

Brugere om Brugerdræven Innovation

- Et kvalitativt casestudie om brugeres perspektiv på brugerdræven innovation



Helena Sigrid Karlsson

Aalborg Universitet, August 2012

Vejleder: Janne Seemann

Antal ord: 34.950

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Kapitel 1 Introduktion	5
Brugerdreven innovation i det danske sundhedsvæsen.....	6
Det danske sundhedsvæsen	8
Patientens rejse i sundhedssektoren	10
Problemformulering	13
Kapitel 2 Metode	17
Casestudiet som forskningsdesign	17
Konstruktion af casen.....	18
Teoretiske og metodiske overvejelser	22
Forskningsstrategi	24
Metodiske overvejelser	27
Det kvalitative interview	28
Kapitel 3 Teoretisk ramme	35
Kapitel 4 Analysestrategi	39
Kapitel 5 Analyse	43
Introduktion af patienterne.....	43
Brugere om brugerdreven innovation	48
Brugerens rolle i brugerdreven innovation	62
Sundhedsvæsenet som bureaukratisk organisation	72
Vurdering af specialet	93
Konklusion	97
English summary	103
Litteraturliste	107
Bogudgivelser	107
Artikler og internetkilder	110
Bilagsoversigt	113
Bilag 1 Brev til informanterne	115
Bilag 2 Interviewguiden.....	117
Bilag 3 De forskellige borgerroller	119

Kapitel 1 Introduktion

Selvet er et refleksivt projekt, som individet selv er ansvarligt for. Vi er ikke, hvad vi er, men hvad vi gør os selv til (Giddens 2002:94). Resultatet af en kultur, hvor fokus er på det enkelte individ og dets behov og muligheder, skaber også et stort forventningspres på sundhedssektoren.

”En voksende andel af brugerne opfatter sig således ikke som patienter, men som sundhedsforbrugere der forventer, at sundhedsvæsenet lever op til deres krav om den bedst tænkelige, individuelt tilpassede service. Til gengæld er de også villige til at investere tid og kræfter i at optimere deres sundhedstilstand. I dag opsøger mange f.eks. ofte selv viden om deres sundhedstilstand, symptomer og behandlingsmuligheder, inden de går til læge.”
(Mandag Morgen/ Innovationsrådet 2007:16f).

Denne udvikling har også betydet, at sundhedsvæsenet har skullet nytænke sin tilgang til brugerne, hvor bl.a. brugerdreven innovation har gjort sit indtog i Danmark, først i den private sektor og senere i den offentlige (Bason 2007:15). Brugerdreven innovation er et nyere fænomen i dansk kontekst og det har også vundet indpas i sundhedsvæsenet, hvor brugerne i højere grad anses som en kilde til værdiskabelse. Sundhedsvæsenet er begyndt at anerkende den værdi, som brugerne kan have i forhold til at skabe værdi i sygehusdriften, men der vides endnu ikke meget om, hvad værdien er for brugerne?

Et eksempel på et brugerdrevent innovationsprojekt i sundhedsvæsenet er Patientens rejse i sundhedssektoren (PaRIS), fra Odense Universitetshospital, som er et af de første større projekter på dette område i sundhedsregi. Specialet vil give brugerne mulighed for at få en stemme i forhold til brugerdreven innovation, hvor formålet vil være at opnå forståelse og indblik i brugernes perspektiv på begrebet, i forhold til de erfaringer og oplevelser som ni brugere fra projekt PaRIS har gjort sig.

Brugerdreven innovation i det danske sundhedsvæsen

Jeg vil kort beskrive og diskutere brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet i forhold til de problemstillinger der kan være på området, for at kontekstualisere specialet.

Sundhedsvæsenet har en række fremtidig udfordringer, som presser de tilgængelige ressourcer i organisationen. Udfordringerne skaber et behov for nye måder at gøre mere for mindre, hvor tiltagende innovation kan være en mulig løsning. I fremtiden vil flere mennesker have brug for sundhedsydelser, mens der vil være færre individer til at finansiere (hovedparten af) de offentlige indkøb af ydelserne. Efterspørgslen efter høj kvalitet af service og behandling er også stigende i takt med at samfundet bliver mere velhavende. Innovation er derfor nødvendig for at kunne levere den bedste behandling til alle brugerne på en effektiv måde. I krydset mellem ny teknologi, ny viden og stigende krav om service og effektivitet i den offentlige sektor, er der et stort potentiale at hente ved at forbedre processer, metoder, behandlinger og udstyr. Innovation tyder på at kunne være en løsning på nogle af disse udfordringer for sundhedsvæsenet, hvor specialets fokus vil være på brugerdreven innovation, som et nyere strategisk innovations ”værktøj” indenfor sundhedsvæsenet (Pöyry 2009:4).

Brugerdreven innovation er stadig et forholdsvist nyt fænomen i Danmark, men efter at Erhvervs- og byggestyrelsen i 2006 lancerede et særligt program for Brugerdreven Innovation, er det blevet et stort satsningsområde i danske virksomheder for både den private og offentlige sektor (ebst.dk). Udtrykket stammer fra slutningen af 90'erne og blev første gang anvendt af Eric von Hippel, der definerede begrebet som innovation, der er skabt af brugeren for at opnå højere brugsværdi, dvs. at brugerdreven innovation er skabt af brugeren selv (Rosted 2005:4). Samtidig viser flere undersøgelser også, at ideer som leder til innovation, kommer i kontakten med brugerne (Cheskin & Fitch:Worldwide 2003:8).

Globalt konkurreres der på innovation som er slået igennem ikke kun som begreb, men også i praksis i den offentlige sektor (Rambøll 2006; Finansministeriet 2005), både i forhold til ny teknologi, men i høj grad også hvad angår kundeforståelse og afdækning af brugerbehov. Dette betyder en stigende udbredelse af brugerdreven innovation også i dansk sammenhæng, selvom det er ressourcekrævende for virksomheder og organisationer, når de skal kortlægge, vurdere og analysere kundebehov (Rosted 2005:10). LEGO er et eksempel på en dansk virksomhed, der virkelig har formået at tage brugerdreven innovation til sig, da virksomheden udnytter det frivillige

udviklermiljø på internettet til at udvikle og nytænke deres legetøj MINDSTORMS (statsministeriet.dk).

Brugerdreven innovation tager udgangspunkt i kunden, hvor det er ønsket og forventningen om at opfylde kundebehov på en bedre måde, der driver innovationen (Merit & Nielsen 2006:40). Det har ikke været kutyme i den offentlige sektor, at opnå brugerforståelse og afdække deres behov, tværtimod har det været professionelle som har styret udviklingen (Pöyry 2009:9,14). Det kan tænkes at være mere ressourcekrævende og udfordrende for de professionelle at inddrage brugerne og lade dem få medindflydelse i innovationsprocessen, da dette ikke har været en tradition i den offentlige sektor. Dette kom også til udtryk i projekt PaRIS, der blev beskrevet som værende omfattende i de tre år, som det varede jf. *projekt PaRIS* (Møllerup m.o. 2011:40).

Det nye i brugerdreven innovation ligger ikke i fokuset på kunden i udviklingen af nye produkter og koncepter, men i at der anvendes metoder og trækkes på kompetencer fra socialvidenskaben for at opnå en dybere forståelse af kundeoplevelser, og kunne afdække både erkendte og ikke-erkendte brugerbehov (Rosted 2005:10f). I sundhedssektoren har man typisk inddraget brugere i form af spørgeskemaer, surveys etc., hvor de professionelle efterfølgende har kunnet vælge at anvende denne viden til udvikling eller forbedringer af services og/eller produkter. Dette kan også betegnes som en passiv form for inddragelse (Agger & Lund 2011:181).

Brugerdreven innovation fokuserer på nutidige og fremtidige behov hos brugerne, så man kan skabe produkter og services, der præcist og effektivt imødekommer brugernes erkendte og ikke-erkendte behov. Brugerdrevne innovationer vil således være mere træfsikre og have større chancer for at opnå kommerciel succes og øget tilfredshed blandt brugerne, hvilket både vil styrke dansk erhvervslivs konkurrenceevne og skabe bedre velfærdsløsninger i den offentlige sektor (ebst.dk). Det vil også gøre det muligt for sundhedssektoren, at nå de brugere bedre som man måske ikke før kunne få fat i, når man kan målrette service og produkter både ud fra bruger- og fagprofessionel viden. Samtidig vil man også kunne opnå loyalitet fra brugerne, når de oplever at få medindflydelse. Sundhedssektoren vil på den måde kunne udvikle nye produkter og services, ved at inddrage brugerne tidligere og på nye måder i innovationsprocessen.

Det danske sundhedsvæsen

Dette afsnit vil kort redegøre for det danske sundhedsvæsen, i form af hvilke styringsrationaler der kendetegner organisationen, så læseren får en fornemmelse af sundhedsvæsenets størrelse og kompleksitet.

Der er tre styringsrationaler, som er vigtige for sygesektoren: en politisk/offentlig, en professionel/faglig og en markedsmæssig styringsrationalitet. Man kan finde disse tre styringsrationaler i sundhedsvæsenet, hvor nogle måske vil være mere dominerende end andre på givne tidspunkter og i givne dele af feltet. De skal dog betragtes som idealtyper og afspejler derfor ikke fuldt ud virkeligheden, hvilket betyder at flere rationaler kan eksistere samtidigt i et felt (Vrangbæk 1999:33f). Det politisk/offentlige styringsrationale er kendetegnet ved, at det politiske niveau er autoritativ fordeler af offentlige midler, og dette gøres med hensyntagen til befolkningen som helhed og den ”samfundsmæssige nytte” frem for det enkelte individs situation og præferencer. Det er den neutrale og rationelle forvaltning, som sørger for få at få mest mulig kollektiv nytte ud af de offentlige midler givet de politiske valg og prioriteringer. Andre sygehuse anses som kollegaer i samme planlægningsunivers og evt. som konkurrenter i forhold til den centrale budgetfordeling. Sygehusene konkurrerer således ikke direkte om brugerens gunst, men indirekte om forvaltningens og politikernes opmærksomhed og velvilje ved ressourcetildeling. Hovedvægten for de politiske aktører er at prioriterer og træffe beslutninger, som er i overensstemmelse med partimæssige og personligt politiske interesser, og som via konkurrence med andre politiske aktører transformerer befolkningens ønsker (Vrangbæk 1999:38f).

Det professionelle/faglige styringsrationale kendetegnes ved at behandleren er ”advokat” for brugeren, hvor hovedfokus er på helbredelse frem for profit, at behandlerens autoritet hviler på videnskabelig objektivitet samt kollegial kontrol og regulering i kraft af professionen. Desuden ligger der et dobbelt hensyn, da man både skal sikre den faglige kliniske udvikling og autonomi i behandlingsorganisationen og tilbyde den bedst mulige behandling til brugeren. Tillid er et nøgleord for brugeren og behandleren i forhold til behandlings- og vejledningsrelationer, hvor behandleren på objektivt grundlag gør alt, hvad der er muligt, for at behandle brugeren, uden at personlig vinding eller økonomiske rammer spiller ind. Brugeren vil til gengæld have den ”traditionelle patientrolle”, hvor man accepterer den professionelles faglige autoritet og beslutningskompetence (Vrangbæk 1999:37f).

Det sidste styringsrationale, den markedsbaserede, omhandler det ideelle marked som den effektive generator af maksimal aggregeret velfærd. Aktørerne indgår handler når en af dem får fordel af det og den anden ikke får mindre nytte. Samtidig har aktørerne fuld information om relevante parametre for handlen og opfører sig rationelt nyttemaksimerende i overensstemmelse med relativt faste præferencestrukturer. Der er dog nogle forudsætninger som skal være opfyldt for at det ideelle marked eksisterer. Aktørerne skal være frie og autonome med eksogent bestemte og faste præferencer. Ydermere skal aktørerne have fuld information, også om langsigtede effekter af handlinger. Man ønsker at skabe en ”effektiv markedssituation” igennem valgfrihed og muligheden for at gå andre steder hen (exit), hvor offentlige organisationer anses som modsætningen på dette, da de er træge og ineffektive og præges af professioners dominans og monopolisering af viden. Konkurrence på ”markedet” præger organisationen både internt og eksternt, f.eks. ved at sygehusvæsenet tiltrækker patienter og udføre behandling mest omkostningseffektivt, samt etablere belønningssystemer, der fremmer den interne konkurrence og skaber økonomisk incitament for de enkelte enheder. Sygehusene som organisation vil være præget af en markedsorientering og for brugerne vil det handle om at foretage informerede valg mellem forskellige sygehuse, afdelinger og behandlere (Vrangbæk 1999:35f).

I 80'erne rullede New Public Management (NPM) bølgen ind over Danmark, og ramte således også sygehusvæsenet, hvilket betød en styrkelse af den markedsbaserede rationalitetsform. Man ønskede at legitimere det markedsbaserede styringsrationale og gennemførte forskellige tiltag i sygehusvæsenet, der prægede dette styringsrationale bl.a. frit sygehusvalg, udlicitering af services og behandlingsopgaver, kvalitetssikring og økonomistyring, standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af ”best practice” retningslinjer, bookingsystemer og øget information til brugere og praktiserende læger om ventetid, service mv., styrkelse af brugernes retsstilling etc. (Vrangbæk 1999:40f). Det danske offentlige sundhedsvæsen har siden 1700-tallet været decentralt med ejerskab, finansiering og meget af beslutningskompetencen placeret hos regioner og kommuner. De skal sørge for sundhedsydelse, men skal ikke nødvendigvis selv drive sygehusene og er samtidig underlagt en betydelig statslig styring (Vallgård & Krasnik 2010:17).

Sundhedsvæsenet er kendetegnet ved sin opgavekompleksitet, homogenisering og regulering. Det varetager mangeartede opgaver både i forhold til behandlings- og plejeindsats af samfundets skiftende sygdomsmønstre. Samtidig er sygehusfeltet også af interesse for alle i kraft af sin kobling til centrale menneskelige spørgsmål, som helbred og sygdom, liv og død. Der er således også mange

aktører bl.a. professionelle, fagforeninger, politikere, brugere, leverandører etc., der ud fra forskellige synsvinkler og positioner forsøger at påvirke sundhedsvæsenets udvikling (Borum 1999:19ff). Sundhedsvæsen antyder, at der er tale om ét væsen, én samlet organisation, der generelt kendetegnes ved fælles mål, klar arbejdsdeling og et administrativt apparat, som på basis af regler søger at sikre koordinering, kontinuitet og målopfyldelse. Ved nærmere eftersyn, opdages en pluralistisk organisation med en kompleks struktur, der må betragtes som flere organisationer eller netværk med et fællesskab i opgavernes karakter, men med flere forskellige mål og selvstændige interesser. De enkelte interessenter indgår i bredere samfundsmæssige strukturer, der gensidigt påvirker hinanden og styres af bagvedliggende interesser, eksempelvis kan brugere have andre interesser end statslige myndigheder, og internt kan forskellige interesseorganisationer have forskellige målsætninger (Vallgård & Krasnik 2010:55ff). Der har været en tradition for, at det var faglige specialister der varetog sygehusenes centrale samfundsopgaver, men at aktiviteterne blev dimensioneret, reguleret og kontrolleret gennem forskellige organer som bl.a. sundhedsministerier, sundhedsstyrelser, sygehusudvalg etc. De regulerende instanser fremmede standardisering af sygehusenes strukturer og processer, samt sikrede at der blev taget hensyn til helheden (Borum 1999:19ff).

NPM redskaber har i nogen grad styrket brugernes stilling overfor både den faglige/professionelle og planlægningsmæssige rationalitet (f.eks. frit sygehusvalg), hvilket betyder at brugerne stiller stigende krav til sundhedsvæsenet. Der er dog en række barrierer både af økonomisk, politisk og faglig karakter, hvis brugernes indflydelse skal styrkes. Dette gælder konflikten i forhold til planlægningsbehovet og begrænsede ressourcer, lighedsidealet og den begrænsede information og viden, der er til rådighed, når brugeren skal træffe individuelle valg (Vrangbæk 1999:55). Projekt PaRIS har forsøgt at imødekomme brugernes stigende krav, som bl.a. NPM bølgen medvirkede til, ved at medtænke brugerne som dialogpartnere i tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb samt udvikling af en model for brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet. Projektet vil blive belyst nærmere i næste afsnit.

Projekt PaRIS

Specialet omhandler projekt PaRIS fra Odense Universitetshospital i Region Syddanmark som case, hvorfor det anses som væsentligt kort at redegøre for projektet i sin helhed, for at læseren får en samlet forståelse af projektet, når det omtales i den videre opgave.

Det er det første større projekt omkring patientinddragelse i sundhedssektoren i en dansk kontekst, hvor ønsket var at opnå en viden om patienternes forventninger og ønsker til det sammenhængende patientforløb. Projekt PaRIS udsprang af et ”videns gap”, omkring patienternes forventninger og erfaringer til sundhedssektoren, hvilket man håbede at kunne belyse i projektet:

”Målet er at øge patientens tilfredshed ved at inddrage patienten som aktiv dialogpartner gennem behandlingsforløbet” (ouh.dk).

Projektet har været over tre år - 1. august 2008 til 31. juli 2011 og blev gennemført i samarbejde mellem Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus, Syddansk Universitet, Dansk Sundhedsinstitut, Huset Mandag Morgen, Odense kommune, Kræftens bekæmpelse, Hjerteforeningen, Diabetesforeningen og NeoProcess¹. Man anvendte i PaRIS, brugerdrevne innovationsmetoder og har haft fokus på det sammenhængende patientforløb, hvilket man mente manglede, når kvaliteten af det samlede patientforløb skulle vurderes. Formålet var således systematisk at indsamle, bearbejde og forankre viden om brugernes oplevede kvalitet i sundhedssektoren, ved at finde og dokumentere faktorer og indsatser, der reelt forbedrede patienternes oplevede kvalitet af behandlingsforløbet. Brugerne skal spille en stor rolle i projektet, men det er organisationen, som er den centrale aktør i udviklingsprocessen (Mollerup o.a. 2011: 8f). Formålet skulle opfyldes ved at:

- *Skabe et fundament af viden om brugernes erkendte og ikke erkendte behov*
- *Udvikle redskaber, der styrker patientens mulighed for dialog om ønsker til eget behandlingsforløb på baggrund af den indhentede viden*
- *Afprøve og evaluere de udviklede redskaber i praksis på udvalgte konkrete patientforløb (ouh.dk)*

Projekt PaRIS er gennemført som brugerdreven innovation i tre faser. I den første afdækkedes patienternes oplevede forløb igennem narrative interviews. Denne indsigt og viden om patienternes oplevelser anvendtes til feltobservationer i kliniske afdelinger og gruppeinterview med personalet. Disse data blev brugt til en større spørgeskemaundersøgelse, der blev sendt til 1800 patienter, hvoraf 70 % svarede (Draborg o.a. 2011:4). Fase to bestod af en række workshops, hvor patienter, pårørende og fagfolk blev præsenteret for de fundne data, for at kunne komme med forslag til løsninger. Disse løsninger blev inddelt i fem delprojekter:

¹ NeoProcess var en it-konsulentvirksomhed fra Odense, som skabte kundebaserede it-løsninger inden for Business Solutions og Business Intelligence. NeoProcess blev i 2011 opkøbt af konkurrenten EG (eg.dk)

- Patientens møde med sundhedspersonalet
- Patientens virtuelle navigeringsredskab
- Patientens fysiske navigationsredskab
- Patientforeningerne, som patientens partner på rejsen og
- Patienten – gæst i sundhedssektoren

Løsningerne blev konkretiseret og gjort klar til test af delprojektgrupper, for at gå videre til fase tre, hvor løsningerne blev testet og evalueret. Projektet blev afsluttet med en konference, hvor erfaringer og resultater fra processen blev præsenteret (Mollerup o.a. 2011:6).

PaRIS' innovationsproces var struktureret efter innovationsmodellen "Innovationens Syv Cirkler", som er en åben proces, hvor brugere, interessenter og beslutningstagere inddrages i alle faser:



Løsningsmuligheder analyseres via en række organiserede former for dialog, som beskrevet i de tre faser (Mollerup o.a. 2011:10). Undersøgelsen har haft en eksplorativ karakter, da brugernes perspektiv har givet retning til indsamlingen af data. Der er taget udgangspunkt i tre patientgrupper; type 1 diabetes, hjertesvigt og lymfeknudekræft (ouh.dk). Projekt PaRIS har både gjort brug af passiv brugerinformation f.eks. via surveys og interviews og aktiv inddragelse af lead users i workshops, som har givet flere detaljer og nuancer (Mollerup o.a. 2011:38). Lead users blev af projekt PaRIS defineret som brugere, der kan formulere sig og er vant til at stille sig kritisk over for organisationens aktiviteter. Ydermere har de ofte lang erfaring med organisationens ydelser og kan trække på egne og andres oplevelser og meninger (Mollerup o.a. 2011:20). Der var dog bevidsthed om, at disse lead users var stærke patienter, men det var essentielt, at brugerne der deltog alle ønskede og havde mulighed for at bidrage til projektet. Lead users kunne formulere deres oplevelser og forslag til forbedringer, som professionelle efterfølgende skulle tænke til en bredere gruppe af patienter i løsningerne (Mollerup o.a. 2011:38).

Projekt PaRIS har bidraget til at vise, hvordan sundhedsvæsnet kan inddrage brugerne på en konkret og praktisk måde. Samtidig har projektet været meget resultatorienteret og fokus har været på her og nu løsninger, hvilket er forståeligt grundet projektets tidsbegrænsning. Projektet er dog stadig unikt indenfor sundhedssektoren, da man aktivt har inddraget patienter og patientforeninger i

udarbejdelse af de fem delprojekter og i højere grad har fået en forståelse af, hvordan patienterne oplever sygehusvæsenet. Det var f.eks. vigtigt for brugerne at blive betragtet som en hel person og ikke blot en diagnose med ben. Der er naturligvis også faktorer og vinkler, som ikke belyses i projekt PaRIS, og det er en af disse ”blinde” vinkler, som har været med til at inspirere til specialet – brugernes perspektiv på brugerdreven innovation. Sundhedsvæsenet anerkender, at det kan være en faglig investering, at inddrage brugere, når de skal kvalitetsudvikle i sundhedssektoren, men den offentlige sektor præges endnu af stærke modsatrettede krav om forandring, med effektivisering, større enheder og professionalisering på den ene side og brugernes krav om medindflydelse på services på den anden side. Denne tendens ses også i sundhedssektoren, hvor traditionen er, at lade de sundhedsprofessionelle bestemme udviklingen, samt de er skeptiske, når det kommer til give medindflydelse på behandlingsforløbet til brugere og pårørende (Møllerup o.a. 2011:40).

Det er en problematik, som ikke lader sig løse på kort tid, for selvom sundhedsvæsenet kan se fordele og gevinster ved inddragelse af brugere og pårørende, er det en længerevarende proces at få hele organisationen og medarbejderne i den til at ændre rutiner, normer og strukturer (Jespersen 2008). Der er efterhånden skrevet en del litteratur omkring, hvorfor brugerdreven innovation er en god investering for organisationen, samtidig med at der ikke vides meget om brugernes perspektiv på brugerdreven innovation. Indsigten er væsentlig, hvis organisationer fremadrettet skal gøre bedre brug af brugerdreven innovation.

Problemformulering

I forudgående afsnit er projektets problemstilling, der bygger på at give brugerne en stemme i forhold til brugerdreven innovation, blevet belyst. Det er typisk forskere, politikere og andre professionelle der har fokuseret på, hvad brugerdreven innovation kan bruges til, og hvorfor man bør anvende og arbejde for at opnå mere af det. Meget af den teori og empiri der findes på området, fremhæver derfor organisationens og de professionelles potentiale og gevinster ved at anvende brugerdreven innovation (Jespersen 2008; Bason m.fl. 2009). På dette område er projekt PaRIS på mange måder banebrydende indenfor sundhedsområdet, da det er et af de første projekter, hvor brugerdreven innovation anvendes, idet brugerne medtænkes som dialogpartner i tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb. På trods af, at der efterhånden er lavet flere projekter med brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, som rapporten fra Nordic Innovation Centre (Pöyry 2009:28f) også påpeger, er der endnu ikke meget litteratur eller forskning om brugerne i forhold til

den brugerdrevne innovation. Hvad brugerne får ud af brugerdreven innovation og hvorfor de vælger at deltage, vides der endnu ikke meget om, hvilket virker paradoksalt, når begrebet brugerdreven innovation lægger op til, at brugeren er i fokus. Specialet søger at belyse dette videnshul, med udgangspunkt i projekt PaRIS fra Odense Universitetshospital. Hensigten med specialet er:

At undersøge brugernes perspektiv på brugerdreven innovation, ud fra deres oplevelser med projekt PaRIS, i forhold til: a) hvad de fik ud af at deltage, b) hvad der motiverede til deltagelse og c) hvilket syn de havde på egen rolle?

Disse meget konkrete empiriske spørgsmål sluttet af med at forklare sygehusorganisationen som fagprofessionelt bureaukrati, fordi dette spørgsmål implicit ligger i problemformuleringen, da det er denne kontekst, som brugerne befinder sig i, når de fortæller om deres oplevelser og erfaringer med brugerdreven innovation i forhold til projekt PaRIS.

Det er både et udfordrende og vildt projekt, idet der ikke forefindes mange undersøgelser eller litteratur på området, hvorfor projektet har eksplorativ og induktiv tilgang til opgaven. Det vil ikke give mening at lægge en fast teori ned over hoved på projektet, da svarene i interviewene ikke kendes på forhånd og der ikke kan anvende anden litteratur på området til inspiration, fordi dette endnu ikke eksisterer. Der anvendes dog teori fra Eric von Hippel omkring brugerdreven innovation og lead users som inspiration i udformningen af interviewguiden og til fortolkning i analysen. Specialet har til formål, at give brugerne mulighed for at ytre sig i forhold til den brugerdrevne innovation og lade dem få en stemme på et område, som typisk har været forbeholdt de professionelle og eksperter. Problemformuleringen vil blive besvaret ud fra to forskellige vinkler, en mikrosociologisk med udgangspunkt i at forstå brugernes perspektiv på brugerdreven innovation ud fra egne beskrivelser og teori, og en mesosociologisk med udgangspunkt i at afdække, hvilken betydning de forankrede organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet har for brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation.

Den teoretiske fortolkningsramme i analysen indbefatter elementer fra Eric von Hippel, Annika Agger & Dorthe Hedensted Lund, Peter Kragh Jespersen og Amitai Etzioni. Disse teorier udgør den fortolkningskontekst som brugernes subjektive udsagn må rekontekstualiseres indenfor. Der er foregået en naturlig afgrænsning i projektet, da aktørerne er de brugere, som har deltaget i Odense Universitetshospitals innovationsprojekt, PaRIS, fordi de har konkrete erfaringer og oplevelser fra

projektet, som bygger på brugerdreven innovation. Dette betyder også, at den organisatoriske afgrænsning vil være sundhedsvæsenet.

For at kunne besvare problemformuleringen vil centrale begreber blive defineret og operationaliseret, hvilket også skaber en naturlig afgrænsning.

Brugerdreven innovation er en metode, hvor man ønsker at opnå bestemte forandringer eller resultater i forhold til et specifikt eller uerkendt problem. Resultatet af denne proces drives af et fokus på og forståelse for brugernes situationer og behov. Det er en bevidst tilgang til brugerne, som drivkraften i innovationen, der gør det til en metode frem for et fænomen (von Hippel 1988). I projekt PaRIS var det denne metode, som var i fokus, hvor de bevidst arbejdede med at forstå brugernes situation og behov, både erkendte og uerkendte (Ouh.dk). Begrebet vil blive brugt og defineret ud fra Eric von Hippels teoretiske univers.

Lead users bruges af von Hippel omkring nogle særlige brugere i den brugerdrevne innovation. De defineres som individer, der er foran de fleste andre brugere med hensyn til opfattelsen af en vigtig markedstendens, og som forventer at opnå store fordele ved at finde en løsning, der kan opfylde deres specielle behov (von Hippel 1988:107). I projekt PaRIS defineres de som brugere, der kan formulere sig og er vant til at stille sig kritisk over for organisationens aktiviteter. De har ofte lang erfaring med organisationens ydelser og kan trække på egne og andres oplevelser og meninger (Mollerup m.o. 2011:20).

Rolle er summen af de normer, der knytter sig til en bestemt opgave eller stilling, som eksempelvis at være patient. Der ligger i rollebegrebet en forestilling om, hvordan og med hvilken tyngde brugerne og andre skal indgå i innovationsprocessen, med særlig vægt på analyse af den rolle som direkte berørte brugere af offentlig service spiller og kan spille heri (Agger & Lund 2011:177). Rolle handler således om de forventninger, som omgivelserne har til en given aktørs adfærd (Ibid:181). I forhold til specialet vil de fire brugerroller, som Annika Agger og Dorthe Hedensted Lund beskriver, blive anvendt i analysen.

Brugere anvendes i specialet omkring de individer, der deltog i specialets interviews. De omtales konsekvent brugere, for ikke at skabe forvirring omkring, hvilke individer begrebet dækker. Denne betegnelse anvendes også i de teorier, som inddrages i specialet.

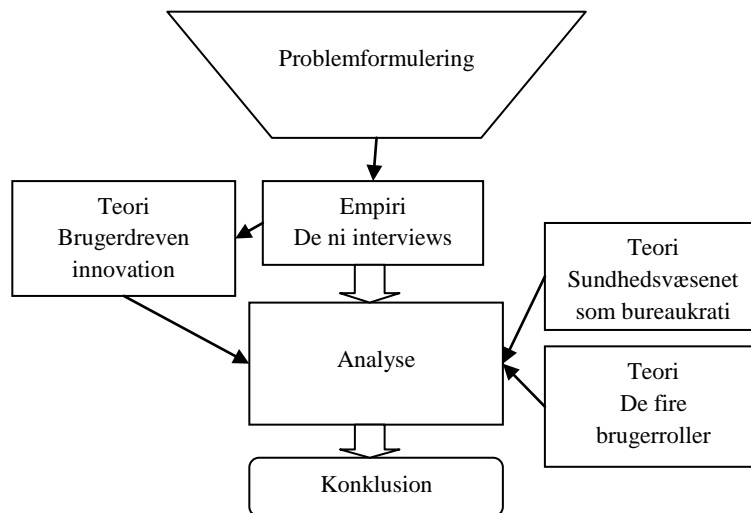
Kapitel 2 Metode

Casestudiet som forskningsdesign

I dette speciale er det kvalitative casestudium valgt som forskningsdesign, da det muliggør et dybdegående studie af et fænomen i dets kompleksitet, hvilket stemmer godt overens med formålet i specialet, som er at undersøge brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, ud fra deres erfaringer fra projekt PaRIS (Antoft & Salomonsen 2007:30).

Besvarelsen af problemformuleringen kræver en dybdegående undersøgelse af brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, samtidig med at den organisatoriske kontekst, hvor den brugerdrevne innovation foregår også inddrages. Robert K. Yin forklarer at grænserne mellem casen og dens kontekst ofte ikke er klare i casestudiet som forskningsstrategi, hvilket vil skærpe opmærksomheden omkring specialets organisatoriske kontekst (Yin 2003;13). Epistemologisk antages, at der er en sammenhæng mellem det sociale fænomen, brugerdreven innovation, der undersøges, og den kontekst, sundhedsvæsenet, hvori fænomenet udfolder sig. Kriterierne for udvælgelsen af case-elementerne, som studeres, i dette tilfælde brugeren, afspejler de normer, værdier og forestillinger i den sociale virkelighed, som casen er indlejret i. Casen konstrueres derfor ud fra det fokus undersøgelsen har. Konstruktionen af casen og dens kontekst beror på forskeren, hvilket betyder at casen kan udvikle sig og forandres igennem forskningsprocessen. Dette betyder, at casen har en interimistisk konstruktion, som kan ændres fortløbende i takt med at forståelsen for casen højnes. Dette skaber fleksibilitet i forskningsprocessen, hvis casen skulle ændre karakter, idet den teoretiske ramme kan udvides eller ændres og nyopdagede aspekter kan inddrages (Antoft & Salomonsen: 2007;31ff).

Figur 1: Projektdesign



I dette speciale er casen afgrænset og konstrueret af den teoretiske ramme, som udgøres af Eric von Hippels teori omkring brugerdreven innovation og lead users, Annika Agger og Dorthe Hedensted Lunds beskrivelse af brugerens rolle i forhold til brugerdreven innovation, samt Amitai Etzioni og Peter Kragh Jespersen beskrivelse af sundhedsorganisationen som bureaukrati og mennesket i bureaukratiet. Teoriene vil blive appliceret direkte i analysen og delvist beskrevet der, hvor det vurderes relevant og nødvendigt, hvorfor der ikke vil være et særskilt teoriafsnit.

Konstruktion af casen

I dette casestudie er brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet udvalgt som case, hvilket er et singlecasestudie. Brugernes perspektiv på brugerdreven innovation, udspringer fra projekt PaRIS fra Odense Universitetshospital, hvor brugerne gjorde sig erfaringer omkring at blive inddraget i et brugerdrevent innovationsprojekt. Projekt PaRIS er unikt på den måde, at det er det første større projekt indenfor dansk sundhedsvæsen, hvor brugerne også har været inddraget som aktive dialogpartnere i udviklingen af behandlingsforløbet. Sundhedsvæsenet har før benyttet sig af brugernes viden, men det har typisk været af mere passiv karakter, som eksempelvis surveys eller spørgeskemaer omkring patienttilfredshed. Brugerdreven innovation er ikke et nyt fænomen i dansk kontekst, da flere private virksomheder og efterhånden også den offentlige sektor, har brugt det til udvikling af produkter eller services. Brugernes perspektiv på brugerdreven innovation, har dog ikke før været belyst, hvorfor man kan argumentere for, at casen er unik og informativ i kraft af begrænset viden på området. Dette gør også tilgangen til casen eksplorativ, da der ikke findes meget viden omkring brugernes perspektiv på brugerdreven

innovation. Rationalet for singlecasestudiet er den afslørende case eller det fænomenafslørende case, da det studerede fænomen i specialet ikke tidligere har været genstand for undersøgelse, hvilket både kan skyldes, at der ikke har været interesse i, eller man ikke har været opmærksom på paradokset i ikke at spørge brugerne om brugerdreven innovation (Yin 2003:42; Andersen 2010:119).

”En case kan ses som et eksempel på mange forskellige empiriske og teoretiske universer alt afhængigt af, hvilket hjørne af virkeligheden, man som forsker lægger vægt på.”

(Antoft & Salomonsen 2007:31)

Citatet understreger, at cases altid er analytiske konstruktioner, hvor det har betydning hvilken del forskeren vælger at belyse. I specialets case antages det, at den udvalgte case på et mere overordnet niveau afspejler brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsen sammenhæng, hvor forskerens empiriske nedslag var i forhold til projekt PaRIS, men i teorien kunne det sagtens have været ethvert område, der lavede brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet. Der ligger i casestudiet en indforstået forestilling om, at casen relaterer sig til en mere generel sammenhæng, dvs. at valget af case udtrykker en hypotese om, at casen repræsenterer en generel sammenhæng eller et særligt fænomen. Forskeren har således en forestilling om et generelt univers, hvor casen trods sin unikke karakter fremstår som en hypotese på mere generelle sociale fænomener (Antoft & Salomonsen 2007:31f). Dette gør sig også gældende i specialets case, hvor det antages, at de fundne resultater omkring brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, i et vist omfang vil gøre sig gældende ved fremtidige brugerdrevne projekter som PaRIS i den offentlige sektor. På trods af, at casen kun repræsenterer et lille udsnit af tre patientgrupper i sundhedsvæsenet, anses det både som relevant og realistisk at kunne beskrive tendenser, der rækker ud over casens rammer. Dette betyder dog ikke, at der ikke også vil kunne forefindes fænomener, som viser sig unikke i casen og som kan være vanskelige, at gøre generaliserbare (Antoft & Salomonsen 2007:49).

Fokus for specialet er på brugernes meninger og erfaringer, for at kunne indfange deres virkelighedsopfattelser, normer og værdier, som de udtrykkes omkring brugerdreven innovation. Projektet tager således udgangspunkt i empirien i form af de ni interviews, hvor man ud fra disse finder relevante temaer og helheder. Casestudiet har først og fremmest et eksplorativt formål, der læner sig meget op af empirien, men hvor teorien også spiller en vigtig rolle. Det deduktive element

ligger i, at interviewene er lavet med en teoretisk baggrundsviden bl.a. om von Hippel i forhold til brugerdreven innovation, som også har haft betydning i udarbejdelsen af interviewguiden, og at teorien har dannet rammen for analysen. Teorien har været en supplerende forklaringskraft i samspil med empirien, i forhold til at opnå en forståelse for fænomenet, idet teorien har medvirket til at finde temaer og helheder i empirien. Det har i denne proces været vigtigt ikke at lade sig forblinde af teorien, men at bruge relevant teori der, hvor den vurderes at have værdi i empirien, samt at anvende den etablerede viden, forskeren allerede besidder pga. kendskab til og forhenværende arbejde med sygehusene.

Casestudiet kritiseres typisk for, at det ikke er muligt at vurdere om dens resultater har en generel gyldighed forstået som statistisk generalisering, til gengæld kan man tale om analytisk generalisering. Casestudiets forskningsproces er beskrevet som et samspil mellem induktion og deduktion, hvilket bibringer en analytisk generalisering (Antoft & Salomonsen 2007:51). Der vil i specialet være tale om analytisk generalisering, hvor udviklet teori anvendes som en skabelon til sammenligning af empiriske fund i casestudiet. Generaliseringerne bygges, når der dannes slutninger ved at sammenkæde enkelte tilfælde med teoretiske forestillinger (Antoft & Salomonsen 2007:49). Generaliseringerne sker gennem en proces, hvor der dannes slutninger ved at sammenkæde enkelte tilfælde fra empirien med teoretiske forestillinger. Forudsætningen for generaliseringen af casen bygger både på om data er pålidelige og om argumenterne for empirisk sammenhæng i datamaterialet er korrekt. Dette sikres ved at der er en systematisk beskrivelse og fortolkning af data til stede, så disse kan ses i sammenhæng med den overordnede tolkning af casen (Antoft & Salomonsen 2007:49f). Det antages i specialet, at den udvalgte case på et mere overordnet niveau også vil kunne afspejle tendenser omkring brugernes perspektiv på brugerdreven innovation. Brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation har sit udspring fra et konkret projekt i det offentlige sygehusvæsen, hvorfor det også vil være realistisk at antage, at dele af perspektivet vil gøre sig gangbar på nogle områder i det offentlige sundhedsvæsen og ikke kun gælde for projekt PaRIS. Det er dog ikke et mål i sig selv, at lave generiske eller generelle konklusioner ud fra casen. Den analytiske generalisering uddybes også nærmere i afsnittet *Vurdering af specialet*.

Brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i forhold til den private sektor vil være anderledes, da der er store organisatoriske forskelle mellem den private og offentlige sektor. Der kan godt tænkes at være ligheder i brugernes perspektiv, men man skal være opmærksom på

forskellene i en offentlig-, privat kontekst. Brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation undersøges i forhold til de erfaringer og oplevelser de havde med projekt PaRIS, hvor projektet danner rammen for den kontekst, hvormed brugerne udtaler sig om brugerdreven innovation, både projekt specifikt og på et mere generelt plan. Brugerne har i kraft af deres deltagelse i projekt PaRIS, været indlejret i en organisatorisk kontekst, hvor blandet andet deres tilhørsforhold i sundhedsvæsenet som patient, er en medvirkende faktor i konstitueringen af deres normer, værdier og virkelighedsopfattelser af sundhedsvæsenet og den brugerdrevede innovation. Brugernes organisatoriske adfærd kan være institutionelt reguleret, men deres adfærd er ikke determineret af de organisatoriske strukturer eller den institutionelle kontekst, da brugerne også påvirker og reproducerer strukturerne og institutionerne igennem deres handlinger og adfærd.² Den ontologiske antagelse i specialet er, at strukturer og aktører gensidigt påvirker hinanden. Brugernes perspektiv på brugerdreven innovation består således både af deres egen forståelse og den organisatoriske kontekst – sundhedsvæsenet.

Et casestudium kan ifølge Yins hovedinddeling af casestudier være holistisk eller embedded afhængigt af, om casen analyseres ud fra en eller flere analyseenheder (Yin 2003:43). Specialet er et kvalitativt single embedded casestudium. Casen er brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, hvor brugerne trækker på deres oplevelser og erfaringer fra projekt PaRIS. Den organisatoriske kontekst er sundhedsvæsenet og sygehusene som institution, der er tilknyttet organisationen. Organisationen er ikke i sig selv det centrale i specialet, men er en væsentlig del af konteksten i forhold til brugernes perspektiv på brugerdreven innovation, da de forstår og beskriver dette fænomen ud fra konteksten. Formålet er at opnå viden om brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, hvorfor sundhedsvæsenet som organisation, sygehusene som institution og de professionelle som profession også har en betydning for den virkelighed, som brugerne applicerer omkring begrebet brugerdreven innovation. Sygehuset opfattes som en institution, som brugerne har en række forventninger til, inden de træder ind af døren til en hospitalsbygning. Den behandler brugerne igennem etablerede ideer om forskellen på patienter og personale, og den behandler brugerne gennem etablerede forventninger til, hvordan eksempelvis brugeren og personalet kan samarbejde eller ej, i brugerens behandling (Vallgård & Krasnik 2010:64). Det er brugernes virkelighed, som er casens fokus og da deres erfaringer omkring

² Dette har ligheder fra Anthony Giddens' strukturationsteori (Hatch: 2006; 123f) eller Peter Berger og Thomas Luckmanns socialkonstruktivisme (Hatch: 2006; 43f).

brugerdreven innovation kom fra projekt PaRIS, ville det have været vanskeligt at adskille sundhedsvæsenet, sygehusene og de professionelle fra, da brugerne oplevede det som ét hele i forhold til den brugerdrevne innovation. En præmis for casestudiet som forskningsstrategi er de flydende grænser mellem casen og dens kontekst, hvilket også gør sig gældende i specialets case, hvor brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation udspringer af konteksten, hvorfor de to perspektiver er hinandens forudsætninger og ikke kan forstås uafhængigt af hinanden.

For at gøre den analytisk konstruerede casen, om brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, i forhold til deres erfaringer fra projekt PaRIS, operationaliserbar og mulig at analysere, ses der på tre analyseenheder: a) brugere om brugerdreven innovation, b) brugernes rolle i den brugerdrevne innovation og c) sundhedsvæsenet som bureaukratisk organisations. Disse tre enheder har struktureret både empiriindsamlingen og analysen i undersøgelsen af brugeres perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet og vil tilsammen besvare problemformuleringen.

Teoretiske og metodiske overvejelser

Den teoretiske ramme i konstruktionen af specialets case udgøres primært af Eric von Hippels teori omkring brugerdreven innovation og brugerne som lead users. Von Hippels definition af brugerdreven innovation i forhold til lead users fænomenet skal bidrage til en forståelse af begrebets nuancer og kompleksitet i sundhedsvæsenet, både i forhold til brugernes oplevelser og erfaringer med projekt PaRIS, men også på et mere generelt plan, hvordan brugerne fremadrettet ønsker at blive inddraget. Von Hippels teori bygger i høj grad på exit voice, da han forudsætter, at brugerne kan vælge og fravælge, som de lyster, hvorfor begrebet modificeres så det passer til disse brugeres kontekst. Teorien fra von Hippel skal både præcisere og definere begrebet brugerdreven innovation, men vil samtidig også fungerer som hjælp i databearbejdningen til at finde gennemgående temaer i interviewene, samt skabe overblik over emnefeltet. Den væsentligste opgave for teorien er at bringe orden i virkelighedens kaotiske verden, som den præsenteres af de ni informanter (Andersen 2010:74).

Annika Agger og Dorthe Hedensted Lunds fire forskellige borgerroller i samarbejdsdrevet innovation anvendes til at tydeliggøre, hvilken betydning det har for brugerdreven innovation, når brugeren får en bestemt rolle. Teorien skal fungerer som idealtipe på borgerroller for at kunne karikere væsentlige træk ved virkeligheden. Da rollerne er idealtyper, vil de ikke kunne genfindes i

”ren” form i virkeligheden, hvilket heller ikke er hensigten, idet de skal fungere som ”indgangsnøgler” for at opnå en større forståelse af brugerne som komplekse og sammensatte individer. Samtidig vil teorien også kunne danne basis for sammenligning mellem brugerne, hvor idealtyperne bliver en målestok, som brugerne ligger mere eller mindre langt fra (Andersen 2010:75).

Amitai Etzioni og Peter Krogh Jespersen vil blive brugt i beskrivelsen af sundhedsvæsenet som bureaukrati. I denne sammenhæng vil Etzioni først belyse, hvad ordet bureaukrati betyder for en offentlig organisation som sundhedsvæsenet, mens Jespersen vil konkretisere sundhedsvæsenet nærmere som et professionelt bureaukrati. Ydermere vil Jespersen bidrage til at belyse, hvordan sundhedsvæsenet som bureaukrati påvirker individerne i det, og i særdeleshed brugerne. Hans teori vil i denne sammenhæng også bidrage til, hvordan brugerne kommer i centrum. Slutteligt vil sundhedsvæsenet blive diskuteret som offentlig eller privat organisation i forhold til fordele og ulemper, mens også i forhold til hvilken betydning det har for brugerne. Teorierne fra henholdsvis Etzioni og Jespersen fungerer som supplerende forklaringer i forhold til fortolkning af sundhedsvæsenet som bureaukrati og brugeren i det. Ved at lade teorierne supplere hinanden bliver det muligt at foretage en mere bredspektret analyse af den brugerdrevne innovation i sundhedsvæsenet, idet de fokuserer på forskellige dele af empirien (Andersen 2010:76).

Metodisk vil der være tale om et kvalitativt casestudium, hvor ni brugere er interviewet omkring brugerdreven innovation. Casestudiet er en empirisk undersøgelse, som belyser brugernes perspektiv på brugerdreven innovation inden for det virkelige livs rammer, nærmere bestemt i sundhedsvæsenet. Grænserne mellem fænomenet og den sammenhæng, hvori det indgår, er dog ikke indlysende (Andersen 2010:118). Casestudiet som forskningsdesign fordrer, at forskeren ikke lægger sig fast på en metode eller en type data, men har mulighed for at trække på samtlige teknikker i ét casestudium. Det kræver en åben forskningsstrategi, hvor de primære datakilder ikke er definerede på forhånd, hvis forskeren ønsker at opnå en dybere indsigt i genstandsfeltet (Antoft & Salomonsen 2007:32.) I specialets case er der valgt at lave semistrukturerede interviews med brugere, som har deltaget i projekt PaRIS, som empiriindsamlingsmetode. Fordelen ved at interviewe brugere der har deltaget i et innovationsprojekt er, at de har gjort sig nogle erfaringer og oplevelser, som de vil kunne trække på, når de skal fortælle om deres syn på og holdning til brugerdreven innovation. Det gør det muligt for brugerne på en mere konkret måde, at kunne bidrage med deres perspektiv på et komplekst begreb som brugerdreven innovation qua deres

deltagelse i projekt PaRIS, og vil samtidig bidrage til ny viden på området. Der blev også inddraget sundhedsorganisatoriske dokumenter fra projekt PaRIS, i den indledende research på området. Dokumenterne udgør grundlaget for en forståelse af den organisatoriske kontekst, det offentlige sundhedsvæsen, hvori den brugerdrevne innovation udøves.

Forskningsstrategi

Formålet for forskningsstrategien er, at tydeliggøre målsætningen for og tilgangen til forskningen i specialet, dvs. hvilken rolle teorien og empirien spiller i forhold til hinanden i specialet. Ifølge Yin følger casestudier sin egen forskningslogik, som er opbygget af fem elementer, 1) forskningsspørgsmålet, 2) eventuelle antagelser (forforståelser eller teoretiske antagelser), 3) analyseenhederne i casestudiet, 4) sammenkædning af data til antagelserne og 5) kriterier for at fortolke resultaterne (Yin 2003:21). I specialet var antagelserne både egne forforståelser og teoretisk funderede, da de var konstrueret ud fra von Hippels begreber, samt baseret på den indledende research fra projekt PaRIS, som også anvendte von Hippel. Hans teori gav en ramme for specialet, men forskerens egne forforståelser og indgående kendskab til sundhedsvæsenet fra både praktikperiode og tidligere opgaver, skrevet i samarbejde med somatikken og psykiatrien, påvirkede også specialets fokus og struktur. Den teoretiske ramme har medvirket til at konstruerer casen og tydeliggøre en række a priori antagelser om casens beskaffenhed, men den vil også bidrage til at fortolke og analysere den indsamlede empiri, ligesom andre teorier, der blev inddraget undervejs, som temaer og helheder blev fundet i empirien, også har forklaringskraft i analysen.

Yin taler om fire forskellige idealtypiske kvalitative casestudier: *ateoretiske studier*, *teorifortolkende studier*, *teorigenererende studier* og *teoritestende studier*. Forskellen på disse fire er typisk, hvorvidt deres formål er at generere ny empirisk viden eller ny teoretisk viden og om den videnskabelige tolkning tager afsæt i empirisk viden og data eller i teoretisk viden, se figur 2 (Antoft & Salomonsen 2007:33f).

Figur 2: Hovedtyper af casestudier

	Videnskabelig tolkning har afsæt i empirisk viden og data	Videnskabelig tolkning har afsæt i teoretisk viden
Formål: at generere ny empirisk viden	Ateoretisk casestudie	Teorifortolkende casestudie
Formål: at generere ny teoretisk viden	Teorigenererende casestudie	Teoritestende casestudie

Specialets kvalitative casestudium kan karakteriseres som et eksplorativt og teorifortolkende casestudium, hvor teoriens formål var at bidrage til og nuancere den empiriske indsigt i brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet. Casestudiet tager ikke afsæt i en stringent teoretisk karakter, men har en løsere teoretiserende karakter, hvor fortolkningen i analysen har udgangspunkt i en teoretisk ramme. Teorien fra von Hippel var gennemgående både i interviewguiden og i analysen, mens andet teori fungerede som supplement til de fundne temaer og helheder i empirien, for at højne og nuancere empirien i analysen. Målsætningen for casen var at generere ny empirisk viden med afsæt i allerede etablerede teorier, men der kan finde teoriudvikling sted, hvis nye konklusioner bidrager til, at eksisterende teorier ny- og genfortolkes i lyset af casens empiriske fund. Eksempelvis er Agger og Lunds beskrivelser af borgerroller idealtyper, hvorfor rollerne ikke vil kunne findes blandt brugerne i deres "rene" form, men hvor rollerne modificeres efter brugerne.

Valget af casen er gjort på baggrund af empiri, hvor det var forskerens egne forforståelser og rationale i form af erfaringer og viden om sundhedsvæsenet, der primært resulterede i casens udformning, men hvor teori også havde en betydelig rolle. Teorien spillede en rolle i forhold til betoningen af, hvilke case-elementer der var relevante for specialet, både i interviewguiden, men i særdeleshed i analysen. Teorien spillede den største rolle i den analytiske fase, hvor teorien bidrog til at identificere mønstre i det empiriske materiale, samt danne grundlag for en diskussion om, hvorvidt de fundne mønstre var unikke eller generelle. Ydermere kunne teorien også bidrage til forklaring af casen og sammenhæng i denne. Forskeren var aktiv i forhold til at fortolke den empiriske virkelighed, hvorfor personen ofte har en distanceret rolle i forhold til det empiriske genstandsfelt (Antoft & Salomonsen 2007:39). Forskeren indgik i dialog med brugerne, hvilket gjorde at forskeren kunne bidrage med fortolkning af fænomenet, uden at være socialiseret ind i en given kontekst, og som derfor kunne beskrive og eventuelt forklare fænomenet på en ny, men stadig genkendelige måde (Antoft & Salomonsen 2007:53). Forskeren havde ikke deltaget i projekt PaRIS, hvilket gjorde at personen fungerede som en udenforstående, der søgte svare på brugernes perspektiv omkring brugerdreven innovation og som kunne beskrive og forklare fænomenet på en anden måde, end brugeren eller de professionelle ville have gjort.

Casen var eksplorativ, da der ikke fandtes empiri og viden omkring brugernes perspektiv på brugerdreven innovation, hvilket betød, at forskeren ikke kunne anvende eksisterende teori, til beskrivelse af fænomenet, hvorfor inddragelse af relevant teori, var central i analysen af empirien. Casen har været overvejende induktiv, da empirien har været det centrale i specialet, men hvor

eksisterende teori omkring brugerdriven innovation, har givet en referenceramme for både interviewguiden og fortolkningen af analysen.

The paradox of theory is that at the same time it tells us where to look, it can keep us from seeing.

D. Vaughan (Andersen 1997: 131)

Dette teori paradoks forsøgs mindsket ved at lade teorien delvist danne rammen for casen både i fortolkningen af analysen og i udviklingen af interviewguiden, hvor det semistrukturerede kvalitative interview samtidig gør det muligt, at indfange andre vinkler end den teorien tager. Der er således en åbenhed for at anvende andre teorier, der viser sig at være relevante i analysen, når interviewguiden både var lavet på teori og forskerens antagelser. På denne måde ”forblindes” forskeren heller ikke af teorien, da al teori ikke gives på forhånd, men den giver en retning for casens fokus.

Casen er ikke en case i ”klassisk” forstand, hvor en organisation udgør velafgrænsede rammer, da kernen i casen udgøres af ni brugere. Brugernes beskrivelser af brugerdriven innovation i sundhedsvæsenet skal ses som et eksempel og ikke som resultater, der direkte kan overføres til alle andre brugere. Dette gør også, at der ikke kan tale om kvantitativ generalisering, men at der vil være tale om træk og tendenser med udgangspunkt i kontekstens konkrete forhold. Specialet skal ses som en del af en større vidensakkumulation, hvor forskellige projekter vil belyse forskellige aspekter af brugerdriven innovation i sundhedsvæsenet. Det teorifortolkende casestudie giver mulighed for, at forskeren med den teoretiske ramme kan diskutere generaliserbarheden af ens case, også kaldet *analytisk generalisering*, hvor generaliseringerne tager afsæt i analytiske overvejelser om casens karakter, set i forhold til den teoretiske ramme (Antoft & Salomonsen 2007:39). Specialets single casestudium tager ligeledes afsæt i de ni interviews og søger ud fra udvalgt teorier, som primært blev fundet under databearbejdning, at finde analytiske generaliseringer i empirien. Denne form for generalisering er dog ikke det samme som statistisk generalisering, der fokuserer på størrelse og intern variation i samplet (Yin 2003:32). En nærmere uddybning af den analytiske generalisering i forhold til specialet vil være at finde i afsnittet *Vurdering af specialet*.

Det teoretisk fortolkende casestudie åbner op for en mere bevidst holdning til flertydighed i afgrænsning og tolkning, og alternative tilnærmelser vil prøves. Samtidig lægges der vægt på den eller de perspektiver, som teoretisk bedst kan belyse de empiriske spørgsmål, forskeren ønsker

besvaret – brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet (Andersen 1997:127). Kvalitative metoder er ofte mere sensitive overfor den kompleksitet, som det empiriske genstandsfelt rummer, hvorfor casestudier ofte kan bidrage til identifikation af grænsebetingelser for en given teoris gyldighedsområde, hvilket også vil komme til udtryk i analysen (Antoft & Salomonsen 2007:43). Casestudiet vurderes i forhold til de valgte perspektivers relevans og præcision, hvor teorien delvist tages for givet, men hvor den vil kunne blive modificeret undervejs eller der vil blive anvendt andre teorier, hvis det vurderes relevant.

To problematikker er vigtige at holde sig for øje i arbejdet med det teorifortolkende casestudium. For det første; *"hvad casen er en case af?"*, dvs. at det empiriske materiale kan fortolkes ud fra forskellige teorier og at det har en betydning for casens fokus, hvilke teorier der vælges (Antoft & Salomonsen 2007:41). Specialets case som er brugeres perspektiv på brugerdreven innovation ud fra empirien, de ni interviews, er fortolket ud fra en teoretisk ramme, som både indbefatter Eric von Hippels definition af brugerdreven innovation og hans lead user fænomen, Annika Agger og Dorthe Hedensted Lunds definition af brugerroller og sundhedsvæsenet som fagprofessionelt bureaukrati af både Amitai Etzioni og Peter Kragh Jespersen. Der er således anvendt forskellige teorier, som kan organisere størstedelen af den indsamlede empiri, ud fra helheder og tendenser i empirien. Samtidig anses det som en fordel at problemstillingen, som omhandler fænomener på mikro- og mesoniveau, også tolkes med afsæt i teorier, der bevæger sig på samme niveau. Problemstillingen på et niveau, kan dog sagtens perspektiveres og fortolkes på et andet niveau (Ibid).

Casen er udvalgt på baggrund af en interesse for brugerdreven innovation og af praktiske årsager, hvor det viste sig muligt at få adgang til brugere som havde deltaget i et brugerdrevent innovationsprojekt - projekt PaRIS. Casen er ikke udvalgt med det strategiske formål, at den skal være generel repræsentativ, men ud fra at casen illustrere problemstillingen, brugernes perspektiv på brugerdreven innovation ud fra deres erfaringer og oplevelser med projekt PaRIS. Casen kan dog sagtens vise sig at være delvis repræsentativ på området, hvilket vil bidrage til et udforsket område indenfor brugerdreven innovation, hvilket gør rationalet for casen afslørende (Yin 2003:42).

Metodiske overvejelser

I dette afsnit diskuteres, argumenteres og kortlægges refleksionerne bag de metodiske valg, da det har betydning for både opbygningen og forståelsen af specialet. De metodiske valg og fravalg fortæller meget om forskerens forståelse af felten og har således stor betydning for den måde,

hvorpå empirien er indsamlet, samt den videre bearbejdning og fortolkning af empirien. Den primære metode til generering af empiri er det kvalitative interview, hvor metodens anvendelse i specialet vil blive argumenteret og gennemgået. Ydermere vil der være en beskrivelse af den anvendte fremgangsmåde i forhold til at få adgang til feltet, udvælgelse og rekruttering af informanter, interviewguiden, afholdelse og transskription af interviewene. Slutteligt vil de etiske og moralske overvejelser fremgå.

Arbejdsprocessen har været kendetegnet ved en eksplorativ tilgang, defineret ved en undersøgende og åben tilgang til de kvalitative interviews, idet det ikke har været muligt, at finde ret meget litteratur på området, brugere om brugerdreven innovation. Projektet er meget induktivt, da der tages udgangspunkt i empirien, dvs. interviewene, og ud fra disse findes temaer og helheder. Citaterne fra interviewene har en betydelig status i analysen, hvor informanternes udsagn gengives loyalt og fungerer som illustrative eksempler i samspil med teorien. Det deduktive element ligger i, at relevante teorier inddrages op imod empirien, for at højne empiriens forklaringskraft, hvorfor teori og empiri supplerer hinanden, ved at blive diskuteret op imod hverandre. Projektet bygger på et empirisk studie af, brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, i forhold til et projekt PaRIS på Odense Universitetshospital, hvorfor det kvalitative interview har været at foretrække.

Det kvalitative interview

Størstedelen af empirien i specialet er genereret gennem semistrukturerede kvalitative interviews med brugere der har deltaget i det brugerdrevne innovationsprojekt PaRIS. Steiner Kvale definerer det kvalitative interview som:

“... et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener.”

(Kvale 1997:19)

Det betyder for specialet, at de kvalitative interviews med brugerne kan bibringe viden om deres erfaringer og holdninger i forhold til et udsnit af deres livsverden, som omhandler brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, konkretiseret igennem deres deltagelse i projekt PaRIS. Dette

metodevalg gør, at brugernes holdninger og erfaringer kan indfanges i et afgrænset område, da informanterne får rig mulighed for frit at fortælle om deres holdninger, og ikke begrænses af eksempelvis forhåndsdefinerede svarkategorier i spørgeskemaer eller ikke kommer til orde som ved f.eks. dokumentstudier.

I forhold til indsamling af empiri, er der lavet semistrukturerede interviews for at få et detaljeret og dybdegående billede af brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet. Intentionen er således at få en forståelse og forklaring af fænomenet, både på baggrund af brugernes konkrete erfaringer med projekt PaRIS, men også i forhold til en mere overordnet forståelse. Dette gøres bedst, ved at anvende semistruktureret kvalitativt interview, som har nogle temaer, der skal afdækkes, samtidig med at der er en åbenhed overfor ændringer af spørgsmålene, således at de svar og historier respondenterne giver kan forfølges. Dataindsamlingen i casestudiet er krævende for forskeren, da det kræves, at forskeren formår at udnytte de uforudsete muligheder, i stedet for at lade sig fange af dem og udøve forsigtighed overfor potentielle bias procedurer (Yin 2003:83). Disse uforudsete muligheder ønskedes udnyttede, ved at have en delvist åben interviewform, der gav plads til ændringer undervejs og medførte at dialogen blev styret af respondentens tankegang. Dette skaber en mulighed for at komme ud over interviewguiden, idet respondenterne kan komme med relevante og interessante betragtninger, forsker ikke har taget højde for i udarbejdelsen af interviewguiden. Samtidig skulle det også gerne skabe en afslappet atmosfære, hvor interviewet fik karakter af en almindelig samtale (Kvale 1997:129).

Der er tale om et kvalitativt casestudium, hvor ni brugere blev interviewet omkring deres perspektiv på og erfaringer fra brugerdreven innovation. Alle ni respondenter har deltaget i det samme brugerdrevne innovationsprojekt fra Odense Universitetshospital – projekt PaRIS, hvilket har været en fordel, når de skulle forholde sig mere reflektivt til brugerdreven innovation, idet de kunne bruge deres erfaringer og oplevelser fra projektet.

Allerede fra specialets begyndelse forekom det klart, at det ville være et kvalitativt casestudium, men det var på det tidspunkt endnu uklart, hvorvidt det ville være muligt at kunne lave fokusgruppe- eller enkeltinterviews. Valget blev enkeltinterviews grundet praktisk planlægning, da de var hurtigere og nemmere at udføre, grundet tidspres for indsamling af empiri, både pga. specialets tidshorisont og personlige hensyn - graviditet.

Forskeren havde på forhånd et stort kendskab til sundhedsvæsenet både fra andre projekter, som var lavet tidligere i uddannelsen³ og fra praktikperioden i Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Dette betød også, at forskeren på forhånd havde en række forforståelser, fordomme og erfaringer, som ville have betydning for måden, hvorpå forskeren forstår og arbejder med problemstillingen i specialet. Det forudsættes, at forskeren ikke kan undersøge et genstandsfelt fuldstændig objektivt, men at subjektive holdninger vil påvirke og måske også komme til udtryk i projektet. Den indsamlede empiri vil blive fortolket ud fra teori, der vurderes relevant i specialet, hvilket betyder at virkeligheden bliver afhængig af den teori kontekst forskeren finder essentiel til at belyse problemformuleringen. Empirien har dog også bidraget til ny indsigt og viden, som har ændret forskeren virkelighedsopfattelse af området, hvilket har bidraget til nytænkning af anden teori i forklaringen af området.

Adgang til feltet

Det viste sig at være en fordel, at forskeren havde arbejdet med sundhedsvæsenet før, både fordi forskeren på forhånd havde kendskab til feltet i forhold til udarbejdelse af forskningsprocessen, men også fordi det delvist lettede adgangen til feltet. Den primære grund til adgangen skyldtes dog netværk, som gav forskeren acces til gatekeeperen på projekt PaRIS.

Forskeren havde før arbejdet med projekt PaRIS fra Odense Universitetshospital i et tidligere projekt omkring patientinddragelse, hvilket gjorde at forskeren på forhånd kendte til projektet og også havde deltaget i projektets afslutningskonference d. 17. maj 2011. Forskeren havde således allerede der, etableret en kontakt til den projektansvarlige for projekt PaRIS, som blev kontaktet igen i specialet. Forskeren fik adgang til respondenterne efter flere samtaler, både telefonisk og pr. mail, med gatekeeperen og projektleder af PaRIS, Mette Møllerup, som indvilligede i, at sende et brev eller mail ud på forskeren vegne til elleve udvalgte deltagere fra projektet jf. bilag 1, *Brev til brugerne*.

Rekrutteringen af informanterne kan mindske kvaliteten i specialet, selvom det blev søgte begrænset i forskningsprocessen. Dette skyldtes, at det var gatekeeperen, der havde udvalgt informanterne, som personen vurderede relevante for specialet. Problemet ved dette kan være, at

³ Jeg har lavet to projekter om sundhedsvæsenet. En i samarbejde med Region Syddanmark i 2011: *Den Danske Kvalitetsmodel i et forandringsperspektiv*, og et andet om psykiatrien også i 2011: *Når sygeplejersker ser på problemer og muligheder for patientinddragelse i psykiatrien*.

gatekeeperen udvalgte informanter, som var særligt positive eller negative omkring projekt PaRIS, hvilket ville have givet bias i datamaterialet. Informanterne vurderes dog ikke at have en ensidig holdning til brugerdreven innovation, og de samme mønstre genfindes på tværs af interviewene, selvom der også forekommer variationer. Rekrutteringsmetoden vurderes derfor ikke, at have bias i forhold til datamaterialet.

Udvælgelse og rekruttering af respondenter

Indledningsvist i specialet var det en forudsætning for valg af respondenter, at de havde en holdning til brugerdreven innovation, samtidig med at forskeren ønskede deltagelse fra ”svage” brugere, forstået på den måde, at de var underrepræsenteret, når det kom til at blive hørt, i forhold til andre brugere. Det blev dog hurtigt åbenlyst, at brugere uden erfaringer fra et brugerdrevent innovationsprojekt, skulle forholde sig meget reflektivt og analytisk, måske ligefrem filosofisk til begrebet, hvilket forskeren vurderede, ville have forekommet dem både uoverskueligt og diffust, hvorfor det blev valgt, at respondenterne skulle have deltaget i et brugerdrevent innovationsprojekt, så de kunne anvende deres erfaringer. Udvælgelsen af informanterne var således betinget af, at de havde erfaring med et brugerdrevent innovationsprojekt, for at kunne deltage, og samtidig var det en fordel, at alle informanterne havde deltaget i det samme projekt, da der så blev forsket i den samme kontekst. Ydermere ville det have været for tidskrævende og besværligt, at skulle have sat sig ind i flere innovationsprojekter, når forskeren ikke har deltaget i projekterne. Samtidig viste det sig også at være en god ide, at bruge brugere som havde deltaget i et forskningsprojekt og ikke bare lade dem forholde sig til brugerdreven innovation på et mere abstrakt plan, da dette synes svært for flere af dem. F.eks. gav flere af dem udtryk for, at de synes spørgsmålet omkring hvad de tænker, når de hører ordet brugerdreven innovation, jf. *Interviewguiden*, bilag 2, umiddelbart forekom svært. De formåede dog alle at besvare det, når spørgsmålet blev uddybet.

Der forekom en naturlig afgrænsning af valget af informanterne, hvor ønsket om at den ”svage” bruger skulle have en stemme, blev erstattet af, at give brugeren en stemme i det hele taget. Udfordringen var at finde respondenter som havde deltaget i innovationsprojekter i sundhedsvæsenet, både fordi der endnu ikke findes mange projekter af denne art, men også fordi forskeren fra tidligere erfaring vidste, at det ville blive svært at få kontakt til brugerne, da sygehusene forståeligt nok ofte ”beskytter” dem godt. Det viser sig ofte afgørende, at have en gatekeeper, der kan medvirke til access af respondenter, som beskrevet tidligere jf. *adgang til feltet*.

Gatekeeperen havde udvalgt brugerne og personen fortalte at de var udvalgte superbrugere, fordi de alle havde deltaget i flere workshops og derfor havde en del erfaring fra projektet. Af de elleve deltagere opnåedes kontakt til de ti, og der blev lavet aftale om interview med ni af dem, hvilket vurderedes at være et passende antal informanter. Tilgangen til kontaktskabelsen samt udvælgelsen af informanter har således i høj grad været betinget af, hvad der har været muligt, en tilgang der også kaldes *convenience sampling* (Bryman 2004:100). Problemet med denne tilgang kan være, at de valgte informanter muligvis ikke udgør en repræsentativ gruppe af brugere. Dette er et punkt der altid vil kunne stilles spørgsmålstegn ved i interviewundersøgelser, eftersom de personer der indvilliger i at deltage i en interviewundersøgelse også meget vel kan afvige på flere forskellige punkter fra personer, som ikke ønsker at deltage. I vurderingen af de resultater som frembringes i dette speciale, er det nødvendigt, at tage højde for spørgsmålet om repræsentativitet og generaliserbarhed, som også er en diskussion omkring resultaternes anvendelighed, hvilket vil blive diskuteret nærmere i afsnittet, *Kvalitetsvurdering af specialet*.

Udarbejdelse af interviewguide

Indsamlingen af empiri blev søgt at være så åben som mulig, ved at interviewguiden ikke fungerede som en ”a til z guide”, men mere som en bred tragt med mulige samtaleemner, der blev disponeret efter informanternes engagement. Formålet med den udarbejdede interviewguide var, at holde samtalen flydende og motivere respondenterne til at tale frit om sine tanker, følelser og oplevelser omkring brugerdreven innovation. Alle respondenterne modtog interviewguiden før interviewet, således at de havde mulighed for at forberede sig til interviewet og få en fornemmelse af, hvad interviewet indebar jf. bilag 2. En af informanterne havde dog forvekslet datoen, for hvornår interviewet skulle afholdes, hvorfor personen ikke havde nået at kigget ordentligt på spørgsmålene, hvilket blev løst ved, at personen fik lov til at kigge på spørgsmålene inden interviewet gik i gang. Det betød dog, at personen holdt sig mere til spørgsmålene end de andre havde gjort. Det vurderedes, at alle respondenterne havde nået at kigge på spørgsmålene, hvor nogle havde forberedt sig mere end andre.

Nogle temaer i interviewguiden var genereret af egne antagelser og forforståelse, hvor forskeren spurgte til bestemte forhold, og dermed producerede data, som har rod i egne forforståelser. I udarbejdelsen af interviewguiden blev der også gjort brug af teori af Eric von Hippel omkring brugerdreven innovation både i forhold forståelse af kompleksiteten i begrebet og de forskellige

måder, hvorpå man kan arbejde med det. For at modvirke forforståelsers dominans, stillede forskeren åbne spørgsmål og gjorde det samtidig muligt for informanterne at kunne sætte deres tanker og holdninger på dagsordenen. Denne åbenhed overfor informanternes holdninger og meninger, gjorde også den analytiske forståelse bredere, når den ikke var styret af egne eller teoretiske forforståelser. Det har været vigtigt at have en åben tilgang til genstandsfeltet, idet der ikke er et endegyldigt facit for, hvordan brugerne betragter brugerdreven innovation, og forskeren derfor havde mulighed for at inddrage de nuancer og vinkler i interviewene, som denne ikke selv havde taget højde for i udarbejdelsen af interviewguiden.

Afholdelse af interviews

Alle interviewene, undtagen et, blev foretaget i respondenternes egne hjem, hvilket både skyldtes at det praktisk var nemmest og fordi størstedelen af informanterne valgte denne løsning, da det forekom lettest for dem. Omgivelserne kan have indvirkning på resultatet af undersøgelsen, hvorfor det vurderes at være en fordel, at det foregik i brugerens eget hjem, som var trygge og velkendte rammer, så respondenterne har kunnet tale mere frit om tanker og følelser (Kvale 1997:145).

Der var dog et som blev foretaget i den forening, som brugeren var frivillig i, da det rent praktisk var nemmest, både for respondenterne og interviewer. Set i bagklogskabens lys, ville det måske have været bedre, at have interviewet personen derhjemme, da respondenterne havde en tendens til at fortælle og sammenligne rigtig meget med den forening som personen var frivillig i. Dette kunne måske have været undgået, hvis interviewet var foregået hos respondenterne selv og ikke i foreningen.

Informanterne havde alle modtaget en mail fra gatekeeperen, hvori der havde stået en kort præsentation af specialet og hvad forskeren rent praktisk forventede omkring interviewet, jf. bilag 1. Specialet blev derfor præsenteret ganske kort inden interviewene startede, da informanterne på forhånd var bekendte med formålet. Derefter indledtes interviewene med at lade dem fortælle om sig selv og deres sygdomsforløb. Det var vigtigt, at tydeliggøre spillereglerne i interviewene, samtidig med at der var en afslappet og fortrolig stemning. Relationen mellem interviewer og informant er ikke ligeværdig, da forskningsinterviewet er en styret samtale, hvorfor det var vigtigt at få informanten til at føle sig tryk og ikke som en slags eksaminand, der udspørges på kryds og tværs (Andersen m.fl. 1992: 203). Ingen af informanterne har dog virket tilbageholdende, hvorfor det vurderes, at de har følt sig tryk ved situationen. Interviewene tog typisk mellem 40-70

minutter og informanterne har alle kunnet tale om temaerne fra interviewguiden. Forskeren søgte at bevare en åben og nysgerrig rolle for legitimt at kunne stille opfølgende spørgsmål, bede om uddybninger, eksempler etc.

Transskription

Interviewene er transskriberet i deres fulde længde, hvor pauser, grin, indforstået snak og lignende elementer kun er blevet transskriberet, hvis det vurderedes at have indflydelse på forståelsen f.eks. ved brug af ironi eller sarkasme, lange pauser mv. Informanterne havde ikke ønsket at kommentere og rette i interviewene af dem, dette kunne ellers have højnet informantvaliditeten (Bryman 2004:274).

Etiske og moralske overvejelser

De etiske overvejelser omkring potentielle konsekvenser for brugerne vil blive fremhævet og diskuteret, da det har været vigtigt, at formidle resultaterne på en konstruktiv måde, hvor informanterne eller institutionen som de omtaler ikke udstilles eller at der dannes grobund for konflikt mellem parterne. Flere af brugerne og sygehuset har stadig et samarbejde omkring brugernes behandling, hvorfor forskeren ikke har nogen interesse i, at skabe miskredit mellem parterne. Samtidig har det ikke været relevant, hvem brugeren var som individ, men hvordan de var i kraft af deres rolle som patient, hvorfor de alle er blevet anonymiseret. Det er dog alligevel muligt, at brugerne vil være identificerbare for medarbejdere eller andre brugere der deltog i projekt PaRIS, selvom de blev anonymiseret og således ikke fremgår med navn. Brugere er blevet informeret om disse vilkår, og alle indvilliget i dette. I denne sammenhæng var der også en del overvejelser om, hvorvidt brugerne skulle tilbydes muligheden for at korrigere og fjerne eventuelle udtalelser fra interviewet, hvis de følte sig fejlciterede eller misforståede, hvorfor de blev tilbudt et referat af samtalen til godkendelse, hvis det havde interesse. Dette valgte ingen af dem dog at gøre, til gengæld ønskede næsten alle at modtage specialet, når det var færdigt, hvilket de også var blevet tilbudt.

Kapitel 3

Teoretisk ramme

Dette afsnit har til formål kort at præsentere og argumentere for valget af de teorier, som anvendes i analysen. Det er blevet fravalgt, at beskrive teorierne i deres helhed i teoriafsnittet, men de vil i stedet blive appliceret direkte i analysen, der hvor de vurderes relevant. Grunden til dette valg er, at der skabes et bedre flow igennem specialet, når empirien og teorien samspiller, i stedet for den traditionelle opdeling, hvor teorien først beskrives, for derefter at blive anvendt i analysen.

Den første teoretiker der anvendes er, Eric von Hippel og hans teori omkring brugerdriven innovation, da han var en af de første til at beskrive og udforske fænomenet, igennem identifikationen af kilderne til innovation og udviklingen af konceptet lead users. Ydermere er han stadig meget anvendt i arbejdet med brugerdriven innovation og han anvendes også i projekt PaRIS, hvorfor han også vurderes relevant og anvendelig i denne sammenhæng. Von Hippel nuancerer og kritiserer det traditionelle syn på innovation, som virksomheder typisk besidder, hvor producenten selv udvikler nye produkter, som de mener, dækker brugerens behov eller laver undersøgelser, der afdækker kundens adfærd. Han mener i stedet for, at virksomheden skal åbne op for en demokratisering af innovationen, dvs. *let lead users lead*. Von Hippels pointe er, at virksomhederne endnu ikke anvender potentialet i brugernes viden, som ellers er en guldgrube for dem, da brugerne pga. den globaliserede internetverden efterhånden står for en del innovation. Lead users vurderes i særdeleshed som attraktive for virksomhederne, da de er fremtidens mainstream, hvor deres behov ofte også bliver de andre brugeres behov. Lead users incitament for innovationen er, at de kan udvikle præcis de produkter, der matcher deres behov, dvs. de nyder direkte godt af innovationen. Jeg vil derfor både se på, hvad brugerne associerer med brugerdriven innovation og hvordan lead user begrebet, passer på projekt PaRIS' brugere, om de virkelig er lead users eller om begrebet bør modificeres. Von Hippels teori vil bidrage til at diskutere begrebet brugerdriven innovation med en teoretisk vinkel, i forhold til brugernes mere praktiske perspektiv på fænomenet. Teorien skal bidrage til at højne og nuancere anskuelse på begrebet, så empirien ikke kommer til at stå alene.

Annika Agger og Dorthe Hedensted Lunds fire borgerroller anvendes også i beskrivelsen af innovationsprocessen i forhold til projekt PaRIS. De opstiller fire idealtyper: *borgeren som klient*, *borgeren som kunde*, *borgeren som medproducent* og *borgeren som innovatør*, i forhold til de roller

borgeren kan have i innovationsprocesser. Da der er tale om idealtyper, er det tænkeligt, at flere roller vil kunne forefinde samtidigt og at nogle roller vil være mere udpræget i projekt PaRIS end andre. Samtidig illustrerer disse roller meget godt, den betydning rollen har for måden, hvorpå man innoverer.

”*No size fits alle*” problematiserer meget godt, at det ikke er muligt at finde en universel måde, at inddrage brugerne på, da de ikke er ens, og at det har betydning, hvilken vej man vælger i forhold til innovationsprocessen. De metoder og involveringsteknikker, som udvælges i inddragelse af brugerne rammer forskellige målgrupper, hvilket er vigtigt at være opmærksom på. Det bliver også meget tydeligt i beskrivelsen af rollerne, at man skal være opmærksom på de fordele og ulemper som rollerne hver især medfører, da f.eks. klient- og kunderollen ikke frigør brugernes ressourcer og viden tilstrækkelig, men hvor det er fagprofessionelle som primært skaber innovationen. Omvendt kan eksempelvis medproducentrollen begrænse dialogen til de stærke brugere, hvilket kan mindske chancerne for nye ideer og perspektiver, hvis ikke andre typer brugere inddrages (Agger & Lund 2011:190ff). Det er derfor også vigtigt at gøre sig klart, hvad formålet med innovationsprocessen er og hvad der vindes og går tabt, ved valget af brugerens rolle. Denne problematik vil også blive belyst og diskuteret i analysen i forhold til projekt PaRIS.

Amitai Etzioni og Peter Kragh Jespersen bidrager med teori omkring organisationen som bureaukrati og den betydning dette har for mennesket i organisationen. Ordet organisation har mange synonymer og et af dem er bureaukrati, som har to ulemper. For det første associeres bureaukrati ofte negativt for lægmænd, mens organisation anses som mere neutralt. Ydermere indebærer bureaukrati, at den sociale enhed som der henvises til, er organiseret efter de kriterier, som Max Weber specificerede for bureaukratier, mens mange organisationer ikke er bureaukratier i teknisk forstand, f.eks. har bureaukratiet pr. definition kun ét beslutningstagende center, mens hospitaler har mange (Etzioni 1972:10). Det vil derfor blive belyst, hvad bureaukrati er for en størrelse i forhold til konteksten sundhedsvæsenet, både i forhold til sygehusene som organisation, men også i forhold til individerne i organisationen. I denne sammenhæng vil det også blive diskuteret, hvorvidt sundhedsvæsenets mål fungerer som herre eller tjener i brugernes optik. Ydermere vil teorien omkring bureaukrati også bidrage til indsigt omkring den påvirkning bureaukrati udøver på mennesket og omvendt, primært i forhold til brugerne, men også i forhold til de sundhedsprofessionelle. Slutteligt sundhedsvæsenet som en offentlig eller privat organisation blive diskuteret, i forhold til det som Etzioni også beskriver som adskillelsen af forbrug og kontrol.

I denne sammenhæng vil det også blive analyseret, hvilke fordele og ulemper brugerne ser ved at betragte sundhedsvæsenet som privat eller offentligt, og hvordan brugerne mener, at deres behov bedst opfyldes.

Kapitel 4

Analysestrategi

Analysestrategien har det formål, at give læseren en forståelse og et indblik i den måde analysen er opbygget på. Dette skal være med til at gøre den analytiske proces mere forståelig og samtidig give læseren mulighed for, at få et samlet overblik over analysen og de resultater, som den når frem til. Analysestrategien vil derfor også klargøre, hvordan analysen af den indledende empiri er struktureret og grebet an. Afsnittet vil beskrive, hvordan empirien er blevet behandlet og koblet sammen med den valgte teoretiske ramme for at besvare specialets problemformulering.

Udfordringen i analysen er at begrebsliggøre de induktivt generede empiriske temaer, hvilket teorierne delvist bidrager med, ved at systematisere og perspektivere de empiriske fund. Teorien kan koble de empiriske temaer, skabe en bredere forståelse for de enkelte tilfælde og gør det muligt at diskutere empirien ved at spille den op ad teorierne. Forskningsstrategien er teoretisk fortolkende, hvilket stemmer meget godt overens med, at nogle af de videnskabelige fortolkninger af empirien tager afsæt i den opstillede teoretiske ramme. Udforskningen af data bar dog også præg af, at det teoretiske udgangspunkt var uforarbejdet, hvorfor empirien blev tildelt en dominerende rolle i søgeprocessen efter overordnede temaer og helheder (Andersen m.fl. 1992:222). Citaterne fra interviewene tildeles ligeledes en betydelig status i analysen, hvor informanternes udsagn er loyalt gengivet og fungerer som illustrative eksempler i samspil med teoretiske forklaringer.

Det at nogle af de videnskabelige fortolkninger også byggede på egne forhåndsantagelser og var af mere induktiv art, skabte en bedre forbindelse mellem empiri og teori, samt udvidede forståelsen af de empiriske fund. Empirien blev både gennemlæst åbent og delvist fokuseret, hvilket gjorde at der skete en selektion af empirien. På trods af, at der arbejdes med hele datamaterialet, vil der aldrig kunne findes en analytisk ramme, der indfanger totaliteten af empirien (Andersen m.fl. 1992:223).

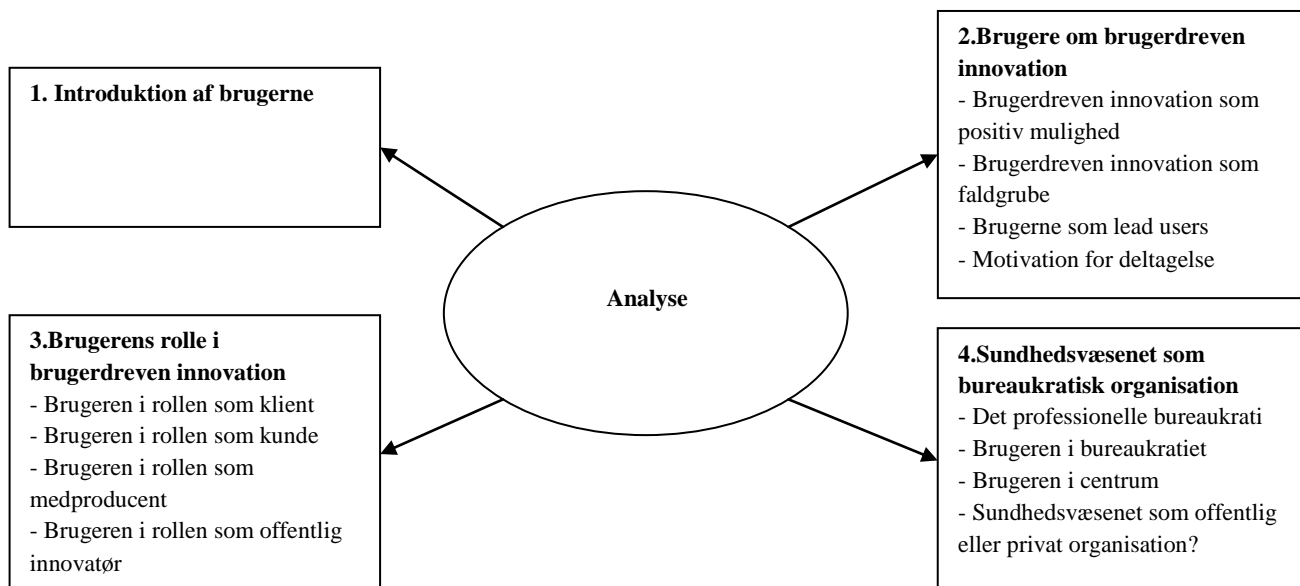
Forskeren søgte både at bevare en åben og eksplorativ tilgang til analysen, hvilket både har udfordret forforståelse og revideret nogle af de anvendte teorier. Samtidig understøtter den eksplorative tilgang også casestudiets forcer, hvor muligheden for at modificere og skærpe casekonstruktionen, som forskningsprocessen skrider frem og viden om casen udvides (Andersen m.fl. 1992:156). Den eksplorative tilgang kommer til udtryk gennem kodningen af de transskriberede interviews og i interviewguiden. Kodningen er foregået i

databehandlingsprogrammet til kvalitative data Nvivo, hvor alt indsamlet empiri indledningsvist blev kodet efter teoretiske begreber og forhåndsantagelser, samt efter kodninger emergeret efter en mere intuitiv forståelse af empirien.

Indledningsvist blev koderne gennemgået og præciseret, hvor nogle koder blev samlet under et overordnet begreb, andre opdelt og mulige sammenhæng mellem koderne blev søgt identificeret. Mønstrene i empirien blev søgt identificeret for at kunne indfange de centrale tematikker og helheder for besvarelse af problemformuleringen, samt relevante tematikker og helheder opstået på baggrund af den eksplorative tilgang. Processen betegner mønsterdannelsen i analysen, hvor de overordnede mønstre eller temaer i analysen skabes (Andersen m.fl. 1992:218ff). Denne proces er også det Yin betegner *pattern matching*, som er det fjerde element i casestudiets forskningslogik. Pattern matching gør, at empirien sammenkædes til de forhåndsantagelser, både teoretiske og empiriske, som dannede baggrunden for problemformuleringen (Yin 2003:116).

Det er en vanskelig definerbar proces at skabe det overordnede tema, da det ofte ikke følger en logisk opskrift. Erkendelsesprocessen, hvor forskeren får det lysende indfald eller knækker koden og ser en samlet tematik for sig kan ske pludseligt, når forskeren mindst venter det (Andersen m.fl. 1992:218f). Analysen afspejles i teorier omkring brugerdreven innovation, brugernes rolle og bureaukratiet, som er illustreret i figur 3.

Figur 3: Analysen



Temaet i specialet underbygges ved, at variationen i empirien indfanges så meget som muligt uden at reducere de empiriske variationer betydeligt. Underbygningen af de overordnede temaer forgår

gennem mønsterudfyldelse, som sammenlignes med at lægge puslespil, hvor brikker dog ikke er klart definerede, men genereres på basis af data fra feltet og teoretiske værker (Andersen m.fl. 1992: 229). Mønsterdannelsen og mønsterudfyldelse sker igennem en teoretisk fortolkning af brugernes udsagn og de fundne koder, for at kunne højne de videnskabelige fortolknings niveau, ved at belyse mønstre og tendenser på tværs af informanterne, i stedet for at fokusere på informanternes unikke udsagn. Dette gør det muligt, at uddrage en delmængde af datas mangfoldighed og subjektivitet, der kan tages som udtryk for brugernes meningsdannelse omkring brugerdriven innovation. Informanternes udsagn blev tolket som udtryk for synspunkter tilhørende rolletypen patient i forhold til eksempelvis læger og sygeplejersker, og for den rolleposition brugeren havde, både i forhold til den brugerdrivne innovation, men også i forhold til organisationen, hvori den brugerdrivne innovation havde foregået. Dette skulle også gøre, at informanternes udsagn og fortolkninger ikke overtages ukritisk, da de er udtryk for den enkelte informants subjektive fortolkninger, som er afhængige af informantens position, baggrund og skjulte og bevidste interesser i det udforskede felt (Andersen m.fl. 1992: 224).

I analysen vil citater og uddrag fra interviewene blive gengivet loyalt og de vil blive anvendt som illustrative eksempler på en generel tendens i empirien. Der vil dog også forekomme citater, som er udtryk for en enkelt eller få informanternes holdning, hvilket også vil fremgå klart i citatet. Informanterne vil blive refereret til som bruger eller det informant bogstav, som interviewet har.

På grund af forskerens kendskab til sundhedsvæsenet har det været centralt i kodningen og analysearbejdet, at egne forhåndsantagelser blev udfordret og at forskeren ikke negligerede udsagn fra informanterne, som modbeviste egne antagelser. Det centrale i projektet var brugernes oplevelser og holdninger til brugerdriven innovation, hvorfor disse beskrives i analysen, men hvor forskeren diskuterer og problematiserer de områder, som findes ensidige eller hvor forskeren er uenig. Dette vil også kunne kvalitetssikre analysen, når modanskuelser, som konkurrerende forklaringer og fortolkninger manifesteres i analysen (Yin 2003:118).

Analysestrategien skulle vise, hvordan analysen af empirien er foregået og som beskrevet har analyseprocessen ikke været en lineær proces, men er foregået som en vekselvirkning mellem udforskning af empiri, mønsterdannelse, mønsterudfyldelse og teoretisk fordybelse. Analyseprocessen var kendetegnet som et puslespil med flere løsningsmodeller, hvor det overordnede billede var ukendt og kunne tage forskellige retninger, da flere af koderne fra Nvivo overlappede og kunne placeres under forskellige temaer i analysen. Fordybelse og faglig kvalificeret vejledning har dog bidraget til afklaring, hvor et overordnet billede og temaer tog form.

Kapitel 5 Analyse

Introduktion af patienterne

I dette afsnit vil de ni informanter kort blive præsenteret, således at læseren får et indtryk af, hvad det er for nogle brugere, man har med at gøre. Der vil blive redegjort for informanterne og deres sygdomsforløb, for at kunne vise både ligheder og forskelle i informantgruppen. Dette vil også give et indblik i den enkelte bruger som person, som vil kunne tænkes at give forklaringskraft i de andre analyse afsnit.

Respondent A

Respondenten er 63 år og deltog i projekt PaRIS pga. det kræftforløb A havde haft. A havde læst om projektet i en avisannonce, og tilmeldte sig efter at have læst om det (Interview A: 1). Brugeren oplevede sit sygdomsforløb som særlig voldsomt, hvor A havde følt sig svigtet af systemet, ikke havde følte sig taget alvorligt, da personen henvendte sig med brystgener og hvor informationen både havde været mangelfuld og var gået tabt. Informant A beskriver sin behandling som: *".. Altså at den behandling jeg fik, det var at man tog noget fra mig"* (Interview A: 2). Hele sygdoms- og behandlingsforløbet opleves således meget negativt og er for A et skrækbillede på, hvor slemt det kan gå og at det er med livet som indsatsen, hvis man som bruger er for tillidsfuld. Undervejs i interviewet er det også flere gange tydeligt, at det påvirker respondenteren psykisk, at skulle forholde sig til sit forløb igen, hvilket A også selv giver udtryk for, og hvor respondenteren beskriver det, man har været igennem som en sorg (Interview A: 3). Forløbet havde både gjort respondenteren bange, da det havde været en rystende oplevelse, men samtidig havde det også resulteret i en vrede på sundhedsvæsenet, over den måde A var blevet behandlet på (Interview A: 9).

Respondent B

Personen er 65 år, havde også læst om projekt PaRIS i en avisannonce og deltog i kraft af sin diabetes (Interview B: 1, 16). Respondent B har dog også haft andre sygdomsforløb på sygehuset, som B beskriver som følgevirkninger efter en hjerneblødning. Brugeren følte, at sygehuset glemte at tage hånd om personen, da B kom hjem efter at have haft en hjerneblødning (Interview B: 1).

Ydermere anser brugeren det som kritisabelt, at sygehuset blot behandler et symptom eller sygdom, som man kommer med, og så sender en hjem igen, hvor man så kan henvende sig forfra igen med de andre symptomer eller sygdomme. Man ser ikke på hele mennesket og de forskellige sygdomme samtidig (Interview B: 2). Brugere kan sagtens tage noget mere ansvar for egen behandling, hvis de tilbydes nogle muligheder, som f.eks. motionstilbud, når de kommer hjem fra sygehuset (Interview B: 9). Overordnet mener respondent B dog, at man er blevet behandlet godt, hvorfor det anses som vigtigt, at man giver noget tilbage til systemet (Interview B: 10).

Respondent C

Informant C er 65 år, folkepensionist og blev førtidspensionist som 59 årig pga. en blodprop i hjertet (Interview C: 1). Brugeren er meget positiv omkring eget behandlingsforløb, på trods af, at brugeren intet husker under sin indlæggelse, da personen led af hukommelsestab i 14 dage og havde psykoser (Interview C: 16). Det er vigtigt for brugeren at kunne hjælpe andre på samme måde, som personen selv blev hjulpet under sit sygdomsforløb, hvor respondent C ikke havde det særlig godt (Interview C:6). Det havde taget noget tid, før brugeren var kommet til en erkendelse af, at personen have været syg og stadig var det, hvilket gjorde at brugeren valgte at bruge sin tid som frivillig i hjerteforeningen. Kontakten til projekt PaRIS blev også etableret igennem hjerteforeningen, hvor brugeren blev spurgt af en fra hjerteforeningen, om personen ville deltage i projekt PaRIS (Interview C: 2). Det er på grund af arbejdet i hjerteforeningen, at brugeren har en bevidsthed om, at ikke alle brugere modtager den gode behandling, som respondent C følte at have fået. Dette var også begrundelsen for, at brugeren gerne vil deltage i forbedringer af sundhedsvæsenet (Interview C: 3).

Respondent D

Respondenten er 69 år, forhenværende skoleinspektør, men i dag pensionist og deltog i projekt PaRIS, fordi personen havde haft kræft. Sygdomsforløbet beskrives som barskt, da personen hos egen læge havde insisteret på, at der var et eller andet galt, men hvor brugeren havde følt, at man ikke var blevet taget seriøst og havde fået at vide, at det sikkert forsvandt, hvis man tænkte på noget andet. Derfor var det også en lettelse for respondent D, den dag personen fik diagnosen, selvom det havde været et resultat af stædighed og insisteren på, at blive undersøgt. Det var også kommet lidt bag på brugeren, hvor hårdt sygdommen havde ramt, på trods af den gode fysiske form, og

personen havde følte, at man var kommet ”ned med nakken” i sygdomsperioden. Samtidig har sygdomsforløbet også gjort personen mere sikker på sig selv, hvis der sker noget med kroppen en anden gang (Interview D: 1f). Selve behandlingen skriver brugeren som fremragende og roser også de fagprofessionelle og deres arbejdsindsats. Efterfølgende har det været i brugerens interesse, at hjælpe andre brugere igennem deres sygdomme, hvis man på nogen måde kunne det, hvorfor respondent D også havde kontakt med kræftens bekæmpelse (Interview D: 2).

Respondent E

Brugeren er 72 år, pensionist og deltog i projekt PaRIS som diabetes patient. Det var en avisannonce, der gjorde respondent E opmærksom på projekt PaRIS, hvor brugeren tilmeldte sig efter at have læst annoncen. Respondent E har været ansat i sundhedsvæsenet som lægesekretær og senere i det danske sundhedsdatanet MedCom, hvorfor brugeren har et meget godt kendskab til praksis i sundhedsvæsenet (Interview E: 1, 3f). Under sygdomsforløbet og ved andre lejligheder, hvor respondent E var på hospitalet, havde patienten flere episoder, som efter patientens optik ikke var særlig optimale og hvor der var plads til forbedringer. Disse episoder var også med til at gøre, at respondent E mente, at have noget at bidrage med, hvorefter patienten havde tilmeldt sig.

Respondent F

Informanten er en 73 årig pensionist, der deltog i projekt PaRIS som kræftpatient, hvor brugeren havde fået kendskab til projektet igennem en avisannonce. Ydermere har brugeren arbejdet som farmakonom på et hospitalsapotek, det meste af sin karriere, hvilket har givet brugeren et stort kendskab til praksis i sundhedsvæsenet. Det kom som lidt af et chok for respondent F, den dag, hvor personen fik et brev om, at man mente, at brugeren måske havde kræft (Interview F: 1, 6). Brugeren har haft flere behandlingsforløb, da kræften flere gange er kommet tilbage, men andet behandlingsforløb beskrives som særlig voldsomt, hvor brugeren både fik kemokure og strålebehandling, hvilket påvirkede kroppen meget. Ved det første behandlingsforløb var brugeren blevet erklæret rask og da personen var over 70 år, tilbød man ikke længere tjek. Brugeren havde dog insisteret på at blive tjekket igen, hvilket sygehuset havde mødekommet og de havde atter fundet kræftceller (Interview F: 3). Brugeren havde til tider følt, at skulle vælge mellem pest eller kolera, da det enten var en voldsom behandling af kræften eller ingen behandling, hvilket kunne betyde døden (Interview F: 4).

Respondent G

Denne respondent deltog i projekt PaRIS som hjertepatient, men er usikker på præcis, hvordan kontakten til PaRIS blev etableret. Brugeren tror dog, det var pga. kontakt med hjerteforeningen (Interview G: 3). Behandlingen skrives som fantastisk dårlig, da brugeren manglede information om den pacemaker, man havde fået, status på hvad man skulle gøre med familien, brugeren havde ikke haft mulighed for at tale med en læge og havde slutteligt haft en følelse af at blive ”smidt” hjem, så hurtigt som muligt uden vejledning til sin nye situation. Brugeren var meget ked af det, da personen kom hjem, både fordi brugeren ikke vidste, hvad man skulle gøre mht. information til familien, men heller ikke hvad personen skulle stille op med sig selv (Interview G: 2). Baggrunden for deltagelsen i projekt PaRIS lå således i stor vrede og frustration over manglende behandlingen og information fra sygehusets side (Interview G: 3).

Respondent H

Brugeren er 51 år og deltog i projekt PaRIS som hjertepatient. Respondent H er frivillig i hjerteforeningen, som havde formidlet kontakten mellem projekt PaRIS og brugeren. Det beskrives som lidt af en tilfældighed, at respondent H kom til at deltage, men brugeren havde læst om projekt PaRIS i en avisannonce og tænkt at det lød spændende, hvorfor respondent H heller ikke tøvede med at sige ja, da personen blev kontaktet. Baggrunden for brugerens deltagelse lå i, at personen oplevede, at det tit var bøvlet at være patient f.eks. kunne det være en labyrint, bare at finde rundt på sygehuset, og når brugeren så endelig havde fundet stedet, var den næste udfordring at gennemskue, hvad der skulle ske med personen til undersøgelserne. Samtidig håbede respondent H også, at afstanden mellem lægen og patienten kunne blive kortere, så de kunne kommunikere bedre under sygdomsforløbet (Interview H: 1).

Respondent J

Brugeren er 67 år og deltog i projekt PaRIS som diabetespatient. Personen sidder i diabetesforeningen og blev i kraft af sin deltagelse i foreningen, spurgt, om brugeren ville deltage i projekt PaRIS. Respondent J beskriver sig selv, som en god kunde i sundhedsvæsenet, forstået på den måde, at brugeren har diverse dårligheder, som er blevet behandlet og stadig bliver behandlet.

Baggrunden for deltagelsen i projekt PaRIS skyldtes primært, at det lød spændende og at brugeren har en generel interesse i at følge med i, hvad der sker af udvikling – lære noget nyt, samt at det er en mulighed for at deltage i livet i verden, da man har masser af tid som førtidspensionist og pensionist (Interview J:1,5). Respondent J følte sig også udvalgt, da brugeren deltog i hele forløbet i PaRIS, hvilket ikke alle brugere gjorde, og mener også selv, at det skyldtes, at brugeren var vant til at deltage i nye ting, samt var god til at formulere sig (Interview J:3). Brugeren betegner sig i denne sammenhæng som professionel meningsdanner (Interview J:12).

Brugere om brugerdreven innovation

Afsnittet vil indledningsvist komme ind på, hvad brugerne associerer med begrebet brugerdreven innovation, både i forhold til den brugerdrevne innovation som en positiv mulighed og som faldgrube. Ydermere vil begrebet blive diskuteret og analyseret i forhold til hvem der ved bedst, brugerne eller producenter. Efterfølgende vil det blive belyst, hvorvidt projekt PaRIS virkelig er brugerdreven eller brugercentreret, samt hvordan brugerne opfattede projektet. Dernæst vil være en diskussion af brugerne som lead users. Slutteligt vil brugernes motivation for deltagelse i brugerdreven innovation blive belyst.

Brugerdreven innovation som positiv mulighed

Brugerne associerer brugerdreven innovation som særdeles positivt og noget som sygehusene bør efterstræbe, selvom flere af brugerne generelt mener, at det er svært at komme til orde og blive hørt (Interview D: 7; Interview A: 24).

”Og den allerførste tanke der kom ind i mit hoved, da jeg hørte ordet, så siger jeg, det er da i virkeligheden noget af det mest positive, jeg kan forestille mig, tænker jeg. Og i næste tanke, så tænker jeg, men vi skal godt nok have god tid!”

(Interview D:13)

Brugerdreven innovation beskrives som positivt, men samtidig også som en proces, der kræver utrolig meget særligt tids- og arbejdsmæssigt fra de sundhedsprofessionelle, men selvfølgelig også fra brugerne som deltager. En faktor som økonomi spillede også ind, da løsningsforslagene ikke kunne gennemføres uden pengene til det, hvilket flere af respondenterne også er inde på (Interview C:4). De undres over, at sygehuset ikke bruger de erfaringer brugerne har gjort sig i deres forløb og respondent A efterlyser ligefrem en slags ventil på sygehuset, hvor der er mulighed for at komme med konstruktiv kritik som bruger (Interview A:24). *”Og brugerdreven, altså så er det brugerne der sætter i gang den fornyelse der kommer”* (Interview A:21). Respondent A mener i denne sammenhæng også, at sygehuset også bør åbne op for alternative måder at behandle på. Sygehusene vil have stor glæde af, at benytte brugerne og deres erfaringer meget mere end de gør, samtidig med at de professionelle bør give noget fra sig, så både de og systemet kan blive langt mere

brugervenlige. De bør betragte brugerne som kunder, og på den måde blive et brugervenligt system, der tilgodeser sine kunder (Interview F:26).

De sundhedsprofessionelle ved ikke alt, når det kommer til brugerne, som respondent D udtrykker: *”Fordi jeg har jo en pointe, der lyder på, at lægerne er hamrende gode til mange ting, rigtig mange ting og sygeplejerskerne også, men der er også nogle ting, de overhoved ikke duer til, men som vi andre kan”* (Interview D:2). Der er konsensus fra brugerne om, at de har en brugerviden, som de professionelle aldrig vil kunne opnå, medmindre de selv har været brugere og som de professionelle og sygehuset derfor vil kunne få store gavn af i deres arbejde (Interview C:18). F.eks. havde respondent D på et tidspunkt aftalte med en læge, at respondent D gerne ville fortælle andre brugere om, hvad brugerens operation havde haft af betydning for personen, hvis det kunne hjælpe andre brugere til, hvilken operation de skulle vælge (Interview D:2). Det vil også kunne lette de sundhedsprofessionelles arbejdsbyrde, hvis brugerne er længere fremme i skoene, deltager mere aktivt i behandlingen og bedre kan tale med om bl.a. undersøgelser og medicin, og ikke bare læner sig tilbage og forventer at de sundhedsprofessionelle bestemmer på brugerens vegne. En anden positiv effekt ved brugerinvolvering kan forhåbentlig også blive bedre samarbejde mellem bruger og professionel, så de kan respektere hinanden på samme niveau, hvor f.eks. brugeren ikke er nervøs over, at stå overfor lægen (Interview E:19). Det vil være en stor styrke for innovation og nye tiltag, når man har almindelige brugere med, så eventuelle forslag og løsninger bliver nemt tilgængelige og at brugere kan finde ud af at bruge dem (Interview H:13). Samtidig er det også tænkeligt, at det vil kunne styrke brugernes generelle tilfredshed med sundhedsvæsenet, når de føler sig inddraget og hørt af sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle.

Brugerdreven innovation som faldgrube

Den brugerdrevne innovation har også nogle faldgruber eller u hensigtsmæssigheder, bl.a. skal man være opmærksom på, hvilke brugere der inddrages, da de kan have forskellige agendaer for at deltage (Interview A:23). Det at sygehuset er en stor organisation som f.eks. Odense Universitetshospital, vil også vanskeliggøre den brugerdrevne innovation, da der skal flere beslutningstagere ind over, inden forslag kan gennemføres (Interview E:3). Informant F mener at der starter flere gode projekter op på sygehuset, men at mange af dem ikke bliver til noget eller går i sig selv igen, når projektperioden er ovre, hvilket er ærgerligt og måske mindskes eller forhindres ved at projekterne kørte over længere tid, men det er selvfølgelig et spørgsmål om økonomi (Interview F:16). Ydermere vil projekterne bedre kunne overleve, hvis implementeringsstrategi

også tænkes med og som skal forløbe, når projektet ikke længere kører. F.eks. gjorde projekt PaRIS dette, ved at lade både brugere og professionelle prøve tingene af på afdelinger og opnå positive erfaringer, som kunne motiverer til at fortsætte arbejdet. Selv de mest positive projekter kan dog gå tabt, hvis ikke der findes engagerede professionelle som aktivt fortsætter arbejdet, særligt, hvis der er tale om radikale forandringer. Samtidig kan der også være brugere og sundhedsprofessionelle som ligefrem vil kunne hæmme innovationsprocessen. Sygehusvæsenet blev eksempelvis beskrevet som en supertanker, hvor nogle af de professionelle der stod på bredden havde valgt at slukke for høreapparatet, da de havde gjort sig klart, hvordan tingene bedst blev løst. Dette gjorde at respondent D på et tidspunkt lidt mistede modet mht. til troen på de forslåede forandringer. Samtidig havde brugeren en forståelse for de professionelles arbejdssituation, da forandringer kan vanskeliggøre de professionelles arbejde, når de skal tage nye hensyn, som kan føre til nye arbejdsgange m.m. og de samtidig har en hverdag som skal fungere (Interview D: 8).

Det er også vigtigt, at de deltagende brugere formår at se ud over egne behov. *”Nogle patienter er så selvcentrerede, at de hæmmer innovationsprocessen”* (Interview D: 10). Dette virkede for respondent D som et irritationsmoment, når nogle brugere udelukkende fokuserede på eget sygdomsforløb, som ikke var relevant i forhold til helheden. Brugerne fortalte også, at det var de projektansvarlige eller de sundhedsprofessionelles opgave, at finde frem til helheden ud fra brugernes fortællinger og problemstillinger, hvilket nogle af brugerne anså som hensigtsmæssigt, da de også havde forudsætningerne for det, mens andre godt ville have haft en mere aktiv rolle i den del, hvis det havde været muligt. Dette diskuteres også nærmere i afsnittet, *Brugeren og denne rolle i brugerdreven innovation*. Der var også sundhedsprofessionelle som havde en demotiverende indflydelse på innovationsprocessen, da de besværliggjorde den brugerdrevne innovation ved ikke at være lydhøre overfor brugernes kritik, men også fordi de symboliserede det store vanskelige og komplekse system, som sygehuset er (Interview D: 14).

”En anden ting som her gør brugerdreven innovation rigtig svært, det er, at det jo per definition er nogle svage mennesker, der skal drive det, fordi det er patientgrupper, vi snakker om, og det er jo typisk ikke en hel masse mennesker, med en hel masse overskud, som går ud og slår i bolledejen, tænker jeg”

(Interview D: 15).

De brugere der inddrages i den brugerdrevne innovation, er brugere, hvilket kan gøre deres gennemslagskraft begrænset, hvis ikke der bakkes op omkring initiativet fra sygehuset også. Dette havde projekt PaRIS f.eks. forsøgt løst ved at implementerer nogle af løsningsforslagene på forskellige afdelinger, for at de sundhedsprofessionelle kunne få positive erfaringer, som motiverede til at fastholde tiltaget og at det på sigt ville kunne sprede sig som ringe i vandet til hele sygehuset (Ouh.dk). Brugere der deltog i projekt PaRIS var heller ikke nødvendigvis raske, når de blev udskrevet fra sygehuset, men var fortsat rigtig meget patient, både før og efter at de deltog i projekt PaRIS. Dette vil kunne have indflydelse på, hvordan brugerne forstår og oplever sygehuset og de sundhedsprofessionelle, hvis brugerne er afhængige af sundhedsvæsenets ydelser for at blive raske (Interview D:15). Bliver det kutyme at inddrage brugerne og give dem mere ansvar for i deres behandlingsforløb, er det også vigtigt, at man ikke glemmer de brugere, som måske ikke har ressourcerne til at varetage opgaven (Interview H:14). Brugere er ikke ens og har forskellige og måske også modsatrettede behov og ønsker, hvorfor den brugerdrevne innovation kan være en hjælp til at udvide brugerfokus og viden, så de sundhedsprofessionelle bedre kan varetage brugernes behov.

Hvem ved bedst?

Det forekommer måske indlysende, at brugerne ved bedst om egne behov, hvorfor det kan virke paradoksalt, at det så typisk har været producenter, som udviklede produkter, der skulle tilfredsstille brugerbehov uden at inddrage brugerne aktivt. Von Hippel vil mene, at man bør lade brugere lede innovationen, især de såkaldte lead users, som er trendsættere i forhold til fremtidige brugerbehov, da deres behov opstår før almindelige brugere. Han mener, at virksomhederne har negligeret det faktum, at brugerne besidder en vigtig viden omkring egne behov, hvilket man vil kunne anvende i udvikling af nye produkter og services og som virksomhederne vil kunne få stor gavn af (Urban & von Hippel 1988: 570).

Consider the saying: "If you want something done right, do it yourself". In the case of product and service development, the adage holds true for users in part because a manufacturer cannot know what users want as well as they themselves do.

(von Hippel 2001: 85)

Flere af respondenterne kommer også frem til denne konklusion, at brugerne ved bedst om egne behov og ønsker, når de skal behandles af sundhedsvæsenet. *"Læger og sygeplejersker har en masse erfaring, men har ikke selv prøvet at være patient"* (Interview C:3f). Det er et centralt omdrejningspunkt for flere af brugerne, at de professionelle og brugerne ikke besidder sammen viden, men at de sundhedsprofessionelle bør anerkende, at brugerne ved bedst omkring sig selv, og måske kan bibringe ny viden som faggrupperne har overset (Interview B:20). Det opleves også positivt og som en tilfredsstillelse for brugeren, at få muligheden for at skubbe til en proces, der virkede rigtig (Interview D:12). På det personlige plan, opnår brugeren også en større indsigt og forståelse for sundhedsvæsenet og hvor svært det er at flytte rundt på klodserne i systemet, samtidig med at det var interessant, at diskutere de forskellige problemstillinger i projekt PaRIS, både med forskellige brugere- og personalegrupper. Det vurderes, at være vigtigt for brugeren både at have en forståelse og erkendelse om systemet, samtidig med at brugeren måske ønsker at rykke eller forandre systemet (Ibid.).

Brugerne undres over, at sygehuset og de professionelle ikke i højere grad spørger brugeren om eventuelle forbedringer, når brugeren har været igennem et forløb, evt. kunne de professionelle ligefrem prøve at komme i brugerens sted (Interview A: 11f). Der er også konsensus om, at det vil gavne de sundhedsprofessionelle at få brugerens øjne på forløbet, da de ikke fokusere på de samme ting. *"Men i og med, at man lytter til de mennesker, som har foretaget den rejse, så kommer der jo også nogle andre ting på bordet"* (Interview C: 11). Der er dog også en forståelse for, at det kan være svært for de professionelle, at skulle lade brugerne komme med ind i processen og "kloge" sig på de professionelles domæne, primært fordi det vil besværliggøre deres arbejde, da det vil kunne betyde, at de skal arbejde og tænke anderledes end de plejer (Interview J: 14; Interview D: 14). Respondent D oplevede f.eks. flere gange at ramme hovedet mod en mur, idet brugeren høfligt blev afvist af personalet, da brugeren forsøgte at lade sine erfaringer komme andre brugere eller fællesskabet til gode (Interview D: 3). Respondent A beskriver det også som et sundhedstegn i sundhedsvæsenet, når man snakker sammen, bruger de erfaringerne man gør sig og formår at lytte til hinanden. Ydermere vil respons fra brugerne også gøre, at lægerne vokser fagligt, da de på den måde kan forfine det de allerede gør (Interview A: 22).

Nutidens samfund tilsigter mere brugerdreven innovation, da brugerne bliver mere kritisk indstillede overfor den service de tilbydes af sundhedsvæsenet, modsat før, hvor brugerne ikke vovede at sige mere end man absolut skulle, når de kom på sygehuset (Interview E:18). Brugerne

tager ikke den gode behandling for givet, men forholder sig kritiske og ønsker at vide mest muligt om egen behandling, da de er bevidste om, at behandlingerne langt fra er ens rundt om i landet (Interview B:5). De føler til tider, at der stilles store krav til aktiv medvirken fra deres side, forstået på den måde, at de forventes at skulle sætte sig ind i mange ting, hvilket både modtages positivt og negativt. Nogle af brugerne ønsker at få så meget information som muligt, for at kunne tage kvalificerede valg og fravalg (Interview G:15), mens andre mener, at brugerne ikke har nok teknisk viden til at kunne tage valget. *”Ja, det kommer jo nok an på de enkelte. Altså, jeg tror det er godt at patienten bliver hørt, men det må også være dem i den anden ende, der tager den endelige beslutning”* (Interview E:19). Respondent E mener, at det er de professionelle, som er mest kvalificerede til at tage det endelige valg, hvor brugerne har mulighed for at blive hørt, men de bør respektere, at de professionelle træffer det endelige valg. Dette er også et spørgsmål om, hvor meget autonomi henholdsvis brugerne og de professionelle skal have. Dilemmaet omkring, hvor meget autoritet og magt de professionelle kontra brugerne skal have, minder meget om kampen mellem bureaukratiets og de professionelles autonomi, som vil blive uddybet nærmere i afsnittet, *Sundhedsvæsenet som bureaukratisk organisation.*

PaRIS som brugerdreven innovation

Brugerdrevet eller brugercentreret?

Der sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt projekt PaRIS virkelig er brugerdrevet, fordi det mere bar præg af brugercentrering i form af brugerdeltagelse og ikke var igangsat af brugerne, men organisatorisk (Interview D:14 & Interview E: 17).

”Og brugerdreven, altså så er det brugerne der sætter i gang den fornyelse der kommer”

(Interview A: 21).

Hvis man fokuserer på ordlyden i brugerdreven innovation, ligger det i ordets betydning, at innovationen drives af brugerne, hvilket der godt kan argumenteres for, ikke var tilfældet i projekt PaRIS, da det var igangsat organisatorisk af sygehuset. Brugerne har dog været med til at styre, hvilke problemstillinger de vurderede som særligt relevante i projektet, hvilket var det innovative element, men hvor det ville have været mere korrekt at tale om brugercentrering iht. brugerinvolvering og deltagelse. Grunden til at betegnelsen alligevel anvendes kan dog skyldes, at

der er tale om en form for indirekte brugerdreven innovation, hvor brugerne var med til at bestemme den retning, som projekt PaRIS tog sammen med de sundhedsprofessionelle, hvor brugernes holdninger og erfaringer blev repræsenteret.

Opdelt eller blandede brugergrupper

Alle respondenter beskriver det som en klar fordel at brugergruppen var så blandet, da sygehuset varetager mange sygdomsgrupper, hvorfor det gav god mening med en blandet brugergruppe.

”Det var absolut ikke noget problem, jeg synes vi ville være kommet til at forholde os for snævert til det, hvis vi kun havde set det fra en kræftsyg patient, så jeg synes bestemt at det var rigtig at brede det ud”
(Interview D: 11).

Respondent A kunne dog også godt have set fordele ved, at de havde været opdelt efter sygdomme, da indsatsen på den måde havde mindsket den store berøringsflade og været mere målrettet en sygdomsgruppe (Interview A:11). Det er vigtigt for flere af brugerne, at være indforståede med formålet med innovationen, hvis brugernes deltagelse ønskes. Et godt oplæg og at brugerens rolle virkede gennemtænkt var også vigtige faktorer (Interview F:10).

Projektforståelse

”Ja, det var jeg ikke i tvivl om og det synes jeg også det, så føler man sig lidt mere tryk ved det, at det var man fuldstændig klar over, eller det var jeg i hvert fald” (Interview H:8). For nogle af brugerne gav det tryghed at vide, hvad det var, de havde sagt ja til at deltage i, mens andre havde opfattet projektet som et åbent land, hvor de kun havde modtaget mest praktisk information (Interview B:2). *”Der var det fuldstændig åbent, og lad mig antyde med meget sænket stemme, det var fuldstændig løst”* (Interview D:16). Nogle af brugerne havde savnet struktur, samtidig med at det til tider havde været svært, at forstå de tankegange der lå bag projektet (Ibid). Samtidig var det lidt forskelligt, hvorvidt brugerne havde forstået projektets formål, og flertallet beskrev også projektet som diffust og meget bredt.

”Jo, det var sådan lidt mere abstrakt eller diffust, men jeg synes alligevel hurtigt, at det blev klart, hvad vej man kunne bevæge sig hen ad”
(Interview H: 12).

Andre havde til gengæld fundet projekt PaRIS formål meget klart (Interview C:11). Dagsorden for projekt PaRIS forekom ukendt for flere af brugerne, hvor det var tydeligt for dem, at de sundhedsprofessionelle der stod for det, havde en plan for projektets retning, hvilket brugerne gerne havde set sig indviet i, også selvom det ikke var dem der skulle skabe helheden i projektet (Interview B:12).

Projektets resultater

Flere af brugerne beskriver projektet og de løsninger der kom meget positivt, mens andre havde forventet mere radikale ændringer eller at flere af forslagene i PaRIS var blevet gennemført. *”Altså, jeg troede, at var det, at være patient, at det var det, der skulle lempes op på, så det følelsesmæssigt var nemmere at klare, at være patient”* (Interview A:15). Respondent A havde følt, at de løsningsforslag der var kommet i højere grad, havde holdt live i sygdomsprocessen i stedet for at støtte helbredelsesprocessen (Interview A:16). Samtidig kritiserede to af brugerne også projekt PaRIS’ fokus af digitalisering og computeranvendelse, hvor projektet lagde op til, at brugerne i højere grad skulle vænne sig til at anvende disse i deres helbredelsesproces (Interview A:16 og Interview G:6). I forhold til løsningsforslag som ikke var blevet gennemført, havde det primært været pga. mangel af ressourcer, som tid og økonomi (Interview F:16). *”PaRIS var kendetegnet ved bredpenslet strøg, hvor man ikke gik så meget i dybden”* (Interview B:20). Der havde været fokus på her og nu løsninger, som var nemme og hurtige at gennemføre. En af respondenterne var også inde på vigtigheden i, at kunne fremvise synlige resultater fra projektet, hvis sundhedsvæsenet skal kunne søge penge til at lave et nyt projekt. Det er dog vigtigt, at tingene afsluttes på en rigtig måde, hvilket respondent D ikke altid syntes havde været tilfældet (Interview D:15f).

”Men der var nogle ting, som blev lukket, på en for mig uacceptabel måde. Og det kan godt ske, at deres hverdag tilsiger det, men det er ikke en del af et udviklingsprojekt, at man gør det!”
(Interview D: 19).

Brugerne oplevede at der havde været flere ting, som man fremadrettet kunne have arbejdet videre med, hvorfor det er vigtigt, at brugerne oplever en god afslutning på de eksisterende løsningsforslag, hvis deres deltagelse skal sikres fremover i projekt PaRIS eller andre udviklingsprojekter.

Brugerne som lead users

De ni brugere er alle forskellige, men har også en del fælles kendetegn, og det er det sidste der vil være fokus på, for at kunne betragte brugerne som en samlet gruppe af lead users i forhold til projekt PaRIS. Eric von Hippels definition af lead users i forhold til brugerne vil blive anvendt, og der vil blive lavet modifikationer af von Hippels begreb, hvor det skønnes relevante i forhold til speciallets brugere.

Innovation har længe været udviklet af producenter, men med øget evner indenfor computere og kommunikation, er brugere i høj også kommet på banen. Sundhedsvæsenet er også begyndt at få øjnene op for potentialet, som brugerne besidder, hvorfor projekt PaRIS også blev iværksat i sin tid. Ydermere tyder brugerdreven innovation også på øget social velfærd, hvorfor det er værd at stræbe efter (Von Hippel 2005:13). Innovationsbrugere og innovationsproducenter er to generelle "funktionelle" forhold mellem innovator og innovation. Brugere er unikke, da de nyder godt af innovationen direkte. Alle andre, herunder også producenten, skal sælge innovations relaterede produkter eller services til brugerne direkte eller indirekte for at få udbytte af innovationen. Brugere står for meget produkt modifikation og produkt udvikling på mange områder, men lead users karakteriseres ved at være foran med en markedstrend, i form af en løsning på deres behov før resten af befolkningen, hvilket gør dem særligt attraktive for virksomheder (von Hippel 2005:14f). Den generelle antagelse om, at det er producenten, der er kilden til nye produktkoncepter, udfordrer Von Hippel, da han i sine studier af forskellige mulige kilder til innovation fandt, at brugere, især lead users var en dominerende, men sjældent anerkendt kilde til nye produktkoncepter (von Hippel 1988:107). Han definerede lead users som:

Lead users face needs that will be general in a marketplace, but they face them months or years before the bulk of that marketplace encounters them, and

Lead users are positioned to benefit significantly by obtaining a solution to those needs.

Von Hippel 1988:107)

Lead users vurderedes at være attraktive for producenter, da de vil kunne forudsige fremtidige bruger behov, hvad angår nye koncepter, produkter og services, de udvikler til eget brug. Producenterne vil kunne anvende denne viden til marketing research, idet von Hippel antog at lead

users' nye produkter vil appellere til andre brugere også (ibid.) Von Hippel mente, at det var brugerne som havde den virkelige erfaring med behov for nye løsninger, der også havde den bedste forudsætning for, at fremføre præcise markeds research data omkring behov eller løsninger. Det er derefter producenterne opgave, at analysere lead users' virkelighedserfaringer, hvis producenterne skal kunne forstå den generelle markeds masses fremtidige behov. Ydermere forventes lead users også, at opnå en større behovstilfredsstillelse i det nye produkt, hvilket betyder, at de vil lægge en større indsats, for at opnå en løsning på behovet (Urban & von Hippel 1988:570).

Projekt PaRIS anvendte også begrebet lead users omkring de brugere, der havde deltaget i udviklingen af redskaber og løsninger på de afdækkede problemstillinger. Det er således en del ligheder mellem von Hippels definition af lead users og den definition som projekt PaRIS anvendte. Projekt PaRIS havde identificeret de ønskede lead users både igennem patientforeninger og en annonce i fynske aviser, og karakteriseret lead users som aktive brugere der: *"Er på forkant med teknologien, har behov der går forud for det generelle marked og forventer at få meget ud af en løsning af dette behov"* (ouh.dk), hvilket stemmer meget godt overens med von Hippels definition.

Udvælgelsen af brugerne

Fælles for alle brugerne er, at de er udvalgt, fordi de hører til en af de tre patientgrupper; type 1 diabetes, lymfeknudekræft eller hjertesvigt. Dette betyder også, at brugerne har eller har haft langvarig erfaring som patient i sundhedsvæsenet i kraft af deres sygdom, hvilket både har styrket deres kendskab til sundhedsvæsenet og de behov, de oplevede som væsentlige i deres sygdomsforløb. Flere af brugerne har haft dårlige oplevelser fra sundhedsvæsenet eller har undervejs i deres sygdomsforløb undret sig eller tænkt forbedringsforslag i deres rejse igennem sundhedsvæsenet. To af brugerne, respondent E og F, har også haft stort internt kendskab til sygehuset, da de begge har arbejdet på sygehuset. Fire af brugerne, C, D, G og J, havde fået kendskab til projekt PaRIS igennem deres patientforening⁴, mens de resterende brugere havde læst om projektet i en fynsk avis. Det har uden tvivl haft en betydning for brugernes forslag til forbedringer, hvis brugeren har deltaget i projekt PaRIS for at kunne varetage sin patientforenings interesse, fællesskabets interesse eller udelukkende egne interesser. Dette kom også til udtryk i specialets interviews, hvor brugere der havde foreningsbriller på, var skuffede over, at loungen, hvor patientforeningerne kunne sidde og hjælpe brugerne ikke umiddelbart var blevet til noget. Omvendt deltog nogle af brugerne kun for at komme af med de frustrationer, de havde haft under

⁴ Der var tre patientforeninger: kræftens bekæmpelse, hjerteforeningen og diabetesforeningen (ouh.dk).

eget forløb, og havde ikke en umiddelbar egeninteresse i udviklingen af løsningerne. Andre deltog fordi de håbede at andre brugere kunne få gavn af de erfaringer brugerne havde gjort sig, ved at der kom fokus på uhensigtsmæssigheder eller løsninger på de erfarede problemer. Brugernes dagsorden for deltagelse var derfor meget forskellige, hvilket har været centralt at være opmærksom på i innovationsprocessen. Drivkraften for engagementet ift. brugernes deltagelse har typisk enten været personlige interesser, fællesskabets interesser, forenings interesser eller en kombination, hvilket også er relevant i forhold til udviklingen af innovation, da det kan få en betydning for innovationens udfald.

Kritiske overvejelser i forhold til lead users

Brugernes perspektiv på egne forløb har dannet rammen for projekt PaRIS og givet retningen for indsamlingen af data, hvilket stemmer meget godt overens med, at det er brugerne der er kilden til innovationen. Samtidig har de forslag, som brugerne kom med, efterfølgende skullet tænkes til konkrete løsninger til en bredere gruppe af brugere, hvilket de sundhedsprofessionelle og andre interessenter⁵ f.eks. studerende, som repræsenterer producenten - sundhedsvæsenet, har haft til opgave. Der vil også kunne argumenteres for, at de andre interessenter vil kunne repræsentere brugerne, da ikke alle direkte er tilknyttet sundhedsvæsenet, men inddrages i projekt PaRIS pga. deres kompetencer i udviklingen af koncepterne. En anden ting som også kendetegner brugerne er, at det er stærke brugere, forstået på den måde, at de alle har kunnet formulere deres oplevelser og forslag til forbedringer, samt har ønsket og har haft overskud til at kunne deltage i projekt PaRIS. Dette gør selvfølgelig, at de "svage" brugere ikke vil være repræsenteret, hvilket man er bevidst om i projekt PaRIS, men fravalget begrundes i vigtigheden af, at brugerne har haft lyst til at deltage og kunne sætte ord på deres ønsker og behov. Samtidig lægger von Hippels lead user begreb heller ikke umiddelbart op til, at alle brugere skal repræsenteres, men at det er "trendsætterne" på området, da han taler om, at demokratisere innovationen ved at inddrage lead users.

Von Hippels beskrivelse af lead users er dog mangelfuld, når det kommer til en præcisering af disse lead users og hvordan man finder dem. Det kan være vanskeligt, at operationalisere definitionen af lead users ift. at deres behov går forud for markedet, da von Hippel ikke giver en nøjagtig beskrivelse af, hvordan disse lead users findes og hvem de mere nøjagtigt er. Ydermere tages det som en selvfølge af von Hippel, at lead users ønsker og behov repræsenterer alle brugernes behov,

5 Studerende fra Designskolen i Kolding, Mærsk McKinney Møller Institutet og sundhedsvidenskab på Syddansk Universitet, INVIA – enheden for velfærdsteknologi i Region Syddanmark, interne afdelinger på OUH, Team Online A/S, Edvantage Group mfl. (Ouh.dk).

hvilket vel ikke altid kan antages at være tilfældet? Det kan sagtens tænkes, at også lead users repræsenterer spidsfindige og tvetydige interesser, som andre brugere ikke vil kunne identificere sig med. Eksempelvis gav nogle af brugerne udtryk for, at de ikke selv havde brug for konceptet – fysisk navigering, at finde vej, da de ikke selv havde problemer med at finde rundt på sygehuset, men at det sikkert ville kunne hjælpe andre brugere. Brugernes behov og ønsker ift. sundhedsvæsenet kan være meget komplekse og forskellige, hvorfor man også kan sætte spørgsmål ved, om sammensætningen af lead users er korrekt i projekt PaRIS, hvor man fravalgte brugere som ikke lå i de tre sygdomsgrupper, dvs. havde meget erfaring fra sygehusvæsenet, samt ikke havde overskud til deltagelse og ikke evnede at formulere sig. Man kan spørge sig selv, om brugerdreven innovation virkelig er brugerdrevent, hvis brugerne udelukkende er repræsenteret i kraft af lead users deltagelse. Bør alle brugere ikke deltage? I så tilfælde vil det betyde, at man bør anvende andre metoder og måske ligefrem udvikler nye, hvis brugergruppen fremover skal være bredt repræsenteret, dvs. både de stærke og svage brugere.

Motivation for deltagelse

Brugerne har generelt valgt at deltage af to årsager, enten fordi de har haft dårlige oplevelser i forbindelse med eget eller andres sygdomsforløb, eller fordi de mener, at der stadig er plads til forbedringer i sundhedsvæsenet. Det var en væsentlig motivationsfaktor, at sundhedsvæsenet ønskede at høre, hvad brugerne mente og sagde om de forløb, de havde gennemgået (Interview A:19). Det er vigtigt for brugerne, at man er opmærksom på, de problemer eller u hensigtsmæssigheder der er i sundhedsvæsenet, så man kan forbedre dem, hvilket brugerne gerne vil bidrage med, hvis det dermed kan blive lettere at være bruger (Interview C:3; Interview H:2). Samtidig er det værd at arbejde for, at brugerne ikke determineres til en diagnose, men betragtes som hele individer, hvilket projekt PaRIS fordrede, hvorfor respondent D blev motiveret og engageret i at deltage (Interview D: 5). Særligt to af respondenterne brugte deres deltagelse i projekt PaRIS, som en mulighed for at lufte deres frustration og utilfredshed med egne behandlingsforløb, hvorfor de særlig roste workshop 1, hvor brugerne fortalte om sit sygdomsforløb (Interview A; Interview G).

Interesse i og for projekt PaRIS gjorde også, at brugerne havde lyst til at deltage og bidrage til projektet. Projektet skulle derfor både være relevant og interessant for brugerne, hvis deres deltagelse skulle sikres (Interview H:2). Nysgerrighed og interesse blev således også givet som

baggrund for at ville deltage i projekt PaRIS (Interview B:10; Interview J:1). Samtidig nævnte respondent J også det, at man havde tid til det, som en baggrund for dennes deltagelse (Interview J: 6).

Brugerne kan bruges!

"...I det hele taget, hvor tit får man en chance for, indenfor det der, og blive hørt?" (Interview B: 8)

Det opleves ikke som en selvfølge, at brugerne høres i sundhedsvæsenet, hvilket motiverede rigtig mange brugerne til deltagelse i projekt PaRIS. Projektet var således en unik mulighed for brugerne, da de her kunne blive hørt: *"Altså, jeg fik mulighed for at sige, hvad jeg mente, og håbe på at det blev bedre"* (Interview G: 9). Det er centralt, at brugerne skal føle at blive hørt af sundhedsvæsenet, selvom det ikke nødvendigvis er brugerens ideer, som ender med at blive gennemført (Interview E:5). Ydermere er der også en konsensus blandt brugerne om, at man bliver nødt til at deltage, for at kunne ændre noget. *"Ja. Hvis ikke du siger noget, så sker der slet ingen ting"* (Interview F: 24).

Brugerne havde alle et ønske om, at ville bidrage med information omkring, hvordan det havde været, at være bruger i sundhedsvæsenet, hvorfor de tilmeldte sig projekt PaRIS. Nogle af brugerne beskrev det ligefrem, som værende en borgerpligt eller samfundspligt at give noget igen, når man nu havde fået behandling for ens sygdom. *"Ja det mener jeg faktisk man har en samfundspligt på en eller anden måde, hvis man har mulighed for at gøre det. Og det har jeg haft... Fordi jeg mener, at man kan brokke sig, og brokke sig og brokke sig. Dette er måske bare en lille chance for, at være med til at sætte et fingeraftryk"* (Interview B: 8). Disse brugere mener generelt, at brugerne bør give samfundet noget igen, når de er blevet behandlet, da det er deres samfundspligt (Interview B:15). Motivationen for nogle af brugerne ligger således i deres samfundssyn, hvor brugerne mener, at man selv har et ansvar for eget liv (Interview D:13; Interview H:12). Dette menneskesyn gør også, at de selv ønsker at deltage i projekt PaRIS. Man kan sige, at der er konsensus mellem brugernes udsagn og handling. Nogle af brugerne motiveres således af en større social bevidsthed, hvilket flere brugere også burde få (Interview B:22).

Indsatsen nytter

"Det er, at der er nogen der vil prøve at gøre noget ved det."
(Interview G: 3)

Oplevelsen af at der er nogen, der ønsker at lave ændringer i sundhedsvæsenet er vigtig for brugerdeltagelsen (Interview G:3). Det er samtidig centralt, at de praktiske ting, i forhold til projektet er i orden, da det også påvirker brugernes motivation til deltagelse. Brugerne skal vide hvad de skal deltage i, dvs. der skal være lavet et godt projektoplæg, planen for brugernes rolle skal være gennemtænkt, brugerne skal vide, hvad formålet med projektet er og så skal brugerne selv kunne se meningen med projektet (Interview B:8; Interview C:8; Interview G:17; Interview F:10). Ydermere var det også en motivationsfaktor, at projekt PaRIS var så konkret, at brugeren kunne forstå det (Interview H:12). Desuden skal brugerne også vide, hvem den projektansvarlige er, da det udstråler seriøsitet i forhold til projektet (Interview G:17).

Den personlige henvendelse og forespørgsel på deltagelse, virkede også særlig motiverende for nogle af brugerne, da det gav brugerne en følelse af, at de og deres viden kunne bruges (Interview C:6, Interview G:17; Interview J:11). Flere af brugerne lagde også vægt på, at de havde følt sig udvalgt til at deltage i projekt PaRIS, da de tilmeldt sig projektet, hvilket også virkede motiverende i det videre arbejde med projektet.

Brugerne følte, at de gjorde en forskel ved at deltage i projekt PaRIS, hvilket var den primære motivation blandt de fleste af brugerne. Selvom brugerne kun skubbe lidt til nogle små ting, havde det alligevel en stor betydning i forhold til at ville deltage (Interview D:6). Sundhedsvæsenet virkede til tider dog også demotiverende for deltagelsen, fordi man som bruger erkender, hvor stort og komplekst systemet virkelig er, når man skal lave forandringer eller ændringer (Interview D:12). Samtidig gav det en tilfredsstillelse, at der var et synligt produkt i form af rapporten ved konferencen, da det gav en følelse af, at have gjort en forskel ved at deltage i projekt PaRIS, selvom der var nogle gode forslag, som ikke blev gennemført (Interview C:13). Det oplevedes positivt, når brugerne fik mulighed for at deltage og skubbe til en proces, der virkede rigtig, som projekt PaRIS havde gjort (Interview D:12) og brugerne håber også i fremtiden, at få flere af disse projekter (Interview H:8).

Brugerens rolle i brugerdreven innovation

Dette afsnit har til hensigt at diskutere og analysere de roller brugeren kan have i udviklingsprojekter. Jeg vil i denne sammenhæng også komme ind på den forandring brugerrollen har gennemgået og hvad dette har haft af betydning for måden, hvorpå man inddrager brugerne i innovationsprojekter i det offentlige i dag.

Brugernes rolle?

Det er stadig forholdsvist nyt, at der er kommet øget fokus på brugerne som mulige medproducenter af innovation. Der kan være flere gode grunde til at inddrage brugere som aktive samarbejdspartnere i offentlige innovationsprocesser og projekter. De kan eksempelvis være med til at øge produktiviteten i den offentlige indsats, idet brugerne har en viden, der, når den bringes i samspil med den viden som de fagprofessionelle og politikerne besidder, kan bidrage med nye ideer til, hvordan forskellige serviceydelser kan forbedres og effektiviseres. Samtidig vil man i højere grad kunne forankre brugernes oplevede behov bedre i fremtidige ydelser og brugerne vil kunne opnå en positivere oplevelse af de offentlige services. Ydermere vil beslutningsprocessers gennemsigtighed kunne øge gensidig tillid og fordre til bedre og flere muligheder for fremtidigt samarbejde mellem borgere og offentlige myndigheder. Effekten af brugerinddragelsen afhænger dog i høj grad af måden, hvorpå brugerne inddrages (Agger & Lund 2011:177f).

Tidligere anså man eksperter, entreprenører og teknologi som de primære kilder til innovation, hvor man i dag ser på den rolle, som samspillet mellem flere relevante aktører, herunder også brugerne, spiller i skabelsen af innovation. I det offentlige har ledelsen og de fagprofessionelle ofte været de centrale innovationsaktører, men man er begyndt at se mulighederne ved en større involvering af brugere i innovationsprocesser (Agger & Lund 2011:179). Brugere besidder en afgørende innovationskraft, som er yderst nyttig for virksomheder i deres bestræbelser på udvikling af nye produkter og services. Det er dog meget forskelligt hvilket styrings- og innovationsparadigme man tager afsæt i, dvs. hvilke forventninger og roller brugeren tildeles af det offentlige, hvilket vil blive uddybet nærmere i analysen (Agger & Lund 2011:180).

Brugernes deltagelsesprofil

Borgerne er ikke ens og de deltager derfor også på forskellige måder. Man kan tale om tre forskellige deltagelsesprofiler: *ekspertaktivister*, *hverdagsmagere* og *brugere på standby*. Ekspertaktivister er også en slags "lead users" i forhold til brugerdeltagelse, da de ofte er aktive i mange lokale sammenhæng og dermed har et stort netværk og erfaring med at sætte projekter i værk. Hverdagsmagerne er sjældent medlemmer af foreninger, og de deltager ofte mere ad hoc-præget i konkrete aktiviteter, der har deres interesse her og nu. De er ofte "nye ansigter" og åbner op for adgang til nye borgere via deres netværk. Det er dog ofte vigtigt, at der opnås konkrete og synlige resultater inden for en kort periode, både i forhold til at motivere dem til at deltage, men også hvis deres deltagelse skal fastholdes. Brugere på standby kendetegnes ved den store selektivitet i forhold til, hvad de deltager i, og de er sjældnere end de to andre profiler aktive i lokale processer. Ønsker man at involvere eller fastholde disse brugere bør man sikre let adgang til information og viden, f.eks. ved at lægge projektet på nettet. Kan de på en let og enkel måde give deres meninger til kende uden nødvendigvis at være fysisk til stede, vil de ofte gerne det (Agger & Lund 2011:191f). Disse deltagelsesprofiler vil også komme til udtryk i analysen, hvor jeg vil beskrive fire roller; *brugeren i rollen som klient*, *brugeren i rollen som kunde*, *brugeren i rollen som medproducent* og *brugeren i rollen som offentlig innovatør*, der alle giver forskellige betoning af, hvor aktiv en rolle brugeren forventes at have i styrings- og innovationsprocessen.

Brugeren i rollen som klient

Denne rolleopfattelse er tæt knyttet til den liberale demokratiopfattelse, hvilket betyder at brugeren er passiv klient eller styringsobjekt, der vælger ud fra egne præferencer uden forventninger om, at klienten vil deltage aktivt i udformning af samfundet eller have en interesse i, hvad der er bedst for helheden (Agger & Lund:182). To af brugerne vil delvist kunne blive placeret i denne rolle, da de primært deltog, fordi de var frustreret over eget forløb og ønskede at udtrykke denne kritik og ikke havde en umiddelbar interesse i forbedringer af sundhedsvæsenet (Interview G:8, Interview A:9). Samtidig placerer nogle af brugerne sig selv i denne klient rolle, fordi de ikke mener, at de er kvalificerede nok til at kunne vide, hvad der er bedst for helheden, da de sundhedsprofessionelle til tider ved bedre end brugerne.

De sundhedsprofessionelle besidder en viden, der kvalificerer dem bedre til at tage beslutninger, hvor brugeren ved bedst ift. egne behov.

”Ja, for vi skal i hvert fald være helt klar på, at vi er ikke fagkundskaben. Og vi skal kende vores grænser”

(Interview C: 19)

Der er nogle områder, hvor det vil være mest hensigtsmæssigt at lade de sundhedsprofessionelle råde, hvor brugeren ikke nødvendigvis ved bedst. *”Ja. Jamen patienterne kan ikke være med til at afgøre det, men de kunne måske blive hørt”* (Interview E: 13). Det er dog positivt, at brugerne inddrages bedre og respekten mellem de sundhedsprofessionelle og brugerne skal derfor også være gensidig. *”Og derfor er det jo også godt, at man er kommet bedre i dialog med behandlerne, men man skal altså have respekten for dem også”* (Interview E: 18).

Der er en tendens til at brugerne er meget selvcentrerede om egen sygdom, men selvfølgelig skal de høres. Det er dog vigtigt at man tænker overordnet, så det ikke blot er den der råber højest, som vinder (Interview B:20). Klient rollen lader det være op til politikerne eller de fagprofessionelle, at tænke på samfundet som helhed, da de som valgte repræsentanter af folket har fået den suveræne myndighed til at bestemme samfundsudviklingen (Agger & Lund 2011:182ff). Brugeren er et subjekt, der gøres til genstand for den offentlige styring, hvor det er politikerne og de fagprofessionelle, der sætter rammerne for at innovere og udvikle den offentlige sektor. Dette var som beskrevet før, også tilfældet ved projekt PaRIS, der var igangsat organisatorisk (Interview D:14 & Interview E:17). Dette bygger også på et rationale om, at brugeren ikke er i stand til at diskutere komplekse forhold, samt at de primært varetager særinteresser. Nogle af brugerne oplevede også at denne selvcentrering fik betydning for innovationsprocessen, idet brugerne hæmmede processen, ved ikke at kunne se ud over egne ønsker og behov (Interview D:10). Brugeren er enige i, at de ikke er de bedste til at diskutere komplekse forhold, når de bliver for fagspecifikke, men ofte vil de kunne bidrage med en brugervinkel på området.

Aktualiteten i rollen som klient

Klientrollen eksisterer stadig i store dele af den offentlige sektor, hvor medarbejderne stadig opfatter professionel faglighed som fundamental. Eksempelvis i sundhedssystemet, hvor brugeren ofte opfattes som passive klienter, der ikke har ekspertise til at bidrage til egen diagnose. Spørgsmålet om lige ret og adgang til ressourcer og behandling spiller en stor rolle i dette perspektiv, hvorfor det er op til de professionelle at sikre, at alle patientgruppers behov tilgodeses. De professionelle sikre dette, ved at innovere offentlig service og politik i samarbejde med politikerne, hvilket betyder at brugernes ressourcer ikke udnyttes eller mobiliseres til at fremme

offentlige innovationsprocesser (Agger & Lund 2011:183). Dette er også kritikpunkterne fra brugerne, som sagtens mener, at man kan gøre langt bedre brug af deres viden som brugere (Interview C: 18; Interview D: 2 & Interview F: 26). Ydermere mener flere af respondenterne også sagtens, at de kan se ud over egne behov, da eksempelvis bedre fysisk navigering på sygehuset, der skal gøre det nemmere at finde vej på sygehuset, primært vil være til gavn for brugere, som ikke kommer så meget på sygehuset, hvor PaRIS deltagerne alle er kendetegnet ved at være eller have været langtidssyge, og derfor har stort kendskab til geografien på sygehuset. Det anses som positivt, at man i projekt PaRIS til tider havde begrænset de professionelles deltagelse og fokuseret på brugere, da det ville kunne have skræmt nogle brugere til ikke at sige så meget, hvis de følte sig underlegne f.eks. hvis de var blevet placeret i en ren professionel gruppe af læger (Interview C: 14).

Fordele og ulemper

Der er både fordele og ulemper ved at have en klient opfattelse af brugerrollen. Fordelen ved at holde brugeren på afstand, er, at innovatorerne ofte er højt fagligt kvalificerede og man kan undgå at der opstår konflikter mellem brugeren og andre som kan forsinke eller i værste fald umuliggøre udviklingen af ny service og politik. Ulemperne er omvendt at den politik eller service der udvikles, ikke imødekommer brugerens behov, hvilket kan resultere i konflikter mellem brugeren og medarbejderne, som uddybes i afsnittet *Brugeren i centrum* (Agger & Lund 2011:183). Denne opfattelse af brugere som klient er stadig udbredt hos mange offentlige ansatte, og det har en betydning for fremtidig innovation i samarbejde med brugerne, hvis medarbejder ikke har lyst eller er klædt på til at samarbejde med brugere eller andre interessenter. Skal den brugerdrævede innovation fremmes, kræves det at medarbejderne ændrer syn på brugerrollen (Agger & Lund 2011:183). Det kræver således både at brugerne får voice fra de sundhedsprofessionelle, men også at brugerne bliver klædt på til samarbejdet med de professionelle og bekræftes i, at deres viden er brugbar og relevant for forbedringer i sundhedsvæsenet.

Brugeren i rollen som kunde

Brugeren placeres i rollen som kunde i den offentlige butik, hvor man frit kan vælge og fravælge forskellige velfærdsydelser. Denne rolle kan ses som en reaktion på den passive klientrolle ovenfor. Det offentlige marked giver brugerne mulighed for igennem deres valg og fravalg at udtrykke deres præferencer (Agger & Lund 2011:183).

”For man er kunde, og som kunde eller patient vil man altid have den bedst mulige behandling.”

(Interview J:14)

Denne rolle antager samtidig, at kunden har de ressourcer der skal til for at kunne træffe informerede og kvalificerede valg (Agger & Lund 2011:184). Ikke alle brugerne er enige om, hvorvidt de har de ressourcer, der skal til for at kunne vælge og fravælge de ydelser som sundhedsvæsenet tilbyder. Eksempelvis mente informant E ikke, at brugeren ville have kunnet været med til at lave løsninger til projekt PaRIS, da disse var på et læge- og sygeplejerske niveau (Interview E:11). Ligeledes mente informant J heller ikke, at brugeren havde forudsætningerne til en mere deltagende rolle i forhold til løsningerne i projekt PaRIS. *”Jamen, nej det tror jeg egentlig ikke, for jeg tror ikke at jeg har forudsætningerne”* (Interview J:9).

Kunderollen fordrer en rettighedsbaseret tilgang til offentlig service, som skaber et stigende pres om bedre og mere offentlig service, hvilket kan være vanskeligt at imødekomme, hvis der er begrænsede økonomiske ressourcer til rådighed (Agger & Lund 2011:184). Rollen som kunde, blev også styrket ved frit sygehusvalg, hvor hensigten var, at brugerne skulle vælge med fødderne, dvs. at det bedste sygehus får flest brugere, da de har den bedste service og ydelser. Virkeligheden viser sig dog langt mere kompleks i forhold til sundhedsvæsenet, da brugerne ikke er kunder i ordets almindelige forstand, og da deres valg har mere vidtgående konsekvenser end normalt (Interview H:14).

Aktualiteten i rollen som kunde

Forudsætningen for at indtræde i sundhedsvæsenet som ”forretning”, er således radikal anderledes, idet der er tale om brugere, dvs. personer som ikke er raske, modsat kunder (Interview D:15). Der opstår også et dilemma omkring mere og bedre offentlig service, da organisationens krav omkring effektivisering igennem kategorisering af brugerne, har svært ved samtidig at kunne efterleve brugernes krav om personlig hensyntagen, dette beskrives nærmere i afsnittet *Brugeren i centrum*. Ydermere har brugerne også en tendens til at være mere skeptiske som kunder end som brugere, da der er et større tillidsforhold mellem bruger og sundhedsprofessionel end der er mellem kunde og sælger. De professionelle har ikke samme interesse i at ”sælge” en behandling til en bruger, som sælgeren vil have i at sælge f.eks. et fjernsyn. Der er en større tro på at de professionelle vil brugeren det godt, i forhold til at sælgeren vil kunden det bedste (Interview H:16). Flere af brugerne oplevede også sygehuset som stort og uoverskueligt, da der ikke altid er gennemsigtighed for

brugeren. ”..Jeg ved godt, at der er patientforeninger og jeg er da højst sandsynlig i stand til at finde noget, men det er der mange mennesker der ikke er. Det er jo fordi jeg kender huset, og ved hvordan sådan noget foregår og alt det jeg sådan har fejlet, og sådan noget, at der vil jeg nok sige, gu fri mig vel, hvis jeg ikke kendte til det” (Interview B:5). Desuden ligger der en konsensus i samfundet om, at sundhedsvæsenet tjener det offentlige, dvs. brugerne, mens private virksomheder tjener sig selv (Etzioni 1972:145) jf. *Sundhedsvæsenet som bureaukratisk organisation*.

Fordele og ulemper

Kunderollen bidrager til innovation på forskellige måder igennem deres valg og fravalg. Når kunden træffer et valg, tydeliggøre personen samtidig sine ønsker og præferencer og tvinger dermed producenter af offentlig service til at gøre mere for at tilfredsstille sine kunder (Agger & Lund 2011:184) Sundhedsvæsenet vurderes også at ville kunne have gavn af at praktisere kundeservice i stedet for patientservice, så brugeren kommer mere i centrum (Interview F:27). Kunden har mulighed for exit, hvis ikke virksomheden lever op til kundens servicekrav og ønsker, og dette er en betydelig forskel på brugerne og kunder, da brugerne ikke har samme mulighed. I brugerens tilfælde kan exit i forhold til fravalg af behandling betyde, at personen vil få det tiltagende dårligere og i sidste ende måske resulterer i døden (Interview E:20).

Bagsiden ved kunderollen er, at selvom evalueringsproducenter som f.eks. benchmarking kan gøre det lettere for offentlige serviceinstitutioner, at tage ved lære af hinandens innovationer, får institutionerne begrænset viden om, hvorfor kunderne vælger en service fra, og opnår derfor kun sparsomt input til forbedringer af service. Ydermere er kunderollen en snæver, individualistisk og serviceorienteret tilgang til den offentlige styring, som gør det vanskeligt at inddrage brugerne i politikinnovation. Kunderollen lægger heller ikke op til, at brugerne bidrager med identifikation og implementering af innovationer, hvorfor det kræver en anden forståelse af brugerrollen, hvis brugerne skal inddrages mere aktivt i innovationsprocesser (Agger & Lund 2011: 184).

Brugeren i rollen som medproducent

Siden midten af 1990'erne er der blevet institutionaliseret nye ad hoc-prægede policy-processer og forløb, for at give brugeren en mere medskabende rolle i den offentlige styring. Forudsætningen for at definere problemer og indsatsområder ligger i aktiv brugerinddragelse, hvor brugerne skaber visioner for deres eget lokalområde, hvilket kan fordre et stærkt lokalt ejerskab til projektet.

”Ja, det er jo helt oplagt, altså derudover hvad de har fået fra den daglige omgang med patienter ikke, så er det nyt at vi bliver direkte inddraget. Jeg synes det må være meget svært og kunne uddrage noget fra det vi siger, som patienter. Det må være meget svært, men det ser ud til at lykkes.”

(Interview J:8).

Brugerrollen kan eksempelvis udspille sig i borgermøder, ekskursioner og arbejdsgrupper, hvor de skal bidrage med kontekstrelateret viden til en bestemt styringsopgave og hjælpe til opbygning af lokalt netværk, der kan sikre lokal forankring og bidrage til innovativ implementering af projektet. I projekt PaRIS havde de også arbejdet meget med arbejdsgrupper, hvor brugerne bidrog med deres erfaringer og oplevelser, så de sundhedsprofessionelle og andre interessenter kunne komme med løsningsforslag til problemstillingerne (Ouh.dk).

Aktualiteten i rollen som medproducent

Den aktive brugerrolle findes ofte i republikanske demokratiteorier, hvor målet er realiseringen af, det gode samfund, igennem bruger bidrag til det samfundsmæssige fællesskab. Medproducentrollen er kollektivt orienteret og præferencer gives ikke på forhånd, men dannes i fællesskab gennem fælles dialog, hvilket forudsætter en stor ressourcebeholdning hos brugeren. Det er derfor også centralt, at man husker på at brugerne er patienter, så man ikke forventer en større ressourcebeholdning hos brugerne end, hvad de har. *”Nej, jeg synes den involvering, jeg har oplevet, den har svaret meget godt til det, jeg synes jeg havde mulighed for at bidrage med”* (Interview D:9). I projekt PaRIS havde brugerne både en informerende rolle, da de skulle fortælle om deres sygdomsforløb, men de var også med til, at forsøge at gøre nogle af løsningsforslagene mere operationelle (Interview E:11). Dialogen i projekt PaRIS var således i starten blandt brugerne, men der blev også afholdt workshops, hvor dialogen både blev præget af brugere og de sundhedsprofessionelle.

Fordele og ulemper

Fordelene ved medproducent rollen er, at brugernes viden og ressourcer både anvendes til policy - og serviceinnovation, da den øgede dialog mellem offentlige myndigheder og brugerne muliggør inddragelse af brugerne og udvider den offentlige styring, som brugerne har mulighed for at bidrage til at innovere, samtidig med at brugerne bidrager med essentiel information, hvilket fremmer informationsgrundlaget for offentlige innovationsprocesser. Brugere der deltog, havde en mening

om tingene og var ikke bange for at ytre sig, samtidig med at de også håbede at deres deltagelse ville kunne bibringe forandringer eller fornyelse på sundhedsområdet (Interview C:16). Brugeren som medproducent kritiseres dog af brugerne, hvis de forventes at tage stilling til ting, som de ikke føler sig tilstrækkeligt klædt på til at kunne besvare.

”Det var det der generede mig, hvis jeg skal sige noget. At man blev tvunget til at tage stilling til nogle arbejdsgange, nogle projekter, som man ikke vidste nok om, som jeg ikke vidste nok om.”

(Interview G: 8)

Informant G havde i projekt PaRIS oplevet, at skulle tage stilling til ting, selvom personen ikke følte sig kompetent nok til at kunne besvare det ordentligt (Interview G:11). Der ligger også en problematik i det store krav af ressourcer fra brugerne, hvis de skal deltage, da der er en tendens til, at processer med brugerinddragelse domineres af stærke aktører, med det resultat at svagere aktører og deres viden ekskluderes, selvom denne viden kunne have været værdifuld for skabelsen af innovation (Agger & Lund 2011:185f). De brugere der deltog i projekt PaRIS, havde alle power, forstået på den måde, at de havde overskud til at deltage i projektet og havde noget på hjertet (Interview A:8). Samtidig var man dog stadig opmærksom på at deltagerne i projekt PaRIS var patienter, hvilket pr. definition ofte gør dem svagere, i hvert fald fysisk, og hvor mange af deltagerne fortsat også vil være patienter, når projektet sluttede (Interview D:15).

De brugere der deltog i projekt PaRIS var derfor stærke brugere, fordi de havde overskud til at deltage i projektet, samtidig med at de skulle forholde sig til deres sygdom. Projekt PaRIS var også opmærksom på denne problematik, men retfærdiggjorde valget af stærkere brugere med, at det var vigtigt, at brugerne ønskede og havde mulighed for at bidrage, samtidig med at de skulle kunne formulere deres oplevelser og forslag til forbedringer. Efterfølgende måtte man tænke løsninger til en bredere gruppe af brugere med forskellige ressourcer og muligheder (Mollerup o.a. 2011:38).

Brugeren i rollen som offentlig innovatør

Denne rolle har endnu ikke fundet fodfæste i det offentlige system, hvorfor konturerne af rollen står klarest i den private sektor, hvor man i høj grad har satset på brugerdreven innovation. Den private sektor har søgt at udvikle værktøjer, der gør det lettere for virksomheden at udnytte brugernes lokale viden om egne behov i udviklingen af nye og/eller bedre produkter (Agger & Lund

2011:186). *"Ja, men det var.. så vidt jeg ved, så har patienterne ikke været med til at udvikle de ting, der er lavet"* (Interview E:10). Brugere i projekt PaRIS har således ikke direkte fungeret som innovatører, men har været med til at finde frem til problemstillinger, som de sundhedsprofessionelle og andre interessenter kom med løsningsforslag til.

Aktualiteten i rollen som offentlig innovatør

Værktøjerne skal give brugere mulighed for at designe egne produkter, som de ønsker dem, ved hjælp af en række for-designede elementer, som kan sammensættes på forskellige måder. Pointen i systemet er, at brugere giver feedback til systemet, så virksomheden kontinuerligt får input og redskaber til at kunne forbedre servicen. Radikale innovationer vil dog ofte udeblive, da man ikke kan ændre standardelementer og specifikationer, men dette vil også gøre brugernes indsats mindre krævende (Agger & Lund 2011:187). *"Nej. Jeg tror ikke jeg ville kunne have overskuet det, hvis jeg skal være ærlig. Det havde jeg ikke kunnet"* (Interview C:10). Respondent C var meget tilfreds med den rolle brugere havde haft i forløbet. Det havde været en uoverskuelig opgave også at skulle have været med til at samle projektet og lave konkrete løsninger på problemerne. Projekt PaRIS havde til formål, at bruge brugernes viden om egen behov til at finde frem til problemer eller potentielle forbedringsmuligheder ved services eller produkter, men ikke i form af en kontinuerlig feedback, hvilket både gjorde brugernes indsats overkommelig og tidsbegrænset.

Fordele og ulemper

Brugere af produkter og services kan ofte bidrage med innovationer som er både små forbedringer af eksisterende produkter og radikale forandringer. Særligt de såkaldte "lead users" kan være radikalt innovative, da dette er brugere som er særligt avancerede og fremskredne i deres brug af givne produkter, og får nye behov før almindeligere brugere, hvilket gør dem gode til at forudsige fremtidige behov (Agger & Lund 2011:187f). Brugere i projekt PaRIS betegnes også som lead users, selvom der ikke er lavet kriterier for identifikationen af disse lead users. Det var blot essentielt, at de var i stand til at formulere sig og komme med løsningsforslag (Møllerup o.a. 2011:38).

Oftentimes har disse lead users også en særlig ekspertise til produkterne, hvilket kvalificerer dem til aktivt at bidrage til videreudvikling af produkterne. Udfordringen ligger i, at man ikke blot kan udpege lead users, da det kræver kompetencer og ressourcer, der ligger ud over specialiseret viden om produktet eller service, som eksempelvis viden til at få tingene udviklet og implementeret (Agger &

Lund 2011:188). Dette løste projekt PaRIS ved at lade brugerne spille en stor rolle, men stadig lade organisationen være den centrale aktør i udviklingsprocessen (Møllerup o.a. 2011:9).

Ydermere kræver det også at virksomheden har viljen og evnerne til at samarbejde med brugerne i udviklingen af produktet eller servicen. Det kan være et problem for innovationsprocessen, hvis brugerne udelukkende deltager, fordi de repræsenterer en bestemt interesse, og ikke fordi de er iverige og kreative (Agger & Lund 2011:188). Formålet med projekt PaRIS var, at brugerne blev omdrejningspunktet for udviklingen af koncepterne, hvorfor der var en særlig vilje og evne til samarbejde med dem. Udvalget af brugerne forekommer dog mere tilfældigt end at de var udvalgt pga. kreativitet og fordi de var iverige.

Sundhedsvæsenet som bureaukratisk organisation

Kapitlet vil diskutere og analysere den betydning som bureaukratiet har for sundhedsvæsenet. Herunder vil det også blive diskuteret, hvorvidt sundhedsvæsenet og dets professionelle er herre eller tjener i forhold til brugerne. Dernæst vil det fagprofessionelle bureaukratis påvirkning af brugerne blive belyst, i forhold til de problemer og dilemmaer der opstår, når bureaukratiet og dets medarbejdere skal samarbejde om sundhedsvæsenets mål og opgaver, samt de sammenstød der sker mellem de sundhedsprofessionelle og brugerne. Ydermere vil brugeren i bureaukratiet også blive diskuteret, i forhold til de positive funktioner og dysfunktioner bureaukratiet giver for denne. Efterfølgende vil det blive diskuteret og analyseret, hvordan brugeren forbliver i centrum i sundhedsvæsenet og slutteligt vil det blive behandlet, om sundhedsvæsenet bør være mere som en privat eller offentlig organisation.

En organisation som sundhedsvæsenet, der består af forskellige sygehuse, forfølger ofte specifikke mål og deres eksistensberettigelse er ene og alene opnåelsen af pågældende mål. Når organisationen er skabt, har den en tilbøjelighed til at udvikle selvstændige behov, der til tider vokser sig så store, at de behersker organisationen som helhed. F.eks. står der i sundhedsloven, at sundhedsvæsenets formål og opgaver mv. er:

- | |
|--|
| <p>§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.</p> <p>§ 2. Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for:</p> <ul style="list-style-type: none">- let og lige adgang til sundhedsvæsenet,- behandling af høj kvalitet,- sammenhæng mellem ydelserne,- valgfrihed,- let adgang til information,- et gennemsigtigt sundhedsvæsen og- kort ventetid på behandling. |
|--|

(retsinformation.dk)

Parallelt med disse formål påvirkes og kontrolleres organisationen af forskellige interessenter, for hvem faktorer som økonomi, ideologi, personlig interesse etc., har betydning og disse interessenters mål kan være modstridende. F.eks. kritiserer flere af respondenterne sundhedsvæsenet for ikke at kunne leve op til målene i sundhedsloven. Næsten alle respondenterne kritiserer mindst et af punkterne i §2 og især punktet om et gennemsigtigt sundhedsvæsen er respondenterne ikke enige i,

da de betragter sundhedsvæsenet som stort og uoverskueligt, hvor man ikke kan forvente ens behandling på sygehusene (Interview A: 5; Interview B: 6; Interview G: 10, Interview C: 3, 16).

Interessenternes modstridende mål kan betyde, at organisationen indskrænker sin stræben efter oprindelige mål for bedre at blive i stand til at tilfredsstille erhvervede behov i stedet for at underordne de erhvervede behovs størrelse til formålet. Eksempelvis mener respondent A, at brugeren burde være i centrum, men oplever, at det er sygdommen som er i centrum (Interview A: 4). Flere af respondenterne nævner, at sundhedsvæsenet generelt fokusere mere på sygdommen end det hele menneske, hvor brugeren bliver en sygdom med ben (Interview D: 13; Interview A: 4 og Interview B: 18). Sundhedsvæsenet kritiseres i denne sammenhæng også for ikke at kunne varetage brugernes forskellighed, dvs. forskellige ønsker og behov, tilstrækkeligt (Interview B: 13). Til tider kan det også hende at organisationen går så vidt, som til at forlade dens oprindelige mål og i stedet overtage nye målsætninger, som passer bedre til organisationens indadrettede behov. Organisationens mål kan dermed risikere at blive dens tjener i stedet for at være den herre (Etzioni 1972:12).

Grundlæggende lægges der op til, at sundhedsvæsenet er til, for at tjene offentligheden og ikke være herre over offentligheden. Der er dog eksempler på, at sundhedsvæsenet til tider mere kan få et herre forhold over brugerne pga. den måde arbejdet struktureres af de sundhedsprofessionelle. F.eks. mener respondent D, at brugerne til tider umyndiggøres af de sundhedsprofessionelle, hvor de gøres til mere patient end de var i forvejen, når de sundhedsprofessionelle ordner praktiske gøremål for brugeren, som denne sagtens selv kunne varetage (Interview D:13). Ydermere står brugeren også på stand by for sygehuset og de sundhedsprofessionelle, når personen er indlagt, hvor brugeren er i en form for stilstand, idet personen konstant skal vente på de sundhedsprofessionelle f.eks. ved stuegang. Brugeren er således på sygehuset på de sundhedsprofessionelles præmisser (Interview D:6).

Organisationer kan sagtens have flere legitime mål, f.eks. fungerer sygehusene både som behandlingsinstitutioner og uddannelsescentre for læger, ligesom alle danske hospitaler deltager i uddannelsen af sygeplejersker (Etzioni 1972:26). Dette gør også visse konflikter uundgåelige, da forskellige mål ofte stiller uforenelige krav til organisationen. Der kan eksempelvis opstå stridigheder omkring, hvor stor en andel af de samlede ressourcer, der skal tildeles hvert mål. Hospitalets behandlingsmål tilgodeses bedst, hvis organisationen giver adgang for indlæggelse af

brugere med alle slags sygdomme, mens forskningsmål bedst tilgodeses ved udvælgelse af brugere, så hospitalet til stadelighed har et tilstrækkeligt antal syge, der lider af den eller de sygdomme, som dets forskere har interesse i. Sådanne konflikter kan dog mindskes ved at have en klar og formel prioritering af de forskellige mål. Der er også risiko for belastning af personalet ved opfyldelse af flere formål (Etzioni 1972:28f).

Det at sundhedsvæsenet har flere legitime mål, opleves også af brugerne, som selv udtrykker: *”For sygehuset er jo styret, og nu sagde jeg noget slemt, om nogle af de medarbejdergrupper, der er derinde, som føler sig meget ovenpå og føler virkelig, at hvis ikke vi bestemmer, så går det her grueligt galt. Men en anden pointe som gør sygehusene, ja som måske er mindst lige så stort et problem på sygehusene, det er jo, at de er organiseret i 50 forskellige fagforeninger og de 50 forskellige fagforeninger forlanger alle sammen nogle konkrete vilkår for deres personalegruppe og de kolliderer, og det koster svimlende summer, at de ikke kan samarbejde mere frit og dels gør det, det rigtig rigtig svært. Og det er en anden for mig at se utrolig væsentlig ting i forhold til, og besværliggøre den bruger-drevne innovation”* (Interview D: 14). De forskellige interesser varetager de mål, som de finder mest legitime og vigtige, hvor brugeren vil mene, at denne bør være i centrum og at de sundhedsprofessionelle skal tage individuelle hensyn, samtidig med at bureaukratiet hvor de sundhedsprofessionelle arbejder, fordrer at organisationens regler og krav overholdes. Samtidig søger faggrupper internt i organisationen, fortløbende at styrke sin egen faggruppes interesser og mål. De sundhedsprofessionelle forventes af organisationen at arbejde ud fra ”effektive” standardbehandlinger, som ikke altid formår at varetage det enkelte individs særinteresser, men hvor de fokuserer på hurtig og effektiv behandling af det symptom brugeren kommer med. Denne måde at behandle på, kritiseres af brugerne, da det er i modstrid med deres behov og forventninger til sundhedsvæsenet:

”Der er ikke ordentlig tid til patienten og systemet har en tendens til at blive upersonligt.”

(Interview B:18).

Dette giver store udfordringer for sundhedsvæsenet, da dets størrelse og kompleksitet konstant skal balancere mellem flere legitime og til tider modstridende mål fra både organisationen og brugerne.

Det professionelle bureaukrati

Bureaukratiet vil unægtelig påvirke medarbejderne og brugerne i det, da der ligger normer, regler og regulativer, som de professionelle forventes at adlyde, for at organisationen kan fungerer så

effektivt som muligt. Man kan også sige, at organisationen udøver en form for autoritet eller magt overfor sine medarbejdere, men at denne magtudøvelse er betinget af medarbejdernes legitimering af magten. Medarbejdernes lydighed overfor organisationen er således mest effektiv, når medarbejderne anerkender og føler sig forpligtede til, dvs. legitimere, de værdier, ordrene og reglerne afspejler (Etzioni 1972: 80f). Bureaukratiets påvirkning af brugerne er mere indirekte, da meget af det foregår igennem de professionelle, som repræsenterer bureaukratiet. Afsnittet vil beskrive de problemer og dilemmaer, der opstår, når bureaukratiet og de professionelle skal samarbejde omkring sundhedsvæsenets formål og opgaver, ligesom man også vil se de sammenstød der sker mellem de professionelle og brugerne.

Bureaukratisk eller administrativ autoritet forudsætter et magthierarki, hvor de højere grader har mere magt end lavere og således kan koordinere og kontrollere de sidstnævntes aktiviteter. Den professionelle autonomi er baseret på teknisk viden eller erfaring som er en personlig ejendom, der i modsætning til andre organisatoriske midler ikke kan overføres fra en person til en anden og kreativitet, der anses som et individuelt kendetegn, kan kun i begrænset omfang styres og koordineres af overordnede. Anvendelsen af viden bliver på den måde en individuel handling, i den forstand at den enkelte fagmand har det endelige ansvar for sine faglige beslutninger. F.eks. er det kirurgen selv, der afgør om han skal operere en patient eller ej. Det antages at selvstændigheden er en nødvendighed for at sikre ordentligt professionelt arbejde, og at den professionelle kun kan udføre et effektivt stykke arbejde, hvis personen er immun overfor sædvanlig sociale pres, har frihed til fornyelse, eksperimenter og til at tage chancer, uden at blive udsat for sociale bagslag. Dette individualistiske princip står i central modsætning til det organisatoriske princip om overordnedes kontrol og koordinering (Etzioni 1972:118ff).

De professionelle er karakteriseret ved at både kræve og få autonomi. Man taler om den tekniske autonomi, som er friheden til at udøve beslutninger om udførelsen af arbejde ud fra et personligt og skolet skøn, som ikke kan udøves af ikke-professionelle, f.eks. kirurgens ret til at beslutte under en operation. De professionelle udfører deres arbejdsopgaver i faglige hierarkier, der ikke altid samarbejder med den overordnede administrative og politiske ledelse. F.eks. har hospitalet et lægehierarki, som tager sig af den lægelige behandling, et sygeplejehierarki, der tager sig af patientplejen og et administrativt hierarki, som styrer støttefunktionerne. De faglige hierarkier gør afgrænsningerne mellem de professionelles autonomi og den overordnede styring vanskelig, og kan øge styringsproblemerne i det professionelle bureaukrati. Der opstår til tider konflikter mellem de

professionelle og organisationen, da begges interesser ikke altid vil være samstemmende. Typisk vil der i et professionelt bureaukrati blive udviklet en blandingsform, som både sikre en vis autonomi hos de professionelle og at organisationen kan løse overordnede ledelsesopgaver som f.eks. ressourcefordeling og udvikling (Jespersen 1996:88f). Denne blandingsform i det professionelle bureaukrati har også påvirket de danske sygehuslæger, som tidligere var karakteriseret ved professionelle, der var ansat i offentlige organisationer, men havde bevaret en betydelig professionel dominans, hvor de i dag ligger i kategorien, ansat af det offentlige og samtidig underkastet en stærk statslig styring. (Jespersen 1996:82).

På samme måde som bureaukratiet udøver autoritet på de professionelle, udøver de professionelle også autoritet på brugerne om end, den er af mere latent karakter. *”Jamen, før havde jeg en tanke om, at hvis jeg bare lå stille i sygehuset, så den ikke blev så krøllet sengen og alt sådan noget der, så skulle jeg nok blive rask, men sådan er det jo ikke”* (Interview A:13). Flere af brugerne beskriver, at de før deres sygdom havde stor autoritetstro til sundhedsvæsenet og de professionelle, og ikke ønskede at forstyrre dem mere end højst muligt eller stillede krav, da de forventede, at de fik den bedst mulige behandling. De samme brugere ændrede dog dette autoritets syn, da de blev indlagt, både fordi nogle af dem ikke oplevede at få den bedste behandling og fordi de blev bevidste om, hvor vigtigt det var, at de selv hele tiden var aktive.

”...Altså det er jo ikke meget lyv, når man siger, at der skal et godt helbred til at være syg!”
(Interview H:13)

De sundhedsprofessionelle har forventninger til brugerne i forhold til at de sætter sig ind i sygdommen og samtidig lader de det være op til brugeren at tage beslutninger som eksempelvis, hvilken operation de ønsker. Nogle af brugerne er tilfredse med denne inddragelse, mens andre på nogle punkter gerne så sig fritaget. De sundhedsprofessionelle besidder også en mere direkte autoritet i forhold til brugeren: *”Jamen, det er jo præcist det, fordi når du fortsat er patient, så får du stadigvæk også en, så sidder du også stadig meget i sådan en meget banal krav-situation i forhold til sygehuset, fordi du er jo afhængig af dem og hvorfor gør de nu ikke og vi havde egentlig en aftale i sidste uge. Det kommer også til at præge dig, når vi nu sidder her hele lørdagen og skal tænke, tror jeg”* (Interview D: 15). Brugere er i høj grad afhængige af sundhedsvæsenets

behandling og den viden som de sundhedsprofessionelle besidder og det kan også være spørgsmål om liv og død. *Jeg kan ikke sige nej tak til behandlingen, så kan jeg ikke klare mig* (Interview E: 20). Den kontekst hvormed brugerne møder sundhedsvæsenet og de professionelle, er derfor også meget speciel og har førhen fordret til en autoritetstro til systemet og dets professionelle, som brugerne fandt legitim pga. deres specialviden.

Nogle af brugerne gav også udtryk for, at de havde haft lidt autoritetstro overfor de professionelle i forhold til projekt PaRIS. *”Og jeg følte også, at vi blev hørt, det er jo ikke så farligt, men lidt autoritetstro er man jo altid, ikke også. Og også det, at de kan jo nogle termer og bruger nogle ord ind imellem og sådan, hvor man tænker, hvad sagde du lige der?...* (Interview H: 3). De professionelle er således også været med til at selvforstærke autoritetstroen, ved at brug fagtermer, som gør det uforståeligt overfor brugeren. Tendensen er dog aftagende bl.a. fordi brugerne forventer medindflydelse og stiller krav til sundhedsvæsenet, hvilket modvirker autoritetstroen, men den findes endnu, hvilket flere af brugernes udsagn også bekræfter.

De professionelle skal ofte arbejde under betingelser, som problemer med ressourcemangel og tvetydige målsætninger, der minder om dilemmaer, som dem Michael Lipsky beskrev omkring frontpersonalet⁶, hvilket betyder, at de professionelle vil udvikle praksisformer, der kan være i konflikt med organisationens formelle målsætninger. Det specielle ved de professionelle er deres større autonomi og stærke specialisering, der gør brugerrelationen vanskelig både set fra brugerens og den professionelles side. Brugeren kender kun sit eget tilfælde, men kender det til gengæld i alle selvoplevede nuancer, hvor den professionelle grundet sin specialisering kan fortolke dele af brugerens situation ganske præcist, ud fra viden om lignende tilfælde (Jespersen 1996:94).

”Jeg er ekspert i min egen person, ikke, men nej, de andre er ekspert og kender til det. Jeg skal kunne stille nogen spørgsmål som er vigtige for mig”
(Interview J: 9).

Dette giver brugerne nogle problemer med de professionelle ift. de professionelles manglende evne til at forstå helheden i brugerens situation, men det giver også de professionelle problemer med brugerne. Der er tre problemstillingerne som giver brugerne og de professionelle problemer med

⁶ Michael Lipsky har lavet en undersøgelse, hvor det primære formål var, at se på de dilemmaer, som de ansatte i den offentlige sektor kommer ud i, når de skal balancere mellem organisations krav og borgernes behov (Jespersen 1996: 65).

hverandre. For det første kan de professionelle ikke reagerer fuldt ud efter brugernes behov grundet de uundgåelige kompromisser omkring ressourceindsatsen. For det andet kan arbejdet virke uvirkeligt, fordi det professionelle bureaukrati udadtil lægger op til service og imødekommenhed, samtidig med at der internt fastsættes betingelser for den enkelte, som umuliggør servicekravene. Sygehusets regler spænder således ben for sig selv, ved at plædere for brugerservice, og samtidig ikke altid være i stand til at udøve den. For det tredje fremmedgøres de professionelle ofte i forhold til brugeren, da de sjældent arbejder med hele personen, men fokusere på symptomer, kvalifikationer m.m. Egenskaberne skal kategorieres rigtigt og medfører en stærk specialisering, hvilket gør at den professionelle kun kender en lille del af den samlede proces. En lægelig specialist ser eksempelvis typisk kun resultatet af egen delbehandling (Jespersen 1996:95). Flere af brugerne nævner også problematikken omkring, at blive betragtet som en diagnose med ben, der bevæger sig rundt mellem afdelingerne og ikke et helt menneske (Interview D:6; Interview B). Samtidig sker der også ofte det, at andre professionelle eller andre organisationer overtager brugeren og færdiggør arbejdet, hvilket gør at brugerne bl.a. skal forholde sig til mange afdelinger og mennesker på samme tid. Disse problemer vil blive analyseret og diskuteret nærmere i det næste afsnit.

Brugeren i bureaukratiet

Bureaukratiets positive funktioner og dysfunktioner

Den bureaukratiske organisation har nogle positive funktioner i sin formelle rationelle tilgang, men der forekommer også dysfunktioner og latente funktioner og disse to fænomener betinger hinanden (Jespersen 1996:64). Robert Merton beskrev, hvordan organisationens regelsæt og sociale struktur søges indrettet, så alle handlingerne i organisationen er funktionelt rettet mod at opfylde organisationens mål. Formaliseringen har en positiv effekt for organisationens medarbejdere, da den minimere konflikter ved at begrænse social kontakt til det nødvendige (Jespersen 1996:62). Eksempelvis følte respondent F, at sekretærerne ligefrem beskyttede sygeplejerskerne og lægerne mod brugerne (Interview F:17). De professionelle er konstant under tidspres for at nå flest mulige brugere og har derfor ikke meget ekstra tid til andet end behandling. Dette ser nogle af brugerne som dårlig service, særligt hvis de måske samtidig er bange pga. deres sygdom og har ekstra behov for forståelse og tryk (Interview E:18).

Formaliseringen gør også, at medarbejderne kan beregne hinandens adfærd, systematisk kan udveksle informationer m.m. og beskytter også den underordnede mod vilkårlige indgreb fra

overordnede. Der opstår dog også nogle spændinger og negative effekter, når formaliseringen og mennesker støder sammen i bureaukratiet (Jespersen 1996:62f). Trained incapacity betegner tilstanden, hvor ellers dygtige og talentfulde personer, netop fordi de er socialiseret og uddannet i en bestemt sammenhæng, kan fungere dårligt i forhold til befolkningen og have ”blinde pletter”. Medarbejderne i bureaukratiet udsættes for daglige rutiners formalisering af adfærd og for bureaukратиets gnidningsfrie opgaveløsning, for at det effektive bureaukrati fungerer. Når disciplinen håndhæves og eksisterer, dvs. at der er høj konformitet og loyalitet overfor reglerne, kan reglerne blive forvandlet til absolutter, hvilket betyder, at reglerne der før førte til effektivitet, kan resultere i ineffektivt (Jespersen 1996:63). Dette kan resultere i målforskydning, når medarbejdernes fokus er på adfærden ift. reglerne frem for organisationens mål, hvilket kan true organisationens eksistens, og forstærkning af regelstyring (bureaukratisme) (Jespersen 1996:65). Informant J er i tvivl, hvor meget indflydelse brugerne reelt har på de professionelle:

”Jeg ved ikke, hvor meget vi patienter betyder, om patienterne kan korrigerer de professionelles holdninger og synspunkter, det er jo ret betydningsfuldt.”
(Interview J:8).

Det at brugeren er i tvivl om sin indflydelse på de professionelle, kan netop hænge sammen med, hvorvidt de professionelles fokus er på reglerne i organisationen eller organisationens mål jf. sundhedsloven.

Trained incapacity optræder på en anden måde, når det kommer til brugerne, idet bureaukratiet lægger vægt på kategorisering og upersonlighed i sagerne, for at de behandles effektivt og retfærdigt, hvilket skaber spændinger i forholdet til brugerne (Jespersen 1996:64). *”Og hvor folk måske ud over at have et problem der, måske også havde et problem der. Jamen, man så jo ikke på personen vel, man så kun på diagnosen, jamen så er vi nødt til at se på to diagnoser ud fra det. At der er et menneske inde bagved og hvordan du i øvrigt befinder dig, og hvordan du som person trives og sådan noget der, det manglede”* (Interview D:6). Brugeren beskriver, hvordan de sundhedsprofessionelle ofte blot ser brugerne som en diagnose og et nummer i rækken, der skal behandles. De særtræk der måtte eksisterer ved den enkelte sag, kan blive negligeret, når de professionelle anvender kategorisering og optræder upersonligt overfor brugeren.

”Patientens rejse skal ikke være igennem øde og gulte terminaler, det skal være en varm og menneskelig rejse.”

(Interview A:19).

Det var vigtigt, at der var menneskelig forståelse for brugerens situation og behov, hvor brugeren ikke blot skulle behandles, men også opleve en god service i deres ophold. Paradoksalt nok kan sundhedsvæsenet også løse problemer, brugeren ikke var klar over, at denne havde, og samtidig være ude af stand til at løse dem, brugeren reelt kom med. Ingen af brugerne udtrykte dette problem, men der var nogle af dem, som ikke følte at sundhedsvæsenet hjalp eller rådgav med de praktiske problemer, som brugerne kunne opleve at sygdommen gav dem. F.eks. hvad brugeren skal gøre med et kunstige bryst, det er iskoldt og som tager varmen fra resten af kroppen (Interview A:10). Der opstår spændinger, når brugeren ønsker personlig og individuel hensyntagen, mens bureaukratiet svarer med formelle og upersonlige handlinger (Jespersen 1996:64).

Brugerkrav kontra organisationskrav

De professionelle balancerer mellem organisationskrav og brugerkrav, og dette gør det ofte umuligt for dem, at overholde organisationens regler fuldt ud. For strikt regeloverholdelse vil let kunne kollideres med begrænsede ressourcer, da brugeren har ret til ydelser, hvis de er syge, men med et fast budget må reglerne fortolkes. Budget og regelfortolkning skal kunne forenes, når hospitalets medarbejdere f.eks. laver patientprioritering. Dette er blevet et problem for de professionelle i takt med decentralisering af budgetansvaret. Produktionskrav kan også betyde, at nogle regler overholdes, mens andre forsømmes (Jespersen 1996:66). F.eks. blev den danske kvalitetsmodel stærkt kritiseret for, at lægers og sygeplejerskers tid ikke skulle bruges på dokumentation, men på patientbehandling og pleje (dsr.dk).

Brugerkravene gør det ikke lettere for de sundhedsprofessionelle, da brugernes behov på en lang række områder reelt er ubegrænsede, og samtidig forventer mange af dem, at der tages hensyn til netop deres situation (Jespersen 1996:67). Brugeren er en kompleks størrelse, og de er ofte et meget uberegneligt produkt for sygehusene. *”Det er det, jeg mener, det er en slags monster, det kan pludselig afvige fra den lagte plan uden, at du fortæller noget om det, til dem der lægger planen. Altså, du kan have mange, jeg kan have mange svinkeærinder som diabetespatient”* (Interview E:20). Dilemmaet omkring brugernes umættelige behov og krav, kontra organisationens krav, vil blive diskuteret og analyseret nærmere i næste afsnit.

Brugeren i centrum

Brugerdreven innovation eller brugercentrering?

Der er mange måder, hvorpå brugerne kan komme i centrum og de sundhedsprofessionelle og brugerne ikke altid vil være enige om, hvornår dette er tilfældet, som beskrevet før. Ligeledes er der også forskellige måder, hvorpå brugerne kan blive en del af en innovation, og der er en betydelig forskel på brugerdreven innovation og innovation som er brugercentreret eller hvor brugerne inddrages eller involveres. Brugerrindflydelse kan variere til at være brugerundersøgelse som f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser omkring sygehusenes ydelser, hvor udbydere af den offentlige service bestemmer hvad der skal undersøges, til lovfæstede brugerbestyrelser, der får del i beslutningsretten på et afgrænset område. De mindst vidtgående former for brugerrindflydelse er i dag almindeligt anvendte i den offentlige sektor og er på mange områder blevet en del af rutinen som eksemplet med patienttilfredsundersøgelser. Ligeledes anvender en del kvalitetsudviklingsprojekter også brugerundersøgelser og resultaterne af disse til arbejdet med at forbedre de offentlige ydelser, hvilket projekt PaRIS er et godt eksempel på, da de også benyttede den mere passive inddragelse som surveys, observationer og interview (Jespersen 1996:175).

Det er blevet mere almindeligt, at anvende både lovbestemte og frivillige brugerbestyrelser og brugerråd, som er et eksempel på brugerdemokrati, hvor kredsen af deltagere er afgrænset til de, der direkte eller indirekte er brugere af de offentlige serviceydelser på området (Jespersen 1996:176). Selvom projekt PaRIS ikke anvender brugerbestyrelser og brugerråd, er der alligevel nogle ligheder i forhold til brugerdemokratiet, som er værd at kigge nærmere på.

Brugerne oplevede eksempelvis sygehuset som bureaukratisk og præget af fastlåste professionelle principper, hvor sammenhæng i ydelserne bl.a. blev vanskeliggjort af tværsektorielt samarbejde mellem de professionelle og varetagelsen af det, de professionelle anså som brugernes almene behov (Interview F:9,18; Interview G:14). Ydermere var brugerne også udvalgte brugere af de offentlige serviceydelser på sygehuset og havde alle haft lange sygdomsforløb og derfor indgående kendskab til sygehuset i kraft af deres sygdom. Nogle af brugerne repræsenterede også patientforeninger, som er en form for frivilligt brugerråd, der dog ofte varetager bestemte brugerinteresser, men som i projekt PaRIS var gået sammen om at finde fælles problemstillinger og løsningsforslag på disse. Det omtalte brugerdemokrati kan dog også blive en trussel mod det almindelige repræsentative demokrati, hvis brugerne udelukkende interesserer sig for ydelserne i snæver forstand og glemmer at sygehuset også har almene opgaver i forhold til befolkningen og

samfundet som helhed. Følgen kan blive en betydelig kortsigtethed i sygehusets disposition og nedprioritering af almene formål til fordel for mere populistiske her og nu løsninger (Jespersen 1996:176). Det er utænkeligt, at brugerdemokratiet ville kunne blive så stort i sundhedsvæsenet, at brugerne ville få suveræniteten til at kunne gå ind og bestemme hvilke sygdomme, sundhedsvæsenet primært skulle behandle. Brugere og patientforeninger formår dog at yde indflydelse på sundhedsvæsenet, hvilket projekt PaRIS også er et eksempel på.

De sundhedsprofessionelles forhold til brugerne

De professionelles forhold til brugeren er central, fordi de professionelle har en stor ”teknisk” autonomi og fordi deres arbejde ofte har stor betydning for brugernes velfærd eller fremtid. Forholdet er præget af kategorisering af brugerne fra de professionelles side, da kategoriseringen af brugerne gør, at de professionelle bedre kan udnytte specialiseringens fordele. Det giver dog nogle sammenstød med brugerne, da brugerne ikke blot forventer, at de sundhedsprofessionelle diagnosticerer brugerens problem, men også at servicen er i top. Denne service indbefatter, at de professionelle har brugerfølelse og empati, så de også kan tage individuelle hensyn til brugeren (Interview G:14). De sundhedsprofessionelle ser dog fordele ved kategoriseringen, der letter deres arbejde betydeligt, da det er ressourcekrævende at behandle hvert tilfælde som unikt. Fra brugerens side betyder kategoriseringen til gengæld manglende hensyntagen i brugerens situation eller i værste fald, at brugerens problem ikke hører til nogen professionel (Jespersen 1996: 93).

”At en sund sjæl i et sundt legeme eller et sundt legeme i en sund sjæl. Det er jo nok det, altså det synes jeg ikke at man kigger på. Man ser jo ikke på det hele menneske!”

(Interview A: 20, 22).

Flere af de andre respondenter giver ligeledes udtryk for, at de sundhedsprofessionelle har en tendens til at kun se brugerens sygdom eller symptom og ikke betragte dem som et helt menneske (Interview A:22; Interview B:2; Interview D:5). Samtidig har sundhedsvæsenets større specialiseringsgrad også medvirket til større risiko for, at brugerne sendes rundt mellem forskellige afdelinger, uden at nogen af dem formår, at løse helheden i brugernes problem. ”Jeg kan garantere for, at jeg kunne helbredes meget mere, hvis der var nogen af de læger, jeg har med at gøre på de forskellige afdelinger, der satte sig sammen og så sagde: der har vi patienten! I stedet for, fordi de

ser ikke på det hele menneske mere. Det gjorde man mere i gamle dage. Altså, der kom man på sygehuset og fandt man så en anden sygdom, så blev man overflyttet til den afdeling. Nu får man bare at vide, jamen det må du bare henvende dig til den praktiserende læge. Du kommer derud i de tre dage og hvor lidt det efterhånden er, og så bliver der lavet dét og så færdig. Så følger man ikke mere op på det” (Interview B: 2f) Det positive ved kategoriseringen er, at brugeren får adgang til at få del i de offentlige ressourcer, hvor en gunstig klassifikation kan betyde meget for den enkelte. Respondent D fortæller om lettelsen ved, at få sin diagnose selvom det var barskt, da det betød, at brugeren kunne få hjælp til at få løst sit problem, som ikke var blevet anerkendt, da man ikke før havde kunnet diagnosticere og dermed kategorisere problemet (Interview D: 1). Kategoriseringen er på en gang praktisk og nødvendig, men kan også være problematisk eller gunstig for brugerne.

Det virker på nogle punkter selvmodsigende, når brugerne ønsker ens behandling, samtidig med at de professionelle skal tage højde for brugernes personlige præferencer i forhold til behandling. Der stilles store krav og forventninger til de professionelle, da brugeren på den ene side forventer at modtage den bedst mulige ”standard” behandling, samtidig med at man tager højde for brugerens individuelle behov. *”Og hvor virker den behandling jeg kan få mest tiltalende. At man faktisk ikke behandler ens over hele landet. Hvor jeg troede, var jeg syg, jeg hører til Odense by, så er det jo Odense der behandler mig og jeg får det primært der, fordi jeg får det lige så godt der, som jeg kunne have fået det alle andre steder”* (Interview A:5). Brugeren var blevet meget harm over, at behandlingen langt fra var ens rundt om i landet, men at det tværtimod var meget forskelligt. Brugere er selv inde på, at de som brugere er meget forskellige, og at den relation hvormed brugeren og de sundhedsprofessionelle mødes er personligt betinget (Interview D:19). Dette vil også kunne påvirke brugerens indtryk af behandlingen og den service de modtager i denne sammenhæng, samtidig med at det udfordrer de sundhedsprofessionelle, som både skal kunne tilbyde den samme gode behandling til alle brugere og samtidig give individuel service, der hvor det kræves, dvs. at produktet, behandlingen er ens, men at servicen er individuel. Brugere sammenligner til dels sundhedsvæsenet med en privat virksomhed, hvilket både giver fordele og udfordringer. Disse problematikker vil også blive beskrevet nærmere i afsnittet *Sundhedsvæsenet som privat eller offentligt organisation?*

Det er uundgåeligt i brugerforholdet, at de professionelle udsættes for direkte brugerreaktioner, som griber ind i arbejdsprocessen og de professionelle må finde måder at tackle disse på. Specielt på de

områder, hvor resultatet af arbejdsprocessen er afhængig af brugernes egen medvirken, er brugerreaktionerne af stor betydning. Brugerne har gennem deres reaktioner en betydelig indflydelse som individer og især hvis de slutter sig sammen i organisationer eller egentlig brugerbestyrelser (Jespersen 1996:93). Projekt PaRIS handlede om at give brugerne mulighed for at yde indflydelse på sundhedsvæsenet, ved at fokusere på deres rejse i sundhedssektoren, hvor brugernes erfaringer og reaktioner på mødet med sundhedsvæsenet blev brugt til aktive forandringer på området. Samtidig var fire af respondenterne, henholdsvis C, D, G og J, også tilknyttet en patientforening, som de selv havde gjort brug af, men som tre af dem også selv arbejdede frivilligt i. Respondent J beskrev, at de professionelle til tider overhalede patientforeningerne, da de modsat dem arbejdede med tingene fuld tid og derfor var yderst specialiserede, men at de bør medtage brugerreaktionerne i udviklingsarbejdet.

”Og oplever lidt at de tager noget af luften ud af diabetesforeningen, fordi de er professionelle og krævende og finder ud af, hvad der er behov for, og så kan vi andre bare som fritidsarbejde eller fritidsaktivitet, vi kan ikke rigtig være med i forhold til de der professionelle. Men på den anden side, så er det jo, så synes jeg det er meget fint det de professionelle kan, men det vi jo kan, det er, når de laver et eller andet, så dreje det lidt. Men det er jo ikke anderledes end når fysioterapeuten kommer hjem til mig og får mig til at lave øvelser med knæet. Så kan jeg jo i et vist omfang sige, det er jo det her jeg har behov for og ikke det” (Interview J:13). De sundhedsprofessionelles daglige arbejde fordrer ikke altid til at inddrage brugerne eller brugerforeninger, hvorfor det kræver en koordineret indsats, ligesom projekt PaRIS, hvis brugerviden skal blive en mere integreret del, af de forandringer der løbende sker i sundhedsvæsenet.

”Altså, jeg mener folk må også godt få en lidt større social bevidsthed. Jeg har haft tiden til det. Jeg synes da, at det er almindelig samfundspligt”
(Interview B:22).

De professionelles arbejde fordrer ofte, at de medvirker til social kontrol af brugeren, da det offentlige ikke giver noget uden at forlange noget til gengæld. Samtidig er der også en enighed blandt brugerne om, at de også selv bør gøre en indsats for at blive raske igen og at flere også synes, at det er en samfundspligt at hjælpe sundhedsvæsenet til at forbedre sig selv, når man er blevet behandlet i det (Interview A:11). Den professionelle skal skønne, hvor kontrollen skal udøves i forhold til brugeren og sundhedsvæsenet skal afveje, hvor mange ressourcer der skal ofres for at

opnå social retfærdighed. Det er dog vanskeligt at afveje kontrollensyn mod hensynet til omfanget og kvaliteten af den service som ydes (Jespersen 1996:94).

Brugernes behandling et fælles ansvar

Brugerne giver også udtryk for, at hele ansvaret for deres behandling ikke kun bør ligge hos de professionelle, men at de sagtens også kan tage et medansvar. Brugerne kan f.eks. sagtens selv finde oplysninger på nettet og bør ikke bare læne sig tilbage og forvente at al informationen skal komme fra overlæger og professorer (Interview D:11). Respondent D udtrykker sympati for de sundhedsprofessionelle, når de får meget krævende brugere, som ikke vil gøre noget selv.

”Ja, jeg synes også, at vi har et ansvar som patienter, vi kan jo godt søge lidt på, hvad der nu skal ske med en og undersøgelser og sådan, altså følge lidt med i stedet for bare at forlange at man hele tiden skal informeres”
(Interview H: 11).

Flere af brugerne lægger således op til, at de godt kan få lidt mere medansvar på nogle områder. Samtidig er der en række faktorer, hvor brugernes indsats vil kunne gøre en forskel for deres behandling, og hvor de bør yde selvhjælp, eksempelvis i forhold til kost og motion. Sygehuset eller de sundhedsprofessionelle kan jo ikke motionere for brugeren (Interview A:12). Særligt respondent D synes også, at det er vigtigt at brugerne holdes i gang, og ikke bare sidder og venter på hjælp, men lægger en indsats der, hvor de kan (Interview D:11). *”Man må også tage ansvar for sig selv, man kan ikke lægge ansvaret over på sygeplejersken og på lægen”* (Interview E:18). Respondent E oplevede under projekt PaRIS, at særligt kræftpatienter stillede spørgsmål ved de professionelle autoritet og viden, hvilket nok skyldes angst. Brugeren bliver nødt til at tage konsekvensen, hvis personen f.eks. vælger ikke at tage sin insulin (Interview E:18).

Samtidig opleves det også som om, at sundhedsvæsenet ikke altid fordrer til medansvar, selvom det er vigtigt for flere at brugerne at have det. *”Men det har også noget at gøre med, at per definition, så bliver man umyndiggjort sådan et sted, og det er en af mine indgange til det her, for jeg har jo, og det er jeg sikker på, at det har du allerede hørt på noget af det jeg siger. Jeg har jo en tyrkertro på, at mit helbred har det bedst med, at jeg tager ansvar for det også ”* (Interview D:5). Dette handler også om komplians fra brugerens side. Brugerne er ikke helt enige, hvad angår komplians og medansvar i forhold til deres behandling, for selvom de mener, at det er fint at brugeren får medansvar på nogle områder, kan brugeren også få for meget. Respondent A mener ligefrem, at det

kan være skadeligt for brugeren at være for samarbejdsvillig, da brugernes medansvar kan blive så stort, at de kan risikere ikke at få den rette behandling, hvis ikke de sætter sig ind i de behandlingsmuligheder, de har mulighed for at benytte (Interview A:12ff). Nogle gange gør medansvaret også at brugerne ligefrem bliver eksperter i egen sygdom: *"Altså diabetes patienter, de er jo nærmest deres egne læger, de ved bedre, hvordan de skal have det end mange andre"* (Interview A:19). Typisk forventer sundhedsvæsenet og de professionelle, at brugerne blot følger behandlingen, og de er ikke åbne overfor alternative behandlingsmetoder (Interview A:6). Omvendt giver flere af brugerne udtryk for, at brugeren både bør få medansvar og være kompliant. *"Det er jo et evigt studium ikke. Du må jo også respektere, og hvis du ikke vil få ham til at sige ja til den kost, du gerne vil spise, så tag dog ansvaret og spis den kost du gerne vil have selv. Men gør samtidig, hvad han siger om behandlingen"* (Interview E:18). Brugeren kan sagtens blive hørt, men man skal også lytte til de professionelle og de anbefalinger, som de kommer med, brugerne skal udøve kompliance (Interview C:18). Det kræver således et godt helbred at være syg og det er derfor også vigtigt, at man husker at hjælpe de brugere, som ikke kan rumme at tage en masse medansvar i behandlingsforløbet (Interview H:13). Der er således nogle områder, hvor brugeren sagtens vil kunne tage medansvar, mens andre områder mere er forbeholdt de sundhedsprofessionelle. I sidste ende vil det dog være brugeren, som tager det endelige valg, typisk i samarbejde med de sundhedsprofessionelle.

Sammenfattende kan man konkludere, at forholdet mellem brugerne og de professionelle på den ene side påvirkes af et effektivitetshensyn, der tilsigter en kategoriseringsproces og tætte forhold mellem bruger og sundhedsprofessionel og på den anden side et kontrol- og legitimeringshensyn, der tilsigter upersonlighed og kontrol med ressourcernes rette anvendelse (Jespersen 1996:94).

Sundhedsvæsenet som offentlig eller privat organisation?

I forhold til sundhedsvæsenet ligger der i samfundet en ideel forestilling, at offentligheden skal tjenes, hvilket betyder størst mulig lykke for det størst mulige antal mennesker. De offentlige tjenester skabes pr. definition for at tjene offentligheden, mens den privatejede økonomi anses for at være indrettet efter forbrugernes behov og ønsker. Frit sygehusvalg har til dels styrket tanken om, at kun sygehuse der tjener brugerne overlever, da brugerne igennem deres frie ret til at købe et produkt eller ej, kontrollere fremstillingen og fordelingen af tjenesteydelser og varer (Etzioni 1972:145).

Virkeligheden i forhold til sygehusene viser sig dog ikke så simpel. *”Nej og jeg synes også det der med frit sygehusvalg, det kan da godt være at man så kan shoppe mere rundt, men det er jeg ikke engang sikker på er, at jeg vil benytte mig så meget af. Jeg ville også tænke lidt, at så er man langt væk hjemmefra og sådan noget. Altså, jeg synes det lyder lidt bedre end det egentlig er, jeg synes, det må jo ikke være særligt sjovt at ligge i den anden del af landet, hvor man ikke får besøg f.eks. eller sådan noget.* (Interview H:15). Det forekommer ikke nødvendigvis attraktivt at vælge et andet sygehus end det brugerne bor tættest på, hvis ikke der er en virkelig god grund til valget.

Flere af brugerne sammenligner sygehuset med en privat virksomhed og nævner f.eks. at den måde man håndterer logistikken på i afdelingerne på sygehuset aldrig ville kunne gå på en fabrik (Interview E:6). *”Altså, det er utrolig varieret, men det der altid har slået mig, det er det hierarki, der er. Altså nu f.eks. den der med for flere år siden, hvor jeg ikke måtte, hvor sygeplejersken ikke måtte røre computeren for at få det her svar, det ville aldrig finde sted ude i en privat virksomhed”* (Interview E:14). Informanten kritiserer især de mange skel og barrierer mellem personalegrupperne, som personen oplevede, selvom det dog også er blevet bedre. Ligeledes vil det dårlige samarbejde, som der til tider er, mellem afdelinger og sundhedsprofessionelle, heller aldrig ville blive accepteret eller ske hos eksempelvis A.P. Møller Mærsk, hvor det højst sandsynligt ville resultere i fyringer (Interview F:22). Sundhedsvæsenet er mere komplekst end en privat virksomhed, da brugerne ikke kan vælge frit i den almindelige forstand, da deres fravalg af behandling, kan have langt større konsekvenser end ved køb af f.eks. et fjernsyn (Interview G:14).

”Men jeg har jo ikke så mange alternativer, jeg kan jo ikke skifte, kun i begrænset omfang kan jeg skifte leverandør”
(Interview J:16).

Dette gør også, at sygehusene ikke direkte kan sammenlignes med en privat virksomhed eller blive som en privat virksomhed, men derfor kan man sagtens ville anvende dele fra det private, som ville give mening at anvende for sundhedsvæsenet.

Brugeren som patient eller kunde?

De skal alle sammen ind og finde ud af, hvordan gør vi det bedst for at beholde kunden, for at holde på kunden. Altså, godt nok er det deres opgave at få dem hurtigt igennem og ud igen, men de skal jo have dem ind, fordi hvis ikke de har kunder nok, så bliver de sku lukket” (Interview F:26). For

respondent F handler det om at sundhedsvæsenet ikke skal være patientvenligt, men kundevenligt, da private virksomheder er langt bedre til at tilgodese kundernes behov end sygehusene er til at tilfredsstille brugernes behov. Samtidig ligger der et dilemma i at betragte brugerne som kunder, da de vilkår hvormed patienterne og kunderne træder ind i ”forretningen” langt fra er ens. *”Altså her i byen, der er mange slagtere ikke, hvis ikke jeg er tilfreds ved den ene slagter, så går jeg hen til en anden. Jeg har kun et sygehus, men der er jo frit sygehusvalg, hvis det endelig skal være, så man kan jo godt gøre noget andet. Men hvem gør lige det? Når du er ramt af en sygdom, har du så kræfter til det?”* (Interview F:26). Brugere er enige om, at man godt må betragte brugerne som kunder, når det kommer til bedre service i sundhedsvæsenet, men brugerne er ikke kunder, hvilket er vigtigt at huske på. *”Nej slet ikke. Også fordi at når du ligger der, når du ligger på sygehuset, så er det jo fordi at du fejler et eller andet og så allerede der er balancen forrykket lidt, fordi de andre de er altså oppe af deres senge og er raske, ikke også. Så nej det, så er der også, så siger man ikke bare, ej jeg tror jeg går hjem igen, det gør man jo ikke”* (Interview H:15). Der er således en betydelig forskel i at træde ind på hospitalet som patient og gå ind i en forretning som kunde. *”Jamen det er jo det. De fleste, de er jo fyldt op, og rigtig mange, og netop de tre grupper vi snakker om her, de er jo ikke nødvendigvis raske, fordi de bliver udskrevet fra sygehuset”* (Interview D:15). Brugeren er ramt af sygdom, hvilket gør situationen meget anderledes, end hvis personen blot var kunde. Det er også en vigtig faktor, at nogle af brugerne er kronisk syge og derfor ikke nødvendigvis er raske, når de udskrives fra hospitalet, men at de kommer igen. Dette skaber et afhængighedsforhold til sundhedsvæsenet, hvorfor brugerne kan have en interesse i, at være på god fod med hospitalet, i forhold til fremtidig behandling. Samtidig står brugerne i en speciel situation, og er på mange måder slet ikke sammenlignelige med kunder, da deres valg, kan være et spørgsmål om liv eller død.

Brugeren som forbruger

Roller som forbruger er blevet delt i to elementer: *forbrug* forstået som erhvervelsen af varer og tjenester til personlig behovstilfredsstillelse og *kontrol* der er fordelingen af ressourcer i overensstemmelse med egne behov. Der er dog sket en adskillelse, da forbrugselementer stadig indgår i forbrugers rolle, så er kontrollen i en vis udstrækning frataget forbrugeren og anbragt i andre roller. Forbrugeren har mindre mulighed for kontrol i offentlige serviceorganisationer som eksempelvis hospitaler og sundhedsydelser, da disse organisationer ikke er afhængige af forbrugernes honorar på samme måde som andre organisationer. Respondent J er også inden på denne forskel, da brugeren beskriver forskellen på det offentlige og private: *”Når jeg får ydelsen,*

når jeg køber et fjernsyn eller en computer, ikke også, så er der kroner og øre” (Interview J:15). Denne betaling foregår mere indirekte til sundhedsvæsenet, da brugeren måske kun betaler et gebyr, som er en beskedent andel af tjenestens faktiske pris, da denne forskel dækkes gennem skatten. Der opstår en offentlig monopol, hvor der ofte ikke er nogen erstatning for de offentlige ydelser, som både er billige og bekvemme, hvorfor forbrugeren kun har ringe kontrol over ydelsens art, pris m.m. (Etzioni 1972:146ff). Dette har også medvirket til, at brugerne ikke altid stiller samme servicekrav til sundhedsvæsenet, netop fordi de ikke føler, at have betalt for servicen på samme måde, som hvis de havde købt en ydelse i en forretning. Respondent J giver f.eks. udtryk for, at ville efterspørger flere ting, hvis brugeren selv skulle betale for sin behandling på sygehuset (Interview J: 16). De sundhedsprofessionelle er heller ikke under direkte pres fra brugeren, da deres tjenesteydelser er adskilt fra opkrævning af honoraret fra ydelsen, men brugeren kan godt udøve et indirekte pres (Etzioni 1972:147).

Konsekvenserne ved adskillelse af forbrug og kontrol

Denne adskillelse af forbrug og kontrol støttes af en stærk ideologi, hvor den der leverer tjenesteydelsen bedst vurderer, hvad der tjener forbrugeren, dvs. at adskillelsen af forbrug og kontrol betragtes som det bedste middel til at fremme de flestes lykke (Etzioni:1972;149).

Der er en række konsekvenser ved adskillelsen af kontrol og forbrug, nogle ønskværdige andre ikke. Det kan være svært for forbrugeren at bedømme, hvad der tjener personen bedst, hvorfor det kan være en mulighed, at en autoritet udøver kontrollen, da denne person bedre kan sørge for forbrugers behovstilfredsstillelse. Eksempelvis en forbrugers relative uvidenhed i forholdet mellem denne som patient og lægen. *”Ja, fordi hvis jeg går ned og handler og jeg synes at føtex har noget kedeligt kød, så går jeg jo bare videre til den næste butik, det kan du jo ikke gøre på samme måde. Du kan måske godt ønske et andet sygehus, men når du ikke, jeg har da i hvert fald så meget tiltro til sundhedsvæsenet og til de læger, at jeg kommer i kontakt med, at de ved, på mange områder, der ved de bedre end jeg gør. Jeg kan jo ikke være fuldstændig up to date med al medicin og al behandling og sådan og der er jo også en grund til, at de har læst i så mange år, så jeg vil da håbe at de ved lidt mere om det. Og man har jo også, det er en selv at man sætter som indsats”* (Interview H:14). Brugeren kan have svært ved at se de mere langsigtede konsekvenser af sin beslutning, men vil måske tilgodese de umiddelbare interesser, f.eks. at blive rask, uden at være helt bevidst om, de mere langsigtede konsekvenser af den behandling, brugeren vælger. Selvfølgelig kan brugeren altid fravælge en behandling, da det er brugerens ret, men respondent H betvivler, hvorvidt man som bruger altid kan vide bedst, da de professionelle har en viden og erfaring, som på

nogle måder kvalificerer dem bedre til at tage en faglig beslutning end brugeren. *”Jamen det var ikke mig selv, der valgte det, det var lægerne, ikke også, og det sætter jeg meget pris på, at de siger, at det var godt at komme derhen”* (Interview J:17) I dette tilfælde satte respondent J pris på, ikke at skulle forholde sig til, hvilket sygehus der kunne behandle brugeren bedst, men hvor de sundhedsprofessionelle tog beslutningen på brugerens vegne. Eksemplet handler også om, hvor stor de sundhedsprofessionelles autonomi bør være og om det er lægen eller brugeren der ved bedst.

De sundhedsprofessionelles funktion i forhold til brugeren

Nogle af brugerne mente, at de sundhedsprofessionelle i nogle tilfælde vidste bedst, mens andre mente, at de selv var de bedste til at vurdere, hvad de havde brug for, så længe de sundhedsprofessionelle bidrog med relevant råd og vejledning (Interview G:6). En helt tredje model, og også den mest almindelige er, at beslutningen omkring brugerens behandling, tages bedst i et samspil mellem brugeren og de sundhedsprofessionelle: *”Og for mig er det vigtige, det, jeg sagde før med, at det der samspil mellem den professionelle der kender til tingene, og så mig, der kender til mig selv”* (Interview J: 14). Brugeren og de sundhedsprofessionelle har hver især speciel viden, som der bør tages højde for, inden brugeren tager sit valg. *”Ja det er det. Men derfor kan man jo godt alligevel, altså snakker om hvilke behandlingsmuligheder der er eller hvad medicin der er, om man kan det ene eller det andet. Og det synes jeg da også at man gør meget i dag, det er jo ikke sådan, at man ligger helt strakt ud, hvor overlægen han kommer svævende forbi på stuegang og så bestemmer vel. Jeg synes at man bliver inddraget helt fint i det* (Interview H: 14). Brugeren mener således, at man ofte inddrages i beslutningen og ikke blot køres ud på et sidespor og skal se til. Samtidig er der også en langt større tillid til de sundhedsprofessionelle end der ville være til eksempelvis en sælger i en forretning. *”Det ville jeg i hvert fald. Det kan godt være at det er mig, der er naiv, men det ville jeg altså. Og jeg bilder mig nok ind, at de også har, ikke fordi jeg ikke tror dem i føtex er nogle banditter alle sammen, men at de har mere moral og etik inden over, end dem nede i føtex. At de ikke ville stå og sige til mig, jamen det skal du bare (navn), selvom de er velvidende om, at den behandling kan gå galt eller at de står og lover mig noget de ikke kan holde f.eks., det ville jeg aldrig have dem mistænkt for.* (Interview H: 16). De sundhedsprofessionelle forventes at have mere etik og moral, hvilket også vil gøre dem mere troværdige end f.eks. en serviceassistent i føtex.

Fordele og udfordringer ved kundeperspektivet

På trods af den væsentlige forskel, der ligger i at være patient og kunde, mener flere af brugerne alligevel, at sundhedsvæsenet kan have godt af, at betragte brugeren som en kunde, de nødtigt vil miste, og hvor de vil gøre sit yderste for at beholde dem hos sig (Interview F:26). Samtidig anses det også som sundt for sundhedsvæsenet, at de har fået konkurrence af det private, da det forhåbentligt kan øge serviceniveauet på brugerens præmisser (Interview F:23). De offentlige og private sygehuse arbejder dog også under forskellige forudsætninger, da det ofte er nemmere for privathospitaler f.eks. at kunne planlægge operationer, da de ikke modtager akutte patienter, men det offentlige kunne sagtens tage ved lære, når det kom til at praktisere bedre kundeservice (Interview F: 27). Respondent J mener, at alle brugerne er kunder, forstået på den måde, at de altid ønsker den bedst mulige behandling (Interview J: 14).

Ja, fordi det er det vigtige, jeg kan jo ikke bruge systemet, hvis de ikke kan give mig råd og vejledning som jeg kan bruge. Så vil jeg slet ikke bruge det.

(Interview J: 15)

Dette valg kan man ofte tage i det private, men det gør sig ikke gældende i samme grad i det offentlige, da valget for forbrugeren kan være mellem systemet eller ingenting, hvilket som nævnt før, kan være et valg mellem liv eller død. *Lige nøjagtigt, fordi at du har jo ikke, f.eks. mig der er hjertesyg, jeg har jo ikke så mange andre i reserve vel. Jeg har ikke så meget at gøre godt med.* (Interview H: 14). Vælger hjertepatienten f.eks. ikke at følge de sundhedsprofessionelles råd omkring operation for at få nyt hjerte, vil det højst sandsynligt kunne betyde døden for brugeren, hvilket også betyder at der ikke er en reel exit for brugeren.

Der er ingen tvivl om, at de sundhedsprofessionelle har en overlegen viden i forhold til behandling, men betyder det også, at de bør overtage kontrollen og dermed begrænse brugerens frihed, til fordel for andre værdier som f.eks. sundhed? (Etzioni 1972: 149f). Det kan være en svær balance, hvem der ved bedst, brugeren eller de sundhedsprofessionelle, og virkeligheden viser sig heller ikke at være sort eller hvid, men mere en gråzone. Typisk vil det også være et spørgsmål om personlige præferencer, da nogle brugere ønsker suveræniteten i forhold til valg af behandling, mens andre gerne ser et samspil med de sundhedsprofessionelle, mens enkelte brugere ikke har noget imod, at de sundhedsprofessionelle overtager nogle af beslutningerne i forhold til valg af behandling.

Kapitel 6 Vurdering af specialet

Kapitlet er en vurdering af kvaliteten i specialet og dets resultater. Kvaliteten er afhængig af undersøgelsens metode og forskningsdesign, hvorfor både Steiner Kvale og Alan Bryman anvendes til at diskutere specialets kvalitative casestudium i forhold til validitet, troværdighed og reliabilitet. Slutteligt vil der være en diskussion af specialets resultater i forhold til den analytiske generaliserbarhed.

Undersøgelsens validitet afhængig af de anvendte metoders hensigtsmæssighed i forhold til undersøgelsens genstand og formål, dvs. at validitet handler om, hvorvidt valget af metode er den bedste til at indfange det fænomen, der ønskes undersøgt (Kvale 1997:232). I dette speciale er det kvalitative interview valgt som primær dataindsamlingsmetode, da denne metode vurderes mest hensigtsmæssig til at indfange specialets undersøgelsesfokus - brugernes perspektiv på brugerdriven innovation i sundhedsvæsenet. Det er centralt at informanterne besvarede undersøgelsens formål, dvs. at respondenterne svarede på de spørgsmål, forskeren stillede, og ikke misforstod og svarede på noget andet (Bryman 2004:273). De første interviews bærer præg af, at forskeren ikke havde indgående kendskab til, hvordan projekt PaRIS var foregået, hvilket gjorde forskerens rolle meget udforskende, spørgende og måske en anelse naiv, samtidig med at forskeren viste forståelse og interesse for brugernes fortællinger. Der var dog også enkelte gange, hvor respondenterne svarede anderledes end sådan, som forskeren havde forstillet sig spørgsmålet, hvilket gjorde at personen måtte stille spørgsmålet igen på en anden måde. Det oplevedes at det var nemmest for de fleste af brugerne, at svare på spørgsmålene via eksempler fra PaRIS, hvorfor de blev opfordret til at anvende disse og evt. forholde sig til spørgsmålet mere generelt efterfølgende. Informantvaliditeten kunne have været højnet ved at have ladet brugerne læse både de transskriberede interviews og analysen, så de havde fået muligheden for at korrigere eventuelle fejl eller misforståelser, men det blev fravalgt af praktiske årsager, da forskeren grundet graviditet først kunne transskribere interviewene et par måneder efter at de var indsamlet og fordi tidsrammen i specialet ikke tillod det (Bryman 2004:274).

Den interne validitet eller troværdighed handler om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem forskerens empiri og de teoretiske ideer som udvikles af denne. De analytiske fortolkninger skal således både være velargumenterede og inddrage casens kompleksitet (Ibid.) De analytiske tolkninger i specialet har både afsæt i teori og den indsamlede empiri, hvor der er anvendt fire

teoretiske perspektiver til at belyse empirien og hvor de bibringer alternative forklaringer på mønstrene i empirien. Casens kompleksitet er søgt udfoldet, hvor det gennem empirien og de forskellige teoretiske perspektiver er blevet evident, at brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet kan karakteriseres og analyseres ud fra de ni interviews appliceret med teori om brugerdreven innovation, brugerroller og sundhedsvæsenet som fagbureaukrati. Teorierne underbygger empirien og hinanden igennem deres forskellige forklaringer, hvilket både øger forklaringskraften og troværdigheden af de analytiske fortolkninger.

Reliabiliteten handler om, hvorvidt forskningsresultaterne fører til konsistens og pålidelighed af resultaterne. Specialets reliabilitet er søgt højnet i interviewene, hvor der blev stillet forskellige spørgsmål til det samme tema og hvor forskeren fortløbende i interviewene også stillede opfølgende spørgsmål, hvis det vurderedes relevant. Dette gør også de inkonsistente svar synlige, så forskeren kan forholde sig reflekterende til det (Kvale 1997:157). Interviewene har dog ikke været præget af stor inkonsistens, hvilket har gjort de overordnede tendenser og mønstre i interviewene tydelige. Reliabiliteten i forhold til, hvad der blev set og hørt fra forskerens side har således været stærk, da der kun var én forsker (Bryman 2004:273). Der er også konsistens i kodningen, da denne ligeledes er foretaget af én forsker. Ulempen er dog, at det ikke er muligt at vurdere intersubjektiviteten i kodningen, hvilket gør det vanskeligt at kontrollere for ensidighed eller vilkårlighed i kodningen (Kvale 1997:203).

De opnåede resultater i specialet vil ikke kunne generaliseres ud over en bred population, men dette har heller ikke været hensigten. Til gengæld kan man tale om analytisk generalisering i projektet, som af Steiner Kvale defineres som en: *"Velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation"* (Kvale 1997:228). Ønskes undersøgelsens resultater at kunne generalisere, medtages disse overvejelser således allerede i undersøgelsens design bl.a. igennem valget af case. Specialets case er ikke udvalgt med generalisering for øje, men casen producerer specifik viden om fænomenet, samt har mulighed for at give viden om nogle bredere tendenser på området. Et teorifortolkende casestudie kan opnå analytisk generalisering ved at bygge på nogle eksisterende teoretiske begreber (Antoft & Salomonsen 2007:11ff). Ved at tage udgangspunkt i flere teorier opnås en vis kvalitet og det er optimalt, hvis emnet belyses fra direkte konkurrerende teorier. I specialets tilfælde vil de inddragede teorier udfordrer hinanden, for at kunne belyse flere områder af brugernes perspektiv på

brugerdreven innovation, hvilket gør, at forskeren kan komme mere i dybden med emnet. Dette har dog nogle konsekvenser for kvaliteten af analysens konklusioner, når de ikke bliver direkte udfordret. Empirien anskueliggøres ud fra flere relevante perspektiver, hvilket er med til at afklare fænomenets komplekse kontekst, når de valgte teorier supplerer hinanden. I udviklingen af studiet sker der en konstruktion og såkaldt ”kvalitetstest” heraf, i en processuel dialog mellem forsker, felt og omverden. Forskeren har således løbende i interviewene stillet uddybende spørgsmål for at komme tættere på en forståelse af aktørernes egen tolkning af brugerdreven innovation.

Formålet var ikke at afdække én sand virkelig, men derimod at tage udgangspunkt i brugernes perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet, med afsæt i deres erfaringer fra projekt PaRIS. Forskerens rolle var, at forholde sig kritisk til den ”sandhed”, som forskeren blev præsenteret for, ved at sætte udsagn og fortællinger ind i et teoretisk og kontekstuel perspektiv. Inddragelsen af flere informanter fra det samme innovationsprojekt, projekt PaRIS, gør specialet meget case specifikt, men der kan tales om generelle tendenser og mønstre, hvorfor det ikke giver mening at diskutere projektet på et generelt plan. Casestudiet anvendes til at illustrere og generalisere nogle teoretiske sammenhæng som en analytisk generalisering.

Kapitel 7 Konklusion

Specialet har haft fokus på brugerne i forhold til deres forståelse af og perspektiv på brugerdreven innovation i sundhedsvæsenet. Brugernes erfaringer og udtalelser om brugerdreven innovation, baserer sig på projekt PaRIS fra Odense Universitetshospital, hvorfor konteksten er sundhedsvæsenet.

Konklusionen vil afspejle problemformuleringen, hvor den første del vil omhandle de to første spørgsmål i problemformuleringen, som er brugernes perspektiv på brugerdreven innovation. Det sidste spørgsmål i problemformuleringen besvares i afsnittet om brugernes rolle i den brugerdrevne innovation. Endelig vil den mere implicite del i problemformuleringen, sundhedsvæsenet som fagprofessionelt bureaukrati og dets betydning for brugerne, i forhold til deres perspektiv på brugerdreven innovation, blive besvaret.

Brugernes perspektiv på brugerdreven innovation

Brugerne mener grundlæggende, at sundhedsvæsenet bør efterstræbe brugerdreven innovation, da det associeres som en positiv mulighed, hvor sygehuset kan blive mere brugervenligt, både i forhold til at brugerne bliver hørt, og at sundhedsvæsenet anvender den viden og erfaring, som brugerne har. Det kan også lette arbejdsbyrden for de sundhedsprofessionelle, hvis brugeren får mere medansvar, og samtidig håber brugerne, at det kan forbedre samarbejdet mellem brugerne og de sundhedsprofessionelle. Brugerdreven innovation vurderes også som meget tidskrævende, både for de sundhedsprofessionelle og brugerne, hvorfor det er vigtigt, at tiden og ressourcerne til det er tilgængelige. Et positivt afkast af mere brugerdreven innovation kan være, at brugerne forstår nye tiltag og innovationer i sundhedsvæsenet, når de høres og inddrages i disse, hvilket også kan resultere i øget tilfredshed med sundhedsvæsenet.

Der er også faldgruber i brugerdreven innovation, som brugerne søger at gøre opmærksom på. Flere af brugerne mener ikke, at sundhedsvæsenet altid fordrer til innovation, både fordi organisationen er en stor, uoverskuelig og kompleks størrelse med mange beslutningstagere, hvilket gør innovationsprocessen træg og langtrukket, men også fordi de professionelles arbejde ofte vanskeliggøres af forandringer. Derfor er det også vigtigt, at sundhedsvæsenet husker at medtænke en implementeringsstrategi i forbindelse med innovationen. Nogle af brugerne oplevede også, at både brugere og professionelle kunne hæmme innovationsprocessen, ved ikke at kunne fokusere på

det generelle og overordnede, eller fordi brugerne eller de sundhedsprofessionelle ikke var lydhøre overfor hverandre.

Patienter er pr. definition svagere end almindelige brugere, hvilket kan mindske deres gennemslagskraft i brugerdreven innovation, hvorfor det er centralt, at sygehuset bakker op omkring eventuelle innovationer eller tiltag. Dette gør også sundhedsvæsenets rolle central, i forhold til at drive innovationen, da brugerne ikke umiddelbart mener at kunne eller lyster at varetage denne opgave. Forholdet mellem brugerne og de professionelle er også anderledes end normalt, da mange brugere er afhængige af sundhedsvæsenets ydelser i forhold til brugernes behandling, hvilket også tillægges en betydning i forhold til samarbejdet omkring den brugerdrevne innovation. Brugerdreven innovation vurderes, at kunne være til stor gavn, idet det kan udvide brugerfokus og viden, så de professionelle bedre kan varetage brugernes behov, men det er samtidig vigtigt, at være opmærksom på brugernes forskellighed, da ikke alle brugerne har ressourcerne til det øgede medansvar, som det også kan bevirke. Medansvaret kan blive et dilemma for de professionelle, da brugerne både opfatter det som positivt og negativt, alt efter de ressourcer brugerne har til rådighed.

I forhold til hvem der ved bedst, er brugerne ikke enige om, hvor meget autonomi og autoritet henholdsvis brugerne og de sundhedsprofessionelle skal besidde. Brugere ønsker og forlanger mere brugerdreven innovation, hvor de stiller krav om tilfredsstillelse af deres (differentierede og divergerende) behov, hvilket kan stille de sundhedsprofessionelle i dilemmaer. Flere af brugerne undres også over, at sundhedsvæsenet ikke i højere grad, gør brug af brugernes viden, samtidig med at de erkender, at de bevæger sig ind på de professionelles "territorium", ved at kræve mere brugerdreven innovation og brugercentrering.

Projekt PaRIS blev af brugerne betegnet som brugercentreret i form af brugerdeltagelse og involvering, men ikke som brugerdreven innovation, da projektet var igangsat organisatorisk og var drevet af de professionelle. Generelt blev projektet opfattet positivt, hvor det havde fungeret godt med blandede brugergrupper, men samtidig beskrives projekt PaRIS også som diffust, løst struktureret og bredt, hvor det i starten havde været svært for brugerne, at se formålet med det. Enkelte brugere havde dog forventet mere radikale forandringer eller havde håbet på, at flere af tiltagene var blevet gennemført, mens andre ikke havde fundet måden, hvorpå nogle af projekterne

afsluttede, tilfredsstillende. Alligevel håber brugerne, at der kommer flere projekter som PaRIS, da de betragter det, som værende den rigtige retning at gå for sundhedsvæsenet.

Brugerne blev betragtet som lead users i projekt PaRIS, og projektets definering af dem, havde stor lighed med von Hippels definition. I denne sammenhæng var det også relevant, hvilken dagsorden brugerne havde for deltagelse, da det både kunne være personlig interesse, fællesskabets interesse, foreningsinteresse eller en kombination. Brugerne gav projekt PaRIS retning i forhold til, hvilke problemer eller uhensigtsmæssigheder, man skulle være opmærksomme på, hvilket har ligheder fra von Hippels definering af brugerne, da de er kilden til innovation. I PaRIS var det dog de professionelles opgave, at gøre brugernes ideer operationelle og generiske, så flest muligt brugere kunne få gavn af dem. Projekt PaRIS havde udvalgt ”stærke” brugere, som formåede at formulere sig og give udtryk for deres behov, hvilket også minder meget om von Hippels lead users som trendsættere. Definering af brugerne som lead users resulterede også i nogle kritiske overvejelser, da betragtningen ikke er problemløs. Eksempelvis præciserer von Hippel ikke, hvem der er lead users, og man kan sætte spørgsmål ved, om lead users behov altid repræsenterer alle brugernes behov. Brugerne er komplekse og forskellige individer med differentierede behov, hvilket brugersammensætningen vel også bør være, hvis den skal kunne varetage alle brugernes behov. Er brugerdriven innovation virkelig brugerdrivent, hvis brugerne udelukkende repræsenteres af lead users, bør alle brugere ikke deltage? Det vil således kræve nye eller andre metoder, hvis brugergruppen skal være bredt repræsenteret.

I forhold til brugernes motivation for deltagelse var den begrundet i dårlige oplevelser i eget eller andres sygdomsforløb, eller fordi der var plads til forbedringer. Ydermere var det centralt, at brugeren blev hørt som et helt menneske, og ikke blot som den sygdom de havde, og at sundhedsvæsenet var lydhør for det brugere kom med, da det ikke blev opfattet som en selvfølge, at blive hørt af sundhedsvæsenet eller de professionelle. Samtidig var det væsentligt, at brugerne kunne se, at deres indsats nyttede, at de gjorde en forskel, og at de praktiske ting i projektet havde været i orden. Eksempelvis var det centralt med en god projektbeskrivelse, hvor brugeren var klar over, hvad der forventedes af personen, så det var ”nemt” at deltage.

Brugernes rolle i den brugerdrevne innovation

De fire brugerroller⁷ som blev beskrevet i analysen, bruges alle, om end nogen i begrænset omfang, i offentlige styringsprocesser, og som man kan se, er det ikke uden betydning, hvilken af rollerne man anvender i innovationsprojekter.

Den passive klientrolle genkendes delvist hos nogle af brugerne, hvor egne præferencer kommer forud for helheden, og hvor nogle af brugerne mener, at de sundhedsprofessionelle har en viden og ekspertise, der kvalificerer dem bedre til at tage beslutninger på brugerens vegne, da de formår at se helheden i valgene. Andre brugere er dog tilhængere af egen autonomi, mens flertallet støtter en blanding, hvor beslutninger tages i samarbejde med de sundhedsprofessionelle. Klientrollen findes endnu i sundhedsvæsenet, men brugerne forventer og kræver i højere grad at få voice.

Kunderollen var også repræsenteret blandt nogle af brugerne, som mente at sygehuset skulle tilfredsstille deres kunder ved at bidrage med råd og vejledning, der hjælper kunden til at træffe det rigtige valg. Brugere er dog ikke enige, om de har de nødvendige ressourcer til at kunne træffe informerede og kvalificerede valg. Der er også radikal forskel på at være kunde og bruger, da brugerens valg kan være et spørgsmål om liv og død, hvilket også betyder, at de har ikke samme mulighed for exit som kunden har. Samtidig lægger frit sygehusvalg op til, at brugerne får voice, ved at kunne vælge med fødderne, men spørgsmålet er, hvor mange valg brugerne i virkeligheden har, når alt kommer til alt.

Dele fra medproducent rollen var også at finde ved projekt PaRIS, som havde aktiv brugerinddragelse, hvor præferencerne for projektet blev dannet i fælles dialog. Samtidig kræver rollen også stor ressourcebeholdning, hvilket kom til udtryk i projekt PaRIS, ved at det var ”stærke” brugere, men hvor man samtidig skal have in mente, at brugerne er patienter, hvilket kan få betydning i forhold til innovationsprocessen.

Rollen som offentlig innovatør var meget begrænset i projekt PaRIS, hvor brugerne havde en betydelig rolle i forhold til at identificere problemer og uhensigtsmæssigheder i sundhedsvæsenet, men hvor det var organisationen, der var den centrale aktør i innovationsprocessen. Flere af brugerne udtrykker dog tilfredshed med deres rolle, da den både var overkommelig og

⁷ Borgerrollerne er også illustreret ved tabel 1, bilag 3.

tidsbegrænset. Ydermere blev brugerne ikke valgt pga. at de var iderige eller kreative, men mere tilfældigt igennem patientforeninger og avisannoncer.

Der viste sig også at være en række fordele og ulemper i forhold til brugerroller og den brugerdrevne innovation. Problemet ved både klient- og kunderollen er, at de ikke i tilstrækkelig grad frigør brugernes ressourcer og viden, samt at de ikke formår at skabe dialog mellem brugerne og relevante aktører, der kan bidrage i skabelsen af innovation. Ønsker man en mere samarbejdsdrevet innovation, skal man derfor satse på medproducentrollen eller rollen som offentlig innovatør. Risikoen ved medproducentrollen er imidlertid, at dialogen begrænses til de stærke brugere, hvilket kan mindske chancerne for nye ideer og perspektiver. Det kræver derfor en indsats at inddrage andre typer brugere, der ikke er for ressourcekrævende for dem. *"No size fits all"* beskriver meget præcist, at man rammer forskellige målgrupper med de metoder og involveringsteknikker, som man vælger at inddrage brugeren med, hvorfor man skal gøre sig klart om innovationen skal være brugerreven eller brugercentreret.

Sundhedsvæsenets betydning for brugernes perspektiv på brugerreven innovation

Sundhedsvæsenet har store udfordringer i forhold til brugerreven innovation, grundet dets størrelse og kompleksitet, hvor det skal balancere mellem flere legitime og divergerende mål, i forhold til organisations- og brugernes behov. Grundlæggende er der konsensus om at sundhedsvæsenet tjener brugerne, men samtidig er der flere eksempler på at sundhedsvæsenet gør sig til herre overfor brugerne, pga. den måde som sundhedsvæsenet er indrettet, hvor brugerne indlægges på sundhedsvæsenets præmisser. De sundhedsprofessionelle stilles ligeledes i dilemmaet om, hvorvidt de skal varetage organisations krav eller brugernes. Samtidig sidder brugerne i et afhængighedsforhold til de sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet, hvilket flytter på magtbalancen i forhold til parternes relation til hinanden. Flere af brugerne har derfor også respekt for og delvis autoritetstro til de sundhedsprofessionelle, selvom autoritetstroen er faldende pga. forventninger og krav om medindflydelse.

Bureaukratiet har både positive funktioner og dysfunktioner i forhold til brugeren, da formaliseringen letter de sundhedsprofessionelles arbejde, hvilket er positivt for brugerne, idet de kan behandles hurtigere, men samtidig skaber den også spændinger til brugerne, som forventer individuel og personlig behandling, hvilket den ikke fordrer. Dette skaber et dilemma i forhold til

brugernes ønske om at blive behandlet som et helt individ, hvor der tages hensyn til deres situation, samtidig med at de sundhedsprofessionelle påvirkes af et effektivitetshensyn, der fordrer kategoriseringsprocessen og upersonlighed. Samtidig kan brugernes krav virke selvmodsigende, da de ønsker ens behandling, men individuel service, hvilket gør det vanskeligt for de professionelle at balancere imellem, idet behandlingen og servicen er tæt forbundne arbejdsmæssigt, hvorfor vurderingen af sundhedsvæsenets evne til at opfylde brugernes behov, bliver et spørgsmål om subjektivitet. Brugere oplever ikke at sundhedsvæsenet fordrer til, at brugernes viden anvendes, hvorfor det kræver en koordineret indsats, hvis brugernes viden skal blive en integreret del af de forandringer, som der sker i sundhedsvæsenet.

Flere af brugerne mener, at sundhedsvæsenet vil have gavn af, at blive mere kundevenligt frem for patientvenligt, da de oplever, at private virksomheder bedre formår at varetage sine kunders behov, end sundhedsvæsenet varetager sine brugeres behov. Brugeren skal betragtes som en kunde, sundhedsvæsenet ikke ønsker at miste, så det kan højne og øge deres brugerservice på brugernes præmisser. Det centrale er serviceniveauet i denne sammenhæng, da brugerne ikke er kunder bl.a. fordi de ikke har exit. Ydermere finder brugerne også de sundhedsprofessionelle mere troværdige, da de grundet deres profession har højere etik og moral end eksempelvis en sælger.

Brugerne mener, at der skal skabes en kultur i sundhedsvæsenet, der tilsiger mere brugerdreven innovation, så brugerne får krav på og pligt til at samarbejde med de sundhedsprofessionelle eller andre relevante interessenter om udviklingen af sundhedsvæsenet og dens ydelser. Dette kræver, at sundhedsvæsenet skal etablere de institutionelle rammer, der skal til for, at alle brugerrollerne ønsker at deltage, både i forhold til de brugere, som allerede er aktive i frivillige fællesskaber, men også i forhold til at få de andre brugere (hverdagsmagere og stand by brugere) aktive, når de kan se, at deres indsats nytter.

English summary

Brugere om brugerdreven innovation

– Et kvalitativt casestudie om brugeres perspektiv på brugerdreven innovation

The purpose of the thesis is to attain an understanding of the users' perspective on user driven innovation in the health care system, this set in relation to users' experiences from a specific user driven innovation project.

User driven innovation is a relatively new phenomenon in Denmark, however, since 2006 where Danish Enterprise and Construction Authority launched a special program for user driven innovation, several Danish companies, both within the public and the private sector, have treated it as a strategic priority. The term originates from the late 90'ies, where it was first applied by Eric von Hippel, who defined it as innovation created by the user in order to attain higher utility value, i.e. user driven innovation is created by the user himself. The new within user driven innovation is not the customer focus in the product- and concept development, instead, it is the use of methods and utilisation of competencies from the social science in order to attain a deeper understanding of the customer experiences that effectively meet the acknowledged and unacknowledged customer needs. Hence, user driven innovations are expected to be more accurate and have a higher chance of becoming a commercial success, which in the final analysis will increase the customer satisfaction. Thus, user driven innovation could ensure better welfare solutions in the public sector.

The purpose of the thesis was to investigate the users' perspective on user driven innovation based on their experiences from the project PaRIS (a research project regarding improved continuity of care in the danish public health sector). Among others, empirical questions such as; what the users gained from the PaRIS project, what motivated the users to participate in the project and how they would describe their own role in the project, were investigated.

Additionally, these empirical questions implicitly question the health care system as a subject professional bureaucracy, as it is the context in which the users' perspective on user driven innovation originates. Hence, two approached were used to answer the problem statement. A microsociological approach, which is based on the understanding of the users' perspective on user driven innovation described through users own experiences and theory, and a mesosociological approach which seeks to identify how the embedded organisational relations in the health care system affect the users' perspective on user driven innovation.

Methodically it is a qualitative case study, where nine in depth interviews have been made with users, from Odense Universitetshospital, which have participated in the project PaRIS. The interviews were conducted in order to gain access to subjective explanations about user innovation. In the study parts of Eric von Hippel's, Annika Agger & Dorthe Hedensted Lunds', Amitai Etzioni's and Peter Krogh Jespersen's theories have been included as a theoretical realm of understanding. These theories represent the frame of interpretation that the users' assertions may be reconstructed from.

The empiric data and the chosen theories constitute the basis of the analysis, which produces three overall topics: *users about user driven innovation, users' role in user driven innovation and health care as bureaucratic organization*. These three topics answer the problem statement.

The analysis showed that the users associated user driven innovation positively, as it made them feel appreciated as humans and individuals, with useful resources for the health care system and its employees. However, the health care system does not always require user driven innovation, both because it is a large and complex organisation with several decision-makers, but also because of the employees' resistance to changes, as it complicates their work. The lacking use of user driven innovation was something the users pointed out as a possible pitfall. Moreover it must be considered that patients per definition are weaker than the average users, which may lower their impact in user driven innovation. Therefore, the health care system and its employees must support the patients' participation in user driven innovation. User driven innovation can be very rewarding for the health care system, as it expands user focus and knowledge, which makes the employees more aware of the user needs. However, an element to consider would be the users' diversity, which means that not all users have the necessary resources to manage the joint responsibility that user driven innovation requires.

The role that users are assigned is central to the innovation, as all four user roles have both advantages and disadvantages. Therefore it is essential to clarify, which role the users are assigned, as it affects whether the innovation is user driven or user-oriented. The users from the PaRIS project had a striking resemblance with the term lead users defined by von Hippel, however, in PaRIS the professionals' purpose was to operationalize the users' ideas and make them generic. Users as lead users caused some critical considerations about whether lead users' needs represented the average users' needs and whether the user group was representative.

The users did not characterise project PaRIS as user innovation, but more as user-oriented considering the involvement it demanded. Moreover, it was considered user-oriented as the project

was launched organisationally and driven by the employees. The project was discussed in positive terms even though it had seemed diffuse, poorly structured and very broad, especially in the beginning. This had made it difficult for the users to understand the purpose of the project. The criticism concerned the fact that the changes were not radical enough as well as suggestions not being implemented. Nevertheless the users still hope that more projects like PaRIS will be initiated, as such projects are considered the right direction for the health care system.

The health care system as a bureaucratic organisation has both positive functions and dysfunctions in relation to user driven innovation. Basically it's commonly agreed that the health care system serve the users, however examples show that the health care system sometimes control the users. Due to the formalisation the professionals sometimes find themselves in dilemmas, where the organisation on one hand demands efficiency improvements, which often cause categorisation and impersonal service and the users, on the other hand, who want to be treated as individuals, with consideration of personal needs. However, the health care system must consider the users as customers they do not want to lose, and to prevent this, the health care system must work to increase their user service with the users in mind. Furthermore, the health care system should create a culture that support user driven innovation and where it is mandatory for users to cooperate with the health care professionals or other relevant stakeholder in the improvement of the health care system and its performance.

Litteraturliste

Bogudgivelser

Agger, Annika & Dorthe Hedensted Lund

Borgerne og brugerne i samarbejdsdrevne innovationsprocesser

Sørensen, Eva & Jacob Torfing red. i *Samarbejdsdreven innovation – i den offentlige sektor*

Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2011.

Andersen, Ib m.fl.

Om kunsten at bedrive feltstudier – en erfaringsbaseret forskningsmetodik

Samfundslitteratur, 1992.

Andersen, Ib

Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne

Forlaget Samfundslitteratur, 2010.

Andersen, Svein S.

Case-studier og generalisering

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1997.

Antoft, Rasmus & Heidi Houlberg Salomonsen

Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi

af Antoft, Rasmus m.fl: *Håndværk og Horisonter – Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*

Syddansk Universitetsforlag, 2007.

Bason, Christian

Velfærdsinnovation – Ledelse af nytænkning i den offentlige sektor

Børsens forlag, 2007.

Bason, Christian m.fl.

Sæt borgeren i spil – sådan involverer du borgere og virksomheder i offentlig innovation

Nordisk forlag, København 2009.

Borum, Finn

Perspektiver på forandringsprocesser I sundheds- og sygehusfeltet

af Bentsen, Eva Zeuthen, m.fl: Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige
Handelshøjskolens Forlag, 1999.

Bryman, Alan
Social Research Methods
Oxford University Press, 2004.

De Vaus, David
Research design in social research
Sage publications, 2001

Drejer, Anders & Louis Printz
Luk op – nye strategier i en brydningstid
Jyllands-Postens Forlag, 2006.

Flyvbjerg, Bent
Rationalitet og Magt (bind1).
Akademisk forlag, 1991.

Giddens, Anthony
Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten
Hans Reitzels Forlag, 2002.

Gilje, Niels & Harald Grimen
Samfundsvidenskabernes forudsætninger – Indføring i samfundsvidenskabernes videnskabsfilosofi
Hans Reitzels Forlag, 2002.

Jespersen, Kristina Risom
User-driven product development – creating a user-involving culture
Samfundslitteratur, 2008.

Jespersen, Peter Kragh
Bureaukratiet – magt og effektivitet
Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1996.

Kvale, Steiner

Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview

Hans Reitzels Forlag, 1997.

Merit, Søren & Trine Nielsen

Vinderkoncepter – Brugerdrevent innovation og forretningsudvikling

Børsens forlag, 2006.

Møllerup, Mette & Loop Company o.a.

Projekt PaRIS – Patientens rejse i sundhedssektoren

Rapport over proces, erfaringer og resultater med brugerdreven innovation i sundhedssektoren. Maj 2011.

Ragin, Charles C. & Howard S. Becker

What is a case? - Exploring the foundations of social inquiry

Cambridge University Press, 1992.

Vallgård, Signild & Allan Krasnik

Sundhedsvæsen og sundhedspolitik

Munksgaard Danmark, København 2010.

Von Hippel, Eric

The sources of innovation

Oxford University Press, 1988.

Von Hippel, Eric

Democratizing Innovation.

The MIT Press, 2005. En elektronisk version fra Google books.

Vrangbæk, Karsten

New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser

af Bentsen, Eva Zeuthen, m.fl: *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*

Handelshøjskolens Forlag, 1999.

Yin, Robert K.

Case study Research

I kompendiet ”Klassisk sociologisk metode. Efterår 2007”.

Sage Publications, 1994.

Yin, Robert K

Case study Research

Sage Publications, 2003

Artikler og internetkilder

Cheskin & Fitch:Worldwide

Fast, Focused & Fertile: The innovation evolution. – A look at the changing nature of innovation
2003.

http://www.added-value.com/source/wp-content/uploads/2012/01/3__Cheskin_Fitch_Innovation_rpt.pdf

Dansk Sygeplejeråd, Blad nr. 4/2009, set d. 21/7 2012

Sygeplejersker skal bruge endnu mere tid ved skrivebordet

<http://www2.dsr.dk/sygeplejersken/?intArticleID=18002>

Draborg, Eva o.a., 2011, set d. 4/8 2012

Præsentation af hovedresultater af survey blandt 1720 patienter

<http://www.ouh.dk/wm298865>

EG It-servicevirksomhed, set d. 7/8 2012

<http://eg.dk/om-eg/hvem-er-eg>

Erhvervsstyrelsen, Set d. 3/7 2012

Program for brugerdreven innovation

<http://www.ebst.dk/brugerdreveninnovation.dk>

Finansministeriet

Bedre innovation i den offentlige sektor

Finansministeriet, København 2005.

Gudmundsson, Sune

Borgerne inddrages ikke i digitale løsninger

Berlinske, 1 sektion, fredag 28/10 2011

Herzlinger, Regina E.

Why Innovation in Health Care Is So Hard

Harvard Business Review, may 2006.

<http://www.getinsidehealth.com/PageFiles/819/Why%20Innovation%20In%20Health%20Care%20Is%20So%20Hard.pdf>

Mandag Morgen / Innovationsrådet 2006, set d. 25/7 2012

Brugernes sundhedsvæsen. Oplæg til en patientreform

<https://www.mm.dk/brugernes-sundhedsv%C3%A6sen-opl%C3%A6g-til-en-patient-reform>

Projekt PaRIS Odense Universitetshospital, set. d. 21/6 2012

<http://www.ouh.dk/paris>

Pöyry, Econ

User driven innovation in the health care sector

Commissioned by Nordic Innovation Centre, report 2009.

http://www.innomed.no/media/uploads/nyhetsdokumenter/R-2009-087_Userdriven_innovation_in_the_health_care_sector.pdf

Rambøll management, rapport 2006

Innovationskraft. Dilemmaer og potentialer i offentlig innovation

http://www.ramboll-management.dk/ny-viden/artikler-og-rapporter/~media/Images/RM/RM%20DK%20and%20RM%20Group/PDF/Publications/2006_ny/Innovationskraft.ashx

Retsinformation, Set d. 9/7 2012

Bekendtgørelse af sundhedsloven

<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>

Rosted, Jørgen, et d. 3/7 2012

Brugerdreven innovation – resultater og anbefalinger

http://foranet.dk/media/7868/bi_hovedrapport.pdf

Statsministeriet, set d. 20/6 2012

Fakta om program for brugerdreven innovation, marts 2007

http://www.stm.dk/multimedia/Faktabilag_brugerdreven_innovation.pdf

Urban, Glen L. & Eric von Hippel

Lead Users Analyses for the development of new industrial products

Management Science, Vol. 34. No. 5. May 1988, USA.

Von Hippel, Eric

Innovation by User Communities: Learning from open-source software

MIT Sloan Management review, 2001.

Bilagsoversigt

Bilag 1	Brev til patienterne
Bilag 2	Interviewguiden
Bilag 3	Oversigt over de forskellige borgerroller

Følgende bilag kan findes på vedlagt CD:

Bilag 4	Transskriberet interview med respondent A
Bilag 5	Transskriberet interview med respondent B
Bilag 6	Transskriberet interview med respondent C
Bilag 7	Transskriberet interview med respondent D
Bilag 8	Transskriberet interview med respondent E
Bilag 9	Transskriberet interview med respondent F
Bilag 10	Transskriberet interview med respondent G
Bilag 11	Transskriberet interview med respondent H
Bilag 12	Transskriberet interview med respondent J

Bilag 1 Brev til informanterne



Når patienten får en stemme!

Sundhedsvæsenet i Danmark vil fremover i højere grad satse på at inddrage patienter i de projekter, der handler om at forbedre sundhedsvæsenet. Vi ved i øjeblikket meget lidt om hvad der driver patienter i at medvirke, hvad patienter oplever at få ud af at deltage i sådanne projekter.

Jeg har derfor brug for din hjælp!

Du har tidligere været med i projekt PaRIS (Patientens Rejse i Sundhedssektoren) og har i den forbindelse gjort dig nogle erfaringer om at blive inddraget – herunder hvad der motiverede dig til at medvirke, hvad du kunne bidrage med og hvad du selv fik ud af det. Det er disse erfaringer, som jeg håber du vil dele med mig.

Hvem er jeg?

Jeg er en kvinde på 25 år som er i gang med mit afsluttende kandidatspeciale i sociologi ved Aalborg Universitet. Jeg har i mit studie primært beskæftiget mig med områder indenfor det danske sundhedsvæsen, og også været i praktik på forskellige sygehuse i hele landet.

Hvordan vil jeg samarbejde med dig?

Jeg vil gerne mødes med dig til et interview enten hjemme hos dig eller andet passende sted. Interviewet vil have en varighed på ca. én time. Jeg vil stille dig nogle spørgsmål, som du på forhånd vil have modtaget, således at du har mulighed for at orientere dig.

Om deltagelse

- Du bestemmer hvor og hvornår det passer dig bedst at blive interviewet.
- Samtalen optages på bånd, men dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og vil i opgaven være anonymiseret. Båndet slettes efterfølgende.
- Efter interviewet får du tilsendt et referat af vores samtale til godkendelse.

Jeg forventer at interviewe 10 personer. Interviewene vil blive brugt som datagrundlag for mit kandidatspeciale, der handler om hvorfor patienter deltager i projekter i sundhedsvæsenet, og hvad patienterne selv får ud af det.

Yderligere information

Hvis du gerne vil deltage i et interview, kan jeg træffes på telefon 25 77 66 36 eller mail hkarls09@student.aau.dk Du er også meget velkommen til at kontakte mig, hvis du ønsker mere information om interviewet eller min opgave inden du melder dig som deltager.

Med venlig hilsen

Helena Sigrid Karlsson

Bilag 2 Interviewguiden

Kære

Tak fordi du vil deltage i mit projekt. For at give dig et overblik over hvad jeg kommer og spørger om, vil jeg bede dig om på forhånd at reflektere over nedenstående spørgsmål.

Formålet med interviewet er, at få din mening om patientinddragelse i projekter der søger at forbedre sundhedsvæsenet, igennem de erfaringer og oplevelser du havde med projekt PaRIS.

Dine oplysninger og det du fortæller i interviewet vil blive anonymiseret, så det du siger ikke vil blive genkendt i den færdige opgave.

Spørgsmål:

Hvordan blev du inddraget i projekt PaRIS?

Hvad motiverede dig til at ville deltage?

Hvad var din rolle i projektet? (Meget aktiv, super deltagende, mere informerende karakter)

Hvad fik du ud af, at være med i projektet?

Når jeg siger brugerdreven innovation, hvad tænker du så?

Er der noget jeg ikke har spurgt om, som du gerne vil tilføje?

Jeg ser frem til at mødes med dig.

Med venlig hilsen

Helena Sigrid Karlsson

Tlf. 25 77 66 36

Bilag 3 De forskellige borgerroller

Tabel 1: Oversigt over de forskellige borgerroller

	Institutionelle rammer	Identitet	Ressourcer der sættes i spil	Bidrag til innovation	Fordele / ulemper
Klient	Parlamentarisk styringskæde Deltagelse via valg og mulighed for voice	Vælger/passivt styringsobjekt. Politikerne repræsenterer borgerne. Interessebaseret tilgang til politik.	Evne til at vælge politikere der repræsenterer egne interesser.	Bidraget ikke til innovation. Det er de fagprofessionelle og politikerne der bidrager til innovation.	Høj faglighed. Stor risiko for implementeringsmodstand og dårligt forankrede beslutninger.
Kunde	Brugerbestyrelser. Fritvalgsordninger. Deltagelse via valg mellem velfærdsydelse og mulighed for exit.	Kunde, der udtrykker sine præferencer ved at "stemme med fødderne". Individualistisk og rettighedsorienteret tilgang til offentlig service.	Evne til at træffe kvalificerede valg.	Fravalg igangsætter service innovation. Det er primært de fagprofessionelle der bidrager til innovation.	Potentiale for læring blandt serviceinstitutionerne, bl.a. via benchmarking. Tab af den viden, som voice kan give.
Medproducent	Projekter, der medansvarliggør borgerne. Deltagelse i form af voice.	Aktiv medproducent af offentlig styring. Fællesskabsorienteret tilgang til offentlig service og politik.	Partikulær og kontekstuel viden, der er vigtig at få med i udvikling offentlig service.	Bidraget til både service og policy innovation. Bidrag til inkrementel innovation.	Bedre informationsgrundlag og mobilisering af borgernes ressourcer. Fare for snævert brugerperspektiv, og at kun de ressourcestærke borgere mobiliseres.
Offentlig innovatør	Borgere og brugere producenter af politik- og service innovation. Test og udvikling af prototyper. Kontinuerlig feedback til offentlige myndigheder og serviceudbydere.	Aktive borgere, der anses som eksperter på eget liv. Udpegning af lead users eller andre berørte parter.	Kontekst- og erfaringsbaseret specialviden. Generel viden om udvikling og implementering af ideer og evne til formidling.	Bidraget til både service- og policyinnovation. Bidrag til radikale innovationer.	Aktiv inddragelse af borgernes ressourcer og netværk. Fare for snævert brugerperspektiv, og at kun de ressourcestærke borgere mobiliseres.