ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Frey Larsen, Anette

Doctoral Thesis

Kvalitetsledelse på danske hospitaler: Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen

PhD Series, No. 23.2010

Provided in Cooperation with:
Copenhagen Business School (CBS)

Suggested Citation: Frey Larsen, Anette (2010) : Kvalitetsledelse på danske hospitaler: Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen, PhD Series, No. 23.2010, ISBN 9788759384367, Copenhagen Business School (CBS), Frederiksberg, https://hdl.handle.net/10398/8064

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/208758

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/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

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

www.cbs.dk

ISSN 0906-6934
ISBN 87-593-8436-7

ISBN 978-87-593-8436-7

Kvalitetsledelse på danske hospitaler

Ph.d.-serie 23.2010

Copenhagen Business School
HANDELSHØJSKOLEN

Kvalitetsledelse på danske hospitaler

– Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen

Anette Frey Larsen

Ph.d.-skolen LIMAC
Program for Ledelsesteknologi

Ph.d.-serie 23.2010

CSB PhD nr 23-2010 Anette Frey Larsen · A4 omslag.indd 1 31/05/10 10.28

Kvalitetsledelse på danske hospitaler

Anette Frey Larsen
Kvalitetsledelse på danske hospitaler
– Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse
af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen

1. udgave 2010
Ph.d. serie 23.2010

© Forfatteren

ISBN: 978-87-593-8436-7
ISSN: 0906-6934

Ph.d.-skolen LIMAC er knyttet til forskningsmiljøer inden for sprog, kulturelle studier, kommunikation, jura, informatik, regnskab og revision samt ledelsesteknologi.

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.

Anette Frey Larsen

Kvalitetsledelse på danske hospitaler

- Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen

CBS / Handelshøjskolen i København

Forord

Denne afhandling er resultatet af et langt forløb, som har været udfordrende, ressourcekrævende og med uventede afbræk. Det har samtidigt været en meget lærerig proces. Projektet er blevet en realitet, fordi forskellige mennesker har bidraget i mere eller mindre grad til gennemførelsen. Selve afhandlingen er blevet finansieret af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) i Sundhedsstyrelsen, og af COWI A/S i Lyngby, hvor sidstnævnte har varetaget det administrative arbejde forbundet med min 3-årige ansættelse.

Med denne afhandling, har det været mit ønske, at rette fokus på et meget debatteret og højaktuelt emne indenfor sundhedsvæsnet, nemlig kvalitetsledelse. Empirien i projektet tager udgangspunkt i forskellige hospitalsafdelinger, som positivt har profileret sig, og derfor er blevet udpeget af deres sygehusledelser, som værende velfungerende, med en høj grad af trivsel og god udvikling. Kvalitetsledelse er et nøgleområde, som man ikke kan opsætte på en konkret facitliste, fordi der i vurderingen og oplevelsen, altid vil være nogle personlige erfaringer, som er fremkommet på baggrund af gode præstationer. I sundhedsvæsnet findes der mange afdelinger, som af forskellige årsager ikke ubetinget opnår den succes, som de arbejder for at nå, og som derfor gerne vil bruge ”gode oplevelser og erfaringer” fra andre, til at kunne inddrage disse eksempler i deres eget daglige arbejde.

Jeg vil gerne rette en meget stor tak til de tre hospitalers direktioner og de fem afdelinger, som har stillet op til dette projekt. Alle døre er blevet åbnet for mig, man har præsenteret, og besvaret hvad jeg har spurgt om på både godt og ondt, og frem for alt, har det været i en særdeles positiv og behagelig atmosfære. Alle har været meget ærlige i deres udsagn, og det har været meget lærerigt for mig at komme rundt og have lejlighed til at se og tale med alle de forskellige medarbejdere, og følge dem i deres daglige arbejde med patienterne. Man har været meget åbne og heller ikke lagt skjul på, at det i perioder kan være udfordrende og krævende, at få dagligdagen til at fungere tilfredsstillende.

Professor og centerdirektør Preben Melander tog den første tørn som hovedvejleder. Efterfølgende overtog lektor Sof Thrane vejledningen, som nu er endt med denne afhandling. En stor tak skal rettes til Sof Thrane, uden hvis hjælp jeg ikke havde kunnet gennemføre og afslutte projektet.

Jeg vil desuden rette en stor tak til henholdsvis de to ejerskaber af projektet ved repræsentation af MTV-chef, overlæge, ph.d., adjungeret professor ved SDU Finn Børlum Kristensen fra CEMTV i Sundhedsstyrelsen og afdelingschef, ph.d., cand.scient.pol., Claus Rebien fra COWI. Begge har bidraget med gode input og vist stor interesse for emnet. Ligeledes mine mange kollegaer fra Center for Virksomhedsudvikling og Ledelse (CVL) på Handelshøjskolen i København (CBS) som på forskellig vis har hørt på mig, kommenteret og støttet op omkring projektet. Derudover har der til projektet været tilknyttet forskellige interessenter, som har deltaget ved møder, og som derved har været til stor inspiration og støtte.

Mit sociale liv har været særdeles neddroslet i adskillige år, hvilket også er kommet til udtryk fra familie og venner, men alligevel med mange opmuntrende ord, stor støtte og opbakning. Alle skal have en tak for den store støtte og tålmodighed, som de har vist, og for den store opbakning til at fortsætte og gøre projektet færdigt.

En særlig stor tak skal rettes til tre personer. Den første er forskningsmedarbejder Gry Faber, som har været en stor støtte, specielt de første år omkring meget praktisk arbejde og med gode input. Ligeledes til mine to veninder som henholdsvis er sundhedsinformatiker, sygeplejerske Lone Withen Erdmann og speciallæge Margrethe Ingeman. De har på forskellig vis bidraget med input, god og konstruktiv sparring. Særligt Margrethe har været tæt på mig i meget lang tid, læst, kommenteret, diskuteret og været en speciel stor støtte, og hele tiden med opmuntrende ord. Den indsats har været helt fantastisk, og hun skal derfor have en særlig tak. Begge mine to veninder har hele tiden fastholdt, at emnet har stor værdi og betydning, når vi taler om sundhedsvæsnet, som det ser ud i dag, og om hvor fremtidens sundhedsvæsen bør have sit fokus.

Det er mit ønske og håb, at denne afhandling kan være med til, netop på baggrund af de fem afdelingers store bidrag, at være til inspiration for andre ledelser og afdelinger, når vi taler om, hvad der er ”kvalitetsledelse” på danske hospitaler. Forhåbentlig kan den give et input til, at andre afdelinger selv er i stand til at praktisere og implementere de resultater og anbefalinger, som er fremkommet i afhandlingens konklusioner.

Rødovre, februar 2010
Anette Frey Larsen

Indholdsfortegnelse

Abstract

1. Indledning 10

1.1. Introduktion 10

1.2. Baggrund for emnet 11

1.3. Fokusfelt og afgrænsning 17

1.4. Problemstilling og forskningsspørgsmål 18

1.5. Afhandlingens struktur 19

2. Teori 21

2.1. Studiets teoretiske fundament 21

2.2. Erving Goffman 22

2.2.1. Indledning 23

2.2.2. Dramaturgiske elementer 25

2.2.2.1. Optræden – (Performances) 26

2.2.2.2. Teams 27

2.2.2.3. Regioner og regionale holdninger – (Regions and Region Behaviour) 29

2.2.2.4. Divergerende roller – (Discrepant Roles) 30

2.2.2.5. Kommuniktion uden for rollen – (Communication out of Character) 31

2.2.2.6. Indtryksstyring – (The Arts of Impression Management) 33

2.2.3. Diskussion af Goffman 37

2.2.4. Dramaturgiske elementersom analysemodel 41

2. 3. De professionelle 42

2.3.1. Sundhedsvæsnet som fagbureaukrati 42

2.3.2. Udvikling af professionsteorier 44

2.3.2.1. Den funktionalistiske professionsteori 44

2.3.2.2. Den symbolsk-interaktionistiske forskningsretning 46

2.3.2.3. Det professionelle project 47

2.3.2.4. Forholdet mellem professionerne læger og sygeplejersker 48

2.4. New Public Management 52

2.5. Kvalitet og den historiske udvikling 60

2.5.1.1. Kvalitetsinspektion 60

2.5.1.2. Kvalitetskontrol 61

2.5.1.3. Kvalitetssikring 61
2.5.1.4. Kvalitetsstyring 63
2.5.2. Kvalitet som begreb 64
2.5.2.1. Opfattet kvalitet 65
2.5.2.2. Tilpasning til forbrugerforventninger 65
2.5.2.3. Produktionsstyring 66
2.5.2.4. Værdi 67
2.5.2.5. Excellence 67
2.5.2.6. Målemetoder 68
2.5.2.7. Sammenfatning 69
3. Metode 70
3.1. Indledning 70
3.2. Studiets metateori 70
3.3. Studiets design 71
3.3.1. Valg af caseorganisationer 74
3.4. Datagenerering 76
3.5. Kvalitetssikring af studiets resultater 79
3.5.1. Generaliserbarhed 80
3.5.2. Reliabilitet 82
3.5.3. Validitet 83
3.5.4. Triangulering 84
3.6. Diskussion af metode, projektforløb og resultater 85
4. Kvalitet og kvalitetsstyring 87
4.1. Kvalitetsstyringsteknologier i sundhedsvæsnet 87
4.1.1. ”Total Quality Management” TQM 88
4.1.2. Akkreditering 92
4.1.3. Kvalitetsstrategier 94
5. Præsentation af data 111
5.1. Aalborg Sygehus 111
5.1.1. Kardiologisk afdeling 114
5.1.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Kardiologisk afdeling 118
5.1.1.2. Afdelingen set udfra Goffman´s dramaturgiske elementer 141

5.1.2. Terapi afdelingen 146
5.1.2.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Terapi afdeling 149
5.1.2.2. Afdelingen set udfra Goffman´s dramaturgiske elementer 161
5.2. Amtssygehuset Roskilde 165
5.2.1. Neurologisk afdeling 168
5.2.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Neurologisk afdeling 170
5.2.1.2. Afdelinger set udfra Goffman`s dramaturgiske elementer 181
5.3. H:S Frederiksberg Hospital 184
5.3.1. Apopleksi klinik 187
5.3.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Apopleksi klinikken 189
5.3.1.2. Afdelingen set udfra Goffman`s dramaturgiske elementer 198
5.3.2. Psykiatrisk afdeling 201
5.3.2.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Psykiatrisk afdeling 202
5.3.2.2. Afdelingen set udfra Goffman`s dramaturgiske elementer 225
6. Diskussion 228
6.1. Afdelingerne i lyset af Goffman´s teatermetafoer: 228
6.2. New Public Management og de fagprofessionelle 230
6.3. Krydspres som livsvilkår 232
7. Konklusion og perspektivering 233
7.1. Konklusion 233
7.2. Perspektivering 250
8. Litteraturliste 252
Bilag
Bilag 1: Interviewguide til interview med ledende medarbejdere 261
Bilag 2: Renis Likerts organisationsmodel 264
Bilag 3.1.: Møder på Aalborg Sygehus/Kardiologisk afdeling 265
Bilag 3.2.: Møder på Aalborg Sygehus/Terapiafdeling 266
Bilag 3.3.: Møder på Amtssygehuset Roskilde/Neurologisk afdeling 267
Bilag 3.4.: Møder på H:S Frederiksberg Hospital/Apopleksiklinik 268
Bilag 3.5.: Møder på H:S Frederiksberg Hospital/Psykiatrisk afdeling 269

Abstract

The focus of this thesis is ”Quality Leadership in Danish Hospitals” and the conditions for good quality development on the operational level. Within this framework it is the objective of the thesis in three selected hospitals, geographically spread over the country, to investigate the view of the concept “quality” among department leaders from five referral centers and its impact on the department's quality work. The overall quality concept in the three hospitals is based on two different leadership technologies: Total Quality Management and Accreditation. Two of the hospitals have applied the TQM model as leadership technology but use the method in different ways. The third hospital applies Accreditation. Accordingly the three hospitals have organized in separate ways.

In the project two research questions are raised:

- How does the leading staff understand the concepts *quality* and *leadership*?
- How does this understanding impact the daily quality work in the departments?

The theoretical approach to this project is divided into four sections. The first deals with the sociologist and social anthropologist Erving Goffman's dramaturgical game that seeks to uncover the social world mundane nature, from the very elementary forms of sociality. His theory is based on a description of a play, where the focus is directed at the social relationships between people and their role-play in ever-changing scenes.

The second section deals with the professionals within the health care system which constitutes the largest portion of the health care professions. In this project it includes doctors, nurses, occupational therapists and physiotherapists.

The third section includes New Public Management, and this program`s impact on the health care system and the challenges it entails for the professionals.

The fourth section deals with quality and quality management. Next follows a description of the historical development of quality followed by a breakdown of the different quality areas included in this thesis. Then a description of the two quality technologies followed by a brief review of the various quality activities that the five departments are involved in and the requirements for quality

they must achieve - activities that are a major challenge for all departments on a daily basis and which places the leading staff with the full responsibility that the various intentions are being translated into actions in the practice field.

Available is a description of the three hospitals and their quality concepts followed by a presentation of each department. This includes the department's specialty, size, functions and interactions with other stakeholders in the professional health care system. The organization of quality work within the various departments is also being described.

The project is methodical based on a qualitative approach with interviews of all five department's managers and several section leaders. It also includes observations from study days, theme days and seminars held in the departments. There is generated empirical data from the five departments that are very different in terms of specialties and sizes.

The analysis is made on the basis of the available interviews with the five department's managers, the section leaders and observations in the departments. On the basis of the quality technology each department is analyzed based on the extent to which quality development has become a part of everyday practice and culture. It focuses on the degree to which the various leaders are experiencing that the departments are affected by extraneous factors and to what extend it will impact the quality work in the longer term being implemented in the daily workload.

Results: The evaluation of the impact that quality technology has on the core operations varies somewhat from department to department. The units where there has been a long deployment and a significant employee involvement experienced a significantly greater job satisfaction and wellbeing than the units where there has been a shorter implementation or where projects have been very "top down" driven. Here the staff feels less committed and less satisfied with their working conditions.

Greater interdisciplinary around quality projects apparently ease the implementation throughout the departments.

It is clear who has the background to become a leader both professionally and educationally.

The two key quality strategies used within the departments as part of this thesis is TQM (Total Quality Management) and Accreditation. The departments use two very different strategies for implementation. The units where they use TQM operate with the implementation of a few focus areas at the time, whereas the units using Accreditation operate with the implementation of 367 standards within a short time frame.

1. Indledning

1.1. Introduktion

Denne afhandling er blevet til i et samarbejde mellem Center for Virksomhedsudvikling og Ledelse (CVL) på Handelshøjskolen i København (CBS), Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen (CEMTV) og COWI A/S.

Baggrunden for projektet går tilbage til 2002, hvor jeg med Professor Preben Melander (PM) på CVL drøftede muligheden for at gennemføre et forskningsprojekt på danske sygehuse indenfor Ledelse og Kvalitetsudvikling. Ideen opstod på baggrund af min interesse for området, som fylder meget i mit daglige arbejde. I den forbindelse, opfordrede PM mig til at beskrive og uddybe disse områder, fordi jeg har et indgående kendskab til sundhedsvæsnets "indre" verden, og fordi det var og fortsat er, emner som har en stor politisk og samfundsmæssig bevågenhed.

Da jeg som sygeplejerske er en del af afhandlingens forskningsobjekt, er det relevant kort at redegøre for min baggrund, således at min baggrundsviden og overordnede perspektiv er åbenbart for læseren. Jeg blev uddannet sygeplejerske i 1975, og efter endt uddannelse, har jeg været aktiv i sundhedsvæsnet både i primær- og sekundærsektoren[1]. Jeg har en bred erfaring både som almindelig sygeplejerske, som ledende oversygeplejerske og forstander. Jeg har arbejdet med en vifte af forskellige kliniske specialer. Dette omfatter både akutte og intensive patienter indenfor medicin og kirurgi, skadestue, operation og ældreområdet. Jeg har i flere år været bosat i Grønland og arbejdet som sygeplejerske og som leder, samt i perioder som skibssygeplejerske. I alle mine ansættelser, har jeg haft med mange forskellige faggrupper at gøre. I min periode i det kommunale område, var jeg ansvarlig for faggrupper, som ikke direkte var involveret i det sundhedsfaglige område, bl.a. træningscenter for ældre og et af Københavns Kommunes storkøkkener med madudbringning. Disse ansættelser har givet mig en stor indsigt og erfaring i samspillet mellem de forskellige fagprofessioner, forskellige kliniske specialer og de sociale relationer, som derved har

[1] Primærsektoren omhandler de praktiserende læger, det kommunale område indenfor hjemmepleje, ældrecenter, mad udbringning og al sundhedsfaglig pleje og behandling uden for hospitalerne.
Sekundær sektoren omhandler hospitalsvæsnet.

været aktuelle. Mine stillinger har omfattet såvel det sundhedsfaglige område, som administration af store økonomisk tunge områder, personaleledelse, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.
Som fagprofessionel i sundhedsvæsenet har jeg haft behov for konstant at være opdateret inden for mit fagområde, og desuden for at være opdateret inden for ledelse og en generel samfundsmæssig forståelse. Derfor har jeg udover videreuddannelse og mange kurser også gennemført et 2-årigt fuldtidsstudium ved det daværende Danmarks Sygeplejerskehøjskole indenfor ledelse, pædagogik, forskning og udvikling. Denne uddannelse inspirerede mig til sideløbende med mit kliniske arbejde, at tage en 4–årig humanistisk basisuddannelse ved Roskilde Universitet. Mit ønske om at udbygge min lederuddannelse blev mere udtalt, da CBS i 1994 etablerede sine Master uddannelser indenfor ledelse. Jeg fik en Mastergrad i Public Administration (MPA) ved CBS i København. Denne afhandling er indskrevet på CBS ved det Erhvervsøkonomiske Fakultet, forskerskolen i Ledelsesteknologi.

1.2. Baggrund for emnet

Baggrunden for overordnet set at beskæftige sig med kvalitetsledelse i sundhedsvæsenet har flere udspring. Væsentligst er de ændringer, der er implementeret af interne og eksterne aktører, og det fokus, der er på organisering af de danske sygehuse, som i de senere år har været et meget aktuelt emne på den politiske og administrative scene. Borgernes ønske om øgede behandlingstilbud, samt mediernes interesse for enkeltsager, sætter i stigende grad fokus på den modsætning, der er imellem borgernes ønske om behandling på den ene side, og de begrænsede økonomiske muligheder på den anden side. Dette misforhold har i mange år påvirket sygehusene i udtalt grad. Der er et politisk-administrativt ønske om at ændre sygehusstrukturer, sygehusorganisationer og ledelsen af sygehusene. Der er tiltagende interesse for sygehusenes produktion og kvaliteten af de forskellige ydelser. Både i Danmark og i en række andre lande har mange af disse ændringer i sygehusenes organisation siden 90`erne været inspireret af ”New Public Management” (NPM) Kragh Jespersen, 2005; Bentsen et al., 1999; Vrangbæk, 1999.

Det betydningsfulde indenfor NPM er et øget fokus på en driftsøkonomisk effektivitet via ændrede styringsformer og ledelsesværktøjer, som de der anvendes i private virksomheder. At ville styre sygehusene på denne måde, er en stor ændring i forhold til tidligere, hvor netop de

fagprofessionelles selvstyre og traditioner har været fremherskende. Ved en tilnærmning mod NPM er der gennem de sidste knap 20 år sket en overgang til en øget politisk og administrativ styring af sygehusene, som har betydet store ændringer i sygehusenes organisation og ledelsesstruktur (Vrangbæk, 1999; Kragh Jespersen, 2005). Sygehusenes organisation og ledelse befinder sig derfor placeret i et dynamisk felt mellem traditionen for professionelt selvstyre og politiske ønsker om en stærkere administrativ ledelse inspireret af moderne managementtænkning. Disse paradokser har været emnet for flere bøger om sygehusledelse, ikke mindst for bogen "Når styringsambitioner møder praksis" (Bentsen et al., 1999).

Hertil kommer den yderligere udfordring for ledelserne på sygehusene, at de i stigende grad skal kunne kombinere gamle traditioner, vaner og rutiner med fornyelse. For at skabe succes, anses det af stor betydning hele tiden at være opmærksom på og aktiv inden for nye ledelses- og organisationsformer.

Disse institutionelle pres har på den ene side været en væsentlig årsag til implementeringen af mange og meget forskelligartede kvalitetsstyringsprojekter og – teknologier i sundhedsvæsenet og på den anden side medvirket til en række dilemmaer, udfordringer og problemstillinger i det danske sundhedsvæsen (Vrangbæk, 1999; Erlingsdottir, 1999).

De fagprofessionelle:

Nye behandlingsteknologier, den tiltagende specialisering og de ændrede muligheder for stordrift vil til stadighed betyde organisatoriske forandringer. Disse ændringer er en stor udfordring for professionerne som helhed, og påvirker i udtalt grad det faglige selvstyre. De mange organisatoriske og ledelsesmæssige ændringer, som til stadighed kommer, er præget af administrative, økonomiske og politiske dagsordener, som udfordrer det eksisterende. Der har i stort omfang været en tradition for, at var man en dygtig fagperson, var ens avancementsmuligheder gode, og en slutstilling på lederniveau var forventelig (Kragh Jespersen, 2005).

I dag stilles der kritiske spørgsmål til det professionelle selvstyre. De professionelle har selv stillet forslag til prioriteringer og organisering af hele sundhedssektoren. Imidlertid har man i stigende

grad fra politisk side grebet ind i de professionelles dagligdag, med kontrol og stram styring, som er blevet et fremherskende element. Patienter, pårørende og patientforeninger stiller øgede krav til de professionelles tilbud og handlinger, ikke mindst fordi brugerne af systemet via Internet har fået en større viden om forskellige sygdomme og behandlingsmuligheder.

Tempoet for udmelding af reforminitiativer er blevet øget væsentligt. Der opleves kortere tid mellem kravet om reformer, til nye initiativer bliver iværksat. Disse ideer og koncepter formuleres ofte på højt niveau i det politisk – administrative system og påvirker i høj grad de professionelles dagligdag, idet mange nye projekter iværksættes, før tidligere igangsatte projekter er færdiggjorte og implementerede. Dette er med til at skabe stor frustration blandt det personale, som arbejder på det operationelle felt.

Kvalitetsudvikling i højt tempo:

Et af de største problemer ved implementering af kvalitetsprojekter og kvalitetsstyringsteknologier i sundhedsvæsnet er at få de fagprofessionelles accept og samarbejde omkring ændringerne. Sygehusene er store og komplekse organisationer med mange forskellige personalegrupper, som alle er dybt engageret i deres arbejde. De fire personalegrupper, som indgår i dette projekt, omtales i afsnittet om ”De fagprofessionelle” på side 42. Traditionelt set er fagbureaukratier struktureret således, at det administrative ansvar er lagt ud til administratorer og økonomer, mens det faglige ansvar og dermed også en meget stor del af det kvalitetsmæssige ansvar er lagt i hænderne på de fagprofessionelle (Mintzberg, 1983). De fagprofessionelle er alle på hvert deres felt eksperter med egne meninger og interessefelter. Deres holdninger er påvirket af en fagkultur, som er stærkt præget af, hvordan arbejdet ifølge den nyeste viden skal udføres, og hvordan de professionelle selv mener, organisationen bør være. I sundhedsvæsnet er de professionelle bærere af sundhedsfaglige traditioner og rutiner, som giver sygehusorganisationer styrke og stabilitet i en turbulent og ofte uforudsigelig hverdag. De professionelles vaner, opfattelser og holdninger rummer derfor store udfordringer for alle, der forsøger at ændre sygehusenes organisation og ledelse, ikke mindst hvis ændringerne indebærer brud med de professionelles opfattelser og traditioner (Kragh Jespersen, 2005; Bentsen et al., 1999).

Organisatorisk og ledelsesmæssigt er systemerne hierarkisk opbyggede med mange og ikke altid indlysende kommandoveje. Der er lang vej fra kerneydelserne til der, hvor de endelige beslutninger træffes. Med implementeringen af kvalitetsstyringsprojekter og kvalitetsstyringsteknologier, som rækker ud over den kliniske kvalitet, og som helt eller delvist har til hensigt at kontrollere de fagprofessionelles ydelser og arbejde, er der grobund for en række konflikter og dilemmaer, som kan påvirke implementeringen og arbejdet med kvalitetsstyringsteknologier.

Denne tendens ses tydeligt inden for kvalitetsområdet. Siden begyndelsen af 1990`erne er der iværksat en kontinuerlig strøm af tiltag til vurdering af kvaliteten på alle niveauer: Både i den diagnostiske, den behandlingsmæssige, den plejerelaterede og den organisatoriske del af sundhedsvæsnet (Bentsen et al., 1999; Vrangbæk, 1999).

På samtlige landets sygehuse kender personalet til arbejdet med kvalitetsudviklingsprojekter i større eller mindre omfang. Mange af disse projekter er udsprunget af enten nationale eller lokale forhold, begrundet i gentagne besparelser og ønsket om en større effektivisering. Der har været stor interesse for at sammenligne sygehusene og de forskellige afdelingers arbejde. Det har vist sig, at der er betragtelige forskelle i udgiftsbyrden, så som antal udskrivninger pr. år og antal sengepladser pr. indbygger sygehusene imellem. Som nævnt har der igennem mange år været fokus på en begrænset øgning af ressourcerne, samtidig med at mulighederne for og efterspørgslen på behandling og pleje har været stærkt stigende. Det er blevet betydeligt vanskeligere at styre udgifterne og regulere på ydelserne. Den politiske bevågenhed foregår ofte på baggrund af enkeltsager, ikke mindst på baggrund af mediernes behandling af ”sagerne”. Det kan få den konsekvens, at der træffes beslutninger, som ikke altid passer ind i den overordnede strategi, der var lagt for det pågældende område.

Anvendelse af informationsteknologi udgør en selvstændig problemstilling, fordi den medvirker væsentligt til det ønskede kvalitetsløft og er integreret i de visioner, strategier og handlingsplaner, der for tiden initieres af de centrale myndigheder. Elektroniske patientjournaler (EPJ) og kliniske databaser er centrale områder i denne udvikling. Men realiseringen og implementeringen af de ønskede IT- baserede tiltag er krævende. Der er store forskelle i tidshorisont, økonomiske muligheder og politisk vilje, alt efter hvor i landet man befinder sig.

De komplekse forhold, som styrer sundhedsvæsnet kan kort opsummeres som følger:

- En omfattende sygehusdrift med et fag- og ledelsesbureaukrati i en streng hierarkisk opbygning med lange kommandoveje.
- Samspil med delvis privat primærsektor, hvor f.eks. de praktiserende læger er selvstændige virksomheder.
- Samspil imellem forskellige fagprofessioner og deres interessefelter.
- Mange forskellige parter har indflydelse på beslutninger, kvalitetspraksis og ledelsespraksis, eks. regeringen, regionerne (tidligere amter) og kommuner, sygehusledelser, sundhedsstyrelsen, patientorganisationer, internationale anbefalinger eks. WHO, m.m.
- Afdelingerne er organisatorisk og ledelsesmæssigt placeret på hospitalerne, men den faglige udvikling foregår i de faglige fora, og en række beslutninger om behandlings- eller plejemæssige strategier træffes her, og rækker ud over landets grænser.
- Den nødvendige økonomi for gennemførelse af de trufne beslutninger ligger i det politiske regi.

Hospitalsverdenen er således præget af en række grundlæggende paradokser inden for den eksisterende styringsdisciplin. Alle de nævnte områder har betydning, og der kan dermed opstå modstridende styringsrationaler og risiko for krydspres, jf. nedenfor.

Det dramaturgiske spil:

Erving Goffman (1959) beskriver i sin interaktionsteori hvordan aktører interagerer med hinanden, og hvad det er, som organiserer den med interaktionen forbundne kommunikation. Goffman taler om, at vi som sociale væsner kommunikerer med hinanden ved hjælp af symboler, som tillægges en særlig mening. Når vi samhandler med hinanden, afkoder vi de symboler, der kommunikeres gennem den sociale samhandling, det vil sige, at en social handling er baseret på den mening vi tillægger den eller forhandler os frem til.

Goffman´s store interesse var, hvordan hverdagslivets sociale udvekslinger og social orden ser ud til at eksistere blandt mennesker, der mødes i ansigt til ansigt situationer. Hans pointer er, at bag en

tilsyneladende velordnet hverdagsrutine, kan det reelle billede se anderledes ud. Med sin beskrivelse af virkeligheden, ønsker han at vise, at bag en tilsyneladende velordnet hverdagsrutine, kan der lure en fare for forskellige forstyrrelser og sammenbrud. Det vil sige, at Goffman ikke ønsker at vise, hvor stabil en social samhandlingsorden er, men at demonstrere hvor skrøbelig virkeligheden kan være. Han præsenterer sin teori ved hjælp af et såkaldt dramaturgisk perspektiv (teatermetaforen), hvor han anvender dramaturgien til at beskrive den sociale samhandling.

En af grundpræmisserne for Goffman´s dramaturgi er, at vi skiftevis agerer som henholdsvis optrædende og publikum. Et spil som kan sammenlignes med et hospital, hvor der hele tiden foregår sceneskift, alt afhængig af hvor man befinder sig, og hvilken opgave man skal udføre. Derfor er Goffman´s teori unik til at beskrive alle de scene- og rolleskift, som sker i sundhedsvæsnet. De fagprofessionelle ledere skal hele tiden være i stand til at kunne agere alt afhængig af, hvor de befinder sig, og i de forskellige krydspres som opstår.

Krydspres som livsvilkår:

Kurt Klaudi Klausen (2004, s. 54 - 55) (KKK) taler om flere strategiske områder, hvor der udkæmpes forskellige typer af kampe, alt efter valg og midler, og med forskellige spilleregler. KKK taler her om genstandsfelter, der er områder, som beskriver de mange forskellige krydspres og udfordringer, folk kan blive stillet overfor. KKK beskriver de områder, som han mener, er særligt aktuelle i sundhedsvæsnet:

- ***Arenaen for Produktion:*** omhandler arbejdets organisering og hvilke organisatoriske betingelser, der skal være til stede, for at fagprofessionelle kan udøve deres arbejde: Om de nødvendige tekniske hjælpemidler er til stede, om de fungerer tilfredsstillende, og om de forskellige arbejdsgange er hensigtsmæssige tilrettelagt.

- ***Den sociale arena:*** omhandler det enkelte individ, medarbejderen og det sociale liv i organisationen. Om der er et godt arbejdsklima, og om betingelserne for at udvikle det sociale område er i orden. Hvilken kompetenceudvikling er der iværksat for den enkelte medarbejder? Hvordan er mulighederne for rekruttering af nye medarbejdere?

- ***Markedet:*** omhandler livet uden for hospitalet og har stor betydning for det ”indre liv” i hospitalet. Det kan dreje sig om udviklingen på det faglige felt. Om man kan præsentere ”det bedste” indenfor det felt, man beskæftiger sig med, konkurrencen imellem de forskellige hospitaler om, hvem der er bedst. I hvilken grad præsenteres faglige områder nationalt og internationalt? Hvilke krav stilles der fra patientside til faglig indsats?

- ***Den politiske arena:*** omhandler den politiske beslutningsproces, som har magt til at påvirke alle væsentlige beslutninger i og omkring organisationerne.

- ***Arena for bevidsthedsdannelsen, vidensproduktion, opfattelse og meningsdannelse:*** omhandler retorik, fortolkning og kommunikation, og den betydning det har for identitetsskabelse, problemopfattelse og måden man forholder sig til problemløsning. Det kan for eksempel være, hvem der sætte dagsorden.

- ***Den kulturelle omverden og arena:*** omhandler de værdier, som er gældende i organisationen. Værdier som er styrende for den adfærd, som medarbejderne udøver overfor andre mennesker, og som har betydning for virksomhedens profilering overfor omverden.

De forskellige faggrupper sidder hver for sig inde med en betydelig viden, som tilfører organisationerne ekspertise. Både læger, sygeplejersker og terapeuter er vant til at håndtere yderst komplekse opgaver, som stiller krav til hver enkelt om, at have overblik, faglig viden og praktisk kunnen, til at kunne levere kerneydelserne. Denne mangfoldighed af arenaer, som de forskellige personalegrupper fungerer i, udgør tilsammen et krydspres på den enkelte leder og medarbejder, hvilket igen influerer på kvalitetsarbejdet og implementeringen af kvalitetsprojekter og kvalitetsstyringsteknologier

1.3. Fokusfelt og afgrænsning

Afhandlingen går i dybden med selve organisationen, for at få afdækket hvilke påvirkninger, der er årsag til den måde organisationen udvikler sig på. Den beskæftiger sig med ledernes syn på og

oplevelse af kvalitet i dagligdagens arbejde, hvordan det påvirker arbejdssituationen, og hvordan det igen påvirker resten af organisationen. Det har praktisk interesse fordi aktørers opfattelser og overbevisninger har konsekvenser for deres handlinger. En kortlægning af disse kausaliteter kan give aktører et forbedret og mere rationelt beslutningsgrundlag for, hvilke opfattelser og overbevisninger de vil beslutte sig for.

E. Goffman er valgt som grundlæggende teori, idet han som kultur-teoretiker netop interesser sig for det elementære liv i dagligdagen. Hans teori er interessant, fordi den beskæftiger sig med alle former for aktører i det spil der foregår i mange organisationer, og i særdeleshed i sundhedsvæsnet. De hidtidige forskningsprojekter har overvejende data med rod i aktørerne på det strategiske niveau, ”frontstage”. Dette projekt kommer helt ind i nøglepersonernes lønkammer. Det empiriske grundlag er derfor unikt og kan medvirke til at inspirere til yderligere forskning med data genereret i nøglepersonerne ”back stage”.

Afhandlingen ønsker at synliggøre om KKK´s 5 punkter om de strategiske områder for krydspres også eksisterer i denne form for organisation, og forsøger desuden for første gang at synliggøre det spil, som foregår imellem personligheder på forskellige niveauer i sundhedsvæsnet.

1.4. Problemstilling og forskningsspørgsmål

I afhandlingen er der fokus på de fagprofessionelles holdninger og forståelse, i forhold til den enkeltes faglige uddannelse og den påvirkning, som ligger til grund for de forskellige aktørers udsagn og handlinger. Afhandlingen præsenterer desuden resultater, som er fremkommet, som et resultat af de fagprofessionelles problemer i relation til indførelsen af den mere managementteoretiske politiske styring, med de konflikter der opstår som følge af en stram faglig og økonomisk styring af de fagprofessionelles hverdag.

På denne baggrund har jeg undersøgt afdelingsledelsers - og afsnitslederes verdensbillede af den gode kvalitet og dennes indflydelse på deres ledelse. Hvordan opfatter lederne det ideelle? Og hvordan oplever de den daglige praksis i forhold til det ideelle? Dette leder mig frem til to forskningsspørgsmål:

Forskningsspørgsmål:

1. **Hvilken holdning har de ledende medarbejdere til begreberne kvalitet og ledelse?**

2. **Hvilken betydning har disse holdninger for afdelingernes daglige kvalitetsarbejde?**

1.5. Afhandlingens struktur

For at give et overblik over afhandlingens kapitler og sammenhængen disse imellem, gives her en kort beskrivelse af indholdet i og formålet med hvert af afhandlingens kapitler.

Kapitel 2: Teorigrundlaget præsenteres. Det er inddelt i fire afsnit. Det første afsnit omhandler den canadiske sociolog *Erving Goffman´s teori* om det dramaturgiske perspektiv, teatermetaforen. Hans beskrivelse og interesse, hvor fokus er rettet på de sociale relationer imellem mennesker, deres forskellige rollespil som præsenteres på en scene, og det spil som foregår i kulissen. Denne beskrivelse danner baggrund for den største del af teoriafsnittet.

I det andet afsnit præsenteres *de fagprofessionelle* i sundhedsvæsnet. De udgør den største gruppe af medarbejdere i de forskellige involverede hospitaler. De professionelles organisationsprincip tager udgangspunkt i fagdisciplinen, og beskrives som forskellige faggrupper, der er højt specialiserede og meget fagligt bevidste, og som optræder i større eller mindre grad autonomt.

I det tredje afsnit inddrages New Public Management, og dette programs påvirkning af sygehusområdet, samt de udfordringer det medfører for de professionelle.

I fjerde afsnit præsenterer en teoretisk beskrivelse af begrebet kvalitet og nogle forskellige tilgange til dette i samfundsvidenskaberne.

Kapitel 3: Introducerer afhandlingens metodiske tilgang, som er baseret på casestudier fra tre hospitaler geografisk spredt over landet, hvorfra der er valgt specialafdelinger. Data genereres udfra kvalitative interviews fra afdelingsledelser og afsnitsledere, samt fra observationsstudier fra afdelingernes dagligdag. Herunder deltagelse og observationer fra forskellige temadage og seminarer.

Kapitel 4: Introduceres en beskrivelse af de ledelses og kvalitetsteknologier som de tre hospitaler er underlagt, og som danner baggrund for hospitalernes overordnede kvalitetsstyring. Derefter kommer der en kort gennemgang af de forskellige kvalitetsaktiviteter og krav, som de fem afdelinger er involveret i. De forskellige aktiviteter som danner baggrunden for den øgede arbejdsbyrde, som afdelingerne er underlagt.

Kapitel 5: Præsenterer de tre involverede hospitaler og de fem case afdelinger som indgår i projektet. For hvert hospital er der en beskrivelse af den måde, hvorpå man fra sygehusledelsens side har organiseret sin kvalitetsteknologi, og den måde hvorpå de formidler den overordnede kvalitetsudvikling. Derefter følger en beskrivelse af de fem afdelinger, deres speciale, størrelse, funktion, organisering og arbejde med kvalitetsudvikling, samt data som er indsamlede i forbindelse med dette projekt. Data analyseres med teori om kvalitet, E. Goffman´s teatermetafoer og de professionelle.

Kapitel 6: Omhandler afhandlingens diskussion, og er opdelt i tre afsnit. Det første afsnit omhandler afdelingerne i lyset af Goffman´s teatermetafoer. Derefter NPM og de fagprofessionelle, og til sidst konkluderes der på baggrund af K.K.K.`s beskrivelser af de strategiske områder.

Kapitel 7: Omhandler afhandlingens konklusion. Denne opdeles i delkonklusioner efter sygehuse og afdelinger med en samlende konklusion. Afsluttes med en perspektivering, som peger på nogle afgørende faktorer for den gode kvalitetsudvikling og ledelse på de forskellige afdelinger.

2. Teori

2.1. Studiets teoretiske fundament

Den teoretiske tilgang til projektet inddeles i fire afsnit. Det første omhandler Erving Goffman´s dramaturgiske spil, det andet omhandler de fagprofessionelle professioner i sundhedsvæsnet, i det tredje afsnit inddrages forskellige opfattelser indenfor NPM, deres påvirkninger af sygehusområdet og de udfordringer det medfører for de professionelle. Hvilke erfaringer har man gjort sig, og hvilken betydning har det for de professionelle, når man fra politisk side har ønsket at implementere NPM? Og i det fjerde afsnit præsenteres en teoretisk beskrivelse af begrebet kvalitet og nogle forskellige tilgange til dette i samfundsvidenskaberne.

Baggrunden for mit valg af Goffman´s dramaturgiske perspektiv er, at jeg genkender mange af de scener, som han beskriver, og jeg mener, de giver et meget tydeligt billede af, hvad det er, der sker i sundhedsvæsnet, både i et historisk perspektiv og i nutiden. Sundhedsvæsnet er et system, som har sit eget paradigmefelt, et fagbureaukrati, som er præget af en stor gruppe af meget professionelle mennesker med en mellemlang professions- eller lang akademisk uddannelse. Goffman har i sin forskerperiode opnået stor erfaring gennem undersøgelser foretaget i sundhedsvæsnet, hvilket har inspireret mig til at anvende hans teori i dette studie.

I de senere år har jeg adskillige gange oplevet, at selvom Goffman´s undersøgelser ligger mange år tilbage i tiden, bliver hans teori fortsat anvendt indenfor undervisning, bl.a. indenfor det sundhedsfaglige område, som havde hans særlige interesse. En af vores kendte organisationsteoretikere Edgar Schein har ved en kongres i Chicargo i 2009 ligeledes fremhævet Goffman, som en af de fremmeste kulturteoretikere i vores tid.

Goffman´s undersøgelser omhandler observationer og analyser af forskellige menneskers forhold i relation til de sociale strukturer, som de var omgivet af, og denne interesse inspirerede ham til på et tidspunkt i sit aktive liv, at tilbringe en længere periode og arbejde som forsker i sundhedsvæsnet. Denne periode blev til en række feltobservationer på et psykiatrisk hospital i 1955 - 56 i Washington i USA. Igennem et år observerede han patienters og institutionens daglige rutiner og forskellige procedurer. I sine resultater fra denne periode giver han en omfattende beskrivelse af de

forskellige patienters og personalets adfærd og handlinger. Resultaterne af denne undersøgelse blev udgivet i 1976[2].

I Goffman´s beskrivelse af teatermetaforen er hans fokus rettet på de sociale relationer blandt mennesker, deres rollespil og de stadigt skiftende scener, som udspiller sig. I et felt som sundhedsvæsenet befinder der sig særligt mange aktører i form af de forskellige fagprofessioner. Der spilles et spil, som skal køre. Der er mange "bolde" i luften, og efterfølgende skal alle trådene samles igen. Mange forskellige mennesker "optræder" indenfor deres eget felt, præsterer det bedste de kan, har en bestemt rolle og kommunikerer ud til de mennesker, som ser på spillet. Spillet kan foregå enten indenfor en bestemt faggruppe eller i tværfaglighed. Det kan foregå indenfor en afdeling, det kan være for hospitalets andre ansatte, og det kan være for mennesker udenfor hospitalets mure, patienter, pårørende og/eller de politiske interessenter.

2.2. Erving Goffman

Målet med dette afsnit er at introducere Goffman`s teori om det dramaturgiske perspektiv, teatermetaforen. Erving Goffman (1922-1982) var canadisk sociolog og socialantropolog. Han interesserede sig specielt for at afdække den sociale verdens hverdagsagtige beskaffenhed, de helt elementære former for socialitet, hvor han kombinerede sin metode og teori til en særlig form for sociologisk praksis. Goffman var på denne måde en sociolog for hvem det, der virkede uvidenskabeligt for andre, netop i sagens natur krævede videnskabelig opmærksomhed. Han var ikke nogen fremtrædende metodiker eller en traditionel teoretiker, men han evnede at kombinere metode og teori til en særegen form for sociologisk praksis, som man ikke tidligere havde set. Goffman indplacerede sin teori mellem universalisme og situationisme, hvilket var anderledes, end hvad der i øvrigt var almindeligt for sociologisk metodik på det tidspunkt. Hans resultater fremstod derfor på deres eget faglige ståsted. Han var efter sigende ikke let at omgås, hvilket, sammen med hans modvilje mod universitetskarrierens administrative opgaver og forpligtelser, formentlig har bidraget til den udbredte opfattelse af Goffman, som en sociologisk særling, som introvert og selvhøjtidelig forsker, der blot havde interesse for sit eget snævre studieområde uden skelen til andre forskere. Han beskrives af nogle sociologer som et sociologisk unikum, der er vanskelig at

[2] Goffman, Erving (1967): Anstalt og menneske.

kategorisere i forhold til et bestemt paradigme, og som en sublim fortolker af menneskers møder og de relationer, der opstår imellem dem. Adskillige samfundsvidenskabelige kolleger forsøgte imidlertid at få ham ind i deres paradigmefelt, hvilket ikke lykkedes. Hans hovedpointe var, at mennesker mødes og skabes i samvær med andre mennesker. Derfor er det væsentligt indenfor sociologien, at det sociale dels er noget overindividuelt, dels er noget som mennesker gennem verbale og nonverbale symbolske kommunikationer udspiller med hinanden. Når vi spiller sammen, afkoder vi de symboler, der kommunikeres gennem det sociale samspil, som er baseret på den mening, vi tillægger det, eller som vi forhandler os frem til (E. Hviid Jacobsen & Kristensen 2002, s. 11 + 47).

2.2.1. Indledning

I sin bog"The Presentation of self in everyday life" (1959) anvender Goffman dramaturgien til at belyse det menneskelige samspil. Han anvender tre metaforer som analytisk model til beskrivelse af det sociale samspil blandt mennesker:

- Teatermetaforen som repræsenterer forestillingen
- Ritualmetaforen som repræsenterer de forskellige situationer
- Spillemetaforen der omhandler det strategiske spil

Han fremhæver, at hverdagslivet i høj grad er et ritualiseret og rutinepræget samvær bestående af rytmer og i nogen grad af en regelbunden adfærd. Goffman interesserer sig netop for hverdagens flygtige møder, som kan identificere det elementære livs sociale former. Det vil sige at den rolle, som personen træder ind i, og de sociale responsive samhandlinger der opstår, når en person står ansigt til ansigt med et andet menneske. Selve rollebegrebet er et klassisk sociologisk begreb, som kan refereres helt tilbage til Parsons, som har beskrevet dette i år 1955 i sin bog: *Family, Socialization and Interaction Process kap.5*. Goffman har imidlertid flere variationer og nuancer af dette, og opdeler begrebet i fire dele:

1. *Rolleforpligtelse* som henviser til den rolle, som aktøren spiller, fordi denne er tildelt en bestemt funktion.

2. *Rolletilknytning* som henviser til den rolle, som personen ønsker at spille.

3. *Rolleomfavnelse* som er den rolle, som man frivilligt påtager sig, synes om og derfor gerne vil spille.

4. *Rolledistancering* som er den rolle aktøren spiller, fordi andre forventer det, men som aktøren selv holder en distance til.

Almindeligvis er der tre forskellige funktioner, som hænger sammen med rollebegrebet. Det drejer sig om rollen som optrædende, som tilskuer og som den udenforstående (Hviid Jacobsen & Kristensen 2002, s. 114).

Goffman har i sin bog "Role Distance" (1972, s. 76 – 77) skrevet om roller, at:

"The role perspektive has definite implications of a social-psychological kind. In entering the position, the incumbent finds that he must take on the whole array of action encompasses by the corresponding role, so role implies a social determinism and a doctrine about socialization. We do not take on items of conduct one at a time but rather a whole harness load of them and may anticipatorily learn to be a horse even while being pulled like a wagon. Role, then, is the basic unit of socialization. It is through roles that tasks in society are allocated and arrangement made to enforce their performance".

Goffman´s rollebegreb kan anvendes, når han beskriver sit dramaturgiske spil i form af principper for det menneskelige samspil, hvilket han beskriver som en teaterforestilling. Han ser på verden og det liv, som udspiller sig, præcis som er verden en scene, hvor der bliver opført et skuespil for et publikum. Han anvender begreberne fra dramaturgien som et heuristisk redskab til at forstå folks handlinger, til at se på dagligdagens ritualer. Nogle af de principper og begreber, som indgår i dette skuespil, f.eks. rekvisitter, replikker og roller, anvender han som sit teoretiske værktøj til at analysere det sociale samspil (Goffman, E. 1959, s. 78).

Goffman indleder sin bog med at slå fast, at en persons evne til at udtrykke sig og til at gøre indtryk på andre mennesker, bygger på to diametralt forskellige former for tegn. Det første tegn er evnen til at udtrykke sig med verbale eller tilsvarende symboler, som personen benytter til formidling af oplysninger. Dette er, hvad man i snæver og traditionel forstand forstår ved kommunikation. Det

andet tegn, som han nævner, er personens evne til at gøre indtryk på andre. Det omfatter en lang række handlinger, som andre mennesker kan opfatte som karakteristiske tegn for den agerende, idet man antager, at handlingen bliver udført, uden at det direkte er bevidst (Hviid Jacobsen & Kristensen 2002, s. 92).

En af Goffman`s hovedpointer er, at alle mennesker på et tidspunkt i livet kommer ud for en social sammenhæng, hvor vedkommende vil have et ønske om at gøre indtryk på andre. Der kan være mange forskellige grunde til at gøre opmærksom på sin tilstedeværelse. Det kan være et ønske om at skabe sociale relationer blandt de tilstedeværende. Modsat kan det også være ønsket om at skabe en forvirring, måske ved at fortælle noget, som er ukorrekt og fejlagtigt. Grundlæggende er det sådan, at betragter man kommunikation på den måde, vil man i de fleste tilfælde kunne se, at når en person befinder sig i andre menneskers nærvær, vil det han foretager sig få karakter af en påvirkning (Goffman, 1959, s. 14).

2.2.2. Dramaturgiske elementer

I sin præsentation af dramaturgien, beskriver Goffman seks forskellige elementer, som han har oplevet som særligt vigtige pointer, og derfor har brugt i beskrivelsen af det sociale samspil, der opstår imellem mennesker. I dette kapitel vil de seks problemstillinger blive gennemgået og uddybet, da de i forbindelse med væsentlige dele af projektets empiriske data, vil blive anvendt som analytisk værktøj. Den følgende præsentation af elementerne vil derfor vise beskrivelsen af de seks elementer og den forbindelse, som eksisterer imellem dem. I præsentationen af Goffmans teori, har jeg valgt at citere ham på originalt sproget. Jeg har i min læsning af både hans egne bøger og forskellige oversættelser af hans værker set forskellige udlægninger af hans tekster. Det har for mig givet lidt forskellige forståelser af, hvad det er, som han skriver og hvad andre mener. Derfor vil originalteksten blive efterfulgt af min egen forståelse af teksten.

2.2.2.1. Optræden - (Performances)

Når Goffman anvender ordene optræden eller forestilling siger han:

”I have been using the term ”performance” to refer to all the activity of an individual which occurs during a period marked by his continuous presence before a particular set of observers and which has some influence on the observers (Goffman,E. 1959, s. 32).

Den måde en person vælger at fremstå på ved en præsentation, kan have stor betydning for det budskab, som han ønsker at videreformidle til sine omgivelser. Det fungerer, som når en aktør ”optræder” for et publikum. Aktøren påtager sig en bestemt rolle, hvortil der både er nogle forventninger og forpligtelser. Man er den, man foregiver, og spillet, som præsenteres på scenen, er det virkelige sande spil.

I følge Goffman er det underforstået, at når en aktør spiller en rolle for et publikum, skal det også have oplevelsen af, at det, som de ser og hører, også stemmer overens med det, den optrædende selv mener, er budskabet. En optræden finder sted når aktøren kontinuerligt er til stede foran en gruppe af tilskuere, som ser på, og det er her, den optrædende skal formidle sit budskab. I præsentationen er det derfor betydningsfuldt, at aktøren overfor publikum er interesseret i at formidle sit budskab på en bestemt måde, helt afhængigt af den aktuelle situation. Således vil visse aspekter blive fremhævet, og andre aspekter bliver nedtonet. Det som ikke bliver præsenteret på scenen, vil imidlertid komme til udtryk i andre sammenhænge, nemlig i kulissen. Dér vil aktøren ikke behøve at agere, og hans selvbillede vil fortsat kunne blive opretholdes. Her kan han lade masken falde, og træde ud af sin rolle. Man må imidlertid ikke underkende, at der i kulissen ligeledes kan udspille sig et spil. Selvom masken bliver fjernet, opfører folk fortsat et spil overfor hinanden.

Goffman påpeger, at selvom det præsenterede skal opleves som det rigtige budskab, kan der være to forskellige situationer, som gør sig gældende ved en optræden, og som kan gå til hver sin yderlighed. I den første situation går aktøren så højt op i sin rolle, at publikum ikke betvivler det budskab, som kommer ud. Den optrædende spiller så godt og overbevisende, at det af publikum opleves som et sandt budskab. I den anden situation er det helt modsat. Her er og fremstår den optrædende uinteresseret, ligeglad og kan måske nærmest virke hoven overfor publikum. I den

situation kan den optrædende nærmest ”lege” med det budskab, som bliver præsenteret, og personligt føle en slags glæde over sin egen maskerade. (Goffman, E. 1992, s. 28).

Et andet betydningsfuldt område er ”status”. Det kan have en social betydning, hvis den, som optræder, har en vis social status. Det kan være i form af alder, uddannelse, stilling og/eller de status symboler, som denne omgiver sig med. Jo højere social status, jo større chance er der for at den optrædende udstråler en vis myndighed.

Publikum accepterer generelt den optrædendes præsentation. Derfor er det vigtigt at den, som ”spiller” et spil overfor publikum, ikke falder ud af rollen. Hvis dette sker, kan der nemt opstå en skepsis mod det budskab, som præsenteres. Er skaden sket, kan det være vanskeligt at genoprette en tillid imellem den optrædende og publikum.

2.2.2.2. Teams

Det næste dramaturgiske element omhandler team dannelse.
Ved et team forstås en gruppe personer, som skal samarbejde om et fælles projekt. Der kan være behov for personer med forskellig faglig baggrund, for at løse en opgave bedst mulig. Eller det kan være, at der i en afdeling med personale med stor faglig spredning, vil ske en øget bevidsthed om vigtigheden af og forståelsen for hinandens arbejdsområder. Man arbejder mod fælles mål og holdninger. En sådan gruppes sammensætning nødvendiggør, at alle de involverede personer, ud fra deres eget faglige ståsted, samarbejder for at løse den stillede opgave tilfredsstillende. De enkelte team medlemmer vil komme til at stå i et specielt forhold til hinanden. Det er særdeles vigtigt, at der i teamet vises en gensidig respekt, samt at alle medlemmerne yder et bidrag til at løse den ”bestilte” opgave. For at teamet kan blive velfungerende, er det vigtigt, at der er gensidig loyalitet og en bevidsthed om, at man arbejder med fælles holdninger mod et fælles mål. På den måde vil der være usynlige bånd af gensidig afhængighed, som binder gruppen sammen.

Medlemmerne i et team kan være meget forskellige. Det kan være fordi, en gruppes medlemmer har forskellig social status, eller er forskelligt placeret i arbejdspladsens hierarki. Fagligt kan de ligeledes have forskellige uddannelser og stillinger, men samlet vil gruppen kunne sidde inde med

en særdeles stor faglig ekspertise, som netop gerne skulle udmøntes i noget positivt til den opgave, gruppen er blevet bedt om at udføre. Oftest vil det derfor være sådan, at en gruppe, som har fået defineret en opgave, arbejder sammen om at nå det fælles mål, til opgaven er løst og efterfølgende præsenteret.

At skulle arbejde i et team kan imidlertid være forbundet med vanskeligheder. Hvis et medlem af teamet udviser en upassende adfærd, er uinteresseret eller forsøger at nedvurdere teamets arbejde, vil dette kunne skabe en meget ubehagelig stemning. Det kan også skabe vanskeligheder, hvis gruppen skal præsentere sit projekt for publikum. Det kan være, at præsentationen netop skal vise noget bestemt, men når gruppen er færdig med sin optræden og efterfølgende befinder sig i kulissen, kan det billede, som blev vist for publikum måske ikke rigtig opretholdes og billedet krakelerer.

Almindeligvis vil de forskellige medlemmer af en gruppe, så længe de optræder sammen, forsøge at fastholde det fælles budskab, som de skal præsentere. En arbejdsgruppe vil være bundet af en ”beslægtethed” imellem medlemmerne, en slags fortrolighed, som opnås når gruppen har fungeret sammen i gennem et stykke tid. Deres samarbejde kan blive mere formelt fasttømret, netop fordi der er noget, som de er fælles om.

Imidlertid kan et teammedlem blive uenigt med de øvrige medlemmer, og det kan for teamet som helhed komme til at betyde, at det vil opleve vanskeligheder. Måske vil den person, som ikke er enig med de øvrige gruppemedlemmer, røbe den viden, som gruppen er kommet frem til, samt undsige sig de aftaler, som man på forhånd har truffet. Selvom denne situation kan være særdeles anstrengende for de øvrige gruppe medlemmer, vil den pågældende person i første omgang fortsat være en del af gruppen, indtil der er truffet beslutning om vedkommendes deltagelse.

Uenigheder i en gruppe kan skabe store problemer og kan være vanskelige at løse. Goffman henviser til en historie, som netop illustrerer uenigheder i en gruppe, hvor teammedlemmerne ikke kunne komme overens med en kollega: En fabriksarbejder, som arbejdede på akkord på en fabrik, sprang rammerne for den mængde arbejde, som de øvrige kollegaer var enige om, var det maksimale de måtte nå, og som derfor skulle give ledelsen et signal om, at den mængde arbejde var lig med en dags hårdt arbejde. Arbejdskollegerne kunne trods flere forsøg ikke stille noget op imod

ham, som arbejdede mere end det aftalte. Konsekvensen af hans overproduktion medførte derfor, at de øvrige kollegaer undgik at have noget med ham at gøre, og fik ham på den måde isoleret fra det øvrige fællesskab på arbejdspladsen.

En arbejdsgruppe kan være sammensat af et lille antal personer, som alle har deltaget i en eller anden uformel sammenkomst. Denne sammenkomst kan resultere i, at gruppen påtager sig at få udført en opgave, som de samarbejder om. I visse tilfælde, vil en gruppe ønske at arbejde stille med den aktuelle opgave, uden at oplyse andre om, hvad de er i gang med. Først bagefter, når de kan præsentere et resultat, vil de fortælle andre om, hvad de har lavet. Det kunne tænkes, at der havde været andre, som gerne ville have deltaget i arbejdet, men at gruppen ikke ønskede at få flere med, og derfor undlod at tale med andre om det. I visse sammenhænge kan dette skabe en vis misstemning, når det færdige arbejde præsenteres.

Et mindre antal personer, som privat kommer sammen, kan udgøre en uformel undergruppe i en større gruppe, hvor alle er nødt til at arbejde sammen om en eller flere opgaver. Det kan være at medlemmerne af kliken holder sammen, fordi de har samme status. Alligevel er det vigtigt for gruppen ikke at lade alle med samme status slippe ind og være med. Sådanne grupper kan ses blandt de forskellige faggrupper, hvor man holder sammen, fordi man har samme uddannelse og samme arbejde. Man vil ofte have mange fælles interesser og fælles mål med sit arbejde, men alligevel kan det godt være, at man ikke føler, at man arbejder lige godt med alle indenfor sin egen faggruppe, og derfor ikke har lyst til at lade alle deltage[3].

2.2.2.3. Områder og regionale holdninger - (Regions and Region Behaviour)

Goffman beskriver sit tredje element på følgende måde:

"A region may be defined as any place that is bounded to some degree by barriers to perception. Regions vary, of course, in the degree to which they are bounded and according to the media of communication in which the barriers to perception occur". (Goffman, E. 1959, s. 109).

[3] Goffman, Erving (1959): The Presentation of self in everyday life, s.83 – 109 - Teams.

Han udtrykker her, at afgrænsningen af et område kan variere, idet det for eksempel kan være et lukket rum, hvor man hverken kan ses eller høres, dels måske et rum med glasvægge, hvor lyden ikke kan trænge igennem. Uanset hvilke fysiske rammer, der vil være til stede, vil fokus rettes på den eller de personer, som præsenterer noget for tilskuerne.

Disse set up styres af forskellige principper i forhold til adfærd og optræden. Goffman skelner mellem det han kalder *front stage*, scenen, og det område som er *back stage* også kaldet kulissen.

Masken er det udtryksmiddel, aktøren anvender i forbindelse med en optræden. Præsentationen kan blive tillagt en dramatisering, som understreger vigtigheden af budskabet. Her kan der anvendes forskellige dramaturgiske redskaber for at sikre, at omgivelserne forstår det aktuelle budskab. Goffman gør opmærksom på, at det ikke kun drejer sig om den enkelte persons præsentation, men også om den funktion, som den optrædende har i forhold til helheden. Herved kræver en optræden et samarbejde om en præsentation mellem de mennesker, som er involveret på scenen. Selvom en præsentation kan se ud til at være en individuel optræden, vil der altid bagved ligge en grad socialt spil.

Scenen er det sted, hvor aktøren præsenterer sit spil for publikum. Formålet er at give publikum en oplevelse. I forbindelse med denne optræden, kan publikum få en fornemmelse af, at de forskellige aktiviteter er omfattet af normer. Det handler om at have respekt for andre mennesker, og ikke at blande sig i andres anliggende. Desuden kan det dreje sig om arbejdsmæssige forhold som f.eks. et bestemt arbejdstempo eller nogle bestemte opgaver, som skal udføres. Disse normer vil have stort set samme virkning på den person, som skal opfylde dem, og på den måde vedkommende lader publikum forstå, hvorfor disse normer nødvendigvis skal overholdes.

2.2.2.4. Divergerende roller - (Discrepant Roles)

Før et team forelægger et projekt for et publikum, er det vigtigt, at gruppen er enige om formålet med informationen, og hvad det er for et budskab, det ønsker at bringe. Der kan være informationer, der på forhånd vurderes til at skulle overdrives en lille smule. Visse andre informationer bør måske nedtones lidt. Under alle omstændigheder er det vigtigt, at gruppen i forbindelse med deres

optræden er i stand til at kunne holde en facade og fremstå troværdige. De må ikke give et billede af, at der er noget, som virker usandsynligt, da informationerne derved kan give en negativ påvirkning af omgivelserne. For nogle af aktørerne kan det imidlertid være et stort problem at have fuld viden om samtlige informationer, og så ved præsentationen holde nogen af dem hemmeligt. Dette er imidlertid en situation, som godt kan blive aktuel i en gruppe, som arbejder sammen om et projekt.

2.2.2.5. Kommunikation uden for rollen - (Communication out of Character)

Når to grupper præsenterer noget for hinanden med det formål, at de gerne vil indgå i et samarbejde, vil de forskellige personer indtage roller, hvor de repræsenterer det, som de hver især ønsker at udgive sig for at være. Det vil sige, de forsøger at fastholde de roller, som de hver for sig har fået tildelt. Det ofte mere tætte sammenhold, som gruppen kan opleve i kulissen, holdes helt adskilt fra præsentationen på selve scenen. Det gør man, for at der ikke skal opstå problemer for dels de informationer, som gruppen fremlægger, og for gruppens sammenhold som helhed. Det vil sige, at man forsøger at opretholde en balance imellem det formelle og det uformelle, som forekommer i de enkelte gruppers interaktion med hinanden.

Der kan imidlertid godt være situationer, hvor der opstår problemer i en gruppe, f.eks. hvis der i en anden ”parallel” gruppe befinder sig fagkolleger, som trods mange fælles holdninger inden for det faglige område ikke er enige, eller grupperne når til forskellige resultater. I denne situation er det vigtigt, at den enkelte aktør optræder loyalt indenfor egen gruppe, da alle skal repræsentere gruppens mening som helhed. I en arbejdsgruppe er det vigtigt, at man arbejder sammen, hjælper hinanden og at alle er indstillet på, at undgå problemer.

I forbindelse med en optræden, kan der imidlertid opstå en krise, hvis et af gruppens medlemmer pludselig fremlægger med noget, som ikke på forhånd er aftalt. Et af gruppens medlemmer kan måske komme til at bruge forkert kropssprog eller få sagt noget forkert, og vedkommende bliver med det samme klar over det hændte og taber fatningen. Denne episode kan medføre, at der opstår en distance til de øvrige gruppemedlemmer. Situationen kan blive særdeles pinlig, ikke kun for den som har været uheldig, men også for de øvrige medlemmer i gruppen. Oftest vil de øvrige

medlemmer forsøge at udglatte skaden, således at skaden i forhold til de øvrige grupper eller publikum mindskes. Måske forsøger den person, som lavede fejlen efterfølgende at gemme sig, for ikke igen at komme i søgelyset.

Når man studerer en social organisation, vil man næsten altid opleve situationer, som er selvmodsigende. Personen, som optræder, kan optræde, som om det er spontant, umiddelbart og uoverlagt, men der kan altid opstå situationer, hvor enkelte af publikum bliver bevidste om, at det kun er et rent spil. Der kan jævnligt forekomme situationer, hvor aktøren optræder i modstrid med sin rolle og sin overbevisning.

Goffman beskriver forskellige typer for en aktørs kommunikation:

1. *"Treatment of the absent" - Behandling af ikke tilstedeværende.* I en gruppe som befinder sig i kulissen, væk fra publikums bevågenhed, kan der forekomme kritik af publikums svage sider. Man kan f.eks. gentage et bestemt tonefald, en talemåde eller en gangart. Ros kan selvfølgelig også forekomme, selv om det er meget mere sjældent. Inden for gruppen udvises der normalt høflighed og respekt over for hinanden.

2. *"Staging talk" - Diskussion af sceneindretningen.* Når en gruppe er sammen og uden for publikums rækkevidde, vil samtalen ofte omhandle de praktiske ting, som er aktuelle i forbindelse med en optræden. Det kan bl.a. være kulissen, hvilket kan være stedet, rummet eller stuen. Det kan være rekvisitterne som f.eks. alt det tekniske udstyr og dermed selve indretningen af "scenen". Det kan også være selve skuespillets dramatisering og præsentationen, som skal finde sted på selve arbejdspladsen. Og sidst, men ikke mindst aktørerne, som er de, som skal optræde. Det kan diskuteres, hvilket publikum det er, man skal optræde for. Spørgsmålet om erfaringer fra tidligere optræden kan melde sig.

3. *"Team collusion" - Hemmelig forståelse.* I forbindelse med at en aktør optræder for et publikum, forventes det at aktøren formidler sit budskab på den aftalte måde. Alt unødig støj anses som særdeles upassende, medens aktøren er i gang. Selvom det forventes, at aktøren er ét med sit budskab, kan det ske, at formidlingen ikke er i overensstemmelse med selve budskabet i rollen, og at der derved opstår en forkert definition af selve situationen. De blandt publikum, som opfatter dette, vil få noget sammen, som ikke alle får del i. Aktørerne

indrømmer overfor nogen af publikum, at det hele bare er et spil, mens de ellers holder det hemmeligt overfor resten af publikum. En sådan hemmelig forståelse behøver ikke at udgøre en egentlig trussel mod de illusioner, som opretholdes overfor publikum.

4. *"Realigning actions" - Ensretning.* Når mennesker bliver sat sammen i en gruppe, vil parterne normalt holde sig til den rolle, som de er blevet tildelt, og alle vil samarbejde og forsøge at bevare en form for høflighed og en distance overfor medlemmerne af gruppen. Det er ikke det samme, som at man nødvendigvis behandler "publikum" på samme måde som de gruppemedlemmer, man er sat sammen med, men at man gør det, som falder mest naturligt.

   Når to grupper har fundet frem til en måde, på hvilken der kan ske en interaktion imellem dem, vil man grupperne imellem, finde en mellempropotional mellem de samspilsregler der gælder for hver af grupperne. I de fleste tilfælde, vil det være mest sandsynligt, at hver gruppe vil forsøge, at stille sig selv i det mest gunstige lys overfor hinanden, f.eks. i form af en særlig høflighed og/eller rosen af hinandens gøremål.

Ifølge Goffman vil disse fire typer af kommunikation alle henlede opmærksomheden på, at en gruppes optræden ikke er en spontan, umiddelbar reaktion. Den kan trække sig tilbage, og tænke på at gennemføre andre slags skuespil, som vil underbygge andre realiteter. Uanset om gruppen som helhed oplever, at deres officielle optræden er den rigtige, kan den bag facaden godt tilkendegive, at en del af dens præsentationer måske kun er en del af virkeligheden, og at de forskellige præsentationer måske alligevel strider imod hinanden[4] .

2.2.2.6. Indtryksstyring - (The Arts of Impression Management)

Når en gruppe aktører skal præsentere noget bestemt for et publikum, kan man skelne imellem tre forskellige typer af roller, på baggrund af de tildelte opgaver. Først er der aktørerne, som optræder for publikum, dernæst de som udgør publikum, og sidst de som er udenfor og derfor ikke kender til de informationer, som præsenteres. De forskellige roller fordeles ud fra de forskellige

[4] Goffman, Erving (1959): The Presentation of self in everyday life, s.166 – 202 - Communication out of Character.

informationer, som skal formidles. Publikum er bekendt med, at de skal modtage en information. Muligvis har de en ide om, hvad emnet kan dreje sig om. Modsat kan der være nogle af de tilstedeværende, som er helt uvidende om, hvad de vil blive informeret om. Aktørerne findes både på scenen og i kulissen, modsat publikum som kun befinder sig foran scenen, og de udenforstående har ikke adgang nogle af stederne.

Oftest vil det betyde, at en person, som har en bestemt rolle, hvor vedkommende skal præsentere et eller andet for andre, i virkeligheden må spille en anden rolle end det, der er personens eget personlige jeg. Dette er ikke uvæsentligt, fordi præsentationen kan vise et bestemt billede, som måske ikke er det reelle og hensigtsmæssige.

Når gruppen skal præsenterer et emne for et publikum, kan der indtræffe forskellige former for utilsigtede hændelser, hvilket er noget, man ikke kan forhindre. Derfor kan det være vigtigt, at en gruppe på forhånd, har gjort sig overvejelser om, hvad de evt. kan gøre, såfremt det ikke lykkes for dem, at få gennemført deres planlagte program. Der kan også være en situation, hvor det for en af aktørerne mislykkes at opretholde sin ”facade”, og han derfor selv bliver usikker på sin egen funktion. Den person, som bliver gjort ansvarlig for den utilsigtede hændelse, vil først og fremmest så tvivl om sig selv og sin egen optræden. Der sås dog også tvivl omkring hele den information, som skulle tilføres publikum.

Goffman anvender begrebet ”ubelejlig forstyrrelse”. Ved det begreb forstås en kortvarig afbrydelse af forstyrrende karakter. Dette kan være f.eks. en uvedkommende person, som får forvildet sig ind på scenen under aktørens optræden. Det kan også være en uvedkommende i kulissen, som hører eller ser noget, som er taget ud af sammenhængen og giver et forkert billede af det, som aktøren skal fremføre for publikum. En aktør kan have en ”fortid”, som man ikke ønsker, at publikum skal have kendskab til, i det der kunne skabes tvivl om det budskab, der ønskes formidlet. Visse ting vil man i givne situationer helst holde hemmelige, idet der nødigt skulle skabes tvivl om aktørernes troværdighed. Selv om der som helhed har været udført et godt arbejde, vil en uheldig præsentation blive opfattet som en ”brøler” eller ”bommert” og dermed påvirke hele gruppens resultat i negativ retning.

Uhensigtsmæssige handlinger kan være kilder til forlegenhed eller disharmoni, hvilket ikke nødvendigvis er noget, som den pågældende person har ønsket at være årsag til. Der kan imidlertid være situationer, hvor et medlem af en gruppe i sin optræden afviger i en sådan grad, at der skabes disharmoni i gruppen. En af virkningerne kan være, at publikum får indtryk af denne disharmoni i kulissen. I værste fald kan det medføre, at gruppen splittes, der sker en omfordeling af gruppens medlemmer, og den deles i to.

Misforståelser imellem personer kan medføre, at interaktion imellem dem bliver så højrøstet, at omgivelserne ikke kan undgå at bemærke det. Situationen kan blive så anspændt, at de omkring stående bliver nødt til at blande sig, og måske kommenterer sagen. Hvis man skal forebygge sådanne pinlige episoder, er det væsentligt, at både de, som indgår i gruppen, og de som er tilhørere, er i stand til at kunne omgås og tackle sådanne situationer.

Goffman taler her om tre forhold som skal være opfyldt:

1. *Dramaturgisk loyalitet*. Herved forstås de moralske forpligtelser man har over for hinanden, når man arbejder sammen i en gruppe. Gruppens interne arbejde er ikke nødvendigvis offentligt og må ikke røbes. Gruppens medlemmer må ikke udnytte gruppearbejdet til egen fordel, ligesom man heller ikke må bringe de øvrige medlemmer i forlegenhed. Alle i gruppen må ligeligt bidrage med en arbejdsindsats overfor den tildelte opgave. Der kan opbygges en ekstra stærk loyalitet i en gruppe, som oplever modstand blandt det publikum, gruppen skal optræde for.

2. *Dramaturgisk disciplin*. Herved forstås at aktører formår at handle kvalificeret og overbevisende såfremt der opstår en utilsigtet hændelse. Ved sådan at kunne ”redde” situationen, måske med en spøg eller en hurtig bemærkning, kan den reduceres til noget, som dårlig nok bemærkes. Det væsentligste er at have styr på såvel ansigtsudtryk som stemme.

3. *Dramaturgisk omtanke.* Herved forstås fornemmelsen for, hvem der egner sig til at deltage i hvilke grupper, samt den enkelte gruppes fornemmelse for at ”vælge” det korrekte publikum, således at der skabes færrest mulige problemer internt i gruppen eller i forhold

til publikum. Hvis en optræden skal have gennemslagskraft, er det vigtigt, at hvert af gruppens medlemmer udviser påpasselighed og er oprigtige i deres optræden, da risikoen for fiasko ellers er stor.

Folk vil almindeligvis holde sig væk fra steder, hvor de ikke på forhånd er blevet inviteret til at deltage. Det samme gælder, hvis en udenforstående fejlagtigt kommer et sted, og vedkommende bliver klar over det. Vedkommende vil måske forsøge at gøre sig bemærket, enten ved at hoste, banke på eller skrabe med foden, alt sammen i et forsøg på at undgå, at skabe en pinlig situation og at afbryde nogen på et ubelejligt tidspunkt. I stedet kan vedkommende lade som om, han ikke ser eller hører noget, men taktfuldt lade som om han er interesseret i noget andet.

Når publikum deltager ved en forestilling, er der ligeledes et behov for at vise taktfuldhed. Man udviser tilstrækkelig stor opmærksomhed og interesse for det, der præsenteres, samtidig med at man undlader at skabe uro, dårlig stemning eller få sagt noget upassende. Goffman kommer med et eksempel i sin bog, som giver en beskrivelse af, hvad taktfuldhed er:

"At another time, the staff, without consulting the patients, decided to give them a Valentime party. Many of the patients did not wish to go, but did so anyway, as they felt that they should not hurt the feelings of the student nurses who had organized the party. The games introduced by the nurses were on a very childish level; many of the patients felt silly playing them and were glad when the party was over and they could go back to activities of their own choosing"(Goffman, E. 1959, s. 224).

I forbindelse med gennemførelsen af et skuespil, vil publikum for det meste yde et betydningsfuldt bidrag, i form af at være diplomatiske og udvise respekt for aktørerne. Dette vil, i mange situationer kræve en vis disciplin og omtanke. Når en aktør begår en fejl, og bliver afsløret af publikum, kan de udvise så meget hensyn, at de enten lader som ingenting eller tager imod den undskyldning, som den optrædende giver. Det samme kan være tilfældet ved en pludselig kritisk situation, hvor publikum på en eller anden måde taktfuldt hjælper aktøren videre. I sundhedsvæsnet gælder det samme i forbindelse med inspektion f.eks. ved en kvalitetskontrol. Folk vil opføre sig eksemplarisk, og vise det bedste de kan, så længe de "fremmede" er til stede. Det samme gælder, hvis aktøren er nyuddannet og at alle er klar over det, netop fordi den pågældende person har en begrænset viden

og erfaring. I det sidste tilfælde, vil publikum identificere sig med ”den grønne” og derfor viser større hensynsfuldhed[5].

2.2.3. Diskussion af Goffman

I 1953 indleverede Goffman sin Ph.d. afhandling, hvor han havde udviklet et teoretisk og begrebsligt fundament, som efterfølgende dannede baggrund for hans sociologiske teori. Det primære i denne afhandling var hans observationer fra daglig praksis, som han kaldte *”ansigt til ansigt samspillet”*. Hans specielle interesse var, at analysere de forskellige sociale praksis, som danner baggrund for et generelt socialt samspil i samfundet som helhed. På baggrund af denne afhandling, fortsatte han udviklingen af sine teorier, og var i særdeleshed optaget af, at udvikle sit primære begrebsapparat og sin store interesse for det dramaturgiske perspektiv. Dette arbejde dannede nogle år senere, baggrund for udgivelsen af hans bog ”The Presentation of self in everyday life” (Hviid Jacobsen & Kristensen 2002, s. 24)

Til forskel fra adskillige andre sociologer, som interesser sig for det, som sker i et familieliv, arbejdsliv og fritiden blandt mennesker, interesserer Goffman sig i stedet for at se på de forskellige situationer, som foregår på en almindelig hverdag mellem mennesker. Disse episoder opstår, når man i hinandens selskab overvåger og gensidigt påvirker hinanden. Goffman kalder sådanne situationer for en *unio mystico* eller en *social trance* (Goffman, E. 1967, s. 113).

Adskillige kendte sociologiske Goffman-fortolkere har forholdt sig til hans teoribeskrivelser. En af dem er Marianne Hopper, som i 1981 skrev en artikel ”Five Key Concepts of the Dramaturgical Perspektive” hvor hun ligesom Goffman anvendte dramaturgien til at belyse hverdagslivet. I denne artikel beskriver hun fem grundlæggende hovedantagelser, som hun mener, er nogle af de væsentligste pointer, som indgår i et menneskes hverdagsliv. Hun peger ligesom Goffman på de samme væsentlige pointer i det sociale samspil.

Disse fem pointer er:

[5] Goffman, Erving (1959): The Presentation of self in everyday life, s. 203 – 225. – The Arts of Impression Management.

1. ***"The Concept of Meaning" - Meningsbegrebet:*** Hvilket for den pågældende person betyder, at en handling, som udføres, er meningsfyldt. Folk danner deres egen mening. Meningen er genstand for en konstant udvikling, og er bundet til ens optræden og en kontinuerlig interaktion med andre mennesker.

   Goffman argumenterer her for, at hvad en person gør, har meget lidt mening, før individet faktisk gør brug af tidligere udførte handlinger.

2. ***"The Key Concept of Selv" – Selvet:*** Som vi alle er i besiddelse af, og som præsenteres, gennem de sociale handlinger vi foretager os, er individuelt fra person til person. Hvad man gør, beviser hvem man er, og ikke omvendt. Individualitet er et delt interaktivt fænomen.

   Goffman argumenterer her for, at selvets struktur bliver synlig under indtryk af den måde, man præsenterer sig på overfor andre.

3. ***"The Concept of Interaction" - Samspillet:*** Kommer til udtryk gennem vores sociale liv, hvilket er den dramaturgiske præsentation. Der vil altid være en vis usikkerhed i enhver social kontakt.

   Goffman argumenterer her for at definere interaktion som den gensidige indflydelse, den ene person har på den andens handlinger, når de er i hinandens umiddelbare nærhed.

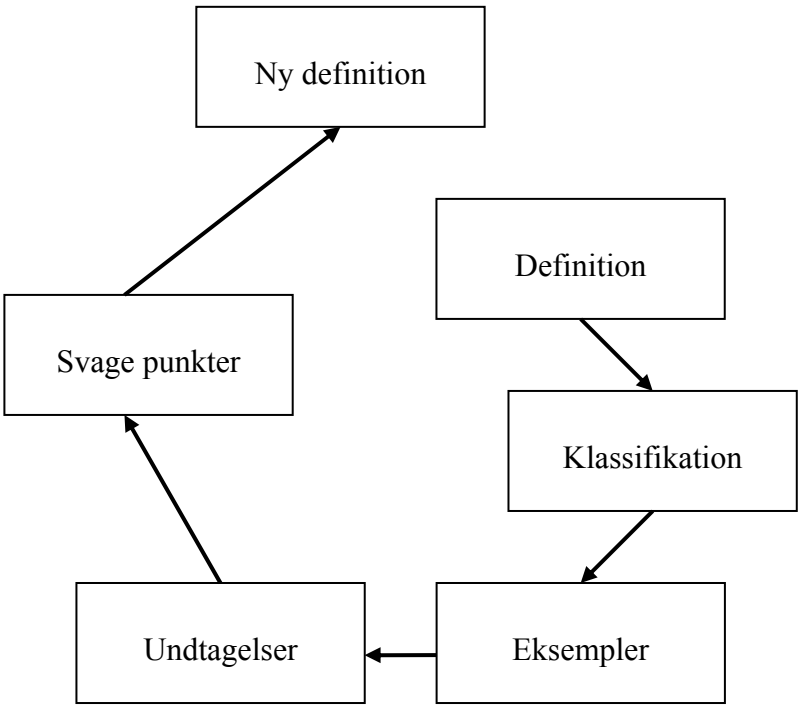
4. ***"The Concept of Identity" - Identiteten:*** Omdrejningspunktet for vores mest ihærdige anstrengelser, glæder og ængstelser. Den afspejler den identitet, som man ønsker, skal blive opfattet af andre. Den, der responderer på en handling, har relativt mere magt, end den der kommer med udspillet, og den, der responderer, ved at give modspil, har relativt mere magt, end den som bare begrænser responsen til enten accept eller forkastelse. De fleste er enige om, at identitet er omdrejningspunktet for hvad og hvor en person er i social sammenhæng. Ændringer i tilværelsen gør, at ens identitet synes at udvikle sig forskelligt.

   Goffman argumenterer her med, at jo mere direkte spørgsmål og respons er, jo mere magt har udspørgeren til at præge situationen.

5. ***"The Concept of Motivation" - Motivationen:*** Bidrager ikke blot til en forståelse af, hvordan folk handler, men også til hvorfor de handler som de gør. Motivet omfatter bl.a. de basale strategier, som individer bruger til at manipulere hinanden.

Både Goffman og Hooper henviser til, at det dramaturgiske perspektiv hjælper den sociologiske forsker til at fremdrage forhold, som andre tager som givet.

Nogle af de idéer som Goffman fremlægger i sine teorier, er blevet beskrevet og fortolket af Phillip Manning (1990). Han beskriver det således, at når man ser måden hvorpå Goffman anvender sine metaforer, kan disse indgå som heuristiske elementer i en slags spiralbevægelse, som kontinuerlig konfronteres med hinanden.



Figur 1. Goffmans spiral, fra Peter Manning 1990, s.55

Manning hævder, at metaforen kan bruges to gange. Første gang bruges den til at afsløre upåagtede sider af det sociale liv, og i anden omgang, ser man på dens utilstrækkeligheder som model for det sociale liv. Det vil sige, at vi får nye indsigter, men bliver samtidig gennem falsifikation af modellen i stand til at udvikle nye og alternative modeller, der afdækker andre sider af virkeligheden. Det betyder, at Goffman via sin metaforanvendelse, kommer frem til forskellige forklaringer om den sociale virkelighed. Det kan give både fordele og ulemper. Det kan f.eks. være i relation til, at hverdagen sommetider forekommer anderledes, end det forventes, hvilket således vil udfordre vores ”common sense” oplevelse.

I slutningen af sin bog ”The Presentation of Self in Everyday Life” (1959, s. 228) siger Goffman om menneskers forhold mellem roller og karakter, at:

”In spite of the fact that performers and audience employ all these techniques of impression management, and many others as well, we know, of course, that incidents do occur and that audiences are inadvertently given glimpses behind the scenes of a performance. When such an incidents occurs, the members of an audience sometimes learn an important lesson, more important to them than the aggressive pleasure they can obtain by discovering someone´s dark, entrusted, indside, or strategic secrets.

Goffman kombinerer, med denne afslutning, sin interesse for samspillet mellem mennesker med en interesse for, hvad der gemmes bag facaden hos det enkelte menneske.

2.2.4. Dramaturgiske elementer som analysemodel

Goffman´s Dramaturgiske elementer:	**Indhold/Nøgleområder:**
Optræden – "Performances".	En aktør optræder for et publikum og ønsker at formidle et budskab på en bestemt måde, hvortil der både er nogle forventninger og forpligtelser. Spillet foregår på scenen, men kulissen er tillige rammen for en optræden. Der formidles budskaber, som efterlader andre indtryk på de tilstedeværende.
"Team".	En gruppe mennesker i fællesskab indgår i løsningen af en opgave. Gruppen kan være enten monofagligt og tværfagligt sammensat, og de enkelte gruppemedlemmer kan have forskellig social status. Teamet skal arbejde loyalt sammen, og være opmærksom på, at alle skal arbejde mod et fælles mål
Regioner og regionale holdninger – "Regions and Region Behaviour".	I forbindelse med et spil/præsentation på en scene, indgår to begreber, scenen og i kulissen, hvor aktørens indtryksstyring anvendes i større eller mindre grad.
Divergerende roller – "Discrepant Roles".	Indenfor en gruppe, kan der opstå forskellige typer af hemmeligheder. I forhold til publikum, kan der være en skjult viden om noget, som reelt kan vise, at der har fundet en utilsigtet handling sted.
Kommunikation uden for rollen – "Communication out of Character".	I forbindelse med optræden, vil grupper indgå i en interaktion med hinanden. I grupperne forsøger man at opretholde balancen imellem de formelle og uformelle i interaktionen.
Indtryksstyring – "The Arts of Impression Management".	I forbindelse med en optræden er der ikke altid overensstemmelse mellem de informationer, man sidder inde med, dem man fremfører og de områder man har adgang til. Uhensigtsmæssige udtalelser eller handlinger, kan være kilder til forlegenhed eller disharmoni.

(Egen tilvirkning)

I sin teori fokuserer Goffman på disse 6 områder, som danner baggrund for hans dramaturgiske elementer som analyseredskab.

2.3. De professionelle

2.3.1. Sundhedsvæsnet som fagbureaukrati

Sundhedsvæsnet er traditionelt organiseret i et fagbureaukrati med overvejende akademikere og højt uddannede fagfolk, som stiller store krav til faglig ekspertise og specialisering. Fagbureaukratiet beskrives af Mintzberg (Neergaard & Foss Hansen, 1991, s. 36 – 38) som: *En organisationsform der bygger sin virksomhed på højt uddannede fagfolk og akademikere.* Det vil sige, at produktionskernen i fagbureaukratiet består af professionelle, som selv ønsker at styre en betydelig del af deres eget arbejde, og som opnår en væsentlig possition i kraft af, at den professionelle er den bedst uddannede indenfor et specifikt fagområde, og at den faglige autoritet er anerkendt af andre. Det er derfor vanskeligt at vurdere den enkelte professionelles arbejde for andre end for de professionelle selv. Den fagprofessionelle identificerer sig med sin profession, sine fagfæller og sit faglige udviklingsrum. Han/hun har således sin egen arbejdsidentitet, som kun kommer til fuld udfoldelse under særlige sociale betingelser. Dette kan illustreres ved at kirurgen gennemfører sit operative indgreb under stor koncentration og med instinktiv fornemmelse for etiske hensyn, faglige rutiner, og for den nødvendige improvisation i et tæt samspil med operationsteamets andre fagpersoner (Melander, P. 2005, s. 323).

De professionelles organisationsprincip tager udgangspunkt i fagdisciplinen. De er underlagt forskellige faglige organisationer, og hver faggruppe tilstræber som oftest at få en daglig leder fra eget faglige område. Dette kan besværliggøre kommunikation og koordination. De fagprofessionelle har forskellige rationaler, som baggrund for deres opfattelse af ”det gode arbejde”. Disse forskelligheder kan gøre det vanskeligt at opstille fælles mål og handleplaner for opgaveløsningen. Den professionelles faglige identitet er vigtigere end den organisatoriske identitet. Således er der en høj grad af autonomi i udførelsen af arbejdet.

Kendetegnet for de professionelle er, at de er højt specialiserede og meget fagligt bevidste. Der eksisterer forskellige professionelle kulturer i organisationerne, men de har det tilfælles, at kulturen og paradigmet er præget af etablerede rutiner, regler, traditioner, overbevisninger og fortællinger, som nødigt fraviges. Der er ringe tolerance overfor spørgsmål om eller udfordring af organisationen. Organisatorisk nytænkning mødes typisk med stor skepsis.
Mintzberg beskriver den professionelle som:

- *Én der kræver en høj grad af handlefrihed i sit arbejde. Opretholdes denne autonomi ikke, f.eks. ved indførelse af betydelig kontrol – vil den professionelle være tilbøjelig til at forlade sin organisation.*

- *Den professionelle identificerer sig mere med sin profession end med sin organisation. Hans interesse for sin organisations totale ressourceudnyttelse er meget begrænset, med mindre f.eks. kraftige besparelser medfører professionelt uforsvarlige tilstande* (Neergaard & Foss Hansen 1991, s 38).

Sygehussektoren er en professionsdomineret og videns intensiv virksomhed, hvis vigtigste ressource er motiverede menneskers kompetencer. Hovedparten af de ansatte indenfor sygehussektoren har professionelle uddannelser, som har været tidskrævende, indenfor det faglige område. Professionsgrupperne er erhvervsgrupper, hvis praksis forudsætter specialiseret, systematisk og videnskabelig træning. Denne form for organisering er baseret på erhvervelsen af og brugen af standardiserede metoder, teknikker og rationalitetsformer. Disse er opnået igennem en specialiseret uddannelse og praksiserfaring, accepteret af den professionelle gruppe og er succesfuld i en kompleks og stabil verden. Denne organisering giver de professionelle en stærk professionsorienteret indstilling. Lauvås og Handal (1997) skelner mellem en formel socialisering via uddannelsesforløbet og en fagsocialisering, som leder til fuldt medlemskab af gruppen af de fagprofessionelle. I løbet af deres socialisering, bliver de sat ind i en særlig kultur, som sigter mod at udføre en monofaglig arbejdsopgave i et fagbureaukrati. De professionelle er traditionelt afgrænset fra andre faggrupper.

De professionelle har ved deres uddannelses afslutning, afgivet henholdsvis læge, sygepleje, ergoterapeut eller fysiurgterapeut løfte og efterfølgende fået tilkendt autorisation fra

sundhedsstyrelsen. I praksis betyder dette, at de professionelle i høj grad er ansvarlige for egen faglighed og stærkt præget af fagsocialisering indenfor eget fagområde. Derfor vil den professionelle i sin arbejdssituation ikke kun være ansvarlig overfor en overordnet sygehusledelse, men også være påvirket af det, som sker i den daglige arbejdspraksis. Teoretisk betyder det, at en ledelse ikke kan beordre en autoriseret sundhedsfaglig person til en opgave, hvis opgavens indhold strider imod det, som den fagprofessionelle selv anser for at være omfattet af sit faglige løfte (Neergaard & Foss Hansen 1991, s. 38).

2.3.2. Udvikling af professionsteorier

Udviklingen af professionsteori går i to forskellige retninger, som kaldes den funktionalistiske professionsteori, og den symbolsk – interaktionistiske retning.

I *den funktionalistiske professionsteori* søger man at finde karakteristiske kendetegn ved professionerne foruden at definere deres funktions betydning for samfundet. I den *symbolsk-interaktionistiske* – også kaldet den *neo-weberianske* – forskerretning søges især svar på, hvordan professioner forhandler og fastholder deres særlige magtpositioner, samt hvordan de agerer i forhold til andre professionelle og øvrige faggrupper.

2.3.2.1. Den funktionalistiske professionsteori

Den funktionalistiske professionsteori er den mest dominerende og bygger oprindeligt på publikationen ”The Professions” af Sunders og Wilsons i 1933 (Jespersen, P. K. 2005. s.64). I denne tradition karakteriseres de professionelle som grupper af eksperter med en række bestemte kendetegn, som typisk er:

1. En fælles organisering med formel uddannelse og adgangskriterium.

2. Anvendelse af teoretisk abstrakt viden som grundlag for arbejdet.

3. Langvarig og forskningsbaseret uddannelse adskilt fra praksis.

4. Interne etiske kodekser der regulerer adfærden som professionel

5. Et anerkendt samfundsmæssigt monopol på bestemte arbejdsområder.

6. Autonomi i forhold til eget arbejde.

7. En norm om serviceorientering i forhold til klienter.

Hvilke af ovenstående kendetegn, der anses for at være mest essentielle, beskrives forskelligt i den tilgængelige litteratur. Det gør det derfor svært, inden for den funktionalistiske professionsteori, at afgrænse de professionelle i forhold til andre faggrupper.

Den ovenstående liste over kendetegn ved professionelle kan derfor ikke bruges til en endegyldig adskillelse mellem professionelle og andre faggrupper, men kan alene anvendes til en fremstilling af idealtypisk præsentation af professioner.

Grundlæggeren af den funktionalistiske professionsteori menes at være Talcott Parson. Parson definerer professioner ud fra, om de har en særlig vigtig samfundsmæssig rolle som faggruppe, og er organiseret på en sådan måde, at de sammen med vigtig viden også har tilegnet sig deres egen helt specielle faglige kultur (Parson. T. 1964).

Professionerne er med til at understøtte økonomisk og social udvikling gennem en stadig forfinelse og udvikling af teknologisk viden. Professionerne tilskrives en rolle, som medvirkende til samfundets fortsatte rationalisering. Professionerne er ifølge Parson opstået som resultat af en samfundsmæssig evolution, hvor en stigende specialisering og øget arbejdsdeling skabte et øget behov for specialiseret viden, som det dengang gejstlige samfund ikke kunne honorere, og hermed blev der skabt grobund for, at professionerne blev udskilt som selvstændige faggrupper. Professionerne bliver anset for nødvendige for samfundets funktion som et socialt system (Sognstrup, H. 2003 s.49 + 50).

Det er med udgangspunkt i den funktionalistiske professionsteori, at der her skal fremdrages forskelle i status mellem læger og sygeplejersker. Lægerne har et meget velbeskrevet teoretisk vidensområde og en høj anerkendelse i samfundet. Sygeplejerskerne har historisk set været defineret som en hjælpedisciplin til lægernes arbejde og har på den baggrund vanskeligere ved at afgrænse deres eget vidensområde. Ifølge Erichsen, V. (1996), er lægerne således en nødvendig central kraft, og forholdet imellem professionerne i sygehusvæsnet ville fungerer bedst, hvis de øvrige professioner kunne acceptere rollen som hjælpeprofessioner.

2.3.2.2. Den symbolsk-interaktionistiske forskningsretning

Den symbolsk-interaktionistiske forskningsretning er som nævnt ikke så dominerende, som den funktionalistiske professionsteoretiske tilgang, men har bidraget med en væsentlig og bredere forståelse af professionerne.

Denne forskningsretning opstod i begyndelsen 1930'ern i tilknytning til den såkaldte Chicago skole, som blev drevet af sociologer som Hughes, Becker, Freidson og Abbott. Deres forskningsinteresse samlede sig primært om dag til dag rutiner i uddannelsen af professionelle og det professionelle arbejde. Deres fokus var interaktion mellem professionelle indbyrdes og mellem professionelle og andre faggrupper.
Denne forskning kastede lys over, hvordan de faglige identiteter blev skabt, hvordan arbejdspraksis blev udviklet gennem indbyrdes interaktion, og endelig hvordan individuelle og kollektive professionelle karriereforløb blev skabt og konstrueret. Det svarer til det, man tidligere kaldte god mesterlære.

Denne forskning indfangede, at de professionelles normer for serviceorientering og høje etiske standarder ikke var det mest fremherskende i dag til dag interaktionen i USA. Stræben efter magtposition og kynisme dominerede i visse tilfælde over normer om at tjene det fælles bedste.

Begrebet profession dækker traditionelt store, klassiske grupper af professionelle som f.eks. præster, læger, advokater, o.l., men andre faggrupper gør også krav på betegnelsen. Det gælder bl.a. faggrupper, der er ansat til "arbejdet med mennesker" så som: omsorg, undervisning, sundhed,

sygepleje og socialt arbejde. Forskellige studier åbnede vejen til en ny gren indenfor professionsteorien. Det drejer sig om den Neo-weberianske professionsforskning eller magttilgangen. Denne forskningsretning er opstået som en konsekvens af den kritik, som man kan rette mod den funktionalistiske professionsteori, og som neo-weberianske forskere mener ikke giver et dækkende billede af, hvad professioner er, men måske blot foregiver at være.
I denne tradition kortlægges professionernes argumenter for nødvendige færdigheder, videnskabeligt grundlag og altruisme, med det formål at sikre en bestemt gruppe privilegerede arbejds- og levevilkår på andre gruppers bekostning. En profession bliver her karakteriseret som en særlig form for erhvervsmæssig kontrol over et fagområde, og ikke som udtryk for særlige egenskaber ved en faggruppe (de gamle laug).

"A profession is not an occupation, but a mean of controlling an occupation" (Johnson, T. 1972).

Set i det perspektiv bliver der tale om faggruppers monopolisering af arbejdsområder og sociale positioner, som indebærer status, og som desuden udløser materielle goder.

Historien har vist, at faggrupper til enhver tid har søgt at opnå og bevare monopoler. Således har Weber i sine analyser vist, at bestemte grupper i samfundet altid har søgt at opnå bestemte privilegier, som er rodfæstede i et tilhørsforhold til en stand, en religion eller til et laug. Max Weber anvender begrebet "Social Closure", som omfatter en faggruppes monopol på et arbejdsområde og den tilhørende viden (Jespersen, P. K. 2005).

2.3.2.3. Det professionelle projekt

I det moderne samfund er det ikke længere tilstrækkeligt at tilhøre f.eks. et laug. Nu stilles der krav om, at professionerne skal kunne argumentere for privilegier på et rationelt grundlag, både i forhold til det offentlige og samfundet, samt i forhold til andre professioner.

I den forbindelse har Larson udviklet begrebet "Det professionelle projekt", som indfanger professionernes indsats for at beskytte og kontrollere vidensområdet, hvilket sker på flere planer fra den samfundsmæssige regulering til kontrollen med det konkrete arbejde (Larson, 1977).

Det professionelle projekt omfatter summen af bestræbelser på at udbygge, vedligeholde og beskytte professionens position i samfundet og i forhold til andre professioner. Udgangspunktet - som også er det helt centrale i et professionelt projekt - er professionens vidensområde. Uden et selvstændigt og afgrænset vidensområde er det vanskeligt at bevare projektet. I det professionelle projekt stræbes der ikke efter at nå en sluttilstand eller en idealtypisk status, men efter at afdække professionens deltagelse i de samfundsmæssige udviklingsprocesser med henblik på at forsvare egne interesser. Det er disse processer, der fører professionen frem til at afdække, hvad en profession er, og hvilken position den får. Dette perspektiv understreger magtrelationerne i de vedvarende professionsdiskussioner. Ud fra den tankegang vil det sige, at ingen profession bliver færdigudviklet. Den skal hele tiden udvikles på ny og forsvares, da det ikke kan garanteres, at dens position varer ved.

2.3.2.4. Forholdet mellem professionerne læger og sygeplejersker.

I en empirisk undersøgelse fra tre forskellige sygehuse i Nordjyllands amt i perioden 1988 - 1990, blev der sat fokus på lægerne og sygeplejerskerne som professioner. Peter Krag Jespersen har i sin bog: Mellem profession og management (2005, kap. 3), beskrevet henholdsvis læger og sygeplejerskers vidensområde. Det er ikke lykkedes at finde tilsvarende undersøgelser som omfatter ergo- og fysioterapeuter.

Lægernes vidensområde:

Lægernes professionelle projekt kan ud fra disse data beskrives således:

1. Lægernes vidensområde er behandling af syge med dertil hørende uddannelse og forskning. Læger opnår gennem autorisation fra Sundhedsstyrelsen et monopol på behandling af syge, samt kontrol med uddannelse og forskning indenfor det lægevidenskabelige område.

2. Læger ønsker på den baggrund at definere lægeprofessionen som den ledende profession indenfor sundhedsområdet og samtidig definere de øvrige professioner som hjælpeprofessioner.

3. Tillid hos patienter og offentligheden øges ved tavshedspligt og etiske regler.

4. Offentlig anerkendelse opnås gennem deltagelse i råd, kommissioner, udvalg eller ved faglige bidrag til politikdannelsen på sundhedsområdet, samt deltagelse i det offentlige klagesystem.

5. Lægernes værdier, som naturvidenskabelige principper, evidensbaseret medicin, specialiseringens fordele og det individuelle lægefaglige ansvar, forsvares i den offentlige debat og i forbindelse med enkeltsager.

6. Lægerne søger kontrol med arbejdsprocesser, organisation og ledelse af eget arbejde.

Sygeplejerskernes vidensområde:

Sygeplejerskernes professionelle projekt kan på tilsvarende vis beskrives således:

1. Sygeplejerskernes vidensområde er pleje af syge. Sygeplejersker opnår gennem autorisation fra Sundhedsstyrelsen tilladelse til pleje af syge. Pleje omfatter såvel sundhedsfaglige elementer som pædagogisk- psykologiske elementer, og der lægges vægt på at se patienter som hele personer. Sygeplejerskerne søger kontrol med sygeplejerskeuddannelsens kerneområde, og sygeplejefaglig forskning søges etableret som selvstændigt fagområde.

2. Sygeplejersker søger status som sidestilet profession i forhold til lægerne og modarbejder en status som hjælpefag. I forhold til andre plejegrupper søger professionen at definere plejeopgaver, der kun må varetages af uddannede sygeplejersker og således ekskludere andre fra dem.

3. Tillid hos patienter og offentligheden øges ved tavshedspligt og etiske regler.

4. Offentlig anerkendelse opnås via deltagelse i offentlige råd, kommissioner og nævn og bidrag til politikdannelsen på sundhedsområdet.

5. Sygeplejerskers værdier knyttes især i fagligt fællesskab med et holistisk helhedssyn på patienter og integration af sundhedsfaglige og pædagogisk-psykologiske fag. Sygeplejerskerne baserer overvejende deres viden på naturvidenskabelige principper og søger subspecialicering anerkendt på lige fod med lægegruppen.

6. Sygeplejersker søger kontrol med ledelsen af plejearbejdet, organisation af ledelse af egen og andre faggrupper indenfor hele plejeområdet.

Sygeplejerskerollen betragtes stadig som en kvinderolle og lægerollen som en mandsrolle. Baggrunden herfor er, at samfundet oprindeligt var patriarkalsk. Sygepleje blev derfor oprindeligt organiseret og vurderet på det patriarkalske samfunds vilkår.
Da omsorgsarbejdet blev flyttet fra hjemmet til hospitalsafdelinger fulgte vurderingen af opgaverne med. Rollefordelingen på afdelingerne blev en udvidelse af de rollemodeller, som man fandt i den borgerlige familie. De plejeudøvende kopierede den borgerlige hustrus plads i husholdningen, som husmoderen. (Garmanikov, 1978; Turner, 1987; Wærness, 1983; Hugman 1991). Gramanikov hævder, at relationerne inden for familien genspejles i relationerne mellem læger-sygeplejersker-patient, som en far-mor-barn-relation. Sygeplejefaget voksede således frem i skyggen af lægerne og i nær tilknytning til den medicinske profession i en underordnet placering i forhold til læger. Sygeplejerskerne blev lægernes ”højre hånd” (Svensson 1993).

Faglighed og magt:

Sygeplejerskers oplevelse af magt og magtesløshed er beskrevet i temainterviews med 15 sygeplejersker. Sygeplejerskerne beskrev på den ene side at have mulighed for at have indflydelse og mulighed for at påvirke deres arbejde, og på den anden side ikke at have indflydelse og være uden mulighed for at kunne påvirke. Denne undersøgelse påviste desuden sygeplejerskernes behov for gruppetilhørsforhold, tryghed og behov for enighed.

De interviewede sygeplejersker oplevede at have indflydelse, når lægen f.eks. sagde: ”Gør som I plejer”. Sygeplejerskerne hjælper de nye læger ved at fortælle dem, hvordan det plejer at være. Ofte bliver det, som sygeplejersken siger. Hun har erfaring og kender både patient og rutiner. Dette er en form for magt, hvor sygeplejersken har kontrollen. Der er altså sammenhæng mellem faglig viden og muligheden for at udøve magt.

Magten om at få ledelsesansvaret har udspillet sig i flere årtier. Men der udspilles også magtudøvelse i relation til faglighed i det daglige arbejde. Det betyder, at forslag fra forskellige arbejdsudvalg kan komme til at fungere som basispladser for professionernes faglige strategier og derigennem er politisk-administrative udvalg og kommissioner med til at begunstige eller hindre professionernes faglige argumenter (Jespersen, P. K. 2003, s. 374).

På sygehusniveau kunne man ledes til at tro, at det ville være lettere at nå til enighed mellem de enkelte faggrupper. Men også på dette niveau konkurrerer forskellige fagligt funderede opfattelser. Eksempel: Kvalitetsudvikling har altid været en aktivitet i sygehusene. Tidligere var det typisk faglige aktiviteter, der blev styret af de enkelte professioner. Med den første danske strategi for kvalitetsudvikling fra 1993 overlod man det til amterne og sygehusledelserne at vælge den præcise form for kvalitetsudvikling og skabte dermed en række fortolkningsarenaer, hvor både professionernes faglighed og den management inspirerede TQM - model kom i spil.

Undersøgelser i Nordjyllands amt viste, at TQM - modellen kom tættest på sygeplejerskernes kvalitetsopfattelse, der også er knyttet til helheder i samlede patientforløb, og sygeplejerskerne var tillige de mest aktive i implementeringen. De så den officielle kvalitetsudviklingspolitik som en mulighed for at fremme egen kvalitetsforståelse, mens lægerne havde svært ved at forstå og acceptere et begreb som organisatorisk kvalitet. For dem var kvalitetsudvikling på det tidspunkt en udvikling af behandlingskvalitet herunder forskning, og kvalitet i hele patientforløb blev forventet.

I forbindelse med studier af læger som ledere, er der, foretaget undersøgelser af lægernes tilhørsforhold til egen og andre faggrupper. Lindén og Birk Madsen (2002) finder i deres undersøgelse fra 2000, at de lægelige specialer er afgørende for den status, som knyttes til afdelingerne. De mest ansete er kirurger og medicinere på de mest centrale sygdomsfelter d.v.s. at hjerte-kar specialet anses som meget fint, mens neurologi og onkologi kommer ind på en 2. plads.

Nederst kommer hjælpefunktionerne. Denne specialeopdeling går tilbage til 1600-tallets opdeling imellem medicinere og kirurger. Dengang var medicinerne teoretisk uddannede, mens kirurgerne blev uddannet ved en mesterlære og udøvede deres praksis som fattiglæger og bartskærere.

Samarbejdet mellem de forskellige grupper vanskeliggøres af denne inddeling, hvilket bl.a. viser sig i nogle af de problemer, der opstår i forbindelse med samarbejde om patientforløb. Lindermann og Plamhøj Nielsen har foretaget en analyse af medicinsk centerdannelse i H:S og finder, at nogle specialer føler sig "finere" end andre, hvilket medfører specialekampe og vanskeliggør samarbejdet. I forhold til lægernes karriereforløb beskriver Eriksen og Urichsen nogle af de mange kollegiale hensyn, som skal tages. Overlægen har stor mangt over de yngre læger, og de yngre læger er stærkt afhængige af overlægernes "goodwill" til støtte og vejledning såvel i forskningsforløb som i selve karriereforløbet.

Besiddelse af den lægelige ekspertise er særdeles central for at blive accepteret i egne rækker og medfører, at lægerne vedbliver at følge deres speciale og deltage i patientarbejde, selv om de får lederopgaver. (Lindén og Madsen, 2000).

2.4 New Public Management

De forandringsprojekter, som denne afhandling studerer, må ses i deres kontekst, det vil sige, vurderes ud fra den måde som sygehusene typisk arbejder på. I den periode studiet dækker, har der været én tydelig tendens til indflydelsen fra ledelsesteknologien: New Public Management (NPM). Denne ledelsesteknologi opstod i 1990érne og gennemtrængte i de følgende år store dele af den offentlige sektor. Hovedinspirationen kom fra det private erhvervsliv, idet diskursen var, at de private erhvervsvirksomheder blev drevet langt mere effektivt end den offentlige sektor. Resultatet blev et tids- og omkostningskrævende regne-tælle-dokumentationsregime, som der fortsat reageres imod. Jeg vil her indlede med kort at referere til nogle af de forskningsrapporter, der er aktuelle for denne ledelsesteknologi.

Christoffer Hood beskriver i sin artikel *"A Public Management for all seasons"* 2001, at i en periode over 15 år, er det de 7 punkter med 3 typer af værdier, som er karakteristiske for

administrative værdier indenfor NPM, det mest påfaldende international, toneangivende management princip i den offentlige administration:

Doctrinal components of new public management:

No.	**Doctrine** (Sigma-type)	**Meaning** (Theta-type)	**Typical justification** (Lambda-type)
1.	"Hands-on professional management" in the public sector	Active, visible, discretionary control of organizations from named persons at the top, "Free to manage"	Accountability requires clear assignment for action, not diffusion of power
2.	Explicit standards and measures of performance	Definition of goals, targets, indicators of success, preferably expressed in quantitative terms, especially for professional services (cf. Day and Klein 1987; Carter 1989)	Accountability requires clear statement of goals; efficiency requires "hard look" at objectives
3.	Greater emphasis on output controls	Resource allocation and rewards linked to measured performance; break-up of centralized bureaucracy-wide personnel management	Need to stress results rather than procedures
4.	Shift to disaggregating of units in the public sector	Break up of formerly "monolithic" units, unbundling of U-form management systems into corporatized units around products, operating on decentralized "one-line" budgets and dealing with one another on an "arms length" basis	Need to create "manageable" units, separate provision and production interests, gain efficiency advantages of use of contract or franchise arrangements inside as well as outside the public sector
5.	Shift to greater	Move to term	Rivalry as the key to

	competition in public sector	contracts and public tendering procedures	lower costs and better standards
6.	Stress on private-sector styles of management practice	Move away from military-style "public service ethic", greater flexibility in hiring and rewards; greater use of PR techniques	Need to use "proven" private sector management tools in the public sector
7.	Stress on greater discipline and parsimony in resource use	Cutting direct costs, raising labour discipline, resisting union demands, limiting "compliance costs" to business	Need to check resource demands of public sector and "do more with less"

Kilde: Christopher Hood, 1991, Tabel 1.

Sigma typens motto er: Keep it lean and purposeful. Vægten ligger på sparsommelighed, den magre, muskuløse virksomhed hvor fiaskokriteriet er spild, succeskriteriet er tid og penge.

Theta typen har som motto: Keep it honest and fair. Her lægges vægt på, at tingene udføres korrekt. At publikum/kunden behandles fair, og at pligter bliver udført korrekt i henhold til proceduren. Fiasko kriterier er unfairnes, nepotisme og misbrug af position. Succeskriteriet er tillid og legitimitet.

Lambda typens motto er: Keep it robust and resilient. Her lægges vægt på spændstighed og tilpasnings evne. Vi ved intet om hvorvidt betoningen af denne enkle værdi, svækker de effekter, som er anført i de andre værdier. Succeskriteriet er sikkerhed og en vellykket overlevelse. Fiasko kriteriet er instabilitet og manglende tilpasningsevne med fallit som den ultimative fiasko.

Sigma typen er i overensstemmelse med NPM. Udviklingen af Sigma typen vil i sundhedsvæsnet ofte medfører konflikter på baggrund af de fagprofessionelles karakteristika. Hvorvidt NPM derfor vil erodere theta- og lambda-værdier, som man stadig trækker renter på i sundhedsvæsenet, vides endnu ikke, men værdimæssigt står en Sigma kultur efter min egen erfaring i forhold til de politiske og øverste administrative personer, som styrer sundhedsvæsnet. Her opleves en reel konflikt, ikke mindst fordi både de fagprofessionelle og brugerne af sundhedsvæsnet vil være medbestemmende

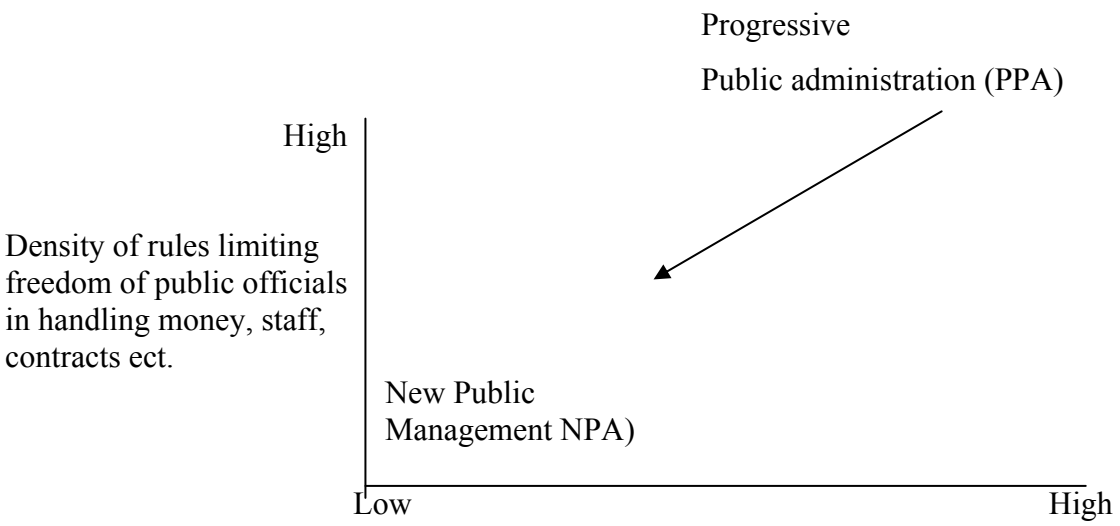
og vil til enhver tid have stigende kvalitet i de forskellige ydelser. Det er de krav der i dag stilles til de fagprofessionelle, og som på lige fod med resultater af forskning og udvikling kolliderer med de politiske mål, som vil være at holde en given stram økonomisk rammestyring, som er kendetegnet for Sigma typen.

Både Theta- og Lambda typens mottoer er bedre i overensstemmelse med de værdier, der er gældende i dagens sundhedsvæsen, hvor personalet generelt er meget opmærksomme på at være ærlige og korrekte overfor patienterne, samtidig med at de er meget omstillingsparate, når de kan se at det gavner enten patientbehandlingen eller deres egne arbejdsvilkår.

Endelig pointerer Hood i sin artikel på side 16, at NPM er indført med forskellige belæg i mange lande. Vi ved ikke hvordan effekten er, da NPM stadig ikke er blevet evalueret.

Patrick Dunleavy og Christoffer Hood konstaterede i deres artikel "From old Public Administration to New Public Management" 1994, at den offentlige administration ikke var "noget særligt", samtidig med at der var færre begrænsende regler for, hvordan man praktiserede god ledelse. De stillede spørgsmålstegn ved om ændringerne var smarte, men skrev samtidig, at udviklingen imidlertid gik i den retning. De opstillede en figur, som viser forskellen imellem den gamle administrationsform og den nye NPM:

From traditional or progressive public administration to new public management:



Degree to which public sector is "insulated"
From the private sector in personnel,
Structure, business methods

Kilde: P. Dunleavy & C. Hood. Tabel 1.

Man kan sagtens forestille sig virksomheder, hvor det vil være mest rentabelt at fungere under forhold der ligger i en af de 2 ekstremer på diagrammet. Men ved at tendere mod anvendelse af NPM i sundhedsvæsnet vil resultatet blive det skræmmende, at den offentlige virksomhed kun er relevant, hvor den skal vælge ud fra en forud fastlagt menu af ydelser og services, hvis oprindelse og udviklingsdynamik genereres andre steder. NPM er i sundhedsvæsnet i fuld gang med at outsorce til private virksomheder, og på den måde spille sig selv af banen.

Maria Blomgren skriver i sin artikel "Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms", 2003, om en af to landsomfattende undersøgelser, som blev foretaget i perioden oktober 1992 til marts 1993 i Sverige om sygeplejerskers arbejdsmæssige forhold. I perioden hvor dataindsamlingen fandt sted, skete der, tilsvarende til flere andre europæiske lande, nogle radikale ændringer i relation til den kliniske sygepleje. Det var ændringer og krav, som var udsprunget af NPM bølgen. Sygeplejerskerne valgte arbejdsmæssigt at dele sig op i to forskellige spor, henholdsvis sygeplejersker som arbejdede med ledelse og administration, og sygeplejersker som valgte at arbejde direkte i det kliniske felt blandt patienterne. I sin artikel skriver M. Blomgren, at det så ud som om, at der var en prestige forskel mellem de to grupper af sygeplejersker. De som arbejdede med ledelse og administration blev tillagt mere prestige end de sygeplejersker som arbejde i det kliniske felt. NPM synes at favorisere de førstnævnte, som derigennem blev tillagt større prestige.

For at beskytte plejekvaliteten mod uhensigtsmæssige påvirkninger af NPM, gav sygeplejerskerne udtryk for, at de gerne ville arbejde med kvalitetsudvikling og kvalitetsprojekter, netop for bedre at kunne skabe synlighed og dokumentation for deres vellykkede patientarbejde. Dette krav udsprang således af NPM–bølgen. Imidlertid medførte dokumentationsarbejdet en betydelig stigning i arbejdsbyrden. Analysen viste et behov for, at hele sygeplejeprofessionen i stigende grad kunne dokumentere deres handlinger og derved skabe en større respekt omkring deres arbejdsfelt.

Sygeplejerskers fremtidige position i professionssystemet, kan derfor være afhængig af den måde hvorpå klassifikationer som f.eks. kvalitetsprogrammer organiseres og kontrolleres.

Liisa Kurunmäki beskriver i sin artikel ”A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals”, 2003, lægernes møde med den administrative ledelsesform, som udsprang af NPM. Hun henviser i artiklen til at lægerne i Finland er blevet bedre til det administrative arbejde på sygehusene, end lægerne i for eksempel England, USA og resten af Europa. Årsagen er tilsyneladende den måde de finske lægers grunduddannelse er tilrettelagt på. I uddannelsen indgår ledelse og administration som et selvstændigt fag, på samme måde som de øvrige sundhedsvidenskabelige fagområder. Det at lære administrative færdigheder, betragtes som *”a transfer of techniques”* medens abstrakt viden ikke spiller nogen væsentlig rolle. ”Hybridisering” af lægefagligheden er altså mulig, mødet mellem fagligheder er ikke nødvendigvis en kampplads.

Hvis mødet mellem professionelle faggrupper skal blive frugtbart frem for at udvikle sig til at være et slagsmål om at være den videnskabeligt bedst funderede, må der gives større plads til færdigheder og teknikker.

Christoffer Hood beskriver i sin artikel ”The New Public Management in the 1980s: Variations on the Theme”, 1991, at vi ikke ved nok om NPM. Vi ved, den er iværksat af vidt forskellige grunde i forskellige lande. Vi ved også, at den har vidt forskellige effekter i de forskellige lande. Der var dog ikke på det tidspunkt, og så vidt vides heller ikke senere, lavet studier som sammenligner NPM´s effekt i de forskellige lande.

Hans konklusion er, at vi mangler metoden til at sammenligne teknologien de forskellige lande imellem. Der foreligger heller ikke studier, som evaluerer den tidligere management kultur (PPA). Der synes ikke at være en simpel relation at være imellem makro økonomisk performance niveau og den vægt som lægges på NPM. Det mere end antydes at rent partipolitiske markeringer kan være en væsentlig baggrund for indførelsen af NPM.

Liisa Kurunmäki & Peter Miller spørger i deres artikel ”Modernising government: The calculating self, hybridisation and performance measurement”, 2006, om det er muligt at måle ”hybridisation” og ”performance”.

Et hospital består af så mange værdier, professioner og logikker, at det er et spørgsmål om man overhovedet kan måle dets effektivitet. Administrationen vil gerne have personalet forvandlet til ”calculation selves”, og begge forfattere beskriver det på følgende måde:

”The undeveloped state of performance assessment for hybrids may be explained, at least in part and somewhat perversely, by the relative success that accounting has had in creating “calculating selves”. If accounting gives selective visibility to organisational actions and outcomes, it may be that the hybrid forms of expertise and organisational forms that we encounter increasingly continue to escape from the somewhat restricted and incessant calculative routines that have tended to dominate management accounting”.

De drager således den konklusion, at det bliver mere og mere usandsynligt, at man entydigt vil kunne måle en hybridorganisation som f. eks. et sygehus’ performance. Hermed synes selve det idemæssige grundlag for NPM på det moderne sygehus at være undermineret.

Generelt giver de udtryk for at tal taler utydeligt. Der skal tilføjes mange forklaringer til et måleresultat før det kan danne meningsfuld basis for en vurdering. Når en vurdering dertil grundlægges på flere kriterier og dermed flere målinger, vokser kompleksiteten og nærmer sig kaos. Måling bliver arbitrær (vilkårlig). Artiklens overordnede logik synes at være følgende: Først skal man finde en objektiv standard for, hvordan man skal samveje f.eks. en medarbejders individuelle præstationsresultat den sidste måned med vedkommendes resultat det sidste år, med vedkommendes evne og vilje til at hjælpe kolleger, med medarbejdernes evne til at mægle i konflikter i afdelingen, samt samtidig kommunikere effektivt med andre faggrupper. En af disse faktorer kan være vanskelig nok at måle i sig selv, men kompleksiteten af den hybride præsentation gør måske præstationen umålelig. Derefter skal man yderligere på afdelingsniveau finde en objektiv standard for, hvordan man vil samveje forskellige faggruppers præsentationer, f.eks. frekvensen af mortalitet, infektionsfrekvensens, plejekvalitet, kost, service, forskningsresultater, budgetoverholdelse og

rengøring. Når et objektivt mål for disse delpræsentationer er etableret, skal man på sygehusniveau finde en objektiv standard for at samveje de forskellige afdelingers og specialers præsentationer, de kirurgiske, medicinske og psykiatriske. Hertil kommer nye generiske mål som succes med implementering af kvalitetsprojekter. Spørgsmålet der rejses, er om det overhovedet giver mening.

Sammenfatning:

Sammenfattende kan det konstateres, at den fulde effekt af NPM ikke er påvist og er vanskelig, måske umulig, at påvise. At NPM muligvis muligt nedbryder værdier som sygehusvæsenet stadig trækker renter på eller måske udhuler. At det offentlige sygehusvæsen muligt borteroderer sin egen eksistensberettigelse, og det synes som om NPM tenderer mod at forskyde sundhedspersonalets energi fra patientarbejde i retning af ledelse og administration, opgaver, som i visse grupper nyder højere prestige.

For at kunne svare på det første forskningsspørgsmål om, hvad de ledende medarbejdere forstår ved kvalitetsbegrebet, er det nødvendigt at skabe et teoretisk fundament for en analyse af forskellige kvalitetsopfattelser.

Behovet for at skabe en begrebsramme om en sådan analyse forstærkes af, at kvalitet og kvalitetsstyring er nogle lidt diffuse begreber, hvis betydning og indhold kan variere alt efter hvem der definerer dem. Mange opfatter hele kvalitetsstyringen som et modefænomen, men hvis implementering dog kan være afgørende for en virksomheds overlevelse. Andre opfatter kvalitetsstyring som en ny managementteori, hvor målet er en total effektiv ressourceudnyttelse. Behovet forstærkes ydermere af, at de definitioner af kvalitet, som er blevet inkorporeret i det danske sundhedsvæsen, i højere grad er fremkommet på baggrund af forskellige arbejdsgruppers opfattelse af ”kvalitetsbegrebet”, end på en egentlig teoretisk baggrund og definition. Samtidig er opfattelsen af kvalitetsbegrebet forskellig, helt afhængig af hvilken professionsgruppe, der skal vurdere begrebet.

Kaster man et blik på kvalitetsstyringsteoriens historiske udvikling i det efterfølgende afsnit, vil den afspejle en række forskellige opfattelser af kvalitetsbegrebet, som kan fungere som fundament og begrebsramme om en sådan analyse.

Dette studie har på den skitserede baggrund valgt Goffman som en sådan teoretisk ramme. En grundlæggende overvejelse må være, hvordan sundhedspersonalets forskellige personale kategorier oplever og håndterer kvalitetsstyringen, som præger hverdagen på sygehusene markant. Hvis NPM er den herskende diskurs, hvis den samtidig implicerer et bureaukrati af målinger, hvis vi ved at sådanne målinger må anses som pseudoviden, et falsk billede, og hvis endelig, personalet erkender dette, hvorledes tackler de så deres hverdag? Min vurdering er, at der i en sådan situation vil opstå et svælg mellem på den ene side, det man ved og gør som professionel sundhedsperson og på den anden side, det man fremviser og "dokumenterer".

2.5. Kvalitet og den historiske udvikling

2.5.1.1. Kvalitetsinspektion

Med industrialiseringens masseproduktion blev kimen lagt til nutidens kvalitetsledelse. Allerede i 1911 beskrev Frederic W. Taylor i sin bog "The Principles of Scientific Management", hvordan industrialiseringen nødvendiggjorde en adskillelse imellem de personer, som var planlæggere, og de som skulle varetage selve udførelsen af de forskellige funktioner i en virksomhed. Denne opdeling af arbejdsopgaver nødvendiggjorde i stigende grad kontrol med de forskellige faser i virksomhedens arbejde, for at sikre at kvaliteten var i orden. Først var det det færdige produkt, der blev inspiceret, senere blev hele produktionsprocessen underlagt inspektion. Selve ansvaret for forløbet blev placeret i inspektionsafdelingen. G.S.Radford skrev i 1922 i "The Control of Quality in Manufacturing" hvorledes kvalitetsansvaret for første gang blev placeret hos en ledelse og dermed således også legitimeret.

2.5.1.2. Kvalitetskontrol

Med W. A. Shewharts bog ”Economic Control of Quality of Manufactured Product” (1931) kom den statistiske kvalitetskontrol i fokus. Shewhart beskrev, hvorledes kvaliteten af forskellige produkter kunne og burde måles på kvantitative variable. Kvalitetsproblemer opstod derfor, når et produkt ikke var i overensstemmelse med de på forhånd fastlagte kvantitative specifikationer. Omvendt muliggjorde ændringer i de statistisk opsatte mål en ledelses mulighed for at påvirke mængden, således at produkterne ville kunne leve op til det kvalitetsniveau, som var bestemt for de forskellige produkter. Shewhart introducerede hermed den statistiske kvalitetskontrol.

Hele kvalitetskontrollen kulminerede i forbindelse med anden verdenskrig, hvor den amerikanske hær skulle sikre, at de mange leverandører af våben og ammunition leverede produkter af en acceptabel kvalitet. Krigen medførte også et midlertidigt stop for hele kvalitetsudviklingen i USA, og det var først efter anden verdenskrig, at der skete en fornyet kvalitetsstyring, med fokus på ”Total Quality Management (TQM)”. Dette koncept fik en revolutionerende virkning, lige efter krigen specielt indenfor den japanske industri. En uddybning af selve teknologien TQM er beskrevet på side 88.

2.5.1.3. Kvalitetssikring

Fra omkring 1950 ser man en udvikling, hvor hele kvalitetstankegangen går fra at være en stram, produktionsbaseret og frem for alt reaktiv disciplin til mere at blive en ledelsesfilosofi, som indbefattede alle virksomhedens funktioner, og som var langt mere proaktiv. Udviklingen medførte, at holdningen til kvalitetstankegangen ændrede sig til at blive mere holistisk og markedsorienteret, hvor man indså nødvendigheden af at inddrage andre funktioner af virksomheden i kvalitetsarbejdet.

I 1951 udgav Joseph M. Juran ”Quality Control Handbook”, som beskrev en af de første metoder til kvantificering af kvalitetsomkostninger. Juran skelnede mellem de uundgåelige kvalitetsomkostninger og de undgåelige kvalitetsomkostninger, det vil sige, omkostninger i relation til profylakse af fejl f.eks. inspektion og lignende kvalitetskontrolværktøjer. Disse omkostninger

blev kaldt ”guldet i minen” eller ”den skjulte fabrik”, fordi man gennem implementering af kvalitetsforbedringssystemer kunne reducere sådanne omkostninger betragteligt. Samtidig betød det en større utilfredshed blandt brugerne af virksomhedens produkter. I modsætning hertil ville en mere systematisk og velstruktureret kvalitetssikring i virksomheden give en højere grad af effektivitet med tilfredse kunder og medarbejdere. Jurans synspunkter blev imidlertid mødt med stor skepsis, ikke mindst fordi en kvantificering af kvalitetsomkostninger er vanskelig. De omkostninger, som er forbundet med de kvalitetsforbedrende handlinger, kan være vanskelige at gøre op i et økonomisk perspektiv, og er således svære at gøre overskuelige i forhold til kvalitetsforbedringer. Det kræver en tæt og omhyggelig registrering af samtlige omkostninger, som er forbundet med de forskellige handlinger.

Et andet forhold, som blev synliggjort af hele kvalitetssikringens udvikling, var filosofien om 0-tolerance overfor fejl. Den grundlæggende tankegang i nul-fejl-filosofien blev udviklet fra de erhverv, hvor menneskeliv stod på spil, og filosofien satte derfor længe sit præg på sundhedsvæsenet – i en sådan kontekst, hvor menneskers liv og førlighed stod på spil, var denne filosofi umiddelbart indlysende. Den praktiske implementering viste sig dog generelt set ikke at være særligt omfattende. Derfor var det ikke ualmindeligt, at man arbejdede med fejlprocenter, som udtryk for et acceptabelt fejlniveau. Denne holdning kunne imidlertid afstedkomme, at man indirekte accepterede en hvis grad af fejl, og dermed risikerede at modarbejde at opnå det optimale kvalitetsniveau. I sundhedsvæsenet blev dette område imidlertid revolutioneret, da der blev indberetningspligt for samtlige fejl begået på landets hospitaler.

Udviklingen viser, at kvalitetsstyringen har gennemgået en udvikling, hvor man er gået fra mest at konkurrere på lave omkostninger til også at have det konkurrenceperspektiv, at man kæmper om kundernes gunst.

Begrebet ”total kvalitetskontrol” blev præsenteret i 1961 i Armand Feigenbaums bog ”Total Quality Control”. Feigenbaum beskrev her sit nye syn på kvalitet som et holistisk og markedsorienteret syn, hvor fokus måtte være på en kvalitetskontrol, der sigtede mod kundens tilfredshed med virksomhedens produkt.

Feigenbaum mente ikke, at kvaliteten i sig selv var noget værd, hvis slutresultatet var dårligt, og hvis varen ikke fik en god omtale, og kunderne var tilfredse. Han var opmærksom på, at for at opnå gode resultater, var det vigtigt at involvere medarbejderne, få dem med på idéen og arbejde for sagen.

2.5.1.4. Kvalitetsstyring

Siden begyndelsen af 1980erne blev der, specielt i USA, sat øget fokus på hele kvalitetsstyringen. Forskellige teknologier blev iværksat med henblik på at have værktøjer til at opnå en højnelse af kvaliteten til lavere omkostninger, med det formål at tilfredsstille kundernes behov. Et væsentligt middel til dette mål, var medarbejdernes engagement. Man fokuserede især på TQM som derfor blev for første gang betragtet som en managementfilosofi.

Der er siden 1980erne og frem til i dag udviklet adskillige nye kvalitetskoncepter. Det indbefatter for eksempel teknologier som f.eks. Process Value Management (PVM), ISO-certificering, Balanced Scorecard, Benchmarking, Akkreditering og LEAN. Det væsentlige i de forskellige kvalitetsteknologier ligger imidlertid ikke i selve modellen, men i de grundtanker som modellen afspejler, at kvalitet er en strategisk, kundeorienteret konkurrenceparameter, som ikke er noget negativt, og hvor dårlig kvalitet vil skade virksomheden. Selve kvalitetstankegangen skal implementeres i alle områder af en virksomhed, og ikke kun hvor selve produktionen/kerneydelser finder sted. Det skal være en integreret holistisk tankegang, hvor alle betragter det som noget absolut. Det er vigtigt, at en ledelse er bevidst om, at det er en ledelsesform og model, som de er ansvarlige for, og at samtlige medarbejdere er bevidste om modellen og arbejder udfra dette koncept.

Frem til i dag er der sket så mange forandringer inden for kvalitetsudviklingen, med ændringer fra inspektionskontrol til for eksempel TQM, at mange teoretikere taler om et nyt kvalitetsparadigme. De nye modeller indeholder mange af de værktøjer, som blev udviklet i tidligere perioder. På samme måde kan de forskellige opfattelser af kvalitetsstyringen være påvirket af de synspunkter, som har været gældende på et tidligere tidspunkt. Den strategiske og styringsorienterede tankegang

opleves imidlertid som et angreb på det Tayloristiske funktionsprincip[6], hvor matrixstrukturer og emner som kommunikation og samarbejde på en arbejdsplads vægtes højt frem for en isolering af en virksomheds produktionsområde. Holdningen til kunderne har ligeledes ændret sig fra, at en kunde tidligere måtte acceptere virksomhedens produkt, som det var, til at man i størst muligt omfang forsøger at tilpasse produktionen til kundens/brugerens ønsker og behov.

2.5.2. Kvalitet som begreb

Kvalitetsforståelsen er som nævnt meget varierende, afhængig af hvem som definerer det. Der har været en tendens til, at der blandt "praktikere" er en "common sense" opfattelse af "Den Gode Kvalitet". Udfra en teoretisk, analytisk og ledelsesfilosofisk tankegang er det imidlertid ikke tilstrækkeligt. Her kan der dog hentes hjælp i den ovenfor beskrevne historiske udvikling, som afspejler en række forskellige kvalitetsopfattelser.
Et eksempel på en strukturering af de forskellige kvalitetsopfattelser, som afspejler den historiske udvikling, kan findes hos Torben Hansen, 1996:6, som på baggrund af 5 teoretikeres værker har opstillet 5 forskellige tilgange til kvalitetsbegrebet i samfundsvidenskaberne. De 5 punkter er:

1. Opfattet kvalitet
2. Tilpasning til forventninger
3. Værdi
4. Produktionsstyring
5. Excellence

De 5 kvalitetsopfattelser går fra at være baseret primært på forbrugerkriterier, hvilket er tilfældet for den opfattede kvalitet og tilpasning til forventninger, til primært at være baseret på producentkriterier, hvilket er tilfældet for værdiopfattelsen og produktionsstyringsopfattelsen.

[6] Det Tayloristiske funktionsprincip går ud på, at arbejdet opdeles stærkt horisontalt og vertikalt.

2.5.2.1 Opfattet kvalitet

Som kontrast til et produkts objektive kvalitet finder man forbrugerens opfattede kvalitet, dvs. en subjektiv vurdering af produktets kvalitet. Hvor den objektive kvalitet kan ses som en funktion af produktets tekniske og funktionelle specifikationer, sådan som kvalitet blev betragtet under perioderne med kvalitetsinspektion og kvalitetskontrol, er den subjektive kvalitet knyttet til forbrugerens opfattelse af kvalitet, svarende til kvalitetsopfattelsen under kvalitetsstyring og TQM. Kvalitetsopfattelsen bliver dermed individuel og påvirket af såvel faktorer med tilknytning til forbrugeren selv som faktorer, der er eksterne i forhold til forbrugeren. Disse faktorer varierer alt efter hvilket produkt, der er tale om.

Indenfor denne forbrugeropfattelse er der således tale om et værdibegreb, som i modsætning til det objektive værdibegreb, betragter værdi som resultatet af kunden/brugerens vurdering af henholdsvis fordele og ulemper ved brugen af produktet. Ifølge denne definition er det derfor ikke muligt at kunne måle kvalitetsoplevelsen objektivt, netop fordi den er et resultat af kunden/forbrugerens egen subjektive kvalitetsopfattelse. Hermed vil kvalitet være et subjektivt fænomen, til trods for at der i kunden/brugerens opfattelse også vil indgå en objektiv opfattelse af produktet.

En kvalitetsvurdering i relation til sygehus praksis kan f.eks. omhandle koordination af patientforløb, kommunikation og information. Denne kvalitetsvurdering kan måles ved f.eks. ventetider, aflysninger, forskellige dokumentationsskemaer og andre forskellige målinger. Nogle af de måder at få belyst mange af de oplysninger på, kan bl.a. gøres ved at gennemføre systematiseret patienttilfredshedsundersøgelser, interview og informantundersøgelser.

2.5.2.2. Tilpasning til forbrugerforventninger

Denne tilgang til kvalitet har et klart afsætningsøkonomisk præg, idet målet her er at kunne indfri en kundes/brugers forventninger til et produkt, således at denne bliver tilfreds. Ved at tage udgangspunkt i en kunde/brugers forventninger kan der imidlertid være nogle svagheder, idet forbrugeren ikke altid på forhånd kender til selve produktet, og således ikke er bekendt med de

specifikke forventninger til varen. Dette gælder ikke mindst i relationen mellem forbrugeren som lægmand og de fagprofessionelle som specialister.

Et andet problem i dette perspektiv er det såkaldte aggregeringsproblem, som opstår, fordi virksomheden eller organisationen ikke kan tilpasse sine produkter eller ydelser til den enkelte kunde. Løsningen vil ofte være, at producere med så høj en objektiv kvalitet som muligt, for på denne måde at tilfredsstille flest forbrugere. Det betyder dog også, at produkter og ydelser ikke er så individorienterede, som dette perspektiv tilstræber.

Endelig er forholdet mellem forventninger og det faktiske udbytte en svaghed, da lave forventninger kan resultere i en høj tilfredshed til trods for en lav objektiv kvalitet. Dette ses f.eks., når man i venteværelser informerer patienterne om, at der kan være lang ventetid på f.eks. 30 minutter. Hvis patienten så kommer til efter 20 minutter, vil patienten ofte udtrykke tilfredshed.

2.5.2.3. Produktionsstyring

Produktionsstyring omhandler måden, hvorpå selve fremstillingen af produktet/varen foregår. Begrebet omhandler, hvorvidt processen gennemføres ud fra de retningslinier, som er udarbejdet for procesforløbet, således at resultatet er lig med de fremsatte mål. Hermed er fokus sat på det fysiske, og kvaliteten kan vurderes objektivt. Hermed ses kvalitet som en objektiv, målbar, kvantitativ variabel, så afvigelser herfra vil betyde en kvalitetsforringelse. Selve produktionsspecifikationerne kan tage afsæt i brugernes ønsker og behov, og kan derfor leve op til de fastlagte kvalitetsønsker.

I sundhedsvæsnets fagbureaukratier vil perspektivet dog ofte udelukkende tage udgangspunkt i de fagprofessionelles kliniske kriterier pga. det førnævnte skisma mellem patienten som lægmand og den fagprofessionelle som ekspert og specialist. I sundhedsvæsenet kommer dette kvalitetsperspektiv tydeligst til udtryk i form af de kliniske retningslinier og arbejdsgangsbeskrivelser, der udføres af de fagprofessionelle for alle de behandlingsforløb, som i større eller mindre grad kan standardiseres, således at man ved, hvad der er den bedste praksis i en given situation.

2.5.2.4. Værdi

Selve begrebet værdi stammer fra den mikroøkonomiske teori, hvor et produkts værdi bestemmes på baggrund af varens kvalitet og dens pris. Undersøgelser har vist, at virksomheder som tilbyder en høj grad af kvalitet til overkommelige priser, ofte er markedsledere. Værditilgangen muliggør, at forskellige priser kan sammenlignes, og at man derved kan forholde sig til den enkelte virksomheds tilbudte kvalitetsniveau. Det er så op til den enkelte kunde/forbruger at fastsætte sit ønske om kvalitet i forhold til pris. En svaghed kan være forskellige opfattelser af kvalitetsniveauet, og at der kan være en forståelse af, at en høj pris indebærer en naturlig forventning om et vist kvalitetsniveau.

Værdiperspektivet er dermed et grundlæggende økonomisk perspektiv, hvor man søger at skabe så megen kvalitet som muligt til så lave omkostninger – og priser – som muligt.

Eksempelvis præsenteres vi ofte for i medierne, at sammenligne vores sundhedsvæsen med andre lande, hvor vi så er placeret på en liste i forhold til de andre.

2.5.2.5. Excellence

Excellencetilgangen har paralleller til blandt andet D. Garvins (1994) definition på kvalitet, hvor kvalitet er noget, som ikke kan defineres, men noget man ved hvad er, når man støder på det. Dermed er excellencebegrebet et transcendentalt begreb, som ligger som en vifte over de fire øvrige kvalitetsbegreber.

Kvalitet opfattes her som noget tidløst og varigt, og ikke som noget der er afhængigt af forandringer. Når kvalitetsbegrebet bliver udtrykt ved excellence begrebet, vil det give udtryk for, at produkterne/ydelserne i enhver henseende, lever op til den højeste kvalitetsstandard. En betragtning som kan anskues lidt filosofisk og ikke operationelt, idet man kan stille et spørgsmålstegn ved, hvem der fastsætter de standarder, og ud fra hvilke betragtninger kvaliteten måles.

I den private sektor er produkter som Rolls Royce, Rolex, Flora Danica-porcelæn etc. eksempler på excellence-perspektivet. Der er en vis enighed om, at det er produkter af ypperste kvalitet.

I den offentlige sektor kan det være sværere at finde eksempler på excellence-perspektivet. Højesteret er et eksempel på en instans, hvis ydelser har en indiskutabel kvalitet – ikke kun juridisk, men også i den generelle opfattelse af, at det er den øverste ekspertise og saglighed har talt. I sundhedsvæsenet kunne universitetshospitaler være historiske eksempler, men med det øgede fokus på klagesager og uheldige behandlingsforløb har universitetshospitalerne fået en ridse i lakken. Man kan dog stadig hævde, at der er en forventning om, at den kliniske kerneydelse er af ypperste kvalitet på universitetshospitalerne, mens det kniber mere med de perifere ydelser. Visse af privathospitalerne har et image som nærmer sig excellencebegrebet.

Modellen er forskellige steder her i landet indført som en selvevalueringsmodel og betegnes i den private sektor som *Excellencemodellen* og i den offentlige sektor som *Kvalitetsmodellen*. Modellen er på enkelte sygehuse forsøgt integreret som en del af hospitalernes strategiske kvalitetsstyring, og på det ene af de hospitaler som indgår i denne undersøgelse, har man lavet et pilotprojekt på to af hospitalets afdelinger, for at undersøge og indhente erfaring med modellens praktiske anvendelse.

2.5.2.6. Målemetoder

For at kunne måle et produkts kvalitetsniveau vil det nemmeste og mest præcise være ud fra en kvantificering, det vil sige en produktionstilgang. Det er vanskeligere at angive et mål ud fra excellencetilgangen, og T. Hansen (T.H.) inddeler målemetoder efter henholdsvis forbrugerkriterier og producentkriterier. Excellencetilgangen er mere abstrakt og vil således ikke kunne hæftes på et bestemt kriterium, men derimod en kombination af kriterier.

Eksempelvis vurderedes en behandling tidligere udelukkende efter hvor mange patienter der overlevede hvor længe. I dag vurderer man også med hvilken livskvalitet patienterne overlever.

T.H. diskuterer i sin afhandling relevansen af at forsøge at skabe et generelt dækkende kvalitetsbehov. Hvor det på den ene side kan være relevant at have et kvalitetsbegreb, som dækker alle de ovenstående tilgange, kan der på den anden side stilles spørgsmålstegn ved den empiriske værdi af et generelt kvalitetsbehov. Man kan dog drage paralleller mellem hans opdeling af

kvalitetsbegrebet ud fra producent- og forbrugerkriterier og de to kvalitetsstyringsparadigmer. De to paradigmer er henholdsvis ”det gamle” som tager udgangspunkt i producentens egen definition af kvalitet, i modsætning til ”det nye”, som tager udgangspunkt i forbrugernes opfattelse af den leverede ydelse.

A.Bach & S. Hildebrandt, har i 1992 skrevet om dualkvalitetsbegrebet, som er en gensidig forståelse mellem producent og forbruger. Dette begreb ligner den opdeling som T. Hansen har i sine 5 kvalitetsbegreber, hvor man skelner imellem den objektive kvalitet og den subjektive kvalitet. Den objektive kvalitet knytter sig således til selve produktet, og den subjektive kvalitet er den oplevelse som kunden/brugeren får af produktet/kvaliteten.

Det dualistiske kvalitetsbegreb inddrager alle de tidligere omtalte kvalitetsdefinitioner og styringsopfattelser, hvor kvalitetsopfattelsen vil betyde, at producenten må afstemme sine objektive kvalitetskriterier med forbrugernes subjektive kriterier.

2.5.2.7. Sammenfatning

Sammenfattende kan man altså skelne mellem fem kvalitetsperspektiver, som kan indgå i en analyse af de kvalitetsopfattelser, der kan genfindes i sundhedsvæsenet. For at rette de fem kvalitetsopfattelser mere direkte mod sundhedsvæsenet vil jeg dog i det følgende anvende følgende begreber:

1. Patientoplevet kvalitet (svarer til ”oplevet kvalitet” ovenfor)
2. Bureaukratisk kvalitet (svarer til ”tilpasning til forbrugerforventninger)
3. Økonomisk kvalitet
4. Klinisk kvalitet
5. Excellent kvalitet

3. Metode.

3.1. Indledning

Dette kapitel præsenterer og diskuterer afhandlingens valgte metode.

Afhandlingens problemstilling omhandler afdelingsledelsers - og afsnitslederes verdensbillede af den gode kvalitet, og dennes indflydelse på den gode ledelse. Hvordan opfatter lederne det ideelle? Og hvordan oplever de den daglige praksis i forhold til det ideelle? Det metodologiske udgangspunkt inkluderer, den sociale virkelighed i en materiel fagbureaukratisk verden. Projektets to forskningsspørgsmål besvares med data fra 5 caseafdelinger fordelt på 3 offentlige hospitaler i det danske sundhedsvæsen.

3.2. Studiets metateori

Denzin og Lincoln (1998) henviser til, at den kvalitative forsker søger forskellige forskningsstrategier, der belyser sammenhængen mellem en subjektiv erfaring og nogle større sociale og kulturelle strukturer. I dette projekt inddrages alle disse tre aspekter: Det subjektive, det sociale og det kulturelle. For at kunne belyse disse områder i projektet, har jeg valgt at tage udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk tilgang.

Socialkonstruktivisme dækker som etiket over en række beslægtede positioner fra et moderat epistemologisk perspektiv til en særdeles radikal ontologisk position. Et generelt karakteristikum er dog en skelnen mellem fænomeners tilsyneladende plausible overflade, som ved en nærmere analyse kan vise sig at være fremkommet, som resultatet af interessekonflikter, magtkampe og andre sociale kræfter, som man ikke umiddelbart får øje på (Barlebo, S. W. 2000).

Dette studies position er Berger og Luckman´s (2000) moderate epistemologiske videnssociologiske perspektiv. Positionen er epistemologisk, fordi Berger og Luckman skelner mellem samfunds eller en organisations viden og en evt. objektiv gyldighed, det vil sige sandheden. Men i den dynamik som Berger og Luckmann hævder der er mellem subjektiviteten og den objektive verden, er der rum

for at humane aktører kan handle med kausal virkning. Og dette er netop kernen i dette projekts problemstilling: Hvilke konsekvenser har i praksis den organisatorisk konstruerede viden, forståelse, meningskategorier og sammenhænge, som væsentlige aktører nemlig primært lederne i organisationen har. Den menneskelige viden vil hele tiden udvikles, blive overført og vedligeholdt i de forskellige sociale situationer. Berger og Luckmann definerer det på denne måde:

"En videnssociologi beskæftiger sig med en analyse af den samfundsskabte virkelighed".

De fremhæver således, at videnssociologien beskæftiger sig med forholdet mellem den menneskelige tanke, og den sociale kontekst hvori den opstår, og at den omhandler det sociale i forbindelse med hverdagslivet. Det er hermed mere en "commonsense" viden, end videnskabelige positioner, som videnssociologien skal rette sit fokus mod. Netop den viden skaber de forskellige betydningsstrukturer, uden hvilke intet samfund kan eksistere. Man kan således sige, at det, som videnssociologien nødvendigvis må beskæftige sig med, omhandler den sociale konstruktion af virkeligheder (Berger & Luckman, 2000, s. 15 + 28).

Det skal nævnes, at den videnskabelige position er moderat, og jeg har skønnet, at den derfor vil kunne genkendes og accepteres af praktikere herunder interview personerne. Dermed lettes den kvalitetssikring der består i, at interviewpersoner kan få lejlighed til at læse og acceptere deres bidrag til datagenereringen og forskerens fortolkning heraf (Barlebog, S. B. 2000, s. 84).

3.3. Studiets design

Indenfor samfundsvidenskaberne, skelnes der i almindelighed mellem to hovedformer for metoder, henholdsvis kvalitative og kvantitative. I de kvalitative metoder er det centrale, at man via forskellige måder at generere data på, eksempelvis ved interview og observationsstudier, vil kunne få en dybere forståelse for det problemfelt, som man vil undersøge. Denne metode har primært et mere forstående sigte, til forskel fra et mere forklarende sigte. I de kvantitative metoder vil det primære kundskabsmæssige sigte være en årsagsforklaring af de fænomener, som er genstand for undersøgelsen. Denne undersøgelsesmetode bliver i stort omfang brugt indenfor naturvidenskaben, f.eks. ved brug af statistik, matematik og aritmetriske formler (Andersen, I. 2002, s.41). I dette

projekt vælges den kvalitative metode i form af det semistrukturede interview, for at få lejlighed til at uddybe interviewet med de forskellige fagpersoners egne historier.

Metoden baserer sig på en tolkende tilgang, som via observationsstudier og kvalitative interview forsøger at give en meningsforståelse af de fænomener, som fremkommer. Denzin og Lincoln (2000) taler om fænomenernes "naturlige forekomst", hvilket vil omhandle de fagprofessionelles arbejde med kvalitetssikring – og udvikling. Denzin & Lincoln (2000, s.3) definerer det på følgende måde:

"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".

Som undersøgelsesstrategi i dette projekt, er den casebaserede metode valgt på grund af problemstillingens karakter, fordi den rummer mulighed for en dybtgående kvalitativ analyse af empirien. Det vil sige, at det er ønsket at belyse forskningsspørgsmålene ved at studere de fagprofessionelles meningsdannelse i forbindelse med kvalitetsprojekter. I casestudier produceres den type kontekstafhængig viden, som gør det muligt i en interaktiv proces, at opnå en stadig større erkendelse af feltet. Det er med afsæt i projektets 5 cases muligt for forskeren at lære og dermed have mulighed for at bevæge sig op på et højere forståelsesniveau af empirien (Maaløe, E. 1999).

Casestudier dækker også over en betegnelse af forskellige teknologier til at beskrive og analysere mere dybtgående undersøgelser af, hvordan mennesker agerer og interagerer med hinanden inden for deres egne rammer. Metoden i dette projekt er baseret på feltarbejde med udvalgte interview, som kan give en indsigt i hvilke faktorer, der henholdsvis kan fremme eller hæmme personers evne og vilje til, på en arbejdsplads dels at tage vare på egne interesser, dels at tage hånd om forhold som har betydning for vellykket gennemførelse af kvalitetsprojekter.

Yin, R. har defineret casestudier på denne måde:

"A case study is an empirical inquiry that:

- *Investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when*
- *The boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.*

Med andre ord kan casestudier være en hensigtsmæssig strategi, hvis man ønsker at afdække en bestemt kontekst, som forskeren mener, har en relevans for det, som man ønsker at undersøge (Yin, R. 1994, s. 13).

Studiet kan ligeledes muliggøre en bedre forståelse af, hvordan grupper arbejder sammen. Hvilke positive påvirkninger kan få indflydelse på det daglige arbejde for den enkelte kollega? Men også modsat, hvor en eller flere kollegaer eventuelt kan påvirke den enkelte medarbejder eller omgivelserne som helhed på negativ vis, og hvor feltet til gengæld kan dække over en række forskellige komplekse forhold. (Launsø, L. & Rieper, O. 2000, s. 93), (Maaløe, E. 1999, s. 24), (Yin, R, 1994).

Maaløe, E. (1999, s.34) har i sin bog beskrevet casestudier, som en metode til at foretage mere dybtgående undersøgelser af, hvordan mennesker agerer og interagerer med hinanden, inden for deres egne rammer. Han taler om to ting:

- *Det fyldige studium,* hvor der lægges vægt på at give forskeren en oplevelse af, hvor rigt feltet er, og hvor forskelligt individuelle mennesker agerer, samarbejder og oplever deres verden.

- *Det tynde studium,* som derimod koncentrerer opmærksomheden om en begrænset mængde af facetter.

Her er valgt ”*Det fyldige studium”* fordi sygehusene er store og komplekse organisationer med mange forskellige personalegrupper, som alle er dybt engageret i deres arbejde med en meget høj grad af faglighed. Ideen her er at se feltet som i et krystal, i hvilket alverdens muligheder brydes.

Donmoyer, R., (1990) fremhæver anvendelsen af case studier, fordi det giver muligheder for at udvide og berige repertoiret af de sociale konstruktioner og praktikker, nemlig det man reelt ser og

så udøver. Han anfører, at casestudier i forskningen også vil kunne blive et middel til at omforme kulturen.

Alternativer til casestudier kunne være at vælge en antropologisk og etnografisk metode, hvor det metodiske knytter sig mere til empiriske felt-, kultur- og hverdagslivsstudier. Denne metodiske tilgang vil imidlertid kræve en omfattende observationsperiode, hvor forskeren skal opholde sig i længere tid de steder, hvor data skal indsamles. Dette var ikke realistisk i dette projekt, hvor der indgår 5 forskellige case fordelt på tre hospitaler, som er nationalt geografisk spredt. Den antropologiske metode kunne være spændende i forhold til dataindsamlingen, men samtidig urealistisk af hensyn til projektets tidsramme.

3.3.1. Valg af caseorganisationer

Fra projektets start blev der, i samråd med vejleder, lagt nogle rammer for udvælgelsen af de forskellige hospitaler og afdelinger. Det første kriterium var at få udvalgt hospitaler, som var geografisk spredt på landsplan. Baggrunden herfor var, dels mit eget indgående kendskab til hovedstadens hospitaler, og dels at jeg var bekendt med, at der blev arbejdet med forskellige overordnede strategiske ledelses- og kvalitetsmodeller, som kunne påvirke de forskellige afdelingers planlægning og praktiske arbejde. De overordnede ledelsesmodeller kunne betyde, at mange opgaver blev angrebet på forskellige måder, og at der ikke var én metode, som nødvendigvis ville vise sig at være den eneste rigtige. Der blev arbejdet med mange spændende kvalitetsprojekter på de forskellige hospitaler og afdelinger. Der er dog ikke kutyme for, at man i større omfang bruger hinanden på tværs af amts- eller regionsgrænser til at samarbejde om forskellige udviklingstiltag. Dette er meget vigtigt (efter min mening) og årsag til mange unødige opfindelser af dybe tallerkner.

Det andet kriterium angik de afdelinger, som af deres respektive sygehusledelser blev valgt til deltagelse i projektet. De skulle indgå, som individuelle cases, og man skulle det pågældende sted arbejde seriøst med kvalitetsstyring og udvikling. Ligeledes var det vigtigt, at ledelsen ville være interesseret i at deltage i dette projekt, således at vi ville få en god og konstruktiv dialog. Der ville ikke indgå afdelinger, som man på forhånd var bekendt med, kunne have ledelsesmæssige eller

organisatoriske vanskeligheder, idet det var min overbevisning, at hvis der skulle komme noget konstruktivt ud af resultaterne, ville det være et godt udgangspunkt at komme med gode eksempler, frem for altid at tale om det, som går dårligt. Imidlertid må det anføres, at ved også at fokusere på de spændinger, der er internt i disse forskellige afdelinger, som netop er udvalgte på baggrund af deres gode image, vil man kunne forvente, at problemstillinger i mindre velfungerende afdelinger vil være endnu mere fremtrædende.

De tre hospitaler blev valgt på følgende måde:
Inden projektets start havde den lægelige direktør på H:S Frederiksberg Hospital hørt om projektet. Han meddelte, at hvis det kunne være af interesse for projektet, kunne det pågældende hospital indgå som det ene hospital. P.M., undertegnede og den lægelige direktør holdt efterfølgende et møde, hvor vi blev enige om, at hospitalet skulle indgå i projektet, og anmodede sygehusdirektionen om at udpege interesserede afdelinger.

En kontorchef i sundhedsforvaltningen i Roskilde Amt havde hørt om projektet, fået lidt materiale tilsendt og efterfølgende kontaktet flere af sygehusledelserne i amtet og givet dem en orientering om og opfordring til at deltage i projektet. Det var hans fornemmelse, at der kunne komme noget positivt ud af projektet. Der kom henvendelser fra to af hospitalerne, og der blev vi på samme måde enige om, at få dem til at indgå i projektet, og at sygehusledelserne skulle finde frem til interesserede afdelinger.

Universitetshospitalet i Aalborg, som hører til et af landets store universitetshospitaler, kontaktede jeg selv og forespurgte om de havde interesse i at indgå i projektet. Mindre end en uge efter, henvendte cheflægen sig og meddelte, at det havde de. Vi afholdt et møde med sygehusledelsen, hvor vi blev enige om, at de ligeledes skulle finde frem til afdelinger, som kunne deltage.

Som nævnt havde jeg ikke selv indflydelse på udvælgelsen af afdelinger. De blev alle udpeget af de respektive sygehusledelser, dels med den begrundelse at de var velfungerende og interesserede i afhandlingens emne, og dels fordi de i forvejen var kendte for at have præsteret flere gode udviklingstiltag, at have velfungerende ledelser og mange kvalificerede medarbejdere. De fem afdelinger repræsenterer forskellige specialer: neurologi, psykiatri, kardiologi, terapi/rehabilitering og apopleksiafsnit. Der er fire forskellige faggrupper involveret i det ledelsesmæssige aspekt.

Afdelingerne er meget forskellige både hvad angår speciale og størrelse, således at der ikke direkte kan foretages en komparativ analyse afdelingerne imellem.

Fra starten var det planlagt, at der skulle indgå 6 afdelinger fordelt på fire hospitaler, og at den sidste afdeling skulle dække et kirurgisk speciale. Sygehusdirektøren fra Køge sygehus viste stor interesse, for at de skulle deltage, og han nåede også at få en mødeaftale i stand mellem ledelsen i afdelingen, min hovedvejleder og undertegnede. Dette møde blev af forskellige grunde udsat. De viste stor interesse, men på trods af et års forhandling med en konstant udmelding om fortsat interesse, lykkedes det ikke at få aftalen i stand. Da projektet efterhånden var godt i gang, var det af tidsmæssige grunde ikke muligt at finde en ny kirurgisk afdeling, som var interesseret i at deltage. Dette er årsagen til, at der ikke er et kirurgisk speciale med i undersøgelsen, men det ville efter mit bedste skøn, heller ikke have påvirket de aktuelle resultater.

3.4. Datagenerering

Det kvalitative forskningsinterview er baseret på en samtale mellem to personer, hvor den interviewede med sine egne ord fortæller om egen opfattelse og mening.

Kvale, S. (1990, s. 19) definerer et forskningsinterview som:

"Et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interwiedes livsverden med henblik på at fortælle betydningen af de beskrevne fænomener".

Det kvalitative interview er således en samtale, hvor der på forhånd er udarbejdet en fastlagt struktur med et formål, med mulighed for en uddybelse af interviewet ud fra de forskellige svar som den interviewede kommer med. Den kvantificerbare metode har ligeledes en fastlagt struktur, men er baseret på nogle målbare data f.eks. ved spørgeskemaundersøgelser og statistiske beregninger. Den kvalitative forskning med de "bløde data" er forbundet med alternative opfattelser af social viden, mening, virkelighed og sandhed inden for den samfundsvidenskabelige forskning (Kvale, S. s. 24).

Kvale (2002, s 49 - 67) henviser til fire forskellige grundlæggende filosofiske tilgange til det kvalitative interview. Det drejer sig om henholdsvis den *postmoderne tænkning, hermeneutik, fænomenologi og dialektik.* Dette studiets tilgang inden for det kvalitative interview er den fænomenologisk videnskab med udgangspunkt i den primære oplevelse af verden. Kvale henviser her bl.a. til Merleau-Ponty, M. (1962) som siger:

"Alt hvad jeg ved om verden, selv via videnskaben, ved jeg ud fra mit eget synspunkt eller ud fra en oplevelse af verden, uden hvilken videnskabens symboler ingen mening ville have. Hele videnskabens univers er bygget på den levende verden, og hvis vi vil tænke selve videnskaben stringent, give en nøjagtig vurdering af dens betydning og rækkevidde, er vi nødt til først at genopvække denne oplevelse af verden, som den er et sekundært udtryk for[7]".

Ud fra denne fænomenologiske opfattelse er kvalitative undersøgelser af menneskers oplevelse af deres verden, grundlæggende for de mere abstracte videnskabelige undersøgelser af den sociale verden. Det kvalitative interview er således en forskningsmetode, som giver en grundlæggende oplevelse af en livsverden.

Kvale, S. (2000, s. 64) henviser også til, at forståelsesformen i de kvalitative forskningsinteriew ligger på linie med den fænomenologiske forståelse med livsverden som udgangspunkt.

Maaløe, E. tager udgangspunkt i, at casestudier er en mere dybdegående undersøgelse af, hvordan mennesker indenfor deres egne rammer, agerer og interagerer med hinanden.
Han henviser til fem områder, som er relevante datakilder for gennemførelsen af casestudier, og som har betydning i et projekt på forskellig vis:

1. *Foreliggende dokumentation:* Der skal foreligge en eller anden form for dokumentation. Det kan f.eks. være ved forskellige mødereferater, rapporter eller forskellige former for statistisk materiale og oversigter.

2. *Arkivalier:* Det kan f.eks. være en organisationsplan, som præsenterer den enkelte struktur på arbejdspladsen, og det kan være forskellige proceduremapper og/eller forskellige

[7] Oversat efter "Phénoménologie de la Perception", 1945.

projektbeskrivelser, som har været benyttet, eller som skal i anvendelse på et eller andet tidspunkt.

3. *Interview:* Kan være et semistruktureret interview udarbejdet ud fra nogle hovedtemaer, som ønskes besvaret med mulighed for at stille et eller flere dybdegående spørgsmål og modtage tilsvarende besvarelser.

4. *Direkte observation:* Kan finde sted i forbindelse med møder og iagttagelser af den daglige arbejdsproces.

5. *Fysiske effekter, layout og arkitektur:* Er udtryk for en given orden, som kan være umiddelbart indlysende, eller en orden der kun kan observeres ved at søge dybere i det tilgængelige materiale. Denne form for orden kan være arrangeret bevidst eller være opstået på baggrund af forsømmelighed.

Maaløe, E. (1999, s. 32-33)

I dette projekt er de fire første punkter på forskellig måde indgået som en del af datamaterialet i de 5 case. Det sidste punkt har ikke været aktuelt.

Forud for mine interviews, havde jeg udarbejdet en overordnet interviewguide (bilag 1). Dette var med henblik på at fastholde emnet, dog med mulighed for at kunne stille uddybende spørgsmål afhængig af de forskellige svar, som jeg ville få. Ligeledes var der i mine interview en mulighed for, at de interviewede kunne uddybe deres besvarelser med gode historier (narrativer).

Interviewene med de forskellige ledere fandt sted på deres respektive kontorer eller afdelingernes samtalerum. Interviewene varede fra 1 – 2 timer og blev optaget på bånd og efterfølgende transskriberet. Selve transskriberingen blev varetaget af en forskningsmedarbejder, som deltog ved flere af interviewene. På anbefaling fra en bivejleder blev transskriberingen udskrevet som et resumé for at udelade mange overflødige ord og for at lette den efterfølgende bearbejdning. Umiddelbart virkede det som en overskuelig måde at gøre det på, men på grund af min manglende konkretisering og teoretisering af projektet på det tidspunkt interviewene fandt sted, må jeg

erkende, at jeg senere i mit forløb ønskede, at jeg havde fået en total udskrift af de samlede interview. Jeg var usikker på, om alle de vigtige pointer, som relaterede til mine teoretiske områder inden for det dramaturgiske spil, var med i transskriberingen. Derfor måtte jeg i bearbejdningen af mit datamateriale, efterspille samtlige interviewbånd for at sikre mig, at jeg havde fået alle vigtige udsagn med.

Selve interviewguiden dannede baggrund for de emneområder, som projektet omhandler. Jeg var i et vist omfang fleksibel i selve interviewsituationen, således at rækkefølgen jævnfør interviewguiden kunne ændres, alt efter de forskellige besvarelser. Ved samtlige interview, kom jeg igennem alle spørgsmål, og ud fra den enkelte situation og besvarelse, fik jeg også tilføjet nye spørgsmål.

I forbindelse med de forskellige interview, oplevede jeg en god stemning, og velforberedte informanter, som forud for interviewet var blevet bekendt med hovedtemaerne i mine spørgsmål. Det var tydeligt, at alle var klar over, at jeg havde et indgående kendskab til deres stillinger og fagområder, således at vi var i stand til at anvende en terminologi, som begge parter forstod. Specielt var det tydeligt for mig, at samtlige afdelingsledelser havde afsat god tid og ikke ville forstyrres medens vi talte sammen.

3.5. Kvalitetssikring af studiets resultater

I forbindelse med generering af data, skal man ikke underkende, at den rolle man selv indtager, kan påvirke den interviewedes besvarelse af spørgsmålene. Medarbejderne kan nemt få opfattelsen af, at man er ledelsens ”mand”, netop fordi man er kommet ind i afdelingen via ledelsen. Det kan således være en udfordring at opnå en fortrolighed imellem forsker og medarbejder, fordi der kan være værdifulde udsagn, som medarbejderne ikke umiddelbart ønsker, kommer videre til ledelsen. Derfor skal forskeren være meget opmærksom på egen optræden og retorik. Et andet forhold, man skal være opmærksom på, er, at når de ansatte i en afdeling kender til et aktuelt projektemne, vil der automatisk blive større opmærksomhed på dette emne i afdelingen. I forbindelse med dette projekt,

er fokusområderne **kvalitetsudvikling og ledelse**. Det kan derfor komme til at betyde, at der i langt større omfang end vanligt rettes en opmærksomhed på, hvorledes de forskellige arbejdsprocesser udføres, at personalet både bevidst og ubevidst udfører de forskellige procedurer mere korrekt og systematisk. Derved sker der, blot ved at påbegynde et sådant projekt, automatisk nogle sandsynlige forbedringer, som er relateret til feltobservationsstudiet.
Det er væsentligt at understrege, at jeg som interviewer har søgt at stå lige med de personer jeg interviewer, både hvad angår viden og status.

3.5.1. Generaliserbarhed

Et væsentligt spørgsmål, som stilles i forbindelse med interviewundersøgelser er krav om generaliserbarhed. I dagligdagen er det noget, som vi gør mere eller mindre spontant, udfra vores erfaring og oplevelser af en given situation i samspillet med andre personer. Inden for forskning, er kvalitativ generalisering et af de væsentlige spørgsmål, som bliver stillet i forbindelse med caseundersøgelser.

Stake, R (1994, s. 242) er fremkommet med denne definition på generalisering:

"Det kvalitative case–studium er kendetegnet ved, at forskeren bruger meget tid på stedet i personlig kontakt med aktiviteter og operationer i forbindelse med casen og reflekterer over og reviderer meningen med det, der foregår".

Denne definition dækker dette projekt godt, idet der er anvendt meget tid på information af personalet, gennemførelsen af de forskellige interview, samt ved de forskellige studiedage på afdelingerne. Desuden reflekterer jeg over interview og andre oplevelser.

På baggrund af Stakes diskussion af generalisering i forbindelse med gennemførelsen af casestudier, kan der beskrives tre forskellige former for generalisering:

- *Den Naturalistiske generalisering* – som er baseret på en personlig erfaring. Ud fra den "tavse viden" om hvordan forskellige ting foregår, kan den verbaliseres og forvandles til en

eksplicit propositionel viden. Et af kendetegnene ved den erfarne fagprofessionelle i sundhedsvæsnet er en intuitiv fornemmelse, som bygger på erfaring og viden, som igen kan omsættes til handling, uden at der behøver blive sat mange ord på det, som sker.

- *Statistisk generalisering* – baseret på tilfældigt udvalgte interviewpersoner i befolkningen, hvor der, som stikprøver, indhentes svar på et eller flere spørgsmål via en spørgeskemaundersøgelse. En kvantificering af interviewresultaterne, vil medføre at disse kan underkastes en statistisk generalisering. Inden for statistisk generalisering, kan udvælgelseskriterierne også være fastlagt ud fra andre kriterier, som f.eks. ved undersøgelser af livsstilssygdomme. Her kan det være af stor værdi, at udvælgelsen bliver foretaget inden for en bestemt gruppe køn, alder, uddannelse eller sociale forhold.

- *Analytisk generalisering* – baseret på en analyse af ligheder og forskelle mellem to situationer, hvor forskeren baserer sin generalisering på en assertorisk (påstået) logik. Dette kan f.eks. være på baggrund af teoretiske argumenter, eller ved juridisk argumentationsform i en ret. Gennem forskellige juridiske argumenter ledsaget af specifikation af dokumenter og en præcisering af forskellige argumenter kan dette lede til slutningsregler, som alle fornuftige mennesker kan enes om. Således vil det i retspraksis være retten, som afgør, om en tidligere sag kan danne en præcedens, som kan generaliseres over på en aktuel sag Kennedy, M. (1979, s. 663).

Hvor Kennedy taler om de retslige og kliniske felter, er det dommeren eller klinikeren, som afgør, om der er tilstrækkeligt materiale til stadfæstelsen af en aktuel sag.

I dette projekt anvendes der dels en naturalistisk generalisering og til en vis grad en analytisk generalisering, men ikke den statistiske generalisering.

Schofield, J. (1990) peger på tre mål for generalisering i en undersøgelse:

1. ***Hvordan der er?*** hvor der foretages en beskrivelse, af det aktuelle. I dette projekt vil det omhandle, hvordan de forskellige afdelinger arbejder med kvalitetsudvikling.

2. ***Hvad der er muligt?*** hvor det i denne undersøgelse f.eks. kan være, hvilke nye tiltag ledelserne eller medarbejderne mener, kan være realistiske at sætte som nye mål i et fastlagt tidsrum inden for nogle givne rammer.

3. ***Hvordan det kunne blive?*** som omhandler, hvad synes man kan være godt for ens afdeling at stræbe mod. Noget som måske kan blive enestående, og som vil opfattes som attraktivt for arbejdspladsen.

Således vil de argumenter som både Kennedy og Schofield fremfører, være gældende i dette projekt.

3.5.2. Reliabilitet

Reliabilitet vedrører forskningsresultaternes konsistens og omhandler, i hvilken grad en undersøgelses datamateriale har været udsat for forstyrrende påvirkninger eller andre fejlkilder, som ville kunne påvirke forskningsresultaternes konsistens. I denne afhandling indgår mange citater i analysen, både korte og længere, som er en direkte afskrift af de forskellige interview. Der er i alt foretaget 23 interview. De indskrevne citater er anført for at sikre størst mulig reliabilitet, og for at minimere muligheden for manipulation af teksten. Jo kortere og relativt få direkte citerede tekster, des nemmere vil der opstå en meningsforstyrrelse, som kan blive fortolket i en anden retning, end det oprindelig var tænkt af den interviewede person.

Som eksempel på en meningsforstyrrelse, kan nævnes når journalister fremlægger en sag i medierne med små korte udpluk af citater, så sagen kan opfattes, som noget helt andet end det, som den interviewede faktisk udtalte. Medierne ønsker nyhedsstof, og kan blæse en historie op på baggrund af udpluk i udtalelser, som i den store sammenhæng var uden nogen særlig betydning.

De forskellige interview har derfor en stor betydning for en undersøgelses reliabilitet. Hvis der bliver stillet mange ledende spørgsmål, kan det påvirke svarene i en bestemt retning. Samtidig skal man ikke underkende, at måden hvorpå spørgsmålene bliver stillet, kan opleves som ubehagelig af den person, som bliver interviewet. Det vil derfor kunne påvirke besvarelserne i en bestemt retning,

og dermed påvirke slutresultats reliabilitet. I dette projekt har jeg forsøgt at undgå at stille ledende spørgsmål, og jeg har lagt op til, at de interviewede selv fortæller og ikke kun kommer med svar som ja og nej. Jeg har opfordret de interviewede til at komme med forklaringer, suppleret med forskellige historier. Jeg har desuden forsøgt at skabe en god stemning, så situationen ikke blev opfattet negativt af den interviewede person.

I en analyse kan der forekomme fortolkningsuoverensstemmelser. I dette projekt er der sket kodning ud fra de forskellige interview, ud fra den overordnede interviewguide samt ved observationer og samtaler under det praktiske arbejde i afdelingerne. Dette er sket for at undgå fejlfortolkninger og dermed øge reliabiliteten.

I den forbindelse skal det nævnes at mine interview havde den bias, at jeg kendte det empiriske felt særdeles godt, og dette ville i princippet kunne påvirke min opfattelse af de udtalelser, som fremkom i de forskellige interview. Afdelingsledelserne kunne desuden føle sig hæmmet, fordi jeg i forvejen havde en særlig indsigt i deres virkefelt, og samtidig kunne de have et ønske om, at være så oprigtige som overhovedet muligt i deres udtalelser, samtidig med at de ønskede at fastholde det ”gode image”, som de var bevidst om, at de havde. Imidlertid er det min personlige oplevelse, at samtlige ledere på baggrund af de forskellige interview ikke følte sig hæmmede, var meget oprigtige og forsøgte at præsentere deres syn og meninger på den måde, de virkelig følte var det rigtige. Jeg har selv så objektivt som muligt forsøgt at vurdere de enkelte udtalelser. Samtidigt betyder mit forhåndskendskab, at jeg kunne leve mig ind i deres livsverden og meningskonstruktioner.

3.5.3. Validitet

Validitet er en sikring af, at de opnåede resultater har gyldighed. Ved et validt argument forstår man, at noget er korrekt og velbegrundet. Validitet opfattes i klassiske og positivistiske termer som et udsagn om, at vi nu også måler det, som vi tror, vi gør, altså hvorvidt en metode også undersøger det, som den har til formål at undersøge, det vil sige, om vi får belyst de fænomener eller forskelle, som vi er interesseret i, og som dermed kan føre til en gyldig videnskabelig viden Pervin, L.A.

(1984, s. 48). En radikal konsekvens heraf kunne være, at den kvalitative forskning ikke er valid, hvis den ikke resulterer i tal, Kerlinger, F. N. (1973, s. 138).

Inden for filosofien stilles selve spørgsmålet om, *hvad er gyldig viden*? Man skelner mellem tre forskellige sandhedskriterier Kvale, S. (2000 s. 233 – 234):

- ***Korrespodens*** omhandler, i hvilket omfang et udsagn stemmer overens med den objektive verden. Korrespondensen har været centralt placeret inden for den positivistiske samfundsvidenskab.

- ***Kohærens*** henviser til et givet udsagns konsistens og indre logik. Kohærensen har haft sin position inden for hermeneutikken og matematikken.

- ***Det pragmatiske kriterium*** sammenkæder den frembragte sandhedsværdis praktiske konsekvenser og har været fremherskende inden for marxistisk filosofi og pragmatisme.

Inden for den kvalitative forskning, tales der om forskellige måder at kontrollere de fremkomne resultater. Glaser og Strauss (1967) taler om, at validering ikke er nogen endegyldig verifikation eller produktionskontrol, men at verifikation er en del af selve forskningsprocessen med en kontinuerlig kontrol af resultaternes troværdighed, plausibilitet og tilforladelighed. Det betyder, at der kontinuerligt i et projekt vil ske en validering fra begyndelsen og til projektets afslutning. Dette vedrører således undersøgelsens forskningsspørgsmål, det teoretiske valg, interview delen med de interviewedes troværdighed og den efterfølgende analyse, konklusion og perspektivering. Den færdige rapport skal således vise en sammenhæng af det samlede forløb.

3.5.4. Triangulering

Validitet af casestudier sikres primært gennem en triangulering.
Ordet triangulering kommer oprindeligt fra en landmålers arbejdsområde, hvor man måler i en retning ved at bruge to eller flere sigtelinier til at fastlægge et punkt. Inden for dette forskningsområde, betyder det, at man må indsamle sine data på flere fronter:

- Interview.
- Direkte observationer fra det kliniske felt.
- Kurser og møder.

Processen vil derfor blive en triangulering både i forhold til det empiriske felt og ved den efterfølgende teoretiske bearbejdning. Den analytiske del vil således bygge på mere end blot en enkelt datakilde. En præsentation af en organisations liv kan ikke bygge på én eller få informanters udsagn, men må være en kobling imellem forskellige typer af kilder (Maaløe, E. 1999, s. 220).

Ved projektets dataindsamling er der fremkommet historier, som illustrerer ledernes egne opfattelser af de overordnede ledelsesmæssige - og kvalitetsudviklings tiltag, som kan virke udfordrende, i forhold til hvad der anses for at være fornuftig praksis, i forhold til de fagprofessionelles egen meningsforståelse, hvad angår god kvalitet i dagligdagen både overfor kerneydelserne og i forhold til medarbejderne.

Jeg har trianguleret observationer og interview, og der har været overensstemmelser imellem det, som jeg har fået fortalt, og det som jeg har set på de forskellige afdelinger. Eksempelvis kan nævnes, at jeg, i forbindelse med mine interview med afdelingsledelsen på neurologisk afdeling på Amtssygehuset Roskilde, blev bekendt med afdelingsledelsens vægtning og prioritering af det tværfaglige samarbejde, hvilket jeg ved flere personalemøder fik bekræftet stemte overens med personalets udsagn, og det som efterfølgende blev praktiseret i afdelingen.

3.6. Diskussion af metode, projektforløb og resultater

Udarbejdelsen af denne afhandling, har været personligt udfordrende, og har været en betydningsfuld læreproces. Hvis jeg fra starten af projektet havde vist, hvad jeg ved nu, er der flere ting, som jeg ville have prioriteret på en anden måde, hvilket ville have gjort min arbejdsproces nemmere, og betydelig mere konstruktiv. Jeg vil her beskrive nogle af de områder, hvor jeg mener, at en ændret angrebsvinkel, kunne have påvirket projektet positivt, og styrket den teoretiske analyse.

Som tidligere beskrevet, havde jeg svært ved at afgrænse mit felt. Det påvirkede fokusfeltet, så det blev mere uklart, og gjorde forberedelserne til indsamlingen af min empiri mere omfangsrig. Jeg havde ingen problemer med at finde hospitaler, der var interesserede i at deltage. Da aftalerne med de tre involverede hospitaler lå fast, begyndte jeg med en meget omfattende møderække, dels med de forskellige ledelser, dels med de forskellige afsnit, for at give en nærmere information om projektet, og om afdelingernes grad af involvering. Da jeg på det tidspunkt ikke var teoretisk afklaret, var det vanskeligt overfor informanterne, at redegøre detaljeret for projektets kerneområde.

Som basis for selve projektet indgår fire faggrupper, men i de forskellige afdelinger, var der ansat andre faggrupper, som ligeledes havde behov for oplysninger om, hvorfor jeg begyndte at gå rundt og observere og tale med de ansatte. Mine informationsmøder kom derfor til at blive talmæssigt omfattende. Ud fra min egen erfaring med afdelingsarbejde, var jeg meget bevidst om, at for at projektet skulle blive en succes, måtte jeg sikre, at alle i afdelingerne var bekendt med formålet med min tilstedeværelse, bekendt med projektets formål, og at det ikke drejede sig om undersøgelser, som kunne få betydning for personalets daglige arbejde og normering. Jeg har tidligere, under mine hospitalsansættelser, oplevet adskillige projektforløb, som har haft store vanskeligheder med at blive gennemført, fordi der ikke var brugt tilstrækkelig tid på at sikre, at personalet var ordentligt informeret, og det blev således en bremseklods for et ellers godt og relevant projekt. Derfor prioriterede jeg dette område meget højt. En prioritering som jeg oplevede var rigtig, idet sådanne forhindringer heldigvis ikke opstod undervejs.

Efter de mange informationsmøder, begyndte jeg at interviewe lederne. Jeg var dog fortsat ikke fuldt teoretisk afklaret, og min interview guide, blev derfor udarbejdet på baggrund af det overordnede tema, og var ikke forankret i det teoretiske område. Det kom til at betyde, at mængden af data blev meget stor og bred, og interviewene kom til at omfatte områder, som efterfølgende er blevet frasorteret, og derfor ikke indgår i selve afhandlingen. Der gik lang tid, før jeg havde fundet de teorier, som jeg i dag oplever som indlysende. Det betød i praksis, at jeg fik gennembearbejdet mange forskellige teorier, hvilket absolut ikke gjorde det nemmere at vælge. Fastlæggelsen af teorierne blev dermed først gjort sent i forløbet. Hvis jeg fra starten af havde været bevidst om, hvilke teorier jeg ville anvende, havde den indsamlede empiri med de forskellige interview, været mere konkret, og flere områder kunne være blevet uddybet. Databearbejdningen har derfor været

omfattende. Der er emneområder, som jeg selv mener, er vigtige i forhold til selve afhandlingens fokus, hvor besvarelserne er få. Jeg har i nogen grad ladet mig styre af interviewenes forløb og de forskellige forhold, som blev belyst der, i stedet for at få stillet mere konkrete spørgsmål til bestemte emneområder.

Fordelingen af interviewene skulle have været mere jævn, de forskellige fagpersoner imellem. Jeg fik, af naturlige grunde, rimelig hurtigt foretaget de forskellige interview blandt sygeplejersker og terapeuter. På lægeside indgår der udelukkende interview med ledende overlæger. Der indgår således ikke andre læger i de interview, som er foretaget på afsnitsplan. Der var aftalt flere interview med overlæger og afdelingslæger fra de forskellige afsnit, men før jeg fik gennemført dem, stoppede min vejleder indsamlingen af yderligere interview, idet det foreliggende materiale allerede var omfattende. Det medførte, at interview på lægeside er fordelt på de fem ledende overlæger. Efterfølgende finder jeg det beklageligt, at jeg ikke nåede flere interview fra lægegruppen, og at de udtalelser, der indgår fra denne gruppe i stedet er fremkommet ved samtaler under mine studiedage i afdelingerne. Imidlertid er der ved disse møder kommet mange gode udtalelser og meninger frem fra adskillige læger med relation til projektets emne område.

4. Kvalitet og kvalitetsstyring

4.1. Kvalitetsstyringsteknologier i sundhedsvæsenet

I det følgende præsenteres og diskuteres en række af de kvalitetsstyringstiltag, som i de seneste årtier har præget sundhedsvæsenet. Formålet med denne præsentation og diskussion er dels at introducere læseren til de kvalitetsstyringssystemer, som der refereres til i afhandlingens caseafsnit og analyser, dels at give læseren et indblik i de kvalitetsopfattelser, som er introduceret i sundhedsvæsenet via disse kvalitetsstyringssystemer. Efterfølgende kommer en kort redegørelse om de forskellige aktiviteter og krav, som de fem afdelinger på en eller anden måde er eller vil blive involveret i. De nævnte initiativer og handlingsplaner er vedtaget og indsat i tidsrammer. De lægger et pres på alle organisatoriske niveauer og placerer et ledelsesansvar for, at de gode intentioner bliver omsat til handlinger, evaluering, dokumentation og indberetning af resultater til registre og

kliniske databaser. Dette vil muliggøre en sammenligning af resultater mellem sygehuse og afdelinger, som patienter, fagprofessionelle og politikere kan vurdere, og som forventes at leve op til den ønskede gennemsigtighed jf. Debatoplæg; ”Et åbent og gennemsigtigt Sundhedsvæsen” udgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2003.

Jeg vil i dette kapitel ikke diskutere de forskellige kvalitetsopfattelser og deres placering, men henlægge denne diskussion til analyserne.

4.1.1. ”Total Quality Management” TQM

Efter afslutningen af 2. verdenskrig, skete der en kraftig udvikling indenfor hele kvalitetsbevægelsen. Følgerne af krigen havde bl.a. været, at den japanske industri var blevet ødelagt, og internationalt havde landet fået et elendigt renommé, hvad angik kvaliteten af deres forskellige produkter. For landet var det en katastrofe, men det resulterede i, at Japan ”vendte blikket” udad for at se, hvordan man i andre landes forskellige virksomheder kunne producere produkter med høj kvalitet. På baggrund af disse observationer, blev to amerikanere ved navn W.E. Deming og J.M. Juan inviteret til Japan, for at kunne introducere, og undervise forskellige japanske virksomhedsledere, i hele kvalitetsstyringstankegangen jævnf. ”*The Deming cycle*[8]”. Denne undervisning anses for at være en af flere betydningsfulde årsager til udviklingen af Japans kvalitetssucces, og dermed også den økonomiske fremgang, som landet efterfølgende oplevede Thorsgaard Larsen, H. & C. (1996, s. 336 – 337).

Med inspiration bl.a. fra de to amerikanere Deming og Juran startede dette en større revolution inden for kvalitetsledelse. Nogle af de betydningsfulde pointer var, at:

- Topledelsen skulle personligt gå forrest i arbejdet for kvalitet i virksomheden.

- På alle niveauer/funktioner i en virksomhed skulle der undervises i kvalitetsledelse.

[8] ”The Deming Cycle” kan ifølge Skum & Dahlgaard (1988) opfattes som kvalitetsstyringens grundlæggende arbejdsmetode. Det er en metode til at forbedre kvaliteten af arbejdsprocesserne. Metoden indeholder 4 aktiviteter: P-D-C-A (P=planning, D=do, C=control og A=action), der gentages cyklisk, og er meget håndgribelig, idet trin for trin angiver hvilke tiltag, der bør iværksættes (jfr. Deming 1986).

- Der skulle kontinuerlig finde kvalitetsforbedringer sted.

- Medarbejderne skulle involveres i kvalitetsforbedringer igennem kvalitetscirkler (Juran 1993).

Hele dette arbejde med kvalitetsudvikling påvirkede Japan i en så positiv retning, at de tydeligvis ændrede deres kurs fra at producere dårlig kvalitet til at få stor succes med en rivende udvikling og økonomisk fremgang. Efterfølgende blev "rollerne således byttet om", idet det blev de vestlige lande, som derefter rettede deres fokus på de japanske produktions- og ledelsesmetoder på baggrund af den japanske industris massive kvalitetsarbejde med gode resultater.

I 1980`erne ændrede rollerne sig til, at det blev japanske konsulenter, som rejste til USA og Europa, for at vejlede og undervise i at kunne sætte fokus på ledelse og ændringsaktiviteter. Alt dette danner baggrund for, at hele kvalitetsdiskursen begyndte at sprede sig til bl.a. Danmark. I løbet af 1990`erne blev kvalitetsstyring med bl.a. ISO – 9000 certificering og TQM nogle af de mest populære erhvervsøkonomiske begreber, som fortsat danner baggrund for de ledelses- og kvalitetsteknologier, som flere steder anvendes nationalt på det strategiske niveau. For to af de tre hospitaler, som indgår i dette forskningsprojekt, danner TQM baggrund for kvalitetsteknologien (Thorsgaard Larsen, H. & C. 1996, s. 338-339).

Udviklingen i Danmark indenfor kvalitetsdiskursen har været vekslende, idet der i flere år har været fokus på implementering af forskellige ISO – certificeringer. Dette har bl.a. manifesteret sig ved, at der tilbage i 1990`erne blev ISO – certificeret bio - kemiske afdelinger på danske hospitaler. Men sideløbende med ISO – certificeringerne havde man i flere amter politisk besluttet, at TQM modellen skulle danne baggrund for ledelses- og kvalitetsteknologien på flere af de danske hospitaler. Selve TQM modellen er opbygget omkring forskellige idealer[9], som beskrives af Andersen, N.Å. (1994).

[9] Begrebet ideal skal her opfattes som adskilt fra begrebet værdi. Hvor værdi ofte antages at bestå af et positivt defineret centrum, hvorfra alt andet kan udledes, har idealer ikke en sådan positiv givet størrelse og er i sig selv urealiserbare. Idealernes urealiserbarhed viser sig gennem en konstant problemforskydelse i indfrielsesprocessen. Idealer er i sig selv tomme og opnår kun mening, når der indenfor den diskurs, hvor idealerne optræder, henvises til dem i forbindelse med italesættelsen af problemer, subjekter, objekter osv. Opfattelsen af problemer indenfor diskurserne, er således

Jeg vil her efterfølgende kort beskrive de seks betydningsfulde idealer som indgår i TQM modellen, velvidende at modellen er blevet videreudviklet og søgt tilpasset forskellige behov:

1. *"Kvalitet"* er det mest centrale ideal i TQM modellen. Alle medarbejdere skal tilstræbe, at arbejde for at skabe forbedringer i relation til de forskellige produkter og serviceydelser. Det vil sige, at indenfor de ydelser, som et hospital skal levere til en patient, skal kvaliteten være "bedst mulig". Det gælder i forhold til diagnostisk, behandling, rehabilitering og pleje, samt i forhold til den service, som patienten vil opleve. I modsætning til *"Common sense – opfattelsen",* som blandt de fagprofessionelle er udbredt i sundhedsvæsnet, er det ikke "måleparametre", som er det centrale i TQM. Indenfor TQM diskursen skal resultaterne være mere målelige, og den kvalitet, som skal kunne leveres, skal tage udgangspunkt i hvad patienten oplever som værende god kvalitet. En anden væsentlig pointe er, at man ikke uden videre kan øge produktionen, uden at man samtidig sikrer sig, at de nødvendige ressourcer er til stede. Disse to pointer **skal** følges ad, hvis man vil være sikker på, at det fastsatte kvalitetsniveau kan opretholdes.

2. *"Kundefokusering"* omhandler den diskurs, hvor det er kunden, som definerer kvaliteten, og medarbejderne, som producerer kvaliteten. En væsentlig faktor for at kunne imødekomme disse gensidige behov er, at der finder en dialog sted imellem de to parter. Denne dialog imellem den sundhedsfaglige og patienten, kan bl.a. imødekommes via spørgeskemaundersøgelser, dialogfora, patientforeninger og invitationer til brugere af systemet til diverse foredrag og rundvisninger indenfor forskellige specialer på hospitalerne.

3. *"The Scientific Approach"* med henvisning til Hill, S. (1991) inddeler denne TQM modellen i en hård (kvantitativ) og blød (kvalitativ) del. Med udgangspunkt i den mere videnskabelige del, er det væsentligt, at man er i stand til at kunne måle og kontrollere de forskellige arbejdsprocesser, som finder sted. Dette kan gøres ved hjælp af en målbar kvalitetskontrol og statistiske metoder Thorsgaard Larsen, H. & C. (1996, s.342).

---

determineret af idealerne i den forstand, at problemerne opstår som spejlinger af idealerne, der derved udfører en helt central diskursregulerende funktion (Andersen 1994).

4. *"Kontinuerlige forbedringer"* vil i TQM diskursen betyde, at der til stadighed skal ske kvalitetsforbedringer. Der henvises her til det japanske begreb også kaldet *"Kaizem"*, som inddeles i tre dele:

   a. *"Den ledelsesorienterede del"* som specielt omhandler den strategiske planlægning med fokus på produktionen.

   b. *"Den gruppeorienteret del"* som omhandler gruppers aktiviteter med koncentration omkring fælles indsatsområder bl.a. arbejdet med kvalitetscirkler.

   c. *"Den individuelle del"* hvor hver enkelt medarbejder opfordres og forventes at komme med kvalitets forbedringsforslag.

   Det væsentligste her er, at der hele tiden er fokus på at skabe kvalitetsforbedringer, at det ikke udelukkende kun handler om opgaveløsninger og resultater, men at der i ligeså udtalt grad er fokus på medarbejdernes måde at arbejde på.

   En af de målemetoder som anvendes til at sammenligne de forskellige resultater er benchmarking[10]. Herved opnås en præsentation og sammenligning af de forskellige resultater både internt, og externt i forhold til organisationen.

5. *"Involvering",* bemyndigelse og påskønnelse af medarbejderne er en vigtig forudsætning for, at man til stadighed kan opnå kvalitetsforbedringer. Netop medarbejderinvolvering er af stor betydning, for at systemet kan fungere optimalt. Ligeledes er det også af stor betydning, at man tør give medarbejderne et medansvar på procesforløbet, og at de er i stand til at kunne handle selvstændigt og træffe beslutninger.

[10] Benchmarking defineres af Finansministeriet som systematiske sammenligninger med erfaringsudveksling og forbedring for øje. Benchmarking kan således bidrage til at styrke effektiviteten og kvaliteten i den offentlige sektor. Benchmarking kan anvendes som værktøj til at afdække utilsigtede forskelle i effektivitet og kvalitet i den offentlige sektor. Men metoden kan samtidig bidrage til at give konkrete fingerpeg om, hvordan problemerne kan afhjælpes. I den forstand kan benchmarking anvendes som både termometer, diagnoseredskab og medicin, når den offentlige sektor skal forbedres (www.fm.dk/1024/visArtikel.asp?artikelID=3504).

6. *”Total Commitment”:* for at TQM modellen fungerer optimalt, skal man internt i organisationen arbejde for at få skabt en kultur, hvor alle går ind for de rammer, som man er underlagt.

   Der peges endvidere på noget meget væsentligt, nemlig at lederne hele tiden skal gå forrest. De skal til stadighed være synlige, tale det specifikke anvendte kvalitetssprog og sikre, at der ikke er nogen tvivl om, hvilken kultur der ”hersker” i afdelingen. Ligeledes skal der kontinuerligt arbejdes med implementering af kvalitetsresultaterne, og der skal være fokus på en konstant kvalitetsudvikling. Ledelsen skal have fuld tillid til, at medarbejderne er i stand til at kunne handle selvstændigt, og at den enkelte er indstillet på at yde den bedst mulige kvalitet (Thorsgaard Larsen, H. & C. 1996, s.343-345).

   Adskillige påvirkninger igennem flere årtier, har medført en ikke ubetydelig transformering af kvalitetsdiskursen, og dermed også af TQM.

4.1.2. Akkreditering

Akkreditering er en kvalitetsbedømmelse af præstationer i en organisation, vurderet af uvildige eksterne fagfolk i forhold til fastsatte standarder. Dette er en klart bureaukratisk tilgang til kvalitetsstyring i en organisation. I dette projekt indgår akkrediteringsorganisationen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) som er en af verdens største organisationer indenfor certificering af hospitaler. Organisationen, som stammer fra USA, er oprindeligt dannet på baggrund af de lægevidenskabelige selskaber tilbage i 1950`erne, for at sikre en opretholdelse af kvaliteten på hospitalerne. I organisationens bestyrelse er der repræsentanter fra flere forskellige sundhedsfaglige områder, de lægevidenskabelige selskaber, sygeplejersker, tandlægeforeningen og lægfolk.

Akkreditering i Danmark omfatter 367 standarder, som er oversat fra engelsk og tilpasset danske forhold. Disse bliver gennemgået af udefrakommende akkrediteringskonsulenter, som gennemgår afdelingen for dens grad af overholdelse af standarterne. Standarderne er opdelt i to forskellige

områder. En patientfokuseret del omhandlende 181 standarder, og en mere organisatorisk del med 186 standarder.

Den patientfokuserede del omhandler:

- Patientens adgang til behandling.
- Kontinuitet i behandling og pleje.
- Patientrettigheder og etiske principper.
- Vurdering af patientens behov.
- Behandling og pleje af patienter.
- Vejledning af patienter.

Eksempler på temaer fra de patientfokuserede standarder:

- Bliver patienten vurderet før, under og efter operation?
- Er der etableret systemer der sikrer at patienten får den rigtige medicin?
- Er patienter med en ernæringsmæssig risiko identificeret, og følges kostplan?
- Lægges der plan for udskrivning, og bliver patienten gjort bekendt med den?
- Hvor høj er patienttilfredsheden?

For at sikre et effektivt patientforløb er der andre faktorer, som vurderes. Det drejer sig om:

- Ledelse generelt.
- Kvalitetsorganisationen, kvalitetsledelse og kvalitetsudvikling.
- Risikoadministration inklusive håndtering af fejl og utilsigtede hændelser.
- Forebyggelse af infektioner og infektionskontrol.
- Medarbejdernes kvalifikationer og uddannelse.
- Dokumentation og håndtering af information.
- Sikkerhed, fysiske rammer og forsyninger.

Selve vurderingen foregår ved at et hold af akkreditører, som er et fagligt team bestående af en administrator, en læge og en sygeplejerske besøger hospitalet. Deres besøg varer i ca. 5 dage, hvor

de via en scoringsmanual omsætter den kvalitative vurdering til et pointsystem. Dette giver en samlet vurdering af hospitalet[11].

4.1.3. Kvalitetsstrategier

I takt med at forskningen åbner nye muligheder for behandling, stiger efterspørgslen fra patienterne. Der er stor interesse fra de fagprofessionelles side for at udvikle og dokumentere den bedst mulige sundhedsydelse. Vi kan i dag tilbyde flere behandlingsformer og behandle flere patienter indenfor en fastlagt økonomisk ramme end tidligere. Fra politisk hold er der et udtalt fokus på effektive patientforløb, accelererede patientforløb og på minimering af omkostninger. Det er væsentligt at kunne følge dette på en systematisk måde, så det ikke kun vurderes på baggrund af fornemmelser.

Efterfølgende er en kort opremsning af de forskellige aktiviteter og krav, som de fem afdelinger på en eller anden måde er, eller vil blive involveret i. De nævnte initiativer og handlingsplaner er vedtaget og indsat i tidsrammer. De lægger et pres på alle organisatoriske niveauer og placerer et ledelsesansvar for, at de gode intentioner bliver omsat til handlinger, evaluering, dokumentation og indberetning af resultater til registre og kliniske databaser. Dette vil muliggøre en sammenligning af resultater mellem sygehuse og afdelinger, som patienter, fagprofessionelle og politikere kan vurdere, og som forventes at leve op til den ønskede gennemsigtighed jvf. Debatoplæg; ”Et åbent og gennemsigtigt Sundhedsvæsen” udgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2003.

Den nationale strategi for kvalitetsudvikling:

I 1993 formulerede Danmark, som et af de første lande, en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Formålet med strategien var et ønske om at få systematisk kvalitetsudvikling integreret i sundhedsvæsenet. Det var desuden et forsøg på at etablere en fælles forståelse og begrebsanvendelse som grundlag for det videre arbejde. Strategien var primært beregnet på de politiske og administrative beslutningstagere samt derudover det ledende sundhedspersonale, og sundhedspersonalet som en helhed.

[11] H:S Direktionen Juli 2001, Kvalitetsudvikling og akkreditering i H:S, Principper, organisering og metoder.

Strategien præciserer ansvarsfordelingen på de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet og giver en beskrivelse af forskellige udvalgte kvalitetsudviklingsaktiviteter.

Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet tager udgangspunkt i WHO's definition af kvalitet i sundhedsvæsnet og beskriver god kvalitet som høj grad af målopfyldelse og et godt resultat for patienten (www.sst.dk)[12].

I 1998 blev der i Sundhedsstyrelsens regi nedsat et udvalg med det formål at etablere mål for kvaliteten af sygehusbehandling, og efterfølgende i 1999 etableret et nationalt råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet for at sikre en overordnet landsdækkende styring og koordinering.

Rådet holdt i efteråret 2000 en konference, hvor strategier og opgaver blev drøftet tillige med forventninger og krav til en ny national strategi for kvalitetsudvikling. Konferencen afdækkede, at en ny national strategi skulle afspejle udviklingen på området samt omfatte fælles nationale indsatsområder både i den primære og sekundære sundhedssektor.

Følgende elementer skal være til stede:

A. *Høj professionel standart:*
   Høj professionel standard indebærer uddannelse af sundhedspersonale, kompetenceudvikling samt kvalitetsudvikling som fag og tværfaglig disciplin. Dokumentation skal være en integreret del af sundhedsvæsenets arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse.

B. *Effektiv ressourceudnyttelse:*
   Effektiv ressourceudnyttelse omfatter effektive patientforløb uden unødig ventetid, og tillige effektiv udnyttelse af udstyr og personalets ekspertise, både tidsmæssigt og økonomisk.

C. *Minimal patientrisiko:*

[12] www.sst.dk – National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet, 1993, ny udgave om fælles mål og handleplan 2002 – 2006.

Målsætningen ”Minimal patientrisiko” indebærer fokus på patient og personale inddragelse og læring i stedet for sanktioner i forbindelse med fejl.

I dag bliver næsten hver 10. patient udsat for en utilsigtet hændelse i forbindelse med hospitalsindlæggelser. Ud fra rationalet, at det er menneskeligt at fejle, men forkert ikke at lære af sine fejl, ønskes en vidensdeling og dialog om en forbedring af patientsikkerheden. Med dette formål blev dansk Selskab for Patientsikkerhed oprettet[13].

D. Høj patienttilfredshed:

Høj patienttilfredshed og viden om patienternes oplevelse og vurdering af de danske sygehuse er af uvurderlig betydning i den fortsatte udvikling, af et sundhedsvæsen i tråd med befolkningens ønsker.
Mange sygehuse og afdelinger har løbende tilfredshedsundersøgelser, som offentliggøres på sygehusenes hjemmesider og i det tidligere Amtsrådsforeningsregi nu regionalt og kommunalt regi. De gennemføres hvert andet år og omfatter patienttilfredshedsundersøgelser, som publiceres og er tilgængelige på de relevante hjemmesider

E. Helhed i patientforløbet:

Et patientforløb omfatter summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser som en patient kommer ud for i kontakten med sundhedsvæsenet, med henblik på behandling og pleje for et

[13] Lov om patientsikkerhed blev enstemmigt vedtaget i Folketinget den 4. juni 2003. Det er den første lov af sin art i verden. Loven har til formål at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsnet, og den forpligter sundhedspersonale til at *indrapportere utilsigtede hændelser,* samt sygehusejerne og Sundhedsstyrelsen til at handle på indrapporteringerne. Målet med lov om patientsikkerhed er at udbrede en læring, så mængden af utilsigtede hændelser kan reduceres. Loven er aktuelt blevet indarbejdet i Sundhedsloven (LBK nr. 95 af 07/02/2008), og regulerer sundhedsvæsenets funktion, krav til regioner og kommuners opgavevaretagelse, samt patientsikkerhed og patienters retsstilling. En nærmere beskrivelse af dette står i lovens kapitel 61 § 198 – 202.

Tre hændelsestyper skal indrapporteres:
1. Klinisk betydende hændelser opstået i forbindelse med medicinering.
2. Klinisk betydende hændelser opstået i forbindelse med operative/invasive indgreb.
3. Andre hændelser af alvorlig karakter, f.eks.at hændelsen resulterede i betydelig øget udredning eller behandlingsintensitet.

De utilsigtede hændelser skal indrapporteres til Dansk Patientsikkerheds Database.

givet helbredsproblem. Forløbet strækker sig fra patientens første kontakt med sundhedsvæsenet, indtil patienten ikke længere har behov for behandling eller pleje.

"Behandling og pleje" omfatter summen af sundhedsvæsenets ydelser i relation til en patients sundhedsproblemer. Forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.

Ovenstående operationaliseres via følgende elementer:

- *Patientoplevet kvalitet*, der omfatter brugernes tilfredshed med kontakten til sundhedsvæsenet.

- *Faglig kvalitet***,** der omfatter de sundhedsfaglige kerneydelser: diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.

- *Organisatorisk kvalitet***,** der omfatter arbejdets tilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, sammenhæng i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse.

Den nyeste nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet dækker perioden 2002 – 2006 og omhandler fælles mål og handlingsplan.

Det er i denne strategi, formuleret, at de grundlæggende principper for kvalitetsudvikling omfatter:

- Kvalitetsudvikling, som en systematisk, kontinuerlig proces, hvor erfaringer og ny viden løbende og målrettet anvendes.

- Egenkontrol.

- Fælles ansvar.

- Inddragelse af brugersynspunktet.

Der er en forventning, både fra patienter og politikere, om mere information og en øget gennemsigtighed vedrørende sundhedsvæsenets ydelser, herunder krav om sammenlignelighed mellem sundhedsvæsenets forskellige institutioner og enheder målt i forhold til udvalgte kvalitetsparametre. Dette har den konsekvens, at arbejdet med kvalitetsudvikling ikke længere kan betragtes som et internt anliggende for de enkelte institutioner. Sundhedsloven[14] fastsætter kravene til sundhedsvæsnet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for:

- Let og lige adgang til sundhedsvæsnet
- Behandling af høj kvalitet
- Sammenhæng mellem ydelserne
- Valgfrihed
- Let adgang til information
- Et gennemsigtigt sundhedsvæsen.
- Kort ventetid på behandling

Strategien omfatter en præsentation af centrale, tværgående temaer, hvor omdrejningspunktet er "det gode patientforløb" og beskrivelser af konkrete indsatsområder og aktiviteter.

Strategiperioden løb frem til 2006 og udviklingen inden for de enkelte indsatsområder bliver fulgt af Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet[15].

Den Danske kvalitetsmodel:

Med baggrund i økonomiaftalerne imellem Regeringen, amtsrådsforeningen og Hovedstadens sygehusfællesskab for 2002 og 2003 blev der indgået aftaler for udarbejdelsen af "Den danske kvalitetsmodel". Modellen er et dansk system, der understøtter kontinuerlig kvalitetsudvikling og omfatter principielt alle patientforløb i hele det danske sundhedsvæsen. Modellen skal fremme

[14] Lov nr. 546 af 24.06.2005 sundhedslovens § 2.
[15] Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet blev etableret i 1999 med det formål, at sikre en landsdækkende koordinering og styring af den overordnede indsats vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsnets ydelser.

kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene i sundhedsvæsenet. Den er blevet udviklet i forskellige versioner, med det formål gradvist at komme til at omfatte hele sundhedsvæsnet.

Til varetagelse af drift og den fortsatte udvikling af Kvalitetsmodellen er der i juni 2005 etableret en selvstændig institution: "Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet" også kaldet IKAS, som har fået domicil i Aarhus (www.dsds.dk). Programmet omfatter i første omgang offentligt ejede sygehuse, samt det psykiatriske område.

Programmets indhold vedrører:

- Standarder for generelle forløbsaktiviteter, der har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb.

- Standarder for sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter, der forholder sig til aktiviteter, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper.

- Standarder for organisatoriske aktiviteter, der forholder sig til tværgående organisatoriske aktiviteter, der er en nødvendig forudsætning for gode patientforløb.

Samarbejdet om udarbejdelse af det fælles vurderingsgrundlag (standarder og indikatorer) tager afsæt i materiale fra en række eksisterende danske kvalitetsprojekter og skal inddrage danske faggrupper, brugere og interessenter, samt have international konsulentrådgivning.

Primo juni 2006 blev den internationale konsulent Health Quality Service (HQS, den engelske kvalitets- og akkrediteringsorganisation) via et EU – udbud valgt for en 3-årig rådgivningsaftale med bestyrelsen i IKAS for at sikre, at kvaliteten i det danske sundhedsvæsen udvikles på et internationalt højt niveau.

Kvalitetsmodellens indhold og værktøjer grupperes i tre grundelementer:

- Fælles vurderingsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer og vurderinger).

- Fælles evalueringsmetoder (selvevaluering og ekstern vurdering).

- Samlet rapportering (tilbagemelding, akkreditering og offentliggørelse).

Standarderne inddeles i **generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder**, der vedrører kliniske aktiviteter i det enkelte patientforløb, og i **organisatoriske standarder**, der vedrører de bagvedliggende tværgående organisatoriske aktiviteter, som er nødvendige forudsætninger for gode patientforløb. Patientsikkerhed, patientinddragelse, kontinuitet, kvalitetsstyring og omsorg er gennemgående i standarderne.

Evaluering er i Kvalitetsmodellen baseret på kontinuerlig selvevaluering og suppleret med periodevis ekstern evaluering (peer review) ved danske og udenlandske eksperter f.eks. JCAHO. Den eksterne evaluering tager afsæt i resultatet af institutionens selvevaluering. Der benyttes kvalitative og kvantitative vurderingsmetoder.

Den nationale IT strategi:

Den nationale IT-strategi for Sundhedsvæsenet havde til formål at skabe en fælles ramme for den fulde digitalisering af det danske sundhedsvæsen i perioden 2003-2007[16]. Strategien opstillede en række visioner og konkrete initiativer, som skulle bidrage til at høste gevinsten ved at anvende moderne informationsteknologi i det danske sundhedsvæsen.

Det centrale i anvendelsen af informationsteknologi i sundhedsvæsenet er at sikre, at de rette informationer er til rådighed på rette tid og sted for såvel sundhedsprofessionelle som borgere og myndigheder. Det gælder både informationer om den enkelte patient og den faglige viden. Formålet er at sikre den højest mulige kvalitet i undersøgelse, behandling, pleje og genoptræning.

Ifølge strategien er der tre interesser, som IT kan være med til at tilgodese, nemlig borgernes interesse, de sundhedsprofessionelles interesse og samfundsmæssige hensyn i bredere forstand. Det

[16] www.National IT- Strategi for sundhedsvæsnet.dk.

er målet for IT-udviklingen i sundhedsvæsenet, at medvirke til at give et bedre samspil mellem borgere og sundhedsvæsenet og støtte den enkelte til i størst muligt omfang at tage vare på eget helbred og behandlingssituation.

IT skal bidrage til at sikre, at den enkelte borger/patient, oplever ét kontinuerligt forløb, selv om der er kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet. Det er en klar målsætning, at skabe et fundament, for at give den enkelte bedre mulighed for at få indflydelse på og aktivt deltage i egen behandling. For de sundhedsprofessionelle skal IT primært være redskab til at registrere og finde informationer, som er relevante for deres planlægning af behandling og pleje samt for dokumentation af de beslutninger, der træffes omkring patienterne.

Et af fokusområderne er indførelse af elektroniske patientjournaler i det danske sygehusvæsen samt initiativer, der skal skabe sammenhæng på tværs af sektor- og faggrænser i sundhedsvæsenet. Dermed banes vejen for at give den enkelte patient et optimalt sammenhængende patientforløb. Den nyeste strategi er, at fokusere på den samlede IT anvendelse i sundhedssektoren fra sygehuse og kommuner, til den enkelte aktør og den enkelte borger. Et af initiativerne er sundhed.dk, hvor den enkelte borger via personlig log-in kan se f.eks. sin egen medicinprofil.

”IT – strategien” er ikke nået så langt som forventet, og der ligger fortsat et meget omfattende arbejde forude, inden de forskellige mål er nået.

Eksempler på initiativer og aktiviteter til kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen:

Regeringen udformede i 2003 debatoplægget ”Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen” med det ønske, at sætte gang i processen med at offentliggøre informationer om kvaliteten i sundhedsvæsenet (www.im.dk).

Det var regeringens mål at skabe større åbenhed på dette område. Det som skulle afklares var:

1. Hvor bør grænsen for åbenhed gå? Hvilke typer af kvalitetsoplysninger skal registreres og offentliggøres?

2. Hvordan formidles kvalitetsoplysninger, så de både er alment forståelige og retvisende?

3. Hvordan kan kvalitetsmålinger og en ny åbenhed anvendes til at stimulere kvalitetsudvikling ved i højere grad at belønne dem, der leverer den bedste kvalitet?

Kvalitetsdeklarationer – et pilotprojekt på otte sygehusafdelinger:

På baggrund af anbefalingerne i en rapport fra Udvalget for Kvalitetsmålig i Sygehusvæsenet fra juni 2000 og Sundhedspolitisk redegørelse fra 2000 besluttede Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i 2001 at iværksætte et pilotprojekt for udvikling af kvalitetsdeklarationer. Kvalitetsmålingsudvalget beskrev kvalitetsdeklarationer som "et åbent vindue til offentligheden" og opstillede forskellige krav:

1. En kvalitetsdeklaration skal indeholde en selvdeklarationsdel – senere benævnt præsentationsdel - som skal orientere offentligheden om sygehusenes behandlingstilbud.

2. - Skal medvirke til at stimulere og synliggøre den kontinuerlige proces med kvalitetsudvikling ved at sikre offentliggørelse af en dokumentationsdel med kvalitetsdata.

3. - Skal med tiden også omfatte de praktiserende læger og speciallæger.

Konklusionen af pilotprojektet er, at kvalitetsdeklarationer er et hensigtsmæssigt medie til offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten på sygehusafdelinger. Det anbefales derfor, at kvalitetsdeklarationer videreudvikles og implementeres på landsplan, hvilket endnu ikke er sket.

Den Gode Medicinske Afdeling:

Projektet Den gode Medicinske Afdeling (DGMA) har siden 1995 og indtil udgangen af 2006 arbejdet med kvalitetsudvikling på medicinske afdelinger i Danmark. Dette arbejde videreføres i Den Danske Kvalitetsmodel. Projektets formål var at involvere afdelingerne i en fælles kvalitetsudviklingsproces med fokus på tværsektorielle patientforløb. Udgangspunktet var en række forslag til generelle kvalitetsmål, formuleret af DSIM[17] og senere af læger og sygeplejersker fra medicinske afdelinger i Danmark. På baggrund af disse kvalitetsmål fik DGMA, med assistance fra relevante samarbejdspartnere, løbende udviklet standarder og indikatorer til brug for vurdering og udvikling af kvalitet på kliniske afdelinger.

DGMA udgav i 2003 et katalog med henblik på at præsentere standarder og indikatorer for hele det tværsektorielle patientforløb, der i forhold til kataloget fra 2001 havde fået udbygget følgende temaer:

- Henvisning og visitation
- Ernæring
- Genoptræning
- Kontinuitet og koordination

Forbedring af kvalitetsniveauet i den enkelte afdeling har krævet, at afdelingen (ledelsen) aktivt følger op på resultatet af de gennemførte målinger. En af fordelene ved nationale målinger efter de principper, der anvendes i DGMA, er muligheden for brug af benchmarking.

DGMA's sekretariat gennemførte med jævne mellemrum interviews med afdelingsledelserne på de deltagende afdelinger, ligesom der gennemførtes besøg i alle regioner. Disse tiltag blev fulgt op med konkrete initiativer (idékatalog, tværsnitsundersøgelser, konferenceaktivitet) for at udbrede kendskabet til "de gode eksempler".
Sekretariatet påtog sig vejledning og rådgivning såvel i forbindelse med gennemførelse af DGMA's nationale kvalitetsmålinger som ved implementering af kvalitetsforbedrende tiltag (www.dgma.dk).

[17] DSIM = Dansk selskab for intern medicin.

Det nationale indikatorprojekt (NIP):

Det Nationale Indikatorprojekt[18] (NIP) er et projekt, der er oprettet af de videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, regionerne og Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet med det formål løbende at fremskaffe korrekte data vedrørende faglig kvalitet og sikre analyser og fortolkning af disse data. Projektet drives af regionerne, der både har påtaget sig ansvaret for udgifterne til den centrale enhed (Det Koordinerende Sekretariat) og de udgifter, der måtte komme i forbindelse med lokal implementering.
Afdelingsledelser, sygehusledelser, og regionsledelser skal arbejde tæt sammen og tidligt involveres i projektet, da resultaterne vil være relevante som ledelsesinformation på både afdelings-, sygehus- og regionsniveau. Resultaterne kan medføre behov for frigørelse af ressourcer og i visse tilfælde omlægning af kliniske arbejdsgange og rutiner.

Følgende sygdomsgrupper er aktuelt omfattet af NIP:

- Apopleksi
- Hoftenære frakturer
- Lungecancer
- Akut mave-tarm kirurgi
- Skizofreni
- Hjerteinsufficiens
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lunge lidelse (KOL)

[18] NIP Det Nationale Indikatorprojekt offentliggør resultater og rapporter for de udvalgte fælles offentlige sundhedsportal www.sundhed.dk. (Fremstilling og formidling af NIP – data).

Referenceprogrammer:

Et referenceprogram defineres som en systematisk beskrivelse af de elementer, som bør indgå i undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse af en bestemt sygdom eller et kompleks af symptomer på grundlag af dokumenteret viden. Der medtages organisatoriske og økonomiske overvejelser samt data, der skal anvendes til løbende overvågning af kvaliteten.

Et referenceprogram omfatter ideelt set hele patientforløb, dvs. det er tværfagligt og tværsektorielt og involverer dermed ofte både primær- og sekundærsektoren. Med det formål at inspirere og støtte de videnskabelige selskaber og andre i forbindelse med udarbejdelse af referenceprogrammer blev Sekretariatet for Referenceprogrammer[19] (SfR) etableret i august 2000 under Dansk Medicinsk Selskab som et 3-årigt projekt baseret på finansiering fra det daværende Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) - institut, nu Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi vurdering CEMTV. Dette sekretariat har siden 2004 været placeret under Sundhedsstyrelsen.

Indholdet i de forskellige referenceprogrammer, som bliver udviklet i SfR regi anbefales at indeholde:

- En evidensbaseret tilgang.
- Hele patientforløb, dvs. fra første kontakt til patienten er færdigbehandlet.
- Den tværfaglige indsats, dvs. omfattende alle sundhedsfaglige personalegrupper.
- Det tværsektorielle, dvs. indsatsen både i primær- og sekundærsektorsektor.
- Den organisatoriske tilrettelæggelse, dvs. opgavefordeling, visitation og samarbejdsrelationer.

[19] Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer, SfR, september 2002. Opdateret i februar 2004. Kan læses på www.sst.dk/sfr.

- Sundhedsøkonomiske overvejelser, herunder konsekvenser af anbefalinger i referenceprogrammet (f.eks. konsekvenser af en ændret behandlingsform eller organisation).

Referenceprogrammer som aktuelt er under udarbejdelse i SfR omfatter:

- Kroniske inflammatoriske tarmsygdomme
- Knæledsartrose (slidgigt)
- Angsttilstande hos voksne
- Depression hos voksne

Den aktuelle vejledning opstiller en række kriterier for udvælgelsen og prioriteringen af emner. Det er f.eks. områder, hvor der hersker en medicinsk og sundhedsfaglig usikkerhed, hvor der er stor spredning i klinisk praksis og/eller i behandlingsresultater. Det drejer sig også om sygdomme eller tilstande, hvor der er evidens for en effektiv behandling, og hvor dødelighed eller sygelighed kan reduceres. I SrR´s vejledning, har man opstillet en skabelon for, hvilke forhold som ønskes belyst ved indstilling af forskellige emneområder.

Der er i dette regi udarbejdet referenceprogrammer for:

- Akut koronar syndrom uden ledsagende ST- segment elevation på EKG
- Apopleksi
- Galdestenssygdomme
- Hysterektomi på benign indikation[20]
- Skizofreni
- Epilepsi

Andre aktører har på tilsvarende måde udarbejdet referenceprogrammer for:

- Lungecancer
- Hoftebrud
- Damp[21]

[20] Hysterektomi – fjernelse af livmoderen uden tilgrundliggende kræftlidelse.
[21] Damp – er en fejl i hjernens funktioner, som viser sig ved forskellige opmærksomhedsforstyrrelser hos børn og unge.

Kliniske kvalitetsdatabaser:

”Kliniske databaser[22]” er samlinger af offentlige kliniske data, som er struktureret således, at man kan fremfinde eksisterende data samt tilføje nye. I Danmark anvender man dette til registre sygdomsgrupper med en bestemt diagnose, en behandlings – eller undersøgelsesmetode, som et led af kvalitetsudviklingen.

Formålet med de kliniske databaser er at få registret den indsats, som ydes i forhold til sygdommen, at få resultaterne af den sundhedsfaglige aktivitet omkring den afgrænsede patientgruppe, vurdere om hvorvidt den givne behandling og de fremkommende resultater stemmer overens med de ønskede mål. Det er en kontinuerlig proces, som har til formål at forbedre kvalitetsniveauet.

I begyndelsen af 90`erne fremkom Sundhedsstyrelsen med et koncept for klinisk kvalitetssikring og kliniske databaser. Ønsket med dette var:

- At der inden for et sygehus og helst inden for et amt så vidt muligt kun anvendtes ét klinisk databasesystem, som med få tilretninger skulle kunne anvendes til registrering af data til alle relevante kliniske databaser.

- At det ideelle sted at registrere data til en klinisk database var den elektroniske patientjournal. Indtil denne bliver udbredt, er der flere andre alternativer.

- At uanset den valgte løsningsmodel, er en tilstrækkelig grad af integration helt afgørende for en klinisk databases succes på lidt længere sigt.

- At en hensigtsmæssig og standardiseret datastruktur er en forudsætning for at opnå en tilstrækkelig anvendelighed, integration og datakvalitet.

- At det er svært at specificere indholdet i en klinisk database korrekt, og at det derfor er nødvendigt at benytte en systematisk specifikationsmetode.

[22] Kliniske databaser – www.kliniskedatabaser.dk

I samarbejde med brugerne, de regionale kompetencecentre for kliniske kvalitetsdatabaser og sygehusejerne fastlægger Sundhedsstyrelsen formelle krav til indhold og struktur i kliniske databaser, ligesom der ydes faglig rådgivning til databaserne. Ansøgning om godkendelse skal sendes elektronisk via Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Alle godkendte databaser offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Med godkendelsen følger en indberetningspligt til databasen for alle sygehusejerne, offentlige såvel som private, samt praktiserende sundhedspersoner.

Trods en positiv holdning til konceptet, må man imidlertid konstatere, at det praktiske arbejde med registreringen i de kliniske kvalitetsdatabaser, er meget omfattende. Det går betydelig langsommere, end hvad man fra politisk hold og sundhedsstyrelsens side havde regnet med. Dette skyldes at indsamling, registrering af data og specielt arbejdet med at foretage analyse og tilbagerapportering er særligt tidskrævende. Derfor er der fortsat et stort arbejde, med at få databaserne implementeret som en del af det daglige praktiske arbejde i klinikken. En nærmere oversigt over kliniske databaser, kan ses på www.kliniskedatabaser.dk

Elektronisk patientjournal – EPJ:

En mere målrettet og effektiv udnyttelse af informationsteknologien, er nødvendig for at kunne realisere et sammenhængende Dansk sundhedsvæsen. Det skal være i stand til at kunne imødekomme de stigende krav fra befolkningen og fra politisk side om høj kvalitet, information og indflydelse på sundhedsvæsnet. Derfor er det vigtigste succeskriterium for EPJ, at den bliver en gevinst for de sundhedsprofessionelle som et dagligt arbejdsredskab. En betydningsfuld forudsætning for at kunne realisere ambitionen om et sammenhængende sundhedsvæsen er, at der indføres elektroniske journalsystemer på alle sygehusene, i kommunerne og i praksissektoren. Aktuelt har 99 % af de alment praktiserende læger indført EPJ fordelt på XX antal systemer. Et væsentligt og stigende krav er at systemerne skal kunne ”tale sammen” indenfor alle sektorer i sundhedsvæsnet. EPJ står således meget højt i prioriteringen, hvor daglige optegnelser om patienten skal indføres, som erstatning for ”de gamle” papirjournaler. De elektroniske systemer skal derudover kunne understøtte de kliniske arbejdsgange med planlægning, dokumentation og kommunikation mellem sundhedspersoner.

Imellem sygehusejerne og regeringen blev det i økonomiaftalen 2000/2001 aftalt, at de elektroniske patientjournaler skal bygge på standarder, der kan sikre at informationer kan udveksles mellem systemerne. Sundhedsstyrelsen udarbejder faglige standarder, som afprøves og konkretiseres i samarbejdet med brugerne. Der blev indgået aftale om, at der indenfor en periode på tre år, d.v.s. inden udgangen af år 2005, skulle være indført elektroniske patientjournaler på samtlige af landets sygehuse. Det må imidlertid konstateres, at dette endnu ikke er lykkedes. Arbejdet med implementeringen er langt mere omfattende end først antaget. Det kan ud fra tidligere årsrapporter fra EPJ – observatoriet skønnes, at hospitalernes sengedækning med EPJ er ca. 50 % ved årsskiftet 2007 – 2008.

EPJ er aktuelt indarbejdet i den nyeste strategi for Digital Sundhed som hedder "National strategi for digitalisering af sundhedsvæsnet", som har etableret sin egen organisation. En oversigt over denne plan og organisation, kan ses på (www.SDSD.DK).

De mellemmenneskelige relationer:

I 2003 blev der udgivet en publikation om "Patientens møde med sundhedsvæsnet[23]". Formålet med denne var, at udarbejde og synliggøre en række anbefalinger til sundhedspersonalet med henblik på at sikre kvaliteten i relation til mødet med patienten. Pjecen indeholder 20 anbefalinger til sundhedspersonalet om deres arbejde med patienten. Til hver anbefaling hører indikatorer til brug for måling og dokumentation af indsatsen, herunder patienternes vurdering af kontakten.

Man besluttede efterfølgende på landsplan, at hovedindsatsen i videreførelsen af dette arbejde, blev at implementere anbefalingerne. Arbejdet med de mellemmenneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsnet fik status som et nationalt projekt: "*Kvaliteten i patientens møde med sundhedsvæsnet"*. Projektet skulle gennemføres med udgangspunkt i "Gennembrudsmetoden", som er en amerikansk arbejdsmodel til at skabe udvikling i sundhedsvæsnet. Metoden er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, og gennembrudsmetoden er en fri oversættelse

[23] Patientens møde med sundhedsvæsnet, de mellemmenneskelige relationer, anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet, fra bl.a. det tidligere Amtsrådsforeningen.

af det amerikanske navn ”The Breakthrough Series”. Der blev i alt nedsat 15 tværfaglige nationale teams på afsnits niveau, hvor afsnitsledelser, alle medarbejderne og patienter på forskellige afsnit, arbejdede sammen for at kvalitetsudvikle de mellemmenneskelige relationer i sundhedsvæsnet. Brugen af ”Gennembrudsmetoden” er bl.a. inspireret af gode erfaringer fra både Norge og Sverige.

Målet med projekter var, at patienterne skulle få en forbedret oplevelse af deres møde med sundhedsvæsnet på de deltagende afsnit, specielt hvad angik kommunikation, kontinuitet og medinddragelse.

Patienttilfredshedsundersøgelser:

Sygehusejerne har besluttet, at der hvert andet år skal gennemføres landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse (LPU). Formålet med disse undersøgelser er at sammenligne og identificere forskelle i patienttilfredshed på sygehusniveau i forhold til temaerne: kerneydelse, koordination, kontinuitet, kommunikation og information om frit sygehusvalg. Undersøgelsen er regelmæssigt blevet gennemført siden år 2000.

Patienttilfredshedsundersøgelserne skal sammen med projekter som Det Nationale Indikatorprojekt og Den Gode Medicinske Afdeling tilvejebringe et grundlag for kvalitetsforbedringer.
Man har derfor valgt primært at fokusere på mulige problemområder. På baggrund af resultaterne fra den første landsdækkende undersøgelse valgte amterne/H:S og Indenrigs- og Sundhedsministeriet behandlingsforløb (koordination og kontinuitet) som særligt fokusområde for den efterfølgende LUP 2002, idet sygehusene opnåede relativt dårlige resultater på dette område.

Det fremgår af LPU 2002, at spørgsmål under temaerne behandlingsforløb og information opnåede de dårligste vurderinger, mens patienterne generelt har en mere positiv oplevelse under temaerne kerneydelse og kommunikation.

Generelt kan det konkluderes, at der på en række spørgsmål er markante forskelle mellem sygehusene mht. til andelen af patienter, der svarede positivt. Til trods for, at undersøgelsens resultater peger på en række områder, hvor der er behov for at iværksætte forbedringstiltag,

konkluderes det, at 90 % af patienterne har et positivt samlet indtryk af indlæggelsen på sygehuset. Det videre arbejde med patienttilfredshedsundersøgelser er aktuelt overtaget af regionerne og kommunerne.

5. Præsentation af data

I dette afsnit vil de tre involverede hospitaler og de fem case afdelinger blive præsenteret. For hver enkelt hospital, er der en beskrivelse af den måde, hvorpå man fra sygehusledelsens side har organiseret hospitalets kvalitetsteknologi, og den måde hvorpå de formidler den overordnede kvalitetsstyring til afdelingerne. I præsentationen af afdelingerne, beskrives deres organisation og størrelse, samt deres daglige arbejde med dokumentation og kvalitetssikring. Beskrivelsen af de organisatoriske forhold og anvendte navne i dette kapitel svarer til de, der blev anvendt i den periode, hvor der blev indsamlet data til projektet. Der er efterfølgende sket ændringer i forbindelse med, at man er overgået til regioner, men dette har ikke nogen indflydelse på de indsamlede data. De tre hospitaler har grebet kvalitetsteknologien meget forskelligt an. Afdelingernes interne kvalitetsarbejde er også indbyrdes forskellige.

I min analyse ser jeg først på de fem kvalitetsperspektiver, hvor mine data er struktureret ud fra de fem forskellige kvalitetsbegreber som er beskrevet på side 64. Noget af dataindsamlingen kan ikke struktureres skarpt i de fem områder, men det er gjort ud fra, hvordan det bedst muligt hænger sammen i hvert enkelt perspektiv. Efterfølgende inddrages Goffmann´s dramaturgiske elementer, og hver case afsluttes med en kort opsummering.

5.1. Aalborg Sygehus, Universitet i Århus (AAS)

Aalborg Sygehus er Nordjyllands største og mest specialiserede sygehus. Sygehuset repræsenterer omtrent halvdelen af den somatiske sygehuskapacitet i Nordjyllands Amt, og pr. 1. januar 2003 blev to mindre sygehuse, Brovst og Dronninglund, sammenlagt med Aalborg sygehus, og sygehuset fik samtidig status som universitetshospital. Aalborg Sygehus hører i dag til et af landets største somatiske sygehuse med en repræsentation af de fleste lægelige specialer. Som regionens største

sygehus, har AAS en central rolle i det samarbejdende nordjyske sundhedsvæsen, som specielt i disse år gennemgår en rivende udvikling med tættere samarbejde, koordinering og fordeling af opgaver. Sygehuset ønsker i betydelig større grad end tidligere, at markere sig, både på det nationale og internationale niveau, som et udviklende, forskningsorienteret og højtspecialiseret sygehus. Det indgår endvidere i en række regionale og nationale samarbejdsrelationer med andre sygehuse, specielt i Det Vestdanske Samarbejde.

Hospitalet beskæftiger ca. 4000 ansatte, har lands/landsdels funktioner, og er samtidig også Nordjyllands største arbejdsplads. Hospitalet havde i år 2004 ca. 257.240 sengedage, 267.802 ambulante besøg og 26.692 operationer i aktivitetsmål. Sygehusets samlede nettoudgifter i DRG[24]-budget var på 1.881.350.000 kr.

Sygehusledelsen består af en sygehusdirektør, som den øverste ansvarlige på hospitalet, samt en cheflæge og en chefsygeplejerske, som samlet udgør den øverste ledelse på hospitalet. I tilslutning til sygehusledelsen er der en række stabsfunktioner, bl.a. en uddannelsesafdeling, hvor der er ansat en uddannelseschef og en kvalitetskonsulent. Begge de to personer arbejder med hospitalets kvalitetsstrategier, og er med til at arrangere diverse kvalitetsseminarer på hospitalet, og er behjælpelige med de forskellige afdelingers kvalitetsarbejde.

I 1995 vedtog Nordjyllands Amt en kvalitetspolitik byggende på TQM – ledelsesfilosofien. Denne politik blev efterfølgende indarbejdet i de forskellige sygehuses kontrakter, og fra politisk side valgte man, at nedsætte et centralt kvalitetsudvalg for hele sundheds – og psykiatriområdet. Året efter (1996) besluttede Sundhedsudvalget en overordnet handleplan for gennemførelsen af kvalitetspolitikken, hvor 50 % af de patientrelaterede ydelser skulle være kvalitetssikrede inden udgangen af 1999. Endvidere skulle alle afdelinger på de forskellige hospitaler indrapportere

[24] DRG = diagnose relaterede grupper. I 1998 blev det besluttet at anvende DRG-takster som grundlag for afregning af behandling af udenamtspatienter på basisniveau. Det var et politisk ønske at anvende DRG som redskab til at formindske eventuelle barrier for det frie sygehusvalg. Med indførelsen af DRG-taksterne blev den såkaldte akutregel ophævet. Økonomiaftalen for år 2000 mellem staten og amterne indeholdt således en ny bestemmelse om, at hjemmeamtet skal betale for akutte patienters behandlinger udenfor eget amt. I finansieringsøjemed får de akutte patienter dermed en betydelig vægt, idet de skal afregnes til DRG takst, mens akutfasen tidligere var gratis for hjemamtet, hvis patienten blev syg under ophold uden for eget amt. DRG – taksterne beregnes ved at knytte omkostninger ved patientbehandling til de enkelte DRG grupper. Ved omkostningsstudier på sygehusene fastsættes udgifterne ved forskellige behandlingsydelser, således at den enkelte patients ressourcetræk på sygehuset kan forklares. DRG taksterne beregnes som gennemsnitstakster for ressourcetræk ved behandling af patienterne i de forskellige DRG grupper. (WWW.SS.DK).

kvalitetsudviklingsprojekter til en amtslig kvalitetsdatabase. Det var den enkelte sygehusledelse, som var ansvarlig for at dette blev gennemført.

På samme tid valgte man at opstarte en uddannelse som kvalitetskonsulent for medarbejdere i sygehusvæsnet, hvor der blev gennemført fem hold. Derudover afholdtes tværsektorielle lederuddannelseskurser i TQM. Formålet med uddannelsen til kvalitetskonsulent var at få udbredt kendskabet til amtets kvalitetspolitik og at understøtte hospitalernes interne kvalitetsorganisationer. Man ønskede således at kvalitetskonsulenterne indenfor de forskellige faggrupper, kunne varetage vejlederfunktionen til både proces og metode i forbindelse med gennemførelse af kvalitetsudviklingsprojekter på de forskellige afdelinger.

Som opfølgning på TQM–konceptet besluttede amtet i januar 2000, at der skulle gennemføres pilotprojekter indenfor alle sektorer med anvendelsen af selvevalueringsmodellen i tilknytning til Kvalitetsprisen for den offentlige sektor. På AAS indgik to afdelinger, herunder kardiologisk afdeling, som er med i dette projekt.

På hospitalet er kvalitetsarbejdet organiseret med et overordnet kvalitetsudvalg, som består af repræsentanter fra forskellige fagråd, sygehusledelsen, direktionen samt Udviklings – og Uddannelsesfunktionen. Kvalitetsudvalget skal medvirke til at sætte fokus på kvalitetsudviklingsområdet, og sikre, at der løbende og systematisk indsamles oplysninger om udførte kvalitetsprojekter ved AAS.

Udvalget skal endvidere medvirke til, at:

- Synliggøre indadtil og udadtil, at der arbejdes med kvalitetsudvikling.

- Fungere som inspirator, støtte og sparringspartner for sygehusledelsen i relation til kvalitets - udviklingsområdet, herunder koordinerer aktiviteter i det amtslige kvalitetsudvalg med kvalitetsudviklingen på sygehuset.

- Fungere som ressource i forhold til igangsættelse af og koordinering mellem konkrete kvalitetsprojekter.

- Fremkomme med uddannelsesinitiativer om kvalitetsudvikling for sygehusets medarbejdere og ledere.

Udviklings – og Uddannelsesfunktionen fungerer som konsulentenhed i forhold til sygehusledelsen, kvalitetsudvalget samt sygehusets afdelinger, og man har i 1999 endvidere ansat en kvalitetsudviklingskoordinator for at sikre, at der vil blive et større fokus på hospitalets interne kvalitetsarbejde. Ligeledes blev der på samtlige afdelinger uddannet et antal kvalitetskonsulenter indenfor de forskellige faggrupper.

Hospitalet er, via deres sygehusledelse, repræsenteret ved chefsygeplejersken på forskellige nationale konferencer om kvalitetsudvikling. Hun er på landsplan kendt for at have stort fokus på kvalitetsstyring og udvikling internt i hospitalet, og hun præsenterer ligeledes dette arbejde eksternt i forskellige sammenhænge, bl.a. ved forskellige konferencer, som omhandler dette emne.

5.1.1. Kardiologisk afdeling

Kardiologisk hjertemedicinsk afdeling, Thoraxkirurgisk- og Thoraxanæstesiologisk afdeling udgør tilsammen Aalborg Sygehus Hjertecenter[25], og hører til et af de 5 hjertecentre, som findes på landsplan. Afdelingen varetager undersøgelse, behandling, pleje- og rehabilitering samt forskning hos voksne hjertepatienter. Hjertebørnene visiteres videre til Skejby hjertecenter i Århus, idet behandling af hjertebørn er koncentreret tre steder i landet.

Kardiologi er et af de specialer, som nyder stor politisk bevågenhed af flere årsager. Det er et speciale, som er økonomisk tungt, og som har en stor og ressourcestærk patientforening. Patientforløbene er i reglen korte, hvor undersøgelse og behandling fylder forholdsvis meget i sygdomsforløbet. Hvis behandlingen er vellykket, kan langt de fleste patienter vende tilbage til deres almindelige tilværelse uden de store ændringer i deres dagligdag. Lægefagligt er det også et af

[25] Hjertecenteret omhandler den medicinske og kirurgiske afdeling for hjerte, lunge og spiserørs sygdomme, samt thoraxanæstesiologisk ekspertise.

de prestigefyldte specialer, hvor der er fokus på at orientere sig mod og sammenligne sig med andre hjertecentre både nationalt og internationalt.

Kardiologisk afdeling på AAS har markeret sig, som en af de førende hjerteafdelinger i Danmark, idet afdelingen var den første, som startede med en ny og revolutionerende behandling af patienter med akutte blodpropper (AMI). Forud for denne behandling har afdelingen været den første blandt de fem hjertecentre, som gik i gang med et stort internationalt forskningsprojekt, som omhandlede undersøgelse og forbedring af behandlingen af forsnævninger i hjertemusklens blodkar. Denne behandling er livsreddende for mange alvorligt hjertesyge patienter og har været revolutionerende, fordi den har resulteret i en betydelig øget livskvalitet hos den enkelte patient. En behandling, som stiller store krav til høj faglig ekspertise på både læge og sygeplejeside, og som samtidig er økonomisk tung for afdelingen.

Hjertecentret indgår, på lige fod med de øvrige afdelinger på sygehuset, som lokalsygehus for Aalborg og omkring liggende kommuner med et samlet indbyggertal på ca. 150.000 patienter. Sygehuset varetager samtidig landsdelsfunktion for Nordjyllands Amt og betjener de øvrige 5 vestdanske amter, primært Viborg og Ringkøbing amter.

Hovedparten af de patienter, som undersøges i afdelingen, indlægges akut med pludselig opstået hjertesygdom, som f.eks. blodprop i hjertet eller hjerterytmeforstyrrelser. I forbindelse med indlæggelsen etableres omgående en plan for undersøgelse, behandling, og pleje for den enkelte patient. Såfremt der er behov herfor, tilbydes der ligeledes rehabilitering. Til de ambulante patienter, som kommer til planlagt undersøgelse og behandling tilsendes/udleveres informationsmateriale om de undersøgelser og behandlinger, som patienten skal gennemgå. En del af de patienter, der undersøges og behandles på afdelingen, vil få foretaget efterkontrol i afdelingens ambulatorium.

Kardiologisk afdeling er opdelt i følgende afsnit:

- Kardiologisk laboratorium – som foretager invasive og non-invasive undersøgelser[26], behandling og kontrol af hjertepatienter.

- Afdeling S 1 – et sengeafsnit med 31 sengepladser. Afdelingen modtager patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier, patienter med endo-, myo- og pericarditis, samt patienter til evt. hjertetransplantation[27].

- Afdeling S 2 – et sengeafsnit med 10 sengepladser. Afdelingen modtager indkaldte (elektive) patienter[28], som skal til undersøgelse og evt. behandling for forsnævringer i kranspulsårerne eller forskellige hjerteklaplidelser. Endvidere indlægges patienter akut til observation for hjertesmerter og evt. infarkter[29].

- Kardiologisk ambulatorium – hvor patienter kommer til forundersøgelser og kontrol, samt efterbehandling med opfølgende samtale.

Afdelingens øverste ledelse består af en overlæge og en oversygeplejerske. Hvert afsnit har en afdelingssygeplejerske som daglig leder. Der er endvidere ansat 9 overlæger, 4 afdelingslæger, 6 1. reservelæger, 8 reservelæger og 1 kandidatstipendiat. Indenfor plejegruppen, er der 100 i den kombinerede plejegruppe, omfattende sygeplejersker og øvrige plejepersonale, 1 ledende lægesekretær og 20 lægesekretærer, 2 diætister, 2 bioanalytikere, 2 socialrådgivere samt 4 projektsygeplejersker.

Afdelingen modtager hvert år ca. 6.000 patienter til indlæggelse. Kardiologisk afdeling har endvidere en stor undervisningsforpligtelse og er uddannelsessted for samtlige de faggrupper, som er ansat i afdelingen. Afdelingen har ligeledes mange samarbejdsrelationer, bl.a. med Århus og Aalborg Universiteter, og indgår endvidere i undervisningen til speciallæge indenfor det

[26] Invasive undersøgelser omhandler f.eks. hjertekateterisationer og implantation af pace-maker - og non- invasive undersøgelser kan være hjertekardiogram, ultralydsundersøgelser af hjertet, hjerteskanning.
[27] Iskæmisk hjertesygdom er hjertesygdomme, som skyldes åreforsnævring i hjertets kranspulsårer og giver iltmangel. Hjertearytmier er rytmeforstyrrelser hvor hjertet kan slå såvel hurtigt (tachycardi) som langsomt (bradycardi) og/eller uregelmæssigt. Endocardit er betændelse på hjertets inderste hinde, myocardit er betændelse i hjertemusklen og pericardit som er betændelse i hjertesækken. Hjertetransplantation er en operation, hvor man får et nyt hjerte fra en donor.
[28] Elektive patienter er patienter der indlægges på et aftalt tidspunkt til planlagte undersøgelser eller behandlinger.
[29] Hjerteinfarkter også kaldet AMI er en blodprop i hjertet.

kardiologiske speciale. Der er et tæt samarbejde med medicinalbranchen for at optimere behandlinger. Afdelingen er meget aktiv i arbejdet med kvalitetsudvikling og forskning, og fremhæves som en af hospitalets frontafdelinger. Det betyder i praksis, at der kommer mange henvendelser til afdelingsledelsen, om ikke man har lyst til at deltage i forskellige projekter, som sygehusledelsen vægter som relevante. Det var også tilfældet med dette forskningsprojekt.

Afdelingen har 4 medarbejdere, som har gennemgået uddannelsen til kvalitetskonsulent, bl.a. afdelingens administrerende overlæge, et par sygeplejersker med en ledelsesmæssig funktion og den ledende lægesekretær. Afdelingens tidligere oversygeplejerske sad med i hospitalets overordnede kvalitetsudvalg, og afdelingsledelsen var interesseret i at deltage, da man fra amtets side ville have et par afdelinger til at afprøve selvevalueringsmodellen, som opfølgning på TQM modellen.

Selvevalueringsmodellen har sit oprindelige udgangspunkt i den private sektor, men erfaringer fra den offentlige sektor har vist at modellen kan være et godt styringsværktøj i kvalitetsarbejdet. I selvevalueringsmodellen bedømmes den enkelte afdeling eller institution ud fra 9 kriterier:

1. Lederskab – Ledelsens indsats for at forbedre kvaliteten i institutionen.
2. Politik og strategi – Institutionens evne til at omsætte overordnede målsætninger og eller ambitioner til politikker og strategier for institutionen.
3. Personaleledelse – Institutionens indsats for at motivere, udvikle og involvere alle løbende forbedringer.
4. Ressourcer – Institutionens evne til at udnytte sine ikke-menneskelige ressourcer på en effektiv måde så strategi og målsætninger understøttes.
5. Processer – Hvordan sikres størst mulig kvalitet i ydelserne, set ud fra alle interessenters synspunkt.
6. Brugertilfredshed – Institutionens arbejde med at kortlægge brugernes opfattelse af, hvordan, og i hvilket omfang, deres forventninger og krav opfyldes.
7. Medarbejdertilfredshed – Institutionens arbejde med at kortlægge medarbejdernes opfattelse af, hvordan, og i hvilket omfang deres forventninger på arbejdspladsen opfyldes.
8. Effekt på samfundet – Hvordan institutionen generelt opfattes i samfundet.

9. Institutionens resultater – Er målsætningerne for institutionen nået, og leves der op til krav og forventninger fra de forskellige interessenters side?

Med baggrund i denne model, blev det aftalt imellem afdelingens ledelse og kvalitetskoordinatoren, at afdelingen skulle opstarte en evaluering af selvevalueringsmodellen, og foretage en ny måling af effekten efter et år. Imidlertid var det ikke lykkedes for afdelingen at overholde denne tidsplan, hvorfor man drøftede muligheden for at følge op på dette arbejde indenfor den periode, hvor jeg skulle indsamle data til dette projekt.

5.1.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Kardiologisk afdeling:

Afdelingsledelsen blev som tidligere beskrevet, udpeget af sygehusledelsen til at deltage i projektet. Baggrunden for denne udvælgelse var, at det var en velfungerende afdeling, som havde mange gode resultater med deres kvalitetsudvikling.

Afdelingsledelsen blev ved et møde medio juni måned 2002 sammen med chefsygeplejerske, cheflæge og uddannelseschefen for hospitalet, præsenteret for projektet af professor P.M. og undertegnede. Vi havde en gensidig dialog om plan og formål, hvor jeg oplevede, en meget positiv indstilling fra deltagernes side, til at medvirke i projektet. Dette møde blev et par uger senere efterfulgt af et møde med sygehusets direktør, chefsygeplejersken og afdelingsledelsen for kardiologisk afdeling.

Der blev herefter udsendt et kort informationsbrev om projektet til personalet, og dette blev fulgt op af en omfattende række informationsmøder i afdelingen. Sideløbende havde jeg møder med afdelingsledelsen, hvor jeg fik en meget grundig introduktion til afdelingens organisation og population. De efterfølgende møder var introduktionsmøder for de forskellige faggrupper. Kort tid efter startede interviewfasen af henholdsvis afdelingsledelsen og tre afdelingssygeplejersker. Jeg var rundt i de forskellige afsnit, hvor jeg fulgte det daglige arbejde, og hvor jeg havde samtaler med flere overlæger, yngre læger, afdelingssygeplejersker og sygeplejersker (bilag 3.1.).

Mine interview startede med afdelingsledelsen. Overlægen fortalte om sin baggrund for stillingen, at den tidligere leder pegede på ham, da afdelingen skulle have en ny administrerende overlæge. Der var enighed både i afdelingen og i direktionen om, at han ville være velegnet til denne rolle:

"I hele mit karriereforløb har jeg på forskellig måde varetaget lederfunktioner. Det er nogle faglige ting, som min uddannelse går på. Der har jeg det overordnede ansvar. Det er forholdsvis let at håndterer, fordi det er nogle overordnede problemstillinger, som jeg ved, hvad man skal gøre ved. I kraft af min faglighed, blev jeg opfordret til at varetage stillingen her og fik den som ledende overlæge".

Han fremhæver imidlertid, at er man leder på højeste niveau i en afdeling i sundhedsvæsnet i dag, er det ikke nok at være en dygtig fagperson, der kræves også noget andet. Her taler han om, at man også må uddannes som leder. Han er ikke usikker på sin rolle som leder for afdelingen, men fortæller at han savner at have fået tilbudt en højere lederuddannelse, med henblik på at få nogle værktøjer til at udvikle sin lederstil:

"Jeg har ingen lederuddannelse, men man lovede mig, at jeg nok skulle få kurser, men der har ikke været tid. Min baggrund for at være leder er en personlighedsprofil, hvor jeg har et fagligt og menneskeligt engagement, det tror jeg var en af de væsentligste ting, fordi man ofte ser nogle forholdsvis kolde ledere. Jeg har en analytisk sans, hvor jeg arbejder systematisk med tingene. Jeg søger som regel løsninger frem for at se problemer".

Overlægen arbejder meget frontstage, idet han udviser stor opmærksomhed på det som foregår i afdelingens mange udadrettede funktioner. Det omhandler i særdeleshed det faglige område, hvor han specielt er opmærksom på, hvordan afdelingen profilerer sig indenfor kvalitet og forskning. I praksis betyder det, at de sidste nye behandlingsmuligheder, som er fremkommet på baggrund af de nyeste forskningsresultater både nationalt og internationalt, vil kunne tilbydes patienterne. At give patienter mulighed for at få de sidste nye behandlingstilbud, vil være kvalitet for patienterne, og samtidigt afstedkomme en god omtale af afdelingen. Derfor er det vigtigt for ham, at lægerne hele tiden deltager i både nationale og internationale konferencer, hvor der præsenteres ny viden, og at lægerne kan udveksle erfaringer i de forskellige fora, som findes indenfor specialet.

Oversygeplejersken fortæller, hun lige er tiltrådt stillingen. Hun har flere års ledelsesbaggrund fra forskellige afdelinger og har suppleret sin faglige baggrund med en Diplomuddannelse i ledelse fra Sygeplejehøjskolen. Hun fortæller, at hun er meget opmærksom på, at det er en ledelsesmæssig funktion, at skabe gode resultater i en afdeling. Ligeledes er det vigtigt for hende, at få inddraget personalet i de opgaver, som skal udføres for at nå et fælles resultat. Hun finder det meget væsentligt, at alle er bevidste om, at grunden, til at man har netop *dette* arbejde, er patienternes behov. Det er dem, som er det primære og kerneopgaven. For hende ligger der en stor opgave i, at få skabt de mest optimale rammer for personalet, således at de føler, at de kan udføre afdelingens forskellige opgaver tilfredsstillende. Derfor er det den daglige drift af afdelingen og det personalemæssige, som fylder mest for hende som oversygeplejerske. I hendes position er det mindre patienterne, som hun skal tage sig af. Hendes opgave er at få tingene til at fungere, at gøre det muligt for personalet at yde det optimale i forhold til kerneopgaverne:

"Ledelse har noget med mennesker og resultater at gøre. I sidste ende skal ledelse til for at skabe resultater. Det skal ske i samarbejde med kollegaer og samarbejdspartnere. Ledelse vil selvfølgelig afhænge af hvilket niveau ledelse udøves på. Vi er her for nogle patienter, velvidende at vi har mange medarbejdere vi skal have til at løse de opgaver. Ledelse af medarbejderne og driften fylder meget".

Oversygeplejerskens fokus er således helt rettede på afdelingens drift og administration. Det som for hende er væsentligt, er det samspil, som foregår personalemæssigt imellem de forskellige afsnit er godt, og at der blandt personalet er en bevidsthed om, at målet i det daglige arbejde omhandler et højt kvalitetsniveau i forhold til kerneydelsen – nemlig patienterne. Det er således internt hun agerer og har sin opmærksomhed.

Overlægen fortæller, at de ikke har medarbejdertilfredshedsundersøgelser. De har fået lavet en arbejdsmiljørapport. Rapporten viste generel stor tilfredshed med arbejdet: der var travlt, det var spændende og folk var engagerede. Men rapporten viste også at "*de havde ondt i arbejdsmiljøet",* der var en hård arbejdsbelastning. Omgangsformen mellem læger og sygeplejersker var præget af mangel på respekt. Han fortæller, at det skyldes at lægegruppen gerne vil have tingene på en bestemt måde, fordi de mener at vide, hvordan tingene bedst skal være. Det står ikke til diskussion, og det siger de på en kontant måde. Han fortæller, at de har haft og stadig har problemer med det.

Afdelingsledelsen har fået sikkerhedsorganisationen på afdelingen til at se på det. Denne havde dog ikke andre forslag end nogen færdselsregler for, hvordan man taler til hinanden. Overlægen siger, at det er blevet drøftet i ledergruppen og de har haft en temadag med læger og sygeplejersker i kardiologisk laboratorium. Den udmundende i, at man skulle have indført nogle særlige kompetencer til sygeplejerskerne.

Overlægen lægger ikke skjul på, at det at have kompetente, subspecialiserede fagpersoner, også stiller krav til ledelsen, og det er en generel udfordring i det daglige samspil. Netop den gensidige dialog og respekt imellem de forskellige faggrupper, er ikke altid let at håndtere, og kræver en ledelsesmæssig påvirkning.

1. Patientoplevet kvalitet:

Denne form for kvalitet er noget af det, som afdelingsledelsen lægger stor vægt på. Den kan eksemplificeres ved en patientkontakt, hvor der skulle gennemføres en kompliceret diagnostik og behandling på en kritisk syg patient, som var i risiko for ikke at overleve indgrebet. Den overlæge som skulle gennemføre indgrebet meddelte til afdelingssygeplejersken, at han ville vente med at foretage proceduren til om eftermiddagen, når aftenholdet var mødt. Han mente ikke, at de sygeplejersker, som var sat til at varetage opgaven i dagtiden, havde lige så gode kvalifikationer, som det hold der mødte senere på dagen. Da der blev gjort indvendinger, gjorde han opmærksom på, at da han stod med et stort ansvar for en kritisk syg patients liv, ville han have ”de bedste” sygeplejerske til at assistere ved indgrebet. Det skabte stor uro blandt de sygeplejersker, som skulle have medvirket ved behandlingen, en uro som bredte sig til den øvrige plejestab, idet de ikke mente, at den pågældende overlæge kunne tillade sig at ”diskvalificerer” dem og selv bestemme hvem blandt personalet, der skulle være ham behjælpelig. Den pågældende overlæge træder her udenfor teamet og blotlægger et af de problemer der er: *nemlig manglende specialuddannelse af sygeplejerskerne og /eller manglende kunnen*. Det bliver her synligt, at det er en misforståelse at tro, at man skal kunne det samme som hidtil, blot suppleret med specialviden på enkeltområder. Overlægen fastholdt sin beslutning, men det medførte krise og konflikt i sygeplejerskegruppen, som nødvendiggjorde afdelingsledelsens medvirken for at få løst problemet.

Afdelingsledelsen holdt efterfølgende et møde med alle sygeplejerskerne i det pågældende afsnit. Den ledende overlæge fortæller, at de som ledelse bestemte, at sygeplejerskerne fremover skulle specialiserer sig tilsvarende lægerne, idet mange af afdelingens patientforløb er komplicerede og netop kræver en særlig viden. Personalet var imod, at man nu kun skulle kunne en del af det faglige arbejde i afdelingen, i stedet for som hidtil at kunne deltage i det hele. Teamet af sygeplejersker holder sammen om at gå imod, at der er behov for subspecialisering. De fastholder her nogle traditioner og holdninger, og viser ikke at de umiddelbart er omstillingsparate. Situationen viser en problemstilling, hvor det kan virke som om, at en faggruppe vil holde på sin "ret", og ikke umiddelbart er opmærksom på patientens situation. Det lykkedes at få strategien gennemført, men sygeplejerskerne syntes, at det var sket "*over night"*. Der var problemer med at få blødt op, og overlægen fortæller, at der stadig er betydelige problemer, som ledelsen vil forsøge at løse ved yderligere møder mellem læger og sygeplejersker.

Overlægen siger:

"Det er svært, fordi det har med personer og personlige interaktioner at gøre. Det har også noget at gøre med stridigheder om kompetencer og uklarhed om det, der er svært i en organisation, fordi der skal være klarhed. Der vil jeg sige, det er et uløst problem og jeg syntes, det er svært at løse, fordi jeg ved ikke hvordan, man skal løse det. Jeg ved ikke, hvordan man kan korrigere meget dygtige mennesker, som har nogle andre kodeks, og normer for hvordan man kan tillade sig at opføre sig interpersonelt. Nogle af dem mener, at hvis man er meget dygtig, så har man lov til at være uforskammet, og hvis man er stresset, så har man lov til at sige:" sgu fandeme!" Det har jeg sagt, at det kan jeg ikke acceptere. Jeg skal næsten sige det hele tiden ".

Historien illustrerer et kompliceret undersøgelses/behandlingsforløb, hvor patienten er ved bevidsthed under proceduren. Denne detalje vanskeliggør proceduren, fordi de sygeplejersker som er tilstede under indgrebet, skal have den størst mulige erfaring med alle procedurerne, således at unødige instruktioner og korrektioner af arbejdsgange undgås, så der kan være mest mulig ro under forløbet. En usikker sygeplejerske vil have behov for forklaringer undervejs i behandlingen, hvilket kan misforstås af patienten og skabe utryghed. Sker dette, vil patienten få en dårlig oplevelse af forløbet. Derfor er samspillet mellem læge og sygeplejerske vigtig. Et dårligt samarbejde med en dårlig atmosfære kan nemt influerer på den oplevelse, som patienten får under indgrebet. I forvejen

kan det være en situation, hvor patienten er både bange, dårlig og har mange overvejelser om indgrebets forløb. Her er rollespillet imellem de personer som er tilstede meget vigtigt. Det er ikke kun det sagte, men det nonverbale har ligeså stor betydning for, hvorledes patienten vil opfatte hele forløbet.

Overlægen vil under den komplicerede procedure nødvendigvis skulle holde fokus på selve proceduren, og er derfor afhængig af, at sygeplejerskerne er så meget inde i procedurerne, at de til enhver tid ved, hvad næste skridt vil være. Problemstillingen giver et billede af en manglende forståelse for patientens situation, når de mindre kvalificerede sygeplejersker føler sig tilsidesat i en sådan grad, at afdelingsledelsen må inddrages i problemløsningen.

Afdelingsledelsens løsning blev en specialisering blandt sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne mener imidlertid, at det er vigtigt, at de kan deltage i samtlige procedure i afdelingen.

Historien viser, at der er problemer på både læge og sygeplejerske side. Den aktuelle overlæge respekterer ikke i tilstrækkelig grad de normer, som normalt er gældende, for at medvirke til et godt interpersonelt samarbejde. Som den ledende overlæge fortæller, kan man ikke tillade sig, uanset hvor dygtig man er, at opføre sig dårligt overfor sine samarbejdspartnere. Spørgsmålet er, om det er at opføre sig dårligt, når man ønsker det bedst mulige personale til komplicerede procedure. Det må være overlægens øvrige sprogbrug der er provokerende. Patienter er generelt meget følsomme overfor tonen i en afdeling. Den bedste patientoplevelse opnås, når det personale som skal betjene dem, er bekendt med de procedurer, som skal foretages, og når omgangstonen er i orden. Alt personale skal gerne have situationsfornemmelse. Det er vigtigt, at der er ro og en god stemning under en procedure, for at give patienten en god oplevelse. Forløbet skal opleves som kvalitet og kompetence, både i forhold til de tekniske og funktionelle procedure og som subjektiv oplevelse. En enkelt uhensigtsmæssig bemærkning kan let blive mistolket af patienten, og kan farve såvel den objektive såvel som den subjektive kvalitetsoplevelse. Ledelsen føler en forpligtelse til at løse problemet, og sikre en kontinuerlig god standart i den patientoplevede kvalitet.

En af afdelingssygeplejerskerne fortæller om en situation, der viser det ansvar, hun anser som hendes som leder:

”Forleden dag havde jeg den oplevelse, at diætistbetjeningen ikke var i orden. Det er ikke i orden, at vores patienter, som er ernæringstruende, skal ligge ti dage og vente, før de får besøg af en diætist. Diætisten havde sat en seddel op om, at nu, gik hun på ferie. Hvis vi ville vide noget om sondemad (ernæring via et rør til mavesækken), kunne vi gå ind på Internettet og finde en vejledning. Jeg indkaldte oversygeplejersken, køkkenchefen og diætisten til et møde og sagde: ”Ernæringstruede er en patientgruppe, som i forvejen er meget syge. Det kan ikke passe, at vi skal vente så længe på at få eksperthjælp”. De begrundede det med ressourcemangel. Jeg anførte, at vi så måtte køre en fælles front udadtil. Jeg klandrer ikke diætisten, jeg klandrer systemet. Det blev så til en intern fælles drøftelse. Økonomaen spurgte, om ikke sygeplejerskerne kunne tage over, hvilket jeg sagde nej til, da vi kun har en grundlæggende og mere generel viden, men ikke den specifikke viden som vi efterspørger her”.

Afdelingssygeplejersken fortæller, at en af hendes vigtige opgaver er, at få øget politisk bevågenhed så der fokuseres på, at patienterne sikres optimale forhold. Hun fremhæver, at sygeplejerskerne ikke skal overtage ukendte specialfunktioner på grund af ferie andre steder i huset. Samtidig var der også ferie i sygeplejegruppen, hvilket betød færre personer til at udføre flere opgaver end vanligt. Hun anfører, at ikke mindst på en akut/intensiv afdeling, er patientindtaget sådan, at det ikke kan reguleres efter det tilgængelige personale. De patienter, som har behov for indlæggelse, kommer uanset hvor meget personale, der er på arbejde.

Situationen udtrykker en særdeles tilspidset situation. Den måde diætisten har handlet på, afspejler ikke en situation hvor der er en gensidig respekt for hinandens arbejde, såvel som vigtigheden af at arbejde tværfagligt sammen om fælles mål – nemlig det der vil være bedst for patienten. Modsat kan afdelingssygeplejerskens reaktion virke meget stift, netop for at få politisk opmærksomhed på problemstillingen med de manglende ressourcer.

Når diætisten går på ferie, er der ikke afsat ressourcer til en stedfortræder. Det betyder, at der ikke vil være eksperter indenfor ernæringsområdet til at servicerer de ernæringstruende patienter i en ferieperiode. Det er et spørgsmål om at have en tilstrækkelig ekspertbehandling, således at der er en kontinuerlig ensartet betjening, så man kan sige, at man har et givet behandlingstilbud til rådighed. Det kan man ikke hvis det kun er periodevis.

I sundhedsvæsnet, hvor man har med syge mennesker at gøre, er det specielt vigtigt, at behandlingen ikke pludselig forringes, fordi der er ferie i en afdeling. Afdelingssygeplejersken varetager her patientens tarv, idet hun påpeger nødvendigheden af et kontinuerligt behandlingstilbud, for at patienten kan komme sig så hurtigt som muligt, og samtidig kan få den bedst mulige oplevelse af kvalitet. Hun påpeger at ansvaret ikke kun er hendes, men at det ressourcespørgsmål som ligger til grund er et overordnet ledelsesansvar.

2. Bureaukratisk kvalitet (Politisk kvalitet):

Fra administrativ og politisk side er der igennem adskillige år blevet arbejdet intenst med at udarbejde strategier og handlingsplaner til at forbedre kvaliteten for patienterne. Der er også udformet en landsdækkende strategi til styring og koordinering af de fagprofessionelles daglige arbejde.

Afdelingsledelsen anfører at det er en stor og udfordrende opgave at præsentere de nye strategier for personalet, som alle bliver pålagt. De fremhæver vigtigheden af, at det sker på en måde, så personalet får opfattelsen af, at det vil betyde kvalitetsforbedringer for patienterne på sigt, og at de ligeledes selv får indflydelse på procesforløbet.

Overlægen anfører, at nogen blandt personalet vil måske sige:

"Det har vi ikke ressourcer til", eller: "Vi har travlt, det har vi ikke tid til at kikke på". Her kan jeg så være nødt til at anvende tvang og sige: "Det behøver vi ikke diskutere, for det er vedtaget på højeste niveau, det skal vi bare." Men tvang giver aldrig gode resultater, for hvis man ikke er motiveret, så sjusker man med det. Så man skal være motiveret".

Som overlægen anfører, kræver det meget af dem og ledelser generelt, at kunne motivere personalet, så de føler sig engageret i projekter, som afdelingen pålægges fra højere administrativt/politisk hold. Antallet af disse opgaver er øget betydeligt de senere år. Dette afspejles ikke mindst af de mange tiltag som Sundhedsstyrelsen kommer med, for at sikre bedre

patientforløb, og for at bedre kvalitet som helhed. De mange nye tiltag indenfor kvalitetsudvikling – de mange nye strategier og behandlingsplaner, lægger således et stort pres på både ledere og personalet. Alle skal være omstillings-parate, og det kræver en høj grad af motivation og dygtighed fra ledelsens side, at oparbejde det fornødne engagement hos personalet. Overlægen fortæller, at den tid som personalet anvender til introduktion og gennemførelse af nye tiltag, nødvendigvis går fra andre ting, hvilket specielt går ud over det kliniske arbejde. Denne tid bliver ikke tilført arbejdspladsen. Det er krav om arbejdsprocesser, som personalet i mange tilfælde oplever som uinteressante og stressende, ikke mindst fordi der kan gå lang tid, før de kan se resultaterne af de mange opgaver.

Det at man skal leve op til den markeds orienterede kvalitet, påvirker også den patient orienterede kvalitet. Hvis der tilføres ekstraressourcer er det en positiv påvirkning, hvorimod det er en negativ påvirkning hvis ressourcerne mangler. Kravene om kvalitetssikring og øgede kontrolprocedurer, reducerer i første omgang den patientoplevede kvalitet, hvis ikke der tilføres ressourcer i tilstrækkeligt omfang.

2. Økonomisk kvalitet:

Overlægen fortæller, at økonomistyringen er en af de opgaver, som fylder meget i forhold til afdelingsledelsens ansvarsområder, og som føles tungt:

”Den meget store økonomi som vi har, på omkring 110 millioner kr. Hvad baggrund har jeg for at administrerer det? Ingen”.

”Jeg har ingen uddannelse i det her. Jeg har intuitiv ledelse, og så er det klart, at jeg udvikler erfaring i de her ting. Men det jeg synes er underligt er, at man indtræder i sådan et job uden nogen formel uddannelse, og der er ingen plan for, hvordan man bliver opgraderet, det må man selv finde ud af. Det synes jeg er en svaghed”.

”I en virksomhed har direktøren en uddannelse, han er gået op gennem nogle forskellige led. Jeg tror ikke, at jeg er atypisk i det her system, kun i forhold til, at jeg ikke har de der kurser. Det lyder måske dumt at sige, men jeg interesser mig ikke for økonomi overhovedet. Jeg interesserer mig for, at vi skal køre så driftsrationelt og ansvarsbevidst som muligt, og det gør vi. Vi har vores økonom og så vores oversygeplejerske, som er dygtige til de ting”.

Her påpeger overlægen den store forskel som er aktuelt i lederudvikling i henholdsvis sundhedsvæsnet og i det private. Nemlig forskellen på at være leder i det offentlige og på det private arbejdsmarked. Det afspejler mange års traditioner, at er man en dygtig fagperson, er ens avancement muligheder store. Indenfor de ledende stillinger, er arbejdsfordelingen for det meste, at det er lægerne som er ansvarlig for det faglige område, modsat sygeplejerskerne som i stort omfang varetager det driftsmæssige økonomiske og personalemæssige. Han fortæller, at de er en af hospitalets dyreste afdelinger. Deres diagnostik og behandling er et økonomisk tungt område i regionen og i sundhedsvæsnet som helhed. Den konstante udvikling og forskning er med til at øge mulighederne for en bedre behandling af patientgruppen, så de dermed kan få en bedre livskvalitet. Imidlertid kan det for personer, som ikke kender til området, give det indtryk, at mulighederne for at spare ikke ”vil gøre så ondt”, og at de som afdeling godt kan skære i budgettet:

”Vores problem er, at der er opstået den myte, at fordi vi har så store budgetter, er det landet der flyder med honning, og man bare kan gå ind og spare en masse penge, fordi vi har et stort budget, og til at man kan rationalisere. Den myte kommer, fordi vi har fået lov til at udvikle os i de senere år, hvor andre har skullet skære ned. Jeg ved, at hvis vi gennemgik vores lægenormeringer for at beregne, hvor mange mennesker der egentlig skulle til, for at lave det arbejde vi laver, efter de regler der er, så ville det udløse en række lægestillinger. Så når sygehusledelsen kommer for at kikke efter, så vil jeg sige: ”Vær så god og regn på det”, de kommer for at spare, ”men har I en pose penge med?”. Jeg interesser mig ikke for detaljer”.

Overlægen peger på flere problemområder i relation til økonomistyringen. Afdelingens speciale er et økonomisk tungt område, hvor de enkelte diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud til patienterne, er økonomisk tunge og belastende i et sundhedsøkonomisk perspektiv som helhed. Samtidig er deres speciale et område, hvor der kontinuerligt er en meget stor faglig aktivitet og udvikling, så der konstant fremkommer nye behandlingsmuligheder. Afdelingen er kendt for sin

omfattende forskning og brede faglighed. De er i besiddelse af en viden, som giver flere komplicerede behandlingsmuligheder, hvilket samtidig er økonomisk krævende. Som ledelse stiller det store krav at skulle håndtere økonomistyringen. Overlægen fremhæver her det dilemma han oplever, nemlig at han som fagperson udover sin sundhedsfaglige baggrund, samtidig skal have viden og teknisk kunnen til at varetage samtlige administrative ledelsesfunktioner, herunder hele økonomistyringen. Overlægen stiller sig meget undrende overfor det store ansvarsområde, som de som øverst ansvarlig ledelse reelt står med, uden at have de nødvendige uddannelsesmæssige forudsætninger. I en privat virksomhed, ville man aldrig acceptere en økonomiansvarlig chef, uden en økonomisk administrativ uddannelse. Økonomistyring kræver de "rigtige" uddannelsesmæssige kompetencer, og det mener overlægen er en stor mangel blandt de fagprofessionelle ledere i sundhedsvæsnet.

Overlægen fremhæver desuden, at fordi en afdelings speciale er omkostningstungt, kan der mange steder være en opfattelse af, at så "opdager" man ikke, når der skal reduceres lidt i budgettet til andre formål. Opfattelsen af, at afdelinger med store budgetter bedre kan undvære lidt, i modsætning til de mindre omkostningstunge afdelinger, er udbredt. Det er en uheldig opfattelse, idet man er nødt til at se på de opgaver, som skal varetages i afdelingen i forhold til administration og patientforløb. Hvis der reduceres "efter grønthøster" metoden, som det er vanligt i sundhedsvæsnet, kan man ikke undgå at det vil påvirke negativt.

Overlægen fortæller også om hans overvejelser i relation til de udmeldte budgetter. Han fremhæver den ubalance, som han gentagne gange har oplevet imellem krav, muligheder, behov og ønsker, og så det som han ser som det realistiske. Han fortæller:

"Jeg sagde, at det var forkert at vi fik et budget meldt ud, som vi skulle forholde os til. Jeg kunne godt tænke mig, at vi lavede vores eget budget. Så beskrev jeg alle de forskellige aktiviteter med det kliniske, det udviklingsmæssige og det forskningsmæssige, så fik jeg vores økonom til at udregne et budget, det blev på 125 millioner kr. Så sendte jeg det til sygehusledelsen, de kiggede på det og tænkte at nu, havde jeg da tabt forstanden, fordi det var dem, der skulle lave det. Da de havde kigget lidt på det, bestemte de sig for, at nu skulle alle afdelinger lægge eget budget, samt afsætte 1 % af deres budget til forskning, og bagefter skulle de redegøre for, hvad de havde brugt dem til. Det har så betydet for mig, at hvis man går ind i positiv dialog og kommer med konstruktive forslag, så

kan man ændre verden og dermed sygehuset. Kritik det kører man altid fast på, men konstruktive positive forslag, det kan flytte nogle ting".

For overlægen havde det en stor betydning at han kunne præsenterer et detaljeret budgetforslag, hvor alle de vigtige funktioner i afdelingen blev beskrevet. Ved at være på forkant kunne han være med til at påvirke det kommende års budget. At hans budgetforslag blev opfattet positivt og meget realistisk, kom bag på ham. Denne reaktion hos overlægen fortæller noget om den måde, hvorpå der normalt reageres på afdelingernes budgetter. Budgetterne meldes ud fra økonomiafdelingen udfra et rammebudget, og omfatter derfor normalt ikke de forskellige detaljer, som overlægen her havde beskrevet. Den overraskende positive dialog med sygehusledelsen viser hvor vigtigt det er, for afdelingsledelserne at kunne dokumentere deres aktiviteter overfor sygehusledelsen, specielt i budgetforhandlingen.

Det gav overlægen en stor tilfredsstillelse at hans forslag blev så vel modtaget, men det bevirkede dog ikke, at afdelingen slap for henstillinger om at spare, for eksempel på forbrugsvarer.

Overlægen fortalte om en anden situation, hvor afdelingen gentagne gange havde modtaget opfordring fra sygehusets økonomiafdeling, om i størst mulig omfang at anvende et billigere produkt til en specialbehandling end det, som specialisterne anbefaler udfra deres evidensbaseret undersøgelser og forskningsresultater. En dag bliver en leder fra sygehusadministrationen akut henvist til undersøgelse og behandling i afdelingen med henblik på den pågældende behandling. Efter indgrebet udviser han stor interesse for at få at vide, hvilket produkt, der er blevet anvendt til netop hans behandling. Han udtrykte stor lettelse, da han fik af vide, at man havde anvendt det dyre produkt, og ikke havde valgt at følge økonomiafdelingens henstillinger.

Denne historie beskriver et komplekst problem, idet den illustrerer det faglige dilemma de behandlende læger ofte står overfor. Fra politisk/administrativ side vejer økonomien tungt, når man ser på hvilke produkter man helst ser anvendt i forbindelse med patient behandling. Der vil ofte som i denne historie være mulighed for at bruge forskellige produkter, og set fra hospitalets økonomiafdelings side, vil den billigst mulige løsning naturligvis være at foretrække, hvilket de da også har henstillet til afdelingen om at gøre i størst mulig omfang. I dette tilfælde har lægerne

erfaring for at et væsentligt dyrere produkt er betydeligt bedre, idet det kan forkorte indlæggelsen og kan betyde en livsforlængelse for den enkelte patient. En kvalitetsforbedring som er evidensbaseret. Patienten er i dette tilfælde en person som er helt på det rene med konsekvenserne for netop denne behandlings kvalitet og livsforlængende betydning. Her konfronteres en patient så med det faglige dilemma, som de professionelle læger hyppigt står overfor, nemlig balancen imellem det som fagligt er bedst muligt, og som lægerne gerne vil tilbyde alle patienter, som den bedste behandlingsmulighed, contra de manglende økonomiske muligheder for at tilbyde behandlingen til alle. Patienten udtrykte her en lettelse over, at han trods alt havde fået det ”bedste”. Det store spørgsmål er så, om det er rimeligt overfor de patienter, som måske ikke får ”det bedste”!

3. Klinisk kvalitet:

På spørgsmålet om hvad afdelingsledelsen specielt opfatter som henholdsvis god og dårlig ledelse, fortæller begge, at ledelse er nødvendig for at sikre den faglige kvalitet. Overlægen fortsætter med at fortælle:

”God ledelse er, at man kan skabe visioner, udvikling og troen på fremtiden for en afdeling. Det er at skabe stolthed i medarbejdergruppen over at være ansat her, troen på at vi ikke bare er gode, vi er de bedste, det at ville stå forrest, at være parat til at kæmpe for sin afdeling. Vi har et meget stort personale med en utrolig faglig stolthed. Man kan sige, de er dumme og grimme osv. Men hvis man siger, de ikke er dygtige i deres fag, så skal du bare se, hvad der sker. Den faglige stolthed gør det sjovt at lede sådan en afdeling, og den skal man stimulere”.

Det høje faglige niveau udfordrer konstant afdelingen og afdelingsledelsens kompetencer. Overlægen er stolt af afdelingens faglige niveau, og han lægger ikke skjul på, at det for ham er meget vigtigt, at afdelingen konstant er i front. Han oplever afdelingen som spydspids for hele området.

”Jeg interesser mig for, hvordan afdelingen skal udvikle sig til at være strategisk overordnet på Danmarkskortet. Vi er Aalborg sygehus´ kronjuvel i universitetssammenhæng. Vi er den afdeling,

der er mest dynamisk og videnskabeligt aktiv. Klinisk markerer vi os gang på gang. Det er det værdigrundlag, som er vigtigt for mig, og den gejst er i personalet. Vi er små, men vi er det tredjestørste hjertecenter i Danmark, det er vi, fordi vi vil. Det "koster noget".

Ansættelse af mange velanskrevne specialister, tiltrækker andre kompetente læger til afdelingen. Det er et af de områder, som fremhæves ved interviewet. Det medfører, at afdelingen står fagligt stærkt og at de kan markere sig, både internt i hospitalet og i forhold til sygehusledelsen, samt eksternt overfor politikerne og kollegaer på det nationale og internationale plan. Det er en afdeling, som kan profilere sig og vise sin eksistensberettigelse.

Overlægen er begejstret for, at de har en fremtrædende plads i sundhedsvæsnet, og får mange patienter. Han lægger vægt på, at de har fokus på kvalitetsforbedringer, forskning og udvikling. Han giver udtryk for, at når man skal være i front og vil være kendt, kræver det et stort PR arbejde. Han fremhæver vigtigheden af, at man som leder hele tiden er opmærksom på de ønsker, personalet har om udvikling og forsøger at muliggøre det. Hvis man gør det, vil man overvejende have tilfredse medarbejdere, som er glade for deres arbejde, og som yder en stor indsats, netop fordi den bliver værdsat. Han pointerer, at der i en professionel faggruppe eksisterer forskellige rationaler for, hvad den enkelte opfatter som "det gode arbejde", men fælles for dem er, at de arbejder meget intenst med at yde en høj grad af kvalitet til patienterne. Hans mål er store, og han lægger ikke skjul på, at det koster hårdt arbejde. Han går selv i front, og stiller tit op til diverse møder og konferencer for at præsentere afdelingen.

Afdelingsledelsen er ikke i tvivl om, at ledelse er vigtig når en afdeling skal være fagligt velfungerende. De anfører at det er ledelsen, som tegner billedet af en afdeling, og sørger for den gode omtale internt såvel som eksternt. De mener, at de både skal være i front og samtidigt gå bagved medarbejderne. Der skal være en opfattelse af, at her er godt at være både som arbejdsplads og i forhold til en patientoplevet kvalitet. En afdeling, som bliver positivt omtalt, vil ofte have lettere ved at tiltrække dygtige medarbejdere, fordi det er attraktivt at være sådan et sted. Ledelsen lægger ikke skjul på, at det også udfordrer dem som fagpersoner, fordi de skal være i stand til at kunne "styre" alle de mange opgaver, som skal udføres både af administrativ og faglig art. Imidlertid er det uheldigt, når der iværksættes nye initiativer, som ikke bliver fulgt tilstrækkeligt op. Det oplevede oversygeplejersken i forbindelse med sin første tid i afdelingen:

”Den oversygeplejerske som jeg afløste var rejst og havde ikke mulighed for at sætte mig ind i tingene. Efter et stykke tid, begynder jeg at tænke. Jeg hører noget, jeg ser noget og læser om noget. Så tænker jeg, at det er jeg ikke informeret om. Så begynder jeg at spørge ind til det, der er sat i værk:” Hvor stammer det fra?” Så svarer personalet, at de ikke lige kan huske, om det var på grund af selvevaluering eller på grund af en stor undersøgelse om psykisk arbejdsmiljø. Jeg kan se, at der er nogen ting, som er sat i værk, som aldrig er landet igen. Det er svært at gå ind og sige: ”Nu prioriterer jeg noget”, som jeg ikke kender baggrunden for. Jeg oplever meget, der af forskellige grunde ikke er blevet til noget. For eksempel hænger der rundt omkring på afdelingen nogle grønne statements, om hvordan skal vi tage imod nye, hvordan vores omgangstone skal være osv. Der står, at de statements vil udkomme hver tredje måned fra afdelingsledelsens side. Skulle jeg have sat noget op og hvad var så baggrunden. Så spørger jeg, ”Hvad er der for noget?” og får forskellige svar, men det er vist de første, der er sat op. Så er jeg til personalemøde, hvor vi taler om værdigrundlag, de fortæller, at da de første gang blev præsenteret for de grønne sedler, der grinte de og tænkte: ”Hvad er det nu for noget?”. Så gik jeg til vores overlæge og spurgte: ”Hvad det drejede sig om?”. Han fortalte, at det var taget op på et tidspunkt, men at han ikke syntes det var en god ide, han synes, at vi skulle skrotte det. Det ville jeg godt være med til, men jeg ville have, at vi fortalte, hvorfor vi droppede det. Jeg ville sige det til plejepersonalet, men overlægen synes ikke, at vi behøvede at sige det til lægegruppen. De havde aldrig rigtig set det, selvom det gik på noget tværfagligt. Det er ikke godt! Intentionen har sikkert været god, men det er desværre ikke blevet fulgt op af ledelsen.

Der bruges tid og energi, der involveres medarbejdere, men da ikke alle er informeret eller overholder aftaler, glider det ud igen. Sådanne projektforløb opfatter hun som dårlig ledelse, og spild af tid i en travl hverdag. Denne situation illustrerer, hvordan et godt initiativ kan blive til noget dårligt, fordi ledelsen er kommet til at stå i en situation, hvor de selv ikke helt tror på projektet, og derfor ikke bliver taget alvorligt af personalet. Initiativet skal være forankret i afdelingen. Der har været faggrupper, som ikke har været bekendte med de intentioner ledelsen har haft med projektet, og som heller ikke har været interesseret i det. Dette bevirker at det ledelsesmæssige initiativ vil fremstå som dårligt, fordi informationen ikke er nået helt ud og blevet forstået af alle i afdelingen, og initiativet er ikke blevet fulgt op. Derved får ”de gode initiativer” ingen praktisk betydning. Der

er brugt tid på at få en forbedret kvalitet på nogle væsentlige områder, men på grund af manglende tid og styring, bliver det ikke til noget. Fokus er her på den kliniske kvalitet:

"I afdelingsledelsen kan vi hurtigt blive enige om, hvad vi skal, fordi det er godt for patienterne, men det er en stor organisation, der skal klædes på til at kunne løse det. Jeg synes, det har været rigtig godt og spændende at føre nogle projekter ud i livet, at man sætter sig nogle mål, man laver et projekt og får det gennemført. Nogen gange er projektet gået rigtig godt, det er kommet i hus".

Afdelingsledelsen vurderer, at kvalitetsudvikling er en proces, der ikke kommer af sig selv. Der er ikke en iboende trang hos alle medarbejderne. Ledelsen er klar over, at de, skal motiverer medarbejderne til at tænke kvalitet i alt, hvad de foretager sig. De skal stille spørgsmål der får arbejdet til at gå i retning af kvalitetsudviklingsbaner.

Det, at man som leder er opmærksom på, at medarbejderne trives socialt på arbejdspladsen, er en af de værdier, som en af afdelingssygeplejerskerne mener, er med til at skabe den gode arbejdsplads:

"Jeg synes, det er væsentligt at holde fast i, for det er altså sygeplejefaget jeg skal lede og er ansvarlig for. Mit syn på god sygepleje er, at vi er her for patienternes skyld, så når folk skriver, at det svært at have med pårørende og besværlige patienter at gøre, så er min påstand, at vi ikke er professionelle nok. For mig er det at være leder både at gå foran og vise vejen og på samme tid at gå bagved og følge op".

Det er hendes vurdering, at en leder er nødt til at holde fast i de beslutninger, som er truffet. Man kan drøfte de trufne beslutninger, og man kan drøfte processen og de forventede resultater med personalet, og evt. tilrette forløbene, men den overordnede plan mener hun, man bør fastholde. Lederen skal desuden hele tiden være i front og være synlig. Det vil blandt medarbejderne opleves positivt.

Overlægen og oversygeplejersken er meget enig i deres syn på kvalitet. Oversygeplejersken formulerer det på denne måde:

”Kvalitet er vigtigt af mange grunde. Kvalitet er vigtigt i et konkurrence syn. Nok har man taget hul på det i det private før det offentlige, fordi man har skullet leve af det. Det skal vi også i dag, hvor der er kommet konkurrence indenfor sundhedsvæsnet. Vi skal også arbejde med kvalitet, fordi det er et krav både politikerne, borgerne og patienterne stiller til os. Egentlig stiller medarbejderne også krav om at arbejde med kvalitet. Så der er forventninger og krav, der kommer fra mange forskellige fronter. I afdelingsledelsen har vi ikke haft det som et overordnet emne at kigge på kvalitet. Men i de ting vi har beskæftiget os med indgår kvalitet som en naturlig del”.

Denne ledelse taler ikke om kvalitetssikring på det teoretiske plan, men de betragter det som en selvfølge, at kvalitet indgår i det daglige arbejde. Det vil sige at kvalitet indgår naturligt i forhold til de forskellige kerneydelser. Alle ønsker i princippet at udføre deres arbejde godt, men det indebærer, at man er enige om, hvad *godt er*.

En afdelingssygeplejerske har dette syn på kvalitet:

”Kvalitet er når jeg planlægger en arbejdsdag, hvor ressourcerne passer til de patienter, som der er planlagt udfra. At de sygeplejersker, der skal udføre arbejdet, er sat sammen, så de passer i forhold til opgaverne. Jeg ser også på, hvilke læger der er her, og at de ved, hvad de skal lave. Kvalitet er at jeg sørger for at programlægge patienterne, så at alle de ”tunge” patienter ikke skal undersøges i det samme undersøgelsesrum, men er fordelt på de forskellige pladser. Jeg sørger også for, at narkosen er informeret, og at de produkter, som vi skal bruge, er leveret fra produktspecialisten. Jeg tjekker, at det apparatur, som skal bruges, er til stede og fungerer”.

”Jeg er meget grundig, når jeg planlægger de forskellige opgaver, som skal udføres. En af kvaliteterne i ledelse er, at få tingene til at gå op i en højere enhed. Jeg er god til at organisere, men kvalitet er også at kunne uddelegere”.

Afdelingssygeplejersken fortæller, at både den opfattede kvalitet og opgavestyringen skal være i orden. Det er hendes administrative ansvarsområde, og hun sætter en ære i at det hele fungerer. Hun føler hun skal være ”blæksprutte”, hun har et ansvar og sætter en ære i at det går op i en højere enhed.

Flere af afdelingssygeplejerskerne peger på, at det er deres oplevelse, at personaletrivsel er et meget væsentligt punkt, idet trivsel medfører et større engagement i arbejdet. Når man trives, er det en selvfølge, at der ydes meget til patienterne, og når patienterne giver personalet positive tilbagemeldinger, kan man godt regne med, at de oplever en god kvalitet. Lederne fremhæver, at man skal have et mål for sit arbejde, for at vide hvor man skal hen. Der bliver dog også peget på, at personalet selv definerer, hvad de mener, er god kvalitet, uanset hvilke mål og grænser ledelsen fastsætter. Det kommer imidlertid også frem, at tidspresset er en faktor, som alle de interviewede ledere i høj grad mener, er en stor belastning, som gør, at man ikke kan udføre opgaverne tilfredsstillende.

"Der kan godt være situationer, hvor kvaliteten ikke er i orden. Der ser jeg det som min opgave som leder, at sikre nogle rammer og nogle vilkår. Der skal for eksempel ikke ligge patienter på gangene, for det giver frustration hos medarbejderne. Det har en afsmittende effekt på deres arbejde. Vi har en belægningsprocent på mellem 103 og 110. Når jeg siger rammer og vilkår, er vi inde i en periode, hvor vi har 12 på barselsorlov. Det gør at jeg må sige, at den ekspertise kan vi på ingen måde erstatte, for vi kan ikke have så mange i oplæring. Vi kan holde kvaliteten på det næst bedste, når der nu er så mange på orlov, så skal de, der er her, have fred og ro til at arbejde, de skal ikke forstyrres af alt muligt andet".

Afdelingssygeplejersken fortæller at den jævnlige overbelægning er et stort problem. Personalet skal kunne yde mere, end det er normeret til. At mange medarbejdere er på barsel, forekommer jævnligt i en sengeafdeling med et yngre personale. Hun påpeger at, selvom man får delvis vikar kompensation for barsel, går regnestykket ikke lige op. Dels vil der periodevis være færre hænder, dels kræver en vikar introduktion og oplæring. Det er der også arbejde forbundet med, så derfor går det ikke lige op hverken økonomisk eller fagligt. Samtidig kan det være vanskeligt at rekruttere fagpersonale. Nyansættelser er også forbundet med ekstra arbejde. Når afdelingen er ude i pressede situationer, som for eksempel med overbelægning, vil det være en umulighed at sætte nye aktiviteter i gang. I en sådan situation, vil det primære være, at tage bedst muligt hånd om patienterne, og så udsætte alle andre opgaver, indtil man er inde i en mere stabil periode.

Overlægen har følgende holdning:

"Patientundersøgelse og behandling har højeste prioritet. Derfor vil det være naturligt, at jeg som administrerende overlæge har det som første punkt på prioriteringslisten. Så må vi se, hvad der

bliver af resten. Der er ansat otte overlæger her på afdelingen, de er alle fag fanatikere: Deres område skal være det bedste. Det, at de er ansat, er en garanti for deres ting de kører, for de presser hele tiden på, for at deres område skal opprioriteres. Derfor mener jeg ikke, at den administrerende overlæge behøver at have det som sin prioritet. Jeg har valgt nogle andre ting, som jeg ofrer meget energi på, det er forskning og udvikling. De ting er ikke sådan lige målelige i det daglige, men vi har en stor aktivitet, og vi forsøger at presse de ting igennem. Vi har fire projektsygeplejersker til at lave multicenter studier, hvor vi har den målsætning at være de bedste. Det gør at vi flere gange ligger nummer et eller to i både den danske og den europæiske gruppe, som den afdeling der inkluderer flest patienter. Det betyder, at inden for mit område starter der ikke nogen nye studier, uden at vi får dem tilbudt. Men hvis man koncentrerer sig om de nære problemer, så står afdelingen stille. Der skabes en dynamisk proces, hvor vi forandrer os fra et amtssygehus til en universitetsafdeling, som er fuldt konkurrencedygtig med de øvrige. Det kræver en aktiv indsats på de her områder og nogle bevidste valg. Det mener jeg er en af mine vigtigste opgaver som leder".

Den administrerende overlæge mener, at det stiller store krav til ham som leder, at han hele tiden **skal** følge op på det som sker i afdelingen. Hans ansættelse af kompetente læger sikrer, at han ikke behøver at fordybe sig i afdelingens kerneydelser. Det muliggør, at han kan bruge mere tid på, at skabe udvikling og understøtte forskningen i afdelingen. Det har en meget fremtrædende plads i hans bevidsthed.

Oversygeplejersken fortæller, at:

"Man kan udvikle kvalitet ved at dele det op i subjektiv og objektiv kvalitet. Som fagprofessionelle vil vi gerne definere, hvad objektiv kvalitet er indenfor de forskellige sundhedsydelser. Man kan f.eks. arbejde med kvalitet i patientforløb. Hvis man skal definere, hvad god kvalitet er i et patientforløb, så er der mange aktører på banen, det er ikke nok med kardiologisk afdeling, vi spiller også sammen med mange andre afdelinger. Så det er det at få mange til at fungere i et samspil om f.eks. patientforløb. For jeg synes ikke, det er så svært at gå ind og sige: "Vi vil gerne have den kvalitet i sygeplejen". Lægerne ved også hvilken kvalitet de vil have lægefagligt. Men hvis vi ser på hvad patienterne efterspørger, så er det ikke kun den faglige kvalitet, det er også den måde vi snakker med dem på, at vi er opmærksomme og respekterer dem. Vi er endnu i dag ikke helt klar

på, hvad patienterne forventer, vi tror vi ved det, hvilket vi tilrettelægger udfra. Vi har ikke kutyme for at hive borgere ind og sige: "Hvad er det, der er vigtigt?".

De bløde værdier efterspørges, men hvis den faglige kvalitet ikke er i orden, så er alt andet ligegyldigt for patienten. Den faglige kvalitet kommer derfor i første række. Der er hele tiden en stor forsknings aktivitet i afdelingen. Plejepersonalet tilkendegiver, at de mange forskellige aktiviteter fylder meget i dagligdagen, og at denne kan opleves meget presset. Samtidig med at afdelingen har det flotte image udadtil, kan det i perioder knibe med at kunne følge med, hvilket giver nogen komplikationer. Der er dog fortsat en stolthed over at være ansat i afdelingen – at være en del af teamet.

En af afdelingssygeplejerskerne fremhæver:

"At patienterne skal være i centrum. Hvis vi ikke har et ordentligt uddannet personale, kan vi ikke give en god patientbehandling og pleje. Det jeg også lægger meget vægt på er, at der er en god trivsel på afdelingen, at vores arbejdsmiljø er i orden, at vi har en god undervisning og at vi husker udviklingsdelen. Det er vigtigt at have nogle gode sygeplejersker, som arbejder godt hver eneste dag, at vi kan se, der bliver fyldt på med efteruddannelse og kurser, ellers er det svært at holde motivationen".

Det er helt konsekvent at sygeplejersker taler om sygeplejersker og læger om læger. Der skal være en balance i udviklingen, både de faglige kvaliteter og de bløde værdier.

Som en måde at opretholde afdelingens trivsel på, fortæller en afdelingssygeplejerske at:

"Vi har den kultur, at vi møder klokken otte om morgenen, så har vi en halv time, hvor vi snakker om løst og fast. Hvis der er nye ting, så bliver der informeret om det. Den halve time vi har, er vi meget bange for at miste, fordi den er meget vigtig for sammenholdet på afdelingen. Sygeplejersker skal arbejde sammen, lære hinanden at kende, så det er en vigtig del af vores kultur".

Sygeplejersker har en "snakkekultur". De har ikke nok i at komme hinanden ved i kaffepauser. Måske mangler der lidt mere struktur på morgenmødet?

Denne udtalelse stemmer fuldstændig overens med udtalelser fra lægegruppen her, og fra begge faggrupper også på de andre afdelinger i projektet. Der er en stringent struktur på lægegruppens morgenkonference, hvor der sjældent bliver tid til "udenomssnak", men kaffe skal der til!

Oversygeplejersken anfører, at:

"Ledelsen skal sørge for i samarbejde med andre at finde ud af, hvad vej vi skal. Vi må lave en strategi. Vi kan ikke alt det, vi gerne vil. Vi må vælge. Vi må skabe nogle rammer og vise medarbejderne, hvad der er vigtigt. Så ledelse og kvalitet er for det første en strategi: "Hvad er det vi vil?" og så er det en prioritering og en dialog mellem ledere og medarbejdere. Vi skal give dem nogle rammer, spørge hvordan det går, vise interesse for det, der er vigtigt".

Imidlertid er det ikke så nemt at vælge. Ledelsen skal vise vejen og træffer nogle valg, men der må stilles et spørgsmålstegn ved, om hvem der skal foretag en væsentlig del af de valg som skal træffes. Er det patienterne – politikere? Det er klart, at der må ske en prioritering i sundhedsvæsnet. Og de forskellige udtagelser viser, at der er flere gråzoner i dagligdagen. Ikke alle beslutninger fremstår helt tydeligt. Dette er et dilemma!

Afdelingssygeplejerskerne mener, at ledelse er vigtig for at sikre kvalitet, og at en fagperson skal være i stand til at hjælpe eller overtage arbejdsopgaver, hvis det skønnes nødvendigt. Ved at være en faglig leder, har man den nødvendige viden til at udføre arbejdet i afdelingen og til at varetage de ledelsesmæssige opgaver, som skal udføres. Det gør lederen i stand til at rådgive og støtte personalet i de forskellige opgaver. Når man ikke kan nå alt hvad der i princippet forventes, så er det vigtigt at lederen er med til at vælge fra.

Overlægen fortæller, at han blev uddannet som en af de første kvalitetskonsulenter, der fik til opgave at sætte fokus på kvalitet i amtet. Kvalitetskonsulenterne så på hvilke kvalitetsudviklingsprojekter, der kørte på de forskellige afdelinger. Det lavede de en rapport over og sendte til amtet. Kvalitetskonsulenterne satte fokus på områder, hvor de havde en mistanke om, at der var noget galt med kvaliteten, for at se om de kunne bruge den kvalitetssikringsmetode, som

amtet havde foreslået, nemlig kvalitetsudviklingscirkler. Overlægen synes, at det lykkedes til en vis grad. Han fortæller om personalets modtagelse af metoden:

"Sygeplejegruppen kunne godt forstå, at det var noget, man skulle arbejde med, og at man skulle bevæge sig fra at tro og syntes til at dokumentere. Lægegruppen syntes det var noget bavl, for det havde man altid gjort, man havde altid arbejdet på den måde, at kvaliteten skulle være i top og man havde kontrolleret sine resultater, men man havde ikke arbejdet med metodikken systematisk. Derfor har det været langt sværere at få lægegruppen til at tage den til sig, fordi de anser forskningsmetodologi som kvalitetssikring".

Overlægen siger desuden, at strategien ikke flyttede særligt meget. Amtet har senere forladt den strategi.

En af afdelingssygeplejerskerne fortæller om et af de udviklings- og kvalitetsprojekter, som en af afdelingens sygeplejersker havde igangsat. Sygeplejersken havde i udlandet præsenteret sit projekt om musikterapi til patienter, som gennemgik større undersøgelser og behandlinger, hvor de ikke var i narkose. Da hun i sin tid præsenterede sin idé til projektet, mødte hun stor skepsis i afdelingen. Hun fik dog lov til at sætte sit projekt i gang, og det viste sig at blive en stor succes:

"Da sygeplejersken kom hjem, fornemmede jeg, at de øvrige sygeplejersker gerne ville have haft mulighed for at gøre det samme. Det smitter af i afdelingen".

Afdelingssygeplejersken fornemmer, at "janteloven" i sådan en situation kan blive aktuelt blandt de øvrige sygeplejersker:

"Da hun kom hjem fra udlandet, blev der fra kollegaerne sagt: "Velkommen hjem, det er godt, at du klarede dig så godt". Men så sidder der en gruppe, som havde lavet nogle andre projekter, men som ikke havde været ude og holde foredrag, og så var der lidt muggeri, hvor de kom til mig: "Vi skal lige passe på, at hun ikke tager det hele". Det er jo heller ikke meningen".

I en gruppe kan der let opstå den form for "undergruppe" jævnf. Goffman.

Afdelingen har således et meget aktivt miljø, som tilskynder til enhver form for udvikling af den kliniske kvalitet blandt alle faggrupper. Den aktive ledelse har en stor del af æren for denne udvikling. At det store aktivitetsniveau giver anledning til pressede situationer, er den anden side af medaljen.

5. Excellent kvalitet:

Overlægen gør meget ud af at fortælle, at han anser det for meget vigtigt, at afdelingen hele tiden *tør* kaste sig ud i nye udfordringer:

"Et af mine principper er, at uanset hvilket udviklingsprojekt, der kører på sygehuset, så bliver vi udpeget til det. Der har vi et princip som gør, at vi går med i det, selvom vi er betænkelige, for vi vil være gode".

Fra politisk hold havde man som tidligere nævnt besluttet, at man ville gennemføre pilotprojekter med anvendelsen af selvevalueringsmodellen i tilknytning til kvalitetsprisen. Kardiologisk afdeling havde sagt ja til at deltage, som den ene afdeling på hospitalet. Hospitalets kvalitetsafdeling havde hjulpet til ved at afholde en tværfaglig temadag med præsentation af en lang række indsatsområder, som afdelingen skulle iværksætte og udvikle. Efter to år, skulle der evalueres på de forskellige områder og afholdes en ny temadag, hvorefter der skulle gøres status, og det videre forløb planlægges.

Både fra ledelsen og fra de forskellige medarbejdere forlød det, at det var spændende og meget relevante og konstruktive indsatsområder, som der var blevet arbejdet med. Men alle oplevede det særdeles vanskeligt at overholde de forskellige aftaler, som var blevet indgået, på grund af de projekter, som i forvejen var i gang i afdelingen. Det var derfor vanskeligt at prioriterer netop disse indsatsområder, fordi dagligdagen var så presset, som den var. Personalet måtte i forvejen i perioder arbejde ekstra, for at overholde de politiske mål med "hjertepakker" og store undersøgelsesprogrammer indenfor en fastlagt tidsramme. De forskellige specialister var desuden meget optagne af igangværende forskningsprojekter, som tog den resterende tid.

I 2003 afholdtes en temadag med opfølgning af selvevalueringsmodellen. Det var et år senere end det planlagte, men afdelingsledelsen fortalte, at det ikke havde været muligt at overholde de planlagte tidsrammer på grund af de mange andre opgaver, som afdelingen var involveret i. En af de yngre læger sagde på denne temadag, at han synes, at det var nogle rigtig gode emner, som blev drøftet, og at han gerne ville have haft, at flere af overlægerne var gået ind i arbejdet, men han havde forståelse for, at det ikke var muligt at nå det hele.

5.1.1.2. Afdelingen set udfra Goffmans dramaturgiske elementer:

Optræden/Performance:

Overlægen er meget ambitiøs. Hans behov er, at afdelingen hele tiden skal være i front. Det er et prestigefyldt speciale. Han er opmærksom på den rolle han har som leder, og at der er store forventninger til ham. De læger som er ansat i afdelingen, har ligeledes store forventninger både til egen faglighed og videnskabelig udvikling. De er ansat på en afdeling, som er kendt for dens høje grad af kvalitet og videnskabelighed. Allerede under den tidligere ledelse fik afdelingen sit ry for høj faglig standart. Det smitter af på alle. Derfor er de lægefaglige forventninger om egne muligheder meget store. Problemstillingen er imidlertid, at det er ikke realistisk, at alt personale magter, konstant at være i front. Det kræver meget både af psyke og fysik. Overlægen tegner afdelingen både i forhold til sygehusledelsen, øvrige afdelinger og eksternt. Det giver prestige.

Udover sin uddannelsesmæssige funktion varetager overlægen også en faglig funktion. Han deltager aktivt i projektarbejde som han er med til at præsentere på konferencer og kongresser. Overlægens funktion bliver hermed meget udadrettet, og er med til at bestyrke afdelingens position inden for det kardiologiske felt.

Oversygeplejersken agerer derimod overvejende internt i afdelingen. Hun er dog meget opmærksom på, hvad det betyder for dem, at der er fokus på afdelingens høje grad af faglighed, og at de er kendte for deres kvalitet af diagnostik, behandling og sygepleje. Hun fokuserer mere på, at få afdelingen til at leve op til de forventninger og krav, der er en forudsætning for, at afdelingen fungerer internt. Derfor er hendes opmærksomhed rettet mod deres optræden som ledelse, at de er

rollemodeller for alt personale, og at de hele tiden skal kunne ”træde til” når der er behov for det. Hun lægger derfor vægt på den strategiske ledelse internt, og hendes funktion som supervisor. Hendes kvalitetsbevidsthed drejer sig overvejende om de sygeplejefaglige aspekter og er mindre orienteret i mod det totale kvalitetsbillede i afdelingen.

Team:

De forskellige grupper i afdelingen arbejder meget monofagligt. Sygeplejerskerne har ønsket, at varetage samtlige sygeplejefaglige funktioner i afdelingen, specielt på cardiologisk laboratorium. Dette har imidlertid skabt store problemer. Fra lægeside finder man ikke dette godt nok. Lægerne mener, at ikke alle sygeplejerskerne er lige sikre i de komplicerede procedurer. Derfor blev konklusionen efter flere møder, at der er et behov for, at sygeplejerskerne i lighed med lægerne, fremover blev nødt til at specialiserer sig og ikke være generalister. Et team kan ikke fungere, hvis der ikke internt er enighed om, hvordan funktionen skal varetages.

Hidtil har teamfunktionen i denne afdeling været mindre fremtrædende i det daglige arbejde. Derimod har der været en god tradition for teamdannelse i forbindelse med videnskabelige projekter. Her har der dog, som i afdelingen i øvrigt, været en meget hierarkisk opbygning med en læge som projektleder. Afdelingsledelsen er opmærksomme på vigtigheden af det tværfaglige samarbejde for at opnå de bedste resultater indenfor kerneydelserne. Det er dog svært at reforme en afdeling med mange sub specialister, som hver især er mest interesseret i eget område af kardiologien. Hver for sig er overlægerne i gang med kvalitets- og forskningsprojekter, som de arbejder meget selvstændigt med. Ved lægernes konferencer og kongresser drøfter de i lægesammenhæng de opnåede resultater. Først når der foreligger resultater, som har betydning for arbejdsgange og det øvrige personale, tages det op til en generel præsentation og drøftelse.

Sygeplejerskerne arbejder ligeledes meget monofagligt. Afdelingen har nogle få ”ildsjæle”, som har et tættere samspil med lægerne. De fleste af de projekter, som sygeplejerskerne er involveret i, er koncentreret om deres eget fagområde.

Regioner og regionale holdninger:

Goffman henviser til det dramaturgiske spil, hvor det man vil præsentere for andre, ikke altid er identisk med det, som ligger bagved i kulissen. Denne afdeling viser en flot præsentation af det faglige område indenfor deres speciale. De er i stand til at promovere afdelingen udadtil og overfor andre i hospitalet. Det er en afdeling, hvor patienterne kan føle sig trygge og få tilbudt en kvalificeret behandling. Man er i stand til at konkurrerer med andre sammenlignelige afdelinger, og er kendt internt i hospitalet som en afdeling, der både tør, kan og gennemfører flotte resultater. Det kan blandt andet ses ved, at afdelingen er i stand til at kunne ansætte så mange kompetente personer. Dagligdagen er dog ikke altid gnidningsløs. Det er en meget travl afdeling, hvor aktiviteterne er meget krævende og stiller store krav til alle personalegrupper. Imidlertid er personalet, ikke altid enige om de forskellige prioriteringer, hvilket giver sammenstød i kulissen. Det monofaglige arbejde hindre i visse situationer det tværfaglige spil i at fungere, således at afdelingens performance bliver forringet.

Overlægens styrke er, at han er bevidst om vigtigheden af at ansætte højt kvalificerede fagpersoner, som har samme tilgang til profilering af afdelingen, som han selv. Han har det ”rigtige” hold til at spille, det gør at afdelingen bliver kendt for sine faglige kompetencer. De er alle i stand til at kunne præsentere afdelingens strategier og holdninger på overbevisende måde.

For sygeplejerskerne har det, at de er ansat på en velanskreven afdeling, ligeledes stor betydning. Det tiltrækker nye og fastholder dem, som har længere anciennitet. Deres arbejde bliver spændende og gør dem på mange måder kvalificeret som faggruppe, men samtidig er det meget krævende. Sygeplejerskerne udtrykker, at de savner, at der er ”luft” en gang imellem. Nødvendigheden af hele tiden at være på, er somme tider for krævende for mange. De har behov for at være mere sociale, samtidig med at de ikke inversterer helt de samme timer, som lægegruppen, i de arbejdsmæssige relationer uden for arbejdstiden. Der er også private forpligtelser ved siden af arbejdslivet. Sygeplejerskegruppen er som helhed mindre ambitiøse end lægegruppen.

Overlægen er meget frontstage og gør et meget stort arbejde for at promoverer afdelingen. Han er meget bevidst om, at det har stor betydning, at afdelingen fremstår som ”den bedste”. At afdelingen både internt og eksternt hele tiden har sin opmærksom på, hvad der sker indenfor deres

specialeområde. De er hele tiden med, siger aldrig fra, men er parat til at indgå i alle de projekter, som de bliver opfordret til at deltage i. De skal kunne deltage på lige fod med tilsvarende afdelinger andre steder i ind- og udland med deres resultater. Denne ”berømmelse” betyder samtidig, at de som arbejdsplads er eftertragtet. Overlægen er dygtig til at få ansat velanskrevne og kendte specialister (læger), som kan tilføre afdelingen prestige. Samtidig stiller det store krav til ham som leder, idet han er særdeles respekteret blandt sine kollegaer, men han får samtidig modspil og konstant nye udfordringer, som han skal kunne tackle. Dette spil klarer han elegant og kommer langt i kraft af sin faglighed og energi. Han er selv en efterspurgt speciallæge, som stiller op både som foredragsholder, vejleder og bedømmer til større videnskabelige afhandlinger. Så frontstage klarer han sig godt. Han er meget bevidst om at få afdelingens holdninger præsenteret specielt frontstage, mens hans engagement backstage er mindre udtalt.

Imidlertid er der problemer backstage, idet ikke alle medarbejderne især sygeplejerskerne og yngre læger magter konstant at være på banen. Samtlige medarbejdere skal helst inddrages i det ”sidste nye”, men ikke alle, specielt sygeplejersker, kan nå at følge op på alt det, som foregår i afdelingen. Overlægernes monofaglige arbejde kan være vanskeligt for de andre personalegrupper at acceptere. For afdelingssygeplejerskerne medfører det, at de skal være opmærksomme på, at iværksætte undervisning til sygeplejerskerne, for at sikre, at de kan være bedst muligt opdaterede. Imidlertid kan det være et problem, idet en så konstant aktiv proces ikke altid er i overensstemmelse med sygeplejerskernes ønsker for en arbejdsdag. Modsat lægerne, er der mange sygeplejersker, som slet ikke har den samme interesse for udvikling og forskning, men som i langt højere grad prioriterer det praktiske arbejde blandt patienterne, samt det sociale liv i egen gruppe. Det er svært at koordinere så forskellige interesser i et team.

Denne afdeling er en specialafdeling, som dækker et stort geografisk område. De får patienter til diagnostik og behandling. Nogle af patienterne vil derfor blive tilbageflyttet til stam-sygehus, så snart der er tilrettelagt en plan for behandling, som ikke længere nødvendiggør specialisternes daglige tilstedeværelse. Derfor er patientflowet i afdelingen meget stort, og en afdelingssygeplejerske fortalte, at det ofte medførte massiv overbelægning i afdelingen. Det er belastende for hele personalegruppen, men specielt plejegruppen, som får rigeligt arbejde, med at varetage alle de praktiske opgaver blandt patienterne. Herved opstår en ubalance imellem hele tiden

at skulle være med på det sidste nye, som kræver en ekstra indsats, og så at nå de forskellige praktiske opgaver indenfor en normal planlagt arbejdsdag.

Divergerende roller/Discrepant roles:

Historien om patienten som havde brug for en akut diagnostik og behandling, hvor lægen ikke fulgte økonomiafdelingens henstillinger om at anvende det billigste produkt, er et klassisk eksempel på den problemstilling, som de fagprofessionelle jævnligt står med. Der siges et, men handles anderledes, idet der opstår et fagligt dilemma, hvis der anvendes et mindre hensigtsmæssigt produkt, end det man føler sig mest tryk ved. Der kan være forskel på, hvor let produkter er at håndtere. Hvad der falder let for den ene, kan være svært at håndtere for den anden. Det er et etisk dilemma, som er aktuelt, idet lægerne i deres lægeløfte har forpligtet sig til at udvise omhu og den bedst mulige kvalitet i deres arbejde. I dette eksempel er der evidens for, hvad der er bedst, men man har ikke fra politisk side været villige til at tage debatten, om økonomiske hensyn vejer tungere end evidens, når en behandlingsstrategi skal lægges.

Kommunikation udenfor rollen/Communication out of Character:

I relation til det projekt som en af afdelingens sygeplejersker havde gennemført og præsenteret i udlandet, var der mange rosende ord fra hendes egen faggruppe om, at det var en flot præsentation. Imidlertid kunne der spores misundelse i kulissen. Janteloven blev pludselig aktuel, idet andre i gruppen tilsyneladende gerne ville have oplevet tilsvarende. Historien illustrerer tydeligt, at det på den ene side er positivt at have en ”ildsjæl” ansat, men i sygeplejerskegruppen er der ikke mange i dagligdagen, som lægger et stort arbejde i udviklingsprojekter. Man vil gerne være med, men at det kræver en stor indsats, kamp og udholdenhed, er der ikke generelt tradition og forståelse for blandt sygeplejersker. Det er ikke her de lægger deres prioritet. Når sygeplejersker eller andet fagpersonale indgår i lægelige projekter, sker det gerne med en vis form for aflønning, hvorimod lægernes indsats som oftest er ulønnet.

Indtryktsstyring/The Arts of Impression Management:

Den bramfri overlæge, der var årsag til megen uro i plejegruppen og meget arbejde for afdelingsledelsen, havde i princippet ret i at vente med en vanskelig behandling indtil det team, han følte sig tryg ved, var på arbejde. Hans udtalelse og sprogbrug var dog uacceptabel for resten af personalet.

Det kræver megen empati at få sådanne meddelelser afleveret på en måde, så de implicerede ikke føler sig tilsidesat. Det havde dog den effekt, at der kom en intern debat om nødvendigheden af subspecialisering af sygeplejegruppen.

Sammenfatning:

Afdelingen har en høj specialisering med en stor forskningsaktivitet og fokus på nye behandlingsstrategier. Man siger aldrig nej til nye projekter. Der er en hård arbejdsbelastning, men altid en høj grad af patientfokus. Dette i kombination med de mange akutte patienter og overbelægning samt en stram økonomisk styring, gør arbejdet i afdelingen presset. Det tværfaglige samarbejde er lidende.

Der er fokus på en høj behandlingskvalitet, hvor overlægen er orienteret frontstage, mens oversygeplejersken er mere driftsmæssig orienteret. I denne afdeling er den kliniske kvalitet den mest dominerende for afdelingsledelsen, men de er samtidig påvirket af en stram bureaukratisk kvalitetsstyring.

5.1.2. Terapiafdelingen

Terapiafdelingen er en tværgående klinisk serviceafdeling, som yder specialiseret ergo- og fysioterapeutisk bistand til patienter, som er indlagt på AAS, samt til patienter som behandles i hospitalets ambulatorier. Som en konsekvens af det frie sygehusudvalg varetager terapiafdelingen

opfølgende rehabilitering af de patienter, som er opereret på andre sygehuse i amtet eller udenamts, hvor efterbehandlingen ønskes gennemført på AAS.

Terapiafdelingen består af et fællessekretariat, en ergoterapiafdeling Nord og Syd og en fysioterapiafdeling Nord og Syd. Geografisk ligger Sygehus Nord og Sygehus Syd på to forskellige lokaliteter i Aalborg, da det, som tidligere var to sygehuse, er blevet samlet til en funktionel enhed.

Den ergo- og fysioterapeutiske genoptræning på AAS udgør en væsentlig del af den samlede somatiske rehabiliteringsproces, som sigter imod at gengive patienter normal - eller bedst mulig funktion i forhold til dagligt arbejde og daglig tilværelse.

Afdelingen er organisatorisk opbygget som en linieorganisation med en klar kompetence og ansvarsplacering. For hele afdelingen gælder dog, at kommunikationsveje og beslutningsprocesser i vid udstrækning etableres ved brug af Likerts organisationsmodel (bilag.2) med overlappende grupper.

Baggrunden for at ledelsen har valgt denne organisering er, deres ønske om at opnå:

- Større medarbejderinvolvering.
- At terapiafdelingens ambition og mål bliver kendt og levende i organisationen.
- At kompetencen uddelegeres til alle niveauer.
- At der opnås et højt informationsniveau.
- At der er et godt fundament for coping og læring.

Terapiafdelingen ledes af en chefterapeut og en administrerende overlæge. Det faglige ansvar i de enkelte terapiafsnit og fællessekretariatet udøves inden for de administrative rammer, der er fastlagt af afdelingsledelsen. Indenfor ergoterapi området er der ansat en overergoterapeut, som er ansvarlig for den samlede ergoterapi funktion på henholdsvis afsnit Nord og afsnit Syd. På hvert af disse

afsnit er der ansat afdelingsergoterapeuter, som har det daglige ansvar for et fastlagt område, og hvis funktion er at lede grupper af terapeuter, der dækker fra ét til flere specialeområder. Afsnitsterapeuterne skal ligeledes indgå i behandlingsarbejdet.
Den samlede fysioterapi er delt på to overfysioterapeuter, henholdsvis en på afsnit Nord og en på afsnit Syd. De har, som ergoterapiområdet, et antal afdelingsfysioterapeuter, som har det daglige ansvar og arbejdsfelt indenfor et fastlagt område.

Fællessekretariatet ledes af en ledende sekretær, som varetager hele ledelsen af terapiafdelingens sekretariatsfunktion med direkte reference til afdelingsledelsen.

Afdelingens samlede normering udgør ca. 97,04 fuldtidsstillinger fordelt på ca. 6 forskellige faggrupper.

Terapiafdelingen har siden 1995 arbejdet kontinuerligt på at forbedre den kvantitative aktivitetsregistrering for at kunne give et billede af afdelingens ydelser, og der indrapporteres til et patientregistreringssystem. Dette system blev justeret i 2001, således at der kan registreres i forhold til diagnosegrupper (DRG).

Afdelingen samarbejder på tværs i hele sygehuset, lige fra det ledelsesmæssige administrative plan og til samarbejdet omkring den enkelte patient. Hele terapeutgruppen har et meget tæt samarbejde, og udover arbejdet omkring den enkelte patient, afholdes der indenfor visse områder faste fællesmøder. Samarbejdet med de kliniske afdelinger er struktureret meget forskelligt. På nogle afdelinger sikres tværfagligheden i patientbehandlingen gennem formidling og planlægning på faste tværfaglige konferencer, mens man på andre har valgt at fungere i tværfaglige teams omkring patienterne. Den enkelte terapeuts samarbejde med kolleger på andre sygehuse er afhængigt af, hvilket speciale man arbejder indenfor. Der samarbejdes med sygehusets 24 afdelinger og de mindre sygehuse, som er organisatorisk relaterede til AAS. Afdelingen har derudover et stigende antal ambulante behandlinger.

Udover det behandlingsmæssige, har afdelingen endvidere til opgave, at styre alt omkring midlertidige udlån af hjælpemidler til patienter, både de indlagte og ambulante. I vurderingen af behovet for hjælpemidler, skelnes der imellem udlån, som forud kræver en terapeutisk vurdering, og

til generelle behov for udlån. Denne funktion stiller store krav til terapeuterne, og nødvendiggør en høj grad af styring.

5.1.2.1 Præsentation af projekt og dataindsamling i Terapiafdeling:

Også denne afdelingsledelse blev udpeget af sygehusledelsen til at deltage i projektet. Baggrunden for denne udvælgelse var, at afdelingen var velfungerende og meget aktiv i arbejdet med en systematiseret kvalitetsudvikling. Denne afdeling havde organiseret sit udviklings- og kvalitetsarbejde lidt anderledes end kardiologisk afdeling.

I terapiafdelingen foregik introduktionen til projektet med afdelingsledelsen, udviklingsterapeuten, uddannelseschefen for hospitalet og undertegnede. Ledelsen var meget positiv, og ville efterfølgende give medarbejderne information om projektet. Der blev udsendt en kort skrivelse, efterfulgt af mange informationsmøder, idet den geografiske beliggenhed af afdelingen omfatter to adresser.

Kort efter introduktionen startede jeg med at interviewe afdelingsledelsen, 3 overergo/fysioterapeuter og 3 afdelingsergo/fysiurgterapeuter. Jeg tilbragte nogle dage på begge afsnit, hvor jeg fulgte det daglige arbejde, og talte med både personale og patienter (bilag 3.2.).

Den ledende overlæge fortæller, at hans arbejde i afdelingsledelsen er koncentreret om det kliniske område. Om sin baggrund for at indgå i ledelsen siger han:

"Jeg er uddannet speciallæge i Fysiologi og Reumatologi. Min store interesse er indenfor behandling, hvilket jeg kontinuerligt har uddannet mig indenfor".

Overlægens faglige kompetencer strækker sig ind over det felt som udgør terapeuternes arbejdsområde, hvilket letter hans arbejde i afdelingsledelsen.

"Jeg blev oprindeligt ansat på reumatologisk afdeling, og så blev ansættelsen overført til terapiafdelingen, fordi jeg blev udpeget til at være en del af afdelingsledelsen. Det er klart, at når man sidder i terapiafdelingen, så bliver man mere og mere interesseret i det. Langt hen af vejen

føler jeg, at jeg tænker som en fysioterapeut, dog uden at konkurrere i detaljer med deres fagområde".

Overlægen fortæller, at han ikke har gennemgået en egentlig lederuddannelse i modsætning til chefterapeuten, men at det er hans oplevelse, at de supplerer hinanden godt. Han udtrykker stor respekt for det, som hans ledelseskollega varetager og fortæller samtidig, at de er gode til at tale sammen og er enige om de forskellige valg af strategier for afdelingens kerneområde.

Chefterapeuten fortæller om sin baggrund, at han efter nogle år som almindelig terapeut, søgte om at blive konstitueret overfysioterapeut og fik stillingen. Denne funktion varede i to år, hvorefter han gik tilbage i stillingen som klinisk terapeut. På grund af ledelsesproblemer, blev han igen efter kort tid, bedt om at vikariere i samme stilling. Efter en ny periode som konstitueret, blev han fastansat i stillingen.

"Jeg syntes, at ledere var en masse tårne. Det var nok også den ledelsesstil jeg kendte. Jeg var som person skruet anderledes sammen, men jeg var nysgerrig på ledelsesdelen".

Han fortæller, at for ham har ledelse altid været et centralt omdrejningspunkt, og at det har været meget vigtigt for ham at blive teoretisk uddannet indenfor området. Efter at have fulgt forskellige ledelseskurser, søgte han om optagelse på en Master uddannelse på Universitetet indenfor ledelse og blev optaget.

"Det var en gave at få lov til at tage uddannelsen, men det var også et kæmpe slid. Jeg er blevet styrket i nogle ting, også mit syn på ledelsesopgaven og hvad den består af. Vi har dannet en lille netværksgruppe på en fire- fem personer, der mødes et par gange om året. Problemet kan så være, at en ting er at tage uddannelsen, men noget andet er at du skal tilbage og praktisere i det felt du er i. Fordi du selv synes, at du har fået nogle tilgange og nogle ideer, så er det stadig kun en lille del af en større helhed. Det er ikke altid mine omgivelser har flyttet sig på den måde, og dem må jeg spille bold sammen med. Jeg har fået en fantastisk opbakning fra sygehusledelsen. Men jeg må samtidig sige, at den måde som jeg anser ledelse på, harmonerer måske ikke altid så godt med hvad andre overordnede ledelser anser for at være ledelsesdelen".

Chefterapeuten mener, han har haft stor glæde af sin teoretiske uddannelse. Han skal arbejde på det strategiske niveau og inddrager sin teoretiske videreuddannelse, som en styrke for at vurdere de opgaver, som han skal varetage. Han vurderer dem både ud fra en teoretisk og fra en klinisk vinkel, som influerer på den måde hans arbejde i afdelingen er organiseret på. Han fortæller at hans funktion er rent administrativ, og at han har uddelegeret det faglige område til mellemledere og de øvrige medarbejdere. Han fremhæver vigtigheden af, at han skal have kendskab til det faglige, men at han ikke skal arbejde på det operationelle niveau. Det er en stor afdeling med mange forskellige funktioner. Han påpeger det arbejde, der er med de mange overordnede strategier, som er vedtaget på det politiske- og det administrative niveau, og som afdelingerne skal efterleve. Han synes også at økonomidelen er en stor udfordring, og at den har stor betydning for de beslutninger, som må træffes i hverdagen. Om alt dette fortæller han:

"Der er nok nogle, der synes, at ledelse bare er noget man kommer til, fordi man er fagligt dygtig. Det er ikke nok. Jeg anser ledelse for en profession, som man skal uddannes til. Hvis jeg kort skal sige, hvad der ligger i den ledelsesopgave, så skal jeg arbejde med ambitioner, mål og handleplaner både for terapiafdelingen, men også for hospitalet: Jeg er jo en del af hospitalet. Jeg skal understøtte sygehusledelsens strategier. Jeg er ansvarlig for at terapiafdelingen på hospitalet skal udvikles, men også for at få den tilpasset i forhold til de overordnede politikker. Så skal jeg selvfølgelig også lave budget og økonomistyringen. Det skal jeg, og det gør jeg. Det skal, når det kommer til stykket, være noget, der bare ligger i kulissen og er i orden. Den faglige ekspertise, den har jeg ikke, den har jeg udelegeret".

Chefterapeuten orienterer, dels under interviewet, dels i andre forbindelser, om den måde de har organiseret afdelingen på. Han fremhæver, hvordan de har inddraget en teoretisk model som hjælp, og hvordan de har valgt at anvende den i praksis:

"Terapiafdelingen er hierarkisk opbygget med afdelingsledelsen i toppen. Så kommer ledende terapeuter og en ledende lægesekretær. De har alle deres afdelinger, og under dem er så mellemledere på det udførende plan sammen med personalet. Vi er en organisation med ca. 120 personer og 20 studerende, så jeg kan godt finde noget i det daglige, hvor der er misforståelser og konflikter, som der skal tages hånd om. Jeg har været her i 20 år, og jeg er kun blevet her, fordi jeg

i bund og grund kun har gode oplevelser med at sidde i det her job. Jeg har fået kompetencen, jeg har en god makker i afdelingsledelsen".

"Vi prøver at arbejde med den dialogiske lederstil med involvering og uddelegering, det kan da også godt være et problem, men det er den tilgang, vi forsøger at tage".

Overlægen går ikke dybere ind i at forklare om deres ledelsesform i afdelingen, men han fortæller, at der er vigtigt, at de som ledelse hele tiden ser på de mål, som de i afdelingen skal arbejde hen imod. Ligeledes fremhæver han det, som han anser som vigtigt i forhold til personalet i arbejdet på det operationelle niveau:

"Det er, når det lykkes. Der er formentlig mange ledelsesformer, men god ledelse må være der, hvor målet nås, så godt man kan og personalet er tilfreds"

"En lille detalje går på dilemmaet mellem den dialogiske ledelsesform med medarbejdernes aktive involvering, og den mere moderne management tilgang til ledelse, som jeg opfatter som rigtig. Men der er modsætninger i forhold til den hierarkiske traditionelle faglige ledelse. Den dialogiske kan også give problemer, ved at der kan blive for meget snak og for lidt handling. Så det er en balancegang mellem, hvornår man skal involvere, og hvornår man skal træffe en beslutning, hvor man glider lidt mere over i det hierarkiske".

Overlægen er til en "blandet" ledelsesstil som udadtil er dialogisk, men han ser nødvendigheden både af et management tilsnit og at kunne skære igennem på "gammeldags" facon.

1. Patientoplevet kvalitet:

Chefterapeuten er bevidst om, at arbejdet med kvalitetssikring er meget vigtig. Dels fordi det er et patientkrav, men også fordi han ikke er i tvivl om, at personalet, på sigt vil finde det uacceptabelt ikke at give patienterne en optimal behandling. Han mener at når man som fagperson er vidende om, at det arbejde som man udfører, er kvalitet, giver det én stor tilfredshed og arbejdsglæde.

En af terapeuterne peger på, at mange af de ældre borgere er ressourcesvage, og ikke altid magter det tempo, som mange af deres behandlinger foregår:

"Jeg synes ikke, at det er god kvalitet, den måde ældre mennesker nogen gange bliver kørt igennem systemet på. De ældre kræver lidt mere tid, de bliver kørt hurtigt igennem og har ikke altid nogen at komme hjem til. Jeg kan sagtens sige, at der har været god kvalitet, hver gang jeg har mødt den patient, men bekendtskabet stopper måske for bradt. Hvis jeg var sikker på, at der var nogen, der tog over, så var det i orden".

Hun oplever tit de ældres frustrationer over det manglende samspil. Der er afsat en fastlagt tid til undersøgelse og behandling af den enkelte patient uafhængig af alder og færdigheder, men netop for ældre mennesker kan det være et stort problem, idet de ofte er længere tid om både omklædning og opfattelse af informationer.

Terapeuten fortæller, at den manglende sikkerhed for opfølgning af rehabiliteringen når behandlingen overgår til hjemkommunen kan medføre, at patienterne bliver sat tilbage i deres rehabiliterings forløb. Hun oplever det som en dårlig behandling. Der er ikke er den samme grad af opfølgning uden for hospitalet. Perioden efter et indlæggelsesforløb, og indtil der påbegyndes efterbehandling i patientens nærmiljø er for lang, hvis behandlingen overhovedet tilbydes.

Der mangler altså en koordinering af indsatsen i primær og hospitalssektoren. Den bunder i at hospitalerne hører under regionerne og efterbehandling under kommunerne. Den økonomiske betaling af de forskellige ydelser er således kasseopdelt, og giver ikke en helhedstænkning og styring i patientforløb. Når en patient er færdigbehandlet det ene sted, er der ikke den samme interesse og indsats i det næste forløb. Det medfører en dårligere udvikling og kvalitetsopfølgning når behandlinger overgå fra den ene kasse til en ny, i den situation som terapeuten henviser til, fra hospitalssektoren til det kommunale område. Det kan vises ved, at der ikke pr. automatik er en direkte kontakt imellem de to instanser, såvel som der ikke er fælles journalsystemer. Det medfører, at der kan gå dage, før vigtige oplysninger udveksles imellem de to områder.

2. Bureaukratisk kvalitet (Politisk kvalitet):

Afdelingsledelsen fortæller at en af deres udadrettede funktioner er arbejdet med ikke indlagte patienter, hvor de konkurrerer på markedsvilkår med de private terapeuter om at servicerer borgerne.

I den forbindelse anfører chefterapeuten, at deres image udadtil er meget vigtigt fordi, der også fra politisk hold, hele tiden vil være fokus på den måde de håndterer patienterne/borgerne på.

Her har de faktisk muligheder for kontakt med primærsektoren, og derigennem påvirkning, men det er ret enestående på landsplan. Det vil sige, at de har to kasketter i afdelingen: sygehuskasket og kommunekasket, men skal helst have den samme kvalitetsmæssige holdning til arbejdet.

3. Økonomisk kvalitet:

Chefterapeuten påpeger nødvendigheden af, at de som afdelingsledelse skal kunne præsentere afdelingens økonomiske regnskab overfor sygehusledelsen og politikerne således, at der ikke er nogen tvivl om, hvad de bruger pengene til. De skal også kunne præsentere deres behov for at holde et vist kvalitetsniveau overfor patienterne. I denne sammenhæng fremhæver han vigtigheden af, at ledelse og kvalitetssikring og udvikling hører sammen:

"Bag kulissen skal jeg sørge for de her økonomistyringsting, det er sådan den døde del af det, der ligger bag ved for mit vedkommende".

"Kvalitetsudvikling og sikring er vigtigt, for at vi kan give patienterne en optimal ydelse. Ellers går vi i selvsving. Vi har nogle patienter, vi kan hjælpe, det er det, som det i sidste ende handler om. Det nytter ikke, at vores patienter synes at vi er gode fordi de fik kaffe, det skal også nå ind til den kerneydelse man har. Kvalitet giver også en faglig tilfredsstillelse for personalet. Mine erfaringer med kvalitetsstyring og udvikling er, at det helt overordnet er vigtigt at ledelsens engagement skal være tilstede. Vi skal være tålmodige, vi skal fastholde og tro på sagen og strategien. Og så er det væsentligt med et fundament, en systematik, en koordination og en organisering".

Overlægen fortæller, at der er områder, hvor der kan være forskellige opfattelser af de ydelser, som de skal levere:

"Der er klart områder, hvor kvaliteten ikke er det niveau, som vi gerne vil levere. Nu er det ikke alle områder, hvor der findes en gylden standard for behandling. Det diskuteres jo for de forskellige lægelige behandlingsområder, hvor meget fysioterapi og ergoterapi, der skal sættes ind".

Han fortæller, at indenfor hjerneblødninger og blodpropper, er der sket store tiltag. Det er ikke mindst fordi Sundhedsstyrelsen har lavet en standard for området, som alt sundhedspersonale skal arbejde med. Han nævner hjerneskadeområdet, som et område, hvor de ikke laver den behandling, de gerne ville. Sundhedsstyrelsens standard indenfor dette område er meget høj og omkostningstung, og her kommer økonomien ind i billedet, idet de endnu ikke har fået tilført de nødvendige midler, for at komme op på det ønskede kvalitetsniveau.

"Personalet leverer en bestemt kvalitet, for det er defineret af afdelingens muligheder, men det er ikke den kvalitet personalet har lært på kurser. Det giver nogle psykologiske frustrationer for personalet og ikke en optimal behandling for patienterne.

Overlægen fortæller, at traumepatienter i Vestdanmark, for en vis dels vedkommende, bliver behandlet på privathospitaler. De patienter, der kommer der, har oplevelsen af en bedre behandling, end dem der bliver indlagt på de offentlige hospitalsafdelinger, fordi:

"Vores behandling er dårligere, end det vi godt ved, den burde være. Det giver nogle kriser for personalet. Man bliver lettere udbrændt ved det".

Han fortæller, at der er en gråzone, hvor det ikke er lige tydeligt, hvad der er den optimale behandling. Når man taler om kvalitetsudvikling, indgår der også forskning og udvikling, og det hænger sammen med muligheder for at skaffe ressourcer. Patienterne bliver henvist fra de kliniske afdelinger, så det hænger nøje sammen med kvalitetsudviklingen indenfor de respektive lægelige kliniske specialer.

Overlægen fortæller:

"Jeg er meget resultatorienteret. Jeg ser mere på resultaterne end på midlerne. Jeg synes, det er vigtigt at definere nogle mål som personalet og arbejdsgiverne er tilfredse med. Og så tage en åben dialog med personalet, hvor man sammen, uden at trække det ud, formulerer en personalepolitik, som giver tilfredshed og samtidig så vidt muligt når målene. Pengene følger ikke patienten. Vi har overfor de kliniske afdelinger, der henviser patienterne, nogle aftaler om, hvad vi skal levere af ydelser. Der er det min opgave, at være med til at prioritere og afgrænse".

De prioriteringer som overlægen her fortæller om, giver flere af terapeuterne stærkt udtryk for er svært. Når de ser de forskellige patienter og ved, at de kan yde en større behandlingsmæssig indsats end det er muligt grundet ressourcerne, opleves det ofte som en dårlig kvalitet overfor patienterne, fordi ressourcerne ikke følger den enkelte patient.

4. Klinisk kvalitet:

Flere af terapeuterne peger på, at en dygtig leder, skal være i stand til at kombinere teori og praksis. Teorien skal hjælpe lederen med at have den viden, som kan anvendes som "*værktøjer"*, så opgaver kan blive gennemført på en god måde. Chefterapeuten finder det vigtigt, at forholde sig til, at ledelse kan praktiseres på forskellige niveauer. Man er enten placeret højt oppe i hierarkiet på det strategiske niveau, eller der hvor tingene skal omsættes til praksis.

Det som mange af de ledende afsnitsterapeuter peger på er, at de i deres funktion har en stilling, som både omfatter ledelse af medarbejderne og kræver, at de selv går med ud og varetager klinisk arbejde hos patienterne. De påpeger gentagne gange at for at praktisere god patientkvalitet, er de nødt til at praktisere god ledelse.

En af terapeuterne fortæller:

"Noget af det gode, som vi har oplevet her, er teamdannelser sammen med afdelingerne. Vi har nok tidligere arbejdet mere isoleret som faggruppe".

Hun anfører, at det kan være vanskeligt at gennemføre teamdannelse i praksis. Nogle patienter har meget store plejebehov, som man ikke kan sætte tid på. Det betyder i praksis, at når en plejeopgave trækker ud, er der andre opgaver, som må udskydes. Det vil ofte blive nogle af de opgaver, som terapeuterne skal udføre med patienten. Meningen med teamdannelsen er, at man som en samlet gruppe af læger, sygeplejersker og terapeuter, i fællesskab skal planlægge et behandlings- og plejeforløb med patienten. Terapeuterne opfatter deres arbejde som ligeså betydningsfuldt, som de plejemæssige opgaver. Terapeuterne mener, at der er felter hvor terapiafdelingen er i stand til at yde en bedre service overfor en bestemt patientgruppe, og kunne her ønske sig et bedre samspil med de kliniske afdelinger og økonomiafdelingen.

Overlægen fortæller:

"I tilrettelæggelse af teams har afdelingens udviklingsterapeut i samarbejde med terapeuterne lavet programmer for udvikling og funktion af teams, som er meget væsentlige. Det er en højnelse af kvaliteten, som er på det generelle plan, for det kan bruges på alle områder. Et andet eksempel er målsætningsdebatten. Her definerer man afdelingens mål og arbejder sig nedefter på mere og mere differentieret niveau, så den enkelte medarbejder nøjagtig ved, hvad der kræves og forlanges".

Flere af terapeuterne har fokus på at personaletrivsel er et væsentligt punkt, da trivselen medfører et større engagement i arbejdet. Når de som personale trives, er det en selvfølge, at der ydes meget til patienterne. Når patienterne giver personalet en positiv tilbagemelding, kan man godt regne med, at de oplever en god kvalitet.

Flere af lederne påpeger at:

"Kvalitet er, når man gør det rigtige til den rigtige tid. Man skal udnytte den faglige kvalitet man har. Man skal finde frem til patientens behov, og forsøge at få det dækket bedst muligt".

"Kvalitet for mig er at være tilfreds med det arbejde, som jeg udfører".

"Kvalitet for mig hænger sammen med et meningsfuldt arbejde. Vi prøver at skabe et miljø, hvor tilfredsheden og åbenheden står øverst. Det tror jeg også fører til kvalitet".

”Kvalitet er en subjektiv størrelse. For mig, er kvalitet, at man med færrest mulige ressourcer opnår bedst muligt resultat for den, der udøver, og den der modtager. Kvalitet er noget, som vi alle sammen kan blive enige om, at vi vil have. Men kvalitet er jo et individuelt begreb”.

Det som kendetegner de forskellige udsagn er, at den gode kvalitet er lig med, hvad personalet selv mener, er god kvalitet, og ikke målt op på nogle bestemte grænser. Både lederne og medarbejderne er imidlertid enige om, at rammerne skal være i orden d.v.s. også ”kvalitetsrammerne”, og så vil de gerne selv have lov til at udfylde den bedst muligt, hver på sin måde. De lægger også vægt på, at tiden er en væsentlig faktor, Tidspresset er en faktor, som alle de interviewede ledere i høj grad fremhæver, som en stor belastning, idet det ikke er muligt, at gennemføre det ønskelige indenfor den givne tidsramme. Det medfører, at man ikke altid kan udføre de forskellige opgaver tilfredsstillende:

”Nogen gange er der 20 % overbelægning på medicinsk afdeling samtidig med, at der er ferie i vores afdeling. Så bliver det helt umuligt at nå alting med en høj grad af kvalitet. Man kan i så tilfælde vælge at sænke kvaliteten lidt og give alle behandling, eller man kan vælge at give færre en god kvalitetsbehandling”.

Afdelingsledelsen har fastlagt en strategi for, hvordan den vil sikre arbejdet med kompetence udvikling som et samlebegreb for al faglig udvikling af ansatte i terapiafdelingen. Ledelsen forklarer, at de ser det som et meget vigtigt område, at få deres personale så godt uddannet som overhovedet muligt, indenfor de rammer, som de har at gøre godt med. Afdelingen har ansat udviklingsterapeuter i stabsfunktion til ledelsen. De har som deres ansvarsområde at arbejde med kompetence- og kvalitetsudvikling, forskning og generel opfølgning på iværksatte projekter. Der bliver i den forbindelse fortløbende afholdt undervisning og temadage for hele personalet i afdelingen. Chefterapeuten fortæller:

”Den vigtigste opgave for mig er at få vores personale så godt kompetenceudviklet, så de kommer til at give en god service over for de borgere vi har. Det er jo vigtigt, at vi aldrig nogensinde glemmer den kerneydelse, vi har. Derfor har vi fokus på kompetenceudvikling og medarbejdernes trivsel. Hvis medarbejderne ikke trives, kan de ikke være kreative og folde sig ud overfor dem der kommer i vores afdeling. Så den faglige udvikling indeholder mere end stræk og bøj. Vi er også

nødt til at arbejde med mål og visioner, fordi de nogle gange siger, at de er stressede. Vi er også nødt til at arbejde med værdigrundlag, for at deres udgangspunkt i dagligdagen skal blive bedre. Personalet skal have lavet koblingen til, at skulle forholde sig til en lederstil, som bliver dialogisk i forhold til for 15 år siden, hvor det var lodrette beskeder. Det kræver en helt anden involvering af den enkelte medarbejder. Det stiller krav!".

Af samtaler med afsnitsterapeuterne fremgår det, at der fra afdelingsledelsens side er en klar udmelding om, at hvis man vil være leder i afdelingen, skal man være indstillet på at gennemføre videreuddannelse indenfor ledelse. Flere af lederne har allerede gennemført eller er i gang med enten en diplom- eller Master uddannelse indenfor ledelse. Nogle af terapeuterne er ikke i gang med noget endnu, men de fortæller mig, at de er bevidst om, at hvis de vil blive i deres lederjob, skal de, indenfor en nærmere aftalt tid, i gang med mere uddannelse.

Organisatorisk har man i afdelingen valgt at arbejde med en strategi for læring, hvor de på baggrund af studier og forskellige diskussioner, er nået frem til at forstå læring som et bredt begreb. Der arbejdes i en fortløbende proces med forskellige læringsteorier. Afdelingens værdier og formål er fremkommet på baggrund af en arbejdsgruppes undersøgelser, foretaget i forbindelse med løsning af et kommissorium. De havde bl.a. foretaget litteraturstudier, interviews og studier af nationale strategier om kompetenceudvikling.

Afdelingsledelsen og afdelingens lokaludvalg har det overordnede ansvar for gennemførelse og fremdrift af kompetenceudvikling. Der er nedsat en styregruppe med en bred repræsentation fra hele afdelingen og med mulighed for ad hoc at inddrage relevante personer. Mindst en gang om året bliver der afholdt en temadag, hvor afdelingsledelsen aktivt deltager. På denne dag præsenteres det arbejde, som er sket i den mellemliggende periode, og det vedtages hvilke indsatsområder, der skal arbejdes med i den kommende periode. En af disse temadage blev afholdt, mens data til dette projekt blev indsamlet.

Overlægen fortæller, at der er en generel tilfredshed med afdelingens ydelser. Det gælder både patienter og personalet på de øvrige afdelinger og i primærsektoren. Han synes det er godt at vide, at måden den daglige arbejdstilrettelæggelse udføres på, er god og hensigtsmæssig. Men

afdelingsledelsen ved også, at det ikke altid fungerer sådan. Forskellige situationer kan vanskeliggøre, at der kan planlægges hensigtsmæssig:

"Hospitalsverdenen er blevet så kompleks i dag, at der kan blive stillet spørgsmål til alting, også fra vores ansatte. Det er ikke kun sandt eller falsk. Alt kan diskuteres. Det gør at vores personale kan tvivle på egen kunnen og kompetencer, om de slår til i det felt, hvor alt kan diskuteres. De er nødt til at tage et valg, og er nogen gange i tvivl, om det nu var det rigtige".

Et par af terapeuterne fortæller, at de oplever det som en belastning:

"Jeg kan føle mig presset, når der er for mange opgaver og for mange patienter. Det er mig som patienterne kontakter, når de ikke kan komme til deres behandling. Der er et krav om produktion fra ledelsens side, og et krav fra patienterne, som står og venter på behandling. Jeg kan mærke, når personalet ikke kan presses mere. Det er en dårlig oplevelse for mig som leder, når dette misforhold opstår".

"Kvalitet afhænger også meget af situationen. Jeg tror, at hvis vi er pressede, så laver, især os der har været her i længere tid, venstrehåndsarbejde, det er ikke altid kvalitet.".

"Jeg vil gerne have et tværfagligt samarbejde, hvor vi er i stand til at drøfte en patients situation og behov med de ressourcer, der ligger i de forskellige faggrupper, så vi får trukket de ting frem, som er de bedste angrebspunkter, hvor man med størst gavn kan tage fat. Det skal ske med hensyntagen på den ene side til, hvad man vurderer fagligt, der er patientens problem, og på den anden side hvad patienten vurderer, der er hans eller hendes problem. Det er ofte ikke sammenfaldende, men derfor er det alligevel vigtigt at tage hensyn til begge dele".

Chefterapeuten vurderer at det ikke nytter, at hver faggruppe for sig arbejder med deres egen planlægning i relation til patientforløbet, for der kan let opstå et problem, når tingene ikke bliver koordineret. Det vil for patienten betyde en dårligere kvalitet. Derfor fremhæver han også vigtigheden af, at alle sørger for at der lægges en fælles plan for patienten, som også inkluderer patientens egne forventninger:

"Vi kan formentlig godt lave et bedre produkt og behandle dobbelt så meget, som vi gør nu, men det er ikke så sikkert, at dobbelt så meget af det samme er bedre. I princippet kan vi godt stille programmer op, der giver bedre kvalitet, men de er afvejet i forhold til de økonomiske rammer, der gælder hele sundhedssektoren. For mig at se, handler udvikling af god kvalitet også om at følge med i forskning og udvikling. Hvad er der evidens for, at man bør gøre? Og hvad får man for pengene, hvis man gør det på en anden måde? Så det drejer sig om at integrere forskningsresultaterne i behandlingsprincipperne. Det er hele tiden en balancegang mellem det vi har lært er det gode og det bedste, og det der er økonomisk mulighed for".

Afdelingsterapeuten anfører at hvis man vil have sine medarbejdere til at vise interesse, og til at gå positivt ind i nye opgaver, skal man som leder være bevidst om, at det signal man sender, gerne skulle påvirke medarbejderne i en positiv retning. Hvis man selv viser manglende interesse, skal man ikke forvente, at medarbejderne har lyst til at bruge kræfter på en opgave. Når man skal arbejde med kvalitetsudvikling, er det ikke noget man gør på bestemte tidspunkter, men det er en fortløbende proces. Ideerne til udviklingen skal gribes, når de opstår.

5. Excellent kvalitet:

Afdelingen er meget velanskrevet både hos sygehusledelsen og blandt patienterne. Sygehusledelsen giver ligeledes udtryk for tilfredshed med denne afdeling, som har orden i tingene og som viser økonomisk ansvarlighed. Patienterne kom med mange rosende ord om afdelingen i forbindelse med de behandlinger, der blev overværet i forbindelse med dataindsamlingen. Begge dele vidner om, en meget velanskrevet afdeling med et højt fagligt niveau.

5.1.2.2 Afdelingen set udfra Goffmans dramaturgiske elementer:

Optræden/Performance:

Afdelingsledelsen fremstår som en ledelse, der er meget opmærksom på, at afdelingen har mange opgaver, både internt i hospitalet, hvor de servicerer alle afdelinger, og eksternt, hvor de dækker et

væsentligt område af Nordjylland. Det er en meget stor afdeling, og der bliver stillet store krav om at sikre en høj grad af kvalitet i deres ydelser. Afdelingen er med i en slags konkurrence med andre terapiafdelinger såvel som private klinikker om kvaliteten af deres behandlinger.

De arbejder meget strategisk i deres organisation. Overlægen er meget optaget af hele det behandlingsmæssige omkring patienterne, og chefterapeuten har fokus på ledelse, udvikling og kvalitetssikring. Overlægen gør opmærksom på, at hans styrke ligger i det kliniske felt, det er der han hele tiden arbejder med kvalitet, forskning og udvikling. Det er ham som ansvarsmæssigt varetager det faglige område, hvilket han er meget bevidst om. Han følger meget nøje terapeuternes arbejde, og er meget opmærksom på, hvad afdelingen kan tilbyde de forskellige patienter. Ligeledes har han fortløbende en dialog med de forskellige læger på hospitalet om, hvad terapiafdelingen har af behandlingsmæssige muligheder. Efterspørgelsen på den terapeutiske behandling er stor, og han lægger ikke skjul på, at afdelingen må være konsekvent i, hvad de kan tilbyde den enkelte. Problemstillingen for de øvrige afdelinger med massiv overbelægning, især på de medicinske afdelinger, betyder, at han sammen med terapeuterne må sætte "loft" over behandlingstilbuddene. Her er det igen økonomien der styrer. Overlægen er, udover at være ledende overlæge i Terapiafdelingen, en velanskrevet overlæge på Rheumatologisk afdeling.

Chefterapeuten er meget veluddannet på det ledelsesmæssige område, og det er her, han lægger sine kompetencer i det daglige arbejde. Han fortæller om det store udbytte han har fået af at tage en ledelsesmæssig videreuddannelse, og inddrage det teoretiske i sin lederstil. Chefterapeutens ledelsesstil viser, at der er orden i sagerne i afdelingen, både internt og eksternt. Han fremstår som en leder, der har styr på tingene, og ved hvad han vil. Medarbejderne udtrykker tilfredshed med hans ledelsesstil, samtidig med at de fortæller, at de har store muligheder for personlig og faglig udvikling. Ligeledes er der uddelegeret et stort ansvar til mellemlederne, hvilket klart kommer til udtryk ved de forskellige interview. De føler sig værdsatte og respekterede, og er opmærksomme på, at chefterapeuten har forventninger til dem som mellemledere, både på det faglige og det personlige plan.

Afdelingsledelsen fremstår som et fagligt og ledelsesmæssigt stærkt makkerpar, som hver for sig har deres arbejdsmæssige områder, som de varetager, men som i deres præstation i afdelingen, er

meget enige om de mål, som afdelingen skal arbejde mod. De møder altid velforberedte op ved møder og seminarer.

Team:

Personalet arbejder meget i team. Der er en meget stor faglig bevidsthed blandt ergo- og fysioterapeuterne. De to faggrupper blandes i stort omfang, når der arbejdes med kvalitetsprojekter. Noget af det, som præger denne afdeling, er, at man har lagt de to fagprofessioner organisatorisk sammen, og at de arbejder tæt sammen i forskellige team. Terapeuterne fortæller ligeledes, at der på flere af hospitalets afdelinger, er sket en holdningsændring til, hvor vigtigt det er, at arbejde tværfagligt omkring patientforløb. Ikke alle afdelinger har fokus på det, men de fortæller, at der for eksempel på afdelinger med apopleksi patienter og traumepatienter arbejdes tæt sammen i hele rehabiliteringsforløbet. Flere af terapeuterne peger på, at det er deres ønske, at det kan indføres generelt, idet mange oplever det, som en klar forbedring af patientforløbet. Patienterne får mere gavn af behandlingen, når der er større sammenhæng imellem de forskellige tiltag.

Regioner og regionale holdninger/Regions and Region Behaviour:

Overlægen agerer med en form for blandet ledelsesstil, idet han anvender dels den dialogiske tilgang overfor sit personale, men samtidig også tager ledelseskasketten på og skærer igennem, når han synes det er nødvendigt.

Chefterapeuten er meget opmærksom på sin ledelsesmæssige teoretiske uddannelse, og inddrager i udtalt grad det han har lært om administration og personaleledelse i det daglige arbejde. Afdelingen er for flere år siden startet på at udvikle og kvalitetssikre mange arbejdsgange. Der er sat struktur på denne omfattende proces, som har strakt sig over flere år. Det er hans forventning, at det er den rigtige måde, at gøre det på. Samtidig tilkendegiver han, at han sommetider kan blive nervøs for, om den strategi, han har sat i gang, vil lykkes.

Afdelingsledelsen er meget bevidst om nødvendigheden af en velafbalanceret optræden både frontstage og backstage. Afdelingen er kendt i hospitalet for at være kompetent og velstruktureret og for sin organisering af arbejdet. Man er bevidst om det arbejde, som skal ydes, og der er opmærksomhed på kvalitetsarbejdet. Personalet tilkendegiver, at de somme tider føler sig presset både i patientarbejdet og i forhold til den faglige udvikling. Der er stor effektivitet, et minimum af pauser, og der er konstant en forventning om, at de er i gang med enten arbejdsrelaterede eller projektrelateret arbejde. Det koster ressourcer at arbejde så konstant med projekter og kvalitetsudvikling. Mange vil føle det som en positiv tilskyndelse, mens nogle vil føle hverdagen så presset, at de søger andre arbejdsmuligheder. Samlet set er der på denne afdeling balance mellem frontstage og backstage.

Kommunikation uden for rollen/Communication out of Character:

Afdelingsledelsen er repræsenteret af to meget forskellige personligheder. Overlægen er eneste læge i afdelingen, og der er ingen sygeplejersker. Dette gør samspillet i afdelingen meget forskelligt i forhold til de fire øvrige afdelinger som indgår i projektet. Overlægen, som også er tilknyttet rheumatologisk afdeling, er blevet udpeget til stillingen som ledende overlæge ved Terapiafdelingen, på grund af sine faglige kvalifikationer.

Chefterapeuten er i sin tid blevet opfordret til at søge chefstillingen, og har siden gennemført en universitets baseret lederuddannelse. Hans daglige virke går på den administrative ledelse og udvikling, hvor overlægen tager sig af den faglige del. De fremstår som et meget stærkt makkerpar. De viser gensidig stor respekt for hinandens arbejdsområder. Man får indtryk af, at de i fællesskab lægger strategi for afdelingen, for derefter at kunne fremstå som en meget enig afdelingsledelse overfor personalet.

Sammenfatning:

Der er en god sammenhæng i afdelingen mellem specialiseringsgrad, kvalitetsstyring og udvikling. Kvalitetsstyringen er meget målrettet med ansættelse af fagkonsulenter, for at sikre kontinuiteten i kvalitetsudviklingsprojekter. Der er en høj grad af patientfokus. Afdelingen har en stor

arbejdsbelastning med mange akutte patienter og en stram økonomisk styring, som gør det vanskeligt, at give den kvalitetsmæssige optimale behandling.

Klinisk kvalitet med en stram bureaukratisk styring er fremtræden for denne afdeling. Afdelingen mangler en koordination af behandlingsstrategier mellem sygehussektor og primærsektor, så behandlinger som påbegyndes under indlæggelse videreføres efter udskrivelsen. Afdelingsledelsen er meget bevidst om nødvendigheden af velafbalanceret optræden både frontstage og backstage. Der er samlet set en god balance på denne afdeling.

5.2. Amtssygehuset Roskilde (RAS)

Amtssygehuset i Roskilde er det største og mest specialiserede hospital i Roskilde Amt. Hospitalet beskæftiger i år 2003 ca. 1.820 ansatte, og havde årligt ca. 134.786 indlagte patienter, 171.222 ambulante patienter, 32.478 skadestuebesøg og havde en gennemsnitlig liggetid på 4,7 dage. Sygehusets samlede nettoudgifter var på 793.217.000 kr.

Hospitalet dækker en lang række forskellige specialer, både indenfor det medicinske og det kirurgiske område, en pædiatrisk afdeling[30] og intensiv afdeling[31]. Fra at være to selvstændige sygehuse med hver deres sygehusledelse blev amtssygehusene i Roskilde og Køge i 2003 organisatorisk lagt sammen, således at de efterfølgende fik én fælles sygehusledelse. Denne sammenlægning medførte, at der på tværs af de to sygehuse, skete en rokade blandt flere af specialerne. Amtssygehuset i Roskilde har et bredt samarbejde med Københavns kommune, og hospitalet er integreret som et af landets Universitetshospitaler, og svarer med sin størrelse (år 2003), til et mellemstort Universitetshospital.

Sygehusledelsen består af en sygehusdirektør, som er den øverste ansvarlige på hospitalet, en cheflæge og en chefsygeplejerske. De tre udgør den øverste ledelse på hospitalet. I tilslutning til

[30] Pædiatrisk afdeling = børneafdeling.
[31] Intensiv afdeling har postoperative akutte ustabile og respirations besværede patienter, som kræver kontinuerlig overvågning.

sygehusledelsen er der en række stabsfunktioner[32], deriblandt en afdeling med fokus på kvalitetsudvikling, som har et tæt samarbejde med sygehusledelsen, og som er de forskellige afdelinger behjælpelig med deres kvalitetsarbejde.

I 1989 startede man på Amtssygehuset i Roskilde med konceptet "Kvalitet i Top", og denne ledelsesteknologi har lige siden dannet baggrund for sygehusledelsens måde at organisere et systematisk kvalitetsarbejde på hele sygehuset. Hospitalet var et af de første hospitaler i Danmark, som startede en mere systematiserede kvalitetsstyring. Konceptet blev udarbejdet ud fra kvalitetssikringsmodellen Total Quality Management (TQM) og tilpasset således, at den kunne indgå i hospitalets organisering af arbejdet med kvalitetsudvikling. Formålet med dette koncept er:

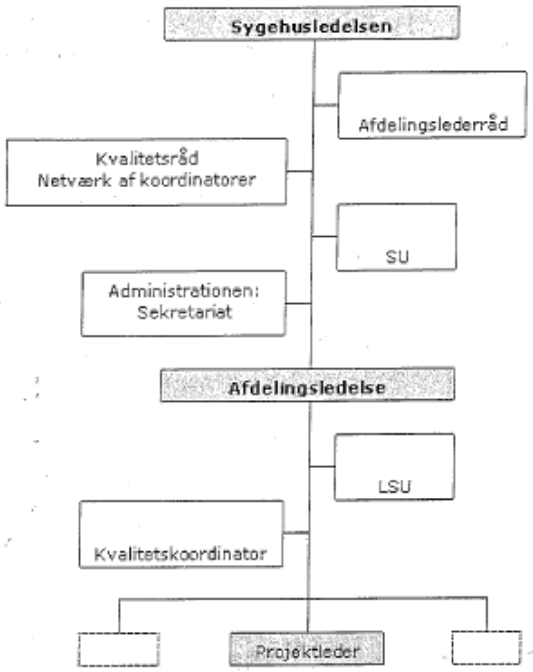
- At skabe en fælles ramme, en fælles forståelse samt et fælles metodegrundlag af værktøjer inden for kvalitetsarbejdet.
- At styrke kvalitetsarbejdet som en central indsats for opfyldelse af mål- og værdigrundlaget for Amtssygehuset i Roskilde.
- At medvirke til at sikre patienterne et ensartet højt, vidensbaseret kvalitetsniveau, undersøgelse, behandling og pleje samt et fuldt tilfredsstillende serviceniveau.
- At medvirke til en optimal ressourceudnyttelse.
- At medvirke til at sikre samarbejdet inden for sygehuset, såvel tværfagligt som i de forskellige afdelinger.

Sygehusledelsen har det overordnede ansvar for kvalitetsudviklingsarbejdet, og i driftsaftaler med de kliniske ledelser, indgår der årligt mindst ét kvalitetsudviklingsprojekt, som afdelingsledelsen har konkret ansvar for bliver effektueret. Sygehusledelsen har etableret en selvstændig afdeling, som en stabsfunktion til ledelsen, som skal danne en nøglefunktion i deres kvalitetsarbejde og som bliver kaldt PUK (Administration v/planlægnings-, udviklings- og kvalitetsafdelingen). PUK – afdelingens arbejdsområde er at varetage sekretariatsfunktion og alle praktiske funktioner i kvalitetsudviklingsarbejdet på sygehuset. Afdelingen koordinerer kvalitetsarbejdet og understøtter herunder:

[32] Stabsfunktioner er hjælpefunktioner som afdelingerne kan trække på, men som administrativt hører under sygehusledelsen.

- Planlægning af uddannelsesaktiviteter for kvalitetskoordinatorer.
- Publicering af kvalitetsrelaterede arbejder.
- Koordinering af det organisatoriske arbejde omkring kvalitetsarbejdet.
- Fremskaffelse af materiale til driftsaftalemøder, til afdelingslederrådsmøder, til kvalitetsrådets arbejde samt indkaldelse og planlægning af disse møder m.m.

Kvalitetsrådet er en rådgivende stabsfunktion, tænketank og samlende organ for kvalitetsudviklingen på Amtssygehuset i Roskilde. Rådet skal være med til dialog, debat og inspiration.



Kilde: Amtssygehuset Roskildes kvalitetsorganisation (2003).

Fra centralt hold er der krav om, at afdelingsledelserne i de forskellige specialer skal udpege en kvalitetskoordinator i egen afdeling. For hvert projekt udpeges en projektleder, som refererer til kvalitetskoordinatoren. Afdelingsledelsen kan på afdelingsniveau vælge at danne et kvalitetsudvalg (kvalitetsråd), som kan bestå af afdelingsledelse, kvalitetskoordinator samt projektleder. Ledelsen skal sikre, at den grundlæggende viden om kvalitetsarbejde er til stede hos koordinator og

projektledere, og at LSU tager del i kvalitetsudviklingsarbejdet, samt at kvalitetskoordinator deltager i de sammenhænge, hvor det er relevant i forhold til kvalitetsarbejdet. På det overordnede plan er afdelingslederrådet etableret som en stabsfunktion med rådgivning, og skal inddrages i centrale strategiske problemstillinger omkring afdelingernes kvalitetsarbejde.

I hospitalets overordnede kvalitetsstrategi, har man indbygget en økonomisk incitamentsstruktur til yderligere støtte for kvalitetsudvikling. I den struktur indgår, at for hvert godkendt tværfagligt kvalitetsudviklingsprojekt får afdelingen tildelt et beløb. Herudover kan der ansøges om ekstrabevilling til særligt omfattende og ekstraordinære projekter. En gang om året, vurderes de forskellige kvalitetsprojekter, og der uddeles en kvalitetspris til et af de gennemførte kvalitetsprojekter. Tiltag indenfor kvalitetsudvikling på den enkelte afdeling følges op både skriftligt og mundtligt hvert halve år på møder mellem sygehusledelsen og afdelingsledelsen. Hospitalet har således en lang og omfattende erfaring med mange forskellige resultater indenfor kvalitetsstyring og udvikling, og er i dette projekt, det af de tre hospitaler, som har arbejdet i flest år med en systematiseret kvalitetsstyring[33].

5.2.1. Neurologisk afdeling (RAS)

Neurologisk afdeling har speciale i medicinske nervesygdomme. Afdelingen modtager patienter med alle former for neurologiske lidelser, og specialet er præget af mange komplekse sygdomsforløb, dels mange akutte tilstande, som kræver en hurtig diagnose og efterfølgende iværksættelse af behandling, dels kroniske sygdomsforløb, som i stedet kræver en lang rehabilitering.

Patientgruppen er blandet og omfatter dels en mindre gruppe af unge mennesker, som i flere tilfælde får konstateret forskellige alvorlige kroniske lidelser som f.eks. dissemineret sclerose eller andre alvorlige nervesygdomme, dels midaldrende og ældre mennesker med f.eks. hjernesvulster, hjerneblødninger og epilepsi. Mange af disse patienter har ud over behandling behov for megen pleje og rehabilitering i form af genoptræning af lammelser, hjælp fra talepædagoger og psykologisk bistand. Patienterne og deres pårørende har således i mange af afdelingens

[33] Amtssygehuset Roskilde, sygehusledelsen 1998, + Total kvalitet. Amtssygehuset Roskilde, 2003.

patientforløb, et stort behov for forskellige behandlings- og hjælpeforanstaltninger, dels i form af selve behandlingen og plejen, dels til psykisk at tackle denne ofte meget ulykkelige tilstand, som patienterne er kommet i.

Afdelingen havde amtsfunktion, og på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger blev alle akutte apopleksipatienter[34] indenfor Roskilde Amt efter 1. maj 2000 indlagt på afdelingen. Det drejede sig årligt om ca. 800 patienter. Endvidere blev alle apopleksipatienter fra hele amtet overflyttet til afdelingen ved længerevarende rehabilitering[35], og som led i et 3-amts samarbejde modtog afdelingen endvidere patienter fra Vestsjællands og Storstrøms Amter.

Afdelingen er inddelt i et akut apopleksiafsnit, et rehabiliterings afsnit, et neurologisk afsnit, et daghospital og et ambulatorium. Sundhedsstyrelsen har i sit referenceprogram anbefalet, at den akutte indsats for apopleksipatienter iværksættes hurtigst muligt efter indlæggelsen. Da afdelingen modtager alle akutte apopleksipatienter fra et stort geografisk område, har afdelingen på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, udarbejdet en instruks for specielt apopleksibehandlingen. I ”det optimale patientforløb” tages der udgangspunkt i, at der i hele den akutte periode iværksættes en koncentreret indsats med højt specialiseret behandling, pleje og rehabilitering. Dette forløb indebærer, at der i behandlingen inddrages mange forskellige fagpersoner såsom speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter og talepædagoger.

Afdelingens ledelse består af en overlæge og en oversygeplejerske. De to personer er øverste ansvarlige for den samlede afdelings funktion. Det vedrører alt omkring patienterne, samspillet med deres pårørende samt administration og personaleledelse. I de enkelte afsnit er der en afsnitsledelse bestående af en afd. sygeplejerske og en overlæge. Indenfor de mindre fagområder, er der en faglig leder, som varetager de fagspecifikke opgaver og evt. personaleledelse.

Afdelingen har organiseret sig med et MED[36] udvalg, hvor der er repræsentanter for de forskellige medarbejdere og ledere, samt et LSU[37] som ligeledes består af medarbejdere og ledere. Afdelingsledelsen er repræsenteret i begge udvalg. Ligeledes er der udpeget en kvalitetskoordinator,

[34] Patienter med blodprop eller blødning i hjernen.
[35] Rehabilitering omhandler fysisk, psykisk og social genoptræning af mennesker, der har været udsat for alvorlig sygdom.
[36] MED – betyder et medarbejder udvalg.
[37] LSU – betyder et lokalt samarbejdsudvalg.

hvilket er afdelingens ledende oversygeplejerske. Et af nøgleområderne for afdelingsledelsen er, at den skal arbejde for et meget højt fagligt niveau i forhold til kerneydelserne. Dette indebærer, at der skal være fokus på de bløde værdier såsom kommunikation, psykisk pleje og omsorg. De forskellige personalegrupper skal være fagligt kompetente, og der skal være fokus på det tværfaglige samarbejde. Netop det tværfaglige samarbejde er noget af det, som afdelingsledelsen i mange sammenhænge fremhæver som særdeles vigtigt.

5.2.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling i Neurologisk afdeling:

Afdelingsledelsen blev udpeget af sygehusledelsen til at deltage i projektet. Baggrunden for denne udvælgelse var en velfungerende afdeling, som havde mange gode resultater indenfor kvalitetsudvikling.

Afdelingsledelsen blev præsenteret for projektet ved et møde medio juni måned 2002 sammen med hospitalets chefsygeplejerske, professor P.M. og undertegnede. Vi havde en god gensidig dialog om plan og formål, hvor jeg oplevede en meget positiv indstilling fra deltagernes side til at være med i projektet. Der blev herefter udsendt et kort informationsbrev vedrørende projektet til personalet, og dette blev fulgt op af en række informationsmøder i afdelingen. Kort efter startede interviewfasen af henholdsvis afdelingsledelsen og en afdelingssygeplejerske. Jeg fulgte derudover det daglige arbejde, og havde samtaler med de forskellige faggrupper. Jeg deltog ligeledes i flere tværfaglige personalemøder i afdelingen (bilag 3.3).

Mine interview startede med afdelingsledelsen, hvor overlægen fortalte om sin baggrund for at indgå i afdelingsledelsen:

"Jeg har tidligt tænkt at ledelse var en del af funktionen, hvis man ville blive indenfor sygehusvæsnet. På det tidspunkt var strukturen i sygehusvæsnet anderledes end i dag. Der var relativt få slutstillinger og dermed lægemæssige ledelsesstillinger. Jeg tænkte, at det måtte være relevant at lære noget om det. Så jeg var faktisk på mellemleder kursus i Københavns Amt i slutningen af 70´erne. Det var sådan set starten. I og med jeg besluttede at blive indenfor sygehusvæsnet, så var der ikke noget alternativ. Man kunne enten blive sideordnet overlæge eller administrerende overlæge. Det var en ledelsesstilling man skulle bestride".

Overlægen fortæller, at da han første gang blev administrerende overlæge, synes han at det var spændende:

"Der åbnede sig en verden af opgaver, hvor ledelse ikke bare var noget med at få behandlet patienterne. Det er også noget med at få en afdeling til at fungerer på tværs af forskellige faggrupper".

Overlægen fortæller, at han har suppleret sin faglige baggrund med både en Diplomuddannelse i ledelse og bagefter en Master (MPA) fra CBS. Han gør her opmærksom på, at han ser det som meget væsentligt, at han som leder har brug for en anden viden og nogle værktøjer, og ikke udelukkende de faglige kompetencer, som han har indenfor sit kliniske speciale.

Oversygeplejersken fortæller, at hun opdagede, at området gav hende den største tilfredsstillelse: At sætte nogle ledelsesmæssige tiltag i værk og få succes med dem. Hun erfarede også, at det som ikke blev en succes, kunne anvendes i andre sammenhænge. Hun gennemgik en lederuddannelse på Forvaltningshøjskolen, som gik meget på den personlige udvikling. Hun mener, det er den personlige udvikling, der gør, at man tør anvende teorierne. Hun har ikke haft lyst til at arbejde på en stor medicinsk afdeling, fordi hun gerne både vil være leder og vil kunne deltage i afdelingens arbejde i belastede perioder:

"En stor del af mit hjerte ligger i plejen. Derfor er det her, nok den bedste stilling jeg kunne finde, hvor jeg har alle kasketter på. Ledelsesopgaverne har selvfølgelig første prioritet, men jeg har det godt med at være med i plejeopgaverne, når det brænder på".

Hun mener, at hendes deltagelse i afdelingsarbejdet giver en anden respekt, end hvis hun udelukkende var leder. Hun fortæller videre, at de på afdelingen har et lavt hierarki, hvor de lægger vægt på fagligheden *"helt nede på rengøringsniveauet"*. Hun fortæller, at personalet har tilkendegivet, at de også oplever et lavt hierarki. Hun mener, at det giver respekt for dem som ledere, men også at de lærer at respektere de andre personalegrupper i afdelingen. Hun sætter det lave hierarki lig med god ledelse. Hun tror også, man kan være en god leder for en stor afdeling, men den store afdeling nødvendiggør mere strategi og koordination og dermed mindre faglighed fra

den øverste ledelse. Det er bare en anden måde at være leder på. Hun var meget bevidst om, at hendes lederstil kunne medføre en risiko for en nedsat opmærksomhed over for de overordnede strategiske nødvendigheder.

I præsentationen af dem selv som ledere, fremhæver de begge, at de ikke ønsker at fremstå som hierarkiske ledere, men at det for dem er vigtigt, at alle medarbejderne, uanset hvilken stilling de har, føler sig respekteret og medinddraget i det som foregår i afdelingen, og at de befinder sig godt i afdelingen.

1. Patientoplevet kvalitet:

Overlægen fortæller om et af de kvalitetstiltag, som afdelingen har fokuseret på:

Afdelingen modtager mange patienter med hjernetumorer, som alle har en dårlig prognose. Deres sygdomsforløb strækker sig ofte over en længere periode, hvor patienterne gradvis bliver dårligere med tiltagende funktionstab. Patienterne vil periodevis være generet af fysiske gener som kvalme, smerter og eventuelt psykiske problemer. Der vil i de sidste år af deres levetid være hyppige indlæggelsesforløb. Det er først og fremmest belastende for patienterne, men samtidigt er det hårdt for de pårørende.

Disse patienter har tidligere skullet kontakte egen læge eller vagtlæge, hver gang der opstod problemer. Det medførte, at det i forbindelse med de mange indlæggelser ikke var ualmindeligt, at en patient blev indlagt på mange forskellige afdelinger. Overlægen fortæller, at det for patienterne var et stort problem, som blev drøftet i afdelingen. Der var enighed om, at det ikke var et godt patientforløb. I afdelingen arbejdede man på at få ændret den problemstilling, og har nu fået den ordning, at denne patientgruppe har en stående mulighed for indlæggelse i afdelingen, og at de eller deres pårørende kan ringe til den vagthavende læge på afdelingen, når der opstår problemer, som kræver en faglig vurdering. Lægen vil så tage stilling til, om patienten skal indlægges med det samme, eller om det er noget, man kan hjælpe dem med telefonisk.

Tilbagemeldingerne går på, at det opleves som et væsentligt kvalitetsløft for både patienterne og deres pårørende. Tidligere kendte patienterne ikke personalet, som modtog dem i forbindelse med deres forskellige indlæggelser. Ved at komme det samme sted, kender de i stort omfang de forskellige læger og sygeplejersker, som til stadighed har med dem at gøre. Det giver samtidig en større tryghed, og gør at patienten har mulighed for at blive hjemme længst muligt. Det har også betydning for de pårørende, at de ved, hvor de kan henvende sig, når de ikke længere magter at stå alene med ansvaret for et meget sygt familiemedlem og derfor behøver hjælp.

2. Bureaukratisk kvalitet (Politisk kvalitet):

Overlægen fortæller om afdelingens projekt med etablering af "Apopleksidatabasen" i år 2000. Siden Sundhedsstyrelsen indførte landsdækkende indsatsområder indenfor forskellige sygdomsgrupper, havde de i afdelingen arbejdet intenst med at oprette en apopleksidatabase. Det var en velforberedt proces, også selvom de ikke fra starten fik de ressourcer, som de skulle have. Der var et stort engagement blandt de forskellige faggrupper i afdelingen, for at få etableret databasen bedst muligt. De fik gradvist tilført ekstra økonomiske midler til projektet. Det var overlægens oplevelse, at det blev en succes, fordi alt personalet gik ind for det og sagde:

"Vi skal finde ud af, hvordan vi tager os af de her patienter og dokumenterer, hvad vi gør, så vi kan komme ind og justere, hvis der er noget, der kan gøres bedre".

Afdelingen præsenterede projektet i forbindelse med hospitalets årlige kvalitetsseminar, og de fik kvalitetsprisen på 10.000 kr. for deres apopleksidatabase. Overlægen fortæller, at afdelingen nu er velfunderet både holdningsmæssigt og fagligt til at tage sig af denne patientgruppe. Der ligger helt klare retningslinier for, hvad personalet skal foretage sig, når de modtager en ny patient med en apopleksi. Han fortæller, at det for patienten er særdeles vigtigt af hensyn til at få den bedst mulige rehabilitering, og således mindske eventuelle handicap. I dag har afdelingen mulighed for at kunne tilbyde en hurtig og kvalificeret behandling indenfor få timer, samtidig med at det er en indsats, som er standardiseret på landsplan, jævnfør retningslinier fra Sundhedsstyrelsen.

Oversygeplejersken fortæller, at pengene fra kvalitetsprisen blev brugt til en fest for hele personalet. Afdelingsledelsen var af den holdning at hele afdelingen skulle have glæde af prisen, så den skulle ikke anvendes til f.eks. kursusaktiviteter eller lignende. Derfor prioriterede ledelsen, at personalet skulle mærke at *"det sociale også er vigtigt"*. Som oversygeplejersken humoristisk siger:

"Vi åd og drak pengene op".

3. Økonomisk kvalitet:

Afdelingsledelsen fortæller, at de i lang tid havde oplevet, at de fysiske rammer ikke var tilfredsstillende i forhold til deres patientantal, patientbelastning og muligheden for at kunne adskille forskellige sygdomskategorier blandt patienterne. De er bevidste om, at det for den enkelte patient kan betyde meget, at de kan grupperes, og at personalet er bevidst om, at de både har unge og ældre svært handicappet patienter indlagt i deres afdeling. De anfører, at det ligeledes har stor betydning for den daglige arbejdsgang, at planlægningen foregår under hensyntagen til, hvilke patienter der er indlagt.

Ledelsen fortæller, at de i længere tid havde talt om, hvordan de kunne gøre det bedre, uden at kunne få tilført ekstra midler. Det var i den forbindelse vigtigt, at de overfor personalet talte om alternativer, og ikke kun økonomiske besparelser. Det er for personalet vigtigt, at afdelingen principielt styres efter faglighed og ikke økonomi. Til det siger overlægen:

"Det som jeg ikke synes er vigtigt, er det snævert købmandsagtige, det administrative med at få ressourcerne til at hænge sammen, det kan været et problem, men det må ikke være det, som afdelingens ansatte føler styrer ledelsen. Så taber jeg, tror jeg".

Afdelingsledelsen indkaldte personalet til et tværfagligt møde, hvor alle drøftede den pågældende problemstilling. De lagde ikke skjul på, at de havde brug for alle personalets gode idéer, men at ændringer skulle kunne gennemføres indenfor afdelingens egne økonomiske rammer. De præsenterede forskellige forslag til emneområder, som de kunne tænke sig, at personalet ville arbejde sammen omkring, og således være med til at komme med konstruktive forslag.

Der afholdtes flere af disse møder indenfor en kortere periode, og hvor alle de ansatte indgik i en af flere arbejdsgrupper. Sammenfattende kunne det konkluderes, at man kom frem til en række forskellige løsningsmuligheder, som blev vedtaget på et tværfagligt møde.

Afdelingsledelsen fremlagde deres íde udfra det behov, som de mente, var nødvendigt i forhold til en omorganisering i afdelingen. Overlægen forklarer, at de som ledelse var bevidste om at præsenterer ændringer udfra andet end økonomiske overvejelser. De var bevidste om, at de ved at inddrage personalet mest muligt ville opleve, at der kommer forslag, som de måske ikke selv havde tænkt på. Det lykkedes afdelingsledelsen at få inddraget samtlige faggrupper på tværs af de faglige områder. Ved at følge denne proces, blev arbejdet meget enklere, idet det var et tværfagligt procesforløb, som de efterfølgende skulle implementere. Alle projektgrupperne arbejdede med et emne, som skulle præsenteres for de øvrige kollegaer, og afdelingsledelsen sammenfattede til sidst de forskellige tiltag på et fællesmøde. Disse ændringer, er efterfølgende blevet færdigbearbejdet og implementeret på en god måde.

4. Klinisk kvalitet:

Afdelingssygeplejersken fortæller om sit syn på kvalitet:

"Der er to aspekter ved god kvalitet i afdelingen. Der er hovedfokus, som er patienterne. Det er dem vi er her for. Det er dem vi skal sørge for får et godt ophold her. Og så er der personale aspektet. For at man kan få den gode optimale patientpleje, er man nødt til at pleje sit personale. Så mit hovedfokus bliver nok personalet med den begrundelse, at det skal smitte af i patientplejen. Min fornemmeste opgave er i virkeligheden at få et personale, som føler sig veluddannet og kapabelt til at klare de udfordringer, der ligger i afdelingen.

"Det er en afdeling med meget komplicerede patienter. Det kan personalet måske ind imellem synes, at de ikke magter. Der må vi så ind og finde ud af, hvordan vi kan ruste folk, så de kan magte det. Der er det en lederopgave at finde ud af, hvordan man får sammensat nogle plejeteams i en

afdeling, så man hurtigt får de nye op på det mere kyndige niveau. De ældre rutinerede medarbejdere kan så få videregivet deres gode erfaringer til de yngre medarbejdere.
Afdelingssygeplejersken fremhæver vigtigheden af, at de som ledelse er bevidst om, at den patient kategori, som afdelingen beskæftiger sig med, kan være både psykisk hårdt og fysisk belastende for personalet. Derfor er det vigtigt, at personalet uddannes til at kunne magte situationerne. Der er patienter, som har et særligt krævende og langstrakte forløb, som nødvendiggør, at mere fagstærke personaler er tilknyttet netop den patient. Det er krævende, især for nyuddannet personale, som kan have svært ved at overskue og tackle situationerne.

Hospitalet var et af de første i Danmark, som udarbejdede en kvalitetsstrategi for, hvordan man ville arbejde med kontinuerlig kvalitetsudvikling. Denne strategi er fastlagt i de forskellige aftaler, som afdelingerne har indgået med hospitalsledelsen, og udmøntes i at alle afdelinger udarbejder et eller flere kvalitetsprojekter hvert år.

Oversygeplejersken oplyser, at kvalitetsstrategien er så velimplementeret på hospitalet, så det indgår som en del af den daglige arbejdspraksis, men det kræver en kulturændring på en institution og et langt sejt træk at implementere en kvalitetsstrategi:

"Efter jeg kom her på hospitalet, har jeg fået en større mulighed for at tænke kvalitet, hvor det er en del af kulturen. Her på hospitalet har hver afdeling som minimum et kvalitetsprojekt i deres driftsaftale hvert år og en kvalitetskoordinator"

Hun er blevet kvalitetskoordinator på deres afdeling. Hun synes, det er godt, at det er en fra afdelingsledelsen, fordi det giver mere fokus, hun kan gøre mere, og det skal være én med overblik. Det er på deres afdeling muligt, at bruge en fra afdelingsledelsen, fordi de er en lille afdeling. Hun griner, da hun siger, at det også blev hende, fordi det tager ekstra tid at være koordinator, og hun har fri arbejdstilrettelæggelse.

Hun fortæller, at de ikke nødvendigvis skal gennemføre store kvalitetsprojekter. Kan de forbedre mindre områder, er det også kvalitetsudvikling. De skal i tiltagende grad kunne dokumentere kvaliteten, hvilket de også har gjort med deres database for apopleksi.

Afdelingssygeplejersken udtaler:

"Kvalitet er man altid nødt til at måle op imod noget. Man må have mål, for det man gør, så man kan se, om man har nået målene for den kvalitet man ønsker".

Denne holdning går igen også hos plejepersonalet i afdelingen. De er alle meget bevidste om kvaliteten i deres arbejde. Ved at følge daglige arbejdsprocedure og tale med nogle af patienterne, fremstår mange af de daglige arbejdsopgaver, som handlinger, der er hensigtsmæssigt tilrettelagt, og hvor patienten er meget i fokus. Det er tydeligt, at der i hverdagen fremkommer mange komplekse problemstillinger, som der må tages stilling til. Der er en god tone i afdelingen, og meget fokus på det tværfaglige samarbejde. Der er meget fokus på, hvad de specifikt kan gøre de patienter, som de arbejder med, på en måde så de samtidig så vidt muligt, får inddraget de pårørende i arbejdet med rehabiliteringen.

Oversygeplejersken kommer med denne betragtning:

"Kvalitetsudvikling er en god oplevelse, når man kan se, det rykker for patienter og personale. En god oplevelse er også, når personalet drøfter faglighed og etik, når de er engagerede og trives, samt når personalet får tak fra patienterne".

Overlægen udtaler, at hvis kvalitetsudvikling er topstyret f.eks. fra afdelingsledelsen eller fra sygehusledelsen, så bliver slutresultatet ikke godt. Han vil nødig fremstå, som del af en ledelse, der sætter en masse udvikling i gang, men når man spørger personalet i afdelingen, så har de ikke nogen fornemmelse af, at der sker noget. Man kan godt få folk guidet i den rigtige retning, men de skal føle, at de har et ejerskab til udviklingen, som giver deres arbejde et indhold, det ellers ikke ville have haft.

"Tidligere tider skræmmer med den meget fagligt orienterede ledelse, hvor man har oplevet afdelinger og hele sygehuse, hvor de meget store grupper som læger og plejegruppen, de i princippet laver kvalitetsarbejde, som de ikke koordinerer indbyrdes. Så man får ikke en fornemmelse af, at vi er en afdeling der udvikler, men vi hører til en faggruppe, der udvikler, det vil sige, at lægerne føler mere identitet med andre læger på sygehusene og tilsvarende med

plejegruppen. Man får ikke skabt en kultur, som hører afdelingen til. Det prøver vi at prioritere her, vi skal lede gruppen i fællesskab".

Han fortæller flere gange, at tværfaglighed for ham er det rigtige, når man skal have en afdeling med mange forskellige faggrupper til "at spille" sammen, og henviser til hvor dårligt det kan gå, hvis ikke personalet føler et medansvar for det som foregår i afdelingen. Det er vigtigt, at der er en gensidig respekt for det arbejde, som den enkelte udfører. Han fremhæver, på samme måde som oversygeplejersken, den gode udvikling indenfor patientgruppen med apopleksi, som er bredt funderet i alle faggrupper. Han fremføre, at de specielt indenfor dette område står godt rustede, når de skal ind i Det Nationale Indikator Projekt. Den tværfaglige udvikling er for ham noget af det meget positive i afdelingen. Det er et område, som afdelingsledelsen vægter meget højt, hvilket også kan opleves i forbindelse med møder vedrørende organisatoriske ændringer i afdelingen.

Da overlægen kom til afdelingen, havde lægegruppen en vis kølig og arrogant holdning til de andre led i systemet. Den holdning synes han, er blevet ændret:

"Jeg ved, at jeg ikke ville få noget ud af at sige, at man ikke måtte have de holdninger, men jeg er gået ind og har påvirket holdningerne".

Overlægen fortæller om sin holdning til vigtigheden af det tværfaglige samarbejde. Han forklarer, at der inden for hver faggruppe er områder, som de hver for sig skal arbejde med, for eksempel at lægerne er optaget af forskning og udvikling indenfor deres specialeområde. Det er vigtigt, for at de hele tiden kan være med i front, at de kan stille op og præsentere deres resultater og udveksle erfaringer med andre specialister både nationalt og internationalt. Men han fremhæver mange gange det i dagligdagen er vigtigt, at de alle arbejder hen imod det samme mål, nemlig afdelingens kerneydelser og en kontinuerlig kvalitetsforbedring af den. Det mål vil man kun kunne nå ved at samarbejde faggrupperne i mellem, således at oplevelsen af kvalitet også når patienterne.

Overlægen fortæller, at de desværre også oplever, at kvaliteten ikke altid er i orden:

"Med den måde afdelingen fungerer på, og med de belastninger der er, så kan vi ikke altid være sikre på at kvaliteten er så god, som den burde være. Det ser vi desværre også eksempler på, at det er den ikke. Men jeg har ikke en oplevelse af, at vi har dårlig kvalitet, uden at vi er klar over det, og vi må ligesom sige, at vi må give køb på kvaliteten, når der ligger 45 patienter i 35 senge".

Om det fortæller afdelingssygeplejersken:
"Jeg mener, at vi som hovedregel har en god kvalitet. Men der kan ske smuttere, her tænker jeg specielt på patientplejen. Man kan have intentioner om at gøre noget godt for en patient, og man ved, hvad man skulle have gjort. Men der kom bare fire, og man nåede aldrig tilbage til den patient igen, fordi der var tre andre, som var mere dårlige. Så kvaliteten til den fjerde patient kunne måske godt have været bedre. Det vil forekomme. I spidsbelastninger vil der være nogle patienter, som ikke får den kvalitet i plejen, som de kunne have fået".

Afdelingen får alle specialepatienterne i den akutte fase til deres afdeling, og har et stort geografisk optageområde. Når patientens tilstand er stabiliseret, og der er lagt en behandlingsplan, kan patienten igen tilbageflyttes til sit "hjemhospital" til videre behandling og rehabilitering. Fordi antallet af sengepladser er begrænset, opstår der ofte overbelægning i afdelingen. Både overlægen og afdelingssygeplejersken anfører, at det påvirker de mange opgaver, som de skal udføre i en sådan grad at det er belastende for personalet, og det høje kvalitetsniveau, som både personale og afdelingsledelsen ønsker, kan i disse situationer ikke opretholdes.

Overlægen fortæller også, at det er hans mening:

"At kvalitetsudvikling er en ledelsesopgave. Jeg kan ikke se, at kvalitetsudvikling kan ligge forankret andre steder end hos linjeledelsen".

Ledelsen har mange års erfaring i arbejdet med kvalitetsudvikling, idet det er en fast forankret del af den kultur og strategi, som hospitalet arbejder med. Det er ikke noget, som står til diskussion, det fortæller lederne tydeligt, når de taler om hospitalets kvatetsstyring og organisering. Det fremstår ligeledes tydeligt, at de som ledelse spiller en meget stor rolle for at sikre, at der sker et kontinuerligt procesforløb i relation til de forskellige projekter, som er iværksat. De skal hele tiden være med til at sikre feed-back og at implementeringsfasen følges op. Er de ikke det, falder de forskellige projekter "på gulvet". Det står derfor klart, at hvis ledelsen ikke er tilstede og "blander" sig, vil mange af kvalitetsprojekterne ikke blive en integreret del af de daglige arbejdsopgaver. De fremhæver, at skal en afdeling være aktiv indenfor kvalitetsudvikling, er ledelse en nødvendig del af et godt procesforløb, og for at projektet lykkes.

5. Excellent kvalitet:

Hospitalet har siden 1989 arbejdet intenst med kvalitetstyring, med forankring i TQM modellen, se side 88. Derfor har afdelingen været præget af en kvalitetskultur i en årrække, og det er efterhånden blevet en del af hele afdelingens hverdag. Strategien er implementeret, men selvom kvalitetsudvikling er en del af hverdagens arbejdsopgaver, gør ledelsen også opmærksom på, at de er bevidste om, at der kan være kvalitetssvigt, og at en positiv indstilling til arbejdet med kvalitetsudvikling er nødvendig. Desuden kræver det et kontinuerligt planlægningsarbejde.

De oplyser, at der jævnligt bliver lavet patienttilfredshedsundersøgelser og udfaldet af disse bliver inddraget i afdelingens arbejde. Overlægen fortæller i den forbindelse en historie, som illustrerer denne situation. Afdelingsledelsen havde fået en henvendelse fra sygehusledelsen om, at denne havde registreret, at der var kommet en negativ tilbagemelding fra en patient på afdelingens tilfredshedsundersøgelse. Sygehusledelsen ville gerne have oplyst, hvad årsagen til denne negative tilbagemelding kunne være:

"Jeg måtte i den konkrete situation forklare, at jeg ikke var så sikker på, at det var fordi kvaliteten i afdelingen var helt så dårlig, men at vi har en (anden) type patienter, hvis livssituation kan blive væsentlig forringet i forbindelse med deres indlæggelse. I denne situation hvor en enlig mor på 30 år med tre små børn får at vide, at hun har en alvorlig sygdom – nemlig disseminerer sclerose".

Han forklarer, at en alvorlig sygdom med dårlig prognose, i mange tilfælde vil give patienten en negativ oplevelse af hospitalsopholdet. Han anfører at en sådan besked, i de fleste tilfælde vil skabe kaos i livssituationen. Hvor vanskeligt bliver det for patienten, at overskue og tackle sin fremtidige situation, samtidig med en alvorlig og invaliderende kronisk sygdom, hvis behandlingsmuligheder er begrænsede. Under et sådant traumatisk indlæggelsesforløb, er det vanskeligt samtidig at have en positiv holdning til kvalitetstiltag i afdelingen. Denne og andre alvorligt syge patienter, vil opfatte kvalitet som noget sekundært, når deres liv og førlighed er truet. Det er derfor vigtigt, at de som fagpersoner optræder professionelt og forstår, at når en patient ytrer sin utilfredshed med et hospitalsophold, er man nødt til at "gå bagom" og analysere årsagen til, hvorfor og patienten ikke er

tilfreds. Han forklarer, at afdelingen også er nødt til at kunne redegøre for forholdet overfor deres sygehusledelse, som kan stå uforstående og have behov for en uddybende forklaring på en kritik.

5.2.1.2. Afdelingen set udfra Goffmans dramaturgiske elementer:

Optræden/Performance:

Overlægen fremhæver vigtigheden af ledelsesdelen, for at få en afdeling til at fungerer. Han er interesseret i denne funktion, og vil gerne være i front i afdelingen. Han er opmærksom på, at ledelse ikke kun omhandler faglighed, men også patientpleje og kvalitet i kerneydelserne. For at nå det mål, skal han have de forskellige fagpersoner til at "spille" sammen og have fælles mål. Han er meget bevidst om, at han i sin rolle som leder, har en meget vigtig funktion, og at der både fra sygehusledelse, personale, patienter og eksternt er stor opmærksomhed rettet mod det han siger og gør. Hans budskaber har derfor stor betydning for det videre forløb i afdelingen. For at være i stand til at handle kompetent, har han suppleret sin faglige uddannelse med en regulær lederuddannelse. Det fremgår, at han ser det som en nødvendighed, når han skal skabe faglig og ledelsesmæssig respekt omkring sin funktion. Det gør ham samtidig bedre rustet til at kunne handle ledelsesmæssigt kvalificeret. Ud over sine ledelsesmæssige kompetencer er han fagligt velanskrevet.

Oversygeplejersken giver udtryk for, at hun overfor personalet har som mål, at fremstå som en leder, der først og fremmest varetager de ledelsesmæssige opgaver i afdelingen, men samtidig er parat til at gå ud og hjælpe personalet i den kliniske pleje, når de har behov for hjælp. Det skaber stor respekt om hendes person, at hun påtager sig dette, når det kniber med hænder i plejen i afdelingen. Hun er bevidst om, at det kan give det problem, at hun prioriterer det plejemæssige på bekostning af den strategiske ledelse, men det mener hun selv, at hun kan håndtere det.

Team:

Afdelingsledelsens holdninger er, at teamdannelse er en forudsætning for at få en afdeling til at være velfungerende. De fremhæver begge, at de ikke ønsker en hierarkisk afdeling, men at det tværfaglige samarbejde og sociale liv i det daglige arbejde, har stor betydning for den enkelte

medarbejder. En social velfungerende afdeling vil ofte udmønte kvalitet i forhold til patienterne, netop fordi personalet trives. De viser stor respekt for samtlige faggrupper, og det fremgår, at alle føler sig værdifulde med det arbejde som de varetager. I forbindelse med dataindsamlingen, blev der nedsat flere arbejdsgrupper som skulle arbejde med opgaver i relation til afdelingens organisering og arbejdsgange. Grupperne blev tværfagligt sammensat, og formandskabet for en gruppe gik på omgang, således var det ikke bestemte faggrupper, som hele tiden repræsenterede de forskellige projektforløb. Gruppemedlemmerne have forskellig social status, men ledelsen lagde vægt på, at en gruppe skulle stå sammen om at nå et fælles mål.

I forbindelse med den ændring, som fandt sted i afdelingen i forbindelse med dette projekt, var det interessant at opleve den positive stemning, som var tilstede i de forskellige arbejdsgrupper, også i forbindelse med fremlæggelsen af resultater i plenum.

Regioner og regionale holdninger:

Hospitalets overordnede strategi for arbejde med kvalitetsudvikling indgår i afdelingen som en integreret del i dagligdagen. Hospitalet har en gammel kvalitetskultur, hvilket præger det daglige arbejde. Både ledelsen og medarbejderne fortæller, at kvalitetsarbejdet er en integreret kontinuerlig proces. Personalet er bekendt med sygehusledelsens strategi for kvalitetsudvikling. Det betyder, at de en gang om året er med til en temadag, som hospitalsledelsen afholder for hele hospitalet, og hvor forskellige kvalitetsprojekter bliver præsenteret. Denne afdeling har igennem længere tid arbejdet med de retningslinier, som er udkommet fra sundhedsstyrelsen omkring arbejdet med apopleksidatabasen. Afdelingen har præsenteret sit arbejde med databasen på hospitalets temadag, og fik prisen for årets bedste kvalitetsprojekt.

Det at afdelingsledelsen valgte at bruge pengene fra kvalitetsprisen på et socialt samvær, frem for at bruge dem på kurser til enkeltpersoner, øgede sammenholdet og motiveringen for at indgå i nye kvalitetsprojekter.

Selv om afdelingen føler sig velfungerende, er der problemer med f.eks. indberetninger til databasen. Den store forventning til dokumentation af alt patientrelateret arbejde er tidskrævende og

virker på personalet som en belastning. Afdelingsledelsen har en god balance mellem deres ageren frontstage og backstage, og har måske større fokus på kulissen end så mange andre.

Divergerende roller/discrepant roles:

I forbindelse med strukturændringer i afdelingen, havde afdelingsledelsen gjort sig forskellige overvejelser. De indkaldte alt personale til et fællesmøde. Forud for dette møde, havde man i afdelingen drøftede de vanskeligheder, som man oplevede med den nuværende struktur, dels på grund af hyppig overbelægning, men også med baggrund i de komplekse problemstillinger, som mange af patienterne har.

Goffman taler om strategiske hemmeligheder, hvor personalet først bliver orienteret om ændringer, når de er besluttet. Denne ledelse havde bestemt sig for, at det var nødvendigt med organisatoriske ændringer, uanset om det var et ønske i afdelingen. De var dog samtidig enige om, at de ville forsøge at få personalet medinddraget, ved at komme med forslag og forskellige løsningsmuligheder. På mødet blev afdelingsledelsens oplæg godt modtaget, og alle faggrupper var villige til at indgå i forskellige arbejdsgrupper og forsøge at komme med løsningsmuligheder. Afdelingsledelsen ville dog have gennemført strukturændringer uanset personalets holdning, fordi det var en nødvendighed for at bedre forholdene for patienterne, og således højne kvaliteten for de forskellige patientforløb.

Indtryksstyring/The Arts of Impression Management:

Om en forestilling eller en kommunikation bliver en succes, afhænger af tilhørerne. En meddelelse givet til en patient, kan blive meget forskelligt modtaget, alt efter patientens receptivitet. Denne situation kan illustreres ved den patienthistorie som overlægen fortalte om, og hvor en und kvinde fik besked på, at hun havde en alvorlig sygdom med en dårlig prognose. Denne meddelelse resulterede i at patienten fik en negativ oplevelse af kvaliteten i afdelingen i forbindelse med sin indlæggelse (side 180).

Goffman taler om den dramaturgiske loyalitet, disciplin og omtanke. Det vil sige, at de forskellige fagpersoner, som arbejder sammen i gruppen, har gensidige forpligtelser overfor hinanden. I denne afdeling er det tværfaglige samarbejde højt prioriteret, hvilket man tydeligt fornemmede. Alle i grupperne var indstillet på at yde det bedste de kunne. Det ville give daglige forbedringer både for patienterne og dem selv.

Sammenfatning:

Afdelingens direkte kontakt mellem hjernetumor patienter og vagthavende læge (livline), er et eksempel til efterfølgelse. Den har en velimplementeret kvalitetsstrategi og en høj grad af patient fokus. Indførelse af apopleksidatabasen. Det er en velfungerende afdeling med en høj grad af faglighed og tværfaglig teamdannelse.

Mange akutte patienter og overbelægning giver behov for en ændret organisation, og evt. ændrede fysiske rammer. Klinisk kvalitet med en stram bureaukratisk styring er fremtrædende. Afdelingsledelsen har en god balance imellem deres ageren frontstage og backstage med fokus på kulissen.

5.3. H:S Frederiksberg Hospital

H:S blev dannet den 1. januar 1995 og bestod af en sammenslutning af syv hospitaler. I forbindelse med en reorganisation af hospitalerne, blev det daværende Kommunehospital lukket som aktivt hospital, og de forskellige afdelingers specialer blev flyttet til de øvrige hospitaler i H:S, som efterfølgende kom til at bestå af seks hospitaler med somatiske og psykiatriske speciale afdelinger. Frederiksberg Hospital indgår som et af de seks hospitaler i H:S.

Sygehusledelsen består af en sygehusdirektør som den øverste ansvarlige på hospitalet, en lægelig direktør og en sygeplejedirektør. De danner tilsammen direktionen på hospitalet. Hospitalets sengeafdelinger er organiseret i tre specialområder:

1. Elektiv Kirurgisk Center (planlagte kirurgiske behandlinger).

2. Medicinsk Center, som består af tre klinikker herunder apopleksiklinikken, som alle dækker mere end ét speciale, samt akut modtager afsnit indenfor medicinske sygdomme.

3. Psykiatrisk afdeling.

Hospitalet beskæftigede i år 2004 ca. 1.600 ansatte og havde årligt ca. 119.124 indlagte patienter, 111.500 ambulante konsultationer, 25.925 somatiske skadestuebesøg, 2.429 psykiatriske skadestuebesøg og havde en gennemsnitlig liggetid på 5,7 dage. Hospitalets samlede nettoudgifter var 846.082 kr.

Hvert center (medicinsk og kirurgisk) rummer en række klinikker. Klinikkerne undersøger og behandler patienter med sygdomme inden for ét eller flere lægefaglige specialer eller ekspertområder. Hospitalet har i sin organisation endvidere:

- Administration.

- Alkohol-enheden, som er et område, som organisatorisk er underlagt en samlet alkoholenhed i H:S, som har afdelinger på de forskellige hospitaler.

- Blodbank, som ligeledes samarbejder sammen med øvrige blodbanker på tværs af de forskellige hospitaler.

- Et stort dialyseafsnit, som fysisk er placeret på hospitalet, men ledelsesmæssigt hører under dialyseafdelingen på Rigshospitalet.

- Forskellige tværgående afdelinger, såsom bl.a. kvalitets – og udviklingsafdeling, teknisk afdeling, m.m.

Bestyrelsen i Hovedstadens Sygehusfællesskab besluttede i 1999, at hospitalerne indenfor H:S skulle akkrediteres i år 2002. H:S havde i den forbindelse indgået et samarbejde med det

amerikanske JCIA, med det sigte, at få gennemført en ekstern vurdering af kvaliteten i sygehusene i H:S. Der ønskedes en kvalitetsvurdering af patientforløb og organisationens standarder og en vurdering af, om hospitalerne var i stand til at dokumentere, det som foregår i selve organisationen. Inden denne beslutning blev truffet, havde der været foretaget en foranalyse til akkreditering. At blive akkrediteret vil sige, at kvaliteten vurderes i forhold til de internationale kvalitetsstandarder fra JCIA, som var blevet oversat til dansk.

Akkreditering er et kvalitetssikringsredskab, hvor der sikres kontinuerlig og systematisk kvalitets- og præstationsforbedring. Der er tre væsentlige områder, som fokus er rettet på:

1. Gør hospitalet det rigtige?
2. Gør hospitalet det godt (nok)?
3. Forbedrer hospitalet sine præsentationer?

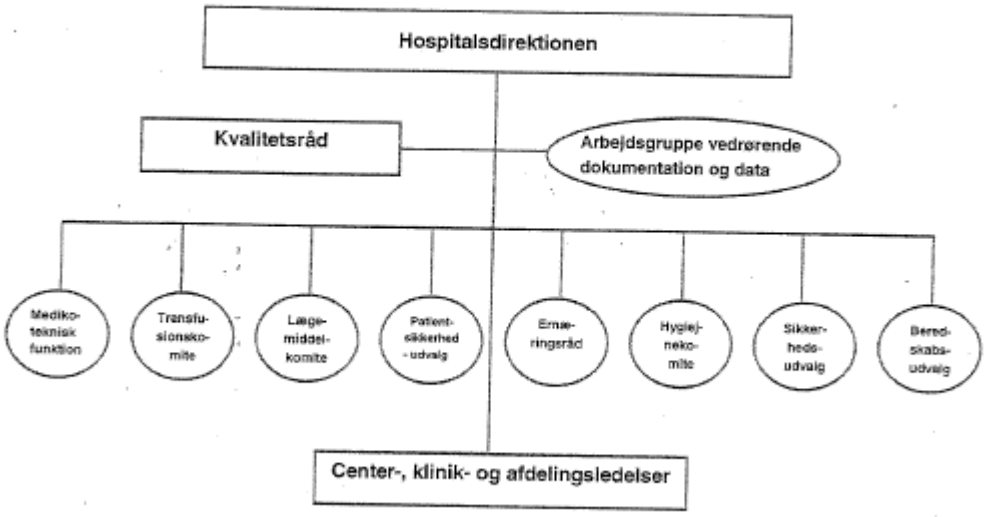
H:S Frederiksberg Hospitals plan for kvalitetsudvikling tager afsæt i hospitalets vision og mål for årene 2001 – 2004. Visionen ”Frederiksberg Hospital – for fremtidens patient” er udmøntet i den overordnede målsætning:

- At styrke kvaliteten i enhver patients forløb.

For at leve op til denne målsætning har man fastlagt fem indsatsområder, som hver især er udbygget med en række konkrete mål, hvortil der er knyttet metoder til opfyldelse af målene. Disse mål er:

1. Sundhedsfaglig kvalitet.
2. Brugerinddragelse.
3. Information og kommunikation.
4. Uddannelse, fastholdelse og rekruttering af kvalificerede fagpersoner.
5. Økonomisk effektivitet.

Endvidere henvises der også til de mål, som er sat for H:S. Hospitalsdirektionen har det overordnede ansvar for at prioritere initiativer, igangsætte aktiviteter samt fastholde kvalitetsforbedringer på hospitalet. Center-, klinik- og afdelingsledelser har ansvar for, at der lokalt foregår en løbende kvalitetsudvikling indenfor såvel kliniske som administrative områder. For at koordinere og yderligere fremme kvalitetsarbejdet på tværs af hospitalet, er kvalitetsrådet organisatorisk placeret som et overordnet råd for den samlede kvalitetsorganisation på hospitalet. Rådet er ansvarlig for at sikre dialog og formidling på tværs af de udvalg og komiteer, der indgår i kvalitetsorganisationen. De enkelte udvalg og komiteer har imidlertid en selvstændig funktion og fungerer uafhængigt indenfor deres eget kommissorium[38].



5.3.1. Apopleksiklinik

Apopleksiklinikken er en mindre selvstændig klinik i Medicinsk Center, Frederiksberg Hospital. Afdelingen er normeret til 25 døgnsenge og 3 dagpatienter. Imidlertid er afdelingens behov for døgnsengepladser større end det aktuelle, og derfor behandles en del apopleksipatienter på en anden klinik i det Medicinske Center. Personalet er sammensat af 10 forskellige faggrupper, og den

[38] Frederiksbergs Hospitals kvalitetsorganisation (2003), + H:S Frederiksberg Hospital, hjemmeside 2006,´+ H:S Frederiksberg Hospital, Plan for kvalitetsudvikling 2003.

samlede normering er på 49 fuldtidsstillinger. Afdelingen er organiseret med et sengeafsnit, tre dagpladser og et ambulatorium.

Afdelingen ledes af en klinikledelse (som dog for et mindre område kan sammenlignes med en afdelingsledelse), bestående af en klinikchef som er overlæge og klinikoversygeplejerske. Denne ledelse refererer til Centerledelsen for Medicinsk Center. Der er endvidere oprettet et tværfagligt klinikråd, som er orienterende i forhold til klinikledelsen. Dette råd er tværfagligt sammensat, og består af klinikledelsen, en afdelingssygeplejerske, en ledende fysioterapeut, en ledende ergoterapeut, en socialrådgiver, en lægesekretær og en medarbejderrepræsentant.

Afdelingens samlede årsbudget var i år 2004 på ca. 12,5 mill. Kr.

I sengeafdelingen modtages patienter med akut cerebral apopleksi[39] til undersøgelse, rehabilitering og planlægning af sekundær profylakse[40]. Patienterne indlægges primært i akut medicinsk modtagerafsnit, og visiteres dagen efter, hvis plads haves, til apopleksiklinikken. Herudover modtages patienter til fortsat rehabilitering fra interventionsafsnittet på Bispebjerg Hospital, om muligt direkte på apopleksiklinikken. Klinikkens mål er at færdigbehandle alle patienter med akut apopleksi frem til udskrivelse. Patienter med langvarigt rehabiliteringsforløb samt et multifaktorielt sygdomsbillede, visiteres sekundært til geriatrisk afdeling.

Afdelingen indgår i hele medicinsk centers organisation af kvalitetsstyring - og udvikling. Dette vil sige, at man internt i afdelingen arbejder med kvalitetsudvikling i form af forskellige projekter. Der er ikke nedsat et egentlig kvalitetsudvalg, da det koordineres for medicinsk center som helhed. Man prioriterer forskellige indsatsområder, hvorefter man nedsætter projektgrupper. I afdelingen har man ansat en klinisk udviklingssygeplejerske, som i stort omfang er den person, som koordinerer de forskellige projektforløb. Imidlertid peger oversygeplejersken på, at deres udviklingsprojekter har været meget personrelaterede, idet hun kan se, at det ved fratrædelse er svært at opretholde forskellige udviklingsaktiviteter på grund af et stort arbejdspres med komplicerede og tunge patientforløb.

[39] Blodprop eller blødning i hjernen.
[40] Sekundær profylakse omhandler forebyggelse efter en skade, som er sket hos patienten, for at forhindre eller mindske risikoen for at der opstår et nyt anfald som yderligere vil invalidere patienten.

Det første informationsmøde blev afholdt i administrationen på Frederiksberg Hospital med den lægelige direktør, oversygeplejersken fra psykiatrisk afdeling og klinikledelsen ved apopleksi enheden, P.M. og undertegnede. Vi talte om muligheden for at begge afdelinger kunne indgå i projektet, og at det var to meget forskellige områder, idet psykiatrisk afdeling var en meget stor selvstændig afdeling, og at apopleksiklinikken var en mindre enhed i medicinsk center. Efterfølgende blev der afholdt flere informationsmøder på de respektive afdelinger, dels med de ledende medarbejdere, og i de forskellige afdelinger (bilag 3.4).
Min introduktion til afdelingerne omfattede møder og interview med afdelingsledelsen og klinikledelse og afdelingssygeplejerskerne. Efterfølgende holdt jeg informationsmøder i afdelingerne med alt personale, samt havde observationsdage, hvor jeg havde lejlighed at følge det daglige arbejde samt tale med personalet fra de forskellige faggrupper (bilag 3.5).

5.3.1.1. Præsentation af projekt og dataindsamling på apopleksi klinikken:

Afdelingen eksisterer ikke længere i sin nuværende form, idet den er ledelsesmæssigt er blevet lagt sammen med de to øvrige klinikker i medicinsk center. Ingen fra den daværende klinikledelse ønskede at indgå i den overordnede ledelse, men ønskede at fortsætte den tætte kontakt med det kliniske område.

Min introduktion i afdelingen blev først et møde med oversygeplejersken, hvor vi drøftede projektet, og jeg fik en præsentation af afdelingen. Apopleksiklinikken var en mindre enhed i medicinsk center. Oversygeplejersken og jeg blev enige om, at jeg skulle foretage interview af klinikledelsen samt afdelingssygeplejersken for sengeafsnittet, deltage i møder og komme med rundt i afdelingen. Jeg fik derved mulighed for at indsamle data og tale med medarbejderne. Efter vores møde, blev der udsendt et kort informationsbrev vedrørende projektet til personalet, og dette blev fulgt op med informationsmøder. Derefter blev interview med de tre ledere planlagt, samt møder og observationsdage på afdelingen (bilag 3.4).

1. Patientoplevet kvalitet:

Både overlægen og oversygeplejersken fortæller, at det ikke altid er deres oplevelse, at der er overensstemmelse imellem den måde systemet er organiseret på og den oplevelse patienterne får af kvalitet i forhold til patientforløbet:

"Patienterne er det vigtigste og deres vurdering af kvalitet behøver ikke at være den samme som vores".

"Ledelseshierakiet kører ét løb, uanset om vi alle sammen er med i det. Patientforløbene kører et andet løb, og forløbene hænger ikke altid sammen".

Overlægen fortsætter med at fortælle om, at han dog oplever patientforløb, som er tilrettelagt udfra de mål han arbejder for at få gennemført:

"Man kan som professionel være tilfreds med kerneydelserne pleje, diagnostik og behandling, når et undersøgelsesprogram kan afsluttes på en eller to dage. Det viser, at kerneydelserne fungerer".

Oversygeplejersken fortæller, at det er hendes mening, at afstanden mellem patientforløbet og det ledelsesniveau hvor beslutningen tages, ikke må være for stor. Beslutningen må ikke være løsrevet fra patientforløbet. Det mener hun ikke den er på hendes afdeling, men ofte andre steder i systemet:

"Jeg kan ikke løfte mig op på et niveau, hvor jeg er løsrevet fra det, som foregår på gulvet. Det oplever jeg, at en del ledere gør. Man er måske også nødt til at gøre det for at overleve. Men de ting bør hænge sammen, uanset hvor i ledelseshierarkiet man befinder sig. Det gør den ofte ikke".

Hun mener altså at en del ledere ikke har fornemmelse for, hvad det er, de egentlig træffer beslutninger om. De "svæver over vandene" og gør, som de tror er bedst, og arbejder ikke ud fra en reel dokumentation om, hvad der er bedst. Her er den udøvende kvalitet, ikke altid identisk med de beslutninger som træffes på øverste niveau.

Afdelingssygeplejersken tilkendegiver, at:

"Kvalitet er, når patienternes behov bliver tilfredsstillet, og at der bliver ydet en god pleje".

Hun fortæller, at en vigtig opgave for hende er, at personalet har fornemmelsen for patienternes behov. Afdelingens patientklientiel er alle akut- eller kritisk syge ofte med større funktionstab. Mange af dem når aldrig at blive fuldt restitueret igen, men må leve et liv med et traumatiserende handicap, og hyppigt uden mulighed for at klare sig selv igen i eget hjem. Hun gør opmærksom på, at for personalet er det en både fysisk og psykisk tung plejeopgave, som de skal udføre, men at det er vigtigt, at personalet hele tiden har opmærksomheden rettet mod patienten. Hun gør meget ud af at fremhæve, at det er meget vigtigt, at patienterne får en oplevelse af kvalitet, trods deres alvorlige situation.

Overlægen kommer også med en udtalelse om den ofte tunge plejebyrde at:

"Som læger kan vi altid undskylde os med, at vi har en masse kontor arbejde som vi må tage os af, men jeg har ind imellem ondt af personalet, når jeg oplever at de er på hele tiden. Når både den fysiske og psykiske pleje er så tung, at plejepersonalet overhovedet ikke har luft i dagligdagen. Vi skal ikke underkende, at det er en patientgruppe, som har et stort behov, og som kræver meget af alle, særligt plejepersonalet"

Overlægen fortsætter med at fortælle, at han samtidig oplever en patientgruppe, som er utroligt taknemlig, hvilket nok skyldes, at det primært er ældre mennesker. Både klinikledelsen og personalet oplever, at de pårørende giver udtryk for betydelig tilfredshed. De mest taknemmelige er pårørende til patienter, som får lov til at dø på afdelingen. Til det siger han:

"Det er af afgørende betydning for os, for hvem kunne ellers holde ud at have med det her at gøre?".

Overlægen nævner, at de har haft Hjernesagen og Apopleksiforeningen ude at holde foredrag. De har ikke samarbejdet endnu, men har foreslået, at de kommer ud én gang om måneden for at snakke med de patienter, der har lyst til det. De har forsøgt at få et løbende samarbejde, men lige nu fungerer det ikke, det er i dvale. Han fortæller også, at deres patienter ikke stiller større krav end

tidligere. Han mener, at folk skal stille krav, men man skal ikke underkende, at når man er så syg, kan man ikke finde ud af at gøre det. Der er dog ca. 2 % af patienterne, som stiller helt uhyrlige krav, ellers er det ikke de store ændringer i deres patientklientklientels krav. Han fremhæver vigtigheden af at kerneydelserne fungerer, samt at patienten har personlige behandlere.

2. Bureaukratisk kvalitet (Politisk kvalitet):

Klinikledelsen fortæller, at der er lang vej op i systemet, til dem som sidder og træffer de overordnede beslutninger. Man har med den aktuelle organisationsstruktur lagt et ekstra ledelseslag ind med indførelsen af centerdannelsen. De påpeger her, vanskelighederne med at have gennemslagskraft overfor de mange beslutninger, som skal træffes. Modsat kan der også være fordele ved, at det er andre, som skal viderebringe ens ønsker og behov. De fortæller om nogle af de frustrationer, som det kan medføre:

"Vi skælder Medicinsk Center Ledelse ud, de skælder Direktionen ud, men desværre sidder der én øverst oppe, som har fat i pengeposen, så der er grænser for råderummet. Det må man acceptere. Det kan heller ikke nytte at sige: "Det er dem inde i H:S" hver gang. Det er det selvfølgelig, men vi skal udnytte det bedst muligt".

Oversygeplejersken giver udtryk for, at det er vigtigt, at de som ledere kan beslutte og handle i givne situationer. Det er vigtigt, at kunne køre på, både i forhold til de daglige arbejdsopgaver, og at kunne bremse, når der ikke er det personale, der er behov for. Hun fortæller videre:

"Den mulighed har du slet ikke når H:S direktionen siger, at nu er det de her 365 standarder i akkrediteringen, der skal implementeres. Så kan man bruge året til at dokumentere, at man lever op til alle retningslinierne. Jeg tror ikke, det går hos os, men jeg har ikke den mulighed at sige: "Nu holder vi lige igen".

Hun fremhæver netop, at det kan lyde nemt, men:

"Det er svært at få omsat de politikker og planer, man får udstukket fra højere sted, som de har valgt skal bruges i det konkrete patientforløb. Det er temmelig vanskeligt i virkeligheden. Det nytter

ikke noget hele tiden at sætte projekter i gang. Det er sådan man oplever akkrediteringen. Det er et spørgsmål om ressourcer. Det er noget, som kun den nærmeste leder kan fornemme i afdelingen. Så det er med at kunne skrue på de der knapper både i forhold til de enkelte projekter, og i forhold til hvor meget man sætter i gang".

Oversygeplejersken fremhæver her de mange problemstillinger som de oplever på det praktiske felt. På det politiske og øverste administrative niveau er der krav og ønsker om, at afdelingerne skal leve op til det, som de lover brugerne. Facaden skal se pæn ud, men i virkeligheden, det vil sige på det praktiske plan, har man ofte meget svært ved at leve op til de mange kvalitetskrav og forskellige pålagte projekter. Dagligdagen er presset, personalet oplever en meget stor arbejdsbyrde med mange kompliceret patientforløb, og er konstant i tidspres. Når de udover det praktiske arbejde til stadighed skal påtage sig nye opgaver som kræver forberedelse og ikke falder ind i de daglige arbejdsrytmer, er der perioder, hvor det kan virke uoverskueligt. Her er det, at lederen skal have fornemmelse for, hvornår er der i afdelingen et overskud til at gå ind og arbejde med de opgaver, og hvornår magter personalet ikke andet end at tage hånd om patienterne. Samtidig fortæller både de ledende medarbejdere og personalet, om den belastning som man til stadig har i afdelingen med overbelægning. Det kan de ikke planlægge med, ligesåvel som den daglige normering ikke er udregnet på baggrund af det. Implementering af nye arbejdsopgaver og rutiner kræver tid, og er ikke noget som bare kan gøres. Det er en længere proces, som hele tiden skal følges op, således at det opleves som en integreret del af de daglige opgaver.

Derfor fremhæver både overlægen og oversygeplejersken, at det er vanskeligt med de mange pålæg, når de oplever, at der jævnligt er perioder, hvor det simpelthen ikke er heldigt, når de skal pålægge personalet ekstra opgaver, ikke mindst når det er opgaver som ikke direkte omhandler det patientrelaterede.

3. Økonomisk kvalitet:

Klinikledelsen fortæller flere gange om de økonomiske vanskeligheder afdelingen har med overbelægning. I praksis betyder det, at de ofte må have deres patienter liggende på andre medicinske afdelinger og på gangen, indtil de får en plads. Imidlertid er det et generelt problem,

som de i flere år har forsøgt at gøre noget ved. De har flere gange skrevet til hospitalsdirektionen, men aldrig fået et svar. Men de fortæller, at I forbindelse med akkrediteringen kunne de igen gøre opmærksom på problemet. Det medførte, at de efterfølgende fik en ekstrabevilling til afdelingen, så der kunne blive gjort noget ved problemet. Overlægen fortæller:

"Jeg bliver træt, når de oppefra kræver svar med korte tidsfrister. Når det foregår den anden vej, er det langsommeligt. For eksempel har det taget tre år at få svar på vores forespørgsel om udvidelse. Når tidsfristen er kort, bliver det en tilsvarende dårlig kvalitet, man kan give i en besvarelse. Af og til får vi slet ingen besvarelse på vores henvendelser. Det synes jeg er utilfredsstillende".

Oversygeplejersken siger:

"Afdelingen blev af akkreditørerne fremhævet, som en dygtig afdeling, men at det slet ikke går, at vi ikke har plads til alle vores patienter".

Hun fortæller, at det var åbenbart det, som skulle til, for at få sygehusdirektionen til at reagere på deres henvendelser. Denne proces havde strakt sig over tre år!

Ledelsen opfatter det som særdeles utilfredsstillende, når de overfor sygehusledelsen retter henvendelse om, for dem et meget stort problem, og så ikke får et svar tilbage. Uanset hvad problemstillingen omhandler, er det ikke acceptabelt, når der ikke bliver svaret tilbage. Ledelsen fremhæver her, at uanset hvilket svar som sygehusledelsen vil komme med, så opfatter de det ledelsesmæssigt som meget dårligt, når der ikke bliver reargeret på deres brev. Her gør de opmærksom på, at det var først, da akkreditørerne gjorde opmærksom på deres problem, at så skete der noget.

4. Klinisk kvalitet:

Overlægen fortæller, at han sætter mest pris på det kliniske arbejde. Han vil gerne have de informationer, som han får tilsendt fra H:S og Centerledelsen. Han så dog gerne, at det administrative område, ikke krævede så stor en del af hans arbejdsindsats. Han siger:

”Det kliniske arbejde med at hjælpe patienterne er det bedste. Patientkontakten og personalesamarbejdet er det, som jeg bedst kan lide. Det gør man ved at være synlig, man er nødt til at have åbne ører, og være der når folk kommer med noget. Man er også nødt til at holde mund en gang imellem. Men det bedste jeg kan lide, det er når det tværfaglige samarbejde fungerer, og når de ting vi sætter i gang fungerer. Det jeg ringest kan lide er, når man mærker træghed i systemet, og det er uigennemsigtigt, hvor tingene bliver vippet af”.

Oversygeplejersken fortæller med stolthed om deres kvalitet i afdelingen:

”I forhold til de rammer vi har, er kvaliteten rimelig høj, men der er da brist, helt klart! I perioder hvor man mangler personale og vi har nyt personale, bliver bristen større. Det er også vanskeligt at nå at informere ud til alle, ikke bare at medinddrage, men at informere ud til personalet. Der er 30 personaler og vi kan aldrig mødes alle sammen, fordi vi arbejder i skift, vi er der aldrig på samme tid”.

Overlægen fortæller om sit syn på udvikling af kvaliteten i afdelingen:

”Den professionelle kerneydelse for lægerne bliver udviklet ved, at de laver nogle kliniske forsøg og retningslinier, som er evidensbaseret. Det andet er, at man sikrer, at de også kommer ud på de forskellige klinikker. For lægegruppen er det ikke så svært, fordi de er en lille gruppe. Det er sværere i forhold til det tværfaglige team, fordi det er en stor og heterogen gruppe med forskellige fagkulturer”.

Her fremkommer det, at det er mere krævende at udvikle de tværfaglige teams – netop på grund af de forskellige fagprofessions kulturer. Det kræver stor tilpasning fra alle parter.

Overlægen fremhæver ligeledes, at det er vigtigt, at der netop ikke sker en opbremsning i udviklingen i afdelingen. Han fortæller, at:

”Det er nødvendigt at ledelsen går ind for de tiltag man vil satse på, og at det er ledelsen, der laver den endelige prioritering”.

Når de skal implementere så mange ting, må lederne vedtage hvad der er vigtigst og i hvilken rækkefølge det kan lade sig gøre.

Afdelingssygeplejersken fortæller hvad hun oplever som kvalitet i dagligdagen:

"Jeg synes, at de kliniske retningslinier vi har fået, det er enormt gode. Mange procedurer er penslet ud, så folk kan næsten gøre det med bind for øjnene. Der er blevet sat mere struktur på flere ting. Der skal imidlertid være en tovholder. Jeg kan se, at hvis jeg holder mig væk, så sejler tingene".

Det fremkommer, at der er kommet en bedre organisering af de forskellige procedurer i afdelingen. Personalet fortæller ligeledes, at de har langt flere administrative vejledninger som de kan anvende, når de skal udføre forskellige opgaver som de er usikre overfor. Imidlertid lægger de ikke skjul på, at det er vanskeligt hele tiden at skulle finde dem frem og bruge, når de i dagligdagen har travlt. Det viser, at de forskellige procedurebeskrivelser er vigtige for at sikre en ensrettet kvalitet i udførelsen af de forskellige opgaver, men at der er langt igen, inden de anvendes rutinemæssigt.

5. Excellent kvalitet:

Sygehusledelsen har gjort afdelingerne opmærksom på, at arbejdet med kvalitetssikring skal være en fortløbende proces, som derved integreres, som en del af de daglige arbejdsrutiner. Oversygeplejersken fortæller, at der i forbindelse med akkrediteringen er blevet udarbejdet pjecer over samme skabelon, som indgår i hospitalets kvalitetssikring. Hun synes, at standarderne kan anvendes konkret, som de er blevet udarbejdet, og at de kan følges slavisk i det daglige arbejde. Der er blevet udarbejdet standarder til hver enkelt personalegruppe, for at få arbejdet udført ensartet.
Om det fortæller overlægen at:

"Der er kommet styr på flere informationskanaler på hospitalet. Man går ikke så meget og tænker på akkreditering til hverdag. Til daglig er der kun brok og vrøvl, men vi har flyttet os, du lægger bare ikke mærke til det, du ser kun hverdagens problemer".

Oversygeplejersken fortæller at de allerede længe før akkreditering begyndte, havde gang i forskellige udviklingstiltag i afdelingen. Hun mener derfor at indførelsen af akkrediteringen var en stor fordel og siger:

"Vi havde succes under akkrediteringen. Flere af de ting havde vi allerede startet op, inden det blev påbudt os. Det viste sig, at mange af de ting harmonerede med akkrediteringen, så derfor gik det udmærket hånd i hånd, så det var svært at sige, hvorfor det blev en succes, om det var fordi vi allerede havde startet det i klinikken eller på grund af akkrediteringen".

Det har nok lettet arbejdet betydeligt, at de var i gang på forhånd. Afdelingssygeplejersken fortæller i den anledning, at:

"Mange af vores medarbejdere fortæller, at de synes, at der er kommet mere styr på mange arbejdsopgaver. Men det har også givet meget stres i afdelingen. Derfor synes jeg ikke, at man kun skal udtale sig positivt om akkrediteringens resultater, for jeg kan også mærke argumenterne for det modsatte".

Overlægen fortæller, at han ser det som problematisk, at alle ting er blevet så standardiseret, fordi de som afdelinger er så forskellige:

"Jeg synes tit, at kvalitetsmålene fra H:S ikke er relevante eller overkommelige i forhold til vores hverdag".

Oversygeplejersken fortæller også, at de i afdelingen har været meget enige om, at de i forbindelse med akkreditørernes besøg ville vise hverdagen, som den er, og ikke pynte på det. Hun fortæller:

"Hvis akkrediteringen skal kunne vurdere den faktiske kvalitet i dagligdagen, skal afdelingerne vurderes på deres daglige praksis. Det er ikke det som sker, når vi skal iværksætte så mange forskellige forberedelser forud for et akkrediteringsbesøg, derfor burde akkreditørerne kommer uanmeldt".

Det er meget svært ikke at ”pynte” lidt på dagligdagen når et akkreditør besøg er anmeldt. Et uanmeldt besøg ville bedre vise hvordan forholdene er daglig. Når man er vidende om, at der snart vil foregår en kontrol af det som udføres i en afdeling, vil det være meget svært ikke at ”pynte” lidt på dagligdagen.

5.3.1.2. Afdelingen set udfra Goffmans dramaturgiske elementer:

Optræden/Performance:

Apopleksiklinikken er en lille enhed med en meget klinisk orienteret ledelse. Overlægens primære interesseområde er patienterne. Det administrative føler han som en pligt. Oversygeplejersken er en meget faglig bevidst leder. Hun er meget synlig i sin ledelse overfor personalet, og har en god fornemmelse for hvor stor en belastning personalet magtede. Hun deltager ikke i patientplejen, men er en synlig leder.

I forbindelse med akkrediteringen, har afdelingen vist, at de kunne leve op til de forskellige standarder. Imidlertid fortæller både overlægen og oversygeplejersken, at selvom det er deres mål, at yde den bedst mulige kvalitet overfor patienterne, er det deres oplevelse, at der er en manglende overensstemmelse imellem den måde systemet er organiseret på og den patientoplevede kvalitet. De gør samtidig opmærksom på, at i den tilbagemelding som de løbende har fået fra patientside, er der i det store hele tilfredshed med deres ydelser til patienterne. Imidlertid er deres patienter generelt så syge, at de samtidig er ressourcesvage og derfor taknemlige for, hvad personalet gør for dem.

Team:

Goffman fremhæver vigtigheden af, at der i teamdannelse vises en gensidig respekt, og at alle medlemmer i teamet yder et bidrag til at løse den fælles opgave. Overlægen fortæller, at det generelt er vanskeligt at sammensætte de forskellige faggrupper i tværfaglige teams. Imidlertid er det et område, som ledelsen fremhæver som vigtigt for at sikre, at der er kvalitet i forhold til kerneydelserne. De er nødt til at arbejde sammen omkring det fælles projekt, som afdelingen er

pålagt i forbindelse med akkrediteringen. Derfor er det et område, som ledelsen prioriterer højt. Samtlige medarbejdere i afdelingen er blevet medinddraget i forbindelse med det arbejde, som skulle effektueres i forbindelse med akkreditørernes besøg og vurdering af afdelingen. Ud fra de forskellige udsagn fra personalet og observationer i afdelingen, var der et velfungerende samarbejdet faggrupperne imellem. Alle arbejdede sammen og der var en gensidig respekt.

Regioner og regionale holdninger/Regions and Region Behaviour:

Ledelsen og personalet havde brugt lang tid til at forberede præsentationen af afdelingen for akkreditørerne og fremvisningen af deres forskellige kerneydelser. Oversygeplejersken fortæller, at det betød meget, at det gik godt. Imidlertid giver hun også udtryk for, at det ikke nødvendigvis var dagligdagen, som blev præsenteret. Hun påpeger, at man altid kan fremhæve det bedste og gemme det dårlige ved et sådant besøg, men at forholdene kan se meget anderledes ud, hvis akkreditørerne kom uanmeldt. Netop fordi så mange standarder skal implementeres på så kort tid, er det ikke realistisk at tro, at det hele har nået at blive daglig rutine. Hver gang man skal indføre noget nyt, tager det tid, før alt personalet har læst det, og taget det til sig. Derfor er alle de mange standarder sat ind i ringbind, så alle ved hvor det findes, men ændringer af arbejdsrutiner kræver tid. Den tid har ikke i tilstrækkeligt omfang været til rådighed i projektforløbet.

Forud for præsentationen af afdelingen, havde ledelsen og personalet gennemgået de forskellige arbejdsgange og tjekket, at der var overensstemmelse mellem de krav der stilles til akkreditering, og de forskellige kriterier og standarder, som afdelingen havde. Samtidig blev det fremhævet, at der var mange praktiske forhold, som skulle tilrettes, så som kontrol af temperatur i køleskabe m.m. Dette var der enighed om, at andre personalegrupper kunne have taget hånd om, idet selve arbejdet med implementering af de direkte patientrelaterede standarder var meget omfattende.

Afdelingen blev rost af akkreditørerne for deres arbejde. Imidlertid havde de et par bemærkninger omkring afdelingens problemer med overbelægning. Ledelsen fortæller, at akkreditørerne gjorde opmærksom på det misforhold, der var mellem antallet af patienter og antallet af senge. Det var det, som skulle til for at få sygehusledelsen til at reagere på en ofte gentaget anmodning fra afdelingen om flere sengepladser. Der kom således en bedre overensstemmelse imellem det antal patienter,

som skulle behandles, og sengeantallet. Fra ledelsen var man glad for, at der endelig skete noget, men samtidig var det ikke tilfredsstillende, at tidligere henvendelser til sygehusledelsen var forblevet ubesvaret.

Sygehusledelsens manglende reaktion på tidligere henvendelser fra klinikledelsen er bemærkelsesværdigt, set i lyset af den dag til dag reaktion de forventer fra klinikledelsens side på deres henvendelser.

Divergerende roller/Discrepant roles:

Afdelingens arbejde med implementering af akkrediteringen var ikke færdigt, da akkreditørerne meldte deres ankomst. Der blev opført en forestilling ved akkreditørernes besøg, hvor man viste et forskønnet billede af afdelingens formåen i forhold til de stillede krav for godkendelse ved akkrediteringen. Personalet havde godt nok proceduremapper med de 367 standarder, men ikke alle var nået at blive implementeret.

Indtryksstyring/The Arts of Impression Management:

I forbindelse med akkreditørernes besøg i afdelingen, har ledelsen i samarbejde med personalet, vist en tilfredsstillende præsentation af afdelingens kvalitet. Som oversygeplejersken fortæller, havde de succes under akkrediteringen. Allerede inden akkrediteringen begyndte, var de i gang med flere kvalitetstiltag, og dette var en hjælp for dem under hele forløbet. Goffman taler om dramaturgisk loyalitet, hvilket vil sige, at man i afdelingen havde moralske forpligtelser overfor hinanden, som udmøntede sig, i at alt personale viste det bedste de kunne, således at de fremstod som den kvalitetsbevidste afdeling.

Sammenfatning:

Der er en god sammenhæng i afdelingen mellem specialiseringsgrad, kvalitetsstyring og udvikling. Klinikledelsen er mere orienterede mod den faglige og patientorienterede kvalitet. De har dog en høj grad af fokus på personalets velbefindende, som er præget af hårdt fysisk arbejde med ofte psykisk belastede patienter. Den nye meget bureaukratiske kvalitetsstrategi har været en stor belastning på grund af manglende tid til implementering.

Afdelingen har i udtalt grad oplevet en ubalance imellem mængden af kvalitetstiltag, længe erkendt overbelægning og dermed manglende tid til implementering. Klinisk kvalitet og stram bureaukratisk styring er dermed også gældende for denne afdeling. Klinikledelsen er mere orienteret mod patient- og personale forhold, og i mindre grad mod frontstage præsentationer.

5.3.2. Psykiatrisk afdeling

Psykiatrisk afdeling udgør et af de tre store specialeområder på H:S Frederiksberg Hospital. Afdelingen er normeret til 126 indlagte patienter, fordelt på 92 døgnsenge og 34 dagpladser. Derudover er der 2 distriktspsykiatriske centre, en gerontopsykiatrisk[41] distriktsservice funktion, og en psykiatrisk skadestue. Afdelingen er organiseret med i alt 11 afsnit.

Patienterne er alle voksne, idet børn med psykiatriske lidelser behandles på andet hospital i H:S. På de almene afsnit er patienterne i aldersgruppen fra 18 – 65 år. I de gerontopsykiatriske afsnit er patienterne i aldersgruppen fra 65 år og opefter.

Afdelingsledelsen består af en ledende overlæge og oversygeplejerske. I fællesskab varetager de den overordnede ledelse af hele Psykiatrisk Afdeling. Personalet er sammensat af 10 forskellige faggrupper, og den samlede normering er på 238,86 fuldtidsstillinger. Afdelingens samlede årsbudget var i år 2004 på ca. 100 mill. Kr.

[41] Gerontopsykiatriske patienter omhandler ældre overvejende senil, demente personer.

I det psykiatriske område, indgår distriktspsykiatrien, som har sin egen ledelse bestående af en overlæge og en centerchefsygeplejerske. Denne ledelse refererer direkte til afdelingsledelsen for psykiatrisk afdeling.

Hvert afsnit har en afdelingssygeplejerske som daglig leder. Overlægerne har et til to afsnit, hvor de er ansvarlige for undersøgelse og behandling af patienterne.

I psykiatrisk afdeling er der ansat to kliniske oversygeplejersker i stabsfunktion til afdelingsledelsen. Internt er deres samarbejdspartnere de ledende sygeplejersker, hele plejepersonalet og afdelingens tværfaglige ledere. Eksternt har de samarbejde med de øvrige afdelinger på Frederiksberg Hospital og øvrige hospitalsafdelinger i H:S som helhed. Deres ansvars- og kompetenceområde er at planlægge, implementere og evaluere afdelingens udviklingsaktiviteter indenfor den kliniske sygepleje. Ligeledes varetager de tværfaglig undervisning, introduktion og oplæringsprogrammer. En væsentlig del af deres arbejdsopgaver omfatter kvalitetssikring herunder akkreditering.

5.3.2.1. Præsentation af projekt og dataindsamling på psykiatrisk afdeling:

Min introduktion i afdelingen blev et møde med afdelingsledelsen, hvor vi drøftede projektet, og jeg fik en indledende præsentation af afdelingen. Psykiatrisk afdeling er en stor afdeling med mange funktioner. Afdelingens størrelse og de mange forskellige faggrupper betød, at det ikke var muligt at foretage interview og følge det daglige arbejde i samtlige afsnit. På grund af størrelsen og de mange forskellige funktioner ville afdelingen have kunnet bære et selvstændigt projekt.

Afdelingsledelsen og jeg blev enige om, at jeg skulle foretage interview af nogle af lederne, deltage i møder, komme rundt i forskellige afsnit, så jeg derved fik mulighed for at indsamle data og tale med medarbejderne. Efter mødet blev der udsendt et kort informationsbrev vedrørende projektet til personalet, og dette blev fulgt op med nogle få informationsmøder. Derefter blev de forskellige interview planlagt. De første var med afdelingsledelsen, efterfulgt af tre afdelingssygeplejersker og centerchefsygeplejersken for distriktspsykiatrisk center.

Overlægen fortæller, at han som yngre speciallæge, på grund af sygdom blandt overlægerne, rykkede op som overlæge. Han fik meget ledelsesarbejde, fordi den anden overlæge ikke brød sig om det administrative arbejde. Det omfattende ledelsesarbejde medførte, at han også kom til at beskæftige sig med kvalitetsarbejde, hvilket han satte pris på:

"Det gik så nemt, og jeg synes, det var skægt arbejde, fordi der er en masse personrelaterede opgaver i ledelse. Det er jo heldigvis ikke bare papirarbejde, for det synes jeg er mindre skægt, jeg kan godt falde for nusseri omkring regnskaber, men det er det andet, jeg synes, er det rigtig sjove. Så var det, jeg blev inspireret".

Han fortæller, at han har siddet i sin nuværende stilling i længere tid og derfor har et godt kendskab til, hvad der foregår i det psykiatriske felt i Københavnsområdet.

Oversygeplejersken fortæller, at hun har en bred klinisk baggrund både fra hospitalsområdet og fra primærsektoren. Hun har suppleret sin uddannelse på sygeplejerskehøjskolen indenfor ledelse og pædagogik. Efter sin videreuddannelse kom hun tilbage på hospitalet som afdelingssygeplejerske i et par år, hvorefter hun fik muligheden for at være med i et nyt tiltag i primærsektoren, som henholdsvis afdelingssygeplejerske og souschef, og hun fortæller:

"Det var lige så spændende, som jeg havde regnet med. Oprettelsen af noget nyt, og at være med til at kunne påvirke lige fra starten med alt det jeg havde lært inde fra højskolen. Det var en stor udfordring ledelsesmæssigt. Jeg kunne ikke avancere mere i dette stillingsområde, for vi kunne ikke få igennem, at der skulle sidde en viceforstander. Så kom der en oversygeplejerskestilling i gerontopsykiatrisk afdeling her på hospitalet. Det lød spændende. Jeg ville gerne være oversygeplejerske".

Hun fik stillingen, og udover hende var de i alt fire oversygeplejersker indenfor psykiatrien. I forbindelse med etableringen af afdelingsledelser på hospitalet, skulle der kun være én oversygeplejerske i ledelsen, og det blev hende, som fik stillingen.

Centerchefsygeplejersken på distriktspsykiatrisk center fortæller, at hun har mange års erfaring indenfor det kliniske område, hvor hun har vekslet mellem det kliniske arbejde og ledelse. Hun har en bred specialeuddannelse, og fortæller:

"Jeg har en målrettet uddannelse indenfor miljøterapi som har varet i to år. Derudover har jeg en organisationspsykologisk uddannelse med speciale i ledelse, som ligeledes har varet i to år. Jeg ser ledelse som et selvstændigt arbejdsområde".

Hun fortsætter med at fortælle at:

"God ledelse er at gøre det organisatoriske system muligt i forhold til de skiftende omstillingsperioder. Det vil sige, at gøre afdelingen i stand til at magte de forskellige krav, som bliver stillet til den. Personalet skal arbejde ud fra lederens mission, det er vigtigere end at kunne lide lederen. Det er vigtigt, at se på de bevidste og ubevidste processer. Jeg er samtidig også leder af sygeplejen. Centret her er ledet af en læge og sygeplejerske. Centerledelsen er ledere for hele centret, og for alle de faggrupper, som er ansat her. Jeg har valgt, at jeg vil holde en fast arbejdstid. Der vil hele tiden være noget som gør, at man altid kan bruge mere tid, end det er muligt indenfor den normale arbejdstid. Det har noget med systemet og grundigheden at gøre. Vi bliver hele tiden presset, og kan blive ved med at finde på noget som skal laves. Men jeg prioritere også, at jeg har et liv udenfor dette arbejde, og er derfor meget afklaret på, hvor meget jeg vil give til dette arbejde. Derfor går jeg altid til tiden".

Centerchefsygeplejersken har gennemført en meget målrettet ledelsesuddannelse indenfor sit fagområde. Hun peger på de mange forskellige opgaver som lederne til stadighed bliver pålagt, men også på en problemstilling som de ofte står over for, nemlig at der sjældent er overensstemmelse imellem de forventninger der er til, hvad de skal kunne nå indenfor deres arbejdstid, og det som er muligt.

1. Patientoplevet kvalitet:

Overlægen fortæller, at han sætter god kvalitet lig med at de i psykiatrien er i stand til at overskue, hvad der er det væsentlige for den enkelte patient. Han giver som eksempel, at holdningen til den psykotiske patient har ændret sig siden starten af firserne. I starten af firserne behandlede man patienterne for at fjerne symptomerne. Nu lægger man vægt på, at patienten måske oplever andre kvaliteter i hverdagen, som han anser som vigtigere. Det vigtigste er, hvordan afdelingen bedst får vurderet, hvad de kan gøre godt, og hvordan det tilrettelægges bedst muligt, så behandlingsforløbet bliver så effektivt som muligt. Det mener han er god kvalitet for patienten. Overlægen er således med på de nye aspekter i psykiatrien. Han fortsætter og siger, at:

"God kvalitet regner vi egentlig med som en selvfølge. Man har ikke lyst til at blive udsat for sjusket behandling, så derfor regner vi god kvalitet for en selvfølge. Der er en masse ydre forhold som:" Jamen sådan noget har de i USA", det er et af de ydre forhold".

Han peger på, hvad ydre forhold kan betyde, nemlig at når man gør på en måde andre steder i verden, så anses det som godt. Om der er evidens for den gode kvalitet, står usagt. I praksis betyder det, at man ikke har nogen egentlige måleparametre for, om patienterne har den samme opfattelse af den brugeroplevede kvalitet, som man har andre steder.

En afdelingssygeplejerske fortæller om vigtigheden af at vise respektere patienterne og at være bevidst om, at de som personale hele tiden skal arbejde for at have patienten i centrum. Hun henviser til de høje idealer, som de alle skal leve op til. De skal arbejde ud fra de målsætninger, som er gældende. Hun fortæller:

"For mig hænger det sammen med et ordsprog på "Frederiksberg", som er: "Kvalitet i et hvilket som helst patientforløb". Det synes jeg er en god tanke, vi gør også det bedste vi kan i alle forløb. Så intentionen er i hvert fald god nok. Kvalitet for mig hænger også sammen med hospitalsmålsætningen og vores egen målsætning, patienternes forventninger, de økonomiske ressourcer og personaleressourcer. Fordi ingen er i tvivl om, når det har været godt. Men jeg tror også, vi har høje idealer. Jeg tror, noget af mit personale har højere idealer end jeg selv, fordi jeg har en indsigt, som gør, at jeg kan se, at ud fra de rammer, var det det bedste, vi kunne gøre i den

situation. Men det er ikke ensbetydende med, at vi ikke kan gøre det bedre. Når vi snakker om, at vi skal strukturændre igen, så snakker vi ud fra, at det her det er ikke godt nok. Så jeg synes, vi giver en god kvalitet ud fra de rammer og muligheder vi har."

Hun illustrerer dette med en patientsituation:

"Det bedste er at spørge patienterne. Der er flere der har sagt, at de kan mærke, når de kommer ind i afdelingen, er det rart at være her. Det kan være patienter, personale, eller nogen til ansættelsessamtale. Specielt var der en patient, som vi aldrig fik i et egentligt behandlingsforløb. Han havde været udsat for totur, han havde været ved at tage livet af sig selv. Han havde været i afdelingen og talt med læger og sygeplejersker, han kom her flere gange. Så havde han faktisk ikke brug for at komme her mere. Det han gav som grund til at han havde fået det godt, var at han her blev mødt med respekt.

Med de traumatiske oplevelser som patienten havde været igennem, var al hans menneskelige selvrespekt nedbrudt, og han havde store problemer med sit eget selvværd. At blive mødt i afdelingen som den person han var, gav ham en følelse af, at han stadig var et menneske, som var ligeværdig med andre. Det var det, som han netop på det tidspunkt havde brug for. Afdelingssygeplejersken fortæller denne historie, fordi hun mener, at det fortæller noget om, hvordan de respekterer deres patienter, som de er. Hun siger, at patientens første møde med personalet i afdelingen er deres sekretær. Her møder de en person, som er utrolig behagelig, altid imødekommende og rar. Det er en god profil for afdelingen overfor patienterne.

En afdelingssygeplejerske fortæller om det pres, som de oplever fordi antallet af speciallæger er for lille i forhold til de mange patienter. De har mange komplicerede patientforløb, som har lange indlæggelser:

Vores overlæge kommer kun to gange om ugen på halv tid. Så det er den eneste lægedækning, vi har til 24 patienter, der skal diagnosticeres og behandles. Det kan være nogle vanskelige forløb. Så det er ikke ret meget.

Det lægelige fremmøde har som konsekvens, at afdelingen således er meget overladt til sig selv, og at der ligger et stort ansvar hos afdelingssygeplejersken i forhold til de mange komplekse problemstillinger som er aktuelle i afdelingen.

Hun fortæller, at det kræver meget af sygeplejerskerne, fordi de skal have styr på alle observationerne vedrørende patienterne siden overlægen sidst var hos dem, så der bliver taget stilling til, hvad der er den korrekte behandling. Samtidig er der også en forventning om, at de er i stand til at handle, hvis patienterne reagerer kraftigt. Det oplever de jævnligt blandt de dårligste psykisk syge patienter, som kan være udfarende og voldsomme, for derefter at "lukke sig inde i sig selv" (psykotiske). Til det siger hun:

"Jeg synes det er vigtigt, at vi er der og er parate for patienterne i en eller anden udstrækning. Men i psykiatrien er det også vigtigt at folk kan udsætte deres behov en gang imellem. Men nogen kan ikke udsætte deres behov, så er det her og nu. Det er også en træning i, at de skal udsætte deres behov. Man må så tale med dem fem ti minutter efter. Men man skal altid være loyal overfor de aftaler man har. Jo, jeg lægger vægt på at de trives ordentligt. Jeg synes også, at det er vigtigt for mig selv, for at man også kan overleve, at man kan snakke om de små succeser i dagligdagen".

Afdelingssygeplejersken understreger, at man ikke skal underkende det store pres, som personalet oplever. Hun påpeger at det ikke altid er let for personalet at holde humøret oppe og have en gejst, når de ser hvor psykisk dårligt patienterne kan have det.

Afdelingssygeplejersken fortæller, at de i hendes afdeling er begyndt med at udarbejde trivselsundersøgelser blandt patienterne, for at kunne forbedre kvaliteten til patienterne:

"Vi laver trivselsundersøgelser, hvor vi spørger patienterne. Der er ofte nogen, der kommenterer dem og fortæller om, hvad de synes er godt."

Hun mener, at det er en måde de kan gøre det bedre for patienterne, ved at de som personale får en fornemmelse af, patienternes tilfredshed med deres indlæggelsesforløb. Samtidig giver det patienterne en mulighed for at kunne give afdelingen en feed-back på det som de gør for patienterne.

Det fremgår, at der ofte er vanskeligheder med de manglende lægefaglige ressourcer i forhold til de mange komplekse problemstillinger, som opleves blandt patienterne. Der er brug for en høj grad af faglig ekspertise, hvilket kræver en lægefaglig vurdering og indsats. Imidlertid muliggør de stramme normeringer ikke, at der er den ønskede lægefaglige tilstedeværelse i afdelingen. Det kan være belastende for personalet og krævende for afdelingssygeplejersken til at støtte op omkring sit personale. Systemet bliver her meget sårbart, idet der ikke er andre som kan tage over.

Overlægen fortæller, at det tværfaglige arbejde er blevet meget bedre i de år han har været på afdelingen. Det synes han er en god oplevelse:

"Jeg vil gerne have et tværfagligt samarbejde, hvor vi er i stand til at drøfte en patients situation og behov med de ressourcer, der ligger i de forskellige faggrupper, så vi får trukket de ting frem, som er de bedste angrebspunkter. Hvor man med størst gavn kan tage fat. Det skal ske med hensyntagen på den ene side til, hvad man vurderer fagligt, der er patientens problem, og på den anden side hvad patienten vurderer, der er hans eller hendes problem. Det er ofte ikke sammenfaldende, men derfor er det vigtigt at tage hensyn til begge dele".

Han fortæller, at de i afdelingen tidligere arbejde meget monofagligt, men at det tværfaglige er noget han er opmærksom på, fordi det skal prioriteres højt, hvis de skal kunne skabe gode patientforløb. Det er et område, hvor der fortsat er meget at arbejde med. Det er en meget stor afdeling med mange forskellige faggrupper. Der skal etableres undervisning og arbejdes med holdninger, for at alle medarbejderne forstår den værdi der ligger i, både for patienter og personale, at arbejde på tværs af faggrupperne.

2. Bureaukratisk kvalitet (Politisk kvalitet):

Overlægen fortæller, at han synes, det var en dårlig oplevelse da de skulle indføre akkrediteringen, fordi:

”Jeg har personligt oplevet det som belastende med den store mængde af arbejde, inklusiv lidt karakteren af det, der var i forbindelse med akkrediteringen. Nogle måneder før vi havde besøg af akkreditørerne, der synes jeg, det var ret rædselsfuldt. Det ved jeg, at der var mange andre i afdelingen som også synes. Vi havde forskellige grunde, men der var nogle af tingene, som var tunge. Den del af akkrediteringen, som var det svære, var mængden af det, og så at det for en stor del består af udefra pålagte opgaver, som ikke er så relevante som andre, man kunne forestille sig lokalt”.

Han fortsætter:

”Det er vigtigt at sikre sig, at de projekter personalet går i gang med er relevante. Der er nogen projekter, hvor det er en særlig kunst at finde ud af, hvilken form for relevans det har. Et godt eksempel er, at de, som f.eks. en del af akkrediteringen, skal screene alle patienter ernæringsmæssigt. Det er vigtigt for virksomheden H:S, at de kan stå inde for, at de leverer et ensartet produkt til patienterne. Men det er en svær argumentation i forhold til kollegaer og andre i afdelingen”.

Han gør opmærksom på, at den administrative ledelses forskellige prioriteringer, ikke altid var ”kvalitet” set i forhold til samtlige afdelinger. Han fortæller, at der indenfor det psykiatriske område opleves andre problemstillinger, end der opleves i det somatiske område, og at man ikke kan ”skære alle over en kam” og sige, at de samme specifikationer skal gælde overalt. Mange af de psykiatriske patienter er ikke underernærede snarere modsat, idet flere af de psykiatriske patienter er overvægtige. Han fandt det derfor vanskeligt, at han ifølge akkrediteringen, skulle pålægge de øvrige overlæger, at de skulle screene alle patienter for underernæring. Akkrediteringen giver ikke mulighed for at blive tilpasset de forskelligheder som sundhedsvæsnet omfatter. Det er de samme registrerede data alle steder.

Når personalet i forvejen er pålagt en stor daglig arbejdsmængde, virker det som manglende respekt overfor dette arbejde, at pålægge en afdeling standarder, som medfører en yderligere arbejdsindsats, som i flere tilfælde slet ikke er et problemfelt indenfor det pågældende speciale. Det kan være vanskeligt som leder at meddele, at her er en ny og omfattende ekstraopgave som de er blevet pålagt fra ”højeste” sted, når alle på forhånd opfatter opgaven som irrelevant og ikke kan se, at det

medfører kvalitetsforbedringer for patienterne. Da en af bivirkningerne ved nogle psykofarmica er vægtforøgelse, ville det være mere relevant for lægerne, at prioritere at gennemføre evt. screenings program med henblik på overvægt.

Dette viser tydelige modsætninger mellem forventninger og indsigt fra den overordnede ledelse og fra den lokale ledelse.

Afdelingsledelsen havde været ansat fra før oprettelsen af H:S, det vil sige, de kendte til afdelingerne før akkrediteringsforløbet blev iværksat. Overlægen fra psykiatrisk afdeling blev inddraget i de opgaver, som lå forud for selve akkrediteringen. Om det fortæller han:

"Jeg blev grundigt forberedt på grund af strukturen. Hospitalet disponerede over tolv pladser på et tre dages kursus i, hvad akkrediteringen var for noget, og jeg fik den ene plads".

Introduktionen foregik dels på selve hospitalet, hvor de ledende medarbejdere var blevet indkaldt til et uddybende informationsmøde, dels på et mere omfattende seminar over tre dage. Endvidere blev der nedsat en arbejdsgruppe, som skulle oversætte de amerikanske standarder til dansk. Han fortæller:

"*Jeg var med i en af de tolv arbejdsgrupper, som skulle oversætte den internationale standardsamling. Man diskuterede hvert eneste punkt for at sikre, at det blev tilpasset danske forhold. Vi har også haft nogle dage med konsulenterne fra Joint Commission både forud for og under akkrediteringsprocessen, så det kan jeg absolut ikke klage over".*

Overlægen var med til at gøre den internationale begrebssamling anvendelig i DK. Han udtrykker klart, at han har været godt inde i, hvad hele konceptet drejede sig om.

Oversygeplejersken fortæller, hvordan de selv som afdelingsledelse blev forberedt på akkrediteringen ved et ledelses seminar, hvor de fik akkrediteringen præsenteret, og fik oplyst hvordan det skulle implementeres. Hun fortæller:

”Overlægen og jeg kom på lederseminar med direktionen og de øvrige centre, hvor vi fik en masse input. Vi går så hjem og laver et to dages internatseminar med det samme indhold, som det vi selv har været igennem og får hjælp fra kvalitets- og udviklingsafdelingen for at signalere til vores medarbejdere, at én ting er at de ikke er inviteret ind i ledergruppen på hospitalet, men de skal have de samme informationer”.

Oversygeplejersken fortæller, at det, for hende, var magtpåliggende at få informationen om akkreditering ud i afdelingen. Det var et område, som hun satsede meget på, og overfor medarbejderne måtte der ikke være tvivl om, at det var en rigtig at få afdelingen akkrediteret:

”Afdelingsledelsen skal tro på det. De må melde ud, at det er direktionens tiltag, fordi man er direktionens forlængede arm”.

Oversygeplejersken fortæller, at de var bevidste om, at hvis de skulle få medarbejderne engageret i akkrediterings processen, skulle de vægte selve introduktionen til akkrediteringen meget højt. De valgte derfor et kursussted, som har ry for at være godt, idet de mente, at det i sig selv gav et signal om vigtigheden af den kommende proces. Ikke alle faggrupper var imidlertid med på den fremtidige kvalitetsstyring, idet de var bekymrede for den større indblanding i deres faglige felt. Oversygeplejersken mener, at det gode kursussted var en rigtig prioritering, blandt andet på grund af lægernes modstand, som hun antager, var belastningsudløst. Hun oplyser at lægegruppen er meget følsom for indblanding i det lægefaglige arbejde.

”Lægegruppen var meget imod, det her akkreditering. Det kan virke, som om man bare er imod for at være imod, det kan jo ikke nytte noget, når H:S og vores direktion siger, at nu skal vi sådan og sådan, og så er der en faggruppe, der mener, at de kan melde sig ud af tingene. Jamen hvor er vi henne? Og det har været noget af det svære. Jeg har da siddet og været dybt frustreret til nogle møder, hvor de har siddet og sagt, det var dybt tåbeligt det her, men de gik alligevel med på banen, da de fandt ud af, at de ikke kunne komme uden om, og det synes jeg var flot nok, rigtig flot stykke arbejde”.

En af afdelingssygeplejerskerne fortæller, at hun i begyndelsen ikke havde interesseret sig for akkrediteringen, fordi hun ikke følte det var noget der vedrørte hende:

"Jeg hørte første gang om akkreditering, et år eller halvandet før akkreditørerne skulle komme på det første besøg. Herefter har jeg mest hørt om det på møder, men jeg har ikke oplevet det som særlig nærværende. Jeg gik meget ud fra, at det handlede om de lukkede afdelinger og ikke om de åbne. Jeg fik dog indtryk af, at der måske kom et kontrolbesøg".

Hun følte sig derfor dårligt forberedt og informeret. Tilsyneladende havde hun på det tidspunkt slet ikke opfattet, at akkrediteringen omhandlede samtlige hospitaler og afdelinger i H:S.

En afdelingssygeplejerske fortæller om de mange forskellige forberedelser som de havde forud for akkreditørernes besøg:

"Vores afdeling var den første, som de amerikanske akkreditører besøgte. Forud for besøget, havde hospitalet udarbejdet en plan, som også angik naboafdelingen. Fjorten dage før besøget blev det meddelt, at de kom, så vi vidste det i forvejen. Vi vidste, at vi skulle afsætte tid til besøget, og vi kunne se i vejledningen, hvad afdelingen skulle præsentere ved kontrollen. Vi havde fået at vide, at der sagtens kunne være stikprøver, så tingene skulle være i orden. Instrukserne blev mere klare, og en del kom ud i sidste øjeblik. Katastrofeberedskabsplaner nåede ikke at blive dokumenteret, men mapperne kom ud. Der kom en større bevidsthed om, hvorvidt folk havde været på de obligatoriske kurser som hjertestop og brand".

Overlægen fortæller, at det var en krævende og vanskelig proces for afdelingen at implementere de forskellige kriterier, som indgår i akkrediteringen. Imidlertid er det hans opfattelse, at der blandt medarbejderne er kommet mere struktur på arbejdet og dermed gode resultater efter arbejdet med akkreditering. Han synes ikke at man udelukkende kan fremhæve positive sider ved akkreditering. Det er vigtigt at kunne vurdere en effekt så objektivt som muligt og ikke bare acceptere alle nye tiltag. En nøgtern kritik er nødvendig.

"Vedrørende akkreditering ved jeg egentlig ikke, om jeg føler, at det er blevet trukket ned over hovedet på os. Vi har nok vænnet os til, at sådan er det med den model. Der har været nedsat flere arbejdsgrupper, og de var i et frygteligt tidspres, fordi de skulle være færdige til 1. januar. De skal bruge det kommende år til at implementere det, men nu har vi allerede 1. marts og så kommer sommeren, så jeg tror, at vi igen får frygtelig travlt, fordi det hele skal være implementeret i år. Retningslinierne er gode nok, men implementeringen i praksis er det vanskeligste".

Oversygeplejersken understreger på samme måde, at arbejdet med akkreditering har været meget stressende, fordi de har arbejdet under tidspres. Hun synes, at selve retningslinierne er udmærkede, men det er vanskeligt, når det hele skal implementeres efter så stram en tidsplan. Når hun ser på den fastlagte tidsramme, virker det urealistisk at tro, at retningslinjerne kan nå at blive implementeret på så kort tid. Implementering er et betydeligt større arbejde, end planlægningen af projekterne på det strategiske niveau. Dagligdagen er præget af mange komplekse problemstillinger, som de, som ledelse, hele tiden må forholde sig til. Der er mange møder på forskellige niveauer, som de forventes at deltage i, og efter et møde skal der følges op på de vedtagne beslutninger.

De mange opgaver, som fulgte med implementeringen, var imidlertid så omfattende, at der fra ledelsesside var et stort ønske om i højere grad at kunne prioritere rækkefølgen. Overlægen fortæller:

"Det er vigtigt at bevare respekten for, at det her er en virksomhed med mennesker, og at man ikke bare kan omprioritere deres forståelse af, hvad der er vigtigt".

Han fortæller, at det er vigtigt, at respektere medarbejderne. Man kan ikke bare nedtone det, som medarbejderne mener, er det rigtige. Han finder det vigtigt, at lytte, til det de siger, og således viser respekt for deres meninger. Hvis de ikke bevidst arbejder udfra den teori, bliver det svært at ændre på tingene. Det er voksne mennesker de arbejder med, og han mener ikke de bare kan forkaste medarbejdernes synspunkter. Det vil dog ikke være muligt at tilgodese alle, og beslutningen er i sidste ende et ledelsesansvar.

Lægerne var tidligere blevet pålagt at gennemføre en ernærings screening af afdelingens patienter, hvilket de var i gang med, på det tidspunkt akkrediteringen skulle implementeres. Overlægen

fortæller om de vanskeligheder, der havde været, med at finde et tidspunkt i afdelingen, som passede alle de involverede medarbejdere. Han var klar over, at sygeplejerskerne var frustrerende over ikke at komme i gang, på det tidspunkt, hvor de følte sig parat. Imidlertid måtte lægerne stå for meget af det praktiske arbejde med patientscreeningen indenfor ernæring. Afdelingen havde ikke de lægelige ressourcer, der skulle til, for at opstarte akkrediteringen på det pågældende tidspunkt, og det var derfor nødvendigt at udskyde det.

"På samme tid som akkrediteringen blev introduceret, var der ernærings screening, hvor vi forud for vores generalprøve havde fået et instrument til screeningen. Vi tog drøftelsen med overlægerne, som ikke kunne overskue, at lægerne på samme tid skulle i gang med denne screening. Der kom meldinger fra oversygeplejerskegruppen, at de godt kunne gå i gang med at akkreditere plejesiden. Jeg sagde, det kunne vi ikke fra lægesiden - beklager fordi så kunne de ikke rigtig gå i gang med deres, for lægerne skulle lave screeningen, så der var ikke rigtig noget for sygeplejerskerne at gøre. Det kan da godt være, jeg ikke ville have haft mytteri, men vi må bevare respekten for, at det her er en virksomhed med mennesker, som har det forskelligt. Man kan ikke bare omprioritere deres forståelse af, hvad der er vigtigt. Der er også hensynet til, lægernes opfattelse af, hvad der er vigtigt for patienterne. I må vente. Det er frustrerende, når man føler sig parat. Man står jo og bliver stresset og træt. Det måtte vente, til vi kunne få det gennemført alle steder, så vi startede i januar måned, lige før vi skulle akkrediteres, for før var lægerne simpelthen ikke parate".

Overlægen peger på, at mængden af opgaver i forbindelse med akkrediteringen var så omfattende, at det var vanskelig at gennemføre indenfor den forventede tidsramme. Samtidig virkede det negativt, at der i en så tidspresset periode, var opgaver man skulle tage sig af, som ikke umiddelbart forekom relevante for afdelingen. Det var opgaver af mere driftsmæssig og teknisk art, som kunne være udført af hospitalets relevante teknikere. Ledelsen burde ikke have nødig at bruge tid på opgaver, som lå i driftsafdelingens regi. Sygehusledelsen kunne have truffet aftale om styringen af de forskellige driftsmæssige opgaver med hospitalets administrative afdeling, så der havde været taget mere hensyn til afdelingernes arbejde. Han understreger at på de kliniske afdelinger, er den væsentligste opgave, at få patientforløbene til at fungere. Dette må ikke udsættes til fordel for ikke patientrelaterede opgaver. Han siger:

”Den del af akkrediteringen, som var det svære, var mængden af det. For en stor del består det af udefra pålagte opgaver, som ikke forekommer så relevante, som andre man kunne forestille sig. Akkrediteringen er noget, der kan få en til at hænge med snuden”.

Mængden af de mange pålagte opgaver var også noget, som en afdelingssygeplejerske kommenterer:

”I forbindelse med akkreditering synes vi, vi druknede, fordi der kom for meget på en gang. Vi har heller ikke fået implementeret det hele, men noget af det er dog blevet rutine i afdelingen. Der kommer stadig nyt, men ikke i samme tempo. Nu ligger der også planer for, hvornår tingene skal revideres. Tidligere var det lidt mere tilfældigt. Nu bliver man mindet om, at det er tid til at få revideret den og den standard. Det er naturligt, at der kommer nye ting til. Der er nogen ting, som måske ikke fylder så meget i hverdagen, som f.eks. at tjekke køleskabstemperatur. Der er mere tjek og kontrol, men man får grebet ind, hvis der er problemer. Det, vi gjorde, var at sige, at vi måtte gøre, det vi kunne, og det vi syntes, var relevant. Så måtte det gå som det kunne. Det skulle ikke være et skønmaleri, men vi fik ligefrem ros, så det var trods alt en fornøjelse”.

Overlægen fortæller, at selvom det for lægegruppen var et tidsmæssigt problem at nå alle de indledende forberedelser til akkreditørernes besøg i afdelingen, havde de besluttet, at de ville gøre det så godt, som det var dem muligt. Trods problemerne fik de en tilbagemelding om, at de havde udført et flot stykke arbejde. Han siger, at det nok har betydet mere for gruppen, end den egentlig ville være ved i første omgang. Han lægger derfor ikke skjul på, at han alligevel synes, at det alt i alt var et positivt forløb.

Flere af afdelingssygeplejerskerne giver udtryk for, at mængden af opgaver i forbindelse med akkrediteringen ikke stemte overens med det, som personalet i afdelingen syntes var realistisk. De mener, at der sjældent er sat tilstrækkelig tid af til implementering, hvis der overhovedet er regnet med øget tidsforbrug. Det var et stort problem.

En anden afdelingssygeplejerske siger:

"Den negative side af akkrediteringen har været, at der har været for meget på for kort tid. Implementering tager tid. Jeg kan godt se, at det, at tage temperatur på køleskabet, det skal man bare gøre. Men at bruge tid på det, det virker meningsløst. Jeg synes, det er at gøre lidt grin med personalets ressourcer. Jeg sidder og laver nogen ting, hvor jeg tænker, at når man er uddannet på et rimeligt niveau, hvorfor skal man så sidde og lave sådan noget. Jeg kan godt bruge mine ressourcer bedre. En der ikke har samme grad af uddannelse, kunne tage sig af de mindre krævende ting, så ens kompetencer bliver rettet der hen, hvor det virkelig rykker".

Hun mente, at det ville have fungeret bedre, hvis man fra den øverste ledelse havde været bevidst om, hvor stor en opgave der skulle gennemføres. I stedet for blot at melde opgaven ud, kunne man have uddelegeret delopgaver til flere personalegrupper, så personer med mere patientrelateret arbejde havde kunnet nøjes med at varetage det, som havde direkte relevans for deres arbejdsområde.

Centerchefsygeplejersken fortæller også om den belastning, som centret oplevede med det stramme tidspres til at få implementeret de forskellige ting. Hun anfører, at det er problematisk, når de reelt taler om at skabe varige kvalitetsforbedringer:

"Jeg synes, at hospitalet er bagefter når vi taler om kvalitetsudvikling, i forhold til hvad jeg er vant til andetsteds. Hele processen med akkreditering foregik før min ansættelse i afdelingen. Når jeg ser på det med standarderne, er det rædselsfuldt. Hvis man kan se, at ideen er rigtig, så er det godt. Men det med akkrediteringen og alle deres standarder, det er gået for vidt. Vi befinder os i kasser. Folk er disciplinerede, men når der kommer noget nyt, så sætter vi (centerledelsen) os og brækker os, før vi går ned og præsenterer det for personalet. Selvfølgelig oplever de ikke, hvordan vi har det med det. Der er vi nødt til at optræde loyalt i systemet, men det fylder for meget i hverdagen. Der er ingen mulighed for at påvirke, vi synes, at det er nok!".

3. Økonomisk kvalitet:

Afdelingsledelsen udtaler sig ikke specifikt omkring afdelingens økonomi, men indirekte fortæller en afdelingssygeplejerske, at det er dårlig kvalitet, når de ikke dagligt får tilsyn af en af lægerne. Dette er ikke muligt på grund af en stram lægenormering, som igen er underforstået en stram økonomi der ikke muliggør ansættelse af flere specialister.

De stramme normeringer medfører, at det for samtlige afdelinger ikke er muligt, dagligt at få gået stuegang af en speciallæge, men at det kun bliver til en eller to gange om ugen. Samtidig må man ikke underkende, at det er de dårligste psykisk syge patienter som er indlagt – ofte svært psykotiske. De stramme økonomiske forhold kan opleves belastende for personalet, idet de til stadighed står med de dårlige patienter, og lægegruppen er samtidig ligeledes belastet.

4. Klinisk kvalitet:

Afdelingssygeplejersken fortæller om hvordan de kan organisere udviklingstiltag i afdelingen, og hvem de kan få hjælp fra:

"Vi har ikke en udviklingssygeplejerske på afdelingen. Vi har vores kliniske oversygeplejerske, vi kan trække på. Men i dagligdagen handler det om at fornemme, hvor vi er henne, og hvor vi skal hen og sætte de tiltag i gang, som personalet er parate til. Det er timing. Det skal man være meget opmærksom på, så de også kan udvikle sig. Der er mange krav, nogle er modsatrettede og nogle kan forenes".

Overlægen ser sin ledelsesopgave i forhold til personalet:

"Som leder er det ens opgave at betjene de ansatte, for det er dem, man skal hjælpe til at kunne gøre tingene, så godt som muligt. Mit udgangspunkt er, at det vil alle ansatte, der er ikke noget skæg i ***ikke*** *at gøre sit arbejde godt, hvis man* ***kan*** *gøre det godt. Det mener jeg er hovedopgaven".*

Overlægen fremhæver her, at han er opmærksom på, at de på ledelsesniveau skal planlægge og organiserer det daglige arbejde. De skal være opmærksom på den støtte og hjælp, som er nødvendig for personalet, netop fordi det er dem "på gulvet", som skal udfører tingene. Her omhandler det i høj grad forståelsen af at kunne implementere det, som skal omsættes på det praktiske plan.

Oversygeplejersken fortæller, at kravene til personalet i dag er større end tidligere, og at alle skal være parate til at indgå i forskellige uddannelsesområder. Hun er opmærksom på, at det får en blandet modtagelse hos personalet:

"Jeg tror faktisk at de fleste har forstået budskabet. Jeg har en mistanke om, at der kunne være nogen, der vælger at lade som om de ikke helt har forstået det, fordi de bliver bange. Man kan blive lidt bange for at nogen går hen og kigger på ens arbejde: "Nu har man været her i fyrre år og hvad fanden bilder de sig ind?" Det er måske dem vi ikke har været gode nok til at videreuddanne, der bliver lidt bange. Det er mest vores plejepersonale, der alligevel i det her stykke arbejde har lavet den største indsats, så der er alligevel nogen, der har kunnet bære det, det tror jeg har været langt de fleste. Jeg tror at dem vi ikke har formået at få til at forstå, hvad det her drejede sig om, det er nogen der har været bekymret for sig selv, og bange for kravene".

Centerchefsygeplejersken fortæller, at hun finder det vigtigt, at personalet er i stand til at kunne arbejde på den måde, som de i centerledelsen har organiseret det daglige arbejde på. Hun fremhæver således vigtigheden af, at centerledelsen er opmærksom på, at de ydre rammer er i orden, og at de er i stand til at kunne håndhæve det, som de som ledelse mener, repræsenterer den gode kvalitet. Det fortæller hun på den måde, at:

*"Kvaliteten af den struktur som **jeg** lægger, skal være til at arbejde med. Personalet skal kunne regne med, at de ydre rammer er i orden. Kvaliteten i det kliniske arbejde, altså den psyko dynamiske referenceramme, vil være påvirket af, at man hele tiden uddanner sig".*

Hun fortæller, at det ligeledes er vigtigt, at alle er opmærksomme på at følge med indenfor ny viden og undervisning, og at man er parat til hele tiden selv at uddanne sig, hvis man vil være i stand til at kunne håndtere de mange krav, som stilles til den enkelte.

En afdelingssygeplejerske fortæller, at selvom man mener, at man selv gør et godt stykke arbejde i forhold til den enkelte patient, skal man ikke underkende, at det måske kan gøres bedre. I systemet har man ikke tidligere haft de mange standarder og mål at holde sit arbejde op imod, men hun gør opmærksom på, at det kan være en af de måder, hvorpå man er i stand til at se, om det man gør nu også lever op til de fastsatte krav, som bliver stillet udefra. Modsat kan det også medføre, at man bare arbejder på at krydse skemaer af:

"Jeg synes, det er svært at sige enkelt. I det daglige når man står omkring en patient eller en medarbejder, og man føler, man er tilfreds med den måde behandlingen blev taklet på. Det kan godt være, det ikke er perfekt, så kan man måske føle, at det er rimelig kvalitet. Det er meget godt, i forbindelse med akkreditering, at have en standard at måle op imod, så er det nemmere at sige: "Ok, vi har levet op til det der, der står der", så gør det enkelt. Men der er også meget blødt, som ikke er formuleret, ikke".

Noget af det som afdelingerne efterlyser, er at akkrediteringen også kan måles op imod de bløde sider. Generelt er der den holdning, at de mange bløde værdier, slet ikke er mulige at måle. Det fortæller flere i afdelingerne, at de synes er utilfredsstillende, fordi mange plejeopgaver netop omhandler "bløde" værdier. Det er opgaver, som fylder meget, og som man oplever, bliver nedprioriteret i forhold til de mange forskellige procedurebeskrivelser.

Det kommer også frem, at akkrediteringen faktisk har medført, at der er blevet sat system i mange ting. Der er opgaver, som de i afdelingerne ikke tidligere har gjort så meget ud af, men efter de er blevet akkrediteret, er der sat fokus på. Der er nedsat forskellige arbejdsgrupper, som skal gennemgå og justerer de forskellige ting, således at der er mere stringens i tingene. En af afdelingssygeplejerskerne siger:

"Akkrediteringen har i hvert fald skubbet til nogen ting. Der har allerede været gang i noget forinden. I vores afdeling arbejder vi meget tværfagligt, derfor vil vi gerne have journalen som fælles arbejdsredskab: Vi har nogle forskellige traditioner i de forskellige fagområder: Vi sygeplejersker har tradition for at bruge vores kardex, og lægerne journalen. Det er sådan, at man kan ikke dobbelt dokumentere, det er der ikke tid til. Hvordan får man sat gang i, at

sygeplejerskerne noterer mere i journalerne? Det er et godt stykke tid siden, at vi begyndte på det. Vores overlæge gik med ind i det, så han kan godt få sat noget i gang. Så er det jo mig, der skal følge op på det. Der laver vi journal audit. Der bliver lavet en modtager journal. Det skal ske indenfor de første 24 timer.

Afdelingssygeplejersken fortsætter med at sige:

"Det er lidt at være den, der har overblikket. Der kan være situationer, hvor personalet har brug for hjælp, at jeg kigger med, eller træffer en beslutning om et eller andet. Det er jo altid spørgsmålet om det er tilpas eller ej. Det kan man jo spørge personalet om".

Centerchefsygeplejersken fortæller, at hun oplever det som vanskeligt, når personalet bliver pålagt noget som de skal deltage i eller udføre. Hun opfatter, at den generelle holdning er en mistillid, når der kommer forskellige forslag, som oplæg til en generel diskussion. Det er et problem, fordi hun mener det afspejler, at der generelt er en mindre god kommunikation mellem ledelsen og medarbejderne. Hun fortæller:

"I forbindelse med akkrediteringen, lavede man et kursus for alle ansatte i afdelingen i en uge. Hvis man siger, at det er noget som folk skal, ja, så går det galt. Der er for få, som har respekt for afsnitslederne. Man skal have folks tillid, eller går det ikke. Strukturen og rammerne skal være i orden.

Der er et problem med, at der er alt for stort skel imellem lederne og medarbejderne. Det at arbejde med kvalitetsprojekter, medfører et stort arbejdspres. Nogle af medarbejderne føler sig meget belastet af det. Måske kan det have noget med alderen at gøre. Det er krævende at skulle beskæftige sig med nye ting. De vil gerne arbejde med det kliniske arbejde. Det med akkrediteringen hænger, da det er så tidskrævende. Der kommer hele tiden nye ting som vi skal forholde os til, og bruge tid på".

Hun fortsætter med at fortælle, at problemstillingen i afdelingerne er, at der er meget personale som ikke ønsker forandring, men helst vil have så lidt forandring som muligt. Meget af det personale som arbejder direkte i patientplejen, er ikke så interesseret i at skulle forholde sig til de mange

forskellige ting, som bliver trukket ned over dem. De kan lide deres arbejde direkte med patienterne. Det er det de vil, og ikke alt det andet.

En afdelingssygeplejerske fortæller, at netop de får nogle succeshistorier hos patienterne:

"Det er medarbejdernes kvalifikationer, der ligger til grund for det. Det at de tør forklare sig overfor både patienter og pårørende og undervise".

Hun understreger vigtigheden af, at deres personale er veluddannet. De vil være sikre, de bedre er i stand til at forklare sig overfor patienterne, netop fordi de har en større indsigt i og viden om patientens problemer.

To afdelingssygeplejersker fortæller, at de som ledere har en vigtig mission, idet kvalitet ikke er noget, som bare sker. De skal som ledere være meget bevidst om deres roller.

Den første fortæller:

"Ledelse er nødvendig for at sikre kvalitet. Nu kan man sige, at jeg både er leder og fagperson, så jeg kan gå ind og være med til at løse forskellige problematikker. Det kan være at gøre noget anderledes, det kan være at få tilført de rammer og ressourcer, der skal til. Og gå de steder hen, der gør, at man får det. Det kan være at igangsætte noget undervisning. Det er også noget med at bremse dem lidt, fordi dagligdagen er travl, og når dagligdagen er travl, så får du måske ikke reflekteret i den udstrækning, man egentlig burde om arbejdsrutiner eller: "Ej, det er fint nok, det jeg gør". Jeg synes også, det er en ledelsesopgave, at klappe på skulderen og sige: "Det er fint nok". For de har høje ambitionsniveauer og nogle gange urealistisk høje. Så jeg siger, at så længe jeg ikke klager over, at de ikke gør det godt nok, så synes jeg, de burde være tilfredse".

Den anden afdelingssygeplejerske fortæller:

"Jeg mener at ledelse er nødvendig, når man taler kvalitet. Man kan diskutere meget, hvordan ledelse skal forvaltes? Hvordan organisationen skal være opbygget? Der er jo den, som hospitalet har her med ledelse og forskellige stabsmedarbejdere, forskellige ledere og forskellige

projektorganisationer. Både det ene og det andet kan fungere, mener jeg. Men ledelse skal være tydelig, den skal være klar på en eller anden måde".

5. Excellent kvalitet:

Overlægen mener, at det er vigtigt, at en ledelse fremtræder positivt når der iværksættes nye tiltag. En af deres opgaver er, at styre processen og foretage de nødvendige prioriteringer. Selvom der var mange negative oplevelser omkring hele akkrediteringen, er der også sket noget godt. Der er kommet mere gang i det administrative EDB system på hospitalet, hvilket han ser som noget positivt. Han er samtidig opmærksom på, at der kan komme flere gode initiativer fra personalet "på gulvet". Det skal man som ledelse være lydhør overfor, for det kan også betyde et kvalitetsløft. Dog nævner han, at de fleste initiativer vil komme fra ledelserne selv:

"Jeg mener, at det er nødvendigt, at ledelsen går ind for de tiltag, man vil satse på. Det er ledelsen, der laver den endelige prioritering. Men nu skal vi ikke være negative. Akkrediteringsprocessen satte skub i hele det administrative systems måde at fungere på. Det behøver ikke være ledelsen, som kommer med initiativet, men det er det nok oftest, det må man regne med".

Oversygeplejersken giver udtryk for, at selvom det har været frustrerende med indførelsen af akkreditering, så har processen samlet set alligevel været god, fordi de som ledelse fik lagt en god plan for, hvordan de skulle gribe introduktionen an i afdelingen:

"Hvis man tager akkrediteringen som helhed, så tror jeg, at vores medarbejdere kom til at synes, at det var succesfuldt i det store hele. Det er lige fra toppen og til dem, der er nærmest patienten: Sygehjælperen, plejeren, portøren. Jeg tror det har noget at gøre med den måde vi strukturerede det på i afdelingsledelsen".

Oversygeplejersken fortæller, at et af de indsatsområder der er kommet mere fokus på efter akkrediteringen, er fejl og utilsigtede hændelser:

”På hospitalet er der blevet udpeget nogle nøglepersoner, som skal indberette fejl, hvilket er et af de områder, som de som ledelse har sagt, er enormt vigtigt. Men vi har bare ikke ressourcer til, at have meget fokus på det. Det er et indsatsområde, og vi har fået indrapporteringsskemaer”.

Oversygeplejerskens udtalelser virker mere positivt i forhold til resultatet af akkrediteringen, end de problemstillinger som centerchefsygeplejersken og overlægen fortæller om.
Overlægen fortæller om den naturlige reaktion, der opstår, når en person føler sig stresset. Der vil automatisk føles en modvilje mod det, som er baggrunden for stresset. Selvom den pålagte opgave egentlig ikke behøver at være et dårligt udgangspunkt, og måske kan vendes til at blive noget godt, kan man i den ”trængte” situation fortrænge det positive så meget, at det aldrig bliver vendt til den kvalitetsforbedring, det ellers ville være blevet. I den periode hvor afdelingerne skulle arbejde med implementering af akkrediteringen, var arbejdspresset så stort, at de ikke fik diskuteret udfaldet. Han tilkendegiver, at modviljen mod nye opgaver øges med øget arbejdsbelastning, og den korrekte løsning af opgaven vil i denne situation lettere blive fortrængt eller ignoreret. Han siger:

”Jeg synes, at vi i akkrediteringens stress glemte at tage os tid til en diskussion af den berettigede kritik af den anden side af akkrediteringen. På en måde automatiserer vi kvalitet i en udstrækning, så at det har en vis bivirkning, i form af at folks ansvarsfølelse overfor at gøre det gode daler. Stresset, ved at der kom mange opgaver ind, bidrager til en mere eller mindre udtalt modvilje. Det medvirker til, at man hurtigere lægger den rigtige beslutning til side, eller man fortrænger den, fordi man ikke har tid”.

Oversygeplejerskens udtalelser virker mere positivt i forhold til resultatet af akkrediteringen, end de problemstillinger som centerchefsygeplejersken og overlægen fortæller om. Netop overlægens udtalelse om personalets stress niveau er en meget vigtig del, idet den store belastning som alle har oplevet gør, at personalet vælger at holde en lav profil og resignere. Denne holdning er ikke lig med at kvaliteten højnes, men at det ikke nytter at argumentere imod de overordnede beslutninger som er bestemt.

Oversygeplejersken fortæller, at det er en vigtig ledelses opgave at være opmærksom på, hvor meget man kan presse personalet. De skal være opmærksomme på, at stoppe lidt op, hvis de skal få en god proces og nå målet. En af de store udfordringer, som hun oplevede i forbindelse med

akkrediteringen, var det overvældende antal af standarder, som skulle implementeres på kort tid. Det var ikke muligt at få det indpasset i deres daglige arbejdspraksis. Sygeplejersken udtrykker stor frustration over det topstyrede diktat, og resultatet blev ikke det, hun kunne have ønsket, idet implementering kræver tid og engagement.

"Jeg synes, som leder, at det er godt, når vi selv kan beslutte, hvor vi skal sætte ind. Køre på når der er nok personale, og kunne bremse når vi mangler mennesker. Den mulighed har du slet ikke, når HS direktionen siger, at nu, er det de her 365 standarder, der skal implementeres i løbet af for eksempel 2003. Så skal alt implementeres, og så kan man bruge 2004 til at dokumentere, at man lever op til alle retningslinjerne".

Oversygeplejersken giver udtryk for en frustration over de store problemer, hun oplever med de mange opgaver, som de bliver pålagt at arbejde med. Hun havde svært ved at overskue, hvordan hun skulle tilrettelægge det, når de i forvejen havde en stram arbejdsplan. Hun er utryk ved, at der skal "måles" på tingene, fordi hun mener, at tidsplanen er for stram til at opnå det ønskede resultat.

Oversygeplejersken fortæller, at plejepersonalet godt ved, hvad kvalitetsudvikling drejer sig om. Når der er medarbejdere, som trækker sig tilbage og lader som om, det er noget, som de ikke skal deltage for meget i, handler det for det meste om utryghed. Ikke alle har lyst eller overskud til at ændre på den daglige rutine. Der er medarbejdere, som helst vil have det som "de plejer". Det er det mest sikre, og der ved de, hvad de skal lave. Modsat når der pludselig stilles nye krav, som de ikke kan overskue. Så føler de sig usikre på, hvad der kræves af dem: Kan det blive "farligt"? Fra at være god til sit arbejde, kan man pludselig fremstå som en inkompetent kollega. Hun peger på ledelsens ansvar for at få personalet videreuddannet, så de nye krav ikke virker så overvældende.

"Der kommer utrolig meget informationsmateriale ind. Jeg informerer om det på personalemøder. Der er nogen, der læser referaterne, andre ser måske ikke så meget, men så trækker jeg nogle af de vigtige ting frem og siger, at de og de ting er der. Hvis der er noget indenfor deres område, så beder jeg dem om at læse materialet og informere videre om det, der skal informeres om. Det at arbejde med kvalitetsprojekter, medfører et stort arbejdspres. Nogle af medarbejderne føler sig meget belastet af det".

Afdelingssygeplejersken fortæller, at der i forbindelse med akkrediteringen kom så meget informationsmateriale, at ikke alt forekom lige relevant for personalet. Derfor havde hun en vigtig rolle med at sortere og prioriterer det, som var vigtig fra, til det mindre væsentlige, og det som personalet selv måtte læse. Det fremkommer tydeligt, at det ikke har været muligt for personalet at sætte sig ind i alle de standarder som er blevet udsendt. Derfor er der fra afdelingssygeplejerskens side foretaget en prioritering.

Det fremgår fra de forskellige udtalelser og fra besøg i afdelingen, at det ikke har været muligt at sætte sig ind i mange af de forskellige standarder som indgår i akkrediteringen. Man må derfor sætte et spørgsmålstegn ved, om ikke procesforløbet er blevet forhastet igennem, når det personale som reelt er dem som er tættest på "kerneydelserne" ikke ved tilstrækkeligt om indholdet. Mange af de omtalte standarder er derfor blevet sat ind i et ringbind i de forskellige afsnit, men selve implementeringen har reelt ikke fundet sted og proceduren er endnu ikke blevet integreret som en del af de daglige arbejdsrutiner.

5.3.2.2. Afdelingen set udfra Goffmans dramaturgiske elementer:

Optræden/Performance:

Afdelingsledelsen i denne afdeling fungerer meget monofagligt, overlægen overvejende for lægegruppen, og oversygeplejersken for plejegruppen. Dette svarer til den meget hierarkiske opbygning, som tidligere var reglen i sundhedsvæsnet.

Overlægen fremstår som fagligt kompetent, og er blevet involveret i oversættelsen af de forskellige standarder indenfor akkrediteringen. Han er udadvendt og virker til at være en god strateg med både det store overblik og indsigt.

Oversygeplejersken er en stringent leder, som gerne vil fremstå som "den perfekte leder". Hun har orden i tingene og er autoritetstro overfor sygehusledelsens beslutninger. Hendes lederstil er overvejende monofaglig.

Team:

Afdelingen virkede i observationsperioden ikke til at have stor erfaring med tværfaglige teams. Alle projekter blev tilrettelagt i hver gruppe, lægegruppen eller plejegruppen, for sig. Umiddelbart virkede det som om, at den tværfaglige dialog manglede.

Regioner og regionale holdninger/Regions and Region Behaviour:

Arbejdet med akkreditering var en meget krævende proces for afdelingen. For ledelsen var det vigtigt, at de kunne stå frem og synliggøre et flot kvalitetsarbejde. Specielt for oversygeplejersken var det meget vigtigt, at man kunne efterleve alle de instrukser, som hospitalsledelsen sendte til afdelingen. Overlægen var lidt mere forbeholden, idet han ikke mente, at de kunne tilsidesætte noget af det faglige arbejde på bekostning af alle de procedurer og standarder, som skulle implementeres. Han vendte det specielt i lægegruppen, som alle tilkendegav deres mistillid. Imidlertid efterkom lægerne de mange instrukser, således at de kunne præsenterer et flot resultat ved akkreditørernes besøg.

Hele ledergruppen var meget bevidst om, at det var vigtigt, at de overfor personalet gjorde opmærksom på, at dette var en overordnet beslutning. Det var et omfattende arbejde, som var vanskeligt for personalet at nå ved siden af patientarbejdet. Som centerchefsygeplejersken gav udtryk for, var mængden af nye tiltag, i form af nye standarder, så overvældende at hun og overlægen i distriktspsykiatrisk center måtte bearbejde det i enerum, før de kunne præsentere det for det øvrige personale.

Det misforhold, som Goffman henviser til, kommer her virkelig frem: Et er det, som præsenteres på scenen, et andet er det, der foregår i kulissen. Her er der endda tale om flere niveauer, nemlig det som afdelingen udfører i fællesskab, og det ledelsesspil som fremkommer ved, at ikke alle i ledelsesgruppen er lige positivt indstillede overfor akkrediteringen. Afdelingsledelsens tilgang til

den bureaukratiske kvalitetsstrategi har fokus både frontstage og backstage. Der er dog forskel i deres vægtning af de to metafoer.

Divergerende roller/Discrepant Roles:

Akkreditering er en måde at kvalitetssikre et sundheds produkt på. Der er 367 standarder som målepunkter. Dette virker lidt absurd i forhold til en psykiatrisk afdeling, hvor megen behandling foregår som samtale mellem personale og patient. Det ser selvfølgelig godt ud at afdelingen er akkrediteret, men man kan spørge om hvilken effekt det i sådan en afdeling vil have på patientarbejdet.

Det er vanskeligt, om ikke umuligt, at placere hele denne organisations kvalitetsarbejde i kasser, efter objektive kriterier.

Sammenfatning:

Akkrediteringen har betydet en bedre systematisering med fokus på bl.a. fejl og utilsigtede hændelser. Afdelingen har en høj grad af monofaglighed, og der er et varierende ledelses samspil omkring koordinering af opgaver. Den stramme økonomiske styring med begrænsede lægefaglige ressourcer, stiller store krav til afsnitsledelserne. Det har samtidig betydet manglende tid til implementering.

Oplevelsen af topstyring, med bl.a. korte procesperioder til arbejdet med akkreditering og ernæringsscreningsprojektet, har givet både ledelses- og personalemæssige frustrationer. Afdelingsledelsens tilgang til den bureaukratiske kvalitetsstrategi, har fokus på både frontstage og backstage. Der er dog forskel i deres vægtning af de to metafoer.

6. Diskussion

6.1. Afdelingerne i lyset af Goffman´s teatermetafoer:

Ikke alle Goffman´s dramaturgiske elementer er repræsenteret i hver af de 5 case, men for hver afdeling er de væsentligste elementer trukket frem. Samlet set, er alle 6 elementer præsenteret i de 5 caseafdelinger.

Goffman anvender dramaturgien til at belyse det menneskelige samspil. Han anvender tre metaforer som analytisk model til beskrivelse af det sociale samspil blandt mennesker.

Teatermetafoeren repræsenterer en forestilling som omfatter både skuespillere, publikum og folk i kulissen. På sygehusene har afdelingsledelserne mange forskellige scener de skal spille på, og alt efter hvilken scene de står på, vil det være en forskellig form for præstation, som skal leveres.

De forskellige scener svarer til de arenaer som K.K.K. har beskrevet på side 16.

Som afdelingsledelse skal man have evnen til at tale forskellige ”sprog” alt efter hvem man taler med:
Sygehusledelsen - Personale – Patienter – Leverandører - Eksterne professionelle - Politikere.

Ritualmetaforen repræsenterer den gentagende situation som hele tiden finder sted. Lige fra patienterne indlægges, vil der være et fast mønster som er tilrettelagt på forhånd. Dette omhandler f.eks. journaloptagelse, plan for undersøgelsesprogram, behandling og pleje.

I forhold til personalet, kan ritualerne tage form som f.eks. LSU, MUS samtaler o.l.

Spillemetaforer repræsenterer de strategier som afdelingsledelserne er nødt til at forholde sig til i relation til f.eks. budget, økonomistyring og arbejdstilrettelæggelse, og det strategiske spil som foregår i forhold til den politisk administrative arena.

Alle disse kasketter udgør en stor udfordring for personerne i en afdelingsledelse, hvilket har som konsekvens, at ledelserne som indgår i dette projekt, har givet udtryk for et stort behov for at være uddannelsesmæssigt klædt på til at kunne varetage denne funktion.

Goffman´s roller:

Ved varetagelsen af diverse funktioner opstår sociale responsive samhandlinger, det vil sige, at lederen træder ind i en bestemt rolle. Goffman´s fire inddelinger af rollebegrebet, kan i projektet eksemplificeres ved følgende eksempler:

Rolleforpligtelsen drejer sig om, at spille en tildelt rolle, som f.eks. den ledende overlæge ved kardiologisk afdeling, som var blevet udpeget til at varetage lederfunktionen, og som derpå udfylder sin rolle med stor entusiasme.

Rolletilknytningen henviser til den rolle, som personen ønsker at spille. Her eksemplificeres ved chefterapeuten ved terapiafdelingen, som har videreuddannet sig, for at kunne udfylde sin rolle. Han udfylder funktionen på forbilledlig vis.

Rolleomfavnelsen er den rolle, som man frivilligt påtager sig. Her eksemplificeret ved oversygeplejersken på neurologisk afdeling. Hun har selv søgt stillingen og går meget op i denne stilling, da den for hende giver den ideelle kombination af administrativt og patientrelateret arbejde.

Rolledistancering er den rolle som man spiller på grund af andres forventninger, men som man helst var foruden. Dette kan eksemplificeres ved overlægen på apopleksiafsnittet, som var nødt til at varetage denne funktion, for ikke at blive flyttet til en større afdeling.

Phillip Manning (1990) har beskrevet og fortolket Goffman´s måde, hvorpå han anvender sine metaforer som heuristiske elementer i en slags spiralbevægelse. Dette svarer til den måde den overvejende del af den medicinske forskning og kvalitetsudvikling foregår på. Derfor forekommer den indlysende på det sundhedsfaglige personale. Man skal afprøve en teori, iværksætte en undersøgelse som viser, om teorien har sin oprigtighed, og hvor den har sine svagheder. Dette

afføder en ny forbedret teori, og spiralen fortsætter. At denne spiral også finder anvendelse inden for andre kliniske undersøgelser virker umiddelbart logisk.

6.2. New Public Management og de fagprofessionelle:

Fra politisk administrativ side, har NPM bølgen påvirket det danske sundhedsvæsen gennemgribende siden 1990èrne. På grund af de stigende omkostninger, har politikerne ønsket en bedre styring af sundhedsvæsnet. Man har forsøgt at indføre styringsteknologier, som anvendes i den private sektor. Disse teknologier kolliderer med den fagprofessionalisme, som nødvendigvis må eksistere i sundhedsvæsnet. De fagprofessionelle er her underkastet deres faglige moral kodex som indebærer "bedst mulig behandling, pleje og rehabilitering" af patienterne. Dette er vanskeligt at praktiserer indenfor en stram økonomisk styring.

Lederne kan hurtigt komme i klemme mellem den fagprofessionelle logik og etik, og den administrative/ledelsesmæssige logik. Det er den klassiske konflikt mellem den fagprofessionelles pligtetik og den administrative nytteetik. Der er et indbygget skisma i disse ledelsesopgaver, fordi NPM tankegangen på visse punkter strider imod lægeløftet og det fagprofessionelle moral kompas, som udfordres af nytteetikken. Det betyder, at lederne ind imellem skal træffe nogle kritiske valg og måske endda vælge at dekoble kvalitetsstyringsteknologier for at slippe ud af det krydspres, der er skabt.

Det kan eksemplificeres ved tildragelsen på kardiologisk afdeling, hvor en patient var lettet over at have fået den bedste behandling, til trods for hans viden om økonomiafdelingens henstillinger om anvendelse af et billigere produkt. Denne form for overvejelser står personalet dagligt overfor i det danske sundhedsvæsen.

Som nævnt, har Christoffer Hood har i sin artikel *"A Public Management for all seasons",* 1991, beskrevet en type inddeling af NPM side 52. Af denne inddeling passer Theta og Lambda typens mottoer bedst overens med værdierne i dagens sundhedsvæsen, hvor personalet trods alt, har taget meget af NPM kulturen til sig. De er meget økonomisk ansvarsbevidste og meget omstillingsparate, uanset om det gælder forhold omkring patientbehandling eller vedrørende egne arbejdsvilkår.

NPM kulturen har medført en omfattende dokumentation af arbejdsgange og indførelse af retningslinier for forskellige procedure. Dette har medført mulighed for, at opnå evidens for bedst mulige og mest rationelle behandling og arbejdstilrettelæggelse. Gennemgående for de 5 beskrevne afdelinger, er problemstillingen, at der mangler ressourcer til dokumentation og implementering af f.eks. ny IT og kvalitetsstyringsprojekter. Dette arbejde udføres gennemgående af de fagprofessionelle selv, hvilket reducerer den tid der er til behandling og pleje. Dette medfører igen et fagprofessionelt dilemma. Denne problemstilling er helt i overensstemmelse med det som Maria Blomgren skriver i sin artikel *"Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public managemenr reforms", 2003,* om de svenske sygeplejerskers problem med ressourcer til dokumentation.

Afdelingsledelserne i denne undersøgelse overfører deres fagprofessionelle værdier og idealer til lederskabene. Det vil sige, at de værdier og idealer som betyder noget for deres kliniske praksis, overføres til deres ledelsespraksis. De har hver især, meget klare tanker om, hvordan ledelse er. Det fremgår dog tydeligt, hvem af lederne der har hvilken uddannelsesmæssig baggrund: Hvem der er læge, sygeplejerske eller terapeut. Det betyder noget, hvilket fagområde man er opdraget i. Her henvises også til Peter Krag Jespersen, 2005, beskrivelse af henholdsvis læger og sygeplejerskers vidensområde side 48.

Alle lederne i projektet giver udtryk for, at de bruger ledelsespositionen til at styrke deres profession og sikre en høj faglig kvalitet. Tidligere har man i et vist omfang opfattet lederne som afhoppere der bekendte sig til, fremmegørende fag som ledelse og økonomi. De blev ikke betragtet som "rigtige" fagprofessionelle længere. Peter Krag Jespersen kalder sådanne ledere hybridledere. De har tidligere haft svært ved at manifesterer sig som ledere, fordi de mistede deres autoritet som fagprofesionelle, men data i denne afhandling viser, at man nu tilsyneladende kan fungere godt som hybrileder, ikke mindst, hvis man bruger sin lederpost med omtanke, og på den måde er med til at opbygge en stærk fagprofessionel identitet blandt medarbejderne.

De ledende medarbejderes holdning til begreberne kvalitet og ledelse, synes at afhænge af hvilken faglig baggrund lederne har. Lægerne har den meget videnskabelige tilgang til kvalitet. Deres synspunkter er på baggrund af videnskabelige undersøgelser på verdensplan. Sygeplejerskernes

opfattelse af kvalitet er baseret på en common sense opfattelse. Men der er en betydelig opmærksomhed overfor lægernes evidens og videnskabsbaserede kvalitetsopfattelse.

Denne dualisme er mest tydelig blandt de ledende overlæger i projektet. De har alle en stærk faglig profil som medfører, at de alle blandt fagkollegaerne kan accepteres som tidligere tiders **Overlæger**. De fleste forsøger imidlertid også at opnå færdigheder til at udfylde deres administrative ledelsesmæssige funktion i ligeså høj grad som den faglige profil. Der er en udtalt interesse for at få afdelingernes teamfunktioner til at fungerer, både af hensyn til behandlingsforløb og økonomistyring.

6.3. Krydspres som livsvilkår:

Med baggrund i Kurt Klaudi Klausen´s beskrivelser af de forskellige strategiske områder, kan det konkluderes, at:

Arenaen for produktion har en stor betydning for det daglige arbejde i afdelingerne. De fagprofessionelle kan kun udøve deres arbejde, hvis de nødvendige tekniske hjælpemidler er til stede, er funktionsduelige og når arbejdsgangene er hensigtsmæssig tilrettelagt. Det indgår som en stor del af afdelingsledelsernes arbejde, at sørge for at disse forhold er i orden.

Den sociale arena har ligeledes en stor betydning for afdelingsledelserne, idet afdelingernes funktion vil forringes, hvis arbejdsklima, kompetenceudvikling og rekutterings- muligheder ikke fungerer hensigtsmæssigt.

Arenaen for markedet omhandler, hvilken betydning livet udenfor hospitalet har for afdelingerne. Alle disse ledelser ønsker, at præsenterer det faglige bedst muligt, bl.a. for at kunne stå sig ved sammenligning med andre hospitaler, og leve op til patienters krav om faglig indsigt.

Den politiske arena udgør en væsentlig påvirkning af afdelingernes arbejde, idet alle beslutninger om teknologier er truffet på dette niveau.

Arenaen for bevidsthedsdannelsen har i forbindelse med kommunikation en naturlig plads på en hospitalsafdeling, idet man uden kommunikation ikke kan opnå den ønskede virkning af behandling og pleje. Det kan være forskelligt hvem der i en afdeling sætter dagsorden, men i en velfungerende afdeling, er det ledelsen som sætter dagsorden.

Den kulturelle arena er relateret til, at hvert speciale har sit særlige værdikompleks, som er styrende for en afdelings funktion. Det har i høj grad betydning for afdelingens muligheder for at profilere sig for omverden.

7. Konklusion og perspektivering

7.1 Konklusion

Som i afhandlingens indledning lyder de to forskningsspørgsmål:

1. Hvilken holdning har de ledende medarbejdere til begreberne kvalitet og ledelse?

2. Hvilken betydning har disse holdninger for afdelingernes daglige kvalitetsarbejde?

Konklusionen opdeles i delkonklusioner efter sygehuse og afdelinger med en samlende teoretiserende konklusion til sidst.

Aalborg hospital:

Aalborg hospital har ligeledes en mangeårig kvalitetskultur, som bygger på Kvalitetsteknologien TQM. Amtet valgte for år tilbage denne teknologi som styrende og pålagde de forskellige organisationer i amtet at arbejde der ud fra.
Hospitalsledelsen har arbejdet meget systematisk med modellen, hvor de bl.a. valgte, at uddanne et større antal kvalitetskonsulenter indenfor de forskellige faggrupper og afdelinger, for at sikre, at kvalitetsudvikling ville blive en integreret del i den daglige arbejdskultur. Kvalitetskonsulenter i

samtlige hospitalets afdelinger skulle give et øget fokus på kvalitetsarbejdet. Sygehusledelsen har således gjort meget for at få kvalitetskulturen indarbejdet som en del af det daglige arbejde. De har organiseret sig med en kvalitetschef og en uddannelsesafdeling i stabsfunktion til sygehusledelsen. Der afholdes seminarer på hospitalet, hvor afdelingerne kan præsenterer deres kvalitetsprojekter for andre ansatte i hospitalet. Der planlægges også med overordnede temaer, hvor afdelingerne skal arbejde med et bestemt emneområde. Afdelingerne vil, afhængig af de individuelle behov, kunne få hjælp fra hospitalets kvalitetschef og uddannelsesafdelingen.

Trods et stort antal uddannede kvalitetskonsulenter i hospitalet, var der ikke en fast overordnet struktur for, hvordan konsulenterne arbejdede med kvalitetsudvikling i hospitalet. Denne undersøgelse viser ved de forskellige interview og observationer i afdelingerne, at det er meget personrelateret, hvordan man har valgt at gribe kvalitetsudvikling an. Samtlige af de medarbejdere, som gennemgik uddannelse til kvalitetskonsulent varetog en anden funktion i hospitalet udfra uddannelsesmæssige baggrund. Denne undersøgelse tyder på, at fremgangsmåden med at uddanne mange forskellige fagprofessionelle indenfor dette område, ikke i tilstrækkeligt omfang sikre de resultater, som var ønsket fra hospitalsledelsens side, nemlig at opnå et velstruktureret organiseret kvalitetsarbejde i afdelingerne. Kvalitetsudviklingen synes i høj grad at være betinget af den enkelte afdelingsledelses prioritering, hvorledes kvaliteten skal indgå som en struktureret del af dagligdagen i den enkelte afdeling.

Kardiologisk afdeling:

I kardiologisk afdeling er kvalitetssikring, forskning og udvikling meget dominerende. Der er et kontinuerligt fokus på disse områder, og det er en afdeling som er præget af, til stadighed at skulle kunne præsenterer det sidste nye indenfor det faglige område. Afdelingen er kendt som en afdeling med meget kompetente specialister, og dens publikationsliste er omfattende. Personalet arbejder meget monofagligt inden for hvert deres eget fagområde. Der er en udtalt interesse i at kunne præsentere ny viden både nationalt og internationalt. Det er en afdeling, hvor der i observationsperioden i mindre grad arbejdes tværfagligt. Der er et stort patientflow, idet afdelingen modtager patienter fra et stort geografisk område, til nærmere diagnostisk og behandling, og der er jævnligt overbelægning. Det er således en meget travl afdeling, hvor arbejdspresset konstant er højt.

Ledelsen har den holdning, at man i denne afdeling altid skal sige ”ja” til deltagelse i projekter, som de opfordres til at deltage i. Det lægger et meget stort arbejdspres på samtlige medarbejdere, som i perioder kan have vanskeligt ved at følge med. Afdelingen er involveret i så mange forskellige projekter, at det ikke altid er muligt at gennemføre dem indenfor de planlagte tidsrammer. Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de oplever det vanskeligt og i perioder belastende, at være ansat i en afdeling, hvor der hele tiden er så stort arbejdspres.

Af afdelingsledelsen har kun oversygeplejersken en videregående lederuddannelse. Overlægen angiver, at han mangler de redskaber en sådan uddannelse kan give.

> **Delkonklusion:** En afdeling som har en meget høj grad af faglighed og stort fokus på ekstern succes.
>
> Kvalitetssikring, udvikling og forskning er meget dominerende i afdelingen.
>
> Der arbejdes meget monofagligt, og i mindre grad tværfagligt
>
> Det at afdelingen aldrig siger nej, er i varierende grad belastende for de forskellige faggrupper.

Terapiafdelingen:

Terapiafdelingen arbejder meget struktureret omkring deres kvalitetsarbejdet. Man har ansat en terapeut til at tage sig af kvalitet, undervisning og udvikling, og en til at stå for forskning. Det er den prioritering som afdelingsledelsen har valgt, for at sikre, at der hele tiden sker en opfølgning på den fastlagte strategi. Afdelingen har en meget stram styring og organisering af deres arbejde, og arbejder ud fra Likerts teoretiske model. De når de forskellige processer igennem som planlagt, selvom personalet tilkendegiver, at de ind imellem føler sig meget pressede. Afdelingsledelsen fremstår meget enige overfor personalet, om hvilke fokusfelter de ønsker, der skal arbejdes med.

Der er en god stemning i afdelingen, og personalet tilkendegiver, tilfredshed med kvalitetsarbejdet, selvom de ikke altid har det store overblik. Der er ingen tvivl om, at de respekterer deres ledelse, og har en oplevelse af, at afdelingen vil nå de resultater, som den har sat sig for. Afdelingsledelsen lægger ikke skjul på, at personalet skal arbejde tværfagligt, både internt og eksternt, og at det er et vigtigt element, for at opnå den bedste kvalitet i forhold til deres kerneydelser. Gennem de forskellige interviews og observation i afdelingen, fremstår den som en meget velstruktureret afdeling med en meget høj grad af faglighed, og der er stor respekt og et godt samarbejde faggrupperne imellem.

Arbejdsbyrden er meget høj, og flere af terapeuterne beklager, at de ikke altid føler, at de er i stand til at yde den bedste behandling i forhold til patienternes behov. Ligeledes opleves overbelægning i hospitalet som helhed, at de ofte må prioritere deres arbejdsopgaver. Det er ikke tilfredsstillende, og der savnes jævnligt en tættere opfølgning af samarbejdet mellem primær og sekundærsektoren. Når patienter er blevet behandlet intensivt i hospitalsregi, mangler der en direkte opfølgning af rehabiliteringen i forbindelse med udskrivning.

Afdelingsledelsen og specielt chefterapeuten stiller høje krav til mellemledergruppen. Videregående uddannelse indenfor ledelse er et krav, hvis man vil være ansat i denne afdeling. Der hersker ingen tvivl om, at chefterapeuten anser en teoretisk viden som værdifuld, når der skal praktiseres ledelse på det operationelle niveau. Der er konstant mindst en af mellemlederne i gang med en lederuddannelse, og for overergo-/overfysiurgterapeuterne er målet, at de skal gennemføre en masteruddannelse indenfor ledelse. Siden chefterapeuten selv har gennemført dette, har der kontinuerligt været ledende personale i gang med uddannelse på dette niveau. For afsnitslederne er der ligeledes fortløbende uddannelse i gang på diplomniveau. Ledelsen opfordrer således ansatte til uddannelse indenfor ledelse på et niveau tilsvarende det de selv er på. Afdelingen fremstår som en både ledelsesmæssigt og faglig stærk afdeling.

> **Delkonklusion:** En stram kvalitetsstyring i afdelingen, som er integreret som en kontinuerlig proces i de daglige arbejdsopgaver.
>
> Interne konsulenter sikre en konstant opfølgning på kvalitets - og udviklingsarbejdet.

Der er manglende kontinuitet og koordinering mellem primær og sekundær sektor i forbindelse med patienternes rehabilitering.

En høj grad af uddelegering af ansvar til mellemledere og personale, medfører stor arbejdstilfredshed.

Videreuddannelse indenfor ledelse er højt prioriteret i afdelingen.

Amtssygehuset Roskilde:

Amtssygehuset i Roskilde hørte til et af de første hospitaler i landet, som besluttede sig for at etablere en fastlagt kvalitetsstyringsmodel "Kvalitet i Top", der blev gældende for samtlige afdelinger på hospitalet. Dermed har strukturen været indarbejdet gennem mange år, og er en del af hospitalets implementerede styringsteknologier.

Sygehusledelsen er personligt meget interesserede i, at strukturen fungerer på hele sygehuset og har mange års erfaring med indgåelse af fastlagte aftaler med de forskellige afdelingsledelser om det kommende års strategi for kvalitetsstyring. Der er en høj grad af ledelse og medarbejderinvolvering både på sygehusledelses - og afdelingsplan. Det fremkommer tydeligt ved samtaler og interviews, at kvalitetsudvikling i de enkelte afdelinger ikke er noget, som kan diskuteres, det er et krav, som skal efterleves, hvis man ønsker at være ansat på hospitalet.
Sygehusledelsen har valgt den strategi, at de ikke blander sig i detaljer om, hvorledes afdelingen griber det årlige kvalitetsprojekt an. Afdelingen har selv ansvar for planlægning og emnevalg, med mindre der er overordnede emner, som den øverste administrative/- eller politiske ledelse ønsker at hele hospitalet skal have fokus på. Denne organisering af kvalitetsprojekter, muliggør at også personalet i afdelingen har mulighed for at fremkomme med forslag til projektemner og - forløb.

Hvis afdelingerne har behov for støtte eller supervision, er der mulighed for, at få hjælp fra hospitalets kvalitetsafdeling, som er en stabsfunktion til sygehusledelsen.

Neurologisk afdeling:

Afdelingsledelsen i denne afdeling anser det som væsentligt, at der arbejdes tværfagligt. Medarbejderne inddrages i stort omfang i forskellige projekter, og mange kvalitets- og udviklingsprojekter er sammensat på tværs af de forskellige faggrupper. Afdelingsledelsen er meget bevidst om, at opnåelse af gode resultater afhænger af, om den enkelte medarbejder føler et medansvar og et medejerskab for projektet. Deres strategi er, at uanset om emnet på forhånd er fastlagt, eller om det er nye projekter man skal brainstorme om, skal de sikre inddragelse og planlægning sammen med medarbejderne. I forbindelse med dataindsamlingen til dette projekt, hvor de planlagde en omstrukturering af afdelingens organisering, demonstrerede de deres måde at planlægge projekter på, med enten fælles personalemøder eller som punkter på dagsorden i deres MED udvalg, hvor de lytter til personalet, og inddrager de forskellige forslag i deres strategier. Denne fremgangsmåde gør, at medarbejderne føler sig godt orienteret, de bliver medinddraget og det viser, at afdelingsledelsen tør lægge et ansvar ud til den enkelte.

En anden væsentlig faktor for kvalitetsarbejdet på dette hospital er, at man har så lang erfaring med den valgte kvalitetsstruktur, at den er blevet en del af kulturen på hospitalet. Ligeledes fremgår det tydeligt, at selvom man i afdelingen føler sig meget fortravlet, så er mængden af projekter overskuelig. De faste aftaler med sygehusledelsen om et årligt emneområde for kvalitet, muliggør at man kan nå at fordybe sig og arbejde langsigtet omkring det fastlagt emne.

Afdelingsledelsen blev ansat efter opstarten af hospitalets kvalitetsstyringsmodel. De oplever kvalitetsteknologien, som en integreret del af hospitalets kultur. Derfor har de ikke sat spørgsmål ved den, og finder arbejde med kvalitetsudvikling, som noget selvfølgeligt i den daglige arbejdsplanlægning.

Afdelingsledelsen har hver for sig uddannet sig til lederrollen, og angiver at gøre anvendelse af de værktøjer, som de gennem uddannelserne har lært. De mener at videreuddannelse inden for ledelse er væsentligt for at kunne varetage en lederstilling i nutidens sundhedsvæsen.

> **Delkonklusion:** En langvarig overordnede kvalitetsstruktur der udgør en del af hospitalets og afdelingens kultur gør strukturen kendt af alle.

Antallet af igangværende kvalitetsprojekter er overskueligt, hvilket giver mulighed for at komme i dybden og få en vellykket implementering.
Videregående lederuddannelse er nødvendig for at kunne varetage en lederstilling i nutidens sundhedsvæsen

H:S. Frederiksberg hospital:

H:S Frederiksberg hospital har kun i få år, før denne undersøgelses gennemførelse, arbejdet med Akkreditering, som den overordnede kvalitetsteknologi. Akkreditering er vedtaget fra H:S`s politisk-administrative ledelse, som den teknologi samtlige H:S hospitaler skal arbejde med.

Hospitalerne skulle implementere teknologien i løbet af kort tid. Selve modellen omfatter en pakke med 367 standarder, som skulle implementeres i samtlige afdelinger. Forløbets introduktions fase omfattede oversættelse og planlægning af de forskellige beskrivelser, samt information til henholdsvis ledelser og personale i afdelingerne.
Det fremgår af undersøgelsen, at personalet ikke har haft mulighed for at påvirke forløbet og således få indflydelse på selve procesforløbet. De føler sig generelt belastede af processen, og mindre medansvarlige for selve gennemførelsen, idet den er dikteret ovenfra.

Apopleksi klinik:

Klinikledelsen har været meget positiv for implementering af akkrediteringen, men tilkendegiver, at de har oplevet det som en krævende og belastende proces. Afdelingen har i flere år haft fokus på kvalitetsprojekter, og oplever til en vis grad akkrediteringen, som en videreudvikling af de tiltag, som i forvejen var bekendte. De har meget fokus på det kliniske arbejde, og er opmærksomme på, at deres patientklientiel er svært syge og ressourcesvage mennesker. Personalet er konstant hos patienterne, og arbejdet er hårdt både fysisk og psykisk. Afdelingen lægger vægt på internt at kunne præstere en høj grad af kvalitet, og mindre på at profilere sig eksternt. Både ledelsen og personalet fortæller, at der ikke er ”luft i dagligdagen”, og at implementeringen af akkrediteringen har været belastende, med manglende tid til at sætte sig ind i de mange standarder.

Afdelingen er en lille enhed i medicinsk center, og ledelsen tilkendegiver, at de oplever at der er lang vej til hospitalsledelsen. Grundet den organisatoriske struktur med centerdannelse, klinikenheder og klinikledelser, er der flere led i hierarkiet end på andre hospitaler. Plejepersonalet arbejder meget monofagligt, hvad angår kvalitetsprojekter, idet den lægelige bemanding kun omfatter 4 speciallæger. Da det er en lille travl afdeling, er mulighederne for team arbejde mere begrænsede. Terapeuterne, som ligeledes har et omfattende arbejde med rehabiliteringen af de apopleksiramte patienter, er ikke ansat i selve apopleksiklinikken, men i en anden enhed, og indgår således ikke som en del af det faste personale. Det betyder i praksis, at de går igen fra afdelingen, så snart de er færdige med behandling af patienterne.

Klinikledelsen fremstår som en meget enig ledelse, der har fokus rettet på det kliniske område. De giver ikke udtryk for behov for en egentlig lederuddannelse, men varetager de forskellige administrative opgaver, som de bliver pålagt. I forbindelse med at man fra sygehusledelsens side ville sammenlægge afdelingens ledelse med to andre medicinske klinikker, gav begge ledere udtryk for, at de ville prioritere det kliniske felt, og ikke søge om at få øget deres ledelsesmæssige område.

> **Delkonklusion:** En lille afdeling med en enig klinikledelse, som har fokus på den kliniske kvalitet og i mindre grad behov for en ekstern profilering.
>
> Afdelingen er positiv overfor akkreditering, men mængden af opgaver har været for overvældende. Har savnet indflydelse på implementeringsprocessen. Ekstrem hård arbejdsbelastning.
>
> Afdelingens lille størrelse anses at være en væsentlig årsag til ledernes manglende behov for speciel lederuddannelse.

Psykiatrisk afdeling:

Denne afdeling omhandler i alt 11 afsnit, og er den største afdeling, som indgår i projektet. Afdelingsledelsen fremstår som en ledelse, der er meget enige om, at arbejde for at opnå et højt fagligt kvalitetsniveau.
Sygeplejen fremstår som en selvstændig enhed, hvor oversygeplejersken arbejder tæt sammen med sine afdelingssygeplejersker/centerchefsygeplejerske. Lægerne og sygeplejerskerne giver udtryk for, at man arbejder meget monofagligt omkring diverse kvalitetsprojekter, og i mindre omfang indgår i tværfaglige sammenhænge.

Ud fra diverse interviews og samtaler i de forskellige afdelinger, har der været forskellige opfattelser af, hvorvidt akkrediteringen omfattede samtlige afdelinger på hospitalet. Forløbet er blevet oplevet som et meget tidskrævende og omfattende proces, hvor der ikke har været mulighed for indflydelse på hverken indholdet og processen. Fra afdelingsledelsens side, valgte man at prioritere afholdelsen af et internat kursus på et velrenommeret kursuscenter, for at give mellemledere og medarbejdere en fornemmelse af den betydning hele implementeringen af akkrediteringsforløbet havde.

Selve processen blev af både ledere og medarbejdere oplevet, som et meget belastende forløb. Mængden af tilsendte standarder fra hospitalsledelsen til afdelingerne var så omfattende, at det ikke var muligt at få implementeret det hele indenfor en kort periode. Fra afdelingsledelsen og afsnitsledernes side valgte man, at give besked til medarbejderne om de modtagne skriftlige procedurer, og oplyse om at de var indsat i ringbind, således at der var samling på det hele, så medarbejderne vidste, hvor de kunne finde dem. Imidlertid kom det frem, at det kun var en begrænset del af procedurerne, som reelt var blevet implementeret. I afdelingen tilkendegav personalet, at de mente, at mange af de mere praktiske opgaver, kunne være varetaget af teknisk/administrativt personale, og dermed ikke personale, der var direkte involveret i plejeopgaver. Undersøgelsen viser, at der ikke var overensstemmelse mellem direktionens opfattelse af, hvad der var realistisk muligt at nå i afdelingerne, og det praktiske mulige. I afdelingen var der ingen tvivl om, at det for sygehusledelsen gjaldt om, at få sendt alt ud til afdelingerne, således at det var muligt at blive akkrediteret i forbindelse med akkreditørernes første

besøg. Afdelingerne skulle være i stand til at vise en flot facade, efterfølgende måtte man så arbejde videre med implementeringen.

En af de opgaver, som Sygehusledelsen forlangte skulle gennemføres på samtlige afdelinger uanset specialets karakter og problemstillinger, var et projekt om ernærings-screening på samtlige patienter. Fra afdelingsledelsens side har man dog ikke har fået koordineret denne opgave med hinanden, idet den ene faggruppe meddelte at de var parate, mens den anden gruppe ikke var i stand til at starte på baggrund af andre opgaver. Det skabte en misstemning i afdelingen.Dette skisma kunne være undgået, hvis afdelingsledelsen havde koordineret planlægningen med hinanden, før det blev drøftet i de respektive faggrupper.

Delkonklusion: Faggrupperne arbejder meget monofagligt, mindre tværfagligt.

Akkreditering har været en stor belastning for samtlige faggrupper.

Manglende koordinering af tidsforløb mellem læger og sygeplejersker.

Personalet mener, at mange akkrediteringsopgaver kunne være uddelegeret til faggrupper uden for afdelingen.

Processen har været for stram til at det har været muligt at få en vellykket implementering af de forskellige standarder.

Sammenfatning:

Afdelingsledelserne har et utal af forskellige funktioner. Ved hver funktion er der en personkreds, som fungerer som tilhørere ved afdelingsledelsernes foredrag. Præsentationen vil som oftest være blevet til ved et samarbejde imellem flere personer i kulissen. I andre sammenhænge vil afdelingsledelserne fungere som tilhørere, hvor de andre grupper præsenterer deres budskab.

Dette illustrerer tydeligt Goffman´s dramaturgiske spil. For hver faggruppe og kontakt som afdelingsledelserne har, enten eksternt eller internt, vil de skulle fremføre et spil, som de gerne skulle have afklaret internt i kulissen inden mødet. Gennem arbejdet med Goffman´s teori, er det blevet mere og mere tydeligt, at teorien netop er opstået ved at observere samspillet imellem mennesker, og er videreudviklet under observationer i sundhedsvæsnet.

Undersøgelsen viser, at de ledere, som har en videregående lederuddannelse, bruger den aktivt i deres dagligdag. Det fremgår tydeligt, at deres teoretiske ballast giver dem en bedre platform til at håndtere de ledelsesmæssige udfordringer og de problemer, som opstår. Dette forhold gør sig mest gældende på de store og/eller komplekse afdelinger. Til trods for, at der ikke er data for dette område på psykiatrisk afdeling, er iagttagelsen så tydelig på de øvrige afdelinger, at dette ikke antages gøre nogen væsentlig forskel. Iagttagelsen stemmer godt overens med mine egne observationer og erfaringer fra min dagligdag i sundhedsvæsnet.

I samtlige afdelinger vejer patienternes velbefindende tungere for de fagprofessionelle end andre funktioner:

1) Patienterne
2) Personalet
3) Faglig udvikling
4) Kvalitets udvikling

Min opfattelse er, at ovennævnte prioritering passer på samtlige afdelinger. For lægegruppen vil det være den faglige dimension relateret til den enkelte patient, som er mest i fokus. For sygeplejegruppen vil det være patientomsorgen som fylder. For terapeutgruppen vil det være den faglige udfordring i forhold til rehabilitering.

Da diagnostik og behandling er en væsentlig dimension for patienterne når de indlægges på et hospital, vil samspillet fungere bedst, hvis sygeplejerskerne accepterer, at diagnostik og behandling kommer før plejen, og at de dermed kunne acceptere deres rolle som hjælpefunktion.

Alle de strategier som er iværksat fra Sundhedsstyrelsens side, har betydet en koordinering af behandlingsstrategier og dermed et kvalitetsløft for det danske sundhedsvæsen. Arbejdet med denne implementering, føjer sig dog til den belastning, som afdelingerne i forvejen oplever.

Implementering af en kvalitetsteknologi giver et kvalitetsløft, uanset hvilken strategi der anvendes. Undersøgelsen tyder dog på, at implementeringen faciliteres, når personalet har medindflydelse på procesforløbet. Ligeledes har mængden af delprojekter indflydelse på, hvor godt tiltagene implementeres. Et begrænset fokusfelt vil give en bedre integration i det daglige arbejde.

Som det fremgår af beskrivelsen af de forskellige kvalitetsstrategier, er det store mængder af initiativer og handlingsplaner, som de forskellige afdelinger er underlagt. Alle disse områder stiller store krav til den enkelte ledelse og medarbejder, idet der kontinuerligt skal foretages indberetninger til databaser og arbejdes med mange forskellige IT-programmer som f.eks. elektronisk patientjournaler, laboratorie- og røntgenprogrammer m.m. Alt dette skal varetages sideløbende med implementeringen af de øvrige kvalitetsteknologier. Dette er meget ressourcekrævende for personalet.

De to væsentligste kvalitetsstrategier som er anvendt på de afdelinger som indgår i denne afhandling, er TQM og Akkreditering. Der anvendes to meget forskellige strategier for implementering, idet de steder hvor man anvender TQM opererer med implementering af få fokusområder af gangen, hvorimod Akkreditering opererer med implementering af 367 standarder indenfor kort tid.

På de efterfølgende sider fremgår de kerneproblemer og væsentligste kvalitetstiltag, som hver afdeling selv peger på. Modsat kernespændingsfeltet, er det de problemområder, som jeg har fokuseret på. Den overordnede kvalitetsstrategi i form af Goffman´s teatermetafor, falder forskelligt ud på de fem case afdelinger. Endvidere fremhæves de forskellige ledelses fokus, som har været fremherskende, samt hvem af de faglige leder i afdelings/klinik ledelse som har suppleret med en ledelsesmæssig uddannelse.

Aalborg Sygehus
Case 1. Kardiologisk afdeling.

Kerneproblemer:

- Arbejdsbelastning
- Økonomistyring
- Overbelægning
- Manglende respekt mellem faggrupper
- Monofaglighed

Væsentligste kvalitetstiltag:

- TQM mangeårig velimplementering
- Høj specialiseringsgrad
- Tilbyder nyeste behandling
- Stor forsknings aktivitet
- Høj grad af patient fokus

Kernespændingsfelt:

- Manglende tværfaglighed
- Økonomiske ressourcer i forhold til optimale behandlinger
- ”Siger aldrig nej”
- Overbelægning

Erving Goffman:

- Stort fokus på frontstage
- Ubalanceret fokus på kulissen

Ledelsesfokus:

- Faglig profilering
- Tværfaglighed forsøges implementeret (er overvejende monofaglig)

Lederuddannelse

- Overlæge -
- Oversygeplejerske +

Aalborg sygehus
Case 2. Terapiafdelingen.

Kerneproblemer:

- Arbejdsbelastning
- Økonomistyring
- Mange ekstra patienter
- Manglende behandlings koording med primær sektor

Væsentligste kvalitetstiltag:

- TQM mangeårig velimplementering
- Team dannelse
- Forsknings- og uddannelseskonsulenter
- Høj grad af patient fokus

Kernespændingsfelt:

- Økonomiske ressourcer i forhold til optimale behandlinger
- Koordinering af indsatsområder med primær sektor
- Mange ekstra patienter

Erving Goffman:

- Velafbalanceret fokus på frontstage + backstage

Ledelsesfokus:

- Faglig + ledelsesmæssig profilering
- Tværfaglighed

Lederuddannelse:

- Overlæge -
- Chefterapeut +

Amtssygehuset Roskilde
Case 3. Neurologisk afdeling.

Kerneproblemer:

- Arbejdsbelastning
- Økonomistyring
- Overbelægning
- Fysiske rammer i forhold til patientklientel
- Behov for ændret organisation

Væsentligste kvalitetstiltag:

- TQM "Kvalitet i TOP" velimplementeret
- Teamdannelse
- Apopleksidatabase
- Livline til hjernetumor patienter
- Høj grad af patient fokus

Kernespændingsfelt:

- Økonomiske ressourcer i forhold til optimale behandlinger
- Organisationsændring nødvendig
- Overbelægning

Erving Goffman:

- Velafbalanceret fokus på frontstage + backstage

Ledelses fokus:

- Faglig + ledelsesmæssig profilering
- Tværfaglighed

Lederuddannelse:

- Overlæge +
- Oversygeplejerske +

H:S Frederiksberg Hospital
Case 4. Apopleksi klinik.

Kerneproblemer:

- Arbejdsbelastning
- Økonomistyring
- Overbelægning
- Lange kommandoveje i hierakiet
- Manglende tid til implementering af kvalitets standarder

Væsentligste kvalitetstiltag:

- Akkreditering
- Regelmæssige kvalitetsudviklings projekter
- Høj grad af patient fokus

Kernespændingsfelt:

- Økonomiske ressourcer i forhold til optimale behandlinger
- Manglende tid til implementering af Akkreditering
- Topstyring + kort proces
- Massiv overbelægning, manglende respons fra sygehusledelsen
- Belastende arbejdsmængde

Erving Goffman:

- Mere fokus på ”det nære” patient + personale
- Mindre frontstage fokus

Ledelses fokus:

- Overvejende faglig profilering
- Tværfaglighed

Lederuddannelse:

- Overlæge -
- Oversygeplejerske +

H:S Frederiksberg Hospital
Case 5. Psykiatrisk afdeling.

Kerneproblemer:

- Arbejdsbelastning
- Økonomistyring
- Overbelægning
- Begrænsede lægefaglige ressourcer
- Monofaglighed
- Manglende tid til implementering af kvalitetsstandarder

Væsentligste kvalitetstiltag:

- Akkreditering
- Mere systematisering
- Fokus på fejl og mangler
- Høj grad af patient fokus

Kernespændingsfelt:

- Økonomiske ressourcer i forhold til optimale behandlinger
- Manglende tid til implementering af Akkreditering
- Topstyret + kort proces
- Overbelægning
- Belastende arbejdsmængde
- Ernæringsscreningsprojekt

Erving Goffman:

- Frontstage fokus
- Ledelsesspil omkring koordinering af opgaver

Ledelses fokus:

- Faglig + ledelsesmæssig profilering
- Tværfagligt sigte – overvejende på lægeside

Lederuddannelse:

- Overlæge **?**
- Oversygeplejerske +

7.2. Perspektivering

Som det fremgår i konklusionen, har en videregående lederuddannelse stor betydning for lederne af store og komplekse afdelinger i sundhedsvæsnet. Det anbefales derfor, at potentielle ledere får mulighed for at gennemføre en sådan uddannelse. Lisa Kurunmäki beskriver i sin artikel "A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals", 2003, om lægernes møde med den administrative ledelsesform, som udsprang af NPM, at lægerne i Finland er blevet bedre til det administrative arbejde på sygehusene, fordi de som studerende på universitet, lærer administrative færdigheder allerede i deres grunduddannelse. Man kan evt. tage dette eksempel op til overvejelse, og gøre det til en del af den danske lægeuddannelse, idet samtlige læger i løbet af deres karriere, vil komme udfor ledelsesmæssige opgaver.

Denne undersøgelse viser, at lægerne er meget åbne overfor det tværfaglige samarbejde. Dette står noget i modsætning til tidligere tiders opfattelse af de fagprofessionelle. Den understreger desuden vigtigheden af, at tværfaglig teamdannelse både internt i afdelingerne og på tværs af afdelingsgrænser og sektorer, er tiltagende nødvendige og vil skabe en øget kvalitet i patientforløbene.

Jo flere kvalitetsteknologier der forsøges implementeret på afdelingerne, jo sværere bliver det at integrere nye kvalitetstiltag. Personalets assimilationsevne overstiges idet de mange forskellige tiltag vil forlede personalet til at agere, som "man altid har gjort". Det vil være hensigtsmæssigt at holde sig til een kvalitetsstrategi og videreudvikle denne i et jævnt tempo, og ikke forcere implementeringen, som det skete under akkrediteringen i H:S.

Undersøgelsen viser, at et af de store problemer omhandler selve implementeringen af de forskellige kvalitetstiltag. Det nytter ikke, at man vil forcere antallet af kvalitetsstandarder, kvalitetsstrategier og kvalitetsprojekter på kort tid, for at kunne vise en flot præsentation frontstage. Hvis resultaterne af alle disse tiltag skal skabe varige forbedringer, er det nødvendigt at der er en balance mellem frontstage og backstage. Implementering er ressourcekrævende for de fagprofessionelle i det kliniske felt, idet der hele skal være balance imellem patientarbejdet og implementering af nye tiltag. Det kan derfor anbefales, at der iværksættes mere forskning i, hvordan

de forskellige kvalitetstiltag rent faktisk fungerer i dagligdagen, således at de mange gode tiltag kan blive omsat til varige arbejdsrutiner.

New Public Management tankegangen kolliderer på visse punkter med de fagprofessionelles moral kodex, hvor for eksempel lægeløftet udfordres af NPM´s nytteetik. På den anden side er en økonomisk rammestyring af sundhedsvæsnet nødvendig af samfundsøkonomiske årsager. Der mangler en debat om, i hvor høj grad man i sundhedsvæsnet skal handle udfra den fagprofessionelles logik og etik, og i hvor høj grad den administrative økonomiske rammestyring skal være gældende. Før denne debat har fundet sted, vil der konstant opstå faglige dillemaer for de fagprofessionelle i sundhedsvæsnet.

I denne undersøgelse er der store tidsforskelle på, hvor længe de forskellige hospitaler og afdelinger har arbejdet med en organiseret kvalitetskultur og styring. Roskilde sygehus er det af de tre sygehuse, som har indarbejdet en kvalitetskultur gennem flest år. Der stilles derfor spørgsmål ved, om det er noget, som fungerer, for det har neurologisk afdeling vist, at det gør. Dette kan inspirere til, at foretage undersøgelser på dette hospital, ikke mindst med henblik på at se, om de afdelinger på sygehuset, som måske ikke er helt så lige velfungerende som neurologisk afdeling, ligeledes arbejder seriøst med kvalitetsstrategien. Hvilke gode erfaringer fra Roskilde sygehus vil kunne inddrages i de andre hospitalers kvalitetsarbejde, og på den måde blive en del af den daglige kultur på afdelingerne!

Til alvorligt kronisk syge patienter, anbefales det at oprette en form for livlinie til stamafdelingen. Dette vil skabe tryghed for patienterne og deres pårørende, og vil kunne reducere antallet af akutte indlæggelser, som følge af utryghed i kontakter med vagtlægesystemet. Det vil formentligt blive økonomisk balanceret, hvis ikke det vil reducere de sundhedsøkonomiske udgifter til denne gruppe patienter.

8. Litteraturliste

Andersen, N. Å. (1994): Institutionel historie – en introduktion til diskurs- og institutionsanalyse. COS – rapport, nr. 10/94

Andersen, Ib. (2002): Den skinbarlige virkelighed. København, Samfundslitteratur.

Bach, Anette & Hildebrandt, Sten (1992): Den markedsorienterede organisation. Forlaget Ankerhus.

Barlebo Wennerberg, Søren (2000): Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver. Samfundslitteratur.

Bentsen, Eva Zeuthen & Borum, Finn & Erlingsdóttir, Guöbjörg & Sahlin-Andersen, Kerstin (1999): Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsnet i Danmark og Sverige. Handelshøjskolens Forlag.

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (2000): Den samfundsskabte virkelighed. Nørhaven A/S, Viborg, 2. udgave, 4 oplag.

Blomgren, Maria. (2003): Ordering a profession: Swedish nurses encounter New Public Managements reform. Financial Accountability & Management, 19 (1), February 2003. UK.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (1998) (red.): The Landscape of qualitative research, Theories and Issues, Sage Publications.

Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2000): Handbook Oaks, Calif., Sage Publications 2, ed.

Donmoyer, R. (1990):Generalizability and the single-case study. I: E. W. Eisner & A. Peshkin (Eds.): Qualitative inquiry in education (pp. 175 – 200). New York: Teachers College Press.

Dunleavy, Patrick & Hood, Christopher (1994): From old Public Administration to New Public Management. Public Money & Management july - september 1994. Published by Blackwell Publisher. Cambridge.

Erichsen, Vibeke (1996): Profesjonsmakt. Oslo. Tano Aschehough.

Erlingsdóttir, Gudbjörg (1999): Kvalitetssäkringars översättning – recentralisering av kontroll. I: Bentsen et al.: Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus og sundhedsvæsnet i Danmark og Sverige. København: Handelshøjskolens Forlag.

Eriksen, Henrik & Ulrichsen, Helle. (1991): Tre kulturer I hospitalssektoren. Sygepleje-, administrations- og lægesøjle. Handelshøjskolens Forlag. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Feigenbaum, Armand (1961): Total Quality Control. McGraw-Hill.

Garvin, David A. (1994): What Does`Product Quality Mean? Sloan Management Review, Fall 1994.

Goffman, Erving. (1959): The presentation of self in everyday life. New York. Penguin books.

Goffman, Erving. (1967): Interaction Ritual: Essays on Face – to – Face Behaviour. New York. Anchor Books.

Goffman, Erving. (1972): Encounters. Penguin Books Ltd, Harmondsworth, Middlesex, England.

Goffman, Erving. (1967): Anstalt og menneske den totale institution socialt set. København. Jørgen Paludans Forlag.

Goffman, Erving. (1992): Vore rollespil i hverdagen. Hans Reitzels Forlag.

Hansen, Torben (1996): Kvalitetsbegrebet i samfundsvidenskaberne. Samfundsøkonomen, oktober, nr. 6, p. 20 -26.

Hill, S. (1991): How Do You Manage the Flexible Firm? The Total Quality Model Work, Employment and Society, Vol.5, No.3, s. 397 – 415.

Hood, Christopher. (1980): The "New Public Management" in the 1980s: Variations on a theme.Accounting, Organisations and Society, Vol 20. The London School of Economics and Political Science, UK.

Hood, Christopher. (2001): A Public Management for all seasons? Public Administration, Vol.69 Spring 1991. Royal Institute of Public Administration ISSN 0033-3298.

Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (2002): Erving Goffman. Sociologien om det elementære livs sociale former. Hans Reitzels Forlag.

Hopper, Marianne (1981): Five Key Concepts of the Dramaturgical Perspective. Free Inquiry in Creative Sociology, 9 (1): 47-52.

H:S Direktionen, juli 2001: Kvalitetsudvikling og Akkreditering I H:S, Principper, organisering og metoder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (December 2003): Debatoplæg Et åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen. København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Maj 2003): National IT – stategi for sundhedsvæsnet 2003 – 2007. København.

Jespersen, Peter Kragh, (2003): Magt og Faglighed i sygehuse. Sygehusledelse 1. udgave, København. Munksgaard.

Jespersen, Peter Kragh, (2005): Mellem profession og management, ledelse i danske sygehuse. København: Handelshøjskolens Forlag.

Johnson, Terence J. (1972): Professions and Power. London. Macmillan.

Juan, Joseph M. (ed) (1951): Quality Control Handbook. McGraw-Hill.

Juan, Joseph M. (1993): Made in U.S.A.: A Renaissance in Quality. Harvard Business Review, July – August, s. 42 – 50.

Kennedy, M. M. (1979): Generalizing from single case studies. Evaluation Quarterly, 3, 661 – 678.

Klaudi Klausen, Kurt, (2004): Strategisk ledelse – de mange arenaer. Odense, Syddansk Universitetsforlag.

Kurunmäki, Liisa, (2003): A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. Accounting, Organizations and Society 29., the London School of Economies and Political Science.

Kurunmäki, Liisa & Miller, Peter (2006): Modernising government: The calculating self, hybridization and performance measurement. Blackwell Publishing Ltd. UK.

Kvale, Steinar (1994): Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag.

Larson (1977), Magali Sarfatti Larson: The Rise of Professionalism. Los Angeles. University of California Press.

Launsø, L & Riber, O, (2000): Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. København, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck.

Lauvås, Per & Handal, Gunnar (1997): Vejledning og praktisk fag teori. Århus. Klim.

Lindén, Leila & Birk Madsen, Erling (2002): Fagprofessionelle som Ledere. En debatbog om ledelse og lederroller i Sundhedsvæsnet. København. Munksgaard.

Likert, Rensis, (1967): The Human Organization: Its Management and Value. Library of Congress Catalog Card Number: 67-1931. Copyright 1967 by McGraw-Hill, Inc. New York.

Manning, Peter K. & Keith, Hawkins (1990): Legal Decisions: A Frame Analytic Perspective, i Riggins, Stephen H. (red.): Beyond Goffman: Studies on Communication, Instruction and Social Interaction. New York: Monton de Gruyter.

Maaløe, Erik (1999): Case-studier af og om mennesker i organisationer. Akademisk Forlag.

Melander, Preben (2005): Økonomistyring og informatik. Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Merleau-Ponty, M. (1962): Phenomenology of perception. London: Routledge og Kegan Paul.

Mintzberg, Henry, (1983): Power in and around organizations. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

Neergaard, P. & Hansen, H. Foss (2, udgave 1991): Organisation og økonomistyring. Forlaget samfundslitteratur.

Parsons and Bales (1955): Family, Socialization and Interaction Process, the Free Press of Glencoe.

Parsons, Talcott (1964): The Professions and Social Structure. New York, the Free Press.

Pervin, L. A. (1984): Personality. New York: John Wiley.

Radford, G. S. (1922): The Control of Quality in Manufacturing. The Ronald Press Company.

Schofield, J. W. (1990): Increasing the generalizability of qualitative research. I: E. W. Eisner & A. Peshkin (Eds.), Qualitative inquiry in education (pp. 201 – 232). New York: Teachers College Press.

Shewhart, W. A. (1931): Economic Control of Manufactured Product. D. van Nostrand Company.

Sognstrup, Hanne (2003): Professionelle i afdelingsledelse. Aalborg: Ph.d. afhandling, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Stake, R. E. (1994): Case studies. I: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.): Handbook and qualitative research (pp. 236 – 247). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sundhedsministeriet (2005): Lov nr. 546 af 24.06.2005. Sundhedsloven. (www.retsinfo.dk).

Sundhedsstyrelsen & Sundhedsministeriet (1993): National Strategi for kvalitetsudvikling I sundhedsvæsnet. Sundhedsstyrelsen. København.

Sundhedsstyrelsen (1999): Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet. Sundhedsstyrelsen. København

Sundhedsstyrelsen (2003): Modelbeskrivelse af Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsnet. Første version 2. maj 2003. Sundhedsstyrelsen. København.

Svensson, E. (Stockholm 1993): Videnskaplig metodik: Alt formulera och studera vårdproblem. Natur och Kultur häromedel.

Taylor, Frederick W. (1911): The Principles of Scientific Management. Harper and Row.

Thorsgaard Larsen, Heine & Claus (Økonomistyring & Informatik – 12. årgang 1996/97 nr. 5): Total Quality Management – tilblivelse, indhold og påvirkning af adfærd.

Vrangbæk, Karsten (1999): Markedsorientering i sygehussektoren? Opkomst, udformning og konsekvenser af frit sygehusvalg. Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

Yin, Robert K. (1994): Case Study Research, 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Sekundær litteratur:

Andersen, Ib (1990): Valg af organisations- sociologiske metoder – et kombinationsperspektiv. Samfundslitteratur.

Andersen, Ib & Borum, Finn & Kristensen, Peer Hull & Karnøe, Peter (1992): Om kunsten at bedrive feltstudier – en erfaringsbaseret forskningsmetodik. København. Samfundslitteratur.

Borum, Finn & Hildebrandt, Steen & Schultz, Majken (1997): Inerti og forandringsmulighed i sygehusfeltet. Fokus på sygehusledelse. København. Munksgaard.

Borum, Finn (2003): Ledelse i sygehusvæsnet. Handelshøjskolens Forlag.

Christensen, Majbritt & Frølich, Anne & Hagerup, Lars & Mortensen, Heidi (2001): Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet. Metodebeskrivelse og status over igangværende nationale initiativer. DSI – Institut for sundhedsvæsnet. DSI – rapport 2001.08q

DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1991): New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, University of Chicago Press.

FLOS (2004): Forskning i sygehuse under forandring. Nyt fra Samfundsvidenskaberne. København.

Hildebrandt, Steen & Klausen, Kurt Klaudi & Nielsen, Sten Friberg (2003): Sygehusledelse – temaer, perspektiver, udfordringer. Munksgaard Danmark.

Jensen, Mogens Kjær (1991): Kvalitative metoder i anvendt samfundsforskning. København Socialforskningsinstituttet.

Jørgensen, Torben & Melander, Preben (1992): Livet i offentlige organisationer – Institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked. Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Kanji, Gopal (1998): Total Quality Management. Volume 9 Numbers 4 & 5. Sheffield University, UK.

Karlöf, Bent. M.fl. (1987): Kvalitetsfornyelse. Schultz Forlag.

Kjærgaard, Johan & Mainz, Jan & Jørgensen, Torben & Willaing, Ingrid (2001): Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet. Munksgaard Danmark.

Knudsen, Christian & Andersen, Heine (1996): Empirisk analytisk videnskabsteori – Fra naiv til sofistikeret falcifikatisme. Videnskab og metodelære. København. Samfundslitteratur.

Larsen, Bøje (2002): Mening i galskaben. Introduktion til ledelsesteorierne. København, Jurist- og Økonomforbundet.

Launsø, Laila & Rieper, Ole (2000): Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. 3rd ed. København. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Melander, Preben (2002): Økonomistyringens nye ledelsesteknologier – fra ABC til TQM. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Melander, Preben & Jørgensen, Stig (2008): Kræfter til forandring – Når man skal indfange friheden til fornyelse – En virkelighedsnær strategi for kompetenceudvikling på danske sygehuse. 2. udgave. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Melander, Preben & Jørgensen, Stig (2. udgave – 2008): Når fornuft, faglighed, fælleskab og fascination går op i en højere enhed – En fornyelsesstrategi for ressource- og kompetenceudvikling belyst med billeder fra danske sygehuse. 2. udgave. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Parsons, Talcott & Shils, Edward (1951): Toward A general theory of action. UMI books on demand, London.

Røvik, Kjell Arne (1998): Moderne organisasjoner. Trender i organisationstekningen ved tusenårsskiftet. Fakboksforlaget Vigmostad & Bjørke As.Bergen-Sandviken.

Skærbæk, Peter (2002): Det årlige maskespil – om regnskaber set I en interaktiv og kommunikativ kontekst. Økonomistyring og Informatik. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Wackerhausen, Steen & Wackerhausen, Birgitte (1999): Tavs viden, pædagogik og praksis. I: På sporet af praksis. København. Undervisningsministeriet.

Bilag 1.

Interviewguide til interview med ledende medarbejdere.

Introduktion til interviewet:

Præsentation og baggrund for projektet.

Projektet omhandler kvalitetsstyring og udvikling med fokus på lederens rolle. Vigtigt, at den interviewet er klar over, at det omhandler lederens egen mening og forskellige synspunkter.

Hvorledes blev du leder i denne afdeling, og hvad er dit syn på ledelse?

Syn på ledelse/lederrolle:

Hvad forstår du ved ledelse (god ledelse)?

Hvordan arbejder du som leder? Hvordan har du lært at arbejde som leder? Har du redskaber som danner baggrund for dit arbejde som leder, f.eks. uddannelse eller nogle bestemte erfaringer?

Hvilken betydning har din faglige baggrund for din måde at lede på?

Hvad betyder mest for din måde at lede på?

Dagligdagen som leder

Hvordan blev du leder her på afdelingen?

Prøv at fortælle om din dagligdag som leder. Hvordan forløber en almindelig dag? Hvordan planlægger du din arbejdsdag?

Hvilke opgaver har en særlig høj prioritering?

Har dit arbejde som leder ændret sig i den tid, du har været på afdelingen? Er der kommet nye krav?

Hvordan reflekterer du over din egen funktion som leder?

Ledelsen (sygehusdirektionen)

Hvilke krav stilles til dig som leder fra dine chefer (sygehusdirektionen)?

Er der klare retningslinier for dit arbejde, dit ansvar og din funktion? Hvordan?

Kvalitet i arbejdet

Hvad forstår du ved kvalitet?

Hvorfor er kvalitet vigtig?

Hvad kan man gøre for at udvikle kvalitet (i det daglige arbejde)? Hvad er det svære?

Hvorledes er jeres kvalitet i afdelingen?

Er ledelse et kvalitetsanliggende? Er ledelse vigtig, når man skal sikre og udvikle den daglige kvalitet?

Hvad forstår du ved kvalitetsledelse?

Har der været kvalitetsopgaver, som du har skullet gennemføre i din afdeling, som du har oplevet som en succes? Hvorfor?

Kvalitetsstyring og udvikling

Hvad er dine erfaringer med kvalitetsstyring og udvikling?

Hvornår synes du, at der sker en kvalitetsudvikling i din afdeling?

Hvordan håndterer I fejl i din afdeling, kan du give et eksempel?

Hvilken rolle har du som leder i forhold til kvalitetsstyring?

Kvalitetssikring og udvikling politisk

Hvilket kendskab har du til den overordnede kvalitetspolitik, som er valgt indenfor din kommune/amt og som man politisk ønsker at tilbyde borgerne?

Hvordan er du blevet introduceret til den politik? Hvad synes du om den?

Hvad tror du formålet er med den?

Har den betydning for det daglige arbejde i afdelingerne? Hvilken?

Medarbejderne

Hvad er dit syn på medarbejderne?

Hvilke krav oplever du at dine medarbejdere stiller til dig som leder?

Hvordan ser du medarbejdernes rolle her på afdelingen?

Hvad er medarbejdernes rolle i forhold til kvalitetsstyring og udvikling?

Hvordan oplever du, at dine medarbejdere forstår kvalitetsudvikling?

Hvordan formidler du information og ny viden til medarbejderne?

Hvordan modtages det af medarbejderne?

Organisationen/hospitalet

Hvad er dit syn på organisationen/hvordan er det at arbejde på et hospital?

Hvordan oplever du at hospitalet som organisation tilpasser sig eksterne krav og forventninger?

Er der et hierarki mellem de forskellige afdelinger? Har det nogen betydning for kvalitetsstyringen og udviklingen på den enkelte afdeling?

Spørgsmål specifikt til afsnitslederen

Hvordan informerer du ny information til medarbejderne i afdelingen?

Hvordan implementerer i de mange forskellige udviklingstiltag?

Hvad opleves som svært/som positivt?

Hvordan bliver det fulgt op i dagligdagen?

Hvordan oplever du medarbejdernes holdninger til de mange forskellige nye ting som kommer?

Bilag 2.

Renis Likerts organisationsmodel

Likerts organisationsmodel er udviklet på baggrund af den participative motivationsteori og lederadfærd. Det er en model, hvor idéen er, at medarbejderen skal være involveret i alle beslutninger og supervisioner, som vedrører hver enkelt medarbejder på en eller anden måde. I denne ledelsesstil forudsætter det, at der er en kommunikation imellem samtlige niveauer i organisationen, og at der er en medarbejderinvolvering i både idé faser, fastsættelse af medarbejdernes målsætninger og det som involverer dem på en eller anden måde. Dette nødvendiggør, at der i organisationen er klare regler og procedurer, klare politikker og retningslinier, som kan forstås af alle. Alt dette betyder, at der i fællesskab skabes en vision for virksomheden. Likerts model er baseret på en moderne opfattelse af en virksomheds organisation. I modellen indgår de forskellige handlinger på den måde, at når man har arbejdet sig igennem de forskellige opgaver og er nået til de fælles fastsatte målsætninger, skal resultaterne "*fastfryses*" i den nye organisation, således at organisationen ikke kommer tilbage til det "*vi plejer"*. Det betyder i praksis, at man skal fastholde organisationen i et nyt energiledelsessystem. Det vil sige, at man skal stabilisere organisationen i en ny ligevægt med støttemekanismer, som positivt reinforcerer den nye måde at arbejde på, herunder at fastholde den nye organisationsstruktur.

Medarbejderne kan indgå i arbejdsgrupper, og derved selv være med til at skabe de nye forandringer. At opstille mål, indsamle og analysere de forskellige informationer som kommer, opstille hypoteser og komme med forslag til forandringer og ændrede strategier. Medarbejderne har således store muligheder for at kunne komme med input i en forandringsproces, og være tæt involveret i de forskellige synlige resultater, som der fortløbende vil komme (Likert, Renis, 1967, The Human Organization), (Gyldendal, 1974, Likert, Renis, The Human Organization).

Møder på Aalborg sygehus/Kardiologisk afdeling. **Bilag 3.1.**

Dato:	Sted:	Personale:	Formål:
Den 28. august 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelsen + Uddannelseschef + P.M. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 4. september 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelsen + uddannelseschef + afd.ledelsen/kardiologisk afd. + P.M. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 11. september 2002	Kardiologisk afd.	Afdelingsledelsen + A.F	Præsentation og information til afd. + planlægning af kommende møder.
Den 18. september 2002	Kardiologisk afd.	Afdelingsledelsen + overlæger + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 20. september 2002	Kardiologisk afd.	Oversygeplejerske + afd.sygeplejersker + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 28. september 2002	Kardiologisk afd.	Læger + plejepersonale + ledende sygepl. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 29. september 2002	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + plejepersonale + lægesekretærgruppen + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 16. november 2002	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + plejepersonale + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 3. marts 2003	Kardiologisk afd.	Overlæge + A.F.	Interview + studiedag.
Den 14. marts2003	Kardiologisk afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Interview + studiedag.
Den 16. april 2003	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag.
Den 12. maj 2003	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag.
Den 12. juni 2003	Kardiologisk afd.	Afdelingsledelsen + A.F.	Opfølgningsmøde + studiedag.
Den 4. november 2002	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag.
Den 12. december 2002	Kardiologisk afd.	Tværfagligt personale + A.F	Studiedag.
Den 4. februar 2003	Kardiologisk afd.	Afd.sygepl. + plejepersonale + A.F	Studiedag + seminar.
Den 6. april 2003	Uddannelses afd.	Udd.chef + A.F. + kvalitetskordinator.	Hospitalets kvalitetsafd.

Møder på Aalborg sygehus/Terapiafdelingen. **Bilag 3.2.**

Dato:	Sted:	Personale:	Formål:
Den 10. september 2002	Terapiafdelingen Syd	Afd.ledelsen + Uddannelseschef +Kvalitetskoordinator + udviklingsterapeut + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 18. september 2002	Terapiafdelingen Syd	Udviklingsterapeut + ledende terapeuter + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 19. september 2002	Terapiafdelingen Syd	Udviklingsterapeut + ledende terapeuter + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 27. september 2002	Terapiafdelingen Syd	Terapeuter + sekretærer + sosu.assistenter + beskæftigelsesvejledere + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 5. november 2002	Terapiafdelingen Nord	Fysioterapeuter + A.F	Præsentation + information om projekt.
Den 12. marts 2003	Terapiafdelingen Syd	Chefterapeut + A.F.	Interview.
Den 12. marts 2003	Terapiafdelingen Nord	Overlæge + A.F.	Interview.
Den 8. april 2003	Rebild vandrehjem	Afd.ledelse + udviklingsterapeut + ledende terapeuter + A.F.	Symposium vedr. afdelingsterapeuters kompetenceprofil + kvalitetsudvikling.
Den 4. juni 2003	Terapiafdelingen Nord	Ledende terapeut + A.F.	Interview + studiedag.
Den 4. juni 2003	Terapiafdelingen Nord	Ledende terapeut + A.F	Interview + studiedag.
Den 4. juni 2003	Terapiafdelingen Syd	Ledende terapeut + A.F	Interview + studiedag.
Den 9. september 2003	Terapiafdelingen Syd	Terapeuter + A.F	Studiedag.
Den 18. november 2003	Terapiafdelingen Syd	Terapeuter ? A.F.	Studiedag.

Møder på Amtssygehuset Roskilde/Neurologisk afdeling. Bilag 3.3.

Dato:	Sted:	Personale:	Formål:
Den 5. marts 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelse + P.M.+ A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 18. juni 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelse + Afd.ledelsen + Kvalitetskoordinator + P.M. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 30. oktober 2002	Neurologisk afd.	Afdelingsledelse + LSU + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 10. januar 2003	Neurologisk afd.	Plejepersonalet + ledelse + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 28. januar 2003	Neurologisk afd.	Læger + sekretærgruppen + terapeutgruppen + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 28. januar 2003	Neurologisk afd.	Tværfagligt personale + A.F.	Tværfagligt personalemøde fra afd.ledelsen om forslag til omstrukturering af afd.
Den 3. marts. 2003	Neurologisk afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Interview + studiedag.
Den 3. marts 2003	Neurologisk afd.	Overlæge + A.F:	Interview.
Den 18. marts. 2003	Neurologisk afd.	Plejepersonale + A:F.	Introduktion til afd. + studiedag.
Den 25. marts 2003	Neurologisk afd.	Afd.ledelsen + tværfagligt personalegruppe + A.F.	Tværfagligt personalemøde vedr. omstrukturering + studiedag
Den 26. marts 2003	Neurologisk afd. / akut afsnit.	Tværfagligt personale + A.F.	Studiedag.
Den 7. maj 2003	Neurologisk afd.	Afd.ledelsen + tværfagligt personale + A.F.	Tværfagligt personalemøde om kommende omstrukturering + studiedag.
Den 30. september 2003	Neurologisk afd.	Oversygeplejerske + tværfagligt personale + A.F.	Referatmøde om kommende omstrukturering + studiedag.

Bilag 3.4.

Møder på H:S Frederiksberg Hospital/Apopleksi klinikken

Dato:	Sted:	Personale:	Formål:
Den 14. juni 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelse + Afd.ledelse + P.M. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 3. september 2002	Apopleksi afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Præsentation + information om projekt + introduktion til afd.
Den 4. september 2002	Apopleksi afd.	Oversygeplejerske + afd. sygeplejerske + undervisnings sygepl. + udviklingssygepl. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 4. september 2002	Apopleksi afd.	Overlæger + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 5. september 2002	Apopleksi afd.	Plejepersonale + afd.sygepl. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 20. november 2002	Apopleksi afd.	Oversygeplejerske + afd.sygepl. + plejepersonale + A.F.	Præsentation + information om projekt + personalemøde.
Den 26. februar 2003	Apopleksi afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Interview + studiedag.
Den 26. februar 2003	Apopleksi afd.	Overlæge + A.F.	Interview.
Den 8. maj 2003	Apopleksi afd.	Afsnitsleder + A.F.	Informationsmøde + studiedag.
Den 20. maj 2003	Apopleksi afd.	Plejepersonalet + A.F.	Studiedag.
Den 23. juni 2003	Apopleksi afd.	Afsnitsleder + A.F.	Interview + studiedag.
Den 3. november 2003	Apopleksi afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Opfølgning på afdelingsbeskrivelser.

Bilag 3.5

Møder på H:S Frederiksberg Hospital/Psykiatrisk afdeling.

Dato:	Sted:	Personale:	Formål:
Den 14. juni 2002	Administrationsgangen	Sygehusledelse + Afd.ledelse + P.M. + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 24. september 2002.	Psykiatrisk afd.	Afd.ledelse + A.F	Præsentation + information om projekt + planlægning af møder.
Den 18. november 2002	Psykiatrisk afd.	Afd.ledelse + ledergruppe + A.F	Præsentation + information om projekt.
Den 23. januar 2003	Psykiatrisk afd.	Overlæge + LSU + A.F	Præsentation + information om projekt.
Den 10. marts 2003	Psykiatrisk afd.	Oversygeplejerske + A.F.	Interview + studiedag.
Den 10. marts 2003	Psykiatrisk afd.	Overlæge + A.F.	Interview.
Den 7. maj 2003	Psykiatrisk skadestue	Afdelingssygeplejersker + A.F	Præsentation + information om projekt.
Den 10. maj 2003	Psykiatrisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag
Den 28. maj 2003	Psykiatrisk dagafsnit	Plejepersonale + A.F.	Præsentation + information om projekt.
Den 29. maj 2003	Psykiatrisk dagafsnit	Afd.sygepl. + A.F.	
Den 17. juni 2003	Distriktspsykiatrisk ambulatorium	Ledende sygepl. + A.F.	Interview + studiedag.
Den 20. juni 2003	Psykiatrisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag
Den 22. juni 2003.	Psykiatrisk afd.	Afd.sygepl. + A.F.	Interview + studiedag.

TITLER I PH.D.SERIEN:

2004

1. Martin Grieger
Internet-based Electronic Marketplaces and Supply Chain Management

2. Thomas Basbøll
LIKENESS
A Philosophical Investigation

3. Morten Knudsen
Beslutningens vaklen
En systemteoretisk analyse of 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
– a Field Study of the Rise and Fall of a Bottom-Up Process

10. Knut Arne Hovdal
De profesjonelle 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 tillidsvalgtes fornyende rolle

28. Gitte Thit Nielsen
Remerger
– skabende ledelseskræfter 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
Virtuel Uddannelsespraksis
Master i IKT og Læring – et casestudie i hvordan proaktiv proceshåndtering kan forbedre praksis i virtuelle læringsmiljøer

34. Anika Liversage
Finding a Path
Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals

35. Kasper Elmquist Jørgensen
Studier i samspillet mellem stat og erhvervsliv i Danmark under 1. verdenskrig

36. Finn Janning
A DIFFERENT STORY
Seduction, Conquest and Discovery

37. Patricia Ann Plackett
Strategic Management of the Radical Innovation Process
Leveraging Social Capital for Market Uncertainty Management

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: Transactons 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 toposlære – fra statisk 'sted' til persuasiv aktivitet

11. Christian Moldt-Jørgensen
Fra meningsløs til meningsfuld evaluering.
Anvendelsen af studentertilfredshedsmålinger 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 sameksistens 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 informationsteknologi

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 forvaltningsrevisionens 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 aftaloriserede fabriksgulv

18. Kristian Jakobsen
Foreign market entry in transition economies: Entry timing and mode choice

19. Jakob Elming
Syntactic reordering in statistical machine translation

20. Lars Brømsøe Termansen
Regional Computable General Equilibrium Models for Denmark
Three papers laying the foundation for regional CGE models with agglomeration characteristics

21. Mia Reinholt
The Motivational Foundations of Knowledge Sharing

22. Frederikke Krogh-Meibom
The Co-Evolution of Institutions and Technology
– A Neo-Institutional Understanding of Change Processes within the Business Press – the Case Study of Financial Times

23. Peter D. Ørberg Jensen
OFFSHORING OF ADVANCED AND HIGH-VALUE TECHNICAL SERVICES: ANTECEDENTS, PROCESS DYNAMICS AND FIRMLEVEL IMPACTS

24. Pham Thi Song Hanh
Functional Upgrading, Relational Capability and Export Performance of Vietnamese Wood Furniture Producers

25. Mads Vangkilde
Why wait?
An Exploration of first-mover advantages among Danish e-grocers through a resource perspective

26. Hubert Buch-Hansen
Rethinking the History of European Level Merger Control
A Critical Political Economy Perspective

2009

1. Vivian Lindhardsen
From Independent Ratings to Communal Ratings: A Study of CWA Raters' Decision-Making Behaviours

2. Guðrið Weihe
Public-Private Partnerships: Meaning and Practice

3. Chris Nøkkentved
Enabling Supply Networks with Collaborative Information Infrastructures
An Empirical Investigation of Business Model Innovation in Supplier Relationship Management

4. Sara Louise Muhr
Wound, Interrupted – On the Vulnerability of Diversity Management

5. Christine Sestoft
Forbrugeradfærd i et Stats- og Livsformsteoretisk perspektiv

6. Michael Pedersen
Tune in, Breakdown, and Reboot: On the production of the stress-fit self-managing employee

7. Salla Lutz
Position and Reposition in Networks – Exemplified by the Transformation of the Danish Pine Furniture Manufacturers

8. Jens Forssbæck
Essays on market discipline in commercial and central banking

9. Tine Murphy
Sense from Silence – A Basis for Organised Action
How do Sensemaking Processes with Minimal Sharing Relate to the Reproduction of Organised Action?

10. Sara Malou Strandvad
Inspirations for a new sociology of art: A sociomaterial study of development processes in the Danish film industry

11. Nicolaas Mouton
On the evolution of social scientific metaphors:
A cognitive-historical enquiry into the divergent trajectories of the idea that collective entities – states and societies, cities and corporations – are biological organisms.

12. Lars Andreas Knutsen
Mobile Data Services:
Shaping of user engagements

13. Nikolaos Theodoros Korfiatis
Information Exchange and Behavior
A Multi-method Inquiry on Online Communities

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

15. Maja Lotz
The Business of Co-Creation – and the Co-Creation of Business

16. Gitte P. Jakobsen
Narrative Construction of Leader Identity in a Leader Development Program Context

17. Dorte Hermansen
"Living the brand" som en brandorienteret dialogisk praxis:
Om udvikling af medarbejdernes brandorienterede dømmekraft

18. Aseem Kinra
Supply Chain (logistics) Environmental Complexity

19. Michael Nørager
How to manage SMEs through the transformation from non innovative to innovative?

20. Kristin Wallevik
Corporate Governance in Family Firms
The Norwegian Maritime Sector

21. Bo Hansen Hansen
Beyond the Process
Enriching Software Process Improvement with Knowledge Management

22. Annemette Skot-Hansen
Franske adjektivisk afledte adverbier, der tager præpositionssyntagmer indledt med præpositionen à som argumenter
En valensgrammatisk undersøgelse

23. Line Gry Knudsen
Collaborative R&D Capabilities
In Search of Micro-Foundations

24. Christian Scheuer
Employers meet employees
Essays on sorting and globalization

25. Rasmus Johnsen
The Great Health of Melancholy
A Study of the Pathologies of Performativity

26. Ha Thi Van Pham
Internationalization, Competitiveness Enhancement and Export Performance of Emerging Market Firms:
Evidence from Vietnam

27. Henriette Balieu
Kontrolbegrebets betydning for kausativalternationen i spansk
En kognitiv-typologisk analyse

2010

1. Yen Tran
Organizing Innovationin Turbulent Fashion Market
Four papers on how fashion firms create and appropriate innovation value

2. Anders Raastrup Kristensen
Metaphysical Labour
Flexibility, Performance and Commitment in Work-Life Management

3. Margrét Sigrún Sigurdardottir
Dependently independent
Co-existence of institutional logics in the recorded music industry

4. Ásta Dis Óladóttir
Internationalization from a small domestic base:
An empirical analysis of Economics and Management

5. Christine Secher
E-deltagelse i praksis – politikernes og forvaltningens medkonstruktion og konsekvenserne heraf

6. Marianne Stang Våland
What we talk about when we talk about space:
End User Participation between Processes of Organizational and Architectural Design

7. Rex Degnegaard
Strategic Change Management
Change Management Challenges in the Danish Police Reform

8. Ulrik Schultz Brix
Værdi i rekruttering – den sikre beslutning
En pragmatisk analyse af perception og synliggørelse af værdi i rekrutterings- og udvælgelsesarbejdet

9. Jan Ole Similä
Kontraktsledelse
Relasjonen mellom virksomhetsledelse og kontraktshåndtering, belyst via fire norske virksomheter

10. Susanne Boch Waldorff
Emerging Organizations: In between local translation, institutional logics and discourse

11. Brian Kane
Performance Talk
Next Generation Management of Organizational Performance

12. Lars Ohnemus
Brand Thrust: Strategic Branding and Shareholder Value
An Empirical Reconciliation of two Critical Concepts

13. Jesper Schlamovitz
Håndtering af usikkerhed i film- og byggeprojekter

14. Tommy Moesby-Jensen
Det faktiske livs forbindtlighed
Førsokratisk informeret, ny-aristotelisk ἦθος-tænkning hos Martin Heidegger

15. Christian Fich
Two Nations Divided by Common Values
French National Habitus and the Rejection of American Power

16. Peter Beyer
Processer, sammenhængskraft og fleksibilitet
Et empirisk casestudie af omstillingsforløb i fire virksomheder

17. Adam Buchhorn
Markets of Good Intentions
Constructing and Organizing Biogas Markets Amid Fragility and Controversy

18. Cecilie K. Moesby-Jensen
Social læring og fælles praksis
Et mixed method studie, der belyser læringskonsekvenser af et lederkursus for et praksisfællesskab af offentlige mellemledere

19. Heidi Boye
Fødevarer og sundhed i senmodernismen
– En indsigt i hyggefænomenet og de relaterede fødevarepraksisser

20. Kristine Munkgård Pedersen
Flygtige forbindelser og midlertidige mobiliseringer
Om kulturel produktion på Roskilde Festival

21. Oliver Jacob Weber
Causes of Intercompany Harmony in Business Markets – An Empirical Investigation from a Dyad Perspective

22. Susanne Ekman
Authority and Autonomy
Paradoxes of Modern Knowledge Work

23. Anette Frey Larsen
Kvalitetsledelse på danske hospitaler
– Ledelsernes indflydelse på introduktion og vedligeholdelse af kvalitetsstrategier i det danske sundhedsvæsen

TITLER I ATV PH.D.-SERIEN

1992
1. Niels Kornum
Servicesamkørsel – 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

2009

1. Torkild Leo Thellefsen
Fundamental Signs and Significance-effects
A Semeiotic outline of Fundamental Signs, Significance-effects, Knowledge Profiling and their use in Knowledge Organization and Branding

2. Daniel Ronzani
When Bits Learn to Walk Don't Make Them Trip
Technological Innovation and the Role of Regulation by Law in Information Systems Research: the Case of Radio Frequency Identification (RFID)

2010

1. Alexander Carnera
Magten over livet og livet som magt
Studier i den biopolitiske ambivalens