen et al. 2008; Brorholt 2016), hvilket kan indikere, at det er relevant at prioritere i behandlingen. Patientens team er en samarbejds- og organisationsmodel i Region Nordjylland, der har til hensigt at skabe sammenhæng i patientforløbene ud fra fælles opstillede mål i Patientens team. Det særlige ved organisationsformen er, at patient og pårørende er medlemmer i teamet. Patientens team arbejder med fælles beslutningstagning, hvor behandleren formidler medicinsk viden i den kliniske samtale med inddragelse af patientens perspektiver, præferencer og rettigheder, hvorved patienten får indflydelse på de behandlingsmæssige beslutninger (Bilag 1). Den fælles beslutningstagning giver et partnerskab, hvor der er en ligeværdig relation mellem behandler og patient (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2016). Modellen for fælles beslutningstagning resulterer blandt andet i bedre kvalitet i behandlingen og øget tilfredshed hos sundhedsprofessionelle, der dog ikke fanger kompleksiteten i den givne kontekst (Edwards & Elwyn 2009). Fælles beslutningstagning medfører altså øget kvalitet og tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle, samtidig opfanger fælles beslutningstagning ikke kontekstens kompleksitet, hvilket potentielt kan påvirke den forestående implementering af Patientens team i løbet af 2017 i Region Nordjylland. Men hvordan fungerer de forskellige facetter herunder fælles beslutningstagning i Patientens team?

2. Problemanalyse

Det følgende vil indeholde en analyse af patientinddragelse, fælles beslutningstagning og herefter det konkrete tiltag i Region Nordjylland: Patientens team. For at analysere udfordringer og problematikker omkring tiltaget Patientens team, er det relevant at analysere enkeltstående elementer der har indflydelse og/eller bidrager til Patientens team. Den første del omhandler problematikker omkring patientinddragelse og dernæst en definition med tilhørende analyse af patientinddragelse. Dernæst bliver fællesbeslutningstagning, som en model for patientinddragelse med analyse af denne model til anvendelse i praksis. Herefter analyseres de sundhedsprofessionelles syn på patientinddragelse efterfulgt af det konkrete tiltag, Patientens team der bliver implementeret i praksis i løbet af 2017. I analysen af Patientens team udfoldes formålet og den formelle struktur for tiltaget samt rollefordelingen og specifik analyse af den behandlingsansvarlige læge, som har en bærende funktion i Patientens team. Derefter overvejelser omkring implementeringen af Patientens team, herunder ledelsens ansvar. Afslutningsvist analyseres ledelsens visioner for Patientens team, som leder op til en problemafgrænsning der skal specificere problemstillingen til en problemformulering, som bliver bearbejdet gennem fremtidige afsnit.

2.1 Hvorfor arbejde med patientinddragelse?

På baggrund af forbedrede levevilkår og behandlingsmuligheder, leder vi længere, hvilket øger presset på sundhedsvæsenet. Derfor tager planlægningen af de regionale tiltag udgangspunkt i forekomsten og fordelingen af sygdomme, hvoraf det viser sig at 35,2% af de nordjyske borgere lever med en eller flere langvarige sygdomme (Hayes et al. 2013). Dette stiller øget krav til sundhedsvæsenets indsats der bliver målrettet de individuelle behov, for at støtte den enkeltes liv med sygdom. I Regeringens Sundhedsudspil ”jo før - jo bedre” fra 2014, er der fokus på bedre kvalitet ved at inddrage patienter og pårørende i beslutningerne i behandlingen. Dette sker ved patientens viden og vurdering af egen sygdom målretter behandlingen (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2014). Altså sidestilles kvalitet med inddragelse af patienter og pårørende i behandlingen. Senest har Danske Regioner indgået i et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse i en treårig projektperiode, om en metode til øget patientinddragelse. Patienten udfylder et spørgeskema, hvor lægen efterfølgende tager udgangspunkt i besvarelsen heraf, hvilket kaldes ”Patientrapporterede Resultatmål” (PROM) (DanskeRegioner 2016). PROM skal indføres på ét

hospital i Region Nordjylland, med fokus på spørgeskemaer til patienterne. Patientinddragelse er altså en integreret del af de nationale krav til behandlingen, og det er derfor relevant for de enkelte Regioner at beskæftige sig med dette.

Definition på patientinddragelse

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) inddeler patientinddragelse i individuel- og organisatorisk brugerinddragelse. Den individuelle patientinddragelse er defineret således:

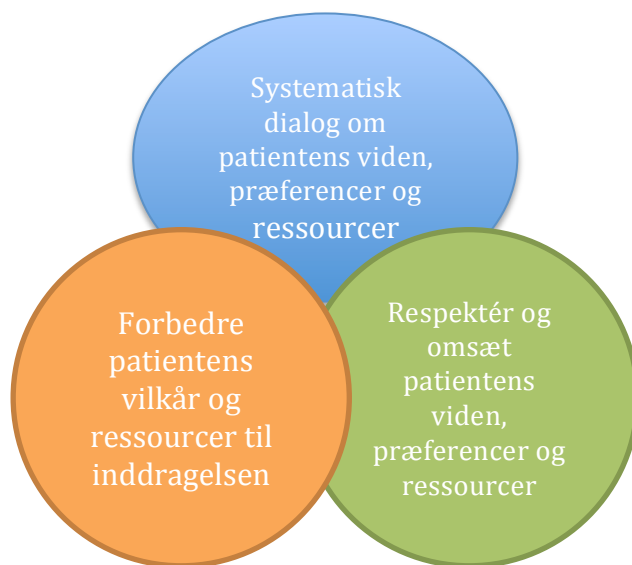
”Individuel brugerinddragelse er patientens (og de pårørendes) inddragelse og indflydelse på eget forløb. Det er videndeling mellem brugeren og den sundhedsprofessionelle, så man sikrer, at brugernes ønsker, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket, og at denne viden bliver anvendt i behandlingsforløbet. Desuden dækker denne form for inddragelse over brugerens mulighed for at få indflydelse i beslutninger omkring eget forløb samt mulighed for at kunne handle aktivt i forhold til behandling og håndtering af egen sygdom.” (DanskePatienter 2016a)

Individuel patientinddragelse er altså inddragelse og indflydelse på eget behandlingsforløb, ved en videndeling mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, for at sikre patientens ønsker, behov og kendskab til sygdomsforløb bliver afdækket og anvendt i behandlingsforløbet. Derudover, giver det mulighed for at få indflydelse på beslutninger i patientens eget forløb, og mulighed for at handle aktivt på behandling og håndtering af sygdom. Inddragelse i patientens eget forløb indebærer, at patienten er involveret i planlægning og beslutning om egen sygdomssituation, hvor beslutningsværktøjer som for eksempel Shared Decision Making, hvor patienten gennem en eksplicit dialog med sundhedsprofessionelle kan styrke patientens forudsætninger for inddragelse i behandlingsforløbet (DanskePatienter 2016a; Pedersen et al. 2015).

I Danmark er der meget forskellig tilgang til inddragelse, i de igangværende indsatser som foregår lokalt uden vidensdeling og systematik uden evaluering, hvilket vanskeliggør en vurdering af indsatsernes kvalitet. Der er kun i begrænset omfang gjort brug af internationale erfaringer og metoder til patientinddragelse (Pedersen et al. 2015). Det viser sig altså, at de danske indsatser ikke er systematiseret og evalueret, men foregår lokalt efter individuelle metoder. De sundhedsprofessionelle oplever, at mangel på tid og ressourcer er nogle af barriererne for patientinddragelse (Freil et al. 2014). Den nuværende praksis med patientinddragelse er præget af

usystematisk og ikke funderet på dokumenteret viden samt uden en målrettet ledelsesstrategi (Pedersen et al. 2015). Tid og ressourcer viser sig altså, at have indflydelse på patientinddragelsen, hvilket den usystematiske tilgang til tiltaget kunne være påvirket af. Den manglende ledelsesstrategi kunne potentielt bidrage til at skabe systematik og derved tid og ressourcer.

ViBIS opstiller tre kriterier for en patientinddragende indsats, som enkeltvis og samlet kan styrke patientinddragelsen i sundhedsvæsenet. Kriterierne er illustreret i følgende figur.



Figur 1. Kriterier for patientinddragelse i sundhedsvæsenet med blå, grønne og orange kriterier, som samlet og enkeltvis kan bidrage til patientinddragelse. Figuren er udviklet med inspiration fra DanskePatienter (2016b).

De tre kriterier benyttes af de involverede sundhedsprofessionelle, ved i den orange cirkel at tilpasse informationen til den enkelte patient, for systematisk at forbedre patientens vilkår og ressourcer til at indgå aktivt i beslutninger, planlægning og gennemførelse af behandlingen (DanskePatienter 2016b). Det kan for eksempel være ved at gøre behandlingen individuel til den enkelte patient. I den grønne cirkel, er de sundhedsprofessionelle i dialog med patienten og dennes individuelle viden, præferencer og ressourcer til at håndtere sygdomsforløb. Indenfor den blå cirkel, inddrager de sundhedsprofessionelle systematisk patientens viden, ressourcer og præferencer i beslutninger i planlægningen og behandlingens gennemførelse (DanskePatienter 2016b; Jönsson et al. 2013). Den blå cirkel i modellen kan derved godt indgå i et tiltag, men opfylder ikke til fulde idealet for inddragelse.

2.2 Fælles beslutningstagning som en model for patientinddragelse

Fælles beslutningstagning er en metode sundhedsprofessionelle kan benytte til at skabe patientinddragelse i behandlingen (Freil et al. 2014). Ud fra Figur 1 kunne fælles beslutningstagning antages at tilhøre den blå cirkel med fokus på inddragelse af patienternes ressourcer og præferencer i form af en systematisk dialog (DanskePatienter 2016b). Fælles beslutningstagning bliver en aktiv involvering af patienternes viden og personlige præferencer i behandlingen. Fælles beslutningstagning er et element i patientinddragelse, hvor fælles beslutningstagning kan defineres som involvering af behandler og patient, gensidig informationsdeling, fremlæggelse af behandlingspræferencer og det tilstræbes at opnå enighed mellem parterne (Jönsson et al. 2013; Freil et al. 2014; DanskePatienter 2016a). Disse elementer kræver en eksplicit dialog, også med inddragelse af uoverensstemmelser. Elementerne i fælles beslutningstagning inddrages i behandlingen ved, at patienten støttes til at deltage aktivt i de scenarier, som kræver den fælles beslutningstagning (Pedersen 2011). Altså inddrages her den grønne cirkel fra Figur 1, ved at patienternes viden, ressourcer og præferencer bliver omsat i behandlingen (DanskePatienter 2016b). Et studiet af Couët et al. viser, at lavt niveau af involvering af patienterne i beslutninger, forekommer hvis der ikke er benyttet redskaber eller guidelines til at anvende fællesbeslutningstagning (Couët et al. 2015). Det viser sig, at sundhedsprofessionelle ikke involverer patienterne i beslutningstagningen på eget initiativ, hvis sundhedsprofessionelle ikke har guidelines der systematiserer fælles beslutningstagning i behandlingen, fordi dette ikke ligger som en integreret del af den sundhedsprofessionelles behandlingsmetode. For at imødekomme behovet for metoder, der bidrager til involvering af patienterne i behandlingen, kan Shared Decision Making Model (herefter SDM-modellen) benyttes af sundhedsprofessionelle (Elwyn et al. 2012). I det følgende analyseres SDM-modellen med henblik på, at kunne benytte en struktureret model til at arbejde med patientinddragelse.

Shared Decision Making Model

Principperne i fælles beslutningstagning beskrives ud fra den internationale SDM-model af Elwyn (Elwyn et al. 2012). Modellen bygger på Elwyns forståelse af, at det kræver udforskning og respekt for den enkelte patient, hvori de informerede valg kan udvikles. Modellen består af tre trin, som er anvendelig for klinisk praksis. SDM-modellen angiver retningslinjer for hvordan fælles beslutningstagning kan blive en rutine i arbejdsgange og bidrager til øget tilfredshed i beslutningsprocessen og kan danne grundlag for informerede valg (Elwyn et al. 2012). SDM-

modellen støtter en proces mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor der potentielt opstår en gensidig forståelse i beslutningsprocessen.



Figur 2. **SDM-modellen** med Coice-, Option- og Decision talk, som bidrager til at udvikle de indledende præferencer til informerede præferencer til at danne grundlag for fælles beslutninger mellem patient og sundhedsprofessionel i behandlingen. Modellen er illustreret med inspiration fra Elwyn et al. (Elwyn et al. 2012).

Første fase i SDM-modellen (Figur 2) er *Choice Talk*, hvor de tilstedeværende valg bliver ekspliciteret med de respektive valgmuligheder før behandlingen påbegyndes. *Option Talk* gør patienten informeret om behandlingsmulighedernes konkrete detaljer der indebærer muligheder og potentielle konsekvenser. I *Decision Talk* bliver patienten støttet til at udforske hvad der er mest betydningsfuldt for patienten, for at information kan lede til en beslutning (Elwyn et al. 2012). I *Choice-* og *Option Talk* er den sundhedsprofessionelles faglige viden fremtræden, da der foregår en gennemgang valgmuligheder og detaljer omkring behandlingen. Patientens præferencer udgør også en del af de to første faser, hvor patientens perspektiver på valgmulighederne i behandlingen bliver gennemgået. *Choice-* og *option talk* kan relateres til den tidligere Figur 1, hvor den blå cirkel med systematisk dialog samt den grønne cirkel med fokus på respekt og håndtering af den individuelle behov gøres eksplicit (DanskePatienter 2016b). Den sundhedsprofessionelles viden bidrager til, at give en kvalificeret behandling, som samtidig ikke kan stå alene uden den efterfølgende *Decision talk*, hvor patientens viden og præferencer inddrages for at træffe en behandling der er kvalificeret og tilpasset patienten. I denne proces kan den orange cirkel, potentielt blive inddraget ved at patientens vilkår og ressourcer bliver inddraget i behandlingen (DanskePatienter 2016b). I forbindelse med *Option Talk*, og inden *Decision Talk*, sker en *Decision Support*, som er opdelt i to dimensioner: Én der bliver anvendt af patienten og den sundhedsprofessionelle sammen, og én der bliver brugt af patienten før eller efter behandlingen forekommer. Support i samspillet mellem

patient og sundhedsprofessionelle kan opsummere informationer i forskellige formater ved illustrationer der kan danne baggrund for den sundhedsprofessionelles støtte af patientens beslutninger i behandlingen. Derudover, kan støtten også være udleveret skriftlig materiale, hjemmesider og andet der anvendes som bidrag til beslutningsprocessen udenfor mødet med sundhedsprofessionelle (Elwyn et al. 2012). Dermed bliver bidraget, der støtter beslutningstagningen udenfor mødet med sundhedsprofessionelle kan blive påvirket af, ikke at være vejledt direkte af den sundhedsprofessionelles faglige viden. Her bliver beslutningen i højere grad påvirket af patientens fortolkning af det udleverede materiale, der bidrager til beslutningen for behandlingen. Ifølge Kriterier for patientinddragelse i sundhedsvæsenet, er det skriftlige materiale med informationer ikke en del af patientinddragelsen (DanskePatienter 2016b). Der er altså ikke helt enighed om, hvorvidt det skriftlige udleverede materiale bidrager konstruktivt til inddragelsen. Materiale med hensigten om at søge informationer fra patienten, kunne være en del af indhentningen af viden og præferencer til den systematiske dialog.

Fælles beslutningstagning i praksis

SDM-modellen fremstår som en lineær proces (Pedersen & Kirk 2015), på trods af, at det i praksis kan være svært at tilrettelægge, eftersom de fleste beslutninger indeholder en kompleksitet der ikke kan anskues lineært. Udfordringen opstår ved, at modellens hensigt er at standardisere en interpersonelproces, der er flydende og foranderlig. Samtidig er SDM-modellen et redskab til sundhedsprofessionelle, der kan bidrage til at skabe forandring og derved supplere de sundhedsprofessionelles viden med patientens præferencer for behandlingen. I SDM-modellen er de indledende- og informerede præferencer, som påvirker og nuancerer beslutningen. Det er hensigten, at modellen bidrager til at opnå informeret viden og derved eksplicitere patientens præferencer, ved yderligere at styrke den viden patienten allerede besidder omkring sin behandling (Elwyn et al. 2012). Modellen illustrer altså den progression der opstår i fælles beslutningstagning (herefter SDM) hos patienten og sundhedsprofessionelle, ved at gennemføre Choice-, option- og decision talk. Gennemgangen af modellen kan anvendes som støtte i det kliniske arbejde mellem patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Længere konsultationer giver bedre resultater for SDM, (Couët et al. 2015), hvilket kunne indikere, at arbejdet med SDM-modellen er en tidskrævende proces.

2.3 Sundhedsprofessionelles syn på patientinddragelse

Der er blandt sundhedsprofessionelle bundet en høj grad af loyalitet overfor faget og kollegaer, hvor identiteten hos sundhedsprofessionelle er forbundet med professionen (Pedersen et al. 2015). Derfor kræver det et struktureret arbejde at videreudvikle praksis, for at opnå et tværfagligt samarbejde der udfordre professionen med fælles standarder for patientinddragelse. De forskellige sundhedsprofessionelle skal indgå i et samspil om inddragelse af patienten, for at skabe bedre behandlingsresultater (Pedersen 2011). De fælles standarder for patientinddragelse kan faciliteres af ledelsen via struktur og formidling af metoder, til at skabe samarbejde omkring patientinddragelsen og derved styrke det tværfaglige samarbejde.

I udviklingen af god patientkommunikation, udtaler overlæge Susanne U. Larsen, at det fundamentalt handler om tillid og respekt mellem læge og patient, hvilket skaber uendelige muligheder i behandlingen. Derudover, fremhæver Susanne U. Larsen, at lægen med fordel kan inddrage patienten i de tidsmæssige rammer for samtaler, for at patienter og pårørende kan forberede sig på samtalen. Derved er information og forventningsafstemning mulige løsningsforslag på bedre patientkommunikation, som ikke kræver mange ressourcer at gennemføre (Pedersen 2011). Derfor er det netop de sundhedsprofessionelles opgave, at inddrage patienter og pårørende i de ressourcemæssige betingelser for behandlingen, hvilket påpeges at kræve begrænset med ressourcer at gennemføre. En anvisning om tilstedeværende tid og ressourcer til samtaler i behandlingen, kunne forekomme som standardinformation til patienten, for derved at tage hensyn til prioriteringen af tid og ressourcer i behandlingen. Det viser sig, at trods en skeptisk foregående antagelse inden implementering af tiltaget, at de sundhedsprofessionelle oplever at inddragelse af patienterne er tidsbesparende ved, at forberedelsen af møder og koordinering organiseres i sammenhængende processer (Pedersen & Kirk 2015). Det viser sig altså, at være relevant at ledelsen kan støtte sundhedsprofessionelle til at arbejde med patientinddragelse. Tid kan vise sig at være et afgørende argument for de sundhedsprofessionelles prioritering af behandlingen, hvilket ledelsen kan medtænke i strategien for at øge patientinddragelsen i behandlingen. En kvalitativ undersøgelse af Freil et al., omhandlende sygeplejersker og lægers oplevelse af, om patienterne bliver inddraget i behandlingen, er der fokus på patienternes fysiske og mentale ressourcer og i mindre grad inddragelse af patientens viden (Freil et al. 2014). I behandlingen inddrages patienterne ved at sundhedsprofessionelle tager hensyn til patientens tilstedeværende ressourcer, men der er ikke lagt op til, at patientens viden får indflydelse på mulighederne i behandlingen. Her bliver patienten passiv i behandlingen ved at undlade at inddrage patientens viden, og indgår derved ikke i

et partnerskab med de sundhedsprofessionelle. Deltagelsen kan udvikle sig til indgå som en aktiv del af beslutningstagningen i behandlingen.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen af Freil et al. påpeger, at optimale rammer og vilkår for patientinddragelse afhænger af personale ressourcer, viden om metoder til inddragelse samt prioritering af tid, hvor det for lægerne afhænger af personale ressourcer, fysiske rammer og prioritering af tid. Under hver femte sundhedsprofessionelle vurderer at have tilstrækkelig tid, og ressourcer til at kunne understøtte inddragelse af patienterne (Freil et al. 2014). Dette viser altså et gennemgående behov fra de sundhedsprofessionelle for, at der bliver prioriteret tid og ressourcer til at skabe øget patientinddragelse i behandlingen. Yderligere fremhæver sygeplejersker, at der er behov for relevant viden om metoderne til patientinddragelse, hvilket også kunne hænge sammen med lægernes efterspørgsel efter fysiske rammer til øget inddragelse af patienterne. De sundhedsprofessionelles manglende incitament for at inddrage patienterne kan hindre involvering af patienter, hvor motivationen hos sundhedsprofessionelle er styrende for, hvordan og i hvilket omfang patienterne inddrages i behandlingen (Freil et al. 2014). I arbejdet med patientinddragelse er det altså en forudsætning, at de sundhedsprofessionelle er motiverede for patientinddragelsen i behandlingen. De sundhedsprofessionelles motivation kan blandt andet påvirkes via arbejdsvilkår og opgaver, som ledelsen kan tilrettelægge en struktur for.

Sundhedsprofessionelle kan antage, at de ved, hvilken type patienter der ønsker hvilket niveau af involvering i behandling, men sundhedsprofessionelle tager ofte fejl i denne antagelse (Freil et al. 2014; Couët et al. 2015). Forudsætningerne for at sundhedsprofessionelle er i stand til lave en kvalificeret vurdering, er påvirket af tilstedeværende tid og ressourcer samt metoder til at involvere patienterne i behandlingen, for at kunne foretage en vurdering af, hvorvidt og i hvilket omfang patienten ønsker at blive involveret i behandlingen.

2.4 Patientens team

Medio 2013 lancerede Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Danske Patienter en overordnet fælles vision for patientinddragelse som tager afsæt i et struktureret samarbejde mellem parterne for at udvikle sundhedsvæsenet. Visionen tager blandt andet afsæt i en anerkendende tilgang til patienternes viden som værende nødvendig og ligeværdig i inddragelse af deres perspektiver i udviklingen af sundhedsvæsenet (Region & De Nordjyske 2015).

Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland og Patientinddragelsesudvalget udarbejder i 2015 en plan med konkrete initiativer til at videreudvikle patientinddragelsen. Dette gøres ved, at

konceptet udvikles tværsektorielt, hvor Patientens team fremhæves som et koncept for denne tilgang (Region & De Nordjyske 2015). Alligevel er der i Rammebeskrivelsen for Patientens team i mindre grad beskrevet, hvordan samarbejdet med relevante kommunale sundhedsprofessionelle og almen praksis skal fungere med regionenes hospitaler (Bilag 1). Ledelsen må på tværs af sektorer sikre, at der i Patientens team arbejdes med fælles mål, fælles forståelse af kerneopgaven og fælles prioriteringer så strategierne omsættes til synlige resultater for patienten og sundhedsprofessionelle. Region Nordjylland har udarbejdet Patientens team som en samarbejds- og organiseringsform med fokus på SDM og sammenhængende patientforløb. Patientens team etableres indenfor de første 24 timer af indlæggelsen eller ved første ambulante besøg (Bilag1).

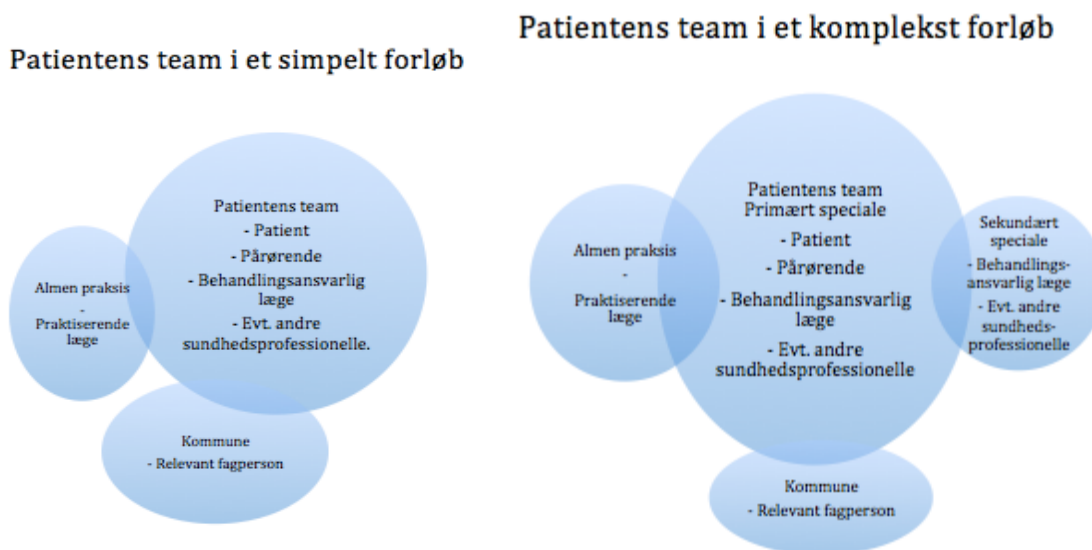
Formålet med Patientens team

I tiltaget Patientens team arbejdes ud fra fællesopstillede mål for patientforløbet, med afsæt i patientens behandlingsplan. Patientens team arbejder med involvering af patientens og eventuelt pårørendes livshistorie og præferencer for behandlingen, men sundhedspersonalet har fortsat behandlingsansvaret. Formålet er at skabe sammenhængende og effektive patientforløb, hvor ansvarsfordelingen i patientens behandlingsforløb er eksplicite og kendes af de involverede i Patientens team (Bilag 1). I det følgende vil analysen tage udgangspunkt i, at formålet er at skabe sammenhængende og effektive patientforløb. Ifølge Statusopdatering 1. Kvartal 2016, er målet med Patientens team, at patienten tildeles en behandlingsansvarlig læge, og at patienten bliver partner i behandlingsforløbet (Bilag 4), hvorimod en redegørelse fremhæver målsætningen om, at patienten tildeles en navngiven behandlingsansvarlig læge i 2018 samt patienten er orienteret om kontaktoplysninger for Patientens team (Bilag 2). Det viser sig altså, at Patientens team har fokus på den behandlingsansvarlige læge, men målsætningen om patienten som partner fremgår ikke ved de to fremlagte mål for tiltaget. Formålet for tiltaget har indflydelse på organiseringen og implementeringen af tiltaget.

Organisering af Patientens team

Patientens team arbejder ud fra principper, om at patienten er aktivt deltagende som partner, hvis patienten kan og vil, derudover er det patientens beslutning, om pårørende skal indgå i Patientens team. En behandlingsansvarlig læge tildeles ansvaret for behandling, planlægningen og forløb, hvor de forløbsbaserede opgaver kan uddelegeres til en anden fagperson. Patientens team sammensættes

og organiseres ud fra om det er et simpelt eller komplekst forløb, samt inddragelse af de tilstedeværende ressourcer (Bilag 2).



Figur 3: Illustration af Patientens team i et simpelt og komplekst forløb. Det simple forløb udgør patientens team, almen praksis og relevante kommunale sundhedsprofessionelle. Det komplekse forløb er udvidet fra det simple, ved at inddrage et sekundært speciale. Figuren er udviklet med inspiration fra Bilag 2.

Patientens team består i et simpelt forløb af patient, eventuelt pårørende og relevante sundhedsprofessionelle fra hospitalet sammen med almen praksis og kommunens relevante fagpersoner som for eksempel hjemmesygeplejersken, hvor der i komplekse forløb yderligere er inddraget et sekundært speciale med en behandlingsansvarlig læge (Bilag 2). I de simple forløb i Patientens team, er det en forudsætning at teamet arbejder tværsektorielt, ved inddragelse af almen praksis og relevante sundhedsprofessionelle fra sekundær praksis. Den Regionale samarbejds- og organiseringsform, inddrager derved flere dele af sundhedsvæsenet i ét team til at indgå i et samarbejde. Det komplekse forløb inddrager yderligere instanser. Strategien vil kræve øget koordinering og tilgængelige ressourcer i arbejdet, for at inddrage de relevante sundhedsprofessionelle i strategien.

Rollefordelingen i Patientens team

Patientens team består, i kernen, som minimum af patienten og en behandlingsansvarlig læge. I Patientens team vil der ofte være behov for flere fagpersoner fra sundhedsvæsenet eller almenpraksis, herunder praktiserende læge eller kommunale sundhedsprofessionelle, afhængigt af

patientens tilstand og sygdomsbillede (Bilag 1). Denne beskrivelse ligger op til en valgfrihed i inddragelse af de sundhedsprofessionelle ud over kernen, hvilket ikke fremgår i figur 3, som en valgfrihed. Tværfaglighed er et vigtigt element i Patientens team, hvorfor relevante sundhedsprofessionelle og pårørende med kontakt til patienten bør inddrages i patientens team (Mainz & Jensen 2015). Dette ligger op til, at der er fokus på det tværfaglige arbejde i Patientens team, med inddragelse af almen praksis og kommunale sundhedsprofessionelle.

Patienten, og eventuelt pårørende, er en aktiv del af Patientens team i den udstrækning som de måtte ønske, ud fra principperne om SDM. Patienten udtrykker behov, som bliver en del strategien i Patientens team, som skal imødekommes. Patienten og den pårørende får udleveret kontaktoplysninger og orienteres om hvilken læge der har forløbs- og behandlingsansvaret (Mainz & Jensen 2015; bilag 1). For at patienten og pårørende kan være aktivt deltagende, skal Patientens team arbejde med principperne for SDM, ud over et veletableret tværfagligt samarbejde. I Patientens team udpeges en behandlingsansvarlig læge indenfor et relevant speciale, og i forbindelse med overdragelse af ansvaret til en anden behandlingsansvarlig læge, skal det klarlægges hvem der har behandlingsansvaret. Der er fokus på at skabe en kvalificeret overdragelse og orientere patienter og pårørende om hvem der har det aktuelle behandlingsansvar (Mainz & Jensen 2015; bilag 1). Der opstår potentielt udfordringer i tildelingen af behandlingsansvaret i sektor eller specialeovergange. Udfordringerne kan forekomme i kommunikationen i sektorovergangene og på baggrund af de tilstedeværende ressourcer som tid og ressourcer samt kendte metoder til overdragelse af behandlingsansvaret. Det her kan tages hensyn til kommunikationen og de tilstedeværende ressourcer i sektorovergange.

Den behandlingsansvarlige læge

Den behandlingsansvarlige læge, er en central person for behandlingen i Patientens team. 22% af lægerne angiver i et studie, at patientinddragelse handler om at sikre at patientens viden og præferencer i tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet (Freil et al. 2014). Dette indikerer, at cirka fire ud af fem læger ikke forbinder involvering af patienterne i behandlingen, med at arbejde med patienternes viden og præferencer i behandlingen, som der indgår i kriterierne for kriterierne for patientinddragelse i sundhedsvæsenet, som fremgår i Figur 1 (DanskePatienter 2016b). Det kan således forventes, at strukturen i Patientens team vil møde udfordringer i implementeringen ved, at tiltaget har fokus på den behandlingsansvarlige læge, der forventes at involvere patientens præferencer og viden i behandlingen ud fra principperne for SDM. Den behandlingsansvarlige læge

fungerer i de simple forløb som *stafetholder*, men kan i de komplicerede forløb uddelegere opgaver der indeholder forløbskoordinering til en sundhedsfaglig *stafetholder*, hvilket kan være en sekretær eller sygeplejerske, som varetager de forløbsorienterede opgaver som for eksempel interne aftaler ved specialet og derudover også koordinering mellem specialer, afdelinger, med kommunen samt almen praktiserende læge (Mainz & Jensen 2015). Navngivning af den behandlingsansvarlige læge og medlemmer i Patientens team skal fremgå synlig i journal og behandlingsplan.

Behandlingsplanen er omdrejningspunktet og forudsætningen for samarbejdet i Patientens team, hvorfor planen altid skal fremgå opdateret. Den behandlingsansvarlige læge skal fra begyndelsen af behandlingen opstille konkrete del- og slutmål der løbende evalueres (Mainz & Jensen 2015). I praksis vil det altså kræve en struktur, at overholde retningslinjer omkring dokumentation, opgavefordeling og SDM i Patientens team, som kunne ligne kriterierne for patientinddragelse i sundhedsvæsenet (DanskePatienter 2016b). Der er ikke angivet retningslinjer for, hvor mange Patient teams en behandlingsansvarlig læge kan indgå i. Der kunne være begrænsninger på tid og ressourcer for lægen, og andre sundhedsprofessionelle, for hvor mange teams de kan indgå i samt hvilke opgaver i behandlingen de er i stand til at varetage. Det er afgørende at medtænke i implementeringen i Region Nordjylland, for at tilrettelæggelsen af Patientens team kan fungere efter målet om sammenhæng og struktur i behandlingen (Bilag 1).

2.5 Implementeringen af Patientens team

Det viser sig, at hvis patienternes viden skal inddrages, kræver det systematisk implementering af nye metoder og processer, hvor de individuelt tilpassede forløb ud fra dokumenteret viden om metoder og processen, integreres i praksis. Implementeringen kan opleve barrierer på baggrund af den forskelligartede forståelse af patientinddragelse, hvilket kan hindre videndeling (Pedersen et al. 2015). I en statusopdatering fra 1. Kvartal 2016, fremgår det, at styregruppen ligger særlig vægt på, at udvælge patientrepræsentanter i pilotprojektet (Bilag 4). En patientrepræsentant, kan umiddelbart ikke bidrage til Kriterierne for patientinddragelse i sundhedsvæsenet (DanskePatienter 2016b), da informationer, dialog, vurderinger og præferencer ikke bliver tilpasset den enkelte patient med en gruppe, hvorved den individuelle tilgang ikke til fulde kan opfyldes.

Ved indsatser der arbejder med patientinddragelse må ledelsesindsatsen klarlægge, hvilket mål inddragelsen har, for at skabe succesfuld implementering. Målet med patientinddragelse kan være at opnå bedre kvalitet, skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet samt ændre arbejdsgange og derved professionskulturer. Målene er afgørende for, hvordan implementeringsstrategien skal

tilrettelægges, for at klarlægge de potentielle implementeringsbarrierer (Holm-Petersen & Emdal 2013; Jönsson et al. 2013). Som tidligere beskrevet, er der flere forskellige mål med Patientens team, hvilket udfordrer implementeringsstrategien. I realiteten har tiltag ofte flere mål på én gang, der kan være konfliktende. I den forbindelse vil det opstå som en ledelsesmæssig udfordring at håndtere de modsatrettede mål (Holm-Petersen & Emdal 2013). Målet om sammenhængende forløb, kan resultere i komplikationer ved implementeringen og derved også i arbejdet med Patientens team. Er målet at skabe bedre service og gennemsigtighed i behandlingen, er det afgørende at patienten kan træffe valg i behandlingen, selvom der kan forekomme en sundhedsfaglig skepsis, hvis ansvaret for forløbet overdrages til patienterne (Holm-Petersen & Emdal 2013; Martin 2010). Målet for tiltaget kan altså påvirke implementeringen af tiltaget, hvilket ledelsen må tage hensyn til. I en statusopdatering 1. Kvartal 2016, fremgår det at arbejdet med implementeringen af Patientens team, har forskellige mål for at arbejde med Patientens team, afhængigt af, hvilken institution det implementeres i. Det vil sige, at der er forskellige mål med implementeringen internt på Region Nordjyllands hospitaler og Psykiatrien (Bilag 4). Ledelsen kan forvente at blive mødt med skepsis fra de sundhedsprofessionelle, hvis de oplever at ansvaret overdrages til patienterne (Pedersen 2011). Patientens team, der står overfor implementering i Region Nordjylland (Bilag 4), anvender principperne for SDM, der allerede anvendes i strategier og politikker for sundhedsvæsenet, men der er endnu ikke udarbejdet en fyldestgørende implementeringsstrategi for SDM i sundhedssektoren i Danmark (Pedersen & Kirk 2015; Pedersen et al. 2015). Denne implementeringsstrategi er nødvendig, for at Patientens team kan implementeres i Region Nordjylland.

Ledelsens ansvar for implementering af patientinddragelse

Patientinddragelse dækker over forskellige forståelser af arbejds- og rollefordelingen mellem sundhedsprofessionelle og patienter, hvilket fordrer at lederen definerer partnerskabet og former dette ud fra den kliniske kontekst som lederen arbejder for. Lederen kan iværksætte inddragelsen, mediere, omsætte samt forene mål og interesser indenfor feltet (Holm-Petersen & Emdal 2013). Der pålægges altså et ledelsesmæssigt ansvar for, at der kan opstå et partnerskab i behandlingen på baggrund af de forskellige forståelser af arbejds- og rollefordelingen med inddragelse af patienten, vil en organisatorisk struktur kunne skabe rammerne for denne udvikling.

Ledere kan etablere vilkår for patientinddragelse ved at ansætte, efteruddanne og belønne medarbejdere ud fra værdier om patientinddragelse og derudover have fokus på kommunikationen

med patienter og pårørende i inddragelsen (Holm-Petersen & Emdal 2013). Patientens team danner altså rammerne for, at patienter kan inddrages i behandlingen. Fokus på patientinddragelse sker på samfunds-, person- og organisatorisk niveau, hvor de tre niveauer er gensidige afhængige (Pedersen 2011). Det er organisationsniveauet der arbejder med rammerne for mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienten, hvor det handler om at indrette arbejdsprocesser og behandlingen til at imødekomme patienter og pårørendes behov. Derfor er der et behov for at styrke den ledelsesmæssige indsats på organisatorisk niveau og øge sygehusenes kapacitet, så der skabes behandlingsresultater ved at samarbejde på tværs af niveauerne i sundhedsvæsenet (Pedersen 2011). Heraf fremgår det, at den organisatoriske struktur er et ledelsesansvar, hvorved der kan opstå indflydelse på implementeringen af Patientens team. Det vurderes derfor relevant at have fokus på ledelsens organisering af mødet mellem parterne og arbejdsprocesser i Patientens team.

Lederne skal tage ansvar for at arbejde med kulturen i sundhedsvæsenet samt udvikling af relationer og sammenhængskraft på tværs af sektorer (Pedersen et al. 2013). Pedersen et al. fremhæver altså, at det er væsentlig, at ledelsen har opmærksomhed på forståelser og målsætninger for at sikre gode resultater i behandlingen. I Patientens team er dette centralt, hvis implementeringen af tiltaget skal tilrettelægges ud fra den angivne model for simple og komplekse forløb i Patientens team, hvor det er en forudsætning at der sker en udvikling af relationer og samarbejde.

Patientens team vil sikre en entydig ledelse, der understøtter et hensigtsmæssige behandlingsforløb. Den ledelsesmæssige vision er at skabe en behandling, hvor patienterne oplever deres behandling som et sammenhængende forløb med god kvalitet (Mainz & Jensen 2015; Pedersen 2011). Det er altså en opgave, hvor ansvaret pålægges ledelsen, for at skabe en forbindelse mellem de ledelsesmæssige visioner for patientens bedste samt de konkrete tiltag der skal til, for at det kan blive aktuelt i behandlingen. Her kan ledelsen altså skabe strukturerede arbejdsgange for de sundhedsprofessionelle, så de er i stand til at opnå visionerne om sammenhængende forløb.

En strategisk målsætning for Patientens team er i 2018, at patienten er bekendt med hvordan denne kommer i kontakt med temaet og denne skal have en navngiven behandlingsansvarlig læge. For at opnå målsætningen for Patientens team, er der udarbejdet støtteindsatser med fokus på ledelsesteams, deres sammensætning, roller og opgaver der kan benyttes i implementeringen af tiltaget. Her er blandt andet fokus på kompetenceudviklings forløb til ledelsen, med fokus på at forstærke den lægefaglige ledelse yderligere via uddannelsesforløb (Bilag 2)?. Støtteindsatserne der arbejder med ledelsesteams roller og opgaver kunne altså bidrage til implementeringen af Patientens team i Region Nordjylland. Dette sker blandt andet ved, at kompetenceudvikle ledelsen,

hvilket kunne ske med bidrag af forskellige metoder for implementeringen af samarbejds- og organiseringsformen: Patientens team.

2.6 Problemafgrænsning

I arbejdet med at inddrage patienterne i behandlingen er der behov for fælles standarder, som faciliteres af ledelsen i form af strukturer og videreformidling af metoder til at styrke patientinddragelsen (Jacobsen et al. 2008; Mainz & Jensen 2015). Ledelsen kan med fordel tage hensyn til de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer samt motivation hos de sundhedsprofessionelle i arbejdet med patientinddragelsen (Jacobsen et al. 2008; Freil et al. 2014), hvilket ledelsen kan medtænke i implementeringen af Patientens team. Patientens team er altså et tiltag i Region Nordjylland, som skal bidrage til at gøre patienten til partner i eget behandlingsforløb med tildeling af behandlingsansvarlig læge og de øvrige medlemmer i Patientens team (Bilag 1, 2). Patientens perspektiv er relevant at undersøge i tiltaget, men er udeladt i dette speciale, til fordel for de sundhedsprofessionelles perspektiv. Til at skabe rammerne for patientens involvering i behandlingen ud fra principperne i Patientens team, kan ledelsen overveje at inddrage SMD-modellen, under hensynstagen til den manglende kompleksitet i modellen (Elwyn et al. 2012). Der foreligger altså allerede redskaber til arbejdet med SDM, men resultaterne fra arbejdet med denne er mangelfulde. I forhold til, hvor lang tid patientinddragelse har været aktuel i behandlingen, efterlades der et videnshul i den tilgængelige empiri i forhold til, hvordan ledelsen kan understøtte udviklingen af patientinddragelse (Rangachari et al. 2011; Pedersen et al. 2015). Der er derfor behov for en undersøgelse af, hvordan ledelsen i de enkelte specialer kan støtte til, at Patientens team kan arbejde med SDM som en metode der kan bidrage til patientinddragelse i Patientens team. I analysen af Patientens team, beskrives sammenhængende og effektive patientforløb, tildelingen af behandlingsansvarlig læge, inddragelse af patienten som partner som nogle af målene for tiltaget (Bilag 1, 2, 4). Der er altså flere mål med tiltaget, hvilket kan påvirke implementeringen. I beskrivelsen af Patientens team er der inddraget almen praksis og kommunale sundhedsprofessionelle (Bilag 1), men dette tværfaglige- og tværsektuelle samarbejde vil ikke blive bearbejdet yderligere i dette projekt, trods udfordringer ved samarbejdet på tværs af sektorer ved overdragelse af behandlingsansvaret til andre relevante specialer. Den behandlingsansvarlige læge er central i Patientens team, og danner grundlag for en del af formålet om sammenhængende og effektive behandlingsforløb (Bilag 1) Trods den afgørende rolle, vil der i specialet være fokus på Patientens team som helhed, med de relevante sundhedsprofessionelle, som kan være pleje- og

behandlingspersonale, fra specialerne på Aalborg Universitetshospital Det er en ledelsesmæssig opgave i specialerne at strukturere arbejdsgange, kompetenceudvikle sundhedsprofessionelles kommunikation for på den måde at prioritere de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer i arbejdet med fæles beslutningstagning i Patientens team.

3. Problemformuleringen

Ovenstående problemanalyse og efterfølgende problemafgrænsning leder op til følgende problemformulering:

Hvordan prioriterer specialeledelse de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer, i arbejdet med fælles beslutningstagning, med henblik på at implementere Patientens team på Aalborg Universitetshospital?

Problemformuleringen inddeles derefter i følgende tre forskningsspørgsmål:

1. Hvilke metoder kan specialeledelsen implementere i behandlingen for at arbejde med fælles beslutningstagning?
2. Hvilke overvejelser har specialeledelsen på Aalborg Universitetshospital gjort, i forbindelse med prioritering af sundhedsprofessionelles tid og ressourcer i behandlingen, i arbejdet med Patientens team?
3. Hvilke erfaringer har specialeledelsen på Aalborg Universitetshospital med Patientens team, som kan bidrage til implementeringen?

4. Metode

I dette afsnit, vil den videnskabsteoretisk tilgang blive fremlagt med udgangspunkt i Michael Crotty (herefter Crotty)'s tilgang ud fra epistemologi, teoretisk perspektiv og metode (Crotty 1998).

4.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Til at beskrive specialets videnskabsteoretiske tilgang, anvendes Michael Crotty's tilgang til forskningsprocessen som er opdelt i fire elementer: Metodologi, epistemologi, teoretisk perspektiv og metoder for at skabe retning og stabilitet i bearbejdningen af empirien (Crotty 1998).

Elementerne bliver udvalgt på baggrund af, hvilken form for viden specialet vil komme frem til, og hvilke karakteristika den opnåede viden har. Metodologien er en strategi, proces eller design som ligger bag valget og anvendelsen af den udvalgte metode og forbinder dette til det tilsigtede outcome (Crotty 1998). I specialet er metodologien et teoretisk inspireret design, som er inspireret af hermeneutikken. Crotty fremhæver, at gennemgangen skal give mening for den enkelte problemstilling, hvorfor metodologien ikke er bearbejdet yderligere i dette speciale, eftersom at det teoretiske perspektiv bearbejder hermeneutikken. Epistemologien er Crotty's betegnelse for det videnskabsteoretiske grundlag, der beskriver teorien om viden som er indlejret i det teoretiske perspektiv og derved metodologien (Crotty 1998). I specialet er den konstruktionistiske tilgang, da denne epistemologi ligger op til en forståelse og forklaring af, hvordan den opståede viden fremkommer.

Det teoretiske perspektiv er en *filosofisk scene*, som skaber information til metodologien om den givne kontekst for processen, hvilket skaber forankring til dens logik og karakteristika (Crotty 1998). I specialet er den *filosofiske scene* inspireret af hermeneutisk fortolkning, hvilket problemformuleringen ligger op til, ved at søge svar på forståelsen af en påvirkning og sammenhæng mellem specialedelsens prioritering af de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer, samt hensynstagen til den kommende implementering af Patientens team.

Metode er ifølge Crotty teknikker eller procedurer som samler og analyserer data i relation til spørgsmål eller hypoteser. Metoden er den aktivitet der sker, når der skabes ny viden og former forskningsresultaterne (Crotty 1998). I specialet vil metoderne besvare problemformuleringen, hvor metoderne er fundet anvendelige til besvarelse af de respektive forskningsspørgsmål. De tre forskningsspørgsmål kan ikke besvares ud fra samme metode, da det første forskningsspørgsmål har karakter af noget generelt og kontekstuafhængigt. Det anden og tredje forskningsspørgsmål er derimod kontekstspecifikt på Patientens team, og ligger op til kvalitative data der bygger på

erfaringer og oplevelser af fænomenet. Fælles for forskningsspørgsmålene er, at de ligger op til en kvalitativ bearbejdning af problemstillingen, ved at søge svar på forståelse af et fænomen.

De følgende afsnit organiseres ud fra de præsenterede elementer: Epistemologi, teoretisk perspektiv og metode, for at give en forståelse den videnskabsteoretiske tilgang i specialet.

4.1.1 Epistemologi – konstruktionisme

Crotty beskriver epistemologien som værende teorien om den type viden der er mulig, og hvordan vi kan sikre det er tilstrækkelig og legitimeret (Crotty 1998). Crotty beskriver epistemologien ud fra tre perspektiver: Objektivismen, subjektivismen og konstruktionismen. Konstruktionismen er teorien om, hvor sandheder eller meninger bliver skabt ud fra engagement med realiteterne i verden. Der er igen mening uden en tanke, altså er meninger ikke kun opdaget med konstrueret. Dette ligger op til, at meninger er konstrueret forskelligt ud fra, hvilke mennesker der skaber denne – også i forhold til samme fænomen. Derved kommer fænomener frem i par i dannelsen af meninger (Crotty 1998). Til at besvare projektets problemformulering er det oplagt at anvende den konstruktionistiske tilgang, eftersom formuleringen ligger op til, at problemfeltet er konstrueret i et samspil. Det er altså afhængigt af, hvordan specialeledelsen på Aalborg Universitetshospital oplever og agerer på de givne retningslinjer i Patientens team.

4.1.2 Teoretisk perspektiv – Hermeneutik

Det teoretiske perspektiv er en måde at antage verdenen på og finde mening med det, herunder viden, og hvordan vi ved, hvad vi ved (Crotty 1998). Dette speciale antager verdenen, og derved den opstillede problemformulering med ud fra et hermeneutisk teoretisk perspektiv. Indenfor den hermeneutiske fortolkning er den traditionelle, metodiske og filosofiske hermeneutik, hvor den filosofiske er en teori om mennesker som forstående og fortolkende væsner. Hans-Georg Gadamer udvikler den filosofiske hermeneutik, der handler om, hvorfor vi fortolker og derved forståelsens rolle i verden. Den filosofiske hermeneutik er af den opfattelse, at hermeneutik er forståelse, udlægning og applikationer. Dette består i, at forstå noget, som skal tydes (udlægges og fortolkes) og derefter anvendes i praksis (som er applikation) (Højberg 2009). Den filosofiske hermeneutik kommer til udtryk i specialet ved, at forskeren fortolker problemstillingen og derved også konteksten omkring problemet, ved at forholde sig reflektiv til empirien. For at forstå problemstillingen, har forskeren søgt viden på området for at forstå kompleksiteten og nuanceringen

af problemstillingen. Denne forståelse er fremlagt i projektets problemanalyse. Udlægning af specialets problemstilling bliver en tydning og fortolkning af den anvendte empiri, dette vil fremgå i kommende afsnit om bearbejdningen af problemstillingen. Applikationen består i, at bearbejdningen af problemstillingen bliver relateret til praksisanvendelse. Specialet bearbejder Patientens team, som er igangværende i Region Nordjylland med en kommende implementering. Derved kommer applikationen implicit i specialet, med anbefalinger som formentlig senere kan anvendes i Patientens team ved implementeringen.

Den hermeneutiske cirkel

Den hermeneutiske cirkel er hos Gadamer et ontologisk princip og fremgår som et centralt grundprincip i filosofisk hermeneutik. Den hermeneutiske cirkel betegner den vekselvirkning der foregår mellem del og helhed. Det vil sige, at delene kun kan forstås, hvis helheden inddrages, og helheden kan ligeledes kun forstås i sammenhæng med delene (Dahlager & Fredslund 2015). Der er altså en gensidig afhængighed og relation mellem dele og helhed, der er meningsskabende og muliggør en forståelse og fortolkning. Dele og helheder bliver skabt i bearbejdningen af empirien, hvor der i diskussionen bliver sammensat dele af resultater fra forskellige analyser, til en samlet diskussion. Den cirkulære proces består i, at fortolkningen forsætter, indtil en dækkende og modsigelsesfri udlægning af teksten opstår. Dette forhold mellem del og helhed kan variere, hvor der kan eksistere en lang række af dele og helheder indenfor det samme område (Højberg 2009). I den filosofiske hermeneutik sker der en cirkelbevægelse mellem fortolkeren og teksten, hvor det ikke er muligt at fortolke teksten uafhængigt af den begrebsverden, som danner baggrund for fortolkning og forståelsen. Den cirkulære proces beskrives som en spiral, hvor der ikke er iagttaget en begyndelse eller slutning, men principielt som en uendelig og uafsluttet proces.

Der er altså en række forudsætninger, som bevidst eller ubevidst påvirker fremlægningen af en tekst, hvorfor fortolkeren har en aktiv rolle i fortolkningsprocessen. I den filosofiske hermeneutik er tolkning ikke en metode, men en betingelse for den menneskelige erkendelsesproces og en måde at være på, hvilket betyder at anvendelsen af metoder ikke nødvendigvis fører til objektiv viden og erkendelse (Højberg 2009; Dahlager & Fredslund 2015).

I den filosofiske hermeneutik, er det mødet med genstanden, at meningen skabes mellem genstand og fortolkeren, hvilket betyder at en historie ikke er mulig at læse udelukkende i den historiske kontekst, fordi forskerens kontekst og situation påvirker forståelsen (Højberg 2009)

I det semistruktureret interview, har indsamlingen af empiri foregået ud fra en hermeneutisk fortolkning. Hensigten har været, at bringe forforståelsen omkring implementeringen af Patientens team i spil. Der er fokus på, at skabe en ny forståelse fra empirien, for at kunne udvikle en relevant struktur til implementeringen af Patientens team. Forforståelsen sættes i spil ved principperne i den hermeneutiske cirkel som en cirkulær proces i bearbejdningen af problemstillingen, ved skabelse af en ny forståelse og derved en ny forforståelse.

Forståelse ved Gadamer

Forståelse er ifølge Gadamer afhængig af historie og kontekst, og er kendetegnet ved en måde at være på. Forståelsesbegrebet rummer en række komponenter som konstruerer betingelserne for at mennesket kan erkende verden. Forståelsen er en nødvendig betingelse, og skabt ud fra forforståelse og fordomme. Forforståelsen indikerer, at en tidligere forståelse er før den nuværende forståelse. Det er ikke muligt at gå forudsætningsløst til et fænomen, som vi ønsker at forstå, da forståelsen bygger på en eksisterende udlægning af verden (Dahlager & Fredslund 2015; Højberg 2009). Speciales forståelse er skabt ud fra det fremlagte materiale sammen med fordomme, som blandt andet er skabt ud fra tidligere erfaringer med tiltag der kan relateres til Patientens team. Fordommene er noget der påvirker forståelsesprocessen overfor verden. Fordommene tages med i udlægningen og forståelsen af en samtale, da en udlægning aldrig kan opstå forudsætningsløst og uden en forudfattet mening om denne, ifølge Gadamer, derudover mener han, at vores fordomme oprindeligt stammer fra den kulturelle arv, tradition og historie. Forforståelse og fordomme er altså uundgåelige og en grundlæggende del af vores forståelse og i mødet med genstanden er det fordommene der udfordres og sættes i spil (Højberg 2009). Specialet bidrager altså til, at sætte den eksisterende forforståelse i spil, ved at undersøge Patientens team og SDM som fænomen. Forforståelse og fordomme udgør en forståelseshorisont tilsammen, hvilket indikerer hvordan vi orienterer os og handler i verden, hvilket bidrager til forståelse. Forståelsen opstår altså i mødet mellem to horisonter, ved at sætte sig ind i den andens sted eller horisont ved at medbringe forforståelsen, hvilket ifølge Gadamer kaldes horisontsammensmeltning hvor der skabes noget tredje (Dahlager & Fredslund 2015). Forståelseshorizonten opstår altid i mødet mellem forstående og fortolkende væsner (Højberg 2009). I specialet sker en horisontsammensmeltning ved at diskutere resultaterne fra den analyserede empiri, hvilket bidrager til skabelsen af en ny forståelse af problemstillingen.

Horisonter er ikke adskillige eller absolutte enheder, de indgår i en konstant forandring i et

kontinuerligt møde med andre horisonter. Derfor opstår der ikke en endelig forståelse af en tekst, fordi opdagelsen af den sande mening er en uendelig proces (Dahlager & Fredslund 2015). Specialet skaber altså ikke en endelig sandhed, men indgår i en kontinuerlig proces i bearbejdningen og implementeringen af Patientens team. I horisontsammensmeltningen opstår forståelse og mening i vekselvirkningen mellem dele og helhed samt mellem objekter og subjekter. Meningen opstår i mødet mellem fortolkeren og genstanden, som en processuel meningsdannelse, som ikke nødvendigvis er enighed eller konsensus, men gør i stand til at begribe og forstå det kommunikerede. Horisontsammensmeltningen består ikke i at overtage eller adoptere andres forståelseshorisont, men at forståelsen bliver provokeret, for derigennem at udvide forståelseshorisonten og revurdere fordømme (Højberg 2009). For at udvide og nuancere forståelseshorisonten, er det relevant at forholde sig åbent og stille spørgsmål. Det er Gadammers påstand, at vi forsætter med at spørge, indtil vi forstår hinanden, hvor forståelsesproblemer kan være en positiv udfordring (Højberg 2009). Denne påstand, om at forsætte spørgsmål og refleksion indtil der er opnået en intern forståelse mellem data og forskeren, hvilket kan anvendes i indsamlingen og analysen af den identificerede data.

4.1.3 Metode

Indledningsvist vil den anvendte procedure til at samle, analysere og bearbejde empirien i specialet blive beskrevet, denne procedure udgør metoden (Crotty 1998). I det følgende vil metoderne blive identificeret og begrundet med relevans for bearbejdningen og besvarelsen af problemformuleringen. Metoden til at indsamle og analysere data i specialet er todelt med en kombination af systematisk litteratursøgning og semistruktureret interview, på baggrund af den opstillede problemformulering. De valgte metoder er relevante for besvarelsen af problemformuleringens fremkomne forskningsspørgsmål, som ligger op til at kombinere metoderne. Derfor er metoden til besvarelse af forskningsspørgsmål et den systematiske litteratursøgning og det semistrukturerede interview vil besvare det anden og tredje forskningsspørgsmål, som samlet vil bidrage til besvarelse og bearbejdning af problemformuleringen.

Den systematiske litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning er anvendt som metode til at identificere eksisterende empiri, til besvarelse af dele af problemformuleringen, med primært fokus på første forskningsspørgsmål. Den

systematiske litteratursøgning er beskrevet i det obligatoriske søgebilag (Bilag 5).

Litteratursøgningen er foretaget i forskellige videnskabelige databaser: PubMed, Cochrane og Cinahl, som alle er kendetegnet ved at indeholde forskning med fokus på de medicinske og/eller sygeplejefaglige specialer (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Søgninger er tilrettelagt som facetsøgning med relevante søgetermer, hvilket ligeledes er uddybet i det obligatoriske søgebilag (Bilag 5). De udvalgte søgetermer fremgår ligeledes af søgebilaget, hvilket er tilpasset de enkelte databaser.

Inklusions- og eksklusionskriterier

I den systematiske litteratursøgning opstilles inklusions- og eksklusionskriterier, for at sikre empiriens relevans for besvarelsen af specialets problemformulering.

Den tilgængelige litteratur er præget af at forskningen af patientinvolveringen foregår i forskellige sundhedsfaglige kontekster, hvilket ikke har fremgået som et eksklusionskriterium.

Specialet fokuserer på, hvordan specialeledelsen kan prioritere tid og ressourcer i arbejdet med patientinddragelse. Derfor ekskluderes litteratur, som har fokus på patienter og pårørendes oplevelse eller erfaringer med at blive inddraget i behandlingen på hospitalet. For at tilstræbe overførbare i empirien til specialets problembearbejdning, er der udelukkende inkluderet studier fra vestlige lande (Bolidministeriet 2016), da disse landes sundhedsvæsen kan relateres til den danske kontekst som problemformuleringen indgår i. Derudover inkluderes litteratur der er publiceret på dansk, svensk, norsk og engelsk, da det er disse sprogkulturer der er tilgængelige i specialet.

Udvælgelse og vurdering af litteratur

Litteraturen er udvalgt på baggrund af ovenstående inklusions- og eksklusionskriterier samt udvælgelse på baggrund af overskrifter, derefter gennemlæsning af abstracts og til sidst gennemgang af hele studiet, hvilket er beskrevet i søgebilaget (Bilag 5). Derefter vurderes den udvalgte litteratur, den ene artikel vurderes med inspiration fra den relevante tjeklister CASP, som bidrager til en samlet vurdering af litteraturen (Bilag 6).

Artiklen af Golanowski et al. er ikke vurderet ud fra tjeklister, da den ikke er kategoriserbar indenfor tjeklisternes forskningsmetoder. Artiklen er en fremlægning af et projekt omhandlende udvikling og implementering af et beslutningstagningsredskab på et hospital i Winconsin

(Golanowski et al. 2007). Trods den manglende kategorisering og metodemæssige transparens, er artiklen fundet relevant til besvarelse af problemformuleringen ved at skitsere en mulig løsning på, hvordan SDM-modellen kan anvendes i praksis, hvilket kan relateres til implementeringen af Patientens team. Artiklen har ikke et metodeafsnit, men beskriver hvordan implementeringen af tiltaget har foregået, samt en evaluering og konklusion på tiltaget (Golanowski et al. 2007).

MacPhee et al.'s artikel er vurderet ud fra CASP-tjeklisten (Bilag 6), da det er et kvalitativt, observationsstudie. Artiklen har en grundig tilgang og opfylder kravene på CASP-tjeklisten, hvilket er et udfald af studiets transparens, som styrker studiets gyldighed (Tanggard & Brinkmann 2015). Gyldigheden bliver styrket ved, forskeren har fremlagt studiets forskningsmetode, hvilket gør, at resultaternes anvendelighed bliver klarlagt. Studiets resultater er fundet relevante til bearbejdningen af specialeledelsens prioritering af tid og ressourcer i arbejdet med SDM i forhold til de sundhedsprofessionelles arbejde (MacPhee et al. 2010).

Resultaterne fra artiklerne bliver analyseret i afsnit 5.1 og senere diskuteret i afsnit 7.

De semistrukturerede interview

Hensigten med det kvalitative forskningsinterview er, at fortolke fænomenet ud fra mange forskellige aspekter i et fænomen med mest mulige nuancer og variation. I den forbindelse er rekrutteringen af informanter til interviewene strategisk udvalgt, for at støtte muligheden for størst mulig variation og nuancering. *Sneboldmetoden* anvendes, når det ikke er muligt at rekruttere et tilstrækkeligt antal informanter, hvor disse identificeres gennem andre personer (Christensen et al. 2015). I specialet er Sneboldmetoden anvendt, for at indhente relevante informanter, mere end for at øge antallet af deltagere til interviewene. Informanterne i de semistrukturerede interviews er identificeret ved at skabe kontakt til klinikledelsen på Aalborg Universitetshospital, som har formidlet kontakt til relevante informanter fra pilotprojektet med Patientens team. Informanterne blev inkluderet i interviewet, på baggrund af deres position som specialeledende sundhedsprofessionelle med kendskab til implementering af Patientens team som et pilotprojekt i det respektive speciale. Klinikledelsen udvalgte kontakt til denne specialeledelse, på baggrund af deres engagement og arbejdsomhed med Patientens team i hele specialet, hvilket påvirker resultaterne. Informanterne til de semistrukturerede interviews er udvalgt på baggrund af deres relevans for besvarelse af forskningsspørgsmålene, ved at være en del af pilotprojektet for Patientens team. Informanterne repræsenterer et ud af ti pilotprojekter og samtidig bidrager de med

perspektiver fra den sygepleje- og lægefaglige specialeledelse, hvilket bidrager med en øget nuancering af besvarelsen af forskningsspørgsmålene til den specialeansvarlige ledelse. Empirien fra de semistrukturerede interviews er et udtryk for, hvordan informanterne beskriver deres arbejde med Patientens team, men rummer ikke et fuldt repræsentativt indtryk af alle pilotprojekternes tilgang til Patientens team. Havde projektet ikke været omfattet af det begrænsede tidsperspektiv, ville yderligere interviews med repræsentanter fra andre pilotprojekter have givet en mere fyldestgørende beskrivelse af de tilstedeværende problemstillinger omkring prioritering af tid og ressourcer i forbindelse med implementeringen af Patientens team.

Til at gennemføre de semistrukturerede interviews, er der udarbejdet en semistruktureret interviewguide (Bilag 7, 8). Interviewguiden er tilpasset efter første interview, hvorfor begge interviewguider er tilgængelige. Tilpasningen af interviewguiden er foretaget, da det ved første interview med den afsnitsledende sygeplejerske, viste sig temaer, som kunne uddybes og nuanceres i andet interview med den specialeansvarlige overlæge.

For at følge den hermeneutiske tilgang i det teoretisk inspirerede interview, er der i interviewet stillet fortolkende, opfølgende, specificerende og sondrende spørgsmål, for at forfølge informantens udtalelser i interviewet (Kvale & Brinkmann 2009). De fortolkende spørgsmål bidrager til en forståelse af pilotprojektets tilgang til tiltaget. De opfølgende, specificerende og sondrende spørgsmål bliver stillet af interviewerens, for at give informanten mulighed for, at skabe en nuancering af hendes forståelse af tiltaget. Den type spørgsmål giver en åbenhed overfor informanten, hvor det er tilstræbelsesværdigt at interviewerens forholder sin forforståelse neutral i interviewsituationen. Interviewspørgsmålene er formuleret ud fra forskningsspørgsmålene, og på baggrund af viden fra den tilgængelige litteratur omkring Patientens team og SDM (Elwyn et al. 2012; Mainz & Jensen 2015; Pedersen f. 1953-04-03 2011; Bilag 1, 2, 3 & 4). Derved skabes en ny forståelse af tiltaget gennem interviewspørgsmålene, som afspejler forskeren/interviewerens forforståelse, og derved bidrager det til, at interviewet bliver hermeneutisk (Højberg 2009). For at skabe overblik i interviewsituationen, er udarbejdet på én side, hvor de spørgsmål der er gennemgået streges over, for at skabe overblik for interviewerens, og stille spørgsmål i den rækkefølge som de passer naturligt ind i interviewet (Kvale & Brinkmann 2009).

Forud for de semistrukturerede interviews, er der foretaget et pilotinterview, der har bidraget til at interviewerens har afprøvet interviewguiden og efterfølgende lavet rettelser på baggrund af

pilottesten af interviewguiden. Pilotinterviewet har bidraget til, at interviewereren har fået en refleksivitet overfor gennemførelsen af interviewet, men har ikke bidraget til det endelige datamateriale (Christensen et al. 2015). Pilotinterviewet blev foretaget med en relevant sundhedsprofessionel, hvilket har gjort situationen ved pilottesten relevant for det endelige interview, da informanten har haft en forståelse der kan sammenlignes med interviewets informanter. Samtidig var pilotinterviewet afklarende og specificerende for formuleringen af forskningsspørgsmålene, som dannede grundlag for rettelser i interviewguiden.

4.2 Ethiske overvejelser ved de semistrukturerede interviews

I forbindelse med forskning kan der opstå etiske udfordringer, som kan opdeles i to typer: De mikro- og makroetiske problemstillinger (Brinkmann 2015). Mikroetikken gør opmærksom på om interviewereren tager hensyn til informanten i interviewet. Dette kan imødekommes ved, at interviewereren indhenter informantens informerede samtykke til deltagelse i interviewet, ved at sikre fortrolighed i projektet og nedbringelse af risiko i forbindelse med deltagelse i interviewet (Kvale & Brinkmann 2009). I projektet har informanterne underskrevet samtykkeerklæring (Bilag 9), hvilket bidrager til, at informanten er indforstået med vilkårene for deltagelse i interviewet. Informanten sikres anonymitet og udlevering af det transskriberede interview, og samtykker derudover til, at projektet uploades i Aalborg Universitets projektbibliotek samt at lydfil med interviewet slettes i ultimo juni. Ud over de opståede etiske problemstillinger der tilstræbes at imødekomme ved samtykkeerklæringen, kan analyse og fortolkning af interviewet give anledning til etiske problemstillinger, ved at det formulerede i interviewet bliver forstået og fortolket på en ny måde, som informanten ikke nødvendigvis har haft til hensigt. Det giver derfor anledning til, at tage hensyn til, hvad der er etiske forsvarligt i analyse og fortolkning af materialet fra interviewene (Kvale & Brinkmann 2009). Det makroetiske aspekt dækker over undersøgelsens placering i en samfundsmæssig sammenhæng, i forhold til hvilke interesser undersøgelsen tjener, herunder hvilke magtforhold der er i spil i undersøgelsen (Brinkmann 2015). Projektets primære formål er, at skabe forandring som en del af et kandidatspeciale. Derudover har specialet løbende haft kontakt til medarbejdere i Region Nordjylland, som er interesseret i resultaterne fra projektet. Denne interesse giver projektet en samfundsmæssig relevans, som gør at resultaterne bør fremstilles med respekt for det forudgående og kommende arbejde med indsatsen. Interviewet er foretaget som et eliteinterview (Kvale & Brinkmann 2009), hvor informanten har en omfattende viden om fænomenet der undersøges. Denne merviden, er med til at udligne det potentielt opståede magtforhold i interviewet, i forhold til interview med informanter der ikke er i besiddelse af specialiseret viden

om problemstillingen. De mikro- og makroetiske principper kan opstå konfliktende, hvor der altid bør tages hensyn til de mikroetiske, frem for de makroetiske aspekter (Brinkmann 2015). Dette er endnu en begrundelse for, at inddrage samtykkeerklæringen og retningslinjer for transskriberingen i de semistrukturerede interviews.

4.3 Transskribering af de semistrukturerede interviews

De semistrukturerede interviews optages på en diktafon, hvorefter det transskriberes, for at gøre interviewets data tilgængelig og håndterbar. Ved transskriberingen sker en datareduktion og tolkning, hvor fyldeord, pauser, og anerkendende ord som for eksempel ja og okay udelades, da det ikke er relevant for den hermeneutiske analyse af interviewdata, der har fokus på meningskodning (Kvale & Brinkmann 2009). Retningslinjerne for transskriberingen bidrager til interviewets reliabilitet, og er formuleret i Bilag 10. Forskeren har foretaget transskriberingen, hvorfor analysen af data påbegyndes allerede under transskriberingen, som er en udlægning af det mundtlige interview (Christensen et al. 2015).

4.4 Analysestrategi til bearbejdningen af de semistrukturerede interviews

For at opnå ny forståelse af empirien fra de semistrukturerede interviews anvendes en struktureret analysemetode. Udfordringen ligger i, at forskeren skal være åben overfor informantens forståelse og ikke pålægger informanten, forskerens forforståelse. Metoden giver mulighed for, at forskeren bidrager med sin egen forståelseshorisont, hvilket muliggør at der fremtræder noget mere eller noget andet end det der umiddelbart fremtræder fra informanten. Forståelsen bliver ikke en reproduktion af informantens forforståelse, men et møde hvor noget tredje opstår (Dahlager & Fredslund 2015). Denne dimension kommer til udtryk ved, at interviewereren forfølger aspekter som informanten fremlægger i interviewet, ved at stiller sondrende og specificerende spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009). Derved er det semistrukturerede interview anvendelig i det hermeneutiske interview, hvor fremkomne temaer i interviewet kan forfølges med afvigelser fra interviewspørgsmålene med uddybning af informantens bidrag til interviewet.

Den hermeneutiske analyse ligger op til at opnå forståelse og meningsindsigt i den sociale virkelighed (Højberg 2009). I indsamlingen af empiri fra de semistrukturerede interviews med specialeledelsen, er strukturen fra forskningsspørgsmålenes søgen efter overvejelser og erfaringer de har gjort sig med Patientens team, for at opnå en forståelse af deres perspektiv på tiltaget. Det er

med til at udfordre den forforståelse der er skabt af Patientens team blandet andet fra Bilag 1, 2, 3 og 4, men også for at opnå en forståelse af specialeledelsens arbejde med prioritering af ressourcer samt deres oplevelse og erfaringer med indførelsen af Patientens team som pilotprojekt.

Analysen af de semistrukturerede interviews styres af problemformuleringen, og kan betegnes som en dekontekstualisering, hvor dele af materialet hives ud af helheden for at lave en nærmere betragtning samt rekontekstualisering, hvor materialet sammensættes på en ny måde (Dahlager & Fredslund 2015). De første trin i analysen er inspireret af Giorgis fænomenologiske metode, hvor forskerens forforståelse sættes i parentes, hvilket bidrager til, at forskeren er tilbageholdende i de første analysetrin og lader teksten komme til orde, selvom det i hermeneutisk analyse ikke er tilstræbellesværdigt eller muligt at sætte forskerens forforståelse i parentes (Dahlager & Fredslund 2015). Eftersom, at det i den hermeneutiske metode ikke er muligt at sætte sin forforståelse i parentes, bidrager denne form for distance til empirien til, at forskeren er åben overfor nye fremkomne temaer i interviewet.

Første trin består i, at skabe et helhedsindtryk af teksten, ved at læse hele teksten og lytte hele interviewet igennem (Dahlager & Fredslund 2015). Denne dannelse af helhedsindtrykket er i projektet forstærket ved, at samme person har interviewet, transskriberet, læst og lyttet interviewet igennem gentagende gange. I det andet trin i analysen identificeres de meningsbærende enheder, hvor der er fokus på hvad teksten siger, uden at stille spørgsmål til teksten. Der udledes temaer, ud fra meningskondensering, hvor der sker en reducering og strukturering af de meningsbærende enheder til opståede temaer. Temaerne hentes fra en teori, hverdagsprog eller interviewpersonenes begrebsverden (Dahlager & Fredslund 2015). Kodningen af interviewet tager udgangspunkt i temaer fra hverdagsprog og informanternes begrebsverden. Meningskondenseringen i det andet analysetrin af interviewene fremgår af Bilag 11 og 12. I første og andet analysetrin, er hensigten at forholde sig objektiv til teksten, selvom teksten fra interviewet er kommet af et hermeneutisk interviewstudie.

I det tredje trin i analysen, kaldet operationalisering, sker en gennemgang og yderligere operationalisering af temaerne, hvor overlappende temaer kasseres. Hvis en meningsbærende enhed tildeles flere kategorier, er det tegn på, at kategoriseringen skal gennemarbejdes mere nøje (Dahlager & Fredslund 2015). Det tredje trin foregår ren praktisk ved, en gennemgang af de opståede temaer fra meningskondenseringen, hvorefter de meningsbærende enheder under de valgte temaer kategoriseres under de enkelte temaer. Der er begrænset med meningsbærende enheder i de

flere temaer, hvilket tyder på at kategoriseringen er specifik i analysen. Det tredje analysetrin, som er operationaliseringen af interviewet med den afsnitsledende sygeplejerske og specialeansvarlige overlæge fremgår af Bilag 13 og 14.

Det fjerde og sidste trin i analysen består af rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning, hvor der er fokus på, hvordan teksten forstås som et svar på problemformuleringen. De opståede temaer forbindes på en ny måde, med fokus på den interne relation mellem temaerne. I den hermeneutiske fortolkning af teksten, er rekontekstualiseringen et forsøg på at se teksten i dens helhed og kontekst. Denne proces bevæger teksten fra del til helhed, fra det specifikke til det generelle og tekst til kontekst, hvilket gør at analysen bevæger sig fra at være empirinær til at stå til genstand for endnu mere analyse (Dahlager & Fredslund 2015). Svaret på problemformuleringen systematiseres ud fra de formulerede forskningsspørgsmål, som den fjerde del af analysen. Denne proces er eksplicit formuleret i afsnit 5.2 Analyse af de semistrukturerede interviews og fortsætter i afsnit 7 Diskussion af resultater.

5. Resultater

Bearbejdningen af problemformuleringen sker med inddragelse af to forskellige forskningsmetoder. I bearbejdningen sker først en analyse af empirien fra litteraturstudiet, hvorefter en analyse af resultaterne fra de semistrukturerede interviews vil blive bearbejdet. Analysen vil i det efterfølgende afsnit blive diskuteret med inddragelse af den kvalitative litteratur, de semistrukturerede interviews, Ricard Freemans antagelser om *oversættelser* og de anvendte værktøjer i implementeringen af Patientens team.

5.1 Analyse af litteraturstudie

Litteraturstudiet er foretaget på baggrund af en systematisk søgning og udvælgelse af litteratur i relevante videnskabelige databaser (Bilag 5). Analysen tager udgangspunkt i de to udvalgte artikler, som er fundet relevante for projektets problemstillingen. Første artikel er vurderet ud fra CASP tjeklisten (Bilag 6), mens anden artikel ikke er vurderet ud fra en tjekliste. De udvalgte artikler bidrager med en analyse af inddragelse af SDM i praksis, hvilket vil blive diskuteret med resultaterne fra de semistrukturerede interviews i afsnit 7. Diskussion af resultater.

Transforming work place relationships through shared decision making

Studiet beskriver, hvordan strukturel empowerment er afhængig af sygeplejerskernes jobtilfredshed, involvering i beslutninger og tillid samt respekt for ledelsen, hvor der ses en signifikant association mellem sygeplejerskernes perspektiver på den strukturelle empowerment og deres kontrol over sygeplejepraksis. Den strukturelle empowerment kan blandt andet støttes ved at benytte *shared decision making* (herefter SDM) som strategi for at forbedre sygeplejerskernes resultater (MacPhee et al. 2010). SMD kan altså anvendes til at skabe involvering i behandlingen og opnå et samarbejde med ledelsen, som bygger på respekt for ledelsen.

I studiet anvendes Danabedian's evidensbaserede Struktur-Proces-udfald (herefter SPO) paradigme til at evaluere og forbedre arbejdsmiljø. Strukturen indebærer organisatorisk støtte og menneskelige ressourcer som personalesammensætning og ledelsesstil. Tiltaget kunne systematiseres ud fra SDM, hvor der ad flere forløb bliver et resultat. Udfaldet er resultatet af strukturen og processen. Der har ofte været fokus på struktur og udfald, men kun i mindre grad på sammenhængen mellem struktur og proces samt proces og udfald, formentlig fordi strukturen og resultatet er lettere at monitorere (MacPhee et al. 2010). Processen kan altså med fordel bearbejdes, da det kan anskues som facilitator for at opnå det tilsigtede udfald.

Principperne i SPO består i at oprette teams i personalegruppen for at forbedre arbejdsmiljøet. Den sygeplejefaglige ledelse kan fremme SDM ved at sikre tilgang til information og ressourcer til at udføre arbejdet, blandt andet ved at informere om projektets formål og baggrund, for at give en klar retning for projektarbejdet (MacPhee et al. 2010). I arbejdet med at forbedre arbejdsmiljøet anvendes altså teamarbejde som en del af principperne i SPO. Den sygeplejefaglige ledelse kan i arbejdet med SDM fokusere på information og ressourcer i behandlingen, ved at informere de sundhedsprofessionelle om tiltagets formål og baggrund, hvilket giver en klar retning for tiltaget. For at skabe forandringen, inddeles processen i mindre dele, ved at engagere personalet og ledelsen i SDM ved at have fokus på planlægningen af gennemførelsen og evaluering. Denne proces sker med inspiration fra IHI's Plan-Do-Study-Act model (herefter PDSA-model) (MacPhee et al. 2010; Langley et al. 2009). I arbejdet med at forbedre SDM anvendes altså PDSA-modellen til at systematisere og forbedre processen i behandlingen. Den øgede motivation hos ledelsen og personalet resulterer gennem en årrække i forbedringer ved et mere handlekraftigt personale, hvilket nedsætter antallet af vikar-timer og reducerer omsætningen. Derudover rapporterer personalet om øget stolthed og entusiasme (MacPhee et al. 2010). Den øgede opmærksomhed på SPO i anvendelsen af SDM resulterer altså i en reducere i de anvendte ressourcer i behandlingen og øget involvering af de sundhedsprofessionelle, da de opnår stolthed og entusiasme i processen.

I studiet arbejder de med sygeplejerskernes arbejdsbelastning i flere stadier, og hvordan arbejdet med SDM kan have konsekvenser og positive udfald for personalet. I det første stadie, er teamet i personalegruppen ved at blive etableret, hvor nogle har et positivt forudgående kendskab til samarbejdet. Der opstod en situation, hvor teamet bliver usikkert, hvilket var påvirket af manglende ledelse (MacPhee et al. 2010). Der er altså fokus på den eksisterende tilgang til arbejdsmiljøet for at sikre åbenhed omkring konflikterne. Ledelsen tildeles netop en del af dette ansvar for, at teamsamarbejdet fungerer og er skabt på baggrund af et sikkert team.

I andet stadie bliver sygeplejerskernes teammedlemmerne usikre ved indførelse af grundregler omkring aktiv deltagelse og engagement. Teammedlemmerne er afhængige af ledelsen, hvor det bliver en udfordring af ændre teammedlemmernes tilgang fra passiv til aktiv i beslutningsprocessen. Processen resulterer i, at teammedlemmerne agerer selvstændigt og aktivt og ledelsen på forskellige niveauer støtter hinanden i at skabe en konstruktiv proces (MacPhee et al. 2010). De sundhedsprofessionelle bliver altså påvirket af, at skulle arbejde aktivt og involveres i

beslutningsprocesserne. I løbet af tiltaget bliver de sundhedsprofessionelle aktive i beslutningsprocessen med støtte fra ledelsen til at opnå en konstruktiv proces.

I det tredje stadie, som er et halvt år inde i projektperioden, opstår konflikter mellem teammedlemmerne og ledelsen. Teammedlemmerne er skeptiske ved styringen af teamet på baggrund af tidligere negative erfaringer med teamsamarbejdet. Komplikationerne opstår, når der skal deles viden mellem teammedlemmer og ledelsen, hvor der ofte refereres til ”os og dem”.

Vendepunktet bliver, da et teammedlem gør op med tidligere erfaringer, som er i vejen for at arbejde mod et fælles mål, hvilket skaber en ny identitet i gruppen (MacPhee et al. 2010).

Løsningen på konflikter i teamet sker ved erkendelsen af, at tidligere negative erfaringer ikke må forhindre et nyt konstruktivt teamsamarbejde med ledelsen. I fjerde stadie er der langt færre konflikter og der sker et bredt engagement for SDM med ledelsen og i teamsamarbejdet (MacPhee et al. 2010). Nedbringelsen af konflikter kunne være en gevinst ved tidligere erfaringer, og at samarbejdet har foregået gennem længere tid, hvilket kan have en afklarende effekt på teamsamarbejdet.

De positive resultater er et produkt af teamsamarbejdet mellem teamet og den nærmeste leder, men samtidig har den øverste ledelse indflydelse på strukturen og prioriteringen af ressourcer til tiltaget. Det viser sig, at der er en sammenhæng mellem ledelsens håndtering af tiltaget og sygeplejerskernes effektivitet. Det effektive samarbejde mellem teamet og ledelsen er baseret på tillid og respekt, hvilket den strukturelle empowerment kan bidrage med. Kommunikations færdigheder har en betydning for teamsamarbejdet, hvor ineffektiv kommunikation er tæt forbundet med konflikter. Derfor kan ledelsen med fordel have kompetencer indenfor kommunikation, konflikthåndtering, samarbejde og forandringsledelse (MacPhee et al. 2010). Altså har det en sammenhæng i arbejdet med SDM, at de sundhedsprofessionelle og ledelsen har et konstruktivt samarbejde med fokus på effektiv kommunikation. Det viser sig i studiet, at ledelsens afgørende rolle kan suppleres med øgede kompetencer indenfor kommunikation, konflikthåndtering, samarbejde og forandringsledelse.

Interdisciplinary Shared Decision-Making - Taking Shared Governance to the Next Level

Artiklen handler om det eksisterende pres på sundhedsvæsenet for at skabe høj kvalitet, sikkerhed, pålidelighed, gennemsigtighed og effektiv behandling på hospitalet. Her fremhæves et kompetent lederskab og motiverede sundhedsprofessionelle som en forudsætning for at skabe denne tilgang.

Artiklen beskriver et konkret eksempel, hvor de tilrettelægger tværfaglig SDM i organisationen. Denne model indeholder principperne om ansvarlighed, ejerskab og partnerskab, som støtter de sundhedsprofessionelle i beslutningsprocesser, hvor succes i SDM afhænger af, at ledelsen har tiltro til processen, indgår engageret og sørger for allokering af ressourcerne (Golanowski et al. 2007). Kompetent ledelse er, sammen med de motiverede sundhedsprofessionelle, med til at skabe gode vilkår for SDM, hvor der i det konstruktive samarbejde sker en fordeling af ressourcerne. SMD processen er baseret på gensidig afhængighed og ansvarlighed, som understøtter beslutningsprocessen, der fremmer patientplejen. Denne proces starter ofte hos sygeplejerskerne, med berøring af de resterende sundhedsprofessionelle. Organisationen er interesseret i at flytte processen til hele systemet som en Shared Governance model ved at arbejde med den tværfaglige patientpleje i beslutningsprocessen (Golanowski et al. 2007). Sygeplejerskerne bliver altså vigtige i SDM, men det fremhæves at alle sundhedsprofessionelle skal inddrages i et tværfagligt samarbejde i beslutningsprocessen og i organiseringen af de sundhedsprofessionelles roller.

Den succesfulde implementering kræver omhyggelig planlægning, investering i ledelsens udvikling for at udvikle og støtte de sundhedsprofessionelle til at påtage sig nye roller, hvor det er afgørende, at de primære beslutninger sker i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle (POS) (Golanowski et al. 2007). Netop beslutningerne i mødet mellem patienter og sundhedsprofessionelle bliver inddraget i SDM, hvor det kræver planlægning og udvikling at opnå en implementering af denne strategi. Her fremhæves ledelsens rolle i at udvikle de sundhedsprofessionelles håndtering af beslutningsprocessen.

For at opnå SDM i behandlingen, kræver det, at de sundhedsprofessionelle har viden og beslutningsfærdigheder til at skabe omkostningseffektiv behandling med fokus på kvaliteten.

Ledelsen har ansvar for at tilrettelægge visionerne for behandlingen og give de sundhedsprofessionelle ressourcer, færdigheder og viden til at samarbejde om behandlingen (Golanowski et al. 2007). Artiklens resultater peger altså på, at det er ledelsens ansvar at prioritere ressourcerne i behandlingen for at opnå forbedret kvalitet. I prioriteringen af ressourcerne indgår fokus på den tværfaglige behandling, for at skabe sammenhæng og gode resultater, hvilket også er fremhævet tidligere i forbindelse med implementeringen af SDM i praksis.

For at forstå udfordringerne ved at arbejde med SDM i sundhedsvæsenet, uddybes i citatet, hvordan organisationen påvirkes af arbejdet: *"As living systems, these organizations are complex with interconnected, independent agents who act and adapt on the basis of local or surrounding knowledge, influenced by changing internal and external conditions."* (Golanowski et al. 2007, s.

342). I citatet beskrives netop, hvordan sundhedsvæsenet består af indbyrdes forbundne med uafhængige agenter, som agerer og tilpasser handlinger på baggrund af lokal eller omgivende viden under påvirkning af de omskiftelige interne og eksterne forhold.

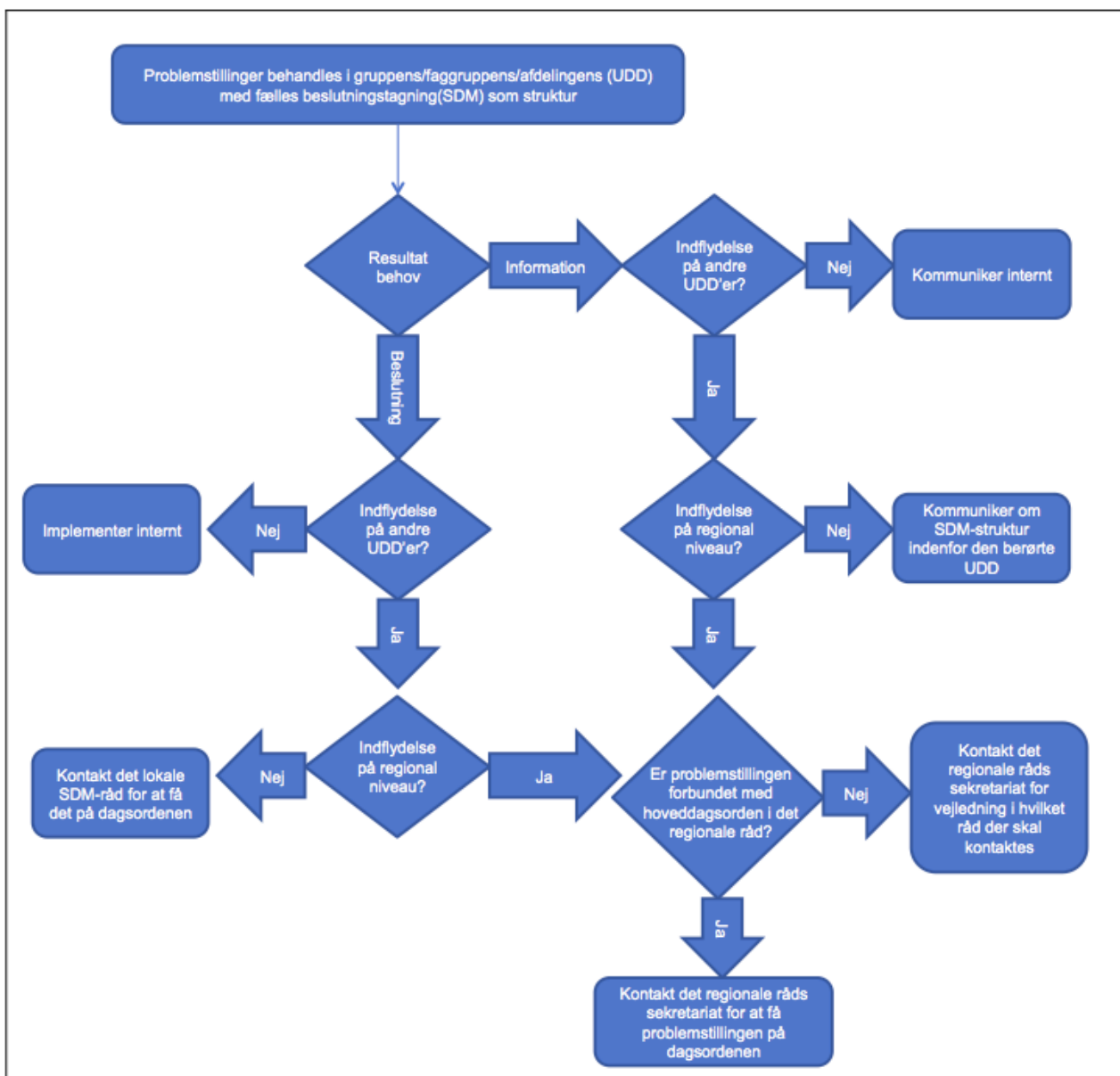
Artiklen tager udgangspunkt i et sundhedssystem, Aurora, i Wisconsin, med visioner om at skabe forbedringer i behandlingen og behandle ud fra individuelle behov. Der var fokus på den sygeplejefaglige ledelse, der arbejdede ud fra principperne om SDM i samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienterne. Ledelsen demonstrerer at øget fokus på ledelsens adfærd, selvstændighed i sygeplejen og forbedrede patientresultater opnås ved, at beslutningerne foregår mellem sundhedsprofessionelles og patienten. Ved et seminar kommer det frem blandt de sundhedsprofessionelle, at SDM kræver ændringer i de sundhedsprofessionelles arbejdsgange og at en konflikt mellem den etablerede kultur og arbejdet med SDM, som kunne afhjælpes ved at give ledelsen kompetencer til at håndtere den potentielle distraktioner i en positiv retning (Golanowski et al. 2007). Ledelsen bærer altså et stort ansvar for, at skabe forbedrede resultater i behandlingen ved at arbejde med SDM, der kræver en ændring i arbejdsgange for at påvirke den etablerede kultur, så den er tilpasset SDM arbejdsgange. Derudover, efterspørges øget selvstændighed, hvilket kan være udfordrende for ledelsens øgede ansvar.

Formålet i Aurora er at skabe effektive, tværfaglige beslutninger for at sikre bedre service og resultater for patienterne. Dette sker ved at tilrettelægge månedlige møder for de sundhedsprofessionelle omkring SDM og ledelsesseminar, hvor ledelsen bliver undervist i at støtte de sundhedsprofessionelle og den forestående implementering (Golanowski et al. 2007). Formålet ligger altså op til, at ledelsen må prioritere tid og ressourcer til seminar og månedlige møder med de sundhedsprofessionelle. Der er fokus på, at implementeringen foregår med inddragelse af de sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle fremhæver, at de vil have ledelsen til at tage færre beslutninger, trods den udvidede rolle for de sundhedsprofessionelle (Golanowski et al. 2007). De sundhedsprofessionelle vil altså optage et øget ansvar, men samtidigt kræver implementeringen af SDM en tydelig ledelse i prioritering af ressourcer og arbejdsopgaver. Dette står i kontrast til hensigten om, at ledelsen påtager et øget ansvar for at implementere SDM.

Implementeringsplanen bliver blandt andet udarbejdet med fokus på at udvikle uddannelsesmateriale til at beskrive SDM med klart afgrænsede arbejdsområder indenfor konteksten i SDM og at implementeringen foregår med evaluering, dataindsamling og monitorering for at sikre en effektiv og rettidig beslutningsproces (Golanowski et al. 2007). Evaluering,

dataindsamling og monitorering af beslutningsprocessen viser sig altså afgørende i implementeringsprocessen.

I implementeringsprocessen i Aurora viser det sig, at ledelsen har behov for støtte til at lære og udvikle færdigheder i SDM. Til at arbejde med den tværfaglige SDM, udvikles blandt andet en fælles beslutningstagningsalgoritme (Golanowski et al. 2007). Beslutningsalgoritmen fremgår i nedenstående figur, oversat til dansk.



Figur 4: Beslutningsalgoritme som støtte til at træffe (tvær)faglige beslutninger i praksis (Golanowski et al. 2007).

Figuren illustrer, hvordan sundhedsprofessionelle kan arbejde med SDM i praksis. Modellen kunne justeres og anvendes i arbejdet med Patientens team – mere herom i afsnit 7. Diskussion af resultater.

Implementering af tiltaget kræver ressourcer, hvilket betyder, at ledelsen må håndtere ressourcerne i processen og holde de sundhedsprofessionelle orienteret om de tilgængelige ressourcer til tiltaget. De sundhedsprofessionelle ledes til at deltage og give feedback om processen til ledelsen, hvilket opbygger personalets tillid og fremmer følelsen af realisering. Til at skabe gode vilkår og udnytte ressourcerne inddrages sekretærer til administrative opgaver (Golanowski et al. 2007). Ledelsen skal altså tage ansvar for processen, hvilket samtidigt giver de sundhedsprofessionelle tillid og mulighed for realisering i tiltaget. Derudover sker udnyttelsen af ressourcerne i det tværfaglige samarbejde.

Evalueringen af tiltaget i Aurora viser, at SDM har bidraget til en reducere i indlæggelsesdage for patienter med tilknytning til de sundhedsprofessionelle. Ledelsen bliver støttet af sundhedsvæsenet ved at give dem uddannelse og værktøjer til at administrere de nødvendige ressourcer til de sundhedsprofessionelle, der giver optimal patientpleje. Resultaterne viser derudover, at inddragelsen af patienterne er steget efter indførelsen af SDM strukturen. Derudover nævnes de uhåndgribelige resultater som de sundhedsprofessionelles arbejdstilfredshed ved at præge og inddrage patienterne i højere grad i behandlingen og øge det tværfaglige samarbejde (Golanowski et al. 2007). Altså viser det sig, at arbejdet med SDM resulterer i reduceret ressourceforbrug ved nedbringelse af indlæggelsesdage, hvor det kræver en overordnet prioritering af ressourcerne til at opkvalificere ledelsen med uddannelse og værktøjer. Derudover, sker der uhåndgribelige forbedringer ved at arbejde med SDM som øget involvering og arbejdstilfredshed.

Det konkluderes at en succesfuld implementering af SDM afhænger af en engageret ledelse og prioritering af ressourcer til tiltaget. De sundhedsprofessionelle skal tage ansvar og være omstillingsparate i forhold til at udvikle viden om SDM (Golanowski et al. 2007). Igen fremhæves den engagerede ledelse og prioritering af ressourcer i behandlingen som værende afgørende for succesfuld implementering og derved arbejdet med SDM. Derudover vil en omstillingsparathed hos de sundhedsprofessionelle være en fordel i implementeringen.

5.2 Analyse af semistrukturerede interviews

Anden del af analysen af empirien består i, at analysere resultaterne fra det semistrukturerede interview. Analysen foregår i fire trin, hvor de foregående tre trin fremgår af bilag 11-14. I det

fjerde trin i den hermeneutiske analyse, foregår rekontekstualisering og den hermeneutiske fortolkning, hvor data fra interviewene indgår i en fortolkning, som fører til besvarelse af problemformuleringen (Dahlager & Fredslund 2015). Analysen er en bearbejdning af resultaterne fra de semistrukturerede interviews, hvor den hermeneutiske analysestrategi giver plads til elementer, som ikke er givet på forhånd.

5.2.1 Den afsnitsledende sygeplejerske

Det første semistrukturerede interview med den afsnitsledende sygeplejerske (herefter sygeplejersken), udgør en del af den empiriske analyse sammen med de semistrukturerede interviews med den specialeledende overlæge. Analysen af interviewet med sygeplejersken indeholder punkter som: Organiseringen af Patientens team, patientens rolle i Patientens team, Ledelsens rolle i Patientens team, møder i Patientens team, kollegial påvirkning ved Patientens team, prioritering af tid og ressourcer, patienten inddrages allerede i behandlingen og overvejelser omkring implementeringen af Patientens team.

Organiseringen af Patientens team

Strukturen i Patientens team er bundet op omkring et formål, som sygeplejersken fremhæver således:

”Det overordnede formål med patientens team er, at definere den behandlingsansvarlige læge, at inddrage patienter og pårørende og så i forhold til, at alle fagpersoner, der er omkring patienten, bliver involveret og at opgaverne bliver løst sådan, at patientforløbene bliver bedst mulig.” (Bilag 13, s. 1).

I formuleringen af formålet har den behandlingsansvarlige læge en central rolle i patientens team, hvor patienten og den pårørende bliver inddraget i behandlingen for at skabe gode patientforløb. Sygeplejersken pointerer, at Patientens team bidrager med en struktur over, hvem der påtager sig hvilke opgaver i personalegruppen: *At det er defineret, hvem der tager sig af hvad, det ser jeg som en fordel. At ansvaret på en måde er uddelt til teams.* (Bilag 13, s. 1). Altså fremhæves tiltaget at have bidraget med en struktur over arbejdsfordelingen.

I sygeplejerskens speciale bliver otte sygeplejersker fordelt på fire Patientteams, med to sygeplejersker i hvert team, to overlæger i hvert team og yngre læger, som bliver fordelt i de fire Patientens team. I teamet bliver der tovholdere, som er de erfarne speciallæger (Bilag 13). Tovholderfunktionen bliver altså varetaget af speciallægerne. Efter interviewet, fremhæver sygeplejersken, at sygeplejerskerne i specialet har et stort forløbsansvar med en del koordinerende

opgaver i hverdagen (Bilag 13). Altså lever arbejdsfordelingen ikke helt op til strukturen i Patientens team, hvor lægen tildeles forløbsansvaret.

Arbejdstilgangen i prøveteamet har været præget af en praksisnær tilgang, hvor den behandlingsansvarlige læge har ageret passioneret og engageret, og inddraget konkrete eksempler på patientforløb, som har bidraget til læring i Patientens team (Bilag 13). Læring omkring patientforløbene har altså foregået i møder i Patientens team, ud fra eksempler fra patientoplevelser. Denne tilgang er præget af, at være simulerede og ikke have den konkrete, individuelle patientinvolvering.

Sygeplejersken fremhæver, at Patientens team bliver fortolket forskelligt i følgende citat:

”Jeg tror, det ser meget forskelligt ud, også på de forskellige pilotprojekter og på de forskellige afdelinger. Jeg tror, at de forskellige pilotprojekter, der kører nu, gør det meget forskelligt. Så tanken omkring patientens team gør vi meget forskelligt.” (Bilag 13, s. 2).

De foreskrevne rammebeskrivelser og redegørelser fra Region Nordjylland, er altså blevet fortolket forskelligt på tværs af specialerne på hospitalet. Dette kunne ligge op til, at Patientens team kan specificeres yderligere, så beskrivelserne fremstår som en standardiseret retningslinje for et tiltag.

Patientens rolle

I det udvalgte pilotprojekt har specialet inddraget én patient, som repræsentant for patienterne i det Patientens team, som de har pilotprojekt på: *”Så han er repræsentant og taler på patienternes vegne og bidrager med det, han kan. Det er ikke kun hans forløb. Vi er inde og kigger på en gruppe af patienters forløb (...)* (Bilag 13). Denne patient bidrager altså med generelle betragtninger på en gruppe patienters vegne, hvor patientens eget forløb ikke er inddraget i Patientens team. Patientens bidrag til Patientens team har været af praktisk karakter som for eksempel pointering af vigtigheden af, at patienten bliver tilknyttet en kontaktlæge, og at modtagelsen i afdelingen foregår på én bestemt måde (Bilag 13). Patienten er altså inddraget med sine refleksioner og perspektiver i behandlingen, selvom sygeplejersken beskriver, at patienterne i forvejen bliver inddraget i behandlingen. Her fremhæves de kroniske patienter, som modtager behandling i årevis, hvor kendskabet til patienten er godt, hvor involvering af patienter og pårørende har været et fokus gennem nogle år, også ved at invitere patienterne ind (Bilag 13). Involveringen af patienterne som en ressource i behandlingen er foregået ved for eksempel at lade repræsentanter for en sygdom være oplægsholdere ved patientundervisning. Sygeplejersken fremhæver, at patientinddragelsen foregår i behandlingen med den enkelte patient, hvor repræsentanten i Patientens team bidrager med strukturelle og generelle antagelser om patientens rolle i behandlingen.

Ledelsens rolle i Patientens team

Specialeledelsen fremgår som en ressource i behandlingen, og derfor også i organiseringen af Patientens team. Specialeledelsen indgår ikke i Patientens team, men følger processen løbende, hvor sygeplejersken har deltaget i møder omkring etableringen af Patientens team, for at få kendskab til tiltaget (Bilag 13). Sygeplejersken skelner mellem deltagelse i møder i Patientens team eller ikke. Det virker afgørende, at arbejdet i patientens team er organiseret i mødeform. Sygeplejersken er inddraget i Patientens team ved at prioritere hvordan ressourcer fordeles for, at arbejde med Patientens team fungerer i hverdagen, for eksempel i forbindelse med beslutninger om omfanget af mødeaktiviteter (Bilag 13). Sygeplejersken bistår her med at prioritere, hvordan de sundhedsprofessionelle i Patientens team tilrettelægger hverdagen og derved behandlingen af patienterne.

Møder i Patientens team

I prioriteringen af tid og ressourcer, fremgår det som en del af prioriteringen, at der foregår mødeaktiviteter i Patientens team. Sygeplejersken beskriver, hvordan der foregår forskellige processer og møder i patientens team, som specialeledelsen ikke deltager i hver gang. Sygeplejerskens deltager i møderne for ledelsesmæssigt at kunne støtte de sundhedsprofessionelles arbejde med Patientens team. Sygeplejersken pointerer, at hun gennemgår referater fra møder og får mundtlige tilbagemeldinger på mødets indhold: *"(...) Og så er der nogle ting, som vi skal afklare på specialeledelsesniveau, for at afgøre, om de forslag arbejdsgruppen kommer med, er det det vi vil arbejde videre med? For at få ledelsesinvolvering i det."* (Bilag 13, s. 3). Sygeplejersken afgør altså, hvilke facetter i tiltaget, der kræver ledelsesmæssig involvering. Sygeplejersken tilkendegiver et indtryk af de forløbene pilotprojekter: *"(...) jeg deltager i det sidste seminar, hvor pilotprojekterne bliver fremlagt. Min fornemmelse er, at vi har arbejdet rigtig meget forskelligt på det."* (Bilag 13, s. 3). Dette indikerer, at diversiteten i arbejdet med Patientens team vil påvirke den forestående implementeringsstrategi, eftersom at de forskellige arbejdsmetoder og tilgange til tiltaget må påvirke arbejdet med Patientens team. Sygeplejersken fremhæver, at møderne i teamet er afgørende for at kunne arbejde ud fra teamtankegangen, hvor aktuelle problemstillinger fremlægges og besluttet og der foregår en prioritering i behandlingen. Derudover, har møderne været anvendt til at dele viden fra pilotprojektet til de resterende sundhedsprofessionelle i specialet (Bilag 13).

Teamsamarbejdet har altså sin begrænsning ved, at der i pilotprojektet ikke er inddraget hele personalegruppen i møderne om projektet. Sygeplejerskens forståelse og antagelser omkring videndeling i specialet, vil blive belyst senere.

Det fremgår, at sygeplejersken antager møderne som en vigtig arbejdsgang i behandlingen, hvor hun henviser til, at der for eksempel er arbejdet med principper fra LEAN, som hun kender til på baggrund af et mødereferat. Derudover bliver det tydeligt via følgende citat, at møderne fremgår som isolerede processer: *"Nej, jeg har ikke været på mødet, så det kan jeg ikke sige. Jeg kan læse af referaterne, hvilke principper de har inddraget."* (Bilag 13, s. 4). Dette kunne indikere, at de principper og metoder der anvendes til møderne i Patientens team ikke er en del af de sundhedsprofessionelles arbejde med patienten, og derved som en del af behandlingen.

Kollegial påvirkning af at arbejde med Patientens team

De tilstedeværende ressourcer i arbejdet med Patientens team bliver påvirket af samarbejdet blandt de professionelle, relationerne og kommunikationen. Sygeplejersken understreger, at de synlige og definerede arbejdsopgaver i teamet omkring patienterne resulterer i en påvirket relation blandt de sundhedsprofessionelle. Den ændrede struktur i arbejdet med tiltaget har resulteret i bekymringer omkring sammensætningen af kollegaer i teamet, for at opnå bedst muligt samarbejde.

Sygeplejersken påpeger, at det kan være sårbart, at deres teams består af få sundhedsprofessionelle i forhold til at sammensætningen og samarbejdet i de enkelte teams kan fungere (Bilag 13). Her bliver de kollegiale relationer og samarbejdskompetencer afgørende for at få Patientens team til at fungere i specialet, hvor der kan tages hensyn til individuelle, personlige præferencer fra de sundhedsprofessionelle.

I pilotprojektet er der forskelligt engagement og motivation for arbejdet med Patientens team, i forhold til de øvrige sundhedsprofessionelle i specialet. Det fremgår af følgende citat: *"Altså dem, der har siddet i pilotprojektet er meget begejstrede for det. De får jo en anden baggrund for det, i forhold til dem, hvor vi skal ud og implementere det for. De har jo ikke haft de samme overvejelser, refleksioner og undervisning."* (Bilag 13, s. 4). Sygeplejersken reflekterer her over implementeringen af Patientens team i hele specialet, med udbredelsen af de pådragendes erfaringer fra pilotprojektet. Yderligere fremhæves det af sygeplejersken, at de sundhedsprofessionelle, som ikke har været en del af pilotprojektet, har haft et behov for at blive inddraget i tiltaget (Bilag 13). Det viser sig altså at være afgørende med inddragelse af alle sundhedsprofessionelle i tiltaget. Ud over, det forskellige engagement for Patientens team, viser det sig afgørende,

at opretholde det kollegiale sammenhold med sundhedsprofessionelle udenfor det respektive team, hvor sygeplejerskerne på afdelingen er interesserede i at varetage flere funktioner i specialet, trods inddelingen i subspecialer ved Patientens team (Bilag 13). Sygeplejerskerne vil altså både være tildelt en specifik gruppe af patienter i specialet, men samtidig have funktioner på tværs af inddelingen i Patientens team. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

Det skal være en blanding af, at man skal bevare de funktioner man har nu, hvor man går på tværs og har alle funktioner, ellers bliver vi for sårbare i sygeplejegruppen, hvis nogen fortrinsvis har den ene eller anden funktion. (...) Sygeplejersken skal blive ved med at have de samme ting. Det kan alligevel have betydning for, at hvis der er nogle problemstillinger i forhold til nogle bestemte patientgrupper, at det er medlemmerne i teamet, der tager sig af det. Men i det daglige arbejde gør vi det samme. (Bilag 13, s. 5).

Dette betyder, at sygeplejerskerne varetager opgaver på tværs af Patientens team, hvilket kunne antyde, at strukturen i Patientens team ikke integreres i specialet overfor den enkelte patient, men forbliver en strategi blandt de sundhedsprofessionelle. Sygeplejersken begrundede de sundhedsprofessionelles varetagelse af forskellige funktioner med, at de har begrænsede ressourcer til at kunne lave en skarp opdeling af funktionerne i specialet. Sygeplejersken fremhæver, at opdelingen i funktioner fra Patientens team har betydning ved problemstillinger i de respektive patientgrupper (Bilag 13). Hvilket ligger op til en usikkerhed om, hvilke problemstillinger der er relevante for det daglige arbejde, og hvilke der varetages af Patientens team. De forskelligartede funktioner, der varetages af de sundhedsprofessionelle i arbejdet med Patientens team, ligger op til, at specialeledelsen kan prioritere ressourcerne til de respektive funktioner.

Prioritering af tid og ressourcer i arbejdet med Patientens team

Prioriteringen af tid og ressourcer viser sig som værende en opgave for sygeplejersken i implementeringen af Patientens team i specialet. Sygeplejersken fremhæver, at hun prioriterer tid og ressourcer i specialet, hvor der er behov for en ledelsesmæssig beslutning af, hvilke ressourcer der går til de forskellige opgaver (Bilag 13). Det illustrerer, netop, at sygeplejersken har en bevidsthed omkring, at de tilstedeværende ressourcer bliver udnyttet og prioriteret i specialet. Sygeplejersken fremhæver, hvordan ressourcerne konkret bliver udfordret, ved at arbejde med

Patientens team: *"Jeg tænker, at det er ressourcekrævende tidsmæssigt, fordi teamet skal også have mulighed for at mødes og samarbejde."* (Bilag 13, s. 5). I citatet kommer det frem, at sygeplejersken ser tiden som en afgørende faktor i prioriteringen af ressourcer i specialet. Dette kommer til udtryk ved, at specialet arbejder med Patientens team i interne møder, som danner grundlag for et samarbejde i specialet. Samtidig påpeger sygeplejersken, at den tid, der bruges ekstra på at arbejde med Patientens team, er en investering, som reducerer andre arbejdsopgaver. Dette fremgår blandt andet ved, at de korrespondancer, der foregår mellem de sundhedsprofessionelle, blot er omstrukturerede (Bilag 13). Det kræver altså opmærksomhed fra specialeledelsen at foretage en prioritering af tiden, da denne bliver en investering, som giver muligheder senere.

Sygeplejersken fremhæver, at der ved møderne sker en forventningsafstemning mellem faggrupperne, der indebærer en uddelegering af, hvem der varetager hvilke opgaver (Bilag 13). Forventningsafstemningen giver altså mulighed for at prioritere tid og ressourcer i behandlingen, så den relevante sundhedsprofessionelle varetager opgaven. Det fremhæves af sygeplejersken i følgende citat, at Patientens team har bidraget til organiseringsstrukturen: *"(...) Nu er det bare mere struktureret og fastsat, at vi skal bruge tid på at løse opgaven."* (Bilag 13, s. 5) I dette citat vurderer sygeplejersken, at tiden er systematiseret på en måde, så de forskellige opgaver bliver løst. Det fremgår her, at der ikke er et øget tidsforbrug, men blot en strukturering af de sundhedsprofessionelles tid til arbejdsopgaverne.

Selvom sygeplejersken fremhæver, at Patientens team kræver prioritering af tid og ressourcer, giver følgende citat en nuancering af hendes antagelser omkring prioriteringen i arbejdet med tiltaget: *"Jeg har svært ved at sige, hvad det kommer til at betyde for vores tid og ressourcer, før vi får det implementeret fuldt ud på afdelingen."* (Bilag 13, s. 5). I citatet pointerer sygeplejersken, at prioriteringen af tid og ressourcer afhænger af, hvordan specialet fungerer med Patientens team fuldt implementeret. Foregående refleksioner forekommer på baggrund af forudsigelser af Patientens team som pilotprojekt, i mindre skala i specialet, og erfaringerne fra tidligere struktur i arbejdsopgaver med teamsamarbejde.

Tidligere erfaringer som kan bidrage til arbejdet med Patientens team

I det semistrukturerede interview med den afsnitsledende sygeplejerske, fremkommer det, at sygeplejersken allerede definerer behandlingen i specialet ud fra tilgangen som Patientens team. *"(...) jeg tænker, at vi har mange teams allerede, og vi har altid haft det. Så selve team tankegangen*

er ikke ny på nogen måder, det er den ikke.”(Bilag 13, s. 6). I citatet indikerer sygeplejersken, at den behandlingstilgang de sundhedsprofessionelle har haft til behandlingen i specialet, har været præget af teaminddeling i subspecialer. Patientens team indebærer yderligere elementer, hvor patienten som en aktiv del af behandlingen ved at inddrage i partnerskaber, hvilket ikke er en selvfølge, i de sundhedsprofessionelles teamsamarbejde.

Sygeplejersken fremhæver, at dele af specialet allerede arbejder i teams, og benytter derfor ikke yderligere elementer fra Patientens team (Bilag 13). Sygeplejersken vurderer her, at teaminddeling fremgår som en opfyldelse af retningslinjerne i Patientens team. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt den teamtilgang, som specialet arbejder med, er dækkende for de angivne retningslinjer til arbejdet med Patientens team.

Overvejelser om implementeringen af Patientens team

I implementeringen af pilotprojektet, inddrager specialet de simple patientforløb, for at udbrede erfaringerne til de komplekse forløb (Bilag 13). Sygeplejersken tager altså udgangspunkt i de simple, og måske mest forudsigelige patientforløb, i implementeringen af pilotprojektet. At de simple patientforløb bliver gjort repræsentative for pilotprojektet, kunne resultere i udfordringer ved etableringen af Patientens team i de komplekse forløb. Omvendt skaber specialeledelsen forandringer i mindre skala, som er overskuelige i specialet, ved at tage udgangspunkt i de simple forløb, som potentielt kan give resultater, som kan overføres i til de komplekse forløb. Efter endt pilotprojekt bliver Patientens team udvidet i specialet, hvor de fire teams bliver defineret ud fra patientgruppen, hvilket vil give forskellige tiltag i de fire Patientens team. Sygeplejersken fremhæver, at der ud fra de individuelle strukturer i de fire Patientens team gennemgås, hvordan det giver mening at arbejde i de enkelte teams:

” Og det bliver også en udfordring, at de fire teams ikke kommer til at køre ens, fordi de bliver defineret ud fra, hvilken patientgruppe det er til, for forløbene kan se meget forskelligt ud. Det skal vi først til at snakke om i de enkelte teams, når de bliver dannet. Hvordan de skal se ud, og hvordan det giver mening i de enkelte teams at arbejde.” (Bilag 13, s. 6).

Sygeplejersken pointerer her, at arbejdsstrukturen i specialets Patientens team ikke bliver standardiseret men udviklet i samarbejde med medlemmerne i de respektive Patientens team. Arbejdet med Patientens team, skal ifølge sygeplejersken tage udgangspunkt i relevans for den enkelte praksis, hvor Patientens team ikke kan tage udgangspunkt i én retningslinje for, hvordan arbejdet fungerer. Patientens team bliver blandt andet påvirket af størrelsen på personalegruppen og patient-flow, hvilket har indflydelse på arbejdet med Patientens team (Bilag 13). Sygeplejersken

fremhæver altså, at arbejdet med Patientens team er afhængig af forskellige faktorer, som ikke absolut kan integreres i et standardiseret tiltag, hvilket må have indflydelse på implementeringen af tiltaget. Implementeringen af Patientens team vil vise, hvilke prioriteringer af tid og ressourcer specialeledelsen og de sundhedsprofessionelle må gøre, for at arbejde med Patientens team (Bilag 13). Dette kan indikere, at gennemførelsen af pilotprojektet i specialet ikke har givet retningsanvisninger på, hvilken indflydelse Patientens team har på prioriteringen af tid og ressourcer i specialet. Ressourcerne er, som tidligere nævnt, øget i etableringen af Patientens team som et pilotprojekt, men den øgede forekomst af ressourcer til læringsseminar og afholdelse af strategimøder, insinuerer sygeplejersken, at det ikke fortsætter efter pilotprojektet.

I specialet er Patientens team etableret som et pilotprojekt med inspiration fra værktøjer som for eksempel AI tilgangen, PDSA-cirklen, LEAN og gennembrudsmetoden (Bilag 13). De anvendte værktøjer er inddraget i møderne omkring Patientens team, hvor sygeplejersken bekræfter, at de sundhedsprofessionelle arbejder aktivt med værktøjerne i teamet. Om denne aktive proces forgår i den individuelle behandling af patienterne, er ikke afklaret i interviewet.

Sygeplejersken fremhæver, at arbejdet med Patientens team, ud fra et ledelsesmæssigt perspektiv, skal være konkret formuleret med fokus på anvendelsen og det praksisnære for, at tiltaget kan implementeres (Bilag 13). Dette underbygger yderligere, at sygeplejersken ikke fremhæver et behov for en standardisering af Patientens team, da tiltaget med fordel tilpasses anvendelsen og den praksisnære relevans for specialet. Sygeplejersken fremhæver i den forbindelse yderligere ved følgende citat: *"(...) så er det meningen, at der ikke er nogen klar og færdig plan for, hvordan de øvrige teams skal arbejde. Det skal man ligesom finde ud af i de teams."* (Bilag 13, s. 7). Citatet understøtter sygeplejerskens antagelse om, at Patientens team med fordel kan tage udgangspunkt i de respektive teams på baggrund af deres samarbejde uden at følge en slagvisk, forudgående plan. Implementeringen af Patientens team bliver ifølge sygeplejersken præget af genkendelighed, da arbejdet i teams ikke er nyt i specialet (Bilag 13). Udfordringen kunne netop opstå ved, at de sundhedsprofessionelle sidestiller teamarbejdet med Patientens team. Det etablerede teamarbejde er formentlig inddelt i patientgrupper efter behandlingskategori. Det etablerede teamarbejde er ikke præget af fællesbeslutningstagning med patienten eller samarbejdet med almen praktiserende læge og relevante kommunale sundhedsprofessionelle. Der kunne potentielt opstå forvirring hos de sundhedsprofessionelle omkring arbejdsformen i Patientens team, hvis tiltaget refererer til, som værende et teamsamarbejde i specialet.

5.2.2 Den specialeansvarlige overlæge

Det andet semistrukturerede interview foretages med den specialeansvarlige overlæge (herefter overlægen), som udgør en del af den kvalitative, empiriske analyse. Analysen tager udgangspunkt i resultater fra den hermeneutiske analyse, som vil blive bearbejdet ud fra kategorierne:

Organiseringen af Patientens team, samarbejdet i Patientens team, det eksterne samarbejde i Patientens team, den behandlingsansvarlige læge og yngre læger, sygeplejerskens erfaringer med inddragelse af patienter, tid og ressourcer til Patientens team, tidligere erfaringer med inddragelse af patienter, evaluering af Patientens team og forslag til implementering af Patientens team.

Organiseringen af Patientens team

Overlægen fremhæver, at Patientens team bliver sammensat ud fra følgende kriterier: *”Vi forsøger at have i hvert fald to speciallæger, og to sygeplejersker i hvert team, og så samle flokken af patienter omkring det, så det virkelig er patientens team.”* (Bilag 14, s. 1). Overlægen organiserer altså Patientens team med speciallæger og sygeplejersker omkring en gruppe af patienter med behov for samme behandling. Derved er det patientens behov for behandling, som indikerer det tildelte Patientens team. Patienten bliver i denne organisering ikke personligt og individuelt involveret i Patientens team.

Overlægen pointerer, at forløbskoordineringen er et teamsamarbejde, hvor lægen for eksempel beslutter intervallet af behandlingskontrol for patienten og sygeplejersken kan varetage nogle af behandlingskontrollerne (Bilag 14). Denne tilgang ligger ikke umiddelbart op til et tæt samarbejde men en uddelegering af opgaver i behandlingen. Overlægen uddyber yderligere ved følgende citat: *”Vi forsøger at lave et robust system omkring patienten, hvor de lægefaglige beslutninger omkring medicin og regulering, har lægen ansvaret for, hvor meget organisatorisk og kontakten, står kontaktsygeplejersken for.”* (Bilag 14, s. 1). Denne fordeling kunne ligge op til, at sygeplejersken har forløbsansvaret, hvilket ikke stemmer overens med retningslinjerne for Patientens team (Bilag 1).

Overlægen fremhæver, at sygeplejersken kan fremlægge oplysninger om en patient ved den tværfaglige konference med speciallæger og sygeplejersker, hvor det er fordelagtigt, at patienten kender sygeplejersken, da sygeplejersken får ansvar for at videreformidle informationer til patienten efterfølgende. Det fremhæves yderligere, at sygeplejerskerne har mere tid end speciallægerne, hvilket giver oplysninger om patienternes forhold til behandlingen (Bilag 14). Sygeplejerskernes viden om patienterne bliver altså brugt aktivt i de tværfaglige konferencer i specialet. Denne form

for vidensdeling, bliver derfor en integreret del af behandlingen i specialet, hvor kendskabet til patienten udvides i samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle i konferencerne.

Samarbejdet i Patientens team

Overlægen påpeger, at speciallægerne er tovholdere og har det lægefaglige ansvar for patienten, men derudover er overlægens hensigt at lave et robust samarbejde, hvor speciallæger og sygeplejersker har et personligt kendskab til patienten og kan varetage opgaver for hinanden ved fravær af sundhedsprofessionelle (Bilag 14). Denne fordeling er udvalgt, for at matche de sundhedsprofessionelles arbejdstid i forhold til patienternes potentielle behov for behandling, så patienten med stor sandsynlighed møder en velkendt sundhedsprofessionel. Overlægen ligger altså her op til, at specialet arbejder med et indgående tværfagligt samarbejde med patienten for at skabe kontinuitet og god behandling. De sundhedsprofessionelles personlige kendskab til patienten, fremhæver overlægen som være en indikator for, at specialet er organiseret ud fra principperne om Patientens team. Overlægen påpeger, at sygeplejerskerne har en aktiv rolle i teamarbejdet i specialet til at skabe det personlige kendskab, hvor der i specialet gennem mange år har været en opgavedeling med sygeplejerskerne, som kan bidrage til udviklingen af løsningsmodeller i behandlingen (Bilag 14). Samarbejdet har altså tidligere været præget af en opgavedeling, som overlægen definerer som tværfagligt samarbejde.

Overlægen indtager en position i specialet som en del af de sundhedsprofessionelle trods funktionen som leder, hvilket giver hende en ligeværdig relation til de øvrige. Denne position giver gode muligheder for at forstå de sundhedsprofessionelles perspektiver på indførelsen af Patientens team (Bilag 14). Overlægen ser altså den aktive involvering i behandlingen som en fordel i Patientens team.

Det eksterne samarbejde i Patientens team

I arbejdet med Patientens team, er der ifølge den fremlagte struktur i afsnit 2.4 Patientens team, et samarbejde med praktiserende læge og relevante kommunale sundhedsprofessionelle i Patientens team. I de komplekse forløb, er der yderligere et samarbejde med et sekundært speciale (Bilag 1). Overlægen fremhæver, at hun ikke mener der er behov for, at den praktiserende læge deltager i møder i Patientens team. I stedet benytter den praktiserende læge de elektroniske opdateringer om behandlingen og en *speciallæge-telefon* som den praktiserende læge kan benytte til kontakt med specialet (Bilag 14). Specialets samarbejde med praktiserende læger, foregår altså ved skriftlig

kontakt og ved at den praktiserende læge tager telefonisk kontakt til specialet. Samarbejdet med de kommunale sundhedsprofessionelle foregår indirekte ved videregivelse af informationer eller udfyldelse af speciallægeattester, hvor det er fordelagtigt at Patientens team bidrager til, at lægerne har et indgående kendskab til patienterne og de yngre læger kan påtage sig denne opgave i teamet (Bilag 14). Overlægen pointerer altså, at Patientens team bidrager til, at de yngre læger kan varetage opgaver i forbindelse med det kommunale samarbejde. Dette samarbejde er, ligesom med den praktiserende læge, præget af telefonisk og skriftlige korrespondancer. Samarbejdet med det sekundære speciale foregår ligeledes skriftlig, som bidrager til, at overlægen kan afklare om oplysningerne har relevans for behandlingen i specialet. Derudover foretager specialet behandlinger, som oprindeligt er tilknyttet et sekundært speciale, hvilket sker i overensstemmelse med det sekundære speciales vejledning: *"(...) Så vi sørger altid for, at orientere os om sammenfaldende områder, så vi ikke bestemmer noget, som er fagligt forkert for den sygdom som er tilknyttet et andet speciale, der følger vi deres guidelines (...)"* (Bilag 14, s. 3). Overlægen indhenter altså skriftlige og eventuelt telefoniske oplysninger omkring behandling til patienten, som primært er indbefattet af specialets fokus. Dette kunne være med til at påvirke de tilstedeværende ressourcer i specialet. Derudover fremhæver overlægen, at de *Ikke bestemmer noget*, hvilket kunne indikere, at behandlingen ikke foregår med anvendelse af SDM-modellen (Elwyn et al. 2012). Senere pointerer overlægen yderligere, hvordan et samarbejde med de sekundære specialer kan være påvirket af de tilstedeværende ressourcer:

"En enkelt speciale patient kan have lidelser, som er knyttet i hvert fald fire specialer. Måske flere. Vi kan ikke holde møder omkring alle patienter med fire specialer, så er der ingen af os, der har tid til at tale med patienten. Så det går meget på, hvilket behov patienten har, for at vi gør det" (Bilag 14, s. 3).

Overlægen fremhæver altså, at specialets patienter kan være knyttet til flere sekundære specialer, hvilket sætter en ressourcemæssig begrænsning i samarbejdet med dem, på baggrund af en begrænsning i tiden der afsættes til konsultationer med patienten. Måske netop derfor, lader overlægen det være op til patienten at afdække det aktuelle behov for et sekundært samarbejde.

Den behandlingsansvarlige læge og de yngre læger

I specialet har de faste, kroniske patienter en kontaktlæge tilknyttet. Det nye ved at arbejde med Patientens team er, at de erfarne speciallæger er kernen i Patientens team sammen med patienten (Bilag 14). Kontaktlægen kan til dels sammenlignes med den behandlingsansvarlige læge i Patientens team. Den behandlingsansvarlige læge er udfordret i specialet ved, at der er stor udskiftning af de unge læger, hvilket der bliver kompenseret for, ved at inddrage de yngre læger i

Patientens team sammen med en ældre speciallæge (Bilag 14). De yngre læger får altså en plads i Patientens team, hvor den mere erfarne speciallæge varetager behandlingsansvaret. Inddragelsen af de yngre læger uddybes yderligere, ved dette citat: *”Ellers kan vi ikke få de yngre læger integreret i patientkontakten, det skal de selvfølgelig. Det er det vi forsøger at kompensere for, ved at de yngre læger er i et team med gennemgående erfarne læger og sygeplejersker.”* (Bilag 14, s. 4). De yngre læger får i Patientens team en integreret plads i behandlingen, ved at være en del af Patientens team. Inddragelsen af de yngre læger bidrager til en øget lægefaglig kapacitet i specialet. Derudover, er de yngre med til at udligne den divergent der opstår i de fire Patientens team, ved at have forskelligt antal patienter tilknyttet de respektive teams (Bilag 14). De yngre lægers deltagelse i Patientens team kunne påvirke prioriteringen af speciallægenes tid, og derved ressourcer til at yde behandling til patienterne, ved at udnytte de yngre lægers ressourcer i behandlingen. Derudover kan de yngre læger bidrage til et tværfagligt samarbejde med sygeplejerskerne, som ligeledes potentielt kan påvirke udnyttelsen af ressourcerne i specialet.

Sygeplejerskens rolle i Patientens team

Sygeplejersken fremstår som en ressource i specialet, hvor patientens team har bidraget til at skabe kontinuitet i sygeplejerskens rolle i behandlingen af patienterne. *”For det har været en udfordring, det er noget jeg har forsøgt i flere år, at få sygeplejerskerne til, at opføre sig som speciallæger, fordi de er ansatte i 25 år.”* (Bilag 14, s. 4). Overlægen henviser i dette citat til, at sygeplejerskerne med fordel kan have en central rolle med tæt tilknytning til patienterne i behandlingen, på linje med speciallægenes rolle. Sygeplejerskerne skal dermed være en ressource og kontaktperson for patienterne, ved at varetage centrale opgaver i behandlingen. Sygeplejersken kan i højere grad indtage tovholderfunktionen, hvilket tidligere ifølge overlægen ikke har fungeret efter hensigten (Bilag 14). Denne tilgang til sygeplejerskerne som en afgørende ressource kunne potentielt medtænkes i specialeledelsens prioritering af tid og ressourcer i implementeringen af Patientens team. Sygeplejersken som tovholder, vil give muligheder i Patientens team, for de respektive specialer. Overlægen påpeger, at sygeplejersken med fordel er kendt af patienten i samtaler omkring behandling og koordinering. Overlægen fremhæver, at arbejdet med Patientens team potentielt kan bidrage til en øget arbejdsglæde og ansvarsfølelse blandt sygeplejerskerne: *”Det ser jeg specielt gældende for sygeplejerskerne, fordi de ikke alle sammen har haft den tætte tilknytning til patienterne. Det får de ved patientens team.”* (Bilag 14, s. 5). Sygeplejerskerne har altså mulighed

for i arbejdet med Patientens team at arbejde som tovholder og skabe en tættere tilknytning til patienterne, hvilket potentielt kan medføre øget arbejdsglæde og ansvarsfølelse.

Tid og ressourcer til Patientens team

Som tidligere nævnt, kan de yngre læger være med til at udligne den skævt fordelte ressourcebelastning, som opstår i tildelingen af de fire Patientens team i specialet. Overlægen fremhæver følgende: ”(...) ressourcebelastningen i de enkelte teams kan være skævt fordelt, (...) Det giver forskellig belastning. Men det vil kunne udlignes, når de unge læger kommer med, dem kan vi udligne lidt med.” (Bilag 14, s. 5). Overlægen fremlægger her, at specialets inddeling af de sundhedsprofessionelle i Patientens team, vil give en skæv fordeling af ressourcer i de fire teams. Overlægen er klar over, at ressourcefordelingen vil blive påvirket i arbejdet med Patientens team, hvilket fordelingen af de yngre læger i Patientens team kan bidrage til at kompensere for. Prioriteringen af de sundhedsprofessionelles arbejdsopgaver, vil formentlig påvirke effektiviteten på forskellige områder, hvilket overlægen overlader til den øverste ledelse af vurdere effekten af, og afgørelsen om prioriteringen var velvalgt i forhold til de overordnede ressourcer i Region Nordjylland. Den afsatte tid til Patientens team forventer overlægen er en god investering i at skabe bedre patientforløb (Bilag 14). Overlægen forholder sig altså ikke til den overordnede prioritering af ressourcerne, men er positiv omkring effekten af Patientens team på patientforløbene. Arbejdet med Patientens team, har overlægen en forhåbning om, at der viser sig at være en investering i patientforløbene på sigt. Overlægen overvejer, hvordan Patientens team kan bidrage til at være tidsbesparende i forbindelse med de sundhedsprofessionelles konferencer, hvor sygeplejerskerne har et indgående kendskab til patienterne. Et manglende kendskab kommer til udtryk i følgende citat:

”Det betyder, at der er mange ubekendte faktorer omkring behandling som ikke kan videregives til lægen, hvorefter der må slås op i journalen, for at finde ud af det. Havde det været kontaktsygeplejersken, kunne hun fortælle, hvilken behandling patienten er i gang med, fordi det ved sygeplejersken.” (Bilag 14, s. 6)

Overlægen beskriver, hvordan samarbejdet mellem speciallægen og sygeplejersken kan være påvirket, hvis ikke sygeplejersken kender patienten, som skal inddrages i konferencen, hvor kendskabet til patienten bliver tidsbesparende, ved at undgå at læse journalnotater. Denne tilgang til tidsbesparelser kunne potentielt påvirke patientforløbet, hvis behandlingen bygger på hukommelse i stedet for de faktuelle, dokumenterede journaloplysninger. I specialet konferer Patientens team ved

månedlige møder i Patientens team. Denne prioritering af de sundhedsprofessionelles tid, vil potentielt kunne give mindre tid til behandlingen i kontrol konsultationer til patienterne, som konsekvens (Bilag 14). Her viser det sig, at afholdelse af møder i Patientens team kan have konsekvenser for tid til behandling af patienterne.

Tidligere erfaringer med inddragelse af patienter

Patientens team bliver af overlægen relateret til en struktur, som specialet har arbejdet med siden 1997, hvor de sundhedsprofessionelle var tilknyttet en gruppe af patienter og en behandlingsansvarlig læge i behandlingen. Patientens team bliver derved en videreførelse af den kendte struktur, hvilket overlægen uddyber: *”Så tanken er på ingen måde fremmed for os. Og vi har i rigtig mange år, forsøgt at de kroniske patienter havde den samme læge, så vidt muligt.”* (Bilag 14, s. 6). Specialet har altså forsøgt at have én speciallæge tilknyttet patienterne, hvilket overlægen fremhæver som værende en fordel i arbejdet med Patientens team. Denne struktur har fokus på de sundhedsprofessionelles opgavefordeling i Patientens team, men involvering af patienterne indgår ikke umiddelbart i overvejelserne omkring videreførelsen af erfaringerne fra den kendte struktur i specialet. Patientens perspektiv bliver inddraget i behandlingen, hvilket overlægen beskriver i følgende citat: *”Så vi har 25 års erfaringer med, at stole på, at en patient kan være repræsentativ. Så det har jeg det godt med.”* (Bilag 14, s. 6). Patienten bliver altså involveret i behandlingen ved at specialet udvælger en repræsentativ patient, som kan give oplysninger omkring patientens perspektiv i behandlingen. Det kan yderligere diskuteres, om inddragelsen af en repræsentant kan relateres til patienten som partner i Patientens team.

Specialet har gennem en årrække arbejdet med teamtankegangen, hvilket overlægen fremhæver som værende en fordel i delingen af ansvaret i behandlingen (Bilag 14). Det anskues altså som en fordel, at specialet har foregående kendskab til at arbejde i teams, i forhold til implementeringen af Patientens team i specialet.

Evaluering af Patientens team

I rammebeskrivelsen for Patientens team indgår ikke en plan for, hvordan tiltaget skal evalueres, men der er foretaget evalueringsmøder med de ti pilotprojekter på Aalborg Universitetshospital (Bilag 1). Overlægen har reflekteret over patientens team, ud fra en SWOT-analyse, i forhold til styrker, svagheder og trusler, der kan forekomme ved at arbejde med Patientens team (Bilag 14).

Refleksionerne fra den udarbejdede SWOT-analyse, med hensyn til styrkerne ved at arbejde med Patientens team, kommer frem i følgende citat:

(...) styrkerne ser jeg videreførelse og udbygning af kontaktlægeordningen, som mange patienter har haft glæde af. Patientforløbene kan forenkles og opkvalificeres, hvilket knytter de enkelte personer i teamet til hinanden. Tilknytningen er en fordel, det giver mulighed for feedback i gruppen. Det højner det faglige niveau i hvert team, på baggrund af muligheden for ansvar og feedback i teamene. Det er lettere at få flere patienter, som er bedst reguleret og velbehandlede (...) (Bilag 14, s. 6).

Overlægen pointerer altså, at Patientens team har fordele for patienten ved, at være en udbygning af den kontaktlæge-tilgang specialet tidligere har arbejdet med. Dette er antaget uden at gennemføre en struktureret evaluering af det tidligere tiltag.

Forenkling og opkvalificering af patientforløbene ved Patientens team kan bidrage til samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle i teamet. Den opståede tilknytning blandt de sundhedsprofessionelle i Patientens team giver grundlag for øget ansvar og feedback på behandlingen, i gruppen. Denne feedback kan bidrage til, at prioritere tid og ressourcer i behandlingen, med henblik på en succesfuld implementering.

Ud over styrkerne ved indførelsen af Patientens team, overvejer overlægen potentielle svagheder ved, at specialet har et begrænset antal speciallæger i hvert team, hvilket gør Patientens team skrøbeligt ved ferier og andet fravær (Bilag 14). Overlægen udviser bekymring for, at speciallægerne tildes en patientgruppe, som ikke i praksis er muligt ved fravær af speciallæger. Her er de yngre læger tidligere relateret til, at kunne kompensere i disse situationer (bilag 14). En trussel for at arbejde med Patientens team er, hvis der opstår selvtilstrækkelighed i form af interne aftaler i Patientens team, ikke bliver delt på tværs af Patientens team (Bilag 14). Denne trussel om manglende vidensdeling kunne imødekommes ved, at tilrettelægge faste evalueringsstrategier der sikre en deling på tværs af de etablerede teams.

Forslag til implementering af Patientens team

Pilotprojektet med Patientens team, har været præget af motivation og vidensdeling, der har været gjort plads til grundig etablering i det udvalgte pilot-team som har udnyttet kapaciteten i teamet (Bilag 14). Den grundige proces i etableringen af pilotprojektet kunne med fordel integreres i den forestående implementering af Patientens team på Aalborg Universitetshospital. Etableringen af pilotprojektet har været præget af indførelse i en lille skala, hvilket overlægen fremhæver som værende en fordel, da det har givet muligheder for at afprøve og korrigere tiltaget.

I implementeringen af Patientens team påtager alle parter sig et ansvar for patienten, hvor overlægen har gjort overvejelser omkring de sundhedsprofessionelles fordeling i de fire Patientens team, hvor speciallægens subspecialer og tilknytning til patienterne definerer inddelingen i Patientens team: *"(...) en svaghed ved implementeringen og en belastning for patienterne, hvor vi vælger at afgøre, at det er til patientens fordel i den sidste ende. For nye patienter vil det ikke være et problem, da de bliver tilknyttet den relevante gruppe fra starten."* (Bilag 14, s. 8). Fordelingen af patienterne har altså haft konsekvenser for patienternes tilknytning til sygeplejerskerne for de, som har været i behandling gennem flere år, men vil for nye patienter ikke være en komplikation. I implementeringsfasen vil der altså opstå udfordringer for patienterne i de etablerede behandlingsforløb. I implementeringen af Patientens team, fremhæver overlægen, at det er afgørende at afsætte god tid til at afholde informationsmøder og lave opfølgning på dem ved personale- eller speciallægemøder. Derudover fremhæves, at: *"Noget af det vigtigste er, at opretholde et højt informationsniveau, fordi selv her, hvor vi er med i et projekt, har nogle sygeplejersker sagt, at de ikke aner hvad der foregår, at de føler sig sat af."* (Bilag 14, s. 8). Tid og ressourcer til at lave opfølgninger på de afholdte møder og den tværfaglige vidensdeling, viser sig altså i specialet at være vigtig, i implementeringen af tiltaget. Overlægen fremlægger antagelser om etableringen af pilotprojektet i specialet, til den generelle implementering af Patientens team på Aalborg Universitetshospital, i følgende citat:

"Jeg vil sige, at der skal ligge klare aftaler, og jeg foreslår at der gennemføres pilotprojekter alle steder man skal implementere. For alle specialer er forskellige, og der kan dukke ting op, fx kan der være meget forskellige patientgrupper i de forskellige specialer, hvilket måske vil resultere i, at teams skal laves meget forskelligt." (Bilag 14, s. 8)

Overlægen pointerer i ovenstående vigtigheden af, at have klarlagt tiltaget for de sundhedsprofessionelle og at implementeringen foregår i mindre pilotprojekter, for at tilrettelægge den konkrete implementering til de respektive specialer. Overlægen appellerer altså til, at Patientens team tilrettelægges det individuelle speciale, for at Patientens team har effekt.

I tilrettelæggelsen af Patientens team, har specialeledelsen anvendt AI modellen for at fremlægge styrker og svagheder ved tiltaget. Derudover har et højt internt informationsniveau blandt de sundhedsprofessionelle og tid til implementering en forudsætning for at tiltaget kan implementeres succesfuldt (Bilag 14). Overvejelserne omkring implementeringen og resten af de ovenstående punkter fra analysen af resultaterne, vil i det følgende afsnit 7. Diskussion af resultater blive, diskuteret.

5.3 Translation af Richard Freeman

Richard Freeman beskriver, hvordan der sker en translation/oversættelse som kan bidrage til at ændre tankegangen om en videns overførsel og udveksling (Freeman 2009). I forhold til at diskutere prioriteringen af tid og ressourcer i implementeringen af Patientens team, opstår der en oversættelse af strategien i forhold til den Regionale rammebeskrivelse (Bilag 1). Freeman beskriver forskning som en oversættelse, hvor forskeren oversætter en oplevelse af andre, hvor der sker en genfortolkning, genanvendelse eller genansøgning af det vi ved, i nye termer, hvor en referering er en form for oversættelse til en ny tekst (Freeman 2009) Altså sker der en transformation af strategien, ved at ledelsen fortolker Region Nordjyllands strategi for Patientens team. Regionen fremlægger forslag til anvendelse af Patientens team, men det kommer frem, at den specialeansvarlige ledelse skaber en ny anvendelse og repræsentation af strategien, ved at specialet oversætter tiltaget til deres kontekst. Denne oversættelse viser sig ligeledes i studierne af Golanowski et al. og MacPhee et al., som fremlægger en anvendelse af SDM, hvor Golanowski et al. omdefinerer anvendelse af SDM beslutningsalgoritme. Politikker ser Freeman som oversættelser, som opståede problematikker og gengivelser af disse. Problemstillingerne bliver omsat til spørgsmål som bliver redefineret via fortolkning og omsætning til beslutninger, programmer og retningslinjer. Denne redefineringsproces er kontinuerlig så idéer og formål flyttes mellem aktører, placeringer og organisatoriske niveauer. Opgaven består i at den politiske beslutningsproces specificerer den forskellige betydning af et fænomen, af aktører i forskellige sociale kontekster. Konsekvenserne ved en politik bliver kun afsløret i praksis (Freeman 2009). Problemstillinger bliver altså omsat til en politik, hvilket kunne være tilfældet med en problemstilling som er omsat til Patientens team som organisatorisk strategi. Konsekvenserne ved Patientens team vil vise sig i evalueringen af Patientens team som pilotprojekt, og den fulde implementering på AAUH. Implementering opfattes som en udviklingsproces med gensidig tilpasning og udforskning, hvilket resulterer i, at implementeringen af en politik vil ændre den. Implementeringen vil fordre forandringsparathed, hvor der sker en påvirkning i udførelsen af politikken i praksis (Freeman 2009). Patientens team som strategi vil altså blive ændret i implementeringen. Ændringen af strategien er tydeligvis allerede forekommet ved indførelsen af pilotprojektet. Freemans tilgang til oversættelser vil i diskussionen blive relateret til analysens resultater.

6. Diskussion af metode

I diskussionen af specialets metode vil en gennemgang af troværdighed, overførbarhed, konsistens og transparens blive gennemgået med inspiration fra guiden til Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS (Høstrup et al. 2009). Thagaard fremhæver at kvalitetskriterierne for kvalitativ forskning bør respektere den kvalitative forsknings særegner, hvorfor hun fremhæver transparens, gyldighed og genkendelighed som værende kvalitetskriterier for kvalitativforskning (Tanggard & Brinkmann 2015). Ud over Thagaards kvalitetskriterier, fremhæver Steinar Kvale kvalitetskriterier for kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann 2009). På baggrund af de forskelligartede tilgange til kvalitet i kvalitativ forskning, er kvalitetskriterierne fra VAKS er udvalgt på baggrund af den systematiske gennemgang af kriterierne, og vil være gennemgående i dette afsnit.

Ifølge Guba, som fremhæves i VAKS, opnås kvalitativ forsknings pålidelighed og gyldighed på baggrund af de fire aspekter: Troværdighed, overførbarhed, konsistens og transparens (Høstrup et al. 2009), som vil systematisere fælgende afsnit:

6.1 Troværdighed

Troværdigheden kan ifølge VAKS sikres, ved anvendelse af metodetriangulering og kildetriangulering (Høstrup et al. 2009). Metodetrianguleringen er foregået med kombinerede metoder til dataindsamlingen ved litteraturstudie og semistrukturerede interviews. Trianguleringen er foregået ud fra de tre opstillede forskningsspørgsmål, som har systematiseret søgestrategien og interviewguiden (Bilag 5, 7, 8). Kildetrianguleringen er til dels foregået, eftersom der er foretaget to semistrukturerede interviews, men interviewguiden blev tilpasset efter første interview, så interviewene er ikke fuldt ud foregået med identiske spørgsmål (Bilag 7,8). Det transskriberede interview er sendt til informanterne, for at sikre validiteten ved at lade informanterne gennemgå udskriftet (Bilag 11, 12). Denne gennemgang har ikke givet feedback til specialet, hvorfor det ikke har påvirket validiteten af gennemgå den proces. Validiteten kan blive påvirket af bearbejdningen af interviewmaterialet, ved at forskeren har fortolket interviewmaterialet ud fra den hermeneutiske analysestrategi (Dahlager & Fredslund 2015). Semistrukturerede interviews og systematisk litteratursøgning er valgt på baggrund af problemstillingens formulering, som har til hensigt at opnå en forståelse. Åbenhed er fundamental i den hermeneutiske forståelse. Denne åbenhed opstår ved formulering af interviewspørgsmål, som fastslår en åbenhed overfor svarets mulighed (Dahlager & Fredslund 2015). Formuleringen af de sondrende spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009), som har til hensigt at skabe åbenhed, kan ifølge Gadamer ikke skabe en ubegrænset åbenhed (Dahlager &

Fredslund 2015). Ved at stille spørgsmål specificeres en retning for viden og tekstens betydning. Spørgsmålet er udtryk for en mulighed og begrænsning, hvor muligheden ligger i, at besvare samme spørgsmål forskelligt, hvor begrænsningen ligger i, at spørgsmålet er formuleret ud fra en horisont som ikke gør det muligt, at svare hvad som helst på spørgsmålet (Dahlager & Fredslund 2015). I de semistrukturerede interviews, var der umiddelbart en fælles kontekst, da informanterne er specialeledere indenfor samme speciale. Gennem interviewene, viste det sig, at informanterne alligevel har en meget forskellig perspektiver på elementer i Patientens team.

6.2 Overførbarhed

Overførbarheden sikres i flere niveauer i specialet, ved at beskrive konteksten og sammenhægen hvor data fremkommer i. Overførbarheden tilstræbes i specialet ved, at der i afsnit 2.

Problemanalyse bliver analyseret på problemstillingens kontekst og sammenhænge. Inddragelse af den Regionale Rammebeskrivelse (Bilag 1), bidrager med en beskrivelse af tiltaget og den tiltænkte kontekst, men de semistrukturerede interviews fremlægger en andre nuancer på tiltaget.

Interviewene er foretaget hos informanterne, for at sikre at de bliver mødt i et trygt miljø (Kvale & Brinkmann 2009). Dog vil et interview bringe en grad af nervøsitet hos informanten, hvilket der ved at mødes i informantens kontekst kan reduceres. Informanterne er anonymiseret i det skriftlige materiale, hvilket ifølge Kvale og Brinkmann potentielt kan bidrage til at svække den analytiske generalisering (2009), ved ikke at gøre læseren fuldt opmærksom på informanternes identitet og kontekst, for derved at kunne generalisere resultaterne til andre kontekster. Anonymiseringen er alligevel valgt af hensyn til de mikroetiske principper (Brinkmann 2015). Derudover, sikres overførbarheden ved, at være eksplicit i udvælgelsen af informanter til de semistrukturerede interviews. De semistrukturerede interviews omstændigheder diskuteres yderligere i afsnit 6.6 Diskussion af semistrukturerede interviews.

Overførbarheden i den systematiske litteratursøgning tilstræbes ved, at foretage søgningerne i databaser med fokus på medicinske, sundheds og samfundsvidenskaben (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Litteratursøgningerne er dokumenteret for at sikre, at resultaterne kan foretages af andre forskere (Bilag 5).

6.3 Konsistens

I specialet er konsistensen sikret, ved at anvende Crotty's beskrivelse af elementerne i den kvalitative forskningsproces (Crotty 1998). Forskningsprocessen har bidraget med en stringens til specialet ved at bidrage til en overensstemmelse mellem problemstilling, metode, analysestrategi, fund og konklusion (Høstrup et al. 2009). For at skabe yderligere stringens, kunne de syv faser af en interviewundersøgelse bidrage til yderligere i de semistrukturerede interviews (Kvale & Brinkmann 2009). Faserne er inddraget i specialet, men ikke direkte efter Kvale og Brinkmanns systematik. Crotty beskæftiger sig yderligere med, hvordan gyldig viden fremkommer, hvilket er dækkende for betegnelsen Epistemologi. Crotty kritiseres for, ikke at beskæftige sig med ontologi, som handler om *væren i verden* (Crotty 1998). Gadamer's filosofiske hermeneutik er inspireret af ontologien (Højberg 2009), hvilket bidrager til projektet med elementer der beskriver *væren i verden*, som er relevante i forståelsen af specialeledelsens rolle i arbejdet med Patientens team. Altså komplementerer disse tilgange hinanden i bearbejdningen af specialet.

Det semistrukturerede interview belyser, hvordan specialeledelsen for et pilotprojekt oplever indførelsen af Patientens team. Derved bidrager interviewene konstruktivt til besvarelse af forskningsspørgsmålene med fokus på Patientens team. Interviewene er en forudsætning for, at forskningsspørgsmålene omkring Patientens team kan besvares, da der ikke forekommer publiceret forskning om tilgangen om Patientens team, lignende tiltag kan relateres hertil. De udvalgte informanter repræsenterer et behandlingsspeciale, som tidligere har arbejdet med team-samarbejde, hvilket har været et forudgående kendskab til at arbejde med patientinvolvering, hvilket formentlig har påvirket implementeringen af Patientens team.

Specialets har været udarbejdet ud fra et hermeneutisk, teoretisk inspireret design (Crotty 1998). Dette har bidraget til, at skabe en forståelse af ledelsens prioritering i Patientens team af tid og ressourcer. Havde specialet haft yderligere tidsperspektiv, ville det være oplagt at supplere det empiriske materiale med aktionsforskning, hvor forskeren får mulighed for at justere på og indgå i forskningsfeltet (Crotty 1998). Aktionsforskningen vil give mulighed for, at vejlede og rådgive specialerne i arbejdet med SDM i Patientens team, i forhold til deres prioritering af tid og ressourcer. Dette forskningsdesign er relevant i valideringen af den reviderede beslutningsalgoritme.

6.4 Transparens

Transparens angiver evnen til at belyse specialets forskningsproces (Høstrup et al. 2009). Transparens bliver tilgodeset i specialet, ved at dokumentere forskningsprocessen i de semistrukturerede interviews (Bilag 10-14) og dokumentationen af den systematiske litteratursøgning (Bilag 5). Dette er angivet, for at skabe gennemsigtighed i forskningsprocessen, for derved at øge troværdigheden. Konkret er der arbejdet med transparens i forskningsprocessen ved, at informanterne i de semistrukturerede interviews er informeret om specialets- og derved interviewets formål. Dette har potentielt påvirket besvarelserne i interviewet, men hensynet til informanterne viste sig at blive prioriteret i forskningsprocessen. På baggrund af specialets hermeneutiske forskningsproces (Dahlgager & Fredslund 2015), er der forskellige forforståelser, som har bidraget til bearbejdningen af resultaterne. Disse forforståelser har været mere eller mindre eksplicitte, hvor specialets faglige, personlige og erfaringsbaserede forforståelse kunne være gjort yderligere eksplicit. Gadamer kritiseres af Jürgen Habermas (1929), for at mangle et kritisk perspektiv på hermeneutikken med inddragelse af magtperspektivet og Gadammers afvisning af, at distancering kan være en konstruktiv måde at tilegne sig viden på (Højberg 2009). Specialet er foretaget med kombinationen af en distanceret og nærværende forskningsproces, hvor interviewene foregår i praksis, hvorimod litteraturstudiet er distanceret fra forskningsfeltet. Kombinationen bidrager til et nuanceret beskrivelse af problemstillingen

6.5 Diskussion af det systematiske litteraturstudie

I bearbejdningen af specialets problemstilling, er der udvalgt to artikler i litteraturstudiet. Artiklen af Golanowski et al. er ikke et egentlig studie, men en beskrivelse og gennemgang af et tiltag som arbejder med SDM. Artiklens resultater er begrænset ved, at implementeringen af SDM foregår i en enkelt kontekst, og forfatteren forholder sig kun begrænset til, hvordan resultaterne kan anvendes i lignende kontekst. Derudover, er det ikke transparent hvordan resultaterne er fremkommet, da artiklen ikke indeholder et metodeafsnit (Golanowski et al. 2007). Artiklen inddrager metoder, som kan benyttes i arbejdet med SDM, hvilket delvist bidrager til besvarelse af specialets problemformulering, ved at fremstå som eksempel på implementeringen af arbejdet med SDM i Patientens team. Artiklen fremhæver sygeplejerskens rolle i SDM, hvilket kunne være præget af artiklen er udgivet i et sygeplejefagligt tidsskrift, *Nursing Administration Quarterly* (Golanowski et al. 2007). Artiklen fremlægger et eksempel, som kunne relateres til Patientens team, hvilket gør artiklen relevant i specialet.

Studiet af MacPhee et al. inddrager en række kvalitative metoder i studiet (2010), hvilket understøtter den kvalitative problemformulering i specialet. I vurderingen af de udvalgte artikler er anvendt CASP-tjeklisten (bilag-CASP), på baggrund af tidligere erfaringer med tjeklisten. Tjeklisten har bidraget med en systematisk gennemgang af studiets kvalitet, hvilket har bidraget til inkluderingen af studiet i specialet.

I det empiriske litteraturstudie er data udvalgt på baggrund af en systematisk litteratursøgning i PubMed. Denne søgning er foretaget i relevante databaser på baggrund af databasernes indhold og videnskabelige fokus. Søgninger på Cochrane er hovedsageligt forbundet med reviews (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.), hvilket ikke vil være realistisk med projektets problemstilling, som hovedsageligt er afdækket med kvalitativ empiri.

Sociological Abstract har fokus på sociologiske vinkler på problemstillinger. Databasen begrænser mulighederne i den videnskabelige søgning, ved ikke at have tilgængelige Thesaurus-termer (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Ifølge vejledning fra Aalborg Universitetsbibliotekar, giver litteratursøgning mulighed for angive [tiab] i PubMed, hvilket udelukkende identificerer artikler, hvori søgeordet indgår i enten titel eller resumé. Det samme er gældende i Cochrane-søgningen, hvor dette vælges i *search limits*. Sociological Abstracts og Cinahl har ikke denne funktion (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Funktionen med [tiab] og det anvendte *search limits* er ikke benyttet i specialets litteraturstudie, da det ikke er fundet relevant for søgningen.

6.6 Diskussion af de semistrukturerede interviews

Antallet af informanter afgøres med udgangspunkt i undersøgelsens problemstilling, formål og analysemetoder. Derudover, er det et kriterierne at antallet af interviews bliver gjort på baggrund af data-mætning, hvor informationer gentages i flere interviews og at interviewene ikke bidrager med nyt til belysning af problemstillingen (Christensen et al. 2015). Specialets problemstilling kunne ligge op til, at foretage interviews eller andre kvalitative forskningsmetoder med flere af pilotprojekterne fra Patientens team. Interviewene har i specialet ikke bidraget til datamætning, da nye elementer fremkom i hvert interview. Disse overvejelser har ikke været mulige at imødekomme på baggrund af specialets omfang og tidsmæssige ressourcer. Havde der været andre vilkår for specialet, ville det være fordelagtigt med mere data, for at opnå datamætning.

I de semistrukturerede interviews i specialet, har gennemførelsen forløbet meget forskelligt. I første interview, forholdte informanten sig systematisk til de formulerede spørgsmål, hvor interviewerens forsøgte at forfølge nogle af de fremhævede fænomener i interviewet. Derved, havde interviewet opfyldt kriterierne for at være et hermeneutisk, semistruktureret interview (Kvale & Brinkmann 2009) ved at forfølge informantens forståelse af problemstillingen og interviewerens derfor måtte være omstillingsparat i forhold til opståede- og planlagte interviewspørgsmål. Forud for interviewet havde interviewerens en forforståelse af Patientens team, som er præsenteret i projektets problemanalyse, tidligere erfaringer, faglighed og personlig overbevisning. Denne forforståelse udfordres i løbet af første interview, ved at informanten har en væsentlig anderledes forståelse og arbejdstilgang til Patientens team end forudset. Dette gav udfordringer for interviewerens, som måtte bede om uddybende forklaringer på pilotprojektets arbejde med tiltaget.

Informanterne i de to semistrukturerede interview er specialeledende på samme speciale, hvorfor interviewguiden tilpasses det andet interview efter oplysningerne fra første interview og forskerens opstille interviewspørgsmål, netop fordi interviewerens forforståelse blev påvirket i første interview. I andet interview, var informanten meget detaljeret i sine beskrivelser, hvilket gav interviewtekniske udfordringer for interviewerens, for at overholde tidsgrænsen for interviewet og afvige fra interviewspørgsmål som blev besvaret af informanten uden de eksplicite spørgsmål.

Informanterne fra de semistrukturerede interviews, har forskellig uddannelses- og erfaringsmæssig baggrund, i forhold til kompetencerne der er inddraget i udførelsen af dette speciale. Eftersom der er forskellige forudsætninger, vil der opstå en magtpåvirkning i dette samarbejde, hvor viden og erfaring på området har indflydelse.

7. Diskussion af resultater

Analyse og resultater af den empiriske analyse ligger op til, at diskutere resultaterne på tværs for at opnå en nuanceret forståelse af problemstillingen.

Diskussionen systematiseres ud fra de formulerede forskningsspørgsmål, hvilket bidrager til en diskussion af problemformuleringen: *Hvordan prioriterer specialeledelse de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer, i arbejdet med fælles beslutningstagning, med henblik på at implementere Patientens team på Aalborg Universitetshospital?*

Følgende afsnit vil blive systematiseret ud fra forskningsspørgsmålene.

7.1 Hvilke metoder kan specialeledelsen implementere i behandlingen for at arbejde med fælles beslutningstagning?

Første forskningsspørgsmål ligger op til en diskussion af nogle udvalgte metoder, som specialeledelsen kan implementere i arbejdet med SDM. Forskningsspørgsmålet besvares ud fra en diskussion af specialeledelsens perspektiver SDM og metoder til at arbejde med SDM.

Specialeledelsens perspektiver på fælles beslutningstagning

I arbejdet med Patientens team i specialet, er der forskellige tilgange til tiltaget. I Patientens team bliver de sundhedsprofessionelle i pilotprojektet inddelt efter patienternes diagnoser, hvilket giver de sundhedsprofessionelle en struktur i ansvars-, forløbs- og arbejdsfordelingen i specialet, fremhæver sygeplejersken (Bilag 13). Arbejdet med Patientens team, er altså foregået med inddragelse af konkrete eksempler, hvilket stemmer overens med specialets tilgang til Patientens team ved at udvælge en repræsentant i tiltaget. Det kan dog diskuteres om denne repræsentant kan opfylde SDM i specialets arbejde med Patientens team.

Sygeplejersken har fremlægger en hypotese om, at de ti pilotprojekter håndterer tiltaget meget forskelligt, men fremhæver, at formålet med Patientens team er, at udvælge en behandlingsansvarlig overlæge og involvere patienter og pårørende (Bilag 13). Det kan altså diskuteres, om involveringen af patienter og pårørende og arbejdet med SDM sker i Patientens team, som foreskrevet i den Regionale Rammebeskrivelse (Bilag 1). Overlægen fremhæver yderligere ligesom sygeplejersken, om strukturen i Patientens team, bidrager til en arbejdsdeling, hvor viden om patienten udvides i specialet, og hvor sygeplejerskerne ifølge overlægen kan opføre sig som speciallæger (Bilag 14). Golanowski et al. fremhæver det tværfagligt samarbejde i arbejdet med SDM, hvor sygeplejerskerne ligeledes fremhæves som værende den indledende katalysator i processen, men

der henvises til, at sprede denne ansvaret til hele systemet (Golanowski et al. 2007). Golanowski et al. fremhæver altså sygeplejerskernes skal fordeles i Shared Governance modellen sammen med de andre sundhedsprofessionelle. Denne Shared Governance model er umiddelbart ikke i overensstemmelse med tilgangen i Patientens team, hvor opgavefordelingen er opdelt til for eksempel den Behandlingsansvarlige læge. MacPhee et al. fremhæver yderligere, at SPO bidrager med fokus på processen (MacPhee et al. 2010), hvilket i Patientens team fremhæves at være en individuel strategi der skal til, for at kunne tilrettelægge processen til de enkelte specialer (Bilag 14). Det kan på den baggrund diskuteres, hvorvidt pilotprojektet kan give svar på flere specialers tilgang til Patientens team. Alligevel kunne det overvejes, at skabes fokus på SPO i implementeringen af tiltaget.

Metoder til at arbejde med fælles beslutningstagning

I arbejdet med SDM, beskriver Golanowski et al. i artiklen, at det kræver planlægning og udvikling, at arbejde med SDM. Det fremhæves yderligere, at det kræver uafhængige agenter at skabe en lokal påvirkning af forholdene (Golanowski et al. 2007). Planlægningen og udviklingen af tiltaget med SDM, kræver ifølge overlægen en individuel tilgang og tid til at få tiltaget implementeret (Bilag 14). Det kan altså diskuteres, hvilke facetter i tiltaget der er individuelle og hvilke der finder standardiserede redskaber brugbare. Golanowski et al. fremhæver, at implementeringen af SDM kræver evaluering, dataindsamling og monitorering for at sikre en konstruktiv beslutningsproces (Golanowski et al. 2007). Studiet af MacPhee et al. fremhæver yderligere, at samarbejdet blandt de sundhedsprofessionelle kræver tydelig ledelse med fokus på kommunikationen, konflikthåndtering, samarbejdet og forandringsledelse (MacPhee et al. 2010). Til at skabe forandring, anvendes PDSA-cirklen (MacPhee et al. 2010; Langley et al. 2009), hvilket ligeledes fremhæves i Patientens team ved afholdte møder (Bilag 14). Det kan diskuteres, om forandringen opstår, hvis redskaberne anvendes isoleret ved møder i specialet, i stedet for en integreret del af behandlingen med patienten. PDSA-cirklen bør anvendes i det praktiske arbejde, hvorimod tre indledende spørgsmål i forbedringsmodellen med fordel kunne indgå i mødeaktiviteter. De tre spørgsmål består i, at besvare hvilken hensigt der er med tiltaget, hvordan en ændring er en forbedring samt hvilke ændringer der skal til for at skabe forbedringer (Langley et al. 2009). De tre spørgsmål indgår i den cirkulære PDSA-model, som Patientens team arbejder med. Første spørgsmål omkring hensigten med Patientens team, bliver fremlagt på forskellig vis (Bilag 1-4). Andet spørgsmål om, hvorvidt Patientens team er en forbedring, kunne tage afsæt i antagelser fra de semistrukturerede interviews.

Heraf fremgår det, at sygeplejersken og overlægen opnår enighed i, at Patientens team kan være en fordelagtig struktur for specialet, på baggrund af uddelegering af behandlingsansvar og struktur i behandlingen (Bilag 13, 14). For at identificere hvilke forandringer der skal til, for at skabe en forbedring, kunne erfaringerne fra de semistrukturerede interviews ligeledes anvendes i overvejelserne. Sygeplejersken og overlægen fremhæver vigtigheden af, at afsætte tid og ressourcer til implementeringen af Patientens team og at rollefordelingen blandt de sundhedsprofessionelle kunne have indflydelse på at opnå en forbedring (Bilag 13, 14). Derudover, viser resultater fra MacPhee et al. at ledelsen har indflydelse på de sundhedsprofessionelles motivation og derved tilgang til at forbedre (MacPhee et al. 2010). For at lære og udvikle SDM, fremhæver Golanowski et al. en SDM beslutningsalgoritme, der har til formål at øge tværfagligheden (Golanowski et al. 2007). SDM beslutningsalgoritmen, er tilpasset Patientens team, ud fra de semistrukturerede interviews og den Regionale Rammebeskrivelse (Bilag 1, 13, 14). Modellen er tilpasset arbejdet med Patientens team i Region Nordjylland, hvor afgørelsen om problemstillingen har behov for beslutninger eller information, hvilket har indflydelse på problemstillingen i andre specialer. Hvis problemstillingen kræver information, og ikke har indflydelse på andre specialer, kan der kommunikeres internt med fokus på SDM-modellen (Elwyn et al. 2012). Det er ifølge MacPhee et al. et ledelsesmæssigt ansvar at forbedre kommunikationen (2010). Informationen kan kræve Regionens indblanding, hvilket ligeledes vil kræve et ledelsesmæssigt fokus. Har problemstillingen derimod behov for beslutninger, vil det kræve en implementering internt eller i Patientens team, hvor modellen for SDM kan benyttes.

behov i problemstillingen. Beslutningsalgoritmen kunne udarbejdes skriftlig og individuelt til specialerne, med kontaktinformationer til relevante enheder.

Modellen bygger på tillid og realisering i tiltaget, hvilket potentielt bidrager til udnyttelse af ressourcer i behandlingen. Modellen kan anskues, som et håndgribeligt redskab, som de sundhedsprofessionelle kan anvende i beslutningstagningen i behandlingen i Patientens team. Hvorvidt modellen bidrager til at patienten egentlig inddrages som partner i beslutningstagningen, eller dette bliver endnu et administrativt redskab, kan en implementering med tilhørende evaluering bidrage til besvarelse af. Den egentlige involvering af patienterne er afhængig af de sundhedsprofessionelles tilgang i behandlingen, hvilket ikke tillæres i Patientens team som tiltag.

7.2 Hvilke overvejelser har specialeledelsen på Aalborg Universitetshospital gjort, i forbindelse med prioritering af sundhedsprofessionelles tid og ressourcer i behandlingen, ved at arbejde med Patientens team?

For at diskutere specialeledelsens overvejelser omkring prioriteringen af de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer i Patientens team. Afsnittet inddeles således: Prioritering af tid og ressourcer, møder i Patientens team, samarbejdet i Patientens team samt rollefordelingen i Patientens team.

Prioriteringen af tid og ressourcer

Én af udfordringerne for specialeledelsen er, at prioritere specialets tid og ressourcer, hvilket sygeplejersken og overlægen forholder sig forskelligt til. Overlægen forholder sig ikke til den overordnede prioritering af ressourcerne, men overvejer at Patientens team kan bidrage med effektivitet til specialet. Sygeplejersken derimod, udtrykker en bevidsthed omkring udnyttelse og prioritering af de tilstedeværende ressourcer i specialet (Bilag 13, 14). Forskellen i sygeplejersken og overlægens tilgang kunne komme frem, fordi de taler om forskellige niveauer af prioriteringen og deres indflydelse på dette. Trods overlægens fraværd af overvejelser omkring den overordnede prioritering, fremhæver hun alligevel en vinkel, som kan vise sig at påvirke forbruget af tid og ressourcer ved det interne kendskab til patienterne for de sundhedsprofessionelle i Patientens team (Bilag 14). De utilsigtede konsekvenser der kan opstå, ved at opnå en tidsbesparende effekt, ved at handle på de sundhedsprofessionelles paratviden om patienternes behandling, kunne lede ud i yderligere overvejelser omkring patienternes sikkerhed, og personalets sikkerhed. Lægens overvejelser kunne måske være kommet frem, hvis interviewene var foregået som et samlet fokusgruppe interview, hvilket ville have kunne givet forståelse for det sociale udspil mellem

sygeplejersken og overlægen i en interaktion omkring Patientens team (Halkier 2015). Ved denne interviewmetode ville sammenfaldende forståelser af tiltaget i højere grad komme frem. Dette var af logistiske årsager ikke en mulighed i specialet.

De sundhedsprofessionelles arbejdsvilkår er i fokus hos overlægen, der fremhæver, at ressourcefordelingen i specialets inddeling i Patientens team, vil blive skævt fordelt, hvilket de yngre læger kan bidrage til at kompensere for (Bilag 14). Sygeplejerskens vurdering af forbruget af tid og ressourcer ved pilotprojektet, antager sygeplejersken at være en investering, og ikke umiddelbart føre til et yderligere forbrug. Derimod forholder sygeplejersken sig afventende overfor, at vurdere Patientens teams påvirkning på specialets overordnede tid- og ressourceforbrug, hvilket yderligere vil betyde forskelligt for de forskellige specialer på Aalborg Universitetshospital (Bilag 13). I henhold til disse antagelser, finder Golanowski et al. ved at implementere SDM i praksis, vil antallet af indlæggelsesdage reduceres, og derved ressourceforbruget, hvilket fordrer et overordnet fokus og prioritering af de sundhedsprofessionelles uddannelse og redskaber til at håndtere tilgangen (Golanowski et al. 2007). Antagelsen om, at prioriteringen og et øget overordnet fokus vil påvirke en reduktion af ressourcerne, kræver yderligere forskning, hvilket indikerer at disse resultater er af begrænset gyldighed.

Sygeplejersken pointerer, hvordan en forventningsafstemning ved de flerfaglige konferencer med de sundhedsprofessionelle, kan bidrage til at opgaverne i behandlingen bliver uddelegeret, og derved varetages opgaven af den relevante sundhedsprofessionelle (Bilag 13). I artiklen af Golanowski fremhæves, at det er op til ledelsen at prioritere arbejdet, herunder det der foregår tværfagligt, i arbejdet med SDM, som bygger på ansvarlighed blandt de sundhedsprofessionelle (Golanowski et al. 2007). Dette leder op til en diskussion af mødeaktiviteterne i Patientens team.

Møder i Patientens team

Ved at afsætte tid til møder i Patientens team pointerer overlægen, at det giver mindre tid til behandlingen af patienterne (Bilag 14). Sygeplejersken argumenterer for mødernes relevans, i forhold til at involvere specialeledelsen i tiltaget. Derudover, er det afgørende ifølge sygeplejersken at deltage i møderne, da det giver indblik i Patientens team.

”Nej, jeg har ikke været på mødet, så det kan jeg ikke sige. Jeg kan læse af referaterne, hvilke principper de har inddraget.” (Bilag 13, S. 4). I citatet indikerer sygeplejersken, at det er en forudsætning at deltage i møderne, for at arbejde med principperne og derved de anbefalede redskaber i tiltaget. De inddragede principper fremgik i diskussionen i det tidligere afsnit om

metoder i arbejdet med SDM. Yderligere fremhæver sygeplejersken, at team-samarbejdet ved møderne ikke indbefatter alle specialets sundhedsprofessionelle, hvilket giver begrænsninger ved tiltaget, ved at involvere en del af personalet. Sygeplejersken fremhæver yderligere, at Patientens team har forskellige tilgange og strategier i tiltaget, hvilket kunne sammenlignes med problemstillingen, som fremhæves i MacPhee et al.'s observationsstudie (MacPhee et al. 2010). Her pointeres, at strategier ofte har fokus på struktur og udfaldet, men hvor processen med fordel kan inddrages i møderne i Patientens team, ved at anvende SDM-modellen, for at opnå det tilsigtede udfald af Patientens team som struktur. I Patientens team, fremgår det i interviewene, at processen i tiltaget bliver håndteret forskelligt. SPO processen kan ud over inddragelse i møderne, integreres i team-arbejdet sammen med et ledelsesmæssigt fokus på informationer og ressourcer i behandlingen. Sygeplejersken fremhæver ligeledes, at specialeledelsen med fordel kan bistå i de sundhedsprofessionelles prioritering i behandlingen og arbejdet med Patientens team (Bilag 13). Påstanden om vigtigheden af ledelsens involvering, underbygges yderligere af Golanowski et al., som fremhæver at det er ledelsens rolle og ansvar at skabe det øgede fokus på SDM for at opnå gode resultater, ved at påvirke den etablerede kultur (Golanowski et al. 2007). Altså kan ledelsen bidrage til at møderne bliver konstruktive for alle sundhedsprofessionelle i specialet.

Samarbejdet i Patientens team

Det tværfaglige samarbejde i Patientens team, fremhæves af overlægen, som værende afgørende for en øget kvalitet og kontinuitet i behandlingen, hvor overlægen personligt deltager i behandlingen (Bilag 14), hvilket ifølge MacPhee et al. kunne vise sig konstruktivt, ved at overlægen kan bidrage til processen i arbejdet, hvor ledelsen kan skabe motivation for de sundhedsprofessionelle (MacPhee et al. 2010). Overlægens deltagelse i processen, kunne senere vise sig at have betydning for udviklingen af tiltaget med fokus på struktur, proces og udfald. Den fremlagte beslutningsalgoritme (Afsnit 7.2), udgør et beslutningsredskab til at håndtere problemstillinger i Patientens team. Derudover fremhæver Freeman, at konsekvenserne ved en politik bliver afsløret i praksis (Freeman 2009). Freemans antagelser ligger op til, at for at blive klar over konsekvenserne ved Patientens team, skal tiltaget implementeres. Sygeplejersken udtrykker yderligere, at et konstruktivt team-samarbejde i Patientens team bidrager til et succesfuldt tiltag, hvilket er i overensstemmelse med antagelser fra MacPhee et al. (2010) og overlægen. Dog fremhæver sygeplejersken, at det er en forudsætning at alle sundhedsprofessionelle deltager i tiltaget og at det ikke er for en udvalgt gruppe i specialet (Bilag 13). Dette kunne indikere, at tiltaget ikke er specifikt

defineret i specialet, da der opstår usikkerhed omkring de sundhedsprofessionelles roller i arbejdet med Patientens team i specialet.

Rollefordelingen i Patientens team

Ud over ledelsens ovenstående indflydelse på arbejdet med Patientens team i specialet, fremhæver sygeplejersken, at sygeplejerskerne i specialet har ansvar og tildeles de daglige arbejdsopgaver, som strækker sig ud over inddelingen i Patientens team (Bilag 13). MacPhee et al. fremhæver, at med strukturel empowerment bliver styrket i arbejdet med SDM (MacPhee et al. 2010). Det kan altså diskuteres, om den strukturelle empowerment, med fordel kan medtænkes i arbejdet med Patientens team og SDM.

Overlægen fremhæver, at sygeplejerskerne skal påtage en central rolle, ligesom speciallægerne, overfor patienterne i behandlingen, hvilket Ifølge overlægen ikke har fungeret tidligere (Bilag 14). Denne tilgang til sygeplejerskens rolle står i kontrast til sygeplejerskens ovenstående antagelse om, at sygeplejerskerne indflydelse i behandlingen af patienterne. Overlægen pointerer her, at arbejdet med Patientens team giver sygeplejersken mulighed for at varetage en central rolle i behandlingen (Bilag 14). Antagelsen om sygeplejerskens rolle, som værende afgørende i behandlingen støttes op af antagelser fra MacPhee et al. (MacPhee et al. 2010). Der er altså enighed om, at sygeplejerskens rolle i behandlingen er afgørende i Patientens team, hvorfor specialet kan tage hensyn til prioriteringen af sygeplejerskernes ressourcer i behandlingen.

Overlægen fremhæver, hvordan speciallægerne tildeles rollen som behandlingsansvarlig læge i Patientens team, hvor de yngre læger bidrager til at kompensere for speciallægemangel, hvorved de yngre læger tilføjer læge-ressourcer til behandlingen, som tilmed kan udnyttes i det tværfaglige samarbejde med sygeplejerskerne (Bilag 14). De yngre læger tildeles altså en ligeværdig rolle i Patientens team, som bidrager til ressourcerne i specialet. Ifølge Golanowski et al. kræver det omstillingsparathed blandt de sundhedsprofessionelle, at skabe forandring med et tiltag (Golanowski et al. 2007). Denne forandringsparathed kunne opstå ved at pålægge det yngre læger et øget ansvar i behandlingen.

Ressourcerne i specialet udnyttes, for at patienterne kan tildeles en effektiv behandling. Dette sker ved, at involvere patienterne i behandlingen i Patientens team (Bilag 1). I pilotprojektet er der i specialet udvalgt en repræsentant for en patientgruppe, til at deltage i Patientens team. Sygeplejersken begrundet valget af en repræsentant med, at involveringen sker i ”selve

behandlingen” af patienten (Bilag 13). Det kan derfor diskuteres, om der sker patientinvolvering og SDM i pilotprojektets arbejde med Patientens team.

Patienten inddrages ifølge overlægen, i beslutningen om inddragelse af et sekundært speciale i behandlingen (Bilag 14). De eksterne samarbejde i Patientens team, bliver altså en beslutning, som bliver truffet af patienten. Det kan derfor diskuteres, om denne beslutning er truffet efter principperne i SDM (Elwyn et al. 2012). I forhold til det eksterne samarbejde, fremhæver overlægen yderligere, at kontakten til den praktiserende læge, foregår ved skriftlig informationer (Bilag 14). Det kan diskuteres, om denne beslutning er foretaget på baggrund af en prioritering af specialets tid og ressourcer, ligesom specialet varetager behandlingen af patienterne, som tilhører andre specialer, hvilket ligeledes kunne resultere i en påvirkning af specialets tid og ressourcer i behandlingen. Det fremgår af overlægens udtalelser, at de yngre læger tilmed pålægges yderligere ansvar i det eksterne samarbejde, ved telefonisk- og skriftlig kommunikation (Bilag 14). Antagelser omkring de yngre lægers opgavefordeling, er i mindre grad kommet frem i interviewet med sygeplejersken (Bilag 13). Det kan diskuteres, om overlægens fokus på de yngre læger, skyldes det specialeledelsesmæssige fokus, hvorimod sygeplejerskens fokus er på sygeplejerskernes arbejdsfordeling i specialet.

7.3 Hvilke erfaringer har specialeledelsen på Aalborg Universitetshospital med Patientens team, som kan bidrage til implementeringen?

I forbindelse med arbejdet med Patientens team, har Overlægen og Sygeplejersken repræsenteret specialeledelsen i interviewene omkring Patientens team, som strategi i et pilotprojekt i deres speciale. For at besvare dette tredje forskningsspørgsmål, inddeles det følgende i to afsnit omkring tidligere erfaringer med implementering af tiltag med patientinddragelse og implementeringen af Patientens team.

Tidligere erfaringer med implementering af tiltag med patientinddragelse

For at opnå en succesfuld implementering, fremhæver MacPhee et al., at tidligere erfaringer indenfor området kan hindre et konstruktivt arbejde (MacPhee et al. 2010). Denne tilgang uddybes yderligere ved, at Langley et al., fremhæver at de gamle systemer, kan have konsekvenser for implementeringen, da nogle kan være tilbøjelig til, at håndtere opgaven rutinemæssigt, hvorfor det anbefales at fjerne adgangen til de gamle systemer, så tidligt som muligt i implementeringen (Langley et al. 2009). I implementeringen af Patientens team ved pilotprojektet kunne møde

udfordringer ved, at specialet har tidligere erfaringer med at inddrage patienterne. Specialet har erfaringer med at tildele patienterne en behandlingsansvarlig læge og har erfaringer med at inddrage patientens perspektiv i behandlingen (Bilag 14), hvilket kan konflikte med retningslinjerne for Patientens team (Bilag 1). Overlægen fremhæver altså, at de tidligere erfaringer med inddragelse af patienter i behandlingen er en fordel, hvilket sygeplejersken bakker op om i sin udtalelse om deres erfaringer med at udvælge en repræsentant til at bidrage med patientens perspektiver i behandlingen (Bilag 13, 14). Ifølge den Regionale Rammebeskrivelse for Patientens team, er Patientens team sammensat og organiseret ud fra de konkrete patientforløb med de tilstedeværende ressourcer (Bilag 1). I implementeringen af tiltaget, i pilotprojektet er der udvalgt en patient repræsentant for en gruppe af patientforløb, hvilket ikke er i direkte overensstemmelse med den Regionale Rammebeskrivelse.

Sygeplejersken fremhæver, at specialet tidligere har arbejdet med team-tilgangen i organiseringen af de sundhedsprofessionelle (Bilag 13), hvilket ifølge Overlægen ikke er blevet evalueret (Bilag 14) og derfor ikke har tilgængelig resultater fra tiltaget. Den tilgang, som de sundhedsprofessionelle fremhæver, at have arbejdet med tidligere har ikke en umiddelbar sammenhæng med tilgangen i SDM (Elwyn et al. 2012), som fremhæves i den Regionale Rammebeskrivelse, som et redskab til arbejdet i Patientens team, for at gøre patienten til partner i behandlingen. Tilgangen i SDM bliver udfordret i Patientens team ved, at patienten er en repræsentant, hvilket ikke kan udgøre en generaliseret tilgang til SDM.

Tilgangen til Patientens team, som pilotprojektet har arbejdet med, vil Richard Freeman beskrive ud fra, at forskning kan anskues som en oversættelse, hvor forskeren oversætter en oplevelse af andre, hvor der sker en genfortolkning, genanvendelse eller genansøgning af det vi ved, i nye termer, hvor en referering er en form for oversættelse til en ny tekst (Freeman 2009). Altså kan det diskuteres om der sker en transformation af strategien, ved at ledelsen fortolker Region Nordjyllands strategi for Patientens team. Regionen fremlægger forslag til anvendelse af Patientens team, men det kommer frem, at den specialeansvarlige ledelse skaber en ny anvendelse og repræsentation af strategien, ved at specialet oversætter tiltaget til deres kontekst. Overlægen fremhæver, at det på baggrund af erfaringer fra pilotprojektet, kan være svært at tildele speciallægerne én gruppe af patienter i praksis, som har været hensigten i pilotprojektet. Dette gør Freemans antagelser relevante i denne henseende også, hvor der sker en transformation fra pilotprojektet til den endelige implementering.

Implementeringen af Patientens team

Pilot-specialet har gjort sig overvejelser omkring implementeringen af Patientens team på Aalborg Universitetshospital, hvor sygeplejersken og overlægen er enige om, at implementeringen skal foregå med fokus på de specifikke specialer på Universitetshospitalet. Overlægen pointerer, at indførelsen af tiltaget kan få umiddelbare konsekvenser for patienterne, ved at ændre på tilknytningen til de sundhedsprofessionelle ved at etablere Patientens team. Her vil en vidensdeling på tværs af Patientens team, kunne bidrage konstruktivt til tiltaget for de sundhedsprofessionelle (Bilag 14). Overlægen fremhæver derudover, at implementeringen af pilotprojektet har været grundig og ressourcestærk, hvilket hun fremhæver som værende en fordel i implementeringen af tiltaget.

Sygeplejersken uddyber yderligere, at de planlagte fire Patientens team i specialet, bliver forskellige og denne forskellighed vil påvirke implementeringen. Sygeplejersken fremhæver, at Patientens team kræver en individuel strategi, hvor der er fokus på det praksisnære og anvendelsen, som ikke kan standardiseres og implementeres slagvisk (Bilag 13). I arbejdet med Patientens team, har pilotprojektet, ifølge Sygeplejersken, ikke indikeret om tiltaget kræver øget tid og ressourceforbrug. MacPhee fremhæver, at indførelsen af SDM med fokus på SPO resulterer i et fald i ressourceforbruget og tilmed bliver personalet mere involverede i deres arbejde. Dog kræver et succesfuldt arbejde med SDM, at ledelsen bidrager konstruktivt (MacPhee et al. 2010). Påstanden om, at SDM støttes op af Gilanowski et al (2007). Implementeringen af Patientens team, vil ud fra litteraturen ikke kræve yderligere ressourceforbrug med nærmere stå for en reducere i forbruget. I forhold til ressourceforbruget, fremhæver Overlægen yderligere, at det er vigtigt at specialet har tilgængelig tid og ressourcer til opfølgning efter implementeringen (Bilag 14), hvilket kunne indikere, at Overlægen fremhæver vigtigheden af, at have tilrettelagt en evalueringsstrategi for Patientens team. Denne evalueringsstrategi har ikke været en del af det tilgængelige materiale om tiltaget.

I pilotprojektet, fremhæver Sygeplejersken, at de har taget udgangspunkt i Patientens teams simple forløb, hvor de i specialet anvender forskellige redskaber til at arbejde med implementering af tiltaget. Dette sker i lille-skala, ud fra PDSA-modellen (Langley et al. 2009), hvilket Overlægen ligeledes fremhæver som værende processen for implementeringen. Derudover, fremhæver Overlægen, hvordan strategien skal være klart defineret, hvilket kan være udfordrende ud fra tidligere antagelser om, at strategien ikke ønskes standardiseret og tilpasset det individuelle speciale.

Evaluering af Patientens team

Evalueringen af Patientens team kan tage udgangspunkt i en processuel tilgang som identificerer, hvordan processen fungerer i indsatsen ud fra en opstille en programteori, som synliggør processen (DanmarksEvaluering sinstitut n.d.). I procesbeskrivelse (Bilag 3), fremgår et implementeringskonference den 23. Maj, men denne konference er ikke yderligere uddybet med implementerings eller evalueringsstrategi. Den kommende implementeringsstrategi kunne tage hensyn til de individuelle perspektiver på Patientens team, blandt andet fra ovenstående resultater. I implementeringen af Patientens team, kan tiltaget med fordel indeholde en effekt evaluering ud fra principperne i Medicinsk Teknologi Vurdering (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering 2007). En mini-MTV med fokus på teknologien, som i dette tilfælde er Patientens team, Region Nordjylland som organisation eller specifikt på Aalborg Universitetshospital samt en økonomisk analyse af strategien. Derudover, kunne patientens og/eller de sundhedsprofessionelles perspektiver på tiltaget inddrages (Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering 2007). En Mini-MTV kan bidrage til, at belyse tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved tiltaget.

8. Konklusion

For at nå frem til en besvarelse af problemformuleringen, er der arbejdet ud fra de tre forskningsspørgsmål, som samlet besvarer problemformuleringen: *Hvordan prioriterer specialeledelse de sundhedsprofessionelles tid og ressourcer, i arbejdet med fælles beslutningstagning, med henblik på at implementere Patientens team på Aalborg Universitetshospital?* I specialeledelsens arbejde med SDM, er der taget udgangspunkt i den tilpassede beslutningsalgoritme i arbejdet med SDM (se afsnit 7.1). For at nedbringe mødeaktiviteten ved Patientens team, er beslutningsalgoritmen et forslag til arbejdet med SDM. En validering af den tilpassede beslutningsalgoritme til Aalborg Universitetshospital kunne foretages ved yderligere forskning med udgangspunkt i denne model. Hvorvidt dette beslutningsværktøj vil være anvendelig i implementeringen af Patientens team, vil den forestående implementering kunne besvare. Den anvendte empiri fra den systematiske søgning, kommer med antagelser om, at arbejdet med SDM bidrager til en udnyttelse og strukturering af ressourceforbruget (Golanowski et al. 2007; MacPhee et al. 2010). Implementeringen af Patientens team som pilotprojekt har været tid- og ressourcekrævende, hvilket kan forventes ved implementeringen på Aalborg Universitetshospital, hvilket ledelsen må tage hensyn til i denne proces.

Rollefordelingen er blevet påvirket af pilotprojektet, hvor sygeplejerskerne viser sig at have en afgørende rolle i arbejdet med SDM i Patientens team. Yderligere, har de yngre læger en rolle i pilotprojektet i forhold til ressourceallokering, hvilket vil kunne blive belyst ved yderligere forskning af muligheden for, at udnytte kompetencerne fra de yngre læger til at kompensere for speciallægemangelen. Samarbejdet blandt de sundhedsprofessionelle i Patientens team viser sig at have betydning for tilgangen til tiltaget, hvilket specialeledelsen med fordel aktivt kan tage del i. I arbejdet med Patientens team, har der foregået en prioritering af tid og ressourcer i behandlingen, men en overordnet vurderingen af tid- og ressourceforbruget er ikke identificeret i problembearbejdningen, blot tendenser fra pilotprojektet og ud fra den inddragede litteratur, som viser nedsat ressourceforbrug ved SDM. Patientens team, viser sig blive oversat for oversættelse af strategien fra teori til arbejdet i praksis og at være afhængig af konteksten, hvorfor en standardiseret implementerings- og evalueringsstrategi bør tage hensyn til dette.

9. Litteraturliste

- Boligministeriet, U.I. og, 2016. Det nationale integrationsbarometer. *Statistiske definitioner*, p.1. Available at: <http://integrationsbarometer.dk/det-nationale-integrationsbarometer/statistiske-definitioner>.
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 463–80.
- Brorholt, A.G., 2016. Bedre brugerinddragelse kræver mere end gode intentioner. *Sundhedsvæsenet lige nu*, (Coulter 2012), pp.4–14. Available at: <http://www.kora.dk/media/5119677/Bedre-brugerinddragelse-kraever-mere-end-gode-intentioner.pdf>.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2015. Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 61– 89.
- Couët, N. et al., 2015. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 18(4), pp.542–561.
- Crotty, M., 1998. Introduction: The Research process. In *The Foundations of Social Research Meaning and perspective in the research process*. SAGE publications, pp. 1–17.
- Dahlager, L. & Fredslund, H., 2015. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 157–81.
- DanmarksEvalueringinstitut, Hvordan kan man evaluere effekt? , pp.1–6. Available at: <https://www.eva.dk/udgivelser/2012/effektevaluering-notat>.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2016. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling. , pp.1–158. Available at: http://www.dsk.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_metoder.pdf.
- DanskePatienter, 2016a. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhe. *Definition af brugerinddragelse*. Available at: <http://www.vibis.dk/om-brugerinddragelse/definition-af-brugerinddragelse>.
- DanskePatienter, 2016b. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. *Hvad er en patientinddragende indsats?* Available at: <http://vibis.dk/kriterier-vibis-arbejde/hvad-er-en-patientinddragende-indsats> [Accessed June 20, 2005].
- DanskeRegioner, 2016. Patienter skal inddrages bedre i egen behandling. *Nyheder 2016, marts*. Available at: <http://regioner.dk/aktuelt/nyheder/2016/marts/patienter-skal-inddrages-bedre-i>

egen behandling.aspx.

- Edwards, A. & Elwyn, G., 2009. Shared Decision-making and Evidence-based patient choice. In A. Edwards & G. Elwyn, eds. *Shared Decision-Making in Health Care*. Oxford: Oxford University press, pp. 3–11.
- Elwyn, G. et al., 2012. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), pp.1361–1367.
- Freeman, R., 2009. What is “translation”? *Evidence & Policy*, 5(4), pp.429–447.
- Freil, M. et al., 2014. *Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse - En spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler*, København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet - VIBIS.
- Golanowski, M. et al., 2007. Interdisciplinary Shared Decision-Making Taking Shared Governance to the Next Level. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), pp.341–353.
- Halkier, B., 2015. Fokusgrupper. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 137–152.
- Hayes, V.S. et al., 2013. Sundhedsprofil 2013 - trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland. , p.259.
- Holm-Petersen, C. & Emdal, L., 2013. *Ledelse af brugerinddragelse - Tre casebaserede eksempler*, København: Det Nationale Institut for KOMmuners og Regioners Analyse og Forskning. Available at: http://www.kora.dk/media/1225819/10248_ledelse_af_brugerinddragelse.pdf.
- Højberg, H., 2009. 9. Hermeneutik - Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. In L. Fuglsang & P. Bitsch Olsen, eds. *Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag, pp. 309–347.
- Høstrup, H. et al., 2009. *Vurdering Af Kvalitative Studier - VAKS*,
- Jacobsen, C. et al., 2008. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. *Sundhedsstyrelsen*, 8(3), pp.1–12. Available at: <http://www.kora.dk/media/272116/dsi-1584.pdf>
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Patientinddragelse+mellem+ideal+og+virkelighed#1>.
- Jönsson, A.B.R. et al., 2013. *Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse En kvalitativ undersøgelse*, København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet - VIBIS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *InterView* 2nd ed., København: Hans Reitzels Forlag.
- Langley, G.J. et al., 2009. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* 2nd ed., San Francisco: Jossey-Bass.

- MacPhee, M., Wardrop, A. & Campbell, C., 2010. Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp.1016–1026.
- Mainz, J. & Jensen, J.W., 2015. Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb. *Ugeskriftet.dk*, pp.3–6.
- Martin, H.M., 2010. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. , pp.1–88.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. Jo før – jo bedre. *Online publikation*, (August). Available at: http://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2014/Sundhedsudspil-jo-foer-jo-bedre-aug-2014/Sundhedsudspil-Jo-foer-jo-bedre-aug-2014.ashx.
- Pedersen f. 1953-04-03, L., 2011. *Patientinddragelse : refleksion, læring, innovation og ledelse*, Kbh.: Hans Reitzel.
- Pedersen, L., 2011. *Patientinddragelse : refleksion, læring, innovation og ledelse* 1st. ed., Kbh.: Hans Reitzel.
- Pedersen, L. & Kirk, K., 2015. Fælles beslutningstagning i Den Involverende Stuegang. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 91(1), pp.10–18.
- Pedersen, L., Kirk, K. & Nielson, A.L., 2013. Dansk Sundhedsvæsen Ledelse på tværs – fra silo til samarbejde. *Tidsskrift for Dansk sundhedsvæsen*, 1, pp.10–17.
- Pedersen, L.H. et al., 2015. Patientinddragelse er endnu ikke fuldt implementeret i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger*, 177, pp.1–4.
- Rangachari, P., Bhat, A. & Seol, Y.-H., 2011. Using the “Customer Service Framework” to Successfully Implement Patient- and Family-Centered Care. *Quality Management in Healthcare*, 20(3). Available at: http://journals.lww.com/qmhcjournal/Fulltext/2011/07000/Using_the__Customer_Service_Framework__to.4.aspx.
- Region, N. & De Nordjyske, K., 2015. Administrative Sundhedsaftale. , pp.4–51.
- Sundhed og forebyggelse, M., 2014. Retsinformation. *Sundhedsloven*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710#Kap5>.
- Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering, 2007. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, 2nd, pp.5–193. Available at: <http://www.sst.dk/mtv>.
- Tanggard, L. & Brinkmann, S., 2015. 25. Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann & L. Tanggard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp. 521–32.

AalborgUniversitetsbibliotek, Aalborg Universitetsbibliotek. *Databaser og udbydere*. Available at:
<http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser> [Accessed June 20, 2004].

