

Albæk, Jens

Doctoral Thesis

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse: Skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser

PhD Series, No. 14.2009

Provided in Cooperation with:

Copenhagen Business School (CBS)

Suggested Citation: Albæk, Jens (2009) : Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse: Skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser, PhD Series, No. 14.2009, ISBN 9788759383925, Copenhagen Business School (CBS), Frederiksberg, <https://hdl.handle.net/10398/7806>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/208722>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

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

www.cbs.dk



Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

– skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser

Jens Albæk

ISSN 0906-6934
ISBN 978-87-593-8392-5



Ph.d.-serie 14.2009

Doctoral School of Organisation
and Management Studies

Ph.d.-serie 14.2009

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

Jens Albæk

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

– skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser

CBS / Copenhagen Business School

Doctoral School of Organisation and Management Studies

Ph.d. serie 14.2009

Jens Albæk

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

*– skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående
relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser*

1. udgave 2009

Ph.d. serie 14.2009

© Forfatteren

ISBN: 978-87-593-8392-5

ISSN: 0906-6934

Alle rettigheder forbeholdes.

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

Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse
skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer
om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser

Jens Albæk
2009

Om at beskrive organisationer:

”Describing organizations as a combination of change and stability assumes paradoxicality of organizational life. ... The dynamic focus is maintained. The processes which attract our attention are processes of identity formation and deconstruction, rule establishment and rule breaking, institutionalization and deinstitutionalization.”

Czarniawska & Sevón, 1996, s. 5.

Forord

Denne afhandling er resultat af et alt andet end typisk studieforløb. Det har været et studieforløb præget af afbrydelser, længevarende orlov og flere skift i anvendelse af empirisk indhold og teoretisk tilgang. Det har med andre ord været et studieforløb, der har strakt sig over mange år, og samtidig har udgjort en form for dannelsesrejse for forfatteren, som har bevæget sig gennem flere forståelser af, hvad det egentlig var, der skulle beskrives, hvordan og med hvilket formål.

Afhandlingen er en udløber af det nu nedlagte Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS), som var den organisatoriske ramme for studiet i en flerårig periode. I den sidste arbejdsproces med færdiggørelse af afhandlingen har Center for Health Management på CBS udgjort min tilknytning til et forskningsmiljø.

Der er mange personer, der skal takkes i denne forbindelse. Både med hensyn til at give råd og vejledning og for blot at udvise tålmodighed og tolerance over for det tilsyneladende uendelige studieforløb.

Først skal jeg takke de mange læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, afdelingsledelser etc. på de sygehusafdelinger, som er indgået i mine cases, for at de har fundet sig i mine mange spørgsmål, i at have mig gående som føl og i min tilstedeværelse i det hele taget i en travl klinisk hverdag.

Dernæst skal jeg takke mine vejledere fra Institut for Organisation, Handelshøjskolen i København:

Professor Finn Borum tog den første tårn som vejleder, herunder gennem perioden, hvor studiet gik ind i sin første seriøse fase som ét ud af mange projekter under FLOS.

Lektor Peter Kjær har overtaget i den efterfølgende fase, hvor studiet og afhandlingen tog afgørende form gennem præcisering af formål, indhold og pointer. Peter har anvendt såvel sin analytiske skarphed og stringens som sin erfaring som leder af Center for Health Management til at give et uvurderligt afsæt for mine bestræbelser på at færdiggøre afhandlingen.

Lektorerne Janne Seeman og Peter Kragh Jespersen, Aalborg Universitet, skal takkes for en afgørende rådgivning på et tidspunkt, hvor såvel afhandlingen som dens forfatter befandt sig i et intellektuelt tomrum.

Projektleder Pia Kürstein Kjellberg, ph.d., Dansk Sundhedsinstitut, skal have en særlig tak for konstruktiv kritik og fremadrettede input, som har bidraget afgørende til afhandlingens perspektivering og skarpheden i analyserne.

Ledelsen på Dansk Sundhedsinstitut skal takkes for at udvise stor tålmodighed over for min langvarige optagethed af at færdiggøre denne afhandling og for at ha-

ve bevilget orlov i denne forbindelse. Samtidig skal bibliotekarer, sekretærer og andre på Dansk Sundhedsinstitut takkes for en lige så tålmodig indsats.

Institut for Organisation, Handelshøjskolen i København skal takkes for at have huset mig som én ud af en broget og omskiftelig gruppe af gæstestuderende. Herunder skal FLOS takkes for at have dannet ramme for studiet i en 2-årig periode med tilhørende finansiering fra den samlede FLOS-bevilling.

Endelig skal FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – takkes for at have ydet finansiell støtte til den første udarbejdelse af projektbeskrivelse og præcisering af problemstilling.

Til allersidst i den mere personlige sammenhæng skal Anne takkes for sin støtte til at færdiggøre den ellers så uendelige arbejdsproces, og for at vise mig hvor vigtigt det er at være nærværende i sit liv, så det består af andet end arbejde og skrivning af afhandlinger.

Indhold

1. INDLEDNING	1
2. PROBLEMSTILLING	3
2.1 EN BAGGRUNDSHISTORIE:	4
2.2 KVALITET OG TVÆRFAGLIGHED PÅ SYGEHUSE	7
2.3 FORSKNING I ORGANISATORISKE UDVIKLINGSIDÉER I SYGEHUSVÆSENET	10
2.4 AFHANDLINGENS UNDERSØGELSESPØRGSMÅL	13
2.5 SPØRGSMÅLENE OG KONSTRUKTIONEN AF VIDEN	15
2.6 AFHANDLINGENS ANALYTISKE MODEL	16
2.7 ANALYSENS TEORETISKE TILGANG	18
2.8 AFHANDLINGENS STRUKTUR	20
3. TEORETISK RAMME – FORESTILLINGER OG IDENTITET	23
3.1 DEN SKANDINAVISK NYINSTITUTIONELLE TILGANG	24
3.2 DET NYINSTITUTIONELLE PERSPEKTIV	24
3.3 AKTØRERNES PLADS I DEN ORGANISATORISKE UDVIKLING – DEN SKANDINAVISKE TILGANG	27
3.4 TRANSLATION, TOLKNING OG TRANSFORMATION	28
3.5 IDÉBÆRERE – TRANSPORTEN AF IDÉER IND I SYGEHUSVÆSENET	36
3.6 PROCESSER AF ITALESÆTTELSE, TOLKNING OG TRANSFORMATION	38
3.7 IDENTITET	42
3.8 'ITALESÆTTELSE' SOM ANALYTISK PERSPEKTIV PÅ PROCESSER	44
3.9 ITALESÆTTELSE I UDVIKLINGEN AF KVALITET OG TVÆRFAGLIGHED	46
3.10 AKTØRERNES FORESTILLINGER	47
3.11 ANALYSERAMMEN FOR AFHANDLINGENS CASES	48
4. METODE – FLERE CASES SOM ET SAMLET STUDIE	52
4.1 CASESTUDIET SOM FORSKNINGSSTRATEGI	53
4.2 DET STRATEGISKE CASEVALG	57
4.3 DATAMATERIALE	61
4.4 DE TRE CASES OG DERES STYRINGSTEMAER	63
4.4.1 <i>Kvalitetscirkler – et organisatorisk styringstema</i>	64
4.5 KLINISKE TEAMS SOM PROFESSIONSORIENTERET STYRINGSTEMA	65
4.5.1 <i>Centrale kvalitetsstandarder som fagligt styringstema</i>	66
4.5.2 <i>Styringstemaernes indbyrdes placering</i>	67
4.6 INTERAKTIONEN MELLEM FORSKER OG CASES – OG HÅNDBLINGEN AF DOBBELTE ROLLER	69
5. CASE 1: KVALITETSCIRKLEN	74
5.1 BEGREBET 'KVALITETSCIRKEL' I SYGEHUSVÆSENET	74
5.2 VEJEN IND I DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN	76
5.3 DANSKE ERFARINGER	76
5.4 KVALITETSCIRKLENS STRUKTUR	78
5.5 OPGAVEN – PATIENTERNE OG MÅLENE	79

5.6	IDÉEN OM SAMARBEJDE OM ALS-PATIENTERNE	80
5.6.1	<i>Patientforeningen som aktør</i>	82
5.6.2	<i>Konsulenterne som formidlere af idéen om 'kvalitetscirkler'</i>	83
5.7	KVALITETSCIRKLER – TO RESULTATER AF LOKAL PROJEKTORGANISERING	85
5.7.1	<i>De to sygehusafdelinger – to strukturer</i>	85
5.7.2	<i>Idéer og planer om samarbejde på afdelingerne</i>	86
5.7.3	<i>Projektmål og teamorganisering på universitetsafdelingen</i>	87
5.7.4	<i>Idéer og planer på centralsygehuset</i>	88
5.8	VEJEN TIL KVALITETSCIRKLER	90
5.8.1	<i>Rammer for organiseringen af kvalitetscirklerne</i>	91
5.8.2	<i>Sammensætning af kvalitetscirkler</i>	92
5.8.3	<i>Cirklerne valg af opgaver – kriterier for kvalitet</i>	93
5.8.4	<i>Opfattelser af kvalitetskriterierne som snæver ramme</i>	96
5.8.5	<i>Monofaglighed, tværfaglighed og udvikling</i>	97
5.9	TVÆRGÅENDE SAMMENFATNING; SKABELSEN AF KVALITETSCIRKLER	107
6.	CASE 2: KLINISKE TEAMS	118
6.1	'TEAMS' SOM TEORETISK OG ANVENDT BEGREB	118
6.2	KVALITETSTEAMS PÅ SYGEHUSENE	121
6.3	PATIENTFORLØB – POINTERINGEN AF ET BEHOV FOR SAMMENHÆNG	122
6.4	DANSKE EKSEMPLER PÅ TVÆRFAGLIGHED I TEAMS PÅ SYGEHUSENE	124
6.4.1	<i>Strukturelle forhold – planer for de medicinske centre</i>	125
6.5	'SAMARBEJDE MELLEMLER FAGGRUPPER' OG H:S' STRATEGI FOR KVALITETSUDVIKLING	127
6.5.1	<i>Medicinsk Center</i>	130
6.6	KLINISKE TEAMS, TVÆRFAGLIGHED OG TEAMS	132
6.7	SENGEAFSNITSTEAMS	133
6.7.1	<i>Sengeafsnittet</i>	134
6.8	TEAMS OG TOLKNINGER AF TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE OM KVALITET	137
6.8.1	<i>Teambegrebet – betegnelse for værdi, strategi og struktur?</i>	137
6.9	LEDELSE, PLACERING AF ANSVAR OG TEAMS	149
6.9.1	<i>Udvikling af arbejdsdelingen – uddelegering af opgaver</i>	151
6.9.2	<i>Stuegang og forståelsen af teams</i>	152
6.9.3	<i>Den gensidige adfærdsregulering – nye lægers introduktion</i>	154
6.9.4	<i>Interne konferencer som struktur for det tværfaglige samarbejde</i>	155
6.10	DISKUSSION; ITALESÆTTELSE AF TEAMS, TVÆRFAGLIGHED OG KVALITET	159
7.	CASE 3: CENTRALE STANDARDER FOR KVALITET	167
7.1	CENTRALISEREDE STANDARDER OG KVALITET I SYGEHUSVÆSENET	167
7.2	STANDARDISERING SOM VEJ TIL KVALITET	168
7.2.1	<i>Standarder for kvalitet; Den Gode Medicinske Afdeling</i>	173
7.3	CASEBESKRIVELSE – STANDARDER PÅ FIRE MEDICINSKE AFDELINGER	174
7.4	AKTØRERNES FORESTILLINGER OM TVÆRFAGLIGHED OG KVALITET	175
7.4.1	<i>Standarder for kvalitet – kriterier for faglighed og for patientforløb</i>	176

7.5	KONSTRUKTION AF FAGLIG KVALITET	177
7.6	KONSTRUKTION AF PROCES OG KOORDINATION; TVÆRFAGLIGHED	179
7.7	DEN MONOFAGLIGE HISTORIE OG DEN TVÆRFAGLIGE MODHISTORIE	181
7.8	FORHOLDET TIL CENTRALISEREDE STANDARDER OG DGMA	184
7.8.1	<i>Det procesorienterede overfor det faglige resultat som standard</i>	185
7.8.2	<i>DGMA et plejeprojekt?</i>	186
7.9	DE PRIMÆRE OG DE SEKUNDÆRE MÅL – OG DET MANGLENDE FOKUS	187
7.9.1	<i>Retrospektive kvalitetsstandarder, relevans og datakvalitet</i>	188
7.9.2	<i>Procesresultater som kilde til undren og forandring</i>	190
7.10	ORGANISERING AF ARBEJDET MED EKSTERNE STANDARDER	191
7.11	STANDARDISERING OG LEDELSE	193
7.11.1	<i>Centraliserede standarder som styringsredskab</i>	194
7.12	DISKUSSION – TOLKNINGER AF DGMA OG LOKAL PRAKSIS	196
7.12.1	<i>Idébærere bag introduktionen af standarder</i>	197
7.12.2	<i>De faglige aktørers tolkninger og forestillinger</i>	198
7.12.3	<i>Tolkningen af opgaven ind i en projektform</i>	200
7.12.4	<i>En bevægelse over isomorfi og videre?</i>	200
7.12.5	<i>Dokumentation og praksis – tolkninger af relevans</i>	202
7.12.6	<i>Identitet og tolkning blandt aktørerne</i>	203
7.12.7	<i>Afrunding</i>	206
8.	KONKLUSION OG DISKUSSION	207
8.1	IDÉBÆRERE OG TOLKNINGER	207
8.2	FORESTILLINGER OG TOLKNING BLANDT DE FAGLIGE AKTØRER	211
8.3	TOLKNINGER MELLEMLIDÉBÆRERE OG FAGLIGE AKTØRER	217
9.	RESUMÉ	227
10.	ENGLISH SUMMARY	234
11.	REFERENCER	242

1. Indledning

Denne afhandling har sin baggrund i mit arbejde som sektorforsker på Dansk Sundhedsinstitut og i en periode som kvalitetskonsulent i Københavns Amt. En stor del af dette arbejde har bestået i beskrivelse og analyse af den udvikling, der er foregået af den faglige kvalitet i sygehusvæsenets komplekse organiseringer af faggrupper og patientforløb i de seneste 20 år. Den indsigt, jeg har opnået ved gennemførelsen af analyserne, satte gang i mine ønsker om at foretage en mere dybdegående analyse af disse forhold. Hvad var det egentlig, der foregik på sygehusene, når koncepter og idéer om udvikling af kvaliteten blev introduceret og efterfølgende brugt, forkastet eller en blanding af disse muligheder? De svar, der oftest blev givet i forskellige undersøgelser og i medierne, handlede om 'manglende omstillingsparathed', 'faggrænser' og lignende forklaringer. Med andre ord svar, der kan gives, når en kompleks situation bliver forsimplet i et enkelt begreb eller en sætning. Der var således behov for mere indsigt og flere nuancer til belysning af denne problematik.

Resultatet er denne afhandling, som er udarbejdet på baggrund af studier og analyser spredt over en årrække, men er sammenholdt af en gennemgående analytisk og teoretisk ramme. Forbindelsen mellem indsigt og analyse udgør også en nøgle til at forstå den proces, som konstruktionen af viden i afhandlingen har fulgt.

Konstruktionen af viden

Indsigten fra arbejdet som sektorforsker, der bl.a. er repræsenteret gennem to af casene i denne afhandling, ledte til et behov for at kunne placere mine erfaringer i et samlet begrebsmæssigt og forståelsesmæssigt univers. Bestræbelserne på at finde denne ramme for forståelse førte gennem flere forskellige teoretiske konstruktioner, men endte ved den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang. Denne tilgang gav plads til forståelse af samspillet mellem de idéer og ønsker om udviklingen af kvaliteten på sygehusene, der er blevet introduceret gennem perioden, og de reaktioner og handlinger blandt ledere og medarbejdere på sygehusene, som idéerne er blevet mødt med og forandret gennem.

Konstruktionen af viden i afhandlingen fulgte således en kurs, hvor de empiriske erfaringer blev placeret og nyfortolket i en teoretisk ramme. Dette medførte, at

empirien blev sat ind i en forståelsesmæssig ramme, men medførte samtidig, at jeg gennemførte en tolkning af den teoretiske ramme. Min tolkning af den teoretiske ramme kom på denne måde til at udgøre en del af konklusionen i afhandlingen, idet fundet eller valget af teoretisk ramme udgjorde en konklusion på den empiri, der stammede fra min indsigt som sektorforsker generelt og fra mine cases i afhandlingen specifikt.

Præsentationen af empirien i tre cases er således foretaget ud fra det valgte teoretiske perspektiv, men konstruktionen af viden har fulgt et spor, hvor min indsigt i empirien ledte til netop denne teoretiske tilgang.

Samtidig ledte valget af det skandinaviske nyinstitutionelle perspektiv til en yderligere analyse og strukturering af beskrivelsen af de tre cases. Bevægelsen fra empiri til teori blev på denne måde efterfulgt af en bevægelse tilbage mod empirien, som blev aflokket nye aspekter og flere facetter, der kunne bidrage til den samlede konklusion.

Præsentationen

Denne vekselvirkning mellem empiri, teori og konklusioner er synlig i afhandlingen, hvor elementer af konklusion fx indgår i præsentationen af de tre cases etc. Jeg har dog gennemgående tilstræbt at fastholde en klassisk kronologi i præsentationen, som består af problemstilling, teori, metode og empiri. Dette er sket for at lette overskueligheden, om end jeg har været nødsaget til at indflette forklarende afsnit i teksten, der skal fastholde sammenkædningen af afhandlingen, og klargøre hvornår og hvordan forløbet af undersøgelse, analyse og konklusion præsenteres.

Jeg mener, at den skiftende brug af elementer af empiri og teori har været en styrke i arbejdet med afhandlingen, selv om jeg ikke kan sige, at det har gjort studieforløbet lettere. Jeg håber samtidig, at det er lykkedes for mig at gøre præsentationen forståelig og interessant for læseren.

De sygehusafdelinger, der indgår i afhandlingens empiri, har jeg valgt at anonymisere, således at fokus lægges på indholdet af fortællingerne fra de forskellige afdelinger, i stedet for at opmærksomheden flyttes over på afdelingernes identitet og historie. Afdelingerne er derfor også anonymiseret i afhandlingens referenceliste.

2. Problemstilling

Denne afhandling omhandler hvordan udviklingsidéer indarbejdes på sygehusafdelinger i Danmark. Afhandlingen fokuserer på lægers og sygeplejerskers forestillinger om deres praksis og de idéer til udvikling, som de bliver præsenteret for. Faggruppernes forestillinger om praksis og udvikling sættes i afhandlingen sammen med den oplevelse af relevans, som de faglige aktører oplever. Begrebet 'relevans' er således et gennemgående udtryk, som jeg anvender som indikator for aktørernes forestillinger og deres oplevelse af, at idéer og initiativer korresponderer med deres professionelle baggrund og identitet.

Forestillinger består i afhandlingen af de skriftlige og mundtlige udsagn, som udtrykker tolkninger af kvalitet og tværfaglighed blandt aktørerne. Aktørernes tolkninger og forestillinger om kvalitet og tværfaglighed er væsentlige set i forhold til de stadigt øgede krav om bedre og mere effektiv behandling, som sygehusvæsenets ledere og medarbejdere mødes med fra omverdenen. Der er behov for at udvide kendskabet til denne type forløb, hvor lederne og medarbejderne skal omsætte de eksterne krav og opfattelsen af deres egen faglighed til ny klinisk praksis. Dette har betydning for at afklare og præcisere den ledelsesmæssige opgave, der er forbundet med gennemførelse af sygehusenes udviklingsprocesser.

Det er valgt at koncentrere analysen om forholdene vedrørende tværfaglighed og kvalitet, da disse emner er centrale for sygehusene som professionsintensive organisationer. Tværfaglighed og kvalitet har samlet og hver for sig været diskuteret på alle niveauer i sygehusvæsenet, og de organisatoriske udviklingsidéer, der gennem de seneste årtier har knyttet de to emner sammen, har skiftet karakter gennem denne periode.

I fastlæggelsen af afhandlingens tilgang til problemstillingen er der lagt vægt på de faglige aktører – altså læger, sygeplejersker, andre fagpersoner og deres ledere på afdelingen. Tilgangen fokuserer på, hvordan sygehusenes faglige aktører udvikler deres forestillinger om kvalitet og tværfaglighed gennem tolkninger af organisatoriske idéer og den eksisterende praksis, da dette ses som en afgørende faktor for sygehusafdelingernes udvikling.

For at placere faglig kvalitet og tværfaglighed i forhold til hinanden vil jeg anvende en historie som illustration. Historien er sammensat af flere eksempler på

konkrete hændelsesforløb, og har på denne måde både et empirisk afsæt og et analyseret indhold. Historien omhandler forløbet af en stuegang og de referencer vedrørende kvalitet, som hhv. læger og sygeplejersker kunne trække på i denne tværfaglige sammenhæng.

2.1 En baggrundshistorie:

”En erfaren sygeplejerske gik stuegang med en relativt yngre læge. Kommunikationen mellem lægen og sygeplejersken forløb i en positiv stemning, og lægen var god til at tale til og med patienterne i et forståeligt sprog. Da stuegangen nåede til en bestemt ældre mandlig patient, skete der imidlertid noget, der illustrerede forskellen i lægens og sygeplejerskens faglige holdning til kontakten til patienten. Mens sygeplejersken kort havde forladt stuen, informerede den yngre læge patienten om, at resultaterne af de undersøgelser, der var fortaget dagen i forvejen, viste, at patienten led af en kræftsygdom med potentiel dødelig udgang. Patienten havde ikke fået denne information forud, og han havde ingen pårørende eller andre til at dele informationen med. Da sygeplejersken vendte tilbage og blev klar over situationen, brød hun ind, idet hun spurgte patienten ud om, hvem der var nærmeste pårørende, og hvem der kom på besøg, således at der kunne mobiliseres en støtte til patienten inden for så kort tid som muligt. Det var tydeligt, at patienten var rystet og havde det dårligt.

Efterfølgende gav sygeplejersken udtryk for, at det ’var dybt uetisk’, og at ’det er almen viden, at man bare ikke informerer på den måde’. Hun henvendte sig til lægen, og gav udtryk for, at det ikke var den praksis, der var gældende på afdelingen, og at han fremover, gennem involvering af sygeplejersken, skulle sørge for, at der blev tilkaldt pårørende eller andre primære personer for patienten, der kunne være til stede, inden den type information blev givet.

Lægen besvarede dette ved at henvise til den instruksbog, som alle læger blev udstyret med på pågældende afdeling samt til de generelle retningslinjer for information af patienter. Begge steder hed det, at informationen skulle gives af en læge, og patientinformationen skulle gives på et så tidligt tidspunkt efter afklaring af diagnosen som muligt. Dette mente lægen, at han havde forholdt sig aktivt til ved at tage ansvar for at informere og for at sikre, at patienten ikke blev foreholdt oplysninger, som vedrørte dennes situation.

Sygeplejersken mente, at der på denne baggrund var behov for at tage problematikken op på et fællesmøde mellem afdelingens personale, med henblik på at få etableret et tværfagligt team, en kvalitetscirkel eller lignende, der kunne udvikle fælles retningslinjer for personalegrupperne i denne type situationer. Det var hendes synspunkt, at det ikke var tilstrækkeligt, at lægerne havde vedtaget retningslinjer for en situation, der havde indflydelse på flere faggruppers indsats og faglighed.”

Denne baggrundshistorie skal tjene som eksempel på, at der kan eksistere forskellige forestillinger om, hvordan der opnås god kvalitet i en praksis præget af tværfaglige samarbejds mønstre. Konkret handler eksemplet om variation mellem fagpersoner fra to faggrupper i forestillingerne om, hvordan væsentlig og afgørende information gives til patienterne med god faglig kvalitet integreret i et tværfagligt forløb, men der kan trækkes nogle linjer fra denne konkrete problemstilling til nogle mere generelle temaer.

I det konkrete tilfælde var der tilsyneladende tale om to relevante argumenter for, hvilken strategi der skulle vælges, når informationen skulle gives til patienten, og når det skulle vælges, hvordan det tværfaglige forløb skulle folde sig ud. Der er således ikke tale om, at der kan peges på, hvad det ’rigtige valg’ skulle have været, men kun at der var varierende ’sæt’ af forestillinger¹ om, hvilke valgmuligheder der aktuelt var til stede.

Med hensyn til den faglige kvalitet lagde lægen med sin adfærd vægt på at give den korrekte information på en måde, så der ikke kunne opstå misforståelser hos patienten om informationens indhold. Lægen forholdt sig til standardiserede retningslinjer og til et monofagligt perspektiv på kvalitet, som ikke behøvede at være særligt forbundet med en lokal praksis.

Heroverfor var sygeplejersken fagligt set orienteret imod, hvordan patienten skulle håndtere indholdet af lægens information, og hvilken støtte der kunne mobiliseres for at hjælpe og støtte patienten psykisk. Sygeplejersken forholdt sig dermed i højere grad til en tværfaglig tilgang til kvalitet med afpasning af indsatsen fra lægen og sygeplejersken. Samtidig forholdt sygeplejersken sig til anvendelse af en organisatorisk struktur – fællesmødet – som et forum, hvor kvalitet og tværfaglighed kunne placeres i en dialog.

¹ Et mere systematisk syn på forestillinger er beskrevet hos Hedegaard Hein (2004) som anvender begrebet ’verdensbilleder’ internt i og mellem klinikkens faggrupper. Mødet mellem forskellige verdensbilleder – fx vedrørende forståelserne af valg af metoder til kvalitetsudvikling – udgøres af lokale tolkninger.

Der var således forskel på lægens og sygeplejerskens forestillinger om tværfagligt samarbejde og kvalitet. Hvor lægen så informationsopgaven som en monofaglig aktivitet, som sygeplejersken skulle orienteres om havde fundet sted, så betragtede sygeplejersken det at give denne type information som en aktivitet, der skulle aftales på forhånd mellem lægen og sygeplejersken. Dette ville gøre det muligt for lægen at indarbejde sygeplejerskens indsigt i patientens situation i beslutningen om, hvorledes og hvornår informationen skulle gives.² De synspunkter, som de to fagpersoner i caset fremførte, havde deres baggrund i mere generelle idéer om, hvad der skal vægtes, når der skal ydes en indsats med en god kvalitet. Hvor lægen i dette tilfælde fx pegede på centraliserede og generelle retningslinjer, pegede sygeplejersken på udvikling af kvaliteten gennem faglig dialog inden for afdelingens rammer. Ud over at repræsentere forskellige faglige standpunkter repræsenterede lægen og sygeplejersken således også forskellige måder at opfatte sygehusafdelingen på som organisation, som det fx er beskrevet af Ulrichsen & Eriksens studie af sygehuskulturer.³

De standpunkter og opfattelser, som lægen og sygeplejersken giver udtryk for i den konstruerede historie, udtrykker eksempler på nogle af de synspunkter, jeg har oplevet i forbindelse med gennemførelse af forskellige undersøgelser på diverse sygehuse. Synspunkterne vedrørende, hvad god kvalitet består i og hvordan den udvikles, syntes at være præget af gennemgående træk og idéer. Dette kunne fx omhandle et ønske om centraliserede retningslinjer og ønsket om dialog mellem de kliniske faggrupper. Samtidig var synspunkterne præget af specifikke kontekstuelle forhold for den enkelte afdeling, det enkelte sengeafsnit og de forskellige faggrupper herunder. De faglige aktørers forestillinger om, hvad der skal til, for at der leveres en god faglig kvalitet, varierer med andre ord. Dette vedrører også helt konkrete handlinger som fx, om det første der skal gribes til, når en patient skal informeres om en alvorlig diagnose, er standardiserede retningslinjer eller en tilpasset procedure aftalt mellem de involverede fagpersoner.

Det er udviklingen af forestillingerne om kvalitet og tværfaglighed blandt de faglige aktører, som er emnet for denne afhandling. Heri er således også inkluderet relationen til de aktører, der øver indflydelse på sygehusets funktion på et planlæggende og strategisk niveau, herunder gennem introduktion af idéer og koncepter om kvalitetsudvikling.

² Dette kan på sin vis også ses som et monofagligt sygeplejefagligt perspektiv, hvor informationen af patienten skal indpasses i en den plejefaglige profil over for patienten. Dette perspektiv lader sig dog alligevel primært udforme som en tværfaglig aktivitet i praksis – lægens involvering er nødvendig.

³ Ulrichsen & Eriksen, 1990.

For at nærme mig problemstillingen yderligere, vil jeg beskrive to forhold. Det første udgøres af de tendenser, der har været dominerende i den systematiserede indsats for at udvikle kvaliteten på de danske sygehuse i de seneste årtier. Formålet med dette er at illustrere, hvordan forskellige idéer til udvikling af kvaliteten har været forsøgt introduceret på forskellige tidspunkter.

Efterfølgende præsenterer jeg nogle hovedtræk af den forskning, der er gennemført vedrørende udvikling af de organisatoriske forhold på sygehusene. Denne beskrivelse skal medvirke til at øge fokus på den forståelse af organisatorisk udvikling, som jeg anvender i denne afhandling.

2.2 Kvalitet og tværfaglighed på sygehuse

Indsatsen for at sikre kvaliteten af det kliniske arbejde på sygehusene har traditionelt været knyttet til professionernes udvikling, herunder ikke mindst den lægelige profession.^{4, 5} Selv om det er blevet fremhævet, at der i princippet er blevet arbejdet med udvikling af kvaliteten, så længe de sundhedsfaglige professioner har eksisteret,⁶ så er en systematisk og formaliseret tilgang til arbejdet med udvikling af den faglige kvalitet af nyere dato. Denne udvikling er forløbet i forbindelse med, at den medicinske professions status er blevet ændret, samtidig med at der er sket en tilsvarende generel svækkelse af det moderne sygehusvæsens status som et uangribeligt, avanceret og højteknologisk behandlingssystem.⁷

Den nyere indsats for forbedring af kvaliteten er blevet beskrevet som domineret af generelle fælles træk på tværs af sygehussektoren. Jespersen et al redegør således for, hvorledes de centraliserede initiativer til udbredelse af systematiseret kvalitetsudvikling i det danske sygehusvæsen i mange år havde generel karakter. Dette bestod i, at der ikke blev stillet detaljerede krav til kvaliteten, men i stedet blev fremsat brede hensigtserklæringer om, at der skulle arbejdes med kvalitetsudvikling på alle niveauer af sundhedsvæsenet.⁸ Dette er således det primære træk i den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling, som første gang blev udarbejdet af

⁴ Risse, 1999.

⁵ Lyng, 1975.

⁶ Krøll, 1995.

⁷ Vallgård 1992.

⁸ Jespersen et al 2000, s. 58.

Sundhedsstyrelsen i 1993.⁹ En landsdækkende kortlægning fra 1995 af planlagte og igangværende kvalitetsudviklingsprojekter peger da også på en vis uniformitet i anvendelsen af de begreber, der anvendes i omtalen af aktiviteterne.¹⁰ Efterfølgende er der i stigende grad blevet anvendt metoder, der søger at forbedre kvaliteten gennem introduktion af generelle standarder for de kliniske procedurer.^{11, 12}

Den introduktion af metoder til systematisk kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen, der foregik fra slutningen af 1980'erne, bestod i overførsel af metoder fra industrien.¹³ Dette foregik indirekte i den forstand, at metoderne var kopieret fra industrien til sundhedsvæsenet i primært USA, og efterfølgende kopieret fra USA til Europa. Et klassisk eksempel på sundhedsvæsenets kopiering af industriens metoder er Berwick's arbejde fra sidste halvdel af 1980'erne.¹⁴ Den europæiske kopiering af fremgangsmåder, som var udviklet i USA, kan genfindes i den danske Sundhedsstyrelses initiativer til at få kvalitet på dagsordenen, startende med en påpejning af anvendelsen af centraliserede referenceprogrammer¹⁵ og efterfølgende opnåelse af forbedret kvalitet gennem lokale udviklingsprocesser.¹⁶

Initiativerne til kvalitetsudvikling har haft forskelligt udgangspunkt i den forstand, at de udspringer af varierende opfattelser af, hvordan kvaliteten bedst forbedres. Den generelle karakter, der prægede de første 10 år efter introduktionen af systematiske metoder til kvalitetsudvikling, blev senere suppleret med metoder, der anvendte centralt fastsatte kvalitetskriterier. Også denne metode var hentet fra sundhedsvæsenet i andre lande, og igen var USA den primære inspirationskilde, selv om den direkte inspiration til at anvende metoden i nogle tilfælde blev skabt gennem iagttagelse af metodernes anvendelse i lande som UK og Sverige.

Inspirationen fra modeller med centraliserede kvalitetsstandarder kunne ses i projektet 'Den Gode Medicinske Afdeling', som tog afsæt i et initiativ fra Dansk

⁹ Sundhedsstyrelsen, 1993.

¹⁰ Sigmund, 1997.

¹¹ Brandhøj Hansen & Albæk, 2004.

¹² Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1998.

¹³ Dansk Sundhedsinstitut DSI bidrog til de første diskussioner om inddragelse af 'den systematiske kvalitetssikring' som middel til udvikling af sygehusvæsenets ydelser i Danmark. DSI afholdt den første konference om emnet i landet i samarbejde med Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd (Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd, 1988), og udarbejdede en oversigtsrapport om kvalitetssikring for Sundhedsministeriet (Dansk Sygehus Institut, 1992). DSI var først i 90'erne involveret i et EU projekt på området (COMAC, Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals), og havde andre udviklingsprojekter i gang på daværende tidspunkt (se bl.a. Hammershøj, 1993).

¹⁴ Berwick 1989 og Berwick et al 1990.

¹⁵ Sundhedsstyrelsen 1992, a.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen 1992, b.

Selskab for Intern Medicin. Efterfølgende kunne det observeres i den akkreditering inden for sygehusvæsenet, som først blev gennemført i H:S i 2002 af Joint Commission International Accreditation (JCI), der er den internationale division af den amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations,¹⁷ og i Sønderjyllands Amt af den Britiske akkrediteringsorganisation Health Quality Services (HQS).¹⁸ Efterfølgende har disse initiativer dannet basis for det landsdækkende og centraliserede initiativ 'Den Danske Kvalitetsmodel'.¹⁹

Andre initiativer har været lokalt organiseret med udgangspunkt i sygehusbase-rede eller amtslige kvalitetsprogrammer. Disse har ofte ledt til gennemførelse af en række enkeltstående kvalitetsprojekter på sygehusafdelinger eller inden for andre afgrænsede organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, som fx organiseringen af en særlig indsats over for en udvalgt patientgruppe. Disse kvalitetsprojekter har haft varierende emnemæssigt indhold fra implementering af kliniske retningslinjer til gennemførelse af brugerundersøgelser. Samtidig har de budt på anvendelse af en række forskellige importerede metoder, spændende fra tilpasninger af en omfattende metode som Total Quality Management til anvendelsen af teambegreb mv. i mere traditionelle projektorganiserede udviklingsforløb.²⁰

Begrebet 'kvalitet' har på denne måde skiftet indhold eller karakter sammen med skiftet i anvendelse af metoder til opnåelse af den ønskede kvalitet. Hvis kvalitet betragtes som en form for institutionaliseret begreb i sygehusvæsenet, så har denne institution undergået en transformation. 'Kvalitet' er blevet transformeret fra at være en institution, som sygehusvæsenets faggrupper og professioner monopoliserede, til en institution, som udvikles gennem en mere omfattende proces, der indebærer medvirken af aktører uden for professionerne, herunder patienterne. Hvad kvalitet er, og hvordan det skal opnås, fastlægges ud fra en blanding af professionelle kriterier og krav fra brugerne og samfundet som sådan til sundhedsvæsenets funktion og effektivitet.

Men selv om det kan konstateres, at arbejdet med kvalitet i det danske sygehusvæsen har været underlagt stor påvirkning fra udenlandske initiativer og erfaringer gennem introduktion af begreber og idéer, så giver dette ikke i sig selv nogen for-

¹⁷ Lehmann Knudsen, Andreassen Rix & Rohde, 2002.

¹⁸ Projektet fik betegnelsen KISS – Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen. Schiøler, Christensen, Lipczak & Hermann, 2002.

¹⁹ Lehmann Knudsen, Fugleholm & Kjærgaard, 2004, samt: Mainz, Krog, Fog & Bartels, 2002.

²⁰ Som et eksempel på denne spredning kan peges på en opgørelse over aktiviteter fra 1995: Sigmund & Langhoff-Roos, 1996. Herudover indgår en række eksempler på samarbejdsbaserede kvalitetsudviklingsprojekter i denne afhandling.

klaring på, hvordan den organisatoriske anvendelse af idéer og begreber er foregået.

Dette er søgt analyseret gennem en række forskningsprojekter, hvoraf nogle centrale og primært danske eksempler refereres i nedenstående afsnit. Det gennemgående træk i den valgte forskning består i, hvordan introduktion og anvendelse af idéer er foregået i konkrete tilfælde.

2.3 Forskning i organisatoriske udviklingsidéer i sygehusvæsenet

En række empiriske studier har vist, hvorledes introduktion, tolkning og transformation af organisatoriske idéer har haft indflydelse på den organisatoriske udvikling inden for sygehusfeltet. Zeuthen Bentsen²¹ har beskrevet, hvorledes trojkaldelse introduceres og anvendes som ledelsesmodel på de danske sygehuse i sammenhæng med, at denne forståelse af opbygningen af sygehusledelse etableres som 'rationaliseret myte'. Erlingsdóttir²² har beskrevet, hvorledes 'organisationsgranskning' blev introduceret og anvendt som idé i det svenske sygehusvæsen, idet metoden blev overtaget fra England og transformeret til svenske forhold via det nationale udviklingsinstitut SPRI. Endelig har Borum²³ redegjort for etableringen og spredningen af begrebet 'funktionsbærende enheder' i det danske sygehusvæsen. Som et sidste eksempel beskriver Damm Scheur,²⁴ hvorledes 'sammenhængende patientforløb' blev anvendt som organisatorisk idé på Frederiksberg Hospital fra midten af 1990'erne, herunder at indholdet i organiseringsformen skulle opfindes eller 'gendigtes' lokalt for at skabe indhold i udviklingen.²⁵ Patientforløbsbegrebet blev introduceret og anvendt som begreb for udviklingsprojekter på hhv. en ortopedkirurgisk og en psykiatrisk hospitalsafdeling. Processen sigter på udvikling af rammer for patientforløbene med henblik på at optimere arbejdsdeling, opgaveløsning og koordination, 'herunder mellem faggrupperne'.²⁶ Beskrivelsen gennemgår processen, der følger i forbindelse med indplacering af faggrupperne i den tværfag-

²¹ Zeuthen Bentsen, 2000.

²² Erlingsdóttir, 1999.

²³ Borum, 2000.

²⁴ Damm Scheur, 2003.

²⁵ Damm Scheur, 2003, s. 79.

²⁶ Damm Scheur, 2003, s. 99.

lige indsats omkring patientforløbet.

Disse studier har gennemgående vist, hvorledes ændringsstrategier eller koncepter er blevet introduceret og overført til hele²⁷ eller dele²⁸ af sygehusvæsenet. Studierne har fremhævet, at der ikke er tale om en simpel diffusionsproces, hvor et veldefineret koncept adopteres, men i højere grad om at standarder er blevet anvendt i en tilpasset form, som blev udviklet gennem tolkning af en idé. Studierne peger således på tolkning som et centralt element til at forstå den organisatoriske dynamik.

Samtidig peger anden forskning i den organisatoriske udvikling i det danske sygehusvæsen på, at der skabes diversitet, når organiseringsformer og udviklingsstrategier bliver anvendt på kliniskniveau. Kürstein & Albæk peger således på, at initiativer, der tager udgangspunkt i et fælles koncept, undergår en lokal oversættelse til en form, som giver mening i den sammenhæng, hvor initiativet skal omsættes til konkret praksis.²⁹ Analysen omhandler et udviklingsprojekt, der omfattede sygehuse flere steder i landet, og havde et fælles udgangspunkt baseret på værdibaseret ledelse.

I sin analyse af, hvordan professionelle indgår i afdelingsledelse på sygehusene, peger Sognstrup³⁰ på, at der findes overordnede idéer til skabelse af ledelse, som udbredes og anvendes generelt på sygehusene, men at de ledende læger og sygeplejersker herudover udfylder deres ledelsesrolle ud fra den lokale kontekst, således at der sker en lokal modificering af de generelle ledelsesmodeller. Hedegaard Hein³¹ beskæftiger sig med dialogudvikling på hospitalsklinikker i et aktionsforskningsperspektiv og bemærker, at der eksisterer forskellige verdensbilleder i og mellem klinikkens faggrupper, og at disse verdensbilleder kan indgå i skiftende fortolkningskollektiver med indehaverne af andre verdensbilleder. Dialogens forløb og resultat er således et resultat af mødet mellem forskellige verdensbilleder. Dette forbinder resultatet – fx vedrørende forståelserne af valg af metoder til kvalitetsudvikling – med den lokale kontekst, forstået som de eksisterende tolkninger af praksis.

Endelig redegør Kürstein Kjellberg³² for, hvorledes en centraliseret introduktion af en evidensbaseret klinisk retningslinje for behandlingen af leverpatienter ikke i sig selv skaber uniformitet. Lokalt varierer anvendelsen af behandlingsprincipper

²⁷ Fx 'Trojkaledelse', 'Funktionsbærende enheder' eller 'kvalitet'.

²⁸ Fx 'Total Quality Management' eller 'Værdibaseret ledelse'.

²⁹ Kürstein & Albæk, 2002.

³⁰ Sognstrup, 2003.

³¹ Hedegaard Hein, 2004.

³² Kürsten Kjellberg, 2006.

markant mellem sygehusafdelingerne. Variation i behandlingsvalg syntes i langt højere grad at afhænge af de behandlingsansvarlige lægers strategier for faglig opdatering ('efterligningsstrategier').

Forskningen tager således udgangspunkt i forskellige analytiske niveauer, som afspejler samspillet mellem de bevægelser, der sker mellem det kliniske niveau og 'metaniveauet', som jeg har valgt at kalde det niveau, hvor overordnet ledelse og administration samt professionel og politisk strategi foregår. Samspillet foregår fx mellem initiativer som Strukturreformen, introduktionen af begreber for kvalitetsudvikling, patientsikkerhed etc. i den overordnede ledelse og strategi – overfor den lokale praksis. Flere af de refererede studier belyser, hvordan der foregår en udbredelse af organiseringsformer for kvalitetsudviklingsarbejdet i sygehusvæsenet fra det overordnede niveau. Andre studier peger på, at der er stor diversitet – at man organiserer sig i forhold til kvalitetsarbejdet ud fra den lokale kontekst og lokale tolkninger af idéer, kontekst og muligheder.

Tolkninger på flere niveauer

Det samlede billede fra den refererede forskning viser, at tolkninger af organisatoriske idéer foregår på forskellige niveauer. I denne afhandling er det primære fokus lagt på udviklingen af forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på det kliniske niveau blandt de fagpersoner, der udfører det kliniske arbejde. Men disse forestillinger vil bl.a. være relateret til tolkninger foretaget på det overordnede ledelsesmæssige og strategiske niveau.

I formuleringen af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål har jeg derfor vurderet, at det er rimeligt at antage, at aktørernes forestillinger om udvikling af kvalitet og tværfaglighed består i tolkninger af den eksisterende praksis og tolkninger af tilhørsforholdet til en profession, specifikke erfaringer fra de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger etc. Samtidig suppleres eller mødes disse tolkninger i en løbende proces af tolkninger af eksterne idéer. Disse eksterne idéer kan selv ses som tolkninger, der er foretaget af overordnede aktører i sygehus- og sundhedsvæsenet i ind- og udland, men også fra andre sektorer som fx produktionsindustrien og dele af servicesektoren.

Når det påpeges i den refererede forskning, at der sker tolkninger af organisatoriske idéer på forskellige niveauer, kan det næste spørgsmål derfor omhandle, hvilken relation der eksisterer mellem tolkningerne. Set på denne baggrund bliver det en del af afhandlingens analyse at vurdere, hvilke tolkninger der er foretaget af de organisatoriske idéer gennem aktører på et overordnet administrativt og politisk niveau, og hvorledes disse tolkninger introduceres og indgår i de videre tolkninger på klinisk niveau.

Redegørelsen for, at der er anvendt skiftende idéer i de initiativer, der er taget til udvikling af den faglige kvalitet på sygehusene gennem de seneste årtier, danner således baggrund for formuleringen af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål. Dette understøttes gennem beskrivelsen af den forskning der har vist, at idéernes introduktion kan resultere i forskellig praksis.

2.4 Afhandlingens undersøgelses- spørgsmål

Problemstillingen centrerer sig om, hvordan de faglige aktørers forestillinger om kvalitet og tværfaglighed udgør en baggrund for udvikling på sygehusafdelinger. Med begrebet 'at forestille sig' menes at 'danne sig et billede' af noget.³³ Aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed udgøres derfor af de billeder og tanker, som udtrykkes gennem tale og skrift. At 'gøre sig en forestilling om' kan sprogligt oversættes med 'form a conception (el. an idea el. a notion el. an impression) of';³⁴ altså skabe sig et begreb eller et indtryk mm. vedrørende et emne eller et fænomen. Når organisatoriske aktører derfor udvikler forestillinger, ligger dette begrebsmæssigt tæt på begrebet 'tolkning' i betydningen, at aktører tolker praksis og idéer ind i en kontekst. 'Forestillinger' skal således forstås som sociale konstruktioner – aktørernes forestillinger skabes ud fra deres tolkninger i en social kontekst og genskaber den sociale kontekst gennem deres tolkninger.

Afhandlingens centrale spørgsmål kan derfor formuleres således:

”Hvordan udvikles de faglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet gennem tolkning af eksterne organisatoriske idéer og samtidig tolkning af den aktuelle praksis for deres arbejde og samarbejde på sygehusafdelingen?”

Dette rejser for det første spørgsmål om oversættelsen og anvendelsen af idéerne i klinisk praksis:

”Hvordan fortolker de faglige aktører de organisatoriske idéer om kvalitetsudvik-

³³ Således som det fremgår af Politikens Nudansk Ordbog, 1996, hvor den valgte betydning af 'forestille sig' sættes lig med 'at tænke sig'.

³⁴ Oversættelsen skyldes Gyldendals Store Røde Ordbøger, Elektronisk udgave, Gyldendal, København.

ling, som de præsenteres for?”

Tolkningen af de eksterne organisatoriske idéer foregår ikke i et tomrum, men sker på baggrund af eksisterende tolkninger af den professionelle praksis. Spørgsmålet er så, hvordan de faglige aktørers forestillinger udvikles gennem tolkninger af eksterne idéer om kvalitet og tværfaglighed og tolkninger af den praksis, som de selv er en del af:

”Hvordan udvikles de faglige aktørers forestillinger om kvalitetsudvikling gennem tolkning af organisatoriske idéer og af den professionelle praksis?”

Introduktionen af eksterne organisatoriske idéer leder for det andet til et spørgsmål om, hvordan disse organisatoriske idéer introduceres eller føres ind på sygehusafdelingerne:

”Hvordan føres / bæres idéerne om kvalitetsudvikling ind i sygehusvæsenet?”

Potentielt kan dette foregå via de ledende administrative og strategiske instanser i sundhedsvæsenet eller fx gennem faggruppernes videnskabelige selskaber og professionelle sammenslutninger i det hele taget. Et uddybende spørgsmål lyder derfor således:

”Kan der identificeres aktører, der foretager denne overførsel af idéer, som fx sundhedsvæsenets planlæggende og styrende instanser, sygehusledelser, professionelle sammenslutninger eller andre?”

Endelig rejses for det tredje spørgsmål om, hvordan en tolkning, der er foretaget af en organisatorisk idé blandt sundhedsvæsenets ledende instanser eller i de videnskabelige og faglige sammenslutninger, forholder sig til den tolkning, der foretages blandt læger og sygeplejersker og andre, der står for det praktiske kliniske arbejde:

”Hvordan forholder den tolkning af idéer om kvalitetsudvikling, der foregår på et overordnet plan, sig til den tolkning, der foregår blandt de faglige aktører på klinikniveau?”

Der gennemføres således en tredelt analyse, hvor besvarelsen af de enkelte spørgsmål foregår gennem de følgende kapitler i afhandlingen samt i et afsluttende kapitel.

Besvarelsen af spørgsmålene sker i forskellige dele af afhandlingen som en konsekvens af den proces konstruktionen af viden har fulgt og den kobling mellem teori og empiri, jeg har foretaget i afhandlingen. Besvarelsen af spørgsmålene foretages således både empirisk og teoretisk, som det skitseres i det følgende.

2.5 Spørgsmålene og konstruktionen af viden

Besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålene er tæt forbundet med den proces, som konstruktionen af viden har fulgt gennem det studie, der ligger bag afhandlingen. Den historie, der blev fortalt i starten af dette kapitel, er et godt eksempel på, at mine erfaringer som sektorforsker har givet indsigt i, hvordan arbejdet med at udvikle kvaliteten er indgået som en del af den daglige kontakt mellem de faglige aktører. Denne type af erfaringer forplantede sig til formodninger om sammenhænge, og afhandlingens problemstilling er således afledt af mine erfaringer fra diverse forskningsprojekter. Gennem arbejdet med afhandlingen er min indsigt blevet suppleret og præciseret gennem brug af en teoretisk forståelse af, hvordan organisationer udvikles. Dette kræver en nærmere forklaring.

Problemstillingen i afhandlingen blev udløst af min undren over brugen af forskellige begreber og koncepter i forbindelse med ønsket om udvikling af kvaliteten af behandling og pleje på sygehusene. Den indsats, der blev gjort, havde forskelligt indhold, blev introduceret under skiftende betegnelser, og blev givet forskellig betydning på sygehusafdelingerne. Den adgang, jeg havde som sektorforsker til oplysninger og information om arbejdet på sygehusene med kvalitet, ledte til et behov for at kunne sætte begreb på denne diversitet. Jeg var med andre ord på udkig efter en teoretisk forståelse af organisationsudvikling, som kunne rumme de indtryk, jeg havde fra sygehusvæsenet.

Forløbet af studiet tog derfor afsæt i mine erfaringer. Min primære hensigt var at etablere en teoretisk forståelsesramme, der kunne bidrage med et analytisk overblik over de tilsyneladende mange forskellige bevægelser i udviklingen af kvalitet på sygehuse.

Efterfølgende blev den teoretiske ramme – den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang – anvendt i en yderligere kvalificering af analysen af de cases, som kom til at indgå i afhandlingen. Derudover medførte arbejdet med casene, at jeg foretog en strukturering af casenes indhold, som i sig selv giver videre indhold til forståelsen

af ligheder og forskelle i arbejdet med idéerne om kvalitetsudvikling.

Besvarelsen af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål falder således i forskellige dele af afhandlingen, om end der sidst i afhandlingen foretages en opsamling i en konklusion.

Konstruktionen af viden fulgte i første række et forløb, hvor min indsigt og erfaring med udvikling af kvalitet på sygehusene blev nyfortolket i en sammenhængende teoretisk ramme – den skandinaviske nyinstitutionelle teori. Beskrivelsen af afhandlingens teoretiske konstruktion udgør derfor også en del af afhandlingens konklusion, idet en del af de fænomener, der beskrives i de tre cases, forstås og forklares gennem det teoretiske perspektiv, som blev udgjort af den skandinaviske nyinstitutionalisme. Den beskrivelse, der er foretaget af de tre cases, er derfor placeret i denne teoretiske ramme, og udgør i sig selv en delkonklusion vedrørende, hvorledes udviklingen af arbejdet med kvalitet på sygehusene kan forstås.

Et yderligere element i besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålene er formidlet gennem en strukturering af de tre cases indhold, som opstod gennem analysen af casene. Strukturen vedrører forskellige styringsprincipper, der bruges som en anledning til at præcisere indholdet af og forskellene mellem de tre cases. Denne del af analysen er derfor placeret som en del af analysens strukturerende metode, men udgør samtidig en del af de konklusioner, der opsummeres sidst i afhandlingen.

Analysens udgangspunkt i den skandinaviske nyinstitutionelle teori resulterede i en yderligere strukturering af forståelsen af casene gennem inddragelse af en videre analyse af de aktører, som er forbundet med idéernes overførsel – idébærere – og en nuancering af forståelsen af isomorfi. Samlet foregik der således en proces, hvor nuanceringen af spørgsmål og besvarelsen af samme vekslede mellem et empirisk og et teoretisk perspektiv. Dette betyder, at beskrivelserne af afhandlingens fund og konklusioner er placeret i flere forskellige sammenhænge i afhandlingens kapitler.

2.6 Afhandlingens analytiske model

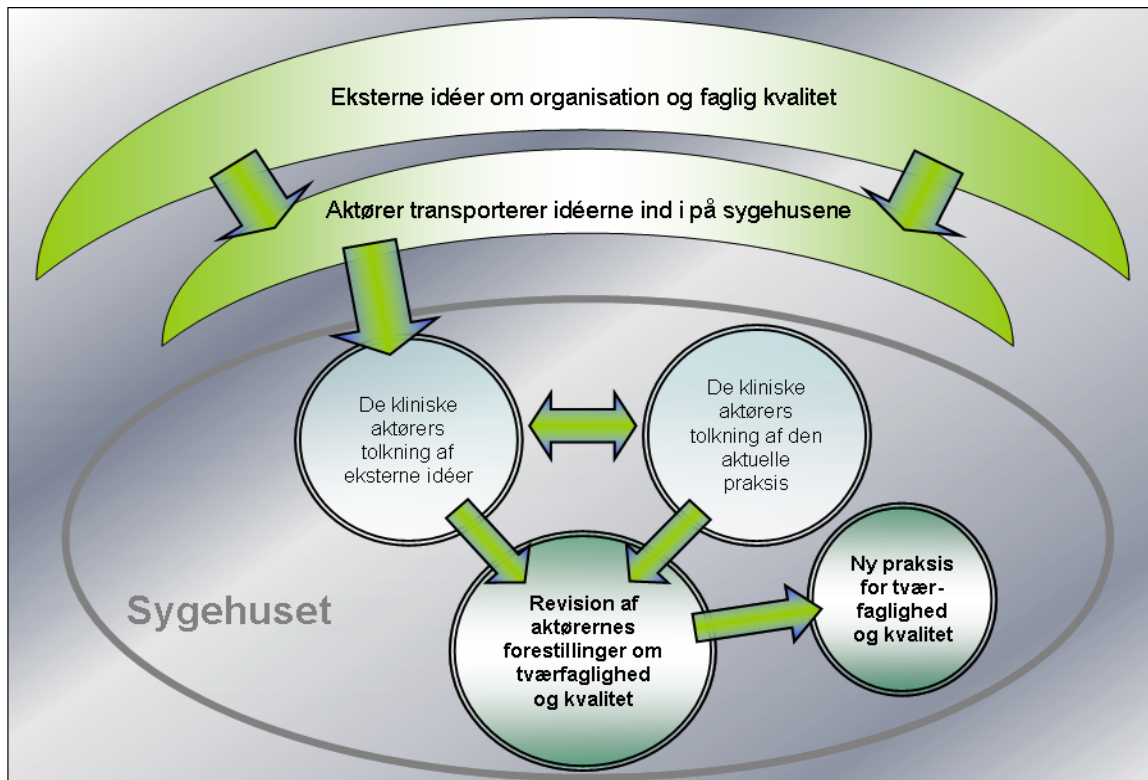
Det skandinaviske nyinstitutionelle perspektiv, der blev valgt som udgangspunkt for afhandlingens analyser, har ført til udarbejdelse af en overordnet analytisk model for afhandlingen. Modellen er skitseret i figur 2.1. Figuren fremstiller nogle forståelsesmæssige sammenhænge i en form, der understreger den centrale relation mellem eksterne idéer, aktører der transporterer idéen ind i sygehusvæsnet, og faglige aktører der tolker de eksterne idéer og den aktuelle praksis for at lade disse

tolkninger danne baggrund for forestillinger om praksis – i dette tilfælde vedrørende tværfaglighed og kvalitet. Figuren giver et koncentreret billede af afhandlingens problemstilling, der placerer aktørernes forestillinger i centrum som baggrunden for skabelse af ny praksis.

Den analytiske struktur er således bygget op omkring de organisatoriske idéers og koncepters transport og tolkning. Denne transport / tolkning forudsætter, at idéerne gives en konkret materiel form. Idéernes materialisering i tale eller skrift er en forudsætning for at aktørerne kan relatere sig til og tolke dem. For at belyse idéernes bevægelse og tolkning er det derfor nødvendigt at analysere den materialisering af idéerne, som aktørerne introduceres til og selv foretager efterfølgende.

Denne materialisering udgøres af italesættelse forstået således, at aktørerne placerer idéen og deres forståelse af denne gennem sproglige kategoriseringer som fx positiv eller negativ. På denne måde placerer aktørerne den organisatoriske idé ud fra deres forestilling om den eksisterende og den fremtidige praksis. Aktørernes forestillinger materialiseres således gennem italesættelse.

Figur 2.1: Afhandlingens analytiske struktur



For at belyse aktørernes forestillinger om tværfaglighed og kvalitet, der udgør centrum i den analytiske model, er det derfor relevant at beskrive og analysere den italesættelse og tolkning, som aktørerne i sygehusvæsnet foretager af eksterne organisatoriske idéer. Denne analyse anvender som nævnt en skandinavisk nyinstitutionel

tilgang som teoretisk grundlag.

2.7 Analysens teoretiske tilgang

Baggrund for valget af den skandinavisk nyinstitutionelle tilgang skyldtes behovet for at kunne analysere idéers overførsel og aktørers tolkning og anvendelse af idéerne. Denne tilgang fokuserer på de organisatoriske aktører og deres tolkning af både eksterne organisatoriske idéer og af den eksisterende organisatoriske praksis. Gennem denne tolkningsproces skaber aktørerne en revideret organisatorisk praksis.

Den klassiske institutionelle teoris forståelse af organisatorisk isomorfi suppleres og nuanceres dermed og lader analysen af organisatorisk udvikling knytte sig til samspillet mellem aktører og udefrakommende organisatoriske idéer. Denne teoretiske placering af aktørerne som centrale for de organisatoriske idéers tolkning giver mulighed for at fokusere på aktørniveauet. Dette for både at fortage en analyse, der rummer den tolkning af idéer, der foretages af overordnede aktører, og den tolkning, der er sket på de faglige aktørers niveau, dvs. på sygehusafdelingerne.

Skandinavisk nyinstitutionel teori

Den skandinavisk nyinstitutionelle tilgang repræsenteres i denne afhandling i første række af Czarniawska³⁵ – alene og i selskab med hhv. Joerges³⁶ og Sevón denne italesættelse både blive sat ind i den ramme, som aktørerne forestiller sig.³⁷ Denne teoretiske ramme placerer dynamikken i organisatoriske idéers overførsel i den translation og tolkning, som de organisatoriske aktører foretager. Samtidig bliver det påpeget, at idéer og koncepter skal materialiseres for at kunne transporteres eller overføres. Dette er en forudsætning for organisatoriske idéers oversættelse (translation) i bevægelsen mellem organisationer. Materialiseringen fordrer, at aktører omsætter idéen/konceptet til sproglig form, og idéer og koncepter vil gennem g idéen indgår i, og vil samtidig undergå en tolkning. Czarniawskas teoretiske ramme lægger vægt på aktørernes tolkning som baggrund for transformation af den organisatoriske idé, som leder videre til ændringer af den organisation eller organisatoriske praksis, som idéen tolkes ind i.

³⁵ Czarniawska, 2005.

³⁶ Czarniawska & Joerges, 1996.

³⁷ Czarniawska & Sevón, 1996.

Det skandinaviske nyinstitutionelle perspektiv repræsenteres videre gennem Erlingsdottirs nuancering af forståelsen af isomorfi, idet hun – hhv. sammen med Lindberg og Jonnergård – supplerer forståelsen af isomorfi. Det sker gennem begreberne isopraksisme – som betegnelse for en proces hvorigennem der skabes homogen praksis på tværs af organisationer – og isonymisme – der betegner en homogen anvendelse af ord og begreber på tværs af organisationer, uden at dette dækker en homogen praksis.³⁸

Den institutionalisering af begreber, som nogle af de mange idéer og koncepter om udvikling har gennemgået inden for sygehusvæsenet – fx teambegrebet, begreber som kvalitetsstandarder etc. – kan i mange tilfælde placeres som isopraksisme eller isonymisme frem for en direkte imitationsproces som isomorfi. Erlingsdottirs anvendelse af disse begreber medvirker således til at nuancere analysen af afhandlingens empiri, der udgøres af tre cases.

Czarniawska & Joerges samt Erlingsdottir & Jonnergård introducerer videre begrebet 'idébærer',³⁹ som betegner aktører, der overfører begreber mellem sektorer, lande eller organisationer, men som ikke selv er de praktikere, der skal anvende idéen eller konceptet i en daglig arbejdspraksis. Erlingsdottirs bidrag medvirker til at etablere en distinktion mellem niveauer af tolkninger. Niveauerne af tolkninger eller overførsler findes på et overordnet organisatorisk niveau, evt. gennem idébærere, og som tolkning på 'praksisniveau' foretaget af organisatoriske aktører, som møder og tolker idéerne i organisationens kernefunktioner, som fx når læger og sygeplejersker udfører deres arbejde på sygehusafdelinger.

Den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang nuanceres videre gennem anvendelse af Brunssons begreb om 'cropping-up' eller 'emergens',⁴⁰ som søger at omfatte den kompleksitet af uniformitet og variation, som fx organiseringsformerne i sygehusvæsenet er præget af. Emergens indebærer, at en generel organisatorisk diskurs – som fx italesættelsen af 'kvalitet' – har så abstrakt karakter, at de organisatoriske aktører med tiden foretager divergerende tolkninger af begrebets indhold og anvendelse. Aktørernes tolkninger – og forestillinger – fører således til, at anvendelser af et begreb 'emergerer' i nye former, som kan være meget løst koblet til begrebets oprindelige bagvedliggende idé.

Italesættelse som analytisk element

Den videre teoretiske tilgang bidrager til strukturering af beskrivelsen af de organi-

³⁸ Erlingsdottir, 1999, Erlingsdottir & Lindberg, 2005.

³⁹ Czarniawska & Joerges, 1996, Erlingsdottir & Jonnergård, 2006.

⁴⁰ Brunsson, 2000b, s. 158.

satoriske idéers overførsel og af aktørernes konkrete tolkningsproces. Dette foretages gennem en procesorienteret anvendelse af det diskursanalytiske begreb vedrørende italesættelse. Aktørernes forestillinger om kvalitet og om udvikling af praksis analyseres ud fra den italesættelse,⁴¹ som aktørerne interagerer igennem. Aktørernes forestillinger om tværfaglig skabelse af kvalitet aflæses af de formuleringer, der indgår i skrift og tale i dokumenter, interviews og andre situationer. Italesættelsen afspejler aktørernes placering af idéerne om kvalitetsudvikling ud fra aktørernes tolkninger af den aktuelle praksis og forestillinger om udvikling. Det er et centralt fokus i projektet, at aktørernes forestillinger om tværfaglig kvalitetsudvikling i stort omfang finder sin baggrund og italesættes ud fra idéer, der kommer til sygehuset og sygehusafdelingen fra eksternt hold, dvs. fra andre dele af sundhedsvæsenet og fra andre sektorer i samfundet.

Denne proces af skabelse af forestillinger eksemplificeres i tre cases hentet fra sygehusfeltet, som gør det muligt at analysere variationen af denne proces over tid og sted. Hensigten med dette er at understrege forskelle og fælles træk på tværs af tid og geografi i skabelsen af tolkning og transformation af kvalitet som begreb. Italesættelse anvendes som begreb for aktørernes placering af begivenheder, andre aktører, etc. i en processuel forståelse. Dette indebærer, at italesættelse ses som baggrunden for udviklingsdynamikken i organisationer, hvorfor italesættelsen af fx forestillinger om tværfaglighed og faglig kvalitet konkretiserer indarbejdelsen af tolkning af praksis og af eksterne idéer, og samtidig konkretiserer udgangspunktet for det samspil mellem organisatoriske aktører, der foregår mellem aktører fra forskellige faggrupper eller sygehusafdelinger.

Det bliver således analysens udgangspunkt, at eksterne idéer og koncepter indgår i aktørernes tolkninger af praksis. Aktørernes tolkninger italesættes som en placering af idéerne og praksis, og repræsenterer således de forestillinger, som aktørerne udvikler og forsøger at realisere. Idéer og koncepter indgår dermed som led i den italesættelse af aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed, som aktørerne udvikler.

2.8 Afhandlingens struktur

Afhandlingen er bygget op omkring beskrivelse og analyse af tre cases, men følger ikke studieforløbet, hvor kendskab til empiri ledte til valget af teori, som efterføl-

⁴¹ Heede, 2004.

gende strukturerede de tre cases. I stedet har jeg valgt at præsentere afhandlingens elementer i en klassisk opstilling. Forud for gennemgangen af casene etableres således en ramme for analysen, bestående i en problemstilling, en teoretisk positionering og en præcisering af den anvendte metode. Afhandlingen afsluttes med en diskussion af de fundne resultater samt en konklusion.

Den indledende problemformulering består således i en perspektivering af udbredelsen af idéer om tværfaglig kvalitetsudvikling i det danske sygehusvæsen som udtryk for aktørers tolkning og transformation af organisatoriske idéer. Afhandlingens undersøgelsesspørgsmål fokuserer således også på afklaring af tolkningen af idéerne ind i sygehusvæsenet som udtryk for aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed.

Den efterfølgende teoretiske positionering består i en præsentation af de elementer af den skandinaviske nyinstitutionelle forståelsesramme, som jeg har valgt som baggrund for analysen af cases. Denne ramme sætter begreber på en proces, hvor aktører fører idéerne ind i et organisatorisk felt gennem tolkning og translation, og idéerne i den videre proces tolkes ind i den konkrete organisatoriske praksis. Endelig påpeges det, hvorledes italesættelse af de organisatoriske idéer og tolkninger af disse spiller en væsentlig rolle i den organisatoriske udviklingsproces.

Den teoretiske ramme skal som nævnt betragtes som en del af konklusionen, idet rammen udgør en perspektivering af empirien i casene.

Valget af casestudiet som metode er foretaget som en konsekvens af, at afhandlingens problemstilling er fokuseret på sociale relationer i og omkring organisationer, og en videre konsekvens af den nyinstitutionelle teoretiske tilgang som fokuserer på aktørers tolkninger af idéer og praksis. Der er således fokus på beskrivelse af sociale relationer i organisationer, hvilket understreger behovet for anvendelse af kvalitative metoder som dokumentstudier, observationer og interviews. Brugen af casestudiet danner videre baggrund for en strukturering af de cases, der er valgt til at belyse problemstillingen, idet de forskellige perspektiver, som problemstillingen belyses fra, stammer fra casenes forskellige egenskaber og karakter. Metodekapitlets præcisering af casenes egenskaber strukturerer gennemgangen af de tre cases.

Metodekapitlets strukturering af casenes egenskaber skal samtidig ses som et analytisk element og dermed som en del af resultatet og det konkluderende indhold af afhandlingen.

De tre cases er først belyst gennem en præsentation af den organisatoriske idé og af de centrale aktører. Dernæst er casets indhold og fortællingen om casets forløb beskrevet. Selv om de tre cases er meget forskellige på væsentlige punkter, bliver der gennemført en beskrivelse, der så vidt muligt følger den samme skabelon med henblik på at skabe så stort et overblik som muligt over de gennemgående

træk og variationer i sammenhængen mellem organisatoriske idéer og aktørernes tolkninger.

Den afsluttende diskussion og konklusion gennemføres som en tværgående analyse, der sammenfatter de gennemgående træk i de tre cases. Analysen baseres på aktørernes roller i hhv. den overordnede tolkning og translation af den organisatoriske idé, som fører idéen fra omgivelserne ind i sygehusfeltet og den 'praksisnære' tolkning, hvor den organisatoriske idé tolkes ind i forhold til den kliniske praksis af de faglige aktører. Endelig gennemføres en diskussion af den teoretiske tilgangs styrke i den aktuelle analyse.

Det er hensigten gennem den afsluttende diskussion at kunne udlede nogle konklusioner vedrørende, hvad der forekommer at være centralt og mindre centralt som kriterier for, at et initiativ til udvikling af kvalitet og tværfaglighed på sygehusafdelinger lykkes eller ej. Det er samtidig hensigten at kunne diskutere, hvilke implikationer dette har for indholdet af den ledelsesmæssige indsats, som skal til for at støtte og styre den ønskede udvikling.

3. Teoretisk ramme – forestillinger og identitet

Det teoretiske grundlag for afhandlingen skal anvendes til at folde afhandlingens problemstilling ud samt guide analysen af de tre anvendte cases. Overførelsen af idéer til sygehusfeltet og idéernes oversættelse på sygehusafdelingerne gennem aktørernes tolkninger, udgør afhandlingens analytiske fokus. For at kunne håndtere dette analytiske fokus på aktører, identitet og tolkninger har jeg valgt at anvende skandinavisk nyinstitutionel teori og denne teoribygning placering af idéer og aktører i en dynamisk relation.

Det er vanskeligt at afgøre, om valget af fokus i afhandlingen har ført til valget af teori eller omvendt. Gennem arbejdet med afhandlingen har både den teoretiske tilgang, valget af analytisk fokus og af cases skiftet. Hvad der først faldt på plads, vil jeg ikke fremkomme med et entydigt svar på. Jeg vil blot konstatere, at mit ønske om at anvende et aktørperspektiv og tage udgangspunkt i de faglige aktørers erfaringer og holdninger ledte til en aktørorienteret teori, mens den skandinaviske nyinstitutionelle teoris fokusering på aktørernes tolkninger som baggrund for organisatorisk dynamik ledte til et øget fokus på samspillet mellem aktørers tolkninger. Valget af skandinavisk nyinstitutionel teori er således udtryk for udviklingen i min forskningsproces.

Afhandlingens problemstilling omhandler samspillet mellem sygehusansattes faglige identitet, deres forestillinger om tværfaglighed og kvalitet, og deres tolkninger af eksterne idéer og af aktuel praksis. Hensigten er at afdække de procesforløb, der fører til ændringer af aktørernes tolkninger og deres forestillinger om udvikling af praksis. Det er herunder spørgsmålet, hvordan organisatoriske idéer om kvalitetsudvikling tolkes ind i sygehusvæsenet i en tosidet proces. Processen er tosidet, fordi den involverer tolkning på 'metaniveau' eller overordnet niveau i forbindelse med introduktionen af idéerne i sygehusvæsenet, og på klinisk niveau – altså blandt læger, sygeplejersker og ledere, der arbejder med pleje og behandling på sygehusafdelingerne og med de dermed forbundne samarbejds- og udviklingsprocesser. Hvordan udvikles forholdet mellem den tolkning af de eksterne idéer, der foregår på et overordnet plan under medvirken af de planlæggende og styrende in-

stanser, og den tolkning af idéerne der foregår blandt de faglige aktører, og efterfølgende udmønter sig i de faglige aktørers forestillinger om og skabelse af praksis?

3.1 Den skandinavisk nyinstitutionelle tilgang

Valget af skandinavisk nyinstitutionel teori skyldes et ønske om at placere aktørerne og disses tolkninger i centrum i analysen. Den variation i udviklingen af organisatorisk praksis på sygehusafdelinger, som fremgår af de studier, der er omtalt i afhandlingens problemstilling, ser jeg som en indikator for, at der skabes forskellige forestillinger om, hvordan den faglige praksis skal udvikles. Det er disse forestillinger, den professionelle identitet og de tolkninger, som ligger bag, som har min interesse i denne afhandlings analyse. Derfor har jeg valgt en teoretisk tilgang, som har fokus på aktører og aktørers tolkninger som grundlaget for udvikling og organisatorisk dynamik. I min anvendelse af den skandinaviske nyinstitutionelle teoretiske tilgang betragtes aktørernes tolkninger og professionelle identitet som forudsætning for udvikling af aktørernes forestillinger. Disse forestillinger udgør samtidig analysens empiriske nedslagspunkt.

Det skandinaviske nyinstitutionelle perspektiv repræsenteres i denne afhandling af Czarniawska, Erlingsdóttir og Brunsson der ud fra forskellige analytiske grundlag fokuserer på, hvorledes idéer tolkes ind i organisationer i en proces, der styres af aktørernes perspektiv og forståelse af den aktuelle organisatoriske kontekst. Tolkning udgør en proces, hvor idéer og udviklingskoncepter gendiges eller genfortælles af de lokale aktører ud fra tolkning af den aktuelle organisatoriske kontekst. Aktørerne kommer på banen som en videre udvikling af den organisatoriske nyinstitutionelle tilgang.

3.2 Det nyinstitutionelle perspektiv

Det nyinstitutionelle perspektiv giver en ramme til forståelse af, hvordan organisatoriske idéer udbredes inden for og mellem felter. Et organisatorisk felt defineres i denne sammenhæng som et afgrænset samfundsmæssigt felt, hvor der produceres de samme eller sammenlignelige produkter eller ydelser med underleverandører,

producenter etc.⁴² Den organisatoriske udviklingsdynamik baseres på en forståelse af, at institutioner, forstået som 'kulturelle regler der giver kollektiv mening',⁴³ opstår og udbredes med et organisationsforandrende potentiale, såvel inden for organisatoriske felter som på tværs.

Scott & Meyer fremstiller dette som:

“Institutionalization (...) is the process by which a given set of units and a pattern of activities come to be normatively and cognitively held in place, and practically taken for granted as lawful (whether as a matter of formal law, custom, or knowledge).”⁴⁴

Scott & Meyer placerer således de kognitive eller forståelsesmæssige processer hos aktørerne i sammenhæng med institutionaliseringen, idet institutioner i dette perspektiv udgør kognitive forståelsesrammer for aktørerne.

Set ud fra dette nyinstitutionelle perspektiv bliver danske sygehusafdelinger underlagt institutionelle pres, der kan betragtes ud fra flere perspektiver: 1) visse fælles regler og krav – fx rammer for aktiviteten gennem krav om akkreditering eller indførelse af kontraktstyring, 2) de mødes af normative forventninger, hvor fx kravet om høj kvalitet og stor effektivitet udgør et eksempel på en normativ indflydelse, eller 3) at sygehusene indgår i kognitive processer i den forstand, at de eksterne forventninger om udvikling dannes i organisationens – eller dens aktørers – tolkning af disse forventninger. Sådanne kognitive processer kunne fx ses i forbindelse med den nyligt gennemførte Strukturreforms forventninger til sygehuslukninger og -sammenlægninger. Den institutionelle proces resulterede dermed i, at sygehusafdelinger ændrede sine organiseringsformer og -principper i retning af fusioner og centerdannelser. Dette skete som et led i at opnå den legitimering, der skabes ved at tilnærme sig de principper, som organisationens medlemmer mener eller forstiller sig udgør omverdenens forventninger.⁴⁵

⁴² DiMaggio & Powell, 1991, s. 65: ‘.. a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products.’

⁴³ Meyer, Boli & Thomas, 1994, s. 10: ‘We see *institutions* as cultural rules giving collective meaning and value to particular entities and activities, integrating them into the larger schemes.’

⁴⁴ Scott and Meyer, 1994 (s. 10).

⁴⁵ Det kan fx være tilfældet, når sygehusafdelinger organiserer sig på en måde, der medvirker til at øge indtrykket af, at afdelingen har en vis størrelse, som kræves for at kunne betragtes som ‘funktionsbæ-

Det nyinstitutionelle perspektiv, som beskrevet hos Scott,⁴⁶ giver mulighed for at analysere, hvorledes organisationer indgår som del af en kontekst eller felt, idet perspektivet tager udgangspunkt i organisationernes behov for tilnærmelse til den gældende norm eller det herskende værdisæt, der gælder for såvel organisationer af samme type som for organisationer inden for andre felter. Den institutionelle legitimering af en organisation kan fx udgøres af behovet på en sygehusafdeling i sygehusfeltet for at leve op til forventninger om gennemførelse af effektive diagnose-, behandlings- og plejeforløb. Dette behov antages videre at have væsentlig indflydelse på konstitueringen af samarbejdsrelationer på alle niveauer i organisationen, såvel i situationer hvor etableringen af særlige samarbejdsrelationer er en del af legitimeringen i sig selv, som i situationer hvor samarbejde kan bidrage til opfyldelse af øvrige organisatoriske mål.

Isomorfi

Behovet for organisatorisk legitimering kan betegnes som ét af tre grundlag for isomorfi, hvor institutionelle regler indarbejdes i organisationen.⁴⁷ Hvor isomorfi kan opstå gennem tvang (coercion) eller gennem normativt pres, så peger behovet for legitimering på imitation (mimetisk), dvs. det forhold at udvikling foregår gennem efterligning af strukturer, adfærd etc., som kan observeres i andre organisationer. Det nyinstitutionelle perspektiv er således rettet mod forklaring af homogenitet mellem organisationer og ikke mod variation og forskelle. Isomorfi gennem kopiering og imitation er bl.a. det gennemgående tema hos DiMaggio & Powell:

”Once a set of organizations emerges as a field, a paradox arises: rational actors make their organizations increasingly similar as they try to change them.”⁴⁸

DiMaggio og Powells argument om en stigende homogenitet blandt organisationer fokuserer på, at organisatorisk isomorfi udvikler sociale antagelser om hensigtsmæssige organiseringsformer.

Den klassiske nyinstitutionelle tilgang har i stort omfang bidraget til forståelse af overførsel af institutionaliserede organiseringsformer imellem og inden for de samfundsmæssige felter og sektorer. Men valget af et aktørperspektiv i afhandlingen kræver en yderligere præcisering af aktørernes rolle i den organisatoriske ud-

rende’, eller anvender begreber eller koncepter, der fremstår som institutionaliserede koncepter som ’teams’.

⁴⁶ Scott, 1995.

⁴⁷ DiMaggio & Powell, 1983.,

⁴⁸ DiMaggio & Powell 1983, s. 147.

viklingsdynamik. Problemstillingen i denne afhandling bevæger sig videre ind på et aktørorienteret 'mikro-organisatorisk' niveau, hvor det er ønsket at analysere udviklingen af de faglige aktørers forestillinger, der i videre forstand ses som baggrund for etablering af konkrete organiseringsformer på sygehusafdelingerne. Denne tilgang analyseres gennem aktørernes tolkninger; en analytisk tilgang, der struktureres og operationaliseres gennem brug af skandinavisk nyinstitutionel organisationsteori.

3.3 Aktørernes plads i den organisatoriske udvikling – den skandinaviske tilgang

Den skandinaviske nyinstitutionelle teoretiske tilgang placerer de sundhedsprofessionelle aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet som en funktion af aktørernes tolkninger af lokal praksis og af eksterne idéer og opskrifter til udvikling. Perspektivet lægger således vægt på relationen mellem de eksterne idéer og aktørernes skabelse af forestillinger om tværfaglighed og faglig kvalitet.

Den analytiske og teoretiske tilgang i afhandlingen skal rumme aktørernes skabelse af den organisatoriske udvikling som baggrund for organisatorisk dynamik og af interorganisatoriske variationer i udviklingsforløbene. Det er dette perspektiv, som den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang rummer i en samlet teoretisk forståelse. I det følgende bliver perspektivet præsenteret i det udsnit, der er relevant for denne afhandling. Det drejer sig om Czarniawskas pointering af aktørernes betydning og centrale placering ved tolkning og transformation af eksterne organisatoriske idéer, Erlingsdottirs nuancering af begreberne vedrørende forståelsen af organisatorisk isomorfi samt Brunssons forståelse af organisatorisk emergens, hvor organisatoriske aktører anvender organisatoriske idéer i de sammenhænge og i de udsnit og tolkninger, der virker relevante for aktørerne. Endelig udvikles den teoretiske tilgang gennem præcisering af begreberne organisatorisk mode samt betydningen af organisatorisk diskurs og italesættelse i en skandinavisk nyinstitutionel sammenhæng.

3.4 Translation, tolkning og transformation

Czarniawska og Sevón⁴⁹ peger på, at organisatoriske idéer oversættes (translation)⁵⁰ gennem tolkning og transformation i organisationer, og placerer dermed aktørerne som centrale for organisationers indarbejdelse af eksterne idéer og for udviklingen af den organisatoriske praksis. Samtidig sættes der en forståelsesmæssig ramme for dette i en distancering til de opfattelser, der placerer ideernes spredning mellem sektorer etc. som diffusion, som fx beskrevet af Rogers,⁵¹ hvor idéers udbredelse ses som en form for markedsmæssig spredning, der relaterer sig til forståelsesrammen fra økonomisk teori.⁵² Rogers ser med andre ord idéers spredning som udbredelse af en vare, der er værd for organisationer at anskaffe, mens Czarniawska og Sevón betragter spredningen som en følge af de tolkninger, som idéen placeres i af organisatoriske aktører.

Czarniawska og Sevón anvender begrebet 'translation' i en dynamisk sammenhæng, hvor begrebet anvendes i betydningen 'overførsel' og 'flytning'. Translationsbegrebet har således en indirekte mening i betydningen 'transport' af en idé eller forståelsesramme mellem sprog, organisatoriske felter og skiftende situationer.

Eksterne krav om omstilling transformeres således over i anvendelsen af løsningsmodeller, der menes at have været anvendt med succes i lignende eller andre typer organisationer. Løsningsmodellerne, eller udviklingsstrategierne, 'oversættes' til den givne kontekst, og fremstår formmæssigt som løsninger på lokale problemer. Czarniawska & Sevón dementerer dermed forståelsen af, at organisationer blot imiterer 'organisatoriske opskrifter' fra andre og evt. lignende organisationer. Czarniawska & Sevón erstatter dette med en opfattelse af, at de organisatoriske aktører gennem deres tolkning af deres egen praksis og af de eksterne idéer, genfortæller eller genskaber idéerne som unikke organiseringsformer i den specifikke organisatoriske sammenhæng. Perspektivet skaber sammenhængende forståelse af relationer mellem eksternt institutionelt pres og intern skabelse af legitimitet og forståelse. Denne proces placeres i forståelse af transformation og fortolkning som baggrunden for organisatorisk udviklingsdynamik.

⁴⁹ Czarniawska & Sevón, 1996.

⁵⁰ Czarniawska & Sevón, 1996, s. 7 – Czarniawska & Sevón betegner her translation som 'key concept' til forståelse af organisatorisk forandring.

⁵¹ Rogers, 1995.

⁵² Czarniawska & Joerges, 1996, s. 23.

Czarniawska & Jorges pointerer med henvisning til Latour, at både aktørernes forestillinger, der ligger bag tolkningen, og det koncept eller den ide, der udsættes for tolkning, ændres gennem denne proces. Anvendelsen og dermed tolkningen af et koncept i en organisation sætter derfor to typer af dagsorden; dels ændrer aktører deres forestillinger om, hvordan der kan og skal ske ændringer i praksis, og dels ændres indholdet af ideen eller konceptet gennem tolkningen:

”It is important to emphasize, once again, that the meaning of ’translation’ in this context far surpasses the linguistic interpretation: it means ’displacement, drift, invention, mediation, creation of a new link that did not exist before and modifies in part the two agents’ (Latour, 1993, p.6), that is, those who translated and that which is translated. This explains why the concept is so attractive to us, it comprises what exists and what is created; the relationship between humans and ideas, ideas and objects, and humans and objects – all needed in order to understand what in shorthand we call ’organizational change.’”⁵³

Et eksempel på dette kan udgøres af brugen af ledelseskonceptet ’trojkaledelse’ på de danske sygehuse, der indebar, at sygehusets øverste ledelse skulle bestå af en læge, en sygeplejerske og en administrator. Introduktionen, tolkningen og anvendelsen af begrebet medvirkede til at ændre aktørernes forestillinger om, hvordan ledelsen af et sygehus kunne struktureres, men på den anden side medvirkede aktørernes tolkninger til, at indholdet af begrebet trojkaledelse skiftede karakter.⁵⁴

Udformning af et tværgående samarbejde inden for forskellige samarbejdsrelationer vil derfor være relateret til den transformering af de herskende organiseringsprincipper, der foretages. Oversættelse eller transformering af de institutionelt udbredte organiseringsformer omfatter også ’regler’ for samarbejdsrelationer – fx for hvorledes samarbejdet tilrettelægges mellem læger og sygeplejersker på en intern medicinsk afdeling, hvorledes samarbejdet mellem en sygehusafdeling og en kommune foregår, og hvordan forholdet til patienterne udvikles. Oversættelsen eller transformeringen er imidlertid kontekstafhængig. Det er ved den enkelte organisatoriske aktørs tolkning af en ide eller et koncept om samarbejde, at forholdene tilpasses til den konkrete kontekst. Dette er tilfældet hvad enten den organisatori-

⁵³ Czarniawska B & Jorges B, 1996, s. 24. Henvisningen til Latour omhandler: Latour B: *Messenger Talks*. Lund, *The Institute of Economic Research. Working paper, no. 9, 1996*.

⁵⁴ Fx fra en forestilling om, at trojkaledelse betød, at alle tre ledelsespersoner skulle træffe afgørelser på alle områder til, at begrebet dækkede over, at afgørelser truffet på hvert af de tre områder, blev afhandlet mellem de tre ledelsespersoner, inden beslutningen blev effektueret.

ske aktør betragtes på individuelt, organisations- eller feltniveau.

Emergens

En tilgang, der på en række punkter har fælles træk med Czarniawskas forståelse af translation og tolkning, kan findes i Brunssons ”emergens-model”⁵⁵ (”cropping-up model”),⁵⁶ som er baseret på en sammenstilling af organisatoriske aktørers valg og fravalg af organisatoriske standarder. Emergens defineres som organisatoriske udviklingslinjer, der kan registreres empirisk som ’opspringende’ eller emergerende uniformitet og variation i organisationers anvendelse af standarder. Eller med andre ord; når udviklingen i anvendelsen af ’organisatoriske standarder’ inden for et organisatorisk felt tilsyneladende ikke følger noget klart mønster, men veksler mellem uniformitet og variation, hvilken model er det så muligt at opstille for forståelse af dette?

Organisatoriske standarder defineres af Brunsson og Jacobsson (2000) som et positivt ladet udsagn⁵⁷ om kvalitet af et organisatorisk forhold som fx en aktivitet:

”A typical standard consists of a statement about the generally desired qualities of a product, an activity, or a document, for example. ... Following a standard means establishing some degree of consistency between the standard and what one does.”⁵⁸

Selv om begrebet ’organisatorisk standard’ i højere grad er forbundet med fastlagte organisatoriske modeller end ’organisatorisk idé’ er der dog en basal fælles forståelse. Dette viser sig fx, hvor der er tale om at følge idéer – standarder – vedrørende organisering, som det foregår, når udviklingskoncepter introduceres, og der gøres forsøg på at realisere konceptets idéer om organisering i arbejds- og samarbejdsprocesser. Der er dog samtidig tale om, at dette kun sker for at skabe en vis sammenhæng – consistency – mellem idéen og den organisatoriske standard; aktørerne foretager således en oversættelse (translation) af standardens indhold til den situation, aktørerne befinder sig i.⁵⁹

⁵⁵ Jeg har valgt ordet ’emergens’ frem for ’dukke op’ eller ’noget viste sig’ for at kunne benytte mig af et mere trendy og mundret koncept, end en direkte dansk oversættelse af ’cropping-up model’ ville have resulteret i.

⁵⁶ Brunsson, 2000 b., s. 158.

⁵⁷ Udsagn eller italesættelse, hvor italesættelsen placerer fx en aktivitet som positivt ladet.

⁵⁸ Brunsson & Jacobsson, 2000b. s. 127.

⁵⁹ Brunsson, 2000 a., s. 143.

Brunsson flytter så at sige aktørernes tolkninger af idéer og praksis ind i en kollektiv form, hvor denne tolkning gøres til et spørgsmål om aktørernes fælles behov for nytolkning af deres organisations status og herigennem behov for tolkning af organisatoriske standarder som relevante for organisationens udvikling. Når organisationer derfor anvender samme begreber om udvikling i en proces, der minder om popkorn der popper, så skyldes dette, at lokale aktører har forskellige tolkninger – hvilket medfører variation – men samtidig tolker de organisatoriske standarder ud fra en vis fælles referenceramme – hvilket resulterer i uniformitet.

Selv om begreberne translation og tolkning giver mening i forståelsen af den variation, der eksisterer mellem ellers ens sygehuse og sygehusafdelinger i fx anvendelsen af begreber for kvalitet, så står det tilbage at forklare den ensartethed eller konformitet, der samtidig eksisterer i anvendelsen af identiske begreber og koncepter på tværs af organisationer i et felt. Placeringen af fokus på aktører, og aktørers tolkninger og translationerne af idéer, peger således samtidig på et udvidet behov for at begrebssætte den ensartethed i anvendelse af organisatoriske idéer, der fx kan iagttages i sygehusvæsenet, hvad angår brug af udviklingskoncepter etc. Den konformitet, som synes at være konsekvensen af anvendelse af forståelsen af isomorfi som udtryk for et organisatorisk ensretning, må derfor nuanceres.

Isomorfiens nuancering – isopraksisme og isonymisme

Erlingsdóttir⁶⁰ peger på eksistensen af forskellige typer af institutionaliseringsprocesser – isomorfi suppleret med isopraksisme og isonymisme. Erlingsdóttir nuancerer den institutionelle proces gennem begreberne isopraksisme – som betegnelse for en proces hvorigennem der skabes homogen praksis på tværs af organisationer – og isonymisme – der betegner en homogen anvendelse af ord og begreber på tværs af organisationer, uden at dette dækker en homogen praksis. Dette leder videre til et behov for at forstå udviklingen af variationen og den organisationspecifikke udvikling af organisatorisk praksis.

Erlingsdóttir redegør for et kvalitetssikringskonceptes udbredelse mellem sygehusvæsenet – fra England via en svensk national strategi og ind på et svensk sygehus – og peger i sin analyse på, at konceptet i et vist omfang blev udbredt mellem organisationerne gennem isomorfi, som det defineres af Meyer og Rowans.⁶¹ Konceptet blev i nogle situationer tilegnet som institutionaliserede formelementer, der

⁶⁰ Erlingsdóttir, 1999.

⁶¹ Meyer & Rowan, 1977, s. 345: 'As rationalizing institutional myths arise in existing domains of activity, extant organizations expand their formal structures so as to become isomorphic with these new myths.'

virkede relevante i arbejdet med kvalitetssikring, men samtidig var mangfoldigheden i de konkrete anvendelser af konceptet et gennemgående træk. Anvendelsen af konceptet 'organisationsgranskning' førte til en oversættelse af dette til 'en administrativ modell',⁶² som medvirkede til at skabe visse strukturer på sygehusene og en generelt øget opmærksomhed omkring kvalitet i klinikken. Men konceptet blev ikke indarbejdet i den kliniske praksis, da konceptet

”inte blev institutionaliserad i så motto att den blev till ett förgivettaget handlingsmönster på vårdgulvet.”⁶³

Organisationsgranskning blev i samme proces givet mange betydninger inkl. forskellige betydninger mellem faggrupperne. Som det andet eksempel på en institutionaliseringsproces peger Erlingsdóttir på, hvorledes kvalitetsstandarder ved akkreditering af sygehuslaboratorier var udsat for 'kreativ' oversættelse⁶⁴ i den betydning, at standarderne ikke blev ændret i deres udformning, men blev anvendt kreativt efter de lokale muligheder og begrænsninger.

På denne baggrund påpeger Erlingsdóttir, at akkrediteringen ikke ledte til isomorfi, men til isopraksisme (isopraxism), forstået som skabelse af en fælles praksis mellem organisationer, hvor konceptet akkreditering ikke blev dekoblet fra rutinerne på gulvet / i den kliniske praksis. Denne skelnen mellem institutionaliseringsformer giver mulighed for at nuancere forståelsen af organisatoriske udviklingsprocesser.

Erlingsdóttir & Lindberg⁶⁵ har nuanceret forståelsen af isomorfi yderligere gennem sammenligning af tre studier af oversættelse af idéer i det Svenske sundhedsvæsen.⁶⁶ Gennem en videre fortolkning af Erlingsdóttirs case vedrørende 'organisationsgranskning' og isomorfi som organisatorisk form eller organisatorisk praksis, peges der på, at processen ikke førte til en ændring af praksis, men primært til anvendelse af samme ord og begreber:

”Neither is the practice of quality assurance itself homogeneous; it exists in many variations. What is more, not even the form is the same. ... Thus we suggest that organizational imitation may lead not only to homogenization of forms (isomor-

⁶² Erlingsdóttir, 1999, s. 168.

⁶³ Erlingsdóttir, 1999, s. 169.

⁶⁴ Erlingsdóttir, 1999, s. 180.

⁶⁵ Erlingsdóttir & Lindberg, 2005.

⁶⁶ Erlingsdóttir & Lindberg, 2005, s. 49.

phism), but, in some cases, may lead simply to the spreading of a name, like “quality assurance”. Although it illustrates materialization of an idea, the object is minimal; a word or an expression.”⁶⁷

Denne form for institutionalisering benævnes ‘isonymisme’ (isonymisme) efter den synonyme anvendelse af samme begreb, uden at der ligger et fællesskab i praksis eller organiseringsform bag.

Erlingsdottirs flytning af fokus fra isomorfisme til isopraksisme og isonymisme udgør dermed en præsentation af, hvordan organisationer tolker en idé forskelligt og ud fra forskellige behov, men samtidig finder vej til at tolke den samme idé i forskellige former, fordi organisationerne befinder sig i samme organisatoriske felt og i den samme ’tidslomme’.

En tilsvarende tilgang findes i Brunsson & Jacobssons beskrivelse af standarder, idet de beskæftiger sig med de forhold, der medfører hhv. konsistens og afvigelse mellem standarden og den realiserede praksis samt mellem forskellige initiativer til at realisere en given standard. Der angives to måder at producere konsistens mellem standard og praksis: ’Either by changing practice to fit the standard, or by changing the presentation of practice in accordance with the standard.’⁶⁸

Brunsson bevæger sig således i samme retning som Czarniawska hvad angår aktørernes skabelse af praksis ud fra en aktørbåret oversættelse af standarder – eller idéer. Tilsvarende bevæger Brunsson sig ind på den nuancering af isomorfien, som Erlingsdottir peger på med begreberne isopraksisme og isonymisme, idet Brunsson peger på to typer af oversættelsesprocesser: Oversættelse af standarden til en aktuell praksis – altså fra det generelle til det specifikke, eller oversættelse af den etablerede praksis til indholdet eller ordlyden af standarden – altså fra det specifikke til det generelle.⁶⁹

Den ensartede anvendelse af idéer og koncepter i organisatoriske felter er videre blevet søgt analyseret gennem anvendelse af begrebet ’mode’ i den skandinavisk nyinstitutionelle tilgang. ’Mode’ udgør en supplerende nuancering af forståelsen af begrebet isomorfi. ’Mode’ udgør en begrebslig ramme for forståelsen af det fænomen, at der flere steder i sygehusvæsenet samtidigt og synkront optræder sammen-

⁶⁷ Erlingsdottir & Lindberg, 2005, s. 55.

⁶⁸ Brunsson & Jacobsson, 2000b., s. 127.

⁶⁹ Man kan forestille sig, at et sygehus struktureres efter nogle overordnede principper for funktionsbærende enheder, idet der sker en oversættelse af principper til den aktuelle kontekst, men også at en allerede gældende praksis præsenteres som funktionsbærende enheder – altså en oversættelse til de generelle principper. Endelig kan der både være tale om, at sygehuset ændrer praksis ud fra standarden, og efterfølgende præsenterer dette som en opfyldelse af denne – selv om det måske ikke er det.

lignelige udviklingstræk som fx samtidig anvendelse af koncepter for kvalitetsudvikling.

Mode og udviklingen af ledelsesformer

Czarniawska beskriver mode (fashion) som en medvirkende forklaringsramme for spredningen af organisatoriske og andre idéer.⁷⁰ Brunsson anvender begrebet mode som betegnelse for en kombination af uniformitet og variation omkring en organisatorisk standard.⁷¹ Czarniawska peger på tre årsager til, at en idé spredes på bekostning af andre, idet disse årsager placeres som centrale for moden og dynamikken i spredningen. Den første årsag betegnes 'pragmatisk' i betydningen, at en idé fremstår med større kvaliteter end de konkurrerende idéer.⁷² Den anden årsag betegnes som 'oprindelse' (provenience), som placerer nogle idéer som mere indlysende at anvende end øvrige ud fra en opfattelse af idéens kilde som mere relevant.⁷³ Endelig benævnes en tredje årsag som forankring (anchored) i anvendte eller kendte idéer, idet der derved opnås en genkendelighed og relevans i en bestemt idé, som ikke truer eller udfordrer den eksisterende forestilling om den institutionelle struktur.⁷⁴ ⁷⁵

Czarniawska understreger det på en gang samlende og spredende element i mode inden for ledelsesformer (fashion in management) i en vekselvirkning mellem konformisme og antikonformisme. Det forhold, at en mode både fremstår som nyskabende og ikke-konform, og derfor tiltrækkende, indebærer en vekselvirkning med tendensen til at følge moden som en konform trend.⁷⁶ Når ledelsesformer springer ud som mode, angiver de i første række en antikonform tendens, men denne influerer på de anvendte ledelsesformer fx inden for sundhedsvæsenet i en konform proces. Da en mode er dømt til at blive afløst af initiativer til at følge nye og mere tiltrækkende moder, vil den initiale tendens til uniformitet blive afløst af tendenser til diversitet – der så igen afløses af uniformitet, når en ny mode for le-

⁷⁰ Czarniawska, 2005.

⁷¹ Brunsson, 2000 b., s. 152.

⁷² Her kan idéer, der synes baseret på et veldokumenteret grundlag, synes forbundet med mere kvalitet end idéer, der er udformet efter dårligt dokumenterede erfaringer.

⁷³ Fx kan en organisatorisk idé fra Kaiser Permanente, der er en Sundhedsorganisation i USA, blive betragtet som en mere indlysende inspirationskilde end en dansk servicevirksomhed med stor brugerflade.

⁷⁴ Organisatoriske udviklingsidéer i forbindelse med benchmarking, der fx baseres på genkendelige kliniske data, vil for en stor del af sygehuspersonalet virke mere genkendelige og fagligt relevante end benchmarking baseret på kvalitative data om organisationers funktion.

⁷⁵ Czarniawska, 2005, s. 132.

⁷⁶ Czarniawska, 2005, s. 144.

delsesform er blevet førende – og så videre. Hvis fx introduktionen af akkreditering i særlige dele af det danske sygehusvæsen betragtes som mode, og dermed som en antikonformitet, der brød med den professionsdefinerede opfattelse af kvalitet, er akkreditering senere endt som konformitet med etableringen af landsdækkende akkreditering i 'Den danske model'. Czarniawskas anvendelse af mode som dynamisk element i udviklingen af organiseringsformer virker relevant i forhold til indførelsen af koncepter for kvalitetsudvikling i det danske sygehusvæsen, hvor skiftet i anvendelsen af koncepter netop synes at have denne antikonforme og samtidig konformitetsskabende vekselvirkning.

Isomorfi, mode og idéers transformering

Nuanceringen af isomorfien som isopraksisme og isonymisme og den videre nuancering gennem brugen af begrebet mode, peger begge på aktørernes placering som centrale for udviklingen i anvendelsen af organisatoriske idéer.

Erlingsdóttir & Lindberg peger på, at isopraksisme og isonymisme udgør komplementære eller konkurrerende institutionaliserende processer og elementer ift. isomorfisme, og at dette muliggør en nuancering af analysen af de institutionelle processer i organisationer. Konstateringen af, at isomorfi som begreb dækker eksistensen og udbredelse af idéer mellem organisationer som form, og at denne form realiseres eller udspiller sig som ritualer, men at denne forståelse ikke er dækkende for en række observerede organisatoriske imitationsprocesser, har taget afsæt i analyser af en række cases. Dette muliggør anvendelse af begreberne isopraksisme og isonymisme i analyser af cases af tilsvarende karakter, dvs. cases, der benytter sig af observationer, interviews og andre data fra den lokale kontekst, som nye idéer og praksisformer overføres til og introduceres i.

Tilsvarende udgør såvel Czarniawskas som Brunssons anvendelse af mode som begreb for organisatoriske idéers udbredelse en baggrund for forståelse af den skiftende uniformitet og diversitet i brugen af idéerne. Den praktiske anvendelse af idéerne bliver i begge tilfælde koblet til aktørernes tolkninger.

Dette fører tilbage til Czarniawska, Sevón og Joerges' aktørorienterede forståelser af de organisatoriske tolknings- og transformationsprocesser, og stiller spørgsmål til tolkningens konkrete forløb: Hvordan forløber tolkninger af organisatoriske idéer blandt aktører i et felt eller i en organisatorisk praksis? Og i forlængelse af dette kan der spørges: På hvilket organisatorisk niveau foretages tolkningen fx i forbindelse med anvendelsen af udviklingskoncepter i det danske sygehusvæsen?

Czarniawska & Joerges og Erlingsdóttir viser, hvorledes tolkningen af en idé kan ske ved, at 'overordnede' aktører tolker en idé som relevant. Tolkningen får karakter af en transport af idéen ind i feltet, og placerer de overordnede aktører

som 'idébærere'. Denne sammenhæng kræver en nærmere redegørelse:

3.5 Idébærere – transporten af idéer ind i sygehusvæsenet

'Idébærere' er aktører med planlæggende, politiske, rådgivende og lignende roller, der ifølge Czarniawska & Jorges finder, 'pakker' og videreformidler organisatoriske idéer uden selv at anvende indholdet af dem.⁷⁷ Czarniawska & Joerges omtaler dette som en form for oversættelse af idéer til et nyt felt, uden at der foregår ændringer af den organisatoriske idé. De peger på 'leading local authorities' og 'professional associations' som eksempler på idébærere, der gennem translationen eller oversættelsen overfører en idé. Samtidig peges der på konsulenter som centrale idébærere eller idébærende oversættere af idéer:

"It is interesting that there seem to be "idea-bearing" organizations and professional roles which deal mainly with translations. This is, to an increasing extent, the role of professional consultants."⁷⁸

Erlingsdóttir & Jonnergård har anvendt denne forståelse i analysen af idéers overførsel ind i (bl.a.) sundhedsvæsenet, og har peget på, at disse ofte har forskellig karakter, som fx offentlige myndigheder og policyorganer, konsulenter og lokale faglige aktører m.fl.⁷⁹ Idébærere videreformidler idéer og kan i princippet befinde sig som aktører såvel uden for som inden for en organisation. Erlingsdóttirs eksempler fra det svenske sundhedsvæsen omfatter eksterne aktører som det svenske offentlige forsknings- og udviklingsinstitut Spri,⁸⁰ der hentede idéer fra erhvervslivet i ind- og udland.

Idébærere kan fx være sygehusmyndigheder eller -forvaltninger, der på eget initiativ eller evt. med et konsulentfirma som en form for 'proxy-aktør',⁸¹ – introducerer den organisatoriske idé uden selv at være involveret i den konkrete omsæt-

⁷⁷ Czarniawska & Joerges, 1996, s. 36. Erlingsdóttir & Jonnergård, 2006, s. 56.

⁷⁸ Czarniawska & Joerges, 1996, s. 36.

⁷⁹ Erlingsdóttir & Jonnergård, 2006, s. 96.

⁸⁰ Spri: Sjukvårdens Planerings och Rationaliserings Institut, Stockholm.

⁸¹ Som det fx er set i H:S Direktionens anvendelse af Joint Commission i introduktion og gennemførelse af akkreditering.

ning af idéen til praksis. Med 'proxy-aktør' menes en 'stedfortrædende' aktør, der bærer idéen ind i feltet eller organisationen på vegne af den oprindelige idébærer. Idéen bliver således båret ind i organisationen gennem en tolkning, som ikke behøver at være baseret på en tæt forbindelse til den praksis, hvor idéen skal udmøntes. Her ligger der en forståelsesmæssig forbindelse til begrebet isonymisme, hvor alene betegnelsen eller konceptet er fælles mellem enslydende organiseringsformer i forskellige organisationer.⁸²

Med den tolkning, der foretages af idébærere gennem ideens overførsel ind i organisationen, får overførelsen karakter af et forløb, hvor der kan forekomme en imitation af andre organisationers anvendelse af et specifikt organisatorisk udviklingskoncept eller et idegrundlag. Idébærernes tolkning kan være præget af institutionaliserede formenter, der overtages af idébærerne som

”populære, socialt legitimerede og utbredte idéer som gir oppskrifter på hvordan avgrensede deler av virksomheten bør udformes.”⁸³

Formelementernes generelle karakter kan føre videre i en proces, hvor de lokale aktørers gendigtning eller genfortælling af idéer og udviklingskoncepter foregår relativt frit og kan foregå med en tidsforskydning, som skyldes, at de institutionaliserede formenter og koncepter først anvendes gennem de lokale aktørers tolkning.

De lokale aktører skal med andre ord finde det relevant at anvende idéerne ud fra den aktuelle organisatoriske kontekst, og skaber således en egen praksis gennem tolkning af den anvendte overførte idé. De lokale organisatoriske aktører giver derigennem sig selv en rolle, hvor de ikke imiterer idéer, men skaber en praksis. Dette relaterer sig til Erlingsdøttirs begreb vedrørende isonymisme, hvor begreber anvendes homogent på tværs af organisationer, men ikke dækker over en fælles praksis. Når aktører som myndigheder og konsulenter kan fungere som idébærere, der tolker idéer, men ikke selv anvender indholdet af de overførte idéer i praksis, øges muligheden således for skabelsen af forskellig praksis med anvendelse af fælles begreber. Fokus flyttes over på tolkningen af idéerne blandt de aktører, som anvender de overførte idéer i skabelsen af en praksis. Idébærernes tolkning og transport af en idé kan medføre, at aktørerne i organisationen tolker en idé med begræn-

⁸² Der har været eksempler på dette i det danske sygehusvæsen med brugen af forskellige udviklingskoncepter som fx team eller Business Process Reengineering, der blev anvendt uden at der var en klar parallel til den anvendelse af konceptet, der fandt sted i andre dele af sundhedsvæsenet.

⁸³ Røvik, 1998, s. 279.

set reference til det oprindelige grundlag, idet idéen gendigtes i organisationens billede og aktørernes forestillinger.

En beslægtet forståelse findes i Brunssons påpegning af 'emergens', hvor organisatoriske standarder kan introduceres i organisationer, hvis aktører imidlertid kan forbigå eller på et senere tidspunkt forkaste standarden ud fra tolkningen af aktuelle erfaringer og praksis.

Brunssons emergens-model, som baseres på en forståelse af organisationers tilbagevendende behov for nye idéer til videre udvikling, kan sidestilles med idébæreres realisering af behov for nye idéer, set i lyset af tolkningen af organisationernes – eller feltets – tilstand og behov for ændring. Emergens bliver, set i dette lys, til idébærernes emergens. Samtidig må idébærernes tolkning dog ses i lyset af den påvirkning, som idébærerne er underlagt fra bl.a. de faglige aktører. Czarniawska og Erlingsdóttir tydeliggør denne proces i opdelingen af idébærere og andre aktører, hvilket i denne afhandling udgøres af forholdet mellem idébærere og faglige aktører.

Når processerne af tolkning, translation og transformation foregår i et samspil mellem aktører, kræver interaktionen en materialisering af idéer eller standarder; dvs. at de organisatoriske forhold må udsættes for en italesættelse, der placerer idéer eller standarder i forhold til aktørernes positioner.

3.6 Processer af italesættelse, tolkning og transformation

Italesættelse anvendes i afhandlingen i en processammenhæng, hvor italesættelse er synonymt med diskursiv praksis. Aktørernes forestillinger udgøres i afhandlingen af den italesættelse, som aktørerne foretager af fx kvalitet og tværfaglighed. Aktørernes forestillinger udgør således en del eller et udsnit af aktørernes diskursive praksis.

Den relationelle italesættelse

Italesættelse ses ud fra den tilgang Heede redegør for,⁸⁴ dvs. som en betegnelse for aktørens både underliggende og ubevidste anvendelse af sproget som signal, og denne anvendelse vil i relationen mellem aktører fremstå som en udmelding af

⁸⁴ Heede, 2004.

holdninger, erfaringer, ønsker, værdier, etc. Italesættelse omfatter således de forekomster af tekst og sprog, der kan ses som aktørers særlige tolkning af fænomener og kontekst, hvor kontekst omfatter de relationer, som aktøren indgår i, fx en organisatorisk kontekst. Italesættelse udgør ifølge Burr det sproglige udtryk for forestilling eller forståelse – om end temporær, ustabil og ikke den eneste – hos enkeltstående eller grupper af sociale aktører.⁸⁵ Italesættelsen konstituerer på denne måde relationen mellem aktører – personer og/eller grupper – som fx relationen mellem lægers og sygeplejerskers italesættelse af kvalitet og tværfaglighed. Italesættelsen får på denne måde en central placering i udviklingen af netop kvalitet og tværfaglighed, da disse fænomeners udvikling er en funktion af netop relationen mellem aktører.

Italesættelse og materialisering af idéer

Czarniawska og Sevón pointerer aktørernes relation og interaktion som en væsentlig forudsætning for forståelsen af organisatoriske transformationsprocesser, idet de lægger afstand til en forståelse af transformation som en kollektiv bevægelse rettet mod et fælles mål.⁸⁶ Udgangspunktet for dette ser jeg som konstateringen af, at idéers overførsel og tolkning forudsætter aktørers italesættelse.

Czarniawska og Sevón peger som nævnt på, at organisatoriske idéers overførsel mellem lande, mellem sektorer og mellem organisatoriske kontekster kræver italesættelse som en form for 'materialisering af begreber', som det fx er set med udviklingskoncepter som TQM og andre koncepter for kvalitetsudvikling i sygehusevæsenet. Da en praksis eller en institution ikke kan gennemgå en 'passiv' diffusion fra en organisatorisk kontekst til en anden uden involvering af aktører, ser Czarniawska og Sevón det som en forudsætning for idéernes diffusion, at idéer materialiseres.⁸⁷

Men det er usikkert, hvad der materialiseres: Hvor begreber og ord potentielt set hurtigt kan forgrenes eller spredes, er det en anden sag med indholdet af en organisatorisk praksis – det er vanskeligt at forestille sig, hvorledes en u håndgribelig størrelse som organisatorisk praksis skal kunne materialiseres og overføres på tværs.

⁸⁵ Burr, 1995, s. 48.

⁸⁶ Czarniawska og Sevón (2005 b). Czarniawska og Sevón peger her på Michel Callon, der behandler denne problematik i en artikel fra 1980: Callon C: *Struggles and negotiations to define what is problematic and what is not: The sociologic of transformation*. In: Knorr KD, Krohn R & Whitley RD (Eds.): *The social process of scientific investigation: Sociology of the sciences. Yearbook 4*. Dordrecht & Boston, Mass., Reidel 1980, s. 197-219.

⁸⁷ Czarniawska & Sevón, 2005 b, s. 9.

Dette indikerer, hvorfor italesættelsen i forbindelse med tolkning og transformation spiller så stor en rolle ved overførsel eller transport af ideer om og begreber for organisationsformer mellem brancher og mellem organisationer. 'Transporten' af en idé eller et koncept kan foregå relativt hurtigt, mens overførelsen af fx de mange uskrevne regler for adfærd i en organisatorisk praksis forekommer langt vanskeligere forstået som en proces af italesættelse, hvorfor transporten kræver andre midler til materialisering, tolkning og transformation.

Sygehusvæsenet er blevet introduceret til en stor mængde organisatoriske idéer, der har undergået en til tider omfattende materialisering for at kunne overføres. Overførslen vil foregå i den materialiserede form, som er et resultat af de tolkninger, der er foregået af idéen. Materialiseringens karakter – bog, elektronisk, foredrag – kan i sig selv føre til, at der stilles forskellige spørgsmål med et 'whodunit?'-indhold. Det kan fx handle om hvor translation og tolkning af idéen er foretaget? – er det forud for overførslen eller efter eller under? – er materialiseringen udtryk for et samlet udviklingskoncept, eller er der alene tale om institutionaliserede forretningsplaner, som udgør enkelte komponenter af den oprindelige idé? Denne slags spørgsmål kan have karakter af et forsøg på at påvise et entydigt årsag-virkningsforhold. Czarniawska og Sevón påpeger i stedet det dynamiske element i transformation som en kontinuerlig cirkulation af idéer om ledelse og praksis mellem mange aktører.⁸⁸ En cirkulation, der forudsætter en stadig materialisering af idéerne i sproglig form gennem skrift og tale.

Materialisering og tolkning gennem italesættelse

Materialiseringen af en idé gennem sprog komme i dette lys til at udgøre en italesættelse af organisatoriske idéer og praksis, som aktørerne foretager i tolkningen af idéen. Praksis og institutionaliseret praksis gives sproglig form, og med den sproglige form følger italesættelsen af idéen, da denne omsætning af en idé til sprog indebærer yderligere en tolkning. En organisatorisk idé, som fx idéen om anvendelse af standarder for kvalitet i en akkreditering af sygehuse, kan gives sproglig form både gennem skriftlige medier som manualer, planer etc. og gennem direkte interaktion og samtale mellem aktører. Materialiseringen af idéen er forudsætningen for, at idéen kan overføres, og dette placerer aktører og aktørernes tolkninger i centrum af idéens overførsel, der kan ses som en kæde af tolkninger.⁸⁹

⁸⁸ ... og peger her på Latour som eksponent for denne opfattelse af transformation: Latour B, 1986.

⁸⁹ Denne pointe vedrørende aktørernes interaktion omkring tolkning kan på mange måder tangere Anselm Strauss' forståelse af, at den organisatoriske praksis kan betragtes som et resultat af aktørernes udvikling af en 'forhandlet orden' i en 'social arena' mellem 'sociale verdener' (Strauss, 1978 &

Denne tilgang peger videre på italesættelse blandt aktører som muligheden for gennemførelse af tolkninger i relationen mellem aktører. I tilfældet med sygehusafdelinger vil læger, sygeplejersker og andre aktører italesætte tolkninger af idéer og praksis, som fx kan omhandle kvalitet og tværfaglighed. Italesættelsen og relationen mellem aktørernes italesættelse af ideer og praksis bliver i denne forståelse en del af tolkningen og den medfølgende transformationsproces af idé og praksis. Dette skaber grobund for en særlig eller unik udvikling på hver sygehusafdeling, og dette er videre basis for variation i udviklingsforløb – fx i arbejdet med kvalitet og tværfaglighed – mellem sygehusafdelingerne.

Materialiseringen af idéerne udgøres således bl.a. af den italesættelse som aktørerne foretager lokalt i praksis, og bliver derfor en central del af 'samspillet', sammenstødet eller relationen mellem på den ene side den diskurs, der kendetegner idéerne og den overordnede italesættelse af idéer og problem, og på den anden side de faglige aktørers italesættelse af eksisterende praksis og de overførte idéer.

Italesættelse og procesforståelse

Med brugen af Czarniawskas sammenkobling af diskursiv udvikling og aktørernes tolkningsprocesser lægges der således op til en procesorienteret anvendelse af diskurs-begrebet. Altså ses diskurs og italesættelse som en indikator på den proces, der forgår i en organisatorisk udviklingssammenhæng. Diskurs og italesættelse placeres således som en dynamisk og procesorienteret funktion. Dette placerer igen Czarniawskas tilgang som i højere grad aktørbåret og -orienteret end Brunssons, idet denne giver diskurs en mere generel karakter. Diskurs og italesættelse udvikles ifølge Brunsson ikke af de faglige aktører, men bruges i forbindelse med organisatoriske standarder, der er forbundet med en bestemt diskursiv fremstilling. De faglige aktører skaber med andre ord ikke diskurs i Brunssons forståelse. Det er imidlertid denne skabelse af diskurs, som er analysens fokuspunkt og berettigelse i afhandlingen. Brunsson anvender i stedet sin forståelse af diskursbegrebet som afsæt for eksistensen af emergens.

Emergens, diskurs og organisatorisk dynamik

Strauss, 1963). Hvor Strauss' tilgang har pointeringen af forhandlingen som drivkraft for udvikling, er den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang imidlertid, at drivkraften ligger i idéers tolkning og transformation, og i Czarniawskas tilfælde i italesættelsen mellem aktører af tolkninger af idéerne. Afhandlingens præmis vedrørende at aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed inkluderer forestillingen om forhandling mellem grupper af aktører – fx faggrupper – er således nok baseret på Strauss' påpegning af forhandling, men er videre baseret på Czarniawskas påpegning af forskellige aktørers italesættelse af tolkninger af organisatoriske idéer og praksis.

Der kan naturligvis stilles spørgsmålstejn ved sammenhængen mellem Czarniawskas opfattelse af den organisatoriske udviklingsdynamik som et resultat af 'aktørernes tolkninger' og Brunssons opfattelse af 'den modne organisation'. Dette vil kræve, at 'den modne organisation' sættes lig med 'de modne aktører' eller 'aktører modne til tolkning af nye idéer'. Brunsson peger som nævnt på en mere kollektivt orienteret model med organisatorisk italesættelse som en form for kollektiv proces. Dette er pointen i Brunssons emergensmodels forståelse af italesættelse og udviklingsdynamik, idet grundtanken heri er, at der eksisterer en generel organisatorisk diskurs.⁹⁰

Som det er fremgået, peger Czarniawska på den diskursive proces, der foregår gennem aktørernes italesættelse af deres tolkninger og interagerende udveksling af de italesatte tolkninger. Når diskurs eller italesættelse udgør den materialisering af idéer og koncepter, som aktørerne skaber gennem deres tolkninger af ideerne og af deres eksisterende arbejds- og samarbejdsformer, så opstår der derfor et behov for præcisering af dette sidste forhold: Hvordan kommer tolkningen af de eksisterende forhold til udtryk? Både Czarniawska & Sevón og Brunsson peger på organisatorisk 'identitet' som begreb for aktørernes tolkning af deres organisation og sig selv som aktører – de aktører hvis forestillinger om kvalitet og tværfaglighed er denne afhandlings fokus.

3.7 Identitet

Identitet betegnes af Czarniawska & Sevón som et af de centrale forhold som tiltrækker vores opmærksomhed i analysen af kombinationen af forandring og stabilitet i organisationer: 'processes of identity formation and deconstruction'.⁹¹ Brunsson peger mere konkret på identitetens konstruktion, som bestående af et sæt af elementer. Som Brunsson påpeger, så er begrebet 'aktør' forbundet med at agere – acting – og dette er videre forbundet med muligheden for at træffe valg og at handle.⁹² Dette kobles til eksistensen af identitet, der i princippet kan være bundet til et enkeltindivid eller en gruppe⁹³ – som fx en faggruppe i en organisation som læger

⁹⁰ Brunsson, 2000 b., s. 161.

⁹¹ Czarniawska & Sevón, 1996, s. 5.

⁹² Brunsson & Jacobsson, 2000b, s. 130-31.

⁹³ Denne påpegning af 'gruppe', som fx en faggruppe på en sygehusafdeling, har ligheder med begrebet praksisfællesskaber. Wenger (Wenger 1998) karakteriserer praksisfællesskaber ud fra tre egenskaber, som kendetegner et fællesskab baseret på interaktion og læring: 1) The domain, defineret ud fra et fæl-

eller sygeplejersker på en sengeafdeling – eller et samlet sygehus. Identitet skaber forudsætning for valg af en organisatorisk standard, som indebærer tilføjelse eller ændring af identitet, hvor aktøren forbinder sit valg med den eksisterende eller ønsket om en fremtidig identitet.⁹⁴ Set i lyset af, at identitet er et socialt relativt fænomen, bliver identitet således et spørgsmål om, 'hvem man er og hvad ens situation er': 'Who am I? What is my situation? What is appropriate for an actor like me in a situation like this one?'⁹⁵

Denne opdeling af aktørens identitet i tre elementer, som her er omsat til en gruppeidentitet, udgør en operationel dækning af forståelsen af gruppens situation, og dermed baggrunden for tolkning og forståelse af introducerede idéer og koncepter:

Hvem er vi? – som fx kan omhandle tolkning af en professionel identitet (vi er kardiologiske speciallæger) og på denne måde samtidig indeholde en eksklusion (vi er ikke sygeplejersker; vi er ikke internmedicinske speciallæger eller kirurger). Eller det kan fx omhandle tolkning af en organisatorisk identitet i andre situationer, hvor 'vi' kan være 'os der arbejder på lungemedicinsk afdeling' med de særlige forhold, som gælder for dette. Igen kan der samtidig være tale om en relationel eksklusion.

Hvad er vores situation – som fx kan omhandle tolkning af en given situation eller tolkning af en organisatorisk placering gennem en længere periode? Det situationsrettede element for identitet kan fx omhandle at være plejegruppe på en intern medicinsk afdeling på et mindre sygehus, hvor situationen yderligere er, at der er rekrutteringsproblemer generelt og i stort sygefravær i dag specifikt. Vores identitet er derfor mindre attraktiv i situationen. Et andet eksempel kan bestå i at være en

les 'domain of interest', hvorfor medlemskab 'implies a commitment to the domain'; 2) The Community, hvor medlemmerne af praksisfællesskabet 'engage in joint activities and discussions, help each other, and share information.' og 3) The practice, som indebærer, at der udvikles en fælles praksis med udveksling af viden – som kan foregå bevidst eller ubevidst – og et fælles repertoire af praksiselementer/ressourcer, så som 'experiences, stories, tools, ways of addressing recurring problems – in short a shared practice.'

Wisborg anvender Wengers operationalisering af praksisfællesskabets indhold i sin analyse af nye afdelingssygeplejerskers udvikling af arbejdsidentitet fra sygeplejerske til leder (Wisborg 2004). I for-dansket form beskriver Wisborg praksisfællesskabets tre dimensioner således:

- Gensidig engagering; at opgaver løses sammen, og at der er relationer mellem mennesker,
- Et fælles fortagende/projekt; at fællesskabet deler ansvar og arbejder sammen om noget,
- Et delt repertoire; at der er artefakter, handlinger, værktøjer, historiske hændelser, der er særegne for fællesskabet. (Wisborg 2004:71).

⁹⁴ Brunsson & Jacobsson, 2000b, p. 132. Man kan fx forestille sig, at ledelsen på en sygehusafdeling vælger at søsætte et program inden for patientsikkerhedsområdet. Standarden 'patientsikkerhed' vælges således for at opnå identitet som frontlinjeafdeling med patientens sikkerhed i fokus.

⁹⁵ Brunsson & Jacobsson, 2000b, p. 131.

thoraxkirurgisk lægegruppe på et større universitetshospital, hvor identiteten i denne situation bl.a. kan omhandle, at man anvender videnskabeligt baserede procedurer, at man følger op på ny forskning og ny indsigt i evidens, og at man i øvrigt identificerer sig som garant for en forsvarlig behandling af patienterne.

Endelig vil tolkningen af 'hvad der er en passende handling for aktører som os i en situation som denne' være en identitetsparameter, der vil danne baggrund for handlemuligheder i konkrete situationer. Det kan fx omhandle en gruppe af jordemødre på en fødeklinik, når det viser sig, at det er nødvendigt at tilkalde en fødselslæge, eller fx en gruppe social- og sundhedsassistenter, når der er sygdom blandt sygeplejerskerne, og social- og sundhedsassistenterne bliver sat til uvante opgaver ved deltagelse i stuegangen og i administreringen af medicin.

Samlet giver disse tre identitetsparametre en indgang til at placere italesættelse af faglighed og adfærd blandt faggrupperne på en sygehusafdeling som udtryk for aktørernes identitet gennem tolkninger af deres eksisterende forhold, og tolkninger af de eksterne organisatoriske idéer.⁹⁶

Aktørernes italesættelse af deres tolkning af eksisterende forhold og af eksterne idéer bliver således anvendt som ledetråd i analysen i denne afhandling.

3.8 'Italesættelse' som analytisk perspektiv på processer

'Italesættelse' anvendes i denne afhandling som et begreb, der konstituerer relationen mellem aktører – personer og/eller grupper. Diskursbegrebet anvendes ikke som et udtryk for 'diskursiv orden' eller 'struktur', der etableres gennem analyse af de strukturelle diskursive magtrelationer. I stedet anvendes diskursbegrebet – eller begrebet italesættelse – til at præcisere proceselementet i organisatorisk udvikling. Diskurs er knyttet til de organisatoriske aktørers interaktion, og er et integreret led i aktørernes skabelse og fornyelse af organiseringer.

Italesættelse betegner aktørers (både underliggende og ubevidste) anvendelser

⁹⁶ Greenwood og Hinings fremhæver lignende aspekter i deres beskrivelse af fortolkningstavler blandt en organisations medlemmer, herunder hvad der definerer organisationen som arbejdsfelt, samt hvordan arbejdet organiseres (Greenwood & Hinings 1988). De bidrager imidlertid med en yderligere parameter for en organisations selvforståelse: Hvordan vil organisationen vurderes – hvad vil organisationen have målt sit outcome på? Dette vedrører valget af hensigtsmæssige kriterier for vurderingen af den organisatoriske præstation. (Hinings & Greenwood 1988).

af sproget – i tekst og tale – som en diskursiv praksis. Den diskursive praksis – italesættelsen – opfattes her ikke som en magtstrategisk form, hvor sproget bruges til at placere og udmanøvrere andre aktører, selv om diskurs kan have en magtkommunikerende og -konstituerende substans gennem sit særlige indhold. Diskursen udvikles ifølge Heede som en følge af, at diskursen skaber aktørens (som Heede kalder 'subjektets') muligheder for at antage holdninger og meninger. Det at sige eller skrive noget står således ikke selvstændigt, men er indlejret i en diskursiv sammenhæng af antagelser.⁹⁷

“Subjektet skaber ikke diskursen – diskursen skaber subjektet, dvs. aftegner mulige positioner at tage ud fra i en given sammenhæng. Diskursen er ikke relæ for en menneskelig intention, en gennemsigtig klædedragt for en subjektiv skaben eller et spejl for en individuel tanke eller en kollektiv bevidsthed; den er en effekt i sig selv, som bør undersøges per se. At tale er at gøre noget andet end at udtrykke, hvad man tænker.”⁹⁸

Dette indebærer, at italesættelsens form ikke skabes af aktøren som subjekt i situationen, men at diskursen skaber subjektets muligheder for at italesætte situationen.

Fokus på 'italesættelse' i denne afhandling er derfor udtryk for et ønske om at analysere aktørers italesættelse af arbejdet med forbedring af den faglige kvalitet og italesættelse af tværfaglighed på sygehuse. Italesættelsen ses som et udtryk for den tolknings- og transformationsproces, der udspiller sig gennem de koncepter og begreber for kvalitet, som introduceres og anvendes af aktørerne i den kliniske praksis i den stadige forandring af kliniske fremgangsmåder og interaktionsmønstre.

Samtidig placeres fokus på det processuelle i italesættelsen, dvs. at det er det processuelle element i den diskursive kategorisering og iagttagelse, som et fænomen – en genstand, en gruppe, et forhold eller andet – udspringer af og gøres til genstand for. Dvs. at det er den gensidige proces, hvor diskursen konstituerer aktørernes handlemuligheder, og handlingen videre konstituerer diskursen, som er i fokus. Denne proces af italesættelse placerer aktørernes forståelser af kvalitet og forståelser af tværfaglighed i de handlinger, der gennemføres, når nye idéer til organi-

⁹⁷ Hvis jeg fx siger 'Pladderballe Forsamlingshus' er dette ikke en selvstændig udmelding i sig selv, men indgår i en diskursiv kontekst, der fx omfatter Jan Monrad og Søren Rislund, evt. Dr. Leo Lummerkrog samt hele det forståelsesunivers, som dette omfatter. Tilsvarende vil en læges anvendelse af begrebet 'kvalitet' ikke være selvstændigt, men vil være indlejret i en medicinsk diskurs vedrørende faglighed og faglige kriterier for god praksis etc.

⁹⁸ Heede, 2004, s. 81. Heede udlægger her sin opfattelse af Foucaults antagelse.

sering af kvalitet og til organisering af tværfaglighed finder vej i sygehusvæsenet.

Translationsprocessen bliver i denne forstand koblet til italesættelsens proces – dvs. italesættelsen som den proces, der levendegør diskursen i spillet mellem aktører. Dette kan ses som en analogi til Czarniawska's påpegning af materialiseringen af organisatoriske idéer, at idéer ikke overføres af sig selv, men må manifestes eller gives en form for at kunne overføres. Tilsvarende vil diskursen skulle manifestes for at kunne indgå i en interaktion mellem aktører som en italesættelsesproces og dermed en relation eller interaktion mellem aktører.

For en procesorienteret forståelse eller definition af diskurs kan der peges på Burr (1995), der placerer diskurs som

”... a set of meanings, metaphors, representations, images, stories, statements, and so on that in some way together produce a particular version of events.”⁹⁹

‘The particular version’ – den særlige version – kan ses som en særlig tolkning af fænomener og kontekst, der indgår som en sammenhængende forståelse eller forklaring – om end temporær, ustabil og ikke den eneste – hos enkeltstående eller grupper af sociale aktører.

Det er vigtigt at fastholde ’italesættelse’ i betydningen ’handling’, således at italesættelse ses som et element, der gennem sproget kategoriserer og placerer fænomener og former mv. Dette omhandler i høj grad også placeringen af andre aktører, således at italesættelsen i praksis udgør en iscenesættelse af sig selv og af andre. På denne måde kan italesættelse forstås som elementer i relationen mellem forskellige aktører i et felt.

3.9 Italesættelse i udviklingen af kvalitet og tværfaglighed

Forløbet af den organisatoriske udvikling som en fortsat genskabelse og fornyelse af praksis i stadig nye former kan ses som et resultat af diskursive processer. Introduktionen af nye organisatoriske idéer udmøntes i den italesættelse, der foregår mellem aktører, og indgår dermed som del af baggrunden for processens dynamik eller som udviklingens ’benzin’. Uden italesættelse sker der ingen formidling eller

⁹⁹ Burr, 1995, s. 48.

udveksling af idéer og holdninger, og dermed er der intet udgangspunkt for ændring.

Ses der på den italesættelse af kvalitet og tværfaglighed, der foregår i og omkring sygehusvæsenet, udgør diskursen vedrørende hvordan kvalitet skal defineres, og hvilke metoder der skal anvendes for at opnå en god kvalitet, et væsentligt element. Dette er både tilfældet i den journalistiske omtale af sygehusvæsenets funktion og i den faglige debat internt i væsenet.

'Kvalitet' kan på denne måde ses som et vigtigt diskursivt element i konstruktionen af sygehusvæsenet – anvendelsen af begrebet kvalitet indgår i et stort antal bedømmelser af sundhedsvæsenet på såvel makro som mikroplan – fra bedømmelser af 'det offentlige sundhedsvæsen' som en helhed til vurderinger af den enkelte læges eller sygeplejerskes indsats.

Samtidig finder kvalitet og tværfaglighed diskursive udtryk blandt de faglige aktører. Lægernes og sygeplejerskernes forestillinger om udvikling af kvalitet og tværfaglighed gives således form og indhold inden for de diskursive rammer.

Denne fremstilling kan få aktørernes forestillinger og italesættelse til at fremstå som fænomener, der er determineret inden for rammerne af den generelle diskurs, og dermed fratager de faglige aktører handlemuligheder. Dette svarer imidlertid ikke til de erfaringer, der kan aflæses i sygehusvæsenets udvikling, hvor variation og selvstændige udviklingstræk synes at have været en fremherskende tendens. Der er derfor behov for at foretage en præcisering af, hvordan aktørernes forestillinger inden for den organisatoriske diskurs udgøres af tolkninger, der undergår løbende forandring.

3.10 Aktørernes forestillinger

De organisatoriske aktørers forestillinger om fx udviklingen af den faglige kvalitet foldes ud gennem italesættelse. Aktørernes forestillinger får kun et indhold, når de udgør en del af den italesættelse, som aktørerne foretager af begreber og fænomener. Samtidig er aktørernes forestillinger forbundet med de tolkninger, som aktørerne foretager.

Aktørernes forestillinger skabes i en social kontekst ud fra deres tolkninger, og aktørerne genskaber den sociale kontekst gennem den italesættelse, som aktørernes tolkninger udgør. Gennem anvendelsen af begrebet 'forestillinger' tydeliggøres forholdet mellem tolkning og italesættelse. Set i denne optik skabes fx de faglige aktørers forestillinger om 'kvalitet' og 'tværfaglighed' gennem italesættelse, lige-

som aktørernes italesættelse af tolkninger er dynamikken, som står bag aktørernes genskabelse af praksis.

Når udefrakommende idéer om organisationsændringer vedrørende fx kvalitet influerer på aktørernes valg, formodes det, at det sker via en påvirkning af de organisatoriske aktørers forestillinger om, hvordan handling, interaktion og relationer i organisationen skal ændres, og hvordan dette skal ske. Der eksisterer med andre ord forestillinger hos aktørerne om, hvordan ændringer i adfærd vil muliggøre opfyldelsen af de mål, som aktørerne konstruerer.

Aktørernes forestillinger om praksis vil være mere eller mindre sammenfaldende med udefrakommende idéers indhold. Udvikling og transformation af aktørernes forestillinger vil derfor være afhængig af, at aktørerne gennemfører en tolkning af den aktuelle praksis og af eksterne idéer, og at disse tolkninger italesættes i relationen mellem aktører – herunder også mellem aktører, som repræsenterer forskellig professionel identitet som fx gruppen af læger og gruppen af sygeplejersker på en sygehusafdeling. Aktørernes skabelse af forestillinger om kvalitet og tværfaglighed betragtes således som et resultat af tolkning og som en forudsætning for handling. Denne proces af skabelse af forestillinger skal videre forstås som fortløbende og fleksibel.¹⁰⁰

3.11 Analyserammen for afhandlingens cases

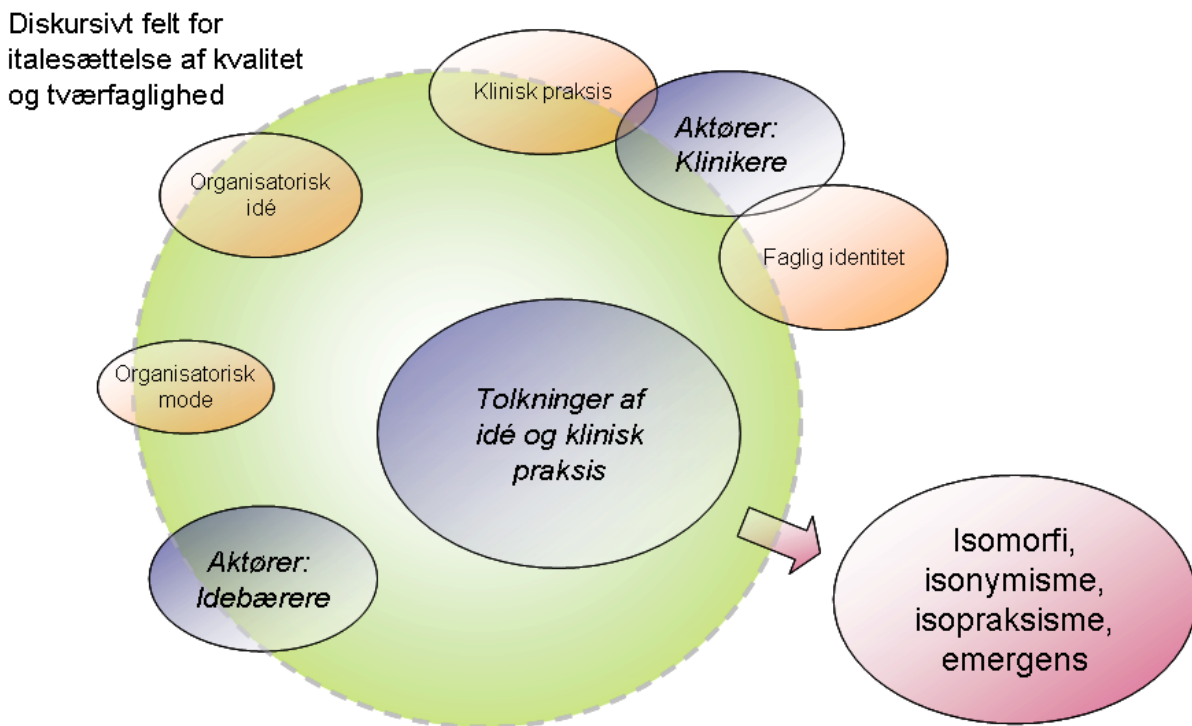
Analysen af de tre cases, der indgår i projektet, skal foretages på baggrund af et teoretisk perspektiv, der tager udgangspunkt i aktørernes tolkninger og italesættelse af den eksisterende praksis og eksterne idéer. Aktørernes forestillinger udgør i analysens optik baggrunden for det komplekse samspil mellem den eksisterende praksis og udefrakommende idéer, andre aktørers italesættelse af tværfaglighed og kvalitet samt den løbende interaktion, der foregår mellem aktørerne. Italesættelsen foregår således som et led i spillet med den stadige udvikling af diskursen vedrørende tværfaglighed og kvalitet i interaktion med de øvrige aktører, og dermed i interaktion med aktører med forskellig professionel identitet.

De cases, der indgår i afhandlingen, omhandler udviklingsprojekter af forskellig

¹⁰⁰ ... forstået sådan, at forhandling skaber grundlag for fornyet tolkning og forestillinger, ligesom erkendelsen af forestillinger skaber nyt grundlag for tolkning og dermed for forhandling, etc.

karakter, hvor der er anvendt udefrakommende idéer om tværfaglighed og kvalitet. Afhandlingens analyse af aktørernes tolkning og oversættelse af disse idéer sker ud fra et skandinavisk nyinstitutionelt perspektiv, der placerer aktørerne som aktive tolkere og oversættere af idéer i skabelsen af ny faglig og samarbejds-mæssig praksis. Analysen af aktørernes italesættelse tager derfor udgangspunkt i, at aktørerne tolker / oversætter idéer ud fra deres forståelse af idéernes relevans og anvendelighed i den eksisterende organisatoriske kontekst. Dette foregår såvel på et niveau, hvor 'idébærere' fører ideerne ind i feltet, og på et klinisk eller praksisnært niveau hvor klinikere og ledere med forskellig professionel identitet tolker og transformerer idéerne ind og ud af den kliniske praksis ud fra den organisatoriske diskurs.

Fig. 3.1: Elementer i det teoretiske grundlag



Figur 3.1 skal illustrere de elementer, som indgår i den teoretiske konstruktion i afhandlingen, hvor tolkninger er det centrale og sammenbindende element. Tolkningerne foregår i et diskursivt felt, som udgør rammen for tolkninger og italesættelse af kvalitet og tværfaglighed, og denne italesættelse udmøntes i organisatorisk udvikling – hvad enten denne er udtryk for isomorfi, isonymisme, isopraksisme, emergens eller en kombination af dette. Modellen omfatter de to grupper af aktører, som udgøres af hhv. idébærere og de ledere og medarbejdere, som er direkte arbejdsmæssigt forbundet med arbejdet i klinikken. Figuren afspejler kun i begrænset omfang den dynamik, som modellen tilskriver de tolkninger og den itale-

sættelse, som foregår. Dette afspejler så til gengæld det forhold, at fokus i afhandlingens analyser ikke er den organisatoriske udvikling, men udviklingen i aktørernes tolkninger og forestillinger.

Analysens output

Med anvendelsen af det valgte teoretiske ståsted er det målet at skabe en sammenhængende forståelse af, hvordan organisatoriske idéer inddrages i udvikling af kvaliteten af ydelserne, som det kan iagttages på sygehusene. Analysen af de tre cases skal således etablere en forståelse af forholdet mellem de idéer om kvalitet og tværfaglighed, som sygehusene møder, og de forestillinger om kvalitet i en tværfaglig sammenhæng, som de faglige aktører udvikler. Med et teoretisk afsæt i den skandinaviske nyinstitutionelle aktørorienterede forståelse af organisatorisk udvikling, vil analysen af de tre cases give indsigt i, hvordan den kliniske praksis udvikles gennem aktørernes tolkninger.

Analysen giver mulighed for at udvikle den teoretiske forståelse af aktørers skabelse af organisatorisk udvikling gennem tolkninger af praksis og idéer på forskellige organisatoriske niveauer. Der gennemføres både tolkninger af aktører, som fører idéerne ind i det organisatoriske felt, og af de aktører som er aktive i de arbejds- og samarbejdsituationer, som idéerne skal anvendes i.

Det søges derfor at konstruere en sammenhængende forståelse af, hvordan sociale processer på flere organisatoriske niveauer både er udgangspunktet i, og efterfølgende er styrende for, udviklingen i arbejdet med kvalitet inden for sygehusvæsenet.

Samtidig giver analysen mulighed for at belyse og afdække de særlige forhold, der gør sig gældende, når tolkninger af organisatoriske idéer foregår i en kompleks og professionscentreret organisation som sygehuset. Analysen af aktørernes tolkninger giver mulighed for at bidrage til at afdække, hvorledes idéer til udvikling af nogle centrale forhold i en professionsdomineret organisation skabes og videreføres gennem processer, der kan have karakter af isomorfi eller mode.

Denne vinkel styrkes gennem anvendelsen af tre cases, der med deres forskellige udgangspunkter gennem indholdet af organisatorisk idé vil supplere hinanden. Forholdet mellem sundhedsfaglige professioner, der normalt regnes for relativt autonome, og spredningen af organisatoriske idéer som potentielt kan medføre uniformitet og ensartethed, er et af de væsentlige elementer i analysen. Beskrivelsen i de tre cases af, hvordan autonomi og uniformitet mødes i de faglige aktørers tolkning af organisatoriske ideer, giver mulighed for at præsentere ligheder og forskelle i sammenhængen mellem organisatoriske idéer og den italesættelse af idéerne, der foretages af aktørerne gennem deres tolkninger.

Analysen skal således give et samlet billede af, hvorledes de faglige aktørers forestillinger om tværfaglig kvalitet udvikles i en proces af tolkning og italesættelse, der skabes med udgangspunkt i de organisatoriske forhold og genskaber disse i en fortløbende proces.

4. Metode – flere cases som et samlet studie

Jeg har valgt at benytte casestudier som gennemgående metode i afhandlingen. Jeg anvender tre cases, der alle omhandler forløb, hvor en ekstern idé til gennemførelse af udvikling af kvaliteten af de faglige ydelser på sygehuse er blevet introduceret. Casene blev valgt, fordi de repræsenterede den problemstilling, som jeg syntes var væsentlig at belyse på baggrund af den indsigt, jeg havde opbygget som sektorforsker. Casene blev med andre ord valgt, fordi de var velegnede til at illustrere, hvordan læger og sygeplejersker og andre faggrupper udvikler den praksis for arbejdet med kvalitet og tværfaglighed gennem tolkninger af eksterne idéer og af den eksisterende praksis.

Casene omhandler således forløb, der fra en umiddelbar betragtning har mange sammenlignelige træk. Casene adskiller sig imidlertid samtidig på en række punkter, fx. med hensyn til den periode hvor de organisatoriske idéer blev introduceret, men særligt med hensyn til indholdet og karakteren af den organisatoriske idé der udgjorde baggrunden for udvikling af kvaliteten. Casene var med andre ord gode eksempler på den ensartede forskellighed.

Alle tre cases belyser forskellige former for 'projekter', dvs. specifikke initiativer der er taget på – eller har berørt – sygehusafdelingerne. Projekterne udgjorde særlige aktiviteter uden for den almindelige drift af afdelingernes opgaver. Gennem beskrivelserne af projekternes forløb sættes der fokus på situationer, hvor aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed blev udfordret gennem indførelsen af nye organisatoriske idéer. Casene gav således særlige muligheder for at belyse aktørernes tolkninger, der blev italesat som forestillinger om kvalitet og tværfaglighed af aktørerne gennem de enkelte projekters forløb.

Som afslutning på redegørelsen af mit valg af metode diskuterer jeg de muligheder og faldgruber, som ligger gemt i, at jeg tidligere har haft andre roller i forhold til to af de tre cases. Dette dækker over, at jeg i det ene case har fungeret både som udviklingskonsulent og evaluator, og i det andet case har gennemført en evalueringspræget undersøgelse.

4.1 Casestudiet som forskningsstrategi

Afhandlingens problemstilling omhandler, hvordan ansatte på sygehuse udvikler forestillinger om tværfaglighed og kvalitet set som en tolkning af eksterne idéer og aktuel praksis. Casemetoden, som baserer sig på en tolkende tilgang, søger gennem den kvalitative analyse at give mening til de fænomener, som kan observeres der, hvor de eksisterer, i det felt man undersøger. Denzin & Lincoln omtaler dette som fænomenernes 'naturlige forekomst',¹⁰¹ og de faglige aktørers arbejde med udvikling af kvalitet og tværfaglighed placeres i denne afhandling som et fænomen, der har sin naturlige forekomst på sygehusafdelingerne.

Viden og kontekst

En undersøgelse af aktørers forestillinger og tolkninger af idéer på sygehusafdelinger er et emne, som kræver, at viden opsøges i sin kontekst – og altså ikke undersøges i en 'laboratoriesetting'. Når Flyvbjerg pointerer vigtigheden af at anvende casemetoden til at opsøge viden i sin sammenhæng – og altså gennem informative eksempler – skyldes dette en antagelse om, at der ikke kan opstilles universelle teorier om kompleksiteten af relationerne mellem menneske og samfund.¹⁰² De tre cases, jeg har valgt at anvende i afhandlingen, repræsenterer således kontekstafhængig viden, hvor konteksten udgøres af en tidsbestemt historisk placering, en placering på udvalgte sygehusafdelinger og en kontekstafhængig tolkning af organisatoriske idéer, som gør disse tre cases til netop informative eksempler.

Tolkning af fænomener

Studiet af sociale processer i organisationer, som er denne afhandlings ærinde, kræver anvendelse af kvalitative metoder for at skabe et grundlag for forståelse og tolkning. Analysen foregår på et niveau, hvor aktørerne oftest udgøres af enkeltpersoner eller små grupper – fx gruppen af læger på en afdeling, en kvalitetscirkel, en afdelingsledelse eller lignende. Afdækning af karakteren og indholdet af sociale processer mellem sådanne aktører sker gennem anvendelse af kvalitative metoder. Ud over at beskrive og tolke et fænomen i sin naturlige forekomst fokuserer kvalitative metoder i casestudiet på at anvende viden af forskellige typer med henblik på

¹⁰¹ Denzin & Lincoln 2000, s. 3.

¹⁰² Flyvbjerg, 1991, s. 144.

at danne et mønster i studiet af fænomenet – i dette tilfælde gennem diverse skriftlige kilder, mødenoter og interviews. Og som nævnt udgøres fænomenet i dette tilfælde af skabelsen af aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed. Denzin & Lincoln placerer denne forståelse således, at kvalitative metoder anvendes i udforskningen af aktørernes tolkninger – eller forestillinger – defineret som ’meanings’:

”Qualitative research is multimethod in focus, involving an interpretive, naturalistic approach to its subject matter. This means that qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or interpret, phenomena in terms of the meanings people bring to them.”¹⁰³

De betydninger, som aktørerne giver fænomener som kvalitet og samarbejde på en sygehusafdeling, bliver således emnet for analysen.

Analysen skal på denne måde bidrage til forståelsen af den sociale proces, der udspiller sig inden for sygehusafdelingen og mellem sygehusafdelingens aktører. Den viden, der søges indhentet gennem anvendelse af kvalitative metoder, udmærker sig ofte ved sin kompleksitet, som opstår i forsøget på at belyse og gengive det multifacetterede fænomen, der udforskes. Denne kompleksitet kan ’foldes ud’ eller belyses gennem anvendelse af én eller flere cases i sin analyse. I næste afsnit vil jeg argumentere for det hensigtsmæssige i at anvende flere cases til en flersidig belysning af et generelt fænomen med henblik på at underbygge min anvendelse af tre cases i belysningen af afhandlingens problemstilling.

Forskningsspørgsmål, relevans og validitet

Som beskrevet har jeg valgt at anvende casestudiet som undersøgelsesstrategi på grund af problemstillingens karakter, idet det er ønsket at belyse fænomener – aktørernes tolkninger og forestillinger ved udvikling af organisationer – der er knyttet til deres kontekst. Problemstillingen og det empiriske fokuspunkt er således knyttet til afgrænsede hændelsesforløb i konkrete organisatoriske ’settings’, hvilket peger i retning af anvendelse af et casestudie design i analysen. Denne afklaring af ’hvordan’ eller ’hvorfor’ et hændelsesforløb udviklede sig, som det gjorde, betragter Yin som central for anvendelsen af casestudiet som metode. Dette gælder situationer, hvor

”a ”how” or ”why” question is being asked about a contemporary set of events,

¹⁰³ Denzin & Lincoln 2000, s. 3.

over which the investigator has little or no control.”¹⁰⁴

Samtidig skal forskningsspørgsmålet være orienteret mod denne afklaring.

Casestudiet skal betragtes som en selvstændig forskningsstrategi, der anvender sine egne kriterier for relevans og validitet. I litteraturen om casestudiet findes en række dokumentationer af, at casestudiet er blevet – og bliver – betragtet som en sekundær analysemetode, der primært tjener til hypotese generering, kvalificering og perspektivering af ’rigtig’ videnskab – oftest kvantitativt og / eller eksperimentelt baseret. Yin¹⁰⁵ beskriver således, hvorledes casestudiet er blevet placeret lavt i et hierarkisk system af undersøgelsesstrategier:

”This hierarchical view reinforces the idea that case studies are only a preliminary research strategy and cannot be used to describe or test propositions,”¹⁰⁶

men redegør efterfølgende for, hvorledes casestudier er blevet anvendt med såvel et eksplorativt, et deskriptivt og et forklarende sigte.

Flyvbjerg redegør for tilsvarende observationer, idet han opbygger en forklaring af casestudiets relevans som et svar på andre forskeres bedømmelser af casestudiets mangler.¹⁰⁷ Flyvbjerg opregner således fem ’misforståelser’ ift. anvendelse af casestudier, der vedrører hhv.: 1) at teoretisk viden er mere værdifuld end konkret og praktisk viden; 2) at man ikke kan generalisere på baggrund af et enkelt case; 3) at casestudier primært har værdi ved generering af hypoteser, men ikke til hypotese-testning og teoriudvikling; 4) at casestudiet er særligt følsomt for bias som følge af forskerens forudindtagethed; og endelig 5) at det er vanskeligt at opsummere viden og udvikle generelle forslag og teorier på baggrund af casestudier.¹⁰⁸ Jeg skal ikke her referere totaliteten af Flyvbjergs tilbagevisning af disse misforståelser, men blot referere nogle centrale passager af betydning for denne afhandling.

Flyvbjerg fremhæver på denne baggrund en række elementer, der placerer casestudiet som en selvstændig analysestrategi. Viden betragtes ud fra et læringsperspek-

¹⁰⁴ Yin, 2003, s. 9.

¹⁰⁵ Yin, 2003.

¹⁰⁶ Yin, 2003, s. 3.

¹⁰⁷ Flyvbjerg, 2006.

¹⁰⁸ Flyvbjerg, 2006, s. 221.

tiv, hvor det 'højeste' niveau af viden opnås gennem indgående kendskab til et antal cases:

"First, it is important for the development of a nuanced view of reality, including the view that human behaviour cannot be meaningfully understood as simply the rule-governed acts found at the lowest levels of the learning process and in much theory. Second, cases are important for researchers' own learning processes in developing the skills needed to do good research."¹⁰⁹

Herudover peger Flyvbjerg på det enkeltstående case – og de få cases – som kilde til unik viden, der bidrager til generalisering af en forståelse,¹¹⁰ og peger således videre på, at den formaliserede generalisering gennem statistisk repræsentativitet kun udgør én af flere metoder til opnåelse af viden, der når ud over det enkelte fænomen eller den enkelte situation.¹¹¹

I forsøget på at gøre denne type forskningsproces operationel anvendes derfor casestudier, hvor et enkelt eller få specifikt udvalgte cases udforskes og analyseres i dybden med udgangspunkt i netop casenes særegenhed. Stake udtrykker dette forhold således:

"We study a case when it itself is of very special interest. We look for the detail of interaction with its contexts. Case study is the study of the particularity and complexity of a single case, coming to understand its activity within important circumstances."¹¹²

Samlet peger dette på et behov for at identificere de relevante cases, afhængig af den problemstilling og de undersøgelsesspørgsmål den aktuelle analyse berører. Det udgør en særskilt problematik i metodevalget at bestemme indholdet af et strategisk casevalg, ligesom det udgør en videre problematik at afgøre, om der skal anvendes ét eller flere cases.

¹⁰⁹ Flyvbjerg, 2006, s. 223.

¹¹⁰ Flyvbjerg nævner her en række eksempler på enkeltstående fysiske eksperimenter, der har bidraget afgørende til forståelsen af de fysiske love.

¹¹¹ Flyvbjerg, 2006, s. 227.

¹¹² Stake, 1995., s. xi.

4.2 Det strategiske casevalg

Flyvbjerg fremhæver det strategiske casevalg som en væsentlig faktor, når det gælder casestudiets anvendelse til hypotesetestning og teoriudvikling. Betydningen af det strategiske casevalg skal ses på baggrund af en diskussion af den påståede højere generaliserbarhed af kvantitative undersøgelser over for kvalitative.

Flyvbjerg peger på, at det planlagte og strategiske valg af case giver mulighed for at opnå viden, som byder på en dybere indsigt i karakteren af de fænomener, der undersøges, og at dette giver de kvalitative casebaserede undersøgelser en anden generaliserbar karakter:

”Here generalizability of case studies can be increased by the strategic selection of cases. ... When the objective is to achieve the greatest possible amount of information on a given problem or phenomenon, a representative case or a random sample may not be the most appropriate strategy. This is because the typical or average case is often not the richest in information.”¹¹³

Det strategiske casevalg fokuserer videre på cases af en særlig karakter.

Flyvbjerg fremhæver således et strategisk valg af atypiske og ekstreme cases som naturligt, da de udgør væsentlige kilder til viden:

”Atypical or extreme cases often reveal more information, because they activate more actors and more basic mechanisms in the situation studied. In addition, from both an understanding-oriented and an action-oriented perspective, it is often more important to clarify the deeper causes behind a given problem and its consequences than to describe the symptoms of the problem and how frequently they occur.”¹¹⁴

Når der indsamles flere typer af viden i et casestudium, er kombinationen af denne viden relevant til styrkelse af resultaternes evidens. Der foretages således en udvidelse af den opnåede videns relative anvendelighed.

Det ekstreme og det typiske case

Det strategiske valg af ekstreme cases i analysen kan således ifølge Flyvbjerg pro-

¹¹³ Flyvbjerg, 2006, s. 229.

¹¹⁴ Flyvbjerg, 2006, s. 229.

ducere mere relevant viden i forhold til en given problemstilling end valget af 'typiske' cases, da forskeren gennem de atypiske cases kan opnå viden om variationen og derigennem viden om det generelles særlige karakter.¹¹⁵ Hvis vi fx forsker i udviklingen af ledelsesformer på danske sygehuse, vil vi opnå en særlig viden ved at undersøge cases, hvor fx generelle tendenser som tværfaglig ledelse eller concern-ledelse er realiseret i en ekstrem form.

De tre cases, der indgår i denne afhandling, kan tilsvarende ses som ekstreme former for en generel tendens til forsøg på systematiseret udvikling af den faglige kvalitet i sygehusvæsenet gennem de seneste 15-20 år.

Hvis vi vender tilbage til de generelle overvejelser over det strategiske casevalg, vil dette naturligt ligge i forlængelse af problemstillingen. Dette medfører to konsekvenser, der kan give problemer i fastholdelsen af det strategiske valg gennem en undersøgelse.¹¹⁶ For det første bliver det en forudsætning, at den problemstilling, man tager udgangspunkt i, når en undersøgelse startes, og casene vælges, forbliver den samme på trods af den indsigt, man opnår gennem undersøgelsen, For det andet bliver det hensigtsmæssige i det strategiske valg af et case afhængigt af, at caset lever op til de forestillinger, man gør sig om caset fra undersøgelsens begyndelse.

Som Flyvbjerg gør opmærksom på via et eksempel fra sin egen forskning, er det ikke altid muligt at fastholde disse forudsætninger, hvorfor det strategiske casevalg kan resultere i, at undersøgelsens fokus og 'rationale' ændres undervejs.¹¹⁷ I denne afhandling er det fx en forudsætning, at analysens tre idéer til organiseringsformer hver byder på særlige karakteristika. Hvis det derfor viser sig, at de tre cases mod forventning ikke adskiller sig fra hinanden på trods af, at der er anvendt forskellige organisatoriske idéer etc., er der opstået en ny analytisk situation.

Det kritiske case

I det strategiske casevalg kan der ifølge Flyvbjerg videre lægges vægt på, om et case kan karakteriseres som 'kritisk'¹¹⁸ i betydningen, at det har en strategisk betydning i relation til det generelle problem, der undersøges.¹¹⁹ Byder denne afhand-

¹¹⁵ Flyvbjerg, 2006, s. 229.

¹¹⁶ Flyvbjerg, 2006, s. 231.

¹¹⁷ Flyvbjerg, 2006, s. 231.

¹¹⁸ 'Kritisk' sættes i modsætning til 'ekstremt', der kan illustrere den yderliggående situation – som fx en undersøgelse af forløbet af en utilsigtet hændelse på et sygehus, som har resulteret i et eller flere dødsfald.

¹¹⁹ Flyvbjerg peger på yderligere en form for strategisk casevalg bestående i valg af en paradigmatiske case. Dette betyder, at casen som udgangspunkt kan ses som en form for symbolsk indikator på en gene-

lings tre cases fx på en indsigt, der kan betegnes som strategisk i forhold til problemstillingen? I det strategiske valg af et case, der er kritisk i den forstand, at det kan perspektivere den opstillede problemstilling, peger Flyvbjerg på valget af enten 'mest sandsynlige' eller 'mindst sandsynlige' cases. Disse typer af cases kan hhv. styrke eller svække en antagelse eller hypotese, der ligger bag problemstillingen i undersøgelsen.¹²⁰ Det vil i denne afhandling medføre, at cases fx skal vælges ud fra, om de hhv. skal af- eller bekræfte, at der foregår en transport af organisatoriske idéer om kvalitetsudvikling ind på sygehusene, og at denne import er underlagt tolkninger fra de faglige aktører.

I denne afhandling er casevalget som nævnt foretaget strategisk på baggrund af en forventning om, at de anvendte cases kan bidrage til unik viden om de organisatoriske aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet. Denne forventning er baseret på, at der er taget initiativer vedrørende kvalitet, der har haft forskelligt indhold på hver af de analyserede sygehusafdelinger, samtidig med at initiativerne er taget på forskellige tidspunkter på sygehusafdelinger med forskellig baggrund. Det står dog stadig tilbage at diskutere de særlige forhold, der gør sig gældende ved valget af et undersøgelsesdesign, som benytter flere end ét case.

Brugen af flere cases i et strategisk casevalg

Når der anvendes flere cases i samme analyse, er det væsentligt at understrege, at dette ikke skal ses som en afskrivning af den metodologiske styrke i anvendelsen af det unikke og illustrerende case. Samtidig skal det gøres klart, at anvendelse af flere cases udgør en særlig form for kvalificering af analysen af ét fænomen, hvilket ikke skal forveksles med et forsøg på at 'kvantificere' den kvalitative analyse.

Brugen af flere cases i et studium kan ses på baggrund af ønsket om at opfylde et særligt formål. Stake¹²¹ peger således på forskellige anvendelser af casestudiet i specifikke situationer. Dette omfatter hhv. 1) studiet af det enkeltstående case, når caset har en særlig værdi eller interesse ('intrinsic'),¹²² 2) det instrumentelle studium, der tjener til at belyse et særligt emne eller illustrere en teori ('instrumental'), og endelig 3) det kollektive casestudium hvor flere cases studeres i sammenhæng for at belyse et fænomen forstået som et instrumentelt studium af flere cases ('the

rel samfundstendens – et paradigme. Hvis vi ser på sundhedsvæsenet kan dette fx udgøres af, at den stigende tendens til tegning af private sygeforsikringer analyseres som et udtryk for en generel tendens i samfundet til en stigende individualisering og manglende solidaritet.

¹²⁰ Flyvbjerg, 2006, s. 231.

¹²¹ Stake, 2000.

¹²² Der kan trækkes paralleller mellem denne casetype og Flyvbjergs strategiske valg af paradigmatiske cases.

collective case study’).¹²³ Her kan der trækkes paralleller mellem Stakes instrumentelle studie til Flyvbjergs strategiske valg af et kritisk studie, og denne parallel trækker jeg videre til det kollektive instrumentelle studie, som Stake peger specifikt på.

Anvendelse af flere cases ser jeg således som en særlig form for strategisk casevalg. Valget af flere cases bliver strategisk, når casene udgør ekstremer i forhold til (ekstremer i betydningen ’variationer over’) det undersøgte fænomen. Hensigten er at anvende cases, der kan have større eller mindre indbyrdes lighed, men udvælges strategisk ud fra, at analysen af de enkelte cases forudsættes at skabe større sammenhængende og dybere forståelse af fænomenet.

I denne afhandling er der valgt cases, der skal belyse de forudgående antagelser om, at der eksisterer variationer i udviklingen af den faglige kvalitet på sygehuse- ne. Der er foretaget et strategisk casevalg, som tager udgangspunkt i, at de tre cases kan betegnes som atypiske i den forstand, at de belyser den generelle proces i sygehusvæsnet vedrørende udvikling af den faglige kvalitet gennem hver sin optik.

Casene er således uniforme, da de belyser en fælles problemstilling, men er forskellige gennem deres individuelle kontekst – kontekst forstået som tid, sted, omgivelser mv. Det atypiske i sammenstillingen af casene skal således findes i den forskel, som kan iagttages gennem tre eksempler på sammensætningen af elementer i den samme type proces: udvikling af den faglige kvalitet i sygehusvæsenet på et tværfagligt grundlag.

Anvendelsen af flere cases har til hensigt at præsentere variationer over det fælles tema, der udgøres af problemstillingen. Det er derimod ikke hensigten at foretage sammenligninger af casene. En sammenligning vil ikke berige analysen, men vil udviske de unikke træk og den information, der er knyttet til hver enkelt af de inkluderede cases. Stake understreger, at sammenligning er et væsentligt princip i en række undersøgelser, men ikke er gavnlig i et studie bestående af flere cases:

”With concentration on the bases for comparison, uniqueness and complexities will be glossed over.”

Stake peger i stedet på sammenstilling af information fra særskilte cases som værdifuld:

”Still, illustration as to how a phenomenon occurs in the circumstances of several

¹²³ Stake, 2000, s. 437.

exemplars can provide valuable and trustworthy knowledge.”¹²⁴

Brugen af flere cases skal således ses som en specifik anvendelse af casestudiet. Skabelsen af et mønster i analysen af et kvalitativt materiale kan i den forstand sidestilles med anvendelsen af supplerende udsagn fra flere interviews med informanter, der vælges ud fra deres særlige karakteristika og placering i forhold til det undersøgte fænomen. Denne strategi forfølges i denne afhandling gennem selvstændige præsentationer af særskilte cases med en efterfølgende tematiseret sammenstilling af de fænomener, der fremkommer gennem analysen.

Præsentationerne af casene er imidlertid afhængig af, at der er foretaget et bevidst valg af, hvordan casenes data opfattes, hvor data forstås som empiriske manifestationer i skrift og tale mv. Det hører med andre ord med i metoden at præcisere, hvordan den italesættelse, som placeres centralt i afhandlingens teoretiske kapitel, skal aflæses i de udtryk eller data, som udgør casenes indhold. Italesættelsen anvendes således som empirisk genstand og fokuspunkt.

4.3 Datamateriale

Det viste sig ved den fornyede gennemgang af datamaterialet i hver af de tre cases, at der langt hen ad vejen var anvendt samme grundlæggende metodologiske tilgang til dataindsamling, herunder anvendelse af dokumentstudier, observationer og interviews. Samtidig var der et stort sammenfald i de problemstillinger, der havde ligget bag dataindsamlingen. Problemstillingerne havde en fælles kerne gennem en problematisering af og et ønske om at belyse de forløb, som udspillede sig mellem de faglige aktører – de medvirkende ledere, læger, sygeplejersker mv. – på sygehusafdelinger. Den fælles kerne bestod ligeledes i, at der i alle tre cases var tale om, at der blev gennemført udviklingsprojekter og aktiviteter, der skulle realisere en bestemt og mere eller mindre veldefineret udviklingsidé, som var blevet introduceret på afdelingerne.

Det centrale datagrundlag for beskrivelsen og analysen af de cases, som indgår i afhandlingen, udgøres af de udsagn, som aktørerne fremkommer med som tale og som skrift i de udviklingsprojekter, der indgår i casene. Dette datamateriale stammer således fra en blanding af kilder, der vedrører planlægningen og udførelsen af det kliniske arbejde. Datamaterialet omfatter fx dokumenter og observationer, samt

¹²⁴ Stake, 2000, s. 444.

interviews der kommenterer på dette.

Jeg anvender begrebet italesættelse for at understrege den status, aktørernes skriftlige, mundtlige og øvrige manifestationer tillægges i denne afhandling. Aktørernes udsagn udgør fx ikke blot information eller oplysninger, som kan tages som direkte udtryk for en objektiv og velafgrænset virkelighed, men er afspejlinger af aktørernes sociale konstruktion af kontekst, idéer, andre aktører etc. De forskellige skriftlige og mundtlige udsagn betragtes som udtryk for italesættelse af fænomener – kvalitet og tværfaglighed og andre forhold på sygehusafdelingerne – som aktørerne indgår i.

Italesættelsen har imidlertid forskellig baggrund afhængig af den situation, den udføres i. Den faglige aktør konstruerer sit budskab, og dermed sin italesættelse, afhængig af, om der er tale om udformning af et sæt skriftlige standarder for den faglige kvalitet, som er henvendt til kollegaer fra samme eller andre faggrupper, end hvis der er tale om en udtalelse givet i et interview med en udefrakommende aktør, der kan være konsulent, evaluatør eller forsker.

Anvendelsen af data fra de tre cases vil derfor være genstand for vurderinger af, i hvilken situation italesættelsen er fremkommet, og det vil ikke mindst være væsentligt, hvilken rolle en interviewende aktør eller samtalepartner er indgået i. Den sociale konstruktion er situationsbestemt – den italesatte forestilling om tværfaglighed er fx konstrueret relationelt i forhold til andre faglige aktører mv., men er også konstrueret i en interaktion med forskeren, evaluatoren eller konsulenten. Italesættelsen er således indlejret i et interaktionistisk perspektiv, der placerer italesættelsens genstand i en ramme af relationer, og disse relationer inkluderer forskeren.

Italesættelsen af aktørernes tolkninger af faglighed i de tre cases vil ligeledes indgå i beskrivelsen af de identitetsparametre, som aktørerne forbinder med tværfaglighed og kvalitet. I de tre cases skal der således foretages en afgrænsning af italesættelsen af forestillingerne om gruppedannelse (hvem vi er), af hvad situationen og den situationsbestemte identitet opfattes som, samt af hvad der opfattes som den relevante handling i de givne situationer.

Når de tre cases derfor gennemgås, beskrives og analyseres bliver det med aktørernes udsagn i centrum som udtryk for de forestillinger om kvalitet og tværfaglighed. Udsagnene fra læger, ledere, sygeplejersker og andre om deres samarbejde, om deres planer og interesser ses således ikke som en objektiv virkelighed, men som udtryk for praksis og 'virkelighed' i den forstand, at udsagnene udtrykker virkeligheden som aktørerne ser den og efterlever den i deres interaktion og praksis på sygehusafdelingerne.

Der er således tale om relationel italesættelse, hvor aktørerne, der formulerer

sig, ikke placerer et fænomen eller et forhold uden forbindelse til den sammenhæng, fænomenet optræder i. Italesættelsen foretages i stedet som del af en bestemt kontekst, som fx i en skriftlig formulering af ønsket om udvikling af den faglige kvalitet eller i et interview med denne afhandlings forfatter. Et særligt punkt i gennemførelsen af analysen af de tre cases består således i at klargøre og forholde sig til, at forskeren indgår relationelt med aktørerne i casene og har haft forskellige roller i de anvendte cases.

Casenes egenskaber

Valget af strategiske cases i denne afhandling, og valget af cases, der kunne forstås som kritiske, kræver en videre redegørelse for casenes egenskaber. Som Flyvbjerg blev citeret for ovenfor, så kan det være vanskeligt at fastholde de oprindelige forudsætninger for det strategiske casevalg, ligesom det kan være vanskeligt at fastholde opfattelsen af casets egenskaber og indhold. Efterhånden som arbejdet med analysen af casene skrider frem, opstår der ny indsigt, der kan resultere i nye pointer, som har konsekvenser for den videre analyse af casene.

Som et led i afklaringen af egenskaberne for de tre cases, der indgår i denne afhandling, opstod der en sådan ny indsigt, som fik betydning for den videre analyse af casene. Det drejer sig om opstilling af karakteristika for det styringsmæssige indhold i de tre idéer om kvalitetsudvikling, der fandt anvendelse i hver af de tre cases.

4.4 De tre cases og deres styringste- maer

De tre cases er gennemført som selvstændige studier med en række år mellem hver case. Casene stammer fra hhv. 1992-93, 1999-2000 og 2002-2003 og blev bl.a. valgt ud fra den særlige kvalitet, som er forbundet med at vælge cases, der illustrerer en tidsmæssig spredning i anvendelsen af organisatoriske ideer. Herudover blev casene udvalgt, fordi de illustrerer forskellige måder at etablere en platform for forbedring af kvaliteten af sygehusvæsenets ydelser.

De koncepter eller idéer, der indgår i casene, skal ikke gøre det ud for at være repræsentative for den samlede strøm af udviklingsidéer og koncepter, der har været forsøgt anvendt i sygehusvæsenet. Casene udgjorde derimod tre eksempler, der ud fra mine erfaringer som sektorforsker illustrerede forskelle i bagvedliggende

tankegange og i den praktiske tilgang i gennemførelsen af forbedringer af den kliniske kvalitet. Der er redegjort kort for hovedstrømningerne i anvendelsen af begreber i arbejdet med kvalitet i afhandlingens problemstilling.

Casene tager afsæt i tre forskellige koncepter, der har været anvendt i sygehusvæsenet, i øvrigt sideløbende med at helt andre typer koncepter er blevet introduceret med forskelligt held. Initiativernes forskelligartede karakter i de tre cases blev illustreret gennem de begreber, der blev anvendt, nemlig hhv. kvalitetscirkler, kliniske teams og standarder for kvalitet.

Det viste sig i løbet af den indledende analyse af casene, at disse begreber og tankegangen bag dem hver var baseret på et afgrænset perspektiv for styring af kvaliteten, som jeg har kaldt for styringstemaer. Styringstemaerne kom efterfølgende til at udgøre en typologisering af casene. Begrebet 'styringstemaer' er valgt, fordi temaerne er udtryk for forskellige forståelser af, hvorledes en organisations udvikling styres, og herunder specifikt hvorledes udvikling af kvalitet og tværfaglighed styres på sygehusene.

Jeg præsenterer indledningsvis det styringsmæssige perspektiv i de organisatoriske idéer, som kendetegner hver af de tre cases.

4.4.1 Kvalitetscirkler – et organisatorisk styringstema

Brugen af 'kvalitetscirkler' som organiseringsform illustrerer, hvordan en standard i form af et udviklingsbegreb blev anvendt i en organisering af en særlig indsats på tværs af faggrupper.

Caset omhandler etableringen af projektgrupper på to sygehusafdelinger – kvalitetscirkler – der blev igangsat på stort set sammenlignelige grundlag og med næsten enslydende mål, men blev udviklet i forskellige retninger med hensyn til konstruktionen af professionelle roller og arbejdsdeling mellem aktørerne i kvalitetscirklerne. Organiseringsformen – kvalitetscirklen – blev i caset tolket af afdelingernes aktører ud fra de eksisterende kontekstrelaterede forestillinger om kvalitetsudvikling, og blev derigennem transformeret over i en form, der modsvarede de forestillinger om forbedring af den faglige indsats og kvalitet, som aktørerne udviklede. Beskrivelsen og analysen af caset tager udgangspunkt i de forestillinger om kvalitet og tværfaglighed, som aktørerne udviklede gennem den proces, der blev udfoldet forud for og gennem etableringen af kvalitetscirklerne.

Dette case ser jeg som et eksempel på et organisatorisk styringstema, da der blev

anvendt et organisatorisk koncept som styringsfaktor. Konkret skete dette gennem dannelse af projektgrupper, i form af kvalitetscirkler der påtog sig / blev givet en afgrænset opgave, nemlig at forbedre tilbudene til en bestemt patientgruppe med særlige problemer. Der var tale om en lokal dannelse af projektgrupper, der som led i projektarbejdet skulle gives en bestemt organisatorisk form. Kvalitetscirklen blev defineret og beskrevet som en slags centraliseret organisatorisk standard med et specifikt sigte på tværfaglig kvalitetsudvikling. Anvendelsen af kvalitetscirkler blev således betragtet som en struktureret organiseringsform med tværfaglighed som et af de centrale institutionaliserede formelementer.

Det organisatoriske styringstema er fx blevet introduceret gennem en del af de sammenhængende strategier, der har været anvendt i sygehusvæsenet, herunder fx kvalitetscirkler, Total Quality Management og Continuous Quality Improvement. Idéen er, at organiseringsformen skaber forudsætninger for at udvikle kvaliteten, hvorfor organiseringsformen kommer i centrum. Brugen af standardiserede organiseringsformer står i modsætning til anvendelse af en lokal tolkning af den organisatoriske praksis. Den organisatoriske styring vil således sætte ind på at erstatte en 'ustyret og uorganiseret praksis' med en praksis, der benytter sig af opskrifter på organiseringen af aktiviteter der leder til forbedring af kvaliteten.

4.5 Kliniske teams som professionsorienteret styringstema

Formålet med dette case er at analysere nogle træk i forestillingerne om kvalitet og samarbejde mellem faggrupper blandt aktørerne på og omkring et medicinsk sengeafsnit. Casebeskrivelsen fokuserer på aktørernes – lederes og medarbejderes – tolkning af det organisatoriske begreb 'kliniske team', der blev introduceret og anvendt som idé til udvikling af samarbejdet mellem de kliniske faggrupper. Udgangspunktet i analysen tages i den italesættelse, der foregår gennem aktørernes brug af begreber som 'samarbejde', 'kvalitet', 'patientforløb' og 'kontinuitet'. Italesættelsen fungerer som indikationer af aktørernes forståelse af, hvilke valgmuligheder, aktørerne ser for netop tværfagligt samarbejde.

Dette case betragter jeg som et eksempel på, at fokusering på patientforløb er blevet anvendt som et professionsorienteret styringstema. Styringstemaet blev konkretiseret som et forsøg på at etablere et tværfagligt klinisk team omkring hvert patientforløb. Teambegrebet udgjorde grundlaget for at gennemføre et udviklings-

projekt, der sigtede på at styrke den tværfaglige indsats med hensyn til ledelse og samarbejde på afdelingens klinikker. Caset skal belyse denne særlige tolkning af teambegrebet, og hvordan initiativet blev tolket og transformeret ind i aktørernes forestillinger om udvikling af den daglige praksis for ledelse og samarbejde. Når jeg betegner dette som eksempel på et professionsorienteret styringstema skyldes det, at teambegrebet har meget generel karakter, men med betegnelsen 'kliniske team' blev anvendt som løftestang for udviklingen af professionernes samarbejde omkring patientforløb og ledelse.

Det professionsorienterede tema er kommet i fokus, når monofaglige opfattelser af kvalitet er blevet konfronteret – eller suppleret – med strategier for udvikling af kvaliteten baseret på tværfaglighed. Opfattelsen af tværfaglighed som omdrejningspunktet for forbedring af kvaliteten har fx givet sig udtryk i brugen af begreber som 'kliniske teams' og mere specifikt i udviklingskoncepter som 'Det patientfokuserede sygehus', der videre er baseret på idegrundlaget for konceptet Business Process Reengineering. Forestillingen om det sammenhængende forløb er på denne måde blevet anvendt som forståelsesramme for professionernes indsats – en forståelse, der har trukket i en anden retning end opfattelsen af, at kvaliteten af sygehusvæsenets indsats primært var afhængig af monofaglig kvalitetsudvikling.

4.5.1 Centrale kvalitetsstandarder som fagligt styringstema

Dette case omhandler aktørernes tolkning af et sæt centrale standarder for kvalitet. De anvendte kvalitetsstandarder fokuserede på strukturelle og procesorienterede krav. Kvalitetsstandarderne kom samtidig til at berøre nogle af grænsefladerne mellem de kliniske faggruppers indsats og ansvar. Casets fokus udgøres af den placering, det centraliserede initiativ standarderne for kvalitet fik i aktørernes forestillinger om tværfaglighed og kvalitet. Analysen fokuserer således på aktørernes forestillinger om tværfaglighed og kvalitet i forbindelse med anvendelse af det sæt kvalitetsstandarder, der var udviklet centralt.

Dette tredje case omhandlede anvendelse af et fagligt styringstema med brug af centraliserede standarder som løftestang for udviklingen af kvalitet. Med udgangspunkt i en række fælles kvalitetsstandarder var initiativet rettet mod en detaljeret styring af det faglige indhold af det kliniske arbejde. Caset skal belyse, hvordan dette centraliserede initiativ blev tolket ind i aktørernes forestillinger om konstruktion af tværfaglig kvalitetsudvikling. Udgangspunktet for, om kvalitetsstandarderne kunne anvendes, lå således i aktørernes oplevelser af det centraliserede initiativs

relation til og realisering i den lokale praksis. De centraliserede kvalitetsstandarder var et forsøg på at sætte rammer for en bestemt udvikling af aktiviteterne, og dette sammenholdes med lederes og medarbejderes mono- og tværfagligt orienterede forestillinger om kvalitetsudvikling.

Det faglige styringstema har typisk omhandlet forholdet mellem brug af centraliserede standarder for kvalitet på den ene side og anvendelsen af lokale erfaringer til udvikling af en klinisk praksis. De centraliserede standarder har fx taget form i initiativer som akkreditering gennem Joint Commission¹²⁵ og 'Den Danske KvalitetsModel',¹²⁶ gennem projektet 'Den Gode Medicinske Afdeling',¹²⁷ og i mere professionsbaserede initiativer som Sundhedsstyrelsens centraliserede referenceprogrammer¹²⁸ og kliniske retningslinjer¹²⁹ baseret på videnskabelig evidens. Hvor den faglige kvalitet af den kliniske indsats historisk set har været knyttet til etablering af lokale principper for behandling, evt. baseret på et generelt videnskabeligt eller fagligt grundlag, så er der i de seneste årtier blevet lagt større og større vægt på at anvende centraliserede standarder til grund for sikring af kvaliteten.

4.5.2 Styringstemaernes indbyrdes placering

Selv om mit valg af de tre cases ikke var udtryk for, at jeg fra starten gennemskuede styringstemaernes eksistens og kvaliteter, kan valget alligevel ses som udtryk for, at casene repræsenterede bestemte elementer. Disse elementer udgjorde en del af den distinktion mellem forskellige typer af kvalitetsudvikling, som jeg var stødt på gennem mit arbejde i sektorforskningen. Casene kan således med deres placering inden for hvert af tre af disse temaer give forskellige belysninger af forholdet mellem organisatoriske idéer, aktørernes tolkninger og aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed.

Hvert af de tre styringstemaer byder potentielt på indbyggede dikotomier som fx centralisering over for lokal praksis, uniformitet over for diversitet, monofaglighed over for tværfaglighed. Dikotomierne skal imidlertid ikke betragtes som gensidigt udelukkende eller som direkte modsætninger, men som punkter der spænder et spektrum ud for tolkning og analyse i de cases, der skal gennemgås i afhandlingen. Jeg vil betragte de forskellige forestillinger inden for temaerne som supplerende

¹²⁵ Lehmann Knudsen, Andreassen Rix & Rohde, 2002.

¹²⁶ Lehmann Knudsen, Fugleholm & Kjærgaard, 2004, samt: Mainz, Krog, Fog & Bartels, 2002.

¹²⁷ Brandhøj Hansen & Albæk, 2004.

¹²⁸ Sundhedsstyrelsen 1992, b.

¹²⁹ Sundhedsstyrelsen, 2006.

perspektiver. Centraliserede nationale retningslinjer kan tilpasses en lokal praksis præget af professionel autonomi,¹³⁰ brugen af uniforme udviklingsstrategier kan foregå i en lokalt defineret form og kontekst, og tværfaglig udvikling kan indarbejde monofaglige elementer. Når forskellige perspektiver opstilles som dikotomier inden for hvert tema, er der således ikke tale om faktuelle modpoler, men om udviklingslinjer inden for temaerne. De enkelte udviklingslinjer kan til gengæld fremstå som mere eller mindre dominerende i aktørernes forestillinger om bestemte sammenhænge som fx en amtslig udviklingsstrategi eller et kvalitetsprojekt på en sygehusafdeling.

Figur 4.1: Temaer og udviklingslinjer i arenaen for faglig kvalitet



Figur 4.1 skal illustrere, hvorledes de tre styringstemaer indeholder dikotomier, der samtidig griber ind over hinanden i de enkelte temaer og på tværs af temaerne. I initiativer til udvikling af kvaliteten vil der således potentielt kunne identificeres

¹³⁰ Autonomi omtales af Van Maanen og Barley (1984) som en egenskab, der er særligt knyttet til de klassiske professioner. Dvs. at de ser lægerne som i højere grad i besiddelse af autonomi end de øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet. Dette synes at gå igen i de uddannelsesforløb, som hhv. lægelige kandidater og sygeplejestuderende gennemgår, hvor de sygeplejestuderendes uddannelsesforløb er meget struktureret og i høj grad præget af løbende supervision, set i modsætning til de generelle forhold under lægernes kliniske træning.

elementer fra alle tre temaer i modellen. Selv om initiativerne lader sig adskille analytisk, er det vigtigt at fastholde, at forestillinger om kvalitetsudvikling i den kliniske praksis er sammensat af en kompleksitet af udviklingslinjer fra flere temaer. Fx vil det i konkrete eksempler være muligt at betragte et monofagligt perspektiv som forbundet med et perspektiv, som er baseret på anvendelsen af standardiserede og evidensbaserede retningslinjer. Dette kan foregå i en aktivitet, der følger et organisatorisk princip, som er udtryk for lokale tolkninger af praksis, etc.

Styringstemaerne kom således til at udgøre en ramme, som bidrog til strukturering af casene. Dette er baggrunden for at placere denne beskrivelse af styringstemaerne som en del af afhandlingens metode. Samtidig kan beskrivelsen af styringstemaerne ses som en præliminær del af analysen af casene og derfor også som et led i opbygningen af de konklusioner, der kan udledes af afhandlingen. I gennemgangen og analysen af casene i de efterfølgende kapitler samt i afhandlingens konklusion vil der derfor blive refereret til denne gennemgang af styringstemaerne.

Opstillingen af styringstemaerne var som nævnt forbundet med de erfaringer, jeg trak med ind i arbejdet med denne afhandling fra min indsigt som sektorforsker. Den fordel, som er forbundet med at kunne trække på tidligere erfaringer, har imidlertid samtidig en ulempe. Dette består i behovet for at frigøre mig fra forståelser af feltet og emnet, der er udviklet gennem mine erfaringer med en række projekter inden for afhandlingens problemstilling. Da jeg har anvendt cases, som er indgået i projekter, jeg har gennemført som sektorforsker, er der samtidig opstået et behov for, at jeg forholder mig til den særlige problematik forbundet med at anvende eksisterende data i nye analyser.

Dette metodekapitel afsluttes derfor med en diskussion af håndteringen af denne særlige situation.

4.6 Interaktionen mellem forsker og cases – og håndteringen af dobbelte roller

Det har været en særlig udfordring at arbejde med analyser i denne afhandling. Da jeg har gennemført en række analyser i sygehusfeltet inden for sektorforskningen, var det nødvendigt at overveje, hvorledes jeg skiftede denne rolle ud med rollen som forfatter af denne afhandling. Jeg har således måttet tage min placering som sektorforsker og konsulent op til revision i gennemførelsen af denne afhandlings

analyser. Samtidig har jeg haft behov for at sætte retningslinjer op for, hvordan jeg gennemførte nye analyser af cases, der var indgået i tidligere sektorforskningsprojekter.

Denne udfordring har jeg taget op ved dels at søge at afklare min rolle som forsker og forfatter til denne afhandling, og mere konkret søge at præcisere hvorledes jeg kunne tilrettelægge min arbejdsproces i analysen af de anvendte tre cases, herunder ikke mindst den fornyede analyse af de to cases som stammer fra sektorforskningen.

Baggrunden for inklusionen af hvert af afhandlingens tre cases har været forskellig, idet to cases indgår i studier gennemført på Dansk Sundhedsinstitut,¹³¹ mens det tredje casestudie er gennemført i forbindelse med afhandlingens tilblivelse. Anvendelsen af data, der blev indsamlet i sammenhæng med belysning af en anden problemstilling har ikke været uproblematisk set som forskningssituation. Samtidig har dette imidlertid givet en unik mulighed for at råde over et casemateriale, som belyser anvendelsen af forskellige organisatoriske idéer til udvikling af kvaliteten i sygehusvæsenet. Det har således været min opfattelse, at kombinationen af de tre cases har budt på særlige muligheder for gennemførelse af afhandlingens analyse, og at disse muligheder overskyggede de metodologiske problemer, som materialets karakter har medført. Ikke desto mindre har opgaven som nævnt budt på et behov for en præcisering af forskerrollen.

De to cases, der stammer fra undersøgelser, som er afrapporteret tidligere, har haft hhv. en evaluerende og analytisk perspektiverende karakter, og er afrapporteret som sådan. I caset, der omhandler etableringen af kvalitetscirkler, deltog jeg dels som konsulent for de to projektgrupper, der videreudviklede sig som kvalitetscirkler, og dels som evalueringsforsker med ansvar for at indsamle og formidle erfaringerne med anvendelsen af denne organiseringsform. I caset, der omhandler fire medicinske sygehusafdelingers deltagelse i det nationale initiativ Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA), deltog jeg i indsamlingen og formidlingen af erfaringer fra disse afdelinger. I begge projekter indgik jeg som projektleder.

Min rolle som forsker er kommet til at dreje sig om en opløsning og nyskabelse af mine egne tolkninger af caset gennem en gentagen gennemgang af casets materiale. Min rolle som forsker og mit forhold til casene krævede derfor overvejelser om den rolle, jeg indtog i forbindelse med udarbejdelsen af afhandlingen. Dette ledte videre til placering af forskeren i forhold til, hvordan betydning og viden

¹³¹ Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution, der gennemfører organisatoriske, økonomiske og lignende analyser i det danske sundhedsvæsen. Danske Sundhedsinstitut har tidligere båret navnene Dansk Sygehusinstitut og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

skabes.

Forskeren i det interaktionistiske perspektiv

Rollen som forsker kan præciseres gennem forståelsen af, at der ikke eksisterer nogen absolut betydning af det observerede. Forskeren skal således være opmærksom på, at denne bliver en del af det billede, der bliver resultat af undersøgelse og analyse. Dette gælder også andre former for generering af data:

”Tilsvarende giver observationer fra fx et feltarbejde informationer om flertydigheden og ustabiliteten i det studerede objekt og om den meningsproduktion, der foregår på feltet – herunder om forskerens eget bidrag til denne meningsproduktion. Og samme mønster går igen, når det gælder dokumentationsmateriale.”¹³²

Mik-Meyer og Järvinen ser det som væsentligt for forskningsprocessen, at der ikke tillægges absolut betydning til de materialer og udsagn mv. der fremkommer, men betragter det som en kilde til forskerens egen tolkning og skabelse af betydning.

Samtidig bliver forskeren placeret som endnu en aktør, hvis deltagelse medvirker til skabelsen af betydning gennem indgåelse i relationer med de øvrige aktører.

Järvinen & Mik-Meyer peger således på, at betydning ”således ikke er en uafhængig størrelse, man som forsker kan afdække. Betydning er derimod et relationelt fænomen, som kun kan bestemmes situationelt med inddragelse af konteksten (et begreb, som også indfatter andre ’aktører’, som både kan være mennesker og ting).”¹³³

Når analysen af de tre cases er blevet orienteret mod aktørernes italesættelse af tværfaglighed og kvalitet sker dette i en interaktionistisk forståelse – italesættelsen foregår i en kontekst og som en interaktion mellem aktører. Dette omfatter også min rolle som forsker, hvor arbejdet med at tolke den italesættelse, der er fremkommet i casene, inkluderer de betydninger, som er opstået gennem min direkte og indirekte interaktion med aktører i casene. Analysen af casene er således gennemført ud fra en erkendelse af, at den viden og de betydninger, som indgår i casene, udgøres af italesættelse, der er udtryk for interaktion mellem aktører, herunder forskeren.

Når jeg derfor har skullet anvende dokumenter, observationer og interviewdata i

¹³² Mik-Meyer & Järvinen, 2005a, s. 15.

¹³³ Järvinen & Mik-Meyer, 2005a, s. 10.

analysen af de tre cases, ser jeg indholdet af denne viden som aktørernes interaktion. Dette kan dreje sig om de planlæggende myndigheders introduktion af en udviklingsidé, lægers eller sygeplejerskers dialog under gennemførelsen af en stuegang, eller en afdelingssygeplejerskes formulering af svar til mig som interviewer. Den viden, der opstår og præsenteres, gives kun betydning i en forståelse af, at de forskellige udsagn og handlinger er udtryk for en interaktion mellem aktører.

Fornyede analyse af cases

Perspektiveringen af data og viden i de to undersøgelser havde hver for sig et sigte, der ikke var sammenligneligt med eller lå i forlængelse af denne afhandlings sigte. Anvendelsen af de to undersøgelser som grundlag for to af de tre casebeskrivelser har derfor medført, at det har været nødvendigt at foretage en genlæsning af det samlede materiale fra de to projekter med henblik på indførelse af materialet i det analytiske perspektiv, der blev styrende for denne afhandling. Det har så at sige været nødvendigt systematisk at arbejde mig ud af de forståelser, jeg udviklede i den evaluerende analyse af de to cases, og udvikle et nyt syn på og en ny analytisk vinkel på materialet. Konkret er dette foregået ved, at jeg har lagt de tidligere analyser til side, og har arbejdet fra bunden med de dokumenter, observationsnoter og interviewudskrifter, der blev hhv. indsamlet og udskrevet i det oprindelige feltarbejde.

Den fornyede analyse af materialet har således taget udgangspunkt i, 'at betydning af en handling eller et fænomen skabes i interaktionen mellem mennesker eller mellem mennesker og ting.'¹³⁴ Järvinen & Mik-Meyer får med dette interaktionistiske perspektiv placeret den viden, der kan findes i et case, som betydninger der opstår i relationerne mellem feltets aktører.¹³⁵

Analyse af eksisterende og allerede analyseret casemateriale er ikke en situation uden problemer. Den herværende analyse lægger afstand til de tidligere analyser af casene, idet analysen ikke søger at vurdere – eller evaluere – den gennemførte proces, men alene søger at kortlægge den udvikling, der foregik gennem projektførelsen. Dette skal forstås som udvikling af tolkning og transformation af begreberne kvalitetscirkel og samarbejde blandt aktørerne. Der er således gennemført en ny og helt separat analyse og beskrivelse af materialet fra de to cases ud fra en løbende præcisering af denne afhandlings problemstilling.

Rollen som forsker

¹³⁴ Järvinen & Mik-Meyer, 2005a, s. 10.

¹³⁵ Mik-Meyer & Järvinen, 2005a.

Samlet har dette placeret min rolle som forsker således, at jeg tager udgangspunkt i aktørernes interaktion, der manifesteres som italesættelse. Samtidig placerer jeg mig selv som forsker i en interaktiv rolle med aktørerne i de tre cases, hvilket har medført et udgangspunkt i analyserne, der afviger fra den evaluerende rolle, jeg har haft som sektorforsker.

Analyserne af de tre cases er således foretaget på et radikalt andet grundlag, end jeg har anvendt tidligere, idet min forskerrolle placeres som en del af den meningsproduktion, der foregår i casene. Forskerens rolle kan således ses som en aktør, der foretager en yderligere tolkning af de tolkninger og italesættelser, der beskrives i casene.

5. Case 1: Kvalitetscirklen

- et eksempel på hvordan begrebet 'kvalitetscirkel' blev anvendt i organiseringen af et samarbejde på tværs af faggrupper på to sygehusafdelinger

Beskrivelsen af baggrunden for caset indeholder en introduktion af begrebet 'kvalitetscirkel', en beskrivelse af den proces som placerede begrebet 'kvalitetscirkel' i sygehusvæsenet, samt de institutionaliserede formelementer begrebet blev forbundet med, når det blev anvendt i sygehusvæsenet. Efterfølgende foretages en kort beskrivelse af patientgruppen, som var centrum for projektet på de to neurologiske afdelinger, og en beskrivelse af det forløb, der ledte op til introduktionen af begrebet kvalitetscirkel på de to afdelinger. Endelig beskrives de tolkninger og forståelser, som aktørerne på de to afdelinger i caset udviklede gennem processen. Den samlede fremstilling af caset diskuteres efterfølgende ud fra afhandlingens perspektiv.

5.1 Begrebet 'kvalitetscirkel' i sygehusvæsenet

Brugen af begrebet 'kvalitetscirkel' i det danske sygehusvæsen foregik som led i de første tiltag til systematiseret arbejde med udvikling af den faglige kvalitet fra sidst i 1980'erne. Begreberne 'kvalitet' og 'kvalitetssikring' bliver diskuteret og taget i anvendelse i denne periode i forbindelse med, at den faglige kvalitet blev placeret som et selvstændigt mål for udviklingen i sygehusvæsenet.¹³⁶ Begrebet kvalitetscirkel indgik som en del af debatten om de metoder, der skulle anvendes til planlægning og udvikling af sygehusvæsenet.

Transport af begrebet kvalitetscirkel

¹³⁶ Bl.a. illustreret ved Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets udsendelse af en række publikationer om emnet.

Transporten af kvalitetscirkelbegrebet omfatter dels en transport fra produktionsindustri til sundhedsvæsen dels mellem sundhedsvæsen i forskellige lande.

Begrebets oprindelse og indhold

Oprindelsen til begrebet kvalitetscirkel kan henføres til den systematiske fokusering på kvalitet, der kendetegnede udviklingen af arbejdsorganiseringen i den Japanske industri i 1950'erne. De bagvedliggende idéer for dette var baseret på begreber fra amerikanske adfærdsforskere som Maslow, McGregor og Argyris, og principperne for organisering af kvalitetsudviklingen blev overført til den amerikanske produktionsindustri under indtryk af de Japanske resultater.¹³⁷ Anvendelsen af systematisk udvikling af kvaliteten blev efterfølgende overført som idé til det amerikanske sundhedsvæsen og herfra videre til Europa.¹³⁸

Kvalitetscirklen er et begreb, som i sin definition inkluderer en række strukturelle rammer for en samarbejdsrelation. Begrebet defineres både ud fra nogle generelle principper for organisering og gennem anvendelse af udvalgte fremgangsmåder for kvalitetscirkelns arbejde.¹³⁹ Den instrumentelle definition på en kvalitetscirkel og dens opgaver kan gøres meget kortfattet. Selv om der er visse forskelle i definitioner, er der nogle gennemgående træk, der består i:

”A Quality Circle is a small group of between three and twelve people who do the same or similar work, voluntarily meeting together regularly for about one hour per week in paid time, usually under the leadership of their own supervisor, and trained to identify, analyze and solve some of the problems in their work, presenting solutions to management and, where possible, implementing solutions themselves.”¹⁴⁰

De programmatisk beskrivelser af kvalitetscirkler tager udgangspunkt i en forestilling om strategisk planlægning af udviklingsforløb, og kan derfor kun bidrage med et omrids eller en strukturel ramme for de konkrete organiseringsformer, der anvender betegnelsen – herunder på de to sygehusafdelinger.

¹³⁷ Berwick, 1990, s. 13-14.

¹³⁸ Hammershøj 1993.

¹³⁹ Robson, 1988. Robson's introduktion til kvalitetscirkler indgår fx i 'The Gower Quality Circles Programme', sammen med lydbånd, en træningsmanual og et visuelt uddannelsesmateriale, der kan anvendes som overheads, lysbilleder etc. samt endelig en håndbog til medlemmerne af de kvalitetscirkler, der etableres. Hutchins, 1985 Russell, 1983 Aune A, 1985.

¹⁴⁰ Hutchins, 1985. p. 31 Russell, 1983, brugte en lignende definition i et notat udarbejdet for det Britiske Arbejdsministerium.

5.2 Vejen ind i det danske sygehusvæsen

Anvendelsen af begrebet kvalitetscirkel i det danske sygehusvæsen har haft to hovedkilder. Den ene skyldes anvendelse af begrebet i dele af den danske produktionsindustri, mens den anden skyldes en overførsel af begrebet fra arbejdet med kvalitetsudvikling i det svenske sygehusvæsen.

Kvalitetscirkler er blevet anvendt som virksomhedsdækkende organiseringsform for arbejdet med kvalitetssikring i den danske industri fra 1950'erne og frem. Kvalitetscirklerne har været integreret i initiativer forbundet med konceptet Total Quality Management (TQM), Dette skete primært på virksomheden Danfoss,¹⁴¹ og senere på en række andre danske virksomheder.¹⁴² Denne anvendelse af kvalitetscirkler som organiseringsform ledte ikke direkte til brug af begrebet i sygehusvæsenet, men medførte, at begrebet var introduceret i Danmark blandt ledere i industri og serviceerhverv, og blandt forskere der beskæftigede sig med organisering og ledelse. På denne måde havde begrebet sat et aftryk både i praktisk anvendelse og som teoretisk begreb.

Langt senere blev kvalitetscirklen introduceret af det svenske offentlige planlægnings- og rationaliseringsinstitut for sundhedsvæsenet, Spri, der sidst i 1980'erne præsenterede kvalitetscirkler som en primært projektorienteret organiseringsform.¹⁴³ Dette initiativ blev overført til anbefalinger udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i Danmark og anvendt til gennemførelse af en række kvalitetsprojekter i sygehusvæsenet.

5.3 Danske erfaringer

I det Danske sundhedsvæsen blev begrebet kvalitetscirkel sammen med det beslægtede teambegreb¹⁴⁴ benyttet til en påpegning af det vigtige i at sammenknytte

¹⁴¹ Danfoss, 2002, Vaag, 2001.

¹⁴² Voss & Petersen, 2005.

¹⁴³ Blomberg, 1989. Spri, 1989. I denne introduktion refereres der til erfaringer fra den svenske produktionsindustri.

¹⁴⁴ En væsentlig inspiration til at fremhæve kvalitetscirklen – og tværfaglige teams – som velegnet i arbejdet med kvalitet blev fundet i resultaterne fra studiet af et demonstrationsprojekt gennemført i USA. Demonstrationsprojektet fokuserede på anvendelsen af industriens kvalitetsstrategier på et antal

tværfaglighed og kvalitet. Dette er bl.a. sket i anbefalinger vedrørende kvalitetsudvikling udsendt fra Sundhedsstyrelsen.¹⁴⁵ Anvendelsen af kvalitetscirklen som organiseringsform i det danske sygehusvæsen lader sig ikke beskrive dækkende, men nogle eksempler på anvendelsen kan identificeres i starten af 1990'erne, og findes fx i den danske deltagelse i det fælleseuropæiske projekt COMAC,¹⁴⁶ hvor etablering af kvalitetscirkler blev anbefalet som en mulig strategi for implementering af de ønskede ændringer.¹⁴⁷ Der blev etableret kvalitetscirkler på en del af de 28 afdelinger, der medvirkede i projektet i Danmark. Et andet eksempel omfatter etablering af kvalitetscirkler på to kirurgiske sygehusafdelinger.¹⁴⁸

Den anvendelse, der foregik af kvalitetscirkler som organiseringsform på sygehusene, bestod gennemgående i en projektorganisering baseret på lokale initiativer. Der var ikke tale om, at der blev etableret sygehusdækkende initiativer til anvendelse af kvalitetscirkler som samlet strategi for hele sygehuse. I stedet blev kvalitetscirkelformen brugt til at organisere afgrænsede forbedringsprojekter, der skulle gennemføres af – eller udspringe fra – en mindre gruppe medarbejdere. Tolkningen af kvalitetscirkler som en lokalt baseret organiseringsform kan på denne baggrund føre til, at kvalitetscirkler som begreb betragtes som en modsætning til nogle af de 'organisationsdækkende' begreber og strategier. Dette gælder fx Total Quality Management, der i samme periode blev fremført af aktører på både centralt og lokalt plan som idé til udvikling af organiseringen af arbejdet for bedre kvalitet af sygehusvæsenets ydelser.¹⁴⁹

hospitaller i det amerikanske sundhedsvæsen, primært med udgangspunkt i det teambaserede koncept 'CQI' – Continuous Quality Improvement (Berwick et al, 1991). Studiet vurderede anvendelsen af organiseringsformerne i kvalitetsudviklingen, herunder anvendelsen af quality teams. Berwick et al fremhævede, at quality teams styrkede den tværgående dialog, træning i metoder til kvalitetsudvikling og endelig bevarelse af udviklingens dynamik og overholdelse af aftalte tidsrammer. Dette studie omtales nærmere i kapitlet om anvendelse af teambegrebet på et lungemedicinsk sengeafsnit.

¹⁴⁵ Sundhedsstyrelsen, 1992a, Sundhedsstyrelsen, 1992b Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet, 1993.

¹⁴⁶ COMAC (COMité a' Action Concerte'e) var en såkaldt samordnet aktion, som blev støttet af EF-kommissionen. Programmet var en del af The Medical and Health Research Coordination programme of the European Communities (COMAC/HSR).

¹⁴⁷ Klazinga (1994).

¹⁴⁸ Hammershøj, 1993.

¹⁴⁹ Beskrevet af Krøll, 1995, og Mainz, 1995. Variationen i organiseringsformerne blev illustreret i udspilene til en national strategi for sundhedsvæsenet i Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriets publikationer.

5.4 Kvalitetscirkelns struktur

I forbindelse med anvendelsen af kvalitetscirklen som organiseringsform i sygehusvæsenet i Danmark blev der udarbejdet beskrivelser af en række af de strukturer, der blev anset som centrale for anvendelsen af denne metode. Dette omhandlede dels de strukturelle rammer, som omfatter bestemmelser om gruppens størrelse, at kvalitetscirklen er sammensat af kolleger, at cirklen har en regelmæssig mødefrekvens, at arbejdet i kvalitetscirklen er integreret i arbejdstiden, samt at gruppens medlemmer er oplært i at identificere, analysere og løse nogle af de kvalitetsproblemer, de støder på, hvorefter de præsenterer løsningsmuligheder for ledelsen og medvirker i at løse problemet.¹⁵⁰

Men kvalitetscirklen blev ud over de strukturelle elementer anbragt i en læringsteoretisk forståelse, idet kvalitetscirkelns arbejdsproces blev kombineret med en læringsmodel, som ofte blev anvendt i forbindelse med strategiske organisatoriske placeringer af kvalitetsudvikling.¹⁵¹ Ifølge Hammershøys introduktion til anvendelse af kvalitetscirkler i sygehusvæsenet omfatter en kvalitetsudviklingsproces seks forskellige punkter i en læringscyklus: Problemidentifikation; fastlæggelse af kvalitetsmål (kriterier og standarder); opgørelse af kvalitet; analyse og løsningsforslag; gennemførelse af løsningsforslagene samt opfølgning.¹⁵² Processen er kontinuerlig på den måde, at det med visse intervaller opgøres, om man har opnået den ønskede kvalitet. Hvis det ikke er tilfældet, kan man analysere årsagerne og udarbejde nye løsningsforslag, som kan tages i anvendelse og efterfølgende gøres til genstand for en ny måling. Opnås den ønskede kvalitet, kan der arbejdes videre med et nyt emne.

Kvalitetscirklen fremstod således som en organiseringsform, der var stramt

¹⁵⁰ Hammershøy, 1993, Albæk J, Hammershøy EM & Timm HU: 1993.

¹⁵¹ Læringsmodellen betjente sig af en læringscyklus, der stammer tilbage fra udviklingen af pædagogisk teori i 1920'erne, og i kvalitetssammenhæng blev givet formen PDCA: Plan - Do - Check - Act. Dette blev yderligere kombineret med anvendelsen af kriterier og standarder for kvalitet, hvor de aktører, hvis læring på kvalitetsfeltet var på dagsordenen, skulle opstille kriterier for den optimale kvalitet og standarder for den realistiske opfyldelse af kriterierne. Den planlagte læringsproces blev således iscenesat med udgangspunkt i en plan – Plan – for forbedring af kvaliteten, da kriterierne var handlingsanvisende. Læringen skulle foregå gennem iværksættelse af kriteriernes indhold af handling – Do – hvorefter resultaterne af dette skulle aflæses – Check – og holdes op mod den vedtagne standard for kriteriernes opfyldelse. Endelig skulle der handles – Act – på baggrund af den opnåede viden, således at der dels kunne foretages en revision af kriterier og standarder, og dels kunne igangsættes supplerende eller helt nye aktiviteter.

¹⁵² Hammershøy 1993.

struktureret med hensyn til sammensætningen af gruppen og gruppens arbejdsform mv. Der blev lagt vægt på positive erfaringer med hensyn til tværfagligt samarbejde om kvalitetsudvikling ved anvendelsen af den beslægtede organiseringsform quality teams, og dette blev suppleret af en fremhævelse af kvalitetscirklen som en organiseringsform, der var særlig velegnet til lokalt baserede initiativer til udvikling af kvaliteten.

5.5 Opgaven – patienterne og målene

Patientgruppen, som kvalitetsudviklingen på de to medvirkende sygehusafdelinger i dette case omhandlede, led af muskelsvindsygdommen Amyotrofisk Lateral Sklerose¹⁵³ (ALS). ALS er en sjælden muskelsvindsygdom, som kun rammer ca. 70 personer årligt i Danmark (incidens), og der vil kun være ca. 250 diagnosticerede patienter med sygdommen ad gangen (prævalens). Sygdommen er jævnt fremadskridende efter diagnosticeringen, og ender med total lammelse af patienten efterfulgt af patientens død.¹⁵⁴ Sygdommen kan ikke kureres, og behandling omfatter derfor primært afhjælpning af symptomer og smerter.

En central del af indsatsen består i diagnose, behandling, pleje og rehabilitering af patienter på de neurologiske afdelinger.¹⁵⁵ Da sygdommen kræver tiltagende pleje, og da den medfører en nedbrydelse af bevægeapparatet, påvirker tale- og synkefunktionen, medfører behov for hjælpemidler, har store psykiske følger og ændrer patientens sociale situation radikalt, vil der ofte være behov for at involvere en række forskellige faggrupper, efterhånden som sygdommen skrider frem.

ALS-patienten vil typisk være mellem 50 og 70 år, men der er eksempler på, at

¹⁵³ Amyotrofisk Lateral Sklerose er en muskelsvindsygdom, der rammer nervesystemet og har et jævnt fremadskridende forløb med tiltagende lammelser og deraf følgende alvorlige funktionsnedsættelser. Årsagen til sygdommen er ukendt, og der findes ingen behandling. Patienternes situation er forbundet med specielle problemer, og den indsats, der skal til med hensyn til pleje, omsorg og hjælpemidler, er meget omfattende. I nogle tilfælde anvendes betegnelsen MND (Motor Neuron Disease) om sygdommen. Dette er fx tilfældet på den af afdelingerne i caset, der betegnes 'universitetsafdelingen'.

¹⁵⁴ Sygdommen leder oftest til døden i løbet af 3-4 år efter diagnosen er stillet.

¹⁵⁵ Det medicinske speciale neurologi omfatter diagnose og behandling af 'nervesystemets organiske sygdomme', dvs. i hjernen, rygmarven og nervesystemet. Specialet beskæftiger sig derfor med sygdomme som epilepsi, sklerose, Parkinson's syge, muskelsvind og følger af hjerneskader. Det er endvidere relevant med et udvidet samarbejde med sundhedspersonale i den primære sundhedssektor, men dette projekt inddrog kun dette samarbejdsperspektiv som mål, men ikke som en del af organiseringsformen – altså kvalitetscirklen.

patienterne kan være yngre – helt ned til slutningen af tyverne.¹⁵⁶ Det vil dog i mange tilfælde dreje sig om en person, der er i sin erhvervsaktive alder, og ikke har nogen forudelse om, at han eller hun bliver ramt af en kronisk og dødelig sygdom.

5.6 Idéen om samarbejde om ALS-patienterne

Som det fremgår af ovenstående beskrivelse af sygdommen ALS, kan der blive tale om, at der opstår behov for mange typer af sundhedsydelse. Personer, der har fået konstateret ALS, vil således oftest få brug for tilbud fra en kombination af sygehuse faggrupper, og det er de indbyrdes relationer mellem de kliniske faggrupper, der udgør fokuspunktet for denne analyse.

Nødvendigheden af et systematiseret og tværfagligt samarbejde mellem de kliniske faggrupper omkring ALS-patienterne i Danmark nævnes første gang i 1987 af en læge og en sygeplejerske i en artikel, der blev publiceret i et sygeplejefagligt tidsskrift.¹⁵⁷

Det foreslås her, at det er ”væsentligt, at der fra starten knyttes en lille gruppe af behandlere/plejere til ALS-patienten.” ... og: ”Den fremadskridende invaliditet ved ALS gør det også nødvendigt at planlægge på lang sigt med hensyn til sociale foranstaltninger, hvad angår boligindretning, hjælpemidler, økonomi, hjemmehjælp, transportmidler osv. Tværfagligt samarbejde må derfor også etableres i en tidlig fase omkring disse emner.”¹⁵⁸

Der nævnes en række faggrupper, der bør være involveret på sygehuset omkring ALS-patienten: Ud over neurolog og sygeplejersker gælder det psykolog, seksualvejleder, talepædagog, diætist, ergoterapeut og fysioterapeut. Der fokuseres i denne artikel på, at flere typer af faglighed er nødvendig for at dække patientens behov, men spørgsmålet om, hvorledes det nærmere samarbejde skal tilrettelægges, behandles ikke. Termen for samarbejde mellem faggrupper er i denne artikel tværfagligt samarbejde.

¹⁵⁶ Werdelin L, 1993.

¹⁵⁷ Strange P & Andersen R, 1987.

¹⁵⁸ Strange og Andersen, 1987, s. 3.

Det tværgående samarbejde tages efterfølgende op i 1990 ved afrapporteringen af et projekt, der skulle medvirke til at forbedre vejledning, behandling og støtte til ALS-patienterne.¹⁵⁹ Rapporten, der blev udgivet af patientforeningen 'Muskel-svindfonden', er forfattet af en ergoterapeut og en fysioterapeut med hjælp fra en journalist på baggrund af et mindre antal patientinterviews. Rapporten gennemgår en række af de muligheder for hjælp, der kan ydes af hospitalets faggrupper. Efterfølgende beskæftiger rapporten sig med mulighederne for koordination og timing af behandlingen. Her hedder det, at

”Da ALS-sygdommen griber ind i patientens hverdag på mange områder, kan det være væsentligt, at alle behandlergrupper kontinuerligt følger patienten for at tilbyde netop deres faglige hjælp på det rette tidspunkt.’ Og ’Proceduren kunne være, at lægen tog den indledende samtale med patient og dennes familie, for så at henvise til relevante andre faggrupper, der samme dag forestod deres respektive andele af undersøgelse og behandling. Andre steder har man fundet det væsentligt, at flere faggrupper deltog i patientsamtalerne samtidig.”

I afrapporteringen fra projektet i 1990 anvendes termen 'team' som gennemgående begreb for samarbejdet i den involverede gruppe af fagpersoner. Der lægges vægt på det vigtige i at koordinere de mange behandlingstiltag: Dette skete bedst på jævnlige 'teammøder', hvor de involverede faggruppers forskellige synsvinkler kunne uddybes og diskuteres, og hvor en fælles holdning og strategi kunne fastlægges. Der peges endeligt på, at den gensidige personalemæssige støtte, som et sådant forum giver mulighed for, er et andet vigtigt aspekt af team-møderne. Der kan være brug for både faglig udvikling, følelsesmæssig støtte og tidsmæssig aflastning i de perioder, hvor der er behov for omfattende hjælp til patienten.

Med dette sidste punkt sker der således et skred fra, at der tales om koordinering og timing, hvor samarbejde betragtes som et logistisk fænomen, til en tolkning af samarbejdet som kilde til at udvikle en fælles tolkning af opgaven, der skal løses: ALS-patientens behov.

De to indlæg vedrørende samarbejdet mellem faggrupper om ALS-patienterne tager således afsæt i hhv. begreberne 'tværfaglighed' og 'team', når samarbejdet skal gives en betegnelse. Begreberne kan umiddelbart tages som udtryk for det indholdsmæssige (tværfaglighed) og det formmæssige (team), men der er intet i artiklen eller rapporten, der peger på et særligt indholdsmæssigt eller formmæssigt fokus. Dette kan tolkes således, at der anvendes begreber, som virker legitime for

¹⁵⁹ Hove L, Relsted N & Frederiksen M, 1991.

de aktiviteter og de idéer, der anbefales.

Idéen var således præsenteret inden for dette særlige felt i sygehusvæsenet, og en central aktør inden for området var involveret, nemlig patientforeningen.

5.6.1 Patientforeningen som aktør

Den udløsende faktor for at igangsætte et udviklingsprojekt skal findes i, at Muskelsvindfondets Vejlednings- og Behandlingscenter¹⁶⁰ i 1991 blev tildelt midler over finansloven til at iværksætte en række aktiviteter med henblik på at bedre forholdene for patienter med diagnosen Amyotrofisk Lateral Sklerose. Muskelsvindfondet har været patientforening for ALS-patienterne siden sin etablering i 1971,¹⁶¹ men opgav at løse en vejledende indsats overfor patientgruppen i slutningen af 1980'erne med begrundelse i opgavens omfang. Muskelsvindfondets opgave var beskrevet som at sikre patienterne støtte på et punkt, hvor der ingen sammenhængende hjælp var at hente i det eksisterende behandlingssystem eller sociale system. Der eksisterede dog ingen plan for eller forestillinger om, hvorledes organiseringen af tilbudet til ALS-patienterne på sygehusene skulle forbedres.

På Muskelsvindfondet blev det besluttet, at man på baggrund af finanslovsbevillingen i 1991 bl.a. ville søge at gennemføre et projektførløb, hvor der på et par neuromedicinske sygehusafdelinger skulle arbejdes systematisk på en bedring af forholdene for ALS-patienterne. Dette omfattede:

- sygdomsinformation
- koordinering af udviklingen af behandlingstilbud og
- tilrettelæggelse af terminalfasen – dvs. perioden før døden indtræder.

Patientforeningen anvendte her en tankegang, der havde patientforløbet i centrum fra information til patienten om diagnosen, koordinering af behandlingstilbudene langs med forløbet af sygdommens udvikling og endelig tilrettelæggelsen af sygdommens sidste fase. Muskelsvindfondet forfulgte på denne måde en anden af de idéer, der var fremherskende i arbejdet med forbedring af kvaliteten, nemlig idéen

¹⁶⁰ Patientforeningen Muskelsvindfondet oprettede Vejlednings- og Behandlingscenteret med henblik på at stå for vejledning af patienter og pårørende samt at støtte udvikling af behandlingsmetoder og — principper. Muskelsvindfondets VB-Center, senere omdøbt til Institut for Muskelsvind, er overvejende bemandet med sundhedsfagligt uddannet personale.

¹⁶¹ Andersen EB, Andersen O & Persson L, 1999.

om 'Det sammenhængende patientforløb'.¹⁶²

Ses der på temaer for faglig kvalitet, blev fokus lagt på udvikling af den lokale organisatoriske praksis, og der blev peget på tværfaglighed som gennemgående tema, både i forbindelse med koordinering af behandlingstilbudene og i tilrettelæggelsen af terminalfasen. Samtidig inkluderer perspektivet en udvikling af fagligheden i en lokal praksis, da der ikke peges på bestemte faglige retningslinjer, der ønskes fulgt, men peges på en faglig udvikling af praksis på alle tre nævnte felter; information af patient og pårørende om sygdommen, udvikling af behandlingstilbudene og tilrettelæggelse af terminalfasen.

Muskelsvindfondet udvalgte i efteråret 1991 to afdelinger; én på et universitetssygehus og én på et centralsygehus.¹⁶³ På begge afdelinger var der på forhånd etableret arbejdsgrupper med repræsentanter for flere faggrupper i forbindelse med et ønske om at udvikle tilbudet til patientgruppen.

Muskelsvindfondet valgte at lade eksterne konsulenter indgå i et samarbejde om projektet, der blev defineret som et kvalitetssikringsprojekt. Konsulenterne skulle indgå med processtøtte og samtidig foretage en evaluering af projektets forløb.¹⁶⁴ Konsulenterne foreslog, at man anvendte kvalitetscirklen som organisationsform med henblik på at kunne knytte an til det eksisterende samarbejde mellem faggrupper på hver af afdelingerne.

5.6.2 Konsulenterne som formidlere af idéen om 'kvalitetscirkler'

Den definition – og dermed umiddelbare tolkning – af begrebet 'kvalitetscirkler', der blev foreslået af konsulenterne, var primært koncentreret om strukturer for kvalitetscirkelns møder og arbejde, samt om anvendelsen af bestemte redskaber som

¹⁶² Dette begreb havde allerede været omtalt af et centralt planlæggende ministerielt udvalg på sygehusområdet i 1985 (Indenrigsministeriet, 1985), og fortsatte med at optræde i forskellige sammenhænge (Koordinerende blokledelser, Ugeskrift for Læger, 1994), herunder idéen om det patientfokuserede sygehus (Sygehuskommissionen, Sundhedsministeriet, 1997). Idéen om det sammenhængende patientforløb kan ses som tæt forbundet med idéen og ønsket om tværfagligt samarbejde.

¹⁶³ Sygehusenes navne er udeladt. Anvendelsen af kvalitetscirkler på de to sygehusafdelinger beskrives samlet med henblik på at fokusere på det synkrone, men alligevel forskelligartede forløb på afdelingerne. Navnene på sygehusene, som afdelingerne i de to cases er hjemmehørende på, er udeladt i fremstillingen, da jeg har skønnet, at det vigtige i fremstillingen er det principielle i udviklingsforløbet, og at det kun vil virke forstyrrende, hvis sygehusene nævnes ved navn gennem hele præsentationen.

¹⁶⁴ Dansk Sygehus Institut, 1992.

kriterier for kvalitet og kvalitetsstandarder,¹⁶⁵ Der blev også peget på, at opbakning fra ledelsen var et element i modellen, men dette blev ikke gjort eksplicit, idet der ikke blev fremsat konkrete krav til ledelsens ageren eller medvirken. Der var heller ikke bemærkninger om en systematisk udvikling af den interne organisatoriske kompetence og kommunikation i kvalitetscirklen eller i forhold til den øvrige afdeling. De forhold, der peges på i nogle teorier om anvendelsen af og potentialet i denne særlige organiseringsform vedrørende organisationsudvikling mv.,¹⁶⁶ blev således ikke inddraget.

De projektgrupper, som hhv. var dannet og skulle dannes på de to neurologiske afdelinger, der skulle indgå i projektet, blev i første omgang betegnet som **'tværfaglige grupper'**, og det blev beskrevet af konsulenterne og de aktive aktører i projekterne på afdelingerne, hvordan disse grupper umiddelbart kunne betragtes som kvalitetscirkler ud fra en kortfattet definition:

"En kvalitetscirkel er en tværfaglig gruppe, som mødes regelmæssigt i arbejdstiden for at løse kvalitetsproblemer på en systematisk måde' ... 'Vi synes, at de to tværfaglige grupper, der er oprettet på [Universitetssygehuset og Centralsygehuset, (JA)], med fordel kan arbejde efter ovenstående model.' ... og 'De tværfaglige grupper på de to sygehusafdelinger betragtes som kvalitetscirkler, ..."¹⁶⁷

De to projektgrupper blev defineret ind i betegnelsen 'kvalitetscirkel' ud fra skitseringen af en fremgangsmåde, der skulle anvendes, men ikke ud fra en tolkning af projektgruppernes stilling og status på de to neurologiske afdelinger. Valget af betegnelsen 'Kvalitetscirkel' kunne således tilsyneladende foregå uproblematisk.

Anvendelsen af 'kvalitetscirkel' som betegnelse for den valgte organiseringsform i projektet var således baseret på en kortfattet definition, der indebar, at man kunne benytte et begreb, der fangede de igangværende bestræbelser på at italesætte kvalitet som udviklingsbegreb for sygehusvæsnet. Valget af dette nye begreb – kvalitetscirkel – blev imidlertid ikke baseret på nogen sikker viden om eller konkrete erfaringer med anvendeligheden i det danske sygehusvæsen. Der var altså tale om, at der blev anvendt en idé til en organiseringsform på baggrund af erfaringer fra andre sektorer og kulturer.

¹⁶⁵ Albæk J, Hammershøj EM & Timm HU: 1993, s. 15-17.

¹⁶⁶ Fx: Hutchins 1985, og Aune, 1985.

¹⁶⁷ Dansk Sygehus Institut, 1992, s. 12.

5.7 Kvalitetscirkler – to resultater af lokal projektorganisering

Hvilke forestillinger om kvalitet og tværfaglighed blev der så udviklet hos de organisatoriske aktører, der var involveret i etableringen og gennemførelse af kvalitetscirkel-projekterne på de to sygehusafdelinger? På begge afdelinger var der tale om projektorganiseringer, som kun kom til at omfatte et begrænset antal medarbejdere. Projektorganiseringen og kvalitetscirklerne kan, set ud fra forløbet af projektets etablering, betragtes som et ændringsinitiativ, der var bottom-up organiseret med aktørerne i klinikken – læger og sygeplejersker – som aktive aktører. Vi er således allerede her på vej til at præcisere udviklingslinjerne inden for et af de analytiske temaer – det organisatoriske – idet projektets etableringsfase peger på, at der har været tale om lokale organisatoriske strategier, men at disse har været influeret af først anvendelsen af team-begrebet og efterfølgende af begrebet vedrørende kvalitetscirkler. Initiativerne har således fået karakter af uniforme organisatoriske strategier, men tolket ind i en allerede eksisterende udvikling af en lokal organisatorisk strategi.

5.7.1 De to sygehusafdelinger – to strukturer

Afdelingerne præsenteres – og præsenterer sig – gennem faktuelle data som fx afdelingens størrelse etc. Set ud fra dette var den ene caseafdeling en neurologisk afdeling på et universitetssygehus – herefter kaldet 'universitetsafdelingen' – mens den anden caseafdeling var en neurologisk afdeling på et centralsygehus – herefter kaldet 'afdelingen på centralsygehuset'. Forskellen på en neurologisk universitetsafdeling og en neurologisk afdeling på et centralsygehus bestod primært i graden af specialisering. Universitetsafdelingen havde på pågældende tidspunkt 60 sengepladser fordelt på flere sengeafsnit, mens afdelingen på centralsygehuset havde 27 sengepladser, hvoraf de 16 primært blev anvendt til neurologiske patienter, mens resten blev anvendt til andre formål.

Universitetsafdelingen havde en omfattende undervisnings- og forskningsvirksomhed som følge af tilknytningen til et medicinsk fakultet på et universitet, og afdelingen var placeret centralt inden for det neurologiske speciales udvikling i

Danmark.¹⁶⁸ Afdelingen på centralsygehuset havde den amtslige neurologiske funktion, dvs. at afdelingen var det centraliserede behandlingstilbud i pågældende amt.¹⁶⁹

Den størrelsesmæssige forskel på de to afdelinger, og forskellen med hensyn til tilknytningen til universitet og forskningsmiljøer, må anses for en mulig baggrund for skabelse af forskellige forestillinger om afdelingens status og arbejdsformer. Fx kan universitetsafdelingens varetagelse af særlige opgaver over for sjældne patientgrupper og forpligtelsen i forbindelse med forskning og undervisning antages at være en strukturel ramme for selvforståelsen på afdelingen. Tilsvarende kan selvforståelsen på afdelingen på centralsygehuset have været præget af, at man varetog en opgave, der var generel i forhold til det neurologiske speciale, men var specialiseret i forhold til det omgivende sundhedsvæsen bestående af det øvrige sygehus, speciallæger og alment praktiserende læger.

5.7.2 Idéer og planer om samarbejde på afdelingerne

På begge de to neurologiske afdelinger var idéen om skabelse af større sammenhæng i forløbene for ALS-patienterne blevet italesat blandt nogle af de centrale aktører forud for Muskelsvindfondens tilbud om at deltage i et projekt: Læger, sygeplejersker og terapeuter. De centrale aktører var fagpersoner, der havde udarbejdet idéer til forbedring af patientforløbene, og anvendte udarbejdelsen af et projektoplæg til Muskelsvindfondet til at præcisere disse idéer yderligere.

¹⁶⁸ Med status af universitetsafdeling fulgte, at denne afdeling varetog flere lands- og landsdelsfunktioner, hvilket betød, at afdelingen tog imod patienter, der har så sjældne eller ekspertisekrævende sygdomme, at de kun diagnosticeredes og behandlede få steder eller et enkelt sted i landet.

¹⁶⁹ Begge afdelinger havde eget ambulatorieafsnit. Universitetsafdelingen havde i 1991 2.050 udskrivninger, 17.141 sengedage samt ca. 6.300 ambulante undersøgelser. Disse tal siger ikke noget i sig selv, men der var tale om en af landets største neurologiske afdelinger på størrelse med fx Rigshospitalet. Afdelingen på centralsygehuset lå på linje med de øvrige mindre neurologiske afdelinger i landet, og havde i 1991 621 udskrivninger fordelt på 5.423 sengedage og ca. 2.000 ambulante besøg. Det skal bemærkes, at fordelingen af patientgrupper mellem specialerne varierer en smule fra sygehus til sygehus. Det var langt fra alle sygehuse i Danmark, der havde en neurologisk afdeling, idet specialet samledes på enkelte sygehuse i amterne.

5.7.3 Projekt mål og teamorganisering på universitetsafdelingen

På universitetsafdelingen blev linjen trukket tilbage til et tidligere tværfagligt projekt vedrørende denne specifikke patientgruppe.¹⁷⁰ I det projektforslag,¹⁷¹ der blev udarbejdet på afdelingen i forbindelse med det aktuelle projekt vedrørende kvaliteten af tilbudene til ALS-patienterne, blev der lagt op til samarbejde mellem faggrupper som udgangspunkt:

Der blev ... ”nedsat en tværfaglig Basisgruppe, bestående af: En neuromedicinsk læge med speciel viden og interesse for ALS-patienter, en fysioterapeut, to sygeplejersker.”

Det blev således valgt at sammensætte en lille gruppe, set i forhold til hvor mange faggrupper på sygehuset der potentielt kunne bidrage til ALS-patienternes situation. I praksis kom denne basisgruppe kun til at omfatte de fagpersoner, der i forvejen havde udvist særlig interesse for patientgruppen.

Projektforslaget fra universitetsafdelingen understregede en opfattelse af, at koordinering og samarbejde omkring ALS-patienterne forud for projektet var mangelfuld og sporadisk. Der blev peget på, at:

”Der er på nuværende tidspunkt ingen overordnet koordinering af behandlingen af ALS-patienter.”

Dette blev fremstillet som fravær af overordnede retningslinjer for vurdering af de enkelte patienters behov for en række ydelser som fysioterapi, sondebehandling, talepædagog og diætist. Der havde kun været et ikke-formaliseret og til tider sporadisk samarbejde med sygeplejersker og ergo-/fysioterapeuter samt de involverede specialafdelinger. Det, der blev efterlyst i forhold til samarbejdet, var således strukturer for koordination samt formalisering og faste retningslinjer for samarbejdet.

I forslagsdelen i universitetsafdelingens projektbeskrivelse til Muskelsvindfondet blev der lagt op til en udformning af projektets mål på tværs af fag, og den efterlyste formalisering og strukturering skulle inkludere udvikling af en gensidig accepteret tolkning af patientens og de pårørende situation og behov. De fremtidige

¹⁷⁰ Hove, Relsted & Frederiksen, 1991.

¹⁷¹ Amyotrofisk Lateral... Universitetssygehuset 1992.

mål, der blev foreslået, var i høj grad orienteret mod intensivisering af de praktisk orienterede dele af samarbejdet:

Patientinformation ... ”bør indebære tæt samarbejde mellem de forskellige behandlergrupper. Disse bør deltage i informationssamtaler med patienten.”

Koordinering mellem faggrupper omtaltes eksplicit, og der blev foreslået en teamorganisering med udgangspunkt i patientforløbene:

”Hver ALS-patient bør tilknyttes et team bestående af neurolog, neurologisk sygeplejerske og ergo-/fysioterapeut.” ... ”Hver enkelt patient skal have en kontaktperson i afdelingen, som skal være en sygeplejerske fra pt.’s stamafdeling.”

Som de første specifikke projektmål nævntes skabelse af en struktur, der indeholdt dannelse af ALS-teams på to af afdelingens sengeafsnit, brug af checklister etc.

5.7.4 Idéer og planer på centralsygehuset

Det projektforslag,¹⁷² som afdelingen på centralsygehuset indsendte til Muskelsvindfondet, var forfattet af en læge og en sygeplejerske i fællesskab. I en afdelingsbeskrivelse,¹⁷³ som blev udarbejdet i 1992 på afdelingen på centralsygehuset i forbindelse med kvalitetsprojektet, blev der indsat et særligt afsnit om tilbudene til ALS-patienterne. Der blev fokuseret specifikt på strukturering af samarbejdet, og dette samarbejde blev emne for en særlig indsats. Afdelingen beskrev sig således som i gang med en tværfaglig organisering forud for Muskelsvindfondens initiativ.¹⁷⁴

Afdelingsbeskrivelsen fra centralsygehuset, der blev udarbejdet kort efter projektforslaget,¹⁷⁵ lå til grund for afdelingens deltagelse i Muskelsvindfondets initia-

¹⁷² *Amyotrof Lateral Sklerose. Delprojekt 1 og Delprojekt 2.* Centralsygehuset, 1992.

¹⁷³ Afdelingsbeskrivelsen fra Neuromedicinsk Afdeling, Centralsygehuset, 1992.

¹⁷⁴ Citatet rummer en tolkning, der leder hen til at betragte denne overlæge som institutionel entreprenør – en aktør, der fremstår som udløseren af et skift i institutionel forankring i en organisation, som fx udløseren af en satsning på institutionen ’tværfaglighed’ som udviklingslinje i skabelsen af tilbud til bestemte patientgrupper: *’When low embeddedness (af eksisterende institutioner, JA) is combined with a motivation to change, central actors become institutional entrepreneurs.’* (Greenwood & Suddaby, 2007).

¹⁷⁵ Projektbeskrivelsen fra Neuromedicinsk Afdeling, Centralsygehuset, 1992. Her henvises til den projektbeskrivelse, som afdelingen sendte med ansøgning til Muskelsvindfondet om projektmidler.

tiv. I afdelingsbeskrivelsen blev der peget på muligheden for at formalisere koordinationen af indsatsen for ALS-patienterne ad hoc med de 'øvrige' faggrupper. Afdelingsbeskrivelsen fremlagde videre diverse forestillinger om de opgaver vedrørende ALS-patienterne, der skulle løses i det tværfaglige samarbejde:

”Alle tværfaglige samarbejdspartnere, kontaktpersoner og neurolog er bindeled til fortsat pleje og behandling i primær sundhedstjeneste. Ved komplekse plejeforløb etableres ad hoc konference i afdelingen med relevante deltagere fra såvel hospitalet som primær sektor.”

Projektforslaget faldt i to dele, hvor den ene del fokuserede på bedst mulig information om sygdommen til patienter og pårørende, udvikling af en omsorgsstrategi samt at sikre, at de eksisterende tilbud blev organiseret på den mest hensigtsmæssige måde. Den anden del af projektbeskrivelsen omhandlede udelukkende optimering af sygeplejen med en præcisering af de tilknyttede plejepersonalers opgaver.

Både begreberne 'team' og 'tværfaglighed' blev anvendt i beskrivelserne (hhv. afdelings- og projekt-). Der blev til gengæld angivet meget lidt om, hvordan samarbejdet skulle gribes an konkret ud over den generelle struktur for en ugentlig tværfaglig konference og forslag om afholdelse af ad hoc konferencer, som skulle anvendes til at planlægge og koordinere pleje og behandling for ALS-patienterne specifikt.

Italesættelse af kvalitet og tværfaglighed på afdelingerne – gruppedannelse som metode

De aktører på begge sygehusafdelinger, der var aktive i forbindelse med udarbejdelsen af projektforslagene, satte ord på idéer og forslag om etablering af den tværfaglige organisering af tilbudene til ALS-patienterne forud for Muskelsvindfondets projektinitiativ. Det blev på begge afdelinger søgt at give idéerne om kvalitetsudvikling indhold og struktur ved at anvende ordene tværfaglighed og team. Der blev til gengæld ikke sat mange ord på, hvilke forestillinger og forventninger aktørerne gjorde sig ved at anvende disse ord som begreber for organiseringen.

I de projektforslag, der blev udarbejdet fra de to afdelinger, blev det primært påpeget, at der skulle involveres flere faggrupper i en koordineret aktivitet, og dette blev forsynet med en formel ramme gennem anvendelse af teambegrebet. Den indledende identifikation eller beskrivelse af, at der var et behov for udvidet koordinering og samarbejde mellem de kliniske faggrupper, blev forbundet med etableringen af en gruppestruktur – et projektarbejde. Valget af en gruppeorganiseringsform i sygehusvæsenet i forbindelse med løsning af konkrete opgaver og skabelse

af nye arbejds- og samarbejdsformer var udbredt på tidspunktet, hvor dette projekt blev gennemført. Dette omfattede dannelsen af projektgrupper og teams m.v. sammensat af flere faggrupper. Det er derfor relevant at omtale etablering af projekt- og forskningsgrupper til løsning af afgrænsede opgaver som en indarbejdet organiseringsform i sygehusvæsenet.¹⁷⁶

Gruppedannelsen kan ses som det valgte organisatoriske 'middel' til at opnå et mål; den afgrænsede gruppe tolkes som den organiseringsform, der kan udvikle og forbedre indsatsen på et afgrænset felt. Der er ikke argumenteret for, hvorfor denne organiseringsform er valgt som udgangspunkt, og dette støtter formodningen om, at der er tale om en organisatorisk rutine. Initiativtagerne til gruppedannelsen har imidlertid valgt, hvilke af de relevante faggrupper der skal inviteres med til gruppedannelsen, og hvilke der skal betragtes som mere perifere. Dette valg afspejler en tolkning af, hvem det fælles rum omfatter, når læge, sygeplejersker og fysioterapeut er inkluderet, ergoterapeuterne inviteret, mens socialrådgivere, psykologer ikke inviteres, og talepædagogen først optages efter en vis funktionsperiode i gruppen.

Dannelsen af gruppen og den efterfølgende transformation af gruppen – eller teamet – til kvalitetscirkel kan ses som en bevægelse mellem to udviklingslinjer inden for det organisatoriske tema. Først er der tale om en lokal organiseringsform, som er baseret på dels en lokal erfaring med projektgruppedannelser og dels baseres på anvendelsen af et teambegreb, der ikke defineres nærmere. Dette efterfølges af – eller modereres gennem – tilvalget af en centraliseret organisatorisk standard i form af kvalitetscirklen, der udgør et idegrundlag, der tolkes ind i den givne kontekst og ind i de lokalt definerede forståelser af, hvilke opgaver der skal løses i forbindelse med ALS-patienternes situation, og hvordan opgaverne skal løses.

5.8 Vejen til kvalitetscirkler

Aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed blev forbundet med etablering af kvalitetscirkler på de to afdelinger. Dette foregik i en proces, der bestod i aktørernes aktive tolkning af deres erfaringer med tværfaglighed, kvalitetsudvikling og kvalitetscirkelbegrebet ud fra aktørernes tolkning af deres eksisterende

¹⁷⁶ Denne 'tradition' for gennemførelse af projekter af forskellig art er blandt andet forbundet med lægefagets professionelle kobling til forskning, men også til en voksende mængde udviklingsprojekter, der fx initieres af sygeplejersker eller andre. Det er imidlertid et emne, der alene tjener som forklarende kontekst, og ikke vil blive behandlet nærmere her.

kontekstuelle rammer. Denne tolkning blev konkretiseret i aktørernes italesættelse af deres forestillinger – forestillinger om hvordan tværfagligheden skulle konstrueres for at opnå faglig kvalitet.

Spørgsmålet er, hvilke forestillinger hos aktørerne der muliggjorde, at den strukturerede organisatoriske model 'kvalitetscirkel' kunne tolkes ind i ønskerne om ændring af den eksisterende praksis. Dermed placeres fokus på de forestillinger hos aktørerne om formålet og fremgangsmåderne i forbedringen af tilbudene til ALS-patienterne, som kvalitetscirkelen syntes at kunne imødekomme. Kvalitetscirkler blev, set ud fra dette perspektiv, præsenteret som idé, der udgjorde et alternativ til den noget mere generelle forståelse af teams.

5.8.1 Rammer for organiseringen af kvalitetscirklerne

Med tilknytningen af konsulenter fra Dansk Sundhedsinstitut¹⁷⁷ og deres formidling af idéer til organisering af projektet blev 'basisgruppen' på universitetssygehuset og 'kernegruppen' på centralsygehuset omdøbt og transformeret til kvalitetscirkler, og blev samtidig forsynet med nogle strukturer for samarbejdet i gruppen. Der skulle nu arbejdes med faste mødeintervaller, og forbedringen af tilbudene til ALS-patienterne skulle foregå gennem udvikling af 'kriterier' og 'standarder' for kvalitet. Kriterierne for kvalitet var beskrivelser af det, der forstås som den ideelle kvalitet, mens standarder for kvalitet i denne sammenhæng var udtryk for den realistiske grad af opfyldelse af kriterierne i praksis.

Forslaget om etableringen af kvalitetscirkler indebar således (mindst) to ting:

- En organisering af deltagerne i en tværfaglig kvalitetscirkel, der skulle følge en struktureret arbejdsproces med regelmæssige møder og formaliserede beslutningsreferater, og
- Gennemførelsen af en proces, der skulle lede til forbedringer af kvaliteten gennem en relativ struktureret proces bestående af identifikation af nogle problemer, udpegning af mulige ændringer af de fulgte procedurer, gennemførelse af

¹⁷⁷ ... som på dette tidspunkt hed Dansk Sygehus Institut.

en ændring og efterfølgende måling af, om de forventede ændringer var indtruffet.¹⁷⁸

Set i denne optik var det op initiativtagerne til projektet og deltagerne i de etablerede kvalitetscirkler som aktører at udvikle forestillinger om, hvilke opgaver det var relevant at løse i forhold til patientgruppen, hvilke repræsentanter for hvilke faggrupper der skulle involveres i arbejdet, samt hvilken praksis der skulle opbygges omkring strukturer som mødeafholdelse etc. Endelig var det indbygget i modellen, at aktørerne definerede, hvordan udviklingsprocessen skulle evalueres. Strukturen i udviklingsprocessen indeholdt således et krav om, at medlemmerne af kvalitetscirklen skulle fastlægge kriterier for kvalitet, og videre skulle fastlægge standarder for kriteriernes opfyldelse. På denne måde skulle kvalitetscirklen evaluere forbedringer af kvaliteten og dermed af kvalitetscirkelns eget arbejde så at sige.

5.8.2 Sammensætning af kvalitetscirkler

Projektforslaget fra afdelingen på universitetssygehuset udpegede hvilke faggrupper, der primært blev opfattet som relevante for det tværfaglige samarbejde: 'Der har på neurologisk afdeling, igennem de sidste år, blandt flere faggrupper (læger, sygeplejersker og ergo- og fysioterapeuter) været interesse for at bedre ALS-patienternes vilkår.' 'Basisgruppen' og den efterfølgende kvalitetscirkel blev da også sammensat af repræsentanter for disse faggrupper, dog minus ergoterapeuterne.¹⁷⁹ Forestillingerne om, hvor mange faggrupper tværfagligheden skulle omfatte, blev således italesat af de aktører, der var aktive i etableringen af projektet. De øvrige faggrupper blev ganske vist nævnt som relevante i det forberedende arbejde, men blev efterfølgende italesat gennem en manglende omtale så at sige – og på denne måde placeret som 'eksterne' eller 'sekundære'.

Internt i kvalitetscirklen blev 'kontaktperson'-funktionen italesat som central af aktørerne, og indgik som en karakteristik af såvel lægens som sygeplejerskernes roller. Denne anvendelse af kontaktpersonbegrebet kan pege på nogle af de forestillinger, som aktørerne havde udviklet om, hvorledes der kunne skabes kvalitet i tilbudene til ALS-patienterne.

På Centralsygehuset pointerede projektforslaget fra den neurologiske afdeling, at der skulle etableres et team bestående af en overlæge og tre sygeplejersker, og

¹⁷⁸ Dette bliver ofte præsenteret som den klassiske kvalitetssikrings læringscyklus, og udgøres af en pædagogisk fremstilling af en mekanisk tolkning af læring og udvikling. Se fx Koch, 1991 & 1992.

¹⁷⁹ ... der ifølge kvalitetscirkelens ledelse i første omgang meldte fra pga. mangel på ledig tid.

anvendelsen af idéen og italesættelsen af den som en teamdannelse stammede tilbage fra 1989, hvor der blev dannet en gruppe/et team bestående af overlægen og et mindre antal personer fra plejegruppen, hvoraf sidstnævnte fungerede som kontaktpersoner for ALS-patienter og pårørende:

”Formålet med et lille pleje- og behandlingsteam er at skabe tryghed for ALS-patienten og de pårørende i forbindelse med sygdommen og behandlingen.”

Idéen om at samle kontaktpersonerne i et team var centrale i forestillingerne om teamdannelsen og videre i transformationen af teamet til kvalitetscirkel. Selv om der var bestræbelser i gang på afdelingen på centralsygehuset for at placere andre fagpersoner – herunder diætist, psykolog, ergoterapeut og lægesekretær – i arbejdet med ALS-patienterne, forblev hensigten at bevare den lille gruppe, idet navnene på de fire teammedlemmer blev nævnt som den fremtidige ‘kernestamme i kvalitetscirklen’.

5.8.3 Cirklernes valg af opgaver – kriterier for kvalitet

Da projektgrupperne skiftede status til kvalitetscirkler, og herunder skulle arbejde efter en fastere struktur med afholdelse af regelmæssige møder, blev det samtidig gruppens opgave at opstille kriterier – og standarder – for kvaliteten af indsatsen for ALS-patienterne.¹⁸⁰ På denne måde kan nogle af kvalitetscirklernes forestillinger om samarbejdet omkring ALS-patienterne aflæses af indholdet af kriterierne. Kriterierne kan ses som en videre konkretisering af arbejdet i projektgrupperne, der blev transformeret til kvalitetscirkler på de to afdelinger. Kriterierne kom således til at udgøre kvalitetscirklernes konkrete italesættelse af deres ønsker til arbejdet med patientgruppen. I det omfang kriterierne omhandler forhold, der fx er relateret til samarbejdet mellem de involverede faggrupper, blev der derfor skabt en afspejling af dét, kvalitetscirklerne tolkede som vigtigt for det indbyrdes samarbejde.

Kriterier på universitetssygehuset

¹⁸⁰ Med kriterier blev der her forstået en beskrivelse af den optimale kvalitet af en ydelse eller en aktivitet. Kriterier kunne fx beskrive hvilke ydelser, der skulle tilbydes patient og pårørende hvornår og hvordan, eller hvilke aktiviteter, der skulle gennemføres på afdelingen med henblik på at fremme et hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde.

Kvalitetscirklen på universitetssygehuset udarbejdede i alt 49 kriterier og delkriterier for opnåelse af faglig kvalitet i arbejdet med ALS-patienterne. De fleste af kriterierne omhandlede opgaver for læger og sygeplejersker. For lægernes vedkommende omhandlede kriterierne dels den læge, der skulle være ansvarlig for undersøgelsesprogrammet, som skulle lede til en sikker diagnose og efterfølgende informationssamtale, og dels den læge,¹⁸¹ der efterfølgende blev tilknyttet som 'kontaktlæge', og derfor skulle have den primære lægelige kontakt til patienten gennem det videre sygdomsforløb. For sygeplejerskernes vedkommende omhandlede kriterierne opgaver for de kontaktsygeplejersker, der skulle knyttes til hver patient.

Selv om der kan udledes noget om aktørernes forestillinger om kvalitet og tværfaglighed gennem den kvantitative vægtning af italesættelsen af kvalitet og tværfaglighed, udgør indholdet af kriterierne en mere præcis karakteristik. Indholdet af de kriterier, der er relateret til samarbejde mellem læge og sygeplejerske, var således strukturelt orienterede med vægten lagt på aftaler og funktioner.

De kriterier, der vedrørte de øvrige faggrupper, herunder i primærsektoren, tog i de fleste tilfælde udgangspunkt i at supplere eller informere om de aktiviteter, som lægen og/eller sygeplejersken stod for. Kriterierne peger på en tværfaglig teamfunktion, men med lægen og sygeplejersken som centrum.

Denne særlige italesættelse af kvalitet på universitetsafdelingen så således kvalitet som et resultat af, at det sikres, at handlinger udføres. Det sikres herunder, at der foregår en koordinering af de involverede fagpersoners handlinger. De centrale aktører – læge og sygeplejerske – placeres som garanter for, at den ønskede koordinering finder sted. Denne forestilling om, hvordan kvaliteten i tilbudene til ALS-patienterne kan øges, falder i tråd med de udsagn, der kunne findes i projektforslaget fra afdelingen. Kriterierne peger på, at kvalitetscirklen på universitetsafdelingen har tolket behovet for udvikling af koordineringen som det centrale element. Tolkningen af samarbejds mønstret omkring ALS-patienterne indebærer, at kontaktlægen og kontaktsygeplejersken var centrale personer, og at disses indbyrdes arbejdsdeling og samarbejde var omdrejningspunktet for koordineringen. De øvrige faggrupper indgik først i næste række som samarbejdsparter, men deres indsats blev forsøgt inddraget gennem en præcisering af deres mulige faglige rolle over for ALS-patienterne, og gennem procedurer der skulle sikre, at de relevante faggrupper blev taget med på råd og blev orienteret af kontaktpersonerne – lægen og sygeplejersken. Hertil kommer, at kriterierne også placerer primærsektoren perifert i kriterierne, som samarbejdsparter der skal orienteres.

¹⁸¹ ... som i parentes bemærket i nogle tilfælde var den samme person, som stod for undersøgelsesprogrammet, men således optrådte i to roller.

Kriterier på centralsygehuset

Kvalitetscirklen på centralsygehuset opstillede 48 kriterier, og hvis der ses på, hvilke fagpersoner der fik deres indsats berørt af de enkelte kriterier, tegner der sig et ensidigt billede. Af de 48 kriterier vedrørte seks kriterier kun overlægen, mens seks kun vedrørte kontaktpersonen. 28 af kriterierne vedrørte den neurologiske overlæge og kontaktpersonen i fællesskab. Otte kriterier vedrørte øvrige fagpersoner med tilknytning til ALS-patienterne. Der var således fokus på de aktører, der befandt sig i cirklen – læge og plejepersonale – og sekundært fokus på de faggrupper, der skulle kunne trækkes ind ad hoc, som det allerede var blevet formuleret i forberedelsen af kriterierne.

De mange kriterier kan ses som et forsøg på at indføre en strukturering af centrale dele af den kontakt, som personalet havde til patienterne og de pårørende. Set ud fra en overordnet kvantitativ opgørelse over kriterierne synes valget af kriterier at afspejle sammensætningen af kvalitetscirklen.

Ses der nærmere på indholdet af kriterierne, der indeholdt retningslinjer for samarbejde, var vægten lagt på strukturer, aftaler og i det hele taget forudsætninger for, at samarbejdet kunne finde sted med hensyn til timing og rum.

Forskellige samarbejdsparter på og udenfor sygehuset indgik som nævnt ligeledes i et antal kriterier, der sigtede på at skabe overblik over de mulige tilbud til patienten fra de relevante faggrupper, samt at få disse tilbud koordineret og timet. I forbindelse med den primære sundhedssektor handlede kriterierne om at skabe rammer for at give information om patientforløbet, samt informere generelt om sygdommen og sygehusets tilbud om kommunikation og uddannelse.

Vægtningen af kriteriernes indhold syntes at afspejle kvalitetscirkelns sammensætning – det forhold, at kun den neurologiske overlæge og kontaktpersonerne indgik i kvalitetscirklen, gav sig udtryk i, at det først og fremmest var arbejdsopgaverne for kvalitetscirkelns medlemmer, der blev præciseret i kriterier. Herudover afspejler kriterierne cirkelns centrale placering, hvor de øvrige involverede faggrupper blev inddraget efter vurdering i kvalitetscirklen – fx lungefysioterapeuten, mens primærsektoren søges involveret gennem information mv. Der skete således ikke nogen præcisering af, hvornår og hvordan de øvrige faggrupper kunne bidrage, idet dette i stedet blev overladt til den neurologiske overlæge og kontaktpersonen at vurdere.

Den præcisering af arbejdsopgaverne for og arbejdsdeling mellem overlægen og kontaktpersonerne fra sygeplejegruppen, der indgik i flertallet af kriterier, stod i kontrast til den manglende præcisering af netop disse forhold i den tidligere projektbeskrivelse, der også var udarbejdet af medlemmer af kvalitetscirklen. Kriterierne blev således primært anvendt til en understregning af, at lægens og sygeple-

jerskens samarbejde var valgt som omdrejningspunktet i en tæt koordinering.

Set ud fra denne opgørelse af de kriterier for kvalitet, der blev opstillet af de to kvalitetscirkler, var der stor overensstemmelse. Begge cirkler fokuserede på at strukturere det tætte samarbejde mellem de centrale og projektbærende faggrupper, og begge kvalitetscirkler udarbejdede kriterier som sigtede på at inddrage de øvrige relevante faggrupper samt evt. andre samarbejdsparter i indsatsen for patienterne. Dette kan afspejle, at konsulenterne fra DSI medvirkede i kvalitetscirklernes udarbejdelse af kriterier, og på denne måde fungerede som kommunikationsled mellem de to cirkler.

5.8.4 Opfattelser af kvalitetskriterierne som snæver ramme

På universitetsafdelingen blev der i løbet af projektperioden sat spørgsmålstejn ved det hensigtsmæssige i at anvende kriterier for kvalitet til styring af udviklingen. Kvalitetscirkelns medlemmer satte forløbet af samarbejdet til de øvrige relevante faggrupper i sammenhæng med en manglende diskussion af de overordnede principper for behandlingen og plejen af ALS-patienterne. Man havde i stedet bevæget sig direkte til den detaljerede planlægning ved at udforme en lang række kriterier.

Der var derfor mindre tale om en gennemgående forståelse af, hvilke faggrupper der kunne inddrages i et nærmere samarbejde, og mere tale om hvordan de faggrupper, der i forvejen var deltagere i projektet, kunne tilrettelægge deres indsats:

”Jeg tror nok at jeg savnede den diskussion i begyndelsen, at vi satte os ned og lavede nogle overordnede rammer. Det er måske fordi, at det har været for abstrakt, eller fordi vi ikke har været enige gennem hele forløbet. ... Fx det her med at den overordnede målsætning der hedder ”så få personer som muligt” – hvad begrundes jeg det med og vil de andre gøre det omvendt?”

Italesættelsen af den tværfaglige kvalitetsudvikling gik således uden om et metaplan bestående af værdier og principper for fagligheden mv., og gik direkte en italesættelse af praksis.

Det blev således opfattelsen på universitetsafdelingen hos nogle af kvalitetscirkelns medlemmer, at projektet undergik en drejning gennem valget af kvalitetscirkel som organiseringsform. Det fremgår af mødereferaterne fra kvalitets-

cirklen,¹⁸² at nogle medlemmer af cirklen ønskede at inddrage 'empati' – forstået som evnen til indlevelse i patientens situation – som et væsentligt punkt i projektet. Empati blev set som en forudsætning for forbedring af tilbudene til ALS-patienterne på de tre punkter, der indgik i projektoplægget fra Muskelsvindfondet, nemlig patientinformation, koordinering og forbedring af behandling og pleje samt terminalfasen.

Cirkelmedlemmerne så også empati som en 'tværfaglig fællesnævner', som kunne anvendes til at nå en fælles tolkning af arbejdet med ALS-patienterne. Konsulenterne fra DSI anbefalede, at empati ikke blev inddraget eksplicit, da det var hensigten at kunne registrere målopfyldelsen – altså den grad kriterierne blev opfyldt – og empati blev ikke set som en målbar størrelse. Denne drejning af projektet blev fremhævet som en mangel:

"Vi var inde omkring det, der heder empati, fra starten – om det var muligt at få det føjet ind.' ... 'Vi diskuterede det dengang, om man kunne stille nogle krav til kvaliteten af det samvær, man har med en patient, bl.a. i samtalerne med videre – om man kan gå ud over den konkrete indholdsside. Vi var inde at vende, om der var andre ting, der skulle med i kriterierne, og det var alle enige om, at det var der, men det var ikke noget, som I kunne lade gå ind i kriterierne"

– hvor "I" står for konsulenterne.

Kvalitetscirkelen på universitetssygehuset havde dog også positive forestillinger om, hvad arbejdet med kriterierne havde betydet, som dels gav nogle mere generelle retningslinjer om måden, man forholdt sig til patienterne på, og dels foranledigede, at der blev ført nogle nødvendige diskussioner mellem aktørerne:

"Det har da givet nogle gode rammer – primært fordi vi talte en masse ting igennem i forbindelse med at lave dem.' ... 'Det har også været med til at nedsætte undersøgelsestiden – det kører fint."

5.8.5 Monofaglighed, tværfaglighed og udvikling

Som det er beskrevet ovenfor i omtalen af aktørernes forståelser af ALS-patienternes behov, spillede forholdet mellem det monofaglige og det tværfaglige perspektiv en stor rolle i udviklingen af kvalitetscirklernes arbejde. Dette afspejle-

¹⁸² Kvalitetscirkel journaler, Universitetssygehuset.

de sig i en række udsagn fra ledere og medarbejdere i og uden for kvalitetscirklen. Udsagnene udgør videre forskellige udtryk for aktørernes tolkninger af kvalitetscirkelen som model og af den aktuelle praksis i organisationen.

Tværfaglighed som kontekstuel faktor på de to afdelinger

Der var forskellige sammensætninger af kvalitetscirklerne på de to afdelinger, og der var varierende opfattelser af tværfagligheden i kvalitetscirklen blandt kollegaerne på afdelingerne. Fornemmelsen for tværfaglighed i kvalitetscirklernes omgivelser varierede således som kontekstuel element.

Kvalitetscirklen på universitetssygehuset valgte en afdelingssygeplejerske som leder på et af de indledende møder. Det fremgik dog af de første møders forløb, at der ikke var nogen 'naturlig' leder af gruppen, der fungerede uden større iøjnefaldende statusforskelle. Valget af cirkelleder skete derfor gennem en proces, hvor ingen aspirerede direkte til lederposten. Set gennem forløbet af og referaterne fra kvalitetscirkelens indledende møder samt ud fra de gennemførte interviews, kan rollefordelingen i kvalitetscirklen beskrives således, at 1. reservelægen forblev i en afgrænset medicinsk orienteret lægerolle, hvad angår de kliniske arbejdsopgaver, på trods af at denne blev koblet tættere til de øvrige faggruppers indsats. Til gengæld tog primært fysioterapeuten og til dels afdelingssygeplejersken planlæggende og udviklende initiativer, der placerede dem som de facto ledere af udviklingen i en flerfaglig sammenhæng.

Heroverfor var rollefordelingen i kvalitetscirklen på centralsygehuset mere traditionel med overlægen som formand og afdelingssygeplejersken som sekretær. Dette afspejlede forløbet af arbejdet i projektgruppen forud for transformationen til kvalitetscirkel, som var domineret af overlægen og afdelingssygeplejersken.

Tværfagligheden i kvalitetscirklerne relaterede sig til den øvrige praksis for samarbejde på afdelingerne, som det fx fremgik af en episode, hvor forskellen mellem de mere traditionelle tværfaglige aktiviteter og kvalitetscirkelens arbejde blev kommenteret af en overlæge på universitetsafdelingen: Efter overlægens undervisning af medlemmer af de øvrige faggrupper på et månedsmøde, omtalte han kvalitetscirklen ved at sige, at 'når der er mange, der har ansvaret, så bliver det for blødt.' Overlægen forlod efterfølgende mødet, inden lederen af kvalitetscirklen orienterede om cirkelens arbejde. Overlægen præsenterede således en holdning til tværfaglighed, som placerede faglighed og faglig kvalitet som et anliggende, der ikke egnede sig for en uddelegering af ansvar til et fællesskab af fagpersoner fra forskellige professioner.

På centralsygehuset var italesættelsen af samarbejdet ligeledes modsætningsfyldt med udgangspunkt i forskellige forestillinger om relationerne mellem de kli-

niske faggrupper. På den ene side blev de tværfaglige relationer forklaret med baggrund i et naturligt samarbejdsforhold på afdelingen:

”De patientgrupper, der findes på neurologisk, lægger i høj grad op til, at der anvendes tværfaglige løsningsmodeller, hvorfor det tværfaglige ikke er i modsætning til afdelingen, men er en udvikling, der falder naturligt. Der er ikke så stort behov for at holde noget i egne rækker.”

Denne overordnede forestilling om grundlaget for samarbejdsrelationer stod dog i kontrast til afdelingsbeskrivelsen fra ALS-projektet, hvor det fremgik, at

”... der var intet struktureret samarbejde med de andre faggrupper ...”

vedrørende ALS-patienterne, inden der blev taget specifikke initiativer til at forbedre dette.

Tværfaglighed og kvalitet på universitetsafdelingen

Forholdet mellem monofaglighed og tværfaglighed i udviklingen af den faglige kvalitet var genstand for forskellige holdninger blandt aktørerne på universitetsafdelingen, dels internt i kvalitetscirklen og dels i forhold til afdelingens ledelse. Nogle havde den holdning, at det i nogle situationer ville være hensigtsmæssigt, hvis hver faggruppe først udviklede kvaliteten hver for sig set ud fra, at udvikling er baseret på de enkelte faggruppers afklaring:

”Der kunne man godt forestille sig, at lægegruppen for eksempel kunne arbejde med kriterier for undersøgelsen og revidere det – på den måde at faggrupperne arbejdede med kriterierne selv. Det ville være for tungt, hvis hele gruppen skulle godkende og tage stilling. Kvalitetssikring – kan man hive en enkelt faggruppe ud, så er det fint.”

Dette blev mødt af udsagn om, at monofaglig udvikling af kvaliteten ville komme til kort, fordi det fælles mål og det bredere perspektiv blev tolket som basis for afdelingens udvikling:

”Hvis man skulle have lavet det i sygeplejegruppen, så tror jeg ikke, at de ville have taget én bestemt patientkategori – altså ALS-patienter. Så ville de have taget nogle overordnede problemstillinger, som f.eks. urininkontinens og sådan nogle emner.” ... ”Jeg tror ikke, at du kan lokke sygeplejerskerne til at lave kriterier alene

for en enkelt patientgruppe.”

Kvalitetscirkelns arbejde på universitetsafdelingen blev også tolket ind i forestillinger om teams og om behovet for dialog og dialogens muligheder:

”Det er en af de ting, man kan sige, har været en fordel, at der har været de teams.” ... ”Det giver jo altid muligheden for at udveksle meninger og erfaringer” – ”Jeg synes da, at det er blevet brugt meget – på det sæt er det blevet brugt utroligt meget” ... ”Det giver jo muligheden for en uformel kontakt” ... ”Dagsorden, koordinering, tværfaglige kommandoveje – de har været oppe tingene – det er da blevet brugt som et problemforum.” ... ”Også om det mere praktiske – man kan sige, at det jo falder uden for kvalitetscirkelns arbejde – det er positiv afledt virkning.”

For at fuldende totaliteten af forskellige forestillinger om den mono- og tværfaglige relation blev det foreslået at bruge et system bestående af en kombination af mono- og tværfaglige kriterier, der skulle afbøde virkningerne af modsætningerne mellem monofaglige prioriteringer og organisationens fælles mål:

”Jeg forestiller mig, at der ligesom er et sæt af overordnede kriterier, så kunne hver gruppe have deres underkriterier. Hvis der så var en uoverensstemmelse mellem de under- og overordnede kriterier, så skulle det så tages op af gruppen.”

De varierende holdninger til tværfaglighed og monofaglighed på universitetsafdelingen afspejler på den ene side de forskelle, der eksisterede mellem de kliniske faggrupper indbyrdes og mellem ledelse og medarbejdere. Men udsagnene afspejler også, at de samme personer havde forskellige holdninger på dette punkt afhængig af situationen. Fx gik overlægen, der mente, at monofaglig udvikling af kvaliteten var en nødvendighed, fra denne holdning til senere i interviewet at konstatere, at der ikke kunne opnås en god kvalitet på afdelingen uden tværfaglighed.

Selv om tværfagligheden kunne betragtes som en mulighed for udvikling på universitetsafdelingen, blev der også fokuseret på praktiske problemer med koordinering og fleksibilitet mellem faggrupper med hver sin arbejdstilrettelæggelse og prioritering af tidsforbrug. Tværfagligheden blev italesat som ’upraktisk’:

”Men jeg synes ikke, at det tværfaglige samarbejde har været nogen hæmsko for udviklingen.” ... ”Det har kun været en hæmsko på grund af det rent praktiske – mødetider og sådan. Der kan man godt mærke, at vores system ikke er gearet til, at vi samarbejder med hinanden.” ... og som tidskrævende: ”For det første – det at

arbejde tværfagligt i sig selv – det skal man først lige forholde sig til ... at det er så tidskrævende. Det der har taget tid, det var da kriterierne – at få dem diskuteret igennem og få dem gjort fordøjelige for alle. Det var virkelig den proces, der var tidskrævende. Jeg synes ikke at selve kontakten med den enkelte patient er øget væsentligt.”

Dette peger på, at den daglige praktiske koordinering i det patientrelaterede samarbejde ikke synes at skabe problemer. Det blev til gengæld betragtet som en væsentlig ekstra arbejdsbyrde at aftale og afholde fælles møder i en tværfaglig gruppe samt at få kriterierne for den interne koordinering aftalt og etableret mellem de kliniske faggrupper.

Lægens centrale placering

Konstruktionen af samarbejdet omkring patienterne indebærer, at der skulle allokeres en læge som central gennemgående figur og kontaktperson. Dette blev problematiseret af nogle af samarbejdspartenerne, der så kontaktlægen som en 'bremse' på informationsstrømmen som følge af travlhed, arbejdstilrettelæggelse etc. Dette ledte dog ikke til forslag om at afskaffe denne funktion:

”Men konklusionen er, at der skal være en fast læge, der tager sig af patienten.” ...
”Vi holder fast ved – der bliver ikke lavet om på det kriterium, at der er en informerende læge inden resten blandes ind. Det er en person, der er tilknyttet, og det er utroligt vigtigt.”

Der var således vanskeligheder med at få intentionerne om samarbejde til at passe med aktørernes tolkninger af, hvilke realiteter og muligheder, der viser sig. Når det på den ene side forekom relevant at placere lægen så centralt i kontakten til patienten, blev der på den anden side lagt en begrænsning ind i systemet – en forsinkelse af nødvendig information. Men det var tolkningen af et behov for, at lægen skulle have denne centrale placering, der var væsentligst for gruppen.

Afdelingens ledelse

Ledelsen på universitetsafdelingen lagde som udgangspunkt vægt på den tværfaglige kvalitetssikring med henblik på at sikre den gensidige respekt mellem de kliniske faggrupper og for at sikre koordinering og samarbejde generelt, selv om det monofaglige perspektiv er uundgåeligt i en organisation med flere faggrupper –

”Det ene udelukker vel ikke det andet – kommer det ikke an på, hvad du snakker

om, fordi det rent sygeplejefaglige og det rent lægefaglige er man nødt til at prioritere, så derfor skal man måske også kalde det 'flerfagligt' og ikke 'tværfagligt'. [...] Men når der skal koordineres og organiseres – og bekendtgøres over for hinanden hvad vægt man vil lægge på forskellige forhold, så er det nødt til at ske fælles for faggrupperne.” ... og – ”Det konkrete projekt er et meget godt eksempel på det, for man har opstillet kriterier for, hvad den lægelige kontaktperson, den sygeplejefaglige kontaktperson og fysioterapeuten osv. har for opgaver i selve projektet – det interessante er at få kørt det sammen til en helhed.”

Lægernes monofaglighed blev beskrevet som særlig indgroet –

”Det er noget mere nyt for lægerne at arbejde sammen på den måde end for sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. Lægerne bliver utålmodige, når noget ikke handler snævert om deres egen indsats.”

Ledelsens forestilling tegnede sig således overvejende taktisk – tolkningen af det tværfaglige som en del af kvalitetsudviklingen er positiv, men indarbejdet i en tolkning af nødvendigheden af at give råderum til det monofaglige.

Afdelingsledelsen betragtede også det arbejdspress, der hvilede på samtlige medarbejdere, som en hindring for såvel det tværfaglige samarbejde som for samarbejdet om kvalitet inden for hver faggruppe, men de pegede også på det nødvendige i gennemførelse af samarbejdsprocessen –

”Det kan opleves som tidsspilde at sidde og diskutere helt ind til benet på tværs – i stedet for at hver faggruppe koncentrerer sig om kvaliteten af sin egen indsats – men det har en sidegevinst der er vældig god, for man bliver opmærksom på, hvad der er vigtigt for de andre faggrupper, man lærer at forstå hvorfor, og derfor øges respekten mellem fagene. Den sidegevinst skal man passe på ikke at skære af ved at spare den slags projekter væk.” ... ”Hvis det skal være et team skal man passe på ikke at skære den proces væk, selv om den er besværlig og kan virke langsommelig.”

Det er karakteristisk her, at afdelingsledelsen bruger team-begrebet som karakteristisk; afdelingsledelsen italesætter en forståelsesmæssig forbindelse direkte fra teamet til kvalitetscirklen i en tolkning af deres opfattelse af organiseringsformen.

Tværfaglighed og kvalitet på centralsygehuset

Tolkningen af, hvad tværfaglighed er, og hvad den indebærer, kom bl.a. frem i for-

bindelse med en diskussion på centralsygehuset af muligheden af at gennemføre monofaglig kvalitetsudvikling over for patientgruppen. Tolkningen af det tværfaglige var gennemgribende i kvalitetscirklen:

”Du er nødt til at have det tværfagligt på de overordnede mål for at sikre den hele kvalitet omkring patienten. Jeg oplever nok lidt, at de checklister,¹⁸³ der er lavet, egentlig er et mini-kvalitetssikringsprojekt eller – udvikling for hver enkelt faggruppe.” ... ”Det handler ikke om at kridte faggrænser – det handler om, at vi i fællesskab når længst muligt for den her person. Det er det, borgeren forventer af os.”

Tværfagligheden tolkes her som en nødvendighed, da patienten har komplicerede og sammensatte behov.

Den italesættelse af kvalitetscirklen, der placerede cirklen som central aktør i forhold til de mere perifere samarbejdsparter, blev delvis imødegået – eller kompleksiteten blev perspektiveret – gennem udsagn fra cirkelens centrale aktører. Her blev der givet udtryk for, at det var positivt med et meget bredt tværfagligt samarbejde:

”Det har været utroligt positivt. Jeg tror, at det har været medvirkende til dét, at vi i fællesskab skulle lave dette her projekt – at vi skulle opstille nogle ting skriftligt – nogle mål eller nogle kriterier – vi skulle have noget på tryk. Som den tværfaglige eftermiddag i ’storgruppen’ pegede på: Hvad gør vi nu, og hvad vil vi gerne gøre fremover. Hvad kan fysioterapien fx gøre nu for patienterne, og hvad har de tanker om at gøre fremover – er der nogle andre, der kan hjælpe, eller hvordan kan man selv komme derhen – jeg tror, at den eftermiddag var givet utroligt godt ud for os alle sammen, for vi blev opmærksomme på, hvilke ressourcer der var til stede i den store tværfaglige gruppe.”

Disse italesatte placeringer af hhv. det snævre og det brede samarbejdsperspektiv var ikke direkte modstridende, men var situationelt betingede – den brede tværfaglighed var generelt ønskværdig, samtidig med at dens ’ønskværdighed’ først blev legitim, når den blev placeret i en ramme, hvor en kernegruppe styrede tværfaglighedens omfang og indhold.

Cirkelens holdning til, om der blev opnået et velfungerende tværfagligt samar-

183 ... som hver enkelt faggruppe udarbejdede vedrørende mulige opgaver i forhold til ALS-patienterne [JA].

bejde, var klar, og blev fx forklaret således for arbejdet med terminalfasen –

”Det ønske, der var til, at man tværfagligt strammede op omkring hjælpemidler og så videre og en forbedret terminalfase – der har vi nok været omkring det hele, og vi har fået fat i primærsektoren!”

Den snævre organisering af kvalitetscirklen og dermed af tværfagligheden bliver forklaret gennem et strategisk ønske om fleksibilitet, dvs. den fleksibilitet der kunne opnås med hensyn til at skabe mulighed for korte mødeintervaller i cirklen, og gennem at referere den tilfredshed, de øvrige faggrupper blev tilskrevet med hensyn til organiseringsformen.

”Tilfredsheden omhandler den måde arbejdet og kommunikationen er blevet tilrettelagt på i projektperioden. Det positive består dels i, at der er mere systematik i tingene. Det tværfaglige samarbejde er udbedret og intensiveret, informationerne tværfagligt er der strammet op på.”

Et plejepersonaleprojekt?

Italesættelsen og placeringen af projektet og dets indhold indeholdt flere nuancer, idet der fremkom en særlig tolkning af projektets hensigt og indhold, da den neurologiske overlæge mente, at

”... projektet er fortrinsvis et kontaktpersonfunktions-projekt, og dermed er det et plejepersonaleprojekt. Man kan se af den registrering, der er foretaget af patienternes kontakter,¹⁸⁴ at det, det drejer sig om, er den tætte kontakt mellem patienten, pårørende, lægerne og så **personen** i det her, og det er kontaktpersonen. Det centrale er de tre kontaktpersoner – de medvirkende sygeplejersker.”

Der var umiddelbart en uoverensstemmelse mellem den stærke fokusering på det tværfaglige, som er citeret ovenfor, og en placering af kontaktpersonfunktionen som projektfokus, selv om kontaktpersonerne netop kunne betragtes som kernen i dette tværfaglige samarbejde. Men det lå i naturlig forlængelse af den snævre organisering af kvalitetscirklen, der blev valgt, at betragte cirklen som centrum for koordinering af kvalitet og faglighed i tilbudene til patienterne, og dermed også som tovholdere for fagligheden.

184 Her henviser overlægen til en registrering af patienternes kontakter til de forskellige personalegrupper, der blev gennemført som en del af erfaringsopsamlingen i projektet.

Et yderligere aspekt i italesættelsen af mono- og tværfaglighed udgøres af kriteriernes involvering af kvalitetscirkelns læge i kontakten til primærsektoren og i informationen og kontakten til patienten. Denne involvering nåede et væsentligt omfang:

”Det intensive patientarbejde medfører ekstraarbejde – det medfører fx et arbejdspress at etablere og opretholde kontakten til primærsektoren.”

Involveringen omfattede intensiv deltagelse i fysisk og psykisk plejearbejde i fritiden samt i koordinerende og forbindende arbejde gennem undervisning i kommunerne.¹⁸⁵ Det krævede også, at de involverede tog del i plejepersonalets traditionelle arbejdsopgaver. Rollerne i kvalitetscirklen blev således omtalt som sammenhængende og overlappende:

”Det her, det er fysisk, det er psykisk, det er socialt, og det er følelsesmæssigt, og det er simpelthen teamwork-arbejde – tværfagligt – så om du kan finde enkelte ting frem, som du kunne køre interessemæssigt i en enkelt faggruppe, det er måske muligt, men ligeså hurtigt man får fat i dem, så inden man får set sig om, så mener jeg, så skal det køres ordentligt og dybdegående – og så er det altså tværfagligt.”

Udlægningen af projektet som et plejepersonaleprojekt fik to af kontaktpersonerne til at give udtryk for problemer med at varetage denne centrale placering, da den megen koordination og kontakt kunne være svær at indpasse i en almindelig arbejdsdag:

185De fire medlemmer af kvalitetscirklen registrerede deres kontakter til andre personer vedrørende ALS-patienterne i en periode på tre måneder. De fleste af kontakterne – mere end to tredjedele – omhandlede information og rådgivning, mens pleje og behandling indgik i ca. hver femte kontakt. Det er imidlertid væsentligt at lægge mærke til, at næsten hver sjette kontakt varede over en time og halvdel heraf mere end to timer. De langvarige kontakter, som i mange tilfælde involverede en patient, fordelte sig på alle fire medlemmer af cirklen, med nogen overvægt hos overlægen og én enkelt af de tre kontaktpersoner. Af mødereferater fremgår det, at cirkelmedlemmerne pegede på, at de langvarige kontakter uden for arbejdstid skyldtes to forhold. For det første havde der været langvarige besøg hos patienter, der havde behov for støtte eller information, og for det andet var der brugt tid på information og undervisning i kommunerne, som stod helt uden oplysninger om sygdommen og patienternes behov. Der blev altså brugt fritid på den del af samarbejdet, der vedrørte kommunerne, og sammenhængende hermed skete der en koncentration af arbejdsopgaver hos de af kvalitetscirkelns medlemmer, der varetog opgaverne med information af kommunerne. Samtidig skete der en udvidelse af arbejdsopgaverne, idet de langvarige besøg i patienternes hjem lå ud over det, der var forudsat i projektoplæg og kriterier.

...”Det kan være vanskeligt at indpasse i det daglige arbejde, når man tilhører det ”underordnede” personale, og arbejdet foregår efter et rimelig fast og stramt skema. Det er både kontakterne til patienter, pårørende, hjemmepleje og så videre.”

Tværfaglighed – og resten af afdelingen

Der var en positiv opfattelse af en afsmittende effekt –

”Det, der har været utroligt positivt omkring det tværfaglige samarbejde i ALS-projektet, det er, at det har smittet af på samarbejdet om de andre patientgrupper i afdelingen.”

– men også tolkninger af reaktioner på projektet som modstand og ligestilling:

”Inden projektets start blev der afholdt informationsmøde på afdelingen, hvor der blev stillet spørgsmål ved ressourceforbruget og ved en mulig flytning af opmærksomhed fra andre patientgrupper til ALS-patienterne. ... I februar afholdt vi to møder for at informere om projektets forløb og med mulighed for at fremkomme med spørgsmål og klagepunkter i forbindelse med projektet, men der kom næsten ingen.”

Det var ikke klart, om modstanden og ligestillingen var rettet generelt mod igangsættelse af projekter, eller om det skyldtes denne særlige aktivitet. Pointen var, at der ikke var entydig positiv stemning omkring det tværfaglige projekt. Pointen vedrørende den begrænsede interesse for det tværfaglige projekt på afdelingen støttes af, at afdelingens oversygeplejerske gav udtryk for, at hun ikke var involveret i projektet, og kun havde mindre interesse under projektførelsen.

Afdelingens ledelse

Afdelingens ledelse vægtede tværfaglighed i kvalitetsudvikling lidt forskelligt. Den administrerende overlæge gik ind for tværfaglighed som bærende for udviklingen:

”Det skal være tværfagligt, for det er ikke konstruktivt, at hver faggruppe forstår og udvikler kvalitet hver for sig. Man skal anvende de fordele, det giver, at folk taler sammen og udveksler erfaringer.”

Oversygeplejersken ville i højere grad veksle mellem mono- og tværfaglighed:

”Hvis det er et enten-eller, så er jeg langt hen ad vejen enig, så skal der sættes på det tværfaglige, men der må være tale om et både-og. Hvis man bliver i sin egen faggruppe med sit kvalitetsarbejde, så støder man let på forklaringer om, at det er de andre, der er problemet, og blokerer for udvikling. Selv om man arbejder tværfagligt i en kvalitetscirkel, er der ikke noget til hinder for, at man i en periode kan vælge relevante områder ud – det kan kun gavne samarbejdet.”

Dette sidste udsagn peger på det valg og det dilemma, som aktørerne på de to sygehusafdelinger stod i, når der skulle prioriteres mellem initiativer med et tilsyneladende dominerende mono- eller tværfagligt indhold, eller mellem idéer til udvikling der kunne forekomme lige relevante og være baseret på legitime organisatoriske og professionelle idégrundlag.

I det følgende bliver nogle af disse dilemmaer og valg fremstillet med udgangspunkt i de repræsentationer af aktørernes forestillinger, der er blevet gennemgået i form af nedskrevne projektplaner, mundtlige udsagn, kvalitetskriterier etc.

5.9 Tværgående sammenfatning; skabelsen af kvalitetscirkler

Set fra et nyinstitutionelt perspektiv kan introduktionen og anvendelsen af kvalitetscirkelbegrebet på de to sygehusafdelinger ses som et klassisk eksempel på, at en eksternt idé overføres ind i et felt og finder anvendelse i en proces af isomorfi og legitimering. Som beskrivelsen afslører, har der dog ikke været tale om, at idéen om kvalitetscirkler alene er taget i anvendelse som en færdig ramme for organisering. Det er foregået tolkninger på flere aktørniveauer, hvor en række af de strukturer, der stammede fra den oprindelige definition og anvendelse af idéen om kvalitetscirkler, blev tolket ind på hver af de to sygehusafdelinger med særskilt indhold. De involverede aktører har stået for flere tolkende processer. Der er dels identificeret en proces, hvor idébærere førte idéen om kvalitetscirkler ind i feltet, og en videre proces, hvor de faglige aktører tolkede kvalitetscirkelbegrebet ind i de eksisterende tolkninger af praksis.

Idébærere og kvalitetscirkler

De idébærende aktører og agenter har i første række været de involverede konsulenter fra DSI. Konsulenterne introducerede begrebet kvalitetscirkler på baggrund

af den introduktion i det danske sygehusvæsen, som DSI allerede havde været medvirkende til.

Den lancering af kvalitetscirkelbegrebet i det danske sygehusvæsen, som foregik via en forudgående introduktion i Sverige, tog afsæt i den generelle tendens i det danske sygehusvæsen i retning af systematisk kvalitetssikring. Organiseringen af udviklingsarbejde i projektgrupper havde været anvendt i sygehusvæsenet i flere år, og var i mange tilfælde blevet givet betegnelsen 'teams', Kvalitetscirkler kunne bæres ind i sygehusvæsenet på baggrund af erfaringerne med teamarbejdet og ønsket om systematisk kvalitetsudvikling. Endelig var idéen om kvalitetscirkler forenelig med den øgede italesættelse af tværfaglighed som en af vejene til udvikling af sygehusvæsenet.

I det konkrete tilfælde agerede konsulenterne i fællesskab med patientforeningen Muskelsvindfonden som idébærere i en alliance, hvor Muskelsvindfonden som en central aktør på området havde mulighed for at foretage en introduktion af den idé, som konsulenterne fra DSI havde hentet fra udlandet.

Det organisatoriske styringstema

Kvalitetscirklerne blev præsenteret af idébærerne som et koncept, der kunne anvendes som grundlag for gennemførelse af udviklingsprojekter på sygehusafdelingerne. Set ud fra et organisatorisk styringstema, hvor der fokuseres på anvendelse af en bestemt organiseringsform og organisatorisk standardisering som drivkraft for forandring, var der således lagt op til en lokal opbygning af kriterier for kvalitet. Inden introduktionen af kvalitetscirkelbegrebet var princippet i organiseringen af forbedringen af tilbudene på de to afdelinger primært præget af de erfaringer, der eksisterede på hver af afdelingerne. Dette blev ændret på det formmæssige niveau med anvendelsen af kvalitetscirkler som organisatorisk princip.

Det organisatoriske styringstema blev realiseret gennem de regler, der blev introduceret sammen med begrebet kvalitetscirkler. Reglerne omhandlede sammensætningen af og rollefordelingen i kvalitetscirklen, brugen af kriterier og standarder for kvalitet og kravet om en systematisk opgørelse af resultaterne af anvendelsen af kriterierne. Styringstemaets gennemslag bestod således i, at projektgrupperne på de to afdelinger blev reorganiseret ud fra principperne fra idéen om kvalitetscirkler, der blev beskrevet et større antal kriterier og standarder, og der blev gennemført en systematisk opsamling af resultaterne.

Brugen af begreber som italesættelse af det tværfaglige

De to afdelinger syntes ud fra en umiddelbar betragtning at være underlagt ens betingelser— der var opmærksomhed omkring den bestemte patientgruppe, der var til-

svarende opmærksomhed på, at det var væsentligt at etablere et forbedret tilbud ud fra en idé om stærkere tværfaglig platform for tilbudene, og forbedringerne blev givet et ekstra boost med den økonomiske indsprøjtning gennem puljemidler fra staten formidlet via Muskelsvindfonden.

Aktørerne i projektgrupperne på de to afdelinger havde anvendt de erfaringer, de allerede havde med samarbejde mellem faggrupper, da de skulle udarbejde et projektforslag til den centralt placerede patientforening Muskelsvindfonden. Dette gav sig bl.a. udslag i anvendelsen af begreber som 'team' og 'tværfaglighed'. Anvendelsen af begrebet 'kvalitetscirkel' gav mening for aktørerne som en forlængelse af tankegangen og forestillingerne om at skabe sammenhængende behandlingsforløb for en patientgruppe, der led af en kronisk og dødelig sygdom.

Anvendelsen af teambegrebet på de to afdelinger syntes at have sin baggrund i, at der allerede eksisterede en tradition for anvendelse af dette begreb i sammenhæng med samarbejde mellem flere faggrupper, og der derfor ikke var behov for indføjeelse af yderligere forklaringer på, hvad teambegrebet stod for. Teambegrebet kunne derfor anvendes som professionelt relevant idé i planlægningen af en særlig indsats for en specifik patientgruppe, og for at legitimere det tværfaglige perspektiv i projektet.

Selv om teambegrebet var genkendeligt, var der tale om ekstraordinære projektaktiviteter på to sygehusafdelinger, hvor knaphed på ressourcer og prioritering af indsatsen blev betragtet som daglige eksistensbetingelser. Der var derfor behov for at skabe rum for dette initiativ i forhold til de øvrige aktører på afdelingerne – dvs. kolleger og ledelse – og i forhold til afdelingernes øvrige aktiviteter. Brugen af teambegrebet kunne medvirke til at skabe accept på afdelingerne for anvendelse af tid og ressourcer på tværfaglige fremgangsmåder. Det tværfaglige perspektiv var nok italesat som et vigtigt element og som forudsætning for gennemførelse af sygehusets aktiviteter, men samtidig var der – særligt fra medicinsk hold – tendenser til at søge kvalitet, og dermed krumtappen for udvikling, lokaliseret til det monofaglige – det videnskabeligt baserede forstået som det evidensbaserede.¹⁸⁶

186 Den medicinske monofaglighed har været repræsenteret som konsekvensen af alene at godtage viden opnået gennem det randomiserede kontrollerede eksperiment (Randomized Controlled Trial – RCT), som udspringer af et specifikt positivistisk syn på videnskab og viden. Den medicinske profession har historisk set anvendt det videnskabelige medicinske perspektiv som udgangspunkt for en relationel positionering i forhold til ikke-autoriserede behandlere, men også i forhold til de øvrige faggrupper i det etablerede sundhedsvæsen. Dette kulminerede med etableringen af The Cochrane Collaboration i 1993, som præsenterer sig selv som et uafhængigt, videnskabeligt netværk, der arbejder for at 'udarbejde systematiske oversigter, såkaldte Cochrane-oversigter (på engelsk 'Cochrane Reviews'). Hver oversigt er baseret på en grundig søgning efter relevante kliniske forsøg, en kvalitetsvurdering af de

De faglige aktørers forestilling om struktur, tværfaglighed og kvalitetscirkler

De faglige aktører på begge afdelinger anvendte kvalitetscirkelen som organiseringsform og udarbejdede et stort antal detaljerede kriterier for kvalitet. Ud fra dette perspektiv tolkede aktørerne den strukturelle basis i idéen om kvalitetscirkler ind i deres forestillinger om mulighederne for at arbejde tværfagligt. Derfor indebar aktørernes forestillinger, at det var af professionel relevans at anvende en særlig organiseringsform for at facilitere det tværfaglige udviklingsarbejde. Aktørerne prioriterede at anvende ressourcer på at italesætte, hvorledes tværfagligheden skulle organiseres i teams og efterfølgende i kvalitetscirkler, herunder hvem der skulle deltage, og hvad der skulle samarbejdes om. Der blev til gengæld ikke foretaget nogen italesættelse af principperne for deltagelse i den fælles arbejdsproces, fx med hensyn til skabelse af et fælles idé- og normgrundlag etc.

Aktørerne i og omkring de to kvalitetscirkler tolkede på denne måde begrebet kvalitetscirkel ind i de tværfaglige aktiviteter og forbedringer, der allerede var planlagt sat i gang overfor patientgruppen.

Idéen om den systematiserede kvalitet blev i denne sammenhæng repræsenteret gennem organiseringen af kvalitetscirkelns arbejde, men også gennem opstilling af en lang række kriterier og standarder for kvalitet. Den metodiske opstilling af kriterier og standarder udgjorde en italesættelse af ønsket om at forholde sig strategisk til det overordnede problem med at skabe bedre tilbud og bedre sammenhæng i tilbudene til den patientgruppe, der var projektets fokuspunkt.

Dette førte videre til en tolkning af, hvordan rollerne skulle udformes inden for kvalitetscirkelns rammer – hvor omfattende kvalitetscirklerne skulle være i betydningen: Hvem deltager, og hvordan fordeles rollerne mellem aktørerne i cirklerne. Der foregik således en transformation af rollefordelingen med udgangspunkt i idéen om kvalitetscirkler.

Kvalitetscirkelernes videre skabelse af en praksis

'Tilbudet' om konceptet 'kvalitetscirkel' med den tilhørende strukturerede arbejdsform syntes at have været et professionelt relevant valg for de to grupper som organisatoriske aktører på begge afdelinger, da valget af dette koncept gav yderligere legitimitet til den tværfaglige udviklingslinje, som grupperne havde valgt, og samtidig forsynede grupperne med en 'intern legitimitet' af arbejdsformen overfor de

enkelte forsøg og en opsummering af resultaterne. Oversigterne opdateres løbende og offentliggøres elektronisk i Cochrane-biblioteket.' (Webside for det danske Cochrane-samarbejde: <http://www.cochrane.dk/clib/omcc.htm>).

øvrige medlemmer af hver gruppe.

Det er således ikke valget af det tværfaglige perspektiv på kvalitet, der adskiller de to afdelinger, da der set ud fra italesættelsen af kvalitet og tværfaglighed er truffet et valg, som det fremgår af projektbeskrivelserne fra de to afdelinger. Det er ligeledes tilfældet på begge afdelinger, at det tværfaglige perspektiv var fastlagt inden begrebet kvalitetscirkel kom på banen. Set ud fra denne synsvinkel var der oprindeligt valgt en organisatorisk form, som var baseret på lokale tolkninger. Det organisatoriske tema blev forsynet med et element af uniform strategi med indførelsen af kvalitetscirkelbegrebet.

I det videre forløb blev anvendelsen af kvalitetscirkler til gengæld udsat for lokal oversættelse og tilpasning gennem aktørernes tolkninger på de to afdelinger. Dette medførte, at der gennem projektperioden var stigende variation i aktørernes oversættelse af kvalitetscirkelns form og arbejdsmåde formidlet gennem den italesættelse af aktørernes forestillinger, der fremkom på møder og i interviews mv. Den tilsyneladende isomorfi fremstod således mere og mere som en isonymisme, dvs. som en anvendelse af begrebet kvalitetscirkler som betegnelse for organiseringsformer, der anvendte ens betegnelser, men i stigende omfang adskilte sig fra hinanden indholdsmæssigt på de to afdelinger.

De to grupper havde således forskellig praksis i etableringen af kvalitetscirklerne med hensyn til tværfaglig sammensætning og forholdet til aktørerne fra de faggrupper, der ikke blev indlemmet i cirklerne. Kvalitetscirklerne blev italesat i fortællingerne om, hvorfor cirklerne blev sammensat, som de gjorde, og i fortællinger om erfaringerne med samarbejdet inden for cirklerne samt mellem cirklerne og de omgivende samarbejdsparter.

Roller i kvalitetscirklen og relationen til 'de andre' faggrupper

Etableringen af først basis- og kernegruppe og senere kvalitetscirklerne på de to afdelinger skete ikke som et resultat af et ledelsesinitiativ. Der var i stedet tale om erfaringsmæssigt og fagligt begrundede initiativer blandt faglige aktører, der havde deres udspring i flere bevægelser og idéer så som idéerne om sammenhængende patientforløb samt en udvidelse af forståelsen af patienternes roller og rettigheder.

De roller, der var indbygget i modellen for kvalitetscirkel, blev kombineret med de faglige roller, som de faglige aktører i og omkring de to kvalitetscirkler havde med fra deres kliniske praksis. Ses der derfor på, hvordan tolkningen af kvalitetscirkelns arbejdsform og det tværfaglige samarbejdes konstruktion udviklede sig, viste der sig store forskelle. Dette omfattede bl.a. lægens rolle i kvalitetscirklerne på de to afdelinger, som blev italesat med forskelligt indhold – på universitetsafdelingen forblev lægen en del af lægegruppen, og var så at sige lægegruppens repræ-

sentant i kvalitetscirklen. På centralsygehuset skiftede lægen over til at identificere sig som medlem af kvalitetscirklen, hvilket kan ses som et identitetsskift, der samtidig flyttede lægen væk fra sin egen faggruppe. I det første tilfælde – universitetsafdelingen – var der på flere måder tale om en traditionel organisering af fagligheder i kvalitetscirklen. Det lægelige medlem af cirklen forblev i en primært medicinsk rolle, og varetog på denne måde kontinuiteten mellem den medicinske indsats og indsatsen fra de øvrige faggrupper. Til gengæld blev det ledelsesmæssige initiativ for kvalitetscirklen primært varetaget af sygeplejersken og fysioterapeuten, der således brød den traditionelle lægelige dominans – måske ikke så overraskende, da initiativer til tværfaglighed erfaringsmæssigt oftest tages af repræsentanter for de såkaldt semiprofessionelle¹⁸⁷ grupper, dvs. sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter mv.

Denne tolkning af samarbejdstemaet i kvalitetscirklen adskilte sig meget fra den tolkning og de valg, der blev truffet på den neurologiske afdeling på centralsygehuset. Her blev ledelsesrollen placeret hos lægen, der til gengæld transformerede en stor del af sin indsats til en støtte for eller end del af omsorgsarbejdet over for patienterne. Ses lægens indsats på centralsygehuset ud fra de kategorier, som Strauss et al.¹⁸⁸ har opstillet for arbejdet med kroniske patienter, indgik lægen i kvalitetscirklen i stort omfang i både det fysiske og det psykiske pleje- og omsorgsarbejde gennem medvirken i hjemmebesøg hos patienterne. Der var derfor på dette punkt tale om en tolkning og et valg i forbindelse med aktørernes rollefordeling i kvalitetscirklen, der brød afgørende med den traditionelle fordeling af opgaver blandt faggrupperne.

Et eksempel på betydningen af den lokale tolkning af den centraliserede standard, som kvalitetscirkel-konceptet udgjorde, bestod i den fremgangsmåde, der blev anvendt til at inddrage flere faggrupper end de centralt placerede, dvs. læger og sygeplejersker. I kvalitetscirklen på sygehuset blev der åbnet for deltagelse af andre faggrupper fra starten, herunder ikke mindst inddragelse af den meget aktive fysioterapeut, samt senere inddragelse af en talepædagog og senere en psykolog.

¹⁸⁷ Etzioni (ed.), 1969. Etzioni peger på de adfærdsmæssige og andre forskelle, der eksisterer mellem de klassiske professioner, som lægerne, og semiprofessionerne. Katz (1969) uddyber dette med særligt fokus på sygeplejerskerne på Amerikanske sygehuse, og understreger bl.a. de organisatoriske roller, som sygeplejerskerne antager som semiprofessionelle, herunder rollen som sigter på at professionalisere faget gennem udvikling og fornyelser. (s. 67).

¹⁸⁸ Strauss et al. 1997. Modellen benytter sig af patientforløbet og patientens behov som udgangspunkt for en kategorisering af arbejdsopgaver rundt om patienten. Strauss et. al.'s kategorier af arbejde omfatter: Apparatur-arbejde, arbejde forbundet med sikring af patienten, 'fysisk' pleje- og omsorgsarbejde, 'psykisk' pleje- og omsorgsarbejde og endelig koordinerende og forbindende arbejde.

Åbningen for inddragelse af repræsentanter for de øvrige faggrupper medførte dog ikke, at det ved projektets afslutning blev vurderet, at der havde været god kontakt til resten af afdelingen og til de øvrige faggrupper. Der blev til gengæld gjort opmærksom på oplevelsen af en mangelfuld kontakt fra samarbejdspartners side, ligesom der blev gjort opmærksom på den mangelfulde tiltro til tværfaglighed fra en senior neurologisk speciallæges side. Der var således en vis konkurrence mellem dette tværfaglige initiativ over for ALS-patienterne og andre initiativer, som i højere grad var baseret på anvendelsen og implementering af state-of-the-art videnskabelige principper med baggrund i en monofaglig medicinsk ekspertise.

På centralsygehuset blev der fulgt en anden strategi, idet der allerede fra starten blev etableret en 'storgruppe' af samtlige fagpersoner uden for afdelingen, der kunne tænkes at have behov for en intensiv kontakt med den kernegruppe, der endte med at blive konstrueret som kvalitetscirkel. Til gengæld var der ikke positive relationer til de øvrige medarbejdere på den neurologiske afdeling, herunder særligt til medlemmerne af plejegruppen.

Den skiftende brug af begreber for gruppedannelse

Organiseringen omkring udviklingen af tilbuddene til ALS-patienterne kan ses som et initiativ til at udvikle den fælles arena for løsningen af denne opgave. Anvendelsen af begreber som 'basisgruppe' og 'team' gled over i anvendelsen af begrebet 'kvalitetscirkel' som forskellige italesættelse af de forestillinger om det tværfaglige samarbejde, der blev tolket og forudsat af de medvirkende aktører på de to neurologiske afdelinger som en del af forudsætningerne for at udvikle den faglige kvalitet af indsatsen. Der tegner sig således et forløb bestående af skabelse af en idé om øget samarbejde, dannelse af en gruppe, udarbejdelse af en projektbeskrivelse og omdannelse af gruppen til en kvalitetscirkel.

Kvalitetscirklerne gennemførte en selvstændig tolkning af cirklernes sammensætning og rollefordeling. Rollefordelingen varierede med hensyn til ledelsesrollen. Hvor den formelle og den uformelle ledelsesfunktion på universitetssygehuset blev placeret mindre klart, så var begge disse roller placeret entydigt hos lægen i centralsygehusets kvalitetscirkel. Tilsvarende var den faglige afgrænsning mere klar i kvalitetscirklen på universitetssygehuset end på centralsygehuset, hvor de faglige grænser blev delvis overskredet. Begge forhold illustrerer, hvorledes aktørernes forestillinger om tværfaglighed i forbedringen af tilbuddene til ALS-patienterne, og om hvorledes en tværfaglig indsats kunne ledes i den aktuelle situation, resulterede i varierende tolkninger af kvalitetscirkelns form og arbejdsform – 'Kvalitetscirkel' blev tolket ind i den form, som aktørernes forestillinger om arbejdet med kvalitet og tværfaglighed gav rum og mulighed for.

Ligesom brugen af betegnelserne 'basisgruppe', 'kernegruppe', 'team' etc. medvirkede til, at en afgrænset gruppe aktører kunne italesætte sig selv som 'inde' og dermed de øvrige fagpersoner som 'ude', så blev 'kvalitetscirkel' også anvendt i denne betydning. Kvalitetscirklerne definerede sig selv relationelt i forhold til såvel de øvrige fagpersoner, der var involverede i arbejdet med gruppen af ALS-patienter, som til de øvrige aktører som lægegruppe, plejegruppe og ledelse. Bru- gen af den organisatoriske idé 'kvalitetscirkel' gav således identitet.

Kvalitetscirklerne håndterede relationerne forskelligt gennem italesættelse af aktørernes forestillinger om konstruktionen af disse relationer. På universitetssyge- huset blev kvalitetscirklen fra projektets start defineret mere åbent med løbende inddragelse af nye aktører som talepædagog, psykolog mv. Til gengæld var der in- gen definitioner af forestillingerne om de øvrige aktører. På centralsygehuset var kvalitetscirklen lukket og fagligt mere afgrænset, mens der blev defineret en fælles stor gruppe for kvalitetscirklen og de omgivende fagpersoner – 'storgruppen', lige- som det blev formaliseret gennem kriterierne, at de øvrige involverede faggrupper skulle udarbejde en arbejdsbeskrivelse for opgaverne ift. patientgruppen.

Placeringen og italesættelsen af kvalitetscirklernes omgivelser skete på forskel- lige måder på de to afdelinger. Der var variationer med udgangspunkt i aktørernes forestillinger om den aktuelle kontekst og forestillinger om anvendelsen af idéerne om kvalitetsudvikling gennem de metoder og den organiseringsform, som hver af kvalitetscirklerne stod i.

Dette peger videre på den skabelse af identitet, som etableringen og den videre tolkning af kvalitetscirklerne medførte.

Kvalitetscirklerne – identitet og identitetsmarkører

Kvalitetscirklerne skabte identitet og bevægede sig inden for et univers af identitet med de tolkninger af professionelle roller mv. og den italesættelse af kvalitet, fag- lighed og samarbejde, der udspillede sig. Set ud fra de tre elementer som Brunsson har opstillet vedrørende identitet, kan nogle af de fælles og de afvigende træk mel- lem de to kvalitetscirkler tydeliggøres.

Identitetselementet vedrørende 'Hvem er vi' trådte ganske tydeligt frem, da dannelsen af en afgrænset gruppe var en central del af dannelse af kvalitetscirkler- ne – hvem var inden for og hvem var ikke. De to kvalitetscirkler tolkede kvalitets- cirkelns lukkede gruppeform ens, men var forskellige med hensyn til den konkrete sammensætning af gruppen.

Identitetselementet vedrørende 'hvad er vores situation' adskilte sig bl.a. på punktet vedrørende, hvor omfattende kvalitetscirkelns kontakt til den øvrige afde-

ling og til de kommunale myndigheder skulle være. Til gengæld var der langt hen ad vejen enighed om tolkningen af forholdet mellem mono- og tværfaglighed. Set ud fra kategoriseringen af de analytiske temaer, der er opstillet i projektet – faglighed, organisation og samarbejde – var der således inden for det organisatoriske tema tale om, at de monofaglige perspektiver blev underordnet det tværfaglige. De monofaglige perspektiver på den faglige kvalitet er integreret i den forstand, at hver faggruppe varetager deres indsats på det eksisterende professionelle grundlag. Men i den aktuelle sammenhæng er det tværfaglige perspektiv og den tværfaglige udviklingslinje i centrum og genstand for langt den største opmærksomhed i udviklingen af indsatsen på begge afdelinger. Det monofaglige understreges i projektet først og fremmest gennem formulering af, at det tværfaglige perspektiv giver mulighed for monofaglig optimering.

Endelig peger identitets-elementet vedrørende, hvad der er en passende handling for 'os' i den givne situation på forskelle mellem kvalitetscirklerne. Hvor den ene cirkel engagerede sig meget i patienternes totale situation med gennemførelse af hjemmebesøg mv., valgte den anden cirkel en mere traditionel rolle som et tværfagligt hospitalsbaseret tilbud, der kunne levere ambulante og indlæggelsesbaserede ydelser. Der var tilsvarende forskel på kvalitetscirklernes handlinger i forhold til den ramme for handling, som kriterierne for kvalitet betød. I den ene cirkel blev kriterierne ikke set som en begrænsning for at inkludere øvrige aktiviteter, men den anden cirkel mente, at det var nødvendigt at ændre eller se helt bort fra kriterierne for at opnå det indhold af faglig indsats over for patienterne, som man ønskede.

Kriterier, handlingsanvisninger og italesættelse

Ses der på det grundlag, som aktørerne har valgt for den faglige udvikling, har de primært taget udgangspunkt i styrkelse af den eksisterende lokale praksis. De kriterier, der blev opstillet for det faglige indhold af den tværfaglige indsats, blev overvejende udviklet som lokale strategier. Der blev således ikke lagt særlig vægt på at opsøge eller implementere eksterne og evidensbaserede faglige retningslinjer, selv om evidens og faglighed naturligvis spillede en rolle som faglig baggrund for kvalitetskriterierne. Den lokalt baserede strategi kan ses som en form for 'intern standardisering', der havde opstilling af lokalt begrundede og funderede kvalitetskriterier og kvalitetsstandarder. Disse kan ses i modsætning eller som et alternativ til 'ekstern standardisering', hvor et afdelingsbaseret team fx gives som opgave at

implementere en bestemt ekstern faglig behandlingsstandard.¹⁸⁹

Det var karakteristisk, at mange af de opstillede kvalitetskriterier forekom at være identiske mellem de to afdelinger. Dette kan både ses i forhold til, at der var opstillet rammer for den foreslåede kvalitetsudvikling fra Muskelsvindfondens side gennem italesættelse af bestemte temaer og ønskede udviklingsretninger for tilbudene til ALS-patienterne, og i forhold til at afdelingerne samarbejdede med de samme eksterne konsulenter. 'Gendigtningen' af kriterierne kunne derfor have flere kilder, og den isomorfi, der prægede de to kvalitetscirklers indsats for at definere den fremtidige praksis gennem kvalitetskriterierne, kunne både have den skitserede eksterne baggrund og en baggrund i ønsket om at optimere praksis ud fra et fælles idegrundlag. Dog var der også tale om en række variationer mellem kriterierne, som havde sin baggrund i de lokale aktørers – kvalitetscirklerne og deres samarbejdspartners – skabelse af rammer for deres faglige praksis gennem italesættelse af kriterierne. Dette drejede sig bl.a. om graden af nærhed i samarbejdet mellem lægen i cirklerne og de øvrige medlemmer, hvor kriterierne på centralsygehusets placerede lægen som lige part og deltager i en række aktiviteter sammen med en plejeperson.

Caset peger på, at et organisationskoncept eller en idé til organisering kunne tolkes ind i forestillingerne om indholdet af den eksisterende praksis af aktørerne, og at det i en professionel organisation som en sygehusafdeling ikke krævede et ledelsesinitiativ eller en aktiv ledelsesopbakning for at indarbejde konceptet. Til gengæld havde aktørerne i kvalitetscirklen mulighed for at udsætte konceptet kvalitetscirkel for tolkninger, der fulgte deres eksisterende forestillinger og tolkninger af den faglige indsats over for patientgruppen, og til at aktørerne kunne vælge at engagere sig i, videreudvikle eller afskaffe kvalitetscirklen.

Dette efterlader et spørgsmål om, hvordan ledelsesansvaret for kvaliteten af patienternes behandling og pleje blev håndteret, og om der skal stilles mere formaliserede krav til dette fremover. Hvis ledelsesopgaven defineres som at facilitere tværfaglig kvalitetsudvikling gennem at udvikle klinikernes mulighed for at realisere deres forestillinger om kvalitetsudvikling – og om tværfaglighed – så agerede ledelserne på de to caseafdelinger korrekt ved at lade de direkte involverede læger og sygeplejersker m.fl. definere og udvikle kvalitetskonceptet inden for afdelingen. Hvis ledelsens opgave ud over dette også er at sikre en ensartethed i udviklingen af tilbudene mellem patientgrupper etc., og hvis det ud fra et styringstema ikke anses

¹⁸⁹ Dette betyder ikke, at de interne standarder er opfundet på den enkelte afdeling, men de eksterne standarder, der anvendes, vil være udvalgte og tilpassede ud fra en lokal tolkning af, hvilke kvalitetsstandarder, der er brug for, og hvordan de bedst kan anvendes ud fra de lokale muligheder og erfaringer.

som tilstrækkeligt kun at lade kvaliteten afhænge af de faglige aktørers initiativ og engagement, så kan ledelsesopgaven defineres bredere og mere omfattende.

Historisk set var det erfaringer fra en lang række projekter som det refererede, der medvirkede til at skærpe kravene om mere udbredt ledelseskontrol med initiativerne til kvalitetssikring, herunder centraliseret udarbejdelse af standarder og retningslinjer.

Afrunding

Brugen af kvalitetscirkler som organiseringsform syntes særligt i begyndelsen af projektperioden at virke professionelt relevant for de faglige aktører. Dette organisatoriske styringstema havde gennemslag i det omfang, at det bekræftede aktørernes forestillinger om tværfaglighed og deres forestillinger om indholdet af en ekstraordinær indsats over for en afgrænset patientgruppe.

Den autonomi, som kvalitetscirklerne blev udstyret med i fastlæggelsen af indholdet af udviklingen af den faglige kvalitet, indgik i et positivt samspil med den professionelle eller faglige indstilling til udvikling, som de faglige aktører havde taget udgangspunkt i gennem deres ønske om at deltage i projektet. Samtidig blev projektet italesat blandt de faglige aktører på en måde, der syntes at tage afsæt i erfaringerne med projektorganisation, som den har været anvendt på sygehusene. Dette har ofte bestået i, at afgrænsede projekter er gennemført af projektgrupper eller teams, som har haft en veldefineret opgave som fx i forhold til en patientgruppe eller et afgrænset problem.

Kvalitetscirklerne og indholdet af deres indsats blev da også italesat i en sammenhæng, hvor teambegrebet og forskellige tolkninger af dette havde været anvendt tidligere.

Kvalitetscirklen modsvarede således nok langt hed ad vejen de faglige aktørers forestillinger om, hvad en tværfaglig indsats for kvalitet bestod i, men aktørerne tolkede indholdet af den organisatoriske idé videre, således at de to kvalitetscirkler endte med at anvende arbejdsformer, som var indbyrdes forskellige. Herunder endte der med at være stor forskel på organiseringen af den tværfaglige indsats.

Det var karakteristisk, at der stort set ikke fandt nogen aktiv involvering sted af lederne på de to afdelinger, der medvirkede i projektet. Den idé, der blev båret ind, blev således tolket af de faglige aktører og relateret til tolkningen af den eksisterende praksis, hvilket placerede de faglige aktører og deres tolkninger som det afgørende led i udvikling af kvaliteten.

6. Case 2: Kliniske teams

Dette case omhandler anvendelsen af teambegrebet til styrkelse af den tværfaglige indsats for at forbedre den faglige kvalitet på et lungemedicinsk sengeafsnit. Casebeskrivelsen omfatter først en præsentation af teambegrebet og dets anvendelse på danske sygehuse, samt en beskrivelse af den fokusering på sammenhængende patientforløb, der blev koblet sammen med teambegrebet i forbindelse med idéen om kliniske teams. Dette efterfølges af casets beskrivelse af de særlige tolkninger af teambegrebet, der blev anvendt på det sengeafsnit, der indgår i caset, og de forestillinger om tværfaglighed og kvalitet hos aktørerne der var forbundet hermed.

6.1 'Teams' som teoretisk og anvendt begreb

Første del af casebeskrivelsen består i en præsentation af teambegrebet og dets anvendelse i det danske sygehusvæsen. Der fandt udbredt anvendelse sted af teambegrebet i de ledelsesmæssige strategier i det Medicinske Center, som sengeafsnittet indgik i, og som vist blev der fokuseret på italesættelse af behovet for tværfaglighed bl.a. ved skabelse af sammenhængende patientforløb. Den definition af kliniske teams og af teams generelt, der blev anvendt, peger dog i retning af, at ledelsen forestillede sig meget tætte koblinger i det tværfaglige samarbejde. Selv om der ikke er fundet direkte henvisninger, ligger dette i forlængelse af nogle af de præsentationer af teambegrebet, der kan refereres fra litteraturen.

Guzzo & Salas¹⁹⁰ peger således på, at opdagelsen af det potentiale, der ligger i gruppeorganisering, stammer tilbage fra Elton Mayo's Hawthorne-studier, der fandt sted fra 1927-32 på Western Electric Hawthorne Works i Chicago. Herefter har gruppeorganiseringen været udgangspunkt for en række initiativer på organisationsområdet, hvor Guzzo og Salas peger på udviklingen af de 'sociotekniske' organiseringsformer i amerikansk industri fra slutningen af 1940'erne. Dette leder

¹⁹⁰ Guzzo, 1995.

videre til anvendelse af teams som ledelsesstrategi.

Ifølge Ray & Bronstein¹⁹¹ kræver anvendelse af teams således indførelse af en ny 'ledelses-teknologi':

”To simply designate teams and not change the old mindset is a formula for disaster.”

Denne tankegang fører Mohrman & Mohrman videre, idet de peger på anvendelsen af medarbejdernes potentiale og kompetencer som grundlag for dannelsen af effektive teams i en 'human resource management'-orienteret tilgang. I forlængelse af dette opstillede Skopec & Smith otte ledelsesmæssige 'initiativer' – som jeg vil kalde organisatoriske idéer i denne sammenhæng – der har medvirket til udbredelsen af anvendelsen af teams, herunder empowerment, Total Quality Management, reengineering, selvstændigt arbejdende projektteams og 'task forces'.¹⁹²

Skabelsen af fælles identitet ses af flere forfattere som en væsentlig betingelse for teamets funktion. Guzzo¹⁹³ fremhæver definitionen af den fælles opgave og den gensidige afhængighed og udøvelsen af samarbejde inden for teamet som afgørende. Mohrman & Mohrman tager tilsvarende udgangspunkt i målsætningen for teamets indsats, og ser dannelsen af teams som en mulighed for at skabe kollektivt fokus omkring et program, en kundekreds, en hel proces, et problem eller en mulighed.– og for at integrere indsatsen fra medarbejdere med forskellige perspektiver og kompetencer. Hansén & Lampou¹⁹⁴ medtager fem forhold, der i særlig grad kendetegner et team, nemlig teamets fælles identitet og ideologi, der karakteriserer teamet og adskiller det fra omgivelserne, entusiasme og energi i teamarbejdet, en specifik kultur, et personligt engagement i de øvrige teammedlemmers udvikling, og endelig forståelsen af den fælles præstation, der motiverer til at skabe og udvikle teamet.

Anvendelsen af teams som organiseringsform kan ske på flere niveauer i en organisation, men med forskelligt indhold og form. Mohrman & Mohrman¹⁹⁵ peger på teams som grundmodel for organisering på alle niveauer som ledelsesteams, udviklingsteams, lokale ledelsesteams, produktionsteams.

Ray & Bronstein foretager en mere vidtgående opdeling af typer af teams ud fra

191 Ray & Bronstein, 1995.

192 Skopec & Smith, 1997.

193 Guzzo & Salas, 1995.

194 Hansén & Lampou, 1999.

195 Mohrman & Mohrman, 1997.

ledelsesforholdene i teamet. De tager udgangspunkt i, at begrebet 'team' har været anvendt meget bredt, og peger på selvstyrende teams som den mest 'rendyrkede' form for teamorganisering:

"Team is one of those easy little words people use all the time, thus causing an expansion of its definition." ... "Any grouping of people is not necessarily a team, nor is every team self-directed."

De skitserer fem niveauer for organisering af grupper ud fra, hvor centraliseret en ledelse gruppen er underlagt. Type I-grupper udgøres således af en traditionel arbejdsgruppe, der arbejder i en funktionsopdelt organiseringsform og styres i detaljer af en leder, mens type V-grupper udgøres af det selvstyrende team, der har opnået enighed om et fælles mål, hvor hver medarbejder kan varetage de fleste af teamets arbejdsopgaver. Ray & Bronstein¹⁹⁶ påpeger, at de forskellige niveauer af gruppeorganisering kan have fordele under forskellige betingelser. En arbejdsgruppe af type II ses fx som organiseringsformen for professionelle medarbejdergrupper, som ingeniører, advokater og arkitekter, der nok har en formel leder, men i øvrigt arbejder selvstændigt inden for deres eget speciale.

Flere af forfatterne lægger vægt på de særlige karakteristika, der kendetegner et team over for en 'almindelig' arbejdsgruppe. Der lægges vægt på, at teams i høj grad er selvstyrende og på denne måde skal ses som modsætning til de hierarkiske styreformers i en virksomhed. Andre, som Ray & Bronstein, viser hvorledes teambegrebet er blevet anvendt bredt om forskellige typer af arbejdsgrupper, også om grupper, der har været ledet efter en hierarkisk model. Hansén & Lampou¹⁹⁷ anvender en lignende opdeling, idet de dog holder sig til tre niveauer.¹⁹⁸ Der gives eksempler fra studier på sygehusafdelinger, som beskrives ud fra tre parametre for teamfunktionen, nemlig gennem tilstedeværelsen af teknisk og funktionel ekspertise, evne til problemløsning og beslutningstagning samt evnen til samarbejde og interpersonel færdighed.

Generelt fremhæves opnåelsen af fællesskabsfølelse, fælles kultur, og fælles målsætninger som positive egenskaber ved etableringen af teams, og selv om der også peges på, at teamets fællesskab kan virke fastlåsende for udvikling, ses teamet som et kvalitativt skift i organiseringsform.

¹⁹⁶ Ray & Bronstein, 1995.

¹⁹⁷ Hansén & Lampou, 1999.

¹⁹⁸ Hansén & Lampou, 1999, anvender her en opdeling beskrevet af: Katzenbach JR & Smith DK: *The Discipline of Teams*. Harvard Business Review, 71, s. 111-120, 1993.

6.2 Kvalitetsteams på sygehusene

En af kilderne til inspiration vedrørende brug af teams på sygehusene i arbejdet med kvalitet kunne findes i resultaterne fra studiet af et demonstrationsprojekt gennemført i USA. Demonstrationsprojektet fokuserede på anvendelsen af industriens kvalitetsstrategier på et antal hospitalet i det amerikanske sundhedsvæsen,¹⁹⁹ primært med udgangspunkt i det teambaserede koncept 'CQI' – Continuous Quality Improvement. Studiet af projektet blev gennemført af Berwick et al, og vurderede anvendelsen af organiseringsformerne i kvalitetsudviklingen, herunder anvendelsen af quality teams.

Berwick et al formulerede erfaringer på tre punkter ud fra det gennemførte demonstrationsprojekt med anvendelsen af quality teams. Disse tre punkter omfattede hhv. tværgående dialog om og forståelse af arbejdsprocesserne; en god ramme for træning i metoder til kvalitetsudvikling og endelig bevarelse af udviklingens dynamik og overholdelse af aftalte tidsrammer. Denne generelle karakteristik kan overføres til tværfaglige kvalitetscirkler:

"Quality improvement teams help in several ways. First they facilitate dialogue, understanding, and knowledge of processes that cross formal departmental boundaries. Understanding a process often requires that people from different staff areas, and people from different hierarchical levels think together [...] Second, teams provide a useful setting for formal training of employees in quality improvement tools such as process flow analysis, data collection, and histograms. [...] Third, teams and well-run team meetings can help keep projects on schedule and moving along."²⁰⁰

Det tværgående samarbejdselement blev tilsvarende understreget af McLaughlin²⁰¹ & Kaluzny samt La Vallee & McLaughlin²⁰² som pegede på nogle centrale karakteristika ved teamorganiseringen i Continuous Quality Improvement – CQI – herunder at klinikere og ledere bemyndiges og sættes i stand til at analysere og forbedre processerne (patientforløb, kommunikationsprocesser etc.), og at der udvikles en multidisciplinær holdning og praksis. Teams placeres centralt i CQI-strategien:

¹⁹⁹ Berwick et al, 1991.

²⁰⁰ Berwick et al, 1991, s. 67.

²⁰¹ McLaughlin & Kaluzny, 1994.

²⁰² La Vallee & McLaughlin, 1994.

”In health care, multidisciplinary teams are likely to have the highest impact on process quality, on costs, and on patient quality perceptions.”

Den definition af teams, der blev anvendt eller italesat i Medicinsk Center, lå således på linje med en række af de karakteristika, der indgår i litteraturens beskrivelser, herunder bl.a. den autonomi, og opbygning af ansvarlighed, der kan tillægges et team, samt arbejdet for et fælles mål gennem at udnytte alle færdigheder i teamet.

6.3 Patientforløb – pointeringen af et behov for sammenhæng

Sammenhæng i patientforløbene er blevet kædet sammen med kvalitet gennem begreber som ’kontinuitet’ og ’koordination’, hvor

”Proceskvaliteten belyses ved forløbet af de aktiviteter, der foregår. Studier til belysning af proceskvaliteten har omhandlet kontinuitet og koordination af arbejdsgange, diagnostiske beslutningsprocesser samt kommunikation og information.”²⁰³

Sammenkædningen af kvalitet og patientforløb er her foretaget af Mainz (1996), der bl.a. beskriver en række eksempler på, at forløbet ikke har været sammenhængende set ud fra patientens perspektiv. Mainz refererer til, at en række kilder i medicinske tidsskrifter og medier fra starten af 1990’erne og tidligere havde påpeget, at

”Der har været rejst kritik af sundhedsvæsenet for manglende koordination og kontinuitet. Det angives, at samarbejdet omkring den enkelte patient i forbindelse med diagnostik, behandling og pleje er utilstrækkeligt koordineret og målrettet.”²⁰⁴

Sygehuskommissionen²⁰⁵ pegede i 1997 på det ønskelige i at sikre mere effektive og patientvenlige behandlingsforløb, bl.a. for at opnå en effektiv ressourceudnyttelse:

²⁰³ Mainz, 1996, s. 42.

²⁰⁴ Mainz, 1996, s. 26.

²⁰⁵ Sygehuskommissionen, 1997.

”En effektiv udnyttelse af sygehusenes ressourcer forudsætter ikke mindst, at arbejdstilrettelæggelsen på den enkelte sygehusafdeling er optimal. U hensigtsmæssige faggrænser og overenskomstmæssige forhold kan udgøre en barriere for at gennemføre en effektiv arbejdstilrettelæggelse. Flere såkaldte forløbsanalyser, hvor sammenhængen i tilrettelæggelsen af behandling af afgrænsede patientgrupper er gennemgået på konkrete afdelinger, har afsløret flaskehalse, ventetider, uhensigtsmæssige opgavefordelinger etc.”²⁰⁶

Forbedringen af patienternes oplevelse af et sammenhængende patientforløb indgik videre som strategi blandt de myndigheder, der drev sygehusene, herunder Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1997:

”Patienternes ønske om kontinuitet i det samlede undersøgelses- og behandlingsforløb kombineret med kortere og mere komplekse indlæggelsesforløb medfører et stigende behov for koordination af patientforløb.”²⁰⁷

Arbejdet med udvikling af kvaliteten af patientbehandlingen ud fra et patientforløbsperspektiv indgår i flere studier. Damm Scheur²⁰⁸ beskriver hvorledes ’sammenhængende patientforløb’ blev anvendt som organisatorisk idé på Frederiksberg Hospital fra midten af 1990’erne, herunder at indholdet i organiseringsformen skulle opfindes eller ’gendigtes’ lokalt for at skabe indhold i udviklingen.²⁰⁹ Processen sigter på udvikling af rammer for patientforløbene med henblik på at optimere arbejdsdeling, opgaveløsning og koordination, ’herunder mellem faggrupperne’,²¹⁰ og beskrivelsen gennemgår processen der følger i forbindelse med indplacering af faggrupperne i den tværfaglige indsats omkring patientforløbet:

Organiseringen af tværfagligheden omkring patientforløbet er ofte foregået gennem etablering af et team, hvilket er beskrevet i en række eksempler, herunder Vejlsgård og Hein-Sørensen (1995), der referer til etablering af teams på RHIMA-centeret på Rigshospitalet:

”Løsningen er teamdannelse på hvert afsnit. Patienten skal opleve en personlig kontaktlæge og kontaktsygeplejerske, som varetager forløbet og informationen. Pa-

²⁰⁶ Sygehuskommissionen, 1997, s. 34.

²⁰⁷ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1998.

²⁰⁸ Damm Scheur, 2003.

²⁰⁹ Damm Scheur, 2003, s. 79.

²¹⁰ Damm Scheur, 2003, s. 99.

tienten skal møde et team af fast personale.”²¹¹

’Patientforløb’ blev således forbundet med tværfaglighed og anvendelsen af begreber som teams, og kan ses som italesættelsen af en bevægelse væk fra eller i et relationelt forhold til en mere traditionel forståelse af kvalitet ud fra et monofagligt grundlag, hvor hver profession baserede niveauet for faglig kvalitet på det specifikke uddannelsesmæssige indhold og vidensgrundlag samt på tilhørsforholdet til professionen/faggruppen.

6.4 Danske eksempler på tværfaglighed i teams på sygehusene

Der har været etableret talrige teams i det danske sygehusvæsen fx i forbindelse med løsning af særlig opgaver, udvikling og forbedring af kvaliteten, men det er kun et fåtal af disse projekter og blivende ordninger, der er blevet afrapporteret i tidsskrifter mv. Denne gennemgang er derfor på ingen måde dækkende, men skal alene give et billede af nogle tendenser i anvendelsen af teambegrebet i en tværfaglig kontekst.

I 1980’erne er der rapporteret flere initiativer, der har tværfaglighed som organisatorisk formelement, men ikke anvender teambegrebet. Det drejer sig fx om projekter vedrørende behandlingen af lungemedicinske patienter i et ’integreret tværfagligt samarbejde’ i 1979-82,²¹² behandlingen af hoftepatienter i en afgrænset enhed i 1984²¹³ og smertebehandling i en specialiseret klinik i 1984.²¹⁴

Begrebet ’team’ anvendes bl.a. i forbindelse med etablering af et tværfagligt geriatrisk team på en medicinsk afdeling i 1990²¹⁵ og et geriatrisk team i et amt i 1992.²¹⁶ Den Gode Medicinsk Afdeling (DGMA), hvis initiativ behandles i et andet case i denne afhandling, fremhæver etableringen af tværfaglige ’kliniske teams’ som væsentlig for gennemførelse af hensigtsmæssige patientforløb.²¹⁷ Denne fremhævelse af kliniske teams indgår som element i et debatoplæg i 1996, og be-

²¹¹ Vejlsgaard & Hein-Sørensen, 1995.

²¹² Damkjær L et.al. 1983.

²¹³ Clausen L, Kaae K & Kristensen B, 1984.

²¹⁴ Andersen et.al., 1984.

²¹⁵ Rønholt Hansen et.al., 1992.

²¹⁶ Svejstrup & Mikkelsen, 1992.

²¹⁷ Gjørup, 1996.

grebet optræder også i nærværende case. Herudover anvendes teambegrebet til beskrivelse af den tværfaglige organisering på 'Det patientfokuserede sygehus' i 1993,²¹⁸ ved anvendelsen af principperne for dette på en klinisk afdeling i 1999,²¹⁹ etablering af tværfaglige patientteams i forbindelse med Business Process Reengineering (BPR) i et amtsligt sygehusvæsen i 1994.^{220, 221} Dannelse af tværfaglige teams bliver ligeledes fremhævet som væsentlig for BPR i forbindelse med centerdannelse på et sygehus i 1995²²² samt i forbindelsen med et BPR-projekt på en operationsafdeling i 1996.²²³

Brugen af teambegrebet var således udbredt i det danske sygehusvæsen i 1990'erne, og inspirationen og påvirkningen af behovet for tværfaglige organiseringsformer var meget tilstedeværende på caseafdelingen, ikke mindst i forbindelse med anvendelse af begrebet 'kliniske teams'.

For at skabe en ramme for fortællingen om anvendelsen af teambegrebet på csets sengeafsnit, foretager jeg først en gennemgang af nogle af de strukturelle forhold, der har medvirket til, at teambegrebet er blevet anvendt. Denne gennemgang er baseret på skriftligt materiale fra H:S, fra centeret samt fra klinikken og afsnittet.

6.4.1 Strukturelle forhold – planer for de medicinske centre

Medicinsk Center er en betegnelse, der blev introduceret i forbindelse med planlægningen af strukturen og specialefordelingen på hospitalerne i Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S i 1995 umiddelbart efter H:S' etablering. Sygehusfællesskabets bestyrelse vedtog en 'Grovskitse'²²⁴ som et arbejdsgrundlag for udviklingen af et fælles sygehusvæsen bestående af hospitalerne i Københavns Kommune, Frederiksberg Hospital samt Rigshospitalet. En af grundtankerne i skitsen var, at hospitalernes struktur skulle tilpasses til borgernes behov. Skitsen pegede derfor på en adskillelse af behandlingen af 'almindelige' sygdomme og 'specialiserede' sygdomme:

²¹⁸ Hein-Sørensen & Rasmussen, 1993.

²¹⁹ Århus Amt, 1999.

²²⁰ Rix & Fog, 1995.

²²¹ Fog & Rix, 1995.

²²² Vejlsgaard & Hein-Sørensen, 1995.

²²³ Strange & Kjølner, 1996.

²²⁴ H:S Direktionen, 1995.

”Ud af alle indlæggelser kræver kun 10-15 % udredning og behandling på højt specialiseret niveau, dvs. de kræver særlig ekspertise eller apparatur eller involvering af mange funktioner på samme højt specialiserede niveau. Langt de fleste lidelser kan færdigbehandles på almindelige afdelinger.”²²⁵

De højt specialiserede opgaver skulle derfor samles på ét hospital, nemlig Rigshospitalet.²²⁶

I den videre præcisering af specialer og fagområder optræder ‘Medicinsk center med geriatri, genoptræning og apopleksienhed’ som et af elementerne.

”De medicinske sygdomme, som udgør 85-90 % af indlæggelserne, varetages i **medicinske centre** på hvert af de akutte hospitaler bortset fra Rigshospitalet, hvor den nuværende centerdannelse i princippet bevares uændret.”²²⁷

Centrene skulle omfatte de medicinske specialer og funktioner, herunder lungemedicin.

Etableringen af kliniske teams og fokus på sammenhængende patientforløb i de medicinske centre blev foreslået i **1996, hvor H:S’ direktion** stod for udarbejdelsen af et **særligt notat**, som beskrev:

”H:S direktionens opfattelse af de overordnede rammer for de medicinske centre.”²²⁸

Notatet blev udarbejdet på baggrund af oplæg fra hospitalerne og fra en tværgående arbejdsgruppe, hvor hospitalernes ledelser var repræsenteret. Heri blev der bl.a. lagt op til mere sammenhængende patientforløb som ét af flere specifikke mål. Det blev skitseret, at der skulle foregå en særlig organisering af **samarbejdet** omkring hvert patientforløb:

”Arbejdstilrettelæggelsen bør i princippet være således, at der tildeles patienten et **klinisk team** bestående af få læger, plejepersonale, terapeuter m.v. Dette vil give

²²⁵ Dette ligger på linje med de overvejelser, der gøres af Strauss et al om de kroniske sygdommes dominans i det moderne sundhedsvæsen, og behovet for at fokusere på dette. Strauss et al 1997.

²²⁶ H:S Direktionen, 1995. s. 39-41.

²²⁷ H:S Direktionen, 1995. s. 41.

²²⁸ H:S Direktionen, 1996.

patienten større tryghed samt en større kontinuitet i pleje og behandling. Al pleje og behandling udføres af de kliniske teams, som varetager alle undersøgelser, der kan foregå i sengeafdelingen. De samme kliniske teams varetager patienternes efterambulante kontrol. Alle arbejdsopgaver omkring patienten udføres af teamet, herunder opfølgning på ordinerede undersøgelser, prøver m.v.”

Kernen i det tværfaglige samarbejde blev således søgt lagt ind i en struktur, der fokuserede på patientens forløb, idet det blev forudsat, at der foregik en arbejdstilrettelæggelse, som muliggjorde kontinuitet i personalets tilstedeværelse under indlæggelsesforløbet. Dette blev søgt yderligere styrket gennem forslag om etablering af en kontaktlægeordning.

I 1999 vedtog H:S’ bestyrelse en status for realiseringen af ‘grovskiten’, som ligeledes indeholdt overvejelser om de aktuelle problemer og planer for sygehusvæsenet frem til 2001.²²⁹ Hovedbudskabet i denne status var en opbakning bag de principper og planer, der fremgik af grovskiten. Der blev redegjort for en række specifikke initiativer, der skulle realisere målene, herunder bl.a. en gentagelse af ønsket om etablering af kliniske teams bestående af læger og sygeplejersker.²³⁰

6.5 ‘Samarbejde mellem faggrupper’ og H:S’ strategi for kvalitetsudvikling

Tværfagligt kvalitetsråd

Det fremgik af H:S’ grovskitse fra 1995, at der skulle arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering. På denne baggrund blev der nedsat et tværfagligt kvalitetsråd,²³¹ der i 1998 udgav et strategipapir²³² og et baggrundspapir²³³ til dette. Målene med strategien omhandlede primært resultatet af hospitalets indsats og relationen til patienten. Samarbejde blev dog kun omtalt som mål, for så vidt angår samarbejdet mellem behandler og patient og koordineringen

²²⁹ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999.

²³⁰ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 48.

²³¹ Det er uklart, hvem der indgår i kvalitetsrådet og hvad det tværfaglige nærmere består i. Der redegøres ikke for nogen deltagelse af forskellige faggrupper fra hospitaler, men fra hospitalerne generelt, fra primær sektoren, stadslægeembedet samt de to kommuner. H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: Baggrund, 1998, s. 10.

²³² H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: *Strategi*, 1998.

²³³ H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: *Baggrund*, 1998.

af de understøttende funktioner med henblik på at betjene kernefunktionerne: Diagnostik, pleje og behandling.

Hensigtsmæssige patientforløb og sundhedsfaglige råd

Blandt indsatsområderne for strategien blev imidlertid bl.a. nævnt 'hensigtsmæssige patientforløb' og 'fokus på den kliniske hverdag'. I uddybningen af disse punkter blev der lagt vægt på udarbejdelse samt lokal tilpasning af 'patientforløbsbeskrivelser', der

”beskriver en afgrænset patientgruppes undersøgelses- og behandlingsforløb i sundheds- og sygehusvæsenet, og beskriver mål for forløbet, planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde samt information.”²³⁴

Dette blev uddybet i præciseringen af opgaverne for de 'sundhedsfaglige råd':

”Rådenes sammensætning skal understøtte og styrke samarbejdet mellem faggrupper, afdelinger og sektorer ...”

og én af rådenes tre primære opgaver omfattede:

”fastlæggelse af mål og udarbejdelse af patientforløb for væsentlige og fælles patientkategorier...”²³⁵

Der blev altså peget på nødvendigheden af samarbejde, men indholdet og de nærmere metoder gøres ikke eksplicitte. Der sker dog en generel italesættelse af temaer som 'samarbejde mellem faggrupper', 'patientforløb' og fastlæggelse af mål for behandlingen, der på denne måde igen får sammenhængen mellem kvalitet og tværfaglighed placeret centralt.

Tværfagligt udviklingsarbejde

I præciseringen af de tilknyttede arbejdsopgaver, der skulle realisere strategien, blev der i stort omfang taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens nationale strategi for kvalitetsudvikling.²³⁶ I H:S' papir hed det – med særligt henblik på forhold relateret til samarbejde mellem de kliniske faggrupper – at medarbejderne skulle indgå

²³⁴ H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: *Strategi*, 1998, s. 8.

²³⁵ H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: *Baggrund*, 1998, s. 11.

²³⁶ Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet, 1993.

i tværfagligt udviklingsarbejde, engagere sig i afdelingens arbejdstilrettelæggelse, center-/klinik- og afdelingsledelser skulle etablere en tværfaglig patientforløbsorganisation og skulle igangsætte/afprøve modeller for en ændret organisation af arbejdet, mens de sundhedsfaglige råd forventedes at varetage understøttende opgaver i forbindelse med udarbejdelse og implementering af patientforløb.²³⁷

Tværfaglighed i sammenhæng med patientforløb blev således også i denne sammenhæng italesat markant, idet der skulle arbejdes sammen på tværs af fag. Det blev dog kun indirekte nævnt, hvilken status udviklingen af samarbejdet mellem de kliniske faggrupper blev tillagt i strategien og kun meget lidt om, hvorledes samarbejdet mellem faggrupperne skulle udvikles konkret.²³⁸ Samarbejdet mellem faggrupper indgik implicit som element, men der indgik ikke nogen eksplicit redegørelse for dette samarbejdes nærmere betydning eller status.

Status med begrænset fokus på tværfaglighed

I en statusrapport fra 1999 pegede H:S' bestyrelse på ønsket om samarbejde mellem de kliniske faggrupper i flere sammenhænge. Indledningsvis blev der peget på, at de erfaringer, der var opnået gennem H:S' første tre år, med den konkrete udvikling af arbejdstilrettelæggelsen var begrænsede.

”Der har ikke været megen plads til opmærksomhed om afdelingernes indre liv og den kliniske hverdag. Også her er behov for ændringer, i nogle tilfælde små og i andre tilfælde store, afhængig af området og den enkelte afdelings løbende tilpasning af arbejdsgange, rutiner m.v. En dybtgående revurdering af den kliniske hverdag kræver tid, interesse og overskud hos personalet.”²³⁹

I rapportens plandel blev der peget videre på behovet for ændringer i arbejdsrutiner og samarbejds mønstre på sygehusene, som havde undergået en række ændringer mht. apparatur, kommunikationsmuligheder etc.²⁴⁰

Der indgik dog kun få præciseringer af funktionen og udformningen af ønskerne om øget samarbejde mellem de kliniske faggrupper. I forbindelse med en skitsering af principper for den fremtidige struktur på sygehusene blev der bl.a. peget på teams, men forstået som lægelige teams:

²³⁷ Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet, 1993. s. 12-19.

²³⁸ H:S Tværfagligt Kvalitetsråd: *Strategi*, 1998, s. 15.

²³⁹ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 15.

²⁴⁰ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 36.

”Der lægges vægt på en endnu højere grad af samarbejde mellem kliniske specialer indbyrdes og mellem kliniske og diagnostiske specialer i form af teamfunktioner, fælles enheder (fx endoskopi, korttidsafsnit), protokoller for udredning og behandling mv.”²⁴¹

Først i forbindelse med behovet for uddannelse blev der peget på tværfaglighed, da efter- og videreuddannelse blev nævnt som ét af flere mål med henblik på forøgelse af evnen til at samarbejde, herunder tværfagligt samarbejde.²⁴²

Endelig indgik tværfaglighed som et gennemgående element i forbindelse med antagelserne omkring den videre indsats for kvalitetsudvikling. En af antagelserne omkring kvalitetsudvikling lød:

”For personalet betyder udviklingsarbejdet ofte en større faglig og personlig tilfredsstillelse og et forbedret tværfagligt samarbejde.”

Som et af indsatsområderne på kvalitetsområdet nævntes:

”Hensigtsmæssige patientforløb. Patientens behov for kontinuitet i forløbet skal sikres. Der skal arbejdes tværfagligt med beskrivelse af patientforløb i de sundhedsfaglige råd og med organisering og koordinering af disse i de kliniske afdelinger.”²⁴³

Der foregik således en omfattende italesættelse af behovet for tværfaglighed bl.a. i sammenhæng med skabelse af sammenhængende patientforløb. Men de foreslåede tværfaglige aktiviteter befandt sig overvejende på et planlæggende, overordnet og meget lidt konkretiseret niveau, mens mere direkte forslag til forbedring af samarbejdet mellem faggrupper i klinikken ikke indgik som noget særskilt punkt for forbedring eller udvikling inden for H:S. Samarbejdet om kvalitet indgik i den centrale italesættelse af ønskerne – eller det normative grundlag – for udviklingen af sygehusvæsenet i H:S, men som et af mange punkter.

6.5.1 Medicinsk Center

Den konkrete udformning og funktion af centeret kan forstås som en følge af et

²⁴¹ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 55.

²⁴² Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 66.

²⁴³ Hovedstadens Sygehusfællesskab, 1999, s. 77-79.

påbud om en struktur – og en lokal tilpasning af H:S’ plangrundlag. Med lokal tilpasning af H:S’ plan menes, at det medicinske center blev skabt og udformet ud fra denne plan, samt ud fra de betingelser, der var indlejret i de eksisterende strukturer og tolkninger af det medicinske områdes opgaver. Dette omhandlede bl.a. den arbejdsdeling og de samarbejdsforhold, som var gældende på netop dette hospital.

Medicinsk Center på casehospitalet blev etableret pr. 1. januar 1998. Der blev etableret en centerledelse, og en række afdelinger – intern medicin, kardiologi, reumatologi og geriatri – blev samlet som klinikker omkring den akutte modtageafdeling.²⁴⁴ Den erklærede hensigt var formuleret direkte ud af H:S’ plan for etableringen – at:

”sætte øget fokus på behandling af patienter med hyppigt forekommende intern medicinske lidelser’ ... og: ’at man på tværs af det medicinske center skal kunne behandle almindelige intern medicinske sygdomme, uden at patienten overflyttes fra enhed til enhed.”

Dette indebar blandt flere ting, at man ønskede at:

”skabe mere sammenhængende patientforløb baseret på en hurtigere og tværfaglig planlægning af diagnostik, behandling og pleje.”²⁴⁵

For at realisere dette pegede centerledelsen blandt andet på anvendelsen af tværfaglige kliniske teams.²⁴⁶

Der foregik således også her en italesættelse af tværfaglighed og patientforløb, idet der blev lagt vægt på tværfaglig planlægning og samarbejde formuleret således, at:

”Ved dannelsen af Medicinsk Center pr. 1. januar 1998 og indførelsen af lægernes fællesvagt pr. 1. juli 1998 lægges der stor vægt på den tværfaglige planlægning og koordinering af patientforløbene.”²⁴⁷

²⁴⁴ Centerledelsen, 1999.

²⁴⁵ Centerledelsen, 1999.

²⁴⁶ Og herudover på en fælles lægelig vagtorganisation samt en fælles og tværfaglig patientjournal.

²⁴⁷ Centerledelsen, 1999.

6.6 Kliniske teams, tværfaglighed og teams

Som det er fremgået, blev der meldt tidligt ud om etablering af kliniske teams såvel fra H:S' side som fra centerledelsens. De kliniske teams' funktion blev som nævnt tidligere beskrevet i sammenhæng med ønsket om at optimere patientforløbene. Dette skulle ifølge Centerledelsen ske ved,

”at en patients problemstilling og behandling bliver vurderet tværfagligt og varetaget af et mindre antal personer. Dermed sikrer man sig kontinuitet, som er grundlaget for en optimering af patientforløbet, og ansvarlighed som er grundlaget for kvalitet og tilfredshed hos såvel patient som personale.”²⁴⁸

Her blev kvalitet således placeret direkte som relateret til etableringen af tværfaglige kliniske teams.

Denne satsning på kliniske teams som tværfaglig organiseringsform blev siden fastholdt, bl.a. på Medicinsk Centers hjemmeside på Internettet. Her defineredes de kliniske teams mere konkret, idet der bl.a. blev tilføjet faggrupper og opgaver på forestillingerne om teamene:

”Et klinisk team er en tværfaglig gruppe af læger, plejepersonale og eventuelle terapeuter, som planlægger, udfører og evaluerer et patientforløb. Én til to læger og sygeplejersker i teamet er ansvarlige for det enkelte patientforløb, og denne ansvarlighed er kendt af patient og eventuelle pårørende. Al opfølgning på ordinerede undersøgelser, prøver m.v. varetages af det kliniske team.”²⁴⁹

Efterfølgende defineres teambegrebet således:

”Et team er en gruppe af enkeltpersoner, som har forpligtiget sig til at nå et fælles mål, som er i overensstemmelse med klinikens overordnede mål; har sat sig det mål at samarbejde effektivt og påvirke hinanden positivt, udnytter hinandens færdigheder optimalt; udfører det daglige arbejde sammen; beskriver og løser problemer sammen; har valgt en fælles metode, som alle føler sig ansvarlige overfor;

²⁴⁸ Centerledelsen, 1999.

²⁴⁹ Hospitalets hjemmeside (Afdeling og sygehus er anonymiseret).

samt mødes jævnligt.”²⁵⁰

Der skete således en italesættelse af tværfaglighed i Medicinsk Center, der var vidtgående hvad angår sammensætning og opgaver, men også i retning af etablering af teams med stor rækkevidde af fællesskabet i betydningen gensidig ansvarlighed og fælles metode.

Udmeldingerne om tværfaglighed indgik ligeledes i ’virksomhedsgrundlaget’ for Medicinsk Center fra år 2000 gennem behovet for

”rationelle patientforløb, hvor planlægning og behandling foregår tværfagligt i teams,’ og ’at hver enkelt medarbejder har forståelse for egen funktion og ansvar i det tværfaglige patientforløb.”²⁵¹

Det tværfaglige perspektiv blev således understreget i forbindelse med ønsket om at etablere sammenhængende patientforløb som en forudsætning for højere klinisk kvalitet og med ønsket om at organisere medarbejderne i teams. Det var gennemgående, at teams og tværfaglighed blev nævnt med udgangspunkt i at forbedre patientens situation – i patientforløbene – mens der ikke blev fokuseret på ændring og forbedring af samarbejdet i sig selv som en mulig vej til udvikling af centerets og klinikkernes potentiale. Samarbejde blev primært set som en koordineret indsats, som man forpligtede sig til som medvirkende fagperson.

6.7 Sengeafsnitsteams

I 1999 var det besluttet på Medicinsk Center at klinikkerne skulle fokusere på ’kommunikation og samarbejde i sengeafsnittene’.²⁵² Det blev foreslået at indføre et organisatorisk begreb: ’sengeafsnitsteams’, der skulle udgøre en organisatorisk ramme for hvert sengeafsnit og omfatte samtlige medarbejdere, der havde deres faste eller delvise arbejdsplads på sengeafsnittet, inklusive lægerne. For at understrege enhedens status blev der udpeget lægelige teamledere for hvert sengeafsnit, der sammen med afdelingssygeplejersken, der nu også havde titel af plejefaglig teamleder, skulle udgøre en teamledelse for sengeafsnittet.

²⁵⁰ Hospitalets hjemmeside (Afdeling og sygehus er anonymiseret).

²⁵¹ Medicinsk Center, 1998-2001. (Afdeling og sygehus er anonymiseret).

²⁵² Medicinsk Center, 1998-2001. Årsraport fra Intern Medicinsk Klinik.

6.7.1 Sengeafsnittet

Det sengeafsnit, der indgår i caset, var et lungemedicinsk afsnit. 'Sengeafsnittet', som det kaldes i denne sammenhæng, var det lungemedicinske afsnit i den Intern Medicinske Klinik i det Medicinske Center på et af hospitalerne i H:S.

Selv om afsnittet dagligt blev omtalt som 'lungemedicinsk', og det lægefaglige lungeteam havde sine sengepladser her, blev lungemedicin ikke nævnt som speciale for Intern Medicinsk Klinik på internet-hjemmesiden for Medicinsk Center, men derimod allergologi (allergiske lidelser),²⁵³ endokrinologi (hormonelle lidelser)²⁵⁴ og gastroenterologi (mave-tarm lidelser).²⁵⁵ Lungemedicin var dog (og er) et stort speciale, hvis det målt efter antallet af medicinske patienter, der blev indlagt med en lungesygdom som hoved- eller bidiagnose. Kronisk bronkitis, astma og beslægtede sygdomme var de mest hyppige. Det lungemedicinske speciale var således kvantitativt velrepræsenteret blandt patienterne, men indgik ikke i den specialefaglige omtale af klinikken.

Det var videre karakteristisk for det lungemedicinske sengeafsnit, at patientgruppen ofte havde et sammensat socialt og medicinsk symptombillede, og klinikledelsen så dette som et forhold, der samtidig udgjorde en ledelsesmæssig udfordring:

”Det er sværere deroppe på Sengeafsnittet, fordi lynhurtigt vil pneumonien også vise sig at have en lejlighed, der er bombet tilbage til stenalderen, lokum i gården, en besværlig familie, arvetanter, alle mulige problemer ik', men den udfordring skal man tage på sig som teamledelse i et sengeafsnit, fordi det er den hverdag, de lever i, og den er lidt anderledes.”

Størrelse og fysiske rammer

Sengeafsnittet havde 24 normerede senge og var placeret i et 'sengetårn'. Afsnittet bestod af den traditionelle lange hospitalskorridor med sengestuer, et personalerum

²⁵³ Udover akutte lunge-relaterede allergiske lidelser, som behandles ved indlæggelse, undersøges ambulant for allergener med indstilling af behandling.

²⁵⁴ Patienter med dårligt reguleret diabetes mellitus (sukkersyge) må indlægges m.h.p. nøjagtig registrering af insulinbehovet og kostvejledning. De fleste patienter kan dog rådgives og behandles ambulant. Andre hormonelle lidelser, herunder sygdomme i skjoldbrusk-kirtlen behandles hovedsagelig ambulant.

²⁵⁵ En del patienter med lidelser i mave, tarm, bugspytkirtel, lever-galdeveje må indlægges til undersøgelser og behandling, herunder endoskopiske undersøgelser (kikkert-undersøgelser af mave-tarmgaldeveje).

og en dagligstue til den ene side, mens kontorer, køkken, personalerum, skyllerum, medicinrum samt et par enkelte sengestuer lå til den anden side. Plejegruppernes kontor var placeret midt på korridoren sammen med afdelingssygeplejerskens kontor, og over for dette lå sekretærens kontor. De fysiske rammer var meget begrænsede, så meget af kontorarbejdet for læger og plejegruppe foregik på kanten af borde, ved en lille plads klemt inde i et hjørne etc.

Patienterne havde forskellige diagnoser inden for spektret af lungemedicinske og astmatiske lidelser, men afsnittet var domineret af kroniske patientgrupper som KOL-patienter²⁵⁶ og astmapatienter. Mange af patienterne forekom at være langt henne i deres sygdomsforløb, og havde været indlagt et (somme tider stort) antal gange.

Sengeafsnittets ledelsesforhold

Sengeafsnittet var underlagt ledelsen af den Intern Medicinske Klinik, og klinikledelsen havde det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar for hele klinikken. Selvom centerledelsen havde det overordnede ansvar for de samlede aktiviteter inden for centeret, var den lægelige klinikchef øverste chef for klinikken, samtidig med at han delte ledelsesansvaret med den eller de øvrige personer i klinikledelsen – som regel klinikoversygeplejersken.

Sengeafsnittene havde ved etableringen af Medicinsk Center en traditionel struktur for mellemlidelse, således at hvert afsnit havde en afdelingssygeplejerske, der stod for den plejefaglige ledelse, mens den lægelige ledelse blev varetaget af overlægerne i det eller de specialer, som afsnittet dækkede. Dette udgjorde ledelsesformen forud for etablering af fælles ledelse i sengeafsnitsteamene.

Plejestabsstrukturen

På Sengeafsnittet var plejegruppen sammensat af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere. En stor del af sygeplejerskerne havde relativt kort anciennitet og var tillige relativt nyuddannede. Enkelte af sygeplejerskerne havde længere anciennitet og erfaring, ligesom afdelingssygeplejersken havde været på afsnittet i en længere årrække. Det blev omtalt som et problem, at det var relativt svært at skaffe sygeplejersker til afsnittet, som havde ønske om at blive i en længere periode. Der var sket et skift fra ansættelse af sygehjælpere til ansættelse af social- og sundhedsassistenter, som var kommet til at udgøre en stor del af plejegruppen.

²⁵⁶ KOL står for 'kronisk obstruktiv lungesygdom' og dækker blandt andet over en række patienter med tobaksrelaterede lungesygdomme samt arbejdsrelaterede lungesygdomme.

Plejepersonalet var organiseret i grupper, der hver havde en sygeplejerske som gruppeleder, som hovedregel den mest erfarne. Organiseringsformen var således gruppepleje, hvor hver gruppe startede morgenen med at tage imod rapport fra nattevagten for efterfølgende at holde plejekonference om gruppens patienter. Gruppelederen gik stuegang blandt gruppens patienter sammen med dagens stuegangslæge, og fungerede herudover som arbejdsleder for resten af gruppen.

Lægerne på afsnittet

De læger, der arbejdede på Sengeafsnittet, tilhørte alle det lægelige lungeteam. Lungeteamet omfatter alle læger inden for de relevante specialer, der var omfattet af lungemedicinsk ambulatorium og sengeafsnit.²⁵⁷ Kun én læge havde en fastere tilknytning til Sengeafsnittet, og det drejede sig om den lægelige teamleder. Stillingen som teamleder var før mine observationer besat med en overlæge, men var i mellemtiden blevet besat med en afdelingslæge.²⁵⁸

Den lægelige teamleder stod i en kvalitativt anderledes situation end de øvrige speciallæger i lungeteamet – gruppen af læger med tilknytning til det lungemedicinske sengeafsnit og ambulatorium – idet der med beskrivelsen af stillingens indhold blev lagt op til en primær tilknytning til sengeafsnittet, mens de øvrige læger havde primært tilhørsforhold til det lægelige lungeteam. De daglige stuegange blev på skift varetaget af overlæger, andre afdelingslæger og yngre læger. Da stort set alle lægerne havde skiftende vagter og arbejdssteder, herunder bl.a. vagter på Modtageafdelingen, var det en undtagelse, at den samme læge gik stuegang to dage i træk, og hvis det endelig skete, var det ikke samme plejegruppe lægen gik stuegang med.

Den strukturerede arbejdsgang

Den daglige arbejdsgang blev forsøgt lagt efter et fast mønster, som indeholdt en række elementer, der er refereret kort nedenfor. Plejegrupperne startede med dagholdet kl. 07.30, der tog mod rapport fra nattevagten. Som nævnt afholdt hver af plejegrupperne sin egen konference efterfølgende, og gik bagefter ud for at starte plejen, give medicin og morgenmad etc.

Det var planen, at lægerne kom op på afdelingen fra læge- og røntgenkonferen-

²⁵⁷ Blandt de lægelige specialer, der var repræsenteret i lungeteamet, var intern medicin, lungemedicin, allergologi, og infektionsmedicin.

²⁵⁸ En afdelingslæge var en færdiguddannet speciallæge, der opfyldte alle en speciallæges funktioner på sygehuset, men tillige havde tilstedeværelsesvagter uden for dagarbejdstiden – i modsætning til overlægerne.

cerne kl. 08.45, hvorefter der skulle holdes fælles morgenkonferencen for plejegrupperne og dagens læger. Efter denne konference – ca. kl. 09.15-09.30 – startede stuegangen, som helst skulle gennemføres på 1½-2 timer. Ofte tog den dog længere tid af forskellige årsager, og varede derfor somme tider til kl. 12.30 – endda længere.

Stuegangen blev efterfulgt af hhv. diktering af journaler, udfyldning af sygeplejekardex, medicinskemaer mv. samt sikring af, at ordinationer af prøver, røntgen etc. blev ført ud i livet. Efter dette var de fleste lægers opgaver på afdelingen forbi, og de gik derfor videre til ambulatoriearbejde, forskningsarbejde eller andet. I princippet var det kun forvagten, altså reservelæger, der havde tjeneste som 'stuelæger' og blev tilbage for at udføre såkaldt forefaldende lægearbejde på afsnittet.

Denne gennemgang har fokuseret på lægerne og plejegrupperne, men sideløbende havde en række faggrupper opgaver med at sikre papirgange og anden kommunikation (sekretærerne), at sikre transport af patienter og prøver mv. (portører, piccoliner) eller at yde særlig klinisk bistand (lungefysioterapeut, socialrådgiver, ældre konsulent, laborant, m.fl.).

Endelig var arbejdet naturligvis organiseret anderledes i aften- og nattevagter med ganske få lægelige vagter og en lille/minimal plejestab.

6.8 Teams og tolkninger af tværfagligt samarbejde om kvalitet

Samarbejdet mellem de kliniske faggrupper på dette sengeafsnit havde sin kerne i samarbejdet om de konkrete patientforløb. Ud over de elementer af arbejdsdeling, der gennem en løbende udvikling blev givet form gennem fagenes autorisationer og skabelsen af organisatoriske normer og rutiner, var der tale om en daglig etablering af denne samarbejdsrelation foretaget af de aktører – ledere og medarbejdere – der var involveret.

6.8.1 Teambegrebet – betegnelse for værdi, strategi og struktur?

Der fandt en omfattende anvendelse sted af teambegrebet på sengeafsnittet – med det kliniske team som gennemgående begreb i de mere formelle udmeldinger fra Medicinsk Center, og andre konstruktioner af teams i den ledelsesmæssige og kli-

niske hverdag. Brugen af teambegrebet stammer bl.a. fra H:S' notater vedrørende planlægningen af de medicinske centre, men hvordan begrebet i øvrigt har vundet indpas, er ikke klart for ledelsen af Medicinsk Center:

”Det ved jeg faktisk ikke, hvem der har fundet på det, men jeg tror, at det er kommet i den der trend, altså det her nye management – kvalitetsfokus – hele det fokus, der er på sundhedsvæsenet, hvor vi har taget en del ideer ind fra det private erhvervsmarked. Men dybest set så ved jeg ikke, hvor det kommer fra – det ved jeg egentlig ikke.”

Til gengæld har begrebet været i brug i lang tid:

”Når vi lige præcis taler teams, så har vi talt om det i mange år – efter min mening har vi talt om det i så mange år nu, så nu mener jeg egentlig ikke at det er nødvendigt, at man skal lave forsøgsafsnit. (...) Så nyt er det faktisk ikke – i hvert fald ikke ideerne og tankerne, men noget andet er så at få det til at fungere ude i praksis – der er selvfølgelig et stykke vej endnu. Men det er jo meldt ud fra helt tilbage i 1995 officielt også fra H:S' dannelse, at vi skulle arbejde i teams, og de fleste siger også, at de arbejder i teams.”

En af speciallægerne i lungeteamet vurderede teambegrebet som et mere overfladisk eller modepræget valg af koncept:

”Jamen det er noget pjat – det er jo et eller andet med, at der er kommet nogle nye ledere, som skulle finde nogle nye begreber, og derfor fandt de ud af 'team', og så har de valgt et engelsk ord.”

Selv om oprindelsen til anvendelsen af teambegrebet i Medicinsk Center var usikker, og det var ledelsens opfattelse, at det havde været vanskeligt at overføre principperne til praksis, så satte centerledelsen teambegrebet i forbindelse med kvalitetsudvikling, og centerledelsen udvidede historien til at omfatte tolkning og imitationen af idéer fra industrien mv. Denne historie om overførsel af en idé blev tolket anderledes eller modificeret af overlægen, der primært relaterede brugen af teambegrebet til ledelsens behov for at legitimere sin position.

Teams forstået som tværfaglig strategi

Centerledelsen havde forestillinger om, hvad de ønskede at anvende teambegrebet til, selv om ledelsen ikke anvendte nogen udviklet definition af teams. Begrebet

'Teams' blev anvendt som betegnelse for et hold eller en gruppe for at markere og understrege det tværfaglige samarbejde i en situation, der ellers var præget af uklar arbejdsdeling mellem de mange faggrupper, inklusive terapeuter og lægesekretærer mv. Centerchefen redegjorde for, hvorledes anvendelsen af teambegrebet foregik med henblik på at understøtte det tværgående samarbejde – og det blev set som nødvendigt med en tæt organisering på afsnits- og afdelingsniveau for at facilitere dette samarbejde. Teams var således en nødvendighed for at drage fordel af den potentielle 'heterogene styrke', der ligger i et tæt tværfagligt samarbejde. Der skulle gøres tiltag til at mindske dobbeltarbejdet mellem læger og sygeplejersker, og dette skulle teamet bidrage til. Det tætte samarbejde gjorde det muligt at pointere arbejdsdelingen og uddelegere arbejdsopgaver.

"Jeg lægger det i det, at man er klar over, at man hver især er en utrolig vigtig brik i et patientforløb, men at ingen af os i princippet klarer det alene, og at man er et team. Der er utrolig mange elementer, der skal passe sammen, for at man får et effektivt patientforløb, så derfor er team-tanken og teamstrukturen utrolig vigtig. Man får forståelse for hinandens funktioner, og lærer at koordinere. I et effektivt patientforløb vil koordineringen og kommunikationen være det vigtige element. ... Men det er jo ikke kun patientforløb, det er også samarbejdet omkring arbejdstilrettelæggelsen, altså selve strukturen og organiseringen i en afdeling, hvor vi også er team."

For centerledelsen markerer teambegrebet derfor tværfagligt samarbejde, kommunikation og fællesskabsfølelse.

I klinikledelsen var der herudover fokus på, hvordan anvendelsen af teambegrebet fungerede som en markør eller et symbol for samarbejde. Klinikoversygeplejersken pegede på forudsætninger for at opbygge teams:

"Vi skal jo ikke bare have teams for teamenes skyld, men fordi vi ser en ide og et udbytte i at skabe et team. Og der skal være en begrundelse for, at det lige præcis er de her mennesker, vi synes er relevante at sætte sammen i et team, fordi de skal have dels en fælles forståelse af nogle begreber, de skal også have en fælles interesse, og de skal kunne forstå at være enige om de fælles mål, der så kan være for dem i et team."

Klinikchefen forestillede sig ligeledes samarbejde som en vigtig forudsætning for patientbehandlingen og forbandt kvalitet med tværfaglighed, teams og patientforløb:

”Jeg har nogle helt fundamentale visioner om, at et samarbejdende sygehusvæsen er én eneste måde at – hvad kan man sige – løse opgaven ’patientbehandling’. Jeg har ikke så meget tilovers for den meget bombastiske fagmarkering. (...) Der var behov for, at man arbejdede med et tværfagligt system med definerede velbeskrevne patientforløb.”

og definerer tværfaglighed således:

”Hvis du har en arbejdsopgave, der skal løses, i denne situation en patient der skal bringes fra punkt A til punkt B mere rask og glad, og du omkring det har anbragt en hel masse mennesker, som er kommet ind til opgaven med forskellige kasketter på, og du så siger: ’Jamen det her forløb det klarer vi ved, at jeg går ind og laver mit lægearbejde, du går ind og laver dit sygeplejearbejde, du laver det der, og så håber vi, at det fungerer.’ En anden situation det er, at inden patienten kommer, så har disse fire-fem mennesker sat sig ned og sagt: ’Hvad er den rationelle udnyttelse af vores forskellige ekspertiser i denne her hverdag, og hvor har vi funktioner, der lapper ind over hinanden, som gør, at vi kan spare os selv og patienten tid i vandringen fra punkt A til punkt B.’ (...) Vi har en samlet opgave, at bringe patienten fra A til B, som denne gruppe personer med dyb respekt for hinandens uddannelser – sygeplejerskernes menneskelige, holistiske, lægens ’apparatmodel’. Respekten for det man har at give hinanden, det er også tværfaglighed. Det er også tværfagligt – respekten for – når du så skal løse den praktiske opgave, så har man intet problem med at glide ud og ind af sin rolle, hvor det er rimeligt.”

Medarbejdernes tolkninger af tværfaglighed

Blandt personalet i sengeafsnittet var tolkningerne af tværfaglighed i højere grad baseret på konkrete erfaringer, men fokuserer ligeledes på forestillinger om sammenhængende forløb i et tværfagligt samarbejde. En af udviklingssygeplejerskerne lagde således vægt på skabelsen af et patientforløb og af det fælles mål som det centrale i samarbejdet:

”Det er det, at man inddrager andre faggrupper, at man har nogle samarbejdspartnere omkring en patient, hvor man ligesom kan se, jamen det her det kan jeg ikke klare alene, det kunne fx være når man inddrager en fysioterapeut eller en ergoterapeut med henblik på noget hjemmebesøg eller noget gangtræning eller et eller andet. Eller man har lægerne, hvor man så kan sige, at der må de så tage stilling til, hvad de så vil rent behandlingsmæssigt eller et eller andet. Så for mig er det simpelthen, at man samarbejder omkring patienterne, så der bliver lavet et godt forløb

for dem.' (..) 'Hvis jeg beder nogle andre om at komme ind og hjælpe på et område, så fortæller jeg, hvad jeg mener, er problemet omkring den her patient, eller hvad det er, patienten har behov for. Og så går de ind og tager over på det område, hvis de mener, at det er noget, som de kan hjælpe med til. Jeg synes egentlig, at man får samarbejdet til at nå ind til det mål, som et fælles mål, som er godt for patienten, og som patienten også selv er enig i.'

En anden udviklingssygeplejerske pegede på den gensidige respekt:

''At vi lytter til hinanden, og handler på det, vi hører. Altså hvis ... for at jeg skal samarbejde godt med en læge, så skal han også lytte på, hvad jeg siger, men omvendt skal jeg selvfølgelig også gøre det samme og respektere ham/hende, og det er nok det, der har gjort, at vi har et godt samarbejde med de læger, der lytter til, hvad vi siger, og handler på det. De kører ikke deres eget ræs. Så det synes jeg er et godt team: At vi lytter, og vi snakker sammen, og der bliver handlet på det, vi snakker om.''

Ændrede tolkninger en forudsætning for et tættere samarbejde

I det ovenstående er det vist, hvordan H:S' ledelse, centerledelsen og klinikledelsen forestillede sig de kliniske teams' idé og realisering. Der var imidlertid ikke tale om, at begrebet 'klinisk team' fandt nogen særlig anvendelse i klinikkens daglige praksis, hvorfor konceptet primært var genstand for forestillinger om, hvorfor konceptet ikke blev transformeret ind i en klinisk praksis. I klinikledelsen blev de begrænsede resultater med udvikling af de kliniske teams set som en konsekvens af, at denne form for ændring af tolkningerne af samarbejde tager tid:

''Jeg må sige, at jeg synes ikke, at det er lykkedes – den opgave er ikke lykkedes, og det skyldes mange forskellige ting.''

og:

''De kliniske teams bliver ikke realiseret fuldt ud. Egentlig synes jeg, at det er godt beskrevet, men ikke implementeret og heller ikke diskuteret godt nok med de mennesker der skal indgå i de kliniske teams, så man har sikret en fælles forståelse af de begreber, der er, så alle er klar over dem – hvad er det egentlig, at H:S og Medicinsk Center vil med etableringen af de teams og den teamstruktur. Det synes jeg skinner igennem i dagligdagen, hvor vi jo prøver at sige, at der sidder tværfaglige teams i sengeafsnittene og i ambulatorierne, men de, der er i de teams, har ikke oplevelsen af, at de skal arbejde så tæt sammen, som der er lagt op til i de beskrivelser, der er, og som jeg i hvert fald også kan se, at der kan være en fordel i at gøre,

så det ikke hedder 'jeg som overlæge' og 'jeg som afdelingslæge' og 'jeg som afdelingssygeplejerske', men at det hedder 'os' som det team, der styrer lige præcis den her butik."

Der var en tendens til at falde tilbage i 'gamle roller', når der blev arbejdet under pres:

"Vi falder tilbage i de der roller og ender med at tage skyklapper på og sige 'nå, men nu har jeg de her opgaver, og dem kan jeg favne,' og så prøver jeg at lukke ørerne, hvis der kommer nogen og siger, at nu har de brug for mig, på den ene eller den anden måde, så der er vi kun undervejs."

Et centralt punkt i etableringen af samarbejde var lægernes motivation for at ændre holdninger til det tværfaglige samarbejde. De to klinikledere havde forskellige vurderinger af dette. Klinikoversygeplejersken havde således en positiv vurdering af udviklingen:

"Jeg oplever, at man er meget bevidst om, at det er et tværfagligt samarbejde, der skal være, og i forhold til, hvad jeg har oplevet tidligere, er der i hvert fald stor grad af ansvarsfølelse fra lægernes side i forhold til, hvad der foregår, hvor læger jo mange gange får skyld for at være sådan nogle, der lige dukker op på en stuegang, og så skynder de sig ud ad døren igen, og ved egentlig ikke, hvad der foregår."

Klinikchefen mente nærmere, at det var plejegruppen, der tog ansvar for driften, mens lægerne havde et mere funktionsorienteret forhold til den daglige drift:

"Det er i orden at komme op og passe sine patienter, og så venter man jo som læge, at der så er nogen, der siger pænt tak, fordi man gider at komme og være med til at passe patienterne. Og så overlader man meget til plejegruppen at tage sig af den daglige drift, kontinuitet, drift, primærsektoren, personale, pårørende, alt."

Denne divergens i opfattelserne af samarbejdet kunne også findes imellem andre aktører. Den lægelige teamleder på Sengeafsnittet pegede således på erfaringer, der lå på linje med klinikchefens, idet han så lægerne som løst tilknyttede. Der var med andre ord forskel på, hvor meget man blev integreret i teamet på Sengeafsnittet:

"Jeg ser det som en enhed, som jeg kender den fra alle andre steder, hvor du ikke

har den fasttømrede fællesskabsholdning til driften i afdelingen – hvor det er mig, der er der, og de andre læger kommer og hjælper til og fylder huller – men at lægerne sjældent følger op, dvs. man er der ikke ud over de timer den dag, man er sat til at gå stuegang af de andre læger. (...) Så der kan man sige, teamet er måske lille, fordi i princippet er det måske jeg og afdelingssygeplejersken og det, der foregår med sekretærer, portører og hvad ved jeg, der kommer i afdelingen, det er et team, og de andre er folk der kommer og støtter på, hvor man kan sige sygeplejedelen er mere veldefineret.”

Til gengæld havde Sengeafsnittets afdelingssygeplejerske generelt positive erfaringer med samarbejdet på afsnittet som sådan:

”I dagligdagen, der tror jeg nok at man siger: ’Hvad kan jeg hjælpe de andre med.’ Det er ... jeg synes faktisk, at de er opmærksomme på, hvad de kan gøre. Det synes jeg faktisk, også køkkendamen og sådan noget – jeg synes, at man hjælper hinanden.”

Dette blev fulgt op af én af udviklingsygeplejerskerne, der også mente, at samarbejdet var positivt, og at det på trods af skiftende vagter blandt lægerne alligevel var en nogenlunde fast gruppe – et team af læger:

”Jeg synes, at vi har et godt samarbejde med vores læger – det er jo sådan, at der kører jo også et fast team af læger heroppe, så dem kender vi, og man ved ligesom hvordan dén og dén arbejder og sådan noget. Der synes jeg, at vi får rettet os godt ind efter hinanden, og vi har et godt samarbejde omkring, at de bruger meget vores viden omkring patienten. (...) Jeg synes også, at de nye læger hurtigt falder til. Mange gange er det også sådan, at hvis der kommer en helt ny læge, så plejer de også at gå med på stuegang nogle gange først, for at se hvordan gør vi her og sådan nogle ting.”

Teamet og fordelingen af ansvar og arbejdsopgaver mellem fag

En teamstruktur på klinisk niveau, der samarbejder om et patientforløb – som fx et klinisk team – ville kunne komme i situationer, hvor der skal træffes beslutninger om arbejdsdeling og opgavefordeling mellem de involverede fagpersoner. Centerchefs sygeplejersken pegede på problemet med at skelne mellem hvilket ansvar, der klart er fordelt mellem personerne i et team, og hvilket ansvar der er fælles:

”Jeg tror, at det er utrolig vigtigt, at du ved, hvem der har hvilket ansvar for hvad i

sådan et team. Det (...) kræver jo noget meget nøje aftaler og definitioner af, hvem der varetager hvilke opgaver. Det mener jeg så ikke behøver være lig med, at man stiller sig op og stamper i gulvet og siger 'det er lægens opgave' eller 'det er sygeplejerskens opgave', men det er vigtigt, at man får det drøftet, så man ved, hvem det er, der påtager sig ansvaret for, at den opgave bliver udført. (...) Der skal være nogle, der er ansvarlige for, at tingene bliver afviklet – ellers kan det ikke hænge sammen. Jeg tror da er der blevet mere opblødning i, at vi snakker teams, man skal i hvert fald arbejde for, at der ikke er så skarpe faggrænser. (...) Vi har jo vores autorisation, vi har jo vores grunduddannelse, vi ved jo godt, hvad vi hver især er uddannet til, men det behøver jo ikke at betyde at man ikke kan udvikle det og pålægge andre nogle andre opgaver.”

Dette peger på et behov for at etablere en organiseringsform, som kan varetage denne tilpasning af arbejdsdelingen. Samtidig pegede centerchefsyeplejersken på, at det er vigtigt at tage højde for de personlige egenskaber hos medlemmerne af teamene:

”Det er utrolig vigtigt, at man som leder af en afdeling har fokus på, at man får valgt de rette personer – altså dét er utrolig vigtigt, fordi selvfølgelig kan det ikke være afhængigt af den enkelte persons egen indstilling. (...) Det er en ledelsesopgave, at man forsøger at satse på at vælge de rette personer til at indgå i de her teamstrukturer.”

Vagtplanlægning, kontinuitet og kliniske teams – forenelige størrelser?

Som nævnt pegede H:S' og klinikledelsens oprindelige planer for de medicinske centre på etablering af kliniske teams – små tværfaglige grupper af medarbejdere skulle dannes om det enkelte patientforløb. Dette placerede kontinuiteten i forholdet mellem patient og fagpersoner som centrum. Patientforløbet skulle således være udgangspunktet for organiseringen af fagpersonerne. Det gik imidlertid igen i aktørernes erfaringer, at der var et stort skift af læger og sygeplejersker fra dag til dag, og at dette udgjorde en forhindring for opnåelse af den kontinuitet, man ønskede i et klinisk teamsamarbejde.

Sengeafsnittets afdelingssygeplejerske – den plejefaglige teamleder – redegjorde for nogle erfaringer fra afsnittet med at etablere kontinuitet gennem et system af kontaktsygeplejersker:

”Jeg har prøvet med kontaktsygeplejerskesystemet, hvor hver sygeplejerske fx havde fire patienter, som de gik stuegang på og plejede. Det kunne ikke gå, fordi

dels havde jeg ikke nok sygeplejersker altid i fremmødet til at kunne dele det op på den måde, og en anden ting var så, at når der var sygdom, så skulle en sygeplejerske ind og tage otte patienter, og så stadig passe sine egne fire. Og det kunne de ikke nå. Det jeg kan tilbyde patienterne i dag, det er tildelt patientpleje, hvor personalet er delt op i tre grupper.”

Afdelingssygeplejersken havde også dårlige erfaringer med kontinuiteten blandt lægerne, selv om den lægelige teamlederfunktion havde medført forbedringer på nogle punkter:

”Om det er den samme læge, det kan det heller ikke altid blive. Teamlederen som kommer heroppe, han kender stort set alle patienterne, men han bliver nødt til at ’dele sig’ og sige, at ’nu har der gået en yngre reservelæge den ene dag i gruppe 1, men så må jeg tage den dagen efter i gruppe 1’. Så der kan godt komme to forskellige læger på to dage fx. (...) Men derfor kan teamlederen jo godt være involveret i patienten i det øjeblik, at det bliver taget op på morgenkonferencen, hvor jeg siger, at den her patient skal vi lige diskutere igennem. Jeg gik der i går og kender patienten, og jeg ved hvad planen er.”

En af Sengeafsnittets udviklingsygeplejersker pegede på det vanskelige i at råde over det samme personale flere dage i træk som kunne indgå i kliniske teams:

”Det bliver ikke realiseret her i afdelingen. Man kan sige, at nogle gange, hvor man er her flere dage i træk, så er det klart, så er man helst omkring de samme patienter, men problemet er, at vi går også i nattevagter og aftenvagter og sådan nogle ting. Det præger hverdagen, og gør det er svært at danne sådan et team rundt omkring en enkelt patient, fordi at så er jeg her måske to dage, og så er jeg i aftenvagt i morgen eller i nattevagt, eller også har jeg nogle fridage, så det er meget svært at planlægge på den måde, selv om det ville være optimalt for patienten.”

Men hun så kontinuiteten som en oplagt gevinst:

”Nogle gange kan man godt være heldig, at man har en uge eller fire dage i træk, eller man er der hen over weekenden. Der er det klart, der kommer du også til at kende patienterne rigtig godt, og det kan man da også selv mærke er en stor fordel.”

Både mine observationer og en række udsagn fra personalet pegede derfor på, at

det er forbundet med store problemer at opnå den kontinuitet, der forventes af de kliniske teams. Spørgsmålet er så, om det er realistisk at organisere arbejdet på fx Sengeafsnittet efter disse principper.

Klinikledelsen var enig i problemet, men så ikke en ændring af vagtplanlægningen som en umiddelbar vej, da en stiv vagtplanlægning ville kollidere med ønsket om at rekruttere og fastholde plejersonale:

”I teorien er alt jo muligt, men når vi når ud i dagligdagen i praksis, så ser verden altid anderledes ud. Set i forhold til plejegruppen er der jo hensynet til dels afdelingen og afdelingens drift og kontinuiteten for patienterne. Og på den anden side er der de menneskelige, personlige og private hensyn, der er til de ansatte. Og det er jo en svær balance som leder at skulle finde den og finde den rigtige. Fordi hvis man vil bevare og fastholde sit personale, så er der nogle hensyn, man er nødt til at tage til dem, og det bliver meget nemt på bekostning af nogle faglige intentioner og nogle ideer, der ligger i forhold til at få afdelingen til at køre.”

Klinikchefen supplerede med, at kontinuiteten blandt lægerne efter hans mening kun kunne opnås blandt de faste speciallæger:

”Folk arbejder seriøst, når de er her, men de lægger meget vægt på, at deres evne til fleksibel frihed også er der. Så derfor kan du ikke tage den store gruppe af yngre læger i kontinuitet – du bliver nødt til at arbejde med, at det er dine faste speciallæger.”

Derfor blev indstillingen fra klinikledelsen at søge at forbedre planlægning af patientforløbene, så kontinuiteten skulle bestå i, at både patient og personale vidste, hvad der skulle ske:

”Men man er nødt til at have snakkene om det og sige: ’Jamen hvordan kan vi lave nogle forløb, som bliver gode for patienterne, og som også er gode for personalet, som giver noget faglig udfordring’, og der arbejder man mange steder med at sige, jamen så kører personalet med en længerevarende periode udelukkende i dagvagt, og så kommer der så en periode, som hedder aften- eller nattevagt, og den kan godt være hård. (..) Det gælder jo så både for sygeplejen og for lægegruppen at sætte mål, at lægge planer og sikre sig, at dem, der følger efter, er tro mod de planer, der bliver lagt. Fordi man kan sige, at i princippet er det jo ligegyldigt, om det er om dagen eller om aftenen, at en plan bliver lagt, hvis den bliver lagt af kvalificerede mennesker, men det er alfa og omega, at de næste respekterer den.”

Der var således mange idéer og holdninger til udvikling af samarbejdet. Det kan stilles som spørgsmål, hvordan begrebet 'team' blev tolket ind i praksis – mange aktører forholdt sig til teambegrebet, men på forskellig vis og uden at der blev peget direkte på anvendelsen af teambegrebet i organiseringsformer, der kunne side-stilles med idéerne for modellen 'kliniske teams'. Valgsituationen kan på denne baggrund ses som meget åben – teambegrebet var vagt defineret og kunne tolkes ind i varierende sammenhænge.

Samspelet med det monofaglige

Tolkningen af teams eller grupper, som noget der kan etableres på tværs af fag-grupper, skulle udvikles i et samspil med de traditionelle monofaglige organiseringstyper på sengeafsnittet. Det var centerchefens tolkning, at når der blev etableret monofaglige teams blandt lægegrupperne – som i dette tilfælde 'lungeteamet' bestående af alle læger, der arbejdede på det lungemedicinske sengeafsnit og ambulatorium – så kunne det blandt andet ses som udtryk for behovet for identitet blandt lægerne. Identiteten 'Lungeteam' kunne anvendes til at markere tilhørsforholdet for de uddannelsessøgende læger, og havde betydning til identifikation af grenspecialet lungemedicin, som ikke blev markeret som specialeidentitet i den struktur, der blev etableret i Medicinsk Center med dets klinikker, sengeafsnit og ambulatorier.

Centerchefs sygeplejersken pegede tilsvarende på sygeplejerskernes monofaglige tradition for organisering:

”Hvis jeg tænker i sygepleje, så bliver vi faktisk trænet til at arbejde i teams op igennem vores uddannelse – de monofaglige teams – altså gruppelederfunktionen, hvor man som sygeplejerske lærer, at man er ansvarlig for – man har et lille team fx af to sygehjælpere, og så er man en sygeplejerske foruden sig selv; det er en form for teamstruktur, hvor man på den måde har ansvaret for et vist antal patienter. ... Så derfor ligger der noget meget historisk i det – helt klart i hele vores grunduddannelse, hele den måde de forskellige uddannelser er bygget op på, der har det været meget forskelligt.”

Centerledelsen pegede således på, hvorledes de tværfaglige teams skulle etableres i lyset af en tradition for etablering af monofaglige grupper og teams.

Lægerne og ansvaret for patientflowet

Afdelingslægerne og de yngre læger i 'lungeteamet', der havde tjeneste på det lungemedicinske sengeafsnit, indgik tillige i vagtdækningen på den akutte modtageaf-

deling, AMA. Denne vagtforpligtelse omfattede bl.a. den lægelige teamleder på sengeafsnittet. Det var mit indtryk fra observationerne fra Modtageafdelingen og Sengeafsnittet, at lægernes erfaringer fra vagtlægeholdet og deltagelsen på visitationskonferencen medvirkede til en øget forståelse for Modtageafdelingens behov for, at patienter blev udskrevet eller hurtigt viderehenvist til det relevante sengeafsnit. Lægerne kunne medtage denne forståelse på Sengeafsnittets morgenkonference og stuegang, og dermed supplere den indflydelse som Modtageafdelingen allerede har på Sengeafsnittet via 'sygeplejesøjlen', som består i den kliniske oversygeplejerskes kommunikation med afdelingssygeplejersken før og efter Modtageafdelingens visitationskonference.

Klinikoversygeplejersken tolkede denne udvikling i en anden retning, idet hun nærmere så lægernes øgede medvirken på dette punkt som et supplement til det ansvar, hun mente plejegruppen allerede påtog sig:

"Set på den måde er det jo en ny opgave for lægerne, men alligevel bliver det jo et fælles ansvar. (...) Der kan være patienter i Modtageafdelingen for eksempel, hvor det godt kan være, at lægen siger, 'jeg er færdig med den her patient, og vi kan bare udskrive', men sygeplejerskerne siger 'jamen vi har også nogle selvstændige opgaver omkring patienten, vi er ikke færdige, vi er ikke klar, så vi synes, at det er forsvarligt'. Det argument eller den begrundelse er lige så vel respekteret som lægernes. Så stadigvæk bliver det et fælles ansvar, men (...) lægerne har meget kontakten mellem Modtageafdelingen og sengeafsnittene. Jeg tror bare, at det er med til ligesom at øge forståelsen for de problemstillinger, der er, netop fordi det er ikke 'dem og os', det er 'os' det hele."

En af udviklingssygeplejerskerne på Sengeafsnittet så positivt på lægernes 'dobbeltrolle' som en mulighed for udvidet samarbejde, fordi lægerne på denne måde kunne opnå mere viden om patienterne:

"Det synes jeg også er en positiv ting, fordi når de så kommer dernede fra, så har de noget viden om nogle af patienterne. Så der synes jeg, at vi igen får nogle informationer, som – altså du kan jo ikke skrive alt ned, så vidt muligt prøver vi jo på det – men nogle tider er der alligevel nogle, der sidder inde med en viden, som vi så også får, i og med de har haft et forløb dernede, og så møder patienten igen heroppe. Man kan også mærke det på patienterne."

En anden udviklingssygeplejerske genkendte situationen, men karakteriserede det som undtagelser:

”Nogen gange ja – når der sådan er fyldt op nede på Modtageafdelingen, og de skal bare have patienter ud, så synes jeg tit, at de kommer herud, og så prøver at udskrive patienter hu-hej vilde dyr, og det skal helst være i dag. Og det synes jeg, at det virker som om, at der på grund af Modtageafdelingen og deres indstilling ik? Men generelt nej! (...) De prøver virkelig at køre lungerne²⁵⁹ videre – at se patienterne som lungepatienter og ikke som Modtageafdelingen-patienter.”

6.9 Ledelse, placering af ansvar og teams

Både centerchefen og centerchefsyrgeplejersken så de enkelte klinikker i centeret som enheder, der skulle udvikle deres interne tværfaglige samarbejdsrutiner på egen hånd. Selv om der blev truffet fælles beslutninger i enighed mellem centerledelse og klinikledelser, så betragtede de primært centerledelsens opgave som at virke inspirerende og stimulerende. Centerledelsen tillagde således kun sig selv et indirekte ansvar for udviklingen af samarbejdet mellem de kliniske faggrupper i klinikkerne, da de ikke mente, at det var realistisk for centerledelsen at diktere samarbejdets indhold eller diktere en fast struktur for samarbejdet.

”Mine opgaver er at give nye ideer, og hvis der er noget nyt litteratur eller nogle nye tanker, eller noget nyt jeg fx hører, og så er det at tage diskussionerne op og drøfte det, og sikre at vi får lavet nogle temadage og andet, hvor man får skubbet på. Men jeg vil sige, at overordnet er min opgave at give strategien – de strategiske tanker – hvordan kan det her fungere. Og så må det være oversyrgeplejerskerne og klinikcheferne og videre ud i organisationen, der skal have det her til at hænge sammen. Så det er igen at udstikke nogle overordnede retningslinjer, sikre at det er med i vores overordnede værdigrundlag, fx vores målsætning i Medicinsk Center, og følge det op og spørge ind til det og på den måde – det er min opgave.”

Der eksisterede således en forestilling om, at der kunne gives fx normative retningslinjer om udviklingen af organiseringsformer som teamdannelse, men at valget af organiseringsform foregik decentralt. Valgsituationen for ledelsen i forhold til forbedring af den faglige kvalitet gennem tværfaglig udvikling lå således i mu-

²⁵⁹ 'Lungerne' står her for patienterne med lungesygdomme.

ligheden for at etablere lokale enheder, der kunne tage ansvaret for denne opgave – fx teams.

Samtidig oplevede centerledelsen, at der kunne være uoverensstemmelse mellem de ideer om samarbejde, som de søgte at introducere, og den praksis der opstod, ikke mindst når grundideen var, at samarbejdets udvikling skulle være lokalt funderet:

”Jeg synes, at det er svært helt at finde ud af, hvad der dybest set rør sig, når vi begynder at tage fat på de her emner som centerledelse – så er der nogle gange meget langt fra, hvad man sidder og siger, at man gør, til hvad der er praksis. Og det synes jeg er en svær opgave at få fat på, for det er lidt, som du siger: ’Jamen samarbejde er, at jeg bare siger, at det skal være, som jeg siger, det skal være’ – og sådan skal det jo ikke være. Det er vigtigt, at de selv får bygget det op fra bunden af, og ser ideen i det og formålet med, at man får struktureret sig i en bedre teamstruktur, helt sikkert. (...) Men det er vel også hele den store svære ledelsesopgave, altså hvordan får du fat i det, og hvordan får du sået de ideer, som du selv synes, at man selv vil gøre en indsats for at få bygget noget godt op i sit eget område. Fordi der er centerledelsen stadigvæk dem, der kan give nogle input og løfte det op og spørge ind til det, og vil give nogle ideer og drøfte det, men det er dybest set ikke os, der skal udføre det. Vi skal have andre til at udføre de ideer, som vi sidder og sår. Og den kan da godt være vanskelig – det kan den da.”

Centerledelsens udtrykte således, at den konkrete tolkning af idéerne til udvikling af samarbejdet skete decentralt, dvs. noget der foregik blandt aktørerne på klinikkerne, og det var opfattelsen i centerledelsen, at dette var en svær situation at udfylde sin ledelsesrolle over for.

Centerchefsygeplejersken vurderede også, at uoverensstemmelsen mellem ideer og praksis kunne have sin rod i forskellene i faggruppernes professionelle kultur og dermed deres tolkning af samarbejdsrelationer:

”Der er altså også stadigvæk noget kulturforskel mellem de forskellige faggrupper, så der kan man godt sige, at nogle af faggrænserne kommer lidt tydeligt frem. Der er stor kulturforskel mellem sygeplejen, fysioterapeuter, læger, lægesekretærene – vi er forskelligt opfostret i vores grunduddannelse, i vores tilgang til vores fag og vores funktion. Og det skal man tage højde for.”

Klinikoversygeplejersken pegede på behovet for at skabe dialog om den eksisterende praksis som vejen til at introducere nye måder at arbejde og samarbejde på.

Hun lagde vægt på forståelse og tilpasning af idéen bag en ændring i en dialog som forudsætning for dens udvikling og accept:

”Det er at være med til at skabe debatten, skabe den debat, som skal give os en fælles forståelse af begrebet teams i første omgang, men også ideen med at have de kliniske teams. Det, der er uhyre vigtigt med sådanne nogle ting, det er jo, at dem, der skal involveres i det, kan se ideen med det. Altså, jeg skal simpelthen ud og sælge ideen, og selvfølgelig være realistisk og kunne trække både de positive og selvfølgelig de negative sider frem. Men jeg skal sælge ideen, og så sammen med medarbejderne definere, at hvordan er det så, at vi kan etablere de teams lige præcis her hos os, så vi synes, at det er spændende, udfordrende, så det er spiseligt og til at leve med. Men vi skal kunne se fordele ved det.”

Det var klinikoversygeplejerskens holdning, at det var et vigtigt led i hendes rolle at prioritere tid til at deltage i debat med afdelingssygeplejerskerne omkring netop sådanne forhold, og i øvrigt at kunne anvende tid på diskussioner med medlemmer af plejegruppen i konkrete situationer.

6.9.1 Udvikling af arbejdsdelingen – uddelegering af opgaver

I nogle situationer blev tværfagligt samarbejde og udvikling af kvaliteten placeret som et spørgsmål om lægernes uddelegering af opgaver til plejegruppen. Denne forestilling blev kombineret med konkrete forslag til udvikling af denne type tværfagligt samarbejde på sengeafsnittet. På stuegangen var situationen i nogle tilfælde den, at lægen og sygeplejersken havde behov for at afstemme, hvorledes arbejdsdelingen skulle konstrueres omkring nogle specifikke arbejdsopgaver – fx lægning af en bestemt type sonde og ’sætning’ af en speciel test, der anvendes for diagnosticering af tuberkulose gennem en allergisk reaktion på huden. Når et sådant emne overhovedet blev taget op, var det fordi, at det drejede sig om arbejdsopgaver, hvor der kunne være tvivl – altså områder hvor der var erfaring med og forestillinger om, at arbejdsopgaverne kunne fordeles på forskellige måder. Det typiske eksempel på dette var praksis vedrørende etablering af intravenøs adgang.²⁶⁰

En af speciallægerne i lungeteamet mente, at der var gode muligheder for at

²⁶⁰ Dvs. at indsætte en kanyle (en venflon), typisk i håndleddet, til indgivelse af saltvand eller medicin mv.

uddelegere opgaver til sygeplejerskerne, en holdning der var baseret på positive erfaringer fra lungeambulatoriet med funktioner, der traditionelt har været regnet for lægearbejde:

”Sygeplejegruppen i ambulatoriet kan tage A-punktur,²⁶¹ de kan se på en A-punktur – altså se på tallene, og de kan ordinere ilt selv, og de kan tage en ny A-punktur. Og når så det foreligger, så kommer de ind til lægen, og så kan vi bare se på forløbet, og så vurdere det. Det vil sige, at jeg har uddelegeret en mængde ansvar i det tværfaglige samarbejde. Det vokser sygeplejegruppen med.”

Den samme speciallæge mente, at det var oplagt at gennemføre en tilsvarende oplæring af sygeplejerskerne i sengeafsnittet, men at teamledelsen ikke gav det den prioritering, som klinikchefen efterspurgte i citatet ovenfor:

”I sengeafsnittet der kører man sådan et meget oldnordisk – det er dit arbejde, og det er mit arbejde – og der er ikke det der tværfaglige mix, som lægegruppen ville have enormt glæde af, fordi der ville være nogle ting, som ville blive gjort for os, og derved ville der være nogle andre ting, vi kunne gøre, som vi måske er bedre til, og sygeplejegruppen ville opleve det som en optimering og som en yderligere oplæring af deres kunnen.”

Tværfagligheden indgik her i en specifik rolle i forhold til udvikling af kvaliteten, idet koordineringen af opgaver blev set som et spørgsmål om uddelegering. Forestillingen om et team eller en gruppe var ikke inddraget i denne tolkning, eller var alternativt placeret som et spørgsmål om etablering af læringssituationer med et patriarkalsk læringsideal, hvor forestillingen om mesterlæren²⁶² var i fokus.

6.9.2 Stuegang og forståelsen af teams

Da idéen om kliniske teams var meldt vedvarende ud fra ledelsesside som et bærende princip i Medicinsk Center, ville det være nærliggende, at deltagerne på stuegangen forbandt gennemførelsen af denne med grundideerne vedrørende samarbejde i teams. En af stuegangslægerne lagde således vægt på den opbygning af et team eller en team-følelse, der skete i den konkrete samarbejdssituation, fx under

²⁶¹ Arterie-punktur: En blodprøve, der tages fra underarmens arterie – altså fra det iltede blod.

²⁶² ... hvor mesterlære kan ses som en særlig form for social praksis. Nielsen & Kvale, 1999.

en stuegang. Teamarbejdet blev her primært forstået som et godt og afklaret samspil mellem læge og sygeplejerske med et fælles mål:

”Jeg kan godt lide at være et team – jeg har også haft nogle rigtig gode teams med – også med sygeplejersker; med stuegangssygeplejersker, hvor man virkelig svinger. (...) Mine teamsamarbejder, det er sådan nogle flygtige nogle, jeg har vagter fire forskellige steder i Medicinsk Center, og man kan ikke have fire forskellige koner vel – og teamet er – det er på en eller anden måde noget intimt også, at man er fælles om det, og man lægger sine ressourcer i det, og det er svært, når det er noget gennemgående – altså når du bare er på gennemgang. Det gør, at ens teamspirit måske ikke er så stærk, som den kunne være.”

Teamfunktionen i det nære samarbejde blev bragt videre til andre situationer, som fx ved en akut indlagt patient på modtageafdelingen:

”Der er flere teams, sådan som jeg ser det. Når jeg er forvagt, så er jeg i team med de sygeplejersker, der passer de enkelte patienter, og det prøver jeg så også at opretholde ved at sige, at det er vores patient – så når de ringer til mig – ofte så kommer patienterne, og så tager sygeplejerskerne imod og tager værdier og interviewer dem, og så ringer de til mig, og så spørger jeg, om patienten er dårlig eller fejler hvad. Det er typisk de første to spørgsmål. Så siger de fx: ’Nååeh men han har det fint, han spiser og drikker,’ eller også at han har det ikke så godt, han har åndenød, og de ved ikke rigtig, hvad han fejler, så du skal nok kigge på ham hurtigt, og så er teamfunktionen der jo allerede, at vi bruger hinandens faglighed. (...) Ved at få sygeplejerskens fornemmelse for patienten med, når man selv vurderer patienten, det gør, at man dels bliver mere sikker i sin beslutning, men også at ens billede af patienten bliver mere rent, fordi man ser jo kun selv et øjebliksbillede af patienten – du går jo kun ind til patienten, når nu patienten bliver dårlig.”

Stuegangen kunne videre forbindes med forestillinger om skabelse af kontakt og etablering af kommunikation til noget af det personale, der ikke er til stede ved stuegangen. En af stuegangslægerne pegede på, at teamarbejdet bestod i skabelsen af den videre arbejdsdeling, bl.a. i forhold til den plejegruppe, som stuegangssygeplejersken stod i spidsen for:

”Jeg har fornemmelse af, at vi er et team, men forstået på den måde at det, som vi aftaler ved stuegang, bliver effektueret i forbindelse med den stuegang – enten uddelegeret til de andre, der er tilknyttet det team, eller med kontakt til vores to se-

kretærer, så bliver tingene sådan uddelegeret videre dertil, og kontakten bliver skabt til det, der ellers skal sættes i værk. Og jeg ved, at når jeg går med min gruppeleder, så ved jeg, at hun på forhånd har etableret, hvem der er i gruppen, og hvem der tager sig af pleje, hun ved, hvilke ressourcer de besidder, hun ved, hvilke ting hun skal gøre, og hun ved på hvilken måde.”

6.9.3 Den gensidige adfærdsregulering – nye lægers introduktion

Det blev gentaget af mange aktører, at sygeplejerskerne spillede en stor rolle i introduktionen og træningen af de unge læger, og at dette udgjorde en særlig del i konstruktionen af den tværfaglige samarbejdsrelation, både som en socialisering og i nogle tilfælde det modsatte:

”De bliver lært op af os, sådan lidt: Hvordan er vores kultur her – hvad gør vi. Det kan da godt være, at nogle syntes, at vi var lidt skræppe i starten, men jeg tror, at folk kan lide at være her, jeg tror, at de kan lide at komme her i afdelingen. Hvis det ikke går – der er et par gange, hvor det ikke er gået – så er det fordi, at folk kommer ind, og ligesom ikke stikker fingeren i jorden for at finde ud af, hvor de er henne. For så bliver der ballade – du bliver nødt til at sige, hvor er jeg henne her, og hvordan skal jeg opføre mig. ... Der bliver simpelthen ballade ved, at sygeplejepersonalet ignorerer personen på en eller anden måde – de gør simpelthen ikke, hvad der bliver sagt. Ordinationer skal nok blive udført, men de hjælper ikke personen som sådan. De kunne ikke drømme om at hente noget til ham – is eller sådan noget, det kan han få lov til selv at gå ud og hente. På den måde der får han eller hun aldrig et godt forhold – det er som regel de kvindelige læger, der er ... Og jeg tror at det er noget med, at hvis de føler sig usikre, så går de ofte hen og bliver lidt arrogante og jokker på personalet.”

En af de øvrige sygeplejersker pegede på et behov for, at lægerne lærer at introducere de unge nye læger, der sættes direkte i vagt:

”Vi sætter jo føl på i plejegruppen, hvis du skal i gang med nattevagt og aftenagt og så videre, så kommer du jo som et føl. Den indstilling synes jeg ikke lægerne har, altså det med at selvfølgelig skal de oplæres på en eller anden måde – nej, nej du skal bare i vagt. Hvis du har et problem, så må du jo snakke med nogle af de andre læger deroppe.”

6.9.4 Interne konferencer som struktur for det tværfaglige samarbejde

Den fælles morgenkonference på Sengeafsnittet inkluderede plejegrupperne og de læger, der var tilknyttet afdelingen den pågældende dag – dels de læger der skulle gå stuegang, og dels den lægefaglige teamleder. Som sagt indgik sygeplejerskens gensidige orientering på et tidspunkt som en del af den fælles morgenkonference, men dette blev afskaffet efter indsigelser fra nogle af de seniøre læger, der mente, at dette udgjorde en ineffektiv anvendelse af arbejdstid. Den nærmere formulering af dette var, at de ikke fik nogen oplysninger, som de ikke kunne læse sig til i journalen. Lægernes manglende tålmodighed blev præciseret på en morgenkonference, hvor stemningen blandt lægerne blev udtrykt således, at

”det var overflødigt for lægerne at høre på sygeplejerskernes interne afklaringer.”

Dette kan ses som en meget konkret måde at italesætte det relationelle forhold mellem læger og plejegrupper i det gensidige samarbejde. Samarbejde for lægerne syntes på dette grundlag at omhandle de informationer, som sygeplejerskerne kunne give, men omfatter ikke kommunikation med den samlede plejegruppe. Den dialogorienterede kommunikation for lægen blev først relevant i stuegangssituationen, hvorfor en fælles forberedelse af stuegangen i en samlet gruppe af læger og plejepersonale således ikke blev set som en aktivitet, der var relevant for lægerne.

En af lungeteamets speciallæger udtrykte denne prioritering af de fælles morgenkonferencer:

”Jeg holder slet ikke morgenkonference. Jeg går op, og så underviser jeg dem en halv time, og så går jeg ud og går stuegang. Jeg behøver ikke det der pjat, altså det gør jeg virkelig ikke, og det gør man ikke som seniorperson.”

Speciallægen anerkender, at den fælles morgenkonference kan have en funktion for nogle af de yngre læger, men

”... hvis vi havde haft nogle flere seniorfolk til at passe stuegangen, så havde det været fuldstændig ligegyldigt – virkelig. (...) Det er noget med, at du inducerer noget sløvhed i lægegruppen – de sidder her – altså vi har ualmindelig mange konferencer. Vi sidder her (lægekonferencen), vi sidder til røntgen, vi sidder oppe på afsnittet – altså lad os da for satan komme i gang med at arbejde med patienterne og bruge tiden konstruktivt.”

Her var der potentielt et konfliktområde, idet den lægelige teamleder på Sengeafsnittet kunne befinde sig i en dobbeltrolle, da han dels var daglig leder af læge- og sygeplejepersonalet på Sengeafsnittet, og derfor skulle arbejde for et omfattende samarbejde mellem de to fag, og dels indgik i lungeteamet, som er gruppen af læger inden for det lungemedicinske speciale på stedet, hvoraf nogle ledende medlemmer havde en negativ opfattelse af de fælles morgenkonferencer.

Den holdning til morgenkonferencen, som lægerne demonstrerede – dels gennem tidligere udmeldinger, dels ved at komme sent op fra andre møder – kunne skyldes, at lægerne skubbede den reelle samarbejdsflade hen imod stuegangen – det var der, der skulle kommunikeres, for det var der, det klinisk relevante lå for lægerne – de føler ikke, at de har brug for den generelle orientering og diskussion af patienterne med plejegruppen – hvor er teamet henne her – og hvor er teamfølelsen for lægerne. Det bliver udtrykt af en af speciallægerne:

”Du skal sidde med journalen, du skal ud og se patienten, du kan ikke forholde dig til det der snak.”

Endelig afspejles den uklare eller vage status af morgenkonferencen i, at den havde forskellige betegnelser, alt efter hvem jeg snakkede med. Sygeplejerskerne på Sengeafsnittet kaldte den konsekvent morgenkonferencen, mens forskellige læger bl.a. kaldte samlingen for morgenmøde og morgensamling – betegnelser der bærer en lavere status end ’morgenkonference’ og ikke forveksles med de lægelige konferencer.

Den fælles morgenkonference og de yngre lægers kliniske træning

Et særlig kritik af den fælles morgenkonference kom fra en speciallæge, og drejede sig om de unge lægers træning, idet de aftaler og den kortlægning af den enkeltes patients videre forløb, som morgenkonferencen skulle resultere i, forhindrede, at de unge læger trænes i at tage selvstændig stilling:

”Du får nogle læger ind, som aldrig når at tage stilling til noget som helst, fordi de får at vide, at ’når du nu kommer ud til Tim Madsen, så skal du sige til ham at sådan og sådan og sådan og sådan, og så sådan.’ Og så skriver man det ned på sådan en lille seddel, og når man kommer ud til Tim Madsen, så tager man journalen op, og så kigger man lige efter ’hvad var det jeg skulle sige’, og så siger man det, man har fået at vide, at man skulle sige. Hvornår lærer lægerne at tage stilling til noget som helst – aldrig nogen sinde simpelthen – selvstændig stilling til det!”

Denne holdning støder imidlertid mod de ønsker, der er til, at de planer, som lægges på Modtageafdelingen af relativt erfarne læger – Medicinsk Visitator og bagvagterne – så vidt muligt følges gennem opholdet på sengeafsnittet, således at indlæggelsesforløbene holdes inden for et afgrænset antal dage.

En anden af lungeteamets speciallæger udtrykker det således:

”Det er jo netop hensigten, at de patienter i meget høj grad får lagt en plan i forbindelse med indlæggelsen og gennemgangen, og den plan skulle gerne holde i hvert fald en 2-3-4 dage frem, så det vil sige, at kommer der nogle, der bare følger op og justerer i de efterfølgende dage, så behøver der ikke nødvendigvis lægges nogle planer af nogle seniore læger, for de er lagt, om man så må sige. Så er det bare at tage action på de ting, der fremkommer.”

Endelig pegede Sengeafsnittets afdelingssygeplejerske på, at lægerne må følge de procedurer, der er vedtaget af hensyn til den faglige stringens i samarbejdet:

”Men det nytter heller ikke, at en læge går ind og laver det om, fordi så – nogle ting har vi altså været så geniale, så vi har faste standarder på, så vi bare kan lægge et aftrappingskema, som er trykt i forvejen. Hvis en læge begynder at ændre i sådan noget, for det første koster det utrolig lang tid for sygeplejersken, plus at det hurtigere går i kiks. Det er meget vigtigt, at der bliver taget så få individuelle hensyn som overhovedet muligt der ... og: ... Ja, det er klart, at hvis en patient lige præcis skal have det, så skal patienten have det, men hvis det ikke er strengt nødvendigt, så bliver det ikke gjort, ellers så gør vi det på vores måde – eller på lægernes måde, det er jo lægerne selv, der har lavet det i sin tid.”

Jeg vil gerne give et supplerende eksempel på, hvad jeg tolker som en tilsyneladende ambivalens mellem at vælge at lade overlæger/speciallæger lægge en plan for patientforløbet ved indlæggelsen, for at øge kvaliteten af behandling og planlægning, eller at vælge at lade reservelæger i forvagt få en reel uddannelsesmulighed ved at skulle tage selvstændig stilling til patienterne. Den speciallæge, der ovenfor er citeret for at reservelægerne må gives mulighed for at tage selvstændig stilling, har deltaget i en tværfaglig udvikling af retningslinjer for gennemførelse af hyppige typer af patientforløb:

”Vi tager ikke nogen beslutninger på udrednings- og behandlingsforløb, uden at sygeplejegruppen og lægegruppen er enige – det tager enormt lang tid at blive enige, for der er altid nogen, der har en mening om hvad som helst. Men det har fak-

tisk gjort, at ved at vi er blevet enige – altså at vi er enige om de patientforløb, som vi har derovre på de 5-6 væsentlige typer. (...) Så ved vi, at første besøg er det samme for alle patienterne, og det er det, fordi vi har lavet de der patientforløb, og fordi vi i teamet – eller i det tværfaglige – er enige. (...) Hvis du ikke er enig om sådan nogen patientforløb i det tværfaglige, så får du faktisk ikke ensartet behandling af de gængse patienter, og det gør vi faktisk i ambulatoriet.”

Dette kan ses som en udløber af det klassiske dilemma mellem at fungere som uddannelsessted og som ’produktionssted’, når man i begge tilfælde gerne vil sørge for betingelser, der sikrer kvaliteten.

Den kroniske aflysning: Tværfaglig konference på Sengeafsnittet

Der har været afholdt tværfaglige konferencer på afsnittet i 15 år med oplæg om faglige emner og afklaring af samarbejdsproblemer. Mødet aflyses dog ofte, idet det tilsyneladende ikke prioriteres særlig højt. Afsnittets eget personale – læger og sygeplejersker – har traditionelt haft forskellig holdning til møderne. Lægerne har ikke deltaget i mødet i mange år, men den lægelige teamleder har deltaget efter sin tiltræden. Sygeplejerskerne har traditionelt deltaget, men opgiver nu ofte at deltage på grund af arbejdsopgaver på afsnittet. De tværgående grupper, som afsnittet samarbejder med, har ligeledes haft forskellig indstilling. Fysioterapeuterne har stort set aldrig deltaget i møderne, mens den socialrådgiver, som afsnittet benytter, altid møder op, når mødet afholdes.

Afdelingssygeplejersken på Sengeafsnittet beklager aflysningerne, men resignerer i forhold til den prioritering, det er udtryk for:

”De forsvinder – vi tilrettelægger det hver mandag – tværfaglige møder – og så i løbet af dagen, så er det aflyst, fordi så vælter patienterne ind, og vi har ikke noget personale og sådan noget – det er ikke det, der bliver prioriteret højest.”

En af udviklingssygeplejerskerne vurderer, at når to ud af tre tværfaglige konferencer aflyses, så kompenserer faggrupperne ved at etablere direkte samarbejdsrelationer på individuel basis:

”Vi har jo egentlig et tværfagligt møde hver mandag, fra ét til to skulle det hedde sig, men det bliver tit aflyst. Fordi der er travlhed, der kommer nye patienter, eller vi kan bare ikke nå det – men jeg synes så også, at vi er blevet bedre til, altså tværfagligt handler det jo også tit om: Hvad skal vi gøre med den her patient, hvor vi måske er blevet bedre til at tage det op til stuegang – tage det op og gå videre med

det. Hvor vi ikke behøver måske nødvendigvis at vente til, at vi har det tværfaglige.”

6.10 Diskussion; Italesættelse af teams, tværfaglighed og kvalitet

Den italesættelse af forholdet mellem kvalitet og tværfaglighed, der analyseres i dette case, tager udgangspunkt i anvendelse af teambegrebet som italesættelsen ’kliniske teams’. Teambegrebet placeres i klinikken, som italesættelse af en idé om samarbejdet mellem faggrupper om gennemførelse af sammenhængende patientforløb. Dette perspektiveres gennem sideløbende anvendelser af teambegrebet i en ledelsesmodel på sengeafsnittet. Her defineres alle afsnittets medarbejdere som et samlet team med en selvstændig tværfaglig ledelse af dette ’sengeafsnitsteam’. Med sengeafsnitsteamet blev der samtidig introduceret en ny ledelsesstruktur med en teamledelse bestående af en læge og en sygeplejerske, der på flere punkter kan sammenlignes med en ’lille’ afdelingsledelse. Caset udgør således et eksempel på, at en organisatorisk idé transporteres eller tolkes ind i en organisation, hvor idéen indgår i kombinationer af aktørernes tolkninger og forestillinger.

Analysen af caset omhandler, hvordan de konkrete ledelsesinitiativer spillede sammen med de forestillinger om kvalitet og tværfaglighed, der eksisterede blandt aktørerne på afdelingen. Det belyses, hvordan idébærere introducerede og tolkede teambegrebet ind i den aktuelle kontekst på en specifik afdeling, og hvorledes de faglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet udgjorde baggrunden for teambegrebets lokale introduktion, tolkning og transformation.

Rollen som idébærere kan i dette case placeres på flere niveauer. Teambegrebet blev søgt tematiseret gennem centraliserede initiativer fra Sundhedsstyrelsen, efterfulgt af den centrale ledelse i Hovedstadens sygehusfællesskab og endelig ledelsen af Medicinsk Center på pågældende hospital.

Rollen som central idébærer lå hos den medicinske centerledelse, der understregede det ønskelige i at anvende organiseringsformen ’klinisk team’. Konceptet blev forsøgt placeret på det medicinske center og herunder på det lungemedicinske sengeafsnit gennem den centraliserede italesættelse af tværfaglighed og teamdannelse. Forestillingen bag begrebet var opnåelsen af sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i en styrkelse af kommunikationen og logistikken mellem de faglige aktører. Konceptet blev imidlertid ikke tolket som relevant eller realisabelt

blandt de organisatoriske aktører på sengeafsnittet, og blev derfor ikke genstand for nogen transformation eller indarbejdelse i den daglige arbejds- og samarbejdspraksis blandt aktørerne på afsnittet. Idéen blev således båret ind, men blev ikke integreret i de faglige aktørers tolkninger og forestillinger om den lokale praksis.

Når idéen om kliniske teams ikke blev tolket ind i aktørernes forestillinger, skyldtes dette ikke, at de faglige aktører ikke accepterede idéen, men i at idéen ikke korresponderede med forestillingerne om rammerne for arbejdsorganiseringen. Erfaringerne med vagtbelastning og skiftende arbejdstider virkede ikke forenelige med de faglige aktørers mulige forestillinger om en tættere organisering af patientforløbene med kliniske teams som centrum.

Organisationsopskrift eller idé?

Teambegrebets anvendelse på sengeafsnittet kan relateres til flere af de teoretiske forståelser af begrebers overførsel. De centraliserede forslag om etablering af kliniske teams kan betragtes som et forsøg på en tilnærmelsesværdig direkte oversættelse af forestillingerne om teams hentet fra industriens organisering i selvstyrende grupper og teams omkring produktionsforløb. Til gengæld kan det manglende gennemslag af netop begrebet kliniske teams i konkrete organiseringsformer, og de alternative anvendelser af teambegrebet der foregik på sengeafsnittet, ses som eksempler på den lokale genskabelse af begrebet og dets indhold. Dette gælder ikke mindst den medicinske klinikledelses introduktion af sengeafsnitsteams.

Set ud fra dette perspektiv er der derfor i højere grad tale om en ides overførsel ind i og gennem et felt – sygehusvæsenet – end en overførsel af en uddybende organisationsopskrift.²⁶³ Overførslen ind i feltet sker gennem idébærernes tolkning og den efterfølgende transformation af idéen om teams, som de faglige aktører udfører. Den efterfølgende etablering af en selvstændig form for teams, omfattende et helt sengeafsnit med en særskilt ledelse, kan betragtes som emergering af en organiseringsform ud fra Brunssons forståelse af, at der skabes organiseringsformer som en oversættelse af en idé eller en organisatorisk standard. Den organisatoriske idé blev således oversat i en form, der var konsistent med hovedtrækkende i tolkningen af standarden – teams.

Et lægeligt fokus på patientforløb

Etableringen af forestillinger om tværfaglig teamdannelse, og disse teams' legitimitet og præsentation som et naturligt valg for at udvikle kvaliteten af den kliniske

²⁶³ -Således som Røvik ville beskrive det.

praksis, kan ses som værende i konkurrence med den status, som de monofaglige teams havde som professionelt relevante organiseringsformer i klinikken – fx som de lægefaglige gruppedannelser, der i dette case blev formaliseret som et lunge-team, men også sygeplejerskernes monofaglige gruppedannelser på sengeafsnittet, som fx plejegrupperne, der blev formaliseret med en gruppeleder og en i princippet fast arbejdsdeling.

De læger i lungeteamet, der både havde vagter på Modtageafdelingen og på sengeafsnittet, hvilket omfattede afdelingslægerne og de yngre læger, syntes at få en udvidet forestilling om sammenhængen i patientforløbene. Dette kom bl.a. til udtryk ved, at lægerne anvendte deres indsigt i Modtageafdelingens behov for at afsætte patienter til sengeafsnittene til at søge at påvirke ledelsen og plejegruppen på sengeafsnittet til at fremskynde en række udskrivinger. Lægerne blev på denne måde bærere af den logik, som lå bag udarbejdelsen af indlæggelsesplaner for den enkelte patient, når nødvendigheden af afgrænsede indlæggelsesforløb og et flow i behandlingsforløbet blev væsentlige for forestillingen om at sikre en god kvalitet af samme behandling. Med andre ord blev forestillingen om patientens behandlingsforløb knyttet til speciallægenes fastlæggelse af en behandlingsplan, og overholdelsen af denne plan blev konkretiseret gennem en skemalagt overflytning af patienten fra Modtageafdeling til sengeafsnit inden for 24 timer efter indlæggelsen. Fokus på patientforløbet blev således ikke forbundet med tværfaglige overvejelser eller kommunikation, men med overholdelse af en monofagligt fastlagt plan, der ifølge plejegruppen i visse tilfælde kunne se bort fra eller ignorere de plejemæssige behov, som plejegruppen konstaterede blandt patienterne. Ud fra dette perspektiv kom denne lægelige forståelse af patientforløb således i konflikt med den plejefaglige forestilling om kvalitet, og opfyldte ikke den forventning, nogle sygeplejersker havde om, at lægernes mulighed for at følge patienternes forløb ville blive et udgangspunkt for bedre kommunikation mellem lægerne og plejegruppen.

Det professionsorienterede styringstema

Caset belyser herudover aktørernes forståelser af teamdannelse som et led i en tværfagligt baseret udvikling af den faglige kvalitet. På sengeafsnittet blev der italesat en række behov for en bedre koordinering og et bedre samarbejde. Introduktionen af begrebet kliniske teams skete imidlertid ikke på noget detaljeret niveau med hensyn til arbejdsopgaver og arbejdsdeling mv. Beskrivelsen af kliniske teams var primært en hensigtserklæring, der skulle fremme organiseringen af det kliniske arbejde, så det tog udgangspunkt i patientforløbene, samt fokusere professionernes indsats omkring dette. De kliniske teams skulle på denne led anvendes til at reorganisere de faglige aktørers forståelse af, hvad det centrale i deres indsats skulle

bestå i. På denne baggrund var styringsteamet orienteret mod at ændre de faglige aktørers – forstået som medlemmerne af professioner og faggrupper – forestillinger om, hvad der var væsentligt i den faglige indsats med henblik på at optimere effekten af behandling og pleje.

Når styringstemaet ikke fik større gennemslagskraft, end det gjorde, blev det af de faglige aktører og deres ledere betegnet som en konsekvens af den manglende mulighed for at indpasse ændrede arbejdsformer i vagtplaner og den almindelige travlhed. Italesættelsen af den kliniske hverdag var således domineret af en forståelse af, at der manglede overblik i arbejdstilrettelæggelsen. Samtidig var der vanskeligheder ved at gennemføre ændringer af arbejdstilrettelæggelsen, selv om der blev peget på, at en større fokusering på patienternes forløb var ønskelig. Særligt var plejegruppen interesseret i at få knyttet lægerne tættere til patientforløb.

De kliniske teams og skabelsen af identitet blandt de faglige aktører

Placeres de faglige aktørers tolkning af begrebet kliniske teams i Brunssons ramme af identitetsmarkører, etableres en sammenhængende præsentation af tolkningerne. Dette sker gennem italesættelsen af 'hvem vi er', 'hvad er vores situation' samt 'hvad er den passende handling for aktører i vores situation'.

Spørgsmålet om hvem vi er virkede centralt. Sengeafsnittet var forsøgt italesat som en samlet enhed – sengeafsnitsteam – men dette var ikke slået igennem på lige vilkår mellem de kliniske faggrupper.

Selv om der var læger, der gav udtryk for, at lægerne indgik i sengeafsnitsteamet, var der også eksempler på det modsatte. Dette blev understreget af omtalen af det nødvendige i at styrke specialet og gennem italesættelsen af den lungemedicinske lægegruppe som 'lungeteamet'. Der var derfor et skisma i konstruktionen af gruppernes italesættelse. I plejegruppen var der primært en oplevelse af at udgøre én enhed, men samtidig bevægelser i retning af at nogle medlemmer af plejegruppen var der i kort tid – nyuddannede sygeplejersker på vej til et andet speciale eller lignende – mens andre havde en længerevarende relation til afdelingen.

Tilsvarende blev spørgsmålet om 'hvad er vores situation' italesat forskelligt. Fx var der forskellige vurderinger af, om lægerne var blevet placeret marginalt og derfor skulle satse på at styrke det lungemedicinske og monofaglige perspektiv, eller om lægerne først og fremmest var nødt til at medvirke i udviklingen af det tværfaglige perspektiv. Spørgsmålet angående hvad aktørernes situation var, afspejlede på denne måde naturligt besvarelsen af spørgsmålet om, hvem aktørerne opfattede sig som. I lægegruppen var der varierende forståelser af gruppens placering, der bevægede sig fra en opfattelse af, at gruppen var specialister, som primært skulle medvirke til at styrke specialet, til at gruppen primært udgjorde et af flere

elementer i en tværfaglig indsats. De forskelligartede forståelser af gruppens situation blandt lægerne kunne også aflæses i plejegruppens forskelligartede vurderinger af lægegruppen og dens deltagelse i en fælles kultur på sengeafsnittet. Til gengæld var plejegruppens medlemmer stort set enige om at forstå sig selv som en samlet gruppe. Plejegruppen opfattede sig som værende i en situation, hvor man bestræbte sig på at varetage en vigtig og nødvendig opgave med så stor grad af faglighed som muligt i et speciale med lav status og dårlige rekrutteringsmuligheder. Set fra denne vinkel var der derfor modsætningsfyldte opfattelser blandt de forskellige faggrupper på afsnittet af, hvad medarbejdernes situation bestod i. Der var tilsvarende varierende forståelser af, hvad realiseringen af idéen om kliniske teams ville være afhængig af – og hvorfor idéen netop ikke kunne realiseres.

Endelig var der varierende opfattelser af, hvad de relevante handlinger bestod i, der udgjorde en naturlig forlængelse af opfattelserne af identitet og situation. Blandt lægerne blev der forståelser af handlemulighederne, som gik i retning af initiativer til styrkelse af det lungemedicinske speciale. Dette var både forbundet med at søge at udskifte den lægelige teamleder og at tilrettelægge arbejdet på sengeafsnittet i overensstemmelse med specialets krav. Omvendt var der også forståelser blandt lægerne, der pegede i retning af at give højere prioritet til de tværfaglige relationer. I plejegruppen bestod forståelserne om handling i at arbejde på at styrke den stabilitet og dialog, som var opnået gennem udviklingen af den fælles teamledelse på afsnittet, samt at søge at motivere lægerne til at indgå i yderligere tværfagligt samarbejde om afsnittets indsats.

Sættes dette ind i en sammenhæng med aktørernes forståelser af, hvad der skulle skabe bedre faglig kvalitet på afsnittet, ses der en tilsvarende variation med lægernes skiftevis pointering af det monofaglige og evidensbaserede over for det tværfaglige og erfaringsbaserede. Selv om alle udsagn viser, at den enkelte læge var enig i, at begge perspektiver var væsentlige, fremstår der alligevel klare forskelle i prioriteringen af de to forhold mellem de enkelte aktører. Denne samme indre modsætning kan findes i plejegruppen. Der synes at være et forklaringsmæssigt skisma mellem at sikre den monofaglige kvalitet, samtidig med at forbedret kvalitet forbindes med tværfaglighed. I plejegruppen lægges der dog større vægt på teamfunktionen og dermed det tværfaglige, bl.a. fordi alle i plejegruppen har deltaget i teamarbejde gennem deres uddannelse.

Det falder derfor lettere for medlemmerne af plejegruppen at se teamfunktionen som en mulig løftestang til udvikling af kvaliteten, og dette gælder også den tværfaglige teamfunktion og kvalitet. Hvor der kan være forståelser af kvalitet blandt lægerne, der ekskluderer en tværfaglig forståelse af kvalitetsarbejdet, er dette mere indarbejdet hos medlemmerne i plejegruppen. I plejegruppen ligger betænkelighe-

derne over for idéen om kliniske teams derfor ikke i det principielle, men i det praktiske – det ses ikke som foreneligt med personaleknaphed og vagtplanlægning.

Ses der igen på styringstemaet i dette case – det professionsorienterede styringstema – peger ovenstående overvejelser på, at styringstemaet har stødt på størst modstand blandt lægerne, der ser det tværfaglige team som en potentiel forhindring for udviklingen af den medicinske og monofaglige kvalitet. Dette fremgår videre af de variationer, der er fremkommet i italesættelsen af de kliniske teams.

Det professionsorienterede styringstema og italesættelsens variation

Italesættelsen af tværfaglighed blandt aktørerne i dette case foregår som forskellige måder at placere samarbejdet mellem faggrupper – det tværfaglige samarbejde om kvalitet – i en forståelsesramme. De mange udsagn fra aktørerne peger således i forskellige retninger, og viser varierede forståelser af tværfaglighed baseret på forskellige professionelle standpunkter og oplevelser af konkrete situationer. Forskellene udspiller sig ikke alene mellem aktører fra forskellige faggrupper, men også inden for samme faggruppe, som fx mellem den lungemedicinske overlæge og den afdelingslæge, der stod for deltagelse i afsnitsledelsen og som del af teamledelsen.

Anvendelsen af teambegrebet giver et indblik i forskellige måder at forestille sig tværfaglighed på. På den ene side anvendte ledelsen og H:S begrebet til en skitsering af nogle principper for faglig organisering af forbedringen af kvaliteten af patientforløbene i kliniske teams, der kan betragtes som et ekko af nogle af de skriftlige og mere teoretiske fremstillinger. På den anden side foregik der meget praksisnære anvendelser af teambegrebet, der indgik i de faglige aktørers forklaring på forløbet af konkrete episoder. Et eksempel på dette var anvendelsen af 'team' som metafor, som da en yngre læge brugte metaforen 'team-spirit' som indbegrebet af en bestemt måde at opleve samarbejde på – formuleret gennem italesættelse af begrebet og ordet team.

Ledelsens italesættelse af forestillinger om teams

Der var varierende forestillinger om, hvordan teambegrebet blev introduceret i Medicinsk Center, således som centerledelsens og overlægens forskellige opfattelser fx vidner om. Centerledelsens forestilling om teams indeholdt tillige en fremstilling af, at tværfagligt samarbejde var det eneste mulige valg, og at teams var midlet til at opnå dette. Teams blev på denne måde placeret som forudsætningen for kvalitet, og introduktionen af den mere systematiske anvendelse af teambegrebet skete gennem anvendelsen af betegnelsen 'klinisk team'. Selv om centerledelsen anerkender, at den konkrete anvendelse af kliniske teams som organiseringsform ikke var slået igennem, så betragtede centerledelsen alligevel dette som vejen

frem – eventuelt tolket i en anden form end den skabelse af et lille team for hvert patientforløb, og i stedet tolket over i anvendelsen af en teamstørrelse med flere læger og sygeplejersker, der samlet tog ansvaret for behandling og pleje etc. af de til enhver tid indlagte patienter i et mindre antal af afsnittets sengepladser, fx seks senge.

Når centerledelsen ser det som en vanskelig rolle at lede udviklingen i en situation, hvor det er det lokale ansvar og initiativ, der er den afgørende faktor, så kræver dette en løbende ledelsesmæssig forholden sig til netop disse initiativer. Set ud fra dette perspektiv kunne det forventes, at ledelsesrollen blev præget af løbende og hele tiden gentagne justeringer af ledelsens indsats i en fortløbende dialog med klinikledelserne. Det kunne evt. også forventes, at der blev skabt muligheder for dialog med de faglige aktører i faggrupperne, dvs. med lægerne, sygeplejerskerne og andre som stod for udviklingen af den praksis i det kliniske arbejde og dermed for praksis i kliniske teams.

Ledelsens normative input og konstruktionen af valg

Når centerledelsen – primært – betragtede eller konstruerede sin rolle som tilbagetrukket i den forstand, at den betragtede sin rolle som inspirerende eller normsættende i stedet for regulativ, så ledte dette frem til en forståelse af valgsituationen i udviklingen af den kliniske praksis. Ledelsen forestillede sig, at de konkrete valg af vej for udviklingen skete, når faggrupperne i klinikker og sengeafsnit prioriterede deres indsats, og herunder prioriterede deres indsats for tværfaglighed i arbejdet med udvikling af den faglige kvalitet.

Når team er en standard, der indgår i den generelle organisatoriske diskurs og således kan indgå i lokale organisatoriske reformer, er det – sikkert blandt flere forhold – en følge af den fortsatte orientering mod kvalitet, men også mod sammenhængende patientforløb og kontinuitet i den generelle diskurs. Selv om begrebet team har været anvendt i sygehusvæsenet siden 1970'erne, får team-begrebet fornyet status med de to øvrige standarders position.

Caset illustrerer videre, hvorledes forsøget på at skabe øget koordination i første række søger at knytte an til en forestilling om, at der kan skabes kliniske teams baseret på samarbejde omkring patientforløbene, men at dette glider over i forsøg på etablering af et rum for samarbejde mellem de kliniske faggrupper på afsnitsniveau. Dette ses bl.a. af, at terminologien – eller diskursen – skifter fra 'kliniske teams' til 'sengeafsnitsteams', samtidig med at fokus for samarbejdet mellem læger og sygeplejersker i stuegangen gives stor opmærksomhed.

Et særligt punkt i caset vedrører stuegangen – og den fælles morgenkonference – som indgår i et spil mellem forskellige hensyn eller tolkninger, herunder hensyn-

net til/tolkningen af yngre lægers kliniske træning og hensynet til plejegruppens udførelse af det daglige kliniske arbejde. Pointen er, at behovet for koordinering og samarbejde tolkes ind i de eksisterende organiseringsformer, som er resultater af de professionelle faggruppers behov for uddannelse, information, støtte fra de andre faggrupper, etc.

Afrunding

Analysen af caset viste, at anvendelse på afdelingen af begrebet kliniske teams som en løftestang for en udvidet tværfaglig indsats for forbedret kvalitet ikke var i tråd med de faglige aktørers tolkning af relevans og faglig kvalitet. Det professions- og patientforløbsorienterede styringstema havde til hensigt at redefinere den professionsorienterede opfattelse af arbejdet med kvalitet i en forløbsorienteret og tværfaglig retning. De italesættelser, som aktørerne fremkom med af tværfaglighed og placering af professionel identitet i en tværgående sammenhæng, varierede meget mellem de enkelte aktører inden for hver af aktørgrupperne. Inden for lægegruppen var der fx variationer, som medfører, at det kan være vanskeligt at tale om en fælles professionel identitet inden for gruppen, men peger på, at der eksisterer flere sideordnede identiteter, som hhv. omfatter de yngste læger, overlægerne etc.

Forholdet mellem idébæreres og faglige aktørers tolkninger af situationen på afdelingen, og af hvilken indsats der skal til for at bedre den tværfaglige kvalitet, bar præg af de forskelle, der syntes at være i italesættelsen af behovet for udvikling. På idébærerniveau blev behovet for udvikling italesat som behovet for en struktur, der skulle give mulighed for, at medlemmerne af faggrupperne kunne mødes i tværfagligt samarbejde om en konkret og meningsfuld aktivitet, nemlig at sikre hensigtsmæssige patientforløb. På de faglige aktørers niveau var behovet for tværfaglighed og udvikling placeret i en hverdag i klinikken, hvor netop kontinuitet italesættes som uopnåelig på grund af ubesatte stillinger, skiftende vagtplaner og behovet for primært at tilgodese den monofaglige kvalitet. Der eksisterede således en dekobling mellem de to aktørniveaues tolkning og italesættelse af behovet for og vejen til opnåelse af en forbedret tværfaglig kvalitet.

7. Case 3: Centrale standarder for kvalitet

– udvikling af forestillinger om tværfaglighed og kvalitet i lyset af Den Gode Medicinske Afdeling

7.1 Centraliserede standarder og kvalitet i sygehusvæsenet

Dette case omhandler anvendelsen af idéen om at bruge standardiserede procedurer og fremgangsmåder til at udvikle den faglige kvalitet på sygehusene. Styringstemaet i caset har således fokus på ønsket om at gennemføre en detaljeret styring af medarbejdernes faglige indsats. I dette case er det således ikke organiseringsformen som sådan eller forståelserne af faggrupper og professioners rolle, som er målet, men indholdet af de faglige handlinger. Hvor det organisatoriske styringstema i det første case havde fokus på selve organiseringsformen, og det professionsorienterede styringstema i det næste case havde fokus på patientforløbet og de sundhedsprofessionelles indbyrdes roller, sigter det faglige styringstema i dette case på gennemførelse af ændringer i kernen i de faglige aktørers ageren, nemlig indholdet af deres faglige praksis. Det faglige styringstema er domineret af standardisering af procedurene for behandling og pleje, hvilket bl.a. er en konsekvens af, at det er forbundet med vanskeligheder at måle resultatet af behandlingen på en måde, der entydigt forbinder kvaliteten af den faglige indsats med patientens udbytte.

Det aktuelle case stammer fra perioden efter år 2000, hvor flere landsdækkende initiativer blev introduceret med et fælles fokus, som bestod i standardisering af den faglige indsats som en idé til udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Standardisering blev introduceret i flere udgaver eller som flere organisatoriske udviklingskoncepter til udvikling af kvaliteten, og var på vej til at blive tolket ind i en

daglig praksis i det danske sygehusvæsen. Dels drejede det sig om faglige retningslinjer for enkeltstående behandlingsformer og diagnoser m.v., og dels drejede det sig om mere generelle standarder for sygehusene og sygehusafdelinger som sådan.

Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) tog udgangspunkt i et sæt standarder for kvalitet, som var udviklet med henblik på medicinske sygehusafdelinger. Standarderne omhandlede en række generelle forhold, der som udgangspunkt gjorde sig gældende for alle patienter på afdelingerne, som fx gennemførelse af en ernærings-screening, at der udarbejdes en behandlingsplan, at medicinordinationen er indført i journalen etc. DGMA sigtede således på forbedring af kvaliteten gennem overholdelse af generelle standarder, mens andre initiativer har sigtet på at søge at standardisere forløbene for patienter, der tilhører bestemte diagnosegrupper eller andre specifikke patientgrupper.

7.2 Standardisering som vej til kvalitet

Med etablering af begreber som 'evidens' og 'best practice' blev det forsøgt at etablere en platform for standardisering af behandling i sygehusvæsenet på tværs af den traditionelle autonomi i den medicinske profession. Faglige retningslinjer for behandlingstyper omhandlede anvendelse af videnskabelig dokumentation som grundlag for udpegning af den bedst mulige behandling for enkeltstående tilstande og diagnoser – som fx diabetes eller hjerteinfarkt. Dette kan forstås som en form for faglig standardisering med udgangspunkt i ønsket om et højt professionelt niveau, hvor der foregik en systematiseret udvælgelse og beskrivelse af den viden, der kunne udnævnes som central for det specifikke felt. Idéen er at standardisere den kliniske procedure for at øge kvaliteten, bl.a. som følge af, at det er forbundet med vanskeligheder at udvikle entydige målinger af resultatet af behandlingen. Det har derfor virket mere professionelt relevant at strukturere det kliniske arbejde ud fra et sæt standarder, end at indføre en kvalitetskontrol med en række indbyggede svagheder. Dette arbejde ledte fx til etablering af Det Nordiske Cochrane Center i København, etablering af Center for Medicinsk Teknologivurdering under Sundhedsstyrelsen samt Sundhedsstyrelsens udvikling af nationale kliniske retningslinjer.

Faglige retningslinjer kan således betragtes som et forsøg på at indføre en standardisering af procedurerne for patientforløbene på sygehusafdelingerne. De initiativer, der blev taget i denne retning, kunne tage afsæt i faggruppernes ønske om at forbedre kvaliteten af den faglige indsats, set som en forbedring af behandling og

pleje af patienter med bestemte diagnoser og med specifikke behov. Dette foregik ved, at retningslinjer kunne introduceres med det professionelle engagement i at opnå en specialiseret behandling på et højt niveau som den primære løftestang.

Generelle standarder for kvalitet og akkreditering

Den anden løftestang til standardisering udgøres af mere generelle eller dækkende standarder for den faglige praksis, herunder akkreditering. Introduktionen af akkreditering som udviklingsidé i sundhedsvæsenet havde oprindeligt sin baggrund i et ønske om at anvende industriens metoder til produktionskontrol i forhold til sundhedsydelser. Denne udvikling havde sit udspring i USA med etablering af Joint Commission i 1951.²⁶⁴ Metoder til standardisering og produktionskontrol blev dog allerede præsenteret i industriel sammenhæng i 1800-tallet.²⁶⁵ Standardisering af produktionsprocesser blev senere videnskabeliggjort, primært gennem Taylor's udvikling af Scientific Management på baggrund af dennes erfaringer fra udvikling af den amerikanske stålindustri fra omkring århundredeskiftet. Scientific Management var baseret på en detaljeret analyse af opmåling af produktionsprocessens elementer kombineret med en kvalitetskontrol.²⁶⁶

Det har været vanskeligere at anvende standardisering og kvalitetskontrol i sygehusvæsenet, som har været præget af stor kompleksitet i forholdet mellem indsats og resultat.²⁶⁷ Dette har både omhandlet analyse og afgrænsning af de faktorer, der resulterer i høj kvalitet, og vanskeligheder med at standardisere det kliniske arbejdes indhold. Behandling og pleje har været domineret af processer, som i mange tilfælde er vanskeligere at beskrive og kontrollere i skemaer og procesbeskrivelser end den industrielle produktion. Samtidig har feltet været domineret af professioner/faggrupper og disses faglige autonomi.

Arbejdet med at opnå en standardisering af det kliniske arbejde gennem en generel akkreditering i sygehusvæsenet har derfor kun i mindre omfang haft sigte på at kontrollere kvaliteten af resultaterne af behandlingen eller på at anvende detaljerede regler for gennemførelse af de specialiserede dele af pleje- og behandlingsforløb. Akkreditering har i højere grad fokuseret på en række generelle faktorer, der skulle sikre kvaliteten gennem en kontrol af processen. Fokus har således været på

²⁶⁴ Mainz et al, 2002.

²⁶⁵ Mendner, 1976, p. 109.

²⁶⁶ Taylor, 2003.

²⁶⁷ Lindhardt, 2002, skriver fx om problemet med brugen af standarder for kvalitet i sundhedsvæsenet i forbindelse med akkreditering og Den Gode Medicinske Afdeling: *'Den daglige virkelighed synes da også at antyde, at det kvalitetsbegreb, som anvendes, og som er under stadig udbredelse, mere er et kvalitetsbegreb, som har sin rod i begyndelsen af det forrige århundredes modernistiske industrisamfund.'*

proceskontrol i stedet for på resultatkontrol.

Dette har omfattet overholdelse af kriterier, der var gældende for alle patienter, og på denne baggrund skulle sikre et solidt grundlag for behandlingens kvalitet. Disse kriterier omfatter fx, at patienten vejes, at lægen informerer patienten om forløbet, at der udsendes et udskrivelsesbrev til patientens praktiserende læge inden en vis frist etc. Kontrollen af disse kriterier kommer således til at bestå i at konstatere, at de valgte procedurer er overholdt, men ikke om patienten har opnået et godt resultat, da dette er en følge af en større kompleksitet, end der kan rummes i kriterierne.

Den omfattende akkreditering, der er etableret i det amerikanske sygehusvæsen gennem de seneste mere end 50 år, kunne indføres med en legitimitet, som var baseret på, at de kunder, som betalte for behandling og pleje, skulle kunne være sikre på, at behandlingen som vare levede op til et sæt minimumskrav. Denne legitimitet er blevet transformeret over på de markedslignende konstruktioner, som de Vesteuropæiske sygehusvæsener blev underlagt i forbindelse med indførelsen af New Public Management i sundhedsvæsenet i 1980'erne og 90'erne. Det blev i denne periode i stigende grad legitimt at tage udgangspunkt i et bruger- eller kunde perspektiv, hvor det er professionelt relevant at anvende kontrollerende styringsmekanismer over for aktiviteten i sygehusvæsenet.²⁶⁸

Den Gode Medicinske Afdeling kan ses som et forsøg på styring af den kliniske indsats, der anvender akkrediteringens generelle standarder for kvalitet som model.

Den Gode Medicinske Afdeling og ønsket om standardisering

Den metode, som blev anvendt af DGMA, udgøres som nævnt af standarder for tilrettelæggelse af arbejdsgange mv. på sygehusene, der i de fleste tilfælde havde procesorienteret og generel karakter. Denne udvikling indgik i en proces, hvor industrielle modeller for kvalitetssikring og standarder for kvalitet er blevet overført til sundhedsvæsenet. Et af de første led i denne proces omhandlede en voksende brug af certificering af hospitalslaboratorierne med udgangspunkt i metoder, der havde et industrielt grundlag, dvs. benyttelse af ISO-standarder mv.²⁶⁹ Sekundært foregik der en bevægelse med overførsel af metoderne fra den amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission on Accreditation in Health Care Organizations til Nordeuropa. I første omgang skete dette via det Britiske King's Funds udarbejdelse af en omfattende manual med omfattende kvalitetsstandarder beregnet på anvendelse i The National Health Service (NHS) i Storbritannien i midten af

²⁶⁸ Vrangbæk, 1999, & Kragh Jespersen, 1999.

²⁶⁹ Erlingsdóttir, 1999.

1990'erne. Dette sæt standarder blev efterfølgende oversat til svenske forhold af det svenske sundhedsvæsenes daværende planlægnings- og rationaliseringsinstitut SPRI²⁷⁰. Anvendelsen af generelle kvalitetsstandarder i det danske sygehusvæsen skete efter inspiration fra alle disse tre kilder. Introduktionen skete som centraliserede initiativer med anvendelse af en række karakteristiske forretningsmodeller som institutioner som 'kvalitet' og 'patienten i centrum'.

Anvendelse af centraliserede standarder for kvalitet foregik i Danmark både gennem sygehusmyndigheders etablering af egne akkrediteringsprogrammer – som det er sket i hhv. H:S og i Sønderjyllands Amt²⁷¹ – og gennem udarbejdelse af et sæt standarder for kvaliteten på de medicinske sygehusafdelinger, forestået af det lægevidenskabelige selskab Dansk Selskab for Intern Medicin. Det er dette sidste initiativ, der dannede baggrund for Den Gode Medicinske Afdeling.

Idéen om anvendelse af generaliserede standarder for kvalitet har ført videre til etablering af Det Nationale Indikator Projekt i 1999,²⁷² som omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den faglige kvalitet), samt Den Danske Kvalitetsmodel, der har været under udvikling siden 2006.²⁷³ Kvalitetsmodellen er et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem måling og vurdering af kvaliteten af sundhedsydelse resulterende i en akkreditering. Kvalitetsmodellen er baseret på et fælles vurderingsgrundlag bestående af en række standarder med tilhørende indikatorer og en struktureret evaluerings- og afrapporteringsproces.²⁷⁴ Den Danske Kvalitetsmodel er på denne måde udformet som en tillempet akkreditering af de danske sygehusafdelinger.

Projektet Den Gode Medicinske Afdeling kan således ses som et led i en bred udvikling, hvor standarder for kvalitet spiller en voksende rolle. Herunder har DGMA fungeret som en slags forgænger for Den Danske Kvalitetsmodel, med en tilsvarende opbygning med standarder for kvalitet. DGMA-projektet, der i mod-

²⁷⁰ Erlingsdóttir, 1999.

²⁷¹ Mainz et al, 2002.

²⁷² Det Nationale Indikatorprojekt, 2008.

²⁷³ Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2008.

²⁷⁴ Standarderne omfatter generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder vedrørende kliniske aktiviteter og organisatoriske standarder vedrørende bagvedliggende forhold og processer. Standarderne og indikatorerne tager afsæt i eksisterende materiale fra en række landsdækkende kvalitetsprojekter, og etableres i et samarbejde mellem faggrupper, brugere og andre interessenter bistået af international konsulentrådgivning. Kvalitetsmodellens standarder omhandler 37 udvalgte temaer for strategisk vigtige aktiviteter. Standarderne fordeler sig på tre kategorier; generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder samt organisatoriske standarder.

sætning til Den Danske Kvalitetsmodel ikke var obligatorisk at medvirke i for afdelingerne, fik alligevel deltagelse af et stort antal medicinske sengeafsnit på landets sygehuse. De fire sengeafsnit, der indgår i dette case, deltog således i DGMA-projektet.

Standardisering som faglig centralisering i en verden af professionel autonomi

Det faglige styringstema i dette case er karakteriseret ved en centralisering af det faglige indhold af indsatsen i klinikken, da standarderne for kvalitet er fastlagt centralt. Dette kan synes at være i modstrid med faggruppernes traditionelle faglige autonomi, og herunder særligt den lægelige professionelle autonomi, som den har været udviklet igennem professionens lange historie. På andre fronter er faglig centralisering og standardisering dog samtidig blevet en del af faggruppernes identitet. Dette gælder også den medicinske profession, der er karakteriseret af kanoniseringen af det randomiserede kontrollerede eksperiment som eneste/væsentligste kilde til videnskabelig erkendelse, og den efterfølgende udbredelse af evidensbegrebet som karakteristik for graden af videnskabelig troværdighed, grundighed og erkendelse.

Dette dilemma med hensyn til lægernes forhold til standardisering kan opløses ved at betragte standardiseringen som hhv. monofaglig og tværgående. Så længe standardiseringen foregår på professionens præmisser gennem evidens mv., er den legitim i forhold til den enkelte læge. Noget andet gør sig gældende, når flere faggrupper indgår, og standarderne for kvalitet derfor er udviklet på et bredere grundlag. Den lægelige autonomi eksisterer set ud fra denne antagelse primært i forhold til de øvrige faggrupper og patienterne. Hvis der er medicinsk evidens for en bestemt behandlingspraksis, er det lægens ret og pligt at anbefale denne og at få de øvrige involverede aktører, patienterne inklusive, til at medvirke i denne indsats.

I forhold til de øvrige faggrupper er terminologien ikke helt klar, da forholdet mellem læger og andre fagpersoner er sværere at definere præcist. Hvis denne situation analyseres ud fra, at der er tale om, at flere professioner skal indgå i bestræbelserne på at finde en fremgangsmåde for behandlingen, vil den medicinske evidens ikke stå som eneste udgangspunkt for forhandlingen. Omvendt kan man forestille sig en situation, hvor lægerne på en sygehusafdeling betragter deres eget udgangspunkt som primært og således hævet over andre faggruppers antagelser. Tværfaglighed kan således, i lægernes italesættelse af tværfaglighed, dække over, at det medicinske perspektiv på evidens også omhandler perspektivet på samarbejde.

DGMA's initiativ befinder sig således mellem den medicinske autonomi med hensyn til anvendelse af metoder og procedurer i praksis og den medicinske pro-

fessions institutionelt betonedes/italesatte overbevisning om, at der eksisterer en 'bedste' praksis (best practice), som bør udbredes til samtlige behandlende institutioner.

7.2.1 Standarder for kvalitet; Den Gode Medicinske Afdeling

Projektet Den Gode Medicinske Afdeling opstod i kølvandet på et initiativ taget af det lægevidenskabelige selskab Dansk Selskab for Intern Medicin. Selskabet udgav i 1996 et debatoplæg med angivelse af en række forslag til standarder for kvaliteten inden for det internmedicinske område.²⁷⁵ Oplægget førte til etablering af projektet som et nationalt initiativ med oprettelse af et sekretariat i år 2000, der videreudviklede de foreslåede standarder til en operationel form. Sekretariatet og projektet opførte med årsskiftet 2006-2007 med baggrund i etableringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

Projektet var i sin grundstruktur konstrueret gennem frivillig tilmelding fra landets medicinske afdelinger, idet det var muligt at tilmelde afsnit enkeltvis. Frivilligheden blev kommenteret af en oversygeplejerske (A) således:

”DGMA har haft meget vind i sejlene på grund af navnet. Hvem ville sige nej til at være med i den gode medicinske afdeling – det er jo simpelthen kun den dårlige medicinske afdeling, der vil det.”

Monitoreringen af kvaliteten foregik gennem afsnittenes egen audit af 50 journaler fra deres afsnit. Journalerne blev gennemgået i fællesskab af en læge og en sygeplejerske fra afsnittet, idet det blev kontrolleret, om de opstillede standarder var overholdt ifølge journalerne. Resultatet blev indsendt til DGMA's sekretariat, der på denne baggrund udarbejdede en tilbagemelding, der dels præsenterede resultaterne inkl. gennemsnit mv. i anonymiseret form, og dels gav hver enkelt afsnit mulighed for at sammenligne sine egne resultater med de øvrige anonymiserede afdelingsresultater.

Konstruktionen af kvalitet gennem standarder – eksempler

Standarderne var bygget således op, at hver standard blev afspejlet gennem en eller flere indikatorer. Standarderne var etableret, så de omhandlede procesvariable og

²⁷⁵ Gjørup et al, 1996.

strukturelle variable. Dette skyldtes bl.a., at det kan være særdeles vanskeligt at opbygge objektive standarder for kvaliteten af behandlingens og plejens resultater, da et sådant resultat kan skyldes mange andre forhold end afdelingens indsats.

De indirekte procesvariable omfatter derfor fx, om der var overensstemmelse mellem den arbejdsdiagnose, der blev stillet kort efter indlæggelsen, og udskrivningsdiagnosen; om det angivne skøn for indlæggelsesvarigheden, som fastsættes ved indlæggelsen, kom til at holde stik; om ventetiderne for undersøgelser og tilsyn internt på sygehuset var lave nok; om det er dokumenteret, at der er udarbejdet en genoptræningsplan for patienten etc. Dette er alt sammen forhold, der ikke i sig selv garanterer, at pleje og behandling havde en høj kvalitet, men kan på den anden side siges at være vigtige forudsætninger for opnåelse af denne kvalitet.

Standarder for tværfaglighed som kvalitet

Mange af standarderne afspejler indlæggelsesprocessen, og afspejler således også det samarbejde, der finder sted mellem de kliniske faggrupper langs hvert indlæggelsesforløb. Det drejede sig fx om standarder vedrørende vurdering af sammensatte problemstillinger vedrørende ernæring, smerter, mobilitet etc., standarder vedrørende medicinordination etc.

Anvendelsen af standarder, der fokuserer på forløbet af patientens behandling og pleje, får netop denne karakter, hvor de tværfaglige processer naturligt kommer i centrum. Denne tværfaglige karakter er også gået igennem i nogle af udtalelserne fra ledere og medarbejdere på casets afdelinger. (A) En oversygeplejerske gav udtryk for, at afsnittets involvering i DGMA – og specifikt gennemgangen af DGMA's tværsnitsundersøgelser – havde været det 'det første tværfaglige tiltag', som ledelsen havde taget.

7.3 Casebeskrivelse – standarder på fire medicinske afdelinger

De fire sengeafsnit var alle medicinske afsnit, der behandlede patienter med sygdomme og lidelser som fx sukkersyge, astma og bronkitis, medicinske hjertesygdomme, mavesygdomme og leversygdomme. Dette medfører traditionelt to ting med hensyn til sammensætning af patientgruppen. Dels er det generelt for medicinske afdelinger, at en meget stor del af deres patienter indlægges akut – typisk mellem 80 og 90 % – og dels lider mange af patienterne af kroniske sygdomme,

som de i mange tilfælde har lidt af i en del år, inden sygehusbehandling blev relevant, og som de typisk når at blive behandlet for i sygehusregi i en årrække.²⁷⁶

Afdelingerne blev udvalgt med henblik på at opnå stor variation med hensyn til sygehusets størrelse, afdelingens specialiseringsgrad og geografisk placering i landet. Der var tale om afdelinger med forskellig grad af subspecialisering, således at et par af afdelingerne varetog lands- og landsdelsfunktioner, mens de to øvrige varetog mere almene internmedicinske funktioner på et mindre specialiseret niveau.

7.4 Aktørernes forestillinger om tværfaglighed og kvalitet

Introduktionen af det sæt standarder for kvalitet, som DGMA præsenterede, og de tilbagemeldinger af resultater, som DGMA stod for, foregik i et felt, der allerede havde udviklet forskellige former for praksis til sikring og forbedring af kvaliteten. Forskellige tilgange til systematiseret kvalitetsudvikling havde været diskuteret og praktiseret i omkring 10 år, og flere af afdelingerne havde erfaringer med fx organisering af kvalitetscirkler, sideløbende med den generelle udvikling af faglighed og kvalitet gennem indarbejdelse af retningslinjer og konsensusrapporter i lokale instrukser mv.

Introduktionen af DGMA's standarder udgjorde således et supplement eller måske en konkurrence til de eksisterende initiativer vedrørende den faglige kvalitet. I denne afhandling har undersøgelsen af casets fire sengeafsnit derfor haft til hensigt at analysere, hvordan centraliserede standarder for kvalitet blev tolket og transformeret ind i den eksisterende praksis. Hensigten har således været at analysere, hvordan idéen om den type forløbs- og procesorienterede kvalitetsstandarder, som DGMA stod for, blev transformeret ind i lægernes og sygeplejerskernes – de faglige aktørers – forestillinger om kvalitet og tværfaglighed.

²⁷⁶ Dette er naturligvis kun et generelt billede; i nogle tilfælde vil medicinske patienter blive behandlet for en førstegangslidelse, blive sendt hjem og ikke have brug for behandling i mange år. Men billedet af de kroniske patienter, der indlægges akut under en række successive anfald af deres sygdom, er fremherskende.

7.4.1 Standarder for kvalitet – kriterier for faglighed og for patientforløb

Mange af de fagpersoner, der som faglige aktører indgik i interviews mv. i undersøgelsen på de fire sengeafsnit, betragtede det som problematisk, at de standarder for kvalitet, som DGMA udviklede, i stor udstrækning havde fokus på strukturer og processer. Når fokus på denne led blev ledt væk fra behandlingens og plejens resultater, kunne det ses som en potentiel risiko. Fx kunne fokus blive ledt væk fra den centrale kvalitet af patientens sundhedsmæssige udbytte, og i stedet fx blive ledt hen på dokumentation af medicinadministration eller information af patienten. Tilsvarende var der kritik af, at datagrundlaget i DGMA-projektet bestod i retrospektive journaldata, som kunne være ufuldstændige i forhold til, hvad der egentlig var foregået.

(A) En administrerende overlæge og en oversygeplejerske debatterede således det relevante i et typisk eksempel på en procesorienteret kvalitetsstandard, nemlig vedrørende dokumentationen af om patienten er blevet informeret. Den administrerende overlæge mente, at denne type dokumentation førte fokus væk fra den egentlige behandlingskvalitet:

”Man kan spørge sig selv [...] at det står i journal og sygeplejerskekartex, at der er gjort et eller andet, om patienten er informeret. Man kan spørge sig selv, om det er kvalitet, og hvis det er, så er det fordi det er til glæde for jurister, hvis der kommer klagesager. Principielt skulle vi dokumentere alt i journalen. [...] Vi kunne jo få journalen til at fylde det tre- eller firdobbelte, hvis vi skrev det ned hver gang.”

Overfor dette så oversygeplejersken på den organisatoriske proces, der lå i at starte en debat på baggrund af viden om opfyldelse af kvalitetsstandarder:

”Det, at man har en dokumentation for, at sygeplejersker og læger har været blandet ind i en eller anden grad af information, den proces, der er sat i gang på baggrund af det, den har jo været god, fordi vi har fået taget drøftelsen. Det har jo ikke nogen værdi i sig selv at skrive, at patienten er informeret, men der er jo det, der ligger i den oplysning, der er interessant. Så kan man jo tage den drøftelse op på afdelingsplan.”

Den administrerende overlæge pointerede yderligere, at dokumentation ikke er lig med handling, og at overdrevent fokus på dokumentation kunne være problematisk:

”For nu at vende tilbage til blodprop i hjertet. Hvis folk har blodprop i hjertet, så er vi jo 100 % sikre på, at vi har fortalt dem det. Men når man så kigger efter, så står det kun i 20 % af journalerne. Det kan så diskuteres, om det er en kvalitetsbrist, at vi ikke har skrevet det i alle journaler.”

En del af tolkningen af DGMA's initiativ og standarder er således allerede præsenteret i den forstand, at ønsket om at monitorere kvaliteten direkte på effekten af plejen og behandlingen kan ses som et modspil til de mere procesrettede standarder fra DGMA. Der er således allerede her en diskussion om relevansen af den type standarder, som DGMA benyttede sig af, samt relevansen af at anvende retrospektive data af diskutabel kvalitet som retningspil for ændring af praksis i det kliniske arbejde på afdelingerne. Dette hænger i høj grad sammen med de faglige aktørers forestillinger om, hvad faglig kvalitet egentlig består i – konstruktionen af faglig kvalitet.

7.5 Konstruktion af faglig kvalitet

(A) Forståelsen eller tolkning af den gode faglige kvalitet blev udlagt forskelligt af forskellige fagpersoner, også inden for samme faggruppe. Blandt medlemmerne af plejegruppen kunne der fx være tale om forskellige vægtninger af indsatsen, fx vægtning mellem at yde god ’basal’ sygepleje ud fra sygeplejerskens faglige viden og at tage udgangspunkt i patientens egen opfattelse af sine behov:

”God kvalitet er, når patienten tager herfra og føler, at vedkommende har fået information om, hvad der sker i vores behandlingsplan, og føler sig inddraget i plejen. [...] Det er også noget med at få udøvet den sygepleje, som vedkommende har brug for. ... Kvaliteten er også et spørgsmål om, at man bruger sin professionalisme på en akut medicinsk afdeling. Selvfølgelig skal vi have patienten i fokus. Men jeg mener ikke, at man behøver at gå ind på patientens præmisser hele tiden for at lave kvalitetspleje – snarere tværtimod.”

Dette peger videre på andre prioriteringer, som foretages i plejen (A).

En oversygeplejerske pegede på et skisma i plejegruppen mellem et ønske om at yde kvalitetssygepleje gennem opprioritering af omsorg og rehabilitering, og behovet for i stedet at koncentrere sig om den pleje, der lå i umiddelbar tilknytning til gennemførelsen af behandlingen. Synspunktet var, at perspektivet på kvalitet var

nuanceret i uddannelsen, men at der ikke var en logisk sammenhæng mellem dette og den faktiske sygepleje:

”Der er ikke ret meget plads til egentlig at gøre brug af al den faglige viden, man som sygeplejerske tilegner sig i sit studie, da patienterne næsten er ude, før de er kommet ind. Al den her omsorgsdrøftelse og debat, den er også mere og mere død.”

Disse forskellige synspunkter på kvalitet i plejen er ikke direkte modstridende, da de kan eksistere side om side i en klinisk praksis, men afspejler alligevel forskellige grundholdninger, der tager udgangspunkt i hhv. omsorg ud fra en opfattelse af patientens perspektiv og pleje ydet ud fra en professionel tolkning af patientens behov.²⁷⁷ (C) Noget tilsvarende kunne identificeres blandt lægerne, hvor en overlæge fx sammenfattede god kvalitet som:

”Det må være en hurtig diagnose på patienten, en korrekt behandling og at patienterne føler, at de har haft et godt ophold – deres subjektive følelse. At de bliver udskrevet med den korrekte opfølgning og forebyggende behandling. [...] Og at der skal være evidens.’ Altså faglig kompetence, sammenhæng i indsatsen og positiv patientoplevelse. (B) Og dette gik næsten ordret igen på en anden afdeling, hvor overlægens formulering var: ’Det er baseret på, at patienterne får stillet en korrekt diagnose og får den korrekte behandling. Så bliver det mere blødt, når vi skal snakke om de sociale omstændigheder og genoptræning.”

Denne dobbelthed går igen i udtalelser fra de andre afdelinger, som fx (C) Dette ligger på linje med udsagn fra en af de andre afdelinger om, hvad der kendetegner professionalisme:

”Det er noget med en faglig professionalisme. For mig er det stor kvalitet at sørge for, at patienterne føler sig trygge. Så er der hele plejeforløbet – vores basale sygepleje skal være i orden.”

²⁷⁷ For nu at være mere konkret – nogle sygeplejersker gav et eksempel vedrørende en KOL-patient (populært kaldet rygerlunger), der indlægges akut, men ikke får taget temperatur, fordi vedkommende afslår det. Det er dårlig faglig sygepleje, da man derved kan fx overse lungebetændelse eller tilsvarende. Et andet eksempel omhandlede en person, der behandledes med medicin for nogle somatiske (fysiske) symptomer, hvor det efterfølgende viste sig, at patientens symptomer var psykosomatiske og skyldtes en ubehandlet angsttilstand. Denne situation blev ligeledes omtalt som dårlig pleje, da patientens tilstand ikke blev bedømt omhyggeligt og kvalificeret fra plejeside.

Dette kombineres i spørgsmålet om information af patienten:

”God kvalitet er også information på et højt fagligt niveau – dvs. at vi ved, hvad det er, vi taler om.”

De faglige aktørers konstruktion af kvalitet – eller forestillingerne om hvad god kvalitet består i – har således både fokus på at handle fagligt korrekt – den rigtige diagnose, behandling og pleje – og på patienternes oplevelse af forløbet. Dette siger ikke i sig selv noget om, at indirekte og procesrettede mål for kvalitet er irrelevante, men det siger noget om, hvorfor de faglige aktører lægger vægt på så direkte monitorering af resultatet af deres indsats som muligt.

7.6 Konstruktion af proces og koordination; tværfaglighed

Set fra et patientforløbsperspektiv kan god kvalitet let forbindes med, om der er koordination og gensidig forståelse mellem de fagpersoner, der er involveret i forløbet. Dette fører til en tæt forbindelse mellem opfattelsen af kvalitet og tværfaglighed. Tværfagligheden har traditionelt været omtalt i negative eller tilbageholdende vendinger, da der primært har været fokuseret på, at forholdet mellem de kliniske faggrupper skulle være dårligt og samarbejdet begrænset. Det er imidlertid ikke det indtryk, man fik gennem studiet af de fire afdelinger i caset. (C) Samarbejdet mellem faggrupper varierer naturligvis fra afdeling til afdeling, men i de fire caseafdelinger var der generelt positive fortællinger og udsagn om tværfagligheden, som fx:

”Vi har et smadder godt samarbejde med lægerne. Vi er meget heldigt stillede. [...] De går også ind og underviser os.”

(B) Og fra et andet sygehus:

”Vores læger kan man snakke med. Der er kommet mere dialog og samarbejde. De lytter til vores observationer og handler på dem. Og vores overlæger vil gerne undervise.”

(B) Der var også eksempler på, at der var handlet aktivt for at styrke mulighederne

for tværfaglighed gennem en strukturel ændring, der knyttede lægerne tættere til hvert sengeafsnit:

”Vi har skiftende læger, og det har man prøvet at afhjælpe ved, at reservelægerne og de vagthavende læger skulle tilknyttes sengeafsnittene, så de havde en base, når de ikke var på vagt. Det har hjulpet. De samarbejder, ved at de føler en tilknytning, og kommer tilbage igen og fx kan følge op på den patient, de indlagde i en aften-vagt. Det har hjulpet på deres faglige udvikling og samarbejds-mæssigt – en socialisering. Det hjælper.”

(A) Samarbejdet mellem læger og sygeplejersker blev set som et centralt element i kvaliteten. Det kunne dels vise sig i motivationen i den kliniske praksis:

”Det giver næsten sig selv. Hvis jeg ikke synes om lægens plan, så arbejder jeg heller ikke for den. Det kan godt være, at det sker ubevidst, men så får man måske ikke fulgt op på de der ting, man gerne ville, og får det ikke gjort så hurtigt.”

Men dårligt samarbejde blev også placeret som årsag til dårlige patientforløb:

”Når de yngre læger går stuegang, bliver der ikke lagt planer. Så fortsætter de den behandling, der er i gang, og patienten ses an i telemetri et par dage endnu. Det bliver så et problem over for patienten, når der pludselig kommer en overlæge og udskrifter patienten. Så står vi der mellem patient og læge, hvor vi synes, at vi skal kunne stå inde for det, vi gør. Det virker lidt fortvivlende.”

Medlemmerne af plejegruppen forbandt på denne måde kvalitet meget direkte med det tværfaglige samarbejde, hvor erfaringerne med gensidig respekt og vigtigheden af kommunikation blev understreget:

”Hvis de ikke respekterer os eller synes, at vi er vigtigt, så husker de måske ikke at sige til os, at vi skal gøre sådan og give medicin, men skriver det bare i journalen. Så bliver det først gjort i morgen. Hvis lægen har et godt forhold til os, og synes at samarbejdet er vigtigt, så er man tættere på hinanden, og får gjort tingene hurtigere og mere effektivt.”

Her blev effektiv tværfaglighed også koblet op på, om der blev samarbejdet med en erfaren eller en uerfaren læge.

(C) Dette blev suppleret fra en anden afdeling med overvejelser om den gensi-

dige opbakning mellem fagene:

”Selvom det er unge læger, så er der hjælp fra de garvede sygeplejersker. Så selv om de måske ikke har så meget erfaring, så tror jeg alligevel, der er en vis kvalitet af behandling, fordi sygeplejerskerne går ind og kompenserer, eller også kommer bagvagten selvfølgelig.”

(B) Nogle sygeplejersker fra en af de andre afdelinger pegede på parternes erfaring som en vigtig forudsætning for samarbejde og kvalitet:

”Det handler om erfaringer fra både læge og plejepersonalets side. Hvis det skal være fagligt optimalt, så mener jeg ikke, der skal nyuddannede på begge sider. ... At man selv er mere bevidst om, hvor er mit fagområde, og hvor kan jeg komme med min faglige viden. Det at man kan tilbyde at være mere end en god samarbejdskollega.”

Sygeplejerskerne her pegede på deres erfaringer med observationer, hvor de bruger deres øjne og fornemmelser som et supplement til lægernes mere evidensbaserede tilgang til patienterne, en tilgang der ikke er baseret på et nærmere kendskab til den enkelte patient. Sygeplejerskerne lagde vægt på deres erfaringsbaserede læreprocesser som supplement til det generaliserede og evidensbaserede.

Tolkningen af sammenhængen mellem tværfaglighed og kvalitet kan også betragtes ud fra den stærke tradition for monofaglig udvikling af kvaliteten, som man også støder på i sygehusvæsenet med anvendelse af monofaglige instrukser og monofaglig evidens. Der er således to parallelle historier om kvalitet; hhv. en monofaglig og en tværfaglig.

7.7 Den monofaglige historie og den tværfaglige modhistorie

Den monofaglige historie bliver primært fortalt af lægerne, men bliver hele tiden modereret eller modsagt af de samme læger, idet de indfletter inklusionen af patienternes perspektiv, der leder videre til et tværfagligt perspektiv, som en naturlig konsekvens af at se patienternes perspektiv som forløbsorienteret og derfor tværfagligt. Lægernes moderation af deres eget monofaglige perspektiv blev etableret gennem inklusion af patientens perspektiv, sygeplejerskernes tilstedeværelse og

hensyntagen til særlige lokale betingelser for den kliniske praksis. Sygeplejerskerne peger i samme sammenhæng på sig selv som mere orienterede mod at lære af erfaringer, end lægerne gør, men peger videre på, at de selv som faggruppe er i gang med at udvikle et evidensbaseret grundlag for plejen. Der er således flere bevægelser i gang i fortællingerne om monofaglighed og tværfaglighed.

(C) En måde at karakterisere forholdet mellem synet på monofaglig og tværfaglig kvalitet på kan således ses i udsagn om retningslinjer og instrukser fra én af ca-sets afdelinger. Nogle læger pegede på den omfattende udbredelse og opdatering af evidensbaserede instrukser for det lægefaglige arbejde på deres afdeling, men med indblanding af erfaringsbaseret medicin i stort omfang. (B) Dette gik igen på de andre afdelinger:

”Generelt er behandlingen funderet på evidensbaseret medicin. Vi har nogle instrukser i afdelingen, som er baseret på, hvad der er generelle guidelines. [...] Meget er også baseret på erfaring, som fx detailjustering af diabetikernes blodsukker. ... I den sidste ende er der ligeså meget erfaring som evidens. Hvor der er evidens, prøver vi at bygge på det.”

På ingen af afdelingerne kunne lægerne dog pege på nogen instruks for nogen del af samarbejdet mellem de kliniske faggrupper.

(A) En administrerende overlæge udlagde, hvorledes lægegruppen udviklede den evidensbaserede praksis, men på en måde der gav indtryk af at være kontekstafhængig:

”Så prøver vi inden for kardiologien at samordne vores instruks på hjertemedicin sådan, at vi kører med samme instruks indenfor hjerte- og lungesygdomme. [...] Der har vi redaktionsmøde løbende, hvor vi tager nye studier op løbende, og justerer vores instrukser efter det. Så vi er altså så vidt de rent lokale forhold tillader det, så indkoopererer vi konsensusrapporter og ny forskning i standarder og instrukser.”

Kvalitet og evidens bliver således omtalt som såvel evidensbaseret – baseret på konsensusrapporter og ny forskning – og baseret på lokale forhold – hvis de rent lokale forhold tillader det.

(A) Dette blev støttet af andre af læger, der understregede det evidensbaserede grundlag for praksis, men samtidig pegede på interaktionen med patienten:

”Det bygger på evidensbaseret medicin. Men den anden del er så patientens ac-

cept.”

Dette omfatter også kontinuiteten:

”Langt hovedparten er evidensbaseret. Men så mener jeg også, at den faglige kvalitet ligger i kontakten med patienten. [...] Det er den daglige kliniske kontakt med patienten, der giver en faglig kvalitet.”

(C) Til gengæld havde sygeplejerskerne problemer med, at lægerne glemte at informere sygeplejerskerne om, at de ændrede deres instruks for behandlingen. Dette afholdt dog ikke lægerne fra at pege på samarbejdet med sygeplejerskerne som centralt for kvaliteten:

”Vi er meget afhængige af, at der er nogle kompetente sygeplejersker, for at vores arbejde også kan fungere optimalt. Vi er mest effektive, når vi bliver kaldt i de rigtige situationer. På den måde fungerer afdelingen godt.”

(A) En oversygeplejerske placerede forholdet til kvalitet mellem læger og sygeplejersker som et spørgsmål om forskellige læringsstrategier:

”Hvis kvalitet kan være enten evidensbaseret eller erfaringsbaseret, så er det erfaringsbaseret fra den gruppe, jeg repræsenterer. Det er mere evidens i det, der bliver gjort behandlingsmæssigt. Det er nok stadig mere erfaringsbaseret, det vi gør i sygeplejen, men vi er ved at tilrette os kravet om evidens også i sygeplejen.”

Dette synspunkt placerer sygeplejefaget som et fag, der ønsker at bevæge sig fra ét princip for kvalitet til et andet; fra overlevering af erfaring til indlæring af det evidensbaserede. Udsagnet placerer samtidig lægerne som en faggruppe, der baserer deres faglige kvalitet på evidens.

Som et eksempel på plejegruppens initiativer til at lære af deres erfaringer pegede oversygeplejersken på et igangværende kompetenceudviklingsprojekt, der sigtede på erfaringsudveksling:

”Det betyder, at vi beskriver og afdækker opgaver, og taler med hinanden om det, der er uhensigtsmæssigt og det hensigtsmæssige, så der vil der blive afdækket en grad af faglig kvalitet.”

(C) En sygeplejerske pegede på faggruppens stigende opmærksomhed på standar-

diserede retningslinjer formuleret i en konsensusrapport, som var defineret ned udgangspunkt i at følge op på den lægelige behandling:

”Sygeplejersker er elendige til at beskrive, hvad de skal. Man har selvfølgelig nogle konsensusrapporter, man kan læne sig op ad. Omkring hele rehabiliteringen er der lavet en konsensusrapport – om hvad det er for ting, man skal opfylde, for at leve op til den standard, der er. [...] Det man skal vide om, hvad der skal til for at lave et ordentligt behandlingsforløb. Men mange af de ting, vi arbejder efter, er den lægefaglige behandling.”

Sygeplejerskerne på denne afdeling fortalte om initiativer, der var sat i gang og var på vej for at udvikle etableringen og anvendelse af standarder og check-lister for procedurer – ’procedurebeskrivelser’ – som fx kunne omhandle, hvilke prøver der skulle tages, hvilken information der skal gives, mv. De pegede videre på, at der var flere af denne type standard-baserede procedurebeskrivelser på vej, men at der generelt var tale om lokalt udviklede standarder og retningslinjer baseret på såvel generelle retningslinjer, guidelines og evidens som på lokale erfaringer og muligheder.

Sættes disse udsagn ind i mere analyserende termer, så relaterer de faglige aktører sig til professionernes/faggruppernes forhold til standarder og centralisering set som en forestilling om fagligt grundlag og professionel relevans. Dobbelttheden af, at der både er tolkninger af centrale referencer, som er baseret på en videnskabelig og professionel vinkel og en lokal tolkning af erfaringer, italesættes tydeligt.

7.8 Forholdet til centraliserede standarder og DGMA

De faglige aktører placerede således kvalitet og tværfaglighed som størrelser, der fungerede sammen eller indgik i et samspil. Den forløbsorienterede eller tværfaglige opfattelse af kvalitet fungerede også i et samspil med den monofaglige forståelse, der primært indgik i den lægelige tolkning af kvalitet, men også havde genklang blandt sygeplejerskerne. Spørgsmålet er herefter, hvorledes de faglige aktører på de fire afsnit tolkede DGMA’s sæt af standarder for kvalitet, der ud fra en umiddelbar betragtning havde et stærkt tværfagligt indhold. Dette blev primært besvaret gennem at undersøge, hvor meget og hvad DGMA-projektet betød for de faglige aktører.

7.8.1 Det procesorienterede overfor det faglige resultat som standard

(A) Der var forskellige holdninger til, hvor meget DGMA 'fylder' i arbejdet med kvalitet i den kliniske hverdag på afdelingerne, men gennemgående var det indtrykket, at DGMA ikke er placeret centralt:

"Så meget tror jeg ikke, at DGMA betyder. Det er kun én uge om året, at den kommer på tale. Det er ikke, fordi vi ikke tænker på at huske at veje patienten. Men det er alt for kort tid til, at det har nogen betydning på en afdeling. Initiativet er vældig godt, men der er ikke tid til at følge op på ting."

(C) På en af de andre afdelinger blev placeringen af DGMA's standarder i afdelingens hverdag placeret tilsvarende:

"Vi hørte, at det var der, men jeg har stadig ikke helt fundet ud af, hvad det gik ud på."

(B) Andre sygeplejersker havde tilsvarende erfaringer:

"Vi har hørt om det og været involveret i at finde papirer frem." (C)

Fra lægeside var der tilsvarende erfaringer med hensyn til kendskab til fx DGMA's standarder:

"Ikke så jeg kan remse dem op.' ... og: 'Kender lidt af de parametre, men ikke så mange af dem."

Lægerne havde heller ikke kendskab til, at DGMA's tilbagemeldinger blev anvendt i afdelingen, men mente, at dette evt. foregik blandt 'andre':

"Der er nogle andre, der bruger det og indretter afdelingen efter det. Jeg har ikke været udsat for nogen ændringer, hvor det har været takket være DGMA."

(B) Eller formuleret således på en anden afdeling af en overlæge:

"Jeg kan sige, at indikatorerne fra DGMA ikke har fået det til at blafre. Enten er vi gode nok, eller også er vi ligeglade. ... Der er for lidt, hvor vi bliver inspireret til at

blive bedre.”

7.8.2 DGMA et plejeprojekt?

(A) Andre læger pegede på, at de vurderede det således, at den primære indflydelse fra DGMA lå i plejegruppen:

”Det har en effekt på sygeplejerskerne, for det er dem, der skal veje patienterne eller tage temperatur. De ser, hvad vi ikke kan, så på den måde har det en effekt. Ellers tror jeg ikke, at det fylder så meget.”

(B) Dette blev på sin vis støttet af nogle sygeplejersker, der primært havde mærket DGMA’s dataindsamling gennem journalaudit ved, at de blev sat til at samle dokumentation sammen, men efterfølgende havde oplevet, at tilbagemeldingerne fra DGMA var blevet brugt til at sætte fokus på temaerne vejning og medicinadministration. Dette udgjorde et eksempel på, at DGMA’s indikatorer anbragt det rette sted kunne virke relevante og støttende for udvikling af praksis.

Nogle sygeplejersker pegede på DGMA’s tilbagemeldinger som én ud af flere faktorer, der påvirkede udviklingen på afdelingen:

”Jeg tror, at det bliver brugt som pegepind. Men der er mange andre ting, hvor man har set noget gentage sig, og man tænker ’hvad foregår der her?’”

(B) Eller DGMA kan vække en opmærksomhed, selv om det er andre faktorer, der afgør status af kvaliteten af behandling og pleje:

”Jeg ved ikke, om vi får bedre kvalitet via DGMA. Det tror jeg ikke. Vi bliver måske gjort opmærksom på nogle ting, men jeg er ikke sikker på, at det er dem, der rykker meget ved vores kvalitet. Det er andre steder, kvaliteten kan ændres – noget der koster. Nedskæringer betyder noget for vores kvalitet.”

(C) Et andet eksempel var nogle af sygeplejerskernes påpegning af, at det var nødvendigt at stramme op på dokumentation af pleje og behandling – altså en af intentionerne bag DGMA-projektet. Det blev omtalt som vigtigt ...

”at patienterne er orienterede og informerede. Vi gjorde det ofte, men vi var dårlige – og lægerne var fuldstændig håbløse. [...] Vi tager det som en selvfølge, at vi har informeret patienten, fx om brug af nitroglycerin, men selvfølgelig skal vi doku-

mentere det og skrive det. [...] Man har ikke været vant til at gøre det.”

Når det virker som om, at sygeplejerskerne i højere grad tager sig af DGMA's tilbagemeldinger, og bruger dem som inspiration i udviklingen af kvalitet, skyldes dette ikke, at DGMA's standarder er monofaglige i princippet, men kan måske skyldes, at plejearbejdet er mere proces- og forløbsorienteret gennem den løbende kontakt til patienterne, hvorfor DGMA's standarder får større mening i denne sammenhæng. Denne argumentation fører os tilbage til lægernes fokus på måling af den direkte effekt af behandlingen.

7.9 De primære og de sekundære mål – og det manglende fokus

(A) Særligt fra lægeside blev der luftet en irritation over, at en afdelings funktion blev målt på indikatorer, der kunne betragtes som sekundære i forhold til måling af den egentlige faglige kvalitet. Udsagn som dette placerer måling af de forhold, der ikke blev betragtet som kerneydelser, som netop perifere målinger:

”Det er lidt grinagtigt, de ting vi bliver målt på. ... Jeg har nogle gange prøvet at spørge, om vi ikke kunne få nogle mere betydende kvalitetsmål på 1. og 2. prioritet på kvalitet. Men det, vi har, det er jo nede på en 3. plads, fx udskrivningsbrevet – hvor hurtigt det kommer. ... Det er stort set den eneste kvalitet, der bliver monitoreret centralt fra. ... Det er noget af et tertiært kvalitetsmål! Det primære må være, hvor godt det går folk; om de overlever, hvor raske de kommer ud af systemet igen.”

(C) Tilsvarende placerede nogle sygeplejersker DGMA's standarder som relevante, men samtidig som sekundære i forhold til mere centrale kvalitetsmål; DGMA bliver forbundet med servicemål og med kontrol af procedurer, som sygeplejerskerne mener, at de har styr på:

”Men alle vores servicemål – bliver alle vores patienter vejet? Ja, det gør de faktisk. Vi er faktisk temmelig gode til at veje vores patienter. Alle de ting vi ved, der skal gøres, dem gør vi også. [...] Man skal nok sørge for, at patienterne får deres betablokkere og at de bliver sendt til kostvejledning.”

(B) Men fra sygeplejeside blev der også peget på dele af plejen, der var 'ude af fokus' i forhold til DGMA's standarder:

"Hvis patienten græder og er ude af den, så er det dét, man bruger tid på. Så står der måske ikke så meget i plejeplanen om højde og vægt. Hvor meget har man haft af mulighed for at skrive, hvilke følelser der er blevet vendt. Det hører også med til en god afdeling – der skal være plads til samtale."

(C) Noget af dobbeltydigheden eller uklarheden omkring lægers forhold til kvalitetsstandarder, som de blev udformet af DGMA, og nogle lægers forståelse af væsentligt og ikke-væsentligt, kom frem i en samtale om information af patienterne. Det første udsagn handlede om det selvfølgelig i en høj kvalitet af lægernes information, mens svaret pegede på fraværet af netop kvalitet. Læge A:

"Det hører med til lægekulturen, at man sikrer sig, at de har forstået det, der er blevet sagt. De kan være lidt opskræmte over mødet med sygehusverdenen, så de måske ikke hører efter. Men man plejer at være rundt i hjørnerne og sikre sig, at de har forstået det meste af budskabet. Det er ikke sikkert, at de kan fortælle det, når de kommer hjem, men det har de nok heller ikke kunnet alligevel."

Og læge B:

"Det vil vi gerne tro, men sådan er det ikke altid. Vores problem er, at vi giver en meget standardiseret information. Vi giver alle hjertepatienter den samme information uanset hvilke forudsætninger, de kommer med. Vi prøver selvfølgelig at differentiere, men det er vi nok ikke helt gode nok til."

Denne lille dialog rummer både argumentet for, at en standardisering af fx informationen ikke er nok – patienter har forskellige forudsætninger – og at der bør være standarder – som fx kunne omhandle eksistensen og anvendelsen af en procedure, der sikrede, at patienten havde forstået informationen uanset patientens forudsætninger.

7.9.1 Retrospektive kvalitetsstandarder, relevans og datakvalitet

(A) En oversygeplejerske pegede på et generelt argument mod anvendelse af stan-

darder for kvalitet, der handlede om, at man med standarden lægger sig fast på et statistisk niveau i stedet for at søge udvikling:

”Man kan anklage det [DGMA] for det samme som akkrediteringsargumentet, at det er laveste fællesnævner, der bliver toneangivende.”

Opfyldelsen af standarder blev derfor ikke set som målet med deltagelsen, men derimod den udviklingsproces, der kunne igangsættes med afsæt i en nysgerrighed over resultaterne af registreringen af standarderne.

(C) På en af casets afdelinger anvendte man retningslinjer for ’optimale patientforløb’, og dette blev fulgt op med målinger på seks udvalgte procesmål, bl.a. vedrørende om særlige patientgrupper får den information, som det er vedtaget, at de skal have, om særlige typer af behandling er igangsat inden for den aftalte tidsramme mv. Disse mål kunne sidestilles med en række af de standarder, der blev opstillet af DGMA, og kan således ses som et udtryk for, at anvendelse af denne type standarder formuleret som retningslinjer og instrukser finder anvendelse. Der var dog ingen af de ledere eller medarbejdere, der omtalte de optimale patientforløb, der knyttede nogen forbindelse mellem de to aktiviteter.

Det var ledelsens erfaring, at mange af DGMA’s standarder for kvalitet var irrelevante for deres afdeling, da mange af patienterne var så akut syge, at fx stillingtagen til ernæring etc. ikke var aktuelle, og en række faktorer, som fx smertedækning, på forhånd var indarbejdet som formaliseret rutine gennem en lang årrække. I tilfælde som sidstnævnte lå afdelingen således langt over det niveau, der var beskrevet i DGMA’s standarder. Et andet problem med dokumentationen skyldtes ligeledes de akutte indlæggelser, da det patientrettede arbejde naturligt blev opprioriteret, og dokumentationen af procedurerne blev tilsvarende nedprioriteret.

(B) En lignende problemstilling gjorde sig gældende på en af de øvrige afdelinger i caset, hvor der nok var forståelser for mange af DGMA’s standarder, men også blev peget på, at relevansen kunne synes meget lille i mange tilfælde:

”Nogen på afdelingen vil aldrig have oplevet, at vi har været involveret i DGMA. Men mange af standarderne bruger vi og prøver at leve op til. Selvom de generelt er fornuftige, så er de ikke altid lige relevante. Det er en meget forskellig patientpopulation, vi har. Vejning – det er altid rart at have, men det er ikke altid det mest påtrængende, når der kommer en dårlig patient ind. De nyeste standarder er det med at søge at påvirke kosten. Der er patienter, der ikke har nogen som helst problemer, eller hvor det modsat er oplagt, at en patient har været overvægtig i 20 år. Det er ikke rimeligt at afsætte ressourcer til at prøvet at gøre noget ved det i syge-

hussektoren. Det må foregå i primærsektoren. Det kan godt være, at vi vil brokke os over sådan en standard. En anden handler om, at man indenfor det første døgn skal finde ud af, hvornår patienten bliver udskrevet. Den har vi altid været imod og nægtet at svare på. Det kan ikke lade sig gøre, med mindre indlæggelsen kun strækker sig over en uge. Alt derudover var rent gæt.”

7.9.2 Procesresultater som kilde til undren og forandring

Den specifikke tilgang til anvendelse af kvalitetsstandarder, der er indbygget i DGMA, bliver af nogle fremhævet som forbundet med en række fordele, ikke mindst den interne læring.

(A) En oversygeplejerske gav et eksempel på, at resultatet af DGMA's tvær-snitsundersøgelser havde givet et overraskende resultat – det havde medført undren på afdelingen, at dokumentationen i journaler og sygeplejekardex havde vist sig ikke at være tilstrækkeligt. Det havde været opfattelsen på afdelingen, at dokumentationen lå tæt på 100 %, og det overraskende resultat havde medført en intern tværfaglig diskussion. Oversygeplejersken betegnede netop dette område – dokumentationen – som særlig relevant for tværfaglige diskussioner, da dette emne kunne betragtes som 'fælles for begge grupper'. Oversygeplejersken så således anvendelsen af kvalitetsstandarder i DGMA som en vej til at skabe undren og nysgerighed blandt ledere og medarbejdere, og at dette kunne støtte processen hen mod bedre kvalitet:

”Det er registreringspraksis, der skaber undren; jeg tror det er det, der er deres formål, og den undren er den, der går ind og sætter processen i gang. Så man kan sige, så får du som sidegevinst, at der kan ske en øgning af kvaliteten.”

(A) Dette perspektiv blev også fremhævet blandt lægerne, herunder det positive i struktureret kontrol – omtalt som 'formalia':

”Det tvinger os til at kigge på, hvad vi selv gør. Det er en god ting til at afdække, om vi gør det, vi tror vi gør. Det er altid godt, at der er noget formalia af noget, som man skal overholde, og noget man skal gøre. Så opdager man noget.' [...] 'Registrering af data tvinger os til gode vaner, det tvinger til eftertanke.”

(A) Der ses således en sammenhæng og forbindelse mellem kvalitet og den regel-

mæssige kontrol af overholdelsen af standarder for kvalitet, men lægernes forståelse af denne sammenhæng er primært orienteret mod den læring og de erfaringer, der kan indhentes. Samtidig lagde lægerne vægt på, at det var vigtigt at sikre en målrettet dokumentation og at undgå en alt for omfattende dokumentation:

”Det er et kompromis mellem at dokumentere og handle. Det er vanskeligt at opfylde den balance.”

Samtidig blev der peget på, at opgørelse af dokumentation primært siger noget om kvaliteten af registreringen:

”Det siger ikke nødvendigvis noget om kvaliteten. Du registrerer data, og det kan sige noget om registreringskvaliteten.”

... men kunne alligevel udgøre en vigtig indikation for kvalitet:

”Det er en kvalitetssikring. [...] Det er vigtigt, for det er grundlaget for vores evidensbaserede viderebehandling af vores patienter.”

Lægernes forståelse af anvendelsen af kvalitetsstandarderne bevæger sig således mellem et indtryk af, at det er utilfredsstillende ikke at kunne få absolutte mål for kvalitet, men samtidig at det vurderes som nødvendigt at anvende den dokumentation, der kan indhentes.

7.10 Organisering af arbejdet med eksterne standarder

Det er et gennemgående træk på de danske sygehusafdelinger, at man har udviklet en projektkultur forstået på den led, at langt de fleste aktiviteter, der sigter på udvikling som fx af kvalitet, patientsikkerhed etc., er organiseret i projektform med ganske få projektansvarlige som ’ejere’ af projektet. Dette placerer mange udviklingsaktiviteter med en ledelsesopbakning, der er ’passivt accepterende’, men ikke er aktivt opbyggende – næsten som en parallel til forskningsprojekterne. Dette synes også at være tilfældet med organiseringen af DGMA-projektet på de fire sengeafsnit i caset. Dette på trods kom projektet alligevel til at tjene som inspiration for udviklingsaktiviteter.

(A) På et af afsnittene havde afdelingens ledelse en forståelse af organiseringen af arbejdet med DGMA's standarder, der bestod i, at den var placeret i en projektsammenhæng med få involverede og samtidig placeret perifert på afdelingen. Aktiviteten var i denne tolkning primært lagt i hænderne på to personer på afdelingen, dels en overlæge der tidligere havde arbejdet med at organisere kvalitetscirkler på afdelingen, dels en afdelingssygeplejerske. Herudover blev der samarbejdet med andet plejepersonale i mere specifikke delprojekter i denne sammenhæng. Det var afdelingsledelsens forståelse, at arbejdet med DGMA ikke fik meget opmærksomhed på afdelingen, og at DGMA skulle støttes aktivt fra afdelingsledelsesniveau, hvis man skulle have udnyttet udviklingspotentialer i større omfang:

”Det var en afdelingssygeplejerske, der var koblet på DGMA sammen med en af afdelingens overlæger, men det har også været utilfredsstillende for dem. De har ikke oplevet, at det har vundet gehør. Vi må erkende, at hvis det var os, der havde haft opgaven, så ville vi have gået ud og undersøgt, om det havde interesse for flere end os selv.”

(B) Også på de øvrige afdelinger i caset var der denne type erfaringer. Et mindre antal medarbejdere, herunder få læger, var aktive i DGMA-sammenhæng eller kendte noget til projektet, mens de resterende medarbejdere i bedste fald var orienteret, og i værste fald slet ikke vidste noget:

”Jeg blev præsenteret for, at vi er med i DGMA, da jeg blev ansat.”

(A) I plejegrupperne var der ligeledes forskellige oplevelser af DGMA-projektets tilstedeværelse på afdelingen. Tilstedeværelsen vekslede mellem at være passiv og mere aktiv som genererende for nye aktiviteter. I den passive funktion var der information om projektet, men ikke handling:

”Vi har ikke hørt så meget til det, man vi har altid vidst, at det eksisterede. Vi har løbende fået noget at vide. ... Det er ikke noget, der bliver meldt ud som noget af det første. [...] Der står en ringmappe med resultater fra DGMA på mit kontor, og da de nye tal kom, var [projektlederen] oppe at sige, at vi skulle kigge på det og snakke om det. ... Men jeg synes ikke, det er særlig synligt; der bliver ikke talt så meget om det.”

I den aktive rolle virkede DGMA-projektet som inspiration:

”Vi var inde og kigge på skemaerne [tilbagemeldingerne fra DGMA’s tværsnitsundersøgelser], og så kunne vi vælge nogle indsatsområder ud, som vi havde lyst til.’ ... ‘Det var bl.a. vejning af patienterne. Det var mest social- og sundhedsassistentgruppen, der fik til opgave at sørge for, at alle patienter blev vejte. [...] Patienterne blev slet ikke vejte før, vi var nogle sløsehoveder. Da vi skulle være med i projektet, så blev der strammet op omkring det. Der er virkelig nogen, der brænder for det nu – det er blevet meget bedre.”

Koblingen af DGMA’s kvalitetsstandarder og plejegruppens tolkning af kvalitet var således baseret på, at i det mindste nogle af gruppens medlemmer tolkede resultaterne som relevante for den kliniske praksis – at det fx var professionelt relevant at veje patienterne.

7.11 Standardisering og ledelse

Undersøgelsen af de fire afsnit i caset peger på spørgsmålet om, i hvilket omfang der skal forventes aktiv ledelsesinvolvering på sygehusafdelinger, der indgår i denne form for projektaktiviteter. Dette blev ikke mindst relevant, hvis der også fra ledelsesside var problemer med at placere DGMA i en sammenhæng på afdelingen.

(C) På en afdeling formulerede ledelsen, at det var et problem at indpasse arbejdet i DGMA med det øvrige arbejde med kvalitet på afdelingen. DGMA’s standarder virkede ikke målrettede nok til de specifikke behov og problemstillinger, som dominerede på afdelingen:

”Det er kørt for sig selv. Vi har ikke rigtig integreret det. Vi har haft svært ved at se, at vi får så meget ud af det. Vi sidder nok og synes, at vi er meget specielle med vores patienter. Der er en del ting, hvor det ikke lige rammer vores patienter. Sådan noget som at reagere på temperaturmålinger. De får alle sammen målt temperatur.”

Denne afdelingsledelse har således ikke noget imod at anvende standarder, men ser en større mening i at anvende standarder for kvalitet, der i højere grad er målrettet specialet og afdelingen end de mere generelle standarder fra DGMA.

(C) En afdelingsledelse pegede på skismaet mellem, at DGMA’s standarder på den ene side kunne opleves som relevante og på sin vis passede ind i afdelingens kvalitetspolitik, mens samme ledelse af flere grunde havde haft vanskeligt ved at gå fuldt ind i anvendelsen af standarderne. Fra et ledelsesperspektiv blev der peget

på, at den store bredde i DGMA's standarder kunne lede opmærksomheden væk fra det, som ledelsen fandt centralt:

”Som sådan er det nogle udmærkede måleparametre for **noget** af kvaliteten – **noget** af det vi præsterer. Det man skal passe på er, at hvis du måler på noget, så måler du på dét og ikke andet. Så ved du ikke, hvad det giver af konsekvenser på det, du ikke måler. ... Det kan være et kæmpe problem, når man laver standarder inden for et område; DGMA er meget bredt.”

Samme ledelse så også et problem i, at DGMA's resultater skulle blive offentliggjort og anvendt i politiske prioriteringer, når datagrundlag og præcision i DGMA's målinger ifølge denne ledelse ikke var tilstrækkelig.

(A) Samtidig blev der fra lægeside peget på behovet for en øget ledelsesinvolvering på DGMA-arbejdet:

”Hvis noget skal forankres, så skal det være øverst oppe i ledelsen – også i amtet.”

Dette behov for ledelsesinvolvering forstærkes af holdninger til, at nogle læger modarbejder det systematiske arbejde for kvalitet, herunder standarder for kvalitet, som det var tilfældet med DGMA:

”Det er også hæmmet af, at der er nogle overlæger, der direkte ønsker det her ad helvede til – modarbejder det. Hver gang de hører ordet kvalitet, så spænder de hatten på deres pistol. Andre er neutrale, men der er ikke nogen, der orker at være med i det.”

Der kan også her en indikation for vægtningen af den stringent monofaglige tilgang til kvalitetsudvikling, som den ses i arbejdet med at basere de interne lægelige instrukser på det aktuelle evidensgrundlag, og arbejdet med mere procesorienterede og summariske DGMA-standarder for kvalitet.

7.11.1 Centraliserede standarder som styringsredskab

(A) En oversygeplejerske på en af de medvirkende afdelinger pegede på de modsatte signaler, hun oplevede mellem en standardisering af faglig praksis og ønsket om styrkelse af decentral ledelse på sygehusene:

”Det er tankevækkende, at der tales så meget om standarder med sammenlignelig kvalitet med akkrediteringsmodeller, når vi samtidig rent ledelsesmæssigt koncentrerer os om den lærende organisation og værdibasering af ledelsen mv. Hvordan skal man få mulighed for at lægge egne organisationsværdier ind, arbejde med den lærende organisation og med det med bottom-up modellen i forbindelse med udvikling, når du får trukket de der standarder ned over hovedet.”

(A) En oversygeplejerske nævnte ’Den Danske Model’ som et initiativ til kvalitets sikring, der placerede anvendelsen af standarder for kvalitet i sammenhæng med overholdelse af de afgrænsede budgetter og dermed effektivisering af driften:

”Fra januar 2003 skal vi til at arbejde med kvalitetssikring af alle ydelser, altså det vil sige udarbejdelse af standarder af alle de sygeplejefaglige ydelser. Man kalder det Den Danske Model, og det har også noget at gøre med akkreditering. [...] Det handler jo om, hvordan vi får de her sparsomme ressourcer til at række videst muligt, og derfor går man nu ind og taler i standarder i akkrediteringsmodeller, fordi at normeringsmodellerne kan man altså ikke få regnet sig frem gennem.”

Endelig så nogle sygeplejersker den type af generelle standarder, som DGMA anvendte, som en risiko i den forstand, at standarderne ikke afspejler den reelle faglige kvalitet, men kan anvendes ud fra et ledelsesperspektiv til at godkende et suboptimalt kvalitetsniveau. Sygeplejerskerne så det som en opgave for deres ledelse at skaffe tid og plads til, at de kunne levere den gode kvalitet i den daglige praksis. Konstruktionen af opnåelse af god faglig kvalitet blev knyttet sammen med omfanget af det arbejdspress, som fx disse sygeplejersker oplevede det. Ønsker om kvalitet i patientplejen og om udvikling af fagligheden blev holdt op mod behovet for at levere den nødvendige pleje til patienterne:

”Lige i øjeblikket hænger det mig ud af halsen, fordi man knokler røven ud af bukserne. Der er ikke tid til noget. [...] Alle sygeplejersker går til EKG-undervisning i deres fritid for at få det. Det er et fantastisk entusiastisk personale, som møder 20 mennesker frivilligt til EKG-undervisning. [...] Der er ikke tid til det – man tager den tid. Patienterne skal have den bedste behandling. Derfor knokler vi også. Vi er ikke personale nok, men det skal ikke halte overfor patienterne. Så bliver vi også udbrændt.”

7.12 Diskussion – tolkninger af DGMA og lokal praksis

Idéen om brug af centraliserede standarder for behandling og pleje er blevet udbredt mellem industri og sundhedsvæsen og mellem lande. Idéen om standarder er egentlig to idéer, der har sine udspring forskellige steder. Den første idé om standardisering er blevet udviklet i industrien som en vej til forbedring af kvaliteten af en produktions forløb i forbindelse med kvalitetskontrol. Dette fordrer udvikling og indarbejdelse af en række standarder for produktionsprocessens strukturelle forudsætninger og gennemførelse af processer.

Den anden idé har et fagligt udspring i først den medicinske professions og efterfølgende andre faggruppers udvikling af behandlingsformer mv. Målet med brugen af standarder i denne sammenhæng har været at udpege en bestemt behandlingsform, som var den bedste på baggrund af evidens. Dette kræver medicinsk-videnskabelig indsigt i de enkelte sygdommes og tilstandes årsager og mulighederne for at gennemføre en effektiv behandling.

Der kan peges på, at den industrielle eller produktionsorienterede idé om standarder som grundlag for en kvalitetskontrol oftest er rettet mod generelle procedurer i sygehusfeltet. Dette skyldes, at standarderne skal dække bredt på tværs af patientgrupper og behandlingstyper. Denne type standarder udgjorde således et alternativ til de kvalitetsstandarder, der har været udviklet vedrørende behandling af en specifik sygdom eller tilstand, fx kliniske retningslinjer for diabetesbehandling eller bypass operation.

Det kan naturligvis diskuteres, hvor forskellige idéerne egentlig er, da det i begge tilfælde drejer sig om standarder for gennemførelse af procedurer i den betydning, at idéen består i at standardisere handlingsalternativerne i bestemte veldefinerede situationer i det kliniske arbejde.

I praksis er der imidlertid stor forskel på standarder, der bæres frem af en profession eller en faggruppe, og kun vedrører en bestemt diagnose eller tilstand, og standarder der er rettet mod opfyldelse af en række minimumsbetingelser for alle patientgrupper.

Den Gode Medicinske Afdeling var baseret på den sidste idé, og blev formidlet af Dansk Selskab for Intern Medicin som et sæt standarder for kvalitet, der kunne anvendes bredt på de medicinske afdelinger. Introduktionen af idéen om brug af standarder som Den Gode Medicinske Afdeling var således knyttet til et initiativ fra et medicinsk-videnskabeligt selskab.

7.12.1 Idébærere bag introduktionen af standarder

Når DGMA betragtes som et initiativ, der har til hensigt at forbedre kvaliteten på et generelt grundlag, har det været specielt i den forstand, at initiativtagerne var et lægevidenskabeligt selskab. Et videnskabeligt selskab ville kunne forventes at foretage en medicinsk – altså lægefaglig – tolkning af status af den kliniske kvalitet således, at der fx var et behov for udvikling af sygdomsspecifikke evidensbaserede kliniske retningslinjer. På trods af det centraliserede tilsnit var det ikke obligatorisk for sygehusafdelingerne at deltage i projektet. Det normative pres for deltagelse var imidlertid betydeligt – hvilken medicinsk sygehusafdeling ville ikke være en god medicinsk afdeling? – hvorfor deltagelse i initiativet blev udbredt til et stort antal afdelinger.

Dansk Selskab for Intern Medicin har således fungeret som idébærer med hensyn til anvendelse af generelle standarder for kvalitet på de medicinske afdelinger i Danmark. Selv om selskabet ikke refererer specifikt til akkreditering eller andre systemer, der har anvendt denne tilgang til den form for standarder, bliver der refereret til anvendelsen af processtandarder. Dette indgik i en diskussion i det danske sygehusvæsen på dette tidspunkt om netop den omfattende brug af processtandarder i planlægningen og udviklingen af det amerikanske sundhedsvæsen.

Selv om det videnskabelige selskab således var de primære idébærere, blev den videre konkretisering af de foreslåede standarder fortaget af et sekretariat. Sekretariatet anvendte ekspertise fra forskellige samarbejdspartnere i det danske sundhedsvæsen, hvorfor den tolkning, der lå i sekretariatets rolle som idébærer, var omfattende. Selskabet og sekretariatet tolkede således en idé om brug af kvalitetsstandarder ind i en forståelse af, hvad god kvalitet skulle bestå i, samt hvilke handlinger og hvilken adfærd der kunne bidrage til dette.

Anvendelsen af centraliserede generelle standarder for kvalitet var således udtryk for en tolkning af sammenhængen mellem faglig kvalitet og organisering, der i første omgang skyldtes en enkelt national aktør, der i dette tilfælde blev udgjort af et medicinsk videnskabeligt selskab. Selskabet udarbejdede en omfattende liste over ønskede standarder for kvalitet, men efterfølgende skete der som nævnt en videre tolkning af konceptet med etableringen af et sekretariat for DGMA. Sekretariatets opgaver var bl.a. at redefinere standarderne med henblik på at gøre dem mere operationelle i forbindelse med mulighed for at etablere en praksis for dokumentation og registrering af standardernes opfyldelse. Det videnskabelige selskab førte således sin aktørrolle videre til en 'proxy-aktør', som har varetaget rollen som den aktør, der forestod den videre overordnede tolkning af standarderne for kvalitet og deres anvendelse.

Denne tolkning kom til at foreligge som DGMA's samlede sæt af kvalitetsstandarder, der senere blev revideret og suppleret.²⁷⁸ Kvalitetsstandarderne blev præsenteret for de faglige aktører som en mulighed for at monitorere og udvikle de enkelte medicinske sygehusafsnits kvalitet.

Kæden af tolkninger gik videre til aktørerne på de medvirkende medicinske sengeafsnit, som relaterede idéen om og indholdet i de udarbejdede centrale standarder til deres tolkninger af den aktuelle kliniske praksis. Tolkningen af de centrale standarder blev perspektiveret ud fra aktørernes forestillinger om den eksisterende faglige kvalitet og praksis for organisering af arbejde og samarbejde.

7.12.2 De faglige aktørers tolkninger og forestillinger

Aktørernes forestillinger om anvendelsen af standarderne varierede, dels på baggrund af forskelle i forestillinger om kvalitet mellem faggrupper, og dels ud fra varierende forestillinger om initiativets placering i det samlede billede af relationer og opgaver på sengeafsnittet. Det var gennemgående, at medlemmerne af lægegrupperne på de fire afsnit placerede DGMA som mindre betydningsfuldt, idet standarderne for kvalitet blev set som sekundære i forhold til den faglige kvalitet. Der blev fx peget på en forskel mellem dokumentation og praksis, hvor lægerne mente, at dokumentationen, som DGMA's opgørelser registreres ud fra, ikke var tilstrækkelig tæt koblet til indholdet og dermed den faglige kvalitet af behandling og pleje. Det kunne fx omhandle, at selv om vigtig information blev givet til patienten på et kvalificeret fagligt og kommunikativt grundlag, så blev handlingen ikke altid registreret i journalen eller andetsteds.

Selv om der således var udbredt forståelse blandt lægerne på de fire sengeafsnit om, at tværfaglighed spiller en stor rolle for kvaliteten af behandling og pleje, havde dette mindre betydning end kvaliteten af 'kerneydelsen'. Der blev peget på, at standardernes indhold af procesrelaterede mål var mindre relevant end mål for den faktiske kvalitet, forstået således, at fokus burde være indstillet på det udbytte, som patienterne fik ud af pleje og behandling. Det blev placeret som sekundært at registrere og dokumentere, hvorledes processens enkelte dele forløb, som fx at veje patienterne eller at give dem information. Endelig pegede en del lægelige aktører på en forestilling om, at DGMA's standarder først og fremmest var relevante for ple-

²⁷⁸ Den Gode Medicinske Afdeling, 2000.
Den Gode Medicinske Afdeling, 2002.
Den Gode Medicinske Afdeling, 2005.

jepersonalet.

De plejefaglige aktører kunne på sin vis bekræfte dette, da der blandt plejepersonalet på de fire sengeafsnit blev peget på, at der var iværksat konkrete aktiviteter som udløber af deltagelsen i DGMA-projektet. Det drejede sig bl.a. om de aktiviteter, som lægerne ikke anså som centrale for deres indsats, herunder netop vejning af patienterne ved indlæggelse, samt skriftlig redegørelse for patienternes ernæringstilstand og lignende.

Samtidig var det imidlertid en udbredt forestilling blandt sygeplejerskerne, at DGMA ikke spillede nogen særlig central rolle i arbejdet med kvalitet på de fire afsnit. Til forskel fra de lægelige aktører så de plejefaglige aktører ikke nogen modsætning mellem DGMA's generelle standarder for kvalitet og den faglige opfattelse af kvalitet. Til gengæld blev DGMA's standarder placeret mindre centralt i sygeplejerskernes forståelse af betydningen af de samlede aktiviteter, der forgik i forbindelse med udviklingen af den plejefaglige kvalitet. DGMA's standarder indgik således i sygeplejerskernes tolkning som indikatorer, der var anvendelige i bestemte situationer, men ikke havde fået stor betydning i det samlede billede af kvalitetsarbejdet. Resultaterne af DGMA's tværsnitsundersøgelser kunne i visse tilfælde vække undren og nysgerrighed, og kunne ad denne vej skærpe arbejdet med forbedringen af kvaliteten på visse punkter. Men standardernes indhold blev ikke betragtet som omdrejningspunktet for den plejefaglige indsats for forbedret faglig kvalitet.

De plejefaglige aktørers – sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes – tolkning af DGMA's standarder kunne således deles op i to forhold. Dels en professionel-indholdsmæssig del som placerede indholdet af standarderne som mindre centralt for plejearbejdet, og dels en organisatorisk del hvor brugen af centraliserede standarder som sådan blev set som professionelt relevant. Der var således blandt plejepersonalet en mere udbredt positiv indstilling til centraliserede standarder med et generelt procesorienteret indhold, end hos lægerne der primært accepterede centraliserede standarder som evidensbaserede udsagn om valg af behandling i forhold til velafgrænsede diagnoser.

Selv om der fra plejefaglige ledere blev peget på, at de mente, at den plejefaglige opfattelse af kvalitet i højere og højere grad blev baseret på evidens – i forståelsen 'objektiv og videnskabelig viden' – så var det samtidig den generelle opfattelse, at man i plejegruppen baserede kvalitetssikring og -udvikling på den erfaring, der blev opnået i den kliniske hverdag.

Den forskel, der viste sig mellem de lægefaglige og de plejefaglige aktørers forhold til anvendelsen af DGMA's standarder for kvalitet, kan placeres som led i faggruppernes respektive tolkninger af indhold i standarderne og deres forestillin-

ger om relevans af denne type viden. Selv om langt de fleste – eller alle – DGMA's standarder omhandler aktiviteter, der vedrører såvel pleje som behandling og såvel sygeplejerskernes som lægernes indsats, viste der sig alligevel en udbredt forskel i forestillingerne om den faglige relevans af DGMA's registreringer og tilbagemeldinger til afdelingerne.

7.12.3 Tolkningen af opgaven ind i en projektform

I Den Gode Medicinske Afdelings oplæg vedrørende de medicinske afsnits organisering af deres deltagelse i projektet indgik det, at der skulle vælges projektansvarlige på hvert afsnit. De projektansvarliges opgaver bestod dels i at gennemgå de 50 journaler, hvis data udgjorde grundlaget for indberetningen til DGMA, dels i at sikre opbakning af projektet og dets resultater på afsnittet sammen med den lokale ledelse. På denne måde havde DGMA's sekretariat tolket organiseringen af arbejdet med centraliserede standarder ind i en forståelse af projektorganisering som den relevante organiseringsform i denne sammenhæng.

Disse projektansvarlige, der som aktører på afsnittene kom til at fremstå som 'projektejere' på hvert af de fire sengeafsnit, var opmærksomme på de øvrige faglige aktørers begrænsede engagement i DGMA-projektet og i anvendelsen af dets resultater. De projektansvarlige på afsnittene så det begrænsede gennemslag af DGMA's indsats i den daglige praksis på sengeafsnittene som udslag af en mangelfuld ledelsesmæssig indsats. Forestillingen om en sammenhæng mellem anvendelsen af centraliserede standarder for kvalitet, i den form som DGMA stod for og omfanget af den lokale ledelsesindsats, var således omfattende blandt 'projektejerne'.

Italesættelsen af DGMA's projekt og idéen om centraliserede kvalitetsstandarder indeholder således en udvikling fra Dansk Intern Medicinsk Selskabs præsentation af et sæt generelle standarder for kvalitet til de faglige aktørers relativisering af standarderne i forskellige afskygninger. De faglige aktørers opfattelser rækker fra omtale af standarderne som irrelevante til, at de kan være inspirerende for initiativer til udvikling af kvaliteten, selv om DGMA's projekt har en perifer position i forhold til den kliniske praksis.

7.12.4 En bevægelse over isomorfi og videre?

Det medicinske selskabs anvendelse af idéen om brug af centraliserede standarder til udvikling af kvaliteten på sygehusene kan betegnes som isomorfi efter en klas-

sisk nyinstitutionel vurdering. Standarderne skulle anvendes til generel regulering af en række aktiviteter på sygehusene efter den model, som der var kendskab til blev anvendt i akkrediteringen af sygehusvæsenet i USA. Selskabets introduktion af idéen er præget af argumenter vedrørende det nødvendige i, at de medicinske afdelinger opnår en generel højnelse af kvaliteten. Opmærksomheden på kvalitetsudvikling præsenteres som en pligt for afdelingerne, som således samtidig præsenteres for, at vejen til at opnå legitimitet som en moderne sygehusafdeling ligger i at kunne dokumentere høj kvalitet i behandling og pleje.

Frem til dette punkt blev idéen om anvendelse af centraliserede generelle standarder for kvalitet derfor overført efter et mønster. Mønsteret var baseret på isomorfi i den betydning, at idéen fremstod som en professionelt relevant og legitimerende struktur, og på denne baggrund kunne tolkes ind i en dansk sammenhæng som et strukturelt element. Det strukturelle element tog afsæt i institutionaliserede formelementer som 'standarder for kvalitet' og 'behov for styrkelse af den faglige kvalitet' på de medicinske sygehusafdelinger.

Ses der imidlertid videre på idéens tolkning gennem DGMA's sekretariat og videre på de involverede fire sengeafsnit, flytter udviklingen sig væk fra den efterlignende overførsel eller isomorfi. Udmeldingen fra DGMA's sekretariat bestod ganske vist af et større antal struktur- og procesorienterede standarder for kvalitet, men karakteren af obligatorisk krav og muligheden for anvendelse af sanktioner var forladt, set i forhold til den amerikanske akkrediteringsmodel. I stedet blev deltagelse i DGMA præsenteret som et frivilligt tilbud, og anvendelsen af sanktioner var afløst af en sammenlignende tilbagemelding af resultater for overholdelse af standarderne, der i sig selv skulle virke motiverende for sygehusafdelingernes videre udvikling af kvaliteten.

Brugen af centraliserede standarder var således bragt ind i en anden tolkning end den amerikanske sanktionsorienterede model, idet tolkningen syntes at være påvirket af den mere konsensusprægede styringsidé, som har domineret i det danske sygehusvæsen. Der var dog stadig tale om udmelding af centraliserede standarder i en markering og italesættelse af en række generelle kvalitetskrav, der skulle opfyldes på de medicinske sygehusafdelinger.

Den videre tolkning af idéen om centraliserede standarder for kvalitet på de fire sygehusafsnit førte til, at idéen blev ført længere fra den amerikanske akkreditering som udgangspunkt. Erfaringerne fra de fire sengeafsnit pegede i retning af, at de centraliserede standarder ikke i sig selv blev omfortolket, men at tolkningen af, om og hvordan standarderne skulle anvendes, blev ændret. Aktørerne på de fire afsnit tolkede idéen ind i en sammenhæng, hvor standarderne kunne anvendes efter oplevelsen af behov, ligesom anvendelsen af de tilbagemeldinger, der kom fra DGMA

om tværsnitsundersøgelserne, kunne anvendes ud fra de faglige aktørers oplevelse af relevans og behov.

De fire sengeafsnit anvendte således DGMA's standarder forskelligt alt efter den lokale tolkning af deltagelsen i DGMA og af det professionelt relevante i de enkelte standarder etc. Deltagelse i DGMA og i arbejdet med centraliserede standarder blev således en isonymisme i den forstand, hvor ord og begreber blev anvendt på tværs af sengeafsnittene og sygehusene, selv om den praksis, der eksisterede omkring brugen af standarderne, udviklede sig i forskellige retninger. Det mest gennemgående fælles træk mellem afsnittene bestod i, at afdelingerne anvendte de dele af DGMA's koncept, som de hver især så en fordel i. Dette træk kan betegnes som isopraksisme, idet det drejede sig om udvikling af en homogen praksis i forhold til idéen om centraliserede standarder.

Denne tendens, som består i, at praksis udvikles efter de faglige aktørers forståelse af, hvad der gavner kvaliteten af behandlingen, kan ses som udtryk for aktørernes identitet som fagpersoner og -grupper.

7.12.5 Dokumentation og praksis – tolkninger af relevans

Der udspiller sig indirekte og direkte en diskussion gennem materialet om forholdet mellem det arbejde der udføres, og hvilke dele af det der skal dokumenteres. Diskussionen føres overordnet mellem DGMA, der italesatte dokumentationen som et vigtigt redskab gennem deres initiativ og indholdet af registrering af overholdelse af standarder, og de faglige aktører der også så negative sider af at registrere for meget og at registrere det forkerte. Diskussionen føres også mellem de faglige aktører indbyrdes både på tværs af og inden for faggrupperne.

Dette synes at være forbundet med det forhold, at DGMA's monitorering af kvaliteten var baseret på gennemgang af journaler og ikke på observation eller dokumentation af den konkrete praksis. Samtidig var der en faglig kritik blandt de faglige aktører af de procesorienterede standarder. Nogle fagpersoner understregede således, at når bestemte handlinger er fast indarbejdet i de kliniske rutiner, så virker det overflødigt at skulle anvende tid på at dokumentere de samme handlinger. Forholdet mellem den faktiske gennemførelse af dokumentation, og det synspunkt at det er overflødigt at dokumentere petitesseer, slog således igennem som en form for væsentlighedskriterium.

Det gennemgående synspunkt var således, at der kan gennemføres mange kliniske procedurer og handlinger af høj kvalitet, uden at det bliver dokumenteret, og

der kan tilsvarende dokumenteres meget, uden at dette afspejler graden eller kvaliteten af de udførte handlinger. I DGMA's optik gøres de to former for praksis imidlertid identiske, eller de flyder sammen uden nogen klar afgrænsning. Dette synes at være en konsekvens af, at DGMA har villet operationalisere en monitorering af kvalitetsstandarder, som ellers er vanskelig, men det betyder samtidig, at der for aktørerne på afdelingerne sker et skred i forståelsen eller tolkningen af DGMA's initiativ, da det synes åbenlyst for de faglige aktører, at der ikke er sammenhæng mellem DGMA's tværsnitsundersøgelser og den praksis, som gennemføres på afdelingerne.

En del af denne problemstilling udgøres af, hvem dokumentationen er væsentlig for. Det forhold, at det ikke altid er den, der har pligt til at foretage dokumentationen, som har udbytte af resultaterne, vil gøre, at der naturligt opstår modsætninger. Denne sammenhæng mellem den faglige praksis og eksistensen af en dokumentationspraksis kan betragtes ud fra den identitet, som aktørerne tillægger sig selv og skaber gennem deres handlinger.

Disse tilsyneladende modsætninger kan ses som udtryk for forskelle i identitet mellem de faglige aktører indbyrdes og i forhold til idébærerne.

7.12.6 Identitet og tolkning blandt aktørerne

Med de forskellige holdninger og tilgange, der har vist sig blandt aktørerne i caset, bliver identitet og dannelsen af identitet omkring faglighed og metoder til udvikling af kvaliteten et centralt emne. Ved at anvende Brunssons strukturering af identitetsbegrebet opnås en bredere fremstilling af de elementer af identitet, der syntes at være dominerende blandt de forskellige aktører: Hvem vi er, hvad der er vores situation, og hvad der er en passende handling for os i denne situation.

Idébærere

Tages idébærerne ud separat udgøres disse i første række af et medicinsk videnskabeligt selskab, som fx gennem deres plan for Den Gode Medicinske Afdeling definerede sig som bestående af læger inden for det internmedicinske speciale, og dermed placerede sig selv som eksklusivt. Der er en klar grænse mellem medlemskab og ikke-medlemskab. Ses der på selskabets situation, beskrev de denne som præget af, at der blev stillet krav om højere kvalitet af den faglige indsats både internt og eksternt. Selskabet var således, som de øvrige medicinske selskaber, i en situation, hvor det syntes naturligt at lægge øget vægt på høj faglighed og kvalitet inden for professionen. Den passende handling for selskabet var derfor at medvirke

til denne indsats for kvaliteten, og dette bestod i udvikling af et bredt katalog af standarder for kvalitet.

Sekretariatet for Den Gode Medicinske Afdeling var i sin egenskab af 'proxy-aktør' primært optaget af at tolke det internmedicinske selskabs intentioner. Spørgsmålet om, hvem sekretariatet var, blev derfor på DGMA's hjemmeside besvaret ud fra dette perspektiv. Besvarelsen blev dog også udvidet med en påpejning af sekretariatets rolle i forhold til samarbejdet med og udviklingen af kvaliteten på de medicinske afdelinger. Sekretariatet beskrev således sig selv som den organisation, der skulle bære idéen om kvalitetsstandarder ind på de medicinske afdelinger. Sekretariatet så således deres situation således, at den var domineret af at være loyal over for selskabets intentioner, men også præget af at skulle fremstå som det naturlige valg af samarbejdspartner for de medicinske afdelinger, når disse skulle måle og udvikle kvaliteten. De passende handlinger for sekretariatet bestod derfor i at præsentere sig selv og selskabets initiativ så bredt som muligt samt at sørge for, at de kvalitetsstandarder, som afdelingerne skulle forholde sig til, blev udformet så professionelt relevant som muligt og blev revideret ud fra de indvundne erfaringer. Sekretariatet skulle med andre ord fremstå som en seriøs og fagligt vel-funderet samarbejdspartner over for de medicinske sygehusafdelinger.

De faglige aktører

For de faglige aktører var billedet af italesættelse af kvalitet, standarder og tværfaglighed meget komplekst. Der var flere typer af professionel identitet, som var præget af, at faggrupper og fagpersoner har behov for at udvikle den faglige kvalitet i klinikken. Faggrupper og -personer havde forskellige indstillinger til, i hvilken grad dette omfatter generelle procesorienterede standarder på bekostning af en fokusering af det direkte faglige udbytte for patienten – og måske kvaliteten af den direkte behandling i stedet for kvaliteten af procedurer.

Bestemmelsen af, hvordan de faglige aktører definerede hvem de var, skete gennem deres italesættelse af relationen til kvalitet og til DGMA's standarder. Nå en del læger omtalte DGMA's standarder som primært relevante for plejegruppen, og pegede på DGMA's standarder som for lidt orienterede mod det egentlige faglige resultat af behandling og pleje, så italesatte disse læger sig samtidig som profession og som den faggruppe, der var primært ansvarlig for, at patienterne fik den bedst mulige behandling. Lægerne italesatte sig i denne sammenhæng som en velafgrænset og veldefineret gruppe, som udgjorde kernen af faglighed på sygehuset. Når andre læger – og somme tider de samme – omtalte et godt tværfagligt samarbejde som centralt for kvaliteten på sygehusafdelingen – så italesatte lægerne deres gruppe som en del af en samlet organisation. Det kan derfor virke situationsbe-

stemt, om lægerne opfattede deres identitet som tilhørende en afgrænset lægegruppe eller som del af et tværfagligt team på sengeafsnittet.

I plejegrupperne på de fire afsnit var der fokus på optimering af kvaliteten indenfor rammerne af sengeafsnittene med udgangspunkt i flere forhold. Plejegrupperne så sig selv som garanter for, at patienterne fik et sammenhængende forløb på et højt fagligt niveau, og italesatte deres identitet gennem dette. Plejegruppens fælles identitet – hvem vi er – var således baseret på en bevidsthed om at være den centrale faktor for, at arbejdet blev udført på sengeafsnittene, inklusive samarbejdet til de øvrige faggrupper. Det forekom dog også, at der eksisterede en yderligere opdeling af identiteten i plejegruppen på nogle af afsnittene, hvor sygeplejerskerne pegede på sig selv som gruppen, der havde det primære ansvar for den plejefaglige kvalitet.

Der var både forskelle og gennemgående træk i forhold til indholdet af identiteten vedrørende hvad situationen var for de forskellige grupper. I båd lægegruppe og plejegruppe var der opmærksomhed på, at det var ønskeligt og nødvendigt at være opmærksom på opnåelse af et højt fagligt niveau. Situationen var således, at de relevante metoder og initiativer skulle tages i anvendelse for at opnå dette. Selv om det var DGMA-projektets centrale intention at placere standarderne for kvalitet som en del af de antagelser og værdier for måling af effekt og succes i det faglige arbejde, blev dette ikke en del af de faglige aktørers tolkning. DGMA's standarder for kvalitet fik ikke nogen central placering, idet lægerne generelt placerede standarderne som mindre væsentlige eller direkte afledende for mere konkrete mål for effekt, mens de plejefaglige aktører så standarderne som indikatorer, der kunne have en relevans i forbindelse med opstramning på procedurer mv. Standarderne blev dog ikke placeret centralt i sygeplejerskernes forestillinger om kvalitetsudvikling, selv om oplevelsen af relevans var langt mere udtalt her end i lægegruppen.

Den generelle forskel i forestillingen om DGMA's standarders placering i arbejdet med faglig kvalitet peger på et (potentielt) problem vedrørende etablering af en fælles platform for en tværfaglig tilgang til udviklingen af kvalitet. De fagspecifikke forestillinger om kvalitet, som aktørerne præsenterer, kan sætte rammer for en tværfaglig indsats for forbedret kvalitet på dette grundlag.

Endelig viste de fire cases, at der var en vis uniformitet inden for hver af de to grupper – lægegruppe og plejegruppe – med hensyn til hvad en passende handling ville være i den konkrete situation. Lægerne forholdt sig gennemgående passive i forhold til anvendelsen af DGMA's standarder og tværsnitsmålinger på trods af, at der var en vis forståelse af, at standarderne havde klinisk relevans. Undtaget fra dette var som regel den eller de læger, som havde haft mere konkret berøring med journalgennemgang og tværsnitsundersøgelser mv. I plejegrupperne var den gen-

nemgående opfattelse af, hvad den passende handling bestod i, at DGMA's standarder skulle anvendes i de situationer, hvor de havde relevans for deres faglighed og faglige indsats. Gennemførelsen af delprojekter på udvalgte områder på afdelingerne pegede i retning af, at dette relevanskriterium var stærkt i en situation, hvor både læger og plejegrupperne skulle prioritere deres indsats mellem flere faglige aktiviteter og flere typer af initiativer på kvalitetsområdet.

Identitet blandt de projektansvarlige

De projektansvarlige på de fire afsnit så gennemgående et behov for et øget ledelsesengagement på dette område. Det peger samtidig på deres opfattelse af egen identitet. Projektejernes overvejelser over, hvilke handlinger de skal foretage i situationen, og hvilken ledelsesopbakning de forventede fra ledelsesside, udgør således et perspektiv på ledelse og styring. De projektansvarlige i læge- og plejegrupperne stod alene på deres afsnit med denne forståelse. På ingen af afsnittene i caset udgjorde det en naturlig del af de øvrige aktørers forestillinger om udvikling af den faglige kvalitet at udvide det ledelsesmæssige engagement i arbejdet med DGMA.

7.12.7 Afrunding

Betoningen af det ledelsesmæssige perspektiv hos de projektansvarlige på de fire afsnit peger på en mangelfuld kobling mellem et udviklingsinitiativ og en tradition for ledelse på sygehusene. Hvis anvendelsen af standarder for kvalitet kan ses som en italesættelse af et oplevet behov for en standardisering af den faglige indsats, så er det spørgsmålet, om dette også kræver en ledelsesmæssig involvering i retning af at konfigurere standarderne for kvalitet, så de korrelerer med de sundhedsfaglige aktørers tolkninger.

Casene viste, at italesættelsen af kvalitet gennem opstilling af centraliserede standarder ikke var sammenfaldende med de sundhedsfaglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet. Dette skete på trods af, at standarder for kvalitet forudsættes at udgøre et institutionaliseret formelement, som har legitimitet i et ønske om justering af den faglige indsats. Når standarderne blev mødt af modstridende tolkninger af faglighed, kvalitet og samarbejde blandt grupper af faglige aktører, så er det spørgsmålet, hvad den ledelsesmæssige opgave at introducere idéen om standarder som professionelt relevant består i for at sikre medarbejdernes engagement.

8. Konklusion og diskussion

Hovedspørgsmålet i afhandlingen drejer sig om faglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet. Spørgsmålet er, hvordan forestillingerne udvikles gennem de tolkninger og translationer, som de faglige aktører foretager af organisatoriske idéer og af den eksisterende praksis. Det er en del af det analytiske setup i afhandlingen, at aktørernes tolkninger af kvalitet og tværfaglighed udtrykkes som forestillinger gennem aktørernes italesættelse.

Afhandlingens hovedspørgsmål skal derfor besvares gennem analyse af den italesættelse, som aktørerne har foretaget i de tre cases. Besvarelsen af hovedspørgsmålet er samtidig en funktion af besvarelsen af underspørgsmålene, hvorfor jeg vil starte med at besvare disse og vende tilbage til hovedspørgsmålet efterfølgende. Konklusionen starter med en redegørelse for, hvordan idéerne blev båret ind i sygehusvæsenet i netop disse tilfælde, fulgt af en redegørelse for og diskussion af de faglige aktørers tolkninger og forestillinger om kvalitet og tværfaglighed.

8.1 Idébærere og tolkninger

I gennemgangen af de tre cases viste det sig, at de idéer, som blev forsøgt anvendt i arbejdet med at forbedre kvaliteten, var blevet introduceret af 'overordnede' eller udefrakommende aktører, der som idébærere ikke selv var de konkrete brugere af idéen i praksis.

Idébærere og proxy-aktører

I caset vedrørende kvalitetscirkler blev den organisatoriske idé og begrebet udbredt via Sundhedsstyrelsen og DSI. I det konkrete projekt optrådte DSI som proxy-aktør²⁷⁹ for både Sundhedsstyrelsens intentioner og for den patientforening, som var den væsentlige medvirkende aktør i fremsættelsen af kravet om tværfaglig udvikling af kvaliteten. I caset om kliniske teams blev idéen lanceret af ledelsen i det

²⁷⁹ Med 'proxy-aktør' menes en 'stedfortrædende' aktør, der bærer idéen ind i feltet eller organisationen på vegne af den oprindelige idébærer.

nyetablerede Hovedstadens Sygehusfællesskab i 1996. De lokale centerledelser kom til at fungere som proxy-aktører, der skulle føre idéen om kliniske teams ind på sygehusafdelingerne. I det tredje case blev standarder for kvalitet introduceret gennem det nationale initiativ 'Den Gode Medicinske Afdeling', som blev udviklet på baggrund af et udspil fra Dansk Selskab for Intern Medicin. Efterfølgende blev idéen om standarder placeret centralt i forbindelse med initiativer til akkreditering i to amter og det efterfølgende centraliserede initiativ til en landsdækkende akkrediteringsmodel 'Den Danske Kvalitetsmodel'. I det konkrete case blev idéen om standarder for kvalitet administreret af DGMA's sekretariat, der fungerede som proxy-aktør for det medicinske selskab.

Idébærerne benyttede sig således af 'proxy-aktører' som 'stedfortrædende' aktører, der bar idéen ind i feltet eller organisationen på vegne af den oprindelige idébærer. Forholdet mellem de to idébærende parter i hver af de tre cases afveg fra hinanden på en række punkter. Der var dog alligevel tale om, at det var et gennemgående træk, at tolkningen på det idébærende niveau foregik i flere led.

Idébærerne har anvendt koncepter og formelementer fra organisatoriske idéer, som primært blev hentet fra eksempler på udvikling af arbejdet med kvalitet af behandling inden for sundhedsvæsenet, herunder ikke mindst i udlandet. Ideerne blev ikke udbredt gennem en direkte overførsel eller imitation af erfaringer fra produktionsindustrien eller andre brancher til det danske sundhedsvæsen, selv om idéerne stammede fra industrien oprindeligt. Tolkningen og overførselen skete alene som en overførsel fra sundhedssektorerne i andre lande til det danske sygehusvæsen.

Fokus for idébærernes tolkning

Casene var placeret forskellige steder i historien om kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Det primære fokus vedrørende variationer i idéernes overførsel er dog lagt på de forskellige typer af aktører, der optrådte som idébærere.

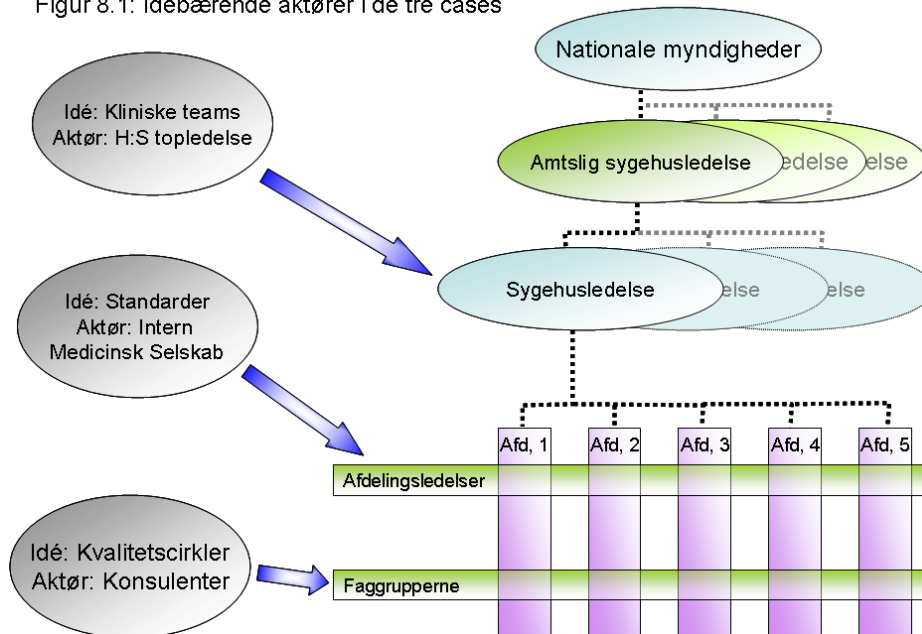
Kvalitetscirkler blev 'båret ind' i det danske sygehusvæsen af en offentlig myndighed og en selvejende forskningsinstitution, der her optrådte som proceskonsulenter. Set fra et tidsmæssigt eller historisk perspektiv faldt introduktionen af kvalitetscirkler i en periode, hvor kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet var præget af enkeltstående projekter, der blev gennemført som afgrænsede aktiviteter i en kultur præget af andre forsknings- og udviklingsprojekter. Idébærerne i dette case var primært konsulenterne, der var placeret uden for organisationen i en 'sideordnet' rolle, hvor idéen kunne introduceres uden om det ledelsesmæssige hierarki i sygehusvæsenet.

Teams var allerede introduceret som idé ad mange kanaler, men konceptet 'kliniske teams' blev introduceret af den øverste ledelse i H:S, der på det tidspunkt var

Danmarks største sygehusenhed. Caset repræsenterede en tilgang til kvalitetsudvikling, der på pågældende tidspunkt, dvs. fra midten af 1990'erne og frem, var præget af en fokusering på det ledelsesmæssige ansvar for udvikling. Endelig blev kvalitetsstandarder i den generelle form, der indgår i caset, introduceret eller båret ind af et medicinsk videnskabeligt selskab og senere af et sekretariat oprettet til formålet. Dansk Selskab for Intern Medicin var idébærer i dette case, hvor dette lægelige videnskabelige selskab indgik i denne rolle i en position, der befandt sig uden for sygehusvæsenets ledelsesmæssige hierarki, men til gengæld var baseret på en position i det lægefaglige hierarki.

De tre cases udgjorde således eksempler på, at idébærere kunne befinde sig i forskellige positioner i forhold til den kliniske praksis, der skulle søges ændret gennem anvendelsen af idéer og koncepter. Disse tre positioner er illustreret i figur 8.1.

Figur 8.1: Idébærende aktører i de tre cases



Det forhold, at der optrådte flere forskellige idébærende aktører i hvert af casene, medførte også, at der foregik flere tolkninger i forbindelse med idéernes overførsel. Typisk foretog de primære idébærere en tolkning, der forbandt idéens indhold med en tolkning af behovet for ændring i en særlig del af sygehusvæsenet. Herefter foretog proxy-aktørerne en yderligere tolkning af idéen ud fra en tolkning af behovet for udvikling. Der foregik således flere tolkninger af idéerne forud for anvendelsen af idéerne i den konkrete kliniske praksis på sygehusene.

Tolkninger og styringstemaer

Analyserne af de tre cases placerer disse som særskilte 'nedslag' på forskellige historiske tidspunkter i arbejdet med systematiseret kvalitetsudvikling i det danske sygehusvæsen, og afspejler styringstemaer, der kendetegnede perioden. De tre sty-

ringstemaer afspejler således forskellige typer af initiativer til udvikling af den faglige kvalitet. Arbejdet med kvalitetscirkler i starten af 1990'erne afspejler idéer fra japansk og amerikansk industri med anvendelse af selvstyrende grupper som organiseringsform i kvalitetsudvikling. Det organisatoriske styringstema indgår derfor naturligt som et forsøg på at lade organiseringsformen være i fokus for udvikling. Arbejdet med kliniske teams i årene inden og omkring årtusindskiftet afspejler idéer om organisering af sygehusene med udgangspunkt i ønsket om sammenhængende patientforløb. Begrebet kliniske teams relaterede sig også til idéer om de organiseringsformer, der er forbundet med udviklingskoncepter som Total Quality Management og Continuous Quality Improvement. Styringstemaet var professionsorienteret gennem forsøget på at ændre professionernes rolle og identitet gennem fokusering på patientforløbene. Endelig var arbejdet med kvalitetsstandarder fra år 2000 og frem baseret på en blanding af idéer fra primært amerikansk akkreditering og idéer om brugen af faglige retningslinjer. Her var styringstemaet fagligt, da styringen af kvaliteten blev forsøgt gennemført som direkte anvisninger på udførelsen af det faglige arbejde.

De tre cases illustrerer således initiativer, der var baseret på forskellige karakteristika i den organisatoriske idé. Det er disse karakteristika, der tegnede styringstemaerne i de tre cases.

Idébærere og materialisering af idéer

Idébærernes transport af en organisatorisk idé var forbundet med tolkning af idéerne. Transporten af idéer kræver materialisering, og som Czarniawska påpeger, udfoldes denne materialisering gennem en proces af italesættelse, tolkning og translation.

Som et fælles træk mellem de tre cases har idébærerne mødt idéerne og koncepterne gennem den italesættelse, der er foregået gennem rapporter, konferencer, artikler og andre lignende veje til kommunikation, der ikke altid har krævet personlig kontakt eller kontakt til den kliniske praksis, som idéerne skulle realiseres i. Denne del af idéernes overførsel kan siges at have været 'ukompliceret' i den forstand, at overførslen ikke blev konfronteret med den konkrete kliniske praksis, men kunne forblive som tolkede idéer på et overordnet og inspirerende niveau.

De tolkninger, der blev foretaget på det overordnede niveau, bestod først og fremmest i at definere den eksisterende situation i det danske sygehusvæsen ind i rammerne for de anvendte koncepter. Det er med andre ord idéens italesættelse som begreber, der er i højsædet i de overordnede aktørers tolkning. Dette refererer til Brunssons definition af translation – oversættelse – af et begreb, hvor begrebets anvendelse ikke kopieres, men begrebet italesættes som den praksis, aktørerne øn-

sker at udvikle. Erlingsdóttir peger på en tilsvarende mekanisme gennem anvendelse af begrebet isonymisme for den form for isomorfi, hvor samme idé eller koncept blev italesat i forskellige organisationer, selv om det dækkede over forskellig organisatorisk praksis.

Idéernes tolkning blandt idébærere var præget af forestillinger om en ønsket udvikling af sygehusvæsenets arbejde med kvalitet. Disse ønsker fremgår af de styringstemaer, som hvert af de tre cases står for, hhv. styring gennem organisatorisk model, styring af faglighed gennem fokus på patientforløb og styring gennem standarder for den faglige aktivitet. Men ønskerne og dermed styringstemaerne var ikke altid i kontakt med de tolkninger af den eksisterende kliniske praksis og den aktuelle indsats for kvalitet, som de faglige aktører stod for. Denne del af tolkningernes forløb kan derfor ses som præget af dekobling, hvor idéens tolkning på det overordnede niveau fraviges blandt de faglige aktører.

8.2 Forestillinger og tolkning blandt de faglige aktører

Analysen tager afsæt i en antagelse om, at de organisatoriske idéer i de tre cases - hhv. kvalitetscirkler, kliniske teams og generelle standarder for kvalitet - blev udbredt til sygehusfeltet fra andre organisatoriske felter og herunder primært fra andre sygehusfelter. I casene blev idéerne italesat i forbindelse med de introduktioner af koncepter og begreber, der blev foretaget. Idéerne blev ikke anvendt direkte i den kliniske praksis, men undergik en videre tolkning og transformation.

Det analytiske fokus lægges derfor på, hvordan aktørernes tolkninger og transformationer af nye idéer og af den eksisterende praksis afspejles i italesættelse af kvalitet og tværfaglighed. Med dette udgangspunkt tager diskussionen her udgangspunkt i de mønstre og karakteristika, der har gjort sig gældende i de faglige aktørers italesættelse af tværfaglig kvalitet i de tre cases.

Idéer og aktørernes tolkning af professionel relevans

I alle tre cases viste der sig begrænset overensstemmelse mellem indholdet af de idéer, der blev introduceret, og den tolkning som de faglige aktører foretog. De tolkninger, der blev foretaget, syntes at være forbundet med oplevelsen af professionel relevans. Med 'professionel relevans' menes den tolkning, som aktørerne i faggrupperne foretager af relevans baseret på deres identitet som fagpersoner og -

grupper.

I alle tre cases var der således en tendens til at afvise de elementer i forslagene til organiseringsformer, som ikke virkede professionelt relevante. Dette gjaldt både læger og sygeplejersker. Fx var der i caset vedrørende kvalitetscirkler voksende modstand gennem projektførelsen mod den meget strukturerede arbejdsform, som fx fordrede regelmæssige møder og et til tider stort tidsforbrug. Der opstod også modstand mod de begrænsninger, som var indbygget i konstruktionen af kriterierne for kvalitet, der kun var fokuseret på målbare parametre.

I caset vedrørende forsøget på at etablere kliniske teams organiseret omkring patientforløb var der argumenter mod disse teams ud fra tolkninger – herunder særligt fra lægerne – af, hvad der kan anses og dermed tolkes som relevant for kvaliteten af den faglige indsats. Idéen blev samtidig afvist gennem italesættelse af problemer vedrørende koordinering og overholdelse af vagtplaner. Fx blev idéen om kliniske teams på den ene side italesat og placeret som professionelt relevant af mange af de faglige aktører ud fra tolkning af et professionelt perspektiv. På den anden side blev den imidlertid forkastet ud fra andre faglige (oftest monofaglige) perspektiver, der blev prioriteret højere, samt ud fra tolkning af organisatorisk logistik som et væsentligt organisatorisk forhold.

Endelig forholdt de faglige aktører sig til initiativet vedrørende centraliserede kvalitetsstandarder gennem tolkning af initiativets og kvalitetsstandardernes faglige relevans. De centraliserede kvalitetsstandarder nød bred og generel forståelse som relevante. Problemet var her, at den fagligt begrundede tolkning ofte bestod i, at de anvendte standarder i DGMA-projektet blev placeret som for perifere i forhold til andre initiativer, der blev anset som mere relevante på kvalitetsområdet. Dette medførte bl.a., at aktørerne kun fandt det professionelt relevant at anvende udvalgte eller slet ingen dele af det vidensgrundlag, som Den Gode Medicinske Afdelings tværsnitsundersøgelser forsynede afdelingerne med.

Pointen med, at initiativer til udvikling af kvaliteten i en tværfaglig sammenhæng fremstår som professionelt relevante for de faglige aktører, virker således central.

Professionel relevans, som dette fremgik af aktørernes tolkninger, er relateret til professionel identitet som begreb for fælles tolkninger blandt sygehusets faggrupper. Den faglige identitet viste sig at være tæt forbundet med tolkningen af faglig kvalitet.

Italesættelse af faglig kvalitet i professionel identitet

Den italesættelse, der foregik fra de faglige aktørers side, var gennemgående fokuseret på forestillinger, der placerede aktørernes aktuelle tolkninger som en del af

den fælles tolkning af faglig kvalitet i faggruppen eller på sygehusafdelingen. Italesættelsen udgjorde således et samspil af tolkninger af tværfaglig kvalitet, der udvikles inden for professioners og faggruppers skabelse af identitet og tolkninger af den praksis, som aktørerne har udviklet for tværfaglig kvalitet som en del af skabelsen af lokal professionel identitet.

Italesættelsen af faglig kvalitet indgik fx i en argumentation for, at deltagelse i tværfaglig kvalitetsudvikling er central. Samtidig var den dog sekundær i forhold til udvikling af de monofaglige 'kerneydelse'. Anvendelse af kliniske teams blev forbundet med en vis relevans, men realiseringen af idéen blev ikke prioriteret på linje med styrkelse af monofagligheden. På samme måde kunne procesorienterede generelle og centraliserede standarder i et vist omfang accepteres som relevante, men blev samtidig givet udtryk for, at idéen ikke tog højde for de særlige forhold inden for et speciale. Endelig blev arbejdet med kvalitet i kvalitetscirklerne forbundet med problemer med manglende fleksibilitet i netop valget af fagligt indhold.

Dette blev fremført af aktører, der gennem deres fortællinger om holdninger til og erfaringer med de forskellige organisatoriske idéer viste, at de var i stand til og fortrolige med at foretage selvstændige vurderinger af hvilke initiativer, der gavne den faglige indsats, og at foretage en aktiv prioritering ud fra dette. Der var med andre ord tale om, at aktørerne havde en klar forestilling om, at faglig kvalitet udgjorde en væsentlig del af den organisatoriske identitet.

Forholdet mellem forskellige grupper af faglige aktørers tolkning af organisatoriske idéer og af deres professionelle identitet gennem tolkningen af 'det professionelt relevante', var dog ikke helt ensartet mellem de tre cases. Idéen om kliniske teams i case 2 blev italesat som uigennemførlig af de faglige aktører, uden at det syntes som om, at der var gjort egentlige konkrete forsøg på at anvende denne organiseringsform. Idéen om centraliserede kvalitetsstandarder i case 3 i den form, som indgik i DGMA-projektet, opnåede større accept i de faglige aktørers tolkninger, men blev dog i stort omfang afvist eller nedprioriteret i forhold til andre initiativer vedrørende kvalitet. Forholdet mellem professionel identitet og tolkning af den organisatoriske idé var til gengæld mere positiv omkring kvalitetscirklerne i case 1. Det syntes som om, at anvendelsen af kvalitetscirkler i den projektorganiseringsform, som blev anvendt, virkede professionelt relevant for aktørerne i en vis periode. Selv om aktørerne tolkede idéen om kvalitetscirkler ind i deres egen praksis, og tog initiativer til at fjerne dele af konceptet, som ikke syntes anvendelig, blev der i store træk opnået accept af formen. Dette syntes videre at være forbundet med, at der var indbygget et stort element af selvstændighed i organiseringen af cirklerne, ligesom det at etablere en projektorganisation om en afgrænset opgave

virkede legitimerende og motiverende. Det professionelt relevante i at bruge kvalitetscirkler som organiseringsform syntes at ligge i, at kvalitetscirkelformen bidrog til at strukturere den faglige indsats på en måde, der var professionelt relevant og lå inden for rammerne af den faglige identitet for de faglige aktører.

Dette leder naturligt videre til analyserne af indholdet af den professionelle identitet, der har været forbundet med de initiativer på kvalitetsområdet, som de tre cases repræsenterer.

Identitet og tolkning af faglighed

Som det er beskrevet, var tolkninger af faglighed, der blev gennemført af faglige aktører i de tre cases, ofte forbundet med tolkninger af kvalitet. Tolkningen af faglighed kan også formodes at være snævert forbundet med tolkningen af identitet hos aktørerne. Med afsæt i Brunssons identitetsbegreb om 1) hvem vi er, 2) hvad der er vores situation, og 3) hvad en relevant adfærd udgør for os i denne situation, kan der peges på, at gruppeidentiteten både kan tolkes som monofaglig og som tværfaglig. Der har været forskellige erfaringer med tolkningen af identitet i de tre cases.

Kvalitetscirklen som organiseringsform virkede som et professionelt relevant udgangspunkt for skabelsen af en afgrænset gruppe af aktører, der ad denne vej kunne opbygge en gruppeidentitet. Identiteten var baseret på en tværfaglig tolkning af gruppen og dens sammensætning, og en gennemgående fælles forståelse af, hvad situationen bestod i. Bedre tilbud til patienterne blev således set som et tværfagligt emne, og endelig og endelig var der i store træk enighed om, hvad den relevante adfærd skulle være i gruppen med hensyn til initiativer, der kunne forbedre kvaliteten. Der eksisterede en fælles identitet og dermed opfattelse af opgaven for kvalitetscirklerne, hvor man koncentrerede sig om en enkelt patientgruppe og denne gruppes særlige behov, som alle var enige i var bredt sammensat.

Dette var ikke tilfældet i samme grad for de kliniske teams. Idéen om etablering af kliniske teams med fokus på patientforløb var forventet at medvirke til at styrke dannelsen af tværfaglige samarbejdsrelationer, og dermed styrke tolkningerne blandt de faglige aktører i retning af en tværfaglig gruppeidentitet. Der eksisterede på forhånd kun en begrænset fælles identitet mellem pleje- og lægegruppe, hvor nogle læger fx gav udtryk for et fravalg af fælles konferencer. De kliniske teams kunne ikke etableres, når den eneste enighed, der eksisterede om situationens karakter, var, at idéen om kliniske teams ikke kunne realiseres inden for de gældende rammer af vagtbelastninger etc.

Med opgivelse af planen om etablering af kliniske teams blev det forsøgt at skabe en fælles identitet gennem et initiativ til oprettelsen af et fælles sengeafsnitsteam.

Dette koncept, der kan ses som en videreudvikling af teambegrebet og udgjorde en ny konstruktion og placering af teambegrebet på denne sygehusafdeling, syntes at medvirke til at skabe en vis tværfaglig gruppeidentitet på pågældende sengeafsnit. Det var noget usikkert, hvor langt ind i særligt lægegruppen denne gruppeidentitet rakte.

Det var ligeledes svært at skabe fælles tværfaglig identitet omkring initiativet vedrørende centraliserede standarder for kvalitet. Selv om standarderne for kvalitet potentielt havde tværfaglig karakter, og projektorganiseringen på de medvirkende afdelinger bestod af en læge og en sygeplejerske, var dette ikke tilstrækkeligt til at skabe en tværfaglig identitet. Og en fælles identitet kunne ikke realiseres omkring de centraliserede standarder, når enighed om situationens karakter begrænsede sig til, at de opstillede standarder ikke havde en tilstrækkelig central placering i det faglige verdensbillede hos de faglige aktører.

Hverken med hensyn til tolkningen af hvem 'vi' var, hvad situationen var for gruppen, og hvad den relevante adfærd skule være, var der særlig tværfaglig opmærksomhed omkring udvikling af kvalitet på dette grundlag. Nogle læger pegede på arbejdet med de forløbsorienterede centraliserede standarder som et sygeplejerskeprojekt. Tolkninger af, hvad der var den relevante handling i afdelingens situation, varierede således meget. Dette blev bl.a. begrundet med, at den faglige tyngde i de standarder, der blev brugt, ikke var stor nok, hvilket igen fjernede grundlaget for at opnå status som del af fundamentet for en fælles tværfaglig identitet.

Italesættelsen af de organisatoriske idéer til udvikling af tværfaglig kvalitet i casene, karakteriserer således de aktuelle initiativer, men kan ikke gøre det ud for generelle karakteristikker af typer af initiativer. Det kan fx ikke udelukkes, at centraliserede standarder kan gives en udformning eller karakter, der medfører, at de virker professionelt relevante og identitetsskabende i en konkret kontekst.²⁸⁰ Tilsvarende kan et forslag om etablering af kliniske teams organiseret rundt om patientforløb realiseres, hvis det italesættes i en kontekst, hvor de faglige aktører tolker det ind i en professionelt relevant sammenhæng. Omvendt kan kvalitetscirkler måske virke meningsløse og overflødige, hvis de ikke er organiseret omkring en specifik og velafgrænset opgave som fx en patientgruppe.

Denne diskussion resulterer således i en konstatering af, at det centrale for et udviklingsinitiativs chance for at blive gennemført ligger i mulighederne for, at de faglige aktører kan italesætte idéen som professionelt relevant, da professionel re-

²⁸⁰ Det har fx været tilfældet, når indikatorerne fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er blevet anvendt på nogle sygehusafdelinger som standarder for behandling og pleje af bestemte tilstande. Albæk et al, 2008.

levans udgør et centralt aspekt for tolkning af den faglige identitet. Dette fordrer videre, at idéen korresponderer med de tolkninger, som aktørerne har af den eksisterende kontekst – eller med andre ord at den organisatoriske idé, der introduceres, indgår blandt de muligheder, som de faglige aktører tolker som relevante i den konkrete situation.

Betydningen af 'det lokale' for tolkning og transformation

Der var i de tre cases en generel tendens til, at initiativer til udvikling af den kliniske kvalitet blev udsat for en lokal tolkning af de faglige aktører. Pointen er ikke det forhold, at læger og sygeplejersker og andre faggrupper tænker indbyrdes forskelligt på fx kvalitet og tværfaglighed, hvilket i sig selv er væsentligt. Pointen er her, at den lokale kontekst og de lokale erfaringer, tolkninger og aktørbårne forestillinger er af afgørende betydning for, hvordan en idé til udvikling eller et udviklingskoncept anvendes og ændres eller forkastes 'lokalt'. Med lokalt tænkes her på en afgrænsning, der angiver en relation af at være indenfor eller udenfor. 'Lokalt' kan betyde på den enkelte afdeling, det enkelte sygehusafsnit eller i den enkelte arbejdsgruppe. Fx ville det måske have været tilfældet, at idéen om kliniske teams havde været mere relevant for de faglige aktører, hvis begrebet blev italesat som en udviklingsmulighed på en afdeling, der havde haft alle stillinger i plejegruppen besat med erfarne sygeplejersker. Et andet eksempel kunne være, at idéen om centraliserede standarder var blevet introduceret på et senere tidspunkt på københavnske sygehusafdelinger, hvor der i mellemtiden var høstet positive erfaringer med de standarder for kvalitet, som indgår i akkreditering.

Det var gennemgående i alle tre cases, at det var de faglige aktører, der lokalt stod for den del af tolkningen af de eksterne idéer, der medførte en transformerende ændring og konkretisering af idéernes indhold. Med dette mener jeg, at det var de fagpersoner og ledere, der realiserede den del af tolkningen af de eksterne idéer, som gav idéerne et konkret indhold ud fra disse aktørers tolkninger af de lokale forhold. Dette i modsætning til, hvis det havde været planlæggere, konsulenter eller topledere, som havde givet idéen indhold for de faglige aktører.

Analysen af de tre cases peger således på, at de faglige aktørers rolle er helt afgørende i forbindelse med tolkningen af de organisatoriske idéer, og at denne rolle i sig selv har en styrke, der kan tilsidesætte indholdet af en introduceret organisatorisk idé.

De faglige aktører bliver i lyset af casene centrale for forståelsen af de konkrete praksisformer, der udvikles på sygehusene, når eksterne idéer til organisering af fx arbejdet med kvalitet introduceres og anvendes. Dette synes ikke mindre relevant som pointe, når der ses på de forskelle, der viste sig i den faglige indstilling fra

hhv. læge- og plejegrupperne med hensyn til anvendelse af idéers og koncepters indhold.

Styringstemaer og faglige aktører

De tre organisatoriske idéer, der blev introduceret eller inddraget i afdelingernes udvikling, havde hhv. et organisatorisk styringstema, et professionstema og et fagligt styringstema indlejret i idébærernes tolkning af den organisatoriske idé. De tre cases havde derfor forskellige udgangspunkter i og med, at de koncepter for udvikling af kvaliteten, der var i spil, var baseret på forskellige idéer om, hvordan organisatorisk udvikling gennemføres.

Det kan diskuteres, om forskelle i aktørernes tolkning af de forskellige forsøg på styring af arbejdet med kvalitet skyldes styringstemaet som sådan. Ud fra den foreliggende analyse vil det være tvivlsomt at antage, at indholdet af det aktuelle styringstema har medført en bestemt tolkning hos de faglige aktører. Styringstemaerne i case 1 og 2 førte begge til organiseringsformer, der overlod stor professionel autonomi til de faglige aktører, og kunne på dette grundlag vurderes som ligestillede. De faglige aktørers tolkningsmæssige reaktioner var imidlertid meget forskellige. Tilsvarende førte styringstemaerne i case 1 og 3 begge til en vis ensretning af den faglige indsats ved at benytte faglige standarder. Som vist gik fagpersonernes reaktioner på styringsforsøget dog i hver sin retning.

Antagelsen om, at det derfor var styringstemaet som sådan, der var udslagsgivende for aktørernes tolkninger, imødegås af casene. Dette kan skyldes sygehuse-nes professionsdominerede karakter, som medførte, at aktørerne blandt faggrupperne forventes at være i stand til at overtage og realisere koncepter og idéer, som de præsenteres for, når de tolker dem som professionelt relevante.

8.3 Tolknings mellem idébærere og faglige aktører

Afhandlingens hovedspørgsmål omhandler, hvordan de kliniske aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet udvikles gennem tolkning af eksterne organisatoriske idéer og samtidig tolkning af den aktuelle praksis for deres arbejde og samarbejde på sygehusafdelingen.

Figur 8.2. illustrerer nogle af de centrale resultater fra analyserne af de tre cases, som er fremgået af ovenstående afsnit. Oversigten peger på, at selv om de tre

cases adskilte sig på en række punkter, så var det et gennemgående træk, at der foregik en dekobling mellem tolkningerne på det overordnede idébærer-niveau og tolkningerne blandt de faglige aktører.

Figur 8.2. Oversigt over analyse af de tre cases

	Cases	Case 1: Kvalitets-cirkler	Case 2: Kliniske teams	Case 3: Kvalitets-standard
Ideens italesættelse af faglig kvalitet		Faglig kvalitet blev italesat som lokale kriterier og standarder for udførelse af arbejdet.	Faglig kvalitet blev italesat som organisering omkring patientforløb.	Faglig kvalitet blev italesat som centraliserede regler for udførelse af arbejdet.
Styringstema		Organisatorisk – skabelsen af en organiseringsform.	Professionstema – fokus på tværfaglige patientforløb.	Fagligt – centraliserede standarder for kvalitet.
Idébærere		Centrale myndigheder Patientforening Eksterne konsulenter.	Administrativ ledelse Sygehusledelse Centerledelse.	Videnskabeligt selskab National projektadministration.
Idébærernes tolkning af idé		Baggrund for udvikling af tilbud til patientgruppe.	Skabelse af sammenhængende patientforløb.	Generel øgning af kvaliteten af procedurer.
Overført fra andet felt		Industri og andre sektorer samt udenlandsk sygehusvæsen.	Andre sektorer men primært fra udenlandsk sygehusvæsen.	Fra udenlandsk sygehusvæsen.
Faglige aktører		Projektgrupper, læger og plejepersonale samt andre faggrupper. Ingen ledelsesinvolvering.	Læger og plejepersonale samt aktiv ledelsesinvolvering på afsnit.	Lokale projektansvarlige (læge + sygeplejerske). Samt varierende deltagelse af primært plejepersonale.

Faglige aktørers tolkning af idé	Tolket som velegnet organiseringsform. Kritik af formen efter en periode.	Principiel forståelse af formen, men afvisning af anvendelsen i den kliniske praksis.	Generel forståelse af hensigten, men stor variation i tolkningen af relevans i det kliniske arbejde.
Professionel identitet	De professionelle identiteter udvikledes forskelligt i de to cases – udvikling af identitet i ét case, men bevarelse af identitet i et andet.	De professionelle identiteter blev ikke ændret hen imod oplevelsen af kliniske teams som meningsfulde.	De professionelle identiteter ændredes ikke hen imod etablering af centraliserede standarder som tværfaglig indsats for kvalitetsudvikling.
Professionel identitet og idé	Idé var generelt forenelig med realisering af professionelle mål, men også forbundet med begrænsninger.	Idé delvis forenelig med professionelle mål, men uforenelig med faglige prioriteringer.	Idé var delvis forenelig med professionel identitet i plejegruppen, men kun begrænset blandt lægerne.
Tværfaglig identitet om kvalitet	Idéen var i stor grad i overensstemmelse med den tværfaglige identitet.	Idéen kunne ikke realiseres inden for den tværfaglige identitet.	Idéen blev kun i meget begrænset omfang realiseret inden for en tværfaglig identitet.
Sammenhæng mellem idébæreres og faglige aktørers tolkninger	Tidsbegrænset overensstemmelse som model til udvikling af tværfaglig kvalitet.	Dekobling mellem idébærernes og de faglige aktørers tolkning.	Begrænset overensstemmelse i tolkninger; selektive tolkninger blandt faglige aktører.
Isomorfi og emergens	Idéen udviklede sig med forskellig praksis med samme begreb, dvs. i isonymisme.	Der skete anvendelse af teambegrebet i nye sammenhænge som isopraksisme og emergens.	Deltagelsen i den gode medicinske afdeling udviklede sig forskelligt under samme begreb – dvs. isonymisme.

Styringstema, isomorfi, isopraksisme og isonymisme	Det organisatoriske styringstema udviklede sig som isonymisme – ønsket om at styre gennem en organiseringsform udviklede sig gennem brug af samme begreb til forskellig praksis.	Professionstemaet udviklede sig gennem emergens – ønsket om at udvikle patientforløb gennem brug af begrebet kliniske teams blev i stedet vendt til brug af teambegrebet til udvikling af andre organiseringsformer.	Det faglige styringstema udviklede sig gennem isonymisme – ønsket om at styre gennem standarder for den faglige aktivitet udviklede sig til autonom praksis for brugen af et enslydende begreb.
--	--	--	---

Case 1: Kvalitetscirkler

Case 2: Kliniske teams

Case 3: Kvalitetsstandard

Analyserne af de tre cases har dokumenteret, hvordan idéerne om kvalitetsudvikling er ført ind i sygehusvæsenet, ligesom det har været muligt at identificere de aktører, som er indgået i denne transport af idéerne. I alle tre cases har der tegnet sig et billede af, at idébærere tolker idéer om systematisk kvalitetsudvikling ind i sygehusvæsenet ud fra idébærernes egen tolkning af status og behov for fornyelse på sygehusene.

Den særlige rolle som idébærer synes i alle tre cases at være adskilt fra de tolkninger, der foregik af de organisatoriske idéer blandt de faglige aktører, om end der har været større sammenfald i nogle tilfælde end i andre. I de tre cases er de faglige aktørers tolkninger foregået ud fra den lokale kontekst som fx omfatter pågældende afdelings personalemæssige situation mv. samt ud fra de tolkninger, som aktørerne foretog af det faglige indhold i de idéer, der var båret ind af aktører uden for afdelingerne.

Det undersøgelsesspørgsmål, der berører forholdet mellem de to lag eller niveauer af tolkning af de organisatoriske idéer, flytter opmærksomheden over på problemstillingen vedrørende nuanceringen af den organisatoriske isomorfi, forstået som en organisatorisk imitation af et forbillede eller eksempel. Dette skel mellem organisationseksterne og -interne tolkninger giver sig bl.a. udtryk i, at der ikke er kontinuitet mellem tolkningerne. I nogle tilfælde foregår der en dekobling, som medfører, at idébærernes tolkning af den organisatoriske idé forlades. Den tolkning, der foretages af de faglige aktører, medfører, at idéen gives et indhold, der adskiller sig fra idébærernes tolkning. Den isomorfi der kunne iagttages, fik både udformning som isonymisme og isopraksisme. Isonymisme betegner en situation, hvor de tolkede idéer primært optræder gennem enslydende italesættelse på tværs

af organisationer – som når kvalitetscirkler beholder deres navn på trods af afgørende forskelle i cirklernes organisatoriske indhold. Isopraksisme betegner til gengæld en situation, hvor der udvikles organisatoriske strukturer med en række fælles træk – som når sygehusafdelinger udviklede en fælles praksis vedrørende selektiv anvendelse af de centraliserede standarder i DGMA, men ikke gav denne praksis en fælles betegnelse.

Samlet viser der sig derfor et billede af, at isomorfi både optræder i sammenhænge som isonymisme og isopraksisme i de tre cases. Baggrunden for begge fænomener synes at være, at faggruppernes stærke identitet sætter rammer for tolkningen af idéerne. Der sker både forskellige tolkninger af samme idé, der skaber isonymisme, og tolkninger på tværs af idéerne, som er styret af eksisterende tolkninger af faglighed og kvalitet, hvorfor der skabes isopraksisme.

Mode, spredning og aktørernes professionelle identitet

Spørgsmålet om oplevelsen af relevans blandt de faglige aktører kan søges yderligere belyst gennem Czarniawskas kategorisering af forudsætninger eller betingelser for accept af organisatoriske idéer, som er relateret til mode som forklaringsramme. De faglige aktørers oplevelse af relevans kan her forholdes til tre muligheder, hvor spredning af idéer a) kan forstås på baggrund af pragmatiske årsager, hvor idéen fremstår med større kvalitet end andre idéer, b) kan forstås som en konsekvens af idéens oprindelse, hvor idéens kilde er relevant, eller endelig c) kan forstås som forankret i allerede kendte idéer. Ud fra denne tredeling kan der trækkes nogle tråde til de tre cases.

I alle tre cases var det tilfældet, at begrebet kvalitet allerede var forankret, om end forankringen blev øget gennem perioden. Idéernes relevans for den professionelle identitet i ønsket om forbedring af den faglige kvalitet var naturligvis et fælles træk i de tre cases, men dette burde så stille de tre idéer lige, hvilket ikke var tilfældet. Til gengæld var idéen om kvalitetscirkler forbundet med en allerede kendt idé gennem idéen om teamsamarbejde. Men hvis et forudgående kendskab til idéen alene skulle være udslagsgivende, så burde idéen om kliniske teams have et fortrin. Dette syntes imidlertid ikke at være tilfældet.

Brugen af idéen om standarder for kvalitet kan begrundes ud fra pragmatiske årsager, da standarderne skulle give konkrete handlingsanvisninger på relevante områder i pleje og behandling. Det var dog kun i relativt få tilfælde, at standarderne fremstod som vejen til større kvalitet for aktørerne. På denne baggrund synes forestillingen om, at idéernes kilde eller oprindelse har en vis rolle, at være relevant. Dette leder videre til en diskussion af, hvilke aktører der har båret idéerne ind i feltet, og dermed kan fremstå som kilden til idéen.

Selv om der var visse træk i de tre cases, som kan relateres til forankring i pragmatiske årsager eller allerede kendte idéer som baggrund for anvendelsen af de organisatoriske idéer, så giver dette ikke en entydig forklaring på de organisatoriske ideers spredning.

En videre forklaring kan relateres til idéens oprindelse og kilde. Hvor det i alle tre cases var de organisatoriske idéer, der blev båret ind i feltet, forankret på forhånd i begrebet kvalitet, så var der variation i relationen mellem idébærere og kliniskere, som kan relateres til spredningen af ideen.

På de afdelinger, der blev præsenteret for idéen om kvalitetscirkler, placerede de faglige aktører patientforeningen Muskelsvindfonden, der indgik som idébærer som en væsentlig aktør inden for feltet. I andre tilfælde var denne rolle ikke så tydelig. Fx havde ledelsen i H:S, der bar idéen om kliniske teams ind på det medicinske center, ikke samme placering blandt de faglige aktører, og dermed havde de dårligere muligheder for at præsentere idéen som relevant. Denne forskel i forholdet mellem idébærere og faglige aktører kan evt. medvirke til at forklare noget af forskellen i forløbet af de tre cases.

Udviklingen af de faglige aktørers forestillinger

Det blev beskrevet i indledningen af dette konkluderende kapitel, at hovedspørgsmålet skulle belyses gennem besvarelse af de underordnede spørgsmål. Dette er sket i stort omfang, da der er givet et billede af, hvorledes aktørernes tolkninger af eksterne idéer og af den eksisterende praksis synes at foregå på et grundlag, som er baseret på den tolkning af profession og identitet, som de faglige aktører foretager.

Analysen peger for det første på, at forudsætningen for, at der gennemføres en tolkning af de organisatoriske idéer, som fører til et ønske om at anvende dele af idéen i den kliniske praksis, består i, at idéen opleves som professionelt relevant af de faglige aktører.

For det andet peger analysen på, at aktørernes forestillinger om udvikling af kvaliteten er forbundet til den professionelle identitet som medlemmer af professionelle faggrupper. Dette har i alle tre cases haft stor betydning for, om de faglige aktører har kunnet tolke den organisatoriske idé i sammenhæng med identitetsmærkerne på en professionelt relevant måde. Både hvad angår forståelsen af, hvem det er, som er berørt af den organisatoriske idé (hvem er vi?), hvilken situation introduktionen af idéen udgør (hvilken situation er vi i?), og forståelsen af, hvordan situationen skal håndteres (hvilken adfærd er relevant for os i denne situation?), har i høj grad påvirket tolkningen af de respektive organisatoriske idéer i de tre cases. De faglige aktører skal således kunne inkludere idéen i deres forestillinger om kvalitet og tværfaglighed.

Afhængigheden af de faglige aktørers tolkninger får betydning for de tolkninger, der foretages af de overordnede aktører som idébærere. Idébærernes tolkninger placerede idéen som relevant i forhold til idébærernes egen tolkning af et problem eller en udviklingsmulighed i sygehusvæsnet. Denne tolkning var imidlertid kun i begrænset grad sammenfaldende med de faglige aktørers tolkning, og dette har medført forskellige grader af dekobling mellem de to niveauer af tolkninger i de tre cases i forhold til den kliniske praksis.

Der kan derfor stilles videre spørgsmål om, hvordan faggruppernes kompetencer og engagement anvendes konstruktivt i udviklingen af kvaliteten, når analysen af casene viser, at de lokale faglige aktører er nøglen til en konstruktiv anvendelse af idéer om udvikling af tværfaglig kvalitet i sygehusvæsenet.

Samlet er det påstanden gennem analysen, at de lokale tolkninger af professionel identitet er central for tolkningen af de organisatoriske idéer, der overføres til sygehusfeltet af de idébærende aktører. Analysen er ikke baseret på et datagrundlag, som endegyldigt kan dokumentere, hvordan aktørerne i de tre cases udviklede den faglige praksis på sygehusafdelingerne på baggrund af de tolkede organisatoriske idéer. Men analysen kan pege på, hvorledes der er foregået en udvikling i aktørernes tolkninger og forestillinger om denne udvikling, og kan placere dette som en forudsætning for en efterfølgende skabelse af praksis.

Videre perspektiver – betingelser for ledelse

I en videre diskussion af forholdet mellem idéer til kvalitetsudvikling og faggruppernes centrale placering kan der stilles spørgsmål om, hvilken rolle sygehusenes ledere og mellemledere skal spille. Umiddelbart peger analysen på, at det kan indgå som en ledelsesopgave at skabe forbindelse mellem ideerne, idébærernes tolkninger og de faglige aktørers forestillinger om udviklingen af kvalitet. Når de faglige aktører har udviklet forestillinger om kvalitet og tværfaglighed, og anvender disse i tolkningen af styringstemaer, der har hhv. et professionsbaseret, et organisatorisk og et fagligt styringstema som i de tre cases, tegner der sig et meget komplekst ledelsesmæssigt opgavefelt. Den videre pointe er, at dette rejser et spørgsmål om, hvordan de forskellige ledelsesniveauer på og over et sygehus skal forholde sig til dette, når de samme ledelser tilrettelægger initiativer til udvikling af kvalitet og tværfaglighed.

Perspektiver i videre forskning

Analysen i denne afhandling har været fokuseret på de faglige aktørers udvikling af forestillinger om kvalitet og tværfaglighed gennem tolkningen af organisatoriske idéer, båret ind i sygehusfeltet af forskellige idébærere. Der kan peges på en række

muligheder for at øge vores viden om disse forhold gennem videre forskning.

For det første er der behov for at udvide forskningen vedrørende aktører og tolkning af idéer i sygehusvæsenet. Der er med andre ord behov for at konsolidere og udvide vores indsigt i de organisatoriske processer, som er undersøgt i denne afhandling.

Dernæst er der behov for forskning vedrørende skabelsen af organisatorisk praksis ud fra de tolkede idéer. Denne afhandling beskæftiger sig med aktørernes tolkninger og forestillinger, mens der kun i begrænset omfang er foretaget en belysning af hvilken udvikling, der er sket i arbejdspraksis og samarbejds mønstre på de undersøgte sygehusafdelinger.

Der er tilsvarende behov for viden om de langsigtede konsekvenser af den fortløbende introduktion af nye organisatoriske idéer samt den faglige praksis, som de faglige aktører udvikler. I de tre cases er der fokuseret på en relativt kort periode efter introduktion af en organisatorisk idé. Der er behov for at undersøge, hvorledes idéen tilpasses eller forkastes over tid, samt hvordan idéens indhold kombineres med andre organisatoriske idéer.

Den historiske kontekst for introduktion af idé og koncept var forskellig, men konsekvenserne af dette har ikke været gjort til genstand for en nærmere belysning i denne afhandling. Forskellene i formmæssigt indhold og historisk kontekst mellem casene har antagelig skabt forskellige betingelser for de faglige aktørers baggrund for at tolke idéer og koncepter. Der er foregået en udvikling af italesættelse af kvalitet og af metoderne til udvikling af kvaliteten undervejs i tidsperioden 1990 – 2003. Dette forhold kan gøres til genstand for selvstændige studier, herunder i sammenhæng med udviklingen af den politiske kontekst i perioden etc. Emnet er imidlertid ikke inkluderet i analysen i denne afhandling.

Endelig skal der peges på behovet for at udvide kendskabet til betydningen af den ledelsesmæssige indsats i forbindelse med udvikling af kvalitet og tværfaglighed. En udvidet forskningsindsats kan fokusere på de ledelsesmæssige opgaver i forbindelse med anvendelsen af de eksterne idéer. Afhandlingen har peget på, at der kan forekomme en dekobling af forholdet mellem de tolkninger, som idébærerne foretager, og de tolkninger som de faglige aktører foretager. Dette er ikke noget problem, hvis blot den kliniske praksis og kvalitet udvikler sig som ønsket. Sker dette imidlertid ikke, er der behov for at forske yderligere i, hvilke forhold der ligger bag, og hvilke muligheder, der er for at afhjælpe denne situation. Det er herunder relevant at undersøge, om der kan konstateres systematiske forskelle i, hvorledes forskellige typer af organisatoriske idéer tolkes ind i den kliniske praksis. De forskelle i tolkninger af idéer inden for de tre styringstemaer, der er konstateret i afhandlingen, kan være situationsbestemte eller tilfældige, hvorfor det er relevant

at undersøge, om der er tale om mere systematiske variationer.

Vurdering: Anvendelsen af den valgte teori

Den skandinaviske nyinstitutionelle teori har i denne afhandling primært været repræsenteret af Czarniawska, Brunsson og Erlingsdóttir. Mit valg af dette teoretiske udgangspunkt foregik gennem en proces, der kom til at strække sig over en årrække, og i sidste instans var en konsekvens af de behov for et nuanceret analytisk udgangspunkt, der viste sig gennem mit arbejde med casene. Jeg fandt, at den skandinaviske nyinstitutionelle teori var anvendelig til etablering af en analysestruktur, som skulle belyse en række antagelser, som jeg havde udviklet som grundlag for problemstillingen. Disse antagelser omfatter bl.a., at de faglige aktører – læger, sygeplejersker og sundhedsfaglige ledere – besidder og udvikler forestillinger, der bliver styrende for aktørernes interaktion og dermed for udviklingen af indsatsen for fx udvikling af tværfaglighed og kvalitet.

Dernæst havde jeg valgt det som en præmis, at sygehusvæsenet er domineret af aktører, der anvender deres faglige tilhørsforhold og professionelle identitet som afsæt for at udvikle professionsrelaterede opfattelser af sygehusvæsenets funktion. Betydningen af den professionelle identitet lod sig inkludere i det aktørorienterede analytiske udgangspunkt.

Endelig var det en præmis, at det indgår i de faglige aktørers forestillinger om organisering og ledelse på en sygehusafdeling, at udvikling af praksis er en funktion af relationen til de øvrige aktører og professioner samt til ledelsen på afdelingen.

Det teoretiske udgangspunkt har vist sin styrke ved at gøre det muligt for mig at forbinde analysen af forskellige initiativer til udviklingen af kvaliteten i sygehusvæsenet til forekomsten af mange aktører. Disse aktørers skabelse af forestillinger om kvalitet og tværfaglighed kunne indplaceres i de analyser og beskrivelser, der er foretaget gennem tolkningsbegreb og identitetsbegreb. Samtidig gav nuanceringen af begrebet om isomorfi som isonymisme og isopraksisme mig mulighed for at kombinere forståelsen af kopiering af organiseringsformer med forståelsen af løbende forandringer i organisationer.

Ud over dette gav begrebet idébærere analytisk rum til min forståelse af, at tolkninger af organisatoriske idéer kan foregå på flere niveauer. Struktureringen af tolkningsprocessen i flere niveauer muliggjorde på denne måde, at forholdet mellem de overordnede og de faglige tolkninger kunne adskilles og belyses.

Til gengæld har den dobbelte anvendelse af institutionsbegrebet og tolkningsbegrebet i den skandinaviske nyinstitutionelle teori betydet, at det har været vanskeligt for mig at foretage en entydig placering af fx en empirisk observation som

en manifestation af et institutionelt forhold eller af en tolkning. Institutionsbegrebet gør det muligt at pege på institutioner og institutionaliserede begreber som kilde til en normativ påvirkning af organisationer til at udvikles og tilpasses. Tolkningsbegrebet gør det muligt at holde aktører på forskellige niveauer ansvarlige for udvikling, der ikke er sammenfaldende med de idéer og institutioner, som introduceres. Det har med andre ord ikke været muligt for mig at anvende en entydig metode i analysen med dette teoretiske udgangspunkt i den forstand, at der både optræder institutionaliserede begreber og løbende tolkninger i forståelsen af den organisatoriske dynamik.

Det har ikke været min erfaring, at den manglende entydighed gør den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang lettere at anvende. Den kræver, at man som forsker gennemfører sine analyser med undersøgelser af detaljer i fx caseforløb. Dette for at kunne belyse forholdet mellem idéer og deres tolkninger på en måde, der resulterer i sammenhængende fortællinger, som har analytisk tyngde.

Samlet har anvendelsen af den skandinaviske nyinstitutionelle tilgang derfor været et passende nuanceret grundlag for min analyse af de tre cases, der var komplicerede i deres kombination af aktører, og introduktionen af eksterne organisatoriske idéer.

9. Resumé

Denne afhandling omhandler hvordan idéer om udvikling af kvalitet indarbejdes på sygehusafdelinger i Danmark. Afhandlingen fokuserer på lægers og sygeplejerskers professionelle identitet, deres forestillinger om praksis og deres tolkninger af de idéer til udvikling, som de bliver præsenteret for. Faggruppernes forestillinger om praksis og udvikling sættes i afhandlingen sammen med den oplevelse af relevans, som de faglige aktører oplever. Denne oplevelse af 'professionel relevans' er således et gennemgående udtryk for aktørernes forestillinger.

Problemstilling

'Forestillinger' består i afhandlingen i de skriftlige og mundtlige udsagn, som udtrykker tolkninger af kvalitet og tværfaglighed blandt aktørerne. Aktørernes tolkninger og forestillinger om kvalitet og tværfaglighed er væsentlige set i forhold til de stadigt øgede krav om bedre og mere effektiv behandling, som sygehusvæsenets ledere og medarbejdere mødes med fra omverdenen. Der er behov for at udvide kendskabet til denne type forløb, hvor lederne og medarbejderne skal integrere eksterne krav og opfattelsen af deres egen faglighed til ny klinisk praksis. Dette har betydning for at afklare og præcisere den ledelsesmæssige opgave, der er forbundet med gennemførelse af sygehusenes udviklingsprocesser.

Indsatsen for at sikre kvaliteten af det kliniske arbejde på sygehusene har traditionelt været knyttet til professionernes udvikling, herunder ikke mindst den lægelige profession. Selv om det er blevet fremhævet, at der i princippet er blevet arbejdet med udvikling af kvaliteten så længe de sundhedsfaglige professioner har eksisteret, så er en systematisk og formaliseret tilgang til arbejdet med udvikling af den faglige kvalitet af nyere dato. Denne udvikling er forløbet i forbindelse med, at den medicinske professions status er blevet ændret, samtidig med at der er sket en tilsvarende generel svækkelse af det moderne sygehusvæsenes status som et uangribeligt, avanceret og højteknologisk behandlingssystem.

På denne baggrund kan afhandlingens centrale spørgsmål formuleres således:

Hvordan udvikles de faglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet gennem tolkning af eksterne organisatoriske idéer og samtidig tolkning af den ak-

tuelle praksis for deres arbejde og samarbejde på sygehusafdelingen?

Dette suppleres med en række spørgsmål vedrørende de tolkninger, der foregår på et overordnet metaniveau, tolkningerne blandt faggrupperne på sygehusene samt samspillet mellem disse tolkninger.

Teoretisk perspektiv og caset som metode

Det skandinaviske nyinstitutionelle perspektiv, der er valgt som udgangspunkt for afhandlingens analyser, har ført til udarbejdelse af en overordnet analytisk model for projektet. Modellen understreger den centrale relation mellem eksterne idéer, aktører der transporterer idéen ind i sygehusvæsnet og faglige aktører, der tolker de eksterne idéer og den aktuelle praksis for at lade disse tolkninger danne baggrund for forestillinger om praksis – i dette tilfælde vedrørende tværfaglighed og kvalitet. Den analytiske struktur er således bygget op omkring de organisatoriske idéers og koncepters transport og tolkning.

Den skandinavisk nyinstitutionelle tilgang repræsenteres i denne afhandling i første række af Czarniawska – alene og i selskab med hhv. Joerges og Sevón. Denne teoretiske ramme placerer dynamikken i organisatoriske idéers overførsel i den translation og tolkning, som de organisatoriske aktører foretager. Samtidig bliver det påpeget, at idéer og koncepter skal materialiseres for at kunne transporteres eller overføres. Dette er en forudsætning for organisatoriske idéers oversættelse (translation) i bevægelsen mellem organisationer. Materialiseringen fordrer at aktører omsætter idéen/konceptet til sproglig form, og idéer og koncepter vil gennem denne italesættelse dels blive sat ind i den ramme som aktørerne forestiller sig idéen indgår i, men vil samtidig undergå en tolkning.

Valget af casestudiet som metode er foretaget som en konsekvens af, at afhandlingens problemstilling er fokuseret på sociale relationer i og omkring organisationer, og er samtidig en videre konsekvens af valget af den nyinstitutionelle teoretiske tilgang, som fokuserer på aktørers tolkninger af idéer og praksis. Der er således fokus på beskrivelse af sociale relationer i organisationer, hvilket understreger behovet for anvendelse af kvalitative metoder som dokumentstudier, observationer og interviews.

Cases

Beskrivelserne af afhandlingens tre cases tager afsæt i en præsentation af den organisatoriske idé og en præsentation af de centrale aktører, inden casets indhold og fortællingen om casets forløb beskrives. Selv om de tre cases er meget forskellige på væsentlige punkter, bliver der gennemført en beskrivelse, der så vidt muligt føl-

ger den samme skabelon med henblik på at skabe så stort et overblik over de gennemgående træk og variationer i sammenhængen mellem organisatoriske idéer og aktørernes tolkninger. Afhandlingens tre cases blev valgt ud fra et ønske om at styrke analysen. Casene er således valgt ud fra, at de nok repræsenterer samme grundlæggende tema – kvalitet og tværfaglighed på sygehusene – men samtidig belyser forskellige sider af det fælles tema, da de vedrører forskellige udviklingsidéer, bestående af hhv. kvalitetscirkler, kliniske teams og centrale standarder for kvalitet.

Idébærere

En af de væsentlige forskelle mellem casene, bestod i de forskellige typer af aktører, der optrådte som idébærere ved idéernes overførsel til de sygehusafdelinger, der indgår.

Kvalitetscirkler blev 'båret ind' i det danske sygehusvæsen af en offentlig myndighed og et sektorforskningsinstitut, der her optrådte som proceskonsulenter. Set fra et tidsmæssigt eller historisk perspektiv faldt introduktionen af kvalitetscirkler i en periode, hvor kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet var præget af enkeltstående projekter, der blev gennemført som afgrænsede aktiviteter i en kultur præget af andre forsknings- og udviklingsprojekter. Idébærerne i dette case var primært konsulenterne, der var placeret uden for organisationen i en 'sideordnet' rolle, hvor idéen kunne introduceres uden om det ledelsesmæssige hierarki i sygehusvæsenet.

Teams var allerede introduceret som idé i sygehusvæsenet ad mange kanaler, men konceptet 'kliniske teams' blev i det aktuelle tilfælde introduceret af den øverste ledelse i H:S, der på det tidspunkt var Danmarks største sygehusenhed. Caset repræsenterede en tilgang til kvalitetsudvikling, der på pågældende tidspunkt, dvs. fra midten af 1990'erne og frem, var præget af en fokusering på det ledelsesmæssige ansvar for udvikling.

Endelig blev kvalitetsstandarder i den generelle form, der indgår i det tredje case, introduceret eller båret ind af et medicinsk videnskabeligt selskab og senere af et sekretariat oprettet til formålet. Dansk Selskab for Intern Medicin var idébærer i dette case, hvor dette lægelige videnskabelige selskab indgik i denne rolle i en position, der befandt sig uden for sygehusvæsenets ledelsesmæssige hierarki, men til gengæld var baseret på en position i det lægefaglige hierarki.

De tre cases udgjorde således eksempler på, at idébærere kunne finde sig i forskellige positioner i forhold til den kliniske praksis, der skulle søges ændret gennem anvendelsen af idéer og koncepter.

Analyserne af de tre cases placerer disse som særskilte 'nedslag' på forskellige historiske tidspunkter i arbejdet med systematiseret kvalitetsudvikling i det danske

sygehusvæsen, og afspejler styringstemaer, der kendetegnede perioden. De tre styringstemaer afspejler således forskellige typer af initiativer til udvikling af den faglige kvalitet. Arbejdet med kvalitetscirkler i starten af 1990'erne afspejler idéer fra japansk og amerikansk industri med anvendelse af selvstyrende grupper som organiseringsform i kvalitetsudvikling. Det organisatoriske styringstema indgår derfor naturligt som et forsøg på at lade organiseringsformen være i fokus for udvikling. Heroverfor afspejler arbejdet med kliniske teams i årene inden og omkring årtusindskiftet idéer om organisering af sygehusene ud fra ønsket om at skabe sammenhængende patientforløb. Begrebet kliniske teams relaterede sig også til idéer om de organiseringsformer, der er forbundet med udviklingskoncepter som Total Quality Management og Continuous Quality Improvement. Styringstemaet var professionsorienteret gennem forsøget på at ændre professionernes rolle og identitet gennem fokusering på patientforløbene. Endelig var arbejdet med kvalitetsstandarder fra 2000 og frem baseret på en blanding af idéer fra primært amerikansk akkreditering og idéer om brugen af faglige retningslinjer. Her var styringstemaet fagligt, da styringen af kvaliteten blev forsøgt gennemført som direkte anvisninger på udførelsen af det faglige arbejde.

De tre cases illustrerer således initiativer, der var baseret på forskellige karakteristika i den organisatoriske idé, og det er disse karakteristika, der tegnede styringstemaerne i de tre cases.

Klinikere og organisatoriske ideer

I alle tre cases viste der sig begrænset overensstemmelse mellem indholdet af de idéer, der blev introduceret, og den tolkning som de faglige aktører foretog. De tolkninger, der blev foretaget, syntes at være forbundet med oplevelsen af professionel relevans – sådan som det er fremgået af aktørernes italesættelse i de tre cases. Med 'professionel relevans' menes den tolkning, som aktørerne i faggrupperne foretager af relevans, baseret på deres identitet som fagpersoner og -grupper.

I alle tre cases var der således en tendens til at afvise de elementer i forslagene til organiseringsformer, som ikke virkede professionelt relevante, og dette var både tilfældet blandt læger og sygeplejersker. Fx var der i caset vedrørende kvalitetscirkler voksende modstand gennem projektforløbet mod den meget strukturerede arbejdsform, som bl.a. fordrede regelmæssige møder og et til tider stort tidsforbrug. Der opstod også modstand mod de begrænsninger, som var indbygget i konstruktionen af kriterierne for kvalitet, der kun var fokuseret på målbare parametre.

I caset vedrørende forsøget på at etablere kliniske teams organiseret omkring patientforløb var der argumenter mod disse teams ud fra tolkninger – herunder særligt fra lægerne – af, hvad der kan anses og dermed tolkes som relevant for kvalite-

ten af den faglige indsats. Idéen blev samtidig afvist gennem italesættelse af problemer vedrørende koordinering og overholdelse af vagtplaner. Fx blev idéen om kliniske teams på en ene side italesat og placeret som professionelt relevant af mange af de faglige aktører ud fra tolkning af et professionelt perspektiv, men blev på den anden side forkastet ud fra andre professionelle (oftest monofaglige) perspektiver, der blev prioriteret højere, samt ud fra tolkning af organisatorisk logistik som et væsentligt organisatorisk forhold.

Endelig forholdt de faglige aktører sig til initiativet vedrørende centraliserede kvalitetsstandarder gennem tolkning af initiativets og kvalitetsstandardernes professionelle relevans. De centraliserede kvalitetsstandarder nød bred og generel forståelse som relevante. Problemet var her, at den fagligt begrundede tolkning ofte bestod i, at de anvendte standarder i DGMA-projektet blev placeret som for periferer i forhold til andre initiativer, der blev anset som mere relevante på kvalitetsområdet. Dette medførte bl.a., at aktørerne kun fandt det professionelt relevant at anvende udvalgte eller slet ingen dele af det vidensgrundlag, som Den Gode Medicinske Afdelings tværsnitsundersøgelser forsynede afdelingerne med.

Den italesættelse, der foregik fra de faglige aktørers side, var gennemgående fokuseret på forestillinger, der placerede disse aktørers aktuelle tolkninger i en fælles tolkning af faglig kvalitet i faggruppen eller på sygehusafdelingen. Italesættelsen udgjorde således et samspil af tolkninger af tværfaglig kvalitet. Disse tolkninger udvikles dels inden for professioners og faggruppers skabelse af identitet, og dels gennem tolkninger af den praksis, som aktørerne har udviklet for tværfaglig kvalitet som en del af skabelsen af lokal professionel identitet.

Som det er fremgået, var det en generel tendens gennem de tre cases, at initiativer til udvikling af den kliniske kvalitet blev udsat for en lokal tolkning af de faglige aktører. Det var gennemgående i alle tre cases, at det var de faglige aktører, der lokalt stod for den del af tolkningen af de eksterne idéer, der medførte en transformerende ændring og konkretisering af idéernes indhold. Det var de fagpersoner og ledere, der realiserede tolkningen af de eksterne idéer, som gav idéerne et konkret indhold ud fra disse aktørers tolkninger af de lokale forhold. Dette i modsætning til, hvis det havde været planlæggere, konsulenter eller topledere, som havde givet idéen indhold for de faglige aktører. Analysen af de tre cases peger således på, at de faglige aktørers rolle er helt afgørende i forbindelse med tolkningen af de organisatoriske idéer, og at denne rolle i sig selv har en styrke, der kan tilsidesætte indholdet af en introduceret organisatorisk idé.

Dekobling af idé gennem tolkning

Analyserne af de tre cases har dokumenteret, hvordan idéerne om kvalitetsudvik-

ling er ført ind i sygehusvæsenet, ligesom det har været muligt at identificere de aktører, som er indgået i denne transport af idéerne. I alle tre cases har der tegnet sig et billede af, at idébærere tolker idéer om systematisk kvalitetsudvikling ind i sygehusvæsenet ud fra idébærernes egen tolkning af status og behov for fornyelse på sygehusene.

Den særlige rolle som idébærer synes i alle tre cases at være adskilt fra de tolkninger, der foregik af de organisatoriske idéer blandt de faglige aktører, om end der har været større sammenfald i nogle tilfælde end i andre. I de tre cases er de faglige aktørers tolkninger foregået ud fra den lokale kontekst som fx omfatter pågældende afdelings personalemæssige situation mv. samt ud fra de tolkninger, som aktørerne foretog af den professionelle relevans i de organisatoriske idéer.

Den tolkning, der foretages af de faglige aktører, medfører, at idéen gives et indhold, der adskiller sig fra idébærernes tolkning. Den isomorfi der kunne iagttages, fik både udformning som isonymisme og isopraksisme. Isonymisme betegner en situation, hvor de tolkede idéer primært optræder gennem enslydende italesættelse på tværs af organisationer – som når kvalitetscirkler beholder deres navn på trods af afgørende forskelle i cirklernes organisatoriske indhold - mens isopraksisme betegner en situation, hvor der til gengæld udvikles organisatoriske strukturer med en række fælles træk – som når sygehusafdelinger udviklede en fælles praksis vedrørende selektiv anvendelse af de centraliserede standarder i DGMA, men ikke gav denne praksis en fælles betegnelse.

Samlet viser der sig derfor et billede af, at isomorfi både optræder i sammenhænge som isonymisme og isopraksisme i de tre cases. Baggrunden for begge fænomener synes at være, at faggruppernes stærke identitet sætter rammer for tolkningen af idéerne. Der sker både forskellige tolkninger af samme idé, der skaber isonymisme, og tolkninger på tværs af idéerne, som er styret af eksisterende tolkninger af faglighed og kvalitet, hvorfor der skabes isopraksisme.

De faglige aktører som nøgle til udvikling

Afhandlingens hovedspørgsmål vedrører udviklingen af de faglige aktørers forestillinger om tværfaglighed og kvalitet gennem tolkning af eksterne organisatoriske idéer. Analysen peger for det første på, at forudsætningen for at der gennemføres en tolkning af de organisatoriske idéer, som fører til et ønske om at anvende dele af idéen i den kliniske praksis, består i, at idéen opleves som professionelt relevant af de faglige aktører. For det andet peger analysen på, at aktørernes forestillinger om udvikling af kvaliteten er forbundet til den professionelle identitet som medlemmer af professionelle faggrupper. Dette har i alle tre cases haft stor betydning for, om de faglige aktører har kunnet tolke den organisatoriske idé i sammenhæng med

identitetsmarkørerne på en professionelt relevant måde.

For det tredje placerede de tolkninger, der blev foretaget af de overordnede aktører som idébærere, idéen som relevant med udgangspunkt i idébærernes egne opfattelser af et problem eller en udviklingsmulighed i sygehusvæsnet. Denne tolkning var imidlertid kun i begrænset grad sammenfaldende med de faglige aktørers tolkning, og dette har medført forskellige grader af dekobling i de tre cases mellem de to niveauer af tolkninger af indholdet af organisatoriske idéer og klinisk praksis.

Der kan derfor for det fjerde peges på, at dette rejser yderligere spørgsmål om, hvordan faggruppernes kompetencer og engagement anvendes konstruktivt i udviklingen af kvaliteten. Dette er væsentligt, når analysen af casene viser, at de lokale faglige aktører er nøglen til en konstruktiv anvendelse af idéer om udvikling af tværfaglig kvalitet i sygehusvæsenet.

10. English Summary

The aim of this dissertation is to identify how ideas of organisational development are incorporated into and employed in hospital departments. The dissertation focuses on the conceptions of professional identity among doctors and nurses, their conceptions of clinical practice and the ideas of development they are introduced to.

The health professionals' conceptions of development and practice are connected to their perception of 'professional relevance' in the dissertation. This conception of 'professional relevance' thereby forms a recurring expression of conceptions among the actors.

Research question

In the dissertation, "conceptions" are composed of both written and spoken statements by the actors expressing their interpretations of health quality and cross disciplinarity. The interpretations and conceptions of quality and cross disciplinary cooperation are quite substantial, as managers and health professionals in today's society are constantly being confronted with an ongoing demand for better and more efficient treatment. Thus there is a need for increased insight into this kind of processes, where managers and employees have to incorporate external demands and conceptions of professionalism in existing clinical practice. This insight offers great importance when identifying and defining the managerial task of developing the hospital services.

The efforts directed at assuring the quality of the clinical practice in the hospitals have traditionally been connected with the development of skills and methods within the health professions, especially the medical profession. Even though it has been stressed that the efforts of improving health quality have been carried out as long as the health professions have existed, it is evident that systematic and institutionalised efforts have not been applied until recently. This development has continued as the status of the medical profession has changed and at the same time a general weakening of the modern hospitals' position as an irreproachable, sophisticated and high-tech treatment system has taken place.

In the light of these considerations, the central research question was drawn up

like this:

How do conceptions of quality and cross disciplinarity of the professional actors develop through interpretation of external organisational ideas and the simultaneous interpretation of the current practice of work and cooperation in the hospital departments?

This central research question is complemented by a number of questions regarding the interpretations going on at a policy and management level as opposed to the ‘shop-floor’ level of the health professionals as well as questions regarding the interplay between these two levels of interpretation.

Theoretical setting and the case study as research strategy

The use of the Scandinavian neo-institutional organisational theoretical perspective chosen for this dissertation has led to a general model of analysis. The model underlines the central relation between external organisational ideas, the actors who carry the idea into the hospital field, the professional health actors who interpret the external ideas, and the current professional practice. The professional health actors thereby form conceptions of professional practice concerning quality and cross disciplinarity. Thus the analytical structure of the dissertation is founded on transferral and interpretation of organisational ideas.

The Scandinavian neo-institutional model of theory in this dissertation primarily is represented by Czraniawska – alone and together with Joerges and Sevón respectively. This theoretical framework places the dynamics of the transferral of organisational ideas in the translation and interpretation, which is carried out by the organisational actors. At the same time it is stressed that ideas and concepts need to materialise in order to be transported and transferred. This materialisation is a prerequisite for the translation of organisational ideas, when moving between organisations and organisational fields, and it implies that organisational actors have to transfer the idea or concept into language, being it oral or written. By this process of discourse, ideas and concepts will be put into the framework in which the actors perceive it should be placed, and simultaneously it will be interpreted.

The method of analysis chosen is the case study, since the research questions are directed at social relations in and around organisations. Further the choice of case study method was made due to the choice of theoretical model, as the Scandinavian neo-institutional theory focuses on actors and their interpretations of ideas and practice. Hereby the description of social relations in organisations is considered as being of major importance, which emphasises the need for employment of

qualitative methods such as document analysis, observations and interviews.

Cases

The description of the three cases in the dissertation each begin with a presentation of the organisational idea in question and of the main actors or groups of actors, followed by details of the case background and the case progress. Even if the three cases differ considerably in many respects, the descriptions of the cases follow a common pattern. The general template establishes an overview of the main characteristics as well as variation in the relation between organisational idea and the actor's interpretations. The choice of these specific three cases was made to strengthen the analysis. On one hand, the cases represent the same fundamental theme – quality and cross disciplinarity in the hospitals – but on the other hand each of the cases represents specific and different characteristics of the general theme as they relate to different ideas of development consisting of quality circles, clinical teams and the use of centralised quality standards respectively.

Carriers of ideas

One major difference between the three cases was the character of the actors, who functioned as carriers of ideas in the transferral of the ideas to the hospital departments in question.

The idea of quality circles was carried into the Danish hospital field by a public authority and an independent institution that normally dealt with health services research, but in this case also served as a bureau of process consultancy. Seen from a historical perspective the introduction of quality circles took place at a time when initiatives of quality improvement were given form as single-standing projects. These delimited initiatives were carried out in an organisational culture dominated by other delimited research and development projects. The role of idea carriers in this case was primarily taken by the process consultants who were situated outside the hospital departments in a coordinated position. In this position the idea could be introduced without the involvement of the management hierarchy of the hospital.

The idea of teams already had been introduced as a general idea within the hospital field through various channels. However, the concept of 'clinical teams' in this case was introduced by the top management of The Capital Hospital Authority, which at this time constituted the largest hospital authority in Denmark. The case represents an approach to quality improvement, which in the mid 1990ies and onwards was influenced by a focus on the management responsibility for development and improvement.

Finally in the third case, the idea of general standards of quality was introduced and carried into the hospital field, firstly by a medical professional society and secondly by a professional secretariat set up for this specific purpose. The Danish Society for Internal Medicine served as idea carrier in this case, as the Society took this role being in a position outside the managerial hierarchy of the hospitals. On the other hand the medical society took a role in the hierarchy of medicine and the professional societies, which made them a powerful ‘outsider’.

These three cases constituted examples of carriers of ideas being in different positions in relation to the clinical practice, which was supposed to undergo changes by the application of organisational ideas and concepts. The analyses of the three cases place these as ‘impacts’ at different historical periods within the efforts made on implementing systematic quality improvement in the Danish hospital field.

The cases thereby reflect different themes of management, which were typical for the specific period. The efforts made in the beginning of the 1990ies reflect trends from the Japanese and American industries of applying self-governing teams as an organisational idea within quality improvement. This theme of management naturally is directed towards putting the organisational design in focus of development. Against this, the use of clinical teams in the years surrounding the millennium reflects ideas of organising the work at the hospitals and is based on a wish of creating coherent patient courses. The concept of clinical teams also relates to rather conceptualised ideas of organising, for instance Total Quality Management and Continuous Quality Improvement. The theme of management was directed towards professions through the attempts made to change the roles and identities of the health professions while focusing on the patient courses. Finally the efforts in implementing general quality standards from the year 2000 and onwards were based on a mix of ideas from accreditation within the American hospital field and from the ideas of employing centralised professional guidelines. The theme of management in this third case mainly was clinical, since the efforts on managing and improving quality was directed towards detailed instructions on how to carry out the clinical work.

Actors in the clinic and the organisational ideas

All three cases showed limited accordance between the contents of the ideas introduced and the interpretations made by the professional health care actors. The interpretations made seemed to be based on a perception of professional relevance, as it has appeared in statements made by the actors in the three cases. In this case ‘professional relevance’ means the interpretation made by the professional actors

of relevance, where the notion of relevance is based on their professional identity.

In all three cases there seemed to be a tendency among the professional actors to reject those elements in the ideas of reorganisation that did not seem to be of professional relevance, and this was the case among both physicians and nurses. For instance in the case of quality circles there was an increasing resistance against the highly structured method of work which acquired regular meetings and a sometimes considerable consumption of time. An opposition against the limitations built into the construction of the criteria of quality arose as well, since they were primarily focused on measurable items, such as the number of times the patient was informed, if the body was screened for nutrition, etc.

In the case relating to the efforts made to establish clinical teams organised around patient courses, there was resistance as well. This resistance dealt with what the professional actors considered as being of professional relevance for the quality of care, an issue mainly put forward by physicians. In addition the organisational idea of clinical teams was questioned through statements concerning problems with coordination of work and compliance with duty rosters and rota. For instance the idea of clinical teams was on one hand referred to as potentially being of professional relevance by the actors, but on the other hand it was rejected from other professional perspectives. These perspectives were given higher priority by the professional actors together with an interpretation of the organisational time schedule being of major importance.

Finally in the third case, the professional actors related to the idea of using centralised standards of quality by interpreting the professional relevance of the initiative in general and of the standards in particular. Even though the centralised quality standards reached agreement in principle, the problem turned out to be that the professional interpretation mainly placed the standards and the initiative of 'The Good Medical Department' as being of minor importance or as rather irrelevant as compared with other initiatives dealing with quality improvement. From this perspective the professional actors found it reasonable to employ only minor parts of the information provided by 'The Good Medical Department' in their reports based on the data gained from the participating hospital departments.

The statements made by the professional actors reflected a discourse which was mainly focused on specific conceptions and interpretations of quality and cross disciplinarity. However the discourse related to these interpretations was further related to a more general interpretation of professional identity within the profession or the hospital department. The discourse constituted a pattern of interpretations, which on one hand dealt with the notion of quality as being closely related to identity in groups of professional actors and identity within professions. On the other

hand the interpretations dealt with the practice of providing quality of care, which the professional actors had developed on the basis of local professional identity.

As it appears from the three cases, it was a general tendency that ideas of developing the quality of care and treatment were exposed to local interpretation by the professional actors. Another common denominator was the fact that local interpretations done by the professional actors led to a transformation of the idea in a direction which either made the ideas more specific and applicable or perhaps rejected the ideas totally. The applicability provided by professional actors through local transformation in this way lead to a way of merging external ideas with local practice. This local transformation can be perceived as opposed to a situation in which policy makers, planners, external consultants or top management were in charge of interpreting the organisational ideas on behalf of the professional actors. The analysis of the three cases points out the decisive role of the professional actors in relation to interpreting the organisational ideas. The analysis also points at the strength of this role, as it can put aside main parts of the organisational idea or even reject it entirely.

Decoupling of idea by interpretation

The analysis of the three cases documented how the organisational ideas of quality improvement were carried into the hospital field. Also the analysis made it possible to identify the actors, who played a role in this transferral of ideas. In all three cases a picture has emerged of how carriers of ideas applied their interpretations of the need for change and development within the hospital field. The interpretations were related to the organisational ideas of systematic quality improvement and thereby facilitating the transferral of the ideas into the hospital field.

The specific role of being carrier of ideas seemed in all three cases to be decoupled from those interpretations of the organisational ideas made by the professional actors even though in some cases the decoupling was more distinct than in others. In the three cases the interpretations of the professional actors evolved from the local organisational context which for instance depends on the actual staffing situation of each hospital department and on the interpretations which the actors made of the professional relevance of the introduced ideas.

Since independent interpretations were made by the professional actors, this imply that a specific idea was provided with content differing from the content resulting from the interpretations made by the carriers of the idea. The isomorphism which was observed both took the form of isonymism and isopraxism. Isonymism characterises a situation in which the interpreted ideas primarily appears through identical discourse between organisations – like when quality circles keep their

name in spite of a growing distinction between the examples of actual organisational practice. In opposition to this, isopraxism characterises a situation in which organisational structures display a number of common features – like when hospital departments develop a common practice of employing selected bits of the information obtained by participating in the project ‘The Good Medical Department’ without attaching any common designation to this practice.

In total a picture emerges of isomorphism turning out as isonymism as well as isopraxism at specific occasions in the three cases. The basis of both phenomena seems to be the strong professional identities of the professions determining and limiting the interpretation of ideas. There were simultaneous interpretations of a specific idea as well as interpretation across ideas, which were directed by existing interpretations of professionalism and quality, thereby creating isopraxism.

The professional actors as the key of development

The main research question of the dissertation concerns the conceptions among the professional actors, and how the conceptions developed through interpretation of external organisational ideas about cross disciplinarity and quality. The analysis firstly points out that the professional actors’ conception and interpretation of the idea as being of professional relevance is the major prerequisite for employment of the idea when developing the clinical practice. Secondly, the analysis points out how the conceptions among the professional actors are connected with the perceived professional identity, since professional identity places the actors as members of a professional community. In all three cases in the dissertation, it was of major importance if the professional actors had been able to interpret the organisational idea as related to the different characteristics of professional identity.

Thirdly, the interpretations made by the actors who served as carriers of ideas, placed the idea as professionally relevant from the perspective of the carrier’s own perceptions. These perceptions dealt with the nature of organisational problems or the possibility of developing the hospitals in certain policy driven directions. However, these interpretations only partly – or perhaps not at all – corresponded with the interpretations of the professional actors. This has led to different degrees of decoupling in the interpretations of clinical practice at the different organisational levels in each of the three cases.

Finally, it can be pointed out that the considerations above raise further questions concerning how the competencies and commitment of the professional actors can be involved in the ongoing improvement of quality in the hospitals. This seem important since the analyses of the cases show how local professional actors holds the key to further employment of ideas of improvement of cross disciplinary quality in

the hospitals.

11. Referencer

Afdelingsbeskrivelse, stencilat, upubliceret. Neuromedicinsk Afdeling, Centralsygehuset 1992. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Albæk, J. & Friis, S.: Den nødvendige hjælp - patienterfaringer med en konsulentordning etableret for patienter med Amyotrofisk lateral Sklerose - og deres pårørende. Center for Små Handicapgrupper, Århus, 2000.

Albæk, J., Hammershøj, E. M. & Timm, H. U.: Sundhedsvæsenets indsats for ALS-patienter. Muskelsvindfonden og Dansk Sygehus Institut, 1993.

Albæk, J., Lund Nielsen, M., Hansen, J., Sommer, P. & Stage, L.: Systematisk samarbejde om kvalitet. DSI-rapport. Dansk Sundhedsinstitut, København, 2009.

ALS-projektet ved Institut for Muskelsvind. 2. statusrapport. Internt arbejdspapir, august 1998.

Amyotrof Lateral Sklerose. Delprojekt 1 og Delprojekt 2. Stencilat, upubliceret projektoplæg fra Neuromedicinsk Afdeling, Centralsygehuset 1992. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Amyotrofisk Lateral Sklerose. Stencilat, upubliceret oplæg til projekt om behandling af ALS-patienter. Universitetsstgehuset, 1992. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Andersen S, Andersen HB, Johansen SH, Møllergård M, Zander Olsen P & Worm-Petersen J: Smertebehandling i en multidisciplinær smerteklinik. Ugeskrift for læger, 146/18, s. 1350-54, 1984.

Andersen, E. B., Andersen, O. & Persson, L.: Man skal tage slagsmålene - Om ALS-patienters indflydelse på de offentlige ydelser. Masterafhandling, MPA, 1999.

Aune, Asbjørn: Kvalitetssirkler - Problemløsningsgrupper for personlig vekst, kvalitet og produktudvikling. Universitetsforlaget AS, Oslo 1985

- Bentsen, E. Z.: Sygehusledelse i Danmark - trojkamodellens opståen, spredning og funktion. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, København, 2000.
- Berger, P. L. & Luckmann, T.: Den samfundsskabte virkelighed. Lindhardt & Ringhof, København, 1992.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B. & Roessner, J.: Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1990.
- Berwick, D. M.: Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. New England Journal of Medicine, 1989, 320(1), s. 53-56.
- Beskrivelse af Neurologisk Afdeling ved Universitetssygehuset. Afdelingsledelsen. December 1992. (Afdeling og sygehus er anonymiseret).
- Blomberg, I.: Kvalitetscirkler i vården – Att granska den egna verksamheten. Läkartidningen, 1989, 86(5), s. 305-306.
- Blomberg, I.: Starta kvalitetscirkler i vården. Spri-rapport 265, Sjukvårdens och Socialvårdens Planerings- och Rationaliseringsinstitut, Stockholm, 1989.
- Blumer, H.: Symbolic Interactionism. Perspective and Method. University of California Press, Berkeley, 1969.
- Borum F: Professional societies as change agents - the Danish medical societies' creation of the "function-bearing" unit. FLOS working papers, nr.2000-2. København, 2000.
- Borum, F.: Mål-middel rammer, politik og myter i organisatoriske felter. FLOS-arbejdsrapport nr. 6, Handelshøjskolen, København, 2003.
- Borum, Finn: Organisation, magt og forandring. København. Handelshøjskolens Skriftrække o, nr.6. Kbh., 1976.
- Brandhøj Hansen, M. & Albæk, J.: Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation - et samspil: Medarbejderes og leders tolkninger på fire medicinske afsnit tildelt DGMA. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København, 2004.
- Brunsson, N. & Jacobsson, B.: Following Standards. I: N. Brunsson & B. Jacobsson et al.: A World of Standards (s. 127-137). Oxford University Press, Oxford, 2000b.

- Brunsson, N. & Jacobsson, B.: The Contemporary Expansion of Standardization. I: N. Brunsson & B. Jacobsson et al. (Eds.): A World of Standards (s. 1-17), Oxford University Press, Oxford, 2000a.
- Brunsson, N.: Standardization and Fashion Trends. I: N. Brunsson & B. Jacobsson et al.: A World of Standards (s. 151-168). Oxford University Press, Oxford, 2000 b.
- Brunsson, N.: Standardization and Uniformity. I: N. Brunsson & . Jacobsson et.al: A World of Standards (s. 138-150). Oxford University Press, Oxford, 2000 a.
- Burr, V.: Introduction to Social Constructionism. Routledge, London, 1995.
- Burr, V.: Social Constructionism. Second edition. Routledge, East Sussex, 2003.
- Carr, D.: Time, Narrative and History. Indiana University Press, Bloomington, 1991.
- Clausen L, Kaae K & Kristensen B: Hofteprojekt i Københavns Amt 1982/83. Danske Fysioterapeuter, vol 66, nr., 8, 1984, pp. 4-14.
- Czarniawska, B. & Joerges, B.: Travels of Ideas. I: Czarniawska, B. & Sevón, G.: Translating Organizational Change (s. 13-48). Walter de Gruyter, Berlin, 1996.
- Czarniawska, B. & Sevón, G.: Global Ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy. Liber & Copenhagen Business School Press, Malmö, 2005.
- Damkjær L, Gregersen H, Jørgensen Aa, Kampmann JP & Ravnsmed M: Lærerigt men også krævende samarbejde på tværs af fagene. Sygeplejersken nr. 50, 1983, pp. 16-20.
- Damm Scheur, J.: Patientforløb i praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis. Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet. Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen, København, 2003.
- Danfoss, internt notat, 2002. Download fra: <http://hjem.get2net.dk/torsten-/Danfoss/Intranet/Danfoss/tqm.htm>, (download: 23.03.2007).
- Dansk Neurologisk Selskab: Referenceprogram for Amyotrofisk Lateral Sklerose.1998. Download fra: <http://www.als-selskab.dk/> (download: 29.11.2003)

Dansk Sygehus Institut: Kvalitetssikring af indsatsen over for ALS-patienter. Projektbeskrivelse, 1992.

Dansk Sygehus Institut: Notat om Kvalitetssikring i Sundhedsvæsenet. Dansk Sygehus Institut for Sundhedsministeriet, 1992.

Den Gode Medicinske Afdeling: Indikatorer for registrering af sygehusinfektioner. DGMA, København, 2005.

Den Gode Medicinske Afdeling: Standarder og indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb, DGMA, København, 2002.

Den Gode Medicinske Afdeling: Standarder og indikatorer for Planlægning under akut indlæggelse og Medicinering. DGMA, København, 2000.

Denzin, N. E. & Lincoln Y. S: Introduction. Entering the Field of Qualitative Research. I: N. E. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.): Handbook of Qualitative Research. Second Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, 2000.

Denzin, N. E. & Lincoln, Y. S. (Eds.): Handbook of Qualitative Research. Second Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, 2000.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP): Om Det Nationale Indikatorprojekt. <http://www.nip.dk/om+det+nationale+indikatorprojekt> , Januar 2008. (download: 17.04.2008)

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W.: The New Institutionalism in Organisational Analysis. The University of Chicago Press, Chicago, 1991.

DiMaggio, P. J. & Powell, W. W: The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. I: P. DiMaggio & W. W. Powell: The New Institutionalism in Organisational Analysis. The University of Chicago Press. Chicago, 1991. Oprindeligt publiceret i American Sociological Review, 1983, 48, s. 147-160.

Erlingsdóttir, E. & Lindberg, K.: Isomorphism, Isopraxism, and Isonyism: Complementary or Competing Processes?. I: Czarniawska, B. & Sevón, G: Global Ideas. How Ideas, Objects and Practices Travel in the Global Economy (s. 47-93). Liber & Copenhagen Business School Press, Malmö, 2005.

- Erlingsdóttir, G. & Jonnergård, K.: Att trolla med kvalitetssäkring. En jämförelse mellan hälso- och sjukvården och revisionsbranschen. Studentlitteratur, Lund, 2006.
- Erlingsdóttir, G.: Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, Lund, 1999.
- Etzioni, A. (Ed.): The Semiprofessions and Their Organisation. Teachers, Nurses, Social Workers. The Free Press, New York, 1969.
- Fairclough, N.: Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research. Taylor & Francis Books Ltd., London, 2003.
- Flyvbjerg, B. Five Misunderstandings about Case-study Research. *Qualitative Inquiry*, 2006, 12(2), s. 219-45.
- Flyvbjerg, B.: Rationalitet og magt. Bd. 1: Det konkrete videnskab. Akademisk Forlag, Århus, 1991.
- Fog LH & Rix S: Patienten i centrum – og personalet i front. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, nr. 8, s. 346-51, 1995.
- Foss, N. & Pedersen T.: Nye arbejdsorganisationsformer i de danske virksomheder – hvordan virker de? *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, 1/2005, s. 5-12.
- Foss, N. & Pedersen, T.: Nye arbejdsorganisationsformer i de danske virksomheder – hvordan virker de? *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, 2005, 1, s. 6-12.
- Foucault, M.: *The Archaeology of Knowledge*. Tavistock, London, 1972.
- Gjørup, T., Aldershvile, J., Jacobsen, I. A., Karle, H., Kirkegaard, B. C., Pedersen, S. H. et al. Den gode medicinske afdeling. Et debatoplæg. *Ugeskrift for Læger*, 1996; 158(suppl. 5), s. 1-8.
- Goffman, E.: *Encounters, Two Studies in the Sociology of Interaction*. Penguin Books, Harmondsworth, 1972.
- Goffman, E.: *Relation in Public: Microstudies of the Public Order*. Basic Books, New York, 1971.
- Greenwood, R. & Hinings, C. R.: Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change, *Organization Studies*, 1988, 9(3), s. 293-316.

Greenwood, R. & Suddaby, R.: Institutional Entrepreneurship and the Dynamics of Field Transformation,

<http://www.bus.ualberta.ca/rsuddaby/Publications/greenwoodsuddaby.pdf>. Forthcoming: Academy of Management Journal, 50, (download: 23.05.2007).

Guzzo, R.A. & Salas, E.: Team effectiveness and decision making in organizations, Jossey-Bass, San Francisco, 1995.

H:S Direktionen: H:S 2000 - Grovskitse til sygehusplan. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1995.

H:S Direktionen: Medicinske Centre i H:S. Notat. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1996.

H:S Tværfaglige Kvalitetsråd: Baggrund og rammer for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1998.

H:S Tværfaglige Kvalitetsråd: Strategi for kvalitetsudvikling og medicinsk teknologivurdering i H:S 1998 til år 2002. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1998.

Hammershøj, E.: Kvalitetscirkler i teori og praksis. DSI-rapport 93.01. København, 1993.

Hansén H & Lampou K: Observationer av team. i: Lampou K & Anderson B: Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård. Uppsala Universitet, Uppsala, 1999.

Hansén, H.& Lampou, K.: Team i sjukvården - Finns de? En explorativ studie , Socialmedicinsk tidskrift, s 171-177, 1999b.

Hedegaard Hein, H.: Mellem konflikt og konsensus – dialogudvikling på hospitalsklinikker. Researcher Development Center, Handelshøjskolen, København, 2004.

Heede, D.: Det tomme menneske. Introduktion til Michel Foucault. Museum Tusulanums Forlag, København, 2004.

Hein, H. H.: Mellem konflikt og konsensus - dialogudvikling på hospitalsklinikker. Handelshøjskolen, København, 2004.

Hein-Sørensen T & Rasmussen L: Centerdannelse – Fremtidens organisation i Fremtidens sygehus. Tidsskrift for Danske Sygehuse, nr. 8, s. 328-30, 1993.

Holm, L. & Norlyk, B.: Ord der brander. Talk the walk: Italesættelse i organisationskommunikation. Handelshøjskolens Forlag, København, 2006.

Holstein, J.A. & Gubrium, J. F.: The Self We Live By: Narrative Identity in a Postmodern World. Oxford University Press, Oxford, 2000.

Horsbøl, A.: Diskursiv konstruktion af politisk anderledeshed; udkast til en diskurs-analytisk undersøgelse af offentlig meningsdannelse. I: A. Horsbøl, I. Lassen og J. Strunck: Konstruktioner, konflikter og kommunikative strategier; kritiske studier af diskurs (s. 47-76). Aalborg Universitet, Aalborg, 2002.

Hove, L., Relsted, N. & Frederiksen, M.: ALS – amyotrofisk lateral sklerose. Vejledning, behandling, støtte: rapport fra et 10-måneders projekt. Muskelsvindfonden, Århus, 1991.

Hovedstadens Sygehusfællesskab: Status for sygehusplan. H:S 2000 og den videre planlægning. Bestyrelsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1999.

Hovedstadens Sygehusfællesskab: Strategi for kvalitetsudvikling og MTV i H:S 1998 til år 2000:8. Hovedstadens Sygehusfællesskab, København, 1998.

Hutchins, D.: Quality Circles Handbook, Pitman, Massachusetts 1985,

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet: Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for Sundhedsvæsenet. <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw161.asp> , januar 2008. <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx> (Download: 13.02.2008).

Intern Medicinsk Centerledelse: Centerets dannelse og forløbet af centerets første år. Internt nyhedsbrev, 1999. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Jespersen, P. K., Maltha Nielsen L. L. & Sognstrup, H.: Sygehus i forandring. Ydre pres, omstillinger og professionelle projekter. SYOL-projektet, Aalborg Universitet, Aalborg, 2000.

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (Eds.): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag, København, 2005.

- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N.: Observationer i en interaktionistisk begrebsramme. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag, København, 2005b.
- Järvinen, M.: Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer(Eds.): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag, København, 2005.
- Katz, F. E: Nurses. I: A. Etzioni (Ed.): The Semiprofessions and Their Organisation. Teachers, Nurses, Social Workers. The Free Press, New York, 1969.
- Klazinga, N.: Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals 1990–1993 (COMAC/HSR/QA) Global Results of the Evaluation. International Journal for Quality in Health Care, 1994, 6, s. 219-230.
- Knudsen, H.: Demokrati på arbejdspladsen – hvorfra og hvorhen? Tidsskrift for Arbejdsliv, 2000, 2(3), s. 69-86.
- Kragh Jespersen, P.: New Public Management reformers betydning for den administrative profession og lægeprofessionen i sygehusorganisationen. I: E. Zeuthen Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K. Sahlin-Andersson (Red.): Når styringsambitioner møder praksis: Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige, s. 143-170. Handelshøjskolens Forlag, København, 1999.
- Krøll, V. (red.): At lede efter kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Ringkjøbing Amt, Ringkjøbing, 1995.
- Kvale, S.: InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag, København, 1997.
- Kvalitetscirkel Journal. Referater fra kvalitetscirkelns møder juni 1992 - april 1993, Universitetssygehuset. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)..
- Kürstein Kjellberg, P.: Klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer i sociologisk nyinstitutionelt perspektiv. DSI rapport 2006.10. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København, 2006.
- Kürstein, P. & Albæk, J.: Centrale planer versus lokal udvikling på sygehusafdelinger: - om skiftende perspektiver og tolkninger i SUS projektet. DSI Institut for Sundhedsvæsen. København, 2002.

La Vallee, R. & McLaughlin, C.: Teams at the Core. I: McLaughlin C, Kaluzny A. , (eds): Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Applications. Gaithersburg, MD: Aspen; 1994.

Latour, B.: The Powers of Association. I: J. Law (Ed.): Power, Action and Belief, s. 261-277. Routledge and Kegan Paul, London, 1986.

Lave, J. & Wenger, E.: Situeret læring og andre tekster. Hans Reitzels Forlag, København, 2003.

Lehmann Knudsen, J., Andreassen Rix, B. & Rohde, S.: Akkreditering af H:S Bispebjerg Hospital - som fælles udfordring og ledelsesværktøj. Ugeskrift for Læger. 2002, 164(38), s. 4416.

Lehmann Knudsen, J., Fugleholm. A. M. & Kjærgaard, J.: Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet i beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskrift for Læger, 2004, 166(19), s. 1779.

Levitt, B. & March, J. G.: Organizational Learning. Annual Review of Sociology, 1988, 14, s. 319-340.

Lindhardt, B. Ø.: Den gode medicinske kvalitet – et kvalitetssikringsprojekt? Ugeskrift for Læger, 2002, 164(38), s. 4375.

Lynge, E.: Fagkritik inden for sundhedsuddannelserne. DSF, København, 1975.

Mainz, J., Krog, B. R., Fog, K., & Bartels, P. D.: Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. Ugeskrift for Læger, 2002, 164(38), s. 4408-4411.

Mainz, J., Krog, B.R., Fog, K. & Bartels, P. D.: Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. Statusartikel. Ugeskrift for Læger, 2002, 164(38), s. 4408.

Mainz, J.: Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori – Metode – Resultater. Munksgaard, København, 1996.

McGregor D: The Human side of Enterprise. McGraw-Hill, 1960.

Mclaughlin C.P. & Kaluzny A: Evolving Health Care Quality: Lessons and Action Steps. Journal of Health Management, Vol. 1, No. 2, 203-214, SAGE Publications, 1999.

McLaughlin C.P. & Kaluzny A.: Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Applications. Gaithersburg, MD: Aspen. 1994

McLaughlin, C.P. & Kaluzny, A.D.: Defining Quality Improvement: Past, Present, and Future. I: McLaughlin, C.P., & Kaluzny, A.D. (eds.): Continuous Quality Improvement in Health Care. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc. 1994. Second Edition 1999.

Medicinsk Center,: Sygeplejeuddannelsen i H:S: Internt notat fra københavnsk hospital. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Medicinsk Center: Skriftligt materiale fra centeret samt fra Intern Medicinsk Klinik vedrørende struktur, ledelse og andet. Perioden 1998-2001. (Afdeling og sygehus er anonymiseret)

Mendner, J. H.: Teknologisk udvikling i den kapitalistiske arbejdsproces. Kurasje, København, 1976.

Meyer JW & Rowan B: Institutionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony. American Journal of sociology, 83: pp. 340-63, 1977

Meyer, J. W., Boli, J. & Thomas, G. M.: Ontology and Rationalization in the Western Cultural Account. I: W. R. Scott & J. W. Meyer: Institutional Environments and Organizations. Structural Complexity and Individualism, s. 9-27. Sage Publications, Thousand Oaks, 1994.

Mik-Meyer, N. & Järvinen, M.: Indledning; Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I: M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. (s. 9-24) Hans Reitzels Forlag, København, 2005a.

Mik-Meyer, N.: Dokumenter i en interaktionistisk begrebsramme. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.): Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. (s. 193-214). Hans Reitzels Forlag, København, 2005b.

Mohrman, S.A. & Mohrman, A.M. Jr: Designing and Leading Team-Based Organizations, A Workbook for Organizational Self-Design. The Jossey-Bass Business & Management Series, San Francisco, 1997.

Nerup, J. et al.: Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur – Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. Dansk Medicinsk Selskab, Århus, 1998.

- Nielsen, K. & Kvale, S. (Red.): Mesterlære – læring som social praksis. Hans Reitzels Forlag, København, 1999.
- Potter, J.: Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction. Sage Publications, London, 2000.
- Ray, D. & Bronstein, H.: Teaming Up, McGraw-Hill, New York, NY., 1995.
- Risse GB: Mending bodies, saving souls - A history of hospitals. Oxford University Press, New York, 1999.
- Rix S & Fog LH: Patienter i centrum på fynsk. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 2, s. 64-67, 1995.
- Robson M: Quality Circles – A Practical Guide. 2nd edition. Gower, Aldershot UK, 1988.
- Rogers, E.M. Diffusion of Innovations. The Free Press, New York. 4th edition, 1995.
- Russell S: Quality Circles in Perspective. Work Research Unit, Department of Employment. London, 1983.
- Rønholt Hansen F, Poulsen H, Falkenberg I & Frølund B: Erfaringer fra et geriatrisk team knyttet til et sygehus. Ugeskrift for læger, 154/10, s. 613-17, 1992
- Røvik, K. A: Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet. Fagbokforlaget, Bergen-Sandviken, 1998.
- Schein, E. H.: Organisationskultur og ledelse. 2. udgave. Valmuen, Holte, 1994.
- Schiøler, T., Christensen, M., Lipczak, H. & Hermann, N.: Akkreditering – forskellige modeller. En oversigt over udvalgte modeller til akkreditering i sundhedsvæsenet. DSI-Infoark nr. 8. DSI-Institut for Sundhedsvæsen, København, 2002.
- Scott, J. & Meyer, J. W.: Institutional Environments and Organizations, Sage, Thousand Oaks, 1994.
- Scott, W.R.: Institutions and Organizations. Sage, London, 1995.

Sigmund, H. & Langhoff-Roos, J.: Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: Katalog over projekter i 1995. DSI rapport 96.04. DSI Institut for Sundhedsvæsen og Dansk Selskab for Kvalitetssikring i Sundhedssektoren, København, 1996.

Sigmund, H.: Organisatoriske forhold. I: S. Friis Skov Jensen et al.: Mellem håb og afmagt - ALS-patienter og lægemidlet Riluzole. DSI rapport 97.07. DSI Institut for Sundhedsvæsen, København, 1997.

Skopec, E. & Smith, D.M.: The Practical Executive and Team Building. NTC Business Books, Lincolnwood, IL., 1997

Sognstrup, H.: Professionelle i afdelingsledelse. Institut for Økonomi, politik og forvaltning, Aalborg Universitet, Aalborg, 2003.

Spri: Starta kvalitetscirklar i vården. En handbok. SPRI-rapport 265. Stockholm, 1989.

Stake, R. E.: The Art of Case Study Research. Sage Publications, Thousand Oaks, USA, 1995.

Stake, R. E: Case studies. I: N. E. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.): Handbook of Qualitative Research, s. 435-454. Second Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, 2000.

Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd: Metoder til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Udvalget vedrørende Helsetjenesteforskning og Medicinsk Teknologivurdering, Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd i samarbejde med Dansk Sygehus Institut. København, 1988.

Strange J & Kjøller IL: Effektivisering af operationsforløbene på Amtssygehuset i Glostrup. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, nr. 8, s. 314-18, 1996.

Strange, P. & Andersen, R.: Amyotrofisk lateral sklerose – klinik, behandling, pleje. Klinisk Sygepleje, 1987, 1(6), s. 2-7.

Strauss, A. et al.: Psychiatric Ideologies and Institutions. Collier-Macmillan, London 1964.

Strauss, A. et al.: The Hospital and Its Negotiated Order. I: E. Freidson (Ed.). The Hospital in Modern Society, (s. 147-169). The Free Press, New York, 1963.

Strauss, A. L., Fagerhaug, S., Suczek, B. & Wiener, C.: Social Organization of Medical Work. Transaction Publishers, London, 1997.

Strauss, A.: A Social World Perspective. I: N. Denzin (Red.). Studies in Symbolic Interaction, bd. 1. (s. 119-128). Greenwich, CT: JAI Press, 1978.

Strauss, A.: Interorganizational Negotiation. Urban Life, 1982, 11(3), s. 350-68.

Sundhedsministeriet: Rapport fra Udvalget Vedrørende Sygehusvæsenets Økonomi. Udvalget Vedrørende Sygehusvæsenets Økonomi, Sundhedsministeriet. København, 1994.

Sundhedsministeriet: Udfordringer i Sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen. Sundhedsministeriet, København, 1997.

Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet: National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København, 1993.

Sundhedsstyrelsen, Enhed for Planlægning: Notat vedr. National koordination af udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, København, 2006.

http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/kliniske_retningslinjer/notat%20vedr.%20nationale%20kliniske%20retningslinjer.pdf (download: 27.05.2007)

Sundhedsstyrelsen: Betænkning om videreuddannelsen til speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen, Betænkning nr. 815, Sundhedsstyrelsen, København, 1977.

Sundhedsstyrelsen: Kriterier, standarder og indikatorer for kvalitet. Sundhedsstyrelsen, København, 1996.

Sundhedsstyrelsen: Kvalitet i sygehusvæsenet – Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning. Debatoplæg. Sundhedsstyrelsen, København, 1998.

Sundhedsstyrelsen: Kvalitetsudvikling - hvorfor og hvordan. Sundhedsstyrelsen, København, 1992,a.

Sundhedsstyrelsen: National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, København, 1993,a.

Sundhedsstyrelsen: Principper for udvikling, etablering og anvendelse af Databaser for klinisk kvalitet. Sundhedsstyrelsen, København, 1993,b.

Sundhedsstyrelsen: Principper for udvikling, etablering og anvendelse af databaser for klinisk kvalitet. Sundhedsstyrelsen, København, 1993.

Sundhedsstyrelsen: Referenceprogrammer – en vej til kvalitet. Sundhedsstyrelsen, København, 1992,b.

Sundhedsstyrelsen: Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet. Vejledning. Sundhedsstyrelsen, København, 1996.

Sundhedsstyrelsen: Virksomheden ved sygehuse 1998. Det danske sygehusvæsen i tal 1988-1998.

<http://www.sst.dk/publ/publ1998/virksomhedvedsygehuse1998/kap01.html>, København, 2000.

Svejstrup F & Mikkelsen M: Geriatrisk Team i Ribe amt – en kvalitativ evaluering. Institut for Samfunds- og Erhvervsudvikling, Sydjysk Universitetscenter, Sundhedsområdet Notat 2/92. Esbjerg, 1992.

Svenningsen, S.: Den elektroniske patientjournals reorganisering af medicinsk arbejde - roller, ansvar og risici på sygehuse. Handelshøjskolens Forlag, København, 2004.

Sygehuskommissionen: Udfordringer i Sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen. Sundhedsministeriet. København, 1997.

Taylor, F.: Scientific Management. The Principles of Scientific Management and Testimony Before the Special House Committee, (Oprindeligt udgivet 1911 og 1914). Routledge, New York, 2003.

Timm, H.: Interviewundersøgelse blandt ALS/MND-patienter og deres nærmeste pårørende, i: Albæk, J., Hammershøj, E.M. & Timm, H.: Sundhedsvæsenets indsats for ALS patienter – rapport fra et kvalitetssikringsprojekt. Muskelsvindfondet og Dansk Sygehus Institut, København, 1993.

Ulrichsen, H. & Eriksen, H.: Kulturanalyse af hospitalssektoren: de 3 hospitalsøjler (sygeplejersker, læger og administration) set ud fra et kulturperspektiv. Handelshøjskolen, København, 1990.

Vallgård, S.: Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsenes historie 1930-1987. Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 1992.

Van Maanen, J. & Barley, S.: Organizational Communities: Culture and Control in Organizations. *Research in Organizational Behavior*, 1984, 6, s. 287-365.

Vejlsgaard, G. L. & Hein-Sørensen, T.: Centerdannelse og Reengineering – om det patient fokuserede princip hos RHIMA center. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, 1995, 4, s. 158-62.

Vinge, S.: Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehusene. Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet. Handelshøjskolen, København, 2003.

Vrangbæk, K.: Når styringsideer og modeller udfordrer sundheds- og sygehusfeltets logikker. i E. Zeuthen Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K. Sahlin-Andersson (Red.): Når styringsambitioner møder praksis: Den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige (s. 31-56). Handelshøjskolen Forlag, København, 1999.

Vaag, M.: Produktionsoptimering, TQM og TPM som grundlag for effektiv produktionsstyring. Børsen Ledeshåndbøger, Logistikledelse, København, 2001.

Walby, S. & Greenwell, J.: *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. Sage, London, 1994.

Wenger, E.: *Communities of Practice. Learning as a social system*, Systems Thinker: <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/lss.shtml> 1998 (Download 30.12.2002)

Wenneberg, S. B.: *Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver*. Samfundslitteratur, København, 2000.

Werdelin, L.: *Amyotrofisk lateral sklerose. En bog for patienter og pårørende*. Munksgaard, København, 1993.

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L.: *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag / Samfundslitteratur, Roskilde, 1999.

Wisborg, S.: Fra sygeplejerske til leder - At blive leder indenfor en profession. Tidsskrift for arbejdsliv, nr. 1, 2004, s. 64-76.

Yin, R. K.: Case Study Research. Design and Methods. Third edition. Sage Publications, Thousand Oaks, 2003.

Zeuthen Bentsen, E.: Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv. Handelshøjskolen, København, 1997.

Østergård, U. & Ifversen, J.: Europæisk civilisation, begrebshistorie og diskursanalyse. Præsentation af et nyt forskningsnetværk. Den Jyske Historiker, 1996, 73, s. 122-142.

Århus Amt: Det patientfokuserede sygehus - evaluering af tværfaglige teams på Medicinsk Afdeling C, Århus Amtssygehus. Århus, 1999.

TITLER I PH.D.SERIEN:

- *a Field Study of the Rise and Fall of a Bottom-Up Process*
- 2004**
1. Martin Grieger
Internet-based Electronic Marketplaces and Supply Chain Management
 2. Thomas Basbøll
*LIKENESS
A Philosophical Investigation*
 3. Morten Knudsen
*Beslutningens vaklen
En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*
 4. Lars Bo Jeppesen
*Organizing Consumer Innovation
A product development strategy that is based on online communities and allows some firms to benefit from a distributed process of innovation by consumers*
 5. Barbara Dragsted
*SEGMENTATION IN TRANSLATION AND TRANSLATION MEMORY SYSTEMS
An empirical investigation of cognitive segmentation and effects of integrating a TM system into the translation process*
 6. Jeanet Hardis
*Sociale partnerskaber
Et socialkonstruktivistisk casestudie af partnerskabsaktørers virkelighedsopfattelse mellem identitet og legitimitet*
 7. Henriette Hallberg Thygesen
System Dynamics in Action
 8. Carsten Mejer Plath
Strategisk Økonomistyring
 9. Annemette Kjærgaard
Knowledge Management as Internal Corporate Venturing
 10. Knut Arne Hovdal
*De professionelle i endring
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*
 11. Søren Jeppesen
*Environmental Practices and Greening Strategies in Small Manufacturing Enterprises in South Africa
– A Critical Realist Approach*
 12. Lars Frode Frederiksen
*Industriel forskningsledelse
– på sporet af mønstre og samarbejde i danske forskningsintensive virksomheder*
 13. Martin Jes Iversen
*The Governance of GN Great Nordic
– in an age of strategic and structural transitions 1939-1988*
 14. Lars Pynt Andersen
*The Rhetorical Strategies of Danish TV Advertising
A study of the first fifteen years with special emphasis on genre and irony*
 15. Jakob Rasmussen
Business Perspectives on E-learning
 16. Sof Thrane
*The Social and Economic Dynamics of Networks
– a Weberian Analysis of Three Formalised Horizontal Networks*
 17. Lene Nielsen
Engaging Personas and Narrative Scenarios – a study on how a user-centered approach influenced the perception of the design process in the e-business group at AstraZeneca
 18. S.J Valstad
*Organisationsidentitet
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur*

19. Thomas Lyse Hansen
Six Essays on Pricing and Weather risk in Energy Markets
20. Sabine Madsen
Emerging Methods – An Interpretive Study of ISD Methods in Practice
21. Evis Sinani
The Impact of Foreign Direct Investment on Efficiency, Productivity Growth and Trade: An Empirical Investigation
22. Bent Meier Sørensen
Making Events Work Or, How to Multiply Your Crisis
23. Pernille Schnoor
*Brand Ethos
Om troværdige brand- og virksomhedsidentiteter i et retorisk og diskursteoretisk perspektiv*
24. Sidsel Fabech
*Von welchem Österreich ist hier die Rede?
Diskursive forhandlinger og magtkampe mellem rivaliserende nationale identitetskonstruktioner i østrigske pressediskurser*
25. Klavs Odgaard Christensen
*Sprogpolitik og identitetsdannelse i flersprogede forbundsstater
Et komparativt studie af Schweiz og Canada*
26. Dana B. Minbaeva
Human Resource Practices and Knowledge Transfer in Multinational Corporations
27. Holger Højlund
*Markedets politiske fornuft
Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*
28. Christine Mølgaard Frandsen
*A.s erfaring
Om mellemværendets praktik i en transformation af mennesket og subjektiviteten*
29. Sine Nørholm Just
The Constitution of Meaning – A Meaningful Constitution? Legitimacy, identity, and public opinion in the debate on the future of Europe
- 2005**
1. Claus J. Varnes
Managing product innovation through rules – The role of formal and structured methods in product development
2. Helle Hedegaard Hein
Mellem konflikt og konsensus – Dialogudvikling på hospitalsklinikker
3. Axel Rosenø
Customer Value Driven Product Innovation – A Study of Market Learning in New Product Development
4. Søren Buhl Pedersen
*Making space
An outline of place branding*
5. Camilla Funck Ellehave
*Differences that Matter
An analysis of practices of gender and organizing in contemporary workplaces*
6. Rigmor Madeleine Lond
Styring af kommunale forvaltninger
7. Mette Aagaard Andreassen
Supply Chain versus Supply Chain Benchmarking as a Means to Managing Supply Chains
8. Caroline Aggestam-Pontoppidan
*From an idea to a standard
The UN and the global governance of accountants' competence*
9. Norsk ph.d.
10. Vivienne Heng Ker-ni
An Experimental Field Study on the

- Effectiveness of Grocer Media Advertising*
Measuring Ad Recall and Recognition, Purchase Intentions and Short-Term Sales
11. Allan Mortensen
Essays on the Pricing of Corporate Bonds and Credit Derivatives
12. Remo Stefano Chiari
Figure che fanno conoscere
Itinerario sull'idea del valore cognitivo e espressivo della metafora e di altri tropi da Aristotele e da Vico fino al cognitivismo contemporaneo
13. Anders McIlquham-Schmidt
Strategic Planning and Corporate Performance
An integrative research review and a meta-analysis of the strategic planning and corporate performance literature from 1956 to 2003
14. Jens Geersbro
The TDF – PMI Case
Making Sense of the Dynamics of Business Relationships and Networks
15. Mette Andersen
Corporate Social Responsibility in Global Supply Chains
Understanding the uniqueness of firm behaviour
16. Eva Boxenbaum
Institutional Genesis: Micro – Dynamic Foundations of Institutional Change
17. Peter Lund-Thomsen
Capacity Development, Environmental Justice NGOs, and Governance: The Case of South Africa
18. Signe Jarlov
Konstruktioner af offentlig ledelse
19. Lars Stæhr Jensen
Vocabulary Knowledge and Listening Comprehension in English as a Foreign Language
- An empirical study employing data elicited from Danish EFL learners*
20. Christian Nielsen
Essays on Business Reporting
Production and consumption of strategic information in the market for information
21. Marianne Thejls Fischer
Egos and Ethics of Management Consultants
22. Annie Bekke Kjær
Performance management i Proces-innovation
– belyst i et social-konstruktivistisk perspektiv
23. Suzanne Dee Pedersen
GENTAGELSENS METAMORFOSE
Om organisering af den kreative gøren i den kunstneriske arbejdspraksis
24. Benedikte Dorte Rosenbrink
Revenue Management
Økonomiske, konkurrencemæssige & organisatoriske konsekvenser
25. Thomas Riise Johansen
Written Accounts and Verbal Accounts
The Danish Case of Accounting and Accountability to Employees
26. Ann Fogelgren-Pedersen
The Mobile Internet: Pioneering Users' Adoption Decisions
27. Birgitte Rasmussen
Ledelse i fællesskab – de tillidsvalgte fornyende rolle
28. Gitte Thit Nielsen
Remerger
– skabende ledelseskrafter i fusion og opkøb
29. Carmine Gioia
A MICROECONOMETRIC ANALYSIS OF MERGERS AND ACQUISITIONS

30. Ole Hinz
Den effektive forandringsleder: pilot, pædagog eller politiker?
Et studie i arbejdslederes meningstilskrivninger i forbindelse med vellykket gennemførelse af ledelsesinitierede forandringsprojekter
31. Kjell-Åge Gotvassli
Et praksisbasert perspektiv på dynamiske læringsnettverk i toppidretten
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur
32. Henriette Langstrup Nielsen
Linking Healthcare
An inquiry into the changing performances of web-based technology for asthma monitoring
33. Karin Tweddell Levinsen
Virtual Uddannelsespraksis
Master i IKT og Læring – et casestudie i hvordan proaktiv proceshåndtering kan forbedre praksis i virtuelle læringsmiljøer
34. Anika Liversage
Finding a Path
Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals
35. Kasper Elmquist Jørgensen
Studier i samspillet mellem stat og erhvervsliv i Danmark under 1. verdenskrig
36. Finn Janning
A DIFFERENT STORY
Seduction, Conquest and Discovery
37. Patricia Ann Plackett
Strategic Management of the Radical Innovation Process
Leveraging Social Capital for Market Uncertainty Management
- 2006**
1. Christian Vintergaard
Early Phases of Corporate Venturing
2. Niels Rom-Poulsen
Essays in Computational Finance
3. Tina Brandt Husman
Organisational Capabilities, Competitive Advantage & Project-Based Organisations
The Case of Advertising and Creative Good Production
4. Mette Rosenkrands Johansen
Practice at the top
– how top managers mobilise and use non-financial performance measures
5. Eva Parum
Corporate governance som strategisk kommunikations- og ledelsesværktøj
6. Susan Aagaard Petersen
Culture's Influence on Performance Management: The Case of a Danish Company in China
7. Thomas Nicolai Pedersen
The Discursive Constitution of Organizational Governance – Between unity and differentiation
The Case of the governance of environmental risks by World Bank environmental staff
8. Cynthia Selin
Volatile Visions: Transactions in Anticipatory Knowledge
9. Jesper Banghøj
Financial Accounting Information and Compensation in Danish Companies
10. Mikkel Lucas Overby
Strategic Alliances in Emerging High-Tech Markets: What's the Difference and does it Matter?
11. Tine Aage
External Information Acquisition of Industrial Districts and the Impact of Different Knowledge Creation Dimensions

- A case study of the Fashion and Design Branch of the Industrial District of Montebelluna, NE Italy*
12. Mikkel Flyverbom
*Making the Global Information Society Governable
On the Governmentality of Multi-Stakeholder Networks*
 13. Anette Grønning
*Personen bag
Tilstedevær i e-mail som interaktionsform mellem kunde og medarbejder i dansk forsikringskontekst*
 14. Jørn Helder
*One Company – One Language?
The NN-case*
 15. Lars Bjerregaard Mikkelsen
*Differing perceptions of customer value
Development and application of a tool for mapping perceptions of customer value at both ends of customer-supplier dyads in industrial markets*
 16. Lise Granerud
*Exploring Learning
Technological learning within small manufacturers in South Africa*
 17. Esben Rahbek Pedersen
*Between Hopes and Realities:
Reflections on the Promises and Practices of Corporate Social Responsibility (CSR)*
 18. Ramona Samson
*The Cultural Integration Model and European Transformation.
The Case of Romania*
- 2007**
1. Jakob Vestergaard
*Discipline in The Global Economy
Panopticism and the Post-Washington Consensus*
 2. Heidi Lund Hansen
*Spaces for learning and working
A qualitative study of change of work, management, vehicles of power and social practices in open offices*
 3. Sudhanshu Rai
*Exploring the internal dynamics of software development teams during user analysis
A tension enabled Institutionalization Model; "Where process becomes the objective"*
 4. Norsk ph.d.
Ej til salg gennem Samfundslitteratur
 5. Serden Ozcan
*EXPLORING HETEROGENEITY IN ORGANIZATIONAL ACTIONS AND OUTCOMES
A Behavioural Perspective*
 6. Kim Sundtoft Hald
*Inter-organizational Performance Measurement and Management in Action
– An Ethnography on the Construction of Management, Identity and Relationships*
 7. Tobias Lindeberg
*Evaluative Technologies
Quality and the Multiplicity of Performance*
 8. Merete Wedell-Wedellsborg
*Den globale soldat
Identitetsdannelse og identitetsledelse i multinationale militære organisationer*
 9. Lars Frederiksen
*Open Innovation Business Models
Innovation in firm-hosted online user communities and inter-firm project ventures in the music industry
– A collection of essays*
 10. Jonas Gabrielsen
Retorisk topoplære – fra statisk 'sted' til persuasiv aktivitet

11. Christian Moldt-Jørgensen
*Fra meningsløs til meningsfuld evaluering.
Anvendelsen af studentertilfredsheds-målinger på de korte og mellemlange videregående uddannelser set fra et psykodynamisk systemperspektiv*
12. Ping Gao
*Extending the application of actor-network theory
Cases of innovation in the telecommunications industry*
13. Peter Mejlby
*Frihed og fængsel, en del af den samme drøm?
Et phronetisk baseret casestudie af frigørelsens og kontrollens sam-eksistens i værdibaseret ledelse!*
14. Kristina Birch
Statistical Modelling in Marketing
15. Signe Poulsen
*Sense and sensibility:
The language of emotional appeals in insurance marketing*
16. Anders Bjerre Trolle
Essays on derivatives pricing and dynamic asset allocation
17. Peter Feldhütter
Empirical Studies of Bond and Credit Markets
18. Jens Henrik Eggert Christensen
Default and Recovery Risk Modeling and Estimation
19. Maria Theresa Larsen
*Academic Enterprise: A New Mission for Universities or a Contradiction in Terms?
Four papers on the long-term implications of increasing industry involvement and commercialization in academia*
20. Morten Wellendorf
*Postimplementering af teknologi i den offentlige forvaltning
Analyser af en organisations kontinuerlige arbejde med informations-teknologi*
21. Ekaterina Mhaanna
Concept Relations for Terminological Process Analysis
22. Stefan Ring Thorbjørnsen
*Forsvaret i forandring
Et studie i officerers kapabiliteter under påvirkning af omverdenens forandringspres mod øget styring og læring*
23. Christa Breum Amhøj
Det selvskabte medlemskab om managementstaten, dens styringsteknologier og indbyggere
24. Karoline Bromose
*Between Technological Turbulence and Operational Stability
– An empirical case study of corporate venturing in TDC*
25. Susanne Justesen
*Navigating the Paradoxes of Diversity in Innovation Practice
– A Longitudinal study of six very different innovation processes – in practice*
26. Luise Noring Henler
*Conceptualising successful supply chain partnerships
– Viewing supply chain partnerships from an organisational culture perspective*
27. Mark Mau
*Kampen om telefonen
Det danske telefonvæsen under den tyske besættelse 1940-45*
28. Jakob Halskov
The semiautomatic expansion of existing terminological ontologies using knowledge patterns discovered

- on the WWW – an implementation and evaluation*
29. Gergana Koleva
European Policy Instruments Beyond Networks and Structure: The Innovative Medicines Initiative
 30. Christian Geisler Asmussen
Global Strategy and International Diversity: A Double-Edged Sword?
 31. Christina Holm-Petersen
*Stolthed og fordom
Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*
 32. Hans Peter Olsen
*Hybrid Governance of Standardized States
Causes and Contours of the Global Regulation of Government Auditing*
 33. Lars Bøge Sørensen
Risk Management in the Supply Chain
 34. Peter Aagaard
*Det unikkes dynamikker
De institutionelle mulighedsbetingelser bag den individuelle udforskning i professionelt og frivilligt arbejde*
 35. Yun Mi Antorini
*Brand Community Innovation
An Intrinsic Case Study of the Adult Fans of LEGO Community*
 36. Joachim Lynggaard Boll
*Labor Related Corporate Social Performance in Denmark
Organizational and Institutional Perspectives*
- 2008**
1. Frederik Christian Vinten
Essays on Private Equity
 2. Jesper Clement
Visual Influence of Packaging Design on In-Store Buying Decisions
 3. Marius Brostrøm Kousgaard
*Tid til kvalitetsmåling?
– Studier af indrulleringsprocesser i forbindelse med introduktionen af kliniske kvalitetsdatabaser i speciallægepraksissektoren*
 4. Irene Skovgaard Smith
*Management Consulting in Action
Value creation and ambiguity in client-consultant relations*
 5. Anders Rom
*Management accounting and integrated information systems
How to exploit the potential for management accounting of information technology*
 6. Marina Candi
Aesthetic Design as an Element of Service Innovation in New Technology-based Firms
 7. Morten Schnack
*Teknologi og tværfaglighed
– en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling*
 8. Helene Balslev Clausen
Juntos pero no revueltos – un estudio sobre emigrantes norteamericanos en un pueblo mexicano
 9. Lise Justesen
*Kunsten at skrive revisionsrapporter.
En beretning om forvaltningsrevisions beretninger*
 10. Michael E. Hansen
The politics of corporate responsibility: CSR and the governance of child labor and core labor rights in the 1990s
 11. Anne Roepstorff
Holdning for handling – en etnologisk undersøgelse af Virksomheders Sociale Ansvar/CSR

12. Claus Bajlum
Essays on Credit Risk and Credit Derivatives
13. Anders Bojesen
The Performative Power of Competence – an Inquiry into Subjectivity and Social Technologies at Work
14. Satu Reijonen
*Green and Fragile
A Study on Markets and the Natural Environment*
15. Ilduara Busta
*Corporate Governance in Banking
A European Study*
16. Kristian Anders Hvass
*A Boolean Analysis Predicting Industry Change: Innovation, Imitation & Business Models
The Winning Hybrid: A case study of isomorphism in the airline industry*
17. Trine Paludan
*De uvidende og de udviklingsparate
Identitet som mulighed og restriktion
blandt fabriksarbejdere på det aftayloriserede fabriksgulv*
18. Kristian Jakobsen
Foreign market entry in transition economies: Entry timing and mode choice
19. Jakob Elming
Syntactic reordering in statistical machine translation
20. Lars Brømsøe Termansen
*Regional Computable General Equilibrium Models for Denmark
Three papers laying the foundation for regional CGE models with agglomeration characteristics*
21. Mia Reinholt
The Motivational Foundations of Knowledge Sharing
22. Frederikke Krogh-Meibom
*The Co-Evolution of Institutions and Technology
– A Neo-Institutional Understanding of Change Processes within the Business Press – the Case Study of Financial Times*
23. Peter D. Ørberg Jensen
OFFSHORING OF ADVANCED AND HIGH-VALUE TECHNICAL SERVICES: ANTECEDENTS, PROCESS DYNAMICS AND FIRMLEVEL IMPACTS
24. Pham Thi Song Hanh
Functional Upgrading, Relational Capability and Export Performance of Vietnamese Wood Furniture Producers
25. Mads Vangkilde
*Why wait?
An Exploration of first-mover advantages among Danish e-grocers through a resource perspective*
26. Hubert Buch-Hansen
*Rethinking the History of European Level Merger Control
A Critical Political Economy Perspective*
- 2009**
1. Vivian Lindhardsen
From Independent Ratings to Communal Ratings: A Study of CWA Raters' Decision-Making Behaviours
2. Guðrið Weihe
Public-Private Partnerships: Meaning and Practice
3. Chris Nøkkentved
*Enabling Supply Networks with Collaborative Information Infrastructures
An Empirical Investigation of Business Model Innovation in Supplier Relationship Management*
4. Sara Louise Muhr
Wound, Interrupted – On the Vulnerability of Diversity Management

5. Christine Sestoft
Forbrugeradfærd i et Stats- og Livsformsteoretisk perspektiv
6. Michael Pedersen
Tune in, Breakdown, and Reboot: On the production of the stress-fit self-managing employee
7. Salla Lutz
Position and Reposition in Networks – Exemplified by the Transformation of the Danish Pine Furniture Manufacturers
8. Jens Forssbæck
Essays on market discipline in commercial and central banking
9. Tine Murphy
Sense from Silence – A Basis for Organised Action
How do Sensemaking Processes with Minimal Sharing Relate to the Reproduction of Organised Action?
10. Sara Malou Strandvad
Inspirations for a new sociology of art: A sociomaterial study of development processes in the Danish film industry
11. Nicolaas Mouton
On the evolution of social scientific metaphors: A cognitive-historical enquiry into the divergent trajectories of the idea that collective entities – states and societies, cities and corporations – are biological organisms.
12. Lars Andreas Knutsen
Mobile Data Services: Shaping of user engagements
13. Nikolaos Theodoros Korfiatis
Information Exchange and Behavior
A Multi-method Inquiry on Online Communities

14. Jens Albæk
Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse
– skabelse af forestillinger i læge- og plejegrupperne angående relevans af nye idéer om kvalitetsudvikling gennem tolkningsprocesser

TITLER I ATV PH.D.-SERIEN

1992

1. Niels Kornum
Servicetilkøb – organisation, økonomi og planlægningsmetoder

1995

2. Verner Worm
Nordiske virksomheder i Kina
Kulturspecifikke interaktionsrelationer ved nordiske virksomhedsetableringer i Kina

1999

3. Mogens Bjerre
Key Account Management of Complex Strategic Relationships
An Empirical Study of the Fast Moving Consumer Goods Industry

2000

4. Lotte Darsø
Innovation in the Making
Interaction Research with heterogeneous Groups of Knowledge Workers creating new Knowledge and new Leads

2001

5. Peter Hobolt Jensen
Managing Strategic Design Identities
The case of the Lego Developer Network

2002

6. Peter Lohmann
The Deleuzian Other of Organizational Change – Moving Perspectives of the Human

7. Anne Marie Jess Hansen
To lead from a distance: The dynamic interplay between strategy and strategizing – A case study of the strategic management process

2003

8. Lotte Henriksen
*Videndeling
– om organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer ved videndeling i praksis*
9. Niels Christian Nickelsen
Arrangements of Knowing: Coordinating Procedures Tools and Bodies in Industrial Production – a case study of the collective making of new products

2005

10. Carsten Ørts Hansen
Konstruktion af ledelsesteknologier og effektivitet

TITLER I DBA PH.D.-SERIEN

2007

1. Peter Kastrup-Misir
Endeavoring to Understand Market Orientation – and the concomitant co-mutation of the researched, the researcher, the research itself and the truth