Akkreditering
og
klinisk praksis

En STS-analyse af forandring

Anne Hatting

Juni 2007

Ph.D afhandling, Institut for Samfund og Globalisering.
Roskilde Universitetscenter

INDHOLDSFORTEGNELSE

SUNDHEDSVÆSEN, ORGANISATIONSTEORI OG FORANDRINGER - FORORD 11

ABSTRACT IN ENGLISH 13

KAPITEL 1 INTRODUKTION OG PROBLEMSTILLING 16

1.1 Introduktion 16

1.2 Problemfelt 19

1.2.1 Kvalitet 19

1.2.2 Akkreditering 21

1.2.3 Hospitalet - vidensintensive arbejdsprocesser 24

1.2.4 Forandring og systematiserede metoder til kvalitetssikring og -udvikling 26

1.2.5 Udvikling af organisationsteoriens forståelse af praksis. 28

1.2.6 Indblik i praksis med et pragmatisk blik. 29

1.3 Problemstilling, arbejdsspørgsmål og hypoteser. 30

1.4 Afhandlingens struktur 33

DEL I TEORI 37

KAPITEL 2 FORANDRINGER I ORGANISATIONER 38

2.1 Indledning. 38

2.2 Teorier om forandring i organisationer. 38

2.2.1 Tidlig, klassisk organisationsteori. 39

2.2.2 Begrænset rationalitet. 41

2.2.3 Organisationsteorien og teorier om forandring. 42

2.3 Forandring af arbejdsprocesser. 43

2.3.1 Forandringsprocesser styret ved planlægning. 44

2.3.1.1 Meningsfuldt arbejde og synlig indsats 44

2.3.1.2 Faser. Tekniske metoder og personlige behov 45

2.3.1.3 Sociale behov - symboler. 49

2.3.1.4 Opsamling om planlægning, fasemodeller og rationalitet 50

2.3.2 Fornuft og struktur eller symbol og proces? Både plan og emergens. 50

2.3.2.1 Organizing 52

2.3.2.2 Enactment 59

2.3.2.3 Organisatorisk sensemaking. 62

2.3.2.4 Avoided tests. Begrænsninger. 66

2.3.2.5 Sensemaking i organisationer? 67

2.3.3 Forståelse af forandringer som emergerende forløb. 70

2.4 Forandring af arbejdsprocesser. Plan og emergens. Afrunding. 70

KAPITEL 3 FRA SENSEMAKING TIL FORHANDLET ORDEN 72

KAPITEL 4 ARBEJDSPROCESSER 74
4.1 Arbejdsprocesser - Handlinger i kontekst. 74
4.1.1 Handlinger i kontekst. Det uopdelelige handlingsforløb 74
4.1.2 Viden, den synlige og tavse viden. 79
4.1.3 Repræsentation og kontrol 82
4.1.4 Opsamling 83
4.2 Håndtering af objekter i praksis. Hvordan kan man udforske virkeligheden? . 84
4.2.1 Rhizomet - et netværk. 84
4.2.2 Etnografiske studier af praksis. En STS/ANT tilgang 86
4.2.3 Handlinger i praksis. Enactment. 94
4.2.4 Genstanden for forskningen. 96
4.2.5 Multiplicitet og mangefoldethed. 99
4.2.6 Flere sandheder 105
4.3 Opsamling om handlinger i kontekst og håndtering af objekter i praksis samt udforskning af virkeligheden 107
KAPITEL 5 PROFESSIONELLE - JURISDIKTION OG KERNEYDELSER .. 109
5.1 Oplæring i en profession. Kollektiv identitet. 110
5.1.1 Professioner. Institutionalisering af ekspertise 110
5.1.2 Professionelles handlinger i STS/ANT-tilgang. 111
5.1.3 Uddannelse. 111
5.1.4 Om fordele og ulemper ved den kollektive identitet i professioner. 113
5.2 Kerneydelser og kamp om jurisdiktion. 113
5.2.1 Jurisdiktion - retten til at definere aktiviteter, og hvad der er rigtigt og forkert. 113
5.2.1.1 Professioner - et interaktionistisk perspektiv. 114
5.2.1.2 Den lægefaglige profession 114
5.2.1.3 Sygeplejeprofessionen 117
5.2.1.4 Opsamling. 121
5.2.2 Den professionelle kerneydelse. 122
5.2.2.1 Den kliniske beslutningsproces 123
5.2.2.2 Processerne i klinisk praksis. Handling. 125
5.2.2.3 Akademisk viden, jurisdiktion og brud på normerne. 126
5.2.2.4 Opsamling om den professionelle kerneydelse - en multiplicitet? 129
5.3 Afsluttende om professionelle 130
KAPITEL 6 KLASSIFIKATIONS- OG STANDARDSYSTEMER 133
6.1 Indledning - et teoretisk grundlag for forståelse af akkrediteringssystemer .. 133
6.2 Akkreditering - et TQM-system. 134
6.2.1 Fællesskab om tanker og idéer. Community of inquiry. 134
6.2.2 Kvalitetskultur og -holdninger 135
6.2.3 Et styrende informationssystem. Accounting 139
6.2.4 Audit 140
6.2.5 New Public Management og TQM 143
6.2.6 Kvalitetssikring og audit. Systemernes dominans 144
6.2.7 Styring af kvalitetsstyring. 145

6.2.8 Afrunding....146
6.3 Akkreditering - et standard- og klassifikationssystem. 146
6.3.1 Standarder i akkrediteringssystemerne. 147
6.3.2 Standarder og klassifikationer. Antagelser og definitioner. 148
6.3.3 Verden formes af standarder og klassifikationer....149
6.3.4 Standarder....151
6.3.4.1 Hvad er en standard? Valg, som kunne have været anderledes....152
6.3.4.2 Hvordan fungerer standarder?....153
6.3.4.3 Afrunding vedr. standarder....157
6.3.5 Klassifikationer....157
6.3.5.1 Forhandlet orden....157
6.3.5.2 Klassifikationers afhængighed af materialitet....159
6.3.5.3 Registreringskultur - kontrolstrategi. 160
6.3.5.4 Repræsentation af virkeligheden. 162
6.3.5.5 Klassifikationer er afhængig af praksis. 165
6.3.5.6 Viden og orden via standard- og klassifikationssystemer. 168
6.3.5.7 Opsamling om akkrediteringssystem som klassifikationssystem 169
6.4 Akkrediteringssystemer - repræsentation af arbejdsprocesser. 169
6.4.1 Klassifikations- eller akkrediteringssystemer som boundary objekter....171
6.4.1.1 Boundary objekter i forhold til forandring. 172
6.4.1.2 Boundary objekter og multipliceret virkelighed. 175
6.4.1.3 Hvad betyder grænser? 177
6.4.2 Akkrediteringssystemer som infrastruktur. 178
6.4.2.1 Infrastrukturen findes i relationen. 179
6.4.2.2 ICD-systemets infrastrukturelle træk 182
6.4.2.3 Nursing Interventions Classification, NIC. 182
6.4.2.4 Glemsel og etablering af sandheder....185
6.4.2.5 Afrunding om skabelse af infrastruktur....186
6.4.3 At bruge et akkrediteringssystem. En infrastruktur i funktion....186
6.4.3.1 At skabe input til systemet. 187
6.4.3.2 At benytte registreringer. 188
6.5 Afrunding: Akkrediteringssystem - viden, orden og infrastruktur.... 192
KAPITEL 7 FORANDRING I ORGANISATIONER. EMERGENS OG PLAN 195
7.1 Mikroniveauet - arbejdsprocesserne i en organisation. 197
7.1.1 Plan og emergens 197
7.1.2 Interaction. Sameksistens/ multiplicitet....200
7.1.3 Situeret handling....203
7.1.4 Infrastruktur og videns- og ordenssystemer mødes. 204
7.2 Makroniveau. Kvalitetskontrol i en New Public Management-tid.... 205
7.3 Forandring på flere niveauer. Emergens i et interaktionistisk og pragmatisk perspektiv.... 208
7.3.1 Analyseform 208
7.3.2 Give svar eller stille spørgsmål. Tænke multiplicitet....210
7.3.3 Afrunding om udforskning af forandringer 212
KAPITEL 8 FELTSTUDIER.... 213

8.1 I hvilken type felt søger forskeren efter forandringsprocesserne? 213
8.2 Arbejdsprocessen vedr. skabelse af afhandlingen 215
8.3 At udforske forandring i arbejdsprocesser 216
8.3.1 Begrebsliggøre og 'se' processer 218
8.3.2 Iagttagelse af processer 218
8.4 Hvad foretager den etnografiske organisationsforsker sig i feltet? 220
8.4.1 "Vi tager af sted, vi lytter, vi lærer" (Latour, 1996) 220
8.4.2 At se handlinger, enacte studieobjekter og skrive historier 221
8.5 Den formidlede adgang til praksis. Dokumenter og andet materiale. 223
8.5.1 At skabe dokumenter 224
8.5.2 At inddrage dokumenter i observationsmaterialet. 225
8.6 Den formidlede adgang til praksis. Interview. 228
8.6.1 Faren ved ordene. Abstrakt og konkret. 229
8.6.2 Spørge til handlinger, for at få indblik i praksis.: 230
8.6.3 Min metode. 232
8.6.4 Et samlet felt. 233
8.7 Om skriveform og reflexivitet. 233

DEL II EMPIRISK ANALYSE 236

KAPITEL 9 AKKREDITERING MØDER PROFESSION 237
9.1 Indledning 237
9.2 Analyse af forandringer i praksis. 240
9.3 Akkreditering i et professionelt system - et møde mellem forskellige 'typer' af viden og orden 242
9.4 Akkreditering i et professionelt system - et møde mellem forskellige 'typer' infrastruktur 243

KAPITEL 10 VIDEN - EN RÆKKE BERETNINGER 244
10.1 Viden om patientsikkerhed og optimale organiseringsformer *møder* sundhedsfaglig viden. 244
10.1.1 Teoretisk indledning om viden i de to systemer 244
10.1.2 Styrende spørgsmål 245
10.2 Personalestyring. Beretning om kompetencer og viden. 246
10.2.1 Dokumentation for uddannelse 246
10.2.2 Form og signalværdi 247
10.3 Legetøjsrengøring og køleskabstemperatur møder kerneydelse. 250
10.4 Videnskabelighed, evidens. 252
10.4.1 Effekten af akkreditering 252
10.4.2 Forskellige professionsinteresser 253
10.4.3 Kerneydelsen 254
10.4.4 Afrunding 255

10.5 Tavs viden og professionsparadigmer. 256
10.5.1 Aktivere patientens humoristiske sans. 256
10.5.2 Erfaring - den tavse viden. 256
10.6 Tilstedeværende viden. Synlig eller tavs? 259
10.6.1 At synliggøre det kendte 259
10.6.2 Et fælles sprog 260
10.6.3 Dokumentation af viden og videnskabelige principper. 260
10.6.4 Synlighed er et spørgsmål om trend. 261
10.7 Afrunding om viden 262
KAPITEL 11 ORDEN - EN RÆKKE BERETNINGER 264
11.1 Forskellige former for orden i hverdagen. Et møde mellem den kliniske praksis og metoder til kvalitetssikring. 264
11.1.1 Orden i akkrediteringssystemet 264
11.1.2 Orden i det professionelle system 266
11.1.3 Styrende spørgsmål 268
11.2 Fra lokal selvstændighed og mundtlighed til fællesskab og skriftlighed. 268
11.2.1 Kvalitetshåndbogen 269
11.2.2 Ensrettethed og transparens. 273
11.3 Magten til af definere. 278
11.3.1 Døren. En beretning om boundary objekter og magten til at definere arbejdsprocesser. 278
11.3.2 Armbånd og ensrettede procedurer. En beretning om nye handlemuligheder. 280
11.3.3 Medarbejderudviklingssamtaler, MUS. En beretning om ny legitimitet til en opgave. 280
11.3.4 Ensartede procedurer og kompetencer. Om legitimitet til forandring og magt til at definere. 281
11.3.5 Epikriser til tiden. Magt til at definere - løsning af en tværfaglig problemstilling. 283
11.4 Medicin 284
11.4.1 Den multiple medicinhåndtering. 285
11.4.2 Sikkerhed 286
11.4.3 Medicinskemaer 287
11.4.4 Information 289
11.4.5 Professionel praksis 290
11.4.6 Afrunding 291
11.5 Rutinemæssig kontrol 292
11.5.1 Apparaturtjek og andre kontroller. 292
11.5.2 Datomærkning og underskrift 293
11.6 Detaljer. No Shit Sherlock 294
11.6.1 Vandkander 295
11.6.2 Kanylespande. 295
11.6.3 Orden i lokalerne 296
11.6.4 Laminerede opslag og skilteskov. 296
11.6.5 Information til patienterne. Autotekst i journalsystemet. 298

11.6.6 Afrunding om detaljer 300
11.7 Dokumenter og orden. 300
11.7.1 Fællesskab 300
11.7.2 Synlighed. Blækket var ikke tørt endnu 301
11.7.3 At få lært en tankegang 302
11.7.4 Orden i kommunikation og dokumentation 303
11.7.5 Afrunding 304
11.8 Kliniske beslutninger. Jurisdiktion 304
11.8.1 Om jurisdiktion og kliniske beslutninger 305
11.8.2 Et ambulatoriebesøg - en undersøgelsesguide. 306
11.8.3 En stuegang uden spørgeguide. 307
11.8.4 At stille en diagnose med støtte i procedurebeskrivelser. 307
11.8.5 Analyseskemaet for laboratorieundersøgelser 309
11.8.6 Struktur og konkrete anvisninger. Dokumentation i kontekst. 309
11.8.7 Afrunding om professionel jurisdiktion og kliniske beslutninger 310
11.9 Tankegang og ledelsesredskab 311
11.9.1 Sproget 311
11.9.2 Et boundary objekt ? 312
11.9.3 Formen er ikke ligegyldig 313
11.9.4 Sprogets magt. 314
11.9.5 Multiplicitet 317
11.9.6 Community of inquiry 319
11.9.7 Opsummering om tankegang. Multiplicitet og sprog 320
11.10 Afrunding om forskellige former for orden i praksis. 321
KAPITEL 12 INFRASTRUKTUR - EN RÆKKE BERETNINGER 323
12.1 Infrastrukturer mødes - et netværk udbygges. 323
12.1.1 Indledning om teoretisk baggrund 323
12.1.2 Styrende spørgsmål i analysen: 324
12.2 Dokumentering. 326
12.2.1 Etablering af fællesskaber. 326
12.2.2 Materialisering af standarderne 329
12.2.3 Manualer 331
12.2.4 Skilte og opslag. 332
12.2.5 Fra tekst til praksis. Konvergens? 334
12.2.6 Afrunding 335
12.3 Den eksterne kontrol 336
12.3.1 Akkrediteringsforløbet. Arbejdsgang og metoder. 337
12.3.2 Forberedelser til survey-besøg fra akkrediteringsorganisationen 339
12.3.3 Survey-besøg. 341
12.3.3.1 Eksamen. 342
12.3.3.2 Ironisk distance 344
12.3.3.3 Det bliver målt, om vi har sat vores underskrift" 345
12.3.3.4 Blækket på procedurebeskrivelserne var ikke tørt endnu 347
12.3.3.5 Surveyor'e / inspektorer på besøg. 348
12.3.3.6 Skønmaleri - eller udfordringer 350

12.3.4 Afrunding - vedr. den eksterne kontrol. 351
12.4 Audit. Formaliseret kontrol 351
12.4.1 At gøre kvaliteten målelig og rapporteringsbar. 352
12.4.2 Styring eller professionel nysgerrighed? 355
12.4.3 Dokumentering. Regler - er kun begyndelsen. 357
12.4.3.1 Kan man nå det hele? 358
12.4.3.2 Refleksioner bag en underskrift. 362
12.4.3.3 At auditere, særligt i patientjournaler. 364
12.4.3.4 Risiko og dokumentering. 367
12.4.3.5 Opsummering om audit 369
12.5 Afrunding om infrastruktur. 370
12.5.1 Infrastrukturer, der er synliggjorte via afdækning af sammenbrud. 371
12.5.2 Et blik med fokus på accounting, institutionalisering af ekspertise. 372
12.5.3 Et blik på aktiverende relationer. 373
12.5.4 Et blik på praksis med fokus på kvalitetsholdninger. 373
KAPITEL 13 KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING 375
13.1 Forandringer betragtet gennem en sfære af viden, orden og infrastruktur. 377
13.1.1 Viden - et spørgsmål om magt til at definere, og om legitim viden. 377
13.1.2 Orden - et spørgsmål om legitimitet og landkort/ sandheder. 380
13.1.3 Infrastruktur - et spørgsmål om institutionalisering af ekspertise, relationer og accounting. 384
13.1.4 Analysemodellen - viden, orden og infrastruktur 389
13.2 Forandring af arbejdsprocesser. Hvad sker der i praksis, når akkrediteringsstandarder møder sundhedsprofessioner? 391
13.2.1 Kontrol og fornyelse kan ikke forenes 391
13.2.2 Forandringsprocesser kræver både planer og emergenstænkning. 393
13.2.3 Work-arounds (og ignorance). Betyder det noget? 396
13.3 Besvarelse af problemstilling og hypoteser 397
13.4 Refleksioner over teori og metode. 400
13.4.1 Organisationsanalyse i et STS/ANT perspektiv. 400
13.4.2 Etnografisk feltanalyse og den tætte beretning 403
13.5 Perspektiver 406
13.5.1 Studier af forandringer inden for sundhedsvæsenet 407
13.5.2 Kvalitetssystemer. Holdningspåvirkning 409
13.5.3 Udvikling af forskningsmetoder med en STS- tilgang 412
DEL III BILAG 414
ANVENDT LITTERATUR 415
BILAG A H:S STANDARDER VEDR. KVALITETSSTYRING OG UDVIKLING 425
BILAG B H:S STANDARDER FOR ANVENDELSE AF LÆGEMIDLER 430

BILAG C KISS AKKREDITERINGSPROGRAM 440

BILAG D INTERVIEWGUIDE 443

SUNDHEDSVÆSEN, ORGANISATIONSTEORI OG FORANDRINGER - FORORD

Teori og praksis - begge områder har altid haft en plads i mit arbejde, det sidste mere end det første. Men for en tid har der været byttet om, og jeg har haft mulighed for at gennemføre det forskningsprojekt, der afsluttes med denne afhandling. Sundhedsvæsenet er mit arbejdsfelt - organisationsteori er mit udgangspunkt, og forandringer min forskningsmæssige interesse.

Engang var det effektivitetsbegreber, der prægede debatten om forandringer i den offentlige sektor, og i 1999 tog jeg til USA for at studere effektivitet i sundhedsvæsenet dér. I Boston ved Harvard University mødte jeg en særlig form for effektivitetsarbejde, kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, ikke et ukendt begreb i Danmark på det tidspunkt, men heller ikke særligt udbredt. På hospitalerne i Boston, hvor jeg søgte viden om effektivitet og diagnoserelaterede grupper (DRG), fik jeg indblik i, hvad det vil sige at blive akkrediteret af 'Joint Commission' - det var en pligt, uden akkreditering var det vanskeligt at drive hospital. Ved universitetets HMO (Health Maintenance Organisation) var man i gang med at opbygge en kvalitetsorganisation, med inddragelse af en række teknikker hentet fra industrien, med et udgangspunkt i at fokusere på den gode kvalitet og lære af den, og med ildsjæle til at forestå arbejdet. En af dem var lægen Donald Berwick og kvalitetsorganisationen har siden udviklet sig til det, der i dag er Institute for Healthcare Improvement, en stærk aktør når det gælder kvalitetsarbejde af enhver art i USA.

Hjemme igen var det især kvalitetsarbejdet, jeg havde lært nyt om, og det har været en del af mit arbejdsgrundlag lige siden, først og fremmest i *praksis* i det danske sundhedsvæsen. Derfor var det nærliggende for mig at tage dette emne op, da jeg fik mulighed for at forske på fuld tid.

Naturligt var det også at udfordre den *organisationsteori,* jeg havde undervist i, og som jeg ofte fandt var i modstrid med den praksis, jeg kendte. Min indledende søgefase bragte mig en del omkring i det teoretiske felt, jeg havde en idé om, hvad jeg ledte efter - jeg søgte en tænkning, der tog de problemer op, som jeg kendte fra praksis - og fandt det i teorierne om aktør-netværk og STS. En ny verden blev åbnet - at komme ind i den, skulle vise sig at være en stor udfordring. Heldigvis har jeg haft gode inspiratorer og vejledere undervejs.

Først og fremmest min Ph.D-vejleder, professor Birgit Jæger, som har introduceret mig til aktør-netværks-teori og dermed STS, og tålmodigt har fulgt mine idéer, hjulpet med at strukturere dem og inspireret til bestandigt flere udfordringer, ofte med det meget enkle spørgsmål "hvad mener du egentlig med det?". Tak for det, Birgit. Også tak til professor Peter Bogason, der opfordrede mig til at gå i gang, inspirerede mig med sin forskning i pragmatisme og introducerede mig til Yale University's School of Manage-

ment, hvor jeg opholdt mig i foråret 2004. Her kunne jeg genoptage mine studier i det amerikanske sundhedsvæsen, nu primært med fokus på forandringer og akkrediteringsmetoder, dels hos min vært, professor i public policy Theodore Marmor, som er en af de førende eksperter i amerikansk sundhedsvæsen, dels på universitetshospitalet, hvor jeg opholdt mig i et stykke tid for at studere akkreditering i praksis. Under mit ophold i USA besøgte jeg også forfatterne til en af de bøger, der har været den introducerende og ledende litteratur i mit projekt, professorerne Geof Bowker og Leigh Star (nu Santa Clara University), som med stor imødekommenhed svarede på mine spørgsmål om forskningsmetoder og standardsystemer. Jeg tog også til akkrediteringsorganisationen Joint Commission i Chicago, hvor jeg igen fik nogle udbytterige samtaler, her om arbejdsmetoderne og målene for organisationens internationale afdeling. Tak til dem alle.

Den organisationsteoretiske udfordring, jeg tog op, handlede dels om forandringer, dels om forskningsmetoder, hvor der er stigende interesse for studier af og i praksis. Det er her, jeg giver mit bidrag, idet jeg har valgt at følge arbejdet med at implementere akkrediteringssystemer på nogle danske hospitaler, og gøre det ud fra en STS-tænkning. I det daværende Sønderjyllands Amt og Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvor man gennemførte akkreditering, fik jeg min gang på flere af hospitalerne i et par år - ikke hver dag, men en gang imellem. På fire hospitaler har jeg fulgt arbejdet i perioder, stillet mange spørgsmål og interviewet ledere og personale. Jeg har prøvet at indfange forandringerne med etnografiske feltstudier som den metodiske baggrund. De fleste fandt det interessant at få besøg af en, der ville "studere dem som en stamme", som de sagde - udtrykket var ikke mit - og de lod mig følge sig næsten overalt. De var interesserede, ikke bare i min metode: "Får du noget ud af det?", men også i en dialog om praksis: "Kom her, du skal se noget?" eller "Hvad mener du om vores systemer?" Jo - jeg fik rigtig meget ud af det. Stor tak til alle mine tålmodige værter på afdelingerne i Sønderborg og Haderslev, på Hvidovre hospital og Rigshospitalet - ingen nævnt, ingen glemt.

Når vejlederen og personalet på hospitalerne har givet sit, og jeg stadig har undret mig eller fået nye idéer, er det sket ikke så sjældent, at min familie har måttet lægge ører til oplevelser, problemer og tanker. Jakob, Christian og Morten har været mine trofaste støtter, de har inspireret, diskuteret, lært noget om konstruktioner, lokale sandheder, STS og akkreditering, og løst tekniske problemer - tak for medspil og modspil om mine mange idéer, for tålmodighed og hjælpsomhed i stort og småt gennem flere år.

Institut for Samfund og Globalisering (og det tidligere Institut for Erhvervsøkonomi og Samfundsvidenskab) ved RUC, har været min base under hele forløbet. Her har mange gode kolleger fulgt mit projekt og været parat til en snak om, hvad jeg nu måtte have brug for. Tak til jer, der har inviteret til spændende møder og diskussioner, og har inspireret til mit arbejde på mange forskellige måder.

ABSTRACT IN ENGLISH

There is a growing awareness of a gap between the worlds of theory and practice within the field of organizational thinking, particularly when it comes to organizational change. Scholars are looking for methods to study practice and practitioners are looking for theories reflecting the real world and the problems they experience. Why is there no overarching paradigm for change?, is a question often asked.

Organisations in the public sector in Denmark, among which are the hospitals, have experienced an endless stream of changes through many years, mainly aimed at improving effeciency, effectivenes and quality. This dissertation addresses quality improvement and organizational change, generally considered to be inseparable. In spite of strong efforts to produce guidelines for change projects, strategies and plans are often said to fail.

But is there such a thing as a failing project? I find that this way of thinking about 'failing to fullfill plans' reflects a *modern* approach to research, a conception of the world as real and thruth as something objective, i.e. a rationalistic mode of thinking about relations between subjects and objects, stimulus and response.

With a pragmatistic, interactionistic approach the concept of change and success migth be different. This approach will allow thinking of change as emerging and more or less out of control. Thinking of the world as real in context only and truth as a local phenomenon opens up a different way of making theory and hence a different way of thinking about the relations between theory and practice. In the field of Science and Technology Studies researchers focus on practice, this is the very idea, no theory without practice and no practice without theory.

This dissertation is based on field studies in danish hospitals, where accreditation systems for quality and patient safety have been implemented.

Accreditation systems are Total Quality Management Systems and as such designed to be top-down governed and demanding strong leadership. They are aimed at changing the culture in the organization, making everybody 'think of good quality' in their work, which -in traditional wisdom - is assumed to be particularly difficult in a knowledge intensive organization as a hospital, where the medical professions are predominant.

Introducing an STS thinking around an accreditation system means to consider it as a mediator of knowledge of good quality, a powerful constructor of order and a more or less visible boundary object and working infrastructure.

When studying change in a STS-perspective the keywords are organizing, multiplicity, and difference, and a mediated access to what is supposed to be reality. In this study the implementation of the accreditation systems has been studied as a meeting be-

tween two spheres, the medical professions and the standards for good quality. The case story is constructed as a collection of stories about the three theoretically defined essential characteristics in standards and classification systems and hence also in accreditation systems - 'knowledge', 'order', and 'infrastructure', reflecting important actions in practice. It is taken to be just one of many possible approaches, meaning that the stories are true in the context, illustrating how medical professional work is changing.

Focusing on each of the separate features of the accreditation system I present the following results about the meeting between the two spheres:

Getting knowledge of crossdepartemental processes is a subject, which appears to be rather welcomed. Some but far from all physicians think that the knowledge about quality embedded in the accreditation system is useful in respect to improve the quality of the clinical practice in the hospital. Many nurses find that the concept of standards is familiar and consider the implementation an improvement offering new ways of sorting and combining things that have to be done in order to run the hospital in a safe way. New collections of documents are gathered in the offices or in the computer system.

Managers and professionals dedicated to the quality work can use the accreditation system as a legitimizing tool to ask questions and discuss clinical practice and impose procedures and guidelines, aimed to be used by everyone. But introducing new procedures is not equivalent to these procedures actually being used in practice. What in many ways seems to be surface order might be chaos underneath, not implying that things don't work, that clinical practice is unsafe, since clinical work may be done in many ways.

Looking for change in the infrastructure is a tricky task, if one assumes that infrastructure is not manifest but only to be found in relations, usually embedded in practice and only visible when it breaks down. In the context of this dissertation, to focus on infrastructure means to think of practice as asserted in texts for procedures and guidelines, of accountability expressed by documentation and audit. Interest is in form rather than substance.

I have found that the majority of the medical professionals have a pragmatic approach to the changes in the infrastructural traits as far as new texts in computers, books and posters on the walls are concerned. Some find it useful, some think of it as superfluous and find that it has nothing to do with their own job and practice.

In summary I have found that doing field studies within a STS-approach, giving voice to practice has produced a multiple picture, some might say fragmented, but that is exactly the point. In a pragmatic thinking the truth is local, and the researcher and the objects of the research can enact or produce some stories, in this case stories about change. In context people know what works. My conclusion is a relational truth, which

anyway may mirror other practices and communities, and inspire to reflexitivity and activities in connection with diverse change processes.

The most prominent conclusions from my research could be formulated in the following points:

- When wanting to change professional work processes one must focus on either control or development. Combined goals produces mixed messages and seem to produce confusion. One cannot combine it succesfully, one cannot unite two messages or two goals within one project.
- Change processes requires both rational thinking, manifested in plans and expectations of fulfilling these plans, and emergence thinking where chaos or lack of coherence between stimulus and response is accepted
- Workarounds seem to be an integral part of implementation of any system. It should be expected that practice will be disturbed and renewed in some way or another. But research into the success of a change stimulus will never result in more than a view into some reality, where something seems to have changed. One cannot conclude unambiguously about best practices, success or failure.

What I can do is telling about the practice I have found in an interacting process with the field. The stories are not mine, but ours, enacted by the researcher and the medical professionals in the hospitals. They are true, but there might be other stories evenly true - this is multiplicity thinking. I can ask questions, which is what interactionistic social science research should be about according to Anselm Strauss. This I believe is also the idea in STS. In this respect I am in line with L. Star and G. Bowker. from whom I have learned about standards and classification systems and hence about knowledge, order and infrastructure as possible essential features in accreditation projects.

KAPITEL 1 INTRODUKTION OG PROBLEMSTILLING

1.1 Introduktion

"Er der overhovedet sammenhæng mellem teori og praksis, når det gælder implementering af større organisationsændringer? Selvfølgelig er der det, men ikke desto mindre synes der at være større og større diskrepans mellem virkeligheden og teorien, jo længere man kommer i processen" skriver Eriksen (1997:45) i en beretning om reorganisering på Rigshospitalet, hvor afdelinger blev samlet i centre.

"Hvem har nogensinde set et 'community of practice'?" spørger P. Bogason (2006)[1] og foreslår, at organisationsforskerne retter blikket mod praksis - skifter metateoretisk udgangspunkt ved at forlade det traditionelle og det konstruktivistiske til fordel for en pragmatisk forståelse - der er brug for dialogen mellem forskerne og praktikerne, hvis teoriudviklingen fremover skal være meningsfuld.

For en organisationsforsker er sundhedsvæsenet og ikke mindst hospitalerne et interessant og kompliceret felt. Det er på en gang både kendt og ukendt område for de fleste mennesker. Enhver der har været patient eller besøgende har en mening, og de forskellige professionelle faggrupper dækker et bredt spektrum af opfattelser af formålet med deres arbejde og de metoder, der anvendes til organisering. Jeg vil med denne afhandling give mit bidrag til udvikling af sprog og metoder, der kan bidrage til analyse og forståelse af praksis, især i forbindelse med forandringer. Som en introduktion til de problemstillinger, der tages op, følger her indledningsvis nogle udsagn og indblik af både teoretisk og empirisk praksis, hvoraf nogle er baseret på mine egne erfaringer:

Først et indtryk fra hverdagen på en kirurgisk afdeling:
"Morgenstatus - 42 patienter i 34 senge! Det er ca. 25 % overbelægning. Problemet må løses på den efterfølgende stuegang, hvis hovedtema er at få overflyttet eller udskrevet så mange patienter som muligt, blot for at få belægningen ned på den normerede... Jeg må aflyse indlæggelser! Går bunken igennem. Hvordan vælger man ud? Patienterne har enten en livstruende sygdom, som skal opereres og har allerede ventet uger... eller de har langvarige smerter .. Vi ringer to patienter op. Den ene går det nemt med, den anden bliver rasende; han vil klage. Vi forstår ham og bekræfter ham kun. Men vi ved også, at når klagen når frem, er det én af os, der skal bruge tid på at besvare klagen; forklare uden at måtte bruge de ord, vi egentlig mest har lyst til at bruge om situationen. Vi er jo loyale og kommer med de sædvanlige forklaringer: overbelægning, akutte patienter, nedsat kapacitet. Det dræner. Hvor er min samvittighed? Min lægeetik?"
(Kosteljanetz, M., overlæge. 2002. Kronik i Politiken)

[1] Paper præsenteret på EGOS Second Organization Summer Workshop i 2006 vedr. temaet 'Return to practice: Understanding Organization As it Happens'. P. Bogason er professor i forvaltning.

Derefter vil jeg citere en læges beskrivelse af, hvordan det går med implementering af forandringer:
"Sygehusene er blevet bombarderet med nye koncepter som Total Quality Management og trojkaledelse. Men det når sjældent længere end til sygehusets ledelse. Hvis man for eksempel spørger de ledende læger, hvordan de forskellige reformer har påvirket deres afdeling, er et klassisk svar: "forhåbentlig så lidt som muligt". Sygehusene er en lukket kultur. Vi mener, det vi laver er helt unikt, "vi er jo ikke en fjernsynsfabrik" får man at vide, når man sætter spørgsmålstegn ved arbejdsgangene." Således karakteriseres lægers mentalitet af formanden for Foreningen af Yngre Læger (Interview i 'Mandag morgen' 20.1.03).

Fra lægernes egne ord, til to eksempler på det billede jeg har fået af hverdagen:
Jeg arbejder med forandring og økonomistyring på et hospital. Jeg har diskuteret budgetter og andre administrative forhold med læger og sygeplejersker hele formiddagen - det er tunge emner, det skal overstås, og vi når frem til acceptable løsninger. Mødet er sluttet, og på vejen ud begynder deltagerne på et nyt emne, de taler om patienter. Det er i øvrigt blevet tid til frokost og et besøg i kantinen. Her er der intense samtaler ved bordene, hvor læger og sygeplejersker sidder. Samtaleemnerne er ikke budgetter eller private gøremål, men diagnoser, undersøgelser, vellykkede operationer eller problemer, forskningsprojekter og fondsansøgninger om bevillinger. Selv efter at have færdedes på forskellige hospitaler i adskillige år, fascineres jeg stadig af dette konstante engagement i faget.

I flg. organisationsforskeren H. Mintzberg er en dominerende hindring for forandringer på hospitaler indbygget i konstruktionen, i og med at aktørerne, med deres vidensintensive baggrund er dybt forankret i fagets traditioner og akademiske fundament: Mintzberg betragter et hospital som et professionelt bureaukrati, hvor de sundhedsprofessionelle medarbejdere har stor indflydelse og autonomi, idet de er fritaget fra krav om tæt koordinering med deres kolleger og fra det omverdenspres, der altid vil være på hospitalet. De professionelle har det bedste fra to verdener, forstået på den måde at de er knyttet til en organisation med de fordele, det kan have, samtidig med at de kan betjene deres klienter efter eget valg, kun begrænset af professionens etablerede standarder. Der er ofte knyttet innovationsproblemer til den professionelle bureukratiske struktur, især på grund af den herskende deduktive ræsonneringsform og den konvergerende tænkning, som præger arbejdet - enhver situation opfattes ud fra et generelt koncept, skriver Mintzberg, og konkluderer at den mest sandsynlige vej til forandring går via uddannelse af nye professionelle aktører og pres fra de professionelle organisationer. Det er ikke muligt at forandre de eksisterende aktører. (Mintzberg 1983:205-209)

Tilbage til mine oplevelser: I forbindelse med en sparerunde i et amt er der sat fokus på omkostninger til forplejning på hospitalerne. Forvaltningen har fremsat forslag om, at der skal være selvbetjening for patienterne, som kan hente mad ved en buffet på afdelingen. Hermed sparer man personaletid. Politikerne synes, det er en god idé, ikke kun p.gr.a. økonomien, men også fordi det giver valgfrihed, så patienterne selv kan udvælge, hvad de har lyst til at spise. Sygeplejerskerne på hospitalet er uenige, de fremhæ-

ver, at det er uhygiejnisk at lade patienter tage mad fra samme fade. Det er syge mennesker, der i nogle tilfælde er forvirrede eller demente og ikke kan administrere at hente mad fra en buffet. Der blev alligevel bygget om på afdelingerne og installeret buffet'er. Indbyrdes talte tilhængerne af buffetkonceptet om den modstand, der altid er imod forandringer, her udtrykt af plejepersonalet.

- Resultatet i første omgang: Det viste sig, at mange patienter ikke kunne finde ud af at bruge buffeten, de måtte have hjælp af personalet. Nu var der imidlertid skåret i normeringerne, så man måtte ansætte ekstra 'buffetmedhjælpere'. Nogle patienter kunne godt finde hen til buffeten, men kom til at sætte det samme bestik i forskellige retter, eller ligefrem bruge fingrene eller sætte deres egen, allerede brugte gaffel ned i fadet. Det brød andre patienter sig ikke om - de ville så slet ikke spise mad fra buffeten. En hygiejneundersøgelse blev gennemført.
- Resultatet i anden omgang: Det blev besluttet, at ingen patienter måtte tage mad fra buffeten, som i stedet blev brugt som en slags madvogn af personalet, der fordelte al mad på tallerkenerne og gav dem videre til patienterne. Sygeplejerskerne fik faktisk ret i deres skepsis over for ordningen.

Modstand mod forandring er et gennemgående tema i litteraturen såvel som i praksis, hvorfra jeg har dette eksempel, hvor en læge beretter om sin erfaring som leder i forbindelse med et reorganiseringsprojekt:
"Det er velkendt, at specielt læger ikke kan lide idéen om at være underlagt standardprogrammer for behandling. Den egentlige årsag til denne modstand synes at ligge i angsten for at miste frihed til at gøre det, som man selv finder bedst" (Eriksen, 1997:53)

Begrebet 'modstand mod forandringer' finder man i litteratur om organisationsudvikling, ofte med en psykologisk baggrund, hvor der er fokus på det enkelte individ. Således er der hos en af de fremtrædende eksperter på feltet, C. Argyris, en forståelse af at modstand mod forandring er et generelt fænomen, der kan bearbejdes, hvis man anvender de rigtige metoder. Med følgende udsagn indleder Argyris en bog om, hvordan man kan facilitere organisatorisk læring:
Kampånd, tilfredshed og loyalitet har været ledetrådene i opbygning af den humane del af organisationer. Samtidig findes der forsvarsmekanismer i de fleste organisationer, private såvel som offentlige, hvilket fører til, at ledetrådene bliver til selvforsvarsredskaber, som kan hæmme præstationerne. .. Det er gået op for os, at læring, kompetence og retfærdighed er et bedre fundament for realisering af organisatorisk excellence end kampånd, tilfredshed og loyalitet." Og der fortsættes: *"Det er på tide at gribe ind over for de organisatoriske forsvarsrutiner mod forandringer."*(Argyris 1990:xi og xiv).

Mine egne oplevelser med forandring og modstandsbegrebet rummer blandt erfaringer som denne:
Der skal introduceres kvalitetsarbejde på hospitalet. Jeg underviser sygeplejersker og læger i kvalitetsbegreber og projektarbejde, og når til det faste punkt om modstand mod forandring. De kan ikke genkende sig selv og deres arbejde i Argyris' og Mintzbergs teorier om det professionelle bureaukrati og anvendelse af forsvarsrutiner. Tværtimod fremhæver de deres interesse for faglig udvikling og forbedring af arbejds-

rutinerne på afdelingerne. De efterlyser teorier baseret på forskning på hospitaler, og mener at de ofte er blevet præsenteret for eksempler fra industrivirksomheder, med hvem de ikke mener hospitaler har ret meget tilfælles. Det er ikke første gang, jeg møder denne indvending fra personalet i sundhedvæsenet. Jeg har svært ved at forsvare teorierne, fordi jeg har mine egne erfaringer med forandringsprojekter i sundhedsvæsenet, hvor der også var langt fra teori til praksis.[2] Selve temaet om kvalitetsarbejde får en blandet modtagelse, idet nogen mener, at de altid har leveret høj kvalitet, og finder at det nye koncept er udtryk for en mistillid. Andre kan se en fordel i og med at kvalitetsbeskrivelser indebærer synliggørelse af ydelserne, hvormed de håber at kunne få forståelse for, at der arbejdes effektivt på hospitalet. Uanset holdningen er der en engageret stemning i forhold til at diskutere og argumentere for de professionelle tilgange til udvikling på faglige områder.

1.2 Problemfelt

1.2.1 Kvalitet

Formanden for Lægeforeningen i Danmark fortæller, hvorfor det er vigtigt, at der bliver skabt systemer, der kan sikre mod, at der bliver begået fejl i sundhedsvæsenet: *"Vi skal være opmærksom på, at fejl ikke kun skyldes menneskelige fejl, som man kan straffe sig ud af eller lave indskærpelser overfor. Man er nødt til at ændre den kontekst personalet arbejder i. Der er sikkert heller ingen, der forestiller sig, at sikkerheden på Barsebäck afhænger af, at en tekniker husker at undgå at ramme en bestemt knap. Nej, så er der sørget for, at den ikke kan trykkes på. Det er den tænkemåde, vi også skal arbejde med i sundhedsvæsenet."* Formanden kommenterer her en undersøgelse af personalets holdninger til rapportering af fejl og utilsigtede hændelser. En læge, der er projektleder fra denne undersøgelse, mener at: *"Det er meget engagerede mennesker, der arbejder på sygehusene, og det er klart, at de tager meget alvorligt på risikoen for at begå fejl"*. Han støttes af en kollega, der leder et institut for medicinsk simulation, hvor personalet trænes i at håndtere vanskelige arbejdssituationer: *"Fejl skyldes kun sjældent dårlige læger eller manglende omhu, men derimod det tidspres som læger og sygeplejersker ofte arbejder under"*[3].

I det danske sundhedsvæsen har kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af arbejdsprocesser og ydelserne fra hospitalerne været på dagsordenen siden slutningen af 1980´erne. Et af de centrale spørgsmål har hele tiden været, om man ved brug af nedskrevne standarder for strukturelle sammenhænge, arbejdsprocesser og behandlingsresultater ville opnå en forbedret kvalitet bredt set. Trækker man på erfaringer fra andre erhvervsområder, som for eksempel industriel produktion i den private sektor i den vestlige verden, er svaret bekræftende, og resultaterne herfra har givet inspiration til udvikling af kvalitetssikringsmetoder i blandt andet sundhedsvæsenet, først i USA, senere også i Europa. Metoderne og tankegangen i det hele taget har fået en blandet modtagelse, især i sundhedsprofessionelle kredse, og mange spørgsmål er blevet rejst og debatteret omkring relevans og nytte. I den del af diskussionen, hvor man trods

[2] Se Hatting (1999) , Hatting og Rieper (1991)

[3] Berlingske Tidende 13.10.02 med reference til Madsen, M.D. m. fl. (2002)

skepsis har taget fat i problemstillingen og overvejet om arbejdet og ydelserne i sundhedsvæsenet kunne forbedres ved brug af metoderne, er der særligt to temaer, som går igen. Det ene vedrører tilgangen til skabelse og valg af standarder for god kvalitet, det andet fokuserer på metodevalg til generel implementering af disse i praksis.

Forskellige modeller for kvalitetssikring og -udvikling har i 1990'erne været afprøvet i det danske sundhedsvæsen, hvor man har hentet inspiration fra såvel det private erhvervslivs koncepter for en altomfattende kvalitetsmodel for en hel virksomhed[4] som fra sundhedsvæsen i andre lande, hvor der ses mange eksempler på mindre, lokale kvalitetssikrings- og udviklingsprojekter koncentreret om faglige discipliner og ofte med et netværk af deltagere fra forskellige institutioner. Senest har man i Danmark arbejdet med internationalt baserede akkrediteringsmetoder for hele hospitaler, hvor der især fokuseres på organisatoriske forhold karakteriseret som struktur og processer. Det er metoder, der ligger inden for typen Total Quality Management (TQM), eller den særlige europæiske variant, European Foundation Quality Management (EFQM), der anvendes i konceptet, 'Kvalitetsprisen for den offentlige sektor',hvor det er hele organisationer, som for eksempel postvæsenet eller et ministerium, der inddrages i et kvalitetssikrings- og udviklingsprojekt styret af topledelsen, som sætter sig i spidsen for arbejdet med, for udvalgte arbejdsområder og ydelser, at definere kvalitetsstandarder og målemetoder.

Det var i slutningen af 1990'erne man i sundhedsvæsenet gik nye veje med introduktion af akkreditering som et færdigudviklet og internationalt anvendt koncept for kvalitetssikring og -udvikling, hvor en organisation kan lade sig akkreditere ved at implementere et system, der udbydes af en ekstern part, som leverer et sæt standarder og efterfølgende vurderer, om de overholdes. I 2008 forventes alle hospitaler i Danmark at have implementeret en dansk akkrediteringsmodel[5], som i høj grad er inspireret af de internationale metoder, der analyseres i denne afhandling.

Arbejdet med kvalitetsudvikling i på hospitalerne i Danmark har som nævnt ofte været afgrænset i mindre, lokale bottom-up projekter, koncentreret omkring en specifik sygdomsbehandling eller behandlingsmetode. 'Projekt'-konceptet har i sig selv været en udfordring og givet anledning til udvikling af særligt undervisnings- og vejledningsmateriale om især projektforløbsmodeller og styringsmetoder, rettet mod aktører i sundhedsvæsenet, men med rod i og inspiration fra management- og teknisk orienteret faglitteratur om projektarbejde og organisationsforandringer.

Skabelse af et fælles begrebsapparat på kvalitetsområdet har også været prioriteret højt, og der er med mellemrum publiceret officielle (fra Sundhedsstyrelsen, ministerier, amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab) vejledninger og opslagsværker, hvor metoder og begreber er beskrevet. I en lærebog om kvalitetsudvikling er der udarbejdet

[4] Se Krøll (red.) (1995), Mainz (1996)

[5] Der er i 2005 etableret et Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, hvorfra modellen udbredes.

en række forskellige begreber inden for kvalitetsområdet[6], men der findes også andre, og jeg bruger de betegnelser, jeg finder anvendt i den praksis, jeg undersøger.

1.2.2 Akkreditering

Akkrediteringssystemet bygger på principper om kvalitetsmål for alle nøgleprocesser i arbejdet, fælles værdisæt for hele organisationen, kontinuert selvudvikling og jævnlige kontrolmålinger med rapportering til ledelsen, som overvåger kvalitetsniveauet. Den organisation, der står bag systemet tilbyder at fungere som en ekstern kontrollant, der kan dokumentere, at standarderne overholdes og efterfølgende tildele et akkrediteringsbevis. To forskellige akkrediteringssystemer er afprøvet som led i søgningen efter nye metoder til kvalitetssikring. De to forsøg er gennemført (før Regionsdannelsen i forbindelse med den kommunale strukturreform) i henholdsvis Sønderjyllands Amt og Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S.

Planlagte tidsforløb for akkrediteringsforløbene:

Projektet i Sønderjyllands amt startede i maj 2001 med planlagt akkreditering maj 2003, senere udsat til og gennemført i 2004. Projektet blev afsluttet i 2005, men hospitalerne fortsætter arbejdet med implementering og udvikling. H:S projektet startede med foranalyse i 1999 og akkrediteringsforløb i februar 2000 med henblik på endelig akkreditering i begyndelsen af 2002. Der er gennemført to runder akkreditering, den ene i 2002, den anden i 2005. Hospitalerne fortsætter arbejdet med implementering og udvikling.

Jeg antager, at forsøgene, uanset udfaldet, vil medføre forandringer af arbejdsprocesser på hospitalerne. Her er således en mulighed for at studere praksis i forbindelse med implementering af et system, som organisationsforskere har vist en del interesse, idet der dels er erfaring for at kvalitetsprogrammer bliver implementeret med større eller mindre succes, dels erfaring med at planlagte forandringer i organisationer ofte volder store problemer, ikke mindst i form af manglende realisering af det forventede resultat. Forventninger som blandt andet er baseret på modeller for organisationsudvikling, skabt i et organisationsteoretisk paradigme. Med denne afhandling tages problemerne omkring tilgang til og forståelse af forandring af arbejdsprocesser op til behandling i form af en analyse af praksis på nogle af de hospitaler, hvor akkrediteringssystemerne afprøves.

[6] Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for de eksisterende rammer af den etablerede viden.
Kvalitetssikring er vurdering af den aktuelle kvalitet med efterfølgende kvalitetsforbedring og sikring af, at den ønskede kvalitet fastholdes.
Kvalitetsstyring er tilrettelæggelse af virksomhedens arbejdsprocesser, således at den til stadighed sikrer opfyldelse af de samlede, fastlagte kvalitetsniveau.
Kvalitetskontrol er aktiviteter, der ved inspektion og målinger kontrollerer, at det fastsatte kvalitetsmål opretholdes.
(Kilde: Kjærgaard m. fl. 2001:18)

En kort introduktion til akkrediteringsprojekterne på danske hospitaler:
Akkrediteringssystemer kan antage mange forskellige former. De to der indgår her, bliver fra lederside og de akkrediterende organisationer selv introduceret således:

Uddrag af præsentationstekster fra H:S. I.

Akkreditering af en organisation er en kvalitetsbedømmelse af dennes præstationer, vurderet af uvildige eksterne fagfolk i forhold til eksternt fastsatte standarder.

Akkreditering forudsætter, at der i hospitalet foregår en systematisk og kontinuerlig forbedring af præstationerne, og at dette dokumenteres.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) har i sin nuværende form akkrediteret amerikanske hospitaler siden 1950´erne. Fra 1999 har organisationen også haft en international afdeling, og der er udviklet standarder til brug for akkreditering internationalt.

Standarderne kan anskues som en checkliste for de områder på et hospital, der skal være i orden for at opnå sikkerhed og sikre kvalitet i den enkelte patients forløb. Der er i alt 367 standarder opdelt i en patientfokuseret og en bredere organisatorisk del.

Eksempler på temaer i de patientfokuserede standarder:
- bliver patienten vurderet før, under og efter en operation?
- er der etableret systemer, der sikrer, at patienten får den rigtige medicin?

Eksempler på temaer i de organisationsfokuserede standarder:
- er der en plan for - og kontrol - af forebyggelse af infektioner?
- kvalitetssikres journalerne?
- kender personalet beredskabsplanerne?
- er der en plan for sikkerhedstjek af apparatur og bygninger?

Akkreditering udføres af et fagligt team, som typisk består af en administrator, en læge og en sygeplejerske. Vurderingen baseres på et tre-fem dages besøg på hospitalet. Forud for besøget har teamet modtaget nøgletal om hospitalet. Under besøget holder teamet interview med ledelse, medarbejdere og patienter. Dokumenter som politikker og journaler gennemses, og de fysiske rammer inspiceres. I vurderingsprocessen gør teamet brug af en scoringsjournal som omsætter den kvalitative vurdering til et pointsystem, der munder ud i en samlet vurdering af hospitalet.

Standard, definitioner:
- i flg. Joint Commission: et sæt af forventninger fastlagt af en kompetent autoritet. Det acceptable kvalitetsniveau for en organisation eller et individ.
- i flg. den danske sundhedsstyrelse: det (kvalitets-)mål, man i den konkrete situation inden for en afgrænset tidsperiode og resurseramme arbejder efter at nå eller fastholde.

(H:S juli 2001. Kvalitetsudvikling og akkreditering i H:S.)

Akkrediteringsprojekterne: Uddrag af præsentationstekster fra H:S. II.

Forberedelser til foranalyse foregik i fem uger, hvor tre konsulenter gennemgik de seks hospitaler i HS i forhold til de internationale standarder. Hospitalerne blev vurderet godt allerede på det tidspunkt - samtidigt med at mange forhold som forventet skulle forbedres, hvis alle standarderne skulle kunne opfyldes. H:S Bestyrelsen besluttede derefter, at H:S skal arbejde henimod akkreditering ved Joint Commission i 2002. Akkreditering er et ledelsesværktøj egnet til at sikre fokus på kvalitet og præstationsforbedring. Den væsentligste værdi for H:S er den proces og de forberedelser der fører til akkrediteringen, og det afgørende grundlag herfor er standarderne.

Syv bredt sammensatte arbejdsgrupper har nøje gennemgået de 365 standarder. Formålet har været dels en oversættelse, dels en identifikation af de standarder, som kræver tilpasning til dansk lovgivning, regelsæt m.v. Standarderne er fordelt på 12 kapitler, hvoraf det sidste er et særlig dansk supplement om standarder for forskning. 5 vedrører patientens adgang til sundhedsydelser, rettigheder og information. De øvrige vedrører tværgående funktioner som ledelse, personaleuddannelse og kvalitetsudvikling.

Standarderne understøtter H:S' målsætning fra 1995 om på tværs af H:S at tilbyde behandling af samme kvalitet til borgerne med samme type helbredsproblem.

Begrebet *standard* skal her forstås som et sæt af forventninger fastlagt af en kompetent autoritet. En standard beskriver således det acceptable kvalitetsniveau for en organisation eller et individ inden for et afgrænset emne / område.
Standarderne indeholder krav om systemer, planer, retningslinjer og data til at understøtte beslutninger og aktiviteter. Standarderne anviser derimod ikke specifikke løsninger. Dette skal fastlægges af H:S med henblik på at den valgte løsning kan implementeres.
(Bestyrelsens forord og læsevejledning)

Fra Joint Commissions side er vi klar over at arbejdet med standarder er en stadig fremadskridende proces. Derfor er kommentarer og forslag til forbedringer yderst velkomne.
(Introduktion ved Joint Commission)

(Standarder for hospitaler. Dansk oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation. H:S, Sept. 2000)

Akkrediteringsprojekterne: Uddrag af præsentationstekster fra Sønderjyllands Amt
Akkreditering er en proces, hvor en organisation fx et sygehus eller lægepraksis, vurderes af en uafhængig instans for at afgøre, om de lever op til et sæt fastlagte kvalitetsstandarder. Standarderne er de overordnede mål, hvor der hører et antal kriterier til, som omsætter de overordnede mål (standarderne) til praktisk handling.

Health Quality Service (HQS) er en engelsk akkrediteringsorganisation, som har udviklet internationalt godkendte kvalitetsstandarder.

Akkrediteringsprocessen består af 5 faser og forud for disse er de engelske standarder oversat og redigeret, så de er i overensstemmelse med dansk lovgivning, kultur, sprog / terminologi, tekniske og professionelle krav, samt hvad der er god dansk praksis.

De 5 faser er:
- en basisvurdering af hvordan hospitalet lever op til standarderne (de fastlagte kvalitetsmål og dertil hørende kriterier)
- en udviklingsperiode for de områder, hvor hospitalet ikke lever op standarderne eller ikke har dokumenteret, at det gør det. I udviklingsperioden skal der også udarbejdes politikker og procedurer for kriterierne.
- en intern prøvevurdering, hvor medarbejdere i amtets sundhedsvæsen vurderer om standarder og kriterier efterleves i praksis
- en ekstern vurdering ved et engelsk team bestående af fagprofessionelle fra sundhedsvæsenet, fx læger, sygeplejersker, administratorer og en repræsentant fra HQS. Teamet besøger et hospital i 3-5 dage. I denne periode vurderer de kvaliteten i praksis via: gennemgang af dokumenter, observation på alle tider af døgnet, interview af medarbejdere. Teamet sender indsamlede data samt en rapport til ledelsen i HQS.
- et ekspertpanel tilknyttet HQS afgør på baggrund af materialet, om hospitalet kan akkrediteres. Panelets skriftlige vurdering udmøntes i en rapport, som sendes tilbage til hospitalet, som kan blive bedt om at foretage visse ændringer, før akkreditering kan gives. Når ændringerne er udført, kan akkrediteringsdiplomet opnås.

Akkreditering, definition:
- en proces, hvor en organisation vurderes af en uafhængig instans for at afgøre, om den lever op til et sæt fastlagte kvalitetsstandarder. Standarderne er de overordnede mål, hvor der hører et antal kriterier til, som omsætter de overordnede mål til praktisk handling.

Standard, definition:
- en standard beskriver et fastlagt kvalitetsmål indenfor et område.

Kriterier, definition:
- beskriver hvilke relevante handlinger og forhold, der er forudsætningen for at nå standarden.

(KISS. Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen. Personaleinformation. januar 2002.)

1.2.3 Hospitalet - vidensintensive arbejdsprocesser

Kvalitetsudvikling i organisationer retter sig ofte mod forandringer i arbejdsmetoder og er for de større projekters vedkommende et middel til forandringer i arbejdsgange i

et videre omfang eller til ændringer i organisationsstrukturen. På sygehuse og i den offentlige sektor i øvrigt har forandringer i styringsmetoder og redskaber været på dagsordenen siden 1970´erne, og i løbet af 1990´erne er tempoet accelereret hen imod en tilstand, hvor der nu tales om nødvendigheden af konstant forandring og kravet om vedvarende omstillingsparathed hos medarbejderne. Udbuddet af koncepter for gennemførelse af ændringer og uddannelse af medarbejderne er stort og de fleste bygger på antagelser om, at der skal særlige foranstaltninger til, ikke mindst er der fokus på modstanden mod forandring, et begreb der omtales hyppigt i litteraturen om organisationsudvikling og om forandringsprocesser.

I beskrivelser af akkrediteringssystemerne finder jeg umiddelbart en række krav til styring af arbejdsgange, som det ud fra en organisationsteoretisk synsvinkel er interessant at studere med fokus på, hvordan systemerne bliver modtaget på hospitaler. Hospitaler som organisationer vælger jeg at betragte med særligt fokus på de vidensintensive arbejdsprocesser, der udføres af aktører med en stærk professionel baggrund og en høj specialiseringsgrad. De temaer, jeg ud fra beskrivelserne finder dominerende i forhold til at kvalitetssikre arbejdet, vedrører:

- Standardisering af arbejdsprocesser ud fra andre normer end de rent fagprofessionelle - fordi det er den grundlæggende tankegang i akkrediteringssystemet, at tværgående koordinering, information og kommunikation samt dokumentation er afgørende opgaver i forhold til at sikre patientsikkerhed på alle måder under et sygdomsforløb og ophold på hospitalet. Den faglige kerneydelse kan ikke stå alene.
- Kontrolforanstaltninger som basis for vurdering af, om standarderne overholdes. Det ses i form af brug af checklister til overvågning af, om processerne gennemføres korrekt, og i form af overvågningsbesøg, der kan tages som udtryk for en tænkning om nødvendigheden af regelstyring af de professionelles arbejdsprocesser. Det er interessant at studere, fordi disse former for kontrol er i modstrid med tradionel tænkning om fagprofessionel selvdisciplin og selvdreven motivation for at præstere kvalitet. Inden for organisationsteorien finder man i for eksempel Mintzbergs[7] organisationstyper, som nævnt i afsnit 1.2, et hospital beskrevet som et professionelt bureaukrati, domineret af den medicinske fagprofessionelle produktionskerne, mens en organisation hvor fælles kontrolprocedurer, udformet i en særlig afdeling, dominerer beskrives som et maskinbureaukrati, eksemplificeret ved en samlebåndsfabrik.

Inden for organisationsteorien har forskningen omkring 'forandringsprocesser i den offentlige sektor' hovedsagelig drejet sig om institutionelle forhold og forandringer i styreformer, mens man ikke ved så meget om, hvordan aktørernes handlinger spiller ind. Der hersker på nogle områder en opfattelse af, at embedsmandsrollen i stigende omfang er blevet politisk, og i sundhedsvæsenet har man talt om 'djøf-isering', og kædet dette sammen med indførelse af nye, især økonomiske styreformer[8]. De teorier om

[7] Mintzberg, H. 1983

[8] Afhandlingen sigter ikke mod en diskussion af styringsmetoder i den offentlige sektor, men det skal dog nævnes her, at jeg ser New Public Management filosofien, som det der overordnet ligger bag disse foran-

organisatoriske forandringsprocesser, der kan anes bag mange forandringstiltag, har ofte et rationelt tilsnit, hvor det antages, at man med anvendelse af den rigtige metode vil nå et ønsket mål. Den rationelt orienterede metode omfatter blandt andet en forståelse af aktørers handlemåde, hvor information og deltagerinvolvering fremhæves som forudsætning for at sikre mindst mulig modstand mod en planlagt forandring. Den rationelle tilgang til forandring viser sig ofte svær at realisere og alt efter situation, sted og temperament, fortolkes afvigelser fra projektplaner som et resultat af dårlig projektledelse, uheld, modstand eller fejlagtig planlægning.

Men måske er den rationelle forståelse om sammenhæng mellem midler og mål i forbindelse med projekt- og forandringsprocesser ikke tilstrækkelig som forklarings- og vejledningsmodel. Inden for organisationsteorien findes nogle få eksempler på skandinaviske beskrivelser af forandringsforløb i sundhedsvæsenet, hvor det konkluderes at der er stor diskrepans mellem plan og resultat (Waks 1999, Borum 1999). Andre undersøgelser af forandringsprocesser (Morsing 1995, Antonsen og Jørgensen 2000), viser tilsvarende stor afstand mellem det formelt forventede og det realiserede, hvor aktørerne i virksomhederne undrer sig over, hvad der mon gik galt, og forskerne undrer sig over praktikernes valg af forandringsmetoder.

1.2.4 Forandring og systematiserede metoder til kvalitetssikring og -udvikling[9]

Udbredelsen af systematiserede metoder til kvalitetsarbejde i organisationer er i høj grad sket med inspiration fra USA, hvor man i 1980´erne som følge af hård konkurrence fra japansk industri begyndte at interessere sig for de særlige japanske produktionsstyringsmetoder, herunder kvalitetssikring, som i øvrigt var udviklet med væsentlig bistand fra eksperter fra USA[10]. Det affødte kopiering og videreudvikling af en bølge af metoder med forskellige fokusområder og modeller, hvor også sundhedsvæsenet involverede sig og fostrede egne tilgange baseret på teoretikere med en sundhedsfaglig baggrund[11]. Hvilken metode man valgte at tage udgangspunkt i i praksis var ofte et

dringer. I Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G. og Sahlin-Andersen, K. (red.) 1999, diskuteres, på et institutionelt teoretisk grundlag, styring i sundhedsvæsenet på en lang række områder.

[9] Begreberne kvalitetssikring og kvalitetsudvikling er ikke entydige. De bruges forskelligt i forskellige sammenhænge, men tillægges ofte særlige karakteristika i den kontekst, hvori de konkret anvendes. Jeg benytter de to begreber i overensstemmelse med mine forskellige kilder, hvilket betyder at jeg ikke i denne afhandling tilstræber en analytism skelnen mellem dem. Jvf. note om de forskellige begreber i afsnit 1.2.1)

[10] W.E. Deming og J.M. Juran var de fremmeste inspiratorer. Deming hjalp som statistiker under 2. verdenskrig den amerikanske våbenindustri med kvalitetsudvikling og -sikring og blev efter krigen inviteret til Japan for at ophjælpe industrien dér. Deming udviklede filosofien '14 points', en oversigt over nødvendige indsatsområder, som har inspireret til kvalitetsudviklingsmetoder generelt. Juran var som ingeniør ved Bell fabrikkerne i USA ophavsmand til en teori om kvalitetsledelse (Quality Management) i 1920'erne, og udviklede begrebet kvalitetscirkler. Også Juran var rådgiver for erhvervsledere i Japan i 1950'erne.

[11] Først og fremmest A. Donabedian, der med baggrund som læge i almen praksis i Libanon og senere professor i Public Health ved universiteter i USA frem til 1989 har forsket i kvalitet i sundhedsvæsenet, og ud fra en systemforståelse af Health care har udviklet et begrebsapparat omkring målemetoder, der stadig anvendes i vid udstrækning. Donabedian, der beskæftigede sig med begreber for kvaliteten i sundhedsvæsenet allerede i 1950'erne, udviklede en model hvor Health care betragtedes ud fra henholdsvis en strukturel, en processuel og en outcome-vinkel. (se Donabedian, A: 'Evaluating the quality of medical care', in *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966:44:166-206).

spørgsmål om vaner og efterligning af tidligere projekter. Men fælles for mange af kvalitetsprojekterne i både den private og den offentlig sektor, i USA såvel som i Europa var en adskillelse mellem praksis og forskernes arbejde med teoriudvikling. Praksis omfatter i denne sammenhæng såvel virksomhederne og konsulentbranchen som udviklingssekretariater i ministerier og kommuner og lignende politisk-administrative organer, som også spiller en rolle i forbindelse med metodeudvikling og -anvendelse. Det er, mener jeg, i sig selv et interessant fænomen at der er så mange deltagere, men ikke et emne, jeg vil tage yderlige op.

I 2000 samlede en række organisationsforskere i USA deres erfaringer om implementering af kvalitetskoncepter i antologien *"The Quality Movement & Organization Theory"*, hvor blandt andre professor i socialpsykologi Karl E. Weick skriver om kvalitetsudvikling i et sensemaking perspektiv. Weick indleder med at fastslå, at de fleste diskussioner om kvalitetsudviklingsprogrammer som for eksempel Total Quality Management, TQM, bygger på en realistisk ontologi (man lægger fx vægt på brug af nøgletal til vurdering af præstationer, altså kvantitative målinger), en rationalistisk epistemologi baseret på objektivitet (beslutninger skal baseres på fakta) og en ændringsstrategi baseret på hensigter om at nå en total transformation. Weick foreslår, at man prøver at ændre antagelserne og i stedet for anlægger et perspektiv baseret på social konstruktion, kvalitativ resultatformidling i form af beretninger samt trinvis i stedet for samtidig ændring. Weick sammenholder samtidig perspektivet med teorien om sensemaking, og fremhæver at TQM er et velegnet emne for arbejdet med de vanskelige dele af sensemakingperspektivet. Weick mener, at sensemaking er en nøgleaktivitet, når aktører prøver at skabe en verden, hvor kvalitet gør en forskel (Weick, K.E. 2000a).

Litteraturen, om hvordan man arbejder med at gennemføre forandring i organisationer, er omfattende og varieret, idet der er flere tilgange til emnet, som anskues fra både individniveau (den psykologiske tilgang), gruppeniveau (overvejende den sociologiske tilgang) og organisationsniveau (overvejende en management- eller en policy-tilgang). At emnet forandring samtidig interesserer både forskere i universitetsverdenen og mange store managementkonsulentfirmaer, medfører at såvel udbudet af modeller og metoder som forklaringer på succes og fiasko for forandringsprojekter er mangfoldigt. I antologien *"Breaking the Code of Change"*, redigeret af Harvard professorerne M. Beer og N. Nohria 2000, samles bidrag fra en konference om mulighederne for at integrere det bedste af de forskellige tilgange. Blandt forfatterne, som overvejende kommer fra USA, finder man K.E. Weick og C. Argyris (begge professorer med baggrund i psykologien). Bogens sammenfattede budskab er, at der kan identificeres to alternative tilgange til forandring. Den ene er top-down planlægning og styring suppleret med økonomiske incitamenter, den anden er kulturudvikling og læring. Formålet med konferencen har været at diskutere muligheden for at integrere de to tilgange i stedet for, som sædvanlig at fokusere på forskellene.

Jeg mener, at denne bog med sin fastholden af at det væsentlige er at integrere eksisterende metoder, illustrerer et centralt aspekt af problemstillingen omkring forståelse af forandringer i praksis.

At metoderne er fast forankret, viser i Holbeche (2006) i en beskrivelse af to forskellige tilgange til forståelse af forandring:

- den planlægningsorienterede, hvor der tænkes lineært og dermed også i faser inkl. en lukning af forløbet (en top-down metode)
- den emergerende, hvor der tænkes i nonlineære kaos-forløb uden egentligt afslutningspunkt / open-ended (en bottom-up metode).

Vi ved for lidt om, hvorfor forskellige metoder vinder indpas, og det er formodentlig problematisk at antage, at man kan styre efter et givet mål, hvis man bare finder den rigtige metode. Man kunne udfordre begge metoder og fremsætte den hypotese, at forfatterne til *'Breaking the Codes of Change'* beskæftiger sig med det forkerte problem, og derfor sikkert heller ikke når deres mål om at finde den rigtige metode. Jeg mener, som Weick antyder i kritikken af TQM-modellerne, at der bør stilles mere basale spørgsmål om tilgangen til forandring og menneskesyn og rationaler i det hele taget og åbnes for diskussion af helt grundlæggende ontologisk og epistemologisk karakter. Det er en udfordring, jeg tager op med denne afhandling, hvor jeg blandt andet er inspireret af diskussioner inden for sociologisk organisationsteori om en skelnen mellem 'sociology of becoming', hvor der lægges vægt på procestænkning, og en 'sociology of being', hvor der søges efter faste strukturer eller tilstande[12].

1.2.5 Udvikling af organisationsteoriens forståelse af praksis.

Med denne afhandling sættes fokus på praksis og begrebet 'forandring' med udgangspunkt i aktørernes medvirken i et konkret forandringsprojekt, jeg vil kalde det 'aktøren-i-organisationen'. Jeg mener, der er brug for at rette undersøgelsen mod individerne i konteksten, og ikke mod det enkelte individ isoleret, heller ikke mod organisationen uden de konkrete medarbejdere, strukturer og processer. Med en sådan indfaldsvinkel har jeg fundet det udfordrende at anlægge et aktør-netværksperspektiv på forandringsprocessen og dermed anvende en ANT[13]-inspireret analysestrategi.

Netværk.

Aktør-Netværksteori er med sit oprindelige udspring i blandt andet etnografiske studier af den daglige praksis i forskningslaboratorier (Latour og Woolgar 1979/1986) blevet anvendt til analyse af praksis inden for det teknisk videnskabelig område, og er i de seneste år også brugt i en række studier af anvendelse af nye metoder og teknologi inden for sundhedsområdet (Berg, M. 1997, Timmermanns & Berg 2003, Jensen, C.B. 2004, Svenningsen, S. 2003, Winthereick, B. R. 2004, Nielsen, H.L. 2005, Scheuer, J.D. 2003, Koch & Høyer 2007 (red.)). En organisationsteoretisk tilgang til inddragelse af ANT er under udvikling (Czarniawska & T. Hernes 2005; Law, J. 2004a).

[12] Her modstilles for eksempel sociologerne T. Parsons og N. Elias som repræsentanter for hhv. 'being' og 'becoming'. Elias, der i 1970'erne betegner Parsons' arbejde fra 1950'erne og tidligere som et eksempel på systematisk reduktion af sociale processer til sociale tilstande, mener at der bag enhver tilstand, der tages for givet, ligger komplekse, sociale processer, som ikke kan fastholdes. (se Elias, N. 1978 *"What is Sociology?"* London: Hutchingson.)

[13] ANT - Aktør Netværk Teori

ANT, hvis oprindelse især tillægges B. Latour, M. Callon og J. Law er inspireret af både den amerikanske pragmatisme, især etnometodologien, den franske semiotik og post-strukturalismen, har som overordnet analysestrategi en ontologisk påstand om aktør-netværk og fokus på en proces / translation (Jensen. T.E. 2003). ANT er ikke en færdig teori; ophavsmændene reviderer den til stadighed (Law og Hassard 1999, Latour 2004) og forskere inden for de fagområder, der har hentet inspiration i teorien, bidrager løbende til videreudviklingen[14]. ANT er en tænkning og metode, som indgår i den mere omfattende STS (Science and Technology Studies eller Science-Technology-Society studies) [15] -disciplin, der vil være mit overordnede teoretiske og metodiske ståsted.

Med dette projekt vil jeg bidrage til den akademiske debat og teoriudvikling inden for STS/ANT på det organisationsteoretiske felt. Det er mit udgangspunkt og antagelse, at projektet har empirisk fokus på spændingsfelt og relationer mellem management og forandringsprocesser i den vidensintensive del af den offentlige sektor, og på rationelle styringsværktøjer anvendt i en professionel organisation.

1.2.6 Indblik i praksis med et pragmatisk blik.

Projektets formål er på den ene side at bidrage til diskussionen inden for organisationsteorien og STS/ANT om metoder til udforskning af praksis. Det blik, der anlægges her, fokuserer især på forandringsstudier, hvor der som led i en kvalitativ analyse inddrages etnografisk inspirerede observationsmetoder, inspireret af symbolsk interaktionisme og journalistiske interviewredskaber.

Formålet med forskningsprojektet er på den anden side, med den STS/ANT inspirerede tilgang til forståelse af viden og væren, at finde ny viden om praksis og aktørers handlinger i forbindelse med forandringsprocesser på vidensintensive arbejdspladser i den offentlige sektor.

Blandt de vidensintensive områder sættes fokus på sundhedsvæsenet, fordi der her er mange institutioner med ensartede opgaver, hvor især hospitaler repræsenterer en mangfoldighed af organisationsteoretiske problemstillinger. Hermed sikres et vægtigt empirisk grundlag. Ud fra min forskningsmæssige interesse er det relevant at følge større, igangværende forandringsprocesser med mange involverede aktører. Dette krav har jeg fundet i de afprøvninger af akkrediteringssystemer, der er foretaget i det danske sundhedsvæsen i perioden 1999-2005. For de projekter jeg analyserer, vil en del af forskningsresultatet være en form for evaluering, som kan bruges lokalt og situationsbestemt på de involverede institutioner.

[14] Om ANT og en mulig post-ANT: se Olesen og Kroustrup 2007:63-93 (ANT); Gad og Jensen 2007:93-119 (Post-ANT)

[15] STS er et løst sammenvævet felt, skriver Jensen, Lauritsen og Olesen (2007:7), hvor begge betegnelser anvendes.

Hvis man skelner mellem top-down og bottom-up styrede forandringer, har man med akkrediteringssystemer, indført på initiativ fra ledelsen et eksempel på formel topstyring i sundhedsvæsenet. Resultatet af undersøgelsen vil således være et bidrag til forskningen omkring professionelle aktører som forandringsagenter i formelt topstyrede projekter, hvor medarbejderne inddrages på en måde som betyder, at bottom-up aktiviteterne primært har karakter af formel deltagelse i arbejdsgrupper i planlægningsfasen og senere i anvendelse af de nye systemer, men ikke i den overordnede strategi (Se præsentationstekster i afsnit 1.2.2 vedr. aktørernes deltagelse i H:S og Sønderjyllands amt).

1.3 Problemstilling, arbejdsspørgsmål og hypoteser.

I denne afhandling vil jeg belyse samspillet mellem top-down- og bottom-up-styrede processer i forbindelse med en organisatorisk forandring, omfattende introduktion af kvalitetsstandarder og implementering af forandringer i arbejdsprocesser. Konkret søger projektet at analysere, hvordan professionelle aktører i vidensintensive offentlige organisationer som hospitaler i det danske sundhedsvæsen handler, når der som led i en topstyret proces, forlanges gennemført forandringer i de daglige arbejdsforhold. Projektets overordnede problemstilling er således:

> ***Hvordan agerer professionelle aktører i sundhedsvæsenet, når topstyrede forandringsprojekter med fokus på forandringer i arbejdsprocesser skal implementeres?***

Problemstillingen giver anledning til nogle generelle spørgsmål omkring forandringer, hvor min interesser især drejer sig om flg. forhold ved henholdsvis redskabet til forandring (akkrediteringssystemet) og den praksis (arbejdet på hospitalerne), der skal modtage det nye system.

Spørgsmål:
I forbindelse med genstandsfeltet, akkrediteringsstandarder, rejser der sig et spørgsmål om, hvorledes man kan forstå et sådant system - hvordan man kan forestille sig, at det kan påvirke arbejdsprocesserne. Her er der behov for at forholde sig til, hvordan akkrediteringssystemer fungerer, hvilket jeg gør ved at tage udgangspunkt i, at de kan diskuteres ved anlæggelse af en betragtning om, at de er en form for standard- eller klassifikationssystemer. Hermed vil jeg trække på litteratur, hvor det vises, hvordan sådanne fungerer.

I forbindelse med en analyse af en forandring af arbejdsprocesser, ser jeg et behov for overvejelser på følgende områder:

- Hvordan får jeg øje på aktørernes handlinger og dermed arbejdsprocesserne? Her ser jeg to spørgsmål i forhold til det felt, jeg vil undersøge: hvordan begriber man *arbejdsprocesser i praksis* og hvordan begriber man *professionelles arbejde*.

- Hvordan får jeg øje på forandringerne? Her er det igen et spørgsmål om dels begribelse af *handlinger i praksis*, dels begribelse af *den forandring*, jeg fokuserer på - den handler om *standarder*, der lægges ind over professionelles arbejde.

- Hvilke særlige spørgsmål rejser der sig omkring implementering af standarder, og hvad kan jeg sige om den konkrete forandring, som vedrører et forsøg på at påvirke arbejdsprocesser?

Jeg ved, at det er en forandring, der handler om *kvalitetssikring af arbejdsprocesser*, og jeg ved, at metoden er standardbaseret, idet man ved hjælp af faste standarder vil sikre ensartethed, gennemsigtighed og styring ved hjælp af særlige redskaber. Problemstillingen uddybes med udgangspunkt i litteratur, hvor sammenhængen mellem standard- og klassifikationssystemer belyses og hvor klassifikationssystemer ses som infrastrukturer og videnssystemer.

Sammenholder man afhandlingens mål om at analysere praksis og handlinger i forbindelse med kvalitetsudviklingsprojekter med projektets teoretiske referenceramme - som overordnet set ud fra et STS/ANT perspektiv har en forståelse af organisationen som en formel struktur, hvor omkring man finder en samling af aktører, humane og nonhumane (mennesker og ting), der har fælles opgaver, men også relationer uden for organisationen, og hvor det at tænke processer i organisationer umiddelbart også involverer omverdenen, således at netværk i en eller anden form er den mest dækkende betegnelse for samspillet eller forbindelserne mellem aktørerne - har man baggrund for at formulere en række arbejdsspørgsmål, der kan være ledetråde undervejs i studier og refleksioner i afhandlingen:

- *hvilke rationaler kan identificeres i akkrediteringsmetoderne og -redskaberne?*
- *hvilke rationaler kan identificeres i professionelle aktørers handlinger?*
- *hvordan ser de humane aktører deres egen rolle i forbindelse med akkrediterings- eller certificeringsprojekterne og implementering af systemerne?*
- *hvordan ser de humane aktører fordele og ulemper ved akkrediterings- eller certificeringsprojekterne og implementering af de nye systemer?*
- *hvordan får de humane aktører kendskab til praksis omkring deres arbejdsopgaver?*
- *hvordan påvirkes det daglige arbejde af de nye systemer?*

Hypoteser:
Min grundlæggende undren kan relateres til de divergerende antagelser om forståelse af forandringsprocesser i et organisationsteoretisk perspektiv, som jeg finder inspirerende udtrykt hos sociologen N. Elias, der formulerer en tvivl om, hvorvidt det er muligt at fastholde og forstå sociale processer som en tilstand, der kan analyseres (jvf. afsnit 1.2.4). Min analyse tager udgangspunkt i litteraturen om organisationsforandringer som aktiviteter, der dels kan planlægges og styres top-down, dels udvikler sig (emergerer) ukontrollabelt på en måde, der primært er en bottom-up proces. En stor del af litteraturen fokuserer på sammenhængen mellem metode og implementering og diskuterer, hvorfor det ikke lykkes at realisere de normative tanker om hverken den ene eller den anden tilgang, dog ofte uden at inddrage dybere diskussioner om ontolo-

giske og epistemologiske forståelser. Der er således brug for at gå nye veje, hvor mit bidrag skal være en afsøgning af, hvorledes en STS/ ANT tilgang kan belyse forandringsprocesser i praksis.

Med baggrund i min undren omkring den eksisterende teori om forandringer i organisationer, min interesse for at teste hvorledes STS/ ANT-metoder kan berige organisationsteorien og mine hidtidige erfaringer med sammenhængen mellem teori og praksis omkring forandringer, har jeg konstrueret nogle hypoteser, der fungerer som en overordnet ledetråd igennem afhandlingen:

Med udgangspunkt i en oplevelse af, at antagelser om at der normalt vil være modstand mod forandringer er lidt af et paradoks i sundhedsvæsenet, hvor jeg har mødt stor interesse for nytænkning og udvikling, især inden for professionsfaglige kerneområder, formuleres den første hypotese

Hypotese 1: **Der er ikke generel modstand mod forandring.**

Den type af forandringer, hvor der tales om modstand, har, mener jeg, som overvejende fælles karakteristika, at de er topstyrede, planlagte og rettet mod realisering af forud formulerede mål. Inden for organisationsteorien om forandringer diskuteres andre metoder, hvor der tænkes bottom-up styring og / eller emergens-forståelse som modsætning til planer og forud fastlagte mål. Dette fører til konstruktion af endnu en hypotese:

Hypotese 2: **Topstyrede, planorienterede forandringsprojekter kan på overfladen have et skær af orden, der dog ikke afspejler nogen form for virkelighed forstået som praksis i organisationerne. Derfor skaber de forvirring og frustration, og når projekter får prædikatet 'mislykket', er det en indbygget svaghed, der synliggøres, snarere end en fejlslagen handlingsplan og modvillige aktører.**

Med hypotese 2 sigtes til, at forandringer af arbejdsprocesser ikke kan forventes implementeret i overensstemmelse med en forud fastlagt faseplan, at man ikke skal forvente at kunne se en realiseret forandring på den måde, at der afsendes en række stimuli, hvis respons kan forudses og dermed også underkastes en opfølgende evaluering, men at der altid sker noget, man kan bare ikke vide hvad, før man beslutter sig for at markere en grænse - nu er forandringstiden slut - og derpå prøver at samle op for at se, hvad der er nyt i forhold til tidligere.

Akkrediteringssystemet involverer alle typer af afdelinger og opgaver på hospitalerne, og dermed også en lang række forskellige faggrupper. Jeg har valgt at afgrænse analysen til nogle få professioner, som jeg antager i særlig grad karakteriserer arbejdsforholdene og præger organisationen som en vidensintensiv arbejdsplads domineret af medicinske fagområder. Her finder jeg, at lægegruppen er den stærkeste og sygeplejersker den talmæssigt største. Det er derfor især interessant at se, hvordan disse grupper forholder sig i forbindelse med implementering af systemet og i forhold til de foran-

dringer i arbejdsprocesserne, det medfører, og det bliver disse to professioner, der især fokuseres på i afhandlingen.

1.4 Afhandlingens struktur

I Kapitel 2 og Kapitel 3 præsenteres en række teoretiske tilgange til planlægning og gennemførelse af forandringer i organisationer, fra klassisk organisationsteori til STS/ANT. Endvidere sættes tankegangen bag akkrediteringssystemet i relation til dels modeller for Total Quality Management, dels den organisationsteoretiske diskussion om forandringer tænkt og håndteret som topstyrede, planlagte projekter eller emergerende, overvejende bottom-up processer.

I Kapitel 4 diskuteres med en interaktionistisk og pragmatisk tilgang, hvorledes man kan iagttage, analysere og forvente at kunne forandre arbejdsprocesser. Der tages udgangspunkt i et symbolsk interaktionistisk handlingsbegreb og problematisering af mulighederne for repræsentation og indtænkning af magtrelationer i forhold til synliggørelse af viden, hvad enten denne opfattes som tavs eller udtalt. Herefter bringes tankerne om virkeligheden som et rhizomlignende netværk ind i en spekulation om, hvordan man kan udforske praksis. Der gives et blik ind i, hvorledes man kan foretage etnografiske feltstudier med baggrund i STS/ANT-orienterede metoder og tænkning om multiplicitet, og med inspiration fra kunstneres forestillinger om arbejdsform og formål, hvilket fører til forestillinger om at betragte handlinger i praksis som enactment. Der rundes af med en refleksion over handlingers kontinuerte forløb og kontekstafhængighed, og de konsekvenser det må have for udforskningen af forandringer af arbejdsprocesser.

I Kapitel 5 er udgangspunktet, at forandringers kontekstafhængighed indebærer en nødvendighed om, at man ikke kan analysere forandringer i arbejdsprocesser på hospitaler som et generelt fænomen, men kun i form af fokusering på en konkret praksis. Derfor må man forholde sig til genstanden for forandringen, se på aktøren-i-praksis, hvor der i afhandlingen er udvalgt de medicinsk professionelle store grupper, læger og sygeplejerske som det dominerende analyseområde. Der gives et blik ind i den interaktionistiske teoretiske tilgang til forståelse af professioner og professionelles handlinger, med særligt fokus på den historiske udvikling og skabelsen af akademisk baggrund, samt betydningen af en jurisdiktion, herunder udvikling af begreber som faglige kerneydelser.

I Kapitel 6 introduceres en STS-tænkning omkring skabelse og funktion af klassifikations- og standardsystemer, med det formål at finde et teoretisk diskussionsgrundlag hvorudfra man kan vurdere akkrediteringsstandarder som aktører i praksis på hospitalerne. Der inddrages eksempler på systemer, der anvendes i sundhedsvæsenet til klassifikation af sygdomme eller standardisering af sygeplejeopgaver, og der drages paralleller mellem disse systemers funktion i praksis og akkrediteringssystemet som helhed (standarder og implementerings- og kontrolprocesser). Det konkluderes, at man kan betragte akkrediteringssystemer som formidlere af viden om kvalitet i ar-

bejdsprocesser, som magtfulde ordensskabere i praksis på hospitalerne og som mere eller mindre synlige og bevidste boundary objekter og fungerende infrastrukturer. Kapitlet afsluttes med udvikling af en analysemodel for studiet af forandringer af arbejdsprocesser. Modellen, der er bygget op omkring de tre begreber - viden, orden og infrastruktur - operationaliseres i forhold til dels akkrediteringssystemet, dels det professionelle system, således som det er karakteriseret i Kapitel 5.

I Kapitel 7 tages litteraturen om forandringer i organisationer igen op til diskussion, denne gang med udgangspunkt i begreberne plan og emergens og en interaktionistisk tænkning om kontekstafhængighed i forhold til forståelse af forandringsprocesser. Der introduceres en teoretisk skelnen mellem forandringer på henholdsvis mikroniveau (direkte i daglig praksis) og makroniveau, hvortil begreberne holdnings- og kulturpåvirkning, som beskrives som et vigtigt element i kvalitetsudvikling og -sikring, henregnes. Hermed introduceres de overordnede New Public Management-baserede styringsmetoder, der antages at generere blandt andet brug af systemer som akkreditering. På mikroniveauet vises, hvorledes forandringer kan analyseres som et møde mellem to systemer, der hver for sig kan karakteriseres ud fra de tre vinkler - viden, orden og infrastruktur.

Der reflekteres over en STS/ANT-tilgang til begreberne plan og emergens i relation til tankerne om muligheden for at få adgang til praksis og dermed analysere forandringer i organisationer, og der stilles forslag om en mulig analyseform og rapporteringsform, hvor der tænkes i multiplicitet og mangefoldethed.

I Kapitel 8 sættes fokus på feltstudier og STS/ANT-tilgangen til udforskning af praksis. Her gøres der rede for valg af forskningsfelt, adgangen til dette og skabelsen af empirisk materiale gennem etnografisk inspirerede feltstudier og interview på en række hospitalsafdelinger. Der reflekteres over, hvad det betyder, at adgangen til praksis er formidlet, og hvordan man med denne antagelse kan få adgang, og det diskuteres, hvorledes man på den baggrund kan iagttage handlinger og foretage interview, samt hvilket samspil der er mellem forsker og aktører i feltet. Endelig præsenteres overvejelser over skriveformen i forhold til beretninger fra feltet, hvor jeg henter inspiration i Latours tanker om en metode, hvor forsker og udforskede taler med lige værdighed - forskeren skal 'bare at fortælle historien' og bruge det sprog, der tales i det felt, man vil berette om.

I afhandlingens Del II gennemføres en analyse af mødet mellem akkrediteringssystemet og det professionelle system. Analysen baseres på modellen, udviklet i Kapitel 6, hvorefter mødet mellem systemerne belyses i selvstændige kapitler med fokus på henholdsvis viden, orden og infrastruktur. I den afsluttende konklusion, samles resultaterne.

I Kapitel 9 fremdrages de væsentligste overordnede træk ved akkrediteringssystemerne. Der gøres rede for de forskellige typer af standarder, der er enten patient- eller or-

ganisationsfokuserede. Endvidere præsenteres mulige tilgange til udforskning af forandringer i organisationer med en STS/ANT-tilgang.

I Kapitel 10, hvor viden er omdrejningspunkt, berettes der om forandring betragtet som brud på eksisterende dagsordener og sandheder. Der gives et indblik i, hvorledes de standarder og udvalgte risikoområder for undersøgelse, behandling og pleje på hospitaler, der beskrives i akkrediteringssystemet, møder klinisk praksis, der her karakteriseres som baseret på sundhedsvidenskabelig forskning og brug af klassifikationssystemer, hvorigennem viden både udvikles og fastholdes. Det vises, hvorledes det især bliver til en diskussion om, hvorvidt der skabes nye former for repræsentation af viden, som for eksempel samlinger af procedurer i håndbøger som bruges mere eller mindre, og hvornår der kan ses en mere reel substantiel forandring.

I Kapitel 11 hvor temaet er orden, berettes der om forandring betragtet med fokus på styreformer og anvendelse af målepunkter. Orden er i denne sammenhæng udtryk for den måde, hvorpå akkrediteringssystemet anvendes i praksis, udtrykt ved den organisation, der bygges op, de procedurer der skal følges og de processer, der sættes i gang. Det er de organisatoriske konsekvenser af at implementere akkrediteringssystemet relateret til den professionelle jurisdiktion og de kliniske beslutningsprocesser samt den sædvanlige arbejdstilrettelæggelse, der analyseres her. Der berettes især om konsekvenserne af at skabe orden i arbejdet gennem brug af dokumenter og det fælles sprog dette indebærer, og det belyses, hvorledes akkrediteringssystemet kan fungere som et ledelsesredskab.

I Kapitel 12 betragtes den professionelle sfære og akkrediteringssystemet ud fra deres respektive infrastrukturelle karakter. Mødet mellem de to ses som en udbygning af et netværk, hvor opgaverne i forbindelse med oversættelse af standarder til dansk, revidering af procedurebeskrivelser samt selvevaluering og surveybesøg, sættes i relation til eksisterende måder at arbejde med dokumentation, vejledningsmateriale og kontrol. Infrastruktur antages at være et støttende forgrenet fundament under praksis, ikke altid synligt og først og fremmest begribeligt i relation til aktiviteter eller processer. De spørgsmål, der styrer analysen, samles omkring begreberne accounting, institutionalisering af ekspertise og aktiverende relationer. Der berettes om forskellige former for tekster som kvalitetshåndbøger, skilte og opslag på afdelingerne - både skabelsen af teksterne og den rolle de spiller i praksis. Den eksterne kontrol i form af akkrediteringsbesøg handler også om infrastruktur. Her rettes blikket mod såvel forberedelserne på afdelingerne som selve besøget. Endelig analyseres den særlige form for selvevaluering, audit. Det vises, hvorledes det nye system enten får plads ved siden af det eksisterende, eller erstatter dele heraf, og det diskuteres, om der kan identificeres holdningsskift i forhold til tænkning om kvalitet i arbejdsprocesserne.

I det afsluttende Kapitel 13 konkluderes på såvel forandringer i praksis betragtet som arbejdsprocesser og belyst ud fra de tre vinkler, viden, orden og infrastruktur, som på den organisationsteoretiske tilgang om forandringer som planer, der kan styres eller emergerende processer, der kan iagttages. Der reflekteres over anvendelsen af teori og

metode, og fremsættes nogle forslag til perspektivering i form af konsekvenser af analyserne i afhandlingen samt videre forskning.

DEL I TEORI

KAPITEL 2 FORANDRINGER I ORGANISATIONER

2.1 Indledning.

I dette kapitel diskuteres en række eksisterende teorier om forandringer i organisationer, med særligt fokus på temaerne planlægning og implementering og med det formål at gøre rede for antagelsen om, at der er brug for nye bud på forståelse. Der tages afsæt i klassiske og moderne eller mainstream teorier med fokus overvejende på struktur, fortsættes over i symbolsk og nyere tænkning med fokus på processer, og afsluttes med tænkning om aktører eller aktanter i processer og netværk.

Jeg sammenholder tankegangen bag akkrediteringssystemer med systematikken og opbygningen af Total Quality Management-modeller (TQM), herunder den i den danske offentlige sektor benyttede særlige europæiske model EFQM[16] og relaterer tænkningen til en organisationsteoretisk diskussion om forandringsmetoder, forankret i, på den ene side fasetænkning og planlægning, på den anden side emergenstænkning og udviklende forløb. Herudfra begrunder jeg behovet for at gå nye veje, som tager udgangspunkt i den netværkstænkning, aktørnetværksteori (ANT), der er udviklet inden for forskningsområdet videnskabs- og teknologistudier STS (Science, Technology, Society studier)[17].

2.2 Teorier om forandring i organisationer.

En væsentlig del af organisationslitteraturen om 'forandringer i arbejdsprocesser' er skrevet ud fra et moderne perspektiv, med en rationel tilgang til analyser og objektiv forståelse af virkeligheden. Temaet om forandring, som man finder i flere discipliner inden for samfundsvidenskaberne, bliver her diskuteret ud fra en organisationsteoretisk synsvinkel. Organisationsteori er et fagområde, hvor der ofte trækkes på teorier om menneskers adfærd og motivation ud fra psykologiske eller sociologiske perspektiver. Litteratur om forandringer i praksis omfatter en del redskabsorienteret managementlitteratur med opskrifter og beskrivelser af forandringsforløb i virksomheder, hvor videnskabsteoretiske overvejelser om sammenhængen mellem den psykologiske teori, man har valgt, og den organisationsteori man bygger op, ikke indgår i teksten. Når man for eksempel orienterer sig mod de strømninger i psykologien, der taler for vigtigheden af at lade individer have indflydelse på egen situation, kan man se det overført til organisationsteorien som en metafor om at se organisationen som en familie eller som en lærende organisation. I praksis kan det blive omsat til en top-down styret proces, hvor individerne bliver belært om, hvordan man skal se sig som en familie eller en lærende organisation.

[16] Etableret af en række europæiske virksomheder sammensluttet under European Foundation for Quality Management, EFQM. Se afsnit 6.2.2 for nærmere beskrivelse.
[17] Jeg betragter STS -tænkningen som den overordnede studiemetode, og diskuterer som en særlig retning specielt ANT i forhold til organisationsteori.

Den videnskabsteoretiske eller filosofiske diskussion om virkelighed og menneskesyn, forestillinger om hvad viden er, og hvordan vi kan begribe, translatere og transformere den, ses sjældent. Man kan også spørge, hvad der driver udviklingen inden for organisationsteorien - er det som i den klassiske epoke fra begyndelsen af 1900-tallet, hvor spørgsmålene handlede om, hvordan man indrettede struktur og styrede processer i de nye store industrier og fabrikker mest effektivt, og hvor mennesket blev betragtet som et objekt på linje med maskiner, eller er det den senere epoke, hvor man inddrog resultater fra adfærdsforskningen, som viste, at mennesker kan påvirkes til forskellig adfærd, den epoke hvor 'human relations'-begrebet introduceres, og det jeg vil kalde den underliggende, men sjældent åbent diskuterede dobbelthed tager fart - den dobbelthed, der kommer frem i forklaringen på, hvorfor man skal fokusere på 'human relations'? Er det for at sikre mennesker et godt (arbejds-) liv eller for at sikre den maximale udnyttelse af de menneskelige produktionsfaktorer?

Her begynder organisationsteorien også at få politiske perspektiver - arbejdstagere mod arbejdsgivere i mange forskellige sammenhænge (fagforeninger og overenskomstsystemet, politiske bevægelser med socialisme og liberalisme som modsætningerne), og efterhånden vinder de økonomiske effektivitetstermer indpas og indgår i styringstænkningen, mens de filosofiske diskussioner om ontologi og epistemologi stadig er i periferien og knapt anes.

2.2.1 Tidlig, klassisk organisationsteori.

Organisationsteori er som en relativt ung disciplin en mangfoldig størrelse, som inddrager mange forskellige andre discipliner i sit felt. De klassiske interesseområder er udformning af strukturer med henblik på en effektiv arbejdsfordeling og metoder til optimal udnyttelse af ressourcerne, hvad enten det er maskiner eller mennesker.

I en analyse af organisationsteorien, skriver Perrow (1972/1974) om lederideologi og oprindelsen til human relations bevægelsen, at i tiden før Max Webers skrifter om bureaukrati blev oversat til engelsk (det skete i 1940'erne), var der ikke stor samfundsvidenskabelig interesse for emnet. Perrow nævner det ikke, men jeg mener, at han her skriver ud fra netop en, (kan man kalde det underforstået?) angelsaksisk kultur, med udgangspunkt i sin egen sfære (professor i sociologi, New York State University, USA). Det er her en stor del af organisationsteorien og begrebsudviklingen om forandringer stammer fra. Det er relevant at være opmærksom på, fordi den empiriske baggrund for denne udvikling er organisationer i primært det private erhvervsliv, men også offentlige institutioner som hospitaler. Den kultur og andre vigtige faktorer, der præger livet i organisationer, vil - antager jeg - selvfølgelig præge de begreber og modeller, der udvikles. I USA var det ledere fra erhvervslivet, der sammen med professorer fra de fremvoksende business schools udviklede teorier om industri- og forretningsledelse, scientific management, blandt andet inspireret af europæeren H. Fayol, skriver Perrow. Han tilføjer at scientific management, hvis problemstillinger stadig er relevante, og

hvis forskellige frameworks (modeller) stadig tjener ledelserne udmærket[18], bliver afvist med foragt af samfundsforskere, men at ingen organisationsforskere hidtil har fundet noget bedre.

Samfundsforskerne har især beskæftiget sig med de menneskelige relationer i autoritære systemer, skriver Perrow, og refererer til, at dengang Frederick Taylor[19] introducerede sine metoder med fokus på maksimering af maskiners og det enkelte individs effektivitet i produktionen, brød han ind i en tradition, hvor en socialdarwinisme, med tanker om det enkelte individs egne muligheder for at skabe succes, herskede. Taylor derimod så arbejderne som individer, der primært søgte lønmaksimering og indsatsminimering[20], og derfor burde styres med god ledelse og effektiv indrettelse af arbejdsprocesserne. Da Elton Mayo i 1930'erne fremsatte sin teori om, at samfundet består af naturlige, sociale grupper, og ethvert menneske har brug for at stå sig godt med sine medmennesker, kom der fokus på, hvordan man kunne styre ved hjælp af motivation, og adfærdsforskningen inden for psykologien fik en fremtrædende rolle. Perrow mener, at der dog stadig ikke [i 1972] er nogle klare retningslinjer, som den, der vil anvende human relations forskningen i praksis, kan gribe og anvende[21].

Som alternativ til human relations modellerne fremhæver Perrow den weberske model, som den bruges hos Herbert Simon og James G. March, der tillægger beslutningsprocesser stor betydning. De betragter individet som kun tilsigtet rationelt, uden fuldt kendskab til konsekvenserne af sine handlinger og heller ikke til alle mulige alternative handlemuligheder. Mennesker satisficerer i stedet for at optimere. De vælger den førstkommende, tilfredsstillende løsning i stedet for at søge efter den optimale. Derfor, mener March & Simon, kan organisationer kontrollere normerne og bestemme, hvad individet kan have mulighed for at lede efter (når man leder efter en nål i en høstak, stopper man første gang man finder noget, der ligner og kan bruges, mener March og Simon). Det er organisationskultur, der her tales om, forstået som de aspekter ved adfærdsmønstret som er relativt stabile og kun forandrer sig langsomt (March & Simon 1958). Antager man, at individer satisficerer, kan de kun have opmærksomheden rettet mod nogle få ting ad gangen og er tilbøjelige til at opleve og indskrive problemer i hævd-

[18] Frameworks vedr. planlægning, koordinering og prioritering af ledelsesopgaverne (det kostede i 1920'erne en del kamp at 'skille direktøren fra rutineopgaverne', og det er stadig et problem, skriver Perrow 1974:76)

[19] Frederick Taylor arbejdede som ingeniør med metoder til effektivisering af arbejdet i de store industrivirksomheder i USA omkring år 1900. Talyor udgav i 1911 *The Principles of Scientific Management*, hvor han introducerede begreber som tids- og arbejdsstudier. På Ford-fabrikkerne blev samlebåndet introduceret som led i implementering af Taylors idéer.

[20] Taylor havde via iagttagelser af arbejdsprocesser i stålindustrien bemærket, at de ansatte var påpasselige med ikke at sætte for høje mål for deres produktivitet (de ville beskytte deres job og sikre at tempoet ikke blev skruet op) samt at de var tilbøjelige til at arbejde ud fra egne tommelfingerregler og ikke generelle standarder. At yde mindre end man er i stand til benævnte Taylor 'soldiering'.

[21] Maslows behovspyramide, Mc Gregors teori X og Y om, hvad der motiverer mennesker, R. Likerts ledelsesmodeller, der bygger på tanker fra kemiens periodiske system. Ingen af disse vidt udbredte modeller har vist deres anvendelsesrelevans i praksis, viser Perrow, som foreslår at den vej, der starter med Webers tanker og leder over i fokus på beslutningsprocesser, måske er mere givende.

vundne og velkendte dimensioner. Derfor behøver man ikke at være opmærksom på karakteristik ved menneskelig adfærd med en psykologisk tilgang.

Med denne oversigt over en del af udviklingen af tænkning og modeller inden for organisationsteorien er det min hensigt at vise, hvorledes man kan antage, at de stier, der er banet i tænkningen og arbejdet omkring forandringer i organisationer, bærer præg af modellerne, og det hvad enten de fungerer og viser en sandhed eller ej. Og jeg antager, at de i høj grad præger de metoder, der anvendes i kvalitetsstyringen, så som TQM.

2.2.2 Begrænset rationalitet.

Perrow skriver, at March & Simon ser beslutningsprocessers betydning i lyset af det, de kalder den skjulte kontrol, alt det man ikke kan synliggøre og måle. Det er nok så meget præmisserne for beslutningerne, som det er disse processer i sig selv, der er styrende og bestemmende for, hvad der sker. Problemet med mennesker i organisationer er ikke kun, at de kan finde på at gå deres egne veje (således som Taylor var opmærksom på), men også at der er grænser for den menneskelige rationalitet. I forhold til forståelse af forandringer betyder det, mener Perrow, at man kan forvente at

> *"Forandringer er partielle, bygger på det gamle, sker på lykke og fromme og kanaliseres ind i de etablerede tilpasningers gammelkendte skure"* (Perrow, 1974:174)

J. March har videreudviklet tankerne om den begrænsede rationalitet og skriver blandt andet om den rationelle forståelse som en sejlivet myte, der er grundlag for de fleste nutidige forskrifter for og beskrivelser af menneskers adfærd. Han betragter rationalitet som *"et fundamentalt element i moderne trosformer, især den form som kommer til udtryk i nutidens vestlige samfund"* (March 1995:11). Jeg genfinder idéerne fra March og Simon omkring adfærdsmønstre hos Christensen og Kreiner (1991), der skriver om projektledelse (og dermed også forandring, mener jeg) i en ufuldkommen verden:

> *"Hvis du dag ud og dag ind minder dig selv om, at man aldrig nogensinde skal slå sine børn, så ender du med at slå dem nogenlunde det rigtige antal gange"* [22].

Citatet skal illustrere, at forskrifter ikke nødvendigvis siger noget om, hvordan virkeligheden udfolder sig, men højst kan være et input til en proces:

> *"Forskrifter om at man ikke skal slå sine børn, at man skal planlægge og styre sine projekter rationelt, eller at man skal forvalte projektet som en læreproces ... Forskrifter er et input til en proces, snarere end udfaldet af denne..."* (Christensen og Kreiner, 1991:105).

Forfatterne mener, at der er alt for mange institutionaliserede bindinger på projektledelse og skriver, at det for eksempel er umuligt at forestille sig et projekt, hvortil der ikke som minimum bliver stillet spørgsmål om, hvad målet er, hvad man vil gøre for at nå målet, og hvem der skal gøre hvad. De mener dels, at disse spørgsmål er uundgåe-

[22] Sagt af en børnepsykolog i USA - citeret efter March, James G., 'Science, Politics and Mrs. Gruenberg', i National Research Council, National Academy of Sciences, USA.1980

lige, fordi de er en naturlig del af den institutionaliserede forestilling om, hvordan man arbejder med projekter, dels at det er udsigtsløst at forsøge af udfordre eller ændre denne forestilling (ibid:107).

2.2.3 Organisationsteorien og teorier om forandring.

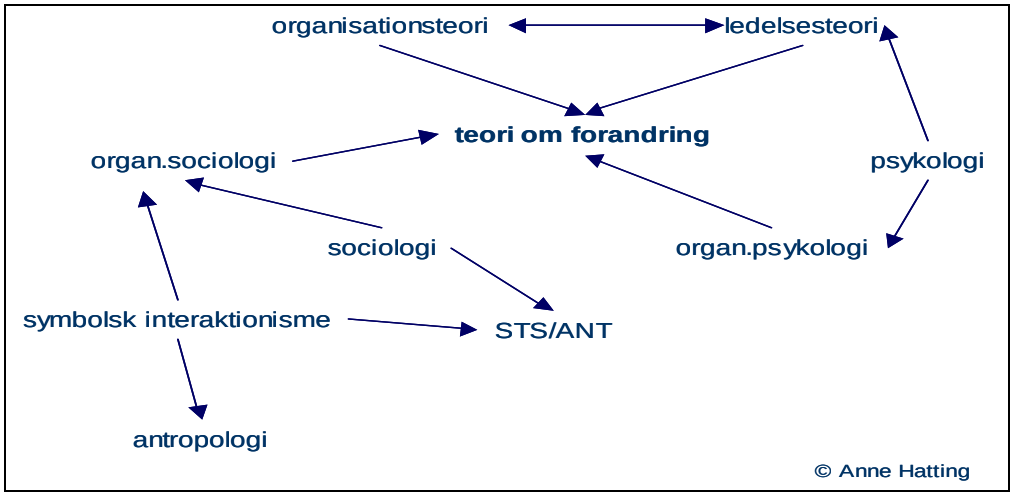
Teoretiske diskussioner og normative beskrivelser af hvorfor og hvordan forandringer i organisationer bedst kan gribes an, og hvorfor og hvornår det er nødvendigt at gøre hvad, finder man ofte i forskellige typer af faglitteratur lige fra den redskabsorienterede type med 'gode råd om hvordan man skal gøre', som er karakteristisk for en del managementlitteratur til det mere problematiserende med rod i forskellige samfundsvidenskabelige discipliner, hvor der skrives om overvejelser om, hvorfor forandringer ikke lykkes og gives nogle bud på forklaringer, baseret på for eksempel teorier om menneskers adfærd.

I Figur 2.1 har jeg samlet de væsentligste af de faglige kategorier, hvor jeg har fundet temaet 'forandringer i organisationer'. Som basale discipliner ser jeg psykologi og sociologi, som hver især på en særlig måde har organisationsvinklen i fokus med fagområder som organisationspsykologi og organisationssociologi. I specielt litteratur fra USA er begrebet managementlitteratur bredt udviklet, det anvendes nu overalt i den vestlige verden, og der er et fællesskab mellem denne kategori og den type litteratur, man finder under betegnelsen organisationsteori. I figuren bruger jeg kategorien 'ledelsesteori' i stedet for managementteori. I takt med den faglige udvikling i både sociologi, og især psykologien ser man til stadighed, at der tages stof ind, som ikke er betegnet som organisationspsykologi, men som af organisationsforskere eller ledelsesforskere er fundet interessant, og derfor bliver brugt direkte som inspiration i teorier om forandringer. Derfor trækker jeg en forbindelse direkte mellem psykologien og organisationsteorien.

Samlet er der således i det mindste fem forskellige discipliner, der igennem mange år har givet inspiration til litteraturen om forandringer i organisationer. Men der er også nyere bidrag, bl.a. aktør-netværk-teorien og dermed vidensforskningsområdet, Science og Technology Studies, STS, som især har rødder i antropologi og symbolsk interaktionisme, der igen har sin egen placering inden for sociologien, i 'Chicagoskolen'[23]. Denne virkede bredt op til 2. verdenskrig, men blev siden hen domineret at andre, stærkere retninger, for så at vinde frem igen fra en gang i 1970-erne.

[23] Om Chicago-skolen, se kapitel Kapitel 4.

Figur 2.1 Flere faglige discipliner præger teorierne om forandring i organisationer



Kommentar til figuren:
Teorier om forandring i arbejdsprocesser i organisationer finde man forankret i flere discipliner. I dette afsnit har jeg skitseret den human relationsrelaterede del af udviklingen inden for organisations- og ledelsesteori, hvor psykologi og sociologi inkl. forskellige skift i metoder og teori, altså forskning i individers og smågruppers adfærd, hele tiden har været medinddraget. I senere afsnit viser jeg, hvorledes jeg mener, at STS kan bidrage til at forøge indsigten i praksis omkring forandring af arbejdsprocesser. Det er et forskningsområde der er i udvikling, men endnu ikke præger den generelle tænkning om forandringer, derfor trækker jeg ingen forbindelse mellem STS/ANT og 'teori om forandring'. Jeg fremhæver symbolsk interaktionisme, som noget særligt, fordi det er en af indgangene til STS/ANT, og bruger i øvrigt betegnelsen 'sociologi' uden at gå nærmere ind i de forskellige forståelser[24], der findes inden for denne disciplin, fordi det her blot er min pointe at vise, hvorfra organisationsteorier om forandring henter inspiration.

2.3 Forandring af arbejdsprocesser.

Forandringsprocesser i organisationer i teori og praksis har været et tema i organisationsteorien siden starten af 1960´erne, hvor organisationsteoretikere især har hentet inspiration i psykologien, som den udvikledes i USA under betegnelserne 'Organizational Development', OD, og 'Organizational Behavior'. På dansk vil man ofte se betegnelsen 'organisationsudvikling', og går man ind i litteraturen, vil man finde, at det er et begreb, som benyttes i flere sammenhænge - det kan være rettet imod både mennesker, processer og strukturer.

Her vil jeg diskutere de to grundlæggende tilgange til forandring af arbejdsprocesser som blev nævnt i afsnit 1.2.4 - en overvejende topstyret planlægningsfokuseret og en primært bottom-up og emergerende, kaos- og udviklingsorienteret.

[24] Se fx. Olesen (2007) for en nærmere beskrivelse af sammenhæng mellem STS og forskellige retninger inden for sociologien.

Figur 2.2 To grundlæggende tilgange til forståelse af handling vedr. forandring.

Metoder - forandring af arbejdsprocesser.	
Planlægning	Emergerende forløb
Faseindeling lineært forløb* et forløb, der kan lukkes	Kaosteori-inspireret non-lineært forløb, der forbliver åbent
Ofte top-down styring	Ofte bottom-up styring
Ofte fokus på økonomiske incitamenter	Ofte fokus på læring og kulturændring
Struktur-tænkning	Procestænkning
* lineær tænkning: respons er proportional med stimulus. Årsag-virkning kan spores.	

(Kilde: AH)

2.3.1 Forandringsprocesser styret ved planlægning.

Definition af organisationsudvikling med en planlægningstilgang finder jeg hos Cummings & Worley, som skriver om anvendelsen af teoretisk viden om menneskers adfærd i forbindelse med planlagt udvikling:

> *"a systemwide application of behavioral science knowledge to the planned development and reinforcement of organizational strategies, structures and processes for improving an organization's effectiveness"* (T.G. Cummings & C.G. Worley, 1993:2)

2.3.1.1 Meningsfuldt arbejde og synlig indsats

Det er karakteristisk for planlægningsmodeller, at de er bygget op omkring faser og at initiativer og vurderinger om forløb af forandringer i en organisation kommer fra topledelsen. Forestillingen om organisatoriske forandringer anskuet som **faser**, der skal gennemløbes i fast rækkefølge eller med mulige sløjfer, er en tænkning, der har været dominerende i organisationsteorien i det meste af det 20. århundrede, og stadig har en vis udbredelse.

Som skitseret i Figur 2.1 i afsnit 2.2 er teorier om forandringer i organisationer et felt, der spænder vidt og baseres på forskellige samfundsvidenskabelige discipliner. Ønsket om at finde frem til en rationel arbejdsdeling er selve grundlaget (det skrev Adam Smith om i 1776), og siden begyndelsen af 1900-tallet har tænkning om effektive organisationer været drevet af idéer, der går tilbage til H. Fayols teori om ledelse af en virksomhed, M. Webers sociologisk baserede studier af bureaukratiske organisationer og F.

Taylors teknisk funderede metoder til forøgelse af produktiviteten i fabrikkerne. I 1930'erne kom en ny dimension til med Mayos studier af adfærd[25].

I den klassiske og den ingeniørteknisk (industriel engineering) baserede teori tænkte man ikke på menneskers behov og motivation, men da adfærdsperspektiverne kom til, orienterede man sig mod studier af den menneskelige faktor først i sammenhæng med konkrete job og opgaver, senere, med systemteoretiske briller også mod den omverden, opgaverne blev udført i. Den sociotekniske tilgang som samlede disse perspektiver, var basis for eksperimenter i praksis med design af arbejdsprocesser og konstruktion af et fænomen som selvstyrende grupper. Hos Hackmann & Oldham (1980) finder man en kritik af især det sidstnævnte for manglende specificitet i det teoretisk udgangspunkt og manglende klarhed i definitioner af anvendte begreber som f.eks. autonomi eller sociale systemer. Hackmann & Oldham anfører blandt andet, at de finder det vigtigt, at man tager højde for, at mennesker har forskellige måder at reagere på ved forskellige former for arbejdsprocesser. De finder, at systemtænkning er god til at understøtte planlægning af forandringer, men at det er vanskeligt empirisk at teste systemet, og at teorien er meget lidt eksplicit omkring hvilke forandringer, der skal tages i anvendelse i hvilke situationer. De viser, hvordan man kan bruge en hybrid af systemtænkning og adfærdspsykologi i forbindelse med udtænkning af modeller og forskrifter for design og redesign af arbejde.

Hackmann & Oldham, der således mener, at adfærdspsykologien kan yde et væsentligt bidrag til forståelse af forandringer, fremhæver at den enkelte skal kunne opfatte sit arbejde som meningsfuldt i forhold til personlige værdier, og man skal kunne se sit bidrag og sit ansvar i relation til resultatet af indsatsen. Det første forudsætter, at man får mulighed for at anvende sine færdigheder og kompetencer på en bred og varieret måde, samt at man ved, hvad man skal, og man føler at arbejdet har betydning; det andet indebærer selvstændighed / autonomi og feedback.

2.3.1.2 Faser. Tekniske metoder og personlige behov

Den planlægnings- og faseorientede forståelse af forandringer har rødder i arbejdet med anvendt adfærdsforskning fra 1940'erne, hvor især sociologen K. Lewins trefasemodel - 'optøning, forandring, fastfrysning' - har haft stor betydning. Modellen er anvendt på såvel individer (gruppedynamik) som på organisationer, hvor andre forskere har brugt faserne som inspiration til videreudvikling. Det gælder for eksempel French

[25] På Hawthornefabrikkerne i USA gennemførte Mayo en række studier af relationerne mellem miljø / omgivelser og individers arbejdsindsats. Et af forsøgene drejede sig om, hvorledes lysforholdene i lokalet påvirkede de ansatte, der arbejdede dér. Forskerne registrerede et for dem ejendommeligt forløb, idet der ikke sås nogen lineær udvikling mellem mængden af lys og produktiviteten. Uanset hvad der skete, steg tilfredsheden og produktiviteten. Dette resultat blev tolket således: det er selve opmærksomheden, der fører til højere ydelse, ikke kvaliteten af de fysiske omgivelser. Resultatet gav navn til et siden hen vidt anvendt begreb - Hawthorne-effekten, som bruges i forbindelse med forklaringer på, hvad der sker, når mennesker får opmærksomhed. I de senere år er selve forsøget dog blevet problematiseret, og der hersker en vis tvivl om, hvad der egentlig skete. (Se bl.a. S. Scheuer 2000).

& Bell[26], der mener, at der i forskellige faser af en forandringsproces skal benyttes forskellig intervention; Cummings & Worley (1993) beskriver aktiviteten Organizational Development (OD) i 1990'erne som noget, der omfatter både skabelsen af en forandring og implementering, stabilisering og institutionalisering af nye aktiviteter. De mener, at OD sætter fokus på ikke kun tekniske aspekter, som det kendes fra operationsanalyse og engineering, men også personlige og sociale behov. Andre metoder har et smallere sigte og fokuserer kun på det tekniske og med en rationel tilgang, som det vises hos Bolman & Deal i det følgende.

Tekniske metoder
Eksempler på forandringsmetoder, hvor der primært indgår tekniske problemstillinger og ingeniørteknisk tænkning, finder man hos Bolman & Deal (2003), hvor organisationer analyseres ud fra forskellige referencerammer (strukturel, human resource, symbolsk og politisk ramme) og karakteriseres, uden direkte relatering til rammerne, på forskellig måde som familie, fabrik, jungle, teater og tempel. Her viser jeg eksempler på anvendelse af henholdsvis fabriks-, familie- og teatermetaforerne, de to første især med relation til kvalitetsstyring, den sidste som et eksempel på diskrepans mellem planer på overfladen og praksis.

Fabriksmetaforen rummer blandt andet en model, der er udviklet til kvalitetsstyring i 1980'erne på General Electric fabrikkerne i USA. Modellen betegnes 'The Six Sigma Way' (Se Figur 2.3.)

Six Sigma er et system, der repræsenterer modeller præget af konceptudvikling for samlet planlagt forandring, strategisk ledelse og læring, koncepter som ikke mindst kvalitetssikringsmetoderne er udtryk for, se for eksempel Argyris (1990) om handling og læring og overvindelse af modstand mod forandring, eller konceptet omkring den lærende organisation (Senge, 1990). Både Senge og Argyris har rødder i kybernetik og systemteori[27].

Six Sigma modellen er i dag et vigtigt værktøj i sundhedsvæsenet i USA, hvor den bruges som redskab i kvalitetsarbejdet. Six Sigma er et redskab, der understøtter tankegangen om, at dokumentation af at planlagte arbejdsprocesser er gennemført som foreskrevet, er et hjælpemiddel i forbindelse med kvalitetssikring. Dels øges aktørernes opmærksomhed omkring arbejdsopgaverne, dels kan man senere kontrollere om reglerne er blevet overholdt.

[26] French, W. & C.Bell (1978) *Organization Development: Behavioral Science Interventions for Oranization Improvement*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
[27] Argyris, (professor i psykologi, hvis teorier om blandt andet single loop og dobbelt loop læring, er baseret på systemteori og naturvidenskabelige tilgang) og Peter Senge (som er systemteoretiker og management konsulent, og med bogen "The Fifth discipline" har bidraget vægtigt til udbredelse af begrebet om den lærende organisation).

Figur 2.3 Six Sigma - En fabriksmetafor - fokus på strukturelle rammer.

"The Six Sigma Way", en model for, hvordan man med statistiske metoder kan styre kvalitet og effektivitet i alle processer i virksomheden. (Six Sigma er opfundet af Motorola og i flg. Bolman & Deal gjort verdensberømt af General Electric - GE). I 2005 er GE på vej væk fra dette system og dets fokusering på produktivitet og effektivitet, som man nu mener, man ikke kan nå videre med. I stedet skal der satses på innovation og kreativitet, meddeler firmaet i forbindelse med en pressemeddelelse om ansættelse af en ny direktør, der præsenteres som innovationsdronning. GE skal sætte innovation højst på dagsordenen, og hele virksomheden skal fungere med brugerdreven innovation. Med 'brugerdreven innovation' menes, at alle medarbejdere skal være med til at skabe gode idéer. (Dagbladet Politiken. Økonomirapporten, 5.8 2005).

I USA er Six Sigma-systemet nu på vej ind på hospitalerne som et kvalitetsstyringsredskab, hvor personalets registreringer som led i kontrol eller audit af forskellige arbejdsprocesser, indsamles og gøres til genstand for beregninger og sammenligninger inden for hospitaler og mellem hospitaler, som en form for benchmarking. Brug af Six Sigma indebærer uddannelse af superbrugere på hospitalerne, præsentationsværktøj i form af skemaer og figurer, og en række råd om hvordan man indsamler data, præsenterer resultaterne og skaber forbedring på baggrund af informationerne. Med skabelsen af, hvad jeg vil kalde et 'Six Sigma Community' med tilhørende uddannelser, vejledninger og dokumenter, konferencer og gradueringer af eksperter (der er grøn-bælte (deltids) og sort-bælte (fuldtids) superbrugere), opbygger og understøtter man et system, der producerer rapporter og metoder og signalerer overblik og orden. Og markerer fabriksmetaforens indflydelse på hospitalerne.

(Fabriksmetaforen bruges hos Bolman & Deal (2003:400) især til beskrivelse af strukturelle rammer og der lægges vægt på målstyring, specialiserede roller og formelle relationer.)

Six Sigma indgår som et redskab i en af de metoder, der har domineret kvalitetsarbejdet i 1990'erne, Total Quality Management - TQM. (Se Figur 2.4) Den tankegang, der ligger bag denne model, karakteriserer Bolman & Deal (B&D) som en *familiemetafor*, hvor der fokuseres på begreber som individers behov og følelser. TQM lægger op til en styring af familien, så de fejltagelser, der kan følge af halvhjertede og delvise implementeringer af forandringer, kan undgås (B&D 2003:154). Bemærk her, hvorledes en fabriksmetafor tænkes ind i en familiemetafor, hvilket jeg ser som et tegn på, at det kan være vanskeligt at tænke i adskilte kategorier.

Figur 2.4 TQM - En familiemetafor - fokus på individers behov og følelser.

En grundlæggende antagelse i TQM-tænkningen er at der skal tænkes i strategiske sammenhænge, når man vil forandre processerne i virksomheden, og man skal være parat til en langvarig indsats. I 1980´erne vandt TQM indpas i USA med idéen om at sætte fokus på strukturelle og menneskeorienterede udviklingstiltag på én gang. Medarbejderinvolvering var et af hovedbudskaberne. Kerneantagelserne var, at høj kvalitet er billigere end dårlig kvalitet, at mennesker gerne vil gøre et godt arbejde, at kvalitetsproblemer ikke kan ses isoleret til en enkelt funktion, men at arbejdsprocesser er gensidigt afhængige, og endelig at topledelsen er klart ansvarlig for kvaliteten. (Hackman & Wageman, 1995).

I flg. Bolman & Deal fortyndede mange virksomhederne TQM-filosofien og tog kun dele af konceptet, ofte det, der greb mindst ind i eksisterende processer. Men ét sted gennemførte man et helt forløb, i en fusioneret virksomhed, hvor bilproducenterne General Motors og Toyota fusionerede og startede en ny produktionsform i GM´s fabrik i Californien. Her stod japanerne fra Toyota for ledelsen, og det der kaldes en omfattende human resource filosofi blev den grundlæggende idé. Der var symbolsk lighed mellem ledere og medarbejdere (samme uniform, fælles kantine, fælles parkeringspladser), og der blev arbejdet i små, selvstyrende grupper, hvor deltagerne selv tilrettelagde arbejdet. Fabrikkens motto var: "no managers, no supervisors, only team members." I forhold til såvel arbejdsforholdene på General Motors som kvaliteten af produkterne forud for sammenlægningen med Toyota, var der store forbedringer (Bolman &Deal, 2003:156).

I Danmark udgav forlaget Børsen, hvis erhvervsbøger som regel giver indblik i aktuelle, nye koncepter, i 1994 en ledelsesbog om TQM. På det tidspunkt var tanken slået an i nogle af de største danske virksomheder, og ideen skulle udbredes.

Planlægningsmodellerne for forandring har vundet stor udbredelse, men også skabt mange frustrationer, når man fandt, at målene ikke blev nået. Dette problem var et af de centrale ved konferencen i USA (se afsnit 1.2.4), hvor konsulenter og forskere mødtes for at finde nye veje[28].

Den begrænsede målopfyldelse kan forklares ved de forudsætninger, der skal være opfyldt, for at modellerne kan virke efter hensigten. De vigtigste forudsætninger er i flg. Holbeche (2006), at der skal være relativt stabile og forudsigelige omgivelser (det gælder både økonomi, konkurrenter, regeringstiltag), langvarig og omfattende tilslutning til forandringen fra såvel ledere som medarbejdere, ressourcer til at gennemføre forandringen og endelig kommunikationsmetoder, der sikrer optimal formidling. Der refereres til Stuart (1995)[29] for fund af en lang række hindrende faktorer, og Holbeche konstaterer, at der tilsyneladende hersker en kvasi-Newtonsk forståelse af forandring, hvorefter ledere mener, at der gælder universelle love, som gør det muligt at forudsige resultater af forandringer, hvilket omvendt betyder, at de manglende resultater fører til, at man overgiver sig til tilfældig handling, en 'vent og se'-holdning som alternativ til planlægning (Holbeche 2006:158). Det er nøjagtig den tilstand, som March & Simon finder er den forventelige, naturlige, mener jeg, og de ville antagelig ikke tale om over-

[28] Se "*Breaking the Code of Change" (*2000), og *"The Quality Movement & Organization Theory"* (2000).
[29] Stuart, R. (1995) Experiencing organizational change. *Personnel Review*, 24 (2), 3-88

givelse, men indsigt i de faktiske forhold. March (1995) tager denne problemstilling op, når han skriver om rationalitet, som et begreb hvis eksistens næres af, hvad han benævner 'rationalitetsfilosoffer', som har fået rollen som kreative kustoder for en fleksibel myte. *"Som et resultatet af dialektikken mellem observationer og efterrationaliseringer, står vi nu med den sædvanlige arbejdsdeling mellem rationalitetsfilosoffer og feltforskere, der beskæftiger sig med samfundsmæssige institutioner. Hver gang nye empiriske resultater sætter spørgsmålstegn ved rationalitetsmyten, opfinder filosofferne nye former for omkostninger på et eller andet niveau eller i et eller andet tidsperspektiv, så resultaterne alligevel bekræfter myten"*, skriver March, som finder, at der bruges megen energi inden for samfundsvidenskaberne på at søge efter rationalitet i handling, samfundsmæssige institutioner, normer, strukturer, praksis og adfærd. Det er en nyttig beskæftigelse, mener han, fordi det beskytter mod valg mellem ensretning og revolution (March, 1995:24).

2.3.1.3 Sociale behov - symboler.

En anden tilgang til forståelse af de manglende resultater af en planlagt forandring finder man inden for den del af organisationsteorien, hvor der er fokus på sociale behov, og kultur og symboler spiller en væsentlig rolle. Bolman & Deal (B&D) karakteriserer denne tilgang ved en teatermetafor, hvor der trækkes på antropologi, med fokus på det irrationelle, ritualerne, heltene, fortællingerne og myterne som det styrende, snarere end regler, policies og ledelsesautoritet. Organisationer bedømmes her på deres synlige fremtræden. Som et eksempel på denne forståelse skriver B&D om en tilsyneladende succeshistorie fra USA's søværn - skabelsen af U.S. Navy´s Polaris missil system:

Figur 2.5 Polaris missilsystemet - En teatermetafor - fokus på den synlige fremtræden

Polarisprojektet blev kendt som et eksempel på en effektiv statslig aktivitet. Moderne managementteknikker til processtyring, anvendelse af programplanlægning og budgetstyring blev fremhævet som væsentlige årsager til succes´en. Og besøgende fra andre lande anbefalede, at man også hos dem tog sådanne systemer i brug, det gjaldt blandt andet den britiske flåde.

Nogle år efter at missilprojektet var afsluttet, gennemførte H. Sapolsky en analyse af forløbet, hvor der blev påvist nogle symbolske forklaringer på succes'en. Af analysen fremgår det, at der ganske vist var synlige innovative aktiviteter, men de var kun marginalt forbundne med det egentlige arbejde. Den tekniske division i organisationen producerede planer og diagrammer, som for det meste blev ignoreret i praksis. Ledelsesmøderne fungerede dels som offentlige arenaer, hvor de, der fik ansvar for dårlige præstationer, blev irettesat, dels som vækkelsesmøder med det formål at styrke projektets religiøse tilsnit. Et særligt projektkontor fungerede som et officielt briefing-område, hvor besøgende fik fremvist imponerende oversigter og kort, uden forbindelse til projektets aktuelle fremdrift.

De britiske besøgende, der senere bestilte et lignende system, var tilsyneladende klar over den manglende sammenhæng mellem præsentationerne på overfladen og de faktiske forhold, men valgte alligevel at anbefale systemet.

(H. Sapolsky "The Polaris System Development" (1972) i Bolman & Deal (2003:270-271))

Dette eksempel illustrerer i flg. B&D, hvordan moderne management teknikker kan bidrage til mytedannelse og opbygning af ekstern legitimitet og støtte. Sapolsky konkluderer, at en alkymistisk kombination af aktive computerskærme, farvestrålende kort og hurtigttalende kommunikationsofficerer var det, der skabte indtrykket af et effektivt managementsystem. Det var ligegyldigt, om systemerne fungerede eller endog eksisterede. Det eneste, der havde betydning, var at bestemte mennesker, i en bestemt periode troede, at det fungerede[30].

Som eksempler på teoretiske perspektiver, inden for den symbolske ramme, hvortil teatermetaforen hører, nævner B&D institutionel teori (repræsenteret ved bl.a. DiMaggio & Powell 1983, Meyer & Rowan 198331, March & Olsen 1976) hvor 'læren' fra Polaris-eksemplet udstrækkes til at gælde i samtlige organisationer. Her betragtes udvikling af en rationel plan som et bevidst forspil til for eksempel en omstrukturering af produktionsaktiviteter.

2.3.1.4 Opsamling om planlægning, fasemodeller og rationalitet

Jeg har med det ovenstående indblik, i det jeg vil kalde det teoretiske modelunivers for forandringer i praksis med en rationelt tænkt planlægningstilgang, fundet at det normative aspekt vejer tungt inden for teoriområdet for planlagte forandringer, at der for så vidt angår videnskabelige referencer overvejende henvises til de fagdiscipliner, hvorfra inspirationen kommer (især psykologien), samt at der savnes forskning om påvisningen af metodernes succes eller realisering af de planlagte mål. Fasemodellerne fungerer tilsyneladende overvejende som inspiration og retningsgiver ved planlægning og gennemførelse af forandringer.

2.3.2 Fornuft og struktur eller symbol og proces? Både plan og emergens.

I analysesammenhæng i forhold til en diskussion af forskellige tilgange til teoretisk forståelse af forandringsprocesser kan det som nævnt være nyttigt at skelne mellem planlægnings- og emergens-tænkning. Derimod er det ikke ligetil at fastholde denne adskillelse i gennemgangen af faglitteraturens skiftende fokusområder, hvilket jeg dog alligevel vil forsøge at gøre med henblik på at forfølge mit ærinde om så tydeligt som muligt at konstruere to billeder af de tilgange til forandring, der beskrives af blandt andre Weick (2000), som nævnt i afsnit 1.2.4. Hvor Weick skelner mellem top-down og bottom-up tilgange til forandringsprocesser, finder jeg det uddybende og klargørende i forhold til litteraturen at betragte planlægnings- og emergens-tilgange som de to modsætninger. Nogle forfattere bruger disse begreber, men ikke alle. I det følgende viser

[30] Den senere, og stadig i 2007 aktuelle fremtrædende brug af begrebet 'spin', vil jeg betragte som en tilsvarende funktion.

[31] DiMaggio, P.J. & W.W.Powell (1983), "The Iron Cage Revisited:Institutionel Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review,* Apr. 1983, *48,* 147-160
Meyer, J.W. & B. Rowan (1983), "The Structure of Educational Organizations". In J.W. Meyer and W.R. Scott (eds.) *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Thousand Oaks, Calif.: Sage

jeg, hvorledes symbolske forståelser, ikke bare, som i eksemplet med Polarisprojektet nævnt ovenfor, kan findes i en planfokuseret ramme, men også anskues med en emergenstilgang. Der kan tilmed vises teoretiske antagelser om en tæt sammenhæng mellem procesfokusering og emergenstilgang, hvor proces ses som modsætning til struktur og illustreres ved sensemaking-begrebet.

Den symbolske forståelse illustreres tydeligt, i flg. Bolman & Deal, hos ledelsesforskeren J. Kotter, som ud fra en række analyser af forandringsprocesser i organisationer konkluderer, at de forandringer, der mislykkes, overvejende baseres på dataindsamling, analyser og skriftlig formidling (rapporter og anden tekst-kommunikation), mens man ved de vellykkede ser en kreativt baseret tilgang, beregnet på at få tag i menneskers følelser. For forandringsagenter er konsekvensen heraf, at man bør stole mindre på fornuft og struktur end på menneskelige, politiske og symbolske elementer. Kotter sammenfatter sin erfaring og anvisninger på succesfuld forandring i en model bestående af otte faser. Han arbejder således inden for 'planlægningsparadigmet' for forandringer, men har samtidig en forestilling om, at der inden for det planlagte skal udfoldes emergerende processer.

Figur 2.6 J. Kotters forandringsmetode - 8 faser

8 faser, som J. Kotter selv har fundet succesfulde i forbindelse med forandringsinitiativer:

- skabe fornemmelse af nødvendighed
- sammensætte teams med autoritet til at få ting til at ske
- skabe opløftende strategi og vision
- kommunikere strategi m.m. ved både ord, symboler og handlinger
- fjerne forhindringer
- producere synlige tegn på fremskridt, de små sejre
- holde fast, ikke give op
- skærme og støtte den nye kultur, der skabes

(Kotter & Cohen (2002) "The Heart of Change", i Bolman & Deal (2003:383)

B&D mener, at Kotters model er velorkestreret og nyttig som en metode, der kan respondere på væsentlige behov som læring, justering, forhandling og håbløshed (B&D, 2003: 383). Det mener jeg ikke, man kan være uenig i, selv om man kunne betvivle listens værdi ved at stille negative spørgsmål til udsagnene og konstatere, at ingen ville ønske at gøre det modsatte af, hvad Kotter foreslår, men der behøver naturligvis ikke overensstemmelse mellem ønsker og faktisk handling. Jeg betragter Kotters model som en præsentation af noget væsentligt, man kan støtte sig til, noget der er udvalgt blandt en større mængde mulige, gode råd, og som er værd at stræbe efter, men måske lige præcis svært at operationalisere.

2.3.2.1 Organizing

a. Sprog og virkelighed.

Fokus på adfærd og processer som Kotter finder vigtigt er, mener jeg, hvad man finder hos organisationsforskere, der har en socialkonstruktivistisk forståelse af virkeligheden. Her har Karl E. Weick i 1969/1979 [32] med en socialpsykologisk tilgang givet et væsentligt bidrag til organisationsteorien. Hos Weick finder man en forståelse af processers betydning, hvor gruppeprocesser og netværkstænkning inddrages som supplement til og i nogle tilfælde ligefrem erstatning for de individorienterede adfærdsteorier, der i en lang periode havde domineret under fællesbetegnelsen human relations-vinklen til forståelse af organisationer.

Weick 1969/1979 har som Berger & Luckmann (1966) en subjektiv tilgang til virkeligheden i modsætning til den objektive, generelle forståelse i de faseorienterede forandringsmodeller. I flg. Berger & Luckmann produceres menneskelig, social orden gennem interpersonelle forhandlinger og implicitte forståelser, som opbygges via fælles historie og fælles erfaringer. Weick skriver om, hvordan **begreber skaber virkelighed**, og introducerer begrebet 'organizing' (vægten lægges på processer og det igangværende), som et modstykke til 'organization' (hvor vægten ligger på strukturen, det der er skabt og ligger fast), som det der bør være udgangspunkt for at forstå, hvad der sker i organisationer.

Weick udmønter blandt andet sine tanker om organizing i sin forskning omkring, hvad der påvirker menneskers handlinger. Han bruger begrebet sensemaking som en fællesbetegnelse og har med bogen *Sensemaking in Organizations* (1995), samlet egne og andre forskeres eksempler på anvendelse af begrebet. Han drager paralleller mellem den psykologisk orienterede individuelle sensemaking (som er bredt belyst i litteraturen) og en idé om kollektiv sensemaking, som han ser som et muligt, men endnu ikke udfoldet, redskab i organisationsudvikling. I det følgende uddybes disse tanker nærmere, mens jeg her først vil fremdrage et enkelt eksempel på Weick's tænkning omkring ledelse, som kan ses som en pendant til Kotters model i Figur 2.6.

Figur 2.7 Lederes handlinger i et sensemaking-perspektiv

Weick's tænkning om lederes handlinger:

- Lederen skal tale i overensstemmelse med sine handlinger. 'Talk the walk'
- Lederen skal se sig selv som forfatter
- Lederen skal fungere som historiker
- Lederen skal give plads til diskussion og refleksion på møder
- Lederen skal håndtere forventninger med omhu, fordi de er baggrunden for virkelighedsopfattelsen

(Weick 1995:181-191)

[32] Weick, K.E. (1969). *"The social psychology of organizing"*. (2.udg. i 1979).

Uddybende kommentarer til Weicks liste over handlinger, som ledere skal være opmærksom på:

- Talk the walk: "How can I know what I value until I see where I walk", er et af de spørgsmål Weick finder man bør stille sig selv igen og igen, når man reflekterer over sine handlinger og deres konsekvens. Alle, herunder ledere, bør tale i overensstemmelse med, hvad de gør - det er mere ærligt end 'Walk the talk', hvor en hensigt formuleres om at gøre, det man siger, mens det viser sig i praksis, at man alligevel ikke gør det. (Weick 1995:182)

- Lederen skal se sig som forfatter: Det er ikke ligegyldigt, hvordan man taler i overensstemmelse med sine handlinger. Valget af ord er afgørende, og klicheer er ikke egnede. Vi ser det, vi forventer at se. Weick henviser til en undersøgelse af, hvorledes man i sundhedsvæsenet ad mange omveje nåede frem til en dag åbent at kunne tale om den børnemishandling, som man egentlig havde en mistanke om havde fundet sted, når forældre henvendte sig på skadestuen med deres børn og fortalte lidet troværdige historier om fald på trapper eller lignende hændelser. Forklaringer, som personalet egentlig ikke troede på, men på den anden side ikke kunne tilbagevise. 'Åbent' refererer til at problemet hidtil kun var diskuteret og beskrevet inden for snævre fagdiscipliner, men ikke sat ind i en større sammenhæng på tværs af institutionaliserede forsknings- og vidensfællesskaber. Da åbenhedsfasen indtrådte (tilfældigt, i forbindelse med et indlæg på en konference, hvor en røntgenlæge viste billeder af knoglebrud hos børn, fund som man i hans fagområde undrede sig over, og hvor en af deltagerne fra et andet speciale, fandt en sammenhæng med observationer, man kendte til derfra) kunne de professionelle i sundhedsvæsenet derefter diskutere, hvad man skulle kalde fænomenet og diagnosen, og her drejede diskussionen sig om henholdsvis 'intentionel ill treatment' og 'battered child syndrom', hvor det første i flg. Weick er mindre opsigtsvækkende end det sidste, som til gengæld er mere alment forståeligt. Rige ordforråd gør en forskel i en verden, hvor billeder på handling snarere end handlingerne i sig selv, bevæger sig fra person til person (ibid:183). Weick fokuserer primært på det perspektiv omkring ordforrådet, der ligger i denne beretning, mens jeg finder, at der også er basis for at fremhæve elementerne af afdækningen af betingelserne for kollektiv sensemaking eller fælles meningsdannelse, hvor et eksempel på praksis for udvikling af fælles viden illustreres.

- Lederen skal betragte sig som den, der har en erindring om fortiden og kan videregive relevante dele herom i en passende kontekst. Således er en beslutsom leder en person, der fokuserer på et udvalgt resultat og retrospektivt konstruerer en historie, som synes at have ført direkte til resultatet. Mislykkede forsøg og andre problemer undervejs forties og forsvinder ved retrospektiv beslutsomhed. (ibid:184)

- Møder i organisatorisk sammenhæng skal og kan give mening. Mennesker, mener Weick, indrømmer kun tøvende, at de har problemer, og det skyldes ikke uvished, men eksistensen af dobbelttydighed og forblommethed. Man skal give rum for di-

skussion af ikke bare gamle svar, men også gamle spørgsmål. Det er ikke kun teknisk uvidenhed (som bl.a. ses påstået hos systembestyrere og -skabere inden for IT, økonomistyring og produktionsstyring) der er årsag til problemer, og derfor hjælper det heller ikke altid at komme med mere information (ibid:186).

- Forventninger er virkelighed (ibid:189). Weick mener, at mennesker bruger mere tid på at konstruere end på at opdage noget nyt, og at det man opdager, ofte er en del af ens egen konstruktion. Hvis man ikke bryder sig om denne ubalance, ser Weick det som et udslag af Cartesiansk bekymring, altså den opfattelse, at man har brug for en forestilling om, at verden har forud bestemte træk eller færdiglavet information, fordi man, hvis man opgiver denne ide om verden som et fast og stabilt referencepunkt er nødt til at acceptere idealisme, nihilisme eller subjektivisme, alt sammen noget, der er upassende. Dilemmaet eller bekymringen beskrives således i Varela et al. (1991)[33]: "enten har vi en fast og stabil foundation for viden, et punkt hvorfra viden starter, ... eller vi kan ikke undslippe en form for mørke, kaos og forvirring" (Weick 1995:37). Weick ser dog alternativer - man kan for eksempel acceptere, at grundløshed er selve betingelsen for menneskets rigt sammensatte og uafhængige erfaringsverden. Man kan følge svaret fra en af grundlæggerne af pragmatismen, psykologen W. James (1885/1956) på spørgsmålet om livet er værd at leve: 'Ja, eller nej, det bestemmer man selv'. Hvis man mener ja, er det en overbevisning, som kan validere sig selv. Og tilsvarende, mener man nej, har man ganske givet ret, og selvmord er en naturlig udvej. Weick konkluderer, at tro er instrumentel for sensemaking.

b. Sprog og adfærd. Retrospektivitet, men også prospektivitet?

Om substansen i sensemaking skriver Weick, at det er et redskab, der kan bruges til både at opdele den kontinuerte strøm af begivenheder i adskilte kategorier, man kan forholde sig til, og til at skabe fortolkninger ud fra observationer eller udlede afgrænsede hændelsesforløb / events ud fra erfaringer. Samtidig finder han, at sensemaking er et udtryk for, at man kan placere perceptioner i allerede eksisterende planer og rammer. Når det kontinuerte liv, de aldrig afbrudte processer bliver opdelt, får man et mere typificeret, mere gentaget / repetetivt og stabilt billede af virkeligheden og verden, som ikke desto mindre fortsat er et kontinuert flow, der ikke bliver mere enkelt eller gennemskueligt, selv om mennesker vælger at simplificere ved at udvælge og afgrænse (Weick 1995:108). Weick skriver her om substansen i sensemaking og nævner mange eksempler på tænkning og hændelser, der kan illustrere problemet.

Man kan retrospektivt påvise, at afgrænsninger og redigeringer har fundet sted, men kan man også fremadrettet bruge denne viden til at styre organisationer og begivenheder? Det er den store udfordring. Og den videre vej til at nærme sig en mestring af sensemaking, mener Weick, må være at arbejde med sproget. Jo mere varieret sprogbrug , jo større mulighed for at forstå, hvad der sker i verden. Omsat til organisationsteori

[33] Varela, F.J., Thompson, E. & Rosch, E. (1991) *"The embodied mind: Cognitive science and human experience"*. Cambridge MIT Press

mener han, at man skal være opmærksom på at skabe sammenhæng mellem de modeller, man udtænker og bruger. De kan ofte være meget mere komplekse end det sprog, der bliver brugt til at diskutere og implementere dem (Daft (1980) i flg. Weick 1995:196)[34].

Der er altså brug for et rigere sprog i organisationslitteraturen, eller i hvert fald brug for at sætte flere ord på praksis. Om sprogets magt i forhold til skabelse og forandringer refererer Weick til et uddrag af Thukydids beretninger om, hvordan sejrherrerne under den peloponnesiske krig påførte den tabende part en ændring i normsættende kultur ved at tvinge en ny betydning af sproglige vendinger igennem. Hvor for eksempel en tilbageholdende adfærd og det at indtage en afventende holdning hidtil havde været et positivt træk, skulle det nu anses for at være kujonagtigt, mens ubesindig dristighed blev betragtet som modig støtte til de nye magthavere:

> *"Words had to change their ordinary meaning and to take that which was now given to them. Reckless audacity came to be considered the courage of a loyal ally; prudent hesitation, specious cowardice; moderation was held to be a cloak of unmanliness; ability to see all sides of a question inaptness to act on any. ... The advocate of extreme measures was always trustworthy; his opponent a man to be suspected ... [T]he moderate part of the citizens perished between the two, either for not joining in the quarrel or because envy would not suffer them to escape".* (White (1990), flg. Weick ,1995:109).[35]

White skriver, at Thukydid ikke direkte påstår at skiftet i sprogbrug vil medføre forandringer i adfærd, men at det afspejler en kulturændring, som i stigende grad vanskeliggør de former for sprogbrug og adfærd, som man sædvanligvis associerer med civiliseret liv.

Jeg vender senere tilbage til andre aspekter af sprogbrug inden for samfundsvidenskaberne, når jeg diskuterer aktørnetværksteori og de metoder og skrivestil, som B. Latour mener, der er brug for, hvis man skal udvide forståelsen af handlinger i organisationer og samfund.

c. Organizing. Et forsøg på en definition.

Da Weick i 1969 introducerede begrebet organizing, var hensigten at sætte fokus på processerne i organisationer og introducere en ny vinkel på den teoretiske diskussion om forståelsen af adfærd. Weick giver i 1979-udgaven nogle eksempler til illustrering af begrebet 'organizing' og definerer det således:

> *"a consensually validated grammar for reducing equivocality by means of sensible interlocked behaviors. To organize is to assemble ongoing interdependent actions into sensible sequences that generate sensible outcomes"* (Weick, 1979:3).

[34] Daft, R. L. (1980) *"The evolution of organization analysis in ASQ, 1959 -1979". Administrative Science Quarterly*, 25, 623-636

[35] White, J.B. (1990) "*Justice as translation*". Chicago. University of Chicago Press

'Consensual validation' forklarer Weick som en form for commonsense, noget folk er enige om og som de har så dybe interpersonelle erfaringer med, at det forekommer at være objektivt eller 'virkelighed'. (Weick 1979:3).

Jeg vælger her at undlade at oversætte 'Organizing' til dansk, idet jeg finder, at den umiddelbare oversættelse til ordet 'organisering' forudsætter en længere, men i denne sammenhæng ikke relevant diskussion for at undgå en forenkling af begrebet, der kan giver læserne associationer til deres egne hverdagsforståelser[36]. Jeg finder, at Weick skriver om et fænomen, hvor der tages udgangspunkt i at virkeligheden ikke er fase-opdelt, men at det er muligt at identificere nogle handlinger, at forbinde dem og at skabe eller konstruere en effekt af disse - det er med andre ord muligt at fremvise en konstrueret sammenhæng mellem aktion og reaktion, stimulus og respons, forudsat der hersker en fælles opfattelse af, at det er sandsynligt og acceptabelt. Det væsentlige her er, at der er tale om en konstruktion og ikke en påstået endelig sandhed, samt at sandheden gælder inden for et fællesskab og ikke universelt. Fra rækken af eksempler hos Weick har jeg valgt af fremhæve to, som vist i Figur 2.8

Figur 2.8 Eksempler på episoder, der illustrerer fokus på organizing

Organizing i relation til analyse af organisatoriske problemstillinger.
Den første episode illustrerer feedback loops, der bliver til (onde) kausalcirkler; den anden illustrerer, hvordan mennesker hele tiden må rekonstruere plausible historier, så de passer til konteksten

Feedback loops eller kausalcirkler:
Landmænd har over en periode købt stadig tungere og mere avanceret maskineri for at spare arbejdskraft. De tungere maskiner har medført problemer. De presser muldjorden sammen og sommetider også undergrunden og forhindrer vandet i at trænge ned til planterødderne. Så bliver der brug for en plov, der kan gå endnu dybere og selvfølgelig kræver en kraftigere traktor . (Weick 1979:2).

Det problem der opstår, når de tunge maskiner trykker jorden sammen, og der bliver brug for endnu tungere maskiner, som presser jorden yderligere sammen, er et godt eksempel på feedback loops, der kan blive til onde cirkler. Samme fænomen ses i organisationer. Netværk af sådanne kausalcirkler er ofte baggrunden for indførelse af styringssystemer, som så kan enten stabilisere eller ødelægge en organisation. Skønt ikke direkte synlige, forklarer disse årsagsmønstre mere om, hvad der sker i en organisation end de mere synlige elementer så som maskiner eller tidsure.

Rekonstruktion af plausibilitet:
AB spiller ofte golf med sine kolleger. Engang tog han tre gæster med til golfbanen, og inden spillet gik i gang, foreslog en af gæsterne, at man skulle trække lod om, hvem der skulle være partnere. Det var ikke nogen god idé, fandt AB, der derimod mente, at det ville være mere spændende, hvis de ved lodtrækning 'valgte' partnere *efter* spillet, og dermed konstruerede en vindersituation. Men den usikkerhed havde de andre ikke lyst til at spille med.

[36] En indføring i begrebet findes i Olsen, P. Bitch (2004) 'Organisering' i Fuglsang, L. og Olsen, P.B. (red). *Videnskabsteori på tværs af fagkulturer og fagparadigmer i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag.

I eksemplerne ovenfor er både golfspillerne og landmændene beskæftiget med organizing:

Hos golfspillerne er AB parat til at vente med at finde ud af, hvordan spillet er gået, til efter det er afsluttet, for eksempel : 'ved hul nr. 16, har jeg virkelig grund til at at bekymre mig om slaget, hvis det er D, der er min partner, mens min bekymring er overflødig, hvis det er en af de to andre'.

Hos landmændene hersker der en fælles opfattelse af, at vandingsproblemet skal løses ved dybdepløjning og ikke ved brug af lettere maskiner, så jorden ikke bliver presset sammen.

Rekonstruktion af plausible historier i organisationer.
Sådan er forholdene også i organisationer, hvor det imidlertid ikke altid er muligt at finde aktører, der vil indrømme, at en god del af deres aktiviteter består i rekonstruktion af plausible historier 'after-the-fact' , for at forklare, hvor de er nu. Hvor golfspillerne ikke ville deltage i et spil på de vilkår, hvor de ikke kunne vide, hvordan de havde spillet, før de fik at vide, hvem makkeren havde været, er det tilsvarende spørgsmål, som hver eneste dag skal besvares af hver eneste medarbejder i en organisation: 'hvordan kan jeg vide, hvad jeg tænker, før jeg ser, hvad jeg siger?'.
Eller mere handlingsorienteret kunne man sige, 'hvordan skal jeg mene og tale og positionere mig i denne konkrete situation?' Man kan ikke planlægge - man ved aldrig, hvad andre vil gøre, og hvad situationen i øvrigt bliver. (Weick 1979:1-7)

Jeg supplerer Weick's eksempler med et aktuelt eksempel på feedback loops:

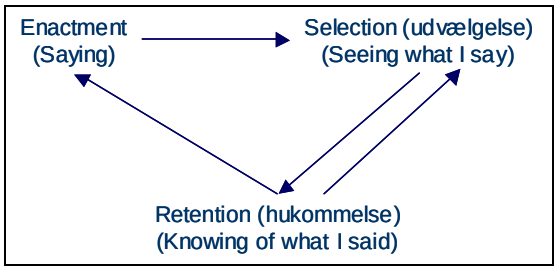
> I England diskuterer man i 2006, hvordan man kan forebygge fedme hos børn. Ét forslag drejer sig om få børnene til at bevæge sig noget mere i hverdagen, et andet forslag går ud på at fjerne de TV-reklamer for junk food, der vises i de private TV-kanalers børneprogrammer. Repræsentanter for markedsføringsbranchen og for TV-selskaberne opponerer, med den begrundelse at man ikke kan finansiere børneprogrammer uden reklameindtægter. Her ser jeg et loop omkring for mange tomme kalorier og for lidt motion, begge kan relateres til TV-kigning. Men er der nogen der foreslår at man sætter ind her og afskaffer eller nedsætter forbruget af begge dele i stedet for?

Organizing, fremhæver Weick, drejer sig ikke kun om kognition og tænkning, men bygger også på følelser, handlinger og ønsker samt kollektive forsøg på at forstå dem. Denne tænkning genfinder Weick i antropologen Clifford Geertz' beskrivelse af mennesket: *"man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun"* (Geertz 1973:5). At spinde et net er her en form for enactment, forstået som en midlertidig tilstand skabt ved gensidig interaktion mellem aktører, der kan være både humane og non-humane (se uddybende i afsnit 2.3.2.2). I forbindelse med analysen af udviklingen omkring kvalitetsstyring i organisationer, refererer Weick, hvorledes 'organizing' betragtes som en kontinuert enactmentproces, hvor begreber som mål, formål og funktioner benyttes af aktører som retorik til at forøge deres relative position eller identitet eller til at gøre deres definition af situationen mere overbevisende (Weick 2000a:159).

d. Sensemaking. Processer i organisationen.
Med begrebet organizing kan man analysere organisatorisk viden, og diskutere spørgsmål om hvilken form den fremtræder i, hvor den kommer fra, og hvilke begrænsninger der er. At der også er en organisation, at alt ikke er processer, er Weick ikke tvivl om. Man kan finde dens statiske former ved at se på hvilke planer, opskrifter, regler og instruktioner der anvendes til at skabe og forme adfærden, det der i organizing-termer, svarer til at lede efter hukommelsen (retention).

Et centralt begreb i Weicks teori om organizing er sensemaking, udmøntet i spørgsmålet: "How can I know what I think until I see what I say?" (Weick 1979:133). Dette spørgsmål om at forstå, drejer sig om at forstå sig selv og sine omgivelser, og Weick skriver især om ledelse og det kognitive islæt ved menneskers handlinger, som det for eksempel udtrykkes i dette framework for relationerne mellem mennesker:

Figur 2.9 Model (framework) for relationerne mellem mennesker. Illustration af sensemaking



(Weick. 1979:134, fig. 5.3.)

Eksempel på sensemaking:
Som illustration af en proces der har karakter af sensemaking, har Weick følgende eksempel på en samtale mellem en leder og en medarbejder:

En standardsamtale med en medarbejder kan ses som noget, der følger denne ramme:

1. Hvad er problemet, hvilken forandring er indtrådt (ecological change)?
2. Hvad har du gjort ved det (enactment)?
3. Hvad betyder disse handlinger (selection)?
4. Hvad kan vi konkludere? (retention / hvad skal vi huske / hvad bliver gemt i organisationens hukommelse?)

Herefter følger det særlige 'organizing twist': Den sensitive leder vil afslutte samtalen med at sige, at medarbejderen kan gå i gang med at gøre, hvad de har aftalt, men huske at de ikke nødvendigvis har fået hele historien med. Derfor skal medarbejderen være åben for den mulighed, at den konklusion de nu er nået frem til, ikke behøver at være korrekt. Og hvis det er for vanskeligt på een gang både at tvivle og handle, så lade en anden tage sig af tvivlen og gå i gang med at handle.

Dette eksempel viser, hvorledes Weick mener, at man med den rette brug af de rette redskaber til ledelse og håndtering af gensidige relationer mellem mennesker kan optimere processer i organisationen.

Det er med denne aktørorienterede adfærdstænkning, Weick senere sætter fokus på, hvordan man kan udvikle en teori om organisationers forståelse sig selv og deres omgivelser, formuleret i udtrykket "sensemaking in organizations".

2.3.2.2 Enactment

a. Social virkelighedskonstruktion. Fornuft frem for sandhed

Et af de begreber, der hos Weick er mest centrale i forhold til den videre teoriudvikling om processer, er **enactment**. 'To be enacted' kan oversættes til 'udspille sig', 'at foregå' eller 'finde sted'. Eller med Weick's formulering: *"enactment is to organizing as variation is to natural selection"* (Weick 1979:130), altså noget, der ikke kan styres, men forekommer tilfældigt i løbet af en proces. Enactment handler om forandringer i forholdet mellem individ og omgivelser. Når man oplever en strøm af indtryk eller forandringer, kan man 'tage fat i nogle af dem' og give dem særlig opmærksomhed. En anden form for enactment forekommer, når aktører gør et eller andet, der medfører en forandring i omgivelserne, som f.eks. når man flytter noget på sit skrivebord, og det så betyder, at man bliver nødt til at justere den måde, man sidder på, når man skal skrive, hvilket så igen får konsekvenser for genstandene på og omkring skrivebordet osv. Intet var planlagt på forhånd, men ting er i bevægelse. Enactment kan defineres som en midlertidig tilstand skabt ved gensidig interaktion mellem aktører, der kan være human eller nonhuman.

Enactede omgivelser er ikke synonyme med begrebet opfattede omgivelser (som kan kaldes enthinkment, ikke enactment). Når mennesker handler / act, håndterer de en række forskellige variable, indskyder spor af god orden og skaber bogstavelig talt deres egne begrænsninger. Det gælder, hvad enten begrænsningerne er skabt i fantasien for at begrunde avoided tests / formodninger om begrænsninger (se uddybende beskrivelse i afsnit 2.3.2.4 om avoided test) eller de aktuelt er skabt for at forklare målelige markeringer (ibid:164).

Forestillingen om enactment indebærer, at mennesker i organisationer bør være opmærksomme på vigtigheden af at bruge tid på at reflektere over de ting, de gør, mener Weick. Hvis man erkender, at man skaber sine egne omgivelser, vil man være mindre optaget af at definere, hvad der er sandt og falsk, end i hvad der virker fornuftigt i den konkrete sammenhæng. Endeløse diskussioner af spørgsmål om hvorvidt vi ser ting på den måde, de virkelig er, om vi har ret, eller om noget er sandt, kan afløses af diskussioner, som fokuserer på spørgsmål som, 'hvad gjorde vi?', 'hvilke senses / meninger kan vi skabe ud af disse handlinger?', 'hvad gjorde vi ikke?', 'hvad skal næste skridt være, hvis vi vil beholde vores handlemuligheder og gøre mindst mulig skade på vores repertoire?', 'hvad betyder de ar, vi fik?'

Her skriver Weick om det samme fænomen, mener jeg, som hos March & Simon er karakteriseret som satisficerende, og ikke optimerende aktører, lige som diskussionen om rationalitet og fornuft hos March (1995) har træk til fælles med Weicks antagelse om den underordnede betydning, det har at beskæftige sig med, hvad der er sandt og falsk, hvis man betragter virkeligheden som en social konstruktion, hvor man skaber sine omgivelser.

b. Enactment i praksis i en organisation.
Weick bruger 'enactment' til at diskutere samspillet mellem den, der handler og de omgivelser eller kontekst, der handles i[37].

I relation til organisationer kan begrebet enactment bruges til at tænke på følgende måde, skriver Hatch (1997): når en organisation sætter begreber på sine omgivelser, har den defineret eller skabt et fænomen. Når ledere handler, konstruerer de en virkelighed. De fjerner og omformer såkaldte objektive træk og indføjer spor af orden, mens de bogstavelig talt skaber deres egne begrænsninger (Hatch 1997:41 med ref. til Weick 1969:263)

Begreber kan tænkes som en form for tegn, der repræsenterer en virkelighed, mener Weick med følgende illustration: Når en organisation producerer et forklaringsskema og anvender det på efterfølgende hændelser, skaber den det territorium, som den vil have eller vil arbejde i. Der bliver udvalgt nogle temaer, som er særlig vigtige, der foregår en sense-making proces. De hårdhudede realister, der påstår at organisationer drejer sig om virkelige ting som profit og tab, har for eksempel ved at udnævne begrebet profit til en ting (og ikke en proces eller hændelse), afskåret sig fra interessante aspekter ved det. Profit er en måde, hvorpå man kan navngive og skabe mening. Men det er kun ét aspekt af virkeligheden. Tanken om forskellige aspekter illustreres ved dette citat om pengesedler, hvor det er forskellen mellem betalingsmidlers form og funktion der fremhæves:

> *"The reality of a banknote does not reside primarily in the fact that it is a rectangular piece of paper with certain markings, but rather in the interpersonal convention that it is to have a certain value..."* (Weick 1979:250)

Enactment viser sig i forskellige aktiviteter som for eksempel det at sige noget, at gøre noget, at skabe noget, at opbygge betydningsnetværk. Hver gang har enactment den funktion at udvælge noget og konstruere et flow af erfaring. For at tydeliggøre pointen giver Weick nogle eksempler på situationer, hvor der foregår enactment. Her vises to af eksemplerne (jvf. i øvrigt Figur 2.9 Model (framework) for relationerne mellem mennesker. Illustration af sensemaking.)

[37] I STS-forskning bruger A. Mol begrebet enact til at karakterisere visse former for adfærd og praksis, uden dog at diskutere baggrunden nærmere (Se afhandlingens Kapitel 4). Jeg finder, at det er et centralt begreb, og hos Weick finder jeg en bred og nyttig diskussion, som kan kvalificere min egen brug af det

Figur 2.10 Eksempler på enacment

Eks. 1. Enactment, hvor der kun er få regler og mange fortolkningsmuligheder.
En fremmed kommer ind i en gruppe under en privat sammenkomst. Hvis folk lægger mærke til hende, er der tale om enactment - hun bliver 'taget ud' til 'nærmere bearbejdning' i gruppen eller med andre ord transformeret fra noget ukendt til noget kendt. At transformere den fremmede til en kendt genstand er en selektionsaktivitet, som kan foregå ved anvendelse af et mindre antal regler, som en nøgleaktør (i dette tilfælde vil det være værtsparret) forventes at formidle, til udvælgelse af hvad der skal fokuseres på blandt alle de forskellige emner, man kunne finde på i forbindelse med en introduktion - der er emner man tager op, og andre, der ikke kommer på tale. Værtsparret vil måske vælge den regel (selektionsfasen), der hedder 'få nyankomne personer til at føle sig hjemme her ved denne sammenkomst'. Og hvordan det konkret kommer til at ske, kan man ikke vide på forhånd, idet gæsterne hver især har deres egen forestilling om, hvad det vil sige, og derfor vil tale om forskellige ting. Ligeledes vil enhver nyankommen, fremmed gæst have sine specifikke forestillinger og interesser. Når gæsten er blevet introduceret, vil hun have fået en identitet, man har dannet sig en mening om, hvordan hun er (retentionsfasen), og det vil så påvirke det videre samspil mellem hende og de øvrige. Hvis der var blevet givet en anden regel end den, der gik ud på at få gæsten til at føle sig hjemme, ville gæsten have fået en anden identitet i gruppen, idet der ville blive lagt vægt på andre aspekter.

Eksemplet med gæsten illustrerer en situation, hvor der er ganske få, måske kun en enkelt regel (få gæsten til at føle sig hjemme) men til gengæld mange måder at bruge reglen på (hver gæst har sin egen tilgang).

Eks. 2. Enactment, hvor der er mange regler og få fortolkningsmuligheder.
En nyudnævnt oberst kommer ind i en gruppe bestående af militærfolk (denne hændelse lægger op til enactment). Her ved alle, hvad en oberst er og hvilke adfærdskodeks, der gælder, når militærfolk af forskellig rang mødes, derfor forventes ingen udmelding af regler for, hvordan man skal forholde sig overfor det nye gruppemedlem (selectionsfasen). Da en af adfærdsreglerne er, at kun højtstående officerer taler med obersten, vil en støtteregel blive benyttet i det efterfølgende forløb (retentionsfasen) , nemlig reglen om at 'vi bliver nødt til at observere obersten i forskellige situationer, for at komme til at kende hende nærmere', og det kan blive et langt forløb.

(Weick,1979:137).

c. Opsamlende kommentar vedr. enactment og sensemaking

I relation til diskussionen om planer og emergens i forbindelse med forandringsprocesser er enactment et begreb, der indebærer en situationsafhængig forståelse af handlinger og tilmed tillader hver enkelt aktør at have egne forestillinger om praksis. Disse forestillinger kan gå ud på, at en forandring ikke vil medføre større ændringer i hidtidig praksis, eller at den netop vil ændre på mange forhold, alt afhængig af, hvordan der selekteres (seeing what I say) og huskes (knowing of what I said).
"Sensemaking involves 'the meaningful linkaging of symbols and activity, that enables people to come to terms with the ongoing struggle for existence" (Prus 1996[38] i flg. Weick 2000b:232), og sensemaking fremstår som den rodfæstede aktivitet, når mennesker skal håndtere det

[38] Prus, R. 1996 *Symbolic Interaction and Ethnographic Research.* Albany, NY: State University Press

ukendte og uforudsigelige (Weick 2000b:237). Dermed lægges der afstand til forståelse af forandringer som planlagte aktiviteter, der med en rationel tilgang kan forventes at opfylde forud fastsatte mål gennem anvendelse af særlige midler.

2.3.2.3 Organisatorisk sensemaking.

a. Cause maps.

Med et citat af William James om opbygning af erfaring illustrerer Weick, at sensemaking handler om, hvordan mennesker ikke kan rumme hele verden, og derfor er nødt til i enhver situation, hele tiden at udvælge de emner, der vedrører dem og forbinde dem med andre emner, som de finder hører sammen med de første, for at skabe sammenhængende forbindelser, der har relevans for situationen.

W. James beskriver det således:

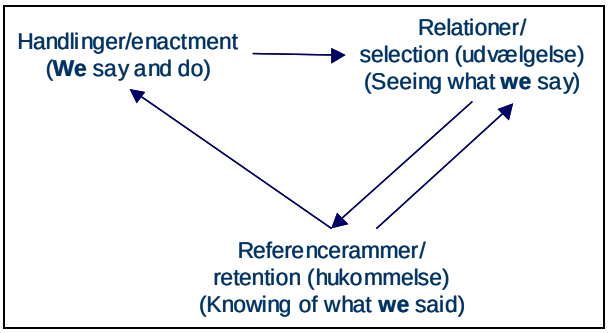
> *"The world's contents are given to each of us in an order so foreign to our subjective interests that we can hardly by an effort of the imagination picture to ourselves what it is like. We have to break that order altogether, and by picking out from it the items that concern us, and connecting them with others far away, which we say "belong" with them, we are able to make out definite threads of sequence and tendency, ... we discover among its parts relations that were never given to sense at all, - mathematical relations, tangents squares, and roots and logarithmetic functions, - and out of an infinite number of these we call certain ones essential and lawgiving, and ignore the rest. Essential these relations are, but only* for our purpose *.... and our purpose is to conceive* simply *and to* foresee." (James 1890/1950, The Principles of psychology, vol.2, p.635)

James er interesseret i de forbindelser, der involverer rækkefølge og tendens, hvilket er de samme aktiviteter, som Weick har fundet hos mennesker, som opbygger hvad Weick kalder **cause maps**[39] omkring erfaringer. Cause maps er i flg. Weick et udtryk, der er betegnende for opfindelser snarere end opdagelser, som karakteriserer den aktivitet, hvor man finder det, der allerede er derude i virkeligheden, hvilket støttes af James' pointe om, at når vi som mennesker skaber orden, finder vi ofte relationer, som vi ikke har præsenteret for sanserne før. James understreger også, at individers sensemaking-anstrengelser er forskellige, hvilket har stor betydning for, hvad der foregår i organisationer, hvor mennesker bruger tid på at finde overensstemmelse mellem deres forskellige verdenssyn. I praksis handler det om brug af ord, især navneord og udsagnsord - om hvilke ord der skal bruges, når man skal opløse kaos, og hvordan de skal forbindes. Weick bemærker, at man, hvis der er stor forskel på medlemmernes syn på organisationer, taler om multiple virkeligheder og løst koblede forbindelser i organisationen.

[39] Når man opbygger cause maps, leder man efter regler og årsager, som kan forbindes med henblik på at skabe meningsfulde strukturer

b. Kollektiv sensemaking
Weick overfører tankerne om individers sensemaking til en organisatorisk kontekst, hvor det ikke længere er en enkelt person, der taler, reflekterer over det sagte og tænker over, hvad der skal huskes, men et kollektiv af aktører. Hermed er der mange handlinger bag enactment; relationer spiller en rolle ved udvælgelse, og referencerammer bliver ikke kun et spørgsmål om et enkelt individs hukommelse og valg, men om udfaldet af et samspil mellem mange aktører.

Figur 2.11 Fra individuel til kollektiv sensemaking



(AH´s bearbejdning af Weick. 1979:134, fig. 5.3. med inspiration fra Weick 1995:135)

Organisatorisk sensemaking er et begreb, man kan beskæftige sig med, når man vil analysere, diskutere og forstå, hvad der styrer handlinger, og hvilke mekanismer der er i gang, når der skabes begivenheder. Når Weick skriver om organisatorisk sensemaking, ser han en virkelighed, hvori der altid findes et flydende og mangetydigt kaos som kan nedbrydes / opløses. Mennesker i organisationer prøver at sortere dette kaos i genstande, begivenheder og dele, som så forbindes og ordnes og relateres.

Weick skriver om handling og sensemaking med reference til teorier om det usikre, ikke-rationelle grundlag, man har i beslutningsprocesser som de diskuteres af March & Olsen (1976)[40], at hvis man vidste mere om normativ teori om handling før tænkning, kunne man sige mere intelligente ting om ledelsesfunktionen i organisationer. Det ved man imidlertid ikke, og da handlinger har en særlig funktion, som det der sætter scenen for sensemaking, må målet for organisationer set som sensemakingsystemer være at kunne håndtere kaos ved at skabe og identificere begivenheder, som gentages for at stabilisere deres omgivelser og gøre dem mere forudsigelige.

I flg. Weick skaber vi selv det subjekt, vi studerer, idet vi gør fænomenet 'real' ved at tale og handle på måder, der giver det eksistens. Ved at udtrykke en interesse i organisation og etablere et sprog til at tale om det, har vi selv skabt eller tingsliggjort fænomenet 'organisation'. Social orden vedligeholdes ved partiel konsensus om, hvordan tingene skal forstås og om de betydninger, de har. Gennem fortolkning skaber indivi-

[40] March, J.G. & J.P.Olsen (1976) skriver om beslutninger som irrationelle processer, baseret på antagelser om manglende overblik over alternativer, manglende kendskab til konsekvenser af beslutninger, inkonsistente sammenvejninger af præferencer og simple beslutningsregler. Se også March, J.G. (1995) om især fornuft og rationalitet.

der meningsmønstre ud af deres handlinger i verden, og antager så at de mønstre de har skabt og påført omverdenen, eksisterer adskilt fra de fortolkninger, der producerede dem. Weick mener, at den information man vælger at indsamle og analysere, bliver til den virkelighed, man forholder sig til eller konstruerer; samtidig kan man sige, at man enacter, hvad man så siden hen kalder den objektive verden.

I forhold til studier af forandring af arbejdsprocesser må det betyde, at forskeren kan se, hvad der bliver objektiveret og konstrueret og hvordan, og ikke andet. Selv om resultatet af forandringen bliver en ny tingsliggjort verden/ en ny form for arbejdsproces, kan man ikke forvente, at der er direkte sammenhæng mellem den forandring, der sættes i gang og det resultat, der bliver konstrueret - og hvis det er rigtigt, hvordan skal man så vurdere effekten af de koncepter og metoder, der stilles til rådighed til støtte til gennemførelse af forandringen? Men her er måske en pointe - det skal man heller ikke - ethvert koncept er en støtte til forandring, men hvilken forandring, kan man ikke vide. Forandringsplaner, mener jeg, bliver i denne tænkning til symboler på, at noget skal ske, sættes i bevægelse, og at dette i sig selv er det væsentlige. Jvf. her beskrivelsen hos Bolman & Deal af den amerikanske marineorganisations udviklingsprojekt, Polaris missil, hvor der var stor afstand mellem retorik og symboler på handling og de konkrete aktiviteter, der foregik dér, hvor missilet blev produceret. Her var både dekobling og rekonstruktioner. Bolman &Deal bruger ikke begrebet konstruktivisme, men skriver om det samme med andre ord, som kultur og symboler og anvendelse af metaforen om virksomheden som et teater.

c. Mening som summen af handlinger, relationer og referencerammer.
Med begrebet enactment bidrog Weick i sin tid til forskningen i organisatoriske processer, der blev set om et modstykke til interessen for organisatoriske strukturer. Senere indføjede han begrebet i udviklingen af tankerne om sensemaking hos såvel individer som i organisationer.

Weick mener, at man kan antage, at den sociale verden skabes og genskabes intersubjektivt mellem handlende individer, og at meningsdannelse således er et forsøg på at forbinde forskellige individers overbevisninger og handlinger. Resultatet af meningsdannelsesprocessen er, at de to elementer er blevet forbundne, der er skabt fælles forståelse eller en enhed af mening / der er 'made sense'. Mening beskrives som summen af: handling + relationer + referenceramme. (Weick 1995:135).

Figur 2.12 Eksempel på en anledning til sensemaking. At lede efter en struktur, der ikke findes.

Beskrivelse af en situation, hvor 'an onging flow is interrupted' :
To mennesker i et laboratorium, A og B, ser på billeder af nogle såkaldt raske og syge celler. For hvert billede skal de hver især vurdere, om den celle de ser, er rask eller syg. Beslutningen får de øjeblikkelig feedback på - var svaret rigtigt eller forkert. Deres opgave er at udlede nogle regler for, hvordan man kan skelne mellem raske og syge celler. Person A får altid en korrekt tilbagemelding på sit svar, mens B, uden at vide det, får det samme svar (rigtigt eller forkert) som A, uanset hvad B selv har valgt at svare. Derfor kan B nogle gange få korrekt feedback, andre gange ikke. Ved afslutningen af forsøget diskuterer A og B deres resultater og hvilke beslutningsregler, de har brugt.

A har fundet frem til nogle klare og enkle regler. B derimod har nogle komplekse, spidsfindige regler - B's hypotese er jo baseret på nogle modsætningsfyldte fornemmelser. Det interessante er, at A ikke afviser B's forklaring som unødigt kompliceret, men er imponeret over dens sofistikerede 'brillians'. Jo mere kompliceret B's vildfarelser er, jo større er sandsynligheden for at A bliver overbevist. Hvis forsøget nu gentages, vil B stort set have samme fejlprocent som i første omgang, mens A er blevet i tvivl og vil score lavere end i første forsøg. (Weick 1995: 83 referer til Watzlawik, 1976:50[41]).

Dette eks. nævner Weick som et billede på, at mennesker der møder en for dem uforståelig og ikke-sammenhængende forstærkning på deres reaktion, reagerer ved at prøve at finde en struktur, som ikke findes. De søger tilflugt i opfindelser eller fantasi, som virker plausible, sammenhængende og afskåret fra gendrivelse. Person B skabte mening ud fra billederne af cellerne, fik konstrueret en overbevisende forklaring og endda overbevist A, hvis resultatopgørelse ellers var mere korrekt. B fortalte den mest interessante historie, A overtog dele af den og udskiftede dermed præcision med plausibilitet. (Weick 1995, kap. 4).

Kommentar til eksemplet:
I dette eksempel er:

- Handlingen: A og B's beslutninger om hvad der er rigtig og forkert, når de ser billederne
- Relationerne: de tilbagemeldinger A og B får
- Referencerammen: A og B's individuelle opfattelser af, hvad der er det rigtige resultat

Weick diskuterer handlingerne hos A og B og finder, at mennesker først og fremmest prøver at opfinde forklaringer, som vil være plausible, som ikke skal kunne modbevises, og som de vil fastholde (Weick, 1995:50) . Han mener, at individer i organisationer handler på samme måde som A og B. Det gælder for eksempel ved skift af arbejdsplads eller -opgaver, eller ved utilfredshed, hvor mennesker kan nå til et niveau, hvor de handler for at komme væk fra situationen. Her indtræder en situation, som Weick karakteriserer som udsættelse for et 'shock', en rystelse. Når et 'shock' indtræffer, afbrydes et ellers ubrudt flow af forestillinger og opfattelser af relationer og referencerammer. Bruddet heles gradvis, men den gamle form er tabt og en ny trådt i stedet.

[41] Watzlawik, P. 1976 *How real is real*. New York:Random House

En væsentlig pointe i Weick's sensemaking begreb er at individer har brug for en referenceramme, og at de konstant forsøger at skabe meningsfulde strukturer. Den organisatoriske sensemaking bygger på samme princip, hvor det er en kollektiv meningsfuldhed, der søges skabt. Weick bruger udtrykket collective mind (Weick & Roberts, 1993). Det unikke ved organisatorisk sensemaking beskrives her som det vedvarende pres for at udvikle generisk subjektivitet (her ser jeg en parallel til begrebet virksomhedskultur) med henblik på præmiskontrol og menneskers udskiftelighed. Generisk subjektivitet udvikles via forskellige typer af processer, (argumentere, forvente, forpligte sig, manipulere). Disse processer producerer roller som skaber udskiftelighed mellem individer. Når mange kan påtage sig den samme type rolle, har det konkrete individ ikke en afgørende position, og de producerer argumenter, forventninger, retfærdiggørelser, og objekter som bliver fælles præmisser for handling.

Der er et stærkt pres i alle organisationer for at bevæge sig mod generisk sensemaking mener Weick og Roberts, som ser et behov for hurtig socialisering, kontrol over spredte ressourcer, legitimitet over for stakeholders, målelige outcomes (resultater) og accountability (troværdighed). Ligegyldigt om man vælger at tolke dette scenarium som bevis på organisatorisk kultur, institutionel kontrol eller udøvelse af magt og politik, ligger sensemaking processer som kernen.

2.3.2.4 Avoided tests. Begrænsninger.

I forbindelse med forandringer og den evt. modstand der kan spores imod dem, har Weick en interessant pointe omkring begrebet personlige begrænsninger. Han skelner mellem forsøg på handling, formodninger og faktisk handling. Personlige begrænsninger mener han, man kan se som et mislykket forsøg på handling (det defineres retrospektivt), og ikke som en fejl i forbindelse med en faktisk handling. Begrænsninger er vildledende, skuffende handlinger - konklusioner - men det er folk ikke klar over. De indser ikke, at begrænsningerne ikke er baseret på handlinger, men på formodninger. Viden om begrænsninger er ikke baseret på test eller færdigheder, men snarere på undgåelse af testning. På basis af 'avoided tests' konkluderer folk, at begrænsninger eksisterer i omgivelserne, hvilket igen begrænser deres repertoirer af respons. (Weick 1979:149).

Begrænsninger er også noget der enactes i organisationer, mener Weick og henviser bl.a. til H.Garfinkel, der har forsket i, hvordan individer lader sig styre af avoided tests.

> *"Garfinkel studerede beslutningsprocesser i amerikansk retsvæsen og fandt, at jurymedlemmer først besluttede sig for en passende straf og derefter tilpassede anklagen ved at udvælge begrundende materiale fra sagsakter og retsmøder. Garfinkels konklusion lød blandt andet på at* "the outcome comes before the decision" ...*".*
> (Garfinkel 1967 iflg. Weick 1995:10)

Garfinkel interesserede sig for 'hverdagens definitioner af situationer' og er ophavsmand til begrebet etnometodologi - folkelig metodebrug - hvor det hævdes, at den so-

ciale orden er et fortløbende praktisk resultat af menneskers 'metodiske' hverdagsliv. Garfinkel hævder, at regler først viser sig i deres brug. Der findes for eksempel regler for, hvordan man spiser pænt. En regel er, at man ikke tager af fadet med hænderne. Men pointen er, at der altid kan findes undtagelser, hvor reglen brydes, samtidig med at man opfatter det som god bordskik. Man kan ved måltidets afslutning tage en bid agurk med fingrene, uden at nogen vil beskylde en for brud på manererne. Det kan skyldes, at man med et næsten umærkeligt udtryk har markeret, at nu bryder man en regel. Regler for god bordskik konstrueres altså, i og med at de bruges.

Garfinkel viser også, hvad der sker, når hverdagens normer brydes metodisk. Hvis man for eksempel insisterer på, at andre skal forklare udtrykkeligt, hvad de mener, kan det virke provokerende: *"Hvad mener du med: 'hvad mener du?' Et fladt dæk er et fladt dæk. Det er, hvad jeg mente. Sikke et åndsvagt spørgsmål!"* (Harste og Mortensen 2000 :208-10)

'Drop your tools'
I organisationer kan i flg. Weick, en stor del af det, der betragtes som solid viden, vise sig at være baseret på avoided test eller manglende problematisering, altså noget man tror, man ved. Forholder det sig sådan, er der ikke noget fast fundament, hvorfra man kan betragte forandringer og succes / fiasko med at implementere forandringer.

I to beretninger om brandfolk, der omkom under bekæmpelse af skovbrande i USA (Mann Gulch i 1949 (13 døde) og South canyon i 1994 (14 døde)), vises det, at en væsentlig årsag til begge ulykkerne var, at brandfolkene ikke fraveg de procedurer, de normalt skulle følge. Derfor beholdt de deres tunge slukningsudstyr, selv da det var umuligt at bruge det, og det hindrede dem i at løbe hurtigt væk fra den eksplosive ild. Weick refererer til læren af disse beretninger med udsagnet 'drop your tools' - når han vil illustrere, at det kan være nødvendigt at forlade vante rutiner og gå nye veje, hvis man vil ud af onde cirkler, som for eksempel forandringsteorier, der ikke virker (Weick 1996).

2.3.2.5 Sensemaking i organisationer?

Mens Weick med begreberne enacment og sensemaking ud fra et socialpsykologisk perspektiv med en socialkonstruktivistisk tilgang beskæftiger sig med, hvad der sker, når mennesker færdes i verden og møder alle mulige stimuli, og diskuterer, hvordan sensemaking kan opfattes som ikke bare et individuelt, men også et kollektivt fænomen og dermed også på organisationsniveau, fastholder han tanken om, at det må kunne lade sig gøre at finde teorier og redskaber, der kan bruges til at styre forandringer. Weick ser organisationer som sociale strukturer, hvor generisk subjektivitet, en kollektiv identitet, vil jeg mene det er, i form af tæt sammenknyttede rutiner kombineres med intersubjektivitet af gensidigt forstærkende fortolkninger, og bevægelsen frem og tilbage mellem disse to former sker ved hjælp af kontinuert kommunikation. Spændinger mellem intersubjektiv innovation og kontrol af generisk subjektivitet er en kilde til bevægelse og kommunikation. Målet for organisationer set som sensemaking systemer er at skabe og identificere begivenheder som indtræffer gentagne gange (jvf. her

teorier om organisationskultur). Hermed kan organisationer stabilisere deres omgivelser og gøre dem mere forudsigelige.

Magala (1997) fremhæver i en kritik af Weick (1995), at denne ser på grænsefladen mellem fortolkning og handling, at han slører forskellen mellem ord og handlinger. Weick erklærer, at sensemaking er en aktivitet, som skaber facticitet - i form af konstruktion, filtrering, afgrænsning og ved at udtrykke personlige opfattelser og tolkninger - ved at gøre det subjektive til noget mere håndgribeligt. Han har altså ikke udviklet en teori om følelsesmæssig ledelse af organiseringsprocesser. Det, der er udviklet, er kernekategorien 'enactment'.

Morsing (1995) skriver om de videnskabsteoretiske problemer ved Weicks teori om organizing. Hun nævner Weick som repræsentant for et selvorganiseringsperspektiv på det socialpsykologiske niveau. Han ser organisationer som åbne systemer, og sociale systemer som processer i modsætning til et konventionelt syn på organisationer som strukturer. Enactment er en proces, hvor orden tillægges virkeligheden, og individet har en aktiv rolle i at definere sin virkelighed. Organizing handler om at indsnævre mængden af handlings- og fortolkningsmuligheder, så individet - eller det sociale system bliver handlingsdygtigt. Morsing understreger, at Weick ikke skelner skarpt mellem subjekt og objekt, hvilket indebærer at systemets tilpasning til omgivelserne er systemets tilpasning til sig selv. Når subjektet ikke blot konstituerer sine omgivelser, men også sig selv, kan man spørge, hvordan det kan lade sig gøre at et subjekt kan iagttage sig selv som objekt. Hvordan kan man være sig selv og på samme tid stå udenfor og betragte sig selv? Dette spørgsmål går Weick ikke nærmere ind på, mener Morsing, som finder et bud på svar på dette spørgsmål hos de amerikanske pragmatister, repræsenteret ved G.H. Mead,[42] som hun finder er en tidlig konstruktionist.

Om Mead skriver også Järvinen og Mik-Meyer i en diskussion af forskellige måder at forstå individet som begreb i forhold til etnografiske studier, at han har en interaktionistisk tilgang til anskuelse af selvet, som en art effekt af sociale handlinger og sociale forhold, (Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005:102).

Kommunikation mellem mennesker, mener Mead, er kun mulig hvis de kan sætte sig i de andres sted. Han bruger begrebet 'rolleovertagelse' om den grundlæggende evne til mentalt at projicere, hvordan andre vil reagere på ens adfærd. Det at forestille sig reaktionerne i en gruppe (af enhver størrelse) kalder Mead at overtage 'den generaliserede andens rolle'. Udvikling af evnen til at overtage den generaliserede andens rolle, er en del af individets almindelige udvikling. Mead mener, at det at være et selv, indebærer at individet hverken er et rent objekt skubbet rundt af naturkræfter eller et totalt frit subjekt. Før et individ kan blive subjekt for sine handlinger, må det først blive et objekt for sig selv - man må 'tage andre individers holdninger mod sig selv i betragtning i

[42]Mead var som sociolog optaget af hvordan kommunikation mellem mennesker fungerer. Han var især inspireret af Darwins evolutionsteori og den tyske psykolog Wundts forsøg på at fundere psykologien på et fysiologisk grundlag (i slutningen af 1800-tallet).

løbet af den fælles adfærd'. Denne objektive side af selvet kalder Mead *Mig'et*. Mig'et er personens opfattelse af, hvem han eller hun er. Mig'et er socialt, men har et individuelt aspekt. Hver person repræsenterer den generaliserede anden med sin egen helt specielle stil. Mead bruger udtrykket *Jeg'et* om den kreative og fantasifulde del af selvet, som kan foreslå nye handlinger og skabe overraskelse. Det opstår i nuets umiddelbarhed og tilbyder forslag, der tillader individet at tilpasse sin adfærd til nye omstændigheder, konflikter og forstyrrelser i samhandlingen med andre. (Delvist citeret efter Mortensen 2000:130)

Hatch skriver i forbindelse med en historisk gennemgang af organisationsteorien , at man kan kalde Weick's tilgang til det socialkonstruktivistiske perspektiv for delvis moderne, forstået på den måde, at når verden først er blevet tingsliggjort / vi har skabt den, eksisterer den på samme måde, som den gør for de rene objektivister. Med ideen om at virkeligheden ikke er objektiv, men bliver gjort objektiv / objektiveret, introduceres en ny forståelse af ustabilitet og dermed også potentiale for organisatorisk forandring. Hvis organisationer er sociale konstruktioner, så rekonstruerer vi dem i konstruktionsprocessen, mener Hatch (1997:42).

Weick antager, at mennesker har brug for en stabil referenceramme, og at individer derfor producerer de omgivelser, de ser, og konstruerer virkelighed gennem autoritative handlinger. Men han mener som nævnt også, at sensemaking er en kilde til Cartesiansk frygt, en tendens til at tænke i velafgrænsede modsætninger. Hvis der ikke er nogen stabil referenceramme for menneskelige aktører, er de i konstant fare for at overgive sig til idealisme (det er menneskers forestilling, som faktisk skaber verden derude), nihilisme (intet er mere værd end andet) eller subjektivisme (verden er, hvad den synes at være for mig) (Weick 1995:37).

I forhold til min udforskning af forandringer i arbejdsprocesser på hospitaler finder jeg hos Weick et analytisk redskab, der med begreberne enactment, sensemaking og organizing bringer processerne i fokus. Men redskabet er først og fremmest orienteret mod mening og dermed en kognitiv tænkning om årsager og virkninger i forbindelse med individers handlinger og ikke mod begribelse af aktiviteter i en organisation i praksis. Jeg deler den kritik, jeg har fundet hos Magala og Morsing og mener, at Weick på den ene side illustrerer handlinger, der faktisk sker i virkeligheden - han kan bidrage til at nuancere opfattelsen ud fra et psykologisk perspektiv, af hvad man kan vide og ikke vide om menneskers færden og tænkning, mens han på den anden side samtidig taler om det kaos, der altid vil være, og den orden man alligevel kan skabe via sensemaking. Jeg finder ikke hos Weick og heller ikke andre steder teorier og tanker der overbeviser mig om, at vi som mennesker kan tolke hinandens ord og handlinger og tillægge dem mening. Vi kan påvirke hinandens adfærd, men ikke forklare, hvad der sker og derfor ikke være sikre på, at vi kan finde viden, der kan sikre anvendelse af mål-middel-sammenhænge. Det er forestillingen om epistemologiens betydning, jeg ikke finder overbevisende. Jeg vil derfor i næste kapitel vende mig mod et andet teoriområde, hvor processer er i fokus, men hvor der ydermere arbejdes med at finde måder at defi-

nere, beskrive og analysere praksis i organisationer med en skeptisk tilgang til troen på menneskers muligheder for at tolke hinanden og se verden i helheder.

2.3.3 Forståelse af forandringer som emergerende forløb.

Individer forhandler

Som jeg gjort rede for i det ovenstående, antager Weick, at individers handlinger og færden i organisationer er afhængig af interaktion med andre individer og den stadige strøm af hændelser og forandringer, som skal håndteres på baggrund af personlige referencerammer. Han er her inde på samme forståelse af styringens umulighed som March & Simon, der skriver om det satisficerende menneske og March & Olsen der mener, at beslutningsprocesser de ustyrlige.

I Weick 1969/1979 finder man en forståelse af menneskers handlinger, hvor gruppeprocesser og netværkstænkning supplerer og i nogle tilfælde helt erstatter de individorienterede adfærdsteorier. Med introduktionen af begrebet 'organizing' og tanken om at begreber skaber virkelighed, har Weick anlagt et socialkonstruktivistisk perspektiv på virkeligheden, hvor det antages, at menneskelig social orden produceres gennem interpersonelle forhandlinger og implicitte forståelser, som opbygges via fælles historie og fælles erfaring. Forandring må i dette perspektiv forudsætte, at man forstyrrer den sociale orden via påvirkning af de implicitte forståelser. Med organizing lægger man hovedvægten på processer og det igangværende, i modsætning til substantivet 'organization', hvor det er strukturen, det der er skabt og betragtes som varigt, der ses som det væsentlige element i en organisationsforståelse og dermed også som omdrejningspunkt for forandringstiltag.

Med denne tilgang vil jeg forstå arbejdsprocesser som handlinger, der overvejende skal forstås i den sammenhæng de indgår i, på den lokale arbejdsplads i de konkrete sammenhænge omkring bestemte opgaver. Handlingerne er flygtige processer, der ikke kan fastfryses, hvilket betyder at repræsentation af dem bliver et spørgsmål om at producere en historie om noget, der har været, noget som nogle aktører har oplevet i en bestemt kontekst.

2.4 Forandring af arbejdsprocesser. Plan og emergens. Afrunding.

Det er social orden og meninger, hos mennesker, man finder diskuteret hos Weick. Han skriver om det evigt foranderlige i virkeligheden, og prøver at definere holdepunkter dér, med henblik på at kunne finde frem til nogle måder, hvorpå man kan finde mening og bruge erfaringerne fremadrettet. De handlinger, der antages faktisk at foregå i virkeligheden, analyseres som sensemaking og enactment, men stadig med en tilgang, der giver plads til at lære af erfaringer og handle anderledes fremover.

Organizing perspektivet kan bruges til at beskæftige sig med organisatorisk viden (hvad er dets natur, hvor kommer det fra, hvilke begrænsninger er der) og det kan ses som en modsætning til tænkningen om organisationer som genstande, karakteriseret

ved strukturer og funktionsbeskrivelser, der kan anvendes til at skabe og forme adfærden. Inden for den organisationsteoretiske litteratur finder man for eksempel i W.R.Scott's oversigt over forskellige forståelser af organisationer som henholdsvis rationelle, naturlige og åbne systemer (Scott 1987), Weick's 'organizing' perspektiv i kategorien 'organisationer betragtet som åbne, naturlige systemer'. Samme kategori rummer også A. Strauss' litteratur om den 'forhandlede orden'. Strauss repræsenterer den sociologiske tilgang, mens Weick repræsenterer psykologien. Med Strauss' begreb om den forhandlede orden og hans forskning i arbejdsformer i sundhedsvæsenet ud fra et symbolsk interaktionistisk perspektiv, ser jeg en vej frem imod den dybere forståelse af praksis og arbejdsprocesser, som er mit interessefelt (se kapitel om arbejdsprocesser).

Jeg indledte dette kapitel med at fremhæve den debat, der hersker inden for visse dele af organisationsteorien, hvor der tales om systemer, der møder praksis uden større held og har prøvet at påvise nogle årsager til problemerne. Men en fremadrettet vej har jeg ikke fundet. Derfor finder jeg, at det er nødvendigt at komme tættere på praksis i organisationer og vil herefter bevæge mig ind i teorifelter, hvor der tales om praksis- og mikroanalyser. Med afsæt i A. Strauss´s forskning vil jeg i det næste kapitel tage udgangspunkt i interaktionisme og pragmatisme, hvor aktører ses i kontekst og i et netværksperspektiv, hvor humane og nonhumane aktører betragtes som ligestillede og interagerende.

KAPITEL 3 FRA SENSEMAKING TIL FORHANDLET ORDEN

Hvordan kan man se, og hvordan kan man beskrive arbejdsprocesser?
I Kapitel 2 afrundede jeg diskussionen af forskellige tilgange til forståelse af forandringer i organisationer, med en konstatering af at forskning, hvor der med en konstruktivistisk tilgang fokuseres på processer frem for struktur, således som det ses hos Weick, der - med introduktion af begrebet 'organizing' og de dertil relaterede tilgange til betragtning af praksis beskrevet som enactment - har åbnet for en tilgang til indblik i handlinger i organisationer, der savnes i mange af de modeller og metoder, der kan karakteriseres som moderne og rationelt funderet. Jeg fandt dog, at Weick's antagelser om at de mekanismer, der gælder for individuel sensemaking som styrende mekanisme i forhold til individers adfærd, må kunne udtænkes til også at gælde for kollektiver af humane aktører og dermed som en organisatorisk sensemaking, nok er inspirerende for tænkningen om praksis, men ikke overbevisende i forhold til at forklare de ofte uforudsigelige resultater, der berettes om i forhold i forandringstiltag i organisationer. Netop det uventede, ikke planlagte har jeg fundet en plausibel forklaring på i den symbolske interaktionisme, hvor jeg hos A. Strauss, der som Weick ser organisationer som åbne, naturlige systemer, finder et sociologisk udgangspunkt, hvor fokus er flyttet væk fra forståelse af individers motiver. Strauss har ud fra empirisk erfaring udviklet en teori om, at processer styres efter, hvad han betegner som en forhandlet orden.

Med den symbolsk interaktionistiske forståelse antager man, at det man som forsker kan, er at iagttage og definere, med andre ord enacte hvad man ser og hører i det felt, man arbejder i, mens der ikke er noget forud teoretisk bestemt, man kan lede efter, og ikke nogen fast virkelighed, man kan afdække eller opdage. Det er som tidligere nævnt herfra, tænkningen inden for STS/ANT blandt andet har rødder. Uden de faste begreber står forskeren over for den udfordring at skulle finde egnede metoder til at studere empirien, analysere iagttagelserne og kommunikere omkring dem - det er netop den type af problemstillinger, der er et af kerneområderne i STS/ANT-forskning. Med dette udgangspunkt diskuteres nogle, for denne afhandling relevante spørgsmål, i de følgende kapitler. Det drejer sig om, dels hvordan man kan begrebsliggøre 'arbejde' og 'forandringer', dels forskellige tilgange til forståelse af akkrediteringssystemer. De emner, der diskuteres er følgende:

Forandring af arbejdsprocesser på hospitaler (i Kapitel 4 og Kapitel 5):

- hvordan begrebsliggøre *arbejde*? - Her tages afsæt i forskning om arbejdsprocesser i organisationer, hvor der fokuseres på handlinger og procedurer
- hvordan begrebsliggøres og ses *forandring*? - Her vælger jeg ikke mellem antagelser om enten fase eller emergens. Derimod følger jeg med en etnografisk tilgang 'livet' på nogle afdelinger.
- professioner og *professionelles* arbejde på hospitaler beskrevet med fokus på professionelle kerneydelser, paradigmer og styringsmetoder.

Standardsystemer og klassifikationer (i Kapitel 5):

- akkrediteringssystemer som totale kvalitetssystemer, TQM
- akkrediteringssystemer som standard- og klassifikationssystemer
- akkrediteringssystemer som videns- og ordenssystemer og som infrastruktur

KAPITEL 4 ARBEJDSPROCESSER

I dette kapitel sætter der fokus på spørgsmålet om, hvorledes det er muligt at identificere, beskrive og analysere arbejdet på et hospital. Der introduceres en forståelse af begrebet arbejdsprocesser baseret på netværkstænkning, og to forskellige tilgange til forandringsmetoder, en plan- og en emergens-baseret, diskuteres.

Undervejs i kapitlet opsamles antagelser, der vil danne grundlag for afhandlingens metode. Denne metode-tekst placeres i indrammede bokse.

4.1 Arbejdsprocesser - Handlinger i kontekst.

Handlinger - er det man kan se. Det man ser, er repræsentationer af processer.
I dette afsnit diskuteres begrebet 'den forhandlede orden', hvor handlinger ses med en interaktionistisk tilgang og dermed i et pragmatisk perspektiv, hvor man antager, at det der findes, er det man ser, mens man ikke beskæftiger sig med tolkninger i dybere bevidsthedslag.

4.1.1 Handlinger i kontekst. Det uopdelelige handlingsforløb

Beskrivelse af arbejdsprocesser på hospitaler med en symbolsk interaktionistisk tilgang finder jeg hos Anselm Strauss (1978)[43], som bruger begrebet 'social worlds' når han skriver om hospitalet som en organisation og vil begrebsliggøre de forskellige grupperinger i form af professionsgrupper, specialer, afdelinger og opgavefordeling. 'Social worlds' omfatter således på en måde det, der i andre sammenhænge i organisationsteori betragtes som struktur og funktion (fore eksempel hierarki og opgavefordeling), men der lægges et andet snit ind over organisationen.

På det teoretiske plan har Strauss, der har rødder i Chicago-skolen[44], beskæftiget sig med translation af J. Dewey's pragmatiske filosofi[45] til sociologiske interaktionistiske antagelser. Han har med baggrund i symbolsk interaktionisme og pragmatisme forsket i arbejdsprocesser inden for sundhedsvæsenet i USA, med fokus på det han betegner som folks aktuelle liv. Strauss skriver, at forskerne på Chicago-fakultetet hovedsagelig

[43] A. Strauss har bl.a. skrevet om handlingsbegreber og betragter arbejde som handling.
[44] Chicagoskolen er forbundet med amerikansk pragmatisme. John Dewey og George H. Mead var begge tilknyttet University of Chicago i slutningen af 1800-tallet, Dewey var professor i filosofi og Mead blev senere leder af universitetets filosofiske institut. Forskerne var interesserede i de sociale forhold i byen i Chicago og bedrev mange empiriske studier med henblik på at finde forslag til sociale reformer. Man beskæftigede sig med teoriudvikling inden for sociologien, primært på pragmatisk grundlag, hvor Meads elev H. Blumer udviklede den symbolske interaktionisme. A. Strauss var elev hos Blumer.
[45] Den pragmatiske forståelse tager udgangspunkt i John Dewey´s tænkning, om at sandhed opstår ved interaktion, hvilket vil sige at sandhed enactes, det opdages ikke, det ligger ikke og venter derude. Dewey ser handling som noget, der ikke kan faseopdeles, noget ongoing. J. Dewey regnes sammen med C.H. Peirce og W. James for at være den filosofiske pragmatismes grundlæggere.

udviklede substantiv teori og kun sjældent viderebearbejdede Dewey´s og Mead's abstraktioner; og når det skete, var det altid grounded i substantivt materiale[46]

Strauss beskriver sin egen tolkning af J. Dewey's (1896) grundlæggende tilgang til forståelse af samspil mellem stimulus og respons i forbindelse med handlinger, således:

> *"It is incorrect to assert that a stimulus external to an organism elicits a response. Quite the reverse: Organisms need not be set into motion, for any stimulus must play into whatever is the ongoing activity, so that the response elicited is the result of an interaction between the two."* (Strauss 1993:2).

Strauss ser således ingen mulighed for at identificere en statisk tilstand, der kan betragtes forud for en forandringsgenererende stimulus.

Ved Chicagoskolen var man i 1930'erne i modsætning til andre sociologiske forskere som for eksempel T.Parsons ikke interesseret i funktionalisme og opdelinger af verden[47]. Derfor ser man ingen diskussioner om dualismer, således heller ikke skelnen mellem mikro- og makro-niveauer.

Altid 'ordering'. Man kan ikke simplificere kompleksiteten af sociale fænomener
Strauss (1993)[48] skelner ikke mellem handling og handlen (action og acting, substantiv og verbum), og mener at man må stræbe efter at nå frem til en situation, hvor forskere og mennesker i det hele taget automatisk tænker interaktionelt, temporalt, processuelt og strukturelt. (Han ser dette som modsætning til survey forskning, hvor man simplificerer kompleksiteten af sociale fænomener). Ud fra en antagelse om at alt må være midlertidigt betragter han handling som noget kontinuert, uden faser. Den ubrudte handlen sker i kontekster på den måde, at det er handlingen, der skaber konteksten, som så bliver en handlesituation[49]. Relationerne mellem handling og kontekst kan analyseres som 'processuel ordering', og det er en klar følge af denne tilgang, at man ser rutine og forandringer som en del af hinanden. Restriktive betingelser kan begrænse valg, men disse betingelser skal defineres som restriktive for at være det. Der er aldrig en fastfrosset orden, tingene er altid under forandring, som Strauss udtrykker det: altid ordering:

> *"Chicagoans endlessly indicate their antidualistic or nondualistic positions. For instance: "the social and technical are a 'seamless webb', constructed and mutually*

[46] Strauss nævner Park, Hughes og Blumer som tidlige og H. Becker fra en senere generation som fremtrædende forskere, der har beskæftiget sig med udvikling og anvendelse af substantiv eller generel teori. (Strauss 1993:8)
[47] I flg. Mortensen, N., (2000:134) inddrog T. Parsons slet ikke den amerikanske pragmatisme, da han i 1937 forsøgte at etablere en sociologisk teoribygning. I socialpsykologien var Mead derimod tidligt betragtet som en central teoritiker og både Mead og en af de første pragmatikere, C.H.Cooley, anses som bidragydere til en sociologisk tænkning, hvor dikotomien mellem samfund og individ er ophævet.
[48] D. Moines i Strauss (1993:xv)
[49] Den forståelse finder jeg også i aktivitetsteorien, hvor for eksempel Engestrøm skriver om og har brugt tilgangen i et forandringsprojekt i sundhedsvæsenet. (Engestrøm 1990). Emnet tages op i Kapitel 6 (se Figur 6.12) og Kapitel 7 i afhandlingen

> *embedded (Clarke, 1991) ... [they] express an underlying epistemology either explicitly og implicitly"*, skriver Strauss (1993:45)

Strauss ser processer som handlinger, der består af en lang række af strategier og modstrategier. Han skelner mellem to forskellige typer af handlinger, de planlagte og de ad hoc prægede, som for eksempel koordineringsopgaver, der hele tiden melder sig, uden at man har planlagt det. Det planlagte finder man dér, hvor der er etablerede aftaler mellem forskellige aktører om hvilket arbejde der skal udføres af hvem, hvor, hvor længe, hvorfor, i forhold til hvilke standarder osv. Mens det planlagte - med visse forbehold og en hel del usikkerhed - kan synliggøres og repræsenteres, er det ad hoc prægede ofte noget, der ligger ved siden af, uden for repræsentationen. (Corbin & Strauss 1993)

Hospitalet - et irrationelt framework
Strauss har forsket i arbejdsprocesser på hospitaler og har med baggrund i den metode, han ofte har anvendt og er medskaber af - grounded theory - defineret en række begreber om handling. I forhold til rammerne for arbejde skelner han mellem rationelle og irrationelle forhold. Den form for arbejdsbetingelser, der ses inden for sundhedsvæsenet - først og fremmest behandling og pleje, men også ledelse på hospitaler - betegner han som et ikke-rationelt framework, og ser det som modsætning til de former for arbejde, der kan betragtes inden for et rationalistisk framework med klare mål, forudsigelige input, utvetydigt definerede elementer og utvetydig evaluering af aktiviteten. De sundhedsfaglige professioners arbejde præges især af, at sygdom ikke er et entydigt input, at patienter potentielt må konkurrere om personalets ressourcer, patienter bliver indlagt akut, og deres tilstand kan ændre sig på uforudsigelige måder under opholdet, den medicinske teknologi er kompleks, det samme er organisationsstrukturen og opgavefordelingen (Strauss 1985).

Repræsentation.
Vil man med en interaktionistisk og pragmatisk tilgang beskrive de handlinger, der fortages i arbejdsprocesser, møder man en ny type af problemer. Den konkrete beskrivelse indebærer en repræsentation af handlinger og dermed en synliggørelse. I forbindelse med den opgave må man stille en række spørgsmål, mener Star og Strauss (1999). De skriver, at når arbejde søges synliggjort, afdækkes det, hvad der er legitimt arbejde, og i legitimeringen ligger der en kontrolfunktion. Hvem der definerer arbejdet, afhænger af magtforholdene i pågældende praksis, hvor der er både en social og en psykologisk vinkel. Man skal også forholde sig til forskellene mellem den normative og den faktiske praksis.

Problemstillingen illustreres af Star & Strauss (S&S), igennem en beskrivelse af etablering af computerbaseret støtte til arbejdsprocesser, hvor mange aktører er involveret. De mener, det er særlig vanskeligt at synliggøre opgaver, der kræver koordinering mellem flere aktører, for eksempel arbejdet vedr. koordinering af mange forskellige handlinger, noget som hører med til at få hverdagen til at fungere, opgaver som ikke er

nøje beskrevet, og som man for eksempel ofte ser hos mellemledere. S&S betegner denne funktion som artikuleringsarbejde. De skriver:

> *"No work is inherently either visible or invisible. We always "see" work through a selection of indicators: straining muscles, finished artefacts, a changed state of affairs. The indicators change with context ..... Articulation work is work that gets things back 'on track' in the fase of tne unexpected, and modifies action to accomodate unanticipated contingencies. The important thing about articulation work is that it is invisible to rationalized models of work".* (Star, S.L. & A.Strauss, 1999:9)

Star og Strauss skriver, at synliggørelse og formulering af arbejdsopgaver med henblik på at skabe computerprogrammer altid sker på baggrund af en række valg, der er styret af nogle ikke altid synlige forhold i netop den kontekst, hvori der arbejdes. De illustrerer problemstillingen omkring definition og magtforhold med et eksempel fra skønlitteraturen, som jeg her citerer fra den danske oversættelse:

Figur 4.1 Den, der definerer, bestemmer definitionen

Slaven Sekser er i færd med at spise et stykke flæsk, og bliver af sin ejer, skolelæreren, beskyldt for at have stjålet kødet:
'Du stjal den gris, ikke?'
'Nej', sagde Sekser, men havde den anstændighed at holde øjnene på kødet.
'Vil du fortælle mig,at du ikke stjal den lige op i mine åbne øjne?'
'Det er rigtigt, jeg stjal den ikke.'
Skolelæreren smilede. 'Slog du den ihjel?'
'Parterede du den?'
'Ja.'
'Stegte du den?'
'Ja.'
'Javel, ja. Spiste du den?'
'Ja, det kan herren lige tro.'
'Og du vil fortælle mig at det ikke er at stjæle?'
'Nej, hr., det er det ikke.'
'Hvad er det så?'
'En forbedring af herrens ejendom.'
'Hvadbehar?'
'Sekser planter rug for at give det høje stykke en bedre chance. Sekser går hen og giver jorden næring, så får herren bedre udbytte. Sekser går hen og giver Sekser næring, så får herren mere arbejde.'
Smart, men skolelæreren slog ham alligevel for at vise ham, at definitionerne tilkommer dem der definerer - ikke de definerede.

Citeret fra: Toni Morrisons roman "Elskede" (1987:201)

Pointen er, fremhæver S&S, at definitionerne tilkommer dem, der definerer - og ikke dem, der bliver defineret. Derfor er repræsentation af såvel de usynlige koordineringsopgaver som af alle andre opgaver ikke et spørgsmål om objektivitet, men udelukkende om hvem der har adgang til at udpege og beskrive.

Star og Strauss giver andre eksempler på ekstreme tilfælde af relationerne mellem magt, definitioner, synlighed og usynlighed, alt sammen med det formål at påvise den kontekstuelle natur for, hvordan arbejde defineres, for hvad der kan være synligt eller ej. De skriver bl.a., at når en organisation skal effektivisere eller reducere omkostningerne, og konsulenter træder ind og vurderer nødvendigheden af forskellige arbejdsopgaver, vil der som regel også blive tale om forskellige definitioner af situationen. Har de udefrakommende for eksempel et blik for konteksten for det arbejde der udføres af sekretærer, når disse tilsyneladende sidder og småsnakker med hinanden eller med kunder - en aktivitet, der kan indikere mangel på virkeligt arbejde? Eller overser den fremmede, at vigtig kommunikation og smidiggørelse af samarbejde mellem forskellige afdelinger i organisationen fremmes ved sådanne samtaler (Star & Strauss 1999:14). Dette artikuleringsarbejde (her og nu håndtering af problemstilling i uventede situationer) er en usikkerhedsfaktor i forbindelse med forandringer af arbejdsprocesser, fordi det netop ikke er beskrevet.

Hvor S&S især skriver om det usynlige arbejde og væsentligheden af at være opmærksom på hvem, der har adgang til at definere opgaverne, er der den yderligere komplikation omkring repræsentation, at arbejdsprocesser er mangfoldige og, som Strauss har påpeget, under stadig forandring. Problemet er belyst inden for STS-forskningen på blandt andet IT-området, hvor man har erfaret at:

> *"how people work is one of the best kept secrets in America"*
> (udtalt af D. Wellmann, sociologist of labor)

skriver Suchmann (1995:56) som led i en diskussion om, hvordan man i forbindelse med udvikling og design af IT-kommunikationssystemer kan sikre sig den bedst mulige beskrivelse af de arbejdsopgaver, systemerne vedrører. Hun skriver om de muligheder, der er for at give en repræsentativ beskrivelse af arbejdsopgaver og -områder, at en repræsentation vil være præget af fortolkninger i forhold til særlige interesser og formål, skabt af aktører specifikt positioneret med hensyn til det repræsenterede arbejde. Derfor er det nødvendigt at være opmærksom på de nære relationer mellem arbejde, repræsentationer og organisationspolitikker.

Landkort.
Når man vil beskrive arbejdsprocesser, mener Suchmann, er der ingen mulighed for at skabe et totalt billede, dels fordi mangfoldigheden er for omfattende, dels fordi det ikke er alt, hvad der sker i arbejdsprocesserne, der kan udtrykkes i tale og tekst. Repræsentation bliver derfor at ligne med landkort, hvor der fremhæves visse ting, afhængig af kortets formål, mens andre ting ikke inkluderes. Hvad der bliver repræsenteret og hvordan afhænger af, hvilke interesser der dominerer. Eller med andre ord

> *"A map is a kind of lens that lets us see what we want to see and put it in a form we can share with others."* (Kaiser & Wood, 2001:109)

4.1.2 Viden, den synlige og tavse viden.

Med landkortmetaforen rettes opmærksomheden mod et spørgsmål om, hvordan vi beskriver, det vi ser. At tegne kort kan være en magtfuld opgave, skriver Wood:

> *"Power is the ability to do work. Which is what maps do: they work. ... they make present - they represent - the accumulated thought and labor of the past ...".* (Wood, D. 1992:1)

Latour (1987) skriver tilsvarende om, hvordan tegning eller skabelse af landkort er et eksempel på handlinger, der overfører viden fra et sted til et andet. Med udtrykket 'to act at a distance', skriver han om at opfinde eller skabe midler, som gør det man vil hjembringe til noget mobilt, stabilt og kombinerbart, en opgave man ser et godt eksempel på i kartografien, hvor alle mulige skitser af landskabsformer fra et bestemt område samles hos korttegnere, som derefter udvikler kort over området, for eksempel jordkloden. Disse korttegnere ser jeg i denne sammenhæng som aktører, der har fået tillagt autoritet til at vælge formen for repræsentation.

Kortets effektivitet er en konsekvens af den selektivitet, hvormed det giver liv til fortiden på en måde, der kan bruges i nutiden, mener Wood. Opmærksomhed på selektiviteten indebærer at man ikke forventer at se virkelighed<u>en</u> ved hjælp af et kort, men blot en blandt mange mulige repræsentationer af noget, der af nogen ses som en virkelighed.

Alle kort - fra det tilsyneladende mest åbenlyst 'objektive' til det mest vulgært 'subjektive' - er en afspejling af ophavsmændenes interesser, skriver Wood (1992:71). Så godt som alle landkort er vage i indhold og form og diffuse i forhold til markering af formål og midler. Wood illustrerer sine iagttagelser med mange eksempler på kort og deres diffuse indhold, bl.a. et kort over et villakvarter, hvor der kun er indtegnet særlige 'landmarks' eller bygninger, hydrografi og konturlinjer, men ikke almindelige bygninger, og der er heller ikke markeret træer, som der ellers er mange af i kvarteret. Et andet eksempel, nævner Wood, er et kort over et enkelt flyselskabs ruter i USA:

> *"Delta's* Domestic Route Map, *that is, the United States, and parts of Canada, Mexico and the Carribian ... all but obscured beneath a thick weave of blue lines symbolizing not merely Delta's* routes, *but the* embarrassing abundance *of Delta´s routes. What does this map say? It says, "We blanket America", that is "We will keep you so warm you will never want to get in bed with another carrier"* (ibid:73).

Vi dækker Amerika - underforstået at man ikke behøver at tænke på at bruge andre flyselskaber overhovedet. Lyver kortet, spørger Wood og svarer nej, Delta har ingen interesse i at sælge billetter til ruter, de ikke har. Formålet er - gennem udnyttelse af gamle retoriske virkemidler (eftertryk, overdrivelse, fortielse, metaforer) at overtale dig til ikke at tænke på konkurrerende selskaber næste gang du skal flyve.

Kort er repræsentationer, der tjener nogle bestemte interesser, som eksemplet fra flyselskabet viser. Kort over landområder skabes ofte ud fra flyfotos, og her viser Wood,

hvordan det af økonomiske grunde accepteres at detaljer, der ikke fremkommer på flyfotos, ikke kommer med på kortet. Det er for dyrt at korrigere og tilføje detaljer med håndkraft (ibid:85). Geoffrey Bowker & S. Leigh Star skriver om dette fænomen, at selv om kort ikke gengiver terrænet fuldt ud, kan det være en magtfuld teknologi[50], som både kan hjælpe en med at finde vej og sikre en strukturering af alle slags kollektiv handling (Bowker, G. & S.L.Star 1999:54).

At repræsentationer og kort således er skabt med bestemte formål og et for iagttageren diffust indhold er én ting, men der er også et andet aspekt af valg og skabelse af virkelighed i forbindelse med kort, nemlig iagttageren, den der bruger kortet.

Et kort er som et øje, og øjne er underlagt de menneskelige formål de tjener, skriver Kaiser & Wood (2001). Når to mennesker ser på det samme sceneri, kan den ene se et bevaringsværdigt naturområde, den anden et potentielt område for erhvervsbyggeri. Én ser træer og enge, en anden optimale arealer for vejanlæg. Den ene ser med andre ord natur og den anden kultur, og mennesker er som iagttagere af verden selv ansvarlige for at konstruere en virkelighed/ 'bringing the world into being'. Det er væsentligt at gøre opmærksom på, fordi mange foretrækker at tro på, at den verden de kender er uafhængig af, hvordan de iagttager den. Vi har i høj grad mulighed for selv at styre, hvordan vi iagttager, blandt andet ved at bestemme hvor vi vil rette blikket hen, og om vi vil åbne eller lukke øjnene, mener Kaiser og Wood, som skriver om skabelse og brug af landkort af enhver art ud fra en samfundsvidenskabelig og kulturgeografisk baggrund. Jo mere vi ser på, jo større og rigere og mere virkelig vil verden forekomme. Vi bruger vores øjne til at skabe den verden vi ser, og kort er et 'øje' på verden. Jo flere perspektiver vi har, jo mere akkurat bliver vores syn (Kaiser & Wood 2001:109). Sandhed er derfor ikke noget den enkelte aktør kan have monopol på. Det er noget, man kun kan opdage i fællesskab, ved at dele sine synspunkter med andre og give sig tid til at lytte til, hvordan andre oplever verden (ibid :115).

Men uanset fællesskab og opmærksomhed omkring nødvendigheden af at inddrage forskellige aktører er repræsentation en usikker størrelse, ikke mindst p.gr.a. den tavse viden.

Den erfaring man har inden for IT-systemdesign med studier af arbejdspraksis har i flg. Suchmann ført til nogle antagelser om, at distinktionen explicit / tacit knowledge har både en social og en psykologisk dimension. Hvordan man udtrykker viden, handler ikke kun om, hvad man kan se, tale om og tænke, men også om hvad det sociale miljø sanktionerer som legitimt at synliggøre, tale om eller tænke. Med en landkort metafor kan man sige, at det er muligt at skabe visse, men ikke hvilke som helst typer af kort. Det er ikke mindst interessant for både praktikere og analytikere at være opmærksom på relationer mellem normative beretninger om, hvordan arbejdet bør gøres og specifikke arbejdspraksisser. Problemet er ikke at normative beretninger er ukom-

[50] med reference til Becker, Howard S. 1986 *Doing Things together: Selected Papers*. Evanston, IL. Northwestern University Press

plette, eller at faktisk praksis ikke realiserer dem, men at normative beretninger pr. definition repræsenterer idealiseringer eller typifiseringer (Suchmann, L. 1995:61).

Dette perspektiv er interessant i forhold til min analyse af hvad der sker (fx hvem der deltager og på hvilken måde) når arbejdsprocesser på hospitalerne i forbindelse med implementering af akkrediteringssystemet skal dokumenteres og nedskrives i formularer som procedurer, politikker og lignende. I litteraturen om brug af landkort udtrykkes problemstillingen således:

> *"The best way to understand the world is to view it through as many lenses as possible, to see it from as many vantage points as we can. One projection is not itself better than another"* (Kaiser & Wood, 2001:26)

Det særlige aspekt ved synlighedsproblematikken som ligger i den såkaldte tavse viden indgår i en del STS-litteratur. Sismondo (2004) skriver om beskrivelser af arbejde inden for STS-forskningen, at når Latour og Woolgar (1979/1986) bruger begrebet 'messiness' om laboratoriearbejde, er de på linje med I. Hacking (1983) der mener, at dette arbejde ikke kun handler om repræsentation, men også om intervention, idet forskere er aktivt engageret i at manipulere deres materialer. Latour &Woolgar skriver også om 'bricolage' / genstridige tilfældigheder i forbindelse med omtale af genstridigt materiale, der ikke altid gør, hvad forskerne i laboratoriet regner med. I flg. Sismondo finder man to centrale begreber i forsøgene på at beskrive laboratoriearbejde: tavs viden og eksperimenters regres / tilbagevenden.

Begrebet 'tavs viden' er, skriver Sismondo, første gang introduceret af kemikeren og filosoffen M. Polanyi i 1958. I 1970'erne brugte H.M. Collins begrebet i studier af laboratoriearbejde. Collins (1991) undersøgte samarbejde mellem laboratorier i forskellige lande, hvor et teknisk system (TEA-laser) udviklet i Canada skulle videreudvikles og bygges i samarbejde mellem nogle få laboratorier i USA og UK. Laboratoriet i USA fik udarbejdet skriftligt materiale til brug for kollegerne i UK, som derefter gik i gang med at bygge apparaturet, der regnedes for at være enkelt og robust i konstruktionen, altså ikke nogen kompliceret opgave. Det viste sig umuligt for laboratoriet i UK at bygge en TEA-laser, ikke fordi den skriftlige vejledning blev opfattet som dårlig (alle var enige om at den var god), men i flg. Collins' analyse fordi det skriftlige materiale udelukkende baserede sig på en model for overførsel af viden, hvor man antog at formelle instruktioner er tilstrækkelige, (den algoritmiske model for overførsel af viden) (Sismondo 2004:89). Der findes andre modeller. Sismondo skriver om en model, der benævnes, den 'enculturationelle', hvor det antages, at socialisering / den personlige kontakt er en nødvendig forudsætning for overførsel af viden - det er hér Polanyi´s ide om tavs viden er relevant. Tavs viden, mener han, kan kun kommunikeres via socialisering, der igen forudsætter personligt nærvær. Man kan således ikke regne med at skriftlige vejledninger alene kan sikre en brugbar overførsel af viden. Det er nødvendigt, at personer mødes og lærer af hinanden i praksis.

4.1.3 Repræsentation og kontrol.

Når arbejdsprocesser er blevet udvalgt eller synliggjort og skal beskrives / repræsenteres kan der indtræde en kontrolfunktion, i og med at der skal tages stilling til hvordan repræsentationen skal udformes og hvordan den efterfølgende kan bruges. Således har Suchmann gennem sin forskning i opbygning af softwareprogrammer til IT-systemer erfaret, at det ikke er usædvanligt at især teknologier der er designet til koordinering af komplekse aktiviteter også bruges til centraliserede vurderinger af produktivitet / 'efficiency' og arbejdets udførelse i øvrigt / 'correctness' (Suchmann 1995:59). Når en virksomhed for eksempel får et elektronisk bookingsystem, som skal bruges lokalt til at styre arbejdsprocesserne, kan de lagrede data, som viser hvilken aktivitet, der har været, bruges til kontrol af ressourceudnyttelsen, hvad enten det drejer sig om medarbejdernes indsats eller forbrug af lokaler, materialer o.l. Her sker der det, at et landkort, der er konstrueret til ét formål, bliver anvendt i en anden sammenhæng. De mekanismer omkring kontrol, der fungerer her, mener jeg, man kan diskutere med inspiration fra Latour's beskrivelse af de såkaldte kalkulationscentre.

Kalkulationscentre

Latour (1987) skriver om kalkulationscentre, som de steder, hvor noget implicit gøres explicit, og det lokale bliver universelt. Begrebet bruger han i en diskussion om, hvordan man kan forstå forskningsprocesser, ikke bare i laboratorierne, men også i samfundsvidenskaberne, særligt sociologi og antropologi. Skelner man mellem på den ene side det lokale sted, hvor man udfører sin forskning og på den anden side det universelle, den større helhed som det lokale holdes op imod, bevæger man sig inden for en tilgang, hvor troen på 'the great divide' hersker, altså troen på, at der er 'dem og os', de 'vilde' og de 'civiliserede'. Latour mener, det er en umulig skelnen og foreslår som eksempel at man holder op med at tænke på at finde kognitive forskelle mellem 'de vilde / øboerne' og europæerne. Misforståelsen er alligevel total, skriver han.

Det, der i stedet for på den baggrund bliver interessant, er at undersøge forskningsmetoder og finde ud af, hvordan forskere hjembringer viden om ukendte events, steder og folk. Umiddelbart sker det ved brug af midler, der gør det der skal hjembringes transportabelt, dvs. det skal være mobilt, stabilt og kombinerbart, så det hjembragte kan samles, aggregeres og skubbes omkring som et sæt spillekort (Latour 1987, kap. 6).

Der findes en række midler, som kan bruges til formålet. Man kan tegne kort over landskabsformer, man kan bruge samlinger, hvor for eksempel sten, dyr, planter og andre mobile genstande fjernes fra deres kontekst og placeres i store samlinger; eller analyser og prøvemateriale som målinger og jordbundsdele, hvor resultater i form af beskrivelser på papir eller repræsenterende materiale kan flyttes over lange afstande - uforanderlige og kombinerbare bevægelige genstande (for eksempel tilgængelige kort, tabeller og trajectories / forløbsbeskrivelser) er alt sammen noget, der kan bringe store og fjerne genstande ned til et punkt på et ark papir. Formålet er at skabe nogle flytbare, uforanderlige og kombinerbare repræsentationer (immutable mobiles) for et større materiale.

Videnskabens historie viser mange eksempler på midler, der kan bruges til at transformere, hvad folk gør, til 'inscriptions' eller noget som kan mobiliseres, samles, arkiveres, bearbejdes (recalculate) og fremvises - et af midlerne er spørgeskemaer og statistik, men der er andre. Alt ender som papir, der kan arkiveres. Det hjembragte materiale behandles efter nogle fælles forskrifter i det professionelle fællesskab. Det er her Latour benytter begrebet kalkulationscentre. Centrene sætter standarder for, hvordan materiale skal transformeres og centrene udvikler til stadighed nye metoder. Hver gang et nyt middel tages i brug indfanges nye beskrivelser, og Latour mener, at relationen mellem centrene og den verden de beskriver, udvikler sig således, at det bliver verden, der tvinges til at komme til centrene - verden må lade sig repræsentere af de til enhver tid tilgængelige og anvendte metoder, kategorier, klassifikationer og andre instrumenter.

Vil man vide noget om hvordan 'inscriptions' indsamles, kombineres, sammenbindes og returneres må man undersøge kalkulationscentrene. Her arbejder man med abstraktioner og teorier og man spreder efter bearbejdningen resultater som information, der fremstår som noget der er berigtiget / justified og sikkert. Vil man derfor undersøge, hvordan forskningsprocesser forløber, er centrene vigtige elementer. Nøglemedarbejdere i centrene er de aktører, der arbejder med informationen mener Latour, og de er de obligatoriske passagepunkter i den translationsproces, hvor input bearbejdes og et output konstrueres. I forhold til repræsentation af arbejdsprocesser, både synlig og tavs viden har Bowker & Star (1999) undersøgt, hvorledes skabelse af standarder og klassifikationer foregår. Her vil jeg mene, at et kalkulationscenter er det sted, hvor standarder og klassifikationssystemer skabes, det er kernen og hjernen for systemet.

4.1.4 Opsamling

Hvordan man kan identificere, beskrive og analysere arbejdsprocesser, når man tager afsæt i den teoretiske forståelse, der har baggrund i især interaktionisme og pragmatisme, var det spørgsmål der lå bag diskussionen i dette afsnit, hvor jeg har vist hvorledes man kan betragte arbejdsprocesser som handlinger, der ikke kan opdeles i enheder og heller ikke i faser, og kun kan forstås i den kontekst, hvori de indgår.

Jeg har ligeledes vist, hvorledes beskrivelsen eller repræsentationen af handlinger altid vil være præget af konteksten, i og med at det på den ene side er væsentligt hvem der har adgang til at definere og på den anden side i det hele taget er et spørgsmål om hvorvidt de handlinger der skal repræsenteres har form som en synlig eller tavs viden.

I forhold til den problemstilling der ligger til grund for denne afhandling, opstår der hermed et problem i forhold til, hvordan man som forsker kan identificere nogle arbejdsprocesser i form af nogle tilstande, som man kan vurdere i forhold til, om de er blevet forandret efter implementering af nye procedurer. Dette spørgsmål behandles i det følgende afsnit.

Her har jeg foreløbig fundet frem til, at mit teoretiske afsæt vil få følgende konsekvenser for den metode, der kan anvendes til at analysere forandringer af arbejdsprocesser:

Min metode:
Jeg kan få adgang til nogle handlinger i kontekst. Men der er ingen fastfrosset orden. Handlinger forløber kontinuert, uden faser. Så hvordan fastholde nogle 'tilstande', der kan vise at noget har forandret sig?

4.2 Håndtering af objekter i praksis. Hvordan kan man udforske virkeligheden?

Flere sandheder.
Jeg har i det foregående afsnit skrevet om handlinger ud fra en interaktionistisk og pragmatisk antagelse og diskuteret mulighederne for at repræsentere synlig og tavs viden, samt vist hvorledes det kan være problematisk at overføre viden fra den kontekst, hvori den er lejret. Jeg har endvidere vist, hvordan man kan forstå arbejdsprocesser som handlinger, der skal ses i kontekst og belyst, at magten til at definere hvad der skal repræsenteres og hvordan, spiller en rolle, når arbejdsprocesserne skal beskrives.

I dette afsnit diskuterer jeg, hvordan man med denne forståelse af handlinger, og dermed arbejdsprocesser, kan undersøge og begribe disse i praksis. Det er spørgsmål om virkeligheden og adgangen til den, der tages op her. Repræsentation af handlinger og praksis er et kernepunkt i STS-forskning, hvor der er fokus på aktørers (humane og non-humane) indbyrdes relationer og de former disse kan ses i. Her finder jeg en varieret diskussion om tilgangen til virkeligheden som noget, der nok findes (altså en vis realisme), men dog ikke kan repræsenteres entydigt (altså en vis relativisme). Nogle bruger begrebet en multipel størrelse om virkeligheden og argumenterer for, at der ikke findes en enkelt sandhed. Inden for ANT, et markant forskningsområde inden for STS, kan man finde diskussioner om forståelse af virkelighed og handlinger, karakteriseret ved multiplicitet og som netværk karakteriseret som rhizomer eller punkter med mange forbindelser.

4.2.1 Rhizomet - et netværk.

Latour skriver i 1996, at ANT er lige så meget en ontologi eller en metafysik som en sociologi. Det handler ikke om studier af sociale netværk forstået som individuelle menneskelige aktørers sociale arbejde. Og selv om disse netværk næsten uundgåeligt vil blive inddraget i analyserne, vil de hverken have særstilling eller forrang. Ordet netværk er i det hele taget misvisende, fordi ANT snarere er

> *"en ændring af metaforer til beskrivelse af essenser: i stedet for overflader får man tråde (eller rhizomer (rodstokke) hos Deleuze). I stedet for at tænke i overflader - to dimensioner - eller sfærer - tre dimensioner - fordres man at tænke i punkter, der har så mange dimensioner, som de har forbindelser. Som en første lineær tilnær-*

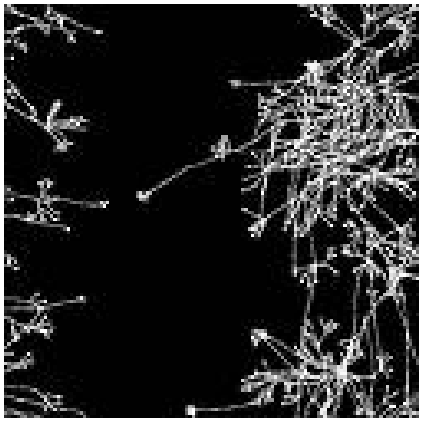
> *melse hævder ANT at moderne samfund ikke kan beskrives uden at anerkende, at de har en trævlet, trådlignende, senet, strenget, reblignende kapillær karakter, der aldrig indfanges af begreberne om niveauer, lag, territorier, sfærer, kategorier, strukturer eller systemer."* (Latour 1996.)

Jeg går ikke nærmere ind i diskussionen om ANT i sig selv, men fortsætter med at uddybe forestillinger om det rhizomlignende netværk, en metafor der i flg. Latour især refererer til en topologisk forestilling om virkeligheden - fra tænkning i overflader til tænkning i punkter. Deleuze & Guattari har skrevet indgående om konsekvenser og muligheder ved at tænke virkelighed som et rhizom. Den problemstilling tager jeg ikke på her, men inddrager nogle af antagelserne som led i min skabelse af en tilgang til studiet at arbejdsprocesser. Forestillingen om et rhizomlignende netværk kan illustreres dels ved tekster fra Deleuze & Guattari, dels ved illustrationer:

> *"A rhizome doesn't begin and doesn' t end, but is always in the middle, between things, interbeing,* ***intermezzo.***" (Deleuze & Guattari 1987).

Man kan illustrere et rhizom som her ved en abstrakt konfiguration eller som et rodnet :

Figur 4.2 Et rhizom som en abstrakt konfiguration



Et rhizom. 'L Individu foule'
Kalima.hautetfort.com

Figur 4.3 Et rhizom som et rodnet

Wurzeln -Et rodnet
biologie.uni.hamburg.de

I en organisationsanalyse af udviklingen af en turistdestination, diskuterer Pavlovich, hvorledes tanken om rhizomer som en karakteristik af netværk som antihierarkiske strukturer uden faste punkter og fast orden, og en antagelse om at ethvert punkt kan forbindes med ethvert andet, kan bidrage til en forståelse af samspillet mellem de involverede aktører (humane og non-humane) omkring et udviklingsprojekt:

> *"Deleuze and Guattari (1987:21)*[51] *proprose that the bounding of nodes within the rhizome enable multiple variations and configurations to be formed. The rhizome "is composed not of units but of dimensions, or rather directions in motion. It has neither a beginning nor an end, but always a middle (milieu) from which it grows and which it overspills"* (Pavlovich, K. 2005).

[51] Deleuze and Guattari (2004:23)

I forhold til udforskning af forandringer af arbejdsprocesser, kan jeg med inspiration fra Deleuze og Guattari antage at virkeligheden og dermed den praksis jeg vil undersøge på hospitalet kan betragtes via en optik, hvor strukturen eller sammenhænge ses som netværk i form af 'rhizom', og hvor jeg ser forskelle, ikke modsætninger. Jeg vil kunne se virkeligheden som en mangefoldet, multiplicitet, og jeg vil, inspireret af J. Law (se nedenfor), kunne forstå den praksis jeg ser, som betinget af aktørernes kulturelle ressourcer og paradigmer.

> *"Deleuze labels the rhizome as a '**multiplicity**' rather than a 'multiple', wrestling it from any relation to 'the One'"*, refererer Clinton (2003)[52].

Law mener, at videnskabelig viden kan ses som en form for kultur, som igen er en ressource til meningsdannelse i en kompleks verden. Naturvidenskabsforskere løser gåder, som naturen har lagt frem, ved at bruge deres kulturelle ressourcer, deres viden eller deres paradigmer. Kultur findes både i menneskers hoveder og indlejret i instrumenter og kroppens vaner. Den former begrebslige tendenser og stiller sig til rådighed og muliggør klassifikation. Filosofisk er det en form for pragmatisme - hvad der er sandt om naturen, er hvad der fungerer, ikke for evigt, men for et øjeblik. (Law, 2004b)

Jeg vil med den interaktionistiske forståelse om umuligheden i at betragte handling adskilt fra kontekst, og inspireret af forestillingen om at tænke i rhizomer, i dette afsnit fokusere på virkeligheden som en multipel størrelse og på oplevelsen af praksis som flere sandheder, men ikke sandheden. Med denne tilgang ser jeg også en tilslutning til de metoder, jeg finder inden for den forskning, der foregår i et STS-perspektiv.

4.2.2 Etnografiske studier af praksis. En STS/ANT tilgang

At studere praksis. Etnografiske studier

Om forskning i STS-perspektiv, skriver Sismondo (2004) at det indebærer dels, at man udfordrer det synspunkt, at der er formelle relationer mellem teorier og data, dels at man ikke ser nogen adskillelse mellem metoder og handlinger. Karakteristisk er det at:

- man bekender sig til en form for konstruktivisme (ikke social konstruktivisme), man fokuserer på hvordan mennesker i samarbejde med hinanden og med anvendelse af en lang række af ikke-humane aktører i form af især apparatur, instrumenter og tekster konstruerer viden og artefakter.
- man i en eller anden form altid vil indtage en anti-essentialistisk position i forhold til forsknings- og udviklingsaktiviteter (som er det primære forskningsområde for STS), der er med andre ord ingen umedieret adgang til virkeligheden, ikke et komplet sæt af sandheder, men nok en vis form for realisme (Sismondo 2004:10 og 64).

Antagelserne er baseret på erfaringerne fra først og fremmest STS-analyser af arbejdet i laboratorier og af teknologiske udviklingsprojekter, hvor man fandt at forskning og

[52] Se afsnit 4.2.5 for en yderligere diskussion af begrebet multiplicity / multiplicitet, med inddragelse af blandt andet begrebet 'associationskæder'.

teknologisk udvikling bør betragtes som sociale aktiviteter, udført af mennesker tilknyttet forskellige faglige fællesskaber, hver især præget af en række standarder for, hvordan man arbejder, og hvad man beskæftiger sig med. Det var især det antropologiske forskningsprojekt, der blev udført af B. Latour og S. Woolgar på Salk Laboratorierne i Californien i 1970'erne, der førte til disse antagelser og til udvikling af aktørnetværk begrebet og hermed ANT som forskningstilgang. (Se Latour & Woolgar [1979],1986)

Netværk som bevægelse, flow og forandringer.
ANT er en teori, der er i konstant bevægelse, og følger man diskussionen inden for feltet ser man, at ANT siden slutningen af 1990'erne er på vej til at overgå til nye former og betegnelser. Ikke mindst Latour finder, som vist ovenfor, at netværksbetegnelsen kan være misvisende i forhold til indholdet, jvf. ovenfornævnte Latour 1996, vedr. rhizomer og se også fx Law & Hassard (1999), hvor en række centrale aktører diskuterer aktørnetværksbegrebet og foreslår nye begreber.

Latour (2004:prolog) skriver, at man ikke behøver ANT til at beskæftige sig med netværk mellem mennesker, incl. deres brug af ting og artefakter (eksempelvis computere eller mødefora), det kan enhver social teori gøre. Det er arbejdet, bevægelsen, flowet og forandringerne, der er det væsentlige. Latour mener, det er vigtigt, at man lader aktørerne få plads til at udtrykke sig selv, og ser det som modsætning til sociale teoriers brug af distinktioner og kategorier, der kan være gode til at beskrive en forholdsvis stabil situation, men ikke duer når tingene ændres hurtigt og slet ikke i for eksempel organisationsstudier, hvor grænserne er frygtelig uskarpe (fuzzy).

Fra epistemologisk til praxiografisk vurdering af 'reality'.
STS-forskere, som for eksempel Annemarie Mol (Mol 2002), på feltarbejde i en organisation som et hospital er således interesseret i handlinger, i hvordan der interageres mellem aktører (humane såvel som non-humane) og i hvilke fællesskabsnormer, der præger aktiviteterne, men derimod ikke (da der alligevel ikke er umedieret adgang til virkeligheden) i dybere forklaringer fra aktørerne på, hvorfor de handler, som de gør.

Mol skriver, at hun med sit forskningsprojekt vil sætte fokus på en sygdom, åreforkalkning, og ikke beskæftige sig med begrebet 'social' i konventionel samfundsvidenskabelig forstand. Hendes beretning skal ikke handle om mennesker og deres indbyrdes relationer, eller om den måde hvorpå institutioner fungerer. Det er beretninger om praksis og events hun vil give. Og det er en af grundene til, at hun skriver, hvad hun kalder snapshot-historier, og ikke narrativer (Mol 2002:53). Hun vil ikke skrive om sociale årsager og konsekvenser til den sygdom hun studerer, eller om hvordan patienter og de professionelle i sundhedssystemet opfatter den, men om sygdommen i sig selv, hvad den *er*. Mol beskriver denne tilgang som en praxiografisk vurdering af 'reality' og ser det som en modsætning til en epistemologisk tolkning. Denne modsætning skal ses i sammenhæng med brugen af ordet 'er'. Mol vil betragte 'er' som situeret, man kan aldrig 'være' isoleret set. Alting er altid i en kontekst - 'at være, er at være relateret'. Derfor er resultatet af forskningsprojektet heller ikke universelt, men lokalt. Når man

siger eller skriver hvad åreforkalkning er, må man samtidig forholde sig til, hvor det er sådan.

"Ontology in medical practice is bound to a specific site and situation" (ibid:55)

Mol erfarer, at professionelle har svært ved at sætte ord på deres handlinger, og mener at det er en del af uddannelsen eller den professionelle investering at lære sin metier på rygraden, så den bliver indlejret viden / embedded knowledge, eller 'man ved bare'. (Mol 2002:15). Afdækning af medicinsk faglig viden kræver derfor en undersøgelse af handlinger, procedurer og brug af apparatur snarere end af tanker og kognitive processer hos læger og andre faggrupper (ibid:16). Denne fokusering på handlinger finder Mol også hos Latour (1993), som her diskuterer om vi nogensinde har handlet i praksis, således som den såkaldt moderne tænkemåde tilsiger, nemlig at man kan finde en sammenhæng mellem et subjekt der skaffer sig viden og et objekt, der har nogle egenskaber. Latour diskuterer, hvad der forstås ved det moderne, han betvivler dets eksistens og begrunder det bl.a. med, at det aldrig er bevist i praksis, at noget i sig selv kan være logisk eller ulogisk. En vej fører altid et sted hen, mener han og nævner, at det ikke handler om det Aristoteliske 'A og non-A', men om divergerende måder at håndtere virkeligheden på. Man kan se forskelle, men ikke modsætninger. Det er en pragmatisk tilgang. (Se også Mol 2002:117).

At se forskelle, ikke modsætninger.
Latour mener, at det kun er i teorierne, man kan finde et skel mellem naturlige og sociale fænomener, mens det ikke er påvist i praksis. Den moderne tænkning om sammenhæng mellem det vidende subjekt og objektet, der har nogle egenskaber ses, mener jeg, i de forandringsteorier, hvor der antages at være direkte sammenhæng mellem stimuli og respons, og hvor et observeret behov for en bestemt type påvirkning fører til handling og en reaktion der bliver målt og evalueret ud fra en antagelse om, at det at nå målet er ensbetydende med, at handlingen er lykkedes .

I forhold til iagttagelse ud fra en ikke-moderne tænkning kan social science-forskeren hente inspiration i kunsten, mener Latour, som finder at ingen har skrevet om technoscience så godt som bl.a. Tom Wolfe og Tracy Kidder (Latour 1987, kap. 6, note 18[53]). Han fastholder denne tilgang til kunsten og også journalistikken, når han foreslår, at man skal skrive fyldigt om sine forskningsiagttagelser, og når han hævder, at han hellere vil læse en roman eller avis end en case fra Harvard Business School.

Latour skriver om kunsten som inspiration for social science/ samfundsvidenskaberne i en introduktion til en udstilling af installationskunstneren Olafur Eliasson (Latour 2003), at Eliasson ignorerer den gamle deling mellem subjekt og objekt og har forladt ideen om total kontrol. Han tænker i hybride former, og Latour drager en parallel til ANT og beskrivelser af virkeligheden som et 'tingenes parlament'[54], hvor man samler humane og non-humane aktører og tænker på tilsvarende måde. Latour henviser til idéer fra

[53] Wolfe, T (1979/83). *The Right Stuff*. Kidder, T. (1981). *The Soul of a New Machine*
[54] Om 'tingenes parlament': se også Jæger 2003

1600-tallet om modernitet, hvor 'matter-of-fact' blev modstillet hidtidig 'matter-of-concern' (den religiøse dominans i tænkningen), og skriver (som i Latour 1993) om hvordan dette blev til det såkaldt moderne. Han viser, hvorledes 'matter-of-fact' aldrig er blevet bevist. I omtalen af Eliassons kunst tager han samme tema op og sammenholder kunstnerens idéer med den filosofi, han finder hos den tyske filosof Peter Sloterdijk[55], der ligeledes skriver og tænker ud fra en ikke-dualistisk virkelighedsopfattelse:

> *"In both places, the tired old divisions between wild and domesticated, private and public, technical and organic, are simply ignored, replaced by a set of experimentations on the conditions that nurture our collective lives... both Sloterdijk and Eliasson are exploring new ways of escaping the narrow constraints of modernism"* (Latour 2003:30).

Man kan ikke lave regler for mangfoldigheden.

Eliasson siger selv om sin arbejdsform, at han finder det umuligt at adskille kunst og samfund, og dermed repræsentation (som kunst er) og virkelighed. Kunsten kan ikke stille sig udenfor samfundet, men i stedet stille spørgsmål. Dette er den samme problemstilling, man finder i Sloterdijks spørgsmål om, hvad det vil sige at være i verden. Latour (2004) skriver herom, at Sloterdijk med inspiration fra Heidegger spørger, hvad det vil sige at være 'kastet ind i verden'', og hvordan man, når man allerede er **i** verden, kan afdække hvad der giver en mulighed for at være der. Eliasson mener, at han kan præsentere sig selv som en konstruktion eller model, fremfor en sandhed eller essens. Som kunstner kan man nok ikke forandre/ skabe fuldkomne forandringer, men man kan skabe et nyt forhold til virkeligheden. En genforhandling af kunstbegrebet bør ske hele tiden. Og det er først muligt, når værkernes og omgivelsernes konstruktioner er gjort tilgængelige eller transparente. Eliasson mener, at de der ser sig som modernister vil lave regler for det fælles, og spørger derefter, hvordan kan man lave regler for mangfoldigheden?

The Fog doughnut, en skulptur placeret i det italienske hovedsæde for IT-firmaet Tiscali i 2004, er et illustrativt eksempel på det, Eliasson vil med sin kunst. Med denne skulptur sætter han spørgsmål ved centralperspektivets dominans i billedkunsten og andre kunstformer, der henvender sig til vores synssans. Han vil skabe ikke-normative rum, hvilket vil sige rum, hvis struktur giver mulighed for genforhandling af den rumlige situation.

[55] Peter Sloterdijk f. 1947. Tysk filosof. Stiller i flg. Latour spørgsmålet: what it means to be 'thrown into' the world. Sloterdijk har blandt andet i 1998-2002 udgivet et trebindsværk: 'Sphären I,II,III'.

Figur 4.4 Olafur Eliasson: The Fog doughnut

(www. Tiscali.com.Fog Doughnut.)

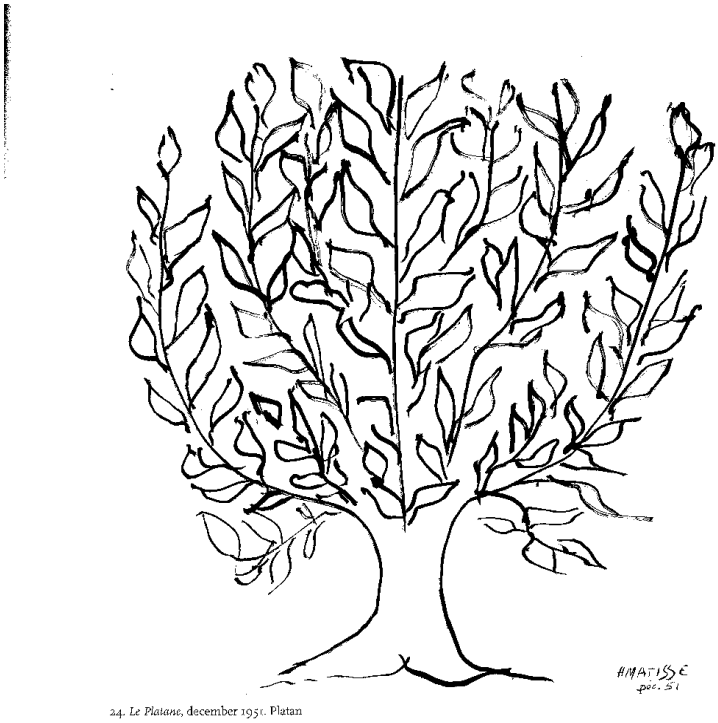
"Med the Fog doughnut ønsker jeg at igangsætte en rumlig geometri, som gennem beskuerens deltagelse evaluerer hendes måde at se og forholde sig til sine omgivelser på....
The fog doughnut er en tvivlsom, uklar, ikke-perspektivistisk situation. Den er tåget og lader sig derfor ikke subsumere under samfundets rationelle forsøg på at skabe kontrol over vores omgivelser. Dens placering på internetfirmaet Tiscalis område gør forhåbentligt, at den sammen med de besøgende og ansatte kan sætte spørgsmålstegn ved de mange forskellige slags aktiviteter, der udspiller sig på stedet". (Engberg-Pedersen og Meyhoff, 2004:137)

"Der er to måder at fremstille et træ på".
I billedkunsten finder jeg hos den franske maler Henry Matisse en tilsvarende tænkning om skabelse af nye forhold til virkeligheden, når han beskriver, hvordan han har arbejdet med udvikling af sine metoder. Han lægger afstand til den efterlignende teknik og fascineres af en mere intuitiv (og bottom-up) form og skriver[56]:

> *"Der er to måder at fremstille et træ på:*
> *- med en efterlignende tegning, som man lærer det på europæiske tegneskoler.*
> *- med den følelse, man får ved at nærme sig og betragte træet - ligesom de orientalske kunstnere, tror jeg nok, man har fortalt mig. (Man har fortalt mig, at de kinesiske lærere sagde til deres elever: Når man tegner et træ, skal man have følelsen af at skyde op med det, når man begynder forneden).*

[56] Matisse brevvekslede i 1940'erne med den franske satiretegner og forfatter André Rouveyre. Matisse skrev blandt om sit kunstneriske arbejde.

Figur 4.5 Matisse: Le Platane, december 1951



24. *Le Platane*, december 1951. Platan

(Lousiana Revy. 2005:25).

Matisse fortsætter med at beskrive forskellen mellem at arbejde på at efterligne det man ser og lade sig styre af intutionen og følelserne i det, jeg vil kalde konstruktionen af repræsentationen af træer:

> *"Hvor mange gange har jeg ikke villet tegne træer uden at det lykkedes. Først ved efterligning. Jeg har aldrig følt trang til at fortsætte med tegningen, for resultatet var uden liv ... Når jeg derefter kun satte min følelse og betagelse i spil, blev jeg så grebet af skønheden i stammen .... at det ikke lykkedes mig at komme længere end til de største grene. Når jeg ikke havde til hensigt at tegne det, følte jeg det imidlertid som en helhed fra nederst til øverst ... selv om jeg følte træet i sin helhed, når jeg ville tegne det, var det stammen, som optog mig. Når den skulle gøres færdig, fortsatte jeg kun med grenene i en forklarende tegning uden interesse for mig .... indtil jeg for nogle måneder siden uden at tænke over det tog en blok brevpapir og forsøgte at tegne nogle grene med løv med de enkleste midler - efterhånden som min pen fik træet til at træde frem på papiret, så jeg løvet danne sig."*

Matisse beskriver herefter betydningen af tomrummet mellem stregerne, og den mulighed det giver tilskueren for selv at skabe sin historie:

> *"Jeg havde dog allerede bemærket, at i orientalske arbejder var tegningen af tomrummet omkring bladene lige så vigtig som tegningen af selve bladene. At i to nabogrene var bladene på en gren i nærmere forbindelse med dem på nabogrenen end med bladene på samme gren: bladene på en gren var alle tegnet i samme retning, samme form, og de ville have været monotone uden bladene på nabogrenen, som de*

> *dannede et kontrapunkt til gennem tegningen af tomrummet, der adskilte de to grene. Jeg tegnede derfor bladene efterhånden som jeg klatrede op i mine grene, for eks. ved en forenklet tegning: blade uden ribber ... det var først i en følgende tegning, at jeg kunne indføre ribber ... man skal ikke arbejde med naturelementer, hvis de ikke har været gennem følelsen ... akademiets efterlignende tegning ... skaber ikke nogen virkelig forbindelse mellem tingene, sammenstiller dem blot ... det er tilskueren, der selv skaber sin historie ud fra titlen og ud fra elementer, der underbygger denne titel".*

(Brev fra Matisse til A. Rouveyre, june 1943. Lousiana Revy 2005:22.)

Matisse beskriver her en forskel i tegnemetoder, der kan relateres til forskellene mellem tænkningen i den moderne, rationelle organisationsteori og det rhizomagtige, multiplicitets perspektiv, der i STS/ANT-tænkningen anlægges på tilgangen til virkeligheden . Den europæiske tegneskole har de moderne træk med fokus på orden og struktur, mens den kinesiske har træk med fokus på bevægelse og flow.

Samtidig fremhæver han, hvorledes samspillet mellem den repræsentation af et træ, som han frembringer og forsyner med en vejledende tekst i form af en titel på billedet, og den senere tilskuer til hans værk, er afhængig af konteksten, idet beskueren selv bliver en del af værket, i og med at tolkninger varierer med individernes egne historier.

Vi fortæller ikke virkeligheden. Vi fortæller historier om den

'Jeg tror at sandheden er min', udtaler en filminstruktør i en beretning om sit arbejde med at skabe dokumentarfilm. Han fremhæver, at selv dokumentarfilm er instruerede, og mener ikke at sandhed har meget at gøre med virkeligheden. Sandhed kan mærkes, siger han og nævner et grin som eksempel på dette. Sandhed er troværdighed, snarere end den er virkelighed:

> *"Hvis det virker, er det sandt .... Vi fortæller ikke virkeligheden. Vi fortæller historier om den. Virkeligheden er i sig selv ikke historie. Den er uendelig, så det kræver mange valg og uendeligt mange fravalg at fortælle en historie. Og de valg kræver noget så sammensat og avanceret som en bevidsthed .... Hvis dokumentarfilm faktisk var virkeligheden, ville det være ... dumt at sende dem i fjernsynet. Virkeligheden kan vi jo se ud af vinduet, med vores egne øjne".* (Max Kestner, 2005).

Fra filmkunsten ser jeg således, at man kan hente inspiration om den pragmatiske tænkning og den partielle sandhed, der kun findes i konteksten. Det sker for eksempel, når Kestner taler om troværdighed frem for virkelighed. Når han her taler om 'virkeligheden', vælger jeg at tolke det som et udtryk for praksis, og dermed en parallel til for eksempel arbejdsprocesser på et hospital. At der er forskellige former for praksis, ser jeg som udtryk for en multipel virkelighed, eller med Kestners udtryk en uendelig virkelighed, som der kun kan berettes om gennem en masse valg og fravalg.

Opsamling om adgangen til praksis

I dette afsnit har jeg vist, hvorledes man med en STS/ANT-tilgang kan tænke om udforskning af praksis med særlig vægt på forestillingen om netværk som rhizom, og jeg har givet eksempler på, hvordan man inden for det kunstneriske område kan finde metoder, der baseres på skepsis over for den 'moderne' tro på 'matter-of-fact', som Latour betegner det, og de dertil relaterede opdelinger i subjekter og objekter eller en dualistisk forståelse af virkeligheden. Antages det, at der ikke er nogen umedieret adgang til virkeligheden, må etnografiske undersøgelser gennemføres ved, at man går ind i et felt, og ser hvad der sker, beretter om det og i beretningen gør sig umage med at gøre rede for, hvordan man har set og hørt, hvad der sker. Dermed bliver forskningsresultatet en beretning om og fra et møde mellem forsker og felt - en sandhed der er lokal og som potentielt kan inspirere andre på en måde, man ikke kan forudsige og styre. Lige som det ses i de viste eksempler fra kunstens verden

Hos Mol har jeg fundet en tolkning af Latours morale omkring illusionen om en moderne tænkemåde om direkte sammenhæng mellem objekt og subjekt, hvor man i stedet for at antage, at der er ideer i menneskers (subjekters) hoveder og en objektiv virkelighed 'derude' som mennesker kan indkredse og beskrive, hellere må erkende at vi i vores daglige liv er optaget af praksisser som er såvel indholdsrige (thick), 'fleshy' og varme, som lavet af metal, glas og tal - og der er konstant usikkerhed om hvad praksis er (Mol 2002:15). Tænker man sådan, er det relevant at undersøge viden inkorporeret i daglig praksis, snarere end viden artikuleret i ord og billeder og skrevet på papir. Mol skriver om den metode, hun har brugt ved studiet af praksis omkring en enkelt sygdom på et hospital, at hun vil lokalisere viden i aktiviteter, hændelser, bygninger, instrumenter, procedurer etc., og hun vil ikke betragte objekter som enheder, der venter derude på at blive repræsenteret, men heller ikke som konstruktioner formet af de subjekter, der har studeret dem. Ingen af de to tilgange til studier af virkeligheden kan indfange den. Der er flere lag og konstellationer, det er flerfoldigt på en eller anden måde, og Mol's ambition er at arbejde med udviklingen af et multiplicitetsbegreb.

Min metode:

Med denne baggrund for forståelse af virkeligheden, må forskeren forsøge at få adgang til daglig praksis på nogle hospitalsafdelinger, og spørge til eksempler på hvordan akkrediteringssystemet påvirker arbejdsprocesser. (Ontologi i praksis er bundet specifikt til sted og situation. (Mol 2002:55).
Man må som forsker være opmærksom på det syn, man selv lægger ned over virkeligheden, hvad enten det handler om det teoretiske blik, man har valgt og i øvrigt 'bærer i sig' eller man trækker på andre erfaringer, der er medvirkende til at præge blikket.
Man må også tage udgangspunkt i, at sandheden er lokal, og at den gerne må ses gennem mange 'briller' og præsenteres på en 'fleshy' måde. Hvordan man gør det, diskuteres i de følgende afsnit og kapitler.

4.2.3 Handlinger i praksis. Enactment.

At blive enacted er at være en del af praksis.

I dette afsnit diskuteres forståelse af handlinger i praksis, med det formål at indkredse hvorledes feltforskeren kan iagttage forandringer af arbejdsprocesser.

Mol har i forbindelse med sit feltarbejde fundet, at begrebet 'enact' er det, der bedst karakteriserer handlinger i praksis, fordi man hermed kan fremhæve handlingens betydning som det primære, det at man kan nok kan se at ting sker, men at aktørerne er vage. Hun mener, at enact drejer sig om at både tilpasse sig til, interagere med og forme den virkelighed, man færdes i[57]. Man spørger ikke efter repræsentationer af virkeligheden i praksis, Man udforsker multipelt og 'fleshy'. Det centrale fokuspunkt i udforskningen af arbejdet på hospitalet ser Mol som handlingen, da det kun er her at noget bliver enacted. Hun mener, at en etnograf, der undersøger sygdom, aldrig kan isolere denne fra den praksis hvori den iagttages, og bruger udtrykket 'at **sygdommen gøres**'. Jvf. A. Strauss' betragtning af handlinger som ubrudte forløb, der skal forstås i deres kontekst (se afsnit 4.1) En sygdom som åreforkalkning er et sammensat objekt. På hospitalet ser Mol, at man 'gør åreforkalkning' forskelligt i hhv. ambulatoriet og den patologiske afdeling. I ambulatoriet er der samtaler mellem patienter og læger, hvor der tales om smerter og stilles spørgsmål. I patologisk afdeling ser man ingen patienter, men kun et lille stykke af kroppen, hvoraf der fremstilles undersøgelsesmateriale som f.eks. slides til celletællings- undersøgelser (Mol 2002:36). Dvs. at sygdommen bliver multipliceret, hvis man studerer den, mens den bliver enacted. Jvf. Weick's anvendelse af begrebet enactment som et udtryk for, at man udvælger noget og konstruerer flow af erfaring (Se Kapitel 2).

At skabe det værende. Det der er, er det, der bliver gjort.

En antagelse om at objekter enactes, indebærer at de ikke kan forstås fra forskellige perspektiver, og at de ikke kan rangordnes, men er sideordnede, mener Mol (jvf. her rhizomnetværket). Denne sideordnethed i relationerne karakteriserer hun som forholdet mellem siderne i en skitsebog, hvor temaet kan være gennemgående, men hvor der ikke er nogen rækkefølge og udviklingsforløb i skitserne, som repræsenterer selvstændige, afrundede 'beskrivelser' af indtryk og tanker. Hvis virkeligheden/reality ikke eksisterer forud for praksis, men er en del af praksis, kan reality ikke være en standard, som praksis kan vurderes i forhold til. Reality er derimod en praksis man kan få indblik i ved at lytte til aktørernes beretninger, og lede efter viden i aktiviteter og artefakter, men ikke subjekters minds[58].

Denne forståelse af handling finder jeg også beskrevet hos R. Rorty[59]:

---

[57] Enact er ikke det samme som performance, og heller ikke som construction. Begge begreber er så bredt anvendt (buzzwords, mener Mol, de er), at de vil forstyrre den hensigt Mol har med at finde frem til et begreb, der ikke giver læseren associationer (Mol 2002:41)

[58] Mind: Jeg oversætter ikke ordet 'mind', men tilslutter mig denne beskrivelse hos Damasio af at det er svært, fordi *"der kan være flere betydninger, såsom sindet, det mentale, mentale funktioner, mentale processer, mentalt indhold, kognition"* (A. Damasio, 2002:11, *Descartes fejltagelse*).

[59] R. Rorty (1932-2007). Filosof og repræsentant for amerikansk ny -pragmatisme

> *"Der sker først noget politisk nyttigt, når folk begynder at sige ting, der aldrig er blevet sagt før, og dermed åbner mulighed for at vi kan forestille os nye måder at gøre tingene på - i stedet for at analysere videre på de gamle"* (Holm 2005 citerer Rorty).

En anden udtryksmåde for den samme forståelse af den skabende proces, finder jeg inden for filmkunsten, hvor en skuespiller giver udtryk for sammenhæng mellem udbytte af en film og accepten af konceptet:

> *"I dag, hvor jeg er midt i samarbejdet med Lars [von Trier] synes jeg, at han er en interessant og vidunderlig instruktør. Men både som skuespiller og som publikum er man nødt til at 'købe' hans koncept, hans idé, og man må åbne sig, hvis man virkelig vil have udbytte af hans film"*. (Danny Glover, skuespiller, medvirker i Lars vonTriers film 'Manderlay'. Interview i Dagbladet Politiken 28. maj 2005).

Relativisme - erstatter 'godt' og 'ondt'.

Jeg tolker ovenstående citat af Rorty således, at det at bevæge sig ind på hospitalet og stille spørgsmål er en mulighed for at skabe en virkelighed, at enacte og efterfølgende beskrive og reflektere over det, man har oplevet. Jeg kan således hente inspiration, selv om det ikke er min hensigt at åbne nye forestillingsmåder, men primært at få adgang til praksis.

Jvf. i forlængelse heraf hvad filosoffen B. Cassin beretter om de græske sofister, repræsenteret ved digteren Gorgias, der i digtet 'Om det ikke værende - eller om naturen', prøver at vise, at Parmenides ikke, som han selv mener at gøre, afslører det værende, men skaber det gennem digtet. Sofisterne, siger Cassin, mener at man skaber den verden, man lever i. Hun betragter sig selv som relativist og illustrerer relativisme som en idé om, at man ikke kan overbevise et menneske om at gå fra en forkert holdning til en rigtig holdning, men at man derimod kan få vedkommende til at indtage en bedre holdning:

> *"En god relativisme er for mig en relativisme, der erstatter begreberne godt og ondt, rigtigt og forkert, med ideen om at der er noget, der er bedre end noget andet på et givet tidspunkt. ... Det har i al fald i helt eminent forstand med politik at gøre. Som Hannah Arendt formulerer det: Hvis man virkelig ønsker sig en politisk katastrofe, så skal man bare gøre filosoffen til politiker. Filosoffen, der hævder at der findes det gode og det sande, altså det platoniske system. Det er afgjort det allerfarligste"*. (Barbara Cassin, fransk filosof. Dagbladet Information 14. maj 2005).

Min metode:

Med disse reflektioner om at studere handlinger i praksis, henter jeg inspiration til at tænke således i forhold til undersøgelsen af implementering af akkrediteringssystemet på hospitalet:

Akkrediteringsstandarder gøres - akkrediteringssystemet bliver multipliceret, hvis man studerer det, mens det bliver enactet.

På forskellige afdelinger, i forskellige personalegrupper, på forskellige stadier af implementering gør man noget forskelligt.

Forskeren og aktørerne i feltet enacter en virkelighed.

Det betyder, at jeg må gøre følgende:
- være opmærksom i nuet og fastholde det
- give afkald på vurderinger af nyttigt og skadeligt i forhold til forandring, men fokusere på forskelle
- give plads til aktørerne i feltet og betragte dem som med-etnografer

4.2.4 Genstanden for forskningen.

Er repræsentation mulig?

A. Mol har i sin undersøgelse af praksis omkring en enkelt sygdom på et hospital valgt ikke at fortælle om de forskellige aktørers (især patienter og personale i sundhedsvæsenet) perspektiver på sygdom og behandling, men at finde en vej ud af perspektivismen og ind i sygdommen selv. Det skal ses i sammenhæng med antagelsen om, at praksis er en samling af objekter og ikke sammenhængende systemer, hvorfor det er håndteringen af objekter i praksis, der kan udforskes. I overensstemmelse med denne forskningstilgang, vælger Mol at præsentere resultatet ved at skrive en række snapshot historier om nogle lokale sandheder. Denne form ser hun som et alternativ til, hvad hun beskriver som jævne, ensartede (smoothgoing) narrativer[60]. (Mol 2002:53)

Det man som forskeren eller den fremmede kan iagttage, mener Mol, er anvendelse af viden i praksis. Når man ikke leder efter sandhed, kan man i stedet være refleksiv, ikke kritisere eller forsvare det, der er; man kan rejse tvivl, ikke fjerne den. Denne metode finder jeg også repræsenteret i blandt andet O. Eliassons tanker om, at kunsten kan stille spørgsmål, men ikke repræsentere noget. Mol sætter narrativer som modsætning til snapshot historier, en forskel jeg mener, man kan kvalificere ved at se, hvorledes Star & Strauss beskriver at konsekvenserne af at skabe kategorier (som de ser hos sociologen T. Parsons) kan være tab af detaljer og et brud med det, som Dewey finder væ-

[60] Narrativer - har mange fremtrædelsesformer inden for samfundsvidenskaberne, men indebærer generelt en fremadskridende beretning, præget af tolkninger (se www.leksikon.org./art)

sentligt, nemlig at sikre sig, at man omkring et argument altid kan få viden om hvem og under hvilke betingelser, der mener, at hvad er sandt. At kategorisere, skriver Star & Strauss, er at bakse rundt med meninger, forskellige meninger fra forskellige fællesskaber. Når aspekter af koordinering af arbejde bliver slettet og usynliggjort, undertrykkes stemmer og man kan danne masternarrativer og mainstream myter (Star og Strauss 1999:310). Omvendt ser jeg, kan man så forestille sig, at man ved undladelse af at konstruere masternarrativer, potentielt kan holde adgangen til en lokal praksis åben.

Overvejelser om hvordan man får adgang til genstanden for forskningen, har jeg fundet som et centralt tema i den antropologiske disciplin. Det etnografiske feltstudie var Latour og Woolgars metode, da de udforskede handlinger og praksis i Salk laboratorierne[61]. Det nyskabende ved deres metode var, at de i stedet for det for antropologer sædvanlige felt (fjerne egne og folk) valgte at studere forskningsarbejdet i et 'hjemligt'/vestligt område. Adgangen til feltet og spørgsmålet om hvad forskningsgenstanden er, er et emne, der stadig diskuteres inden for ANT/STS-forskning. Således stiller Jensen, C. B. (2004), i forbindelse med en analyse af elektroniske patientjournaler, nogle spørgsmål om hvad en elektronisk patientjournal er, hvor man finder den, og hvordan man studerer den. Samme tema er udgangspunktet for Mol's forskning på hospitalet, hvor hun tilsvarende stiller spørgsmål omkring en sygdom - hvad er åreforkalkning? hvor finder man den? hvordan studerer man den? Og J. Law stiller spørgsmålet i forbindelse med analyser af organisationsforhold med fokus på blandt andet, hvordan man begriber forandringer og processer i organisationer (Law 2004a).

I de historier Mol vil skrive, mener hun at praktikalitet, materialitet og hændelser skal sættes i forgrunden. Det er nogle begreber, hvis tolkning stadig diskuteres i STS-litteraturen[62], men det vil dog føre for vidt at debattere emnet her, hvorfor jeg med reference til Mol og Law blot præsenterer én måde, at udlægge dem på.:

Hændelser eller handlinger i praksis.
Hændelser eller events er patienters erfaringer med handlinger i hverdagen, relateret til hvordan de lever med deres sygdom, og det er de ting, læger gør på hospitalet, som for eksempel undersøge patienter eller vævsprøver eller operere. Der kan være flere aktører involveret (humane og non-humane) det kan være mennesker, ord, ting, papirarbejde, lokaler, forsikringssystemer som en endeløs række af heterogene elementer, og man kan afhængig af formålet belyse dem mere eller mindre. Mol vil som forsker præsentere sin egen beskrivelse, ikke patienternes. Hendes mål er at afdække, hvad der på et konkret hospital foregår omkring en enkelt sygdom, åreforkalkning i benene - det bliver, skriver hun, til en etnografi koncentreret omkring lægevidenskab; den skal give indblik i klinisk praksis ved at afdække lægefaglig viden, medicinsk teknologi, medicinsk diagnose og intervention.

[61] Se Latour & Woolgar (1986)
[62] Således var temaet 'Materialities' det fælles diskussionsemne på en workshop ved EGOS konference juni 2003 (EGOS er European Group for Organization Studies)

Praktikalitet. Handlinger omkring et objekt, som for eksempel en sygdom.
Praktikalitet omkring en sygdom som åreforkalkning kan handle om at studere, hvordan en patient klarer sig med sin sygdom. Man kan interessere sig for, om patienten kan gå og hvor længe og hvordan. Eller det kan handle om, hvordan personalet på hospitalet udfører deres arbejde, hvilke redskaber de benytter, hvordan de kommunikerer med hinanden og med patienterne, for eksempel ved brug af dokumenter som patientjournaler. Når man specificerer praktikaliteterne ved at enacte en sygdom, kan man måske finde forklaringer på inkonsistens - forstod læge og patient hinanden? Var blodtryksmålingen god nok? Var patienten nervøs ved undersøgelsen? Mol forsøger, i det studie, hun foretager, at holde praktikaliteterne sammen og samlet (unbracketed) og i forgrunden for opmærksomheden. Hun vil huske, at der er mange komplicerede forhold og muligheder for forviklinger i enhver handling. Hun finder, at hun med dette fokus ser, at sygdommen enactes forskelligt i de forskellige afdelinger på hospitalet, og hun mener, at denne metode fører til en helt anden beskrivelse af åreforkalkning i benene, end den hun finder i de medicinske lærebøger[63].

Materialitet.
Materialitet spiller en aktiv rolle i enactment af virkelighed. Law beskriver materialitet som blandt andet tekster, inscriptions, kroppe, skills, instrumenter, spøgelse, ånd, engle og bygningsdele (Law 2004a:117), og mener at Latour og Woolgar beskæftiger sig med materialitet, når de fokuserer på det fysiske materiale i laboratorier og på, hvordan det flyttes rundt i forskellige områder og laboratorieafdelinger. De følger processer, hvor materielle ressourcer bliver til tekster, der fungerer som inscription devices (apparater eller redskaber af enhver art, der kan transformere en materiel substans til tekst, figurer eller andre symboler)[64] og konkluderer, at når processen med at producere spor afslutningsvis trænges i baggrunden, får teksten, der repræsenterer handlinger og som blandt andet kan være et diagram over måleresultater på en række testmaterialer, sit eget liv. Ingen tænker længere på det oprindelige materiale, hvad enten det var et forsøgsdyr, en kemisk blanding, et fysisk forsøg eller et stammesamfund. Jvf. hvad Star & Strauss skriver om kategoriseringsarbejde, hvor stemmer undertrykkes, når man skaber mainstream myter. Det samme vil man, mener jeg, kunne sige om studier af forandringsprocesser i forbindelse med implementering af et akkrediteringssystem. I det øjeblik forskeren eller for den sags skyld standardudvikleren, der skal opbygge et kvalitetssystem, eller den der skal indsamle auditresultater har forladt institutionen, er der

[63] Mol betegner lærebogens beskrivelser som skrevet inden for en tradition, der hylder den euklidiske rumopfattelse, (Mol 2002:5, 31, 36, 66, 119). Hvis praksis er vores indgang til verden, er ontologi ikke et monistisk hele. Ontologi-i-praksis er multipel. Objekter kan ikke lines op fra lille til stor, eller fra simpel til kompleks. De kan ikke stable i pyramider, men snarere lignes med siderne i en skitsebog, hvor der er et nyt billede på hver side. (Mol 2002:157)

[64] "Inscription devices - the notion of inscription designates an operation more basic than writing, It is used here to summarize alle traces, spots, points, histograms, recorded numbers, spectra, peaks, and so on. Inscription devices transform pieces of matter into written documents." ... "More exactly an inscription device is any item of apparatus of particular configuraiton of such items which can transform a material substance into a figure - which is directly usable by one of the members of the office space". (Latour & Woolgar 1986: 88 og 51)

kun det indsamlede materiale tilbage i forskningsmaterialet, som efterfølgende analyseres og afslutningsvis repræsenteres i en rapport eller afhandling.

Virkeligheden multipliceres.
Repræsentationen får selvstændigt liv, konkluderer således Latour & Woolgar. Mol siger noget tilsvarende, når hun ser objekter som noget, der varierer med praksis. Man behøver ikke forstå objekter som centrale fokuspunkter for forskellige aktørers perspektiver, fordi de antages at skifte alt afhængig af hvilken praksis man ser dem i sammenhæng med. Der vil altid være mere end én virkelighed. Objekter skabes og forsvinder med de praksisser, i hvilke de er håndteret, og det objekt, der håndteres har en tendens til at være forskelligt fra en praksis til en anden.

Mol bruger begrebet 'virkeligheden multipliceres'. Eksempel: Den sygdom en patient lider af, beskæftiger man sig med på mange måder - en læge kan tale med patienten om symptomer og ordinere undersøgelser og behandling; en bioanalytiker kan tage blodprøver og analysere dem; en kirurg kan operere og skære prøvemateriale ud af kroppen; en patolog kan undersøge prøvematerialet.

Opsummering om genstanden for forskningen
Som en afrunding af problematiseringen af hvordan man som etnografisk feltforsker håndterer sin færden i feltet, og hvad man kan udlede af sine oplevelser, vil jeg fremhæve, at jeg finder det relevant at undersøge implementeringen af akkrediteringssystemet ved at holde fokus på dette system og den måde, det viser sig ud fra en praktikalitets- og en materialitetstilgang. Hermed mener jeg, at det er aktørernes handlinger i nogle arbejdsprocesser og de materialer, der indgår i implementeringen af systemet, jeg søger at belyse, og med mine spørgsmål og søgepunkter vil jeg søge at afspejle en virkelighed, der kan være mere end én.

Diskussionen i dette afsnit har følgende betydning for min metode:
Der sættes fokus på handlinger i praksis i feltarbejdet
Der stilles spørgsmål til praksis, der søges ikke repræsentationer af den

4.2.5 Multiplicitet og mangefoldethed.

Om det umulige i at betragte virkeligheden i entydige og afgrænsede størrelser.
Et af de centrale temaer i ANT, når det gælder diskussionen om hvad netværk er, er spørgsmålet om hvordan noget bliver til en materialitet, der spiller en rolle eller gør en forskel. Hos Mol finder man en netværkstanke, hvor **associationskæder** er det stof netværk er bygget af. Hun ser netværk som noget multipelt og noget andet end et sy-

stem[65], jvf. rhizom-metaforen for et netværk (se afsnit 4.2.1), inddrager begreber som associationer og multiplicitet i sin analyse, og refererer som et illustrativt eksempel, til Latours analyse af aktiviterne i forbindelse med etableringen af Pasteurinstituttet i Paris i slutningen af 1800-tallet, herunder udbredelsen af vaccinationsprogrammer.

Jeg opridser her kortfattet Latour's analyse af hændelserne omkring Pasteur, fordi jeg i den ser gode eksempler på processer, der fører til forandringer af organisatorisk karakter:

Pasteur.
En beretning om udbygning af netværk med associationskæder i flere retninger.
Latour har skrevet om Louis Pasteurs arbejde og etableringen af Pasteurinstituttet i Paris i slutningen af 1800-tallet, med inspiration fra Leo Tolstoy' s roman *"Krig og fred"*, hvor der stilles spørgsmål omkring enkeltpersoners bedrifter, som de ofte udlægges i historieskrivningen. Tolstoy skriver om den russiske general Kutuzov, der sædvanligvis tillægges æren for sejren over Napoleon i 1812. I flg. Tolstoy fik Kutuzov denne ære for en kamp, han fandt overflødig og ikke var indstillet på at kæmpe, men som han ikke kunne undlade at sætte i gang, fordi omstændighederne havde udviklet sig således, at det var umuligt at gøre andet:

> *"Despite all his supposed power, his intellect, his experience and his knowledge of men, Kutuzov ... could no longer restrain the inescapable move forward, and gave the order for what he regarded as useless and mischievous - gave his assent, that is, to the accomplished facts".* (Tolstoy, L. 1986 p.1175. AH's uddrag fra ref. i Latour 1988a:3)

Latour mener, at det inden for videnskaben ikke er ualmindeligt at tillægge en enkelt person magt og kræfter til at gennemføre ideer og projekter, selv om der har været tale om en meget kompliceret proces med mange aktører og tilfældigheder. Han har testet antagelsen i analysen af Pasteurs forskning og udbredelsen af resultaterne.

I beretningen om Pasteuriseringen af Frankrig viser Latour, hvordan det var skabelse af associationskæder, der førte til udbredelsen af Pasteurs projekt. Pasteur fandt blandt andet allianceparter i landbruget, hvor han afprøvede sin vaccine og efter i en længere periode at have bevæget sig frem og tilbage mellem sit laboratorium og en række bondegårde fik han overbevist landmændene om fordelene ved at lade køerne vaccinere mod miltbrand . Efterhånden udviklede der sig en alliance mellem Pasteur og landbruget, hvor begge parter fandt samarbejdet attraktivt. Latour mener ikke, at man kan se udbredelsen af vaccinationsprogrammet og accept af det, man kan kalde en ny videnskabelig diskurs (tænkningen om sammenhængen mellem mikrober og sygdom), som et udslag af magt, fordi hver eneste gruppe af aktører inden for sygdomsområdet måtte overbevises ud fra egne præmisser. Således kunne privatpraktiserende læger ikke se nogen fordel i at tilbyde deres patienter en vaccination, idet de lagde større vægt på at bevare fortrolighed i forhold til deres patienter end på at sikre dem denne

[65] Systemtanken repræsenteret ved fx de epistemer, som Foucault bygger på. (Mol 2002:57)

forebyggende behandling (hvilket ville have krævet at patienterne blev henvist til en mindre gruppe af eksperter med tilknytning til Pasteurinstituttet, hvor man havde adgang til den serum, der skulle bruges). Det var ikke en enkelt persons magt, men markedet, der styrede udbredelsen af vaccinationer. Først da det blev muligt for lægerne at købe vaccinen, så de selv kunne tilbyde den til deres patienter, slog programmet for alvor igennem. Videnskabelige resultater spreder sig ikke af sig selv, og der findes heller ingen magtmidler, konkluderer Latour ud fra dette udviklingsforløb. Det, der sker, er en stadig udbygning af netværk med associationskæder i flere retninger, kæder som former netværk, hvis sammenhæng er materiel eller praktisk, men ikke et spørgsmål om logik. Netværkene er åbne og under stadig forandring, mener Latour. (Latour 1988a. Mol 2002).

Beretningen om Pasteur underbygger tanken om virkeligheden som netværk med associationskæder og form som et rhizom. Det er denne tænkning, jeg vil prøve at bringe ind i en organisationsteoretisk analyse som studier af praksis på et hospital, og spørgsmålet er hvordan man gør det. Her trækker jeg på Mol (2002:66-72), som mener, at man kan følge associationerne eller sammenholdskræfterne i ét netværk, men at man dog ikke kan være sikker på, at der ikke er flere netværk, med tværgående associationer. En åreforkalkning, som kræver invasiv behandling (operation), er et sammensat objekt, der kan karakteriseres som et patchwork. Den sociale virkelighed for patienten, der lever med åreforkalkning, er en del af dette patchwork. Standarder, procedurer og retningslinjer for undersøgelse og behandling er en anden del.

System eller multiplicitet? Mere end én, mindre end mange.
Mol finder mange forbindelser på hospitalet, hvor hun udforsker sygdommen åreforkalkning i benet: der flyttes papirer med information rundt mellem afdelinger, der oversættes tal og andre data ved hjæp af formularer og billeder som sendes frem og tilbage mellem afdelinger. Der holdes møder, hvor forskellige faglige specialister diskuterer og enes om en diagnose og behandling af en patient. Selv om der er mange forbindelser på kryds og tværs på hospitalet, kan man ikke sige, at det hænger sammen som en helhed, et system, en kultur, en diskurs. Der er mere end én forbindelse, men mindre end mange. Der er huller i forbindelserne og konflikter eller spændinger, som hele tiden truer med at afbryde forbindelsen, skriver Mol[66], og foreslår at begrebet multiplicitet kan være en fælles betegnelse for den måde, hvorpå man må opfatte denne praksis. I forhold til A. Strauss' antagelser om hospitalet som en organisation hvor man finder forskellige sociale verdener (se afsnit 4.1) mener Mol således, at man må gå videre, idet de verdener, som Strauss skriver om - grupper af mennesker, som har fælles opfattelser af væsentlige emner og taler om dem, altså typisk fagprofessionelle fælles-

[66] Mol mener, der er tale om partielle forbindelser og ikke en organisme. Hun skriver at forskellige kultur- og paradigmebegreber altid, uanset forskellige tilgange, vil signalere en holistisk og pluralistisk forståelse, hvor elementer er enten inkluderet eller ekskluderet, og der eksisterer et hierarki af skalaer, (den aristotelisk- euklidske tanke som fører til tænkning om større og mindre æsker der kan samles i et hierarkisk system). Mol mener ikke, det nytter at bruge sådanne begreber, hvortil hun også regner systemer og diskurser, der alle har det tilfælles, at de signalerer billedet af en organisme som model for, hvad det vil sige at hænge sammen (Se især Mol 2002:kap. 4 om coordination)

skaber - ikke beskrives i netværkstermer, og måske ikke kan forklare praksis, hvor netop mange andre forbindelser har betydning.

En begrebsliggørelse af en løs sammenknytning finder Mol hos antropologen M. Strathern (Mol 2002: 78-82), som ud fra sit feltarbejde i blandt andet små øsamfund i Stillehavet, har udviklet idéer om partielle forbindelser som en bedre beskrivelse end hierarkier af skalaer, hvor det lokale ses som en del af noget større. Strathern giver et eksempel på partielle forbindelser: en person der er antropolog og feminist præges fra flere sider - *"being one, shapes and informs the other, while they are also different identities"*- personen er mere end én, og mindre end mange, idet der er grænser for hvor mange forskellige identiteter man kan rumme (Strathern 1991).

Overføres denne tankegang om personers partielle forbindelser på en sygdom som åreforkalkning, mener Mol det kan lade sig at gøre at tænke udforskningen af forskellige former for *'coordination'* mellem forskellige enactments omkring en enkelt sygdom, åreforkalkning i benet, på hospitalet, som et studie af multipliciteten af enkelt sygdom og koordinering af den, så den også fremstår som en singularitet, svarende til den person Strathern bruger som udgangspunkt (Mol 2002:83). Trækker jeg en parallel til mit studieobjekt, vil jeg ved at udforske forskellige former for koordinering mellem forskellige enactments omkring kvalitetssikring ved brug af akkrediteringsstandarder, kunne studere multipliciteten af akkrediteringssystemet som et arbejdsproces-kvalitetssikringsredskab. Resultatet er skitser, ikke det endegyldige narrativ.

Endnu en vinkel på multipliciteten beskriver Mol i form af mødet mellem patient og læge i et ambulatorium som noget, der altid vil være en unik hændelse. Hver patient har sin egen historie, sygdomsmønster og adfærd, og tilsvarende er læger forskellige. At patienten og sygdommen håndteres forskelligt i hver af de nævnte situationer, karakteriserer Mol som multiple objekter, objekter, der er mere end én.

Latour skriver i 2004 om denne forståelse, at objekter kan være mere komplicerede, foldede, multiple, komplekse end påstået af 'objektivister'. Ved valget mellem objektivistisk og fortolkende sociologi, vælger han den objektive. Han mener, at der er forskel på objekter og objektivisme og skriver, at for eksempel naturvidenskab kun kan være objektiv, hvad ellers? Det der imidlertid optager fortolkende sociologer er menneskers ønsker, meninger, intentioner etc., men det er ikke det Latour taler om. Han mener at computeren, skolen, og andre objekter består at multiple lag på samme måde som mennesker, der har krop, sprog, spørgsmål. **Det er objektet selv som tilføjer multiplicity**. Når man derimod taler om hermeneutik, og vil fortolke, forventer man altid at 'den anden sko falder': nogle vil uundgåeligt tilføje "men der findes også naturlige og objektive ting, som ikke er blevet fortolket," (Latour 2004).

Mol antager, at de multiple objekter hænger sammen, at de ikke kan opfattes som fragmenter, og stiller dernæst spørgsmålet om hvordan relationerne er mellem de forskellige objekter. Mol vil prøve at skitsere en vej ind i de komplekse relationer mellem objekter, som 'gøres'. Hun vil med sin analyse kortlægge et rum, hvori man kan stille

spørgsmålet om, hvordan kropsmultipliciteten og dens sygdomme vil kunne gøres 'well'.

Mangefoldethed.
Når man studerer åreforkalkning, mens den bliver enacted, bliver den multipliceret, skriver Mol (2002:84). Der er tale om en midlertidighed i en tilstand / modes of ordering. Den ontologi der følger med at ligestille 'what is' med 'what is done' er ikke pluralistisk. Mangefoldethed / manyfoldedness af de enactede objekter medfører ikke en fragmentering af dem. Således er der sammenhæng i 'åreforkalkning' selv om den optræder i forskellige versioner på hospitalet. På hospitalet er kroppen multipel, selv om den i sig selv kan siges at være én enhed, som det for eksempel ses, når alle prøver og undersøgelser samles i den samme journal og fører til, at patienten får én behandling (for eksempel operation eller ej)[67].

'Åreforkalkning' er det fælles udtryk, der danner bro mellem de forskellige områder i hospitalet, hvor man beskæftiger sig med sygdommen, hvor den enactes. Lokalt bruges fagudtryk som for eksempel stenose (hos kirurgerne) og karsygdom (hos medicinerne). 'Åreforkalkning' multiplicerer kroppen og dens sygdomme og modvirker at distribution pluraliserer sygdommen i separate og urelaterede objekter. (Mol, 2002:117).[68] Kirurger ser åreforkalkning som en tilstand, mens medicineren ser en proces: når en hjerteopereret mand spiser bacon til morgenmad på den kirurgiske afdeling, tænker kirurger ikke over, at det kan være uhensigtsmæssigt og skadeligt at spise fedtholdig mad, mens medicineren ser sygdommen i et længere forløb, hvor det er blodets indhold af blandt andet fedtstoffer (lipoprotein), der er væsentligt.

Bowker & Star (1999) beskriver noget tilsvarende, når de viser, hvorledes sygdomsklassifikationer fungerer som boundary objects. I afhandlingens Kapitel 6 illustreres dette med et eks. på, hvorledes diagnosen 'hysteri' er blevet brugt samtidigt i forskellige sociale verdener eller fællesskaber og har fungeret som et fælles udgangspunkt for kommunikation. Mol observerer selv et eksempel på forskellige opfattelser mellem de to specialer kirurgi og medicin: den medicinske hjertespecialist har foreslået at alle patienter, der kommer til ambulatoriet med blodkarproblemer skal have taget en blodprøve, og professoren fra det kirurgiske speciale er enig, men mener det bliver svært at få kirurgerne til at gøre det, fordi det ikke umiddelbart giver nogen mening for deres måde at anskue åreforkalkning på. I ambulatoriet for karkirurgi ser man åreforkalkning som en tilstand, man tænker ikke i tids- og udviklingsforløb, hvor blodprøveana-

[67] Selve processen der fører til samling af undersøgelsesresultater og andre iagttagelser, herunder samtaler med patienten, og i sidste ende til en diagnose, karakteriserer Mol som '**coherence-in-tension**', og bemærker at der involveres forskellige koordinations-modes, for eksempel i form af sammenlægning af testresultater, kalibrering af testresultater, hvor korrelationsstudier gør translationer mulige. Det sker også, at der ikke kan opnås enighed om de forskellige måder at enacte åreforkalkning på, men det lever man med - bl.a. fordi de forskellige aktører er distribueret over det store område som et hospital er og derfor ikke mødes. Mol bruger begrebet '**distribution**' (en rumlig metafor), når hun diskuterer denne tilstand. Eks. på distribueret virkelighed: Behandlingsmetoder inden for hhv. kirurgi og medicin.
[68] Et fælles udtryk, der danner bro mellem forskellige områder, beskrives hos Star & Griesemer 1989 som boundary objects. Se også Bowker & Star 1999.

lyser er relevante. Løsningen bliver, at kirurgen vil bede sygeplejerskerne, som i forvejen tager sig af det meste papirarbejde, om at lave et ekstra skema vedr. lige netop denne blodprøve - så vil det måske lykkes at få lægerne til at påtage sig eller huske opgaven.

Et andet eksempel på distribution viser, hvorledes potentielle konflikter kan håndteres. I det hæmatologiske forskningslaboratorium enactes åreforkalkning som interaktion mellem blodkomponenter og blodårevæggen. Hæmatologerne, der eksperimenterer med blod i poser, ser ikke patienterne. Kirurgerne, der fungerer et andet sted på hospitalet, ser patienterne, men fokuserer ikke på blodet som analysemateriale (de prøver tværtimod at holde det på plads inde i årerne, mens de opererer). Hæmatologer og kirurger arbejder med forskellige problemstillinger og de diskuterer ikke med hinanden. En ung forsker i laboratoriet fortæller Mol, at han p.gr.a. sit projekt færdes i begge verdener, hvilket er et særsyn. Han fortæller at hæmatologerne som regel er bange for kirurgerne, de tør for eksempel ikke bede om et stykke blodåre, selv om det kunne bruges i deres arbejde. Her ser Mol et eksempel på to verdener, hvor der ligger en skjult kontrovers, idet hæmatologernes forskning kan føre til, at man finder nye typer medicin til behandling af åreforkalkning, og dermed overflødiggørelse af karkirurgernes speciale. Denne kontrovers kommer ikke frem, da der ikke er noget overlap mellem praksis for de to, men tværtimod er distribution (Mol 2002:103).

Sammenfattende om multiplicitet:
Multiplicitet eller den multiple virkelighed ser jeg herefter som udtryk for en antagelse om, at uanset hvad man iagttager i det felt man undersøger - er der tale om unikke møder og partielle forbindelser. Aktører er altid mere end én, og det er ikke givet at man får adgang til flere sider. Der er altid noget, man ikke ser, og der er under alle omstændigheder kun det, der er, hvilket betyder, at man ikke skal lede efter motiver og tolkninger. Man kan se handlinger og derudfra prøve at beskrive forskellige former for praksis, og måske se et mønster, men ikke nødvendigvis.

I forhold til analysen af praksis på hospitaler i forbindelse med implementering af akkrediteringssystemer, vil jeg med denne tilgang om multiplicitet kunne iagttage handlinger med fokus på arbejdsprocesser som en mangefoldethed af forbindelser mellem aktanter på kryds og tværs. Hermed forventer jeg ikke at kunne udpege konkrete forandringer, men ændringer i associationer.

Min metode:

Med Mol som inspiration til min undersøgelse af forandring af arbejdsprocesser som følge af implementering af et kvalitetssikringssystem, kan jeg betragte min analyse som en etnografi, der skal afdække det, der hører til at 'gøre kvalitet på akkrediteringsmåden'.

At 'gøre kvalitet på akkrediteringsmåden' er ensbetydende med at lade arbejdsprocesser blive påvirket af standarder, som manifesterer sig som beskrivelser med ord, der udlægges i lokale tolkninger i form af procedurebeskrivelser, vejledning og politikker og lignende. Det er også ensbetydende med at følge faste procedurer for implementering og opfølgende kontrol på forskellige måder af om standarderne efterleves.

Jeg vil ikke forstå forandring som et centralt fokuspunkt, der kan belyses fra forskellige aktørers perspektiver. I stedet vil jeg antage, at forandring er noget, der håndteres i praksis, noget der skabes og forsvinder med de praksisser, hvor det håndteres, og noget, der kan være forskelligt fra en praksis til en anden. Det er her Mol bruger begrebet, 'den multiple virkelighed'. Jeg vil tilsvarende tænke på forandring af arbejdsprocesser som noget flerfoldigt. Jeg kan præsentere en beretning, baseret på hændelser jeg ser og hører om under mit feltarbejde på nogle konkrete afdelinger, omkring ibrugtagning af akkrediteringssystemet - jeg kan fokusere på centrale punkter i systemet og konkrete temaer omkring håndteringen af systemet. Min beretning eller etnografi kan betragtes som et blik ind på en arbejdsplads med fokus på de handlinger, der foregår, og ikke på de tanker aktørerne gør sig. Med den tilgang søger jeg ikke efter, hvad der tænkes og menes om akkrediteringssystemet, men snarere efter hvad der gøres med det, og hvordan der handles anderledes som følge af systemets krav til arbejdsprocesser.

4.2.6 Flere sandheder

At afdække ontologi-i-praksis.
Hvorfor har handlinger ingen start- og slutpunkter, som det påstås hos Strauss (se afsnit 4.1.1) og er der noget, der kan kaldes en stabil variabel, spørger Mol og diskuterer blandt andet følgende problemstillinger som led i afklaringen af spørgsmålene:

Hvor begynder handlingen, når åreforkalkning bliver enacted? Der er mange entiteter eller aktanter[69] involveret: knive, spørgsmål, telefoner, blanketter, journaler, billeder, teknikere etc. Ingen af disse er faste karakterer, mener hun, de er alle multiple, fordi de har flere funktioner. Den kirurg, der enacter åreforkalkning som 'smerte når man går', kan have samme ansigt og navn som den kirurg, der 'skraber et lag intima[70] væk fra en arterie'. Men de er forskellige, fordi den første er en taler, mens den anden er en skærer. En enkelt person kan skifte mellem forskellige repertoirer som at tale eller skære.

[69] Aktanter er det fælles udtryk for humane og non-humane aktører, der ofte er anvendt i ANT
[70] Betegnelse for en del af væggen i en blodåre

Repertoirerne er på deres side, med al den materialitet, de involverer, i stand til at skifte kirurgens lokalt enactede identitet. (Mol 2002:142-44)

Er man først begyndt at afdække ontologi-i-praksis er der ikke længere nogen stabile variable (ibid:157). Alle varierer fra sted til sted. Det mirakel, skriver Mol, der skal forklares er: hvordan hænger de forskellige praksisser sammen? Enactment af hhv. en kirurg (som en der taler eller en der skærer) og en åreforkalkning (som smerte eller stenose) har noget med hinanden at gøre. De er ikke fuldstændig afhængige - kirurgen kan tale om stenosen, der skal skæres bort eller tale om patientens smerte, mens der opereres. Men der er afgørende interferencer mellem de forskellige enactments. Det er under en operation, at åreforkalkning bliver materielt enacted som en stenotisk obstruktion af en arterie (en prop i en blodåre), mens en samtale i konsultationsrummet er nødvendig for at vende en smerte fra at være et problem, der plager en person til at blive et medicinsk relevant faktum. Interferencer skal udforskes meget mere, mener Mol.

Mol giver en række eksempler på **interference**[71] mellem enactment af åreforkalkning og kønsforskelle, og konkluderer, at enhver version af den ene kan give en specifik form til en eller anden version af den anden.

Eksempler: Den ældre mandlige kirurg spøger jovialt med den unge, mandlige patient fra arbejderklassen. Den unge mandlige kirurg taler høfligt til en ældre velklædt og velartikuleret kvinde, som om det var en af hans mors venner. Mandlige patienter bliver spurgt om smerter i relation til deres job, mens kvinder bliver spurgt om smerter i forbindelse med deres husholdningssysler. Alt handler om køn, i disse situationer, mener Mol. Eksemplerne viser dog også at alders- og erhvervsforskelle tillægges betydning, finder jeg.

Hvilke ord kan man bruge til begribelse af hvad der sker i praksis, hvis handlinger ikke kan afgrænses, og praksis kan opfattes som en multiplicitet, hvor det Mol kalder entiteter, eller aktanter er involveret i mange handlinger? Mol mener, at et ord som 'valg' må erstattes af andre, som for eksempel: 'uoverensstemmelse', spænding, kontrast, multiplicitet, interdependence / gensidig afhængighed, sameksistens, distribution, inclusion, enactment, practice, inquiry (Mol 2002:180).

Hvis jeg knytter an til disse tanker hos Mol og betragter arbejdsprocesser med udgangspunkt i at der ikke kan udpeges start- og slutpunkter for handlinger og ej heller findes stabile variable i praksis, kan jeg hente inspiration til brug af analyseord og tænketilgange, som jeg her vil sammenfatte til det at se flere sandheder og interferens, se forskelle og tænke i multiplicitet.

[71] Mol mener ikke, at hun har beskrevet den endelige sandhed om medical praksis. Mol vil ikke påstå, at hun er medlem af avantgarden af teoretikere som ved, hvad ontologi virkelig handler om. Hun mener, at de historier hun skriver fra hospitaler er sande, og det har været umagen værd af mobilisere/ udvikle det teoretiske apparat. Men sandhed er ikke pointen - det er **interferens /** forstyrrelse og indblanding.(Mol 2002, kap. 6)

Min metode:

I forhold til min metode betyder en antagelse om flere sandheder, interferens, forskelle og multiplicitet at jeg kan finde en række lokalt set sande historier, og beskrive forandringer i termer om forskelle, uden at vurdere at noget er rigtigt eller forkert, men nok om det er værre eller bedre end noget andet.

4.3 Opsamling om handlinger i kontekst og håndtering af objekter i praksis samt udforskning af virkeligheden

Udforskning af forandring af arbejdsprocesser i praksis forudsætter at man kan identificere og beskrive processerne såvel som forandringerne. Jeg har i dette kapitel diskuteret, hvorledes man inden for rammerne af en STS/ANT-tilgang til forståelse af handlinger og objekter i praksis, kan få adgang til samt analysere hvad der sker på hospitalerne, når et akkrediteringssystem skal implementeres.

Jeg har belyst, hvorledes handlinger kan betragtes som udelelige processer uden start- og slutpunkt, og vist at det kan have som konsekvens, at de kun kan forstås i en konkret kontekst, samt at det i det hele taget ikke skal tages for givet, at alle typer af handlinger kan synliggøres, og at det uanset synliggørelse eller ej, altid er et spørgsmål om, hvem, der i hvilken situation har deltaget i beskrivelsen eller repræsentationen. Også her er konteksten afgørende. En entydig og neutral repræsentation synes således ikke mulig. Inspiration til hvordan man kan studere og rapportere fra et felt med en etnografisk tilgang henter jeg herefter hos fra Bruno Latour og Annemarie Mol, suppleret med eksempler fra kunstens verden, hvor multiplicitet og pragmatisk inspirerede udfordringer af sandhedspåstande er en drivkraft.

Med antagelsen om at der ikke er nogen umedieret adgang til virkeligheden, må man som forsker gå ind i feltet og se, hvad der sker uden filter så at sige, men dog med en bevidsthed om hvilken baggrund man har af teoretisk såvel som praktisk karakter, og man må efterfølgende i sin beretning gøre sig umage med ikke kun at gøre rede for, hvordan man har indsamlet sine indtryk, men også beskrive dem i en 'fleshy', indholdsrig form. Mol mener, at man aldrig kan være sikker på, hvad praksis er, fordi den er en ubrudt række af processer og i øvrigt kontekstafhængig. Derfor arbejder hun med en metode, hun kalder praxiografi, hvor det er viden i praksis/ handlinger, og ikke tekster eller meninger om hvordan praksis burde være eller anden tolket formidlet viden, det er relevant at undersøge. Netværk og multiplicitet er centrale begreber i STS/ANT-forskningen, hvilket afspejles i en tænkning om at handlinger og praksis udspiller sig som det rhizomagtige netværk, hvor det er associationer og mangefoldethed der bedst karakteriserer virkeligheden, som derfor kun er det, der kan ses og gøres - det, der er, er det der bliver gjort.

Når praksis og handlinger er centrale forskningsobjekter, mener jeg, at det er nødvendigt at uddybe indsigten i den konkrete praksis, der undersøges, hvorfor jeg i de følgende kapitler vil sætte fokus på dels den sundhedsfaglige professionalitet og herskende arbejdsnormer, med udgangspunkt i de store faggrupper på hospitalet, læger og sygeplejersker, dels det konkrete forandringssystem, akkreditering, hvor standarder er det dominerende træk.

KAPITEL 5 PROFESSIONELLE - JURISDIKTION OG KERNEYDELSER

Det er et af formålene med min undersøgelse at belyse, hvordan specielt en vidensintensiv arbejdsplads, domineret af højtuddannede aktører tager imod topstyrede forandringsimpulser, der påvirker arbejdsprocesserne. I mit feltarbejde har jeg indkredset en særlig problemstilling omkring kvalitetsarbejdet, idet en del aktører fra de forskellige sundhedsprofessionelle faggrupper på hospitalet finder, at akkrediteringsstandarderne ikke vedrører noget centralt i forhold til deres faglige kerneydelse.[72] Det medfører, fortæller de, at de selv eller deres kolleger nærmest ignorerer standarderne med en begrundelse om, at de er uvedkommende for centrale dele af arbejdet. Blandt de, der ikke kan ignorere systemet, har jeg mødt en del undren over, hvilket formål det skal tjene. Nogle udtrykker direkte irritation over ekstra arbejdsopgaver og forstyrrelserne i arbejdsprocesserne omkring det, de betragter som kerneydelsen og dermed deres egentlige opgave. Kerneydelser er i denne kontekst et begreb, der defineres som modsætning til periferiydelser, som primært har fokus på sundhedspolitiske og brugerorienterede processer.

I det danske sundhedsvæsen finder man det nødvendigt at bruge de to begreber, kerne- og periferiydelse i forbindelse med kvalitetsudvikling, fordi der skal bruges forskellige metoder, skriver Kjærgaard m.fl. (2001:28):

> *"Kerneydelser forbedres først og fremmes med metoder til at sikre evidensbaseret klinisk praksis (evidence-based medicine), mens periferiydelser først og fremmest forbedres med tværfagligt projektarbejde med patientforløbsbeskrivelser .... Monofagligt arbejde med evidensbaserede kliniske retningslinjer er vigtigste metode til kvalitetsforbedring af kerneydelser ...tværfagligt projektarbejde med (i videst muligе omfang) evidensbaserede patientforløb er vigtigste metoder til kvalitetsforbedring af periferiydelser."*

Her ser jeg en klar teoretisk skelnen mellem de to former for ydelser (i praksis er det ikke entydigt, skriver Kjærgaard m.fl.), der måske kan ligge bag den opfattelse, jeg som nævnt har mødt hos en del aktører, der mener at akkrediteringssystemet ikke indgår i deres hverdag.

Spørgsmålet om evidens er desuden væsentligt. I manualer og andre tekster i de danske projekter fremlægges der ikke umiddelbart tilgængeligt videnskabeligt materiale bag de enkelte standarder i akkrediteringssystemerne (som der dog på den anden side er et bredt fagligt grundlag bag i flg. beskrivelserne fra akkrediteringsorganisationer-

[72] Den faglige kerneydelse er et begreb, der hos Kjærgaard, J. m.fl. (red) 2001:17 defineres således: *"Kerneydelse = Den sundhedsfaglige del af en sundhedsydelse: diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og profylakse og patientinformation i relation hertil"*. Kerneydelsen udgør sammen med såkaldte periferiydelser den samlede ydelse. Periferiydelser har ikke direkte indflydelse på behandlingsresultatet, men det er i øvrigt svært at skelne, fordi et givet fænomen i nogle sammenhænge er en kerne-, i andre en periferiydelse. (ibid:27)

ne), hvilket for nogle aktørers vedkommende kan være anledning til at betvivle troværdigheden, og dermed svække interessen. Jeg tager dog ikke diskussionen om evidens op her[73], men bemærker at der kan opstå barrierer og modstand mod forandringer, med den begrundelse at de ikke er evidensbaserede. Længere fremme i kapitlet viser jeg, hvorledes det kan diskuteres, i hvilken udstrækning professionelle paradigmer og forskningstraditioner præger den kliniske praksis på hospitalet.

I dette kapitel vil jeg uddybe spørgsmålet om, hvordan man kan identificere, beskrive og analysere arbejdsprocesser på hospitaler, samt hvilke problemstillinger jeg ser omkring forandringer, der berører de sundhedsfagligt professionelles arbejde. I det følgende diskuterer jeg begreberne 'profession' og 'professionelle kerneydelser' med særligt fokus på hospitalets store medicinske faggrupper, læger og sygeplejersker.

5.1 Oplæring i en profession. Kollektiv identitet.

> *"The central phenomenon of professional life is then the link between a profession and its work, a link I shall call jurisdiction"* (Abbott, A. 1988:20).

5.1.1 Professioner. Institutionalisering af ekspertise

A. Abbott har med en sociologisk, interaktionistisk tilgang, på baggrund af langvarige studier i 1970'erne - i form af dels 5 års feltstudier på et psykiatrisk hospital, dels observationer i flere år på dagklinikker i Illinois, USA - skrevet en afhandling om psykiatri som profession. Han har blandt andet stillet spørgsmålet om, hvordan moderne samfund institutionaliserer ekspertise, ikke bare som det er alment anerkendt i form af uddannelsernes karakter, men snarere med fokus på hvordan basale betingelser og kontekster styrer arbejdet. Abbott overværede for eksempel diskussioner mellem psykologer og social workers (personer der varetager opgaver som i Danmark udføres af især ergoterapeuter og socialrådgivere) om, hvem der skulle tolke resultater af diagnostiske tests, og han iagttog uoverensstemmelserne eller krigen, som han kalder det, mellem advokater og læger om patienter som var ude af stand til at møde op til en retssag. Han bemærkede også en nærmest uoverstigelig afstand mellem hospitalets fåtallige faste stab af amerikanske psykiatere og den større gruppe af udenlandske læger uden dybere ekspertviden på området. Tilsvarende problemer finder han, var 20 år tidligere studeret af bl.a. A. Strauss, der lige som nogle få andre forskere med tilsvarende analyser fra hospitaler udviklede teori omkring praksis i psykiatrien, men alt i alt var der et meget begrænset teoretisk materiale om emnet.

Abbott opholdt sig på det psykiatriske hospital i en tid, hvor der generelt var gennemgribende omlægninger i behandlingsformerne i retning af øget brug af medicin og færre samtaler. Det betød, at visse professionelle job forsvandt, og andre kom til. Den akademiske viden bag behandlingspraksis for mentalt syge ændrede sig og fra lægepro-

[73] Evidens som begreb er undersøgt af Bhatti, Y., Hansen H.Foss og Rieper, O. (2006), hvor der sættes fokus på det medicinske område, socialområdet og uddannelsesområdet.

fessionen kom nye krav om jurisdiktion, rettet mod en indskrænkning i bl.a. psykologernes arbejdsområde. Psykologerne på hospitalet deltog ivrigt, skriver Abbott, i deres professions kamp mod psykiaterne, men de stod svagt.

5.1.2 Professionelles handlinger i STS/ANT-tilgang.

I den etnografiske hospitalsundersøgelse, som Mol har foretaget, har hun valgt at sætte fokus på klinisk praksis og i særlig grad på lægernes handlinger. Hun mener, at de som så mange andre professionelle har svært ved at sætte ord på deres handlinger, men har ikke nogen endelig forklaring på, hvad der sker. Hos Young (1981)[74] finder hun denne forklaring, hvor læger beskrives som rationelle individer:

> *"doctors do not take the time to make things explicit, especially when this might make them more vulnerable. Rather, they spend their time working along"* (Mol 2002:15).

Mol er ikke enig med Young, for så vidt angår spørgsmålet om, i hvilket omfang, der træffes bevidste valg - at vælge at handle i stedet for at udtrykke sig i ord om sin viden. Hun mener, at det lige så vel kan være en del af den praksis, der hersker i faget. (Se i afsnit 5.1.3 Wulff m.fl. (1990) og Abbott (1988) om den tavse viden og oplæring i professionens paradigme) og at det ikke er kognitive funktioner, der er centrale for, hvad der sker på et hospital, (se afsnit 4.2.2 om studier af praksis). Mol trækker en parallel til Latours tanker (Latour 1993) om det ikke-moderne, forestillingen om at der aldrig i praksis er påvist en sammenhæng mellem et subjekt der skaffer sig viden og et objekt, der har nogle egenskaber, men at det kun er i teorierne man kan finde et skel mellem naturlige og sociale fænomener.

5.1.3 Uddannelse.

> *"One might say that the learning of the medical role consists of a separation, almost an alienation, of the student from the lay medical world; a passing through the mirrors so that one looks out on the world from behind it, and sees things in mirror writing"* (Everett Hughes (1984: 399)[75]

Med dette citat indleder en engelsk læge og antropolog, Simon Sinclair (1997), sin beskrivelse af uddannelsesforløb på lægeskoler i England (og i USA, hvor uddannelsen foregår efter samme model som i UK). Sinclair har fulgt studerende på lægestudiet i studieåret 1993/94. Han mener, at undersøgelsen i sig selv har karakter af 'at gå gennem spejlene', og at han afkræfter en række myter om ekspertise og autoritet omkring det medicinske establishment. Han beskriver uddannelsesforløbet som en indføring i det herskende paradigme, incl. de strukturer og magtdiskurser der er etableret gennem tiden. Han nævner nogle ulemper ved paradigmet og foreslår, at man i det engelske

[74] Young , A. 1981 'When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and psychiatry* 5: 317-35

[75] Everett Hughes (1984) [1971] *The Sociological Eye*. New Brunswick:Transaction

sundhedsvæsen overvejer forandringer, der kan føre til ændringer af magtforholdene både i dialogen mellem læge og patient, og i forhold til race- og kønsspørgsmål.

Wulff, Pedersen og Rosenberg (1990) betragter lægeprofessionen i en Kuhn'sk paradigmeoptik[76], og skriver, at paradigmets bestanddele udgør "det videnskabelige samfunds uudtalte viden - læger har aldrig modtaget nogen eksplicit undervisning i medicinens paradigme, men ikke desto mindre gennemsyrer det indholdet af enhver medicinsk lærebog og ethvert fagtidsskrift". Forfatterne mener, at den studerende gradvist kommer ind i den kollektive identitet og tilegner sig paradigmet:

> *"Medicinske studenter og unge læger lærer lidt efter lidt at tænke som deres lærere, og til sidst, når de har levet sig ind i paradigmet, føler de sig hjemme i det akademiske miljø og accepteres som kolleger"* (Wulff m.fl. 1990:17).

Således beskrives lægeprofessionens relation til forståelsen af Kuhn's paradigmebegreb, der i en medicinsk kontekst handler om begreber om sygdom og sundhed, om lægevidenskabens genstandsområde, dvs. hvilke problemer der betragtes som lægevidenskabelige, grundlæggende teorier som for eksempel apparatfejlsmodellen, om anerkendte forskningsmetoder og de værdinormer, der indgår i forskningsprocessen.

I flg. Wulff m.fl.(1990) karakteriseres lægers arbejde ved i en vis udstrækning at være baseret på uudtalt videnskabelig viden, hvilket kan gøre det vanskeligt at kommunikere med ikke-læger om faglige emner. Men i den kliniske medicin, hvor læger møder patienter, handler arbejdet ikke kun om at stille en diagnose og vælge en behandling, men også om både at lytte til og formidle resultater og beslutninger til eller i det hele taget kommunikere med patienten.

> *"medicin er ikke blot en videnskabelig, men også en praktisk disciplin, og Kuhns idéer kan også overføres på den kliniske medicin. Lægen, som lever for sit arbejde og tilbringer meget af sin tid i samvær med kolleger, finder det sommetider vanskeligt at tale med mennesker, der ikke er indoktrineret på samme måde som han selv. Han føler måske, at han har givet én af sine patienter udførlige oplysninger om undersøgelsesresultaterne, diagnosen og symptomernes årsag, men det er meget muligt, at patienten viser ringe interesse for al denne tekniske snak og i stedet stiller følgende spørgsmål: "Jeg forstår udmærket ... men hvorfor er jeg blevet syg netop nu?"* (ibid:18).

Wulff m.fl.(1990) skriver, at det er vigtigt at være opmærksom på, at den kliniske medicin, dvs. det arbejde der foregår i praksis som for eksempel på hospitaler, indebærer handlinger, der er mere end blot anvendt biologi (det biologiske sygdomsbegreb = apparatfejlsmodellen):

[76] Paradigme: Ordet kan oversættes til 'et mønstergyldigt eksempel'. I flg. T.S.Kuhn (fysiker og videnskabsfilosof) hører det til definition af en videnskab, at den udføres inden for et bestemt paradigme, som består af et bestemt sæt metafysiske antagelser om virkeligheden, af en standard for videnskabelig rationalitet og argumentation samt af mønstereksempler på løsninger af videnskabelige problemer. Videnskabelig udvikling sker gennem såkaldte revolutioner, når uløselige problemer inden for paradigmet, har hobet sig op. (Den store danske encyklopædi. Gyldendal).

> *"Det er ikke biologiske mekanismer, men mennesker, som er syge..... Derfor må klinikere interessere sig for patienternes smerteoplevelse, ... [og] håb for fremtiden... og lære at tage hånd om sådanne ikke-biologiske fænomener på en rationel måde".* (ibid:75).

Hos såvel Abbott som hos Wulff m.fl, Mol, Sinclair og Hughes skrives om professionerne eller de professionelle som en gruppe med fælles eller kollektiv identitet. Abbott især, viser hvordan fællesskabet værner om sit felt og kæmper for at bevare det.

5.1.4 Om fordele og ulemper ved den kollektive identitet i professioner.

De forskellige funktioner som fællesskaber kan have, mener jeg er en central problemstilling i forhold til vurdering af professioners funktion og de professionelles arbejdsprocesser. Den kollektive identitet har styrke og svagheder, således som for eksempel forfatteren M. Vargas Llosa beskriver det i en udtalelse om det, han kalder nationens sjæl:

> *"En civilisations største landvinding er ikke at udstyre sig med en kollektiv identitet, der udtrykker sig som med én mund gennem det sociale fællesskab og dets individer.... ...Kollektiv identitet er som en ghetto, hvor individet i al hemmelighed er klonet for at opretholde fiktionen om en homogenitet, som aldrig har eksisteret".*(Mario Vargas Llosa om nationers og særligt Europas sjæl. Essay i Dagbladet Information 4.1.05. Llosa er forfatter, samfundskritiker og tidligere præsidentkandidat i Peru.)

Kloning i al hemmelighed, eller adskillelse fra den ikke professionelle-verden, som Sinclair beskriver konsekvensen af uddannelsesforløbet eller indføring i paradigmet, i flg.Wulff - det kan karakteriseres på flere måder. Kollektiv identitet er et centralt begreb i litteraturen om professioner. Med inspiration fra Llosa kan man være opmærksom på, hvorledes fællesskabet inden for sundhedsprofessionen udfolder sig - hvor der er handlinger, der afspejler homogenitet i kollektivet, og hvor der er handlinger, der fortælles som mangel på fællesskab.

Det kan således være relevant at være opmærksom på, hvad der siges og gøres med den professionelle kollektive identitet i forbindelse med implementering af styringssystemer som akkrediteringssystemet. I akkrediteringssystemet er standarderne ikke rettet mod professioner, men mod kollektive enheder, enten i form af professionsgrupper eller funktioner, som for eksempel ledelse, eller opgaverelaterede områder og specialafdelinger i form af ambulatorier, intensive afdelinger, laboratorier, tekniske funktioner eller personaleadministration.

5.2 Kerneydelser og kamp om jurisdiktion.

5.2.1 Jurisdiktion - retten til at definere aktiviteter, og hvad der er rigtigt og forkert.

I det følgende gives et indblik i forskellige aspekter omkring professioners interesse for at bevare indflydelse på, hvad der berører deres område. Jeg mener, det er vigtigt at

beskæftige sig med denne problemstilling, hvis man vil forsøge at forstå, hvordan topstyrede initiativer til forandringer i arbejdsprocesser bliver modtaget, og jeg illustrerer kampen for rettigheder i form af et blik ind i dele af den historiske udvikling af hhv. læge- og sygeplejeprofessionerne.

5.2.1.1 Professioner - et interaktionistisk perspektiv.

A. Abbott har udover feltarbejdet inden for psykiatrien studeret dokumenter omkring udviklingsforløb for en række professioner i både USA og Europa og beskrevet, hvorledes sådanne grupper dannes og vokser, splittes og samles, tilpasser sig og i nogle tilfælde forsvinder igen. Han skriver, at der findes en del forskellige teoretiske bud på forståelse af professionalisering, og at de overvejende anlægger et strukturelt perspektiv, ofte skrevet i Parsons' tradition, hvor man ser ekspertise som en social relation (Abbott 1988:15). Abbott ser ikke med et strukturelt, men med et interaktionistisk perspektiv på professioner ud fra nogle andre antagelser - han ser ikke på sociale relationer, men fokuserer på 'work', eller arbejde, på grupper med samme slags arbejde.

Abbott skriver om jurister, læger og andre professioner, der har etableret en jurisdiction og hvis arbejde har en mangeårig akademisk baggrund. Med begrebet jurisdiction refereres til retshåndhævelse, altså den situation, hvor en profession har retten til at definere aktiviteter, og hvad der er rigtigt og forkert.

Fuldkommen jurisdiktion er enhver professions mål, skriver Abbott. Det indebærer, at man kan forme den offentlige forestilling om professionens opgaver, at man har et lovgrundlag, der understøtter autoritetsudøvelsen, og at der såvel blandt professionens medlemmer som i det omgivende samfund er en entydig opfattelse af, hvilke opgaver professionen varetager. De fleste professioner har generelt været interesserede i ikke bare at bevare deres område, men også ekspandere.

5.2.1.2 Den lægefaglige profession

Abbott viser, hvordan professioner i det medicinske område er blevet etableret, han skriver om interne magtkampe mellem forskellige specialer, om skiftende alliancer, og stiftelse af faglige sammenslutninger som den amerikanske lægeforening, AMA[77], som jeg her giver et indblik i :

> *Om stiftelsen af en faglig forening*.
> I slutningen af 1800-tallet blev såkaldt 'regular medicine' (lægerne uddannet på lægeskoler) i USA udsat for konkurrence fra homeopater (som kunne fremvise gode behandlingsresultater, mens lægerne ofte stod magtesløse eller 'slog folk ihjel', som det blev udlagt, hvis behandlingen ikke førte til helbredelse). Læger i USA havde i en lang periode haft nærmest eneret til at behandle syge mennesker, men da der ved lovgivning blev der åbnet for kon-

[77] American Medicine Association

> kurrence, kom forskellige *'secterian and folk healers'* , bl.a. homeopaterne til. Konkurrencen med især homeopaterne fortsatte, indtil der skete fremskridt inden for den medicinske forskning i Europa, (Abbott nævner ikke konkret hvilke fremskridt, men jeg mener at væsentlige var i hvert fald Pasteur og Koch's påvisning af sammenhæng mellem sygdomme og bakterier)[78] i slutningen af 1800-tallet. Læger generelt fik nu bedre redskaber og rustede sig til nye tider. Det foregik i USA ved, at man etablerede et videnskabeligt tidsskrift, reviderede de etiske regelsæt og begyndte at reformere uddannelserne og lægeskolerne. Nogenlunde samtidig dukkede nye konkurrenter op. Denne gang i form af osteopater og kiropraktorer. Læger og homeopater fik nu en fælles fjende, og de slog sig sammen og dannede American Medicine Association, som udviklede sig til at blive en nationalt dækkende, tydelig og magtfuld profession. (A. Abbott 1988: især kap.4)

I denne kamp om territorier er der i flg. Abbott ikke blevet plads til sygeplejerskerne, som han beskriver som en profession, hvis jurisdiction optræder som en subordination til lægeprofessionen.

I forhold til USA, hvor hver stat indtil 1930'erne havde eget sundhedssystem og indtil flere forskellige uafhængige lægeskoler med egne uddannelsesprogrammer, har der i den danske stat været samling omkring professionen i langt over hundrede år. 'Den almindelige danske lægeforening' er startet som en standsforening i 1857. *"Lægerne var den første faggruppe, der benyttede deres nyvundne ret efter enevældens ophævelse til at danne en faglig sammenslutning"*[79]. Det danske tidsskrift 'Ugeskrift for læger' dateres tilbage til 1838, og siden 1815 har færdiguddannede medicinstuderende i Danmark aflagt et lægeløfte. Der er således en lang tradition for de professionsrelaterede aktiviteter, der sikrer en jurisdiktion. Og arbejdet hermed fortsætter. Således har danske læger i 2006 i Lægeforeningens regi taget stilling til en række dokumenter, der skal støtte professionen og beskrive formål og aktiviteter for foreningen i fremtiden. Foreningen opdeler interesserne i hhv. sundhedspolitik, professionens standsorganisation og professionens forhandlingsorganisation. Hensigten med diskussionen om 'standsbegrebet' er bl.a. at forholde sig til sammenhængen mellem foreningens opgaver og standsspørgsmålene. En stand defineres som en samfundsgruppe med fælles kultur og værdier knyttet til et erhverv. Standsfølelse og -bevidsthed påvirkes af standens samfundsmæssige anseelse, men er ikke nemt at definere, skriver forfatterne. (dadl 2005: 4).

---

[78] I et historisk tilbageblik på sygdomsklassifikationens udvikling skriver Wulff & Gøtzshe (2006:67), at interessen for laboratorieforskning i 1800-tallets sidste halvdel førte til bekræftelse af den gamle kimteori, som med Louis Pasteur og Robert Koch som pionerer udvikledes til en disciplin, der i dag betegnes mikrobiologi. Bekræftelsen af kimteorien *"bevirkede at man kunne klassificere sygdomme efter det infektiøse agens. Tyfus, tuberkulose, kolera, malaria...er nogle sygdomsenheder der i dag defineres ud fra den bakterie, det virus eller den parasit, der fremkalder sygdommen. "*

[79] Kilde: dadl (2005) - www.dadl.dk. Fremtidens Lægeforening som standsorganisation for alle læger. Rapport fra arbejdsgruppen . Februar 2005, s. 10

Professionalisme beskrives i *dadl 2005* ved hjælp af oplistning af en række krav til lægers virke, samt refleksioner over de ændringer der er sket i lægers implicitte kontrakt med samfundet, hvor både patienter, befolkningen generelt og lægerne selv ønsker fornyelse. Fra en oversigt over forslag fra et engelsk lægetidsskrift over, hvad der bør vægtes højt i en fremtidig kontrakt, vil jeg fremhæve patientrettigheder og -pligter, lægers selvregulering og gennemsigtiggørelse af kvaliteten samt bevægelse væk fra 'fejlkultur' over mod 'kvalitetskultur' (dadl 2005:26). Arbejdsgruppen afslutter afsnittet om professionalisme med en opsummering: *"For at sikre og styrke lægestandens troværdighed skal befolkningens tro på at lægerne kan leve op til forventningerne i den kliniske praksis sikres. Ligeledes skal tiltroen til standens selvregulering og ansvarlighed sikres"*. Herefter følger en række forslag til adfærd for læger, som for eks.: 'deltage i 'performance' vurderinger, som skal give oplysninger om indhold og kvalitet i den kliniske praksis' (ibid:27).

Det samlede arbejde med 'Fremtidens Lægeforening', hvor tre arbejdsgrupper har skrevet fyldige rapporter, og der har været gennemført en række møder over flere år med henblik på information, debat og beslutninger om tekster og handlinger, kan betragtes som et eksempel på, hvad Abbott kalder arbejdet med at fastholde professionens position. I forbindelse med foreningens 150 års jubilæum introduceres et navneskift[80] og der skal udgives et jubilæumsskrift, der annonceres således i Ugeskrift for Læger, (2007; 169(1):67): *En af årets hovedbegivenheder bliver en bogudgivelse om lægestandens historie. Det bliver ikke nogen jubilæumsbog i traditionel forstand, men en forskningsbaseret, samfundsvidenskabelig beretning om den danske lægestand og den danske velfærdsstat."* I forhold til Abbott's beskrivelser af professioner, er det her relevant at fremhæve den forskningsorienterede tilgang til udarbejdelse et jubilæumsskrift, samt selve temaet om sammenhængen mellem stand og stat, hvor jeg ser netop tænkningen om arbejdet med at opretholde jurisdiction forstået som professionens ret til at definere nogle aktiviteter og vurdere, hvad der er rigtigt og forkert.

I følge Abbott viser historien, at udvikling og fastholdelse af en profession omfatter manifestering af en jurisdiktion. Han antager, at der er konstant forandring i såvel opgaver som professioner og i forbindelserne mellem dem. Det skyldes dels eksterne faktorer så som teknologi, politik og andre sociale kræfter, som påvirker opgaverne (opdeler dem, omgrupperer dem), dels intern dynamik i professionen. Kontinuerte forandringer er der således også i jurisdiktionen.

Nedenstående eksempel på arbejdet med at manifestere lægeprofessionen i Danmark illustrerer, lige som temaet for jubilæumsskriftet, Abbott's antagelse om de kræfter der skal mobiliseres for at fastholde en position:

> *"Et eksempel på Lægeforeningens interessevaretagelse som standsforening er arbejdet med høringssvar om f.eks. kloning og fosterdiagnostik. Her forsøger man på én gang at tilgodese patienternes behandlingsbehov og sikre en lægeetisk forsvarlig omgang med menneskeligt væv, samtid med at man vil sikre lægernes adgang til at*

[80] Fra 'Den Almindelige Danske Lægeforening' til 'Lægeforeningen' (Ugeskrift for læger 2007; 169 (1):67)

> *drive den videnskabelige erkendelse eller behandlingsmæssige mulighed længere frem"* (dadl 2005:12)

Her finder jeg en markering af det dobbelte hensyn til såvel patienter som lægevidenskabelig forskning.

Et andet eksempel på professioners interessevaretagelse finder man hos Bowker & Star (1999), der som illustration af samspillet mellem professioner, viser hvordan virusforskere med speciale i henholdsvis dyre- og planteforskning forhandler om udviklingen af en klassifikation og taksonomi, der sikrer at alle discipliners interesser bliver tilgodeset. Tidlig virusforskning foregik adskilt blandt forskere, der beskæftigede sig med henholdsvis planter og dyr, og der var ikke tradition for samarbejde. I 1940'erne opdagede man imidlertid et plantevirus i et dyr, og forskerne blev herefter nødt til at samarbejde - nu da det havde vist sig, at man havde et fælles forskningsobjekt. Sætter man sig ind i historien om udvikling af en taxonomi for virus, finder man dels spor af kamp for professionel autoritet mellem de forskellige involverede discipliner, dels forsøg på at finde frem til et entydigt sprog for samtale om virus' komplekse temporale og spatiale proportioner. Det entydige sprog materialiseres i form af et klassifikationssystem, som er et fælles redskab for plante- og dyrevirus forskere. Formanden for den internationale komite, hvis opgave, skriver Bowker & Star, det var at etablere og nu vedligeholde klassifikationssystemet, berettede i 1970'erne om diskussionerne på komitéens møder i og uden for dagsordenen, at der især i pauserne var skænderier om uenigheder. Men systemet blev skabt, og selve processen omkring starten og den efterfølgende vedligeholdelse indebærer en række politiske kompromisser og har ført til etablering af et fællesskab mellem dyre- og planteforskere, der har klassifikationen som en fælles infrastruktur (Bowker & Star, 1999:96). De to professioner har hermed indgået et forpligtende samarbejde, som kan være en platform for fælles udvikling, men ikke behøver være det, hvis man følger A. Abbott, som mener at konstante forandringer i det omgivende samfund i bred forstand hele tiden medfører udfordringer til professioners jurisdiction.

5.2.1.3 Sygeplejeprofessionen

Sygepleje nævnes hos A. Abbott som en profession, der i forhold til jurisdiktion er underordnet lægerne. Med et indblik i udviklingen af relationerne mellem de to faggrupper, mener jeg man kan bidrage til en forståelse af aktuelle forhold, herunder tilgangen til forandringer som kvalitetssikring i form af akkreditering.

I flg. A. Abbott var der fra de første moderne engelske sygeplejerskers side (Florence Nigthingale efter Krimkrigen 1853-56) et ønske om at etablere en profession, hvis kerneopgave var administration og styring af de omgivelser, inden for hvilke lægerne kunne udøve deres hverv. Professionen skulle være sideordnet med den lægelige profession og have uafhængig uddannelse og autorisation. Det lykkedes ikke, efter sigende dels på grund af modstand fra lægeside, hvorfra man ønskede at det medicinske arbejde skulle være styrende for de øvrige opgaver, dels på grund af manglende per-

sonale, idet Florence Nigthingale ikke kunne finde tilstrækkelig mange sygeplejersker til at sætte planen i værk (Abbott 1988:71).

Bidrag til sygeplejens historie før den såkaldt moderne fase, finder jeg i beretninger om udviklingen i Rusland, som sammen med Frankrig og England var vigtige deltagere i Krimkrigen.

I Rusland var der tradition for sygepleje tilbage fra midten af 1700-tallet, hvor kvinder arbejdede på civile hospitaler. I 1763 åbnedes et hospital med 25 sengepladser i Moskva. Her blev de mandlige patienter plejet af soldater (mænd), mens hustruer til soldater tog sig af de kvindelige patienter. Plejeopgaverne omfattede overvågning af de syge og døende samt simple former for behandling. Senere var det udelukkende kvinder, der blev ansat til at pleje de syge og stå for madlavning. I 1803 tog kejserinde Maria i Rusland initiativ til at der blev oprettet hjem, hvor gamle og syge fattige enker uden egne forsørgelsesmuligheder kunne få tilbudt vedvarende pleje af fastansat personale. Til denne opgave blev udvalgt kvinder, der selv var enker og som i mindst 15 år havde arbejdet på andre af kejserindens velgørende institutioner. Personalet fik en særlig betegnelse som godhjertede enker, en traditionel russisk betegnelse for kvinder der havde viet deres liv til at passe og pleje syge og sårede. Gradvist fandt man ud af, at de godhjertede enker også, hvis de fik en uddannelse, kunne opfylde behov på sygehusene.

Der blev lavet et 1-årigt uddannelsesforløb, hvor hospitalets læger forelæste om teoretiske emner, og forestod opsynet under det tilhørende praktikophold. De studerende skulle "føre tilsyn med indretningen af sygestuerne, med at patienterne var rene og propre, at senge og sengetøj var rene, og at de indlagte og de besøgende opførte sig passende. Kvinderne skulle instrueres af lægerne i sygepleje, og desuden tilegnede de sig en række behandlingsmetoder, så de i givet fald selv kunne bistå patienterne. I hospitalsreglementet hed det:

> *"Arbejdet er ikke kompliceret, men det er vigtigt for de lidende og det kræver sund omtanke, megen tålmodighed og menneskekærlighed samt blidhed i omgangen med de syge".*

Det sygehus, hvor praktikopholdet fandt sted blev også grundlagt i 1803. I de første mange år var overlægerne og de administrative chefer svenskere, og hovedparten af de øvrige læger var tyskere - og ikke alle var fortrolige med det russiske sprog. Sygejournalerne blev ført på tysk og latin, men det var der en særlig hensigt med:

> *"For at patienten ikke skulle få at vide hvilken fare han befandt sig i, blev sygdommens art og de ordinerede lægemidler på tavlen ved sygesengens hovedgærde angivet på latin".*

I 1822 udkom i Moskva den første vejledning i sygeplejefaget, skrevet af en overlæge ved hospitalet. Denne vejledning anses for at være grundlaget for teoretisk sygepleje i Rusland.

(Kilde til beretningen om sygepleje i Rusland: Nursehistory.org.i Tidsskriftet Sygeplejersken, 2002). [81]

I Danmark blev der i København i 1757 etableret 'Det Kgl. Frederiks hospital i Bredgade' og 10 år senere kom 'Almindeligt Hospital og Lemmestiftelse i Amaliegade' til. Der var ikke tale om egentlige hospitaler, men snarere om forsørgelsesanstalter. Omkring 100 år senere, med koleraepidemien i 1853 blev spørgsmålet om behovet for et hospital taget op i en kgl. kommission, og i 1855 foreslog Københavns Borgerrepræsentation dels at hospitalsvæsenet ikke længere skulle styres sammen med fattigvæsenet, men af et selvstændigt hospitalsvæsen, dels at der skulle bygges et hospital med ca. 800 sengepladser uden for byens gamle volde. Dette kommunehospital var klar i 1863. De første sygeplejeelevhold tog man ind i 1885. I 1899 organiserede sygeplejerskerne sig i 'Dansk Sygeplejeråd'. Elevuddannelsen med karakter af en lærlingemodel fortsatte i de næste godt hundrede år[82] frem til omkring år 2000, hvor uddannelsen blev vendt i en akademisk retning med titel af bachelor, og sygeplejefaget er i Danmark nu under forandring ad den vej, som A. Abbott beskriver en profession er nødt til at gå for at vinde jurisdiction.

I flg. Dansk Sygeplejeråd gælder det at: "Sygeplejersker i Danmark arbejder efter sygeplejeetiske retningslinjer, baseret på et internationalt etisk kodeks, og uddannelsen baseres på forskningsbaseret udvikling inden for faget". (Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, www.dsr.dk, 2006). Sygeplejevidenskaben i Danmark er aktuelt bl.a. forankret i universitetsmiljøerne, hvor man især kan se det som en del af forskningen i folkesundhed og udvikling af metoder til og begreber for omsorg og pleje. Der foregår løbende en udvikling af forskellige klassifikationssystemer og dokumentationssystemer for sygeplejen, både i fagforeningsregi og på hospitalerne. Der arbejdes med forskellige sygeplejeklassifikationssystemer, hvoraf et system udviklet i Sverige (VIPS)[83] har været analyseret og testet i den periode, hvor implementering af akkrediteringssystemerne har fundet sted. Det er et gennemgående træk ved alle systemerne, at der fokuseres på dokumentation af sygeplejen, hvilket indebærer at arbejdet med at definere begreber og finde søgeord er centralt. Begrundelserne for at arbejde med systemerne er stort set enslydende og udtrykkes for VIPS-systemets vedkommende således: "*Dokumentation findes vigtig at hensyn til patienten, udvikling af sygeplejen, fremme af forskningen og sikring af kvaliteten af arbejdet med patienterne"* [84].

[81] Historien om sygeplejens tilblivelse skrives på tidsskriftets hjemmeside med bl.a. den begrundelse, at *"et erhverv skal have en historie"*. Webstedet beskæftiger sig med sygeplejens opståen og udvikling før, under og efter Krimkrigen.

[82] I 1959 trådte en anordning i kraft, hvorefter uddannelsen var en 'lærlingeuddannelse' på 3½ år med teoriundervisning (Kilde: *Københavns Hospitalsvæsen i 125 år. Med fokus på perioden 1963-88* Udgivet af Københavns Kommune 1992).

[83] Baggrunden for VIPS-systemet er Florence Nigthingale (1820-1909), der påpegede, at det var vigtigt at beskrive sygepleje og Virginia Henderson (1897 - 1996) der formulerede sygeplejerskens selvstændige arbejdsområder ved hjælp en liste på 14 behov.

[84] Introduktion til VIPS-modellen. S. Bünger. Personaleblad for Aalborg Sygehus nr. 3. 2003. www.aalborgsygehus.rn.dk/RN/rdonlyres

Det er således et flerspektret formål, der sigter mod dels øget professionalisering, dels øget nytte for samfundet og patienterne. Vil man opnå fuldkommen jurisdiktion, hvilket er en nødvendighed for en profession i flg. A. Abbott, må man blandt andet sikre sig, at alle medlemmer af professionen har en fælles opfattelse af, hvad opgaverne omfatter, og at man kan forme den offentlige forestilling om professionens opgaver. Her vil jeg antage, at jo enklere og mere skarpt man kan tegne profilen af professionen, jo nemmere må det være at sikre den fælles opfattelse. Udfordringen og usikkerhedsmomentet ligger i spørgsmålet om, hvordan man skaber, repræsenterer og overfører de begreber og metoder, der skal være det fælles. Med en interaktionistisk tilgang kan man hente inspiration i Latours antagelser om de magtfulde kalkulationscentre, hvor viden samles og bearbejdes og formidles i en form, der er det eneste, aktørerne har som fælles referenceramme. De landkort eller andre oversigter, der formidles via centrene tegner en sandhed, giver et billede af en orden, men der kunne være andre, som blot ikke 'kommer til orde'. En stærk profession må i denne forståelse basere sig på et velfungerende kalkulationscenter.

VIPS-systemet vil jeg karakterisere som et eksempel på et bottom-up udviklet system, idet det er skabt af nogle aktører på nogle få sygehuse og derefter udbredt til andre, som har haft interesse for at arbejde med problemstillingen omkring dokumentation af sygepleje. Jeg sætter bottom-up som modsætning til et statsligt eller internationalt, obligatorisk system, der skal anvendes generelt og dermed er udtryk for en top-down styring, således som det gælder for eksempel det internationale diagnoseklassifikationssystem for sygdomme, ICD[85]. I topdown tilgangen ligger ofte implicit, at der kan implementeres noget der er fælles og ensartet, som i dette tilfælde klassifikationssystemer, der bruges til registrering af sygdomsårsager, men ikke kan afspejle den praksis der ligger bag, hverken selve behandlingen af de syge eller kodningspraksis. I VIPS-systemet derimod er der fokus på definitioner af praksis og arbejdsprocesser - det er mere internt orienteret og derfor ikke primært rettet mod at forme den offentlige forestilling om sygeplejeprofessionen. Det samme gælder et andet system af samme type som har nogle erklærede mål om at synliggøre sygepleje - NIC fra USA.

I USA har sygeplejersker i 1990'erne udviklet et klassifikationssystem for sygeplejeopgaver (NIC-projektet - Nursing Interventions Classification), med det erklærede formål at gøre opgaverne synlige, dels i forhold til andre, konkurrerende faggrupper, dels i forhold til hospitalets elektroniske registreringssystem for dokumentation af aktivitet og omkostninger, som traditionelt set har været baseret på sygdomsklassifikationssystemer (bl.a. ICD) orienteret mod lægernes profession.

NIC består af over 300 interventionsformer eller handlinger knyttet til situationer, som hver især er nærmere beskrevet, og opdelt i et sæt af aktiviteter. Der er knyttet en kort referenceliste for baggrundslitteratur til klassifikationerne, som herved får karakter af

[85] Fra hele verden indrapporteres via et fælles klassifikationssystem, ICD, data om dødsårsager og sygdomme til WHO, i hvis regi udviklingen af systemet også foregår. Se afsnit 6.3.3 for et nærmere indblik i ICD-systemet.

at være evidensbaserede. Konstruktionen af systemet indebærer en stræben efter at bevæge sig væk fra lokale og særlige måder at yde sygepleje på, over imod noget universelt. Den gruppe af sygeplejersker, der har ledet arbejdet med at skabe systemet, har undersøgt forskellighederne i arbejdsformer og opgavebetegnelser på en række hospitaler i USA og valgt enten at fjerne dem eller at gøre dem generelle ud fra en antagelse om, at systemet kun bliver universelt, hvis det er muligt at sammenligne ydelserne og kommunikere på tværs af lokaliteter, (i flg. Timmermanns, Bowker & Star, 1998). Med målet om universalitet ser jeg en tilnærmelse til en kollektiv identitet og skabelse af et paradigme for sygepleje i stil med det, som blandt andre Wulff m.fl. (1990) beskriver for lægeprofessionen. Men foreløbig er aktiviteterne spredt og som regel holdt inden for nationale grænser.

Problemstillingen omkring udvikling af en profession for omsorgsfagene, herunder sygepleje, beskrives af P. Abbott & L. Meerabeau (1998), som fremhæver, at et træk der går igen for forskellige definitioner af professionelle er, at professioner har monopol på særlige former for ekspertise. De diskuterer omsorgsprofessioners (bl.a. jordemødre og sygeplejersker) professionelle status, og de bestræbelser der udfoldes for at højne denne. Omsorg, skriver de, er en opgave der ikke er særlig tydeligt beskrevet, det er en udpræget usynlig opgave, som ikke udføres efter akademiske videnskabelige retningslinjer og derfor er vanskelig at sætte ind i en 'professionel' kontekst. Abbott og Meerabeau refererer den samfundsvidenskabelige (overvejende sociologiske) diskussion om begrebet profession og konkluderer med en reference til Eliot Freidson, at problemet er uløst. Freidson skriver

> *"I use the word 'profession' to refer to an occupation that controls its own work, organised by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertice and service. I use the word 'professionalism' to refer to that ideology and special set of institutions".* (Freidson, 1994:10).

Her nævner Freidson ikke den akademiske dimension, men lægger vægt på ideologi og institutioner og muligheden for at styre sit eget professionelle arbejdsindhold[86]. Han, der har studeret lægeprofessionen i USA siden 1960´erne, mente dengang at det især var dominans og autonomi, ikke kollegialitet og tillid, der kendetegnede sand professionalisme (A. Abbott 1988:5).

5.2.1.4 Opsamling.

Med baggrund i disse eksempler på hvorledes der arbejdes og tænkes omkring jurisdiktion i de to store sundhedsprofessioner, læger og sygeplejersker, antager jeg, at der må være en vis afspejling af denne 'søgen indflydelse på definition af egne opgaver og påvirkning af samfundet', i mødet mellem akkrediteringssystemet og arbejdsproces-

[86] A. Abbott gør i sin bog (1988) rede for diskussionens historiske forløb, der i hvert fald går tilbage til omkring 1939, hvor Parsons skrev om professioner. E. Freidson skrev i 1970 om den sociale struktur i sundhedsvæsenet / medical care. (Freidson har bidraget til videreudvikling af forståelsen af 'profession', ud fra den tilgang man havde i første halvdel af 1900-tallet, hvor der ofte blev tilknyttet særlige etiske koder og forventninger om at yde klienterne støtte).

serne på hospitalerne. Jeg ser endvidere et mønster for samspillet mellem de to professioner, hvor der dels kan være reminiscenser af den oprindelige tilstand, som den karakteriseres ved for eksempel den lægestyrede undervisning af plejepersonale i Moskva 1803 og modstanden hos de engelske læger efter Krim-krigen, dels er markante forskelle i den akademiske baggrund. Det sidste begrunder jeg med, at sygepleje dels tilsyneladende stadig er overvejende usynlig i dokumentationssammenhæng vedr. hospitalernes ydelser, dels først nu er på vej til at opbygge en akademisk viden, og derfor ikke er en stærk profession forstået ud fra den beskrivelse, jeg henter hos A. Abbott. Men hvis alle professioner altid vil søge jurisdiktion, må de antagelig gribe de udviklingsmuligheder der tilbydes, hvilket også bør afspejle sig i kvalitetssikringsarbejdet. Hvorvidt det sker, vil måske, hvis man følger Suchmans iagttagelser af hvilke mekanismer, der fungerer i forbindelse med udvælgelse af arbejdsprocesser til repræsentation, afhænge af hvad der er politisk og socialt legitimt at beskæftige sig med, i den konkrete kontekst.

5.2.2 Den professionelle kerneydelse.

Den professionelle kerneydelse er som nævnt i indledningen til dette kapitel et centralt emne i forbindelse med kvalitetssikrings- og udviklingsarbejdet på de hospitaler, der indgår i mit feltstudie. Hos Kjærgaard m.fl. (2001) fandt jeg en opdeling af ydelserne på hospitalet i henholdsvis kerne- og periferiydelser, og en antagelse om, at der skal benyttes forskellige metoder til at implementere forandringer på disse to adskilte områder. Kerneydelser er et monofagligt anliggende, hvor forandringer skal være evidensbaserede, mens periferiydelser kan være tværfaglige og ikke nødvendigvis baseret på evidens om, hvad der er den bedste metode (Kjærgaard m.fl.2001:28). Hos A. Abbott finder jeg en beskrivelse af tre typer af handlinger, som kan identificeres inden for enhver professionel kerneydelse. For alle handlinger er det karakteristisk, at professionen mener at have en særlig ret til at handle på sit fagområde.

Figur 5.1 De tre handlingstyper beskrevet hos A. Abbott

En professionel kerneydelse omfatter tre typer af handlinger:

- diagnosticering af problemer
- analyse af problemerne og vurderinger af forskellige løsningsmuligheder (inference)
- valg af, og udførelse af ydelser som f.eks. en medicinsk behandling

(A. Abbott, 1988)

Diagnose og behandling kan i flg. A. Abbott betragtes som formidlende handlinger, der på den ene side fører information ind i det professionelle videnssystem, og på den anden side henter instruktioner ud af det. Inference / det at drage slutninger - er en ren professionel handling, hvor man sammenholder de diagnosticerede problemer med forventet outcome af en række forskellige ydelser. Det er således her, den egentlige kerne i den professionelle kerneydelse ligger. Men det kan være svært i praksis at se en adskillelse af de tre former for handling. Abbott mener, at aktiviteterne ofte udføres

samtidig, men at der kan ses eksempler på adskillelse, når de udføres af forskellige aktører, som det for eksempel er tilfældet, når der inden for det sundhedsprofessionelle område sker en arbejdsdeling mellem en henvisende læge der stiller en indledende diagnose og den specialist, der med baggrund i sit eget felt undersøger patienten nærmere og analyserer og beslutter, hvad der skal ske - og derefter ordinerer en behandling eller henvisning til andre specialer, hvorefter den henvisende læge kan behandle patienten.

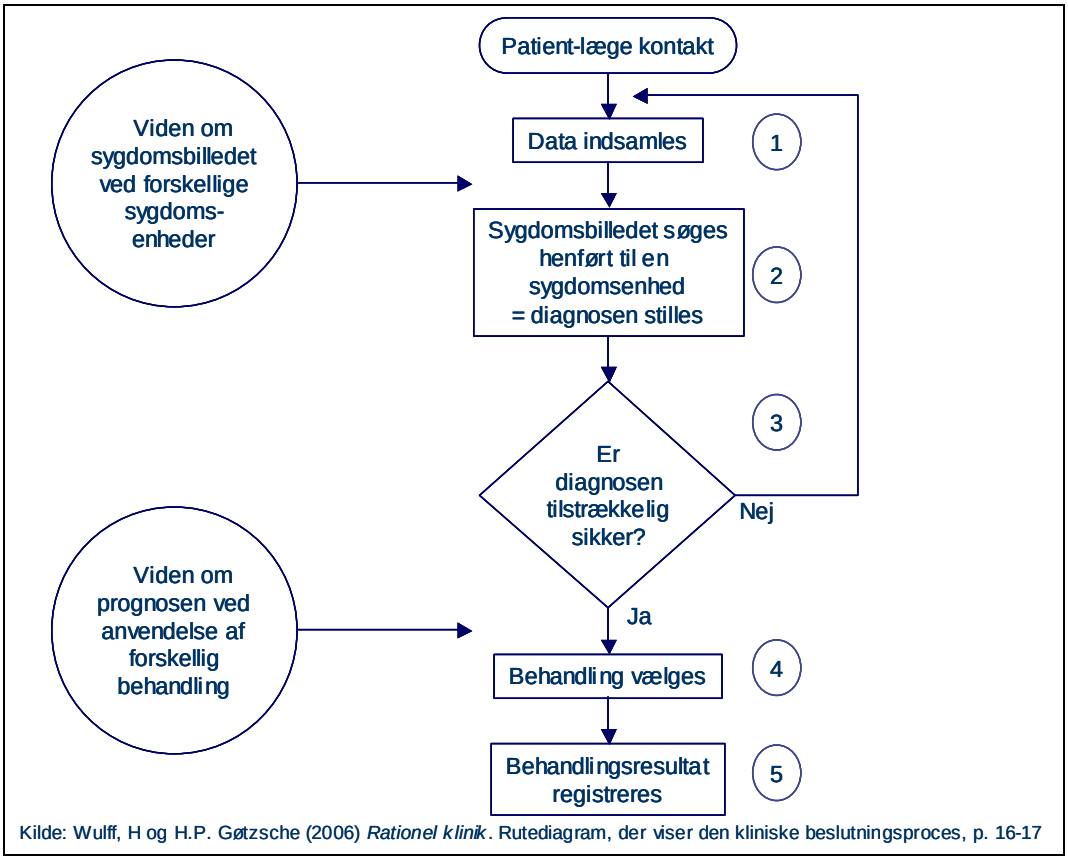
Inference skal doseres i rimelig mængde. (*Akademisk viden og praksis*.)
Hvis en profession bruger megen tid på analyse- og beslutningsprocesserne, vil det ofte blive et problem at legitimere aktiviteten over for omverdenen, og bruges der for lidt tid, risikerer de professionelle at gøre sig selv overflødige, fordi man ikke kan se, at der ydes en indsats. I begge tilfælde svækkes jurisdiktionen, mener A. Abbott (1988:52). Overført til sundhedsvæsenet, må det for lægegruppens vedkommende betyde, at patienter og politikere forventer (hvad der i en konkret sammenhæng forstås som) effektive, hurtigt gennemførte og gennemskuelige arbejdsprocesser omkring undersøgelser og udredningsarbejde i øvrigt, samtidig med at de går ud fra, at indsatsen skal have et vist omfang for at man kan stole på at arbejdet er udført omhyggeligt nok. Selv om man ikke kan adskille de tre typer af handling, og derfor ikke kan udpege den særlige inference-indsats, som tilsyneladende er det væsentligste element i forhold til omverdenens vurdering af de professionelle aktivitet, vil jeg alligevel, rent teoretisk tænke på denne del af den professionelle kerneydelse, som nogle arbejdsprocesser, der måske kan identificeres i en analyse af praksis inden for det kliniske arbejde på hospitalerne.

5.2.2.1 Den kliniske beslutningsproces

De tre handlingstyper finder man i en dansk kontekst som en integreret del af den normative beskrivelse af den kliniske beslutningsproces, som den ses hos Wulff & Gøtzsche i form af et rutediagram (Figur 5.2).

Forfatterne understreger, at der indgår såvel naturvidenskabelig som humanistisk tænkning i den kliniske beslutningsproces. Den naturvidenskabelige baggrund er dels teoretisk, baseret på den akademiske viden, dels empirisk i og med at erfaringer fra undersøgelse og behandling af tidligere patienter vil indgå i beslutningsgrundlaget. Den humanistiske tilgang baserer forfatterne på en forudsætning om at mennesker ikke kun er biologiske væsener, men også (med en henvisning til moralfilosofisk litteratur) autonome individer, der kan reflektere, lægge planer og træffe moralske valg. Dette giver sig i den kliniske beslutningsproces udslag i en forståelse af patienten, hvor *'klinikeren må møde sin patient som et medmenneske'*, skriver Wulff & Gøtzsche (2006:211).

Figur 5.2 Den kliniske beslutningsproces



Kilde: Wulff, H og H.P. Gøtzsche (2006) *Rationel klinik*. Rutediagram, der viser den kliniske beslutningsproces, p. 16-17

I forhold til Abbotts karakteristik af handlingstyper for professioner og Mol's tanker om enactment af en sygdom, finder jeg at diagnosticering af et problem ligger i modellens punkter fra 1 -3, at inference /analyse og konklusioner ligger i pkt. 1-4, og valg af behandling i pkt. 4, mens selve udførelsen af behandlingen som handlingstype ikke er inkluderet i Wulff og Gøtzsche 's oversigt over beslutningsprocessen, hvor man går direkte fra valg af behandling og til registrering af resultatet.

Hvor Mol stiller spørgsmålet om, hvordan den kliniske praksis kan beskrives, skriver Wulff og Gøtzsche (W&G) om de overvejelser man bør gøre sig og hvorfor, undervejs i processen. Der er mange, og forfatterne påpeger også de usikkerhedsmomenter, der ligger, alt sammen noget der underbygger en antagelse om at evidens er et nødvendigt krav i mange sammenhænge, men at der altid vil være usikkerhed alligevel:

> *"Den kliniske beslutningsproces er yderst kompliceret, men kan skitseres i et forenklet diagram"* (Wulff og Gøtzsche 2006:16)

Sammenholder man W&G's model med de tre handletyper, der indgår i Abbott's beskrivelse af den professionelle kerneydelse er spørgsmålet om processernes forløb i praksis relevant. Hvis kerneydelsen ikke kun er naturvidenskabeligt, men også moralsk funderet, hvilken rolle spiller da kravet om evidens i praksis omkring kerneydelsen i forhold til kravene om at møde patienterne som medmennesker? En yderligere

kvalificering af dette spørgsmål kommer til, når man inddrager den tvivl, der er hos Kjærgaard m.fl. om afgrænsningen mellem kerne- og periferiydelser. De skriver:

> *"Det skal understreges, at et givet fænomen (fx ventetid, ernæring, eller information) i nogle sammenhænge er en kerneydelse, i andre en periferiydelse.*
> *Eksempel: Ernæring.*
> *Lækkert og velserveret mad til en underernæret patient er en kerneydelse, mens tilbud om en sandwich i et ambulatorium kan betragtes som en periferiydelse ".*
> (Kjærgaard m.fl. 2001:27).

Spørgsmålet om processernes forløb i praksis er relevant i forhold til en analyse af, om og hvorledes akkrediteringsstandarderne kan 'bryde ind' i kerneydelsen forstået som et begreb, der kan defineres uden for kontekst. Jeg kredser om spørgsmålet her, fordi jeg som nævnt i indledningen til dette kapitel, i feltstudierne har mødt udsagn fra især læger om, at akkrediteringssystemet ikke berører den professionelle kerneydelse, eller blot kerneydelsen. I flg. Kjærgaard er det ikke et entydigt begreb, og dermed, mener jeg, bør ingen på forhånd afvise at kerneydelser kan blive berørt af standarderne; ikke desto mindre sker det.

Hvis jeg dernæst tager udgangspunkt i Abbotts model, ser jeg, stadig med forbehold for vanskelighederne med at adskille de tre handlingstyper, typen 'valg og udførelse af ydelse' som den, der næsten uundgåeligt må blive berørt af akkrediteringsstandarderne, idet systemet defineres som noget der primært berører samspillet på tværs i hospitalets organisation, herunder de såkaldt administrative processer. Jeg vil derfor forvente, at det i forhold til akkrediteringssystemet er nødvendigt at forholde sig til lokale processer generelt, og dermed undlade at fokusere på om arbejdsprocesser kan karakteriseres som kerneydelser.

5.2.2.2 Processerne i klinisk praksis. Handling.

Den kliniske beslutningsproces eller den diagnostiske proces. Hvordan formes den?

Som nævnt ovenfor har Mol studeret processerne knyttet til den kliniske praksis. Hun bruger ikke betegnelsen klinisk beslutningsproces, men et tilsvarende begreb - 'den diagnostiske proces'. Hun har observeret nogle eksempler på, at der er sammenhæng i metodevalget mellem de medicinske forskningsmetoder, der anvendes og den diagnostiske proces omkring de daglige valg af, hvilken behandling man vil give patienterne, idet hun har overværet en række møder på hospitalet i forskningsgrupper og også deltaget i daglige konferencer og stuegange, hvor der træffes beslutninger om behandling af de indlagte patienter. I begge former for fora spørger lægerne hinanden om tegn eller beviser eller handlinger, som for eksempel- 'hvordan gjorde du?', 'hvad fandt du?' Hun bemærker, at det er handlinger, der tales om, ikke tanker. Spørgsmål som 'hvad tænkte du', høres sjældent, (Mol 2002:161).

Sismondo (2004) skriver om noget tilsvarende vedrørende medicinsk forskning, og den betydning forskningsmetoderne har for den kliniske praksis på hospitalet. Med baggrund i feltanalyser i laboratorier, hvor man søger 'rigtige' svar i sine eksperimenter,

benyttes inden for STS-studier begrebet 'eksperimenters regress' vedr. den usikkerhed, der altid vil være, om hvorvidt et eksperiment lykkes. Hvad 'det rigtige svar' er, ved man først, når man er blevet fortrolig med eksperimentets virkemåde. Jo flere åbne spørgsmål, der er forbundet med et eksperiment, jo sværere er det at bruge begrebet 'det rigtige svar'. Man opdager noget, og det fungerer måske i en eller anden sammenhæng - altså har man et resultat. Men om resultatet er et svar på det spørgsmål man havde stillet, er en anden sag. Og er det vigtigt? Det kommer an på, hvilket videnskabsteoretisk udgangspunkt man har. I en foundationalisme-tilgang, som er det STS-forskerne overvejende har mødt inden for naturvidenskabelige forsøg i laboratorier, kan viden spores tilbage til faste foundations/ grundlag, typisk nogle kombinationer af sanseindtryk og rationelle principper. Her vil man søge efter rigtige svar. Eksperimenter kan således betragtes som redskaber, der producerer forskellige reaktioner, hvor man på forhånd har opstillet specifikke spørgsmål til undersøgelse.

Samme metoder, mener Sismondo, ses i medicinsk forskning, hvor der udføres forsøg af den type, hvor et antal patienter får forskellig behandling, enten to forskellige typer medicin, eller medicin + placebo. Tankegangen i forsøgene er, at man kan sammenligne resultaterne fra to forsøgsgrupper. Hvis man afprøver medicin, der kan have indvirkning på en hjertesygdom, vil man give medicin til én gruppe af patienter og placebo til en anden og siden hen, ud fra på forhånd fastlagte vurderingskriterier, kunne vurdere om der er signifikante forskelle på de to patientgruppers tilstand efter forsøgsbehandlingen. Det, der er den væsentlige observation her, er at man antager at produktion af forskellige reaktioner som resultat af forskellige påvirkninger under kontrollerede forhold, kan bevise en faktisk forskel i de forskellige former for påvirkning / input / medicinering. (Sismondo 2004:92)[87].

5.2.2.3 Akademisk viden, jurisdiktion og brud på normerne.

Som baggrund for en professions praksis (diagnose, inference og behandling) ligger der i flg. A. Abbott som regel et system af akademisk viden eller teori, som formaliserer de skills, der er basis for arbejdet, og fastholdelse af professionens jurisdiktion afhænger i en vis grad af hvilken magt og prestige, der er forbundet med den akademiske viden (Abbott 1988:53). Prestigen afspejler offentlighedens (fejlagtige, mener Abbott) tro på, at der er en ubrydelig sammenhæng mellem abstrakt og praktisk professionel viden, og at prestigebetonet abstrakt viden medfører effektivt[88] professionelt praktisk arbejde. Abbott mener, at den sande brug af akademisk professionel viden er mere symbolsk end praktisk, det legitimerer det professionelle arbejde ved at klarlægge grundlaget og henføre det til større kulturelle værdier (som oftest rationalitet, logik, science). Det gælder ikke kun for professioner, hvis centrale værdi er effektivitet eller

[87] Jvf. til sammenligning her beskrivelserne i Kapitel 2 af organisationsteoriens planlægningsorienterede forandringsmetoder, hvor der antages sammenhæng mellem stimulus og respons.

[88] En nærmere diskussion af effektivitetsbegrebet vil jeg ikke tage op her, selv om også det kan være yderst relevant i forhold til, hvorledes forandringsprojekter gribes an og hvorledes man kan forstå kvalitetssikring og -udvikling.

virkning (efficacy), men ses også inden for kunstens verden. Inden for musik, hvor det er skønhed der er en central værdi, nævner Abbott dette eks. på akademisk viden:

> *I Europa, hvor den musikalske profession har været velorganiseret siden 1300-tallet, etableredes i 1600-tallet et stærkt akademisk arbejde omkring begreberne kontrapunkt og harmoni. Dette forenede forskellige professioners musikalske idealer og bandt dem til nogle værdier om harmoni, rationalitet og struktur som dominerede i 1600-tallets finkultur. At det ikke altid blev fulgt i praksis var ikke afgørende* (Abbott, A.1988:54).

Jeg vil supplere her, at det vel altid har været en del af udviklingen inden for kunst af enhver art, at gå imod de vedtagne normer. Nogle kunstnere markerer deres modstand tydeligt, således citeres Mozart (i 1700-tallet) for at have udtalt sig om, at for ham var det melodien, der var musikkens kerne, og at reglerne om kontrapunkt var meget tunge i modsætning hertil. De to forholdt sig, mente han, til hinanden som en racehest og et gammelt øg. (Michael Bo, Dagbladet Politiken, 27.1.06. i artikel om Mozart 1756-91).

Andre kunstnere signalerer ligeledes en sammenhæng mellem brud med normer og en kreativ udvikling:
Inden for billedkunsten kan man se et begreb som 'centralperspektivet' blive kritiseret. I Kapitel 4 har jeg nævnt Matisse's og Eliassons overvejeler. Hos maleren D. Hockney finder jeg fortællingen om, hvordan han har arbejdet på at befri sig fra dette centralperspektivs åg og i stedet for det ene, og kun ét forsvindingspunkt, som centralperspektivet dikterer, arbejde med mange. Han mener, at de mange punkter trækker betragteren ind i billedet, hvorimod centralperspektivet fører betragterne til ét bestemt sted. Hockney vil med sine billeder kombinere talrige fotos med hver sit forsvindingspunkt til ét samlet billede med et større potentiale. Han har altså en bestemt hensigt med at bryde en traditionel arbejdsform[89]. Hockney, Matisse og Eliasson er blot nogle få blandt mange billedkunstnere, der arbejder eller har arbejdet med brud på normerne, og der findes inden for andre kunstarter lignende eksempler. Inden for filmverdenen mener jeg, at de såkaldte dogmeregler for instruktion på en ny måde[90] er et eksempel på det samme, og Mozart er ikke den eneste komponist, der er gået uden for det etablerede system, hvor man i 1900-tallet ser eksempler på brud i form 12-tonemusik hos Schönberg eller elektronisk musik hos Stockhausen.

De påstande, der udgår fra det akademiske område, kan således indebære nye krav om jurisdiktion, men en anerkendelse forudsætter tilslutning fra samfundet - der skal ønske det og legitimere det. Derfor er det et vigtigt element i den interprofessionelle konkurrence, at den kan få adgang til det offentlige rum, så der kan skaffes anerkendelse og efterspørgsel af den ekspertise, der er skabt, mener Abbott, (Abbott, A. 1988:58). Manglende anerkendelse eller et negativt skred i den eksisterende kunne medføre tab af ju-

[89] Heymer, K. (2001)
[90] Dogmeregler: I 1995 formulerede filminstruktørerne Lars von Trier og Thomas Vinterberg et koncept for instruktørarbejde, der skulle hjælpe den enkelte instruktør til at arbejde på nye måder. De kaldte det dogme 95. Det bestod af et manifest og 10 bud, der skulle efterleves, når man lavede film.

risdiktional kraft. Og her har kunsten vel andre arbejdsbetingelser end for eksempel lægeprofessionen. Kunstnere fungerer ikke i professioner med kollektiv identitet, så kunsten har, mener jeg, trods den akademiske viden, ikke en tilsvarende jurisdiktion, der kan forbedres eller forringes, her kan man snarere tale om forskellige retninger og skoler, som kan være mere eller mindre udbredte og anerkendte på bestemte tidspunkter. Normbrud eller avantgarde har sjældent været populært fra starten. Brud inden for de stærke professioner som lægernes sker hovedsageligt inden for rammerne af den akademiske vidensudvikling og svækker dermed ikke jurisdiktionen, har Abbott iagttaget (1988:96). Jeg ser en bekræftelse på antagelserne i Kjærgaard m.fl.(2001), hvor det understreges, at metoder til kvalitetssikring og -udvikling skal følge de sundhedsvidenskabelige metodiske principper, og hos Wulff m.fl. (1990), hvor det fremhæves, hvorledes uddannelsen fører de studerende gradvis ind i paradigmet.

Forandringer i jurisdiktion:
Abbott mener som tidligere nævnt, at historien viser, at udvikling og fastholdelse af en profession omfatter manifestering af en jurisdiktion. Han antager, at der er konstant forandring i såvel opgaver som professioner og forbindelserne/ linket mellem dem. Det skyldes dels eksterne faktorer så som teknologi, politik og andre sociale kræfter som påvirker opgaverne (opdeler dem, omgrupperer dem), dels intern dynamik i professionen. Kontinuerte forandringer er der således også i jurisdiktionen.

Eksternt generede forandringer i en professions jurisdiction kan skyldes, at der enten er skabt nye potentielle områder, eller at eksisterende er blevet ødelagt. Kilder til ekstern systemforstyrrelse kan være ændringer i teknologi, samfundsmæssige strukturer og organiseringsformer, eller miljø og natur , eller der kan ske forandringer i det omgivende samfunds kulturelle strukturer, som følge af for eksempel ændret lovgivning. Det var, hvad der skete i USA i slutningen af 1800-tallet, da homøopater fik lov til at praktisere og dermed blev konkurrenter til lægerne; eller i England, hvor nye regler omkring privat ejendomsret, havde betydning for udvikling af advokatbranchen, der fik et nyt forretningsområde. Ændringer i teknologi er der eksempler på inden for avisproduktion, hvor journalisternes arbejdsform i løbet af 1980'erne blev markant ændret og et fag som typografi nærmest forvandt, eller nye strukturer i behandlingssystemet således som det skete i det psykiatriske behandlingssystem i USA i 1970'erne. Nogle gange søges nye jurisdiktioner dog også opsuget af eksisterende. Det skete i flg. Abbott med flyvevåbnet i USA (Abbott,A. 1988:91), som trods en teknologi, der revolutionerede krigsførelsen under 2. verdenskrig, i første omgang blev en del af hæren og først efter flere årtiers interne kampe blev selvstændigt.

Interne kilder til skabelse eller destruktion af jurisdiktion kan ses i forbindelse med organisatoriske ændringer eller fremkomst af helt nye organisationer, der skaber nye professioner. I Danmark gav introduktionen af informationsteknologien i 1970'erne og 1980'erne anledning til forandringer af blandt andet kontorarbejde, hvilket medførte at en ny faggruppe, edb-specialister, kom til at konkurrere med kontorfunktionærerne, ikke kun om arbejdsopgaver, men også om faglig organisering, hvor kampen om medlemmerne stod mellem de to organisationer Prosa og Samdata/HK. Abbott nævner et

eksempel på en ny profession, 'American social workers', som bygger på en bevægelse af velgørende organisationer, der gradvis udvikledes til en organisation, hvor medarbejderne fik fast ansættelse og løn for arbejdet. Efterhånden opsamlede de en masse viden om det, der blev kaldt 'sociale diagnoser' og skabte en profession på den basis. I England var der tilsvarende funktioner, hvorfra man efterhånden fik samlet en profession af welfare workers, dog var der her fra starten en klar opgavefordeling på tre områder: hospitaler, retssystemet, og welfare agencies. (Abbott, A.1988:93).

De interne relationer kan også blive forstyrret af ny viden, således som det skete for lægeprofessionen, da nye opdagelser i slutningen af 1800-tallet, gav mulighed for anderledes sygdomsbehandling og helbredelsesprocent (ibid: 96). Hver gang en profession, der har jurisdiktion, udvikler et nyt syn på et af sine områder, for eksempel et sygdomsproblem, opstår der en mulighed for at andre kan vinde indflydelse, dog oftest mere i teorien end i praksis. Hvem definerer, hvad alkoholisme er, spørger Abbott og svarer, at det gør den eller de profession(er), der har jurisdiktion på opgaven, hvilket i dette tilfælde normalt er læger og psykologer (ibid: 40). Et eksempel på denne praksis ser jeg, når der i en dansk bog[91] om historien om aids-bekæmpelsen i Danmark berettes om, hvordan læger kan påvirke sygdomsklassifikationer. Her kan man f. eks. læse om specialet for kønssygdomme, hvor en overlæge for en klinik med dette speciale foreslog, at man kunne registrere aids som kønssygdom (angiveligt fordi klinikken var truet af lukning som følge af lav aktivitet). Det blev afslået af de myndigheder i Danmark, der træffer beslutning om den type spørgsmål. Men ideen blev dog fremsat.

5.2.2.4 Opsamling om den professionelle kerneydelse - en multiplicitet?

Hvis man antager, at det forholder sig således, at jo mere vægt der i samfundet lægges på færdigheder som ikke er formaliseret i professionens videnssystem, jo større trussel er der mod den etablerede jurisdiction, må det gælde, at når personalet på hospitalet får nye opgaver, således om det sker i forbindelse med kvalitetssikring som ikke er baseret på det videnssystem, de plejer at relatere sig til, vil en mulig forventet reaktion være, at man ser sin magt og prestige forandret, enten forbedret eller forringet. Og konsekvensen af dette kan teoretisk set være, at man enten prøver at få magt over eller få indpasset de nye aktiviteter i de sfærer, hvor man selv styrer, eller at man forsøger at holde aktiviteten uden for sin jurisdiction, hvor man med andre ord ikke vil påtage sig opgaven. Antager man samtidig en multiplicitet uden faste holdepunkter som illustreret ved Eliassons 'Fog doughnut' (se Kapitel 4), kan man aldrig forvente, at man kan styre et bestemt sted hen. Men man kan forsøge at påvirke processerne, hver dag og ved enhver lejlighed.

Med forestillingen om praksis som en rhizomagtig netværksstruktur vil, hvis temaet kvalitetssikring sættes på dagsordenen i samfundet, professionerne blive nødt til at respondere. I forhold til akkreditering betyder det, at professioner må tage hensyn til, hvordan samfundet i form af borgere, patienter, patientorganisationer, politikere m.v.,

[91] J. Fouchard m.fl. 2006. *"Bøssepesten. Historien om aids-bekæmpelsen i Danmark 1981-1996*".

vurderer kvaliteten af deres ydelser og brugen af akkrediteringssystemet. Det er ikke en sag, der ud fra en interaktionistisk og pragmatisk forståelse kan klares inden for professionerne alene, men det er heller ikke en sag der kan styres rationelt, der vil hele tiden udvikles nye tråde og associationskæder i praksis. Så selv om der kan produceres en tilsyneladende ordnet form med standarder eller professionsparadigmer, kan der under overfladen findes en anden praksis.

5.3 Afsluttende om professionelle

STS forskning, skriver Sismondo, er kritisk over for en foundationalisme-tankegang, men er først og fremmest interesseret i at forstå kilder og meninger i forbindelse med videnskab og teknologiudvikling og -anvendelse, ikke i at kontrollere eller udfordre denne viden. Jvf. Mol's formål med en pragmatisk udforskning af praksis på hospitalet, hvor det ikke er modsætninger, men forskelle hun fokuserer på, og hvor der ikke forventes en enkelt sandhed.

Med en lignende tilgang vil jeg afrunde min diskussion af professioner, professionelle kerneydelser og de mulige måder hvorpå akkrediteringssystemet kan påvirke arbejdsprocesser på hospitalet. Jeg har søgt indblik i hvorledes professionsparadigmer afspejles i praksis, fordi jeg finder, at det vigtigt at skabe mulighed for at give et så bredt og dybt billede af forandringer i arbejdsprocesserne som muligt, ikke for at give positive eller negative vurderinger. Jeg har fremdraget træk, der kan være relevante i forhold til indtænkning af professionsbegrebets betydning, hvor det er temaer som adgangen til at præge arbejdsprocesserne og interessen for at deltage i forandringer, jeg har fokuseret på. Her finder jeg, at jurisdiktion og definition af kernefaglige opgaver og arbejdsmetoder er centrale temaer, som jeg vil forvente har indflydelse på hvorledes akkrediteringssystemet kan implementeres på hospitalerne.

Jeg vil supplere med at citere en fremtrædende repræsentant for lægeprofessionens arbejde med kvalitetssikring og -udvikling, Donald Berwick fra Institute for Healthcare Improvement (IHI)[92] i USA, hvor man har en tilgang til kvalitetsarbejdet, der er baseret på selvevaluering og tekniske målemetoder (bl.a. Six Sigma, som beskrevet i Kapitel 2) med fokus på de professionelle aktørers egen indsats. Idégrundlaget for de metoder, der anvendes i IHI, er at der skal være balance mellem lokale og centrale initiativer. Dokumentation inden for kvalitetsarbejde er vigtig, men den skal bruges til diskussion, dér hvor data kommer fra, den kliniske praksis. Og netop denne opgave omkring diskussion er i centrum for Berwick. Han taler om ordenes betydning, 'magic words', og nævner en række ord fra sundhedsvæsenets hverdag, som han mener er udtjente, og hvor nye betegnelser vil kunne gøre en forskel. Blandt andet nævner han ordet 'udskrivning', som han mener forgifter tænkningen om system eller sammenhæng i sundhedsvæsenet. Det bør erstattes med 'at huske', fordi patientforløbet er en opgave for alle sektorer, mere eller mindre, men aldrig slet ikke, fra start til slut.

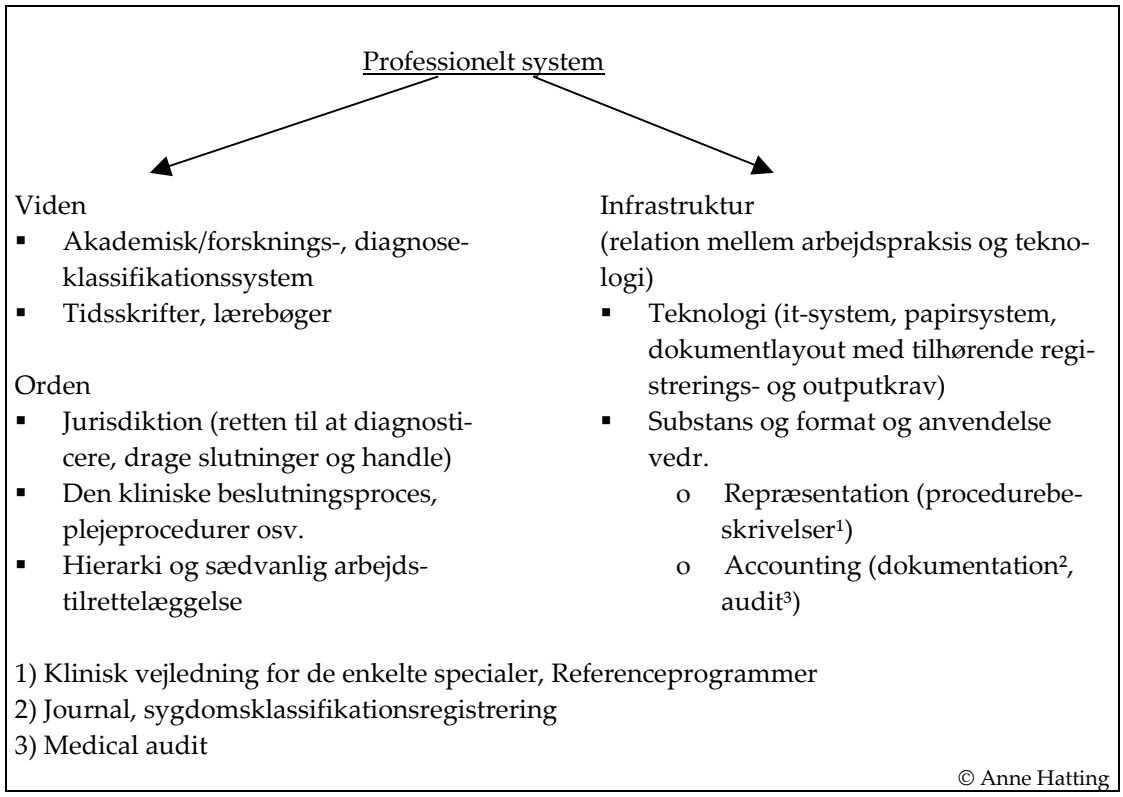
[92] Se nærmere om IHI i 11.4

Om udbyttet af målinger siger han, at det der ikke kan måles, ikke kan styres, men målinger kan ikke stå alene, der skal suppleres med beretninger, fortællinger. Målinger må ikke forveksles med virkelighed, de kan ribbe hændelser i praksis for indhold, og accountability (redegørelser for konsekvenser af handlinger) ignorerer sjælen i vores intentioner:

> Om accountability: *"The confusion of measurement with reality is first cousin to another confusion: confusing counting with relationship. If we rely on accountability as the key to improvements in health care, we will fail. The problem ... is that people in the end, decide what they will do. ... Don't misunderstand me. I agree that it can be helpful if there are consequences for our actions - accountability. But my plea is that it is not at all sufficient. As measurement can pluck the heart from a story, accountability can pluck the soul from our intentions".* (Berwick, D. 2004: 223-231)

I det følgende kapitel vender jeg tilbage til kvalitetssikringsmetoderne, idet jeg diskuterer, hvorledes man kan forstå akkrediteringssystemerne som standard- og klassifikationssystemer. I den sammenhæng konstruerer jeg en model, som kan støtte min analyse af mødet mellem den professionelle sfære og akkrediteringssystemet. Selv om den nærmere begrundelse og analyse således først følger i det kommende kapitel, vil jeg, for at give et overblik, her sammenfatte præsentationen af en række begreber i dette kapitel om professioner og professionelle i nedenstående Figur 5.3, hvor væsentlige træk ved det professionelle system er markeret. Figuren er som nævnt et støtteredskab i min analyse og ikke udtryk for en skarp opdeling af praksis. Den er udarbejdet med inspiration fra STS-litteraturen om dels problemstillinger i forbindelse med repræsentation af arbejdsopgaver og -processer, dels klassifikations- og standardsystemers skabelse og funktion (se Kapitel 6). Modellen skal illustrere, at et professionelt system kan betragtes ud fra forskellige vinkler, karakteriseret som henholdsvis infrastruktur og systemer omkring viden og orden.

Figur 5.3 Væsentlige træk ved professionelle systemer



KAPITEL 6 KLASSIFIKATIONS- OG STANDARDSYSTEMER

6.1 Indledning - et teoretisk grundlag for forståelse af akkrediteringssystemer

> *"**Health care has taken** a century to learn how badly we need the best of F. Taylor. If we can't standardize appropriate parts of our processes to absolute reliability, we cannot approach perfection. So we have become very interested in guidelines, protocols, and standards so we can be reliable. ..... But our love with Taylor is risky; we can overshoot. If we write too many manuals, if we standardize the wrong parts of our care, we are going to drive the spirit out of the workforce ... We need to ask the workforce to redesign its work."* (D. Berwick, 2004 :283)[93] .

I dette kapitel vil jeg belyse akkrediteringssystemer ud fra en teoretisk vinkel, med henblik på at finde frem til nogle hypoteser om, hvorledes de kan tænkes at fungere som forandringsmekanismer i forhold til de arbejdsprocesser, de er rettet imod. Berwick præsenterer i det indledende citat nogle forbehold over for anvendelsen af standarder og retningslinjer, og advarer mod at ødelægge personalets arbejdsglæde og -motivation i bred forstand, 'the spirit'. Han finder, at det er nødvendigt at standardisere passende dele af arbejdsprocesserne til en grad, så de findes absolut pålidelige, men advarer mod at fratage aktørerne indflydelse på og ansvar for selv at være opmærksomme på, hvad der skal gøres for at sikre kvaliteten.

Akkrediteringssystemer fremtræder som dels en samling af standarder - i form af beskrivelser af en række processer man skal inddrage i arbejdet, dels en række metoder til at implementere og kontrollere brugen af standarderne. Systemerne præsenteres som redskaber, der kan bruges til at sikre kvaliteten af det arbejde, der foregår inden for deres anvendelsesområde, i dette tilfælde er sigtet primært at opnå størst mulig patientsikkerhed[94]. De systemer, der analyseres her, er baseret på tankegangen i Total Quality Management-konceptet (TQM), hvor der er fokus på organisatoriske forhold i form af struktur og processer.

I akkrediteringssystemerne benyttes en terminologi, hvor kvalitetsstandarder fremstår som udsagn om eller er korte beskrivelser af, hvilke forholdsregler man skal træffe omkring en arbejdsopgave, på hvilke områder man skal have procedurer og i nogle tilfælde er der også succeskriterier for målopfyldelsen. Akkrediteringssystemerne præsenteres altså som systemer, der omfatter en række standarder for såvel performance (adfærd og præstationer) i en organisation, som kontrol af om der leves op til målene.

[93] D. Berwick klinisk professor i pædiatri og health care policy ved Harvard School of Public Health, Boston Massachusetts. Medstifter af Institute for Healthcare Improvement (IHI).
[94] Se beskrivelsen af akkrediteringssystemerne i kapitel 1.

Joint Commission, som har akkrediteret hospitalerne i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), definerer en standard således:

> *A standard is a "statement that defines the performance expectations and/ or structures or processes that must be in place in order for an organization to provide safe, high-quality care, treatment, and services".* (JC HAS 2004:179)

De spørgsmål, der skal diskuteres i dette kapitel, fokuserer på hvorledes akkrediteringssystemerne ud fra en teoretisk synsvinkel kan tænkes at påvirke arbejdsprocesser. Diskussionen struktureres omkring tre temaer:

- akkrediteringssystemet som en TQM-model, med top-down styring og New Public Management-værdier som centrale emner.
- akkrediteringssystemet som et standard- og klassifikationssystem, med viden og orden som centrale emner
- akkrediteringssystemet som en repræsentation af arbejdsprocesser, med infrastruktur som centralt emne.

6.2 Akkreditering - et TQM-system.

Et holdningssystem og et informationssystem.

> *TQM er en helhedsorienteret ledelsesfilosofi med fokus på ledelsens engagement, kundens og medarbejdernes tilfredshed, alles deltagelse, løbende forbedringer og inddragelse af faktisk viden.* (H:S juli 2001)

Jeg har i Kapitel 2 beskrevet, hvorledes principperne i TQM-modellen kan genfindes i beskrivelserne af mål og metoder for akkrediteringssystemerne, især for så vidt angår tænkning om, hvordan man gennemfører forandringer og på hvilket grundlag. Her var det forandringsprocesser tænkt som lineære, faseopdelte forløb med en høj grad af topstyring og værdiudmeldinger, der var det gennemgående træk.

I dette afsnit diskuterer jeg, hvorledes man kan iagttage sammenfald mellem principper i TQM og akkrediteringssystemerne, for så vidt angår tænkning om communities of inquiry/ undersøgende fællesskaber som redskaber til skabelse af helhed og informationssystemer. Endvidere sammenstiller jeg klassifikationssystemer og TQM principper og viser, hvorledes man også her kan se træk af skabelse af sådanne fællesskaber.

6.2.1 Fællesskab om tanker og idéer. Community of inquiry.

Kvalitetssystemer i organisationer består af en række udsagn om, hvad der bør tænkes på, og hvordan man skal organisere arbejdsgange og kontrolforanstaltninger, mener P.M. Shields (2003)[95]. Dokumentation og vejledninger er udformet som standarder og kategorier, der dels tegner et landkort (jvf. den tilsvarende metafor for arbejdsproces-

[95] P.M. Shields diskuterer ud fra et politologisk perspektiv, hvorledes det af J. Dewey (der repræsenterer klassisk pragmatisme) udviklede begreb 'community of inquiry' kan bidrage til udvikling af både teori og praksis inden for offentlig administration.

ser nævnt hos Suchmann , se Kapitel 4) over alt hvad man bør tænke på - her i relation til organisationsdrift og kvalitetsbevidst og sikkert arbejde - dels kommer til at give alle aktører i organisationen et fælles sprog omkring de emner, systemet handler om. Der kan på den måde opstå et 'community of inquiry', hvor aktørerne bliver i stand til at tale sammen, sammenligne perspektiver, argumentere og teste hypoteser om det, de oplever.

> *"The power of TQM lies in its primary goal of reducing the psychological and organizational barriers to people sharing their thoughts and ideas, many of which boil down to the single barrier of fear. For example, fear of contradicting or embarrassing one's boss. TQM is an approach to get the blind men to speak - both directly, by reducing the fear of speaking and indirectly, by getting them to use the benchmark approach to measurement. In other words, it does not matter if folks are completely accurate or honest; the focus is the direction the measurements take over time".* (Shields 2003:213)

Henvisningen vedr. de blinde mænd refererer til en klassisk buddistisk historie om tre blinde mænd, der skal beskrive en elefant. De står på forskellige sider af elefanten og beskriver det, der er nærmest - én har fat i halen og beskriver derfor elefanten som et reb, én har fat i øret og mener han står over for en vifte, og én rører ved benet og mener, det er en søjle. Pointen her er, at de blinde mænd mangler et fælles sprog for undersøgelse eller udforskning - de mangler et 'community of inquiry'. Hvis de havde haft det, ville de tale med hinanden, sammenligne perspektiver, argumentere og teste hypoteser, mens de indsamlede data, i dette tilfælde rørte ved, lyttede til og lugtede til de dele af elefanten, de havde fat i. De ville på den måde kunne have kommet ud over deres respektive begrænsede perspektiver - den del de havde fat i - og måske have fået et samlet billede af elefanten. Udforskningsfællesskab er et begreb, der er inspireret af Pierce[96], som har beskrevet 'inquiry' i forbindelse med overvejelser over relationerne mellem tvivl og tro, og den indflydelse de to begreber har på handling. Pierce mener i flg. Shields, at mennesker altid vil kæmpe for at komme væk fra en tilstand af tvivl, og kalder bestræbelserne for at nå et stadie af tro for *inquiry.*

I et 'community of inquiry' løser man problemer gennem dialog med begrundede meninger, og med respekt for hinandens synspunkter samt accept af gensidig kritik. I følge Shields kan man således forvente af finde forskellige udforskningsfællesskaber på de hospitaler, hvor akkrediteringssystemerne implementeres. Altså grupper af aktører, der har et fælles problem eller opgave, og som diskuterer kvalitetsforbedringer gennem kritisk dialog, med velbegrundede argumenter. Teoretisk set kan grupperne findes overalt på hospitalet, og være såvel mono- som tværfaglige.

6.2.2 Kvalitetskultur og -holdninger.

Akkrediteringssystemer har som følge af deres opbygning og foreskrevne anvendelse incl. forventninger til implementeringsmetoder mange træk fælles med TQM, som jeg

[96] Charles Sanders Pierce er en af 'grundlæggerne' af den klassiske amerikansk pragmatisme, der i et filosofisk perspektiv er kilden til begrebet *'Community of inquiry'*.

her kort skitserer med henblik på, at vise i hvilken udstrækning og på hvilke områder, jeg ser overensstemmelse mellem målbeskrivelserne for henholdsvis TQM (Figur 6.1) og varianten EFQM (Figur 6.2), og de to akkrediteringssystemer fra JCI (anvendt i H:S) og HQS (anvendt i Sønderjyllands amt).

Kommentar til TQM-metoden (Figur 6.1):
Topledelsen skal tage initiativ til og gå forrest med at skabe kvalitetsholdninger, er budskabet i TQM-modellen. Det sker ved at bruge intern markedsføring, ved at sikre at ledelsens rolle og holdninger er synlig for alle medarbejdere og endelig ved grundigt arbejde med at skabe måleresultater, der kan vise udviklingen i en række bløde parametre såsom arbejdsklima og tilfredshed. At måle holdninger er kompliceret, der er ingen færdigudviklet metode og facitliste. Det kan i flg. forfatterne være én af grundene til at mange virksomheder, der tager TQM-værktøjet i brug giver op undervejs og fokuserer på systemer og kontrolforanstaltninger, der, antager jeg, udformes i kvantitative størrelser, hvorved man kan producere letoverskuelige resultater. Problemet er naturligvis, at det er vanskeligt at sætte tal på holdninger.

Lund og Knudsen fremhæver begrebet 'kvalitetsholdning' og giver nogle råd om, hvordan man kan arbejde med ændringer af holdninger. De gør opmærksom på, at det er svært, og at virksomheder ofte har sat fokus på systemer og kontrolforanstaltninger i stedet for. Kvalitetsholdning er i flg. forfatterne til stede, når der er stor sans for de små kvalitetsdetaljer, som bidrager til kundens oplevelse af totalkvalitet, og når den enkelte medarbejder føler, at dét at arbejde med kvalitet øger jobglæden, og i udstrakt grad selv tager initiativ til kvalitetsforbedring. Endelig er det også nødvendigt, at ledelsen klart signalerer, at TQM ikke er et projekt, men en måde at drive virksomhed på. (Lund og Knudsen, 1994: 29 og 32).

Intern markedsføring er en betydningsfuld faktor, mener forfatterne og beskriver eksempler fra danske virksomheder, hvor man har gjort noget særligt ud af kommunikation ved hjælp af slogans på artefakter såsom tøj og arbejdsredskaber. Markedsføringstanken har man brugt i forbindelse med de to akkrediteringsprojekter, hvor der er benyttet midler som nyhedsbreve og informationsmøder undervejs i forløbet med forberedelserne til akkreditering, og efterfølgende har akkrediteringsorganisationerne udleveret et diplom, der i kopi er blevet tilbudt alle afdelinger. Man ser nu diplomet ved indgangene til hospitalerne og rundt omkring på væggene i afdelingerne

Figur 6.1 TQM -Total Quality Management. Resultater og visioner

Kvalitetsholdninger.
"Hvis der skal skabes en egentlig Total Quality Management-kultur, kræver det ihærdigt fokus på påvirkning af kvalitetsholdninger. For de fleste virksomheder virker denne del lidt mere uhåndgribelig at tage fat på og mere vanskelig at se effekten af - og nogle virksomheder ender derfor med at fokusere for meget på systemer, kontrolforanstaltninger osv."

Målrettet påvirkning
"Erfaringerne med at påvirke og flytte **kvalitetsholdningerne** i en virksomhed kan opdeles i følgende:
1. Systematisk intern markedsføring
2. Synlig ledelse
3. Måling af udviklingen i kvalitetsholdningerne og måling af lederadfærd."

ad 1. Intern markedsføring.
"Det har vist sig at en langsigtet intern markedsføringsindsats... er nødvendig. ...
Den interne kommunikation skal være lige så spændende som den eksterne. ... Ledelsen signalerer at den er seriøs, når der bliver udarbejdet læseværdigt internt materiale."
Eks. på internmarkedsføring:
- ISS linnedservice brugte egne produkter - nemlig måtter med kvalitetsslogans: 'Kvalitet starter hos dig', eller 'gør jobbet rigtigt første gang'.
- En division i Arla Foods belønner gode kvalitetsprodukter med T-shirts og diplomer
- Dandy valgte at skrive kvalitetsmålsætningen på plakater og hænge dem op overalt i produktionen.

ad 2. Synlig ledelse
"Erfaringen er, at det specielt i 'lanceringsfasen' af en TQM proces stiller enorme krav til 200% perfektionisme og sans for kvalitetsledelse i topledelsen. Topledelsen skal være synlig, fx i form af:
- interne interview
- gennemgang af kvalitetsresultater
- overrækkelse af belønninger for store kvalitetsforbedringer
- jobsamtaler og udviklingssamtaler"

ad 3. Målinger.
"En af årsagerne til at mange virksomheder - ofte ubevidst- kommer til at prioritere holdningsbearbejdningen for lavt, er, at det på mange virker lidt uhåndgribeligt, og hvordan kan man i øvrigt måle effekten? Det er vor erfaring, at man kan arbejde lige så meget med at måle udviklingen i kvalitetsholdningerne, klimaet, medarbejdertilfredsheden og lederadfærden, som man kan måle på andre områder."

(Lund og Knudsen.(1994:187-94)

TQM-metoden er baggrunden for den særlige europæiske kvalitetsmodel, EFQM[97]. Modellen er udviklet af store europæiske industrivirksomheder i 1980'erne, og i 1990'erne bearbejdet til brug i den offentlige sektor i Danmark. Fra formålsbeskrivelsen i en vejledning om modellen, vil jeg fremhæve antagelsen om, at der forventes skabt en kvalitetskultur, forstået som en praksis hvor alle aktører i virksomheden deltager i udvikling af arbejdsgange, der kan sikre tilfredshed hos medarbejdere såvel som brugere, samt garantere gode produktionsresultater.

Figur 6.2 EFQM - Den danske kvalitetspris for den offentlige sektor

Den danske udgave af "The EFQM Excellence Model":

"Kvalitetsprisen belønner offentlige organisationer, som kan dokumentere, at de har arbejdsgange, metoder og procedurer, der sikrer en bedre kvalitet i ydelserne. Og at organisationen har en positiv udvikling i sine resultater i forhold til brugere, medarbejdere, samfundet og generelt set. Samt - ikke mindst - at der er skabt en ***kvalitetskultur****, hvor ledelse og medarbejdere i fællesskab løbende udvikler metoder og arbejdsgange for at skabe brugertilfredshed, medarbejdertilfredshed og gode resultater....Kvalitetsprisen ... uddeles på baggrund af selvevalueringer.. "*

(Kvalitetsprisen for den offentlige sektor 2000-2001 - vejledning).

Den danske model og kvalitetsprisen styres og udvikles i dag i offentligt, statsligt regi[98].

Hvis der bag akkrediteringssystemerne fra JCI og HQS findes en 'ledelses- og kvalitetsfilosofi' svarende til den der hos Lund og Knudsen beskrives i TQM, eller en kvalitetskultur, som er målet for Kvalitetsprisen, vil jeg mene, at frembringelse af 'kvalitetsholdninger' må være et centralt tema i de to sygehusvæseners projekter. I KISS/HQS-systemet[99], der er afprøvet i Sønderjyllands amt, er standarderne fordelt på fire sektioner, hvoraf de to omhandler ledelse på forskellige planer, mens der i de to andre er fokus på hhv. patientrelationer og hospitalets ydelser i form af behandling, pleje og service. I JCI-systemet, som implementeres i Hovedstadens Sygehusfællesskab er standarderne fordelt på 12 kapitler, hvoraf ét har en betegnelse, der indeholder ordet ledelse, et andet handler om kvalitetssystemer og fem tager udgangspunkt i patientforhold. I JCI-standard-manualen læser man i forordet, at der lægges vægt på processen, hvilket jeg mener kan ses som et udtryk for, at der fokuseres på udvikling af holdninger og kultur:

> *"akkreditering er et ledelsesværktøj egnet til at sikre fokus på kvalitet og præstationsforbedring. Den væsentligste værdi for H:S er den proces og de forberedelser der fører til akkrediteringen, og det afgørende grundlag herfor er standarderne"* (H:S, september 2000:7)

[97] EFQM - European Foundation for Quality Management. En sammenslutning af europæiske virksomheder, der har stået for udvikling af en selvevalueringsmodel.
[98] SCKK Statens Center for Kompetence- og Kvalitetsudvikling har ansvar for modellen. Se www.sckk.dk
[99] KISS - Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen

I introduktionen til KISS /HQS systemet lægges der vægt på at markere sammenhæng mellem ressourcer og kontinuert fokus på forbedring, på at medarbejderne skal være engagerede og have ordentlige arbejdsbetingelser, samt at kvaliteten i ydelserne skal kunne synliggøres:

> *"Filosofien bag standarderne er bl.a. funderet i at kvalitet i sundhedsvæsenet bedst er sikret ved:*
>
> - *Et stadigt ønske om forbedring af undersøgelse, pleje og behandling til patienten i overensstemmelse med at ressourcerne udnyttes bedst muligt*
> - *At fysiske, tekniske og organisatoriske forhold er på plads for at personalet kan yde det bedste*
> - *At de, der yder ydelsen er fuldt engagerede og bliver støttet til at påvirke og opnå de ønskelige forandringer*
> - *At der sker fremskridt ud fra selvevaluering baseret på, hvad der er acceptabelt, og hvad der er god praksis*
> - *At hele organisationen på alle niveauer fungerer godt*
> - *At kvaliteten kan synliggøres*
>
> *KISS standarder er nødvendige for løbende at sikre god klinisk praksis."*
> (KISS/HQS. Akkrediteringsprogram. version 1. juni 2002)

Både hos H:S og i Sønderjyllands amt understreges det, at standarderne er det grundlag, hvorpå processerne skal baseres.

6.2.3 Et styrende informationssystem. Accounting

De mange standarder med tilhørende dokumenter i form af udfyldende procedurebeskrivelser, vejledninger og politikker, samt de systemer hvorigennem akkrediteringssystemet udbredes og anvendes, udgør tilsammen et stort informationssystem eller en teknologi, hvis man følger den terminologi der anvendes inden forskning i brug af standard- og klassifikationssystemer. Der skabes beretninger, om hvad der er korrekt at gøre, hvilke handlinger, der prioriteres højt og hvordan organisationen i det hele taget fungerer; endvidere sker der det, at mennesker og deres betydning i organisationen klassificeres. Bowker & Star (1999) har i deres forskning på området undersøgt udvikling og brug af informationssystemer og vist, hvorledes både værdier og handlemåder bliver indlejret i systemerne, hvor der med lejring refereres til en fastfrysning og cementering af praksis.

Hvad specielt gælder nogle af de vigtigste kontrolelementer i akkrediteringssystemerne, dokumentation og audit[100], eller med andre ord accounting (forstået som beretninger om praksis af både kvalitativ og kvantitativ art, og repræsenteret ved ikke mindst regnskabssystemer), peger forskning på, at der via kontrollen kan skabes social orden. Således skriver N. Rose (1990) i en diskussion af regnskabssystemer, at hvis man, som

[100] Audit: revision, høring eller kvalitetsvurdering. Fagpersoners systematiske gennemgang af processer og hændelsesforløb for at afdække tilfredsstillende og ikke-tilfredsstillende forhold vurderet i forhold til vedtagne kvalitetsmål (H:S direktionen, 2001). Fagpersoners systematiske vurdering af patientforløb for at afdække tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende forhold, vurderet i forhold til vedtagne eksplicitte og implicitte kvalitetsmål. (J.Kjærgaard m.fl. 2001:15)

han gør det, mener at statistik og andre tal, der er baseret på klassifikationssystemer, er socialt og politisk ladede, må man antage, at accounting systemer reflekterer en moralsk orden, og at de påvirker menneskers definition af selvet. Rose skriver ud fra en poststrukturalistisk forståelse inspireret af Foucault, og har dermed ikke, som man finder i STS/ANT-tænkningen en netværks- og rhizomagtig forestilling om virkelighed, men en mere fast systemorienteret og især magtfokuseret tilgang. I forhold til min undersøgelse af hvorledes systemer mødes og hvilke tilgange til forandring man kan udpege, finder jeg det imidlertid relevant at medtænke og trække på Rose's analyser af sammenhængen mellem accountingsystemer og opfattelser af orden i praksis på hospitalet.

Bowker & Star har erfaret, at etablering af et klassifikations- eller standardsystem indebærer en samtidig skabelse af en registreringskultur, idet der skal indrapporteres data til systemet. Med registreringskulturen følger den type af opgaver, der overordnet kan karakteriseres som accounting. I de akkrediteringssystemer jeg undersøger i Danmark, finder jeg accounting i form af audit og dokumentation i form af fri tekst, tal og afkrydsning i skemaer undervejs i løbet af udførelsen af de daglige arbejdsprocesser. Accounting er i det hele taget en væsentlig del af akkrediteringssystemet, hvor selvevaluering i forskellige former indgår, dog med audit som det redskab, der primært er taget i brug.

6.2.4 Audit

Audit er et vigtigt kontrolelement i akkrediteringssystemet. En professionsspecifik 'Medical audit' har været anvendt inden for sundhedsvæsenet i nogle år, især i USA og England. Men med akkreditering bliver audit yderligere udbredt. Om konsekvenserne af dette for den specifikke medical audit skriver revisionsforskeren M. Power:

> *"As medical auditing becomes part of a quality assurance system, it concerns itself with the auditable objects of managerial capability rather than directly with care itself and cannot but impact on medical autonomy"* (Power, M. 1997:109)

M. Power skriver om problemerne med at holde et audit system i gang. Det kræver konstant reproduktion og opretholdelse af den institutionelle rolle at få det til at fungere. Der er brug for hjælp fra en mangfoldig samling af rutiner, praksis og økonomiske begrænsninger. Og alligevel lykkes det ikke altid. Power giver adskillige eksempler på tilfælde af uperfekt kobling mellem programmatiske krav om kontrol på den ene side og realiteterne i den komplekse virkelighed og i arbejdet med at bruge auditsystemerne på den anden (ibid:89). Med hans erfaringer vil jeg mene, at der kan være store udfordringer til de hospitaler, der vil implementere akkrediteringssystemerne. Forventningerne i de to forvaltningssystemer, H:S og Sønderjyllands amt, går i retning af etablering af mange rutiner og samarbejde m.v.:

> *"De grundlæggende spørgsmål i akkreditering er: Findes der retningslinjer? Kendes de? Følges de? Dokumenteres de? Der forestår nu et stort arbejde med at tilpasse..[det internationale system]... Kendskabet hertil skal udbredes i hele H:S og rutiner opøves, så relevant dokumentation af arbejdet indgår i dagligdagen. Et led*

> *heri er målrettet uddannelse af alt personale i princippperne for kvalitetsudvikling og præstationsforbedring samt konkret anvendelse heraf."* (H:S, september 2000:8)

> *"Det er vigtigt at DU kommer til at kende de standarder, der er væsentlige for lige netop dit arbejdsområde. Du er - sammen med dine kolleger - en forudsætning for at kvaliteten i din afdeling er i orden. Ved akkrediteringen er det ikke den enkelte medarbejder der vurderes, men enhedens samlede indsats".* (KISS 2002. Personaleinformation.)

Citaterne her stammer fra informationsmateriale skrevet i forbindelse med starten på akkrediteringsforløbene i H:S og Sønderjyllands Amt. Jeg vil især fremhæve to budskaber, som er teoretisk interessante i forandringssammenhæng. Det ene er budskabet om, at alle medarbejdere skal kende de for dem relevante standarder, i H:S nævnes endvidere et middel i form af en kommende uddannelsesindsats; det andet er, at fokus rettes mod de humane aktører, og det kollektiv de indgår i.

> *"Den væsentligste værdi for H:S er den proces og de forberedelser, der fører til akkrediteringen, og det afgørende grundlag herfor er standarderne".*(H:S, september 2000:7)

> *"Gennem akkrediteringsprocessen bliver ansvaret for forbedring af kvaliteten i patientpleje og behandling synliggjort. Herudover er processen med til at garantere sikre omgivelser og reducere risici .."* (KISS 2002. Personaleinformation)

Der fokuseres på de humane aktører, som skal ændre handlemåder i arbejdsprocesserne. Et vigtigt redskab i opfølgningen på om ændringerne vinder indpas, er audit, som teoretisk vurderes således af Power:

> *"The audit explosion has its roots in a programmatic restructuring of organizational life and a new 'rationality of governance' (Rose& Miller 1992)*[101]*. Audit has become a benchmark for securing the legitimacy of organizational action in which auditable standards of performance have been created not merely to provide for substantive internal improvements to the quality of service but to make these improvements externally verifiable via acts of certification"* (Power, M. 1997:10).

Power signalerer her, dels at selve processen i forbindelse med forandringer er vigtig, dels at der også er et mål i form af ændring i ydelserne eller output. Audit er et redskab, der legitimerer handlinger i organisationen, hvor standarder (der kan auditeres) for performance ikke kun skal sikre substantielle forbedringer i organisationens arbejde, men også hjælpe til at synliggøre denne indsats over for omverdenen. Legitimeringen har baggrund i at systemet findes, snarere end i hvilke processer det berører, og hvilken forskel det gør internt i organisationen.

Auditbegrebet er som nævnt ovenfor ikke ukendt inden for sundhedsvæsenet, hvor man - ikke generelt, men på udvalgte områder - har anvendt den såkaldte 'medical

[101] Rose, N. & P.Miller (1992) 'Political Power beyond the State: Problematics of Government', *British Journal of Sociology* 43(2):173-205

audit' (primært i USA og England og i løbet af 1990'erne efterhånden også i Danmark) til vurdering af kerneydelserne, det sundhedsfaglige kliniske arbejde. I forbindelse med akkrediteringssystemerne dækker audit også arbejdsprocesser mere bredt på hospitalerne. Audit kan hermed betragtes som en særlig forandringsagent, hvis funktion man kan være opmærksom på. Power, der har en både praktisk og teoretisk baggrund inden for revisionsvidenskab, herunder accounting og audit, mener at det er vigtigt at være opmærksom på konsekvenserne af det han kalder 'audit-kulturen'. Power skriver, at den udvikling, der er i gang, kan svække professionernes indflydelse på egne fagområder idet professionelle auditorer og generiske spørgsmål optræder stadig hyppigere:

> *"... medical audit seems to be moving inexorably away from its local, ad hoc, bottom-up origins towards a more standardized, national framework, a process which necessarily weakens local professional vis-a-vis newly created auditors: 'Top down models generally apply a generic instrument administered by outside assessors.."*[102]
> *... like other audits, the value of medical auditing becomes harder to demonstrate the more it is disengaged from local learning processes. It is rather a practice that must be made to work"* (Power 1997: 109).

Power skriver om et muligt skred fra fokus på medicinsk behandling og pleje over mod styringsrelaterede emner og mener, at form vil blive fremmet på bekostning af indhold, idet det let tilgængelige, kvantificerbare vil blive en appellerende og dominerende målestok. Samspillet mellem kvaliteten af det kliniske arbejde og en øget såkaldt management styring af den kliniske audit er en udfordring:

> *"The changing environment of clinical audit has meant that purchasers and provider managers are not necessarily concerned with quality of clinical care per se but increaslingly with the systems established to ensure that quality is developed and maintained"* (Power 1997:109, trækker her på Exworthy[103]).

I modsætning til Berwick skelner Power ikke mellem selvevalueringer af interne arbejdsprocesser og de mere overordnede typer af audit, der ligger i benchmarking og udbredelse af retningslinjer, guidelines, hvorved han heller ikke ser mulige positive sider ved metoderne. En væsentlig årsag til den ændring i styringsformer, der ligger bag udbredelsen af de generelle auditmål skal findes i implementeringen af New Public Management-tankegangen, mener Power, som understreger at sundhedssektoren er blevet dybt berørt heraf:

> *"There can be little doubt that the application of NPM based reforms, and the role of medical audit as an instrument of these reforms, has constituted an enormous environmental disturbance to health organizations"* (ibid:108).

---

[102] Citatet henter Power hos Nolan, M. & G.Scott (1993) 'Audit: an Exploration of some Tensions and Paradoxical Expectations' *Journal of Advanced Nursing* 18:759-66.
[103] Exworthy, (1995:95) *Purchasing Clinical Audit:A Study in the South and West Region* (University of Southampton:Institute of Health Policy Studies)

6.2.5 New Public Management og TQM

Kvalitetssikring er i flg. Power et begreb, der er transformeret fra teknisk kontrol (engineering) til et management koncept. Der er sket et 'managerial turn', hvorved der er opstået et nyt arbejdsområde for kvalitetseksperter, der er flyttet fra fabriksgulvet og hårde tekniske data over til den 'kulturelle' hovedinteresse som man finder i TQM. Standardiserede monitoreringsprodukter har afløst inspektionsarbejdet på gulvet. Der lægges nu vægt på selvorganisering og organisationens eget ansvar for strukturering af en ansvarlig relation til kunderne (Power, 1997: 58). Power skriver om den industri, der er udviklet inden for standardiseringsområdet og nævner bl.a. det britiske British Standards Institute, BS, som et eks. på en organisation, der startede som ekstern assessor inden for militærindustrien og overvågede kvaliteten på statens vegne, og siden udviklede koncepter til generel kontrol og certificering af mange forskellige typer organisationer. Kvalitetssikring er blevet et generelt produkt med uhåndgribelige benefits. Der opstår nye institutioner, der foretager målinger af kvaliteten og nye institutionelle roller så som kvalitetsassessorer og ledere af kvalitetsforbedring (ibid:59).

> *"Neoliberal values of small government drive much of the commitment to the NPM ..commitment to forms of intervention and control which are more indirect and distant, seeking to act on and through the interests and motivations of subjects and organizations. This gives practices of accounting and auditing".* (Power 1997:42-43)

Med NPM-tænkningens styreformer tillægges interne kontrolsystemer øget vægt, mener Power, som betragter bølgen af krav om kvalitetskontrolforanstaltninger som et program, der dels har sit eget mål, dels fungerer i tæt samspil med denne tænkning.

NPM er et begreb med mange tolkninger og bidragydere. Det kan spores til en OECD rapport fra 1981, hvor en række kritikpunkter mod den offentlige sektor i OECD-landene sammenfattes og det hævdes, at svaret på de vestlige landes økonomiske problemer er en ny form for offentlig ledelse (Bruun, F. 1997:237). Bruun skriver, at tankerne om 'withdrawal of the state' kom på dagsordenen med den neo-liberale og konservative magtovertagelse i såvel USA som Storbritannien omkring 1980. Det handlede om at realisere liberale økonomers idéer om markedsløsninger, bl.a. i form af privatisering, og fra OECD blev der også lagt vægt på at forandre på selve funktionsmåden i det, der stadig skulle være den offentlige sektor. Borgerne skulle inddrages i de offentlige beslutningsprocesser. (I Danmark fik vi i den forbindelse blandt andet diverse brugerbestyrelser i de offentlige institutioner). Bruun mener, at der dermed var skabt fokus på mikroøkonomiske[104] forhold og at slumrende transaktionsomkostningsteorier og principal-agent teorier vandt frem og blev omsat til et normativt budskab om, at "der skal skabes incitamenter eller tilskyndelser til at de ansatte opfører sig økonomisk ansvarligt" (Bruun 1997:238). Rapporten fra OECD, som havde to hovedbudskaber, dels behovet for stærke ledere, dels den offentlige sektors rolle som medansvarlig for skabelse af en bæredygtig økonomi i landet, kom på et tidspunkt, hvor man i Danmark lagde vægt på

[104] Se fx Williamson, O.E. 1985 *The Economic Institutions of Capitalism*. New York:The Free Press

netop ikke at have stærke ledere, men deltagelse og medbestemmelse for alle medarbejdere i den offentlige sektor, skriver Bruun.

I den politologiske litteratur, som Bruun repræsenterer, kan man finde en bred international diskussion og uenighed om, hvorvidt NPM er slået igennem, og hvad det i det hele taget indebærer. Det vil jeg ikke komme ind på her, men nævne at man i denne diskussion betragter C. Hood's artikel fra 1991 "A Public Management for All Seasons?", som en af de vigtigste referencer, når det gælder et overblik over, hvad NPM har indebåret:

> *"Den handlede i korthed om øget fokus på markedsstyring og moderne ledelse i den offentlige sektor. Begge dele med inspiration fra den private sektor. Hood definerede 7 punkter, hvor han så en udvikling, og blotlagde det teoretiske udgangspunkt for NPM: New Institutional Economics med vægt på transaktionsomkostninger og principal-agent teori, og ledelsesteorier og -koncepter fra den private sektor."* [105] (Greve, K. 2003:68-70)

Uanset diskussionen inden for den politologiske teori, ser jeg hos Power en forståelse af, at grundtankerne i OECD-rapporten fra 1981 om markedsgørelse, inddragelse af borgerne og økonomisk ansvarlighed er en kendsgerning, i og med at der er gennemført markante ændringer i styreformen i OECD-landene, i retning af de hovedtræk, der opridses af Hood i de syv punkter. Akkrediteringssystemerne ser jeg i den sammenhæng som redskaber til især at fremme udviklingen af eksplicitte mål for performance (de generelle auditmål), og til at sætte fokus på output med vægt på netop dette, der oftest er ligetil at kvantificere, og ikke outcome - resultaterne med en kvalitativ dimension af ressourceforbruget - behandlingen.

6.2.6 Kvalitetssikring og audit. Systemernes dominans

Udover NPM ser Power to andre programmer, hvoraf det ene er kvalitetssikring (det tredje program 'regulatory style', tager jeg ikke op), taget i anvendelse til styring i den offentlige sektor. Og med kvalitetssikring følger en ny opgave, audit:

> *"Three overlapping programmes for enhanced governance and control .. the rise of NPM, a shift in regulatory style and the rise of quality assurance, constitute a demand for a particular style of control .. a new public role is being forged as much for internal auditing activities as for the external audit and the boundary between these different sources of monitoring activity is constantly moving"* (Power, 1997:42).

I flg. M. Power rejser der sig en række problemer, når audit bliver en stadig vigtigere del af afrapporteringen til eksterne interessenter om de professionelles arbejde. I takt

[105] **De 7 punkter identificeret af Hood**: 1. synlig ledelse, 2. eksplicitte mål for performance, 3. fokus på output, 4. disaggregering af den offentlige sektor mhp. at skabe selvstændige enheder, 5. konkurrence og markedsgørelse, 6. brug af ledelsespraksis fra den private sektor (bl.a. større fleksibilitet i ansættelsesforhold), 7. effektiv ressourceudnyttelse". (Greve, K. 2003:68-70)

med at NPM-styring, governance[106] og neoliberale idéer om effektivitet har vundet indpas i den offentlige sektor, bliver forbedringer af arbejdsprocesser et mål, der er underordnet i forhold til dokumentation til omverdenen for hvilke ydelser der leveres.

Når man erstatter den formodede hierarkiske ineffektive med den formodede markedseffektive styring, skaber man et dilemma mellem kvalitetsstyring og markedsstyring på den ene side, og professionel styring på den anden. Med brug af systemer baseret på TQM-tanken, følger man en tradition (der startede med Taylor og Ford) skriver Power, for programmerbare interventioner i arbejdsprocesser. Det ses i begreber om service-kvalitet og 'value for money'-kravet, og det ses i ISO-systemerne, hvor der er fokus på produktionsprocesserne og kontrolsystemer, men ikke produkternes kvalitet. Parallellen i sundhedsvæsenet er opstilling af præstationsmål, kontrolleret ved brug af tekniske systemer som for eksempel audit, der overvejende vil demonstrere at organisationen bruger nogle systemer, men ikke kan vise, hvad der præsteres :

> *"..quality assurance initiatives show how the control system is becoming the principal focus of audit practice. Audit can provide assurance that the system works well even when substantive performance is poor"* (ibid:60).

6.2.7 Styring af kvalitetsstyring.

I akkrediteringssystemerne er der særlige standarder for temaet kvalitetsstyring og -udvikling (HS sept. 2000) eller 'performance improvement' (JC HAS 2004) eller kvalitetsforbedring (KISS-standard). Alle steder opregnes en række opgaver vedr. dataindsamling, analyse og rapportering , der skal udføres, for at man kan sikre, at der er fokus på kvaliteten.

I HS 2000 lægges der for eksempel vægt på, at aktørerne skal være kvalificerede til deres opgaver, hvilket betyder, at dataindsamling og analyse skal forestås af eksperter, mens de medarbejdere på sygehuset, der varetager det kliniske eller administrative arbejde, kan deltage som fageksperter i begrænset omfang. Deres opgaver er primært at forholde sig til analyseresultaterne og finde metoder til nødvendige forbedringer[107]. Denne arbejdsfordeling ser jeg som et eksempel på, at der målrettet satses på at etablere det audit samfund, Power beskriver, hvor professionelle auditører styrer processen. Konsekvensen kan blive, mener han, at man får et så stærkt fokus på at gøre kvaliteten 'auditable' eller målelig og revisionsegnet, at det bliver selve kontrolsystemerne på hospitalet og ikke arbejdsprocesserne i sig selv, der bliver afgørende for vurderingen af kvaliteten. 'Impression management' er det udtryk, Power bruger om den type af ledelse, der vil blive den afgørende, en ledelsesform, der fremmer en kosmetisk praksis, hvor reelle fejl og risiko skjules og auditorerne bliver for opmærksomme på egen økonomisk risiko og derfor udsteder 'empty comfort certificates'. I sin yderste konsekvens

[106] Governance handler om markedsbaseret effektivitet. Her ligger det naturligt at udforme kontrolsystemer til overvågning af de interne forhold i de offentlige organisationer, mener Power (ibid:41)

[107] Se bilag A: HS sept. 2000: Standard for Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling (KU). Her benyttes ikke ordet audit . Men der oplistes en række opgaver, der skal udføres, hvis man skal sikre, at der arbejdes efter standarderne.

kan tillært uvidenhed blive resultatet af audit-indsatsen. *"In providing a lens for regulatory thought and action audit threatens to become a form of learned ignorance"* (ibid:kap. 6). Tillært uvidenhed kan altså være en af konsekvenserne af, at en virksomhed tilpasser sig de styringskrav, der opfylder omverdenens krav og forventninger.

6.2.8 Afrunding

Akkrediteringssystemerne præsenteres af både Sønderjyllands amt og H:S med budskaber, der kan genfindes i TQM-litteraturen, både når det handler om fremme af kvalitetsholdninger og -kultur, og brugen af redskaber i form af manualer og vejledninger. Det undersøgende fællesskab, som Shields beskriver, fremhæves ikke direkte som mål i beskrivelserne af akkrediteringssystemet, men det understreges, at det er et ledelsesværktøj. Det står også klart, at der skal etableres kontrolsystemer, blandt andet i form af gennemførelse af regelmæssig audit, og at disse er en vigtig del af hele systemet, ikke mindst som led i en stadig forbedring af arbejdsprocesserne og ydelserne i det hele taget. Specielt denne opgave diskuteres af Power, der er generelt skeptisk over for dette styringsmiddel, der kan invitere til tillært uvidenhed.

Power konkluderer, at audit er blevet en førende bærer at legitimitet, fordi andre legitimitetsformer såsom fællesskab og stat, der ikke harmonerer med styring ud fra en NPM-filosofi, taber terræn. Han mener, at der har udviklet sig en afstand mellem ringe belønnet 'doing' og højt belønnet 'observing' (ibid:147)

Min tilgang til undersøgelse af akkrediteringssystemets implementering er inspireret af A. Mols praxiografi, hvilket indebærer, at jeg vil fokusere på, hvordan standardsystemet går ind i praksis i hverdagens opgaveløsning. Jeg mener, at teorierne bag TQM-konceptet signalerer krav om fællesskab, fælles sprog, en række fælles måle- og evalueringsredskaber og engagement hos alle ledere og medarbejdere. På samme måde beskrives akkrediteringssystemet som det centrale fælles middel, checklisten for de områder, arbejdsopgaver og -processer på hospitalet der skal være i orden for at opnå sikkerhed og sikre kvalitet i den enkelte patients forløb.

Powers antagelse om den herskende auditkultur inspirerer til opmærksomhed omkring evaluerings- eller kontrolobjektet - er det akkrediteringssystemets funktion, der evalueres, eller er det arbejdsprocesserne? Denne sondring kan være relevant i forhold til netop spørgsmålet om, hvorledes standarderne berører de professionelle kerneydelser og den kliniske praksis i det hele taget og dermed også patienternes udbytte af opholdet på hospitalet.

6.3 Akkreditering - et standard- og klassifikationssystem.

"Verden formes af klassifikationer og standarder." (Bowker & Star 1999:102).

> *"Akkrediteringssystemerne er bygget op omkring standarder for de funktioner i hospitalsdrift, der har at gøre med at tilvejebringe en sikker, effektiv og veldrevet organisation"* (H:S sept. 2000:17).

6.3.1 Standarder i akkrediteringssystemerne.

I dette afsnit viser jeg indledningsvis en oversigt over de funktioner, man har valgt i de to systemer, jeg undersøger, således at man kan få et indtryk af, hvilke arbejdsområder, der er dækket. Dernæst retter jeg et teoretisk blik mod begrebet standarder og det nært tilknyttede begreb klassifikationer med henblik på at skabe en platform for at analysere implementering af akkrediteringssystemerne.

Figur 6.3 Standarder i akkrediteringssystemet. H:S.

H:S 2000. Standarder for hospitaler. Overordnede grupper:

Adgang til behandling og sammenhængende patientforløb (AD)
Patient og pårørende rettigheder (RE)
Vurdering af patienten (VU)
Behandling af patienten (BE)
- Ydelse af behandling til alle patienter
- Behandling af særligt udsatte patienter og udførelse af ydelser med særlig høj risiko
- Anæstesiologisk behandling
- Kirurgisk behandling
- Anvendelse af lægemidler * (se underopdeling i Figur 6.4)
- Kost og ernæringsterapi

Vejledning af patient og pårørende (VE)
Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling (KU)
Forebyggelse og kontrol af infektioner (FI)
Bestyrelse, Direktion og Ledelse (LE)
Sikkerhed, fysiske rammer og forsyninger (SI)
Personalets kvalifikationer og uddannelse (PE)
Data.og informationsstyring (DA)
Forskning (FO)

(HS, sept. 2000, p. 11-12)

Kommentarer

Som eksempel på den hierarkiske struktur i systemerne vises undergruppering for en enkelt hovedgruppe: Behandling af patienten', som omfatter i alt seks undergrupper.

For én af disse undergrupper 'Anvendelse af lægemidler' er yderligere detaljer listet op. I afhandlingens bilagssamling ses den komplette fortegnelse for denne standard.

Figur 6.4 Anvendelse af lægemidler . Standard B 11. Procedureoversigt. HS.

Anvendelse af lægemidler: (se den komplette beskrivelse i bilag B)

- Hospitalet anvender lægemidler og apotek eller farmaceutisk service i overensstemmelse med kravene i gældende love og regelsæt
- Med henblik på ordinering og bestilling er et passende udvalg af lægemidler på lager eller på anden måde umiddelbart tilgængeligt
- Hospitalet har politikker og retningslinjer for ordination, rekvirering og administration af lægemidler
- Lægemidler skal opbevares, fremstilles og udleveres i et sikkert og rent miljø
- Patienternes identitet er kontrolleret før de får lægemidler
- Lægemidlets effekt på patienten overvåges

(HS, sept. 2000: p. 126-135 'anvendelse af lægemidler'. Standard BE 11.

Figur 6.5 Standarder i akkrediteringssystemet. Sønderjyllands amt.

KISS version 1. Standarder fordelt på 5 sektioner.
Systemet består af i alt 42 standarder, hvoraf nogle er vist her:

Sektion 1.- Sygehusledelse og klinisk ledelse

Sektion 2. - Ledelse af personale og kliniske aktiviteter

Sektion 3a. Patientsamarbejde - Patient erfaringer

Sektion 3b. Patientens vej

- - standard 24. Henvisning, indlæggelse og modtagelse
- - standard 25. Behandling og pleje
- - standard 26. Udskrivelse fra afdelingen
- - standard 27. Patientjournalens indhold

Sektion 4. - Behandling, pleje og ydelser fra serviceafdelingerne

- - standard 28 Skadestue og akutmodtagelse
- - .....
- - standard 38 Lægelige ydelser
- - standard 39 Sygepleje ydelser
- - ....

(Se en samlet oversigt over standarder i afhandlingens bilag C)

(KISS materiale til bilag : Forord juni 2002)

6.3.2 Standarder og klassifikationer. Antagelser og definitioner.

Standarder kan betragtes som regler. Det kan være forskrifter for handling i form af for eksempel procedurebeskrivelser eller tekniske specifikationer, men det kan også være måltal, der skal realiseres, for eksempel max. 1 times ventetid eller max. 5% fejlhandlinger.

Klassifikationer kan betragtes/ defineres som segmenter i en helhed eller et system, og man kan forstå definitionen som en idealtilstand, hvor der dels er klare grænsemarkeringer og ingen tvivl om, hvad der udgør helheden, dels klare opdelingskriterier, så hver klassifikation er entydig. I virkeligheden kan det være vanskeligt at finde klare grænser og kriterier.

Det er min antagelse, at de standarder, der indgår i akkrediteringssystemerne, samtidig har karakter af klassifikationer, fordi hensigten er at samtlige opgaver og arbejdsprocesser inden for et område/ en helhed som for eksempel hospitalsdrift bliver dækket. Akkreditering skal, som det beskrives i følge de involverede parter, støtte en effektiv og kvalitetssikret hospitalsdrift, blandt andet i kraft af synliggørelse i forbindelse med en evalueringsproces, der regnes for at forløbe objektivt[108]. Fra H:S og Sønderjyllands amt, beskrives det således:

> *"Akkreditering tilvejebringer en synlig forpligtelse for organisationen til at forbedre kvaliteten at patientpleje og behandling, til at garantere sikre omgivelser og til løbende at reducere risici i forhold til patienter og personale.*
> *... Formålet med initiativet [etablering af Joint Commission International Accreditation] er at tilbyde det internationale samfund en standardbaseret, objektiv proces til evaluering af sundhedsorganisationer".* (HS februar 2000:11).
>
> *"Formålet er sikre en struktureret kvalitetssikring og -udvikling i det sønderjyske sundhedsvæsen".* (Personaleinformation 2002, KISS projektet - om samarbejdet med den engelske akkrediteringsorganisation.).

Jeg vil i det følgende diskutere, hvorvidt akkrediteringssystemet kan betragtes som et standard- og klassifikationssystem for hospitalsdrift, idet jeg tager udgangspunkt i, at det præsenteres som en samling af standarder for tilfredsstillende præstationer og tilrettelæggelse af arbejdsprocesser. Det gør jeg i dialog med forskning, hvor der med en interaktionistisk og pragmatisk tilgang er gennemført analyser af skabelse og brug af store klassifikations- og standardsystemer.

6.3.3 Verden formes af standarder og klassifikationer.

I STS-litteratur er standarder et centralt emne, ikke mindst fordi en stor del af forskningen inden for dette område drejer sig om aktiviteter inden for naturvidenskabelige eller teknologiske områder, hvor der ofte arbejdes med og på basis af klassifikationer og standarder.

Geoffrey Bowker og Susan Leigh Star (1999) har undersøgt udvikling og anvendelse af en række klassifikations- og standardsystemer. De har blandt andet analyseret skabelsen af og praksis for benyttelse af systemer som sygdomsklassifikationssystemet ICD, et sygeplejeklassifikationssystem NIC og brugen af standarder og patientkategorier i

[108] Spørgsmålet om objektivitet diskuteres i kapitel Kapitel 7

tuberkulosebehandling i begyndelsen af 1900-tallet[109]. Bowker & Stars arbejde ligger inden for STS-traditionen med vægtning af især en klassisk pragmatisme relateret til Dewey og en interaktionistisk tilgang til forståelse af handlinger og sandhed. Den grundlæggende antagelse om klassifikationer og standarder er, at de former verden, de beskriver den ikke, (Bowker & Star 1999:102).

Pragmatisme. Den ideale orden og den reelle uorden.
Med reference til Dewey kan man i flg. Bowker & Star (B&S) påstå, at når man har skabt et standard- eller klassifikationssystem, har man etableret et fællesskab og vedtaget en orden. Hermed skjuler man, mener Dewey, den uorden, der hersker i virkeligheden. Standarder kan som vedtagne regler, være idealiserede mål, som aldrig realiseres fuldt ud i praksis. De præsenterer en orden og systematik, der kan fungere som retningsgiver, eller som Dewey skriver, en hierarkisk ordning af den mangfoldige og varierende faktiske verden. At der vil være dette skel mellem det ordnede system og den praksis, det skal afspejle, kan blandt andet skyldes at den proces, der ligger bag etableringen af en standard, som regel vil foregå som en direkte forhandling mellem forskellige interessenter, typisk nogle der fokuserer på selve indholdet og andre, hvis hovedfunktion er at kontrollere processen og udfaldet. Bowker & Star skriver om idiomet 'good enough for government', som en almindelig udbredt opfattelse af, hvordan der er en afstand mellem den ideelle standard og den reelle (ibid:15).

Dewey's arbejde med pragmatisk filosofiforståelse kan ses som opposition til en stor interesse i hans samtid (begyndelsen af 1900-tallet) for udvikling af analytisk filosofi. Dewey mente, at det væsentligste filosofisk interessante ved et argument, er dets konsekvenser, ikke dets logiske antecedenter, og dermed at det afgørende ved en analyse af et argument er, hvem der under hvilke betingelser, finder det sandt. Overføres denne tankegang til sociologien, sådan som Thomas & Thomas, 1917[110] og H. Becker i 1963[111] gjorde det, da de argumenterede imod essentialismen i forbindelse med undersøgelser af såkaldte problembørn, vil man antage, at hvis forskere inden for socialvidenskab ikke forstår menneskers definition af en situation, forstår de slet ikke noget. Folk former deres adfærd efter definitioner, skriver Bowker & Star, og nævner at en person, der bliver betragtet som en afviger, bliver behandlet som sådan. Hvis en person bliver betragtet som heks, og nogen giver sig til at indkredse de egenskaber, der er 'hekse-agtige' og således udvikler et system til at diagnosticere vedkommende, bliver 'heksekraft-virkeligheden' skabt herved (B&S, 1999:290). Man kan på den baggrund konkludere, at klassifikationssystemer er en form for teknologi, der har vidtrækkende konsekvenser for dem, der bliver berørt af den. En sådan forståelse af 'konstruktion' handler ikke om, hvor (human eller non-human, struktur eller proces, gruppe eller individ)

[109] Bowker & Star beskriver NIC og ICD som klassifikationssystemer, der præsenterer viden i en transportabel form, og kan bruges i forskellige infrastrukturelle teknologier (databaser, beslutningsstøttesystemer o.l.)
[110] Thomas & Thomas, 1970 [1917]. 'Situations Defined as Real Are Real in their Consequences'. In Gregory P. Stone and Harvey A Farberman (eds.). *Social Psychology Through Symbolic Interaction*. Waltham, MA:Xerox Publishers, 54-155
[111] Becker, Howard S. 1963 *Outsiders; Studies in the Sociology of Deviance.* London: Free Press of Glencoe

definitionen kommer fra, men retter opmærksomheden mod den kendsgerning, at materialiteten af hvad som helst[112] stammer fra konsekvenserne af dets situation. Med den pragmatiske forståelse understreges, at den måde hvorpå tingene opfattes som virkelige, kan mediere handling. For akkrediteringssystemernes vedkommende kunne det betyde, at den måde hvorpå de bliver implementeret, dvs. hvad der bliver sagt, skrevet og gjort, har indflydelse på hvorledes de bliver modtaget og brugt af de relevante aktører. En kontekstafhængighed med andre ord.

6.3.4 Standarder

I det følgende præsenteres og diskuteres begreberne standard og klassifikation, og der gives et bud på, hvorledes der kan ses en sammenhæng mellem den måde standard- og klassifikationssystemer fungerer på, således som Bowker & Star har fundet det, og de former for påvirkning man kan forvente at se på de professionelles arbejdsprocesser som følge af implementering af et akkrediteringssystem bygget op omkring standarder for optimal hospitalsdrift.

Indledningsvis vises eksempler på definitioner fra Joint Commission, hvor det i Figur 6.6 forklares, hvorledes en standard dels skal forstås, dels anvendes i praksis omsat til et rationale og nogle tilknyttede præstations- eller adfærdsmål. Det konkrete eksempel i Figur 6.7 vedrører overvågning af virkningen af den medicin, man giver til patienterne. I rationalet kan man læse om begrundelserne for monitoreringen, og performancemålene angiver, hvilke opgaver personalet skal udføre, herunder hvad der skal dokumenteres.

[112] Eksempel på materialiteter til illustration af det kan være mere eller mindre håndgribelige objekter : hammer, idé, eksamen, handling.

Figur 6.6 Standard, rationale og performanceelementer

Understanding the Parts of This New Chapter

To help you navigate the reformatted standards chapters, it may be helpful to think of the parts this way:

- The **standard** is the "goal."
- The **rationale** explains why it's important to achieve this goal.
- The **elements of performance** identify the step(s) needed to achieve this goal.

These parts are defined as follows.

Standard A statement that defines the performance expectations and/or structures or processes that must be in place in order for an organization to provide safe, high-quality care, treatment, and services.

Rationale A statement that provides background, justification, or additional information about a standard. A standard's rationale is *not* scored. In some instances, the rationale for a standard is self-evident. Therefore, not every standard has a written rationale.

Elements of performance (EPs) The specific performance expectations and/or structures or processes that must be in place in order for an organization to provide safe, high-quality care, treatment, and services.

(Joint Commission HAS 2004:179 om standarder, rationaler og performance elementer)

Figur 6.7 Standard vedr. monitorering af medicine management

Standard MM.6.10

The effects of medication(s) on patients are monitored.

Rationale for MM.6.10

Monitoring the effects of medications on patients helps to assure that medication therapy is appropriate and minimizes the occurrence of adverse events.

Elements of Performance for MM.6.10

1. Each patient's response to his or her medication is monitored according to the clinical needs of the patient and addresses the patient's response to the prescribed medication and actual or potential medication-related problems.
2. Monitoring a medication's effect on a patient includes the following:
   - Gathering the patient's own perceptions about side effects, and when appropriate, perceived efficacy
   - Referring to information from the patient's medical record, relevant laboratory results, clinical response, and medication profile
3. The hospital has a process for monitoring the patient's response to the first dose(s) of a medication new to a patient while he or she is under the direct care of the hospital.

(Joint Commission HAS 2004:191. Standard M6.10 vedr. monitorering af medicine management)

6.3.4.1 Hvad er en standard? Valg, som kunne have været anderledes.

Der er ikke nogen entydig definition for begrebet standard, som kan ses beskrevet således i forskellige sammenhænge:

- I Joint Commission akkrediteringssystemet beskrives en standard som et begreb, der skal forstås som et sæt af forventninger fastlagt af en kompetent autoritet. Forventningerne angår det, der benævnes et acceptabelt kvalitetsniveau for en organisation eller et individ inden for et afgrænset område (H:S, sept. 2000:27)
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren[113] (DSKS) har denne beskrivelse: *"En standard specificerer en række krav til struktur, proces og/ eller resultat og afspejler viden, værdier og prioriteringer i sundhedsvæsenet på et givet tidspunkt. En standard kan være formuleret både kvalitativt og kvantitativt".* (DSKS, 2003:10)
- Standarder defineres hos Bowker & Star som et sæt af regler, der bruges i flere fællesskaber og i et vist stykke tid. (Bowker & Star,1999:13)

I DSKS' definition bemærkes en kontekstafhængighed: standarden afspejler et forløb af nogle processer på det tidspunkt, hvor den blev skabt. Bowker & Star skriver tilsvarende og understreger konsekvenserne af valg. De definerer som nævnt en standard som et sæt af vedtagne regler for en eller anden form for handling, og beskriver standarder som samlinger af legitimeret arbejde med en erindring om, at en samling bliver til i kraft af en række valg og dermed også nogle fravalg - noget er blevet udeladt i processen med at skabe systemet. I praksis har de især fundet standarder i forbindelse med beskrivelser af, hvordan et eller andet skal produceres. Det kan dreje sig om produktion af enhver form for tekster eller materialer lige fra printkort til bygninger. Standarder er for eksempel en nøglefaktor i industriel produktion. Hvor man i middelalderen kunne bygge katedraler med brug af meget få standarder, blandt andet længdemål, (de store europæiske byer havde ved byporten et stykke metal, hvis længde var den lokale måleenhed i meter. Her kunne tilrejsende byggefolk justere deres måleudstyr), indgår der i moderne byggeri så mange komponenter (el, vandinstallationer, tømmer i forskellige størrelser, skruer, søm osv.), at det er umuligt at klare det uden brug af en lang række standarder i tekstformat.

6.3.4.2 Hvordan fungerer standarder?

Koordinerende, kontrollerende og konserverende!

Standarder kan i flg. Bowker & Star (1999:16) især karakteriseres ved tre ting, som jeg kan identificere også i det danske sundhedsvæsen:

1. - at de ofte findes på områder, hvor der samarbejdes mellem parter, der er placeret langt fra hinanden og opererer med heterogene målesystemer, (det gjaldt de rejsende bygningshåndværkere i middelalderen og det gælder nutidig internetkommunikation, som er baseret på protokoller for mange standarder, der skal koordineres[114]).

[113] Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren er et forum for fremlæggelse og drøftelse af videnskabelige metoder til kvalitetsudvikling i sundhedssektoren, samt for præsentation og diskussion af resultaterne af brugen af disse metoder. Selskabet, der er stiftet i 1991, har i 2006 knapt 700 medlemmer. Medlemmerne skal være faguddannede personer, der interesser sig for kvalitetsudvikling i sektoren.(Kilde: www.dsks.dk, oktober 2006)

[114] Her trækker B&S på Abbate, J & B. Kahin (eds.) 1995 *"Standards Policy for Information Infrastructure"* Cambridge, MIT Press

ad 1. Et eksempel fra det danske sundhedsvæsen :

Jeg mener, at udvikling af referenceprogrammer for udredning og behandling af bestemte sygdomme, indikator- og evidensbaseret behandling (i Danmark arbejdes der med et Nationalt Indikator Program, NIP, vedr. et mindre antal, hyppigt forekommende sygdomme og HS har samtidig med akkrediteringen iværksat sit eget indikatorprojekt til overvågning af de specialefaglige ydelser)[115], og standardiserede procedurer for operationer, laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, stuegang, journalføring, alt sammen er eksempler på standard-systemer, der indgår som styrende for arbejdsprocesserne inden for sundhedsvæsenet.

2. - at de ofte er understøttet af og gennemført via juridiske enheder - det kan være statsmagten, professionelle organisationer, producentorganisationer eller akkrediteringsorganer og andre, der har fået autorisation til at fungere som kontrolorgan.

ad 2. Et eksempel fra det danske sundhedsvæsen:

I Danmark er Sundhedsstyrelsen og de institutioner, der udfører arbejdstilsyn, hygiejnekontrol, miljøkontrol eller overvåger kvalitetsstandarder ved brug af ISO-system og andre anerkendte systemer, eksempler på repræsentanter for denne form for myndighed.

3.- at de har en signifikant inerti og kan være vanskelige at ændre, når de først er blevet antaget. Det kan være et problem for nytænkning under alle omstændigheder, men ikke mindst, når det tages i betragtning, at det ikke er nogen naturlov, at det altid er den bedste (forstået som det der vinder almindelig tilslutning) standard, der kommer til at gælde.

ad 3. I det danske sundhedssystem kan man finde formuleringer, der signalerer at fastlæggelse af standarder sker ved konsensus :

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren skriver i en pjece om kvalitetsbegreber og -definitioner: *Standarder benyttes både som enkelte krav og anbefalinger og som samlinger af standarder ... her tales f.eks. om en systemstandard, en produktstandard, ... som er dokumenter til fælles og gentagen anvendelse, der angiver regler, retningslinjer... Dokumentet er fastlagt ved konsensus og vedtaget af et anerkendt organ.* (DSKS, 2003:11)

Samlet giver de tre punkter indtryk af, at standarder kan virke koordinerende, kontrollerende og konserverende.

Standarder som kort, der afspejler en normativ praksis / et ideal

Betragter man den samling af kvalitetsstandarder, som er kernen i akkrediteringssystemer, som en repræsentation eller et kort over en blandt flere mulige virkeligheder,

[115] Det Nationale Indikatorprojekt omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den faglige kvalitet). Der indgår seks sygdomsområder: Apopleksi, hoftenære frakturer, lungecancer, akut mave-/tarmkirurgi, skizofreni, hjerteinsufficiens. (www.it-sundhed. dk) H:S' projekt: *Kvaliteten af de specialefaglige ydelser i H:S. Overvågning med indikatorer*, blev iværksat, fordi bestyrelsen fandt, at akkrediteringsprojektets standarder ikke var tilstrækkelige (H:S maj 2001:9)

kan man, i flg. Kaiser og Wood's analyser af de funktioner som kort kan have (se Kapitel 4), antage, at kvalitetsstandarderne har potentiale til at bidrage til at nuancere synet på, hvad det vil sige at drive sundhedsvæsen, herunder hospitaler. Hvis kort viser virkelighed, i og med at de synliggør en repræsentation, kan de fungere som styringsmidler, hvilket kan betyde, at en samling af standarder kan bidrage til at skabe nye sandheder på hospitalet. Disse sandheder kan teoretisk set supplere, og dermed også konkurrere om opmærksomhed med de andre, der allerede findes i kraft af for eksempel professionsparadigmer, sygdomsklassifikationer, arbejdsprocedurer og administrative styreredskaber.

Kaiser & Wood har vist, hvorledes repræsentationerne i form af kort er udtryk for en række valg af mere eller mindre åbenlys karakter. Tilsvarende forhold gør sig gældende, når arbejdsprocesser skal repræsenteres, mener L. Suchman, som har fundet tætte relationer mellem arbejde i praksis, den måde det bliver repræsenteret på og forskellige sociale og politiske interesser. Suchman har forsket i computersystemdesign, hvor arbejdsprocesser omsættes til IT-programmer (se Kapitel 4). Repræsentation af arbejde er ikke kun en opgave for forskere og analytikere, mener hun. Det er vigtigt at være opmærksom på relationen mellem specifikke arbejdspraksisser og normative beretninger om, hvordan arbejde udføres. Problemet er ikke, at de normative beretninger er ukomplette, eller at de ikke realiseres i praksis, men at det normative per definition repræsenterer idealer. Som sådan er beskrivelsen af dem afhængig af udelukkelse af contingencies og forskelle. Så længe idealerne bruges internt i en organisation, kan de være nyttige redskaber i diskussioner om handlinger dér. Men kommer de uden for organisationen og den kontekst, de er skabt i, kan der opstå problemer, fordi de opfattes som noget, der ikke repræsenterer praksis korrekt. Således bør man være opmærksom på, at standarderne i akkrediteringssystemerne som udgangspunkt er normative beretninger, der kan bruges forskelligt, når de implementeres på hospitalerne.

Viden

Wood foreslår, at man frigør sig fra påskud om objektivitet og i stedet betragter de normative repræsentationer af arbejde som et redskab, der optræder på vegne af det faktiske og sammenskriver spredt viden.

> *"Freed from a pretense of objectivity that reduces it to the passivity of observation, the map can be restored to the instrumentality of the body as a whole"* (Wood 1992:183)

Et kort kan blive et magtfuldt redskab, hvis man accepterer, at skabelsen af systemer sker i dialog mellem forskellige interesser og stemmer og afstår fra at ville skabe et system, man mener har en entydig logik eller enkel repræsentation. (Suchman 1995:61)

Som beskrevet i afsnit 4.1 har studier af arbejdspraksis inden for IT-systemdesign i flg. Suchman (1995) vist, hvorledes lokale adskillelser af synlig og tavs viden kan begrundes med både en social og en psykologisk dimension. Også her ses et skel mellem det normative og det specifikke eller reelle. Hvordan viden bliver udtrykt, handler ikke kun om, hvad man opfatter, man kan se, tale om og tænke, men også om hvad det so-

ciale miljø sanktionerer som legitimt at synliggøre, tale om eller tænke. Et eksempel på normativitet og legitimering inden for sundhedsvæsenet finder jeg i en lærebog om kvalitet i sundhedsvæsenet, hvor der sendes en række signaler om, hvad god metode omfatter, samt udsagn om at de professionelles respekt for arbejdet med kvalitet er afhængig af netop valget af metode:

> *"... kvalitetsudvikling er blevet erkendt som en tiltagende væsentlig del af et sundhedsvæsens aktivitet ... kvalitetsarbejdets dokumentationsbehov skal hvile på de videnskabelige principper, som anvendes for at etablere ny viden. Fokus er et andet, men metoderne bør være de samme. Hvis dette ikke efterleves, vil kvalitetsområdet, og de der arbejder med det, ikke nyde respekt, og hvad værre er, de opnåede resultater vil ikke være langtidsholdbare".* (Kjærgaard m.fl. 2001:forord.)

Jeg vil her fremhæve omtalen af vidensprincipper og den (tilsyneladende) underforståede tilgang til etablering af ny viden i denne bog, hvis forfattere alle har en sundhedsfaglig baggrund eller anden tilknytning til sundhedsvæsenet. Jeg hæfter mig også ved budskabet om, hvad der skal til for at give kvalitetsområdet respekt og holdbarhed - der skal anvendes kendte metoder for videnskabelighed.

I denne lærebog signaleres det, mener jeg, at kvalitetsudvikling på den ene side skal baseres på samme tænkesæt og med støtte i samme videnskabelige metoder, som man sædvanligvis ser anvendt inden for medicinsk forskning og kliniske forsøg[116] samt ud fra lineær tænkning, hvor ny viden bygger oven på eksisterende, mens det på den anden side betragtes som et felt der omfatter ikke blot rent medicinsk faglige emner, men bredere tværfaglige organisatoriske processer, som set ud fra en organisationsteoretisk synsvinkel ikke entydigt kan analyseres og udvikles med udgangspunkt i en naturvidenskabelig metode.

Manglende entydighed findes naturlig i flg. Kaiser & Wood, som mener, at man bør være opmærksom på, at der ikke er nogen beretninger/ beskrivelser, der er bedre end andre, hvorfor det er vigtigt at inddrage så mange perspektiver som muligt:

> *"The best way to understand the world is to view it through as many lenses as possible, to see it from as many vantage points as we can. One projection is not itself better than another."* (Kaiser & Wood, 2001:26)

Hermed er der også åbnet for den problemstilling, der nævnes hos Suchman vedr. de psykologiske og sociale kræfter, der styrer, hvad der bliver repræsenteret. Denne forståelse er interessant i forhold til en analyse af, hvad der sker, når arbejdsprocesser på hospitalerne skal dokumenteres og nedskrives i formularer som procedurer, politikker og lignende, fordi det leder til et spørgsmål om, hvilke normative beretninger der kommer med i systemets tekster.

[116] Den naturvidenskabelige tilgang, hvor objekterne ligger derude og venter på at blive repræsenteret, den rationelle tilgang, hvor man opnår den sande viden via fornuft eller refleksion, de logiske slutninger på de velafgrænsede parametre m.h.p. veldefinerede formål (Jvf. Descartes: "cogito, ergo sum").

6.3.4.3 *Afrunding vedr. standarder*

I flg. Mol (2002) præger standarder arbejdet overalt på hospitalet. For eksempel finder hun, at den måde en sygdom enactes på, er afhængig af blandt andet hvor udbredt og alvorlig den er i befolkningen generelt (dens epidemiologi). Populationsgennemsnit bliver til individets mål, mener Mol (2002:131) . På hospitalet har hun i forbindelse med sin feltanalyse iagttaget, hvorledes åreforkalkning hos individet og hos populationen bliver fanget i en cirkularitet eller en spiral, i forbindelse med beslutningsprocesser vedr. diagnoser og dødsårsager. Således sker det, at viden om for eksempel at mænd ofte dør ofte af hjertesygdom, kan føre til en antagelse om, 'at det nok også gælder for denne mand' (ibid:133). I forhold til standarder, mener jeg, at læren her er, at den måde standarder enactes på, kan afhænge af manualens tekst, af tidligere praksis og eksisterende standarder, samt af diverse måleresultater fra audits og benchmarking. Det rejser, i relation til implementering af et akkrediteringssystem, et spørgsmål om i hvilket omfang der på den ene side opstår nytænkning og udvikling og på den anden side vil ske en konsolidering af eksisterende tænkning, rutiner og arbejdsprocesser.

6.3.5 *Klassifikationer.*

Hvad er Klassifikationer?

Klassifikationer kan defineres som rumlige og tidsmæssige segmenteringer af verden, og et klassifikationssystem kan betragtes som et sæt af bokse, hvori man kan placere ting med det formål at gøre en slags arbejde, hvad enten det er bureaukratisk administration eller vidensproduktion (Bowker & Star, 1999:12). Bowker og Star (B&S) antager ud fra egne forskningserfaringer, at de kategorier eller segmenter som et klassifikationssystem består af, ikke gensidigt kan udelukke hinanden, lige som man heller ikke kan antage, at et system kan være komplet og dække 'hele den verden', det beskriver. I stedet for en ideel betragtning mener de med en klassisk pragmatisk forståelse, at de ting, der opfattes som virkelige, bliver virkelige i deres konsekvens. Denne tilgang uddybes i det følgende, hvor jeg diskuterer ud fra et eksempel fra det sundhedsfaglige område, diagnoseklassifikationssystemet, ICD[117]:

6.3.5.1 *Forhandlet orden.*

Med et pragmatiske blik har Bowker & Star studeret diagnoseklassifikationens historie. De mener, at et system som ICD, der er udviklet til klassifikation af sygdomme og registrering af dødsårsager, kan betragtes som et system af en forhandlet orden, der opbevares i et system af bokse, formularer, software og dødsattester (Bowker & Star, 1999:26). ICD kan også læses som en færdigskrevet og -forhandlet aftale, hvor man ikke inddrager beskrivelse af forhandlingerne, der gik forud for de sproglige resultater. Hele forarbejdet vil, mener de, generelt involvere forskellige former for uautoriseret valg, og

[117] International Classification of Diseases, ICD, i den seneste, 10. udgave, består af ca. 2100 sygdomsklassifikationer fordelt på 21 hovedgrupper som fx. infektionssygdomme, tumorer, sygdomme i nervesystemet, sygdomme i blodet og bloddannende organer, sygdomme i åndedrætsorganer.

uenighederne, de indbyrdes modstridende motiver vil ofte blive glemt, men dog ligge indlejret i det vedtagne klassifikationssystem (ibid:66). Uenigheder kan for ICD-systemets vedkommende gælde religiøse eller etiske emner som abort og dødsfødsel. Mellem protestantiske og katolske lande har der ikke været enighed om definitionen af tidspunktet for fødsel/ et 'levende' foster, og de definitioner, der gælder for legal og illegal abort afspejler værdiladede politiske og etiske områder. B&S mener, at man således kan læse ICD som ikke bare en traktat, men også et livløst sæt af tal, der skjuler kampene, der er foregået i forbindelse med skabelse af systemet. Tørheden kan i sig selv give et implicit autoritativt præg, så systemet tilsyneladende hæver sig over usikkerheden og magtkampene.

Den forståelse af magt, der antages her, afspejler en relationel tænkning, således som især Foucault har diskuteret og analyseret det:

Orden og magt

Foucault[118] fokuserede på begrebet orden og dets implementering i en diskurs om kategorier. Han betragtede den allestedsnærværende orden som et bureaukratisk disciplin-jernbur som modstykke til et bredt historisk landskab (Bowker & Star 1999:2-4).

> *"standards and classifications, however imbricated in our lives, are ordinaliry invisible. The formal, bureaucratic ones trail behind them the entourage of permits, forms, numerals, and the sometimesvisible work of people who adjust them to make organizations run smoothly... remarkably for such a central part of our lives, we stand for the most part in formal ignorance of the social and moral order created by these invisible potent entities. Their impact is indisputable, and as Foucault reminds us, inescapable.*
> *Try the simple experiment of ignoring your gender classification and use instead whichever toilets are the nearest. Try to locate a library book shelved under the wrong Library of Congress catalogue number"...*
> (Bowker & Star 1999:2-4).

I det magtbegreb, Foucault udviklede er det relationer, der er det afgørende (Lindgren 2000:333-34). Lindgren skriver også, at en forståelse af Foucault's magtbegreb kan tage udgangspunkt i, hvad magt ikke er:
- Magt er ikke en ressource eller evne som nogen besidder; ikke en besiddelse som kan udnyttes; ikke en institution eller struktur; ingen specifik form eller lokalisering. Ikke noget primært destruktivt og negativt.
- Derimod er magt en elementær kraft, som er primær i forhold til sociale formationer og nærmest en grundkomponent i enhver social relation. Enhver relation er derfor en magtrelation, der må forstås som et åbent og foranderligt spil af kræfter.

I afhandlingen er det dette magtbegreb, der ligger bag diskussionerne om, hvilke former for viden og orden, der dominerer i hospitalets arbejdsprocesser:
Magt er altid relationel, og relationerne er ikke på forhånd asymmetriske og hierarkiske. Den relationelle magt kan ses som et strategisk spil og udfaldet af dette spil er åben, eftersom magtrelationerne er foranderlige, bevægelige og reciprokke.

[118] Foucault (1970) og (1982)

Mens traktatformen signalerer autoritet, signalerer indholdet videnskabelighed, skriver B&S. De ser ICD som en god teknisk klassifikation, udformet i korrekte aristoteliske termer (logikkens enten /eller) med en god prototypisk[119] udformning (bred og varieret), som synes og fornemmes videnskabelig (ibid:66). Det autoritative ordnende system afspejler ikke processen for et sygdomsforløb, der snarere kan karakteriseres som et rodet flow af kropslige og naturlige oplevelser og erfaring. I stedet bliver processerne, i kraft af brug af klassifikationer, ordnet i forhold til indpasning i et pænt sæt af kategorier (ibid:66). Det bliver til det, Latour kalder uforanderlige flytbare enheder ('immutable mobiles'), i dette tilfælde beskrivelser eller tekster som kan flytte uforandret rundt og være kombinerbare og sammenlignelige (jvf. ibid:72). Systemet repræsenterer en forhandlet orden, finder jeg, på samme måde som akkrediteringssystemernes samlinger af standarder, der kan betragtes som et klassifikationssystem for nødvendige arbejdsopgaver ved hospitalsdrift, et system der med autoritativ, videnskabelig fremtræden signalerer orden.

6.3.5.2 Klassifikationers afhængighed af materialitet

Bowker og Star ser ICD som et system, der som et usynligt fundament ligger til grund for det, man kan kalde det medicinske bureaukrati og praksis omkring sygdomsbehandling. De viser, hvordan systemet er historisk betinget både med hensyn til politisk oprindelse og teknologiske funderinger, og finder at systemet som en klassifikation er lige så ejendommelig som en taksonomi beskrevet i en fortælling af forfatteren J.L. Borges, hvori der berettes om et kinesisk opslagsværk, hvor dyrene inddeles i grupper ud fra kriterier, som bl.a.:

> *"... dem der tilhører kejseren, de tamme, de balsamerede, havfruerne, de som på afstand ligner fluer, de vanvittige, fabeldyrene, omstrejfende hunde, pattegrise, de talløse ..."*[120] (B&S, 1999:131).

ICD-systemet blev etableret i 1893 i forbindelse med et internationalt møde i Paris, hvor dagsordenen var håndtering af de omfattende koleraepidemier. Deltagerne i mødet ønskede blandt andet at få overblik over sygdommens udbredelse og fandt, at et system der sikrede registrering af dødsårsager på verdensplan, ville være nyttigt. Grundlaget for systemet blev et eksisterende fransk klassifikationssystem til registrering af dødsårsager i Paris (ibid:114). ICD-systemet har fungeret lige siden; det bliver konstant revideret og i begyndelsen af 1990'erne havde man den tiende og seneste version, ICD-10, klar.

I den første udgave af systemet var der 200 klassifikationer (ibid: 126). Dette antal var ikke en fagligt, men en praktisk begrundet foranstaltning, som ikke afspejlede antallet af sygdomme i verden, men var bestemt af materielle forhold i form af det medie - et

[119] Prototype defineres her med henvisning til psykologien og Rosch's prototypeteori i flg. hvilken vi som mennesker ikke tænker i binære karakteristika, når vi skal beskrive en genstand. Vi kan således have et bredt, og ikke kun et binært (enten-eller) billede af, hvad for eksempel en stol er.

[120] Bowker & Star refererer her til en beretning, der findes hos Foucault, *The Order of Things*, (1970:15)

hulkortsystem - man brugte til opbevaring af data. Det var en ny teknologi, der var udviklet i USA omkring 1890, beregnet til at samle og flytte data mellem filialer af virksomheder, kunder og leverandører. Der var opstået et nyt kommunikationsbehov, efter at anlæggelse af jernbanenettet havde gjort det muligt at arbejde over store afstande i landet. Kortene havde et vist antal huller og var lavet af et dyrt materiale for at sikre holdbarhed. Denne type kort valgte man at bruge til registreringer til det nye sygdomsklassifikationssystem. Det betød dels, at man måtte tilpasse sig antallet af huller i kortene - derfor de 200 klassifikationer, dels at det kun var de lande, der havde råd til at anskaffe kortene, der leverede data til systemet. Det var således ikke alle, men kun et udvalg af sygdomstilfældene på verdensplan, man fik registreret. Hertil kom yderligere en praktisk overvejelse, der drejede sig om, hvor mange forskellige koder man regnede med at læger ville give sig tid til at overveje, inden de valgte restkategorien 'anden årsag'. Her antog man, at antallet 200 var passende.

6.3.5.3 Registreringskultur - kontrolstrategi.

Da man i FN-regi etablerede verdenssundhedsorganisationen WHO i 1948, overgik administrationen af ICD-systemet hertil. Man var da nået til den 6. udgave. Fra WHO organiseres vedligeholdelse og udvikling samt indsamling og analyse af data fra diverse registreringer fra blandt andet dødsattester.

Der aggregeres data over længere tid, og de samles i hovedklassifikationsgrupper før den statistiske behandling foretages. Der udøves skøn og træffes en række valg i forbindelse med for eksempel databehandlingen, men resultaterne betragtes dog alligevel som en sandhed, hvilket kan siges at markere en erkendelse af, at verden nok delvis kan repræsenteres, men ikke kan indeholdes i et klassifikationssystem. Metoden kan også ses som et eksempel på, at WHO er et (magtfuldt) kalkulationscenter, hvorfra der udgives statistik (landkort) med et autoritativt præg[121]. Herfra udsendes tal og tekster om sygdomme og sandhed, baseret på input fra mange aktører, der i sagens natur ikke kan følge bearbejdningsprocesserne, og heller ikke kan overskue hvordan der samlet set arbejdes med registreringerne i de enkelte lande og på de enkelte registreringssteder, som primært er hospitaler og lægepraksis. I det omfang denne usikkerhed ikke diskuteres, men blot accepteres, kan man påstå at systemet bliver en institution, der ikke betvivles. Rapporterne fra WHO får en karakter af et magtfuldt styringsredskab, således som M. Power beskriver det:

> *....The way societies call individuals and organizations to account says much about fundamental social and economic values. Power is this ability to demand accounts, to exercise control over performance, while at the same time remaining accountable. ...* (Power 1997:146)[122]

[121] Se fx 'European mortality database (MDB). Updated January 2007. World Health Organization Regional Office for Europe. En statistik for 67 forskellige dødsårsager der dækker 53 lande fra den europæiske region. kilde: www.euro.who.int/

[122] Her refererer Power til Day, P. & Klein, R. *Accountabilities: Five Public Services.* (1987:9,)

Det kan altså i sidste ende være et spørgsmål om tillid til eller accept af systemet, hvorvidt man vil benytte dets resultater, samtidig med at det kan være umuligt at undgå at levere de registreringer, der efterspørges. Mener man som Wulff m.fl. (1990:97), at lægevidenskab er en disciplin, der er både naturvidenskabelig og humanistisk, og betragter man som konsekvens heraf sygdomsklassifikationer som menneskeskabte med de usikkerheder der hermed følger i forhold til manglende universalitet, vil man ikke være i tvivl om, at der er flertydighed forbundet med input / registreringer til statistikkerne og dermed også til output.

Medicinsk forskning trækker i høj grad på data fra ICD og vil derfor nødvendigvis anvende ICD´s sæt af homogene klassifikationer ved design af test, forsøg og projekter. Wulff m.fl. udtrykker sig i overensstemmelse med B&S's pragmatiske tilgang til betragtning af klassifikationer som systemer, når de skriver således om ICD-klassifikationernes skrøbelighed med reference til blandt andet Rousseau's dictum: "*der er ingen sygdomme, men kun syge mennesker*" (Wulff m.fl. 1990:102), og uddyber det som beskrevet her:

Sygdomsklassifikation er det redskab, som læger benytter til at organisere al deres professionelle viden og erfaring, og den er i høj grad baseret på den biologiske sygdomsmodel, skriver Wulff m.fl. 1990:89. De gør opmærksom på, at valg af klassifikation afhænger af observatørens viden og interesser, og finder at sygdomsklassifikation "i høj grad [er] en blanding af anatomisk, fysiologisk, mikrobiologisk og immunologisk definerede sygdomsenheder" (ibid:92).

"Man kunne måske sammenligne de typiske tilfælde, som beskrives i de medicinske lærebøger, med platoniske ideer, som kopieres temmelig ufuldstændigt af de patienter, som klinikeren ser på sin stuegang" (ibid:98).

"Vi ønsker naturligvis ikke at antyde, at læger er tilhængere af Platons filosofi, eller at de tror at sygdomme er dæmoner, som angriber mennesker, *men ikke desto mindre synes de mere eller mindre ureflekteret at antage, at sygdomsenheder er noget, der eksisterer i naturen, idet de overser, at sygdomsklassifikationen er en menneskeskabt konstruktion*" (Ibid:98)

"**Variation i tid og sted**: lærebogsforfattere har en tendens til at glemme, at klassifikationen og beskrivelsen af forskellige sygdomme skal repræsentere sygdomsspektret *i et bestemt samfund på et bestemt tidspunkt*, og der er ingen tvivl om at dette spektrum ændrer sig" (ibid:100)

"Sygdomsklassifikationen er et uundværligt redskab i den kliniske medicin, men manglen på eksplicitte kliniske definitioner bevirker, at registreringen af klinisk erfaring er alt for upræcis. Læger har behandlet tusindvis af patienter, som de sagde led af lupus erythematosus disseminatus, [sygdom i bindevævet], og hvis sygdommen havde været klart defineret, ville det have været muligt at angive eksakte sandsynligheder for prognosen med forskellige behandlinger. Nu er den kollektive erfaring imidlertid så upræcis, at man kun kan anføre, at passende behandling af sygdommen har nogen effekt, og dette eksempel er på ingen måde exceptionelt..." (ibid 1990:102)

Kritik af medicinsk statistik kan man i flg. Bowker & Star finde helt tilbage til 1600-tallet. For ICD systemets vedkommende refererer de til problemer beskrevet af Kerr White, der blandt fremhæver fraværet af teori omkring systemets form og anvendelse:

> *"There is no coherent conceptual or organizing theme, to say nothing of theory, and yet this classification and its modifications seek to meet the needs of policymakers, statisticians ... clinicians, and investigators of all persuasions...around the worlds".*[123] (B&S:119)

Jeg finder, at det er karakteristisk for de fænomener som både Wulff m.fl og Bowker & Star beretter om, at de har samme træk som auditkulturen, således som M. Power diskuterer den (se afsnit 6.2). Der er på mange måder sammenfald i deres vurderinger af klassifikationssystemets begrænsninger og muligheder.

Med fokus på vurderinger og formalisme i et professionelt miljø som sundhedsvæsenet beskriver Power, hvordan kernen eller hjertet i professionel ekspertise er en balance mellem det personlige og det anonyme, det subjektive og det objektive, det skønsmæssige og det tekniske:

> *"... what counts as reasonable procedure and evidence is grounded in an evolving practitioner consensus in which tasks and routines are given meaning within wider operational frameworks. And these frameworks evolve from the need to create an appearance of satisfying programmatic demands while controlling the audit as an economic product"* (Power 1997:75).

6.3.5.4 Repræsentation af virkeligheden.

Klassifikationer 'ordner' verden (videnssystem).

Når man beskriver et stykke af verden eller virkeligheden ved hjælp af klassifikationer, skaber man en repræsentation af den. Der gennemføres en proces, hvor information bliver reproduceret og gentaget og overført til en ny sammenhæng - klassifikationssystemet (Bowker & Star:290). I flg. B&S er det at klassificere, noget alle kulturer altid har gjort, og ikke mindst moderne vestlig kultur, hvor det nogle gange kan blive temmelig omfattende, som i dette eksempel på betegnelser for sne: Det antages ofte, at eskimoer har omkring 50 betegnelser for sne. Ved nærmere undersøgelse viser det sig imidlertid, at mens eskimoerne selv bruger omkring en håndfuld betegnelser, har arktiske forskere udviklet hundredvis, som er videnskabeligt forklaret i deres ekspeditionsjournaler (ibid:131)[124].

Et system af viden

Man kan betragte klassifikationer som et system af viden, der skal forstås i forhold til konteksten eller det netværk, det er en del af. Klassifikationssystemet fremstår som nævnt som en serie boxe, hvori sygdomme kan placeres. Men det indkapsler også en række historier, som ICD-designernes foretrukne narrativer om for eksempel gode og tvivlsomme levemåder. Således har en sygdom som AIDS været placeret i skiftende

[123] White, Kerr L. (1985). "Restructuring the International Classification of Diseases: Need for a New Paradigm". Guest Ed. In *The Journal of Family Practice* 21(1): 17-20

[124] Her trækker Bowker & Star på Pyne, Stephen. J. (1986) *The Ice: A Journey to Antarctica*. Iowa City. University of Iowa Press

klassifikationer, det samme gælder andre såkaldt skamfulde sygdomme. AIDS blev i første omgang, i 1970'erne, klassificeret som en sygdom relateret til bøsser, og homoseksualitet var oprindelig defineret som en klassifikation inden for psykiatrien. At systemer skal forstås i forhold til en kontekst, ser man et eksempel på i en roman, hvor fortællingen drejer sig om tuberkulose, *The Magic Mountain* af Thomas Mann, fra 1929. I en beskrivelse af forholdene på et tuberkulosesanatorium i et bjergområde, beskæftiger Mann sig med relationerne mellem tid, sted, handling og klassifikation. Han ser en tæt sammenhæng og illustrerer det ved en beskrivelse af, hvordan en besøgende på sanatoriet møder en tidsopfattelse hos både patienter og behandlere, der er helt anderledes, end den der hersker 'ude' i samfundet. En patient, der har været der længe, fortæller at den mindste tidsenhed man anvender dér, er en måned:

> *"We up here are not acquinted with such a unit of time as the week, - if I may be permitted to instruct you, my dear sir. Our smallest unit is the month. We reckon in the grand style - that is a privilege we shadows have."* (B&S, 1999:179).

Målet med klassifikationssystemer er at skabe homogene, kausale områder, og når de skabes, kan man sige, man konstruerer et fællesskab, skriver Bowker & Star (1999:96). Men ambitionen om at skabe entydige områder kan ikke realiseres. Første gang et system skal designes må man forholde sig til et hønen-og-ægget problem, da man netop ikke har nogen opdeling at gå ud fra. For at skabe en standard eller en klassifikation må man have noget at bygge på, mener de[125].

Bootstrapping eller hønen-og-ægget.
Før man fik et fungerende system for sygdomsklassifikation, døde patienterne én masse, uden nærmere karakteristik af årsagen. Hospitalet var et sted, hvor patienterne delte sygdomme og smittede hinanden. Klassifikation kunne man kun udvikle, hvis man kunne isolere patienter med en given sygdom. Det var nødvendigt, at samle information om de enkelte sygdomme, hvilket kun kunne lade sig gøre via studier af cases i kontrollerede situationer, hvor patienterne ikke blev udsat for forskellige andre sygdomme og infektioner. ICD-designerne løste problemet ved at handle, som om der allerede fandtes en ICD-statistik (de tog som nævnt ovenfor blandt andet udgangspunkt i et eksisterende fransk system til registrering af dødsårsager), i det håb at den fremtidige dataindsamling ville tilpasse sig dette udspil (B&S, 1999:118)[126]. Wulff og Gøtzsche skildrer i et afsnit om sygdomsklassifikationens historie, hvorledes man i Europa i 1600-tallet begyndte at beskrive sygdomme ud fra observationer ved sygesengen, i stedet for kun at forholde sig til forudfattede teorier. Denne empirisme blev videreudviklet og trak på den registreringssystematik, der samtidig fandtes inden for botanisk taksonomi. Senere kom nye tanker til, men udvikling var der konstant. (Wulff

[125] Bootstrapping kalder Bowker & Star opgaven, hvor man skaber et oplæg, offentliggør noget og håber på respons. I en verden af ikke-perfekt viden kan ethvert klassifikationsprincip være validt og nyttigt: Man ved ikke, hvad der gør en forskel før man har opbygget en vidensmasse, hvis dataenheder hviler på det klassifikationssystem man allerede har udviklet. Denne problemstilling, kendt som **Spinozas** problem (B&S 1999:276), gælder også for 'medical recordkeeping'.
[126] B&S trækker her på Dagognet, Francois. (1970) *Le Catalogue de la Vie; Etude Méthodologique sur la Taxanomie.* Paris. Presses Universitaires de France

og Gøtzsche 2006:63-64). Der var ved etableringen af ICD således nok et grundlag for at arbejde med sygdomsklassifikation, men der var ikke var noget entydigt og alment anvendt system.

En sådan pragmatisk praksis har Leigh Star mødt i andre sammenhænge, idet hun har studeret, hvorledes der arbejdes inden for hjerneforskning. Hun beskriver blandt andet, hvordan man på et tidligt tidspunkt i denne forskning overførte et diagram over en abehjerne til et billede af en menneskehjerne, selv om man var klar over at der var forskelle mellem de to. Hun konkluderer, at ønsket om at standardisere repræsentationer vejede så tungt, at man valgte at se bort fra usikkerhederne (Star, S.L. 1985), og vurderer at der er kræfter i spil, som trækker hen imod den rene klassifikation inden for et område, selv om det er klart, at det er umuligt, fordi der ingen klare snit findes; alting hænger sammen.

Valg, der kunne have været anderledes.
Klassifikationerne baserer sig altså på et valg, der kunne have været anderledes, hvis andre aktører og/ eller en anden kontekst havde været impliceret i beslutningsprocessen. Skal man så undlade at klassificere, spørger Bowker og Star, og svarer at det ikke er en mulighed, i og med at mennesker gør det hele tiden, hvortil jeg vil kommentere, at man i det mindste kan være opmærksom på, at der ikke er tale om sandheden, men blot en sandhed blandt flere mulige. Her finder jeg inspiration hos Latour, der om sine erfaringer med praksis omkring forskning og udviklingsprojekter, skriver at der ikke er tale om, at man finder sandheden om en natur, der ligger derude og venter på at blive repræsenteret. Han mener ikke, at det forskerne finder, ikke er en sandhed eller et udtryk for noget realistisk, men understreger at det er svært at ændre den engang vedtagne sandhed. Det illustreres ved en beskrivelse af betydningen af hhv. ingen og mange referencer for forskningsartikler:

> *"A paper that does not have references is like a child without an escort walking at night in a big city it does not know: isolated, lost, anything may happen to it.... Whatever a text [heavy with footnotes] says we can se it is already linked to the contents of no less than thirt- five papers from sixteen journals and boooks from 1948 to 1971. If you wish to do anything to this text....you might have to engage with all these papers and go back in time as many years as necessary".*
> (Latour, B. 1987:33*).*

Tilsvarende kan man, mener Bowker & Star, overveje mulighederne for at udfordre ICD-systemet. Med en pragmatisk tilgang kan man vælge at se det som en opdeling af verden i nyttige kategorier, (ikke som en beskrivelse af verden som den er), på en enkel måde. Man kan sige, at sygdomsklassifikationerne repræsenterer verden. Man kan også betragte det som et stort informationssystem. Sådanne systemer vil altid i sig have indlejret nogle værdier og normer, som dermed fastfryses og cementeres. ICD kan ses som et beslutningsværktøj, der udvikler sig til at blive en del af organisationsstrukturen. B&S skriver at bureaukrati og imperier bygges på lister, ikke pomp og pragt, og sådanne lister bør værdsættes på grund af deres informationsrigdom vedr. lokale omstændigheder.

B&S viser, hvorledes repræsentation i et klassifikationssystem ikke er noget neutralt, naturgivet, men et resultat af forhandlinger og valg. Man styrker sin position ved blandt andet at opbygge forskningsaktiviteter omkring kategorierne. Registreringer og dermed klassifikationssystemer som ICD får karakter af en taxonomi over sygdomsepisoder. B&S mener ikke, at der skabes egentlige historiske beretninger eller fortællinger om sygdomsforløb og -typer. Det, der prioriteres, er den gode 'record keeping', en erindring, der er filtreret. Denne iagttagelse genfinder jeg hos Wulff og Gøtzsche, når de giver udtryk for klassifikationssystemers kontekstafhængighed:

> *"Man kan anskue sygdomsklassifikation som en nominalskala med et stort antal klasser, men desværre er forholdene ikke helt simple.. En nominalskala skulle gerne være ekshaustiv og eksklusiv, men den sygdomsklassifikation vi bruger i dag, og som præger enhver lærebog i en klinisk disciplin, afspejler skiftende tankesæt hos successive generationer af læger. Det kan derfor ikke undre, at vi har svært ved at klassificere patienter på en logisk tilfredsstillende måde".* (Wulff og Gøtzsche 2006:63).

Brug af ICD-systemet indebærer en tilskæring af en multipel virkelighed, hvor der kun er plads til en afgrænset repræsentation. Man kan således se eksempler på opdeling af kroppen og indpasning af en multipel virkelighed i et 'entydigt' system. For eksempel kan kræftsygdomme have uskarpe grænser og overlappe flere ICD-kategorier, men der kan ikke vælges mere end én hoveddiagnose. Et andet eksempel vedrører definition af grænsezoner i den ydre verden, en offentlig vej, hvor der i ICD-systemet er plads til at registrere ulykkessteder, f.eks. forskellige typer af offentlige veje. I dette tilfælde er det ønsket om at kunne udarbejde ulykkesstatistikker, der ligger til grund for klassifikationerne. Man kan reflektere over konsekvenserne af at fastsætte sådanne definitioner, som ikke kan siges at være hverken gode eller dårlige, men under alle omstændigheder arbitrære måder at opdele verden på. Det er 'kan', snarere end 'gør', hvis man er enig med Latour om vanskelighederne med at 'gøre noget andet'. En interessant tanke i forhold til akkrediteringssystemet, finder jeg, idet også udviklingen af dette kan være underlagt tilfældigheder, et resultat af forhandlinger og det muliges kunst. I det omfang det forholder sig således, fratager det ikke systemet en nyttig funktion, men kun status som en endegyldig sandhed.

6.3.5.5 Klassifikationer er afhængig af praksis.

ICD i den 10. udgave der består af i alt ca. 2100 klassifikationer (21 hovedgrupper med hver knapt 100 undergrupper), materialiseres i tekst som et bogsæt på tre bind, med tilsammen cirka 2000 sider. Værket omfatter en lang liste med tal og navne på sygdomme og modificerende betingelser, samt vejledninger i brug af klassifikationerne.

Klassifikationerne i denne nyeste udgave signalerer, at der er fokus på registrering og tænkning i behandling, (og dermed ikke sygdomsårsager, som det oprindeligt var tanken) mener B&S. Som eksempel på at der er sket en ændring, nævner de, at der i tidligere versioner kunne findes en kategori med betegnelsen 'slidt op', og at man i 1913 for

eksempel kunne registrere dødsårsager i en nu forsvundet klassifikation benævnt 'old age', som det fremgår af nedenstående figur (hvor hovedgruppen er alderdom, og klassifikation 154 er for senilitet):

Figur 6.8 Diagnoseklassifikation fra ICD-systemet 1913

TABULAR LIST

XII.—OLD AGE.

154. Senility.

This title includes:

Age (70y+)
Asthenia (70y+)
Atony (70y+)
Atrophy (70y+)
of old age
Cachexia (70y+)
of old age
Debility (70y+)
of old age
Decline (70y+)
Degeneration (70y+)
Dementia of old age
Euthanasia (70y+)
Exhaustion (70y+)
of old age
General atrophy (70y+)
breaking down (70y+)
debility (70y+)
decline (70y+)
marasmus (70y+)
senile failure
weakness (70y+)
Gradual decline (70y+)
Imbecility of old age
Inanition (from disease, 70y+)
Infirmity (70y+)
Malassimilation (70y+)
Malnutrition (70y+)
Marasmus (70y+)
of old age
Morbus senilis
Old age
Progressive asthenia (70y+)
weakness (70y+)
Prostration (70y+)
Senectus
Senile asthenia
atrophy
cachexia
debility
decay
degeneration
dementia
exhaustion
fibrosis
heart
imbecility
insanity
mania
marasmus
melancholia
paresis
prostration
psychosis
softening
vascular degeneration
weakness
Senility
Vital degeneration (70y+)
Want of vitality (70y+)
Wasting (70y+)
Weakness (70y+)
Worn out (70y+)

This title does not include: Senile gangrene (142).—Senile paralysis (66).

Figure 2.4a
In 1913 it was still possible to die of being worn out.
Source: Department of Commerce, Bureau of the Census, *Manual of the International List of Causes of Death*, Department of Commerce, US Bureau of the Census, Washington, DC: Government Printing Office, 1913: 131.

(Kilde: Bowker & Star 1999:91)

B&S mener, at læsning af de tre bind minder om at læse i en fag-telefonbog, selv om en sådan dog er mere lettilgængelig. Fagbogens gule sider har en høj grad af narrativ struktur, mener de. Her kan man se, hvordan det lokale forretningsliv ser sig selv, hvor mange restauranter af forskellig etnicitet, der er i lokalområdet, og om man kan finde en speciallægeklinik dér eller ej. Udover denne direkte information finder man også en indirekte. En tynd bog indikerer landdistrikt, og sammenligner man bøgerne over en

årrække, kan man se, hvordan udbuddet af serviceydelser ændres. I en telefonbog i Californien finder man i 1990'erne foreningen 'Anonyme alkoholikere' under rubrikken 'emergency', hvor det tidligere stod under 'rehabilitering'. Denne ændring afspejler en anerkendelse af organisationens betydning i krisesituationer og giver signal om, at alkoholmisbrug er en medicinsk lidelse eller tilstand. At blive optaget i telefonbogen er det samme som at blive en del af det civile samfund eller infrastruktur, så når man i afsnittet 'begivenheder i byen' finder den 'årlige parade for bøsser og lesbiske', hvilket man ikke gjorde i 1960'erne (hvor paraden også fandtes), kan det tolkes som en samfundsmæssig accept af homoseksualitet, som der i dette tilfælde ligger årtiers aktivisme og konflikt bag.

ICD-10 er en fortællende tekst lige som telefonbogen, mener B&S og illustrerer dette med et eks. på diagnosekoder for hjertesvigt, kode I 50. De fremhæver, at der er tre undergrupper til koden: congestive / prop, venstre ventrikel svigt og uspecificeret hjertesvigt. De savner en fjerde gruppe, nemlig en kode for svigt forårsaget af mekaniske fejl, som for eks. en pacemaker, der ikke fungerer. Efter en nøjere granskning af klassifikationssystemets muligheder konkluderer de, at i det tilfælde hvor en svigtende pacemaker er årsag til dødsfald, er det muligt, men ret kompliceret at finde en entydig diagnosekode til dødsattesten. Men når koden endelig er valgt, bliver de forudgående overvejelser om rette valg 'glemt' og i statistikken over dødsårsager ses ingen kategorier for tvivlstilfælde (ibid:56).

Figur 6.9 En diagnosekode fra ICD-10. Hjertefejl - klassifikation I 50.

I50 Heart failure

Excludes: complicating:
- abortion or ectopic or molar pregnancy (O00–O07, O08.8)
- obstetric surgery and procedures (O75.4)

due to hypertension (I11.0)
- with renal disease (I13.–)

following cardiac surgery or due to presence of cardiac prosthesis (I97.1)
neonatal cardiac failure (P29.0)

I50.0 Congestive heart failure
Congestive heart disease
Right ventricular failure (secondary to left heart failure)

I50.1 Left ventricular failure
Acute oedema of lung } with mention of heart disease
Acute pulmonary oedema } NOS or heart failure
Cardiac asthma
Left heart failure

I50.9 Heart failure, unspecified
Biventricular failure
Cardiac, heart or myocardial failure NOS

Figure 2.1
Heart failure as specified in the ICD-10.
Source: ICD 10, 1: 494.

(kilde: Bowker & Star 1999:56)

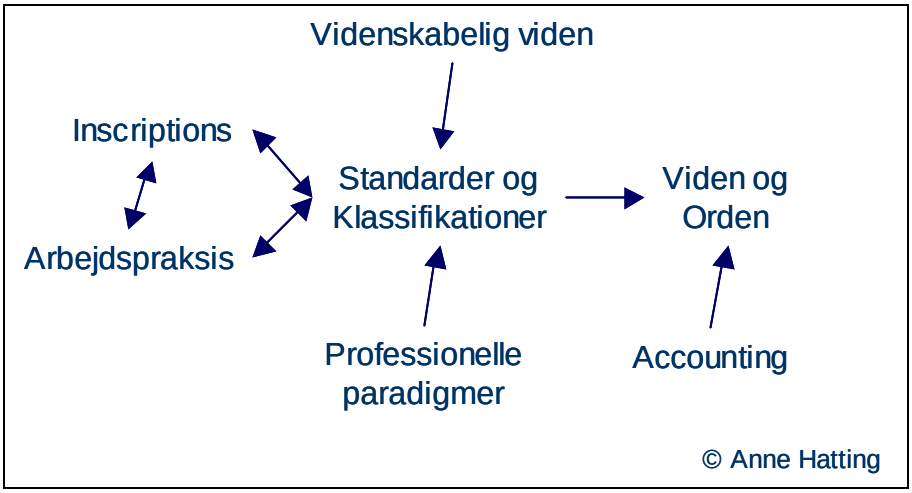
Den fortællende tekst og dens omfattende vejledning understreger systemets mulige anvendelsesform. Jeg ser, at udfordringen ved anvendelsen ligger i den nødvendige balancering mellem to yderpunkter, hvor man på den ene side afstår fra at betragte klassifikationssystemer som den rene segmentering, de signalerer at være, og på den anden side alligevel bruger dem og tillægger dem en sandhedsværdi, men med en pragmatisk tilgang og en bevidsthed om at de er afhængige af praksis, at man kunne have gjort noget andet med lige så stor ret, at der kunne være andre sandheder.

Selv om der er forskelle i opbygning og anvendelsesområde for de forskellige systemer, Bowker & Star har undersøgt[127], er der nogle fælles ensartede træk. De finder således generelt, at der ved såvel konstruktion som etablering og brug af systemerne bliver skabt en ordnende effekt på det område, hvor systemet implementeres. Der er dels tale om særlige rutiner for brug af systemet, dels etablering af et videnssystem, hvor der skal indlægges data, som skal opbevares og aggregeres, så der kan produceres ny viden. (Bowker & star 1999:33).

På baggrund af diskussionen i dette og tidligere afsnit, ser jeg forskellige kræfter omkring skabelse af standarder eller klassifikationer og en sammenhæng mellem disse og orden således:

6.3.5.6 Viden og orden via standard- og klassifikationssystemer.

Figur 6.10 Standarder og klassifikationer, viden og orden



Kommentar til figuren

Der er gensidighed mellem praksis, standarder, klassifikationer og inscriptions[128] forstået som midler, der kan mobiliseres, samles, arkiveres, rekalkuleres og fremvises. Det

[127] Udover diagnoseklassifikationer analyseres klassifikation af sygeplejeopgaver, virustaxonomi, tuberkulosebehandling og raceopdeling af mennesker under apartheidstyret i Sydafrika

[128] Et middel kan være spørgeskemaer og statistik. Alt ender som papir, der kan arkiveres. (Latour 1987). Inscription devices er et mønstret sæt af arrangementer der bruges til produktion af inscriptioner eller spor

kan materialiseres i form af manualer, procedurebeskrivelser og vejledninger i forskellige udformninger. Standarder og klassifikationer vil derudover altid afspejle den viden, som er legitimeret i dels den videnskabelige baggrund, dels inden for det professionelle paradigme.

Det samlede system af standarder og klassifikationer kan, som det sker i akkrediteringssystemet bringes i anvendelse som et middel til at overføre elementer af viden og orden til arbejdsprocesser generelt, på ethvert hospital. For akkrediteringssystemets vedkommende er der indlagt et element af legitimering og synliggørelse af handlingerne i arbejdsprocesserne, her bredt betegnet som accounting.

6.3.5.7 Opsamling om akkrediteringssystem som klassifikationssystem

Når man bruger begreber som standarder og klassifikationer, kan man enten antage en rationel forståelse, hvor klassifikationer repræsenterer en entydig segmentering af en klart afgrænset helhed, og standarder repræsenterer entydige, anerkendte mål af forskellig art, eller man kan med en pragmatisk tilgang, hvor man antager at verden er et 'mess' og materialiteten af hvad som helst afhænger af situationen, betragte standarder som valg, og som noget der afspejler normativ, men ikke nødvendigvis specifik praksis, og klassifikationer som udtryk for en forhandlet orden, der afspejler de magtforhold, der herskede under forhandlingerne. Med den pragmatiske forståelse mener jeg, at akkrediteringsstandarderne kan betragtes som nogle normative redskaber, der ikke nødvendigvis er de bedste i de situationer, de tænkes anvendt på, eller i det hele taget gode, men blot repræsenterende det mest magtfulde på det tidspunkt, da der skulle udformes standarder til brug for kvalitetssikring i centrale dele af sundhedsvæsenet.

Mens jeg hidtil overvejende har vist, hvorledes man kan anskue skabelsen og anvendelsen af standarder og klassifikationer generelt, har jeg endnu ikke fundet frem til mulige antagelser om praksis omkring 'brug' af akkrediteringssystemet, der består af ikke blot en række standarder for kvalitetssikrede arbejdsprocesser og organisering, men også rummer en metode til at implementere og følge op eller kontrollere, at standarderne bliver efterlevet. Jeg vender derfor nu blikket mod standarder og klassifikationer i kontekst, i praksis anskuet som systemer, for at finde yderligere inspiration til analysen af implementering med henblik på forandringer af arbejdsprocesser.

6.4 Akkrediteringssystemer - repræsentation af arbejdsprocesser.

> *Klassifikations- og standardsystemer danner en kritisk kobling af social organisering, moralsk orden og lag af teknisk integration.* (Bowker & Star 1999:33)

Tid, sted og handling set som en helhed

---

ved brug af materialer, som er lavet om til andre former. I et laboratorium er det ofte en maskine. Inscription devices er teknikker til produktion af naturecultures. (Latour og Woolgar 1986)

Idégrundlaget bag akkrediteringssystemer er som nævnt TQM-tanken, hvor målet er at etablere en permanent kvalitetskultur, gennem blandt andet skabelse af udforskningsfællesskaber, der skal være selvevaluerende inden for en fælles topstyret ramme. Jeg har i de foregående afsnit vist, hvordan det kan give mening at trække på erfaringer fra analyser af klassifikations- og standardsystemer som for eksempel diagnoseklassifikationssystemet, som led i undersøgelsen af hvorledes standarderne i akkrediteringssystemet fungerer. Det var som udgangspunkt min hensigt at undersøge, om der er områder, hvor der er principiel overensstemmelse mellem kvalitetsstandarderne og de standarder og klassifikationer, der analyseres i STS -litteraturen, med henblik på at etablere et teoretisk blik for min analyse. Med den pragmatiske analysetilgang, tillægges konteksten for handlinger en afgørende betydning. Det er derfor ikke tilstrækkeligt for min analyse af forandringer af arbejdsprocesser, at have indblik i hvorledes klassifikationer og standarder principielt kan agere, men også nødvendigt at afdække hvilken sammenhæng eller system, de indgår i[129]. Mol udtrykker det således *"Ontology in medical practice is bound to a specific site and situation,"*(Mol 2002:55)

Bowker og Star har vist, hvorledes standard- og klassifikationssystemer kan blive en styrende faktor i de processer, hvori de indgår. Således mener de, at ICD-systemet ligger bag en stor del af det bureaukratiske system, der findes inden for sundhedsområdet, både nationalt og globalt. Og de har sammen med Timmermanns beskrevet udviklingen af sygeplejesystemet, NIC, hvis formål blandt andet er at synliggøre sygeplejeaktiviteter i de styringssystemer, der anvendes på hospitaler til administration inden for blandt andet økonomi- og aktivitetsområdet (Timmermanns, S., G.C.Bowker & S.L.Star (1998). ICD er en infrastruktur, mener Bowker & Star, fordi det er indlejret i mange databaser og spatialt set når vidt omkring, idet alle lande benytter en eller anden version. Diagnoseklassifikationssystemet støtter således, på en usynlig måde, det sundhedsfaglige arbejde, hvor det er en del af oplæringen til professionen som læge at lære at bruge det, og det er på alle måder linket med konventioner for praksis (Bowker & Star 1999:110).

Klassifikationssystemer har således et **styringspotentiale**, omkring viden og orden, men de kan også fungere som **forbindelsesmekanismer**, i og med at klassifikationer altid repræsenterer mange stemmer, fordi de samme begreber og tekster bruges flere steder og udlægges/ tolkes lokalt. De kan blive boundary objekter (B&S 1999:15-16), således som dette begreb er defineret af Star & Griesemer (1989), eller de kan etablere en infrastruktur omkring de arbejdsprocesser, de skal påvirke .

Hvor jeg i præsentationen af begreberne standard og klassifikation i afsnit 6.2 og 6.3 har sat fokus på orden og viden, vil jeg her i afsnit 6.4 diskutere formen for og betydningen af kontekst med fokus på boundary objekter og infrastruktur. Akkrediterings-

[129] Jvf. min beskrivelse i afhandlingens Kapitel 4 vedrørende Mol's betragtninger om en metode, der indebærer en praxiografisk vurdering af 'reality', modstillet en epistemologisk tolkning. Denne modsætning skal ses i sammenhæng med brugen af ordet 'er'. Mol vil betragte 'er' som situeret, man kan aldrig 'være' uden for en relation. Alting er altid i en kontekst - 'at være, er at være relateret'. Derfor er resultatet af forskningsprojektet heller ikke universelt, men lokalt. Når man siger eller skriver, hvad åreforkalkning er, må man samtidig forholde sig til, hvor det er sådan.

systemet kan i denne sammenhæng betragtes som et netværk, (med træk af både materialitet og praktikalitet) der omfatter en samling standarder, vejledningsmanualer, overvågningsaktiviteter (surveybesøg og andre former for løbende kontrol), og uddannelsesprocesser med henblik på brug af systemet, samt nogle kalkulationscentre, hvorfra der sendes impulser til udvikling af systemet.

6.4.1 Klassifikations- eller akkrediteringssystemer som boundary objekter.

Hvis klassifikationer repræsenterer mange stemmer i både konstruktionsfasen og anvendelse, betyder det, at de samme begreber og tekster bruges flere steder og dermed potentielt kan blive tolket på forskellig vis i forskellige lokaliteter. Hermed kan de få en funktion som boundary objekter, som nævnt ovenfor i afsnit 6.4.

Et 'boundary objekt'[130] er en pragmatisk konstruktion, idet det ikke repræsenterer nogen universel, transcendent sandhed. Det er forankret i flere fællesskaber og tilfredsstiller hvert enkelt fællesskabs informationsbehov. Begrebet er udtænkt af Star & Griesemer. De analyserede forløbet omkring etablering af et naturhistorisk museum i Californien, og fandt at de mange modstridende interesser, der er forbundet med et sådant projekt, blev holdt sammen af nogle fælles berøringspunkter. Diversitet og samarbejde kunne eksistere side om side i kraft af boundary objekter, som Star & Griesemer beskriver som :

> *" an analytic concept of those scientific objects which both inhabit several intersecting social worlds and satisfy the informational requirements of each of them. Boundary objects are objects which are both plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites. They are weakly structured in common use, and become strongly structured in individualsite use.These objects may be abstract or concrete.... The creation and management of boundary objects is a key process in developing and maintaining coherence across intersecting social worlds".* (Star & Griesemer, 1989:393).

Det er således i skabelsen og anvendelsen, at boundary objekter har en vigtig funktion som en slags kit, der holder forskellige verdener sammen. Det væsentlige er relationer og processen, mens objektets form er mindre betydende. Star & Griesemer fandt fire forskellige typer af boundary objekter, som vist i nedenstående Figur 6.11.

Med udgangspunkt i Figur 6.11 kan man stille spørgsmål om, hvorvidt et akkrediteringssystem kan betragtes som et boundary objekt:

De to typer af boundary objekter, der hos Star & Griesemer betegnes som henholdsvis 'ideale genstande' og 'standardiserede former' ser jeg som til en vis grad overlappende, idet muligheden for at mange kan bruge skemaerne i sig selv må give dem en status

[130] Boundary object - En direkte dansk oversættelse kunne være 'grænseobjekt' - et tilsyneladende almindeligt ord, der lægger op til, at alle tror de forstår noget ved det - og derfor en mulighed for at man ikke finder ud af, at man lægger noget forskelligt i det. Jeg vælger her at fastholde det engelske udtryk.

som 'a good enough road map'. I forhold til akkrediteringssystemets standarder finder jeg nogle lighedstræk med begge typer, som kan begrunde, at man betragter standarderne som boundary objekter - dog kun i den udstrækning hvor der foregår en skabelse eller anvendelse, som det er tilfældet, i forbindelse med oversættelsen til dansk - her skabes fællesskab af aktører og koncepter fra henholdsvis det danske sundhedsvæsen og akkrediteringssystemerne.

Figur 6.11 Boundary objekter - fire typer

Star og Griesemer fandt *fire* typer af boundary objekter:

- *Ordnede 'stakke' af objekter/* (museumsgenstande), der var indekseret efter vedtagne standarder
- *Ideale genstande*, som fx et atlas, nogle diagrammer eller andre beskrivelser, som ikke foregav at beskrive detaljer af en enkelt ting, men kunne bruges til symbolsk kommunikation og samarbejde - *"a good enough road map for all parties"*.
- Objekter med s*ammenfaldende grænser, men forskelligt indhold*, som landkort med forskellige temaer.
- *Standardiserede former* som fx kommunikationsmetoder mellem forskellige grupper. Det gjaldt for eksempel skemaer, der skulle udfyldes af amatørsamlere, når de indleverede et dyr til museet. Sådanne skemaer eller standardiserede indeks er, hvad Latour beskriver som 'immutable mobiles'. Fordelen ved den type objekter er, at de lokale usikkerheder bliver udeladt, mens de fælles berøringsflader tilgodeses.

(Star & Griesemer 1989: 410-411)

På de danske hospitaler, er der blevet arbejdet med at omsætte standarder til procedurer m.v., og det er ofte foregået i grupper med deltagelse af personale fra flere professioner, hospitaler eller afdelinger. Udformningen af procedurer og vejledninger efter fælles skabeloner kan i det hele taget også være en form for 'ordning af stakke af objekter', og dermed en kilde til skabelse af boundary objekter.

6.4.1.1 Boundary objekter i forhold til forandring.

Star og Griesemer skriver, at overførsel af information mellem forskellige fællesskaber eller kontekster kan ske ved hjælp af standarder, (som for eksempel ideale genstande i form af skemaer). Men selv om usikkerheden bliver undertrykt, og en tilsyneladende orden bliver skabt, er der måske stadig forskelle. Og følger man Latours tanker omkring magten i kalkulationscentrene, kan man betragte standarder og klassifikationer som redskaber, der giver en form for mening, for den der skaber dem, som ikke nødvendigvis kan genfindes hos andre, der skal bruge dem.

Bowker & Star viser, hvorledes den ene persons standard kan være ensbetydende med den anden persons forvirring (Bowker & Star 1999: 293), en erfaring, der stammer ikke

mindst fra forskning i implementering af IT-teknologi, hvor der kan påvises skel mellem designere og slutbrugere. Jvf. også erfaringer med overførsel af tavs viden, som det er fundet i eksemplet med samarbejdet mellem laboratorier, der i fællesskab skulle udvikle laserteknik (se Kapitel 4). I forhold til studier af forandringer i forbindelse med implementering af akkrediteringssystemer kan den tanke, at boundary objekter kan håndtere spændinger mellem forskellige synspunkter, måske vise sig nyttig. B&S skriver, at enhver metode til styring af divergerende synspunkter, herunder boundary objekter, indebærer tilpasning, 'work-arounds', og 'artful integration' (ibid:292). I denne optik må man antage, at en planlagt forandring af arbejdsprocesser, uanset hvilken type af planlægning, der er tale om, altid vil blive realiseret på mangfoldige måder i praksis - det må være uundgåeligt og hermed en udfordring af den rationelle tænkning om planlægning og sammenhæng mellem stimulus og respons på lokalt plan / detailniveau.

At betragte klassifikations- eller standardsystemer som boundary objekter, hvor form betyder mindre end proces og relationer, er det samme som at antage, at de er pragmatiske løsninger, ikke universelle, transcendentale sandheder. I forhold til mødet mellem et akkrediteringssystem og den medicinske lægelige profession og de sandhedskriterier, der dominerer i forskningen der, kan det ikke undre, hvis der hersker skepsis i forhold til metoderne eller den måde systemerne praktiseres på. Man kan se det som et eksempel på, at pragmatisme møder naturvidenskabelig, rationel tankegang, en tænkning, der illustreres dels hos såvel Mol som A. Abbott, der begge beskriver, hvordan de kliniske forsøg og den tankegang, der ligger i metoden, der anvendes dér, præger tænkning overalt i den medicinske verden, hvor alt skal bevises på samme måde, dels hos både Wulff og Mol, der på hver sin måde skriver om oplæringen i det professionelle paradigme, der indeholder så megen tavs viden og læring i praksisfællesskab, at det kan være svært for lægerne at kommunikere om deres fag til patienter og andre uden for det faglige fællesskab.

Skabelse af boundary objekter kræver tid og samarbejde mellem 'communities of practice'[131], skriver Bowker & Star og fremhæver som eksempel mødet mellem to eller flere forskellige klassifikationssystemer, som det sker i det tilfælde hvor sygeplejerskerne bag NIC -systemet (se afsnit 6.4.2) ville skabe et system, der kunne opfylde både økonomisk styringsmæssige og plejemæssige behov og dermed relatere sig til to forskellige fællesskaber, et plejefagligt og et administrativt (B&S, 1999:297).

Der er tale om komplicerede processer, når 'communities of practice' skal håndtere klassifikationssystemerne, skriver Bowker & Star, ikke mindst fordi fællesskabsbegrebet i sig selv er uklart, alene af den grund at alle mennesker er medlemmer af forskellige fællesskaber med varierende grad af forpligtelse og engagement. De diskuterer især

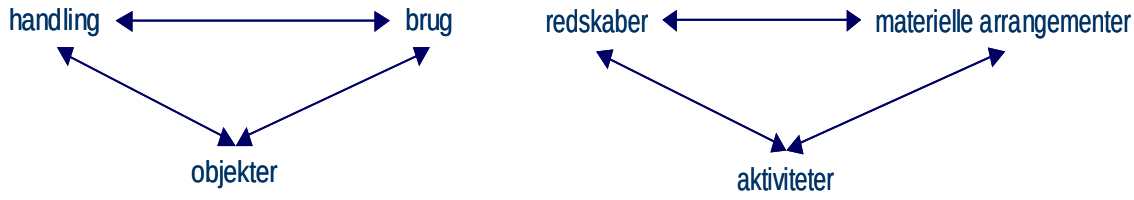
[131] Her refererer Bowker & Star især til brugen af dette begreb hos Lave & Wenger, bl.a. i Lave, J and E. Wenger, 1991 *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press. Jeg fastholder det engelske udtryk her, for ikke at bevæge mig ind på området om læringsteori, hvor der bl.a. foregår en diskussion om tolkninger af praksisfællesskabsbegrebet.

spørgsmålet om forholdet mellem fællesskaber og objekter - hvad er det, der er det fælles? og refererer bl.a. til Howard Becker, der har skrevet at 'communities of practice' er et sæt af relationer mellem folk, som gør noget sammen (Becker, H. 1986)[132]. Man skal gøre noget sammen, dvs. kun i relationerne og handlinger ser man fællesskabet, der således kan være svært at fastholde og beskrive. Med Becker vil man sige, at ved forandringer i arbejdsprocesser skal alle aktørerne involveres, have relationer og handle. Man kan også forvente at nye aktører / nye medarbejdere, som ikke har kendt 'de gamle' arbejdsprocesser, naturligt let går ind i de 'nye' arbejdsprocesser, da de ingen relationer har til de 'gamle'. De lader sig optage i det fællesskab, der aktuelt findes. Dermed rejser der sig et interessant spørgsmål om deltagelse i forhold til forandringer.

Anlægger man en aktivitetsteoretisk tilgang til forståelse af denne situation, vil man antage, at et fællesskab af deltagere kan ses som et objekt, fordi det er det, der undersøges her. Objekter bliver i denne tankegang til i brug og handling, hvilket betyder at det kun er i relationerne og handlinger ser man fællesskabet.

Sammenhængen kan illustreres således, hvor den supplerende figur eksemplificerer tænkningen i forhold til praksis , hvor der er en indbyrdes afhængighed mellem de materielle ting eller arrangementer, de redskaber der anvendes og de aktiviteter der foregår:

Figur 6.12 Interaktionistisk og aktivitetsteoretisk forståelse af samspillet mellem handling og aktører



B&S skriver om objekters betydning i forbindelse med skabelse og vedligeholdelse af sammenhæng på tværs af krydsende fællesskaber inden for sundhedsvæsenets klassifikationssystemer, at man kan anlægge den betragtning, at en idé eller noget man har lært, har materiel-objektiv styrke i sine konsekvenser og mediationer[133]. Objekter kan være ting, teknikker og ideer, fortællinger og erindringer. De bruges i forbindelse med en handling og medierer den på en eller anden måde. (se også afsnit 7.1.3 om en aktivitetsteoretisk forståelse af forandringer i organisationer).

At noget bliver et objekt i forbindelse med brug og handling, illustrerer B&S med et historisk eksempel - diagnosen 'hysteri', der er blevet anvendt i forbindelse med såvel medicinsk behandling, som social kontrol:

[132] Becker, H. 1986 . *Doing Things Together: Selected Papers*. Evanston, IL.Northwestern University Press.
[133] Tankerne finder de især repræsenteret hos Engestrøm (aktivitetsteori) og A.Strauss (symbolsk interaktion) Se også kap. 7

> *"something actually becomes an object only in the context of action and use ... for instance, the category of hysteria was naturalized in medicine and in popular culture at the end of the nineteenth century. People used the diagnosis of hysteria for purposes of social control as well as for medical treatment. It became a category through which physicians, social theorists, and novelists discussed pain and anxiety and, arguably, the changing social status of women. The point is not who believed what when but rather that the catogory itself became an object existing in both communities. It was a medium of communication, whatever else it may also have been."* (Bowker & Star 1999:298)

Eksemplet med diagnosen 'hysteri' viser, hvorledes en diagnose kan skabe en sammenhæng mellem forskellige fællesskaber. Det kan således være såvel diagnoser eller enkelte klassifikationer som hele systemer som NIC, der kan fungere som boundary objekt. NIC for eksempel sigter på den ene side mod at skabe et standardiseret redskab i form af et fælles sprog for sygepleje, og på den anden side bliver det udviklet i en proces, hvor der inkorporeres lokale og partikulære forhold i form af projektdeltagernes praksis fra egne hospitaler. Det bliver på den måde et boundary objekt mellem fællesskaber, et symbol på at der er noget, man er fælles om[134].

6.4.1.2 Boundary objekter og multipliceret virkelighed.

Jeg har i afsnit 6.2 vist, hvorledes ledelsen i H:S formulerede, at man forventede at akkrediteringssystemet kunne bidrage til udbygning af fællesskabet mellem hospitalerne. Som boundary objekt vil projektet 'at blive akkrediteret' i flg. Star og Griesemers definition primært være vigtigt som en fælles opgave, et symbol på at man arbejder hen imod et fælles mål, mens den konkrete udformning og implementering af systemet vil være af sekundær betydning.

Her er der tale om interessant balance, jvf. tankerne omkring audit (se afsnit 6.2) hos M. Power om hvordan et muligt skred fra fokus på medicinsk behandling og pleje over mod styringsrelaterede emner kan føre til, at formen vil blive fremmet på bekostning af indholdet. Power skriver ganske vist om konsekvenserne af at fokusere på evaluering eller audit rettet mod de let indsamlelige, kvantificerbare data, men jeg ser her en parallel til det, der hos Star & Griesemer karakteriseres som 'a good enough road map', der kan fungere som boundary objekt og dermed som kommunikationsmiddel først og fremmest.

Med en tilsvarende logik, som den der anlægges i sygeplejesystemet NIC, kan de standarder som akkrediteringsorganisationerne har skabt i samarbejde med aktører fra en række hospitaler baseret på data, der er indsamlet på en måde, der svarer til den be-

[134] Sociologen S.N. Eisenstadt bruger begrebet på tilsvarende måde i undersøgelser af multietnicitet i storbyer, hvor han bemærker at sammenhængskraft skabes gennem brug af fælles symboler, der kan tolkes forskelligt. (kilde: Journalist H. Foighel. Orientering P1 i oktober 2006 - omtale af Eisenstadt i forbindelse med tildeling af Holbergprisen) Litteratur: Eisenstadt, S.N. *Comparative civilizations and multiple modernities.* Leiden : Brill 2003.

skrivelse man finder hos Latour om input til kalkulationscentre, på én og samme tid fremstå som klare, evidensbaserede mål for kvalitetssikrede arbejdsprocesser og som forvirrende krav til aktører og arbejdsprocesser på de enkelte danske hospitalsafdelinger. Følger man tankerne hos Bowker & Star kan systemerne dog også håndtere spændinger mellem synspunkter. Det vil sige, at med en accept af en lokal fortolkning af standarder og dermed tilrettelæggelse af arbejdsprocesser, kan et akkrediteringssystem være et middel til udvikling og vedligeholdelse af sammenhæng på tværs af fællesskaberne/ de forskellige enactments af sygdom m.m. på forskellige hospitaler. Ledelsen får et overblik i stil med de boundary objekter, som Star og Griesemer fandt i museet (ordnede stakke af retningslinjer for arbejdsprocesser, standarderne som et idealt kort, akkrediteringsprocedurerne som en fælles ydre grænse, og standardiserede kommunikationsmetoder). Alt sammen noget, der fungerer i relationer og handlinger, aldrig i sig selv som uafhængige, ubundne objekter, der kan tolkes udenfor konteksten. Manualen på hylden eller i IT-systemet får først betydning i praksis, når den inddrages i relationer og handlinger. Det er her begreberne kvalitetsholdninger og -kultur fra TQM-modellen er relevante, og det er her, det er svært at styre - det er her praksis er.

Som et eksempel på hvad der kan tolkes som boundary objekt, vises her en beskrivelse af en standard (MS 3.10 vedr. Medical Staff) fra Joint Commission, vedrørende lægers ansvar og adfærd:

Figur 6.13 JC HAS standard for lægestaben på hospital

Standard MS.3.10

The organized medical staff has a leadership role in hospital performance improvement activities to improve quality of care, treatment, and services and patient safety.

Rationale for MS.3.10

Relevant information developed from the following processes is integrated into performance improvement initiatives and is consistent with hospital preservation of confidentiality and privilege of information.

Elements of Performance for MS.3.10

1. The organized medical staff provides leadership for measuring, assessing, and improving processes that primarily depend on the activities of one or more LIPs, and other practitioners credentialed and privileged through the medical staff process.

The medical staff is actively involved in the following processes:

2. Medical assessment and treatment of patients
3. Use of information about adverse privileging decisions for any practitioner privileged through the medical staff process
4. Use of medications (standard PI.1.10)
5. Use of blood and blood components (standard PI.1.10)

(Joint Commission HAS 2004).

I kvalitetsstandarden i Figur 6.13 ser jeg rationalet (Rationale for MS 3.10) som et udtryk for boundary objekt for kvalitetskultur eller -holdning, især hvor det fremhæves, at der skal skabes relevant information om præstationer eller arbejdsprocesser, der er udvalgt som særlige mål for standarden vedrørende lægernes lederrolle.

Boundary objekter som en pragmatiske konstruktion udlægges hos Mol (2002) således: Man kan anskue et objekt som en ting, der håndteres i praksis, og man behøver ikke forstå objekter som centrale fokuspunkter for forskellige aktørers perspektiver. Man kan altså se objekter som noget, der varierer med praksis som for eksempel brugen af klassifikationsskemaer eller akkrediteringsstandarder. De antages at skifte alt afhængig af, hvilken praksis man ser dem i sammenhæng med, og her ser Mol en tendens til at objekterne håndteres forskelligt fra en praksis til en anden. Der vil altid være mere end én virkelighed, skriver hun og understreger, at 'virkeligheden multipliceres'.

6.4.1.3 Hvad betyder grænser?

Hvor Mol skriver om multipel virkelighed, skriver B&S om lokale fortolkninger og tilfredsstillelse af de enkeltes informationskrav samt fraværet af universelle og transcendente sandheder. Jeg vil hertil føje Latours beskrivelse af netværk som rhizomer eller punkter med lige så mange dimensioner som de har forbindelser til andre punkter, en opfattelse, der ikke umiddelbart inviterer til at tænke i grænse- og fællesskabsbegreber.

I forhold til disse forskellige udtryk for multiplicitetsforståelse af virkeligheden ser jeg nogle interessante problemstillinger omkring fortolkning af 'grænser'. Bowker & Star skriver som nævnt ovenfor om fællesskaber, der ikke kan afgrænses tydeligt og fremhæver den aktivitetsteoretiske og interaktionistiske forståelse af at objekter kun eksisterer i kontekst med handling (B&S 1999:297), og såvel Mol som J. Law og Latour skriver om de flydende grænser[135]. Det efterlader et spørgsmål om udstrækning i rum og tid for en praksis og en lokalitet. Men måske er boundary objekter i sig selv vigtigere end spørgsmålet om grænsedragning. I praksis på hospitalet, mener jeg, kan man lede efter boundary objekter blandt skemaer, standardsystemer, akkrediteringsmanualer, personalepolitikker, økonomisystemer, patienten, sygdommens generelle betegnelse som for eksempel åreforkalkning, kort sagt alt, hvad der fremtræder i en fast form og bruges bredt af forskellige aktører med forskellig opgaver, interesser og baggrund og dermed kan signalere fællesskab såvel som forårsage misforståelser, fordi aktørerne ikke altid får kommunikeret tilstrækkelig dybt til, at de bliver klar over at de kan eller faktisk gør, lægge noget forskelligt i det tilsyneladende samme objekt. Jeg finder at boundary objekter kan bruges som et nyttigt problematiserende begreb, til dels af understrege relationernes betydning, dels at gøre opmærksom på at de objekter, der tilsyneladende

[135] De trækker alle på den franske filosof M. Serres, som en betydelige inspirator og diskussionspartner omkring begrebet 'fluidity'.
Om Michel Serres: "Serres' tænkning har bevæget sig fra kommunikationsteori med en fast dikotomi mellem signal og støj over i en mere ontologisk tolkning, så at støjen ses som et i sig selv eksisterende basalt niveau, som signalet selv organiserer sig ud af. Dette kan ses som udtryk for en 'kaotisering'" (Stjernfelt, F. 1998:13). "Netværker udgør en kontinuitet i Serres' forfatterskab. Uanset om han anvender matematisk, kaosteoretisk, socio-antropologisk eller kristen sprogbrug, taler han om det samme: de uventede forbindelser, formernes fødsel og indbyrdes sammenhænge, verden som et netværk af netværker" (Lyngsø, N., 1998:187).

er ens for alle, alligevel kan være forskellige i lokalt brug. Måske ville det være konstruktivt at oversætte boundary objekter til ord, der giver associationer til et objekt, der danner bro mellem aktører i visse relationer . Spørgsmålet om grænser bliver på den måde underordnet.

Det jeg finder væsentligt her er, at spørgsmålet om grænsebegrebets betydning kan stilles, og jeg vil med denne usikkerhed som udgangspunkt tilslutte mig J. Law, når han foreslår, at man er nødt til at fastfryse nogle øjeblikke for overhovedet at kunne tale om verden og for eksempel forandringer i organisationer (Law 2004a). Dermed kan man også afgrænse (midlertidigt) nogle fællesskaber, hvorudfra relationerne om boundary objekter udgår.

Sammenfattende kan man om akkrediteringssystemerne sige, at de har visse træk som det, der karakteriserer boundary objekter, hvilket kan betyde, at de kan fungere understøttende for skabelse af fællesskab for de aktører, der anvender dem. Ligeledes kan de bibringe indtryk af orden og mediere aktiviteter, både i forbindelse med udvikling, drift og konflikthåndtering.

6.4.2 Akkrediteringssystemer som infrastruktur.

Infrastruktur - nogle definitioner:
Ordet har græske rødder: *Infra* refererer til det græske ord for nedenfor, eller forneden og *structura* til det græske ord for at bygge eller ordne / måden, hvorpå noget er opbygget.
Infrastruktur betegner den måde, hvorpå noget er bygget eller summen af fælles anlæg, som er nødvendige for et områdes udvikling, hvor der især tænkes på transportmuligheder, energi- og vandforsyning. (Nudansk ordbog, 1984. Politikens forlag).

Infrastructure: the basic framework/ structure and features of a system or an organisation. (Random House Websters Dictionary, 2001)

Infrastructure: physical and organizational structures needed for the operations of a society or enterprise. (Oxford University Press 2007)

Med udgangspunkt i ovenstående definitioner vil jeg antage, at infrastruktur er 'de basale strukturer og træk ved et system eller en organisation'.

Inden for STS-forskning finder jeg diskussioner om de infrastrukturelle træk ved klassifikationssystemer. Star & Ruhleder (1996) stiller i en analyse af udformning og implementering af et elektronisk kommunikationssystem spørgsmålet om, hvad infrastruktur er i denne sammenhæng, og besvarer det på overordnet plan: det er hybride kreationer af praksis og informationsmedium (eksempelvis arbejdsprocesser og et konkret stykke IT- hardware).

Bowker & Star viderefører tanken i analysen af ICD-systemets udvikling, og konkluderer at dette i lighed med flere andre klassifikationssystemer er dybt indlejret i såvel den

praksis, hvori det fungerer og udvikles, som den til enhver tid til rådighed værende teknologi (B&S 1999:132). Jeg erindrer her om, hvorledes den første udgave af ICD- systemet bestod af de 200 klassifikationer, der kunne rummes på et hulkort, mens der i versionen fra 1990'erne, den 10. udgave, er omkring 2000 klassifikationer, som (selvfølgelig) udover den trykte udgave i tre bind, findes i en elektronisk version fra WHO.

6.4.2.1 Infrastrukturen findes i relationen.

Spørgsmålet om hvad en infrastruktur er, besvares af Star & Ruhleder med en konstatering af, at det er det forkerte spørgsmål at stille. En infrastruktur forekommer i givne situationer, og det der kan studeres er ikke hvad den er, men hvornår den kan siges af eksistere. Her refererer de til Gregory Bateson:

> *"What can be studied is always a relationship or an infinite regress of relationships. Never a thing."*

Tilsvarende ser de infrastruktur som noget, der emergerer / udvikler sig i praksis, forbundet med aktiviteter og strukturer. En almindelig metafor, hvor infrastruktur præsenteres som noget, hvorpå noget andet fungerer, såsom jernbaneskinner og tog eller rørsystemer og vandforsyning, giver et billede af infrastruktur som noget der bygges og vedligeholdes, og som kan synke ind i en usynlig baggrund, noget der bare findes parat til brug (jvf. ovenstående def. fra Nudansk ordbog). Sådan kan man ikke forstå relationerne mellem arbejde eller praksis og teknologi, skriver de. For blikkenslageren, er byens vandsystem for eksempel et centralt objekt, og ikke noget, der blot kan betragtes som baggrundsstøtte, og ved konstruktion af IT-systemer er for eksempel typen af terminaler afgørende. Star & Ruhleder mener, at infrastruktur fundamentalt set er et relationelt og ikke et fast koncept:

> *"It becomes infrastructure in relation to organized practices. Within a given cultural context, the cook considers the water system a piece of working infrastructure integral to making dinner; for the city planner, it becomes a variable in a complex equation. Thus we ask, when - not what - is an infrastructure".* (Star & Ruhleder,1996:113).

Man kan således analytisk kun se infrastruktur som relationer, ikke som en ting i sig selv. Ved udvikling af store teknologiske infrastrukturer må man hermed tillægge mennesker og ting mindre betydning som kausale faktorer i forbindelse med udvikling og se forandringer i infrastrukturelle relationer som det centrale. Star & Ruhleder skriver, at det, der er relevant, er at betragte de dimensioner, som infrastruktur udfolder eller udvikler sig (emerges) under. Konfigurationen af dimensionerne udgør 'en infrastruktur' uden faste grænser og forud fastlagte definitioner. Det handler altså, i forbindelse med udvikling af infrastrukturelle redskaber, ikke om synlige strukturer såsom internettet, vandforsyning, flyruter, men om 'working relations'.

Om infrastruktur på danske hospitaler, skriver Vinge og Knudsen (2003), at der mangler et sprog for organisation og ledelse, som kan afspejle præmisserne for arbejdsprocesserne i sundhedsvæsenet. De analyserer nogle af de systemer, der bruges til stan-

dardisering og fordeling af lægers arbejde (vagtskemaer, konferencer, inddelinger i arbejdsområder og uddannelsesrelaterede jobskift) og mener at de har en afgørende rolle for, hvordan arbejdet udføres på danske sygehuse. De beskriver, hvorledes forskellige reformer så som centerdannelser, kvalitetspolitikker og økonomistyring tilsyneladende har ladet infrastrukturen for arbejdet være uberørt (ibid:222), de spørger hvorfor det er sådan, og mener at det måske skyldes, at ingen har tænkt på problemet, eller at infrastrukturen er så stærkt præget af magtbalancer indbygget i systemet (hvad er de mest velansete arbejdsopgaver på en afdeling, hvordan er relationer mellem de forskellige faglige specialer og mellem ældre og yngre læger, hvilke faggrupper varetager hvilke opgaver), at den er meget robust. De nævner også infrastrukturens netværkskarakter som en mulig forklaring, og skriver at

> *"den konkrete organisering af det daglige arbejde understøttes af et ... system af roller, funktioner, uddannelsesforløb og konferencer. Det er vanskeligt at ændre noget, idet de forskellige elementer og klassifikationssystemer i arbejdets infrastruktur hænger gensidigt sammen" (ibid:223).*

Vinge og Knudsen spørger, hvad det nytter at fokusere på de enkelte aktører i forbindelse med skabelse af forandringer og antager, at *"nok så mange kurser om samarbejde og helhedshensyn ændrer ikke infrastrukturens fragmentering af arbejdet... Hverdagen ... er ikke så meget skabt af medarbejdernes personligheder som af infrastrukturen"* (ibid:225) og konkluderer, at der mangler et sprog, man kan bruge til medtænkning af denne infrastruktur. Managementsprogets termer som for eksempel TQM, standardisering og værdiledelse har ikke nogen løsninger, fordi de er generelle, kontekstuafhængige opskrifter på, hvad man skal gøre. Det der er brug for, er et sprog for organisation og ledelse, som muliggør italesættelse af hverdagens praksis. Det, de efterlyser, kan måske findes i den analyse, som Mol gennemfører af praksis på hospitalet omkring sygdommen åreforkalkning, jvf. Mol's erklærede formål om at bidrage til at give et sprog til synliggørelse af klinisk praksis. Hvad angår brugen af begrebet infrastruktur, ser jeg det her benyttet som et udtryk for en række såkaldte systemer, udfoldet i processer (at holde en konference, at spille sin rolle, at udføre en opgave) der er præget af magtbalancer. Forstået således kan man betragte akkrediteringsstandarderne som endnu en faktor, der kan præge balancen og dermed forandre infrastrukturen.

Med en multiplicitetstænkning og antagelse om rhizomagtige netværk ser jeg akkrediteringssystemet som en udbygning af relationsmulighederne, noget der blander sig og kan bidrage til at skabe nye relationer, og med Vinge og Knudsens terminologi, til at flytte på magtbalancen.

Den række af dimensioner, som Star & Ruhleder (1996) finder er karakteristiske for infrastruktur, har jeg samlet og i nogle tilfælde kommenteret i forhold til afhandlingens problemstilling i den følgende oversigt i Figur 6.14. I afsnit 6.4.2.2 viser jeg, hvorledes jeg ser en række infrastrukturelle træk ved ICD-systemet, som det er beskrevet hos Bowker & Star og Wulff & Gøtzsche. I afsnit 6.4.2.3 viser jeg på tilsvarende måde nogle træk ved NIC-systemet.

Figur 6.14 Infrastruktur

Star & Ruhleder (1996)**: De dimensioner, der karakteriserer infrastruktur**:

- *embeddedness*. Indlejring i andre strukturer, sociale arrangementer og teknologier
- *transparancy.* Skal ikke genopfindes for hver ny opgave, men støtter en sådan usynligt
- *reach or scope*. Når videre end en enkelt begivenhed eller fysisk praksis / one-site [jvf. rhizom, grænseløs]
- *learned as part of membership*. For et 'community of practice' er det afgørende, at organisatoriske arrangementer og artefakter tages for givet. Det styrer vores tænkning og handlinger, uden at vi tænker over det. Nytilkommende må lære infrastrukturen at kende. (Her vil jeg trække en parallel til beskrivelserne af hvorledes man udvikler sig til at blive en professionel - se fx. Wulff om indføring i det lægefaglige paradigme)
- *links with conventions of practice*. infrastrukturen både former og formes af konventionerne i praksisfællesskabet. Tastaturet på computere følger fx stadig det såkaldte QWERTY-system, som var praktisk, da man opfandt skrivemaskinen.
- *embodiment of standards*. Infrastruktur bliver modificeret af rammer og modstridende konventioner, og bliver derved transparant ved at tilslutte sig andre infrastrukturer og redskaber på en standardiseret måde. Altså når infrastrukturer mødes.
- *built on an installed base*. En infrastruktur vokser ikke frem på et bart grundlag, men kæmper med inertien i eksisterende baser og arver styrker og svagheder herfra. (Optiske fibre løber langs gamle jernbanelinjer).
- *becomes visible upon breakdown*. Infrastrukturer er, som det fremgår af en del af de øvrige dimensioner, normalt ikke synlige. Først når IT-serveren går ned eller broer forsvinder, opdager man deres eksistens.

Med indføringen i en forståelse af infrastruktur som ensbetydende med en forståelse af relationerne mellem arbejde eller praksis og teknologi, og dermed forståelse af et klassifikationssystem, **vil jeg nærme mig en argumentation for at betragte akkrediteringssystemet som en infrastruktur**[136] og dermed i min analyse trække på de overvejelser jeg finder i STS-litteraturen som vist her, om hvorledes systemet kan tænkes at påvirke arbejdsprocesserne på hospitalet. Jeg vil trække på beskrivelserne af ICD og NIC. Hertil kommer, at jeg i min analyse vil inddrage en dimension, der fokuserer på mødet mellem infrastrukturer,(jf. min reference ovenfor: afsnittet om dimensionerne for infrastruktur til beskrivelser af, hvorledes aktører gradvist bliver trænet ind i et professionelt paradigme), et møde der i så fald kunne tænkes som mødet mellem rhizomnetværk i form af skabelse af et knudepunkt, manifesteret som et boundary objekt.

Konstruktionen af ICD (se afsnit 6.3.5) er et eksempel på, hvordan den multiple virkelighed omkring et sygdomsforløb, der ofte vil omfatte problemer i mere end et enkelt organ i kroppen, forsvinder i registreringen, hvor der ikke er plads til mere end én repræsentation af den type, der som hos Latour karakteriseres som 'immutable mobiles' kan flyttes uforandret rundt og kombineres med hinanden.

[136] Jeg tager hermed det spørgsmål op, som Bowker & Star stiller omkring muligheden for at få den form for indsigt i hvorledes klassifikationssystemer fungerer (ikke blot ved dekonstruktion af universelle master narrativer, som de har gjort), men ved at 'scale up' fra det lokale til det sociale, via konceptet Boundary infrastructures (B&S, 1999:317)

6.4.2.2 ICD-systemets infrastrukturelle træk

Som ICD-systemets infrastrukturrelle træk finder jeg, at følgende kan fremhæves:

- Embeddedness: varierer i lokale praksis og konvergerer med den forskning, der er baseret på kalkulationscentrets databearbejdning.
- Transparancy: ICD understøtter og forstærkes selv af det medicinske bureaukrati
- Reach/scope: ICD er verdensomspændende og bruges til sygdomsregistrering, forskning og i det politiske system som grundlag for planlægning og styring af aktivitet i sundhedsvæsenet.
- Membership: anvendelse af ICD understøttet af manualer og den oplæring de professionelle får i løbet af uddannelsesforløbet og deltagelse i praksis
- Links: Som veletableret, indarbejdet, indlejret system præger ICD både forskning, sygdomsbegrebsliggørelse og behandlingsresultat-opgørelse til for eksempel beskrivelse af output fra sundhedsvæsenet
- Embodiment af standarder: ICD-koderne og klassifikationer forhandles kontinuert i forbindelse med den konstante revision af systemet. Kriterier for klassifikation ændres til tider (fra årsager til dødsfald - engang kunne man 'dø af alderdom', til behandlingsmuligheder - for eksempel hjertesygdomme), religiøse holdninger strides (tidspunktet for livets begyndelse i forhold til et fosters udvikling) eller samfundets moral forandres (aids er flyttet fra at være en sygdom knyttet til homoseksualitet til at være en infektionssygdom).
- Becomes visible upon breakdown: systemet (kodning/ valg af diagnosekode, databearbejdning og anvendelse af statistisk materiale) er et kommunikationsredskab i både klinisk og videnskabelig praksis, hvor det i flg. Wulff & Gøtzsche (2006) ofte bruges ukritisk, men hvor der heller ikke tilbydes noget alternativ. Så selv om klassifikationer ikke er usynlige, kan man sige at systemets funktion (opbygning og anvendelse) er usynlig og kun vil blive synlig, hvis det problematiseres eller fjernes.
- Built on installed base: ICD-systemet blev formet af den teknologi der var til rådighed - hulkortsystemet med plads til 200 klassifikationer - og af eksisterende metoder til klassifikation af sygdomme. ICD blev skabt ud fra eksisterende viden og klassifikationsrutiner, anvendt i Paris.

Noget tilsvarende finder man i sygeplejesystemet NIC, som præsenteres i det følgende.

6.4.2.3 Nursing Interventions Classification, NIC.

I forhold til Star & Ruhleders oversigt over dimensioner, der er karakteristiske for infrastruktur har jeg her fremdraget de træk ved beretningen om udviklingen af NIC, som viser:

- Transparency: afspejler den overordnede idé med standard- og klassifikationssystemer.
- Reach / scope: afspejler den overordnede idé med standard- og klassifikationssystemer.
- Membership: det skal være den rigtige beskrivelser af sygepleje

- Embodiment: NIC skal tilpasse sig de administrative rutiner, hvori de indgår på hospitalet.
- Built on installed base: NIC skal tilgodese de forskningstraditioner, der skal føre til anerkendelse/ udvikling af professionen. NIC skal tilpasse sig den IT-teknologi, der er knyttet til de administrative styresystemer på hospitalet.
- Synliggørelse ved breakdown: Et træk der karakteriserer etablerede systemer, hvorfor det ikke er relevant for det fremvoksende NIC, men til gengæld nok for de eksisterende sygeplejeopgaveklassifikationer, det planlægges at afløse. Disse systemer vil blive udfordret, og nogen vil forsøge at italesætte eller repræsentere dem, enten for at forsvare dem mod at blive erstattet at NIC eller for at synliggøre, hvad der ikke længere skal anvendes.

NIC - Et eksempel på opbygning af infrastruktur.
Klassifikationer er en effektiv måde at præsentere viden om et domæne/område på. Denne antagelse kan spores i tankerne bag skabelsen af det klassifikationssystem for sygepleje, som Timmermanns m.fl.(1998) har fulgt. NIC er et klassifikationssystem, som repræsenterer arbejde. Der er tre forskellige formål med at skabe systemet: man vil forsvare den sygeplejeprofessionelle autonomi, man vil sikre at sygeplejeopgaver får en tydelig placering i de IT-baserede styresystemer, der anvendes på hospitaler og man vil skabe en videnskabelig masse, en samling af viden med henblik på at udvikle faget. En af pionererne inden for det felt, hvor der arbejdes med udvikling af metoder til kvalitetssikring af sygepleje, Norma Lang[137], er kendt for blandt andet denne holdning omkring behovet for synliggørelse:

> *"If we cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it, or put it into public policy"* (Bowker & Star 1999:243)

Med NIC ville man skabe en infrastruktur, hvor sygepleje fremstår som videnskab og samtidig som en profession, der også i fremtiden kan udvikle egen praksis. Betragtet som en infrastruktur, retter systemet sig mod både sygepleje og hospitalsadministration, og dermed mod flere forskellige fællesskaber på samme tid, mener Bowker & Star (1999:313).

Systemet, der indeholder en beskrivelse af de opgaver, som sygeplejersker udfører som led i deres daglige arbejde på hospitalerne, består af 336 kategorier, der hver karakteriseres ved en betegnelse, en definition og et sæt handlinger, samt en kort referenceliste. Systemet er udviklet af sygeplejersker i staten Iowa i USA i 1990'erne med det overordnede formål at synliggøre sygeplejearbejde, der i USA ikke, som lægearbejde, traditionelt er indgået som et selvstændigt område for ressourceforbrug i hospitalers systemer til økonomi- og aktivitetsregistrering. Det har dermed heller ikke har været synligt. I omkostningsberegninger og fastsættelse af takster har det været og er det stort set stadig praksis, at man benytter de lægefaglige diagnoser og indregner brugen af

[137] Norma Lang, der er sygeplejeforsker i USA, har siden 1970'erne arbejdet med kvalitetssikring og udvikling af videnskabelige metoder til beskrivelse og sammenligning af sygeplejeydelser. (www.nursing.upenn.edu)

sygeplejen dér. I takt med den øgede anvendelse af IT-systemer til styring på hospitalerne, og dermed den mere åbne adgang for alle, incl. administratorer til at få indblik i fordelingen af aktiviteter, fandt sygeplejerskerne det nødvendigt, at de fik deres egne fagspecifikke klassifikationer og kategorier. Det ville, mente de, ikke alene føre til synlighed i hverdagen, men også give mulighed for at opbygge en vidensbase, der på samme måde som diagnoseklassifikationer kunne benyttes til at opbygge et videnskabeligt fundament og dermed yderligere opbygge sygeplejens professionelle autonomi, jv. professions kriterierne, som de er beskrevet af bl.a. A. Abbott (1988).

I forhold til indsigt i hvad der sker, når man implementerer et nyt klassifikationssystem, iagttog forskerne (Timmermanns m.fl. 1998) som i en periode fulgte udviklingen af systemet, at det var en udfordring af finde frem til, hvordan sygeplejen optimalt kunne passe ind i organisationens 'potential memory' /registreringssystemer, uden hverken at være usynlig eller alt for speciel synlig. Det var vigtigt, at man på den ene side kunne beskytte sig i forhold til hospitalets administrative rutiner (ikke være så synlig at autonomien blev berørt eller andre faggrupper ville kunne udpege aktiviteter, de kunne udføre)[138], mens man på den anden side skulle sikre legitimering af egen faglighed og tilstedeværelse i hospitalets aktiviteter. Der er således et konstant trade off mellem synlighed og kontrol, eller spændinger mellem styring og autonomi. (Timmermans m.fl. 1998:222)

Der er også nogle rent professionsbetonede mekanismer at tage hensyn til. For en profession som sygepleje, hvor målet med uddannelsen blandt andet er tilegnelse af et fagsprog og en indsigt i faget, som sætter den professionelle i stand til at udøve sit fag selvstændigt ud fra fagligt skøn, risikerer man, at alt for detaljerede specifikationer af opgaverne medfører svækket opmærksomhed, hvor alle mener, de kan klare sig uden at se på specifikationerne; i NIC -udviklingsprojektet brugte man betegnelsen NSS standarder (No Shit, Sherlock), om sådanne detaljerede beskrivelser (Bowker & Star 1999: kap. 7).

Forskerne finder, at nogle af NIC-kategorierne er relativt selvfølgelige og mulige at kode i adskilte 'work practice' enheder, der kan udføres i specifikke tilfælde som for eksempel **Airway Management**, med aktiviteter som 'at placere patienten optimalt', eller benytte en 'passende behandling' (se Figur 6.15).

Andre kategorier er mindre ligetil, som for eksempel: 'indgive patienten håb', hvor en af aktiviteterne hedder 'undgå at fortælle sandheden', eller 'hjælp patienten med at udvikle sit spirituelle selv'. Aktiviteten 'humor' består af 15 underaktiviteter, hvoraf den første går ud på at finde ud af hvilken type af humor, der appellerer til patienten, og en anden drejer sig om at finde det tidspunkt på dagen, hvor patienten er mest modtagelig for kommunikation omkring humor (Bowker & Star 1999: 233).

[138] Der henvises til denne mening hos Foucault: *"Professionalization through visibility alone may have latent consequences: constant surveillance in the name of the panopticon of cost containment"* . Foucault (1979) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York. Vintage Books.

Figur 6.15 Eksempel på beskrivelse af en kategori i sygeplejeklassifikationssystemet, NIC

Category: Airway Management (helping the patient to breathe, including using breathing technologies and medications).

Definition: facilitation of patency of air passages

Activities: (her vises et uddrag på 4 af i alt 19 aktiviteter)
- open the airway, using the chin lift or jaw thrust technique, as appropriate
- position patient to maximize ventilation potential
- .....
- instruct how to cough effectively
- administer aerosol treatments, as appropriate
- ...

Background Readings: (4 artikler fra sygeplejefaglig litteratur)

(Bowker & Star 1999:234 med ref. til NIC, second edition.)

6.4.2.4 Glemsel og etablering af sandheder.

B&S skriver, at det generelt er et problem, når nye klassifikationer skal skabes, at megen eksisterende viden bliver destrueret, samtidig med at man alligevel trækker på det autoritative i denne viden, der nu har fået status som 'forældet' (ibid:260). Men uanset hvordan man arbejder, vil skabelse af et klassifikationssystem altid medføre, at der etableres nogle sandheder. Systemet åbner for sortering og efterfølgende opbevaring af nutidens facts, som herefter bliver til en fortid, der huskes gennem systemet og dermed får karakter af en taksonomi, snarere end en beretning. Et klassifikationssystem medvirker således til etablering af sandheder, der blandt andet opstår på basis af filtrerede erindringer. Denne sandhedsetablering får man et indtryk af gennem beretningen om udviklingsprocessen for NIC:

I selve udviklingsprocessen for NIC måtte projektgruppen forholde sig til spændinger mellem aktuel og tidligere arbejdspraksis på de hospitaler, der deltog. Alle havde i forvejen deres egne lokale ordninger i hverdagen. Med NIC ville det blive nødvendigt at nedprioritere det lokale (indgroede vaner fjernes) til fordel for det fælles. Denne nedprioritering afstedkom en vis modarbejdelse af det, der kan betragtes som en standardisering. En anden måde at udtrykke denne del af forandringen er at tænke i forskellige former for glemsel på organisatorisk niveau. I forbindelse med skabelse af klassifikationer og standardiserede klassifikationsskemaer i en organisation, vil der være noget, der bliver husket (det der kommer med i klassifikationen) og noget, der bliver glemt (det der ikke kommer med). Det samme gælder ved implementering af nye (allerede skabte et andet sted) systemer. Anledningen kan således bruges til selektiv glemsel om fortiden, i og med at der kun bliver plads til en del af den viden, der findes. Organisationen kan 'benytte' anledningen til at bevæge sig væk fra en heterogen videns- og erindringsmasse og over til at privilegere en mere homogen form, der måske tilmed opererer inden for en veldefineret informations infrastruktur. Bowker &

Star mener, at det er et politisk såvel som etisk problem at træffe beslutninger om, hvilket system man vil vælge. I forbindelse med NIC-systemet valgte initiativtagerne at se bort fra den sygeplejeteori, man plejede at bruge, med den begrundelse at der hidtil ikke havde eksisteret en egentlig sygeplejevidenskab[139], og der derfor ikke var noget at bevare. Det blev blandt andet udtrykt, at sygepleje er domineret af religion og lægevidenskab, og at ingen sygeplejerske siden Florence Nightingale har haft en anerkendt autoritet til at etablere nomenklatur[140]. Inden for sygepleje fandtes ingen metoder til at kode fortidens viden og forbinde den med aktuel praksis (Bowker og Star, 1999 kap. 8).

6.4.2.5 Afrunding om skabelse af infrastruktur.

Den form for infrastruktur, der er relevant i forbindelse med forståelse og analyse af klassifikations- og standardsystemer, kan karakteriseres som en ramme eller et skelet (framework), der tilbyder et bgrebsapparat med nogle stabile relationer. Rammen kan være dybt indlejret i praksis og ikke umiddelbart synlig. Etablering af rammen kan ske gradvis og mere eller mindre bevidst. I de to eksempler der er nævnt her (ICD og NIC) har forskere inden for STS/ANT undersøgt tilblivelsen og beskrevet en udviklingshistorie. Men det overblik, der kan skabes ved dette analysearbejde, adskiller sig fra oplevelsen hos de aktører, der deltager i skabelsen. Her er der tale om processer, der i tid og rum er vidt udstrakte og ikke altid forløber ad planlagte veje. I skabelsesprocessen er der utallige situationer, hvor der skal vælges, og her spiller magt og glemsel en vægtig rolle.

Et system som akkrediteringssystemet vil teoretisk set som en infrastruktur kunne blive en indlejret del af de stabile relationer, der understøtter arbejdet på hospitalet, det tilbyder begreber til styring og registrering af aktiviteter på lige fod med andre systemer. Det er som kvalitetsforbedringsredskab legitimeret til at forstyrre eksisterende systemer og kan dermed sætte igang i processer, der kan have samme karakter som den type af glemsel og opbygning af vidensbase i organisationen, der fandt sted ved udvikling af det sygeplejefaglige NIC.

6.4.3 At bruge et akkrediteringssystem. En infrastruktur i funktion

> *"New infrastructures do more than support work that is already done. They change the very nature of what it is to do work, and what work will count as legitimate."* (Bowker & Star 1999:239).

[139] Her refereres blandt andet til Tripp-Reimer et al. (1996) som skriver at: "The discipline of nursing has not yet constructed a cohesive Body of scientific knowledge". Tripp-Reimer, Toni, G. Woodworth, JoAnne C. McCloskey, and Gloria Bulecheck. 'The Dimensional Structure of Nursing Interventions'. in *Nursing Research* 45:10-17

[140] Jvf. diskussionen i Kapitel 5 om professioner, hvor A. Abbotts undersøgelser viser, at professionel autonomi bedst kan forsvares, hvis der findes en accepteret videnskabelig vidensbase.

I flg. Star & Ruhleder er det ikke relevant at spørge til, hvad infrastrukturen er, men derimod at interessere sig for hvilke relationer, den indgår i, og hvornår den bliver synlig. I en analytisk sammenhæng medfører dette, at man kan fokusere på relationer, ikke ting, mener de (Se afsnit 6.4.2). De har (som vist i Figur 6.14) fundet en række dimensioner, som de mener karakteriserer infrastruktur som noget, der indgår i et rhizomagtigt netværk, hvor relationer er indlejret i den kontekst, hvori de fungerer. Det betyder blandt andet, at infrastruktur på en usynlig måde styrer handlinger og tænkning inden for sit område, hvilket gør det til et spørgsmål om gradvis oplæring at finde ud af at lære den at kende til brug i praksis.

I dette afsnit fortsætter jeg med den teoretiske diskussion af, hvordan et akkrediteringssystem kan tænkes at fungere i praksis, forudsat at det kan karakteriseres som et klassifikations- eller standardsystem. Jeg vil sætte fokus på infrastruktur og igen blandt andet trække på analysen af ICD-systemet og fremdrage væsentlige funktioner vedr. brugen af det, såsom registreringsarbejde med henblik på at skabe input til systemet og den efterfølgende anvendelse af registreringer.

6.4.3.1 At skabe input til systemet.

Registreringer til diagnoseklassifikationssystemet foregår på skemaer, som udfyldes af læger verden over. Hvad enten det er læger, der udfylder dødsattester og sender dem videre, så der på et tidspunkt kan ske en central registrering i WHO-regi, eller det er andre former for praksis med at udfylde skemaer, gælder det som regel, at det materiale som indsamles, behandles efter nogle fælles forskrifter i det professionelle, lokale fællesskab.

Med klassifikationssystemer følger en registreringskultur, som til tider omfatter nogle stærkt dominerende vaner i praksis, en problemstilling der ofte negligeres ved studier af klassificering, skriver Bowker & Star. De refererer til undersøgelser[141] af lægers arbejdsrutiner i forbindelse med registrering af dødsårsager, hvor man har fundet, at arbejdet med kodning har lav prioritet i forhold til arbejdet med de levende patienter. Således har Fagot-Largeault fundet, at en udbredt brug af 'anden årsag'- kategorier, kan skyldes at lægerne vælger kun at bruge en begrænset mængde ressourcer på at finde en diagnosekode:

> *"When doctors come to code causes of death they are frequently faced with difficult judgements ... They can simply go for the easiest way by using the 'other' category".* (Fagot-Largeault (1989) i Bowker & Star 1999:65)

[141]Fagot-Largeault, A. (1989) *Causes de la Mort.* Paris: Libraire Philosophique. J. Vrin Bloor, M. (1991) 'A Minor Office: The Variable and Socially Constructed Character of Death Certification in a Scottish City'. *In Journal of Health and Social Behavior* 32:273-87. Brown, J. and P.Duguid (1994) 'Borderline Issues: Social and Material Aspects of Design'. *In Human-Computer Interaction* 9:3-36. Dodier, N. (1994) 'Expert Medical Decisions in Occupational Medicine: A Sociological Analysis of medical Judgment.' In Sociology of Health and Illness 16: 489-514

Denne og andre undersøgelser viser, at den professionelle interesse for skrivning af dødsattester generelt er lille. I et andet eksempel vises, hvorledes patologer udførte deres arbejde med obduktion uden at checke, hvad kollegerne andre steder i sundhedssystemet havde skrevet som dødsårsag. (Bowker & Star 1999:156). Der er også påvist dominerende vaner i form af sammenhænge mellem lægers valg af ICD-koder og de værdier og contingencies der hersker på koderens arbejdsplads; eller hyppigt brug på en afdeling af bestemte sider i kodebogen (det kunne være en specialafdeling, hvor alle patienter har samme sygdom, det nævner beretningen ikke noget om).

6.4.3.2 At benytte registreringer.

Kalkulationscentre. Accounting

I flg. Bowker & Stars beskrivelse af arbejdet i WHO finder jeg, at bearbejdningen af diagnoseregistreringerne har samme karakter som det arbejde, der foregår i det Latour kalder kalkulationscentre, hvorfra der kan sættes standarder for, hvordan materiale skal transformeres. I sådanne centre bearbejder man indsamlede data og spreder efterfølgende en række resultater eller nye data under betegnelser **information, der fremstår som noget der er berigtiget og sikkert.** Hermed kan man også sige, at kalkulationscentre støtter den kollektive bevidsthed og medvirker til skabelse af ny viden. Weick & Roberts (1993) skriver om dette fænomen med anvendelse af begrebet 'organisationers *collective mind* / fælles erindring' - at information, der opbevares i permanente records er garanteret opmærksomhed både i forbindelse med skabelse af viden om organisation (regnskaber, audit og andre formelle beretninger) og i forbindelse med skabelse af viden om praksis, som for eksempel sygeplejearbejde.

> *"The storage of information in a section of an organization's permanent record guarantees that attention is paid to that information in either the production of organizational knowledge (formal accounts ...) or the organization's production of kinowledge (... the production of nursing knowledge)"* (Bowker & Star 1999:280 refererer til Weick og Roberts)

Det materiale, der sendes til kalkulationscentrene, kan skabes på mange og ikke nødvendigvis gennemskuelige måder. Ovenfor er nævnt eksempler på usikkerhed omkring registreringerne i forbindelse med rutiner for udfyldelse af dødsattester. Fra en anden profession - arkæologi - nævner B&S en undersøgelse[142] af, hvordan studerende på feltarbejde kategoriserede jordprøver. Som hjælperedskab havde de et farvekort med standardfarver. Antropologerne, der fulgte arbejdet og observerede aktiviteterne i forbindelse med materialebestemmelsen, fandt at det var vigtigt for de studerende at holde sig inden for en socialt organiseret situeret praksis, eller med andre ord, gøre lige som alle de andre. Når de skulle bestemme en jordprøve, sammenlignede de med farvekortet, diskuterede med kollegerne og besluttede sig derefter. Deres usikkerhed og overvejelser blev i dette forløb 'gjort tavse', idet der ikke var plads til bemærkninger på registreringsarkene, men kun en markering af en kategori. Dette svarer, mener jeg, til

[142] Goodwin, C. (1996) "Practices of Color Classification. Ninchi Kagaku." In *Cognitive Studies: Bulletin of the Japanese Cognitive Science Society* 3(2): 62-82

K.E. Weicks eksempler (se Kapitel 2) på sensemaking-situationer, jvf. eksemplet med forevisning af billeder af celler for to personer, der fik feeedback efter to forskellige principper: den ene (A) fik korrekte svar, den anden (B) fik nogle gange rigtige, andre gange forkerte svar i forhold til sine valg, fordi A og B altid fik samme svar . Da de sammenlignede deres resultater, blev A alligevel usikker på sin egen dømmekraft og viden og i anden forsøgsrunde, klarede A sig nu dårligere end B. B's resultater tydede på, at tolkning af cellebillederne nok var mere komplekse end A havde antaget i første omgang.

Konvergens.

> *"Et standardiseret klassifikationssystem i en organisation medfører en infrastruktur med ledsagende erindrings / memory rammer og måder til at glemme"* (Bowker & Star, 1999: 257)

Verdenssundhedsorganisationen, WHO, der bruger ICD-systemet til registrering af dødsårsager, har opstillet regler for fortolkning af klassifikationerne til brug for registrering. De aktuelt gældende regler er nedfældet i et af de tre bind, der rummer klassifikationen ICD-10. Her finder Bowker og Star verden delt op i 'standard enheder' forstået på en Aristotelisk måde. Det er svært at komprimere eller sammenskrive systemets mange komplekse serier af betingelser ned til en enkel dødsårsag. Men det er praktisk at gøre det alligevel i forhold til at skabe materiale, der kan behandles statistisk, og ICD-udviklerne peger selv i flg. Fagot-Largeault (1989) på, at systemet ikke skal bruges til at beskrive komplekse fænomenologier, men til at forebygge død. Fortolkningsreglerne tjener til at reducere usikkerhed og flertydighed i systemet, og de læger der ser patienten ved at det forholder sig således, de der bruger reglerne ved det også. I statistikkerne, der udsendes fra WHO, gør man ikke eksplicit opmærksom på reglerne, så de der læser opgørelserne er afskærmet fra denne viden. (Bowker & Star 1999:105). Som nævnt i afsnit 6.4.3 er WHO's præsentation af databearbejdningen som regel baseret på længere perioders input og holdt på et overordnet klassifikationsniveau.

WHO's arbejde, mener jeg som nævnt, kan lignes med et kalkulationscenter, hvor viden fra forskellige steder indsamles og bearbejdes af nogle få personer, og hvor ingen uden for centrene har mulighed for at overskue den udvalgs- og produktionsproces, der foregår der. Hermed kan man også betragte ICD som en infrastruktur, der støtter og forstærker en bestemt forståelse af kontekst, sted og tid. Den sikrer opdagelser som validerer dens eget framework. Det er, som Latour skriver (se afsnit 6.3.5.4) nærmest uoverkommeligt at indsamle data uden for det normalt eksisterende framework. I forhold til klassifikationssystemer, kan man sige at klassifikationer som bruges af flere skaber et fællesskab, og hvad specielt gælder ICD, fastholder det et bestemt billede af sygdomsforekomst og dødsårsager, i den udstrækning der er konvergens mellem forskning og sygdomsstatistik. Det der måles, bliver det vi taler om og den optik, vi ser verden igennem. Bowker & Star beskriver det i denne kontekst således:

> *"... the system's description of reality becomes true. Thus, for example, consider the case where all diseases are classified purely physiologically. Systems of medical ob-*

> *servation and treatment are set up such that physical manifestations are the only manifestations recorded. ...It will be impossible to think or act otherwise. We have called this the principle of convergence"* (B&S, 1999:49)

Dette konvergens-begreb er udtryk for en dobbeltproces, hvorved informationssystemer (som for eksempel et klassifikationssystem eller en database), og sociale verdener eller fællesskaber tilpasser sig hinanden. På den ene side vil et informationssystem være delvis konstituerende for den sociale verden, og på den anden side vil en given social verden i sig selv generere informationssystemer. (B&S, 1999:82).

At holde sammen på konstruktionerne.
De erfaringer, der er beskrevet omkring registreringsarbejdet i forhold til ICD-systemet, kan inspirere til en række spørgsmål til den del af akkrediteringssystemet, der omhandler evaluering af arbejdsprocesserne på forskellige måder. Én af de metoder, der anvendes, er egenkontrol eller selvevaluering i form af audit (se afsnit 6.2). Bag anvendelsen af egenkontrol ligger en forståelse af forandring som noget, der sker, når aktørerne selv tager ansvar for dokumentation og kvalitetssikring og -udvikling.

Betragter man akkrediteringssystemet som et informationssystem, kan man forvente en konvergensproces i samspillet mellem standarderne, implementeringsmetoderne og den måde, hvorpå der arbejdes på hospitalerne. Og hvad betyder så det for de professionelles arbejde på hospitalet? og for selvevalueringerne? Professionelle som traditionelt har relativt stor autonomi i arbejdet som følge af, at mange af de normer de arbejder ud fra, er givet i professionens paradigme (som Wulff beskriver det) og i uddannelsen. Kan det tænkes, at jo mere man standardiserer og klassificerer arbejdsprocesserne, jo mere nærmer man sig en situation, hvor systemerne reflekterer en moralsk orden blandt aktørerne, som så ikke længere er styret af det fagprofessionelle paradigme, men af de herskende styringssystemer?

> *".. accounting systems reflect a moral order and help define the self.."* (B&S 1999: 240)

skriver Bowker og Star. De trækker her på et studie af accounting systemer, beskrevet hos Nikolas Rose (1990). Rose skriver om regnskabssystemer, men jeg finder det nærliggende at spørge, i hvilken udstrækning noget tilsvarende kan gælde for akkrediteringssystemer? Med andre ord kan man stille spørgsmålet: sker der en tilpasning mellem akkrediteringssystemet incl. de metoder, det medfører og det professionelle paradigme? Vil man se, at de sundhedsprofessionelle definerer sig ud fra en kvalitetsholdning, hvis det er kvalitetsstyringssystemer, der dominerer?

I sundhedsvæsenet i USA er man på vej til en tættere ekstern styring af hospitalerne via kontinuerlig justering af de præstationsmål, der skal efterleves, hvis man vil akkrediteres. Målene formuleres i det netværk, der findes omkring akkrediteringsorganisationen Joint Commission, og som udover repræsentanter for en række sundhedsfaglige organisationer også tæller repræsentanter for den amerikanske regerings sundhedsmyndigheder. Præstationsmålene har en vis lighed med de i Danmark jævnligt ud-

meldte krav fra statslig side om ventetider og smiley'er, men også med mere direkte faglige forhold som undersøgelsesprogrammer og behandlingsmetoder.

Joint Commission (JC) har i 2004 i sin seneste revidering af både standarder og kontrolmetoder bevæget sig væk fra det, der beskrives som en eksamenslignende evaluering, hvor hospitalerne forbereder sig til et kontrolbesøg ved at indsamle kontroldata og sikre at alle procedurer fungerer som de skal, over til en arbejdsform, hvor målene kontinuert justeres, mens der samtidig som hidtil er et fast tidsforløb for en akkrediteringsproces med forskellige opgaver, der skal varetages af hhv. hospital og JC. Der er også fortsat en omfattende manual med beskrivelse af standarder (mål) suppleret med rationaler (begrundelser) for hver enkelt standard, samt en oplistning af præstationsmål, der skal opfyldes i praksis. JC justerer jævnligt målene i takt med udvikling af kvalitetsstandarderne og tilpasning til nye erfaringer og problemer. Når et hospital vil akkrediteres, får det adgang til en liste over de aktuelt gældende præstationsmål, der skal opfyldes. Adgang fås elektronisk via Joint Commissions extranet. Hospitalet har 3 måneder til at besvare en række spørgsmål vedrørende præstationsmål. Besvarelsen bedømmes i JC, hvor man bruger den til at tilrettelægge et besøg på hospitalet.

Den publikation, hvori det nye system præsenteres, udkom i 2004[143]. Det nye system beskrives som et paradigmeskift væk fra fokus på surveyforberedelse og over til kontinuerlig operationel forbedring. Systemet har også et navn: "Shared Visions- New Pathways." Med det nye system ønsker man, at der kommer mere fokus på aktuelle handlinger på hospitalerne i stedet for den eksamenslignende ekstraordinære indsats med nogle års mellemrum, man ellers har arbejdet med. Målet er også at øge personalets tilfredshed med systemet, at gøre akkrediteringsprocessen mere kontinuert og endelig at øge offentlighedens tillid til, at hospitalerne kontinuert lever op til standarder for patientsikkerhed og health care kvalitet.

De systemer, der analyseres i denne afhandling, kan således forventes forandret med mellemrum, hvilket underbygger, at det relevante forskningsspørgsmål handler om mødet mellem et repræsentativt organisations- og procesorienteret (og ikke for eksempel fra et strukturelt orienteret) system og de sundhedsprofessionelle systemer med fokus på faglige kerneydelser.

Med følgende påstand indledte jeg dette afsnit om infrastruktur i funktion: *"New infrastructures ... change the very nature of what it is to do work, and what work will count as legitimate"*.

Jeg har nu vist en række af de mekanismer, der optræder i forbindelse med infrastrukturer, og dermed udvidet det teoretiske blik, der kan støtte min analyse af implementeringen af akkrediteringssystemerne. Det er især relevant at være opmærksom på, hvad der sker omkring skabelsen af input til standardsystemerne, hvad enten det handler

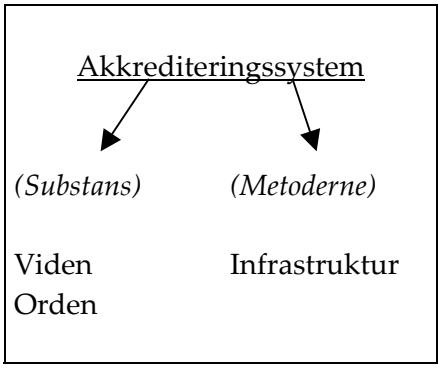
[143]Standardmanual fra JC (2004) fylder godt 200 sider. Den er opdelt i tre hovedtemaer: patientfokuserede funktioner (100 sider), organisatoriske funktioner (90 sider), læge- og plejepersonale (40 sider).

om at udmønte dem i lokale retningslinjer af forskellig art eller at efterleve de krav om registreringer til forskellige formål, der også er en del af systemet. Endvidere tegner der sig et interessant analyse tema omkring brugen af registreringerne, for eksempel i forbindelse med de forskellige evalueringer, herunder audit omkring lokale såvel som generelle mål.

6.5 Afrunding: Akkrediteringssystem - viden, orden og infrastruktur

I afsnit 6.2 og 6.3 viste jeg hvorledes der med standarder og klassifikationer er forbundet elementer af viden og orden og jeg har i afsnit 6.4 diskuteret de infrastrukturelle træk ved standard- og klassifikationssystemer. Her viser jeg nu, hvorledes man med disse sammenhænge som baggrund kan konstruere en model (Se Figur 6.16) til støtte for en analyse af hvilke forandringer akkreditering kan sætte i gang. Modellen er bygget op omkring det, jeg ser som henholdsvis substans og metoder i akkrediteringssystemet.

Figur 6.16 Akkrediteringssystem



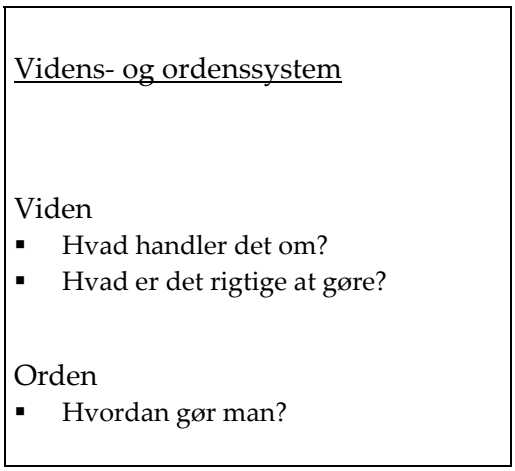
© Anne Hatting

Substansen i akkrediteringssystemet ser jeg som dels den viden, der er indlejret i standarderne om især sikring af patientsikkerhed under opholdet på hospitalet i forbindelse med undersøgelser, pleje og behandling, dels organiseringen, der skal sikre at standarderne blive implementeret, såsom etablering af faste rutiner og fast personale med ansvar for at kvalitetsarbejdet.

Metoderne omkring brugen af systemet kan tænkes som elementer af infrastruktur. Det drejer sig blandt andet om den faste procedure, hvormed et akkrediteringsforløb afvikles. Heri indgår såvel skabelse og udbredelse af dokumenter som forberedelser til og gennemførelse af surveybesøg.

For de to konkrete systemer der analyseres i afhandlingen, er der så mange fælles træk, at de begge kan rummes i nedenstående modeller.

Figur 6.17 Viden og orden



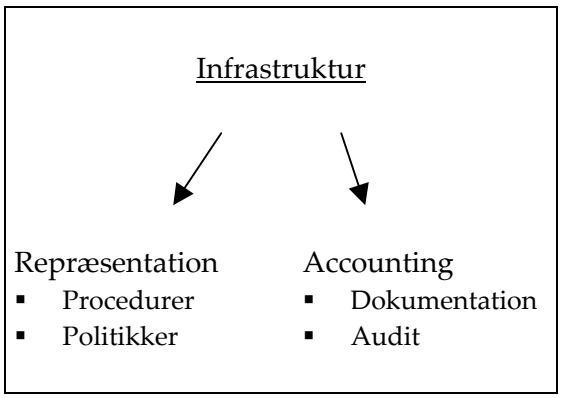
© Anne Hatting

Jeg vælger at betragte standarderne som udtryk for en samling af viden om, hvordan man kvalitetssikrer de enkelte arbejdsområder. Det samme gælder de forskellige særlige såkaldte risikoområder, der udpeges på specifikke områder.

Orden er her et udtryk for, at der findes regler eller fastlagte strukturer for adfærd og organisering af udførelse af opgaver. Her placerer jeg den obligatoriske kvalitetsorganisation, bestemmelserne om at standarder skal efterleves og de forskellige procedurer, der skal benyttes som led i arbejdet.

Infrastruktur afspejler skelettet, der skal understøtte systemet. Her findes metoderne, her hører skabelse af standarderne i de forskellige faser, selve akkrediteringsprocessen med surveybesøg og forberedelser på hospitalet, samt endelig den praktiske del af implementeringsarbejdet, omfattende skrivning af manualer og vejledninger, udformning af et informationssystem i elektronisk form eller papirdokumenter samt opdaterings- og distributionsprocedurer, til. Sidst, men ikke mindst finder man her opfølgning, audit og andre former for accounting.

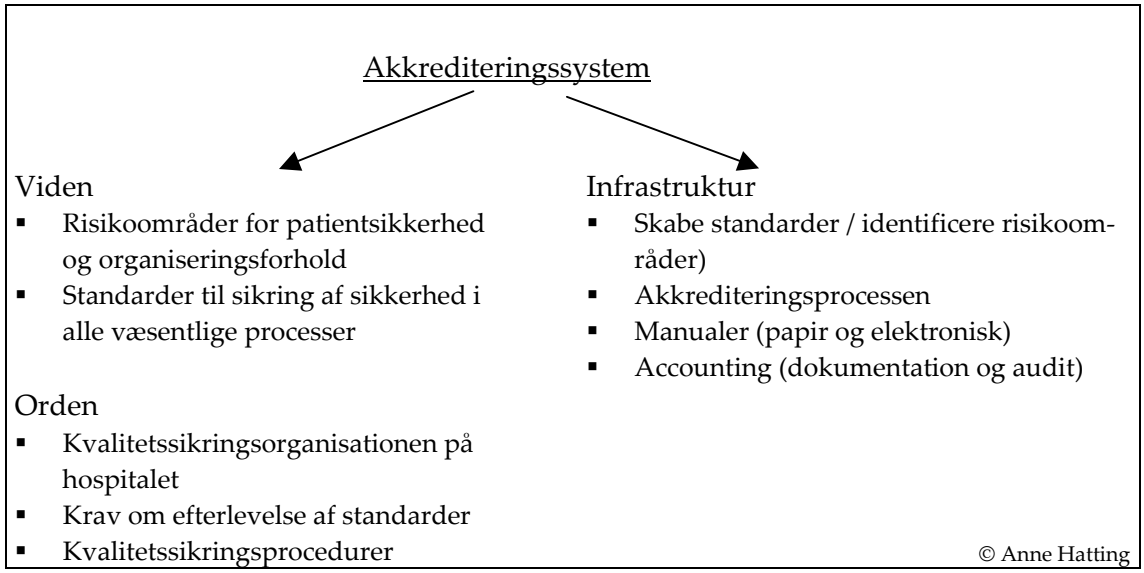
Figur 6.18 Infrastruktur



© Anne Hatting

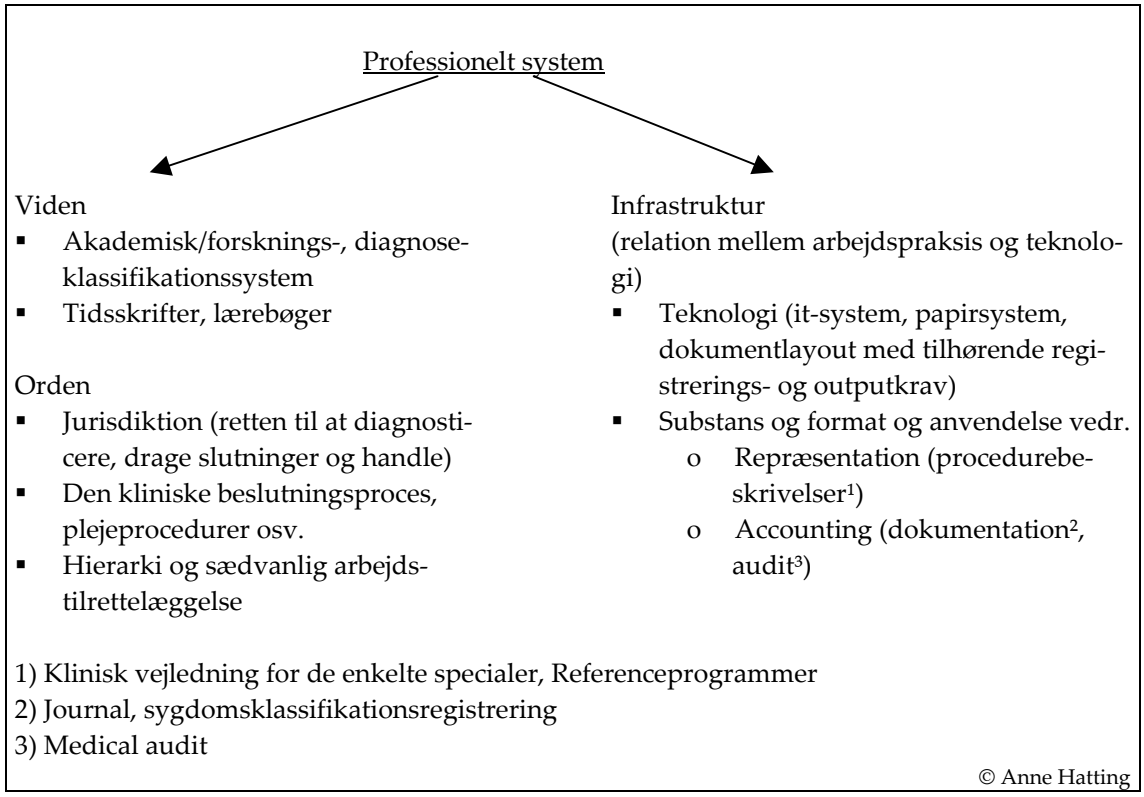
Samlet set kan akkrediteringssystemet beskrives i denne **analysemodel** (Figur 6.19**)**:

Figur 6.19 Akkrediteringssystem - Analysemodel



En tilsvarende model for væsentlige træk ved det professionelle system blev skitseret i afrundingen på Kapitel 5, til illustration af hvorledes de aspekter af det professionelle system, der blev diskuteret i kapitlet, kan betragtes som relateret til henholdsvis infrastruktur og systemer omkring viden og orden: Figur 6.20

Figur 6.20 Professionelt system - Analysemodel



KAPITEL 7 FORANDRING I ORGANISATIONER. EMERGENS OG PLAN

Hvordan forstå det teoretisk og hvordan se det i praksis?

"Change is ceaseless: sometimes it is discernible (but to whom and when?) and sometimes not (likewise)" (A. Strauss 1993:261)

Processer.
I de foregående kapitler har jeg diskuteret, hvorledes man i en analyse af akkrediteringssystemer kan hente inspiration i forskningen omkring klassifikations- og standardsystemer og har på den baggrund konstrueret en analysemodel, der viser, hvorledes man kan betragte et akkrediteringssystem ud fra tre vinkler: som en infrastruktur og som et videns- og et ordenssystem. Modellen skal benyttes til at strukturere min beretning fra feltstudierne på hospitalerne, hvor jeg retter fokus mod de professionelle og praksis i forbindelse med implementering af kvalitetsstandarderne. Som støtteredskab til analysen har jeg placeret centrale elementer til begribelse af professioner og professionelle i en anden model, struktureret ud fra samme principper som akkrediterings-modellen (se afsnit 6.5).

I dette kapitel tager jeg tråden op fra Kapitel 2, hvor jeg afrundede diskussionen af de to forskellige forståelser af forandringsforløb, den planbaserede og den emergerende, med en antagelse om at forandringer i praksis har så stærke indslag af emergens, at det er her man kan finde en del af forklaringen på de manglende resultater af forandringer, der diskuteres af forskere og konsulenter i *'Breaking the Code of Change'*.

Med en interaktionistisk tilgang og pragmatisk forståelse vil man antage, at akkrediteringssystemer ikke kan afgrænses som noget statisk (selv om visse tekster og arbejdsmetoder er konstante i hvert fald for en tid), men altid vil være under udvikling i samspil med sociale og politiske forhold og er afhængig af teknologiske muligheder og begrænsninger i de sammenhænge, hvori de indgår. Derfor må man i flg. L. Suchman rette opmærksomheden mod relationerne mellem specifikke arbejdspraksisser og normative beretninger om, hvordan arbejdet gøres. Der vil næppe være sammenfald, mener hun, og det skyldes erfaringsmæssigt ikke at normative beretninger er ukomplette, eller at faktisk praksis ikke realiserer dem, men snarere at normative beretninger pr. definition repræsenterer idealiseringer eller typificeringer (Suchman, 1995:61). Med et sådant udgangspunkt, antager jeg ikke, at det er muligt at vurdere forandringer som forskelle mellem en før- og eftersituation, men udelukkende som emergerende forløb, der blandt andet kan karakteriseres som non-lineære og open-ended.

Handlinger og sprog.
Processer er det man skal udforske, hvis man vil have indsigt i hvad der sker i organisationer, mener Weick og Strauss (som vist i Kapitel 2), hvis principper om organizing og forhandlet orden, jeg her vil hente inspiration fra. Med begrebet 'organizing' ville Weick i sin tid sætte fokus på sprogets magt til at skabe virkelighed og skabe noget vedkommende (jvf. for eksempel Thukydids beretning fra det antikke Grækenland om sprogændringer i forbindelse med tilkomsten af nye magthavere i Peloponnes), hvilket anvendt i relation til forandringer af arbejdsprocesser kunne inspirere til opmærksomhed omkring tekster og samtale eller interpersonelle relationer, samt implementering af disse. Det er dog først og fremmest A.Strauss og den videreudvikling af hans arbejde, jeg finder inden for symbolsk interaktionisme og pragmatisme, jeg trækker på. Strauss, der sætter fokus på humane aktørers handlinger, signalerer med begreber som *'den forhandlede orden'* og *'ordering'*, at orden er noget der skabes og vedligeholdes eller ændres i ønskede retninger ved hjælp af handling, der involverer selv-interaktive aktører og interaktive processer[144]. Der er ingen skudsikker måde at bevise graden af forandring eller stabilitet, karakteriserende et bestemt sted, tidspunkt eller situation, ligegyldigt hvor megen videnskabelighed, der påstås at være omkring kriterierne for målinger. Forskerne inden for social science kan stille spørgsmål, de kan ikke vurdere forandringer. Spørgsmålene, der kan stilles, drejer sig om, hvad der ændres, hvilke aspekter af det, i hvilken retning, og hvordan aktører ser sig berørt og reagerer. Disse spørgsmål, skriver Strauss, kan forskeren bruge i studier af specifikke institutioner (blandt andet det herskende sprog), organisationer, sociale verdener og andre kollektiver (Strauss 1993:259).

I forhold til emergenstanken mener jeg, at kernen i den interaktionistiske forståelse, som den kan udlægges hos Blumer og Mead med vægt på samhandling og kommunikation som bevidsthedsskaber[145], inspirerer til at forstå forandringsprocesser som noget, der kan stimuleres eller påvirkes med planer og handlinger, men ikke som noget, hvis resultat kan forudsiges. Med Deweys filosofi, der er orienteret mod at forstå konsekvenserne af at tænke og handle på bestemte måder, kan man anlægge et eksperimenterende syn på udvikling og forandring i organisatorisk sammenhæng. Her kan man ikke forvente en rationel proces, som kan planlægges, implementeres og evalueres, men må prøve sig frem. Herfra kan man bevæge sig over til læringsteori, som jeg imidlertid ikke tager op her, da det vil bringe helt nye problemstillinger frem .

[144] Strauss mener at 'ordering' ikke kan forstås som udelukkende kommunikation (som hos Lyotard) eller konsensus' dominerende indflydelse (som hos Habermas) eller menneske-løse abstraktioner af forskellig systemteori (Luhmann). (Strauss 1993:257)

[145] Jeg trækker her på Blumers antagelse om at al samhandling foregår ved hjælp af fælles symboler (Harste, G. & N. Mortensen 2000: 196) og Mead's teori om, at det er kommunikation, primært sproget, der skaber bevidstheden (social behaviorisme): "... vi ønsker at se på sproget, ikke ud fra et synspunkt om indre meninger, der skal udtrykkes, men i en bredere kontekst set som samarbejde i en gruppe, der finder sted ved hjælp af signaler og gestus. Det er i denne proces, mening opstår ... (Mead 1934:6)" i flg. Mortensen, N.(2000: 128).

Da jeg således antager, at handlinger ikke kan forstås og analyseres adskilt fra kontekst (tid, sted) vælger jeg, i overensstemmelse med de tanker jeg finder omkring forståelsen af praksis hos blandt andre B. Latour, at føje den netværksorienterede dimension til mit analytiske blik og afgrænse det til ontologiske iagttagelser, mens tolkninger af handlinger udelades, i overensstemmelse med et fravalg af en epistemologisk analysedimension, og således som man i overensstemmelse med Deweys tanker bør undlade det spekulative. Netværkstanken ser jeg som et i høj grad uafsluttet teoretisk tema - men for at have et ståsted, mens jeg betragter praksis, en støtte til at fastholde det konstant foranderlige for et øjeblik også i den teoretiske diskussion - trækker jeg på tankerne om den multiple praksis og det rhizomagtige netværk.

I dette kapitel fortsætter jeg overvejelserne omkring forståelse af emergensbegrebet, da det er her, jeg ser en udfordring i at bidrage teoretisk til udvikling af organisationsteorien, hvilket jeg gør ved at spørge, hvad det vil sige at tænke sådan, og hvordan det kan betragtes og undersøges i praksis. I forlængelse af diskussionerne i de foregående kapitler ser jeg tre problemstillinger i forbindelse med en analyse af forandring:

1). Hvordan man kan betragte handlinger, med andre ord: **hvad** er genstanden for forandring?

2). Hvad man kan få øje på, eller med andre ord: **hvor** er genstanden for forandring?

3). Hvordan iværksætter og håndterer man forandring eller med andre ord: **hvordan omskabes** genstanden?

I det første afsnit forholder jeg mig til alle tre spørgsmål i forhold til udforskning af arbejdsprocesser i en organisation - jeg kalder det mikroniveauet. I det andet afsnit diskuterer jeg især det tredje punkt, spørgsmålet om hvordan der skabes forandringer (og hvordan det kan måles), gennem holdningsbearbejdelse i form af implementering af styringssystemer på makroniveau. Endelig runder jeg af med betragtninger omkring den form for organisationsanalyse, jeg kan gennemføre ud fra min analysemodel om systemer repræsenteret ved viden, orden og infrastruktur.

7.1 Mikroniveauet - arbejdsprocesserne i en organisation.

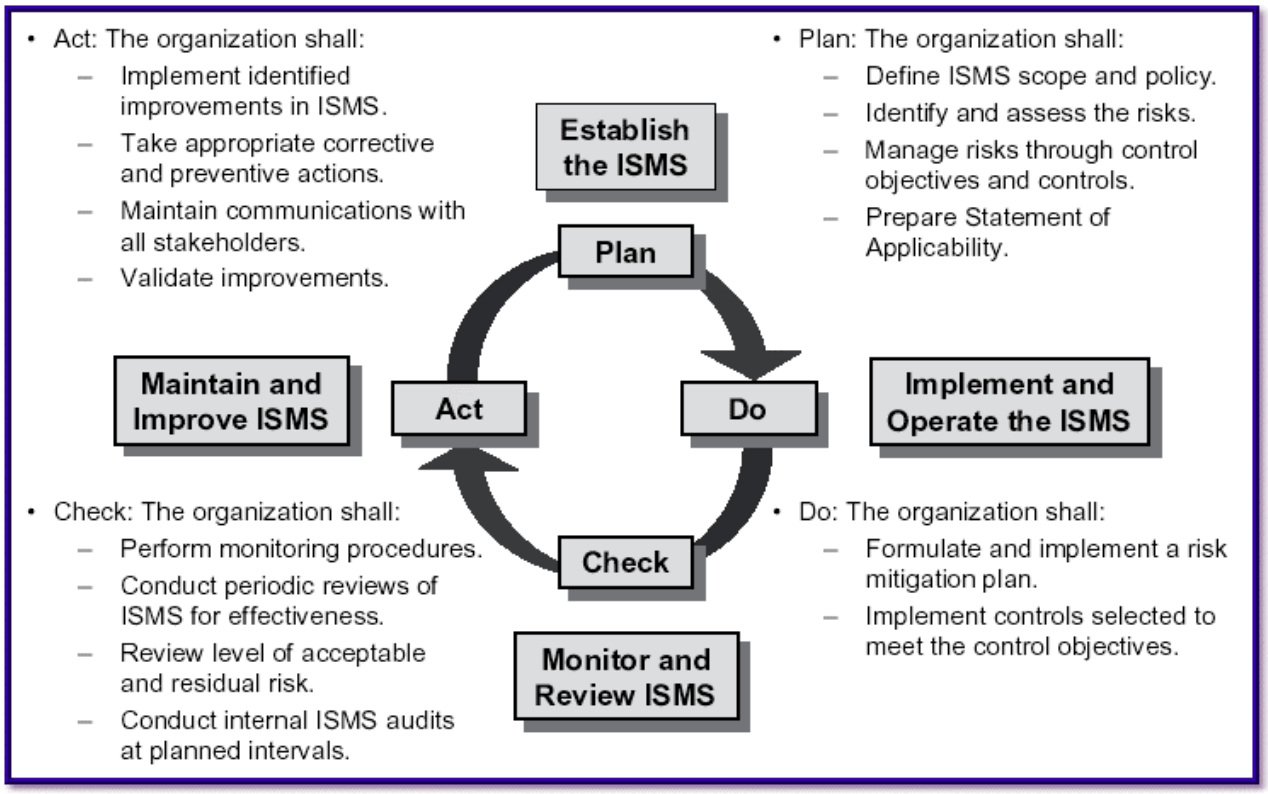
7.1.1 Plan og emergens

Forskellen mellem planlagt og emergerende forandring i organisationer kan diskuteres som et spørgsmål om, hvorvidt der findes universelle love, som muliggør forudsigelse at resultater. Tankerne bag den planlagte tilgang er, at forandringer kan planlægges, styres og gennemføres, og at de ledere der har autoriteten /retten til styre, kan ændre organisationen / processerne til en på forhånd defineret form. Manglende realisering af planerne anses for at være en fejl. I forhold til kvalitetssikring og TQM, vil jeg fremhæve, at Holbeche som eksempel på en planorienteret forandringsstrategi, nævner 're-engineering', hvor man arbejder med tre stadier: *prepare the ground* (scanne og vælge),

diagnose the situation (planlægge) og *bring about change* (implementere og reviewe / evaluere) (Holbeche 2006:157). Denne fasetænkning er af samme type mener jeg, som den i kvalitetsarbejdet hyppigt benyttede PDCA-model, 'plan-do-check-act'[146] (planlæg en forandring - søg data eller udfør et mindre forsøg - registrer effekten af forsøget - analyser resultaterne for at finde svar på hvad man har lært), der blev introduceret i de private erhvervsvirksomheder USA i 1980'erne og hurtigt udbredt til sundhedsvæsenet. I nedenstående eksempel (der udelukkende er valgt på grund af de illustrative kvaliteter) ser man, hvorledes der kan formuleres handlingsplaner for hver af de fire faser.

I den første fase, hvor der skal planlægges, skal der lægges en politik og defineres risikoområder. I anden fase skal forandringen implementeres og det skal kontrolleres at planerne følges. I tredje fase skal der etableres faste overvågningsprocedurer og følges op på dels, om de fungerer, dels de måleresultater de genererer. I den sidste fase skal der korrigeres efter behov.

Figur 7.1 Eksempel på anvendelse af PDCA-modellen i forbindelse med udvikling inden for it-software.



(KILDE: Securing Your Organization's Information Assets, Dr. Bill Brykczynski, Software Productivity Consortium og Bob Small, Software Productivity Consortium. CrossTalk, The journal of defense Software Engineering, May 2003 Issue.)

[146] Modellen, der er baseret på the Shewhart Cycle, som stammer fra Japan, hvor den blev benyttet overalt i japansk erhvervliv i 1950'erne, blev introduceret af E. Deming i USA i 1980'erne.

PDCA-modellen er en oversigt over en række opgaver der skal udføres i en bestemt rækkefølge. Jeg finder, at man kan betragte den som stoppesteder[147] i en køreplan, hvilket kan være nyttigt, men ikke tilstrækkelig anvendeligt i forhold til håndteringen af adfærden og rejsen mellem punkterne, dér hvor processerne styrer forløbet.

Med begrebet emergens kan man rette opmærksomheden mod selve betingelserne for forandringer, skriver Holbeche, og fremhæver at ikke mindst spørgsmålet om omfanget og tidshorisonten for forandringen er afgørende for, om planer kan realiseres. Små forandringer kan måske godt gennemføres efter en forud fastlagt plan, med en kvasi-Newtonsk tilgang eller lineær tænkning, mens store næppe kan. Følgende betingelser skal være til stede, hvis en planlagt forandring skal have mulighed for at lykkes: stabile omgivelser, stor tilslutning til forandringen, ingen mangel på ressourcer (tid, penge, ekspertise og ledelse), robuste kommunikations- og kontrolmetoder (Holbeche 2006:158). Set i dette perspektiv mener jeg, at implementering af akkrediteringssystemerne er vidt udstrakt i både sted (mange hospitaler) og tid (flerårige forløb), og således falder ind under kategorien 'store' forandringer.

> *"Emergence can be defined as the unpredictable/unintended outcome(s) of intentional actions within complex environments. It is only with the hindsight that managers are able to discover how they got to be where they are. It can be seen as the result of the interplay of actions, the consequences of which cannot be predicted beforehand. .... In contrast to planned strategy, which is 'moving towards' an objective, emergence is 'moving away from' where we are now - it implies open-ended change"* (ibid:159).

Holbeche opridser her en forskel mellem plan og emergens, hvor det er sammenhængen mellem udgangspunkt og mål, der varierer. At bevæge sig henimod et mål, er fokus i plantænkningen, mens at bevæge sig væk fra en aktuel tilstand er fokus i emergenstænkningen. Her refereres bl.a. til en form for kaosteori-tænkning, som bygger på en idé om tilfældig uforudsigelighed i en verden, der er så kompliceret, at små handlinger ét sted, kan føre til store reaktioner et andet[148, 149]. I flg. Holbeche, som ikke inddrager STS/ANT-studier i rækken af eksempler på forskning og litteratur med en emergenstilgang, vil man med en antagelse om emergens, acceptere forskelle, ustabilitet og paradokser, og man vil have en positiv opfattelse af de projekter, der kan skabe vedvarende variation, fordi man antager at vækst og overlevelse baseres på kreativitet, eksperimenter og læring. Ledelsens opgave er at skabe gunstige betingelser for, at dis-

[147] Og så alligevel ikke, fordi stoppesteder er fysiske faste størrelser, mens milepælene i forandringsprojektet ofte er formuleret i ord eller tilstande, der ikke kan tolkes entydigt.

[148] Se fx Stacey, R.D. (1999) *Strategic Management and Organizational Dynamics*, 3rd edn. London: Pitman. Stacey´s teorier om komplekse systemer bygger bl.a. på inspiration fra fysikken, psykoanalysen og G.H. Mead´s teori om rolleovertagelse. Samfundsforskeren Koen Frenken fra Utrecht Universitet i Holland skriver i en anmeldelse af Stacey's bog fra 2001: "*Complex Responsive Processes in Organizations. Learning and Knowledge Creation*", at Stacey beskæftiger sig med vidensskabelse, dog uden referencer til STS-studier inden for samme emnekreds, selv om der er et vist sammenfald i forskningsobjektet. (Frenken, K. 2002)

[149] Fysikken, nærmere bestemt kinetik, har været et centralt omdrejningspunkt for den franske filosof M. Serres' tænkning om mangfoldighed, orden og kaos. Især mangfoldighedsbegrebet hos Serres indgår i mange sammenhænge i STS-litteraturen, ikke mindst hos Latour, Stengers og Mol (AH's kommentar)

se processer kan fungere i organisationen. Det er ikke de logisk-analytiske processer, der skal fokuseres på, men de politiske, intuitive og dynamiske (Holbeche 2006:160).

Disse normative betragtninger om fokus på det uforudsigelige med udgangspunkt i teoretisk betragtning er i flg. Holbeche det foreløbigt bedste bud på emergens-forståelse af forandringer (ibid 159) og en tradition, jeg vil placere i forlængelse af den mainstream eller moderne forandringsteori, jeg diskuterede i Kapitel 2. I 1980'erne blev lignende idéer lanceret, da Peters & Waterman skrev *"In Search of Excellence"*[150], en række beretninger om forklaringer på succes i store virksomheder i USA. Et af de gennemgående træk var netop, at der skulle gives plads til forsøgsvirksomhed på medarbejdernes præmisser, så kreativiteten kunne udfoldes. Det uforudsigelige er også temaet i J. March's (1995) tanker om fornuft og rationalitet (se også Kapitel 2), og hos Christensen og Kreiner (1991), der skriver om projektledelse med inspiration fra March. De sætter fokus på irrationalitet og diskuterer projektledelse som det muliges kunst i en ufuldkommen verden, hvor organisationer kendetegnes i højere grad ved netværk end ved hierarki, hvor fleksibilitet har større betydning end strukturer, og hvor grundlaget for styrke i en organisation er forandring, ikke stabilitet.

I litteraturen inden for området organisationsforskning med en konstruktivistisk tilgang og en erklæret postmoderne tilgang benyttes et andet vokabularium, end det Holbeche og March skitserer. Her er det ikke individer, kreativitet og eksperimenter, men fællesnævnere og multiplicitet, der forklarer forandringer i praksis. Betragter man forandring som emergerende og open-ended, vil man ikke undlade at udarbejde planer, men man vil anse processen med at udarbejde dem for at være det væsentlige, det vil være anledninger til at optage nye forhandlinger. Ser man samtidig virkeligheden som et rhizomlignende netværk, kan man ikke definere og håndgribeliggøre et entydigt registreret, dokumenteret og målt udgangspunkt, som en tilstand forandringer kan vurderes ud fra. Organisationsforskeren Robert Chia[151], der diskuterer de forskellige tilgange, fremhæver, at den afgørende forskel mellem den moderne og den konstruktivistiske tænkning ligger i vægtningen af epistemologisk og ontologisk fokus. Disse tanker uddybes i det følgende.

7.1.2 Interaction. Sameksistens/ multiplicitet

Emergensbegrebet forbindes hos R. Chia (1996) med en konstruktivistisk forståelse og forestillingen om 'organizing' og processer som den måde, man kan tænke organisationer på, (jvf. Weick's socialpsykologiske, procesorienterede forståelse af organisationer udtrykt ved netop begrebet 'organizing', se afhandlingens Kapitel 2). Chia forbinder postmoderne tænkning med en analysetilgang til forståelse af organisationer og individer, hvor disse ikke bliver tingsliggjort og betragtet som analyseobjekter i sig selv. Det er ved at analysere de bagvedliggende processer, konstruktionen, at man kan få indblik i, hvad der sker:

---

[150] Peters, T.J. & Waterman, R.H. (1982) *"In search of Excellence"*, New York: HarperCollins

[151] R. Chia er professor i ledelses- og organisationsteori. Chia har analyseret postmoderne teorier inden for samfundsvidenskaberne og skrevet om organisationsanalyse som dekonstruktiv praksis.

> *"Adopting an emergent and processual approach in social analysis enables us to avoid the problems of reification of social entities such as 'individuals' and 'organizations' and, instead, directs our attention to the underlying organizing processes which create these effects that are then subsequently taken to be concrete existing entities in their own right"* (Chia 1996:150)

Chia skriver, at objektiviseringsprocessen i en moderne tænkning altid bliver effektivt glemt, når hændelser rekonstrueres. Herved bringes observatøren/ teoretikeren til at tro på en oprindelig forudgående eksistens af sociale entiteter som for eksempel organisationer. Postmoderne tænkning, ikke mindst i form af dekonstruktion af teoridannelser, kan afdække, hvorledes eksisterende begreber og teorier er et produkt af institutionaliserede tænkemåder. Chia viser dette ved en dekonstruktion af teorier om beslutningsprocesser[152]. Han viser, hvorledes en omfattende netværksskabelse over et langt tidsrum fører til at nogle modeller og teorier vinder frem, støttet af gentagelser, marginale justeringer, flere gentagelser og i sidste ende positioneringer, hvorom der ikke længere kan mobiliseres tvivl (ibid: kap. 8).

Chia undersøger, hvordan man kan begrebsliggøre en postmoderne forståelse af, hvad der sker i organisationer[153]. Han opstiller og diskuterer en række modsætninger mellem moderne og postmoderne tænkning, og skriver at postmoderne opmærksomhed kan karakteriseres ved et skift fra et epistemologisk til et ontologisk fokus, hvilket er en bevægelse væk fra en singulær virkelighed over mod flere, sameksisterende :

> *".. the kind of perspectivism that allows the modernist to get a better bearing on the meaning of a complex but, nevertheless, singular reality, to the foregrounding of questions as to how radically different realities may coexist, collide and interpenetrate"* (ibid:105)[154]

og understreger, at fortolkninger i retning af en forestillet uproblematisk ydre virkelighed, uanset hvor rig og varieret den er, altid vil forblive inden for den begrebsverden, der er den moderne epistemologis:

> *"Interpretations of an assumed unproblematically constituted external reality, however rich and varied, remains within the grips of modernist epistemology"* (Chia 1996:105)

Det man kan blive enige om - a good enough road map. Sociology of becoming

Den postmoderne tænkning, som Chia skriver om, karakteriseres ved træk, jeg tidligere har beskrevet som grundlæggende i STS/ ANT-tænkning, og hos Chia finder jeg et nyttigt supplement, idet han fokuserer direkte på organisationsteoretiske problemstil-

[152] Ashmore, Moleky & Pinch, (1989) viser i *"Health & Effecincy - a sociology of health economics"*. Open University Press, på tilsvarende måde hvordan man ved STS-studier kan analysere teoridannelsen omkring sundhedsøkonomi. De viser dels, hvorledes et tankesæt bliver institutionaliseret på bekostning af andre, der glemmes, dels hvorledes dette tankesæt i sig selv kan problematiseres.

[153] Jvf. her temaet på EGOS konference Bogason (2006) vedr. tilsvarende refleksioner.

[154] Chia citerer her Harvey, D. *The Condition of Postmodernity*, 1989:4. Oxford Blackwell

linger. Han finder, at en postmoderne organisationsteori priviligerer 'ontology of movement'[155], og refererer til Weicks begreb 'organizing', som et udtryk, der repræsenterer den opfattelse, at det kan være nyttigt at transformere flertydig information til noget, der kan samles bred enighed om i stedet for at efterstræbe realisering af forud opstillede mål, som det ses i mange mainstream organisationsteorier:

> *"organizing facilitates the transformation of otherwise equivocal information into a degree of unequivocality"*, (ibid:155)

Jvf., i relation til 'det at samle bred enighed', her målet om 'a good enough road map' (se Star & Griesemer om boundary objects i Kapitel 6), som et fælles objekt, som kan bruges til mange formål, så længe man ikke går i detaljer.

En organisationsteoretisk forståelse inden for STS/ANT finder Chia udviklet hos J. Law, der med en netværksforståelse og processuel tænkning med fokus på interaktion, mener at det, man i daglig tale kalder organisationer, er ordnede, midlertidigt stabiliserede netværk af heterogene materialer:

> *"Thinking about organizing as an emergent process ...., Law insists that if we want to understand social phenomena such as organization, 'it is important not to start out assuming whatever we wish to explain' (Law 1992:1). Instead, we should start off by assuming that interaction is all that there is. From this we might begin to ask how it is that some kinds of interactions appear to 'succeed' in stabilizing and reproducing themselves generating more durable effects such as organization whilst others disappear completely.... for Law ... organizations are, thus* ***ordered networks of heterogeneous materials*** *whose resistance has been provisionally overcome"* (Chia 1996:161).

Dette citat er interessant, fordi det viser, hvorledes der inden for STS/ANT-tænkning har været fokus på organisationsteori i en lang periode. Selv om der er sket en udvikling på området siden 1992, hvor Mols undersøgelse fra 2002 af praksis på et hospital er ét eksempel, Law's analyser af forandringer et andet (se Law 2004a og afhandlingens afsnit 7.3.2), og Latours tanker om rhizomnetværk et tredje (se Latour 1996 og 2004), er det stadig det samme grundlag, der arbejdes på, og forestillingen om organisationer som netværk, der har overlevet midlertidigt giver associationer til knudepunkterne i for eksempel rhizomet.

Aktuelt finder jeg at man kan betragte infrastrukturer, således som de er beskrevet i Kapitel 6, som en del af disse midlertidigt ordnede netværk af heterogene materialer.

---

[155] (med ref. til Cooper & Law 1995), inspireret af modstillingen mellem *sociology of being* og *sociology of becoming*, den første repræsenteret ved T. Parson's systematiske reduktion af sociale processer til sociale tilstande, og komplekse heterogene fænomener til simple, tilsyneladende homogene komponenter, og den anden repræsenteret ved N. Elias, som betragter tilsyneladende givne tilstande som noget, der er en effekt af komplekse sociale processer (Chia, 1996:117). (Jvf. i øvrigt afsnit 1.2.4 i afhandlingen vedr. 'beeing' og 'becoming.')

7.1.3 Situeret handling

Når Law beskriver handlinger og aktører som: *"what counts as a person is an effect generated by a network of heterogeneous, interacting materials .... People are who they are because they are a patterned network of heterogeneous materials"* (Law, 1992:5), ser Chia en antagelse, hvor man undgår at tingsliggøre individer som de basale enheder i en organisation (og i samfundet generelt).

Denne forståelse af menneskeligt virke / human agency beskrives også hos Star, som mener, at man kan betragte handlinger, der tilsyneladende udføres af **individer /** enkelte aktører, som **distribuerede og kollektive**[156]. Det samme udtrykkes i flg. Bowker & Star (1999:54) hos Suchman (1987)[157], der mener, at planer kan ses som handleressourcer, og planer er anledning til at optage nye forhandlinger. - hvad resultatet bliver, kan man ikke kalkulere med - det afhænger af konteksten og situationen, **situeret handling** er det begreb, Suchman bruger. Hun afviser en kognitionsmodel, og dermed den stimulus-respons tænkning som jeg tidligere har fundet i den traditionelle mainstream eller moderne organisationsteori, og som også Chia refererer til. Suchman's tanker er inspireret af den psykologiske virksomhedsteori (med reference til især den russiske psykolog L.Vygotski), der i STS-relaterede studier er anvendt af Y. Engeström i forbindelse med begrebet aktivitetsteori, hvor det antages, at erindring konstruerer diskurser i kontekst i form af 'sociale settings' og derfor aldrig er fast, men multifacetterede historier der er åbne for fortolkning. [158]Engeström (1990) mener, at adfærd altid må tolkes i relation til en kontekst. Der findes ikke noget som en dækkende karakteristik af et individ. Han finder at begrebet aktivitetssystem er centralt i forbindelse med forandringer i professions- og videnstunge organisationer, hvor professionernes og deres ekspertises historiske og kulturelle oprindelse spiller en afgørende rolle. Et aktivitetssystem omfatter faglige kolleger og samarbejdsparter, de anerkendte roller som de professionelle enacter, deres fælles opfattelser, begreber og arbejdsredskaber. Hver gang der sættes forandringsforsøg i gang i forhold til arbejdsprocesserne, bliver aktivitetssystemet berørt, og alle dele af det må have opmærksomhed og diskuteres af aktørerne, hvis der skal ske ændringer. I flg. Engeström kan det være en kompleks og iterativ affære at bygge et nyt aktivitetssystem. Aktivitetssystemet, mener jeg, kan betragtes som det paradigme, der beskrives hos Wulff m.fl. (1990) (se Kapitel 5) suppleret med en antagelse om, at der ikke findes noget fast paradigme - det må altid vurderes i en aktuel kontekst.

I en organisatorisk sammenhæng vil man med en virksomhedsteoretisk eller aktivitetsteoretisk forståelse antage, at redskaber/ tools og materielle arrangementer medierer aktivitet, og at objekter bliver til i en kontekst af handling og brug[159], skriver Bowker & Star (1999:298). Det opfatter jeg som en anden måde at udtrykke, at nok findes der

[156] Jvf. distribueret kognition, se bl.a. J. Lave, *Cognition in practice,* 1988

[157] Suchman, Lucy (1987) *Plans and Situated actions: The Problems of Human-Machine Communication*. Cambridge University Press

[158] Se også Figur 6.12, og afsnit 4.1.1 vedr. aktivitetsteori

[159] Jvf. beskrivelsen i afhandlingens afsnit 6.4.1.1 af en aktivitetsteoretisk forståelse af deltagelse i forandring af arbejdsprocesser.

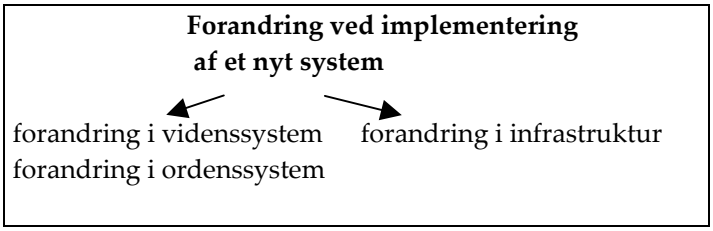
objekter i verden, men det er i en konkret anvendelse og sammenhæng, de antager en konkret form. I forhold til en forståelse af forandringer af arbejdsprocesser, må det betyde, at effekten af implementering ikke kan være generel, og at det, der på overfladen ser ud som et og samme system, kan virke forskelligt alt afhængig af konteksten.

Når et standardiseret klassifikationssystem eller et akkrediteringssystem med de træk af videns- og ordenssystem samt infrastruktur, som jeg har diskuteret i Kapitel 6, søges implementeret i en organisation, vil der i dette emergens- og aktivitetsteoretiske perspektiv blive igangsat nogle processer, hvor eksisterende former for infrastruktur og måder at huske på bliver påvirket. Et standardiseret klassifikationssystem indebærer en infrastruktur med ledsagende memoryrammer og måder at glemme på, mener Bowker & Star, hvilket betyder, at der sættes processer i gang, hvor fortiden søges slettet eller filtreret (clearance eller erasure), fordi man ønsker gamle rutiner erstattet af nye. Glemselsprocessen kan blandt andet foregå ved information - det der bliver sagt og skrevet, og gemt, bliver husket. Der findes forskellige metoder til opbevaring, såsom statistiske oversigter, hvor det gælder, at det der ikke er med i statistikken bliver glemt. En glemselsproces kan være noget positivt, hvis man vil ændre identitet, men man risikerer under alle omstændigheder at tabe noget vitalt, da det - over længere tid - vil være svært at huske, hvad der blev fjernet. (B&S 1999:298).

7.1.4 Infrastruktur og videns- og ordenssystemer mødes.

I Kapitel 6 har jeg diskuteret, hvorledes man kan betragte et etableret klassifikations - eller standardsystem som noget, der styrer og forhandler viden og orden og fungerer som en infrastruktur. Jeg har på baggrund af indblikket i beskrivelser af professioners vilkår fundet, at mødet mellem akkrediteringssystemer og professionelle paradigmer og kerneydelser vil kunne sætte gang i en proces, der medfører forandringer i videns- og ordenssystemer samt infrastruktur. Med en tænkning, der afspejler kontekstafhængigheden for en forandring, illustrerer denne figur, hvad der er relevant at analysere i netop dette tilfælde

Figur 7.2 Kontekstafhængig implementering



Betragtet som et system af viden om organisering af arbejdsprocesserne med en infrastrukturel funktion omfattende procedurebeskrivelser, politikker, dokumentations- og auditpraksis, vil akkrediteringssystemet ved implementering på hospitalet derfor kunne virke forstyrrende og sætte processer i gang, hvor eksisterende viden kan betvivles

og evt. fjernes, og nye former for viden kan blive efterspurgt, af såvel medarbejdere og ledelse som patienter og politikere.

Hvad der sker, vil jeg med afsæt i diskussionen her omkring plan og emergenstænkning, analysere i Del II, med fokus på antagelsen om forandring som emergerende processer og ved at forholde mig til den praksis, jeg ser i feltet, således som det sammenfattes her:

Opsamlende antagelser om empirisk fokus vedr. de 3 problemstillinger oplistet i indledningen til dette kapitel:

1. Hvordan kan man betragte handlinger, med andre ord: **hvad** er genstanden for forandring?
   Her er svaret, at handlinger er nonlineære og open-ended, og de kan ikke adskilles fra konteksten.

2. Hvad kan man få øje på, eller med andre ord: **hvor** er genstanden for forandring? Her er svaret, at der bør sættes fokus på aktørers handlinger. At det er relationerne mellem specifikke arbejdspraksisser og normative beretninger om, hvordan arbejdet gøres, der er det interessante. Og relationerne betragtes om et rhizomagtigt netværk.

3. Hvordan iværksætter og håndterer man forandring eller med andre ord: **hvordan** omskabes genstanden - de nonlineære og open-ended handlinger/ arbejdsprocesser? Her er svaret et eksperimenterende syn på udvikling og forandring. En interaktionistisk forståelse om samhandling og kommunikation som bevidsthedsskaber. Med planer kan man påvirke, men ikke målrettet og styrbart.

7.2 Makroniveau. Kvalitetskontrol i en New Public Management-tid.

I evalueringsrapporten for det afsluttede akkrediteringsprojekt i Sønderjyllands amt, KISS- projektet, hedder det om de overordnede mål, at de deltagende organisationer skulle udvikles, så de fremover kunne gennemføre løbende kvalitetssikring, hvilket bl.a. skulle indebære, at

> *"der er udviklet og indarbejdet en kvalitetsorganisation, hvor der arbejdes med kvalitet på alle niveauer.. og hvor der arbejdes systematisk med audit og peer-review.."*
> (Evalueringsrapport, KISS, 2005:3).

I forordet til H:S' kvalitetspolitik understreges det, at målet er, at der bliver skabt kvalitetsbevidsthed overalt:

> *"Målet med politikken er at tilvejebringe en kultur på hospitalerne, hvor ledelse og medarbejdere løbende stiller sig selv spørgsmålet: kan vi gøre det bedre? - På et systematisk og evidensbaseret grundlag. ..... Forudsætningen for at målet med kvalitetspolitikken nås er imidlertid, at kvalitetsbevidsthed integreres i alle led og kommer til udtryk i mødet med patienten".* (H:S, Kvalitetspolitik 2001:4)

I såvel H:S som i Sønderjyllands amt signaleres der, som citaterne viser, mål om kvalitetsbevidsthed og systematisk arbejde med løbende kontrol i form af bl.a. audit. Med inspiration fra Power (se Kapitel 6) finder jeg her, at man bevæger sig ind i et udfordrende projekt, hvor der skal balanceres mellem kravene om at tilgodese hhv. systemkrav og substansen i ydelserne. Power mener, at man bør være opmærksom på, at rutinemæssige evalueringer, som for eksempel løbende auditbaseret kontrol, kan udvikle sig til en form for indlært uvidenhed, og skriver følgende om systemernes mulige dominans på bekostning af substansen i praksis:

> *"... quality assurance initiatives show how the control system is becoming the principal focus of audit practice. Audit can provide assurance that the system works well even when substantive performance is poor"* (Power 1997:60).

De spørgsmål, Power rejser, kan relateres til diskussionen omkring akkrediteringssystemets effekt som kulturskaber, jvf. de mål om skabelse af en kvalitetsholdning og -kultur i organisationerne, der beskrives for systemer som TQM og EFQM.

Det er interessant at sammenholde signalerne fra H:S og Sønderjyllands amt om kvalitetsbevidsthed og løbende kontrol i form af selvevaluering (audit) med dels de grundlæggende idéer i New Public Management (se afsnit 6.2), hvor interne kontrolsystemer tillægges øget vægt, dels Powers skepsis i forhold til, hvorledes denne styreform generelt indebærer øget interesse for organisationernes dokumentation til omverdenen for, hvilke ydelser der leveres, mens der gives mindre opmærksomhed omkring forbedring af arbejdsprocesser. Det sidste kan have som konsekvens, at aktører, der primært er interesserede i arbejdsprocesserne omkring kerneydelserne og sekundært eller slet ikke i periferiydelserne, kan tabe engagement og finde en måde at omgå systemet på (jvf. de observationer der beskrives hos Bowker & Star om metoder til at omgå registreringskravene i klassifikationssystemerne). En vægtig grund til at det er interessant at relatere til NPM, er at der i kvalitetsmodellerne umiddelbart efterlyses forandringer omkring bløde parametre (holdning, kultur), hvor der er anledning til forskellige tolkninger af målopfyldelsen. Hvordan vurderer man, om der er sket ændringer i holdninger og kultur? Det leveres der ikke svar på i akkrediteringsprojekterne, og jeg opstiller ikke konkrete målepunkter i forbindelse med min analyse, men den kan forhåbentlig give de berørte aktørerne et indblik, der kan bruges i refleksioner over forandringerne og evt. målinger[160] .

[160] Der er en række af spørgsmål, jeg mener, man må forholde sig til, hvis man insisterer på at måle forandringer i holdninger: Hvem skal måle? og hvad skal måles? Hvad er vurderingsgrundlaget? Er benchmarking og auditresultater tilfredsstillende, som retningsgivere, hvilket ikke ville være usædvanligt, al den stund at omsætning af bløde værdier til målelige størrelser er vidt udbredt. Vil man med en rationel tilgang til forandring opstille nogle målbare mål? Skal man udskille nogle enkelte arbejdsområder til måling? Er benchmarking eller er smileytildelinger anvendelige? Er kunde- / patienttilfredshed? I H:S har man flere gange foretaget tilfredshedsundersøgelser blandt personalet (en survey-undersøgelse i form af telefoninterview med omkring 1000, repræsentativt udvalgte personer) vedr. akkrediteringsforløbet.

Med den emergensorienterede forandringsforståelse kan man anlægge et læringsperspektiv og et bottom-up fokus, hvorved man kan lade aktørerne selv afgøre, om der er sket et holdningsskift omkring deres praksis, uden på forhånd at sætte ord på arten af holdninger. Svarene findes ikke i manualerne og andre tekster tilknyttet akkrediteringsprojekterne. Men der findes en omfattende litteratur og teoretisk diskussion inden for det organisationsteoretiske felt omkring spørgsmålet om, hvorvidt organisationskultur kan formes, beskrives og måles. Hatch[161], der modstiller en moderne og en symbolsk fortolkende tilgang, viser at svaret blandt andet afhænger af det epistemologiske udgangspunkt og sammenfatter det således:

> *"... one of the most important differences that you will notice has to do with the subjectivist epistemology adopted by symbolic-interpretivists compared to the objectivist epistemology of the modernist perspective.... the subjectivist approach... involves discovering how insiders experience and construct their world.."* (Hatch, M.J., 1997:201).

At afdække hvorledes aktører erfarer og konstruerer deres egen verden, er en symbolsk fortolkende tilgang, skriver Hatch, der således, i lighed med hvad jeg finder hos Weick, tillægger denne forståelse en forventning om at kunne finde og tolke mening hos aktører. Her går Mol i en anden retning, hvor den epistemologiske interesse nedtones og i Mol's praxiografi om enactment af åreforkalkning på hospitalet helt udelades. I en pragmatisk tænkning, hvor det der opfattes som virkeligt, bliver virkeligt i sin konsekvens, kan man måske måle, om der er sket et holdningsskift ved, uden at indlægge ledende fortolkninger i form af på forhånd konstruerede spørgsmål, at høre, hvad aktørerne selv siger og gør - finder de selv, at der er sket en forandring? På den måde bliver vurderingen et spørgsmål om, hvordan de involverede selv ser deres praksis - og hvad de finder væsentligt. Men hvordan kan så en ledelse vurdere, om medarbejderne har forandret deres handlinger og dermed bidraget til en ændring af arbejdsprocesserne? Jeg vil mene, at det i alt fald må være muligt at vurdere, om en planlagt forandring, således som man selv har forestillet sig det, er indtrådt. Hvis svaret er ja, vil man så kunne påstå at planlagt forandring er mulig? Kan man vurdere om forandringsprocessen er forløbet som man havde planlagt? Eller er det tilfældigt at målet ser ud til at være nået, og er medarbejderne i øvrigt enige med lederen om målene?

Uanset problemerne med at fastholde en målemetode, ser jeg forestillinger om holdningsbearbejdning, det, jeg her kalder forandring på makroniveau, som et væsentligt element i akkrediteringssystemerne, med den relation jeg mener, de har til TQM og NPM, og jeg vil især betragte kravene om forskellige former for beretninger og redegørelser (accounting), herunder audit, som symptomer på et politisk pres henimod et kultur- og holdningsskift. Det ligger implicit i det tankesæt, der er grundlaget i NPM,

[161] Hatch refererer til G. Hofstede og socialpsykologen E. Schein som forskere, der tidligt stillede spørgsmålet om, hvad organisationskultur er. Antropologen C. Geertz nævnes som repræsentant for den symbolsk interpretative tilgang; organisations- og managementforskerne T. Deal & A. Kennedy samt J. Kotter og J. Heskett, som repræsentanter for den modernistiske og endelig J. Martin, der skriver om postmoderne forståelser med fokus på fragmentering.

at der fra politisk hold sættes fokus på blandt andet præstationsmål og mængden af 'producerede' ydelser (output, se afsnit 6.2), samt de kvalitetsmål der kan belyse dette, mens interessen for indholdet eller kvaliteten af de faglige kerneydelser og dermed det, der traditionelt og i hvert fald i professionsfagligt regi betragtes som det primære output og vigtige præstationsmål nedtones i den politiske debat og styring.

Fra Bowker & Star henter jeg den erfaring, at man, når man implementerer et klassifikationssystem eller et akkrediteringssystem, samtidig etablerer en registreringskultur, idet der skal indrapporteres data til systemet (for at holde det i gang) - og man bevæger sig dermed ind i den type af opgaver, der overordnet kan karakteriseres som redegørelse (accounting) for, hvordan man opfylder krav om ansvarlighed. I de akkrediteringssystemer, jeg analyserer, er accounting som nævnt baseret på audit og dokumentation i form af fri tekst, tal og afkrydsning i skemaer undervejs i løbet af udførelsen af de daglige arbejdsprocesser.

Opsamling
På makro-niveau er akkrediteringssystemet rettet mod kulturen i organisationen, der stilles nye arbejdsopgaver som går på tværs af eller ud over de faglige kerneydelser, og der stilles krav om forandringer af de eksisterende arbejdsprocesser. På spørgsmålet om forandringerne kan måles og registreres, må svaret være, at det under alle omstændigheder skal findes i en lokal kontekst, hvor aktører måske har noget af berette om noget, der er forandret. Men også her finder jeg, gælder det, at man må tage stilling til, hvordan det kan lade sig gøre at måle progression i et emergerende ongoing flow.

7.3 Forandring på flere niveauer. Emergens i et interaktionistisk og pragmatisk perspektiv.

Kan man beskrive uklarheden eller måle forandringer i et ongoing flow?

> *"I samfundet respekteres det generelt ikke, hvis man er uklar i sin definition af et rum, en situation eller af sig selv. Derfor har vore følelser i lang tid måttet leve et liv i landflygtighed, nemlig under klarhedens regime. ... Begreber som uklarhed og forvirring ringeagtes i vores rationelt funderede samfund. De eksisterer naturligvis, men dukker kun op som en slags ubevidste guerillabegreber, der øjner mulighed for at slå til, når vores logiske værktøjer bryder sammen, og tid/rum-opfattelser forskydes i forhold til det velkendte og sikre. Men netop derfor er de interessante. De skaber kaos i en ordnet verden, og dette kaos kan være meget produktivt for vores søgen efter alternative måder at sanse og opleve på".* (Olafur Eliasson om 'det rationelle og irrationelle' i Engberg-Pedersen og Meyhoff, 2004:139).

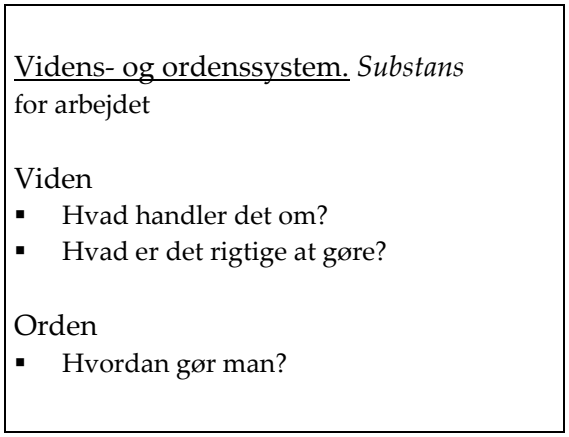
7.3.1 Analyseform

Med udgangspunkt i afhandlingens problemstilling omkring aktørers ageren og de teoretiske diskussioner i Kapitel 4og Kapitel 6 hvor jeg viste, at man kan forvente at akkrediteringssystemer har en del væsentlige træk tilfælles med klassifikations- og standardsystemer, således som de beskrives hos Bowker & Star (1999), vil jeg sætte fo-

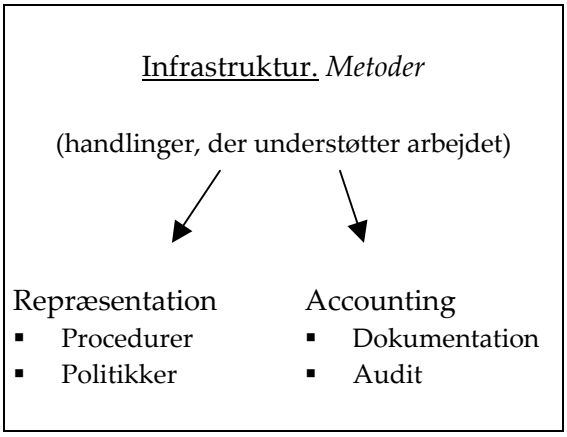
kus på en udforskning af, hvad der sker i mødet mellem akkrediteringssystemer og professionsstyrede arbejdsprocesser, med en forståelse af forandring som emergerende og open-ended. Jeg ser mødet mellem akkrediteringssystemet og professionelle paradigmer og kerneydelser som en impuls, der påvirker ordens- og videnssystem og fører til forandringer i infrastruktur. Jeg vil lade min analysemodel om viden, orden og infrastruktur være baggrund og støtte for analysen og ser den ikke som udtryk for en skarp opdeling af praksis.

Klassifikations- og standardsystemer kan, som vist i Kapitel 6, betragtes som samlinger af viden og kilder til ordning af virkeligheden i hverdagens praksis. Implementering af nye systemer vil således påvirke eksisterende samlinger, se Figur 7.3 (jvf. Figur 6.17 Viden og orden) Samtidig indebærer systemerne også en egen infrastruktur, hvilket har en række konsekvenser for de organisationer eller processer, det bringes til at virke i. Karakteristisk for en infrastruktur er blandt andet at den på en ofte usynlig måde understøtter arbejdet og processerne. Det medfører, at nye systemer påvirker eksisterende forhold, uden at det nødvendigvis kan ses direkte. Denne problemstilling ligger bag min hypotese om, at implementering af akkrediteringssystemet i forhold til arbejdet på hospitalerne kan ses som et møde mellem to infrastrukturer, hvor der er fokus på hhv. de professionelle kerneydelser og produktionsprocesser, se Figur 7.4 (jvf. Figur 6.18 Infrastruktur)

Figur 7.3 Videns og ordenssystem



Figur 7.4 Infrastruktur



Kommentar til figurerne som er videreført fra afsnit 6.5:
Modellen er baseret på akkrediteringssystemet og på litteraturen om standard- og klassifikationssystemer og efterfølgende benyttet til at anskueliggøre den tænkning om professioner, der blev præsenteret og diskuteret i Kapitel 5. For såvel akkrediteringssystemet som for professioner vælger jeg at betragte viden og orden som spørgsmål om substans (hvad skal man gøre, hvordan gør man det) og infrastruktur som et spørgsmål om metoder til henholdsvis repræsentation og rapportering (hvordan beskrives opgaverne og hvordan gør man rede for aktiviteten).

Hvad angår forandringsprocesser, anlægger jeg det synspunkt, at implementering af akkrediteringssystemerne uundgåeligt må forstyrre eksisterende arbejdsprocesser i det professionelle system og dermed også medføre nogle forandringer som man kan prøve at indkredse ved i en etnografisk feltanalyse at samle op på beretninger om enactments og vise, hvad aktørerne på hospitalet betragter som forandringer. Jvf. den interaktionistiske, pragmatiske tilgang hvorefter der, som Strauss udtrykker det, ikke er nogen fuldt pålidelig måde, hvorpå man kan bevise graden af forandring. Vurderingen vil altid være et spørgsmål om perspektiv hos bestemte aktører på bestemte tidspunkter og steder i bestemte situationer.

Analysen bliver således en beretning om forandringer i organisatorisk viden (hvordan handles der, hvad lægges der vægt på, hvad bliver prioriteret hhv. op og ned), forandringer i organisatorisk orden (hvordan styres arbejdsprocesserne, hvordan aflægges der beretning om handlingerne, hvad registreres, hvad prioriteres hhv. op og ned) og forandringer i infrastrukturen for så vidt angår repræsentation af arbejdet (procedurebeskrivelser og politikker m.m.) og accounting (dokumentation og opfølgning som for eksempel audit).

7.3.2 Give svar eller stille spørgsmål. Tænke multiplicitet

Det siges ofte inden for den interaktionistiske forskningstradition, hvorfra også STS har rødder, og hvor jeg henter inspiration hos Mol, Strauss og Law, at det bedste man kan gøre som samfundsforsker er at stille spørgsmål, ud fra det man oplever, og det man som forsker selv skaber i form af bl.a. analyser. Jeg vil tilslutte mig denne tradition, og vil især prøve at gøre min undren konstruktiv og rettet mod det felt jeg undersøger, forstået således at aktørerne inden for sundhedsvæsenet kan få ny viden. Uden på forhånd at vælge side i spørgsmålet om forandringens forløb, vil jeg vælge nogle fixpunkter (som sagtens kan være deldokumenterede i deres kontekst) og spørge til menneskers opfattelse (ser de nogen forandringer - fixpunkterne kan vælges af den, der skal fortælle om forandringerne, eller af den der spørger), men uanset metoden, vil det under alle omstændigheder være en konstruktion i en kontekst. Den beretning om arbejdspraksis, der kommer frem, vil være en enactet sandhed om noget, der ikke med sikkerhed kan identificeres som normativt og specifikt, jvf. Suchman (1995), der har vist hvorledes sociale og politiske magtforhold kan have betydning for, hvilke dele af arbejdspraksis, der bliver fortalt og gjort synligt.

Med ovenstående tilgang til analyser af forandringer er min analyse inspireret af Mol's betragtninger om enactment af visse dele af praksis og dokumentation i form af fortælling i skitsebogsform. Law udtrykker noget tilsvarende om mulighederne for med inspiration fra tanken om rhizomagtige netværk at finde nye veje i forståelsen af forandringer i organisationer. Han skriver om at finde 'modes of ordering' i organisationer[162] og foreslår at:

[162] inspireret af Serres' (1980) metaforer for virkeligheden som en model med flydende kanter, lige som skyer og vandstrømme, i modsætning til en klassisk forståelse, som Serres sammenligner med en krystal, et fast objekt med distinkte kanter (ibid:117). (Se også kapitel Kapitel 6)

> *"good organisational studies are also studies in allegory that depict and manifest realities that achieve allegorical gathering rather than a single-version discursive consistency. Fractionality."* (Law 2004a:113).

Sådanne billedskabelser finder jeg, at man kan skabe ved brug af grounded theory, hvor begreberne hentes ud fra empirien.

Det samme gælder beskrivelser eller repræsentation af handlinger, hvor jeg med inspiration fra især Suchman, Star & Strauss vil se enhver repræsentation som et usikkert valg, hvor magt spiller ind på flere fronter, og hvor det valg, der træffes ikke behøver fornemmes mere sandt for aktørerne i feltet end andre mulige, som blot ikke fandt tilstrækkelig opbakning, og med Mol tænke, at der er kun praksis, idet vi ikke har umedieret adgang[163] til det vi kalder virkelighed - det er noget vi skaber.

Law (2004a) finder, at praksis må forstås ud fra aktørernes måder at opleve den på, (se også Kapitel 4 om netværksforståelsen med rhizomet som inspiration), og giver et eksempel på en forandringsanalyse, hvor han lader kultur og paradigmer være i fokus og ser på forskellige 'modes of ordering'[164]. Analysen formidler Law's erfaringer fra et organisationsstudie på et laboratorium, hvor større forandringsprocesser var i gang. Han ser flere 'modes of ordering' på laboratoriet. Hermed mener han, at der på én og samme tid kan identificeres flere former for enacted virkelighed. Han finder især to, der dominerer. Det ene karakteriserer han som klassisk, evolutionært og udramatisk. Her tager man begivenhederne, som de kommer, og man antager, at der altid vil være nogle problemer, der skal løses, der vil altid være bevægelser. Det andet mønster karakteriserer han som heroisk, romantisk og diskontinuert. Her taler man om laboratoriet 'før' og 'efter' forandringerne. 'Før' var der altid problemer, alt balancerede på katastrofens rand, laboratoriet var lukningstruet. 'Efter' man fik ny ledelse, var problemer blevet håndteret korrekt, en ny dynamik var kommet ind i organisationen, og laboratoriet var tilbage på sporet.

Law's konklusion på eksistensen af de to forskellige, samtidige historier er, at de er forenklede, og at den egentlige historie er mere kompleks end nogen af de to giver udtryk for, uden at de af den grund er forkerte. Han vælger at se dem som to forskellige former for tænkning og tilgang til beslutningstagen, som sameksisterende. Han har givet dem navne, og kalder den første for 'administration' og den anden for ' enterprise'. Han fandt, at de sameksisterede og nogle gange var i konflikt. 'Administration' mente at 'enterprise' brød reglerne og handlede efter en cowboy logik, mens omvendt 'enterprise' ofte anså 'administration' for at ligne offentlig administration, mere optaget af korrekthed i processer og udfyldelse af dokumenter, end af at respondere på udfordringerne fra den virkelige verden. Men de var afhængige af hinanden. 'Enterprise

[163] Antiessentiel tilgang

[164] 'Modes of ordering' - direkte oversat kunne det være 'ordningsmåder', men det kunne også være ordningstemperamenter, tilgange til eller angrebsvinkler på forandring.

havde brug for at alt gik lovligt for sig, og 'administration' baserede sig på 'enterprise's mere handlingsorienterede tilgang til virkeligheden.

Law betegner 'enterprise' og 'administration' som forskellige 'modes of ordering', og ser dem begge som noget der både enactes i og enacter struktureringen af laboratoriet. Det er daglig praksis, og det er samtidig styrende for struktureringen i organisationen. Han finder også andre "modes", og konkluderer at et multiplicitetsbegreb er dækkende for forståelse af en organisation (Law, 2004a:111). Jeg finder, at Law her anviser nogle muligheder for at sætte STS tænkningen ind i en organisationsteoretisk tradition, med en multiplicitetstankegang, hvor netværk tænkes som rhizomer med de uendelige mange punkter og forbindelser.

Også Mol's undersøgelse af klinisk praksis på et hospital, vil jeg betragte som et organisationsstudie, hvor det er processerne, og strukturerne, der fokuseres på. Når Mol undersøger materialitet, praktikalitet og events, beretter hun samlet set, men med andre vinkler om de traditionelle/ moderne organisationsteoretiske begrebet som struktur, proces og funktion. Samtidig introducerer hun en række begreber, der går på tværs af disse[165]. Og så er det vigtigt at erindre, at den pragmatiske tilgang og afstandtagen til essentialisme og fraværet af normalitet i STS gør en forskel i forhold til traditionel organisationsteori. STS-forskere vil ikke give dessiner, men vise praksis. STS ser på konsekvenser, ikke ideale logiske forgængere (antecedenter). Man vil forstå folks definition af en situation. Der gives plads til forskelligheder og dermed tilladelse til tvivl om det hensigtsmæssige i forandringer af arbejdsprocesser og implementering af kvalitetsstyringsredskaber. Kort sagt til accept af at sandheden er lokal og midlertidig, som den må være, når man antager at virkeligheden ikke er een, ikke er mange, og multipel som et rhizom:

> *A rhizome doesn't begin and doesn' t end, but is always in the middle, between things, interbeing,* ***intermezzo.*** (Deleuze & Guattari, 2004).

7.3.3 Afrunding om udforskning af forandringer

Med forskning inden for STS-traditionen viser man praksis og antager, at sandheden er lokal og midlertidig. I studiet af forandringer har man ingen milepæle og faste mål at vurdere op imod, man kan ikke generalisere, og er man først begyndt at afdække ontologi-i-praksis, er der ikke længere nogle stabile variable. Derfor bliver en analyse af implementering af nye systemer som akkrediteringssystemet en registrering af nogle enactede handlinger, som forskeren ser i feltet. Forskerens iagttagelser og beretning i forbindelse med en etnografisk feltanalyse, kan knyttes til de udvalgte fokusområder, som i dette tilfælde er viden, orden og infrastruktur i det professionelle system.

[165] De analytiske snapshot-beskrivelser af den kliniske praksis på hospitalet, med fokus på sygdommen åreforkalkning er fordelt på tre temaer: 'coordination', 'distribution' og 'inclusion'. (Mol 2002).

KAPITEL 8 FELTSTUDIER

Indledning
I dette kapitel er den empiriske del af forskningsprojektet i fokus. Her gives indblik i overvejelser omkring valg af studiefelt, om forskerens færden i dette felt og antagelser om de andre aktører, samt om måden at formidle herfra. Der gøres endvidere rede for metoder vedr. feltstudier: forskeren på observationsbesøg, interview og dokumenter, samt anvendelse af det indsamlede materiale og de indhentede erfaringer.

8.1 I hvilken type felt søger forskeren efter forandringsprocesserne?

I STS-forskningen er der forskellige tilgange til bestemmelse af forskningsfelt. Nogle forskere studerer overvejende mikroprocesser, andre ser på globale infrastrukturer. I laboratoriestudierne følges udviklingsforløb for videnskabelige opdagelser eller teknologiske konstruktioner, og man følger aktanterne, de humane og nonhumane aktører indenfor og uden for laboratorierne.

Bowker & Star (1999) følger en række spor for udvikling og anvendelse af standard- og klassifikationssystemer. De trækker på erfaringer fra studier af handlinger omkring anvendelsen af systemer på mange niveauer, lige fra hospitalsafdelinger hvor patienter får en diagnose og læger registrerer dødsårsager til internationale databaser, hvor indsamlede registreringer bliver konverteret til statistik, og hvor forandringer i klassifikationssystemer, diskuteres og besluttes. De inddrager med andre ord større infrastrukturer og andre stor-skala strukturperspektiver.

Mol (2002; 1998) kalder sit studie af åreforkalkninger for en praxiografi, en udforskning af praksis omkring en enkelt sygdom. Målet er at finde frem til en metode til undersøgelse af enactments af en sygdom, hvilket betyder, at det ikke er den tætte beskrivelse af selve sygdommen hun tilstræber, men derimod de handlinger, der foregår omkring den. Efter lang tids feltarbejde på ét hospital, besøgte hun andre, hvor hun fandt så mange anderledes måder at handle på, at hun valgte at afgrænse sit felt til det første hospital. Mens Mol´s mål er metodeudvikling, er mit mål at udarbejde en fyldig (thick) beskrivelse af praksis omkring forandring af arbejdsprocesser, baseret på et relativt kortvarigt feltarbejde, hvorfor jeg vil lade mit felt være bredt og varieret. Mit tema om kvalitetsstandarder henter inspiration hos på Bowker & Star, i den forstand at jeg indtænker større infrastruktur i mit valg af feltafgrænsning - jeg vil søge på flere hospitaler med forskellige akkrediteringssystemer, og jeg vil i et vist omfang interessere mig for systemerne også uden for hospitalerne, dog med udgangspunkt i de aktiviteter, jeg opsporer dér. Det vil sige, at jeg kun går uden for hospitalerne i det omfang akkrediteringssystemet 'peger på' at der kan være interessante/ relevante associationer at følge. Samtidig vil jeg lade Mol være inspirator i min tilgang til mit feltarbejde, hvor jeg ikke følger åreforkalkning, men kvalitetsstandarder og vil overvære daglige aktiviteter på nogle hospitalsafdelinger, tage noter mens jeg deltager og supplere i ledige stunder, supplere med tanker og observationer og indsamle dokumenter, der hører til de situa-

tioner jeg observerer. Det betyder for dokumenternes vedkommende, at det er situationen i feltobservationen der styrer indsamlingen. Jeg leder ikke efter dokumenter og følger heller ikke en på forhånd fastlagt systematik i indsamlingen.

Med Mol som inspiration til min undersøgelse af forandring af arbejdsprocesser som følge af implementering af et kvalitetssikringssystem, kan jeg betragte min analyse som en etnografi, der skal afdække det, der hører til at 'gøre kvalitet på akkrediteringsmåden': standarder som beskrivelser med ord, lokale tolkninger, implementering, kontrol på forskellige måder. Jeg vil ikke forstå forandring som et centralt fokuspunkt, der kan belyses fra forskellige aktørers perspektiver. I stedet vil jeg se forandring som noget, der håndteres i praksis, noget det skabes og forsvinder med de praksisser, hvor det håndteres, og noget, der kan være forskelligt fra en praksis til en anden. Det er her Mol bruger begrebet, 'den multiple virkelighed'. Jeg vil tilsvarende tænke på forandring af arbejdsprocesser som noget flerfoldigt. Jeg kan præsentere en beretning baseret på hændelser, jeg ser og hører om under mit feltarbejde på nogle konkrete afdelinger, omkring ibrugtagning af akkrediteringssystemet - jeg kan fokusere på centrale punkter i systemet og konkrete temaer omkring håndteringen af systemet. Min beretning eller etnografi kan betragtes som et blik ind på en arbejdsplads med fokus på de handlinger der foregår, og ikke på de tanker aktørerne gør sig. Med den tilgang søger jeg ikke efter, hvad der tænkes og menes om akkrediteringssystemet, men snarere efter hvad der gøres med det, og hvordan der handles anderledes som følge af systemets krav til kvalitetssikring af arbejdsprocesser.

Min beretning eller analyse skulle gerne være 'thick' og 'fleshy' - her er jeg især inspireret af Mol og Latour, som også har vist vejen ind i kunstens verden, for at se nye vinkler på illustration og forståelse af virkeligheden. I forhold til den etnografiske metode og retningslinjer for interviewteknik er nedenstående citat en spore til opmærksomhed omkring min færden 'i praksis', som jeg beskriver i dette kapitel:

> *"Repræsentationskritikken står i fare for at gå under, som det skete for kapitalismekritikken i 1970'erne, ikke i mangel på stof eller argumentationskraft, men i kedsomhed. Man savner i denne bog nogle eksempler på en nytænkning af feminismens erfarings- og subjektkategorier, et spring ud af den spekulative tradition, som står på skuldrene af hele den franske superelite fra Lacan, Barthes, Foucault og Derrida til Deleuze og Bourdieu.... Med den amerikanske filosof Richard Rorty's ord:*
> *'Der sker først noget politisk nyttigt, når folk begynder at sige ting, der aldrig er blevet sagt før, og dermed åbner mulighed for at vi kan forestille os nye måder at gøre tingene på - i stedet for at analysere videre på de gamle'*
>
> *Og det jo netop hvad kunsten kan. Som det ofte er tilfældet viser praksis sig at være både mere udviklet og mere indviklet (og i hvert fald sjovere) end den teori, der forsøger at få begreb om den".* (Holm, M.J. (2005)[166].

[166] En anmeldelse af bogen *Udsigt - feministiske strategier i dansk billedkunst.* 2005. Informations Forlag

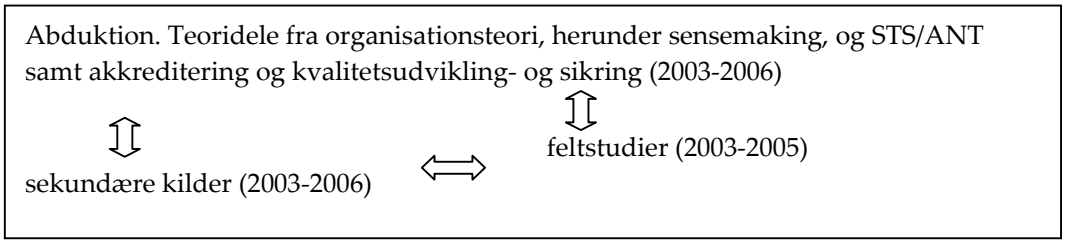
8.2 Arbejdsprocessen vedr. skabelse af afhandlingen

Igennem hele processen omkring arbejdet med den etnografiske undersøgelse og de teoretiske studier, samt konstruktion af afhandlingen arbejder jeg på tre områder med forskellige metoder, som jeg lader interagere i en kontinuerlig proces :

- **Abduktion.** Jeg har i det indledende kapitel argumenteret for, at der inden for organisationsteorien er behov for teoriudvikling vedr. forståelse af forandringsprocesser som emergerende, og at jeg vil forsøge at give et bidrag til det. Jeg trækker på den del af organisationslitteraturen, hvor jeg finder teorier og tanker der beskæftiger sig med en emergence-tilgang, og STS/ANT -litteraturens analyser af praksis og diskussioner om netværksbegrebet og virkelighedsforståelse.

  Akkrediteringsstandardsystemet ser jeg som et særligt tema, som jeg analyserer med en forandringsforståelse, hvor min interesse drejer sig om, hvordan systemet kan påvirke arbejdsprocesserne. Jeg trækker her på litteratur inden for STS/ANT, der specielt omhandler standarder og klassifikationer, fordi jeg på dette stadie i processen nu har valgt at arbejde inden for denne disciplin.

  Arbejdsprocessen i perioden 2003-2006 kan beskrives således:



  Under hele forløbet er der en vekslen mellem læsning, iagttagelse, analyse/tænkning og skrivning. Man kommer nærmere og nærmere til en forståelse af, hvordan teori og empiri kan spille sammen og teksten (der afspejler valg af og præsentation af teorioverveje lser og analyse af det samlede materiale) til afhandlingen trinvis bliver skabt. Det endelig resultat i form af teksten er en konstruktion, der skal tjene til at sikre formidlingen af arbejdet, så det giver et såvel teoretisk som empirisk indblik i problemstilling og analyse.

- **Feltstudier** med en etnografisk tilgang, hvor der indgår både observationsophold og interview. Begrundelsen for denne arbejdsform er at jeg har valgt at studere praksis og at gøre det med STS/ANT tilgang, hvor Mols forsøg med den metode, hun kalder en praxiografi er en vigtig inspirationskilde

- **Sekundære kilder** opsøges og studeres. Der er tre typer af kilder:
  1. Forskningslitteratur, hvor jeg især har fokuseret på STS-litteratur om arbejdsprocesser, standarder og organisationsanalyse.

2. Dokumenter knyttet til akkrediteringsarbejdet, tekster vedr. kvalitetsudvikling og -sikring herunder hånd- og redskabsbøger, debatlitteratur om kvalitet i sundhedsvæsenet fra især dagblade og fagblade samt tekster fra konferenceoplæg.
3. Beskrivelser af kunstneres arbejdsmetoder og overvejelser, inspireret først og fremmest af Latours fremhævelse af at samfundsvidenskaberne kan lære af kunstnernes arbejdsform, og at en fornyelse i skrivemetoderne er tiltrængt - gerne i retning af 'fleshy' beretninger. Mol er inde på noget tilsvarende, når hun beskriver sin egen metode som fremstilling af en samling beretninger, der måske, måske ikke hænger sammen. Hun sammenligner skriveformen med en skitsebog.

I den teoretiske diskussion i Kapitel 4 lader jeg især de sekundære kilder og den videnskabelige litteratur interagere. Herfra uddrager jeg undervejs en række metodeinput og spørgsmål til analysen af det empiriske materiale fra feltstudierne.

I STS-forskning er grounded teori en naturlig tilgang, ofte med en etnometodologisk drejning, hvor analyseobjektet ses som socialt produceret. Det betyder, at man ser på alt muligt, der vækker interesse i forhold til det, man har sat sig for at opspore. STS-forskere fortæller om at blive mødt med spørgsmål om, hvorvidt det er almindeligt, at man ikke tænker over data, før man har dem[167], hvortil man blandt andet kan svare, at det der er vigtigt er hele tiden at tænke over, for hvem data er nyttige, samt med en enactment tilgang at koncentrere sig om praksis omkring det emne, man følger. Når det er sagt, er det naturligvis vigtigt at fremhæve, at forskeren bærer sin fortid og viden med sig og derfor uundgåeligt ser på feltet med sit eget, faglige og personlige blik. Jeg vender tilbage til, hvad det mere konkret betyder her.

8.3 At udforske forandring i arbejdsprocesser

Ontologi-i-praksis er samling af objekter, ikke systemer. (Mol 2002)

Udforskning af praksis i STS/ANT tænkning - at rekonstruere en verden:

> *Den ontologiske politik: da tingenes virkelighed altid er konstrueret i deres relationer, er de altid på vej til eller på vej væk fra processen med at blive mere eller mindre virkelig. Hvis vi imidlertid vil finde ud af, hvordan virkelige ting kan fungere sammen, er vi nødt til at "settle on the nature of things for a time". Derfor må den - konstruerede - virkelighed testes fra tid til anden, for at det kan afdækkes, hvad der er virkeligt, og hvad der ikke er (hvad der fortjener at blive repræsenteret); med andre ord, hvordan virkelighederne har flyttet sig. Intet er derfor nogensinde definitivt og for evigt ekskluderet eller inkluderet.* (AH oversat fra Law, J. 2004b)

[167]C. Borgman på 4S konference. 2005, Pasadena, Californien

Med denne inspiration fra Law kan jeg gå ind i feltet, vel vidende at intet er konstant, men alligevel som en betragter af nogle antaget, midlertidige tilstande. Samme valg må Mol have taget i forbindelse med gennemførelse af et flerårigt feltstudie.

Mol skriver om sit feltarbejde på et hospital i Holland, at hun som etnograf havde valgt at analysere, hvordan en bestemt sygdom optrådte i forskellige sammenhænge - hun valgte sygdommen åreforkalkning i benene. Mol deltog i alle former for møder, undersøgelser, operationer, konsultationer og andre former for arbejde. Hun skrev korte notater mellem hvert møde o.l. hun deltog i, og skrev senere samme dag længere noter, suppleret med beskrivelser af iagttagelser. En kollega tog i løbet af forskningsperioden (ca. 4 år) en række kvalitative interview med patienter og læger. Mol læste medicinske tekster og talte med hospitalets personale. Formålet med feltarbejdet var at forsøge at afdække mønstre og finde ud af, hvordan forskellige former for åreforkalkning kunne identificeres. Ud fra en antropologisk tilgang taler man om at spørge til aktørers aktiviteter og herudfra rekonstruere en verden, ikke gennem en tolkning af meninger, men gennem iagttagelse af en række handlinger, hvor aktørerne kan få lov at tale om, hvad der sker. En anden måde at udtrykke dette: aktørerne taler om virkeligheden, mens den performes. (Mol 1998:147).

Law (2004b) mener, at Mols analyser på hospitalet kan ses som en form for STS-studie, hvor man ikke betragter 'nature' som noget fast derude, heller ikke som noget der kan genskabes og rekonstrueres som hos Latour, hvor arbejdet i laboratorierne karakteriseres som opbygning af relationer, hvor tingene sammenholdes længe nok til at blive naturaliseret, gjort til et parlament af ting, men i stedet for tænker i flertal af 'nature'. Law skriver, at vi, når vi er indfanget i at skabe det virkelige, skabe 'nature' og konstruere, involverer os i at bygge særlige og midlertidigt stabile versioner af en hybrid, han kalder nature-science-technics. Han karakteriserer Latours beskrivelse af udviklingen omkring Pasteur (se Kapitel 4) som en konstrueret konvergens[168], og han mener ikke, at de beskrevne praksisser er fast konsoliderede, men temmelig ustabile. Der er ikke kun ét sæt af praksisser, men mange. Alle de forskellige praksisser udspiller sig (enacter) igen og igen i form af formodede virkeligheder.

Kan jeg så finde ud af noget, som aktørerne på hospitalerne ikke selv ved? Det er ikke usædvanligt blandt STS-forskere at finde kommentarer om, at det, der afdækkes ved STS-studier, ikke er noget aktørerne i feltet ikke ved i forvejen.

> *"Natives know it´s a mess, they don't need STS to tell them"*. (S. Woolgar, 4S-konference, Pasadena, Californien. 2005).

[168] Som i Latours beskrivelse af Pasteuriseringen af Frankrig, hvor logikken er således: Når man påbegynder en proces med at opbygge en verden er der en række lige-mulige virkeligheder, men efterhånden som nettet udvikles, indtræder begrænsningerne også, og der opstår en slags path dependency. De andre virkeligheder, det der ikke rigtig klarer det, bliver mindre og mindre virkelige og forsvinder ud i en endeløs limbo af kunne-have-været/ might-have-beens. Det bliver simpelthen for dyrt at skabe andre virkeligheder, andre natures. (Indtil noget bliver upset, er der konvergens)

Men jeg antager, at der blandt de 'indfødte', set i et multiplicitetsperspektiv, nok vil være en tilgang til virkeligheden som et 'mess', men at hver enkelt vil forstå handlinger i en særlig kontekst, de enactede praksisser vil alle være forskellige fra aktør til aktør. I dette mess træder forskeren ind og enacter endnu en virkelighed, man kan synliggøre nogle sammenhænge, anskuet med det teoretiske blik.

8.3.1 Begrebsliggøre og 'se' processer

Fra diskussion i Kapitel 4 henter jeg det teoretiske grundlag for begrebsliggørelse af arbejdsprocesser. Dér har jeg indkredset arbejdsbegrebet i et interaktionistisk og pragmatisk perspektiv, og anlagt et særligt blik på det arbejde, der udføres på hospitaler, hvor store professionelle grupper dominerer.
Når man prøver at finde processerne og sætte ord på, har jeg fundet to centrale problemstillinger:

- For det første spørgsmålet omkring er repræsentation: Hvilket objekt gør man synligt og hvordan? og hvilke kræfter er involveret? Hvad er socialt og politisk acceptabelt at tale om?
- For det andet spørgsmålet om konstruktion: Hvordan konstruerer mennesker viden og artefakter i samarbejde med hinanden og med anvendelse af en lang række af ikke-humane aktører i form af især apparatur, instrumenter og tekster. Hvordan ser man dette? En mulighed er, at det er arbejdet, bevægelsen, flowet og forandringerne, der er det væsentlige, og det er vigtigt, at man lader aktørerne få plads til at udtrykke sig selv[169].

8.3.2 Iagttagelse af processer

Hvor er praksis, hvad kan man observere - hvor manifesteres forandringerne/ akkrediteringsstandarderne ?

Mit mål er som nævnt at arbejde med en 'fleshy' / tæt beskrivelse af forandring af arbejdsprocesser, af praksis i nogle bestemte sammenhænge. Da akkrediteringsprojekterne har haft nogle projektarbejdsintensive faser, hvor aktørerne har haft næsten dagligt fokus på forandring og nogle mindre fokuserede perioder især efter 'bestået eksamen' / akkreditering, og da min forskningsperiode har sin egen (budgetmæssige) tidsbegrænsning, har jeg valgt at arbejde med et bredt felt i form af flere hospitalsafdelinger, for at få et fyldigt materiale om praksisser, der kan siges at være forandringsberørte.

Jeg har valgt at arbejde i begge de to sygehuskommuner, hvor et akkrediteringssystem er blevet introduceret. Der var hermed i alt 10 hospitaler af meget varierende størrelse involveret. Med feltarbejdets og etnografiens fokus på mikroprocesserne, valgte jeg at

[169] Dette skal forstås som bl.a. en modsætning til brug af distinktioner og kategorier, der med Latours ord kan være gode til at beskrive en forholdsvis stabil situation, men ikke duer når tingene ændres hurtigt og slet ikke i fx organisationsstudier, hvor grænserne er frygtelig fuzzy. (Om fuzzy grænser og Serres fluid begreb, se Law 2004a:117)

arbejde i nogle mindre organisatoriske enheder og dér, ud fra et ANT-perspektiv følge nogle aktanter i form af standarder, procedurer, pleje- og behandlingsopgaver, humane aktører og de artefakter, der omgiver dem. Opgaven var således at vælge nogle afdelinger (felterne), samt nogle aktanter. Det sidste skulle afspejle akkrediteringssystemet og arbejdsprocesserne, som forventedes at blive forandret på en eller anden måde. Hospitalerne og dernæst afdelingerne valgte jeg i samråd med ledelsen i hhv. sygehuskommunen og på hospitalet. Aktanterne i form af akkrediteringssystemet, mente jeg måtte være nogle få, udvalgte standarder - jeg mener ikke, at det i en analyse af mikroprocesser, som samtidig er nødt til at afgrænses tidsmæssigt (de tidsrammer der er for mit projekt) er muligt at følge hele systemet, der for begge akkrediteringssystemers vedkommende består af flere hundrede standarder og mange flere retningslinjer, politikker og procedurebeskrivelser. Standarderne valgte jeg efter nærmere samtaler med ledere og nøglepersoner på de afdelinger, hvor jeg skulle opholde mig.

I løbet af den tid jeg færdedes på hospitalerne og dels mødte de samme aktører flere gange, dels fik et stadig bedre indblik i akkrediteringssystemet, faldt det naturligt at inddrage flere og flere dele heraf. Derfor var der i mit første besøg fokus på nogle få, for de enkelt afdelinger væsentlige standarder, mens jeg senere ikke kun fulgte op på og spurgte til de samme, men udvidede 'mit empiriske blik' til at omfatte systemet i sig selv.

Faktabox om feltet: deltagere, besøg og interview.

Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S

- Hvidovre Hospital, 2 afdelinger. I alt 20 dages feltophold + 5 interview med i alt 12 personer
- Rigshospitalet, 2 afdelinger. I alt 20 dages feltophold + 4 interview med i alt 7 personer

Sønderjyllands amt

- Haderslev Sygehus, 1 afdeling. I alt 10 dages feltophold + 6 interview med i alt 19 personer
- Sønderborg sygehus, 2 afdelinger. I alt 10 dages feltophold + 3 interview med i alt 7 personer

Følger jeg Mol's etnografiske metode, får jeg en fyldig empiri ved blot at følge en ganske lille del af det store system. Følger jeg Bowker & Star, er enhver repræsentant for det store standardsystem et nyttigt boundary objekt, der kan indgå i en vurdering af, hvordan der skabes infrastruktur, og hvilke konsekvenser det har for arbejdsprocesserne. Og med inspiration fra L. Suchman ser jeg de måder arbejdet repræsenteres på som det vigtige - her antager jeg, at der er mange lighedspunkter mellem de konsekvenser, man kan finde i forhold til forandringer foranlediget af de enkelte standarder i og med at de alle repræsenterer det samme system og tankegang.

Hvad angår tidsfaktoren, er min indfaldsvinkel ikke, at jeg kan se forandringen som et projekt der afsluttes. Med en tilgang om at praksis er multipel, kan jeg betragte nogle processer over et tidsrum og ud fra et enactment-perspektiv og med en standard- og klassifikationsoptik beskrive og analysere, hvad jeg og aktørerne tilsammen ser.

8.4 Hvad foretager den etnografiske organisationsforsker sig i feltet?

8.4.1 "Vi tager af sted, vi lytter, vi lærer" (Latour, 1996)

Vi skal åbne verden, ikke følge en metode, mener Mol (2002), med en begrundelse om at metode indebærer, at man interfererer med verden, ikke at man åbner et vindue. Hun skelner mellem metode og inquiry, som to forskellige måder at udforske verden på. Hvor metoder indebærer et særligt syn på verden, er enquiry en måde at åbne verden uden forbehold og forud fastlagte begreber. Vil man overraskes og finde nye veje, bør man således prøve at frigøre sit observationsstudie fra at skulle følge et bestemt mønster, hvilket ikke er ensbetydende med, at man ikke skal reflektere over, hvad man gør. Mol's primære formål med studierne på hospitalet har således været at finde frem til nogle holdepunkter og principper for udforskning af praksis.

Suchman mener, at repræsentation er refleksion af egen kulturel position. Der findes ingen uskyldig beskrivelse af andre. Hun har disse overvejelser om det, hun kalder arbejdspladsetnografi til analyse af relationer mellem arbejde, teknologi og organisation. Overvejelserne vedrører mulighederne for at finde en egnet form for repræsentation af arbejde, hvor Suchman mener, at praksisser for repræsentation er formet historisk, materielt, retorisk, institutionelt og politisk. Hun skriver om 'Kritisk etnografi', hvor man afviser muligheden for uskyldig skriven beskrivelser af andre, ligegyldig om det handler om intervention eller forståelse. Termer som 'vi' og 'andre' er åbne for diskussion. (I traditionel etnografi antages indirekte et 'vi' som et fællesskab af observatører og deres publikum - men eksistensen af dette fællesskab bliver ikke inddraget i historien. De 'andre' er subjekterne for etnografien - deres beretninger bliver til tekster, som 'vi' som eksperter læser) (Suchman 1995:61). I stedet for denne objektivistiske distance kan etnografi ses som et sammenstød mellem aktører, der er forskelligt indlejret inden for bestemte sociale/kulturelle miljøer. Med denne tilgang er kultur altid relational. Man kan ikke beskrive fra en neutral position uden for feltet, men beretninger om kulturelle meninger og praksisser er uundgåeligt skabt fra særlige standpunkter, som opstiller linjerne for sammenligning og kontrasten mellem taler/skriver og de personer og praksisser der beskrives. De repræsentationer, som etnografer skaber, er derfor lige så meget reflektioner af deres egen kulturelle position, som de er beskrivelser af de andres placering. Dette er ikke et problem der skal løses. Det er et fundamentalt aspekt af repræsentationelt arbejde, som skal forstås og inkorporeres i vores praksis, og i hvad vi producerer, (Suchman 1995).

Samme tilgang finder jeg hos Järvinen og Mik-Meyer, som mener, at det er et karakteristisk træk ved observationsstudier med en interaktionistisk tilgang, at man bør undgå at fremanalysere for eksempel motiver og intentioner hos de udforskede:

> *"Den interaktionistiske begrebsramme flytter pr. automatik opmærksomheden væk fra enkeltpersoners 'private' oplevelser og retter i stedet blikket mod, hvordan de studerede (inter-) agerer, og hvordan den sociale kontekst - både en specifik og en mere generel - påvirker denne interaktion.... observationsstudier inden for den interaktionistiske tradition interesserer sig for samhandling mellem mennesker og for*

> *interaktionens kontekst - fx sociale, kulturelle og materielle forhold - og ikke specifikke 'personlige' forhold."* (Järvinen og Mik-Meyer 2005:98)[170]

Forskeren kan således beskrive interaktioner, men ikke vurdere det arbejde, der betragtes. Man kan lytte, men ikke lede efter det tænkte eller subjektivt oplevede. Man kan sætte fokus på den objektiverede virkelighed, og ikke lede efter en 'verden-derude' eller 'verden-derinde'. Forskeren har ingen adgang til dybere lag, men må blive på overfladen[171]. Det er denne forståelse, jeg ser hos Woolgar (2005) som nævnt i afsnit 8.3, eller i Latours (1988) udsagn om at aktørerne i et felt kender virkeligheden bedre end forskerne, hvorfor det kun er ved fælles hjælp, man kan blive klogere. Han bruger begrebet 'infrareflexiv tilgang' (se afsnit 8.7)

8.4.2 *At se handlinger, enacte studieobjekter og skrive historier*

> *"Det materiale, som etnografer arbejder med, er således netop tolkninger - forskerens egne tolkninger og de studeredes tolkninger, sådan som de viser sig i praksis (herunder samtaler og dokumenter), det vil sige som materiale som en 'objektiveret virkelighed"* (Järvinen og Mik-Mayer, 2005:106)[172].

Tilsvarende skriver Mol (2002:kap. 2), at forskeren med sine feltobservationser samler historier om visse praksisser, enactment - vi skaber det, vi ser, og praksis er samlinger af objekter, eller som det udtrykkes hos Law: man kan ikke trække observationer sammen og fortælle store historier, men kun serier af historier om visse problemer. Det kan også udtrykkes således, at translationer kan performes, ikke opsummeres. Tænkt således, mener jeg, bliver undersøgelser af forandring af arbejdsprocesser til samlinger af beretninger om handlinger forskellige steder. Mol beskriver det således: ontologier bringes til væren i fælles sociomaterielle praksis, for eksempel medicinsk praksis, de er ikke givet i tingenes orden. I praksis finder man forskellige former for events så som patienters erfaring med, hvordan de klarer sig i hverdagen. Events sker bl.a. via folk, ting, ord, papirarbejde, lokaler, bygninger og forsikringssystemer. Læger og patienter skaber også i fællesskab virkeligheder om patientens sygdom, som for eksempel et smertende ben i forbindelse med åreforkalkning.

Min etnografi skal give et indblik i de handlinger, der hører til at 'gøre' kvalitet på akkrediteringsmåden, dvs. indlægge tænkning på en bestemt måde om kvalitet i de daglige arbejdsprocesser. Med inspiration fra Mol kunne jeg betegne min metode som forsker i feltet som en praxiografi. Holdepunkterne i feltstudiet vil med dette udgangspunkt være:

---

[170] J&M skriver at forskning, der er inspireret af etnometodologi og konversationsanalyse har en særlig interesse for det sagte og hørte, men ikke for det tænkte eller 'det subjektivt oplevede (2005:101)

[171] Järvinen og Mik-Meyer (2005:97) skelner mellem interaktionisme og 'naturalistisk etnografi' inspireret af fænomenologi, hvor man bl.a. ser det som vigtigt at indleve sig i menneskers subjektive meningsunivers (her refereres til Kristiansen, S. og Krogstrup, H.K. (1999), *Deltagende observation. Introduktion til en forskningsmetodik*.), og Hastrup, K. (2003) *Ind i verden*.

[172] J&M trækker her på Edwards, D. & J. Potter (2000), *Discursive Psychology*. London , Sage.

- fokus på handlinger og beskrivelser
- frembringelse af dokumentation i form af beskrivelser eller historier om de handlinger, der observeres. Dette skal ses som modsætning til vurderinger af tanker og meninger hos aktørerne i feltet. Altså beskrivelser, ikke vurderinger er formålet med en praxiografi. Under feltopholdet bliver det således vigtigt at lytte og lede efter ord, der bliver sagt og skrevet, mens det ikke er interessant at spørge direkte til aktørernes forestillinger om motiver og overvejelser, hverken hos sig selv eller andre.
- praksis kan ses og beskrives som samlinger af objekter, ikke som systemer. Fokus på handlinger kan relateres til en forestilling om virkeligheden som en samling af objekter. Min færden i feltet, hvor jeg betragter praksis og samler historier, sker med en antagelse om, at jeg skaber det, jeg ser, at jeg på en eller anden måde vælger ud og dermed er kritisk, at der ikke findes en neutral position. Det, jeg noterer mig og lægger mærke til, er en repræsentation af visse praksisser, og det må uundgåeligt være en refleksion af min egen kulturelle position, som især er præget af min funktion som samfundsvidenskabelig forsker, og som erfaren konsulent inden for sundhedsvæsenet og tidligere deltager i forskellige former for praksis på forskellige hospitaler.

Mine feltobservationer.
Jeg tog af sted, for at lytte og lære:
Jeg tog af sted til hospitalerne og mødte op på 'min afdeling', som jeg havde valgt i samråd med hospitalets ledelse, fortalte om mit projekt til ledere og medarbejdere - jeg var interesseret i at lære om forandring af arbejdsprocesser og havde valgt akkrediteringssystemet som fokus. Jeg opholdt mig 2 gange i løbet af 1½ år i 3-5 dage ad gangen på hver enkelt afdeling, og rundede feltarbejdet af med en række interview på flere (efter mit valg), men ikke alle afdelingerne.

Jeg opholdt mig, som regel i dagtimerne, på afdelingerne, gik altid i hvid kittel, og fulgte ofte en enkelt medarbejder eller gruppe i et stykke tid ad gangen. Jeg spurgte til de standarder, jeg havde valgt ud sammen med afdelingernes ledelse, spurgte hvordan man arbejdede med dem, hvordan personalet fik kendskab til dem, hvad der skete ved survey-besøg og ved akkrediteringen. Jeg har, med bestemte standarder som fokuspunkt, overværet samtaler og undersøgelser af patienter i ambulatorier, undersøgelser af patienter på akutmodtageafdelinger, blodprøvetagning på sengeafdelinger, bedøvelse og operationer, stuegange, patientsamtaler og den almindelige hverdags gøremål på sengeafdelinger, personalemøder, morgenkonferencer om arbejdet i de forløbne vagter og planlægning af dagens arbejde, survey-besøg på sengeafdelinger med danske surveyeors, møder i kvalitetsråd og -grupper. Jeg har præsenteret mig for patienter, men aldrig stillet dem spørgsmål, da det har været min hensigt kun at inddrage hospitalernes medarbejdere som aktive informanter i min undersøgelse. Jeg har i nogle få tilfælde forladt min observationsplads, når personalet fandt det nødvendigt af hensyn til patienterne (oftest fordi man skulle gennemføre en alvorlig samtale, måske skulle patienten informeres om en livstruende sygdom). I det hele taget har jeg overalt anmodet ledelsen eller min kontaktperson på de afdelinger, jeg har besøgt om at guide mig om-

kring introduktion af min tilstedeværelse, både over for patienter og personale - nogle steder 'fulgte jeg bare med', men når der var patienter involveret, blev de altid informeret om, at 'jeg var i gang med en undersøgelse af arbejdsprocesserne på hospitalet', og de blev spurgt, om jeg måtte overvære samtalen, undersøgelsen eller behandlingen. Ingen svarede 'nej'.

Jeg har opholdt mig på både store og små hospitaler, og har overalt haft den samme oplevelse af åbenhed som Mol, der skriver således om forskerens tilstedeværelse:

> *"In university hospitals both physicians and patients are used to observers: there are always students and junior doctors around who need to learn something. Yet I was surprised by the calm with which my presence was accepted - for I found these observations rather intimate. Patients tell about so much and undress so often ... my presence behind the doctor hardly seemed to make a difference."* (Mol 2002:2)

Det var de få udvalgte standarder, der guidede mine observationer, fordi jeg ville have et fokuseret tema at tage udgangspunkt i, når jeg skulle følge personalet og tale med dem om deres arbejde. Når jeg fulgte standarder, der omhandlede information til patienter, deltog jeg i møder mellem personale og patienter, hvad enten det var ambulatoriebesøg, stuegang eller undersøgelser. Drejede standarden sig om dokumentation, fulgte jeg personalets arbejde med dette særlige fokus - hvad og hvornår skulle de dokumentere, markere med afkrydsning på dokumenter eller skrive en tekst, og hvordan forløb det i praksis. Efterhånden som jeg havde opholdt mig på afdelingerne i nogle dage, kunne jeg også komme ind på observationer og samtaler om akkrediteringssystemet generelt og ved de afsluttende interview var det naturligt at tage udgangspunkt i hele systemet. På den måde blev de konkrete standarder et redskab til at åbne vejen ind i hospitalets verden, mens systemet som helhed blev vores fælles reference med tiden.

Jeg har taget noter hver dag[173] mere eller mindre diskret, mens jeg var sammen med personalet og måske også patienter, afhængig af situationen. I ledige stunder supplerede jeg det nogle gange hastigt nedskrevne med lidt flere ord, med tanker og idéer og observationer. Jeg indsamlede også dokumenter, tilknyttet de situationer jeg observerede. Det betød for dokumenternes vedkommende, at det var situationen i feltobservationen der styrede indsamlingen. Jeg ledte ikke efter dokumenter og fulgte heller ikke en på forhånd fastlagt systematik i indsamlingen.

8.5 Den formidlede adgang til praksis. Dokumenter og andet materiale.

Dokumenter omkring standarder er én form for indgang til den praksis, der er mit studieobjekt. Jeg læser standardmanualer, projektbeskrivelser, nyhedsbreve, orienteringspjecer, evalueringer. Jeg ser noter, beskeder, huskelister på opslagstavler, vægge, skrive- og mødeborde. Jeg læser nyheder, remindere, procedurebeskrivelser og politikker

[173] Noter skal støtte hukommelsen og fastholde det der er set og hørt omkring handlinger i praksis. (Mol 2002).

på Internet og det interne Intranet. Jeg ser dokumenter til journaler, dataindsamling til audit og auditrapporter. Det samlede materiale er heterogent, situationsafhængigt, og selv om det i mange tilfælde ikke er inddraget i analysen, har det været et aktivt element i den abduktive arbejdsproces, inspireret og i det hele taget støttet hukommelsen undervejs.

8.5.1 At skabe dokumenter

Latour (1987:219) skriver om dokumenter, at de er et link mellem nutidige handlinger og nogle tidligere begivenheder, som ligger til grund for skabelsen af dokumenter. Latour bruger begrebet 'act at a distance' om den repræsentation et dokument er i forhold til fortiden. Med kartografi som eksempel viser Latour, hvordan dette middel kan bruges til at mobilisere verdener eller flytte, stabilisere og kombinere viden i en form, dokumentets form, som muliggør, at aktører der opholder sig langt fra kilden til viden, kan benytte den. (Kilden kan for landkortets vedkommende være de lokale beboere. Den, der skal benytte repræsentationen i form at landkortet, kan være den fremmede, rejsende.)

Bowker & Star (1999) illustrerer tankegangen om repræsentation med et eksempel på, hvordan klassifikationssystemer og forskning gensidigt påvirker hinanden. De viser sammenhæng mellem sygdomsklassifikationssystemet ICD og den medicinske forskning, hvor klassifikationerne og det statistiske materiale om dødsårsager baseret på registreringer ud fra klassifikationssystemet kan være baggrund for interesse og undren, der fører til formulering af forskningsspørgsmål, hvis besvarelse igen kommer til at foreligge i det sprog, der stilles til rådighed via ICD. Skæve vinkler og tværgående temaer, der går på tværs af de eksisterende klassifikationer bliver ikke så let taget op i det traditionelle systems regi. Det er dette samspil mellem system og datainput og -output, de betegner som konvergens.

Med inspiration fra Latour og Bowker & Star kan jeg betragte de dokumenter, jeg finder vedr. akkreditering, som et link mellem aktørerne i det danske sundhedsvæsen og mange, internationalt spredte, (men overvejende med rod i USA og England) aktører, der beskæftiger sig med kvalitetsstyring. Akkreditering stiller et sprog til rådighed, det viser verden på en bestemt måde. Måske er der skæve vinkler, og hvem kan vurdere det? I Danmark er systemer blevet tilpasset til danske forhold - det er skabt af lokale eksperter - de er et mellemled mellem de internationale og de mange aktører på hospitalerne.

Dokumenter kan bruges til at demonstrere eller være et landkort over standardisering af fakta. Standardisering er pr. definition aldrig en ideologisk eller teoretisk 'uskyldig proces', skriver Mik-Meyer (2005:201), som her trækker på Rose[174], og Potter[175], der vedrørende temaet om skabelse af standarddokumenter, mener at det er læserne, der til enhver tid afgør om et dokument betragtes om faktuelt og objektivt, og hvad der er

[174] Rose, N. (2000/1999) *Powers of Freedom. Reframing political thought.* Cambridge University Press
[175] Potter, J. (1996) *Representing Reality: Discourse, Rhetoric and Social Construction*. California: Sage

fakta. Det betyder, at forskeren skal studere, hvordan fakta og faktuelle beskrivelser skabes gennem den konkrete tilblivelsesproces i praksis. Der er således forskellige forfatterroller i forbindelse med dokumentproduktion - forfatteren kan være upersonlig eller træde frem i teksten (der er en tendens til at upersonlige tekster opfattes som officielle og faktuelle), dokumenter kan gøres mere eller mindre faktuelle ved brug af titelkategorier, som for eksempel 'eksperter'. Vil man tilføre et dokument troværdighed, er det nyttigt at inddrage mange aktører, gerne med forskellige interesser og også gerne frembringe en væsentlig detaljeringsgrad. (Mik-Meyer 2005:202). Bowker og Star (1999) skriver om samme fænomen, når de beskriver ICD-systemet som en traktat, hvis udformning i sig selv er magtfuld.

En yderligere væsentlig egenskab ved dokumenter er, at de 'undertrykker tiden', idet de løfter begivenheder ud af den levede erfaring og dokumenterer dem i et 'dekontekstuelt sprog og format', skriver Mik-Meyer[176] og fortsætter med reference til Latour & Woolgar:

> *"vi forvandler ting ved at inkorporere dem i en tekst. Ved at skrive noget i et bestemt format, oversætter vi det fra det specifikke og lokale og laver det om til 'fakta' og 'dokumenter' som antager selvstændig eksistens".* (Mik-Meyer 2005:202)

8.5.2 At inddrage dokumenter i observationsmaterialet.

Konstruktivistisk inspirerede forskere ser ikke dokumenter som neutrale kilder til videregivelse af viden om det fænomen, der undersøges. Den interaktionistiske tilgang til dokumentanalyse har rødder tilbage til G.H. Mead (1934) som i *"Mind, Self and Society"* viser, hvordan betydning skabes i interaktion mellem mennesker og tolker dette således at enhver handling kan analyseres på forskellige måder - betydning skal lokaliseres i handlingen.

Social handling består i flg. Mead i to eller flere parters gensidige indflydelse på hinanden gennem gestus (enhver lyd eller kropsbevægelse, som et individ bruger for at stimulere handling hos andet individ). Mead skelner mellem en ikke-signifikant gestus og et signifikant symbol. Et eks. på det første er mødet mellem to hunde, hvor den ene blotter tænder, hvorpå den anden knurrer. Et eks. på signifikant symbol er situationen, hvor en anmodning om at låne en tændstik bliver fulgt af modtagelse af samme. En ikke-signifikant gestus er en del af en kommunikation mellem to organismer, hvor der ikke finder overvejelse sted, og som består i biologisk baserede responser. Et signifikant symbol er derimod "henvendt til én selv (to the self) samtidig med at det er henvendt til en anden .... Det er i kraft af evnen til at være den anden, samtidig med at man er sig selv, at et symbol bliver signifikant" (Mead 1934). Signifikante symboler forudsætter således fælles tolkning af, hvad meningen med ting er[177]. I forhold til dokumenter betyder denne tilgang, at man i analysen må fokusere på, hvordan et dokument

[176] M-M refererer til Atkinson & Coffey 1997:69 "Analysing documentary realities", in D. Silverman /ed.) *Qualitative research. Theory, Method, Practice*. London Sage

[177] Kilde vedr. Mead: Mortensen, N. 2000:129.

anvendes i forskellige sammenhænge, og hvilke konsekvenser det får for praksis, skriver Mik-Meyer.

Dokumenter genererer betydninger, hvis man tænker i en konstruktivistisk interaktionistisk begrebsramme, mener Mik-Mayer og Järvinen (2005:20) og finder, at det er forskerens opgave at undersøge, hvilke handlinger dokumenter leder til og hvad handlingerne fortæller om studieobjektet (Mik-Mayer 2005:212). Denne forståelse adskiller sig som jeg ser det, fra den tilgang, Mol har til muligheder for tolkning. Hvor jeg forstår, at Mik-Meyer ser det som muligt at forskeren kan tolke sine - både humane og nonhumane, forskningsgenstande, vil det være mit udgangspunkt - inspireret af Mol, at forskeren til enhver tid enacter, så en analyse af hvilke handlinger dokumenter leder til, vil være ét bud på nogle sammenhænge, men der kunne være andre. Jeg studerer dokumenters form og indhold, deres anvendelse og placering i tid og rum. Bruger dem som anledning til at se ind i praksis og spørger de professionelle medarbejdere hvad de bruger dokumenter til. Jeg er enig i, at dokumenterne genererer betydning, men ikke i at forskerne kan udlede sammenhænge mellem brug og betydning. Med min forståelse af Mols praxiografi mener jeg som sagt, at man kan observere og spørge til, hvordan dokumentet bliver enacted; man kan ikke forvente at kunne bestemme hvilken effekt dokumentet får for praksis (fordi det slet ikke er intentionen at fremstille vurderinger, men kun beskrive de handlinger dokumentet indgår i).

Mik-Meyer nævner en række forskellige dokumenttyper som journaler, sagsakter, avisartikler, manualer og skriver, at et dokument, der lever i forskellige institutionelle sammenhænge, vil have forskellig betydning afhængig af den institutionelle ramme og den specifikke kontekst. Således vil en diagnose i en patientjournal føre til forskellige handlinger, alt efter hvilken institutionel sammenhæng den indgår i. På hospitalet fører den til behandlinger, i forsikringssammenhæng fører den til en erstatningssum. Disse forhold, skriver hun, indfanger Potter (1996), med begrebet 'indexicality', dvs. at begrebets betydning er defineret af dets relation til bestemte institutionelle forhold og en bestemt kontekst. Centralt er det her, at selve den skrevne tekst (dokumentets materialitet) ikke må forveksles med entydighed, selv om den i en vis udstrækning fremstår standardiseret. Nogle forskere (fx Smith 2001) betoner, at dokumenter har en regulerende virkning på aktørers handlinger - den, der som læser konsumerer dokumentet, bliver automatisk en del af nogle sociale relationer, der er skabt i en helt anden sammenhæng. Et dokuments betydning afgøres således af, dels de kontekstuelle og institutionelle rammer, hvori det blev skabt, dels de rammer hvor det læses. Her ser jeg samme forståelse og tanker, som når Latour med begrebet 'act at a distance' udtrykker, at vores nutidige handlinger er sammenkædet med begivenheder, der har fundet sted tidligere. Jeg har illustreret tankegangen med landkort-eksemplet. Et andet eksempel, der har direkte relation til kvalitetssikringssystemer, er de skemaer, der bruges til måling af tilfredshed hos patienter eller medarbejdere. Mik-Meyer nævner at den type evalueringsskemaer, der bruges inden for personaleadministration, bygges op og udvikles i en bestemt organisatorisk kontekst, så ledelsen i en virksomhed kan vurdere nøglekompetencer hos medarbejderne. Disse skemaer vil, når de bliver anvendt, spore den, der skal besvare spørgsmålene, ind på netop de parametre skemaet indeholder - para-

metrene bliver *gjort* til relevante kompetencer hos medarbejderne, og evt. andre kompetencer bliver aldrig synliggjort (Mik-Meyer 2005:198). Hun nævner en yderligere dimension omkring funktionen: dokumenter skaber en kunstig stabilitet og enhed ud af en virkelighed, der er mere som en flod end som en brønd[178]. Jeg vil antage, at både elektroniske dokumenter og standardmanualer eller opslag på vægtavlerne er eks. på den type dokumenter, som Smith diskuterer, og at de skaber en kunstig stabilitet, men hvad er nu kunstig? Er det ikke lige så godt at sige multiplicitet og modes of ordering, fordi hvis noget kan dømmes kunstigt, må det være fordi noget andet kan dømmes ægte?

Den styrende brug af dokumenter inden for sundhedsvæsenet gives der eksempler på hos Bowker & Star (1999), hvor det vises, hvorledes diagnoseklassifikationer kan styre udvikling af medicinsk forskning og medvirke til at fastholde de én gang vedtagne klassifikationsmåder (se Kapitel 6). Berg (1997) viser hvorledes patientjournaler kan være strukturerende, i og med at det er via oplysninger i journalen, at patienterne så at sige bliver gjort tilgængelige for personalet (jvf. det eksempel jeg viser i afhandlingens analysekapitel om viden, hvor det jeg vil kalde kulturforskelle mellem hospitalsdrift i Danmark og USA, kommer til udtryk i en diskussion om hvorvidt, journalen skal indeholde oplysninger om patientens økonomiske forhold (en selvfølge i et forsikringsstyret og privat system, men overflødigt i det offentligt finansierede danske). Det amerikanske fokus på patientens forsikring er måske en mekanisme, der svarer til det Prior[179] skriver om, når han mener at man kan opleve at dokumenter bliver tillagt Frankenstein-agtige egenskaber, hvorfor man ikke må undervurdere, hvordan et menneskeligt skabt produkt kan fungere som aktivt agerende og modagerende i den sociale interaktion.

I journalen kommunikerer de professionelle omkring en patient ved hjælp af dels afkrydsning i kategorier og udfyldende tekst om diagnose, undersøgelser og behandling samt evt. tidligere sygdomsforløb, sociale og familiemæssige forhold. Jeg mener, at der en yderligere, nærmest symbolsk dimension ved journalen betragtet som et dokument, altså en aktant i netværket, at den afspejler professionsrelationer - den traditionelle (i Danmark) patientjournal er lægernes arbejdsredskab og det eneste som alle faggrupper (dog ikke alle aktører) orienterer sig i. Læger læser normalt ikke plejepersonalets journaler. Denne kontekstafhængighed for netop dette dokument er jeg blevet bekendt med p.gr.a. min færden i feltet - det er er eksempel på forestillingen om, at dokumenter genererer en betydning i en bestemt brug, som Mik-Meyer beskriver det.

Uanset nuancer i forståelsen (konstruktivisme eller Mols ontologi-i-praksis) af mulighederne for at tolke hvilken betydning dokumenter har i praksis, har jeg her vist, hvorledes de generelt i en interaktionistisk ramme betragtes som kontekstafhængige og

[178] Her trækker Mik-Meyer på Smith, D.E. (2001:163) "Text and the Ontology of Organizations and Institutions" in *Studies in Cultures, Organizations, and Society*, vol. 7, 159-198

[179] Prior, L. *Using Documents in Social Research*, 2003:14 i flg. Mik-Meyer, 2005:211.

strukturerende i den relevante kontekst. Med dette udgangspunkt har jeg forholdt mig således undervejs i mit feltstudie og i analysen :

Når jeg har fundet, at et tekstmateriale har været relevant til at underbygge det, jeg så og hørte, har jeg taget det med mig, og jeg har brugt teksterne til at give indblik i praksis, og til at illustrere og dokumentere i beretningen fra feltet, men de bliver ikke underkastet en selvstændig analyse. Jeg har ligeledes interesseret mig for, hvordan dokumenterne bliver anvendt. Det gælder for såvel standardmanualer som afdelingsspecifikke pjecer, nyhedsbreve og andet oplysningsmateriale vedrørende akkrediteringsprojekterne.

8.6 Den formidlede adgang til praksis. Interview.

At bevæge sig ind på hospitalet og stille spørgsmål er en mulighed for at skabe, eller med Mol's begreb enacte, en virkelighed. I forbindelse med forståelse af forandringsprocesser, er måden man stiller spørgsmål formodentlig en vigtig faktor i forhold til, hvorvidt man opdager nye vinkler, jvf. Holm's reference til Rorty i indledningen til dette kapitel eller teaterinstruktør Kirsten Delholms overvejelser, som jeg især finder relevante i relation til det at stille 'hvad ...gør'- spørgsmål. Her er en vis indsigt i empirien og en teoretisk nysgerrighed nødvendig vil jeg mene. Kirsten Delholm fortæller om arbejdet som teaterinstruktør:

> *"Når jeg skal lave en ny forestilling, forsøger jeg at indhente så mange konkrete oplysninger som muligt for at få et større frirum .... jeg antyder noget af alt det, jeg ved om emnet, så man bliver nysgerring og forhåbentlig ikke kvalt af min viden.... Når jeg arbejder med et stykke, laver jeg altid nogle regler først... det kan fx være hvordan H.C. Andersen skal bevæge sig. Reglerne hjælper mig til at komponere. Hvis alt er muligt, bliver det let ligegyldigt. Der skal være noget modstand".*
> (K. Delholm, Weekendavisen 29. juli 2005, p.4)

Mol mener, det er vigtigt at lytte og åbne verden, hvilket betyder, at den type spørgsmål der skal stilles er nogle, der skal vise handlinger i praksis. Mol (2002) skriver, at hun spørger folk, hvad de gør. Jeg har under opholdene på hospitalerne set og hørt om både handlinger og meninger, men i forbindelse med interviewene fokuseret på praksis, på hvad folk gør. Jeg har valgt at betragte et interview som en informeret samtale, baseret på principper om inquiry og infrareflexivitet[180] - en anledning til at lytte og lære (Latour 1996), hvor fastholdelse af fokus støttes af en interviewguide med åbne spørgsmål vedr. handlinger i forbindelse med akkrediteringssystemet. Interviewguiden betragter jeg som en oversigt over relevante emner og vinkler, men ikke en liste med spørgsmål, der alle skal besvares. Her oplistes emner og uddybende emner til opfølgende spørgsmål. Min egen forberedelse til interview er også inspireret af litteraturen om kvalitative metoder til organisationsforskning, hvor jeg hos King finder følgende forslag til samling af baggrundsviden:

[180] Om infrareflexivitet - se afsnit 8.7

> *"forskningslitteratur og dokumenter fra feltet, det uformelle forudgående arbejde som fx samtaler med folk, der har personlig erfaring med forskningsområdet, og så uundgåeligt forskerens egen viden og erfaringer inden for området."*
> (King, 2004:11-22)

8.6.1 Faren ved ordene. Abstrakt og konkret.

I overensstemmelse med mit fokus på handlinger og dermed interesse for at interviewe på en måde, der giver mig nogle svar om, hvad folk gør, snarere end hvad de mener, har jeg benyttet metoder fra journalistikken. I en artikel om journalistikkens genstandsområde og god journalistik, giver Lars Bjerg (2001) anvisninger om, at al god journalistik er konkret, fordi den beskæftiger sig med virkeligheden - eller sandheden - og sandheden er konkret; samtidig kan man dog ikke kan undvære abstraktionerne. 'Sandheden er konkret' - er en påstand, der stammer fra Hegel, skriver Bjerg og tilføjer at det er en af de allervigtigste pointer i dennes tankesystem.

> *"Vi begriber verden ved at sætte begreber på den. Ord er en slags etiketter, som vi går og klistrer på alt, hvad vi møder."* (Bjerg)

Bjerg nævner et eksempel fra Hegels ungdomsskrifter[181]:

> *"en mand, som flertallet kalder 'morder' - og så tror de at de dermed har sagt alt, hvad der er at sige om ham. Det er at tænke abstrakt. Vel er manden morder, men han er også uendeligt meget mere end det, og ser man bort fra det, har man ikke forstået noget".*

Denne tilgang til virkeligheden finder jeg i overensstemmelse med diskussionerne inden for STS/ANT forskningen om multiplicitet og de udfordringer, der heraf følger i forhold til studier af praksis. Selve det at bruge en klassifikation som 'morder', ser jeg direkte relateret til Bowker & Stars analyse af klassifikationssystemer og forståelsen af institutionalisering af sandheder.

Bjerg anbefaler, at man ved gennemførelsen af interview bør finde en jævn fordeling mellem abstrakte og konkrete spørgsmål, fordi begge typer har styrker og svagheder. Abstraktioner er uundgåelige, men et højt abstraktionsniveau kan vise os nogle sammenhænge, vi ikke selv har set, og spare os for at skulle gå i detaljer, skriver han og nævner som eksempel, at vi bare kan sige 'bil' uden at skulle gå i detaljer[182]. Men der er også ulemper ved abstraktioner; man kan ende i ligegyldige og måske ligefrem banale påstande såsom: *'Barndommen er en vigtig periode'*, eller

> *"man overser væsentlige nuancer, når man for eksempel bare registrerer, at alkoholforbruget på Grønland er faldet, selv om det dækker over, at middelklassen*

[181] Hegel: "*Hvem tænker abstrakt?"* Uden at jeg vil gå ind i en nærmere undersøgelse af STS- og ANT-litteraturen i forhold til Hegel, finder jeg en umiddelbar sammenhæng i antagelserne om sandhed, hvor Hegel i flg. Bjerg mente, at sandheden er konkret, og Mol m.fl. inden for STS og ANT med en pragmatisk ontologisk tilgang mener, at man kan skrive sande historier, men at man ikke kan påstå, at der er een sandhed, man kan finde.

[182] Med dette udgangspunkt kan ANT-forskning måske vise de professionelle med-læg-etnografer noget, de ikke havde tænkt over; jvf. Woolgars antagelse om at vi ikke kan vise noget nyt (se afsnit 8.3).

> *bliver større og stadig mere vestlig i sin kultur, mens proletariatet drikker mere og mere"*

skriver Bjerg. I forhold til at få det bedst mulige ud af et interview, gør han opmærksom på, at når den abstrakte kategorisering kan være en hindring for oplevelse af det mangfoldige, er det vigtigt at være opmærksom på ordene og gøre en indsats for at finde frem til, hvad det egentlig er interviewpersonen taler om (Bjerg 2001).

Vores abstrakte kategorisering kan lukke for vores oplevelse af det mangfoldige og vidt forskellige, konkrete, skriver Bjerg og fortsætter:

> *"Forbavsende ofte har teorier og forklaringer ikke dækning ude i den virkelighed, de ellers skulle kortlægge. Det gør dem pr. definition til dogmer og fordomme. Det er en fornem journalistisk pligt at punktere den slags. Det konkrete skal sættes ind i en sammenhæng, det skal perspektiveres. Oplysningen om at Dansk Rideforbund tog 52 dopingtests sidste år, giver først mening, når vi forstår om det er meget eller lidt".*

Et sådan konkret eksempel er centralt, skriver Bjerg, men det kan ikke stå alene. Uden refleksion og teori bliver vi ikke klogere af det. Denne pointe ser jeg som en påmindelse om kontekstens betydning, men også om vigtigheden af at skrive forskningsberetninger eller snapshot-stories, der altid refleksivt er forankret i en teoretisk sammenhæng.

8.6.2 Spørge til handlinger, for at få indblik i praksis.:

I samfundsvidenskabelig metodelitteratur vedr. interview i et interaktionistisk perspektiv formuleres noget tilsvarende om at spørge konkret, som nævnt i afsnittet ovenfor, således:

> *"De personer, man interviewer, vil ofte have lettest ved at tale om allerede færdigtænkte og organisationspolitisk legitime programerklæringer på den ene side og på den anden side den type materiale, der forholder sig tættere til det flimrende liv i organisationen ..for eksempel formuleringer eller konkrete erfaringer og forståelser, som ikke er reflekteret på plads. Ved at spørge konkret kan man åbne interviewet i forhold til det erfarede og levede".* (Staunæs & Søndergaard 2005:63).

Active interviewing er også et relevant begreb i forbindelse med diskussionen om interviewformer. Således skriver Holstein & Gubriam, at man inden for tænkning relateret til begreber som poststrukturel, postmoderne, constructivisme, ethnometodologi og inquiry rejser spørgsmål om, hvorvidt det er muligt at indsamle viden på konventionel måde. Generelt antages det, at mening er socialt konstrueret, og at al viden er skabt i samspil med de handlinger, hvorfra den opnås. Et interview er derfor et socialt møde, hvor viden konstrueres - interviewet er ikke bare en neutral kilde, men et sted eller en anledning til at producere selve den viden, der kan rapporteres eller afgives. Det er med andre ord enactment, der finder sted. Holstein & Gubriam bruger begrebet 'det meningsskabende, dynamiske interview', som en betegnelse, der skal erindre om, at

der sættes fokus på, hvordan mening konstrueres, på betingelserne for konstruktion og på de meningsfulde links, der skabes i anledningen.

I det meningsskabende, dynamiske interview kan svar givet i én anledning, ikke forventes gentaget i en anden, fordi omstændighederne vil være forskellige. Validiteten kan tilsvarende ikke ses som korrespondens mellem svar, men fra evnen til at videre-bringe situerede erfaringsmæssige virkeligheder i lokalt forståelige termer. Det er lige så vigtigt at forstå, hvordan en meningsskabende proces udfolder sig under et interview, som hvad der substantielt bliver sagt (Holstein & Gubriam 2002:113). Det er ikke nok bare at åbne for båndoptageren. Antages det at subjektet bliver aktiveret ved et interview, går man ud fra at interviewpersonen allerede er en aktiv meningsmager, der giver svar som bliver kontinuerligt samlet og modificeret. Holstein og Gubriam ser dette som modsætning til et traditionelt standpunkt, hvor man antager objektivitet og sandhed i svar og vurderer i form af reliabilitet og validitet. (Holstein, J.A. & J.F. Gubriam 2002)

Om adgang til interviewpersonens handlinger skriver journalist Niels Thorsen, at det udover valget af emner er afgørende for udfaldet af interviewet, hvordan interessen, for hvad interviewpersonen kan fortælle, formuleres. Stiller man 'hvad'- og 'hvordan'-spørgsmål får man alt andet lige en anden type svar, end når man stiller 'hvorfor'-spørgmål. Med en journalistisk tilgang siger man, at 'hvad'- og 'hvordan'-spørgsmål fører til svar om handling (Thorsen 2003). Inden for journalistik bruges begrebet 'Interviewets 7 dødssynder'[183], som bl.a. handler om at stille 'hvad' og 'hvordan'-spørgsmål, aldrig 'hvorfor'. Thorsen, der har arbejdet med interview, blandt andet langvarige portrætsamtaler, i mange år skriver, at selv om man kender dødssynderne og har skuffe-spørgsmål parat, er det altid svært at efterleve de gode råd. Det lykkes aldrig helt, men det ville gå værre uden.

Bjerg giver et eksempel på udbyttet af at tænke over interviewstrategien. Man må ikke glemme, at interviewerens ordvalg påvirker det svar der gives, og rammen for interviewet er vigtig. Man skal stille **hvad**-spørgsmål før **hvorfor**-spørgsmål og begynde med begyndelsen.
Eksemplet:

> *"Spørg tre sygeplejersker om hvorfor de har valgt det erhverv. Svaret er enslydende og forudsigeligt: Noget med mennesker, spændende, ingen dage er ens. Spørg så i stedet for eksempel hvornår de første gang tænkte tanken om at blive sygeplejerske. Så får du måske at vide, at den enes mor og moster og bedstemor har været i samme fag - den anden læste medicin i tre år, men dumpede - mens den tredje var indlagt i tre måneder som 11-årig. Oplysninger du sjældent får, hvis du åbner med at spørge: 'hvorfor'. "* (cfje-vidensbase om journalistik. Redigeret 01-04-2001)

[183] Ophavsmanden er (i flg. Thorsen) den canadiske journalist John Sawatsky, der underviser verden over i journalistik, men ikke (i flg. Thorsen) har skrevet om sin metode.

Thorsen beskriver de 7 dødssynder således:

Figur 8.1 John Sawatsky - 7 dødssynder i journalistik:

1. *spørgsmål, der ikke er spørgsmål. Hvis intervieweren kommer med et udsagn og beder IP kommentere på det, kan det være svært at komme i gang med svaret. Fx. 'du havde det svært i skolen' - hvad skal IP svare?*

2. *to spørgsmål i én sætning. Er man usikker på kvaliteten af sit første spørgsmål falder man tit i fælden og stiller to sp på én gang. Spørg direkte og konsekvent. Det er interviewer, der bestemmer spørgsmålene, og IP der bestemmer svarene.*

3. *at fremsætte udsagn i et spørgsmål. Når man bruger et udsagn til at opbløde sit spørgsmål, vil IP typisk kommentere udsagnet i stedet for spørgsmålet.*

4. *overdrivelser i spørgsmålet. Fristende at bekræfte IP i det han netop har sagt ved i næste spørgsmål at gentage hans pointe, men i stærkere form. Men måske går du over kanten og provokerer. Brug afdæmpede udtryk eller udtryk IP selv bruger.*

5. *provokerende ord. I stedet for at svare på spørgsmålet protesterer den interviewede over det stærke ord. Spørg ikke: hvad skyldes socialdemokratiets deroute? Men spørg: hvordan vil du beskrive socialdemokratiets tilslutning.? Og spørg dernæst: hvad tror du den udvikling skyldes?*

6. *ledende spørgsmål. Sigter ligesom lukkede spørgsmål, på et snævert område. Forhindrer journalisten i at finde det uventede og føles manipulerende. Lad IP selv komme med de stærkeste antagelser og tag så afsæt i hans egne ord.*

7. *lukkede spørgsmål. Her ligger hele den beskrivende dialog i spørgsmålet og der bliver kun svaret ja eller nej. Og ofte vil IP fornemme at journalisten har et særligt ærinde. Spørg ikke 'er du tilfreds', men 'hvordan synes du det er gået'.*

(Kilde: Thorsen, N. 2003)

Som støtte i et interview foreslår Sawatsky, at man har hjælpespørgsmål parat:

Figur 8.2 Sawatsky . hjælpespørgsmål

Hjælpespørgsmål:

Hvad skete der - hvad mener du - hvorfor er det sådan - hvad er mulighederne nu - hvordan vil du beskrive - hvad var vendepunktet - hvad sagde han - hvordan er det - hvad tænkte du - kan du huske et eksempel?

(John Sawatsky i flg. Thorsen)

8.6.3 Min metode.

Formålet med de interview jeg har foretaget som en del mit feltarbejde har været at få et uddybet indblik i feltet. Med inquiry og infrareflexivitet som styrende for min fær-

den har interviewene haft et fokus støttet af en interviewguide, hvor mine hidtidige oplevelser (lagret i feltnoter og indsamlede dokumenter / tekster), samt min teoretiske baggrund var det styrende. Det centrale emne var handlinger i forhold til implementering af akkrediteringsstandarder og skift i arbejdsprocesser. Jeg holdt mig så vidt muligt til 'hvad'- og 'hvordan'-spørgsmål og prøvede at undgå 'hvorfor'. Mine primære kontaktpersoner (ledelsen eller medarbejdere med særlige opgaver inden for kvalitetsarbejdet) fandt personale, der havde tid (og lyst) til at deltage i interview, efter mine på forhånd udmeldte kriterier: jeg var interesseret i at interviewe både repræsentanter for de meget aktive i akkrediteringsprojektet, så som ledere og nøglepersoner og for de øvrige medarbejdere, der 'bare lever med projektet'. De fleste interview foregik med enkeltpersoner eller 2 til 3 personer ad gangen, fordi det var en hensigtsmæssig form på hospitalerne, hvor det er svært at samle større grupper i længere tid. Alle interview blev optaget på diktafon og siden transskriberet.

8.6.4 Et samlet felt.

Jeg har ikke forsøgt at konstruere eller enacte beretninger om de enkelte afdelinger i mit samlede studiefelt, og har derfor heller ikke i mine bearbejdninger af observationsnoter og interview skelnet mellem de forskellige afdelinger, der indgår i mit feltarbejde. Således har mit fokus ikke været at samle så vægtigt et materiale om hver afdeling, at det skulle kunne 'bære' en selvstændig beretning. Dette metodevalg er begrundet med min hovedinteresse i at udforske akkrediteringsstandarderne som et generelt fænomen, der træder ind i de medicinske professioners arbejdsprocesser. De afdelinger og det antal, jeg har inddraget, er valgt med det formål at sikre en så varieret og gensidigt inspirerende tilgang til det empiriske felt som muligt på den relativt korte tid jeg kunne bruge til at følge forandringerne. (2 år fra første besøg til afslutningen af sidste interview er ikke lang tid, når det gælder implementering af et system så omfattende som akkrediteringssystemet, der tilmed ikke fylder så meget i hverdagen, at der kan hentes daglige, knap nok månedlige input om forandring selv om man, som jeg har gjort, fokuserer på de daglige arbejdsprocesser og hverdagens praksis). Da feltet - afdelingerne - således har fungeret som en helhed, et samlet felt og da jeg ydermere finder det væsentligt at opretholde en vis anonymitet, behandles i analysen alle interview og feltnoter under ét. Det er forskellige vinkler på enactment af akkreditering, der er mit hovedemne, ikke forskellige afdelingers eller specialers håndtering af forandringerne.

8.7 Om skriveform og reflexivitet.

Reflexivitet er en retorisk konstruktion af egen skrivning, skriver Sismondo.

> *"Reflexive approaches, then, are very useful for learning about general processes of fact-construction, but do not by themselves solve any problems, and may create their own rhetorical problems"* (Sismondo, 2004:147).

Jeg er enig med Sismondo. Jeg arbejder ikke reflexivt på den måde, men kommenterer og drager analoge forhold ind som illustration og modvægt til mine iagttagelser, for at sætte perspektiv på beretningen. Jeg mener, at det jeg kan, er at præsentere mine iagt-

tagelser som enactment af min og mine med-læg-etnografers, som Mol kalder personalet på hospitalet, samtaler og handlinger. Jeg fokuserer på nogle handlinger, mens der nok er andre, jeg ikke øje på. Jeg har mine blinde pletter og de sundhedsprofessionelle har deres.

Interviewteksterne indgår i min analyse på samme måde som mine feltnoter. Med en grounded teori orienteret tilgang, har jeg kodet teksterne og tematiseret i flere omgange. Første kodning af feltnoter skete med henblik på at finde relevante interviewtemaer, senere analyser er sket med det formål at supplere interviewene. Jeg er interesseret i at skrive om de spor af forandring jeg kan finde, og mener ikke at jeg skriver en evaluering af akkrediteringsprojekterne på de enkelte afdelinger og hospitaler og heller ikke en sammenligning af de akkrediteringssystemer. Med inspiration fra A. Mol, der mener at analysen af åreforkalkning fremstår som et patchwork eller sider i en skitsebog med forskellige bud på en historie eller et billede, betragter jeg primært det empiriske materiale som input til en række eksempler på, hvordan akkrediteringssystemet kommer ind i nogle arbejdsprocesser på afdelingerne.

Jeg har fundet det inspirerende at tilslutte jeg mig A. Strauss' forståelse af forskningens muligheder, når han mener, at der ikke nogen sikker måde at bevise graden af forandring på. Det drejer sig altid om perspektiv hos bestemte aktører på bestemte tidspunkter og steder i bestemte situationer. Strauss mener også, at samfundsvidenskabens rolle er at stille spørgsmål, snarere end at opstille løsninger. Spørgsmålene bør dreje sig om, hvad der ændres, hvilke aspekter, hvilket retning og hastighed og hvordan konkrete personer berøres. I samme retning mener jeg, Latour trækker, når han foreslår at forskeren og feltet samarbejder som to parter, der er specialister i hver deres område. Feltet har et rigt sprog, mener Latour, som sociologiens smalle repertoire ikke kan dække. Med begrebet infrareflexivitet, introducerer Latour denne tilgang, som underbygges med tanken om, at man skal væk fra 'the knower' (forskeren, der ved) og 'tilbage til verden'. *Social science skal uddrage den socio-logi, som de 'udforskede' allerede har* (Latour, 1988:175)[184]. Mol er inde på samme tilgang, når hun understreger, at vi skaber den virkelighed vi ser. Pragmatisme ligger bag dem alle, som det for eksempel formuleres af Bowker & Star:

> *"consequences, asserted Dewey against a rising tide of analytic philosophy, are the thing to look at in any argument - not ideal logical antecedents. What matters about an argument is who, under what conditios, takes it to be true"*
> (Bowker & Star 1999:289)

Min analyse af introduktion og implementering af akkrediteringssystemer bliver et forsøg på at efterleve min ambition om at arbejde empirisk og analytisk på en måde, der afspejler Mol's praxiografiske metode. Det betyder, at jeg vælger at betragte mine iagttagelser på hospitalerne som enactments af standarder og klassifikationer. Og hvornår er det så forandringer, jeg kan iagttage? Hvis enactment er en midlertidig til-

[184] Chia (1996:91-93), refererer til Latour og spørgsmålet om reflexivitet i en diskussion om, hvordan man kan nå frem til overbevisende og plausible beretninger inden for feltet organisationsanalyse i stedet for at havne i en reflexivitetens blindgyde.

stand af noget som sker i gensidig interaktion med en hvilken som helst mulig forekommende human eller non-human aktør og i en særlig kontekst, må min analyse være en redegørelse for mine observationer og det aktørerne på hospitalerne, mine medlæg-etnografer (Mol's udtryk) har fortalt mig om handlinger i bestemte sammenhænge på bestemte steder og tidspunkter. Jeg kan skrive en rapport eller nogle beretninger om det, der bliver sagt og gjort, og jeg kan henvise til andres (forskningslitteratur og anden emnerelevant litteratur inden for skønlitteratur, tidsskrifter og dagblade) tanker og oplevelser, hvorimod det ikke er min hensigt at lægge fortolkningslag ind over mine observationer og mine medetnografers udtalelser.

Med inspiration fra Latour, der fremhæver infra-reflexivitet som en metode, hvor forsker og udforskede 'taler med lige værdig vægt' :

> *"Since no amount of methodology will ever bring a text closer to the distant setting about which it writes, no amount of ignorance of deconstruction will take a text farther away from it either.... if metareflexivity is marked by an inflation of methods, infra-reflexivity is characterized by their deflation. Instead of piling layer upon layer of selfconsciousness to no avail, why not just one layer, the story, and obtain the necessary amount of reflexivity from somewhere else? After all, journalists, poets and novelists are not naive make-believe constructionists. They are much more subtle, devious and clever than self-conscious methodologists... just offer the lived world and write.* (Latour 1988:170)[185].

vil jeg dels skrive mine beretninger med udgangspunkt i at inddrage det sprog, der findes på hospitalerne, dels give et billede af forandringer i form af midlertidige og lokale skalavariationer, hvilket jeg vil betragte som modstykket til noget universelt. Så hermed vil jeg gå tættere på det empiriske felt og åbne for min beskrivelse (Latour skriver om tætte beskrivelser som det, der er interessant) af nogle oplevelser i forbindelse med implementering af et akkrediteringssystem på nogle hospitaler i Danmark.

[185] Latour refererer blandt andet til Serres i sin argumentation for den infrarefleksive tilgang: "Infrareflexivity is the programme followed by Serres (1983) that pushes the knower off the stage. Down with Kant! Down with the Critique! Let us go back to the world, still unknown and despised. If you sneer at this claim and say 'this is going back to realism', yes it is. A little relativism takes one away from realism; a lot brings one back". (Latour 1988:173)

DEL II EMPIRISK ANALYSE

KAPITEL 9 AKKREDITERING MØDER PROFESSION

9.1 Indledning

På baggrund af diskussionen i afhandlingens del I, udvides undersøgelsens problemstilling til følgende:

> *'Hvordan kan man med en pragmatisk tilgang forstå forandring i organisationer og derudfra vise hvorledes aktører i sundhedsvæsenet agerer, når topstyrede og værdiorienterede forandringsprojekter med fokus på forandringer i arbejdsprocesser skal implementeres?'*

I Del I er problemet blevet undersøgt i form af en teoretisk diskussion, hvor der blev udviklet dels en model til forståelse af mødet mellem en professionel sfære og et kvalitetsstyringssystem dels en metode til feltanalyse med fokus på praksis i organisationer. I afhandlingens Del II rettes blikket direkte mod praksis via en række beretninger struktureret efter modellen og baseret på feltanalyserne.

I Kapitel 4 spurgte jeg, hvorledes man kan identificere arbejdsprocesser som et forskningsobjekt, og diskuterede begribelse af virkeligheden og af professionelles arbejde. Jeg diskuterede tolkninger af praksis studeret med en interaktionistisk, pragmatisk tilgang, i et netværksperspektiv med rhizomet som karakteristisk for udformningen. Rhizomet, karakteriseret som et netværk bestående af, ikke elementer, men *"dimensions, or rather directions in motion. It has neither a beginning nor an end."* (jvf. Kapitel 4). Her ses netværk som antihierarkiske strukturer uden faste punkter og fast orden, og det antages, at ethvert punkt kan forbindes med ethvert andet. Dermed bliver studiet af forandringer et spørgsmål om at fokusere på relationer, snarere end objekter/ aktanter i sig selv og at se forskelle i praksis, mens det ikke giver mening at tænke i modsætninger. Det er denne tankegang, jeg prøver at omsætte til beretninger om praksis på hospitalerne.

Hvad kan jeg sige om den konkrete forandring, som vedrører et forsøg på at påvirke arbejdsprocesser? Jeg ved, at det er en forandring, der handler om kvalitetssikring af arbejdsprocesser, og jeg ved at metoden er standardbaseret, idet man ved hjælp af faste standarder og metoder vil sikre ensartethed, gennemsigtighed og styring ved hjælp af de særlige redskaber, der er en del af systemet. I Kapitel 6 om klassifikations- og standardsystemer har jeg udledt nogle analytiske temaer med fokus på hhv. viden og orden, samt infrastruktur, og jeg har vist, hvorledes temaerne kan indtænkes i modellen for de professionelle systemer, som beskrevet i Kapitel 5. Herefter har jeg argumenteret for valget af tilgang til analyse af mødet mellem på den ene side akkrediteringssystemet og på den anden side de professionelle paradigmer og kerneydelser, (som jeg samlet benævner for en sfære eller et system) som en impuls, der forstyrrer den gældende praksis. Specielt omkring begrebet infrastruktur har jeg i Kapitel 6 gjort rede for, hvor-

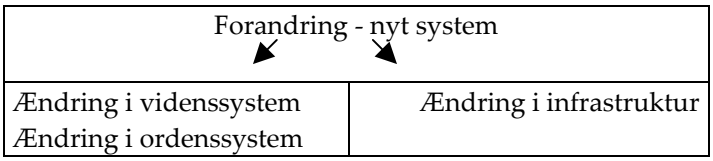
ledes forskellige klassifikationssystemer[186] kan defineres som infrastruktur af en særlig karakter, informations-infrastruktur således som dette defineres af Star & Ruhleder (1996), der betragter det som en hybrid kreation af arbejdspraksis og informationsmedier. Denne type infrastruktur tjener til at opretholde eller ligefrem forstærke en bestemt forståelse af kontekst, sted og tid. Den sikrer, at der bliver gjort opdagelser, som validerer dens eget framework, fordi det er en omfattende opgave at indsamle data uden for det eksisterende framework. En sådan type convergence, hvor datainput og -output danner en form for lukket kredsløb i spiralform (systemet vokser, men holder sig inden for en afgrænset sfære af begreber og beskrivelse af genstandsfeltet), mener Bowker & Star (1999) er et væsentligt træk ved store netværkslignende informationssystemer . Når kategorierne, klassifikationerne eller standarderne er lagt fast, bliver de til det fundament eller sprog, der tales og måles i. Jeg trækker på disse tanker, og bruger begrebet infrastruktur uden at tilføje særlige karakteristika, som for eksempel informations- infrastruktur.

Jeg har diskuteret to teoretisk forskellige tilgange til forandring - plan og emergens, og præsenteret emergenstanken som en mulig beskrivelse af, hvad der sker i praksis i de tilfælde, hvor planer tilsyneladende ikke holder og forsøg på implementering af nye metoder derfor bliver anset for at være slået fejl. Med inspiration fra Latours tanker om det ikke-moderne og den måde, dette kan illustreres i visse dele af kunsten, hvor for eksempel Latour og Eliasson antager, at det er brud med konventioner, der skaber fremdrift, vil jeg betragte praksis med en søgen efter brud på eksisterende arbejdsprocesser. Sker der brud, set med de professionelles øjne, i forhold til hidtidige processer, er der sket forandringer.

I Kapitel 7 konkluderede jeg, at akkrediteringssystemet udover forandringer på mikroniveau i form af direkte indgriben i hverdagens praksis, også fungerer på et makroniveau, idet det som et TQM værktøj og repræsentant for en NPM-tænkning har potentiale til forandring af kulturen i organisationen, for eksempel flytning af fokus fra sundhedsfaglige kerneydelser til tværgående produktionsprocesser og honorering af dokumentationskrav vedrørende arbejdsprocesserne.

Samlet set når jeg frem til at se mødet mellem akkrediteringssystemet og professionelle paradigmer og kerneydelser som en impuls, der medfører forandringer i den del af rammerne for arbejdet der kan henføres til viden, orden og infrastruktur:

Figur 9.1 Forandring skaber nye rammer for praksis



[186] blandt andet det internationale diagnoseklassifikationssystem

Beretningerne i analysen i Del II bliver således rettet mod mødet mellem to systemer eller sfærer med fokus på:

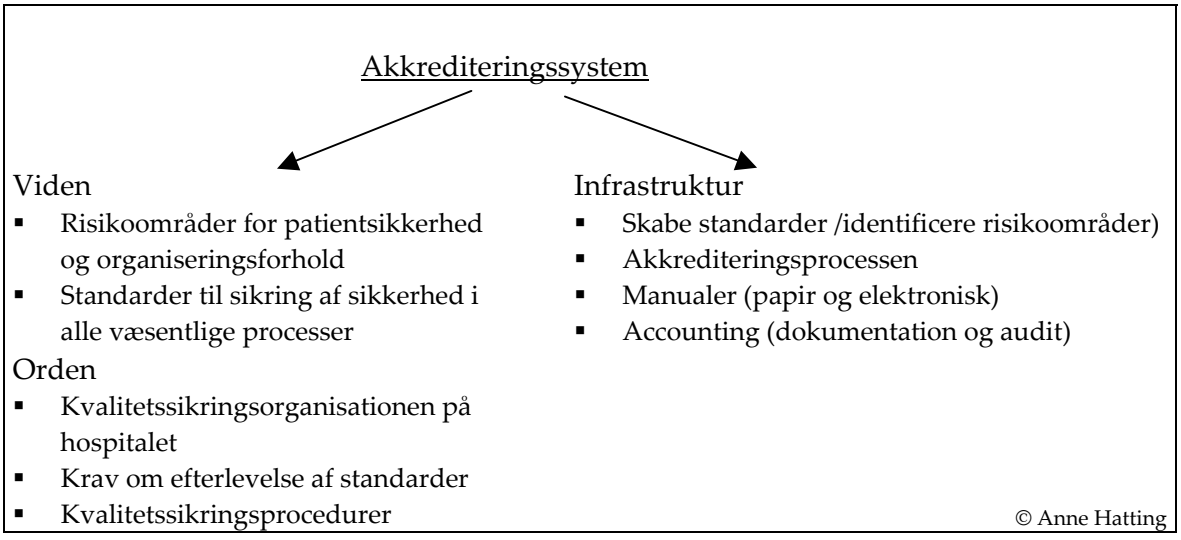
Viden: hvor de via akkrediteringssystemet legitimerede standarder og risikoområder for undersøgelse, behandling og pleje på hospitaler møder klinisk praksis baseret på især sundhedsvidenskabelig forskning, diagnoseklassifikationssystem, tidsskrifter og lærebogsstof.

Orden: hvor kvalitetssikringsorganisering på hospitalet, systemets krav om efterlevelse af standarder, samt en lang række procedurer, der skal gennemføres med henblik på sikring af kvaliteten møder den sundhedsprofessionelle jurisdiktion, de kliniske beslutningsprocesser og plejeprocedurerne, hierarkiet og sædvanlig arbejdstilrettelæggelse.

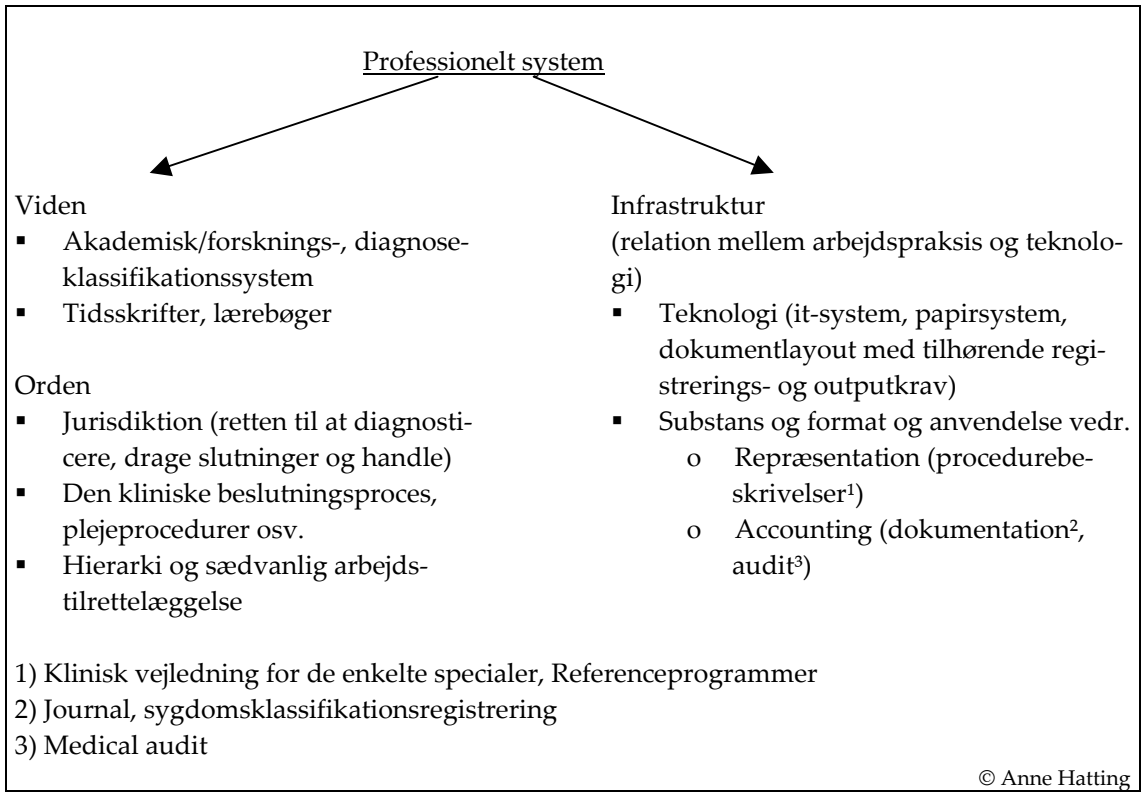
Infrastruktur: hvor det er metoderne, der bruges til skabelse af standarder, manualerne og de øvrige tekster, samt hele akkrediteringsprocessen, der møder vaner på hospitalerne omkring udfærdigelse og brug af procedurebeskrivelser, klinisk dokumentation/ accounting, diagnoseklassifikation samt brug af journaler, medical audit og tekniske systemer.

Indpasset i den analysemodel der blev udviklet i Kapitel 6, blev de to systemer herefter således karakteriseret:

Figur 9.2 Akkrediteringssystem - Analysemodel (= Figur 6.19)



Figur 9.3 Professionelt system - Analysemodel (=Figur 6.20)



9.2 Analyse af forandringer i praksis.

I denne del af afhandlingen vil jeg give et indblik i praksis i det felt, jeg har færdedes i. Med en række korte indblik eller snapshot om mødet mellem akkrediteringssystemerne og det professionelle system på hospitalerne, skrevet med udgangspunkt i det teoretiske blik, jeg har valgt at anlægge og den praksis, jeg har oplevet, vil jeg konstruere en beretning om forandringer i arbejdsprocesser med fokus på viden, orden og infrastruktur. Beretninger i snapshotform er et begreb jeg låner fra A. Mol (2002), som forsøger at skrive om den praksis, hun har udforsket på et hospital, med snapshot fotografiet som inspiration.

Også fra Latour har jeg hentet inspiration til praksisberetninger. Han efterlyser som nævnt (Kapitel 8) rapportering og analyser fra feltstudier i form af såkaldt tætte fortællinger, dels som modvægt til sociologisk metode med brug af kategorier som forskningens forankring og omdrejningspunkt, dels som alternativ til en tradition inden for antropologi, hvor en dualistisk forestilling om et skel mellem os (der udforsker) og de fremmede (som vi beretter om) efter hans mening ikke kan forenes med de antagelser, der arbejdes med inden for STS/ANT, hvor der er tale om dels et fravalg af at beskæftige sig med epistemologiske[187] spørgsmål og deraf følgende tolkninger af andres prak-

[187] Bowker & Star (1999:13) citerer H. Becker (1996:54-55): "epistemology has been a .... negative discipline, mostly devoted to saying what you shouldn't do if you want your activity to merit the title of science....The

sis, dels et ontologisk udgangspunkt om at 'der er det, der er', en virkelighed mellem realisme og konstruktivisme.

Mol bruger begrebet enactment om forskerens konstruktion af sandheder fra feltet. Forskeren på feltarbejde kan efter både Mols og Latours opfattelse dels indfange en række indtryk om praksis dér og beskrive det, dels lade de udforskede komme direkte til orde og inddrage det sprog, der bruges i feltet. Ud af dette kan der komme en indholdsrig beretning om en række lokale, tids- og stedafhængige sandheder. Med denne inspiration vil jeg benytte en del citater i den empiriske analyse, men også sammenfatte og viderebringe, hvad jeg har fået fortalt i både interview og under mine feltbesøg på hospitalerne.

Når Latour mener, det er vigtigt at lade aktørerne i feltet komme til orde, ligger der som nævnt en afstandtagen til brug af forudbestemte kategorier og teoretisk bestemte perspektiver som analyseredskaber. Men med forventningen om at forskeren altid har et perspektiv, en måde at iagttage på, ligger der ikke en naiv forestilling om neutralitet og mikrofonholderi bag idéen om at skrive beretninger, hvor sproget hos de udforskede indgår, tværtimod er det vigtigt at forskeren gør rede for egne forudsætninger og tanker, således at læseren kan vide, hvad der styrer beretningen. Den opgave løfter jeg samlet set i de foregående kapitler, først og fremmest i form af at arbejde ud fra en problemstilling, dernæst gennem et kapitel om min metode og endelig ved den teoretiske diskussion om den konkrete forandring (akkreditering møder professioner), der har ledt frem til analysetemaerne viden, orden og infrastruktur.

I de beretninger, der præsenteres her, retter jeg blikket mod møderne mellem professionelle systemers og akkrediteringssystemers viden, orden og infrastruktur. Vejen frem til dette valg er der gjort rede for i afhandlingens første del. Analysen af møderne sker på baggrund af en netværksopfattelse af virkeligheden afspejlet i min antagelse om, at jeg enacter nogle oplevelser i det felt, hvorfra jeg udvælger nogle indtryk: jeg foretager punktnedslag i rhizomet i form af forskellige historier om forandringer. På baggrund af historierne kan jeg afslutningsvis konstruere en konklusion om, hvorvidt der sker ændringer i praksis/ i arbejdsprocesserne.

Det følgende skal således ses som en række enactede sandheder, hvor feltets aktører kommer til orde. Målet er, at den samlede mængde af indblik eller beretninger kan give feltets aktører et ekstra perspektiv på deres egen praksis og understøtte det teoretiske mål med afhandlingen - at berige organisationsteorien omkring studier af praksis såvel som metodeudviklingen inden for STS.

---

sociology of science, the empirical descendant of epistemology, gives up trying to decide what should and shouldn't count as science, and tells what people who claim to be doing science do"

9.3 Akkreditering i et professionelt system - et møde mellem forskellige 'typer' af viden og orden

Når et hospital er akkrediteret, opfylder det en række betingelser formuleret som standarder, der er skabt af den organisation, der udfører overvågningen. Standarderne er dels patient-, dels organisationsfokuserede. Med udgangspunkt i patientens perspektiv vurderes kvaliteten af de strukturer og processer, der har betydning for et godt, sikkert patientforløb. Således kan for eksempel de standarder, der er grundlaget for arbejdet i Joint Commission International (JCI) betragtes som en checkliste for de områder på et hospital, der har betydning for sikkerheden i den enkelte patients forløb:

Figur 9.4 Patientfokuserede standarder

Patientfokuserede standarder (JCI-systemet) omhandler bl.a.:
- kontinuitet i behandling og pleje
- vejledning af patienter
- behandling og pleje af patienter

Eksempler på temaer der skal tages stilling til på hospitalet:
- bliver patienten vurderet før, under og efter operation?
- er der etableret systemer, der sikrer at patienten får den rigtige medicin?
- er der lagt en plan for udskrivning, og kender patienten den? (H:S sept. 2000)

Figur 9.5 Organisationsfokuserede standarder

Organisationsfokuserede standarder drejer sig blandt andet om:
- ledelse generelt
- medarbejdernes kvalifikationer og uddannelse
- forebyggelse og infektionskontrol
- dokumentation og håndtering af information

Eksempler på temaer der skal tages stilling til på hospitalet:
- er der en plan for - og kontrol - af forebyggelse af infektioner?
- kender personalet hospitalets beredskabsplaner?
- kvalitetssikres journalerne?
- er der en plan for sikkerhedstjek af apparatur og bygninger? (H:S sept. 2000)

Standarderne fra JCI er skabt ud fra en bred sundhedsprofessionel erfaring og mange års udviklingsarbejde[188]. De repræsenterer en samling af viden om, hvad der skal gøres for at sikre gode patientforløb. Med deres fokus på patientsikkerhed og organisationsforhold, har de et andet perspektiv end det, der regnes for legitim professionel kerneviden, den akademiske og sundhedsfaglige forskningsbaserede viden, som læger og sygeplejersker arbejder ud fra og som traditionelt er styrende for arbejdsprocesserne på hospitalet. Standarderne kan betragtes som en samling af sandheder om god hospi-

[188] Joint Commission i USA har fungeret siden 1950'erne og bygger på idéer og systemer etableret inden for det kirurgiske speciale i begyndelsen af 1900-tallet.

talsdrift - hvor det antages at netop de temaer, der er valgt for hhv. patient- og organisationsfokus, er dækkende.

Med de erfaringer om udvikling og brug af standard- og klassifikationssystemer, jeg har fundet hos Bowker & Star, kan man være opmærksom på, at der dels kunne tænkes at være andre måder at sikre gode patientforløb, andre typer af standarder, dels at standarderne i sig selv får en selvopfyldende karakter - i løbet af en langvarig proces er der udvalgt nogle temaer, de betragtes som rigtige, de bliver institutionaliserede, og de karakteriserer den herskende opfattelse af, hvad der er den bedste måde at styre kvaliteten på. Det er den mekanisme, B&S har fundet i eksemplet med definitionen af en heks, der hviler på en standard, uden hvilken der ikke ville være noget heksebegreb (se Kapitel 6 i afhandlingen). Akkrediteringsstandarderne får status som noget, der rummer en viden om hvilke temaer, man skal forholde sig til, hvis man vil arbejde på den rigtige måde. Udfordringen ved implementeringen af systemet bliver, finder jeg, blandt andet at forholde sig til mødet med den institutionaliserede, professionelle viden, som allerede spiller en vigtig rolle i udførelsen af arbejdet, jvf. for eksempel beskrivelserne af den kliniske beslutningsproces, diagnoseklassifikationer og sygeplejesystemer.

Selv om det kan være vanskeligt at adskille elementerne af viden og orden i handlinger i praksis, vil jeg konstruere analyserne med fokus på enten det ene eller det andet, fordi der teoretisk set findes interessante og inspirerende diskussioner på begge områder, hvilket kan bidrage til at berige refleksionerne og dermed beretningerne om praksis som helhed. I Kapitel 10 er *viden* det primære, og i Kapitel 11 er det *orden*.

9.4 Akkreditering i et professionelt system - et møde mellem forskellige 'typer' infrastruktur

I Kapitel 12 samles beretningerne om mødet mellem systemerne eller sfærerne anskuet som infrastrukturer. Det er karakteristisk for systemer som det professionelle og akkrediteringssystemet, at de har infrastrukturelle træk, der kan betragtes som en form for skelet eller stillads, som aktiviteter er forankret i. Skelettet former verden og indebærer dermed en styring, der filtrerer erindring og fremmer proaktiv glemsel - det former verden.

Infrastruktur er ikke et entydigt begreb. Jeg har vist i Kapitel 6, hvorledes det system af aktiviteter, der udgør akkrediteringsprocessen - dels skabelse af en række lokale tekster (standardbeskrivelser, procedurevejledninger etc.) under en fælles overskrift som kvalitetshåndbog, dels gennemførelse af survey-besøg og egenkontrol i form af audit, er det skelet, hvoromkring kvalitetssikringen fungerer. Jeg har ligeledes, i Kapitel 5, diskuteret professioner i teori og praksis og fundet, at det er infrastrukturelle elementer som den teknologi, der støtter arbejdet (dvs. it-systemer og papirsystemer) og anvendelsen heraf (i form af for eksempel procedurebeskrivelser og dokumentation for arbejdet - journalskrivning og audit), der kan tænkes at blive påvirket ved mødet med akkrediteringssystemet.

KAPITEL 10 VIDEN - EN RÆKKE BERETNINGER

10.1 Viden om patientsikkerhed og optimale organiseringsformer *møder* sundhedsfaglig viden.

I denne del af analysen tager jeg udgangspunkt i de modeller for systemer, der er udviklet i Kapitel 4-Kapitel 6. Her materialiseres *viden* i henholdsvis akkrediteringssystem og professionelt system således:

Fokus i dette kapitel - illustreret ud fra analysemodellerne:
Viden i akkrediteringssystemet.
- Standarderne
- Risikoområder

Viden i det professionelle system.
- Akademisk/forsknings-, diagnoseklassifikationssystem
- Tidsskrifter, lærebøger

Jeg skriver beretninger om mødet mellem akkrediteringssystemets standarder og viden om patientsikkerhed og den professionelle viden med relationer til den akademiske baggrund og de kilder, hvorigennem der normalt formidles, som for eksempel lærebøger.

10.1.1 Teoretisk indledning om viden i de to systemer

Jeg har vist, hvorledes jeg mener man kan betragte akkrediteringssystemer som infrastrukturer, der danner baggrund for den viden og orden, der præger arbejdsprocesserne på hospitalet, i og med at de fungerer som en fælles reference for, hvad der skal huskes og tales om, og hvad der er rigtigt at gøre. Samtidig har jeg vist, at viden altid må forstås i en kontekst, og at der derfor ikke er noget, der i sig selv er rigtigt og forkert. I konteksten er der til gengæld mulighed for at forholde sig konkret til, hvad man mener at vide og hvorfor. Her kan der være noget, der regnes for at være sandt, noget der er synligt og andet, der ikke udtrykkes, men måske alligevel spiller en rolle i praksis. Den tavse viden, der ikke kan repræsenteres og ikke transformeres uden direkte personlig involvering kan have stor betydning i forhold til, hvorledes arbejdsprocesserne forløber. Usynligheden betyder, at det for både forskeren og de udforskede er usikkert, hvad man kan få at vide om implementering af kvalitetssikringsprocedurerne.

Jeg trækker på forskning om viden og standard- og klassifikationssystemer, hvor det er afdækket hvorledes en taksonomi etableres gennem forhandlinger, hvor alle parter forsøger at få plads til egne synspunkter og måder at klassificere på. Der er erfaring for at forhandlingerne lukkes på et tidspunkt, hvorefter en vidensmængde kanoniseres som et fælles referencepunkt, en knude i netværket. Herefter indstilles diskussionen, en ny commonsense fastholdes, og den viden, der ikke kom med bliver glemt, i og med

at den ikke bliver inkluderet i den kanoniserede platform, som signalerer, at det er her man skal søge viden. Det, der er kommet med, kan man tale om, fordi mange kan få adgang til det; det der ikke kommer med, får i første omgang en status, som noget, det ikke er værd at vide, og det kan blive vanskeligt at finde det. På længere sigt er det sandsynligt, at det bliver glemt og forsvinder og dermed ikke er tilgængeligt for inddragelse i netværksudvidelsen og dermed heller ikke kan blive en del af senere knuder i netværket.

Standarderne i akkrediteringssystemet rummer viden om kvalitetssikring, mens den kliniske viden, der er genereret i sundhedsprofessionelt regi fokuserer på sundhedsfaglige kerneydelser (jvf. fx den kliniske beslutningsproces, beskrevet i Kapitel 5). I mødet mellem de to systemer, kan der teoretisk set ske en udvidelse af netværket, således at praksis fortsætter, men bliver suppleret eller beriget med kvalitetssikring. Men det kan også være, at der sker ændringer i den hidtidige kliniske praksis, at visse vaner og viden bliver slettet og glemt. Hermed åbnes der også mulighed for på længere sigt at ændre i den akademiske base for professionen, og i vilkårene for udøvelse af den professionelle jurisdiktion.

Hvad enten der er tale om tavs eller synlig viden, antager jeg, at den måde hvorpå standarderne enactes vil være situeret, dvs. afhænge af både teksten i manualerne, procedurebeskrivelserne, tidligere praksis, audit og benchmarking. De spørgsmål, jeg har stillet undervejs i den teoretiske diskussion i afhandlingens del I, er grundlaget for min enactment af virkeligheden og den optik, hvormed jeg udvælger eksempler på praksis til beskrivelse i snapshot beretningerne. Det overordnede spørgsmål handler om, hvordan den nye viden, der ligger i standarderne bliver modtaget. Til belysning af spørgsmålet kan man være opmærksom på, om den nye viden bliver skubbet væk eller inddraget i den professionelle platform eller måske kommer til at stå ved siden af. De to forskellige vidensniveauer - den overordnede vidensmasse der er repræsenteret ved et system, og den hverdagsnære viden om arbejdet i praksis - betragter jeg som uadskillelige, hvorfor snapshot historierne om viden i forbindelse med mødet mellem forskellige systemer også må bevæge sig på begge niveauer.

10.1.2 Styrende spørgsmål

Som middel til at holde et fokus i den multiple praksis, har jeg på baggrund af den teoretiske diskussion i afhandlingens første del konstrueret følgende spørgsmål, der skal være styrende for beretningerne:

- Hvor ligger magten til af definere, hvad man kan tale om, og hvad der kommer med på dagsordenen?
- Hvad regnes for legitim viden, eller hvordan der etableres lokale sandheder?
- Hvad sker der med relationerne mellem form og indhold? Hvad betyder det, når regler udtænkt af 'eksperter' og udmøntet i tekster i standardsystemerne, bliver en obligatorisk del af hverdagen på hospitalerne? Kommer formen til at dominere, så aktørerne ikke ved, hvorfor det er nyttigt at handle i overensstemmelse med standarderne?

10.2 Personalestyring. Beretning om kompetencer og viden.

Dette blik ind i praksis handler om, hvordan akkrediteringsstandarder rummer krav om, at alle medarbejdere skal søge viden og med mellemrum skal kunne dokumentere, at deres kompetencer[189] er i overensstemmelse med de krav, der stilles i det job, de har.

10.2.1 Dokumentation for uddannelse

Standarder er et velkendt fænomen for personale i sundhedsvæsenet i Danmark. Når aktører som sygeplejersker og læger har taget en uddannelse, skal de, for at kunne udøve selvstændigt virke, godkendes af Sundhedsstyrelsen, der som en central myndighed under sundhedsministeren, forvalter lovgivning om autorisation af sundhedspersonale, og fører tilsyn med personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed. Sundhedsstyrelsen administrerer med andre ord et system eller en infrastruktur, der bruges til at sikre, at alle regler overholdes, og at der er overblik og dokumentation for kompetencekrav til forskellige typer af stillinger og arbejdsområder. Objektive kriterier (eksamener, kurser, skriftlige arbejder, ansættelsessteder og stillingsbetegnelser inden de kendte hierarkiske systemer) er en vigtig del af kompetenceprofilerne, mens for eksempel beskrivelser af opnåede resultater i arbejdet ikke har nogen fremtrædende eller slet ingen plads, med mindre det drejer sig om lederstillinger.

I USA, hvor akkrediteringssystemerne stammer fra, har man ikke en statslig institution til varetagelse af opgaver svarende til det, der i Danmark er sundhedsstyrelsens ansvar, hvorfor en vigtig del af akkrediteringen vedrører kontrol af personalets kompetencer i bred forstand. Derfor er personaleadministration et vigtigt tema i standardsystemet, og det er overført til de danske udgaver (det gælder også for det britiske system), hvor det sætter spor i form af krav til ensretning af dokumentationskravene for alle medarbejdere, hvilket blandt andet afspejles i dokumentform med personalemapper, der skal indeholde en række standarddokumenter med obligatoriske oplysninger. Der kræves ikke kun opdaterede registreringer. Der er også uddannelseskrav i form af jævnlige opdateringskurser vedrørende sikkerhed - i første omgang årlige beredskabskurser i forhold til brand og hjertestopbehandling, og det skal overvåges, at personalet gennemgår deres kursus, ligesom det skal registreres, når de har gennemført.

På et universitetshospital i Connecticut i USA har jeg i 2004 observeret, at plejepersonalet hvert år skulle gennemføre omkring 20 forskellige kurser - alle handlede om sikkerhed og opdatering om relevante faglige emner, og alt foregik via e-learning-programmer. Man kunne benytte afdelingens IT-udstyr i arbejdstiden, når der var ledige stunder eller i fritiden, hvor der blev givet lønkompensation for op til 8 timers ekstraarbejde om året.

[189]På hospitalerne har jeg set skemaer med faste kategorier og mestringsniveauer for forskellige kompetencer, knyttet til forskellige personalegrupper. Jeg bruger begrebet kompetence som en bred betegnelse for det at være egnet til at udføre det job man har. En nærmere diskussion af forskelle mellem begreber som kvalifikationer og kompetence finder jeg ikke relevant i denne sammenhæng.

På de danske hospitaler har jeg for alle personalegrupper set skemaer udformet til kvantitative registreringer, med faste kategorier og mestringsniveauer for forskellige kompetencer. De unge læger i uddannelsesstillinger på danske hospitaler har skemaer, hvoraf det fremgår, hvilke opgaver de skal prøve af udføre, mens de er på afdelingen. For hver opgave er der plads til afkrydsning, så man får samlet data af typen: 'læge XX har selvstændigt udført bestemte typer af undersøgelser og procedurer et vist antal gange'. Når en opgave er udført, skal en vejleder skrive under på, at det er sket. Inden en ung læge for eksempel forlader en ortopædkirurgisk afdeling (efter typisk ½ år) skal vedkommende blandt andet have assisteret ved og / eller selvstændigt gennemført nogle opgaver i forbindelse med et bestemt antal operationer. Når krydset bliver sat, er det et bevis på, at en handling har fundet sted, mens der ikke er plads til dokumenteret vurdering af handlingens kvalitet. Jeg vil således konkludere, at der ligger en usynlig beslutning styret af mellemmenneskelige relationer og faglighed bag krydset. Kun de personer, der er direkte involveret i for eksempel operationen, kan vurdere, om kvaliteten var i orden. Det er her, der bringes viden ind i processen. (Kilde: Samtaler med yngre læger i HS, samt observationer af opslag i konferencerum for læger. 2005).

I forbindelse med akkrediteringen har det været på tale at finde en metode til sikring af at lægernes uddannelse jævnligt opgraderes, og at der i den forbindelse indføres postgraduate eksamener, en fremgangsmåde, som personalet, der fortæller mig om idéen, finder temmelig fjern fra dansk tradition. Mere forståeligt synes de det er, at der kræves årlige opdateringer af CV for alle medarbejdere, noget det lyder enkelt, men er tidskrævende. Som de siger, der er nogen der har frygtelig meget at opdatere, og nogen der synes, at de ikke har noget. Uanset mængden af arbejdsopgaver er der en opfattelse af, at hele måden at arbejde på er blevet meget mere systematisk med dokumentstyring, som er det begreb, der er introduceret. Herunder ligger også vedligeholdelse og implementering af personaleadministrative regler, noget som ikke alle afdelinger havde styr på. Med akkreditering forudsættes der således systematik i visse dele af personalestyringen, herunder overblik over kompetencer. Det er et formkrav, mener jeg, som ikke går tæt på selve arbejdsprocesserne.

10.2.2 Form og signalværdi

Forskellen på faglige kerneydelser og dokumenteringskravene udtrykkes således af en læge:

> *"KISS går egentlig ikke så meget ind og siger, hvordan man skal udrette den faglige kerneydelse, der er ikke rigtig nogen standard, som kigger på, hvor god en røntgenundersøgelse skal være. Det er et krav, at der skal skrives ens retningslinjer, men der er ikke krav om, hvordan arbejdet skal gøres."*

En sygeplejerske fortæller om dokumentation for anvendt viden, at når hun arbejder, tænker hun ikke over at skulle opfylde nogle akkrediteringsstandarder. Lige for tiden, siger hun, er det et dagligt tema på afdelingen, at personalet skal huske at spørge alle patienter om de vil acceptere, at der bliver sendt et udskrivningsbrev til deres praktise-

rende læge, som hermed kan få orientering om indlæggelsen på hospitalet. Denne regel er en følge af dansk lovgivning, men akkrediteringssystemet har medført en skærpet opmærksomhed omkring dokumentering af overholdelse af sådanne påbud i praksis.

Det forventes, at personalet forholder sig til en lind strøm af information om nye procedurer eller måleresultater og inkorporerer det i praksis. Men et er teori noget andet praksis, vidner denne bemærkning om:

> *"Inde i grupperummene [kontorer på afdelingen] er der nogle opslag; det drukner jo. Altså det der med at hænge alt det op. Vi har jo gjort det mange gange op til forskellige ting og sager, hvor vi har sagt,... det er de her ting I skal vide, og hvis I ikke har styr på det, så skal I sør'me til at have det læst og sådan noget. Der er mange, der ikke gør det."*

Ny viden kan således blive formidlet på en måde, hvor form og signalværdi ser ud til at være det fremherskende, mens indholdet åbenbart ikke er så afgørende, at der bliver satset specielt på at sikre, at alle sætter sig ind i budskabet. Form og signalværdi for de opslag der nævnes i citatet, kan man beskrive således: der formuleres en tekst, som distribueres (form), og teksten gøres synlig, idet den bliver formidlet som et opslag (signal). Opslag kan betragtes som et signal om, at en handling har fundet sted. I forbindelse med akkrediteringssystemet er det ofte den øverste ledelse, der har ansvar for teksten, mens det er mellemledelsen på afdelingen der har ansvar for at sprede budskabet (det kan både handle om at vælge, hvorledes teksten skal præsenteres og om blot at synliggøre færdige dokumenter), og medarbejdernes opgave er at tage imod opfordringen om at tage viden til sig, og med mindre det sker, er det tvivlsomt om den ny viden bliver taget ind i arbejdsprocesserne.

Men der er dog nogen, der som denne sygeplejerske tager opgaven til sig og giver udtryk for, at det er et personligt ansvar at søge viden om standarderne og indpasse det i arbejdet i praksis:

> *" jeg synes det har været hårdt i perioder, fordi der er kommet et hav af instruktioner til os, som vi lige skulle læse og forholde os til og finde ud af at bruge.... Man følte sig usikker nogle gange, fordi man troede lige man kunne, men nej, nu skulle det være anderledes ..hvis man ikke nåede at få læst alt det, man godt vidste, at der hang en liste om på væggen ...Men målet i det synes jeg jo er udmærket".*

Personalet er opmærksom på mulighederne for at der med det nye system introduceres viden, som fortrænger eksisterende eller blokerer for anden viden. Således bemærker en sygeplejerske, at

> *"man kan altid spørge om det, at vi har det her system gør, at vi ikke tænker i nogle andre baner. Altså at vi bliver udviklet en vej med standarderne, og ikke er åbne for andre muligheder . Men jeg ved ikke, om man kan sige, det er dårligt. Det ved jeg ikke .... Om vi har lukket øjnene for noget. Vi er så opmærksomme på, at vi skal leve op til de her standarder, som vi får ovre fra England."*

Her finder jeg et udtryk for kapacitetsbegrænsning, men også åbenhed og modtagelighed i forhold til ny viden, uanset at denne ikke falder inden for den faglige kerneydelse, sygepleje. Her tales ikke om at eksisterende viden fortrænges, kun om at der er grænser for hvor meget man kan forholde sig til ad gangen. En læge siger om det samme problem:

> *"fordi man har denne her store akkrediteringsorganisation bag sig, kan man sige, at det [systemet] er godt. Vi ved at tusindvis af hospitaler har tænkt tanker og gjort indsatser ... og nu er man kommet frem til de her standarder. Det argument er det vanskeligt at tale imod som ene person, hvis man nu har en eller anden ændring ...[eller ikke kan acceptere systemet overhovedet] ..det giver en lille dæmper på hvor mange nye tiltag [uden for systemet] man kan sætte i gang."*

Læger kan også se standarderne som supplement, blandt andet som et kompetenceløft i og med at praksis tilføjes en international dimension. Således mener en overlæge, at man på hospitalet kan lære noget nyt ved at få indblik i, hvad man internationalt sætter standarder for, hvor han nævner områder som hygiejne og 'orden i papirerne', noget vi ikke har været så gode til, som han siger, og tilføjer at det er også er godt at blive tvunget til at være opmærksom på *"noget så banalt som for eksempel genopfriskning af hjertestopkurser og brandøvelser som jo er noget de fleste af os prøvede en eller anden gang, da vi startede et eller andet sted."*

At netop sådanne årlige obligatoriske genopfriskningskurser tilsyneladende er blevet naturaliseret, er der tegn på, mener jeg, i og med at jeg i løbet af den tid jeg udførte mine feltobservationer, kunne registrere at der første gang blev talt om kurserne som nyttige, men samtidig tidskrævende, så det var svært at nå det til tiden, og 'var det nu også relevant for alle', blev der talt om. Et årstid senere så jeg mange steder opslag på afdelingerne, med navne på alle medarbejdere og markering af om de havde deltaget i kurset. Der var kommet en mere afslappet holdning til fænomenet - ingen talte om det som et problem eller en særlig opgave - både omkring åbenhed, om hvem der havde deltaget og også omkring det at deltage overhovedet.

Denne beretning viser, hvordan der skal være styr på vidensmassen, såvel den formelle som den uformelle, og den teoretiske og praktiske. Der skal registreres og man skal vide, hvem der kan hvad, om de har bestået de obligatoriske tests, om de har fået undervisning til tiden. Der lægges med andre ord vægt på, at man overholder formkravene. Iagttagelserne, eller de enactede sandheder, giver anledning til en række spørgsmål og refleksioner:

Formen er vigtig, hvad med indholdet? Man holder øje med om der er sendt meddelelser ud, men hvad med modtagelsen? Der bliver tilsyneladende føjet nyt til netværket, ikke fjernet noget. Men hvor meget kan den enkelte rumme i forhold til det netværk de har berøring med? I rhizomet kan man vel altid udvælge nogle interessepunkter, og fokusere på, hvordan praksis er lige netop dér, men hvad sker der så i andre dele af praksis?

Er der tegn på at glemselsprocesser er sat på dagsordenen - altså hver gang der føjes nyt til netværket, bliver der så skåret fra et andet sted? Det har der ikke været tegn på her.
Kvalitetsstandarderne har magten til at forlang systematik i kompetenceudvikling og dokumentation. De skubber til opfattelsen af, hvad der er legitim viden, i og med at de stiller krav om årlig opdatering i form af kurser på sikkerhedsområdet.

De krav, der stilles, om at der skal være styr på tingene, berører ikke altid den professionelle viden, men stiller nogle betingelser for, at der kan siges at være styr på den. At have styr på tingene er det samme som at have styr på logistikken i papirhåndteringen, hvad enten det gælder meddelelser på opslagstavler eller dokumenterne i personalemapperne. At have styr på tingene er også at holde regnskab med deltagelse i kurser.

Det er ikke kun sundhedsstyrelsen og dansk lovgivning, der styrer, hvad der skal registreres, og hvilke der skal kompetence vedligeholdes. De internationale akkrediteringsstandarder stiller egne krav om dokumentation og jævnlige opdateringer af CV for personalet. Disse krav tilsidesætter ikke de nationale, men supplerer, kræver noget andet og mere.

10.3 Legetøjsrengøring og køleskabstemperatur møder kerneydelse.

Beskrivelse af arbejdsprocesser rummer en række problemer som beskrevet i Kapitel 4, hvor det især er spørgsmålene om repræsentation af viden om praksis, om hvordan man synliggør den tavse viden og endelig selve anvendelsen af det system, der skabes ud fra repræsentationerne, der er væsentlige i forhold til diskussionen af forandringer af arbejdsprocesserne. Hvis det er problematisk at skabe en repræsentation for eksisterende processer, kan det være svært af synliggøre forandringer, og hermed må det også blive vanskeligt at formidle, hvad der skal gøres anderledes for hvem, hvordan og hvornår.

I teorien findes der gode råd. Således kan man i nyere dansk litteratur om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet finde beskrivelser af betydningen af ledelsesindsatsen i forskellige sammenhænge, for eksempel om udvikling af den samlede organisation:

> *"Når man arbejder systematisk med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, må man nødvendigvis, ud over den faglige vurdering af resultater, sætte fokus på forudsætningerne for kvalitet. En af de væsentligste forudsætninger er personalets udvikling af kompetence, så den faglige ydelses indhold og kvalitet til stadighed stemmer overens med patienternes behov og krav. Endvidere må man sætte fokus på de vilkår, hvorunder den rette kvalitet ydes, på rammerne for organisationen, på organisationsudvikling og forandringsprocesser."* (Kjærgaard, J. m.fl.(red) 2001:259)

Her giver jeg i to små snapshots et indblik i de vilkår, der er i praksis for forandringer og spredning af viden. Det første, der viser noget om viden om hygiejne, drejer sig om, hvorledes det kan gøres synligt, at en tilsyneladende perifer opgave som renholdelse af materialer i lokaler, hvor mange patienter færdes, kan have betydning:

En overlæge fortæller om det første survey-besøg på afdelingen, hvor der blandt andet blev talt om rengøring af legetøj:

> *"første gang [der kom survey-besøg] sagde medarbejderne, jamen det er da meget godt med, at de kommer her og snakker om, hvor tit vi får vasket legetøj ude i venteværelset. ... Men der er ikke nogen der ser på, hvad der sker inde på operationsstuen, når først døren er lukket."*

Her skulle man lige vende tanken og tænke over problemstillingen, fordi man jo godt ved, at for eksempel hospitalsinfektioner hænger utrolig meget sammen med rammerne, og at det derfor er vigtigt at sørge for, at der bliver gjort rent og at tingene (alle former for instrumenter og lignende, afdækninger, beklædning), bliver skiftet. Men at tingene også omfatter legetøjet i venterummet, at også det bør gøres rent,

> *"det havde vi da aldrig tænkt på før. Det kan da godt være, at det var smudset og blev tørret af en gang imellem "*

Pointen er her, at der på alle danske hospitaler er tradition for at arbejde systematisk med hygiejnespørgsmål; der er personale til at varetage denne særlige opgave, og der findes trykte vejledninger på afdelingerne. Men her kunne akkrediteringssystemets organisationsfokuserede standarder, hvoraf én gruppe er koncentreret omkring forebyggelse og infektionskontrol, supplere den eksisterende praksis.

Det andet snapshot viser en anden facet af viden om hygiejne. Enhver medarbejder på et hospital ved, at der ikke må være varmt i et køleskab og sikkert også, hvad den ideelle temperatur bør være, men hvem holder øje med om afdelingens forskellige apparater og udstyr fungerer optimalt, herunder om køleskabstemperaturen er korrekt? Her tilbyder akkrediteringssystemet en systematik-tænkning, hvorefter alt apparatur og inventar underkastes jævnlig kontrol. Det medfører, at en sygeplejerske kan se således på standarderne:

> *"jeg synes processen [akkreditering] har været stor, men når man har fået indarbejdet tingene ... fylder det ikke så meget, som det gjorde før... jeg synes, der er mange gode ting i det. Det er da fint, at man skal tjekke køleskabstemperaturen, det er da forkert, at medicinen står i 10 graders varme eller står i frostgrader. .. Når det bliver indarbejdet, så tænker man ikke over mere, at det er akkreditering ."*

Her ser jeg at der, som i den foregående historie, føjer sig en ny viden til den eksisterende, og der er ikke tale om at slette noget. Men det er på den anden side en eksternt genereret viden, der afleveres til afdelingerne, hvilket efterlader spørgsmålet om hvad man ellers kunne have tænkt på. Der er forskel på at indføre en nye procedurer omkring vask af legetøj eller kontrol af temperatur i køleskabe og så samtænke arbejdet bag de lukkede døre på operationsstuen med anden praksis omkring patienterne.

Den proces, der kan føre til den nye kultur, der ligger i tænkningen omkring TQM, eller som det formuleres ovenfor i Kjærgaard m.fl. (2001), omkring udvikling af personalets kompetence, ser jeg ikke her. Derimod ser jeg fokus på rammerne og de krav til

tværgående kontrolsystemer, det indebærer. Eksemplerne viser, at den magt til at gå på tværs af organisationen og professionsgrænser, der ligger indlejret i standarderne, kan bruges til at afdække sammenhænge og flytte viden, som ikke hidtil har haft adgang eller er blevet efterspurgt. Standarderne bliver taget alvorligt, og regnes for legitim viden, og på afdelingerne taler man om aha-oplevelser, ny indsigt eller viden - det havde vi ikke tænkt på, men vi er enige i, at det er fornuftigt. Man kan sige, at nye lokale sandheder er etableret.

10.4 Videnskabelighed, evidens.

10.4.1 Effekten af akkreditering

"Er der evidens for effekten af akkreditering", spørger en læge, og tilføjer at kun hvis det er tilfældet, kan han se at systemet har en berettigelse.

Hertil kan man svare på to forskellige grundlag, mener jeg, idet man enten kan forholde sig til det evidensbegreb, der anvendes i sundhedsvidenskabelig forskning eller man kan afvise spørgsmålet som irrelevant, med en begrundelse om at den viden, der ligger indlejret i standarderne ikke er af en type, der kan leve op til en rationel bevisførelse. Der kan ikke føres evidensbeviser med en rationel, naturvidenskabelig tilgang for effekten af organisatoriske processer, det er et kvalitativt område, hvor der arbejdes med andre vurderingsredskaber og effektkriterier.

Spørgsmålet om evidens faldt under et møde i en faglig forsamling i 2006, hvor emnet var kvalitetssikring, herunder akkreditering. Lægen, der stillede spørgsmålet, understregede at han kun ville tage stilling til standarder, der er udarbejdet på et videnskabeligt sikkert grundlag, og kun ville arbejde ud fra evidensbaseret viden[190].

Der arbejdes i flg. Kjærgaard m.fl. med forskellige former for evidens inden for sundhedsvidenskabelig forskning, varierende fra det højeste niveau, hvor der er skrevet mindst én metaanalyse af "gode randomiserede, kontrollerede undersøgelser om emnet" over til det mindst underbyggede, hvor virkningen af en behandling eller pleje kan godkendes af en "ekspertkomité eller velestimerede autoriteter", hvis der ikke foreligger nogen gode kliniske undersøgelser (Kjærgaard 2001:91). Med denne forståelse af evidens, kunne svaret til lægen, der spurgte i den faglige forsamling være, at akkrediteringsstandarderne er godkendt af ekspertkomitéer, jvf. den tidligere (Kapitel 6) beskrevne procedure for udvikling af standarder. Her bør der således ikke være nogen forskel mellem grundlaget for kliniske kerneydelser og akkrediteringsmæssige standarder i arbejdsprocesserne, og svaret til lægen kunne være, at der altid er evidens for standarderne.

Men én ting er evidens, påvist i en ekspertgruppe eller gennem en større række forsøg, noget andet er anvendelsen af den således dokumenterede viden. Jeg viser her endnu

[190] Videnskabelighed, evidens, klinisk forskning er det grundlag den kliniske kerneydelse bygger på i flg. Wulff og Gøtzsche (2006)

et eksempel fra lærebogen om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet Eksemplet handler om forandringer og spredning af viden med det formål ikke blot at afsende den, men også sikre, at den bliver taget i anvendelse. Der bruges udtrykket ' indarbejdelse'. Det kan gribes an som et forandringsprojekt, skriver forfatterne, og gør derefter rede for, hvorledes projekter kan gennemføres ved brug af planer og opdeling i faser.
I kapitlet beskrives en model for implementering af ny viden i klinisk praksis. Modellen, der indeholder i alt 13 trin, som skal gennemløbes i forbindelse med et større implementeringsprojekt, introduceres således:

> *"Dette kapitel koncentrerer sig om implementering eller indarbejdelse af viden i klinisk praksis… og emnet er yderligere begrænset til udbredelse, spredning og indarbejdelse af evidens i daglig klinisk praksis". … "At lede et implementeringsprojekt er at lede et forandrings- eller udviklingsprojekt. Desuden har implementering af evidens først og fremmest med klinisk ledelse at gøre. Det stiller krav til lederne af projektet. De skal både have den nødvendige indflydelse og selv prioritere projektet højt. De skal have en klar fælles vision af, hvad endemålet skal være. .. den overordnede strategi og de enkelte trin, der skal gennemføres, for at få den ud i livet, skal være klar for alle. De enkelt trin skal kunne monitoreres for at kunne vurdere om implementering går den rigtige vej. I hele forløbet skal kommunikationen være i top"* (Kjærgaard, 2001:234, 237)

Her beskrives det ideelle ledelsesansvar, og en faseopbygget forandringsmodel, hvor der forudsættes et lineært forløb med en gradvis bevægelse fra det første til det sidste punkt i planen. Ledelsens ansvar for at sikre at viden bliver indlejret i praksis betones kraftigt.

10.4.2 Forskellige professionsinteresser

På et af de hospitaler, hvor akkrediteringsstandarderne er implementeret, mener en ung læge, der er i gang med et uddannelsesforløb og derfor hyppigt skifter arbejdssted ikke bare internt på hospitalet, men også mellem flere hospitaler, at hun og hendes kolleger ikke rigtig har fået instruktion vedr. akkrediteringsstandarderne, men primært kender til projektet på hospitalet fordi hun hører sygeplejerskerne tale meget om det og har set, at de har været meget involveret, betydeligt mere end lægerne. Måske har en ung læge, der ikke er fast tilknyttet samme afdeling i flere år, ikke mulighed for at bemærke forandringer, der skyldes at man skal efterleve standarderne, men at der i lægegruppen ikke tales om og arbejdes med systemet på samme måde som i sygeplejegruppen, er dog en iagttagelse, hun har gjort.

På en anden afdeling giver en overlæge udtryk for (med et afvæbnende - *"og nu er jeg rigtig grov"*) at

> *"så længe akkrediteringssystemet lever op til vores standarder, og det vil sige, at vi ikke skal vælge den dårligste fællesnævner, så synes jeg de [standarderne] er fremmende for vores arbejdsmiljø."*

Dette udsagn kunne være en indikator på, at den unge læges opfattelse af forskellene i engagementet i de forskellige professioner afspejler praksis, at lægeprofessionen primært har fokus på den kliniske evidens, og opmærksomheden rettet mod at sikre denne mod forstyrrelse, mens sygeplejeprofessionen, hvis videnskabelige grundlag er under udvikling og opbygning, kan have en anden tilgang, hvor ny viden modtages mere åbent.

10.4.3 Kerneydelsen

På en tredje afdeling sætter lægerne mig ind i et skisma, de oplever i forbindelse med kvalitetssikringen på en operationsgang:

> *"det er jo for eksempel ikke selve operationen, der bliver akkrediteret, det er alt det der er udenom, det der støtter [fx. anæstesien, apparaturet, personalets kommunikation] ... men det ser jeg som om, at det er jo også der, at vi ved, at det kan gå galt en gang imellem og som så gør, at kerneydelsen bliver elendig... altså rammerne er med til at skabe kerneydelsen, kan man sige."*

Adskillelsen mellem det, der betragtes som kerneydelse, og det der udgør rammerne for skabelsen af kerneydelsen, har betydning her, fordi det for lægerne er det varige output, som for eksempel en patient, der er blevet opereret, der er synligt og derfor følsomt for en kvalitetsvurdering både i faglige kredse, i hospitalets registreringer og i offentligheden, mens rammebetingelserne eller periferiydelserne er uhåndterlige, ubeskrivelige.

Fokus på den faglige kerneydelse og den kliniske evidens, fandt jeg med følgende hændelse under mine feltstudier:

En morgen var der intens diskussion blandt personalet på en afdeling, hvor der var problemer med et forsøgsprojekt, ledet af en af overlægerne. Nogen (læger og / eller sygeplejersker, der havde været på arbejde aftenen og natten før), havde glemt at stille en række obligatoriske spørgsmål til en mulig forsøgspatient og udføre nødvendige undersøgelser og dermed ikke efterlevet de aftalte procedurer. Dermed kunne en potentiel deltager alligevel ikke indgå projektet, som drejede sig om udvikling af klinisk praksis inden for afdelingens speciale. Situationen ærgrede ikke mindst den projektansvarlige læge, men gav også anledning til almindelig meningsudveksling blandt personalet om arbejdsindsatsen i forbindelse med de opgaver, der skal varetages på en afdeling i forhold til et forskningsprojekt. Projekter kan være en positiv oplevelse, fordi der kan være faglige udfordringer, men der er også ulemper, fordi der skal udføres ekstra opgaver i form af målinger, registreringer på skemaer og kommunikation med patienten, som skal informeres om projektet og give tilsagn om deltagelse. Morgenens diskussionen om projektet handlede, lige som meningerne om akkrediteringssystemet, om arbejdsprocesserne på afdelingen. 'Skal forskningsprojekter styre arbejdsprocesserne i hverdagen?', var et af temaerne. Nej, var holdningen, de skal ikke styre, men vi vil heller ikke undvære dem, ergo må vi påtage os opgaverne, selv om vi ikke har tid.

Hvad jeg her iagttog var enactment af klinisk forskning, og det arbejde der er forbundet med det. Alle der deltog - både læger og sygeplejersker - havde en mening om praksis - der var engagement omkring dette sundhedsfaglige kernearbejde.

Mol mener, man skal interessere sig for praksis, som den fremtræder i handlinger, og ikke udforske kognitive funktioner, da det alligevel ikke giver mening at begynde at tolke, hvad man ser og hører i praksis. Hun har iagttaget en sammenhæng mellem den måde, hvorpå der diskuteres på forskningsmøderne på hospitalet og formen for de daglige rapporteringer og drøftelser mellem lægerne vedr. observationer og behandling omkring indlagte patienter. A. Abbott har erfaret, hvorledes professionerne altid er parat til at forsvare og udbygge jurisdiktion, og Wulff m.fl. har beskrevet hvorledes læger oplæres inden for de herskende paradigmer.

Det peger alt sammen i retning af en stærkt forankret form for håndtering af viden, herunder beslutning om hvad der er relevant at tale om. Så når akkrediteringsstandarderne bliver præsenteret som noget, der berører de processer, der ligger uden om kerneydelsen, kan man måske ikke forvente samme type engagement, som man ser i forbindelse med de kliniske kerneydelser? Her vil jeg mene, at det netop er handling, der styrer og ikke tolkning, idet den enkelte aktør på hospitalet blot behøver at forholde sig til de ord, der bliver formuleret om akkrediteringsstandarderne, nemlig at de ikke vedrører kerneydelser, for at skelne imellem sit engagement i professionens interesser og i patienternes sikkerhed, som er hovedopgaven for akkreditering. Det bliver måske legitimt i forhold til professionen at forholde sig mindre engageret. Og jo stærkere profession, jo større interesse for at holde jurisdiktionen, hvilket omvendt kan betyde, at sygeplejersker, som først er ved at etablere den akademiske baggrund for professionen og også stadig er i gang med at udvikle klassifikationer for arbejdsopgaverne, og dermed ikke har en jurisdiktion af forsvare, kan forholde sig mere åbent og måske endda være interesserede i at inddrage akkrediteringsstandarderne under deres professionsområde, end lægerne.

10.4.4 Afrunding

Eksemplerne i denne beretning viser, hvorledes de lægevidenskabelige evidensdefinitioner har indflydelse på, hvordan man taler, og hvad man engagerer sig i, når der stilles spørgsmål ved arbejdspraksis. At køleskabstemperaturen skal tjekkes og det skal registreres, at det bliver gjort, tages nøgternt til efterretning, men glemmer man at udføre de opgaver, der skal sikre at en patient kan komme med i et forsøg, opstår der engageret diskussion. Det er en lokal sandhed, at forsøgsprojekter er vigtige. Kvalitetssikringssystemer er måske ikke fagligt interessante, men de er en obligatorisk del af arbejdet, der ligger en anden drivende kraft bag dem, end bag forskningsprojekter.

10.5 Tavs viden og professionsparadigmer.

10.5.1 Aktivere patientens humoristiske sans.

Et eksempel fra sygeplejesystemet, NIC på repræsentation af tavs viden. (Bowker & Star 1999:236)[191]

I klassifikationssystemet for sygepleje, NIC, der er udviklet af sygeplejersker i USA i 1990'erne, er der kategorier for såvel meget håndgribelige opgaver som for eksempel at 'reducere blødning fra næsen', som for mere følelsesrelaterede opgaver som for eksempel at bringe 'humor' ind i plejen. Beskrivelse af 'humor' som noget en sygeplejerske skal kunne aktivere hos patienter, er et eksempel på et forsøg på synliggørelse og repræsentation af tavs viden. Det sker ved i første omgang at definere kategorien 'at frembringe humor' således:

> *'hjælpe patienten til at opfatte, værdsætte og udtrykke hvad der er morsomt, overraskende eller latterligt, med det formål at etablere relationer, fjerne spændinger, frigøre vrede, muliggøre læring eller klare smertefulde følelser'.*

Derefter beskrives en række aktiviteter (i alt 15, hvoraf et udvalg beskrives her), som plejepersonalet kan udføre:

> *'finde ud af hvilken type humor patienten værdsætter - finde ud af hvilke former for respons, der er typiske for patienten (fx latter eller smil) - finde ud af hvornår i løbet af dagen, patienten er mest modtagelig - undgå at komme ind på områder, hvor patienten er særlig følsom - diskutere fordelene ved latter med patienten'.*

Udviklingsarbejdet omkring NIC og andre sygeplejesystemer begrundes med at der i denne profession mangler synliggørelse, og selve indholdet med de mange 'bløde' kategorier som fx 'humor', viser en bevidsthed om, at det er en betydende del af faget. Jeg ser beskrivelsen af 'humor' som noget, der også kan fungere normativt, i og med at der gives en række forslag til handlinger. Her antager systemet samme karakter som standarderne i akkrediteringssystemerne, der overvejende netop er handlingsanvisende, som det for eksempel ses i vejledningen om god medicinhåndtering. Om dette kan man i standardmanualen læse, hvilke processer der skal gennemføres, og hvilken struktur der skal være etableret til støtte, hvis man skal håndtere medicin korrekt. Akkrediteringssystemet ligger således ikke fjernt fra sygeplejeprofessionens paradigmer i bred forstand.

10.5.2 Erfaring - den tavse viden.

Inden for det lægefaglige område, finder jeg ikke tilsvarende forsøg på at sætte ord på tavs viden, med det formål at klassificere og synliggøre aktiviteter. I flg. blandt andre Wulff m.fl. (1990) er det netop en del af uddannelsen, at man kommer ind i paradigmet og får et professionelt sprog, som kan bruges til intern kommunikation, mens samtaler med patienter og andre aktører, der er uden for professionen er en vanskelig opgave,

[191] vedr. NIC - se også Kapitel 5

fordi der mangler ord (se Kapitel 5). Wulff og Gøtzsche mener, at den kliniske beslutningsproces rummer en række individuelle valg og er præget af både naturvidenskabelig og humanistisk tænkning, hvor den første rummer dels en teoretisk (lærebogen), dels en empirisk komponent (erfaring), og den sidste drejer sig om empati og etik, eller forståelse af patienten som menneske. (Wulff og Gøtzsche 2006:211)

En læge med mange års erfaring giver indirekte udtryk for, at der ikke findes noget vokabularium, når hun prøver at sætte ord på erfaring, som hun blandt andet karakteriserer som opsamling af mønstre og billedgengivelse. Hun fortæller om sit arbejde :

> *"der er jo ingen tvivl om - jeg kalder det billedgenkendelse [om tavs viden]- at når jeg med mange års erfaring inden for det her fag går op og går en stuegang og har en af mine unge kolleger med, som har to-tre års erfaring, så kan jeg genkende billeder, jeg har set så mange patienter lige med det her, eller lige med det der, og spørg mig ikke lige, hvad det er, vel! Men jeg ser et mønster. Jeg ser, at denne patient har et eller andet, og der er ingen tvivl om, at med de og de og de ting vi lægger sammen, så må det være det, patienter fejler, og det er meget tit rigtigt. Det kan den unge kollega ikke, det der med at kende og genkende billeder, så man ved, hvad det er. Det kan du ikke læse dig til, kun erfare. Det er ikke en tavs viden, men en viden der er svær at bringe videre, fordi hvordan kan man lave den der mønster- eller billedgenkendelse .. det er noget med, at du har en masse løse brikker og når det ser sådan og sådan ud og du lægger det hele sammen ... så er det det ... og det skal man se mange gange, før man kan gøre det."*

Jeg finder, at denne læge ikke blot giver udtryk for, hvad der kan forstås ved tavs viden, og hvordan den spiller en rolle i praksis. Hun beskriver også, hvorledes denne del af arbejdet er situationsbestemt ('med de og de ting vi lægger sammen', som hun siger) samspillet mellem læge og patient i den konkrete situation er afgørende. Her har jeg talt med en læge, der beskriver, hvorledes hun bruger sin erfaring; hvis jeg havde talt med patienter, ville jeg måske, lige som Mol gør det i undersøgelsen af åreforkalkning, kunne vise, hvorledes kommunikationen mellem aktørerne er gensidigt inspirerende og afhængig - en patient fortæller om sine problemer og svarer på lægens spørgsmål, men hver patient har sin egen måde at fortælle på, lægger vægt på specielle ting, som synliggøres i samspillet med lægen. En anden læge ville måske have andre billeder. Andre patienter fremhæver andre gener eller symptomer, har Mol erfaret.

Et eksempel på hvordan der i procedurebeskrivelser i akkrediteringssystemet sættes fokus på håndtering af nonhumane aktører og ikke på patientkontakt, finder jeg inden for laboratoriearbejdet på det klinisk biokemiske område, hvor der arbejdes med blodprøver, urinprøver og andet materiale. En klinisk biokemisk afdeling består overordnet set af et analyseområde eller laboratorium, hvor kun de professionelle færdes, og et ambulatorium hvor patienterne kommer og får taget blodprøver. Laboratorieanalyser på danske hospitaler bliver kvalitetssikret via særlige systemer[192], efter laboratoriernes eget valg. Derfor er det fælles akkrediteringsprojekt fra Joint Commission eller HQS

[192] alle med baggrund i ISO-certificeringssystemet

ikke det eneste akkrediteringssystem, laboratorierne på de deltagende hospitaler har erfaring med.

Analysearbejdet betragtes som en faglig kerneydelse for bioanalytikere, som er den talmæssigt dominerende personalegruppe. Den fagspecifikke akkreditering af arbejdet i laboratorierne, er orienteret mod at sikre korrekt behandling af analysemateriale og gennemførelse af analyser, mens fremskaffelse af materialet og dokumentation herfor, (hvilken type af materiale, fra hvilken patient og med henblik på hvilke analyser) først og fremmest nævnes i sammenhæng med det fælles akkrediteringsprojekt, på hvis baggrund der udstikkes retningslinjer for arbejdet, i lighed med hvad der sker på alle andre afdelinger på hospitalet. Det er her vigtigt at erindre, at kvalitetssikring i flg. akkrediteringssystemerne handler om såvel udformning af retningslinjer, politikker og procedurebeskrivelser som opfølgning på, om de overholdes. I laboratoriesammenhæng kan man spørge, om der tages blodprøver, urinprøver etc. med den foreskrevne omhu og om det dokumenteres. Blandt bioanalytikerne er det opfattelsen, at det fælles akkrediteringssystem overvejende har fokus på patienterne. De fortæller således om kontrolbesøg:

> *"så de er mest interesserede i ambulatoriet, ikke så meget i laboratoriet, hvor vi fokuserer meget på sikkerheden i svaret, det er det, vi leverer. I ambulatoriet er kerneydelsen 'at tage blodprøver'. Dér kigger surveyor'ne på, om vi tager prøven rigtigt, og om der er gjort rent - alle de der ting, der har med patienterne at gøre."*

Jeg følger en bioanalytiker på arbejde på børneafdelingen. Her er babyer, der skal have taget blodprøve i hælen, der skal helst ikke stikkes forkert en eneste gang; her er større børn der er bange for alt, hvad der sker omkring dem på hospitalet, men ikke mindst for at blive stukket i armen og få taget blodprøve. Et godt teamarbejde mellem bioanalytiker og plejepersonale og evt. forældre, kan måske sikre at prøven bliver taget, men det sker også at børnene bliver så ophidsede, at det er umuligt at finde en blodåre at stikke i. Her er sygeplejersker, der i et belejligt øjeblik selv har taget en blodprøve på barnet og giver glas og ordinationsseddel til bioanalytikeren. Her er barnet og forældrene, der efter en hård nat endelig får sovet lidt - skal de vækkes nu, når bioanalytikeren kommer på sin morgenrunde? Prøvetagning kan være en vanskelig opgave, kræve snilde og empati ser jeg, men det er ikke et fremtrædende emne i procedurebeskrivelserne. Samtidig med bestræbelserne på at tage hånd om patienterne, skal teknikken også passes. Der er præfabrikerede prøveglas med forskellige stoffer, beregnet til forskellige analyser. Lige inden prøven skal tages, skal glassene udvælges fra den bakke, bioanalytikeren medbringer; de skal mærkes, så man kan identificere, hvilken patient de kommer fra. Det hele skal gå nogenlunde hurtigt. Det er ikke kun bioanalytikere, der samler prøvemateriale fra patienter, det kan også afdelingernes personale gøre. Uanset hvem der udfører opgaven, er det vigtigt hele tiden at være opmærksom på, om det nu er det rigtige glas, man har brugt og den rigtige mærkning.

Mens den fagspecifikke ISO-relaterede kvalitetssikring sker på grundlag af procedurebeskrivelser og kontrolundersøgelser, er det fælles akkrediteringsprojekt orienteret mod den del af arbejdet, der rummer en del tavs viden, som for eksempel mødet med

patienterne, der kan være afgørende for, om der kan skaffes prøvemateriale, eller opbevaringen af materialet, hvor mærkning og udmålinger af materialemænge er afgørende for om grundlaget for analysearbejdet er i orden.

Pointen i disse eksempler på tavs viden og paradigmer er, at der i akkrediteringssystemerne er fokus på dokumentering af handlinger, men ingen vejledende standarder for synliggørelse af den tavse viden. Dermed bliver det en lokal opgave at sætte ord på det, man finder muligt og nødvendigt i forhold til at leve op til kravene, og dermed forbliver magten til af definere oftest dér, hvor den hidtil har været, hos de forskellige professioner, når der ageres i praksis. Den tavse viden i den kliniske beslutningsproces finder jeg dér, hvor en læge fortæller om billedgenkendelse som en vigtig kompetence, og fra sygeplejeklassifikationssystemet i USA kan man se eksempler på synliggørelse af tavs viden. For bioanalytikerne er den fagspecifikke kvalitetssikring (med udgangspunkt i et ISO-system) et nyttigt redskab i forhold til beskrivelse af arbejdsprocesser og kontrol af om man lever op til de standarder, man selv har valgt at følge. Man betragter det som muligt at synliggøre analysearbejdet, og ser ingen problemer omkring tavs viden. Oplæring i håndværket er en del af uddannelsen, og nye teknikker bliver man trænet i ved sidemandoplæring. Det fælles akkrediteringsprojekt forekommer perifert med sit fokus på rengøringsforhold og prøvetagning, to områder, der regnes for mulige at beskrive og dokumentere. Standarderne antages at ligge i forlængelse af den viden, der hersker inden for det professionelle paradigme, men anses ikke for at tilføre noget nyt.

10.6 Tilstedeværende viden. Synlig eller tavs?

> *"Kvalitetsudviklingens hovedsigte er, at den tilstedeværende viden anvendes optimalt til patienternes bedste"* (Kjærgaard m.fl. 2001).

I dette citat skelnes der ikke mellem tavs og synlig viden.

10.6.1 At synliggøre det kendte

I KISS-projektet startede man på hospitalerne med en basisvurdering af, i hvilken grad afdelingerne levede op til den del af de nye akkrediteringsstandarder, der vedrørte dem. Hver afdeling havde fået udleveret en liste med standarder, som de skulle vurdere den aktuelle opfyldelse af, ved brug af kriterierne 'ja - nej - delvist - ikke aktuelt'. Alt, hvad der ikke kunne svares 'ja' til, skulle man i en udviklingsperiode forbedre ved hjælp af såkaldte handleplaner. I et nyhedsbrev citeres Client Manageren fra HQS således: "nu er det op til lederne at sørge for at udviklingsprocessen bliver en succes.... Lederne har et stort ansvar for, at de mange standarder overordnet kommer på plads". (KISS nyhedsbrev nr. 4)

Det, der sker her, er at alle afdelinger får præsenteret en del af systemet, og dermed en del af det nye fælles sprog, som den samlede mængde af standarder udgør. Der lægges op til en synliggørelse af tavs viden i forbindelse med udarbejdelse af procedurebeskrivelser, politikker og vejledninger m.m. for eksisterende arbejdsprocesser. Eller også til tilegnelse af helt ny viden, i det omfang der blev svaret nej med den begrundelse at

afdelingen slet ikke havde nogen procedurer inden for et område, altså arbejdede på et uacceptabelt usikkert grundlag i forhold til kvalitetsstandarderne i akkrediteringssystemet. Ny viden kunne man skaffe ved at opsøge den i amtet, hos kolleger på andre hospitaler eller i litteratur, alt afhængig af emnet. Hvis en afdeling for eksempel skulle kunne informere patienter om deres lovmæssige rettigheder, kunne man søge nærmere oplysninger i amtets forvaltning eller hos sundhedsmyndigheder.

10.6.2 Et fælles sprog

I H:S, der blev dannet i 1995 ved sammenlægning af tre forskellige hospitalsvæsener (Københavns kommune, Frederiksberg kommune og statens Rigshospitalet), har man i flere omgange introduceret projekter, til fremme af brug af et fælles sprog. Det gjaldt i første omgang økonomistyring og personaleadministration. I 1997 blev der udgivet en håndbog om kvalitetsudvikling med det sigte at skabe en fælles platform for arbejdet med kvaliteten på hospitalerne. I 2000 besluttede direktion og bestyrelse at søge akkreditering i forhold til eksterne internationale standarder. "Akkreditering er en metode til på en systematisk og sammenhængende måde at tage fat i alle de elementer - ledelse, medarbejderudvikling, samarbejde, dokumentation, uddannelse m.m., der er grundlaget for et godt patientforløb", udtales det fra direktionen i nyhedsbrevet, NYH:S, dec. 1999. I oversigten over standarder, H:S 2000, er der for hver enkelt af de tolv hovedgrupper en referenceliste med henvisninger til dansk lovgivning og særlige forhold, samt en oversigt over fælles H:S-dokumenter på netop dette område. Oversigten fungerer således som en kilde til viden, blandt andet lovgivning, der skal bruges i praksis, gennem indlejring i arbejdsprocesserne.

10.6.3 Dokumentation af viden og videnskabelige principper.

I 2001 udkom den danske bog, jeg flere steder har refereret til, *"Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet - en lærebog"*, med bidrag fra en række aktører, overvejende læger og sygeplejersker med erfaring fra området. I forordet fremhæves nødvendigheden af dokumentation af kvaliteten i det arbejde, der udføres i sundhedsvæsenet, men dokumentation er ikke tilstrækkeligt, står der. Det er også nødvendigt at få kontrol med den variation i indsatsen og resultaterne, der dokumenteres, så man kan begrænse den og forbedre præstationerne.

> *"Kvalitetsudviklingens hovedsigte er, at den tilstedeværende viden anvendes optimalt til patienternes bedste. Det sker ikke altid, men kvalitetsudvikling er blevet erkendt som en tiltagende væsentlig del af et sundhedsvæsenets aktivitet. Kvalitetsarbejdets dokumentationsbehov skal hvile på de videnskabelige principper, som anvendes for at etablere ny viden. Fokus er et andet, men metoderne bør være de samme. Hvis dette ikke efterleves, vil kvalitetsområdet, og de der arbejder med det, ikke nyde respekt, og hvad værre er, de opnåede resultater vil ikke være langtidsholdbare".* (Citat fra bogens forord. Kjærgaard m.fl. 2001, Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.)

I dette uddrag af forordet ser jeg - med omtalen af vidensprincipper og den (tilsyneladende) underforståede tilgang til etablering af ny viden samt budskabet om, hvad der

skal til for at give kvalitetsområdet respekt og holdbarhed - et eksempel på, hvorledes den professionelle jurisdiktion forsvares, i og med at det signaleres, at nye former for viden omkring arbejdet, skal tilpasses de eksisterende lægefaglige metoder.

10.6.4 Synlighed er et spørgsmål om trend.

Under mine feltstudier møder jeg en sygeplejerske, der fortæller, at kollegerne under arbejdet med at dokumentere og beskrive procedurer for arbejdsprocesserne i nogle tilfælde har kunnet finde afdelingens gamle, henlagte skriftlige instrukser frem. Selv har hun oplevet flere forskellige epoker vedrørende procedurebeskrivelser inden for sygeplejen. Da hun var elev i 1970'erne var der mange skriftlige vejledninger og retningslinjer og hun kunne procedurerne udenad, også i søvne. Senere, fortæller hun, blev der lagt mindre vægt på udenadslæren og mere på skøn og situationstilpasning, hvor sygeplejerskernes professionelle paradigme med en god del tavs viden var styrende. Nu synes hun så, at systemet med en kvalitetshåndbog og andre skriftlige vejledninger minder om det hun oplevede i sin elevtid.

> *"Jeg kan se, at en del af tingene egentlig går i ring, fordi jeg er så gammel af uddannelse, så nogen af de ting her [standarder], dem kan jeg huske, da jeg var sygeplejeelev i 1978 og færdiguddannet. Jeg kunne stå op klokken tre om natten og sige, det er sådan man gør. Nu hedder det bare noget andet, og det er sjovt at se, at udvikling er, at noget af det gamle bliver der puttet noget nyt på, som så flytter sig og bliver til noget andet. Dengang kunne vi kunne hive nogle bøger ned fra hylderne og så kunne man lige slå op: 'hvis man skulle lægge et centralt venekateter så bruger vi sådan og sådan, og man kan ringe til den og den'. Det er jo det samme, der står i kvalitetshåndbogen i dag, måske ikke lige med telefonnummer, men så står der i hvert fald, hvordan du gør. Tingene bygger hele tiden på erfaring, og her får vi skrevet det ned, og det er rigtig godt."*

Fra et andet hospital udtrykker en sygeplejerske også tilfredshed med, at procedurer bliver beskrevet: *"Vi ved godt, hvad vi skal gøre, men nu er det på tryk"* - fortæller hun om den forandring hun ser, akkrediteringsprojektet har medført. Det skal forstås således, uddyber hun sit udsagn, at afdelingen allerede levede op til kvalitetskravene, inden akkrediteringen blev introduceret.

Også på laboratoriet finder jeg udsagn om, at der ikke ligger ny viden i akkrediteringsstandarderne:

> *"Akkrediteringen hjælper os da. Det gør, at vi har styr på de sager, som vi skulle have styr på i forvejen. Man kan sige, at akkreditering bare er en instans, der går ind og dokumenterer noget, eller siger vi skal dokumentere noget, som vi burde dokumentere i forvejen."*

Pointen i denne beretning er at akkrediteringsstandarderne har magten til at definere, hvad der kan tales om, men ikke til at sikre, at det også sker. At komme på dagsordenen, er det samme som, at der kan tales om det. Samtidig er det i høj grad op til de en-

kelte afdelinger selv at definere[193], om de har brug for ny viden, og om de vil tage den i brug. Akkrediteringssystemerne er samlinger af viden om, hvad man bør tænke på og have procedurer for, men lige som al anden viden, viser den sig først i relationerne, i brug. Legitim viden er det, der er blevet defineret, som noget man kan tale om. Men hvis der ikke bliver talt om det, bliver der ikke etableret lokale sandheder. Den nye viden kan betragtes som en udvidelse af rhizomet, der måske, måske ikke bliver forlænget yderligere eller vokser sig kraftig og oven i købet danner et knudepunkt omkring den nye viden. Der er ledere, der kan se det nyttige i at akkrediteringssystemet giver overblik over sammenhæng på tværs af profession og kernefaglige opgaver. Der er sygeplejersker, der ser kvalitetsstandarderne som en forlængelse af de procedurebeskrivelser, de er vant til og der er læger, der ikke ser nogen kvalitetsproblemer i de eksisterende arbejdsprocesser og betragter standarderne som noget dem uvedkommende. Der er personale fra laboratorier, der har positive erfaringer med kvalitetssikring af den faglige kerneydelse, og sammenligner dette med akkrediteringssystemet, som i den sammenhæng får tildelt en perifer rolle som garant for, at der er ryddet op på afdelingen.

10.7 Afrunding om viden

Om magten til at definere, hvad man kan tale om, og legitim viden og lokale sandheder.
Med antagelse om at det i det hele taget er vanskeligt at afdække og repræsentere viden, vil jeg afrunde analysen herom, ved først at erindre om at der her er konstrueret nogle beretninger om en praksis, som findes, men at der også findes andre, som jeg har valgt fra eller slet ikke mødt.

Det er en almindelig betragtning hos personalet på hospitalerne i H:S, er at Joint Commission fokuserer mere på form end på indhold. En mulig forklaring på denne opfattelse kunne være, at man med fokus på form på det overordnede niveau giver plads til at detaljer omkring beskrivelse af arbejdsprocesser kan foregå i de lokale miljøer. Jeg har mødt mange sygeplejersker, der fortæller, at der ikke er nogen ny viden i akkrediteringsstandarderne, det er overvejende gammel vin på nye flasker. Den beretning har jeg ikke fået fra lægerne, der enten slet ikke ser noget nyttigt, eller også mener at de har fået ny og brugbar viden i og med at akkrediteringssystemet giver et overblik over nødvendige organisatoriske processer på et hospital.

Et synligt mål i forbindelse med akkrediteringen er at reolhylderne og IT-systemerne bliver fyldt op med tekster som symbol på synlig viden, hvoraf en del betragtes som tidligere tavs viden, der i forbindelse med projektet er blevet synliggjort. Men sammenhængen i øvrigt over til den tavse viden, der bruges i praksis ses ikke i større omfang. Der arbejdes primært med viden i form af tekster, som forventes tilegnet af det enkelte individ, der efter endt læsning karakteriseres som 'en medarbejder, der har sat

[193] Når jeg skriver at 'afdelingerne kan definere' gengiver jeg det sprog, der bruges på hospitalerne. Udtrykket dækker, hvad jeg vil kalde en herskende praksis, noget der er lokal sandhed for i hvert fald de aktører, jeg har mødt.

sig ind i de nye procedurer', fået ny viden. Det generelle indtryk er, at mange, men dog ikke alle, læger mener at den viden, der ligger i systemet er meget perifer eller endda ligegyldig i forhold til styring af arbejdsprocesserne omkring den faglige kerneydelse, mens de fleste sygeplejersker kan se en sammenhæng, og ser akkrediteringssystemet som et godt redskab til at holde orden og sikre at også nødvendige, tværgående opgaver bliver husket.

Sygeplejeprofessionen har i en længere årrække været interesseret i at inddrage mere synlig viden i arbejdet, og mange sygeplejersker arbejder med standarder for sygepleje og metoder til dokumentering. Lægeprofessionen er inde i en periode, hvor der satses på indkredsning af best practice og udbredelse af fælles, nationale retningslinjer for behandling. På hospitalerne er lægerne generelt opmærksomme på at betragte ikke-kernefaglige vidensområder som løst koblet til kerneydelsen med en forståelse af, at obligatoriske standarder og procedurer for periferiydelser skal søges inddraget i professionens jurisdiktion. For begge faggrupper, men især for lægerne, gælder det, at der stort set ikke er nogen, der ser en direkte sammenhæng med den faglige kerneydelse. Den form for ny viden der er kommet til, drejer sig især om arbejdsprocessernes tværorganisatoriske kompleksitet og gældende retsregler/ juridisk lovstof, som ikke altid var synliggjort og i visse tilfælde ikke fuldt implementeret på hospitalerne.
Jeg har ikke fundet vejledende standarder for synliggørelse af professionernes tavse viden og finder dermed heller ingen direkte berøring mellem akkrediteringssystemet og den kliniske beslutningsproces. Man kan sige at standarderne ligger i forlængelse af, men ikke går ind i den professionelle viden og dermed kan de også potentielt udelades fra praksis.

En antagelse om at viden ukompliceret kan måles og beskrives, ses i praksis for personalestyring, hvor kompetencer jævnligt skal ajourføres via kurser og træning på jobbet, og alt skal registreres i de personlige personalemapper. Med akkrediteringssystemet forlanges der systematik og dokumentation og dermed defineres det, hvad der er legitim viden. At leve op til standarderne er blandt andet at have orden og styr på logistikken i papirgange og uddannelsesforløb.

Uanset tema finder jeg, at der med akkrediteringsstandarderne er åbnet for synliggørelse af tavs viden og afgrænsning af, hvad der er legitimt at tale om. Internt i faggrupperne og på tværs af disse er der blevet adgang til at tage diskussioner op om praksis, som ikke tidligere har kunnet sættes i gang. Standarderne definerer, hvad der kan tales om, de påviser i nogle tilfælde hidtil usete problemer, de åbner en mulighed for diskussion og forandringer, men de sikrer ikke, at der bliver handlet i praksis.

KAPITEL 11 ORDEN - EN RÆKKE BERETNINGER

11.1 Forskellige former for orden i hverdagen. Et møde mellem den kliniske praksis og metoder til kvalitetssikring.

I denne del af analysen tager jeg udgangspunkt i de billeder af systemer, jeg har konstrueret i Kapitel 4-Kapitel 6:
Jeg skriver beretninger om, hvad der sker når kvalitetssikringsprocedurer og kvalitetsorganisation samt krav om dokumentation (i form af bl.a. audit) for at standarder efterleves, møder en orden, der er bygget op omkring sundhedsfaglige vaner for kliniske beslutningsprocesser og plejeprocedurer og et sundhedsfagligt hierarki for positioner inden for hver faggruppe og grupperne imellem.

Fokus i dette kapitel - illustreret ud fra analysemodellerne:
Orden i akkrediteringssystemet
- Kvalitetssikringsorganisationen på hospitalet
- Krav om efterlevelse af standarder
- Kvalitetssikringsprocedurer

Orden i det professionelle system
- Jurisdiktion (retten til at diagnosticere, drage slutninger og handle)
- Den kliniske beslutningsproces, plejeprocedurer osv.
- Hierarki og sædvanlig arbejdstilrettelæggelse

11.1.1 Orden i akkrediteringssystemet

I dette afsnit fokuseres på, hvordan der handles og tales om legitim orden, og hvordan der i praksis kan ses tegn på brug af magten til at definere, hvad der er vigtigt og rigtigt.

Den form for orden, jeg har fundet i akkrediteringssystemet, ses især i skabelsen af en **kvalitetssikringsorganisation** på hospitalet, i formuleringerne af **kravene om efterlevelse** af standarderne og de forskellige procedurer, der etableres med henblik på **sikring** af at kravene overholdes. Jeg betragter dette som en ny formuleret eller forhandlet orden, der møder en eksisterende forhandlet orden, som jeg antager er mangfoldig og rhizomagtig, men dog mulig at udvælge dele af, som kan fastholdes for en tid. Fra den eksisterende orden på hospitalet har jeg i denne afhandling valgt at fokusere på det medicinsk professionelle system, karakteriseret ved især jurisdiktion, kliniske beslutningsprocesser og vaner omkring arbejdstilrettelæggelse.

Akkrediteringssystemerne er som klassifikations-. og standardsystem indbegrebet af konstrueret orden. De præsenteres som en regelsamling, der inden for genstandsfeltet 'patientsikkerhed' omfatter alle væsentlige opgaver på et hospital. Følger man reglerne, har man pr. definition en ordentlig orden i forhold til patientsikkerhed.

I den teoretiske diskussion i afhandlingens første del har jeg vist, at man kan betragte standarderne i akkrediteringssystemet som en samling **landkort**, der hver især fremhæver særlige dimensioner af praksis på et hospital. Et kort kan man bruge til at orientere sig om hvor man er, hvordan omgivelserne ser ud, og hvad der er værd at lægge mærke til. Kortet får en funktion som en afbildning af en **sandhed**. Der kunne være tegnet andre kort, med andre formål og andre tegnere. Hvilket kort, der benyttes, er kontekstbestemt, ikke mindst er det et spørgsmål om, hvem der har magten til at definere dels skabelsen af de enkelte kort (en ordningsproces), dels anvendelsen. Når kortet er valgt, får det en **legitimerende** karakter - følger man anvisningerne, handler man korrekt. Valg af kort ser jeg som en afslutning på et forhandlingsforløb, hvor der indtræder en ny forhandlet orden eller en netværksudbygning, hvor der skabes et knudepunkt i nettet.

Når man etablerer en orden i form af standard- eller klassifikationssystemer skaber man i flg. Bowker & Star (se Kapitel 6) en kollektiv fortid og rekonstruerer en kollektiv erindring. Med **kollektiv fortid** menes at: når man skaber et klassifikationssystem, som fx NIC eller ICD, træffes der en række beslutninger om, hvad der skal med i systemet, og dermed hvad der ikke skal. For NIC's vedkommende fandt Timmermann m.fl. (1998) at en del af de klassifikationer og andre måder at definere sygepleje på, der blev anvendt i de forskellige hidtidige systemer blev udeladt i det nye system, hvorved de betragtes som noget der skal glemmes. På den måde får deltagerne i det nye fælles system en fælles kollektiv fortid, idet det kun er den del af den oprindelige fortid, der har fået plads i det nye system, der vil blive omtalt og kunne refereres til i fremtiden. Bowker & Star sammenligner denne proces med en bogbrænding, hvor der også går tekster tabt, (B&S 1999:278). På tilsvarende måde, skriver de om ICD-systemet, at kun sygdomstilfælde der kan registreres der, vil bliver husket kollektivt inden for den medicinske verden, og kun i den form, systemet tilbyder. Således, som nævnt i Kapitel 6, er der sygdomme, der undertiden skifter status - i nyere tid er aids et godt eksempel på en sygdom, der først slet ikke blev anerkendt som dødsårsag og senere har været placeret under forskellige hovedklasser, hvoraf kønssygdomme var den første. Denne skiften betyder, at det er kompliceret at følge udviklingen i sygdommens udvikling - der er skabt en kollektiv, usikker fortid. Et andet eksempel, jeg har nævnt i Kapitel 6 er dødsårsagen 'død af alderdom', der fandtes i tidlige udgaver af ICD-systemet, men nu er forsvundet. Også her er der skabt basis for en kollektiv glemsel af en ældre del af fortiden, og en ny **kollektiv erindring** om den tid, hvor diagnosen er afskaffet, idag dør ingen af alderdom.

Med denne tænkning kan man forestille sig, at der skabes fællesskaber baseret på systemet af akkrediteringsstandarder og at hospitaler, der tilslutter sig systemet bliver en del af et standardfællesskab med en identitet knyttet til præstationerne inden for systemet. Skal man være med i fællesskabet, er det nødvendigt, at man bidrager til skabelsen og vedligeholdelsen af den **kollektive identitet,** hvilket bl.a. sker når man deltager i konstruktion af de af systemet krævede resultatmålinger. Da den betingelse skal opfyldes for ethvert fællesskab, må det betyde at jo flere fællesskaber man tilslutter sig,

jo flere forskellige typer målinger skal man konstruere. Hvis de samme arbejdsprocesser skal vurderes i forskellige sammenhænge, står man i den situation, at man skal forholde sig til ikke én, men flere typer af kollektiv fortid og identitet, hvilket man måske kan gøre, hvis man, som Mol beskriver praksis på hospitalet, kan skabe forskellige virkeligheder[194].At skabe og forholde sig til forskellige virkeligheder, kan være en måde at manøvrere på i en virkelighed karakteriseret ved multiplicitet.

Når man skal leve op til nogle måleparametre, vil man med stor sandsynlighed socialisere sig til det man bliver målt på[195] og basis for et fællesskab og udvikling af en kollektiv identitet er også her til stede. Men man behøver eller kan måske ikke som human aktør, udfolde sig lige kraftigt i alle de virkeligheder. En tilstand af kaos og uoverskuelighed må man derfor forvente, mener jeg, hvis man vil se på noget overordnet, mens en legitim, forhandlet orden godt kan herske lokalt. Det betyder i forhold til aktørerne på hospitalerne, at man kan indrette sig med akkrediteringsstandarderne på en måde, der giver mening og kan overkommes og samtidig opfylde de krav, der stilles fra det overordnede niveau på en måde, der ikke skaber modstand. For eksempel i form af en afkobling mellem praksis og dokumentation, kliniske afdelinger og kvalitetsansvarlige enheder.

11.1.2 Orden i det professionelle system.

Jeg antager at såvel akkrediteringssystemet som den daglige kliniske praksis/ det professionelle system på hospitalet fungerer som ordnede praksisformer. Når der sker et møde mellem de to, må der nødvendigvis ske en justering af dem begge. I dette tilfælde har ledelsen for hospitalerne bestemt at mødet skal finde sted, og at det nye system skal have magt til at definere en række opgaver, som uundgåeligt involverer det eksisterende. Spillereglerne er så at sige givet på forhånd, i hvert fald formelt. Men når en profession med en stærk **jurisdiktion** som lægegruppen, bliver mødt med et krav om at tilpasse sig andre former for orden, vil den i flg. erfaringer (se Kapitel 5) forsøge at fastholde sin position ved enten at underlægge sig og styre de nye tiltag, eller afvise dem og holde dem ude fra det område, der er dækket af jurisdiktionen. Omvendt, vil jeg så antage, kan man være opmærksom på, at professioner med svag eller ingen jurisdiktion vil gribe passende muligheder for at styrke positionen, for eksempel ved at indoptage ny viden som den, der tilbydes i standarderne i akkrediteringssystemet. Jvf. her hvorledes læger i USA i slutningen af 1800-tallet allierede sig med den hidtidige

[194] Med reference til en rumlig metafor, distribution, mener Mol at hun kan fortælle hvordan forskelle ikke nødvendigvis behøver at reduceres til singularitet, så længe man bare holder forskellige 'sites' adskilt. At enacte åreforkalking på ét sted kan ske i een version, og et andet sted i en anden version. Nogle steder ser man tydeligt, hvad der sker, andre steder mindre. (Mol, 2002: 88). se også Kapitel 4 i afhandlingen.

[195] Bowker & Star 1999:326 - skriver om begrebet 'klassifikations samfund', et samfund hvor aktørerne som konsekvens af udvikling af en stadigt voksende mængde vidtrækkende, internationale klassifikationssystemer, der definerer handlemuligheder på en lang række områder, uundgåeligt bliver socialiseret til at blive det, der kan måles, fordi man møder klassifikationer overalt i sin hverdag. "**On a pessimistic view we are taking a series of increasingly irreversible steps toward a given set of highly limited and problematic descriptions of what the world is and how we are in the world** (ibid:326)

konkurrent, homøopaterne, og dannede American Medicine Association for at styrke positionen, da nye trusler i form af bl.a. kiropraktorer dukkede op (se Kapitel 5).

Det professionelle medicinske paradigme rummer en tænkning omkring problemløsning (at stille en diagnose, analysere og vælge behandling), der ligner skak, mener A. Abbott (1998) og uddyber beskrivelsen ved at fremhæve det ekskluderende element i arbejdsprocessen - mens man udreder en patient prøver man samtidig at give en form for behandling. A. Abbott og som vist i Kapitel 5, også Sinclair (1997) og Wulff m.fl. (1990) beskriver, hvorledes oplæringen i det lægefaglige paradigme fører til en vis indforståethed internt i professionen og en modsvarende fremmedhed for andre former for orden, eller landkort, hvilket bl.a. giver sig udtryk i kommunikationsproblemer i forhold til patienter. Hvis det forholder sig således, kan det tænkes at introduktion af akkrediteringssystemet, som repræsenterer en anden type orden, eller et andet landkort (med fokus på patientsikkerhed og organisationsforhold) for praksis på hospitalet, virker lige så fremmed for de medicinske professionelle som den patientverden, især Wulff m.fl. og A. Abbott skriver om.

Når det gælder **hierarkiet** og sædvanlig arbejdstilrettelæggelse på hospitalet, kan forskellige ting teoretisk ske, afhængig af eksisterende relationer og magtforhold. Hvis for eksempel afrapportering og målinger (accounting) omkring de temaer, der indgår i akkrediteringssystemet - patientsikkerhed først og fremmest - bliver en nøglefaktor i forhold til ledelse af hospitalet, eller den økonomiske styring sker i forhold til diagnosebestemt aktivitet, er det muligt at de aktører på hospitalet, der er mest centrale og bedst til at yde, hvad der efterspørges får en høj placering i hierarkiet, måske højere end i andre situationer, hvor det professionelle hierarki alene er styrende. Der bliver således mulighed for forskydninger mellem dels faggruppers hierarkiske forhold (for eksempel læger i forhold til sygeplejersker), dels de interne forhold for eksempel kvalitetsarbejde i forhold til medicinsk kernefaglig forskning.

Med landkort som metafor for orden kan man illustrere, hvad der sker, når kort over det samme område, men med forskelligt fokus lægges oven i hinanden. Umiddelbart giver det forvirring og uoversigtlighed. Det ligger i alt fald som en antagelse i professionsforskningen, som A. Abbott repræsenterer, at det er en vigtig opgave for professionen at sikre sin jurisdiktion, sit domæne og sin ret til at styre hvad der foregår omkring professionen, og samtidig påberåbe sig den akademiske viden som argument og bevis. Set på den måde er den lægelige profession meget stærk, mens sygeplejen stadig, på samme måde som en række andre professioner inden for sundhedsvæsenet, er i gang med at udvikle sig hen imod en egen jurisdiktion. Man kan således med disse antagelser om professioner forvente, at jo stærkere profession, jo mere forsvar og dermed modstand mod andre styringsmetoder, uanset indholdet af disse.

Det er professioners natur at sikre egne interesser, og kun påvirke andre, hvis de forsøger at trænge sig på. I dette kapitel vil jeg vise, hvorledes de forskellige former for orden mødes, og hvordan der kan ses træk af forsøg på at vinde magten til at definere, hvad der skal være gældende orden. Jeg vil erindre om mine grundantagelser om, at

handlinger er situerede, hvorfor en aktivitet ikke kan ses uden de redskaber og materielle arrangementer, der medierer den. Det betyder, at objekter bliver til i en kontekst af handling og ting brug (B&S 1999:298). Eliasson spørger, med reference til modernister der vil lave regler for det fælles, hvordan man kan lave regler for mangfoldigheden, og illustrerer med sin doughnut-installation, hvorledes en multiplicitet eller et rhizomnetværk kan begribeliggøres, som noget åbent i mod sætning til epistem- eller systemtænkning. Med Eliasson kan man antage, at det ikke er logik, men materielle og praktiske forhold der bestemmer sammenhænge. Med dette udgangspunkt foregiver beretningerne om orden ikke at være sandheder, men blot indblik i en lokal praksis, som andre kan spejle sig i.

11.1.3 Styrende spørgsmål

Som styrende spørgsmål i beretningerne har jeg valgt at fokusere på, hvorvidt der bliver skabt nye former for orden, udtrykt ved forskydninger i hvad der tæller som legitimt arbejde, eller hvad der er sandhed eller det rigtige landkort, hvor for eksempel manualer for kvalitetssikring kan supplere eller konkurrere med de eksisterende professionelle paradigmer og administrative styreredskaber. Jeg vil også være opmærksom på evt. ændringer i fællesskaber eller kollektiver, som kan forventes i forbindelse med et skift fra lokal mundtlighed til fælles skriftlighed som udtryk for sand viden.

Særlig interessant er spørgsmålet om, hvorvidt der skabes øget **transparens** (se afsnit 4.2.2), omkring de professionelle arbejdsprocesser. Følger man den ikke-moderne tankegang, vil en synliglighed omkring konstruktion af såvel den kliniske praksis som akkrediteringssystemet, være fremmende for at der kan ske en udbygning af netværket, hvor de to systemer kan spille sammen. Eliasson bruger begrebet genforhandling til at betegne den mulige åbne diskussion. Jvf. budskabet i 'The fog doughnot', der beskrives som et ikke-normativt rum, der giver mulighed for genforhandling, hvor tågen karakteriserer det multiple og blandingen af det rationelle og det irrationelle[196].

11.2 Fra lokal selvstændighed og mundtlighed til fællesskab og skriftlighed.

Med akkrediteringssystemet introduceres nogle fælles former for orden, der gælder for hele hospitalet. Der lægges vægt på skriftlig dokumentation af både retningslinjer for arbejdet og opfølgning på, hvordan det er udført. Med introduktion af en skriftlig, fælles kultur, er der mulighed for at eksisterende praksis skal suppleres eller må opgives, eller (hvor der ikke har været nogen dokumentation eller afrapportering overhovedet), at der introduceres helt nye opgaver.

[196] Eliasson illustrerer pointen således: En bananflue kan opleve uden at tolke, og en computer kan tolke uden at opleve - men mennesker kan ikke adskille oplevelser og fortolkninger. Den medierende bagage har ikke lavere rang. **Når vi ser på naturen, lægger vi et kulturelt filter ned over den - den er en kulturel konstruktion**. (Engberg-Pedersen og Meyhoff (2004:137)

I det følgende giver jeg et indblik i praksis omkring beskrivelser af procedurer og andre vejledninger og former for gode råd vedrørende det daglige arbejde på afdelingerne. Beretningen bygges op omkring to temaer: kvalitetshåndbogen; ensretning og transparens.

11.2.1 Kvalitetshåndbogen

En meget tydelig manifestation af orden ligger der i den såkaldte kvalitetshåndbog eller -manual, som er et fælles dokument for hele hospitalet, materialiseret i enten papir- eller elektronisk form. I håndbogen, der redigeres og til dels skrives i lokale kvalitetssekretariater på hospitalerne, finder man beskrivelse af standarderne, procedurebeskrivelser og diverse vejledninger og politikker, samt en række dokumentskabeloner, der skal bruges til forskellige former for registrering. Nogle af skabelonerne skal benyttes på de enkelte afdelinger, hvor man har ansvar for at ajourføre de procedurer, der vedrører eget speciale. Med skabeloner sikres ensartet layout og forretningsgang for arbejdet med alle dokumenter. Forretningsgange vedrører formalia omkring udbredelse og ansvar for vedligeholdelse. Således skal alle dokumenter være påført et navn på en person eller en afdeling, der har ansvar for at vedligeholde og opdatere indholdet enten løbende eller med faste terminer. Et dokument indeholder også oplysning om hvem der er målgruppe, dvs. hvem der har pligt til læse det, samt hvilke arbejdsprocesser det omhandler.

Kvalitetshåndbogen har, som en samling dokumenter, der bidrager til at sikre orden, potentiale til at styre, dvs. der ligger en magt til at definere her, og til at udsige nogle sandheder i stil med landkort, som gælder for hele hospitalet. Alle arbejdsprocesser kan i princippet være underlagt de kort, der er tilgængelige i håndbogen, det er her legitimiteten er funderet. Med den elektroniske udgave er der også potentiale for en øget transparens, idet teksterne bliver tilgængelige for en større kreds, end det er tilfældet med ringbind på kontorer på afdelingerne. Om tilgængeligheden bliver udnyttet er en anden sag. Transparens er som nævnt en vigtig forudsætning for genforhandling.

Alle afdelinger har erfaring med brug af de forskellige beskrivelser af kvalitetsstandarder, procedurer og vejledninger m.v. i papirform. Der er 'mapper' alle vegne, vejledninger af forskellig art står samlet på hylder i kontorer, vagtrum, konferencerum, diverse arbejdsrum og andre lokaler, der kun benyttes af personalet. Sådan plejer det at være; det nye er, at der nu er mapper med beskrivelser, der vedrører kvalitetssikring i forbindelse med akkreditering. De første dokumentsamlinger blev introduceret ved projektets start, og lige siden har de under fællesbetegnelsen 'håndbøger' været en kilde til information af forskellig art vedr. akkrediteringen. Jeg har set dem placeret forskellige steder, og jeg har set dem brugt på forskellige måder. Nogle har været i brug en enkelt gang, der sidder papirer fra en tidligere del af projektet, og der er ikke siden blevet suppleret. I andre har jeg fundet dokumenter af nyere dato. På nogle afdelinger har personalet fortalt mig om mapperne, både som noget positivt og noget negativt,

det sidste repræsenteret ved en joke der er almindelig på flere afdelinger og ikke er ment som en ros til systemet:

'Det står sikkert i kvalitetshåndbogen'

er et standardsvar, når personalet indbyrdes spørger hinanden til råds om en procedure eller arbejdsproces.

'Lige nu er kvalitetshåndbogen ikke integreret i dagligdagen - sygeplejerskerne bruger den ikke',

har jeg hørt fra plejepersonale på flere afdelinger. På alle hospitaler har opgaven med at skrive til kvalitetshåndbogen og sikre at indholdet kom i brug været afdelingsledelsens ansvar.

En væsentlig del af dokumenterne i håndbogen er skrevet i forbindelse med forberedelse til akkrediteringsbesøgene, hvor et af kontrolpunkterne er, om der findes skriftlige vejledninger for implementering af standarderne. Det betyder, at der bliver skabt en stor mængde tekster på meget kort tid, hvilket nævnes som en af årsagerne til den manglende læsning hos personalet. Mange af dokumenterne er skrevet af enkeltpersoner, ofte udpeget af ledelsen, til at beskrive et område de har særligt kendskab til. Det kan også være lederne selv, der skriver, Og det gælder alle faggrupper. Nogle har fået lejlighed til at opdatere eksisterende materiale, andre har skrevet helt nyt, enten fordi det eksisterende var forældet, eller fordi der ikke hidtil havde været nogen skriftlig vejledning på området.

Elektronik eller papir.

På andre afdelinger var materialet i brug, her betragtede man akkrediteringssystemet som en faktor, der havde medvirket til at fremme udviklingen af en elektronisk håndbog: *"vi har fået elektronisk kvalitetshåndbog på nettet. Er nu blevet vant til at bruge den. Det er muligt, vi havde fået det alligevel, men ikke så hurtigt og ikke så systematiseret"* fortæller en ledende sygeplejerske.

Hun repræsenterer den gruppe af aktører, der finder, at der er afgørende forskel på om håndbogen er elektronisk eller i papirform, især på grund af opdateringsmulighederne og tilgængeligheden. Et af de kendte problemer vedrørende brug af mapper med procedurer og andre vejledninger er den usikre opdatering og udskiftning af papirark. Og hvad tilgængelighed angår, er det blandt andet de meget lokale forhold, hvor bøger placeres forskelligt, der fører til manglende brug, ikke mindst på afdelinger, der er karakteriseret ved at have et stort antal medarbejdere, ofte med kortere ansættelse eller endog vikarer. Når spørgsmålet, 'hvor står mapperne?', bliver afløst af 'hvor er computeren'? skulle det blive nemmere.

Det er målet i begge akkrediteringsprojekter, at alle dokumenter vedr. kvalitetssikring skal foreligge i elektronisk form. Rent praktisk betyder det, at der skal ske et skift i personalets rutiner i forhold til at søge information. Man skal vænne sig til at bruge computere i hverdagen. Det er en udfordring for mange, ikke mindst den gruppe, der ikke er trænede IT-brugere, men også for hospitalets ledelse, hvor man har ansvar for, at

der stilles tilstrækkeligt mange IT-arbejdspladser til rådighed, og at de placeres dér, hvor personalet færdes. Endelig stilles der også krav om passende brugerflader og -støtte. Det er ikke kun kvalitetshåndbogen, der kan findes elektronisk. På nogle hospitaler har man også skabt et informationssystem for medarbejderne, hvorigennem alle vigtige meddelelser formidles. Det er, fortæller en sygeplejerske, information af typen 'need to know ', og ikke kun 'nice to know'. Alle skal læse i informationssystemet, siger hun, men mange gør det ikke. Folk sætter sig ikke til computeren for at 'læse post'.

Uanset om personalet læser i håndbøgerne eller ej, er der blandt lederne på afdelingerne en opfattelse af, at det er en fordel, at samlingerne findes:
"noget går i glemmebogen, fordi det er procedurer, vi ikke bruger så tit, men man ved, hvor man skal gå ind og finde informationer omkring det på intranettet eller kvalitetshåndbogen. På den måde har det rykket noget .. alle folk ved, det er dér, de skal gå ind og finde oplysninger."

Der er personale, der mener, at indholdet i kvalitetshåndbogen aldrig kan blive andet end en overordnet vejledning, mens andre synes, det giver god mening i praksis. Nogle finder at ' man kan mærke at tingene er sat mere i system', andre at 'akkreditering støtter kvalitetssikringsprocessen' eller, at det er godt at 'procedurebeskrivelser sikrer at man laver noget ensartet'.

Det afhænger ikke kun af personlige tilgange til emnet, fortæller de, men også af det faglige område, som mappen dækker. Et sted får jeg at vide, at afdelingens kvalitetshåndbog om sterilisation af instrumenter er rigtig god. Det skyldes blandt andet, at det er et område, hvor der i mindre grad er brug for skøn, og indholdet i manualen derfor overvejende er teknisk orienterede beskrivelser af korrekt brug af apparatur. En anden begrundelse for at betragte håndbogen som vejledende er, at der er så mange nye procedurer, at man mister overblikket, er der nogle, der mener.

Som nævnt er det overalt den lokale ledelse, der har ansvar for at medarbejderne får kendskab til nye procedurebeskrivelser m.v. Den opgave er løst med forskellige virkemidler, men som regel inden for de forskellige professioners sædvanlige mødestruktur. På en afdeling havde lægerne valgt at bruge 5 minutter under den daglige morgenkonference til diskussion af procedurerne. Alle blev involveret, i og med at de skiftedes til at fremlægge indholdet af en procedure for kollegerne.

På en anden afdeling brugte sygeplejerskerne en del af deres ugentlige morgenmøde til at diskutere nye procedurer. Morgenmødet varede 1 time, men der kunne også være andre punkter på dagsordenen.

Relevante standarder?
På tværs af alle de afdelinger, jeg har besøgt, har jeg mødt læger, der mener at systemet ikke berører den lægefaglige kerneydelse. En overlæge, der fortæller om hvordan systemet bliver modtaget, har bemærket at der er forskel på, hvordan ældre og yngre kolleger ser på det. Når nyansatte skal introduceres til afdelingen, får de også at vide, at der er særlige forhold her i modsætning til hospitaler, der ikke er akkrediteret. Det

handler for eksempel om, hvad der skal stå i en indlæggelsesjournal, hvordan man 'gennemgår nyindlagte patienter'[197], og hvordan der i øvrigt skal skrives i journalerne. For udskrivningsbreve / epikriser[198] gælder der også særlige regler, her får de nyansatte udleveret en folder med eksempel på strukturen i brevet og de punkter, der skal beskrives. Der skal ikke kun udleveres skriftligt materiale, der skal også tales om systemet på afdelingen:

> *"og så er det jo et dagligt indspark, husk nu, husk nu! Noget er nyt, andet gør man i forvejen, som for eksempel informere patienter inden for 24 timer [efter indlæggelsen] om behandlingsplan / diagnose, det er noget man gør alligevel, men nu skal det stå i journalen [at man har gjort det]. Nogle læger synes det er fuldstændig fjollet og har meget svært ved det, det er særligt de ældre, og de yngre gør det bare."*

En overlæge mener, at lederne skal gøre akkrediteringen spiselig og dreje standarder ind på en klinisk relevant facon, så "læger finder det fornuftigt". Denne holdning ligger i forlængelse af tilgangen i lærebogen i kvalitetsudvikling, hvor der lægges vægt på ledelsesansvaret i forbindelse med kvalitetsudvikling af klinisk praksis (se Kjærgaard m.fl. 2001: kap. 16).

En anden overlæge mener, at akkreditering skal tages ind i hverdagen, men at det, lige som når det gælder afdelingens økonomi, ikke nytter noget, at alle har fokus på det:

> *"man skal vide lidt om det, men det skal ikke komme til at fylde for meget. Det er en ledelsesmæssig udfordring at synliggøre, uden at det fylder for meget. Det må ikke tage fokus fra det kliniske arbejde, som jo er det, der er vores produktion, det som vores medarbejdere gerne vil beskæftige sig med."*

Opsamling om håndbogen

Kvalitetshåndbogen er et medie til introduktion af procedurer og andre tekster, der repræsenterer akkrediteringssystemet. Med ensartede skabeloner og faste procedurer for opdatering af dokumenterne signaleres, at der er orden og overblik over kvalitetssikringen. Der er lagt en stor arbejdsindsats i skabelsen af bogen, som af mange forventes at blive en nyttig oplysningskilde ikke mindst på grund af tilgængeligheden i en endelig elektronisk udgave.

Der udfoldes forskellige bestræbelser på at udbrede kendskabet til bogen, en opgave der løses lokalt på de forskellige afdelinger, ofte som et dagsordenspunkt på sædvanlige møder i de forskellige professioner. Interessen faggrupperne imellem varierer, hvor sygeplejersker generelt viser større interesse end læger, der især lægger vægt på at standarderne ikke er centrale i forhold til faglige kerneydelser, og at dokumentation og registreringsarbejde har anden prioritet i forhold til det kliniske arbejde. Medarbejder-

[197] En patientgennemgang er en struktureret samtale, hvor en række emner skal berøres, en række spørgsmål stilles og nogle mindre undersøgelser gennemføres. Der er særlige journaldokumenter, som skal udfyldes i forbindelse med samtalen.

[198] Meddelelser til patientens praktiserende læge om, at patienten har været indlagt, hvad der er sket på hospitalet, diagnose og evt. prognose.

nes anciennitet eller alder ser også ud til at spille en rolle, hvor det er de mest erfarne, der er skeptiske, mens de yngre tager procedurerne til sig.

11.2.2 Ensrettethed og transparens.

I dette afsnit gives indblik i to temaer. Det ene handler om at have et fælles projekt, det andet om professionsforskelle.

At have et fælles projekt.

Akkrediteringssystemer kan betragtes som boundary objekter[199], der skaber en forbindelse mellem de aktører der bruger dem, i og med at man får et fælles sprog i bred forstand - det gælder både teksterne i standarderne og den måde hvorpå systemet fungerer. Begrebet ses hos Star & Griesemer, der har fundet, at modstridende interesser i en organisation kan holdes sammen ved hjælp af fælles berøringspunkter, og at det er skabelsen såvel som anvendelsen af boundary objekter, med andre ord processerne, der er afgørende her, mens objektets form er mindre væsentlig. Bowker & Star mener, at der ligger mange stemmer (bidragydere og interessenter) i en standard, og fremhæver at de samme begreber og tekster kan bruges flere steder og udlægges/ tolkes lokalt. (B&S 1999:15-16). Jvf. her hvorledes der fra H:S blev beskrevet, at akkreditering kunne bidrage til udbygning af det nyetablerede fællesskab mellem hospitalerne (se afsnit 6.2) på et tidspunkt, hvor sammenslutningen havde eksisteret i kun nogle få år.

Kvalitetsstandarder har som boundary objekter således potentiale til at bidrage til skabelse af en ny fælles orden, der kan initiere processer til løsning af konflikter eller blot være isbryder for en samtale, der kan styrke 'vi-følelsen' på hospitalet. Hermed kan man sammenligne standardsystemet med den type boundary objekt, som Star & Griesemer kalder 'de ideale genstande', der kan være 'a good enough road map for all parties', noget der ikke foregiver at beskrive detaljer af en enkelt ting, men kan bruges til symbolsk kommunikation og samarbejde.

På flere afdelinger har praksis ændret sig, når det gælder diskussionsformerne. Nogle medarbejdere fortæller, at det er blevet lettere at diskutere procedurer på afdelingen, fordi der nu findes noget skriftligt materiale, som alle principielt bør læse og efterleve, ligesom det er blevet nemmere at forholde sig til emnet 'fejl', efter at begrebet 'utilsigtede hændelser'[200] er kommet ind i hverdagen. Dette har ikke direkte rod i akkrediteringssystemet, men mange mener, at den metode, man har fået introduceret med dette system, kan bruges mere bredt, og at den i hvert fald har bidraget til at lette implementeringen af det, der benævnes kerneårsagsanalyse[201]. Ikke mindst fordi det helt over-

[199] Et begreb, der er udviklet af Star & Griesemer, se nærmere beskrivelse i afsnit 6.4.

[200] En utilsigtet hændelse er et særligt begreb, der står for "En begivenhed der er en følge af behandling eller ophold på sygehus og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf ('næsten hændelse'). Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl. (Sundhedsstyrelsen 2003)

[201] Kerneårsagsanalyser er en proces der identificerer den eller de mest grundlæggende og betydningsfulde årsager til, at et kvalitetsproblem opstår, eller at en handling slår fejl. (H:S direktionen juli 2001)

ordnet er formålet med at anvende akkrediteringssystemer at øge sikkerheden for patienterne. Det udtrykker en sygeplejerske således: *"en af de mest markante ændringer efter akkreditering er risikovurdering, som betyder at man arbejder med den tankegang i hele huset at vi skal lære af det, [fejlene] vi skal ikke have syndebukke."*

En læge fortæller, at han synes, at det at lave kerneårsagsanalyser er meget lærerigt, og det har bidraget til en ændret analyse- og diskussionsform. Tidligere, når noget gik galt og man forsøgte at sætte sig ned og snakke om, hvad der mon var sket, gik det ikke altid godt, blandt andet fordi folk kunne finde på at forlade mødet inden problemet var diskuteret færdig, eller fordi man ikke kunne finde ud af at mødes i en afslappet stemning, og i stedet begyndte at skændes. Nu, hvor kerneårsagsanalyser er et veldefineret redskab, og analysen er højt prioriteret i hverdagen, er der en fast mødeform, hvor alle involverede ret kort tid efter problemet er opstået *"bliver lukket inde i et lokale .. man laver det første udkast til rapport og mødes igen senere .."*. Lægen har selv for nylig deltaget i et sådant møde, hvor flere sygehuse var involveret. Her var, fortæller han, en god stemning og alle kunne se hinanden i øjnene, modsat tidligere, hvor de ville have beskyldt hinanden for alt muligt og intet fået ud af det.

En anden aktør giver udtryk for noget tilsvarende, når han fremhæver, at

> *"akkreditering er fælles for hele institutionen, det er noget man kan skælde ud over, være glad for. Man føler man har en fælles opgave".*

Det er ikke kun en ny orden for konfliktløsning, der signaleres her. Jeg ser det også som et udtryk for, at systemet fungerer som et boundary objekt, idet det bliver udviklet på en særlig måde på lige netop dette hospital.

På spørgsmålet om hvordan det skriftlige materiale i form at kvalitetshåndbog og andre dokumenter influerer på arbejdsprocesserne, svarer sygeplejepersonalet nogle steder blandt andet, at *"vi ved godt, hvad vi skal gøre, men nu er det på tryk"*. De ser ikke nogen forandringer i arbejdsprocesserne. Andre steder har man erfaret, at praksis har ændret sig, idet *"det er blevet legalt at diskutere procedurer"*, som en medarbejder udtrykker det, hvilket kan udlægges som udtryk for en ny orden for samspil mellem aktører på hospitalet. Der ligger hos mange en opfattelse af, at det er godt, at retningslinjerne omkring arbejdet på hospitalerne bliver ensartet. En overlæge mener, at den ensrettethed og tilgængelighed, der følger med akkrediteringssystemet, især når standarder m.v. er tilgængelige på intranettet, er en fordel, fordi alle til enhver tid kan tjekke op på, hvorledes procedurerne er.

Blandt de, der ser at der er sket forandringer, er det ikke alle, der ser det som en fordel. Flere nævner, at især ældre kolleger er tilbøjelige til at mene, at kravene fra akkrediteringssystemet ikke højner kvaliteten, men bare tager tiden fra andre vigtige opgaver. Men der er på den anden side også mange steder tegn på et skred, så

> *"selv de mest hårdnakkede fornægtere, som der vel altid er i sådan noget, de er langsomt begyndt at sige, nå - der er nok noget fornuftigt i det et eller andet sted",*

som en læge udtrykker det. Han mener i øvrigt også, at dokumentation i det hele taget er en positiv ting, men at det tager tid at indarbejde det. På hospitalet arbejder man mere og mere hen imod at have standardiserede patientforløb, hvorved menes, at man har en plan for, hvilke undersøgelser der skal udføres den første dag, patienten er indlagt, hvad der skal ske på anden dagen, og igen dagen før udskrivning. Lægen mener, at planerne allerede bliver fulgt, men at det endnu ikke er lykkedes fuldt ud, at få alle medarbejdere til at dokumentere alt.

Professionsforskelle
Hvis man antager, at der er forskel på de forskellige sundhedsprofessioners styrke i forhold til jurisdiktion, kan man spørge, om det afspejles i den måde, hvorpå akkrediteringssystemet modtages i den kliniske praksis på hospitalet. Det har været en gennemgående observation under hele mit feltstudie, at sygeplejerskerne har været mere aktive projektdeltagere end nogen anden personalegruppe.

På et af hospitalerne fortæller en sygeplejerske, at selv om det er almindelig kendt, at akkrediteringssystemet er en støtte til optimering af kerneydelserne til patienterne fra alle grupper, er lægerne ikke særligt aktive. Det var hendes erfaring, at det var svært at få lægerne til at deltage i forberedelserne, og det var ikke ualmindeligt, at de ikke deltog i møderne i de arbejdsgrupper, de var medlemmer af. *"I vores arbejdsgruppe mødte lægerne ikke op. Hvad skal man gøre?*", sagde hun. Repræsentanter fra akkrediteringsorganisationen, havde også bemærket forskellen, og observeret at *"sygeplejerskerne farer rundt for at få det her til at køre, og lægerne har lige opdaget, at det er her".*

Denne oplevelse svarede til, hvad man plejer at se over hele verden, har de internationale observatører også sagt, og fortalt at overalt hvor de kommer rundt, er det et problem at få lægerne involveret.

En anden type observation har en overlæge gjort omkring systemets funktion i sin egen afdeling. Han giver udtryk for, at akkrediteringen blandt lægerne generelt fungerer *"lige som de 10 bud - det er nogle leveregler - noget der er mere i luften end det er i arbejdet."*

En kollega har en lidt anden beskrivelse af lægernes engagement, idet hun ser det således, at akkrediteringssystemet fungerer godt i hendes eget afsnit (en del af en afdeling), men at hun ikke ved, hvordan det går i andre dele af afdelingen, eftersom læger i udstrakt grad arbejder hver for sig rundt omkring på afdelingen, i samarbejde med nogle plejegrupper. Et tæt samarbejde læger imellem i hverdagens praksis er der derimod ikke så meget af. Hun mener dog, at alle tager det seriøst og finder, at der nogle gode diskussioner i lægegruppen om standarder og procedurer.

For nogle læger er der forskel på de professionelle kerneydelser, og de opgaver der kvalitetssikres gennem akkrediteringsstandarderne. Det kom for eksempel til udtryk på et tværfagligt møde i en kvalitetsgruppe på et hospital, hvor ledelsen informerede om de seneste initiativer i forbindelse med implementeringen, herunder indførelse af

nye standarder på en række områder. En læge fra et kirurgisk speciale spurgte, om standarderne havde løftet lægeproblemer inden for et nærmere afgrænset område. Hertil var svaret fra ledelsen, 'nej' og lægens reaktion var tilfredshed, fordi det så, mente han, stadig ville være en ren lægefaglig opgave at tage sig af netop dette problem. Denne reaktion overraskede tilsyneladende ingen i forsamlingen. Måske fordi der er enighed omkring bordet. Måske er der forståelse for vanskelighederne, der af en læge udtrykkes således: *"Det er alt for tidskrævende at surveye lægelige kerneydelser, fordi det er en kompliceret proces* [at skabe eller levere kerneydelser*] "*[202].

Eller som en jordemoder har udtrykt det: *'her på afdelingen svarer vi på de spørgsmål, patienterne stiller. Kvalitetsudvikling hos os handler ikke om akkreditering'.*

Hermed refererede hun til, at afdelingens kvalitetsarbejde havde været i gang før akkrediteringsprojektet startede, og det havde fokus på nogle kernefaglige processer og emner. En medarbejder i Sønderjyllands amt udtrykte noget tilsvarende, da hun mente at: *"KISS har aldrig skullet styre vores hverdag."*

I hverdagens praksis er det i flg. flere sygeplejersker ofte plejegruppen, der tager ansvar på afdelingen, mens lægerne er på sidelinjen, som de udtrykker det. Nogle steder opleves samspillet mellem læger og sygeplejersker som konfliktfyldt, fordi, som en sygeplejerske udtrykker det:

> *"selv om akkrediteringsstandarderne betyder ensrettethed, som er godt, set med mine øjne, synes jeg måske nogle gange, det er noget man kan bruge, eller bruger til at slå hinanden lidt oven i hovedet og sige 'det her skal altså være i orden, det skal gøres'. Det er lidt ærgerligt".*

Ærgerligt - ja, for systemet kan også være en inspiration for den tværfaglige forståelse. I nogle af de grupper hvor personalet har arbejdet med forberedelser til implementering og blandt andet diskuteret, hvorledes afdelingens lokale procedurer m.v. skulle udformes, har en oversygeplejerske erfaret at deltagerne , herunder lægegruppen, nok ikke altid har været helt enige i, hvor seriøst akkrediteringen skulle tages, men hun mener, at der har været nogle interessante diskussioner om, hvad der var væsentligt at bruge krudt på.

Når der er forskelle i tilgangen til kvalitetssikringen kan det i flg. en sygeplejerske skyldes, at der er forskellige holdninger. Sygeplejersker påtager sig ansvaret for, at der bliver skrevet tekster til kvalitetshåndbogen, de tager sig af at *"få lægerne til at skrive procedurer for afdelingens arbejde, bl.a. omkring medicin"* . Det er, fordi det er sygeplejersker der får øje på problemet, at de tager sig af det, fortæller hun. De siger til lægen, at

[202] Der arbejdes dog inden for faget med forskellige vejledningstyper som fx referenceprogrammer for forskellige sygdomme, indikatorprojekter hvor der for specifikke diagnoser og sygdomme beskrives behandlingsmetoder, eller projektet 'Den gode medicinske afdeling, hvor der er beskrevet mange aspekter af arbejdsprocesser og rutiner for arbejdet på en almindelig medicinsk afdeling'. Alle disse vejledninger styres af lægeprofessionen på nationalt plan med ad hoc inddragelse af andre sundhedsprofessioner.

der mangler en procedure, og spørger om han[203] vil skrive den, *"og det skal han måske have at vide mange gange og til sidst gør han det, men det er os, der holder fast, vi tager altid ansvaret på os. Vi synes, vi skal løse alverdens ting, og kan ikke leve med at der ikke sker noget. Nogle gange tror jeg, det er fordi vi er kvinder og vi er sygeplejersker og vi skal have styr på ting og skal have orden, og hvordan man er som faggruppe, det smitter jo også, hvis alle synes at de skal tage ansvar på sig."*

Denne sygeplejerske underbygger opfattelsen af at akkrediteringsprojektet får større opmærksomhed fra plejegruppen end fra andre professioner på hospitalet. En kollega supplerer med en forklaring på forskellene, med en tanke om at fordi man i hendes profession lærer at lave evalueringer på alting, er det nok ikke så svært for sygeplejersker som for andre faggrupper på hospitalet at acceptere de krav om selvevaluering, der ligger i akkrediteringssystemet. At der er forskelle i tilgangen underbygges af et udsagn fra en repræsentant for en helt tredje gruppe, som mener at plejepersonalet kvæler kolleger fra andre professioner i bløde kompetencer. Men netop dette emne er nok relevant for sygeplejen. Jvf. her beskrivelsen af det plejekategorisystem, der blev udviklet i USA, hvor en af kategorierne vedrørte 'humor' - hvordan kan en sygeplejerske fremkalde den humoristiske sans hos en patient? Det er vigtigt, fordi det fremmer helbredelsen, mener de.

Opsamling om ensrettethed og transparens
Teksterne i håndbogen fungerer som fælles referenceramme på hospitalet, hvor aktørerne dels kan tage emner og opgaver op, som tidligere har voldt problemer, fordi man ikke kunne strukturere samtaler og beslutningsprocesser, dels kan referere til nogle fælles leveregler som regulatorer for adfærden. Her er det væsentlige ikke indholdet, men selve det faktum at teksterne findes, og at der er et kvalitetssikringssystem, som skal indtænkes i arbejdsprocesserne. Den største forandring i praksis er at man har fået den fælles referenceramme, hvor efterlevelsen af reglerne dog forløber meget varieret. Plejepersonale finder i nogle tilfælde, at det blot er den hidtidige praksis, der nu er beskrevet, læger deltager ikke så engageret i skabelsen af teksterne som plejepersonalet, men ser dette adskilt fra det kliniske arbejde. Generelt er der en overbevisning om at procedurerne og andre vejledninger bliver fulgt i praksis, mens der er usikkerhed om, hvorvidt alt bliver dokumenteret efter reglerne. Når det bemærkes, at der er problemer kommer det fortrinsvis fra sygeplejersker, der nævner, at det er blevet legitimt at tale om arbejdsprocesser på tværs af professionsgrænser, lige som man kan finde på at fremhæve forglemmelser omkring dokumenteringen over for hinanden. På den måde fungerer akkrediteringssystemet som et boundary objekt, i og med at forskellige faggrupper kommer i dialog omkring såvel udviklingen som brugen af det

Afrunding om det fælles og det lokale, det skriftlige og det mundtlige.
Implementering af akkrediteringssystemet kræver en arbejdsindsats som er openended og tages op af nogen, men ikke alle. Man kan sige, at nogle aktører griber chancen til at få magt til at definere arbejdsprocesser, mens andre benytter deres eksiste-

[203]Det er sygeplejerskerne jeg har talt med, der omtaler lægerne som hankøn

rende magt til at definere sig selv ud af opgaven. Nogen tager udfordringen op og kan se nye former for legitimitet, der kan bruges til at åbne diskussioner om emner, der hidtil har været utilgængelige. En øget transparens omkring klinisk praksis har medvirket til at skabe nye kommunikationsformer, mens transparens omkring organisatoriske sammenhænge fungerer som en styrkelse af ledelsesmulighederne. Sygeplejersker påtager sig ansvaret for at der bliver skrevet tekster til kvalitetshåndbogen, også når det er andre faggrupper, der skal udføre opgaven. Og læger giver ofte udtryk for, at det primært er en ledelsesopgave at beskæftige sig med akkrediteringsopgaverne og udsprede til alle, hvad der er nødvendigt, men heller ikke mere, idet der ikke må flyttes fokus fra det kliniske arbejde, som er hovedopgaven.

11.3 Magten[204] til af definere.

Indledning
Når hospitalets ledelse introducerer et obligatorisk system som akkrediteringen, får man et nyt redskab, der kan bruges til kommunikation og til at ændre på ordenen i praksis. Der kommer nye regler, der kan opstå nye handlemuligheder og magten til at definere kan få nye fremtrædelsesformer. I en vis udstrækning kan systemet tillægges en autoritet, som alle er nødt til at respektere, således som en overlæge udtrykker det: *"jeg synes, at der er nogen af de ting,. som jeg gerne ville have gennemført, som groft sagt nu med andre midler skal kunne gennemføres og det blev så gennemført, da vi skulle akkreditere første gang. Så jeg synes, der er nogle arbejdsgange, der er blevet smidigere, fordi nu skal vi bare gøre det på en bestemt måde."*

Det er ikke bare et ufravigeligt regelsæt, man har fået. Der følger også en form for transparens med. Standarderne giver et overblik over mangfoldigheden og nødvendige processer og nøglefunktioner på et hospital i forhold til sikkerhed. Det er i flg. en oversygeplejerske sket det, at

> *"vi har fået en fælles referenceramme. Det har været med til at skabe en forståelse af sammenhæng. Det er blevet tydeligere på nogle områder, end det var tidligere. Vi har lavet en udviklingsstrategi - hvad er det for nogle opgaver vi gerne vil løse, og hvordan mener vi, at vi kan bidrage."*

I det følgende gives nogle eksempler på uenigheder, der har fået nye løsningsmuligheder med introduktionen af akkrediteringssystemet.

11.3.1 Døren. En beretning om boundary objekter og magten til at definere arbejdsprocesser.

Sikkerhed og risikostyring er et grundlæggende tema i akkrediteringssystemerne. Det handler ikke kun om de direkte patientrelationer, men også om de fysiske forhold på hospitalet såsom adgangsforhold og indretning af en afdeling, herunder brug af og placering af låsemekanismer og døre inden for afdelingens område. Det kan for eksempel dreje sig om dørenes placering, eller om hvorvidt de må holdes åbne eller altid

[204] Det er et relationelt magtbegreb, der anvendes her (se nærmere i afsnit 6.3.5.1)

skal være lukkede. Ved et kontrolbesøg på en sengeafdeling bemærkede surveyor'ne, at en dør til et arbejdsrum, af sikkerhedsgrunde, burde vendes. Den aktuelle placering i forhold til gangarealerne, hvor også patienter færdedes ved egen hjælp eller i senge skubbet af personale, var en sikkerhedsrisiko. Det vidste personalet på afdelingen allerede. For selv om de ikke havde brugt ordet sikkerhedsrisiko, var de enige om, at det var et problem i deres hverdag. Derfor havde de i flere år forsøgt at overbevise administration og bygningsafdeling på hospitalet om, at døren skulle vendes, men forgæves. Deres argumenter var ikke blevet fundet vægtige nok i forhold til de kalkulerede omkostninger ved en ombygning. Med akkrediteringssystemet som mellemled, og brugen af det sprog og de dokumenter der følger med, fik problemet en ny status, dørens placering havde så at sige i flg. standarderne defineret sig selv som en fejl, magten til at definere var flyttet fra administration og bygningsafdeling til akkrediteringssystemet og de redskaber der lå dér. I løbet af kort tid kom håndværkerne til afdelingen og døren blev flyttet, og placeret præcis som personalet hele tiden havde foreslået.

En sygeplejerske fra afdelingen fortæller således:

> *"jeg synes, det er et redskab i forhold til risikostyring, noget vi kan bruge til at få ændret nogle ting. Vi har en dør, vi har sloges med, det er et banalt eksempel, men vi har sloges i fire år med at få den dør vendt, og det har ikke kunnet lade sig gøre, det koster 40.000 kr., tror jeg. Og så har vi lavet risikovurdering og sendt den af sted. Pludselig kommer der en mail fra økonomiafdelingen om, at nu skal den dør bare vendes"*

I eksemplet med døren, der blev flyttet, vil jeg mene at sygeplejerskerne uden akkrediteringssystemet var henvist til selv at skabe en argumentation for flytningen, formuleret i en form og et sprog, der kunne forstås af andre faggrupper, i dette tilfælde administration og teknisk afdeling, mens de med henvisning til opfyldelse af kvalitetskravene for akkreditering med meget få ord kunne gøre opmærksom på problemet, herunder fremhæve at der faktisk var tale om en kvalitetsmangel og dermed en manglende opfyldelse af akkrediteringskravene, oven i købet påpeget af de udefrakommende inspektionsfolk. Problemet havde fået en klassificering - det var et sikkerhedsproblem. Sygeplejerskernes klageformulering havde fået en ny form for legitimitet, nu var det ikke længere et spørgsmål om skøn og plejepersonalets opfattelse contra administrationens, nu fik sygeplejerskerne en legitim rolle som dem, der husker teknikafdeling og administration på, at der er en opgave, der skal løses.

Pointen i denne beretning: I flg. sygeplejersken fra afdelingen har personalet nu fået et nyt redskab: *"vi kan sige, at det skal vi i forhold til akkrediteringen, og så gør folk det. Så stopper diskussionen"*. Tidligere havde plejepersonalet både i egne og andres øjne selv påtaget sig et ansvar for sikkerhed og effektiv rumudnyttelse på afdelingen, og skulle dermed overbevise teknisk afdeling og administration om, at der var et problem.

11.3.2 Armbånd og ensrettede procedurer. En beretning om nye handlemuligheder.

Spørgsmålet om magten til at definere er ofte på dagsordenen på en arbejdsplads som et hospital, hvor de forskellige professionsgrupper har egne faglige retningslinjer eller paradigmer og deraf følgende praksis for faglige kerneydelser. På et af hospitalerne havde man fra laboratoriets side i flere år ønsket og foreslået, at alle patienter under hele indlæggelsesforløbet skulle bære et armbånd med persondata. Det ville gøre det lettere for laboranterne at sikre (hvad de har pligt til), at det er den rigtige patient, de for eksempel tager en blodprøve på. Der var imidlertid flere indvendinger mod forslaget, fra blandt andet plejepersonalet.

I flg. akkrediteringsstandarderne er der en sikkerhedsrisiko forbundet med manglende identifikationsmuligheder - alene af den grund at patienter i kortere eller længere tid kan være bevidstløse eller konfuse og dermed ude af stand til at 'tale for sig selv' - for eksempel fortælle hvad de hedder. Derfor blev diskussionen om armbåndene pludselig og endeligt afsluttet, da hospitalet skulle akkrediteres, og alle patienter får nu armbånd med identitetsdata (det kan være navn, cpr.nr og betegnelsen på den afdeling patienten tilhører). En medarbejder fra laboratoriet fortæller således om betydningen af akkrediteringssystemet:

> *"det har selvfølgelig lettet vores arbejde, for eksempel for de for tidligt fødte, der har de fleste nu en eller anden form for armbånd på, det havde de jo aldrig før. I det hele taget i forhold til at patienterne har armbånd på nu, det var ikke noget man brugte her før, fordi man syntes, at det var nedladende ... nu skal de bare have det på, og det er vi rigtig glade for, fordi det er jo ikke alle patienter, der kan svare for sig selv."*

Pointen er her at: En konflikt der ikke var kræfter til eller anledning til at løse, blev med akkrediteringssystemets magt til at definere, hvad der er korrekte arbejdsprocesser, løst uden videre.

11.3.3 Medarbejderudviklingssamtaler, MUS. En beretning om ny legitimitet til en opgave.

Akkrediteringssystemet stiller krav om, at der skal være systematik og styringsredskaber på personaleområdet. Det betyder, at der skal dokumenteres, at man opfylder en række krav vedr. forhold om blandt andet uddannelse og kompetencer[205]. Personaleledelse skal således omfatte bestemte opgaver, som for eksempel afholdelse af udviklingssamtaler mellem ledere og medarbejdere, MUS. Her mener jeg, at akkrediteringssystemet rummer en boundary objekt-effekt i og med at MUS på linje med en stor mængde andre opgaver bliver noget, der bare skal gøres, fordi det er en del af standardsystemet; det er en aktivitet, der skal dokumenteres, og ved kontrolbesøg vil der blive fulgt op på det. De folk, der foretager inspektion (surveyor'ne) kan spørge tilfældigt udvalgt personale, hvornår de har haft deres samtale og ledelsen kan blive bedt om at fremvise dokumentation for afholdte samtaler. Argumentationen er dermed flyt-

[205]Kompetencebegrebet er langt fra entydigt, det har ofte et lokalt forhandlet indhold, og udvikles løbende. Man har flere steder en række oversigter over nødvendige kompetencer knyttet til forskellige stillingskategorier. (jvf. beretningen om personalestyring)

tet fra begrundelser om nytten af netop det at holde udviklingssamtaler over til et mere overordnet niveau, hvor nytte handler om at overholde det store regelsæt (standard-manualen), som nogen, i dette tilfælde akkrediteringsorganisationen, med legitimeret eller anerkendt ekspertise vedrørende hospitalsdrift har udformet, og som man i den lokale danske sammenhæng har tilsluttet sig. En leder, der ikke holder de obligatoriske samtaler, står nu over for stærkere argumenter om nødvendigheden end tidligere, og der er ikke anledning til at problematisere og diskutere sagen. MUS bliver som en rute man er enige om, det kommer med på listen over sandheder i organisationen, det naturaliseres og bliver noget, der ikke stilles spørgsmål ved, og med tiden er der måske så mange nye aktører i feltet, at ingen længere husker de indledende diskussioner om begrundelsen for samtalerne. Hermed kan MUS få status som et normativt kvalitetsbegreb, uden tilhørsforhold til sin kontekst i tid og sted. En oversygeplejerske fortæller at der har

> *"været lurepassere som ikke har lavet medarbejderudviklingssamtaler, ikke ordnet personalemapperne. De ting er bare på plads nu."*

Indholdet og udbyttet af samtalerne er som sagt en anden sag, som ikke direkte vurderes i akkrediteringen, selv om der er flere af de krav til personalets kompetencer der findes standarder for (for eksempel jævnlig opdatering og uddannelse for den enkelte person, udarbejdelse af kompetenceprofiler tilknyttet jobfunktioner), som også indgår i MUS.

Den pointe man kan drage her er: I landkortmetafor kan man sige, at ledelseskortet er blevet ændret, det er nu en fastlagt rute og ny orden, at den lokale leder, skal forholde sig meget konkret til personalets kompetenceudvikling. Hvorvidt det bliver normativt eller hvor meget indhold, der lægges i det er en anden sag.

11.3.4 Ensartede procedurer og kompetencer. Om legitimitet til forandring og magt til at definere.

Undervisning i brandsikkerhed og hjertestopbehandling er sat i system på en ny måde som en direkte følge af implementering af akkrediteringssystemerne. For de fleste af medarbejderne på hospitalerne var kendskab til rutiner og den indsats de hver især kunne og burde yde i forbindelse med en evt. brand på hospitalet, noget man fik information om, i forbindelse med den introduktion man fik som nyansat og kun den ene gang. Det er ikke tilstrækkeligt i forhold til kvalitetsstandarderne for sikkerhed, hvorefter der kræves, at alle medarbejdere jævnligt deltager i et kursus med henblik på vedligeholdelse af kompetencen til at yde en effektiv indsats i tilfælde af brand. Alle på hospitalet skal én gang om året melde sig til et kort kursus, der kan afvikles enten over hospitalets intranet som e-learning eller som klasseundervisning. Det bliver kontrolleret og registreret, om man deltager, og der bliver mange steder sat opslag op i kontorerne med afkrydsning af, hvem der har deltaget, og hvem der mangler. Samme procedurer benyttes i forbindelse med undervisning i hjertestopbehandling. Også dette betragtes som et centralt sikkerhedstema - alle medarbejdere skal kende deres rolle og

vide, hvad der skal gøres i forbindelse med hjertestopbehandling. Heller ikke her var der tidligere systematiske opfølgningskurser.

Fra USA medbragte JCI en erfaring om, at der på et hospital ikke bør benyttes flere forskellige procedurer for samme behandling, som for eksempel hjertestop. Det var imidlertid tilfældet i H:S, hvor en gruppe sundhedsprofessionelle eksperter fra de forskellige hospitaler, som led i forberedelserne til akkreditering, fik til opgave at blive enige om én fælles procedure, der skulle gælde for alle i fremtiden. (Det var ikke den eneste procedure, der blev analyseret og diskuteret i et fagligt forum i forbindelse med tilpasningen til standarderne, men den fik en fremtrædende plads i beretningerne om, hvorledes man arbejdede med sikkerhedsspørgsmål på en ny måde). I forhold til det teoretiske spørgsmål om mødet mellem akkrediteringsstandarder og professionelle systemer, ser jeg ensretningen af hjertestop-behandlingsprocedurerne som et eksempel på, at en ny orden gør det legitimt for repræsentanterne for de forskellige metoder at igangsætte en forhandling om at finde en fælles form. Uanset årsagen til at forskellige metoder kunne eksistere side om side, bliver situationen ændret, i og med at kvalitetsstandarderne fungerer som et system, der har magten til at definere, i dette tilfælde ikke hvilken metode, der skal bruges, men at der kun må være én, og ydermere at der skal undervises i brug af den med 12 måneders mellemrum. Standardsystemet får således en rolle som en konfliktløser (her vil jeg definere eksistensen af flere sideordnede metoder som en fredelig konflikt, som måske ikke engang har været erkendt, jvf. Mols beskrivelse af, hvorledes forskellige rutiner kan eksistere på det samme hospital uden at 'de nogen sinde mødes' - distribution er det begreb Mol anvender om denne situation) (Mol 2002:kap. 4).

Udover disse kompetencer, som stort set dækker hele organisationen (brandsikkerhed vedrører alle, hjertestopbehandling kun de professioner, der arbejder med patienter), har akkrediteringssystemet også fokus på de enkelte aktørers særlige opgaver. Med krav om at viden og færdigheder hos alle medarbejdere skal opdateres og tjekkes jævnligt, gives det professionelle system på den ene side frihed til at vælge metoder og indhold for opdateringen og mulighed for at følge den orden, man er vant til omkring uddannelse m.v., mens der på den anden side kræves en åbning og synliggørelse af hvad der sker, i og med at der skal gives dokumentation for den enkeltes arbejdsopgaver i forhold til vedligeholdelse af færdigheder, samt uddannelses- og træningsaktiviteter .

I laboratoriet, hvor man ikke blot følger den hospitalsdækkende akkreditering, men også et andet kvalitetssikringssystem, rettet direkte mod den faglige kerneydelse 'at analysere', skal den enkelte medarbejder vedligeholde sine kompetencer ved at udføre nogle opgaver et vist antal gange. Laboratoriet bruger et system, der kaldes 'kørekort', til at holde styr på hvilke arbejdsfunktioner den enkelte kan og må varetage. Et fravær for eksempel på grund af barselsorlov i omkring 6 måneder kan betyde, at man skal genoptræne sine færdigheder, når man vender tilbage til arbejdspladsen.

Jeg har på flere afdelinger set, hvorledes lokale rutiner for personaleadministration var på vej til at blive erstattet af systemer, der skal gælde for hele hospitalet. Således var målet at en personalemappe i fremtiden skal indeholde en række bestemte papirer, ensbetydende med at der skal foretages bestemte registreringer, og der skal gennemføres nogle bestemte rutiner (dokumentation for uddannelse og kursusforløb, tidligere beskæftigelse, medarbejdersamtaler). På en afdeling ville lederen vise mig, hvordan mapperne så ud - især havde vi talt om et særligt ark, som den enkelte medarbejder selv skulle udfylde og returnere til sekretæren, der arbejdede med personaleadministration. Det viste sig, at arket kun lå i nogle få mapper - og sekretæren fortalte om hvor svært det var at få personalet til at aflevere - gentagne opfordringer til at huske det hjalp kun lidt - folk var ikke uvillige, glemte det bare, igen og igen. Leder og sekretær var enige om at:

> *" Det er gode værktøjer, men svært at finde tid til at bruge det."*

Opsamling.
Akkrediteringssystemet som en ny orden for tilrettelæggelse af rammerne for arbejdsprocesserne, her rammer i form af behandlingsprocedurer og vedligeholdelse af kompetencer eller færdigheder, gør det legitimt at igangsætte en forhandling om at finde en fælles form. Men selv gode værktøjer kræver tid, ellers bliver de ikke brugt.

11.3.5 Epikriser til tiden. Magt til at definere - løsning af en tværfaglig problemstilling.

En leder mener, at

> *"akkrediteringsstandarderne kan være et bedre redskab til at køre ledelse - du skal det, og det, og det ... hvis altså ledelsen orker at læse standarderne."*

Måske er den følgende historie et eksempel på, at akkrediteringssystemet har støttet løsning af et stort problem omkring en praksis, der involverer flere professioner og illustrerer den multiple virkelighed :

En afdeling har et kvalitetsudvalg, hvor ledelsen mødes med en sygeplejerske og en læge, der begge har akkreditering og andre former for kvalitetsudvikling som en del af deres faste opgave, de er nøglepersoner. I kvalitetsudvalget diskuterer man bl.a. auditresultater, og hvordan det går med at opfylde målene, og hvad kan man gøre for at forbedre, dér hvor det er nødvendigt. En del af auditmålingerne er fælles, obligatoriske for hele hospitalet. Her får man feedback i form af statistikker og grafiske figurer, hvor den enkelte afdeling kan se sin egen relative placering og benchmarke sig. Audit er et tilbagevende tema på møder i alle ledelsesniveauer, og systemet fungerer således, at lederne er nødt til at forholde sig til dataindsamling og måleresultater med mellemrum.

En dag, efter et møde i udvalget, hvor man har diskuteret det stadigt tilbagevendende problem om udsendelse af epikriser/ udskrivningsbreve til patienternes praktiserende læge, kommer sygeplejersken ind på sin afdeling og spørger de første sekretærer hun møder, om de ikke lige kan tale om, hvordan det går med epikriserne, og hvad der

forhindrer hurtig fremsendelse. I løbet af et par minutter er et par sygeplejersker og en læge kommet til, og den lille gruppe på gangen vender det gamle problem, diskuterer hvad der har ændret sig for nylig, og hvad der er af hindringer for tiden. På mindre end et kvarter finder gruppen ud af en ny løsning og et par af medarbejderne der kan afse tid med det samme går i gang med at kontakte hospitalets IT-afdeling og andre parter, der skal involveres i gruppens løsningsforslag.

Afdelingens kvalitetsudvalg mødes en gang om ugen, og når man har en nøgleperson, skyldes det især akkrediteringsprojektet, som har krævet struktur i arbejdet med kvalitetssikring, derfor kommer emnet om epikriserne måske på dagsordenen oftere og med mere vægt end tidligere (problemet fandtes også for 20 år siden og tingene har ændret sig med tiden, men det fungerer stadig ikke optimalt). Men mødet på gangen på afdelingen blev en anledning til at tage emnet op igen - der blev ikke talt om, hvad man var nødt til, fordi det bare er sådan. Der var engagement - alle var interesserede i at komme videre med problemet. Kan man sige, at her var så pludselig en anledning, som blev udnyttet på den rigtige måde? En genforhandling er blevet mulig, fordi epikriseproblemets konstruktion på lige netop denne afdeling er blevet gjort tilgængeligt/ transparent, i og med at de forskellige interessenter, der arbejder sammen hver dag, har fundet anledning til at give sig tid til at synliggøre hvilke forhindringer, de hver især kender til.

Afrunding om 'magten til at definere'
Akkrediteringssystemet fungerer som en ny orden for udformning af rammerne for arbejdsprocesserne, der gør det legitimt at igangsætte en forhandling om at finde en fælles form.
Systemets krav om ensartethed i procedurer, regelmæssighed og faste intervaller for opdateringer og kontroller, overflødiggør interne diskussioner og magtkampe om tidspunkter og anledninger til prioriteringsarbejde. Som en sygeplejerske udtrykte det, kan aktørerne nu sige til hinanden, at der er opgaver, der skal varetages i forhold til akkrediteringen, hvorefter de handler uden yderligere diskussionen.

Som en opsamlende pointe kan man hævde, at akkrediteringsstandarderne kan være et redskab til at udøve ledelse, en anledning til at anskue gamle problemer på en ny måde. Men selv gode værktøjer kræver tid, ellers bliver de ikke brugt. og det kræver en lokal indsats at få lagt indhold ind i formen.

11.4 Medicin

Jeg beskrev i Kapitel 5 en del af hospitals- og professionshistorien med reference til blandt andet sygepleje og lægers arbejde på russiske hospitaler i starten af 1800-tallet. Det var her, lægerne brugte latin i deres indbyrdes faglige kommunikation, angiveligt for at beskytte patienterne mod unødig bekymring. Det var også her, man fik indblik i hvorledes sygepleje ikke bare drejede sig om omsorg, men også om at omsætte lægernes beslutninger til praksis. En del af den kliniske beslutningsproces vedrører i dag ordination af medicin til patienterne. Lægerne ordinerer og plejepersonalet udfører.

Det er sygeplejersker, der finder medicin frem fra glas og æsker og ampuller og sørger for, at patienterne får, hvad de skal have til rette tid.

11.4.1 Den multiple medicinhåndtering.

D. Berwick, læge og en af grundlæggerne af IHI[206] i USA, skriver meget indsigtsfuldt om både egne og andres oplevelser med fejlmedicinering. Jeg oplister her en række problemer, han har beskrevet, baseret på personlige erfaringer i forbindelse med hustruens kræftsygdom og indlæggelse på et universitetshospital. Når han beretter om ordineret livsvigtig medicin, hvor behandlingen fejlagtigt ikke starter før efter 3 døgn, om forskellige læger, der ordinerer forskellige typer af medicin og seponerer / annullerer, hvad forgængeren lige har besluttet, om sygeplejersker, der giver sovemedicin til patienterne midt om natten og vækker dem en time senere for rutinemæssigt at kontrollere et blodtryk (det gør de på alle patienter på afdelingen kl. 4 om natten), om manglende registrering i journaler, når patienter får den tredje ud af fem kemoterapibehandlinger, tager han fat i et, i hvert fald i USA i 1990'erne, meget stort problem med sikkerheden for patienterne. Han giver også et indblik i, hvorledes patienternes egne opfattelser og oplevelser har svære vilkår. Plejepersonalet 'ved bedst' hvornår patienter skal tage deres sovemedicin, patienterne oplever, at det skal passe ind i arbejdstidsplanerne for personalet - der er afsat et bestemt tidspunkt til udlevering af sovemedicin, som patienterne åbenbart ikke selv må administrere - medicinen skal indtages med det samme. (Berwick 2004:190-194)

Standarderne i akkrediteringssystemerne sigter blandt andet mod at øge sikkerheden omkring medicinhåndtering, som man ud fra Berwick's eksempel kan forstå kan være et stort problem i USA. Berwick's beskrivelser illustrerer praksis på et hospital, hvor faste rutiner (medicin til tiden, blodtryksmåling til tiden) kolliderer med patienters forskellige behov i løbet af et døgn; hvor det ikke er alle faste rutiner der følges i praksis (den manglende registrering af at kemo-medicin faktisk er blevet givet); hvor faste rutiner føles som umyndiggørelse af patienter (der ikke selv må administrere den udleverede sovemedicin); hvor kliniske beslutningsprocesser adskilles fra de handlinger de burde initiere (den ordinerede hastebehandling med medicin bliver først igangsat efter 3 døgn).

Jeg mener, at Berwicks beskrivelse signalerer en forestilling om et på én gang rationelt system, hvor man kan forvente at beslutninger bliver realiseret, som de var tænkt, og irrationelt system hvor den enkelte patient får unik behandling efter behov. A. Strauss (1985) har beskrevet det kliniske arbejde og sygepleje som arbejdsprocesser, der ikke kan beskrives inden for et rationalistisk framework, idet det præges af at sygdom ikke er et entydigt input, at patienter potentielt må konkurrere om personalets ressourcer, at akutte indlæggelser er almindeligt forekommende (og planlægning derfor ikke mulig),

[206] IHI - Institute for Healthcare Improvement , etableret i 1989. D. Berwick er praktiserende børnelæge og klinisk professor i pædiatri og health care policy ved Harvard School of Public Health, Boston Massachusetts. IHI arbejder med kvalitetssikring baseret på selvevaluering, audit og tekniske målemetoder (bl.a. Six Sigma), alt med fokus på de professionelle aktørers egen indsats i kvalitetsarbejdet

og at det i det hele taget er svært at evaluere arbejdet, fordi patienterne i sig selv er variable, deres 'selv' kan ændre sig under sygdomsforløbet. Og jeg vil med en netværksforståelse af virkeligheden mene, at man måske kunne blive klogere på 'praksis på hospitalet', hvis man antog, at det kunne illustreres som værket 'The Fog doughnut', som Eliasson har skabt med et ønske om at vise verden som et ikke-normativt rum, hvor tågen illuderer blandingen af det rationelle og det irrationelle. Den rationelle dimension kunne ligge i nødvendigheden af at have faste rutiner og regler (planlægge), den irrationelle i konstant at være opmærksom på rutinernes skrøbelighed, og de andre måder der hele tiden handles på, således at man netop ikke stoler på eller forventer at reglerne bliver fulgt (se Kapitel 4).

I den travle praksis (omkring den ikke-rationelle produktionsproces som A. Strauss kalder det), har personalet på en afdeling, jeg besøger, mange bolde i luften på én gang. Man bryder ustandseligt ind i hinandens arbejde, og alle accepterer, at det er sådan. Også den sygeplejerske jeg fulgte en dag, mens hun hældte medicin op. Der skulle gøres injektionssprøjter klar med forskellige slags medicin til forskellige patienter. Mens sygeplejersken arbejdede med sprøjter, mærkater med patientnavne og medicinflasker blev hun afbrudt flere gange af kolleger, der spurgte om regler for taxakørsel for patienter, om tilstanden hos en patient på stue 5, og om hun vidste hvor lægen var - det hastede alt sammen, men drejede sig ikke om medicin.

Forsvarlig medicinhåndtering er en opgave, der har høj prioritet på hospitalerne, ikke kun p.gr.a. af akkrediteringsprojekterne, men også fordi der på nationalt plan er opmærksomhed omkring fejlkilder og konsekvenser af forkert medicinering. I Danmark har vi ikke en uafhængig institution med et virkefelt som IHI, hvorfra sikkerhedsproblemer illustreres på lige netop den måde samtidig med at der arbejdes med metodeudvikling og udbredelse af kendskab til kvalitetssikring. Men også her begås der jævnligt fejl og der udfoldes mange bestræbelser på hospitalerne for at sikre den bedst mulige praksis. Derfor er det ikke altid muligt at udpege forandringer i arbejdsprocesser som en direkte følge af akkrediteringsprojektet, men det har også sat sine spor.

11.4.2 Sikkerhed

Sikkerhed er et fremtrædende emne i akkrediteringssammenhæng, også i forhold til håndtering af medicin på hospitalet - hvilke præparater bruger man, hvordan opbevares medicinen, hvordan forholder man sig, når der skal ordineres medicin, hvad skal patienten have og hvordan sikrer man at patienten får, hvad der er besluttet? I mit feltstudie mødte jeg en række forskellige retningslinjer og dokumenteringskrav, som personalet ikke altid kan forstå værdien af, slet ikke set i forhold til den tid, der er afsat til opgaven. Noget findes direkte absurd, som for eksempel krav om den måde hvorpå personalet skal sikre sig, at en patient får den rette medicin:

> *"det har været kendt siden akkrediteringen startede, at man, hver eneste gang man skal give patienter medicin skal spørge dem, hvem de er, men det er meget svært at få folk til . Det er en stor barriere hver gang at spørge en patient, man har kendt i 14 dage, om han nu også er Otto Hansen"* fortæller en sygeplejerske.

Men det er ikke kun spørgsmålet om patientens navn, der opleves som overforsigtighed af personalet på hospitalet. Det er i nogle tilfælde også procedurerne for udlevering af medicinen. Reglen er, at sygeplejersken kun må udlevere, hvad hun selv har taget frem, man må ikke fordele arbejdsopgaverne således, at én hælder medicin op til alle afdelingens patienter, mens andre deler den ud. Mange arbejdsprocesser på hospitalerne er udviklet ud fra, hvad man har fundet praktisk i konkrete sammenhænge. På nogle afdelinger har det været sædvane, at man brugte stille perioder, blandt andet om natten til at løse forskellige administrative opgaver, lægge tøj og andre ting på plads eller gøre parat til den kommende vagt, for eksempel ordne medicin. Herom fortæller en sygeplejerske, at der i forbindelse med akkrediteringen er sket forandringer:

> *"Om natten hældte vi medicin op til alle patienterne til næste dag - det må man ikke mere."*

At gamle vaner og forhandlet orden eller sædvanligt anvendte landkort har stærke positioner, viste praksis på den afdeling, hvor to sygeplejersker, der har været kolleger i en årrække og også den dag jeg besøger afdelingen, er på vagt sammen, ganske uden diskussion hjalp hinanden med at gøre klar til uddeling af medicin. 'Jeg kan godt hælde medicin op til dine patienter også' siger den ene. 'ja-tak', siger den anden. Og sådan blev det.

At sikkerhed omkring håndtering af medicin ikke er 'en selvfølgelighed' viste en anden hændelse, hvor en sygeplejeelev var i praktik på en afdeling: eleven siger til sin vejleder at hun vil prøve at finde medicin frem til aftenuddelingen. Hun foreslår, at hun gør alle medicinbægrene klar med pillerne i, og at vejlederen så kan kontrollere, at det er de rigtige piller. Det kan man dog ikke, siger vejlederen - når pillerne først er fjernet fra pilleglasset, kan man ikke være sikker på, at man kan identificere dem. Det forstod eleven.

11.4.3 Medicinskemaer

I forbindelse med forsøgene på at forbedre sikkerheden har man på nogle af hospitalerne indført et særligt skema til brug for administration af ordination og uddeling af medicin. Om denne forandring af arbejdsprocesserne fortalte en sygeplejerske: *"vi kan ikke følge reglerne for det nye medicinskema - det er umuligt"*.

På det nye skema skulle lægen skrive navn og dosis på den ordinerede medicin - skemaet skulle dagligt opdateres og signeres af en læge. I første omgang har skemaet været et papirdokument, udfyldt ved håndskrift, som der af og til er problemer med at tyde. Ved en planlagt senere elektronisk løsning, skulle dette problem kunne løses. På skemaet var det sygeplejerskens opgave at markere med en skråstreg ud for hver type medicin, når den var sat frem eller hældt op, og med en ny streg vise, at patienten havde indtaget sin medicin. Det var især den sidste streg, der gav problemer, fordi patienter ofte selv administrerer deres medicin. Afdelingens hidtidige arbejdsproces omkring medicingivning havde i store træk været således, at sygeplejersken giver patienterne

injektioner og sætter pilleglas på sengeborde eller madbakker. Patienten tager sine piller, når maden kommer, når maden er spist eller i en anden sammenhæng, der passer den enkelte bedst. Alt sker med en stadig opmærksomhed fra plejepersonalet. Skal sygeplejersken rent faktisk se, at patienten tager sin medicin, bliver medicinuddeling en tidskrævende opgave, som man ikke finder, der er ressourcer til. Den foreløbige løsning på problemet med skemaet, var en stille omgåelse af reglerne - afkrydsningen på skemaerne foregik efter den enkelte sygeplejerskes eget valg - de fleste satte to streger på én gang. Opfattelsen på afdelingen var, at alle var sig deres ansvar bevidst og fandt at medicinudleveringen foregik forsvarligt. I øvrigt var der ikke en opfattelse af, at der var sket reelle forandringer i opgaverne og ansvarsfordeling. En sygeplejerske fortalte, at det var blevet mere synligt - *"det står i vores procedure, hvad der er lægens ansvar, hvad der er sygeplejerskens ansvar, men sådan var det jo også før, så det er ikke fordi man har opfundet den dybe tallerken."*

Det har hele tiden været læger der ordinerer og sygeplejersker, der hælder op, siger hun og tilføjer, at det nu bare står mere klart beskrevet.

Klager til ophavsmænd og ledere over skemaets umulige krav var hidtil ikke blevet accepteret. Afkrydsningsreglerne, hvor sygeplejersken skal observere at patienterne får deres medicin, er tilsyneladende helt i overensstemmelse med sædvanlig skik på hospitalerne i USA. En sygeplejerske fortalte om nogle forskelle mellem Danmark og USA, der under survey-besøgene var blevet synlige, i forbindelse med diskussioner om den danske praksis:

> *"I USA må patienterne ikke selv administrere deres medicin, mens vi her synes det er vigtigt at patienterne lærer selv at tage medicinen, for det skal de kunne, når de kommer hjem, og måske er det heller ikke så ubehageligt at være indlagt, hvis man har noget selvstændighed. Denne forklaring om at øve sig tog den amerikanske inspektør meget positivt, og sagde at de måske kunne lære noget af det i USA."*

Men den danske praksis om træning af patienter til selv at tage medicin harmonerer ikke med den nye rutine om obligatoriske observation fra personalet.

På et akkrediteret hospital i USA har jeg i 2004 set medicinhåndtering med brug af elektronisk styring, hvor medicinskabet kun kunne åbnes med adgangskoder og identifikationskoder for hver patient. På den afdeling (intensiv hjertemedicin) jeg besøgte passede sygeplejerskerne hver et antal på 6-8 patienter, som de havde ansvar for. Det tog ca. 1 time om morgenen for en sygeplejerske at give medicin til sine patienter. Uddeling af mad og drikkevarer på afdelingen var ikke en del af sygeplejerskens ansvarsområde, og det hændte at patienter, der havde brug for rigelige mængder af væske, kunne tilbringe en hel nat uden vandglas på bordet. Det opdagede sygeplejersken for eksempel, da hun skulle give sin patient morgenmedicin. Der er fokus på noget, men ikke på alt, der er altid svage led, er min erfaring herfra. Og selv om medicinen var opbevaret 'bag en elektronisk lås', kan der i den sidste del af proceduren, vejen fra medicinskabet til patienten i sengen, potentielt stadig opstå fejl.

Handlinger der får arbejdet til at fungere på en måde, man kan acceptere og stadig finder forsvarligt i sin lokale praksis, kalder Bowker & Star (1999) 'workarounds' i analyserne af, hvorledes man i praksis tilpasser sig standardiseringer. Det er ikke noget, der tales særlig højt om, heller ikke noget, man kan finde i procedurebeskrivelserne, det er noget alle ved. De har undersøgt det, de kalder 'magtfulde praktiske vaner' og refererer bl.a. til en analyse af brug af diagnosekoder i praksis på hospitaler. De spørger, hvad det er der sker, når man på en afdeling finder at kodebogen (en vejledning i brug af sygdomsklassifikationer) altid åbner sig på de samme sider, og foreslår at det er en indikation på sædvane for hvilke dødsårsagsklassifikationer, man benytter lige netop dér, underforstået at det ikke prioriteres højt at finde 'den rigtige', men blot en ikke upassende klassifikation.

Det var ikke kun sygeplejerskerne, men også lægerne på det danske hospital, der fandt, at der var problemer med de nye skemaer til administration af ordination og uddeling af medicin, ikke mindst fordi de ikke var landsdækkende, hvorfor man var nødt til at oplære nyansatte læger i brugen. Således fortalte en overlæge at:

> *"Folk er generelt blevet bedre til at udfylde medicinskema, men det tager tid. Det er et problem at lægerne skifter så hyppigt, især de yngre. Hvert halve år kommer der nye medarbejdere, der skal til at lære det. Det er lidt sejt."*

11.4.4 Information

Udover at det skal sikres, at patienterne får den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt, skal de have information, om den medicin de får. Det betragtes som et sikkerhedsspørgsmål, og der lægges vægt på det i akkrediteringsstandarderne. Et af kravene er, at informationen skal være ikke kun mundtlig, men også skriftlig. Det betyder, at der skal udleveres ensartet materiale fra hospitalerne. Mange, ikke mindst ældre patienter, får flere forskellige slags medicin, hvilket medfører at de skal have meget papir, der - som en sygeplejerske fortæller - ikke altid gør den tiltænkte nytte:

> *"Men alene papirmassen, papirbunken med oplysninger om medicin er helt, helt vildt. Mange patienter, læser det ikke. De spørger, og de stoler på det, vi siger. Tidligere havde vi noget, vi selv havde lavet, hvor vi havde kogt det ned og sagt det mest vigtige om virkning og bivirkning ... men nu står de med flere A-4 sider for hver tablet."*

Mens det ovenfor er en sygeplejerske, der beretter om praksis i sit daglige arbejde med patienterne, har en oversygeplejerske en opfattelse af det er blevet en nem arbejdsopgave at finde medicininformationen, fordi *"en, to, tre så ligger lægehåndbogen som ikon på alle computere, så man kan gå ind og finde udskrifter."*

Og så alligevel er det ikke optimalt, siger hun, fordi det er også en kerneydelse, *"at patienten ved, hvad det er for medicin hun får, for hvad. Dér lægger akkreditering op til at patienterne får udleveret noget informationsmateriale, mens der ikke er nogen standarder for, at de skal have forstået det. Systemet lægger mere op til at få dokumenteret, at man har udleveret en skriftlig information, end om patienten i virkeligheden har forstået, hvad det handler om."*

Hospitalets medicinhåndtering og -udvalg styres af en lægemiddelkomite, en gruppe bestående af læger, farmaceuter og sygeplejersker, der, selv om de er repræsentanter for hospitalets eller amtets medarbejdere, betragtes som praksisfjerne, i flg. nogle af medarbejdere på afdelingerne. Det er lægemiddelkomitéen, der står bag det nye ovenfor omtalte medicinskema og reglerne om udlevering af information til patienterne. Mol ville sandsynligvis ikke forvente, at personalet på afdelingerne var enige med kollegerne i lægemiddelkomiteen. Hun beskriver fra sit feltarbejde, hvorledes lægerne med speciale i åreforkalkning, på den ene side deltager i videnskabelige diskussioner om de bedste behandlingsformer ideelt set, og på den anden side forholder sig konkret til hver enkelt patient og vælger en behandlingsform, der kan afvige fra den ideelt set bedste. Sådan er praksis, den er distribueret og vi kan ikke forvente at se en enhed, skriver hun. Følger man Mol, kunne man sige, at lægemiddelkomiteen har sin funktion og praksis, og den sygeplejerske eller læge, der skal forholde sig til en konkret patient i en bestemt situation, står i en anden praksis og må derfor gøre noget andet end det, de mener lægemiddelkomiteen har beskrevet og besluttet. Distribution eller endnu et eksempel på en omgåelse af reglerne, en 'workaround'-situation.

11.4.5 Professionel praksis

Her vil jeg indføje et eksempel på professionel praksis/ klinisk beslutningsproces, som ikke let lader sig beskrive og dokumentere i en standardiseret procedureform - en samtale mellem en læge og en patient om en ny type medicin, patienten har fået ordineret:

En læge taler med en ældre kvinde, der skal udskrives efter en indlæggelse, hvor hun har fået konstateret, at hun har en hjertesvaghed, som kræver at hun nu begynder at tage medicin hver dag. Damen er bekymret for sin økonomi og spørger lægen til råds om reglerne for tilskud til medicinudgifterne. Lægen fortæller, at der er flere forhold omkring personlig økonomi og udgifter til medicin i øvrigt, som er afgørende for, hvor meget man skal betale, så han kan ikke give hende et konkret svar, men henviser til apoteket, som hun jo alligevel skal opsøge, når hun bliver udskrevet. Det beroliger ikke patienten, og der udvikler sig en lang samtale, hvor hun fortæller og spørger og uddyber sine økonomiske problemer, og også giver sine politiske meninger til kende om hvem der kan få tilskud af kommunen og ikke, og spørger lægen om han ikke også mener, der er noget forkert i den politik. Det spørgsmål kommer han, synes jeg, behændigt uden om. På et tidspunkt spørger han patienten, om hun har overvejet at holde op med at ryge, for i så fald kan hun faktisk undgå at tage den ordinerede medicin - og, tilføjer han, så sparer hun både pengene til cigaretter og til medicin. Det kan der desværre ikke være tale om, siger kvinden, da hun har så mange personlige problemer, som sætter nerverne på højkant. Hun fortæller nu om sine børn og børnebørn, om arbejdsløshed og skilsmisser. Lægen lytter. Samtalen afsluttes efter et kvarters tid, patienten er stadig usikker, men foreløbig beroliget og lægen går videre til næste opgave.

11.4.6 Afrunding

Medicinskemaerne og reglerne for håndteringen er et eksempel på en ensretning af arbejdsgange. Det kan være en god idé, fordi nye tanker kan spredes til alle, hvis man i forvejen bruger samme system, og det er også en fordel i forhold til centrale kontrol- og styringstiltag fra for eksempel sundhedsmyndigerne i landet. Spørgsmålet kan være, hvilke hensyn der vejer mest, når systemer konstrueres. Suchman (1995) skriver i en diskussion om problemstillinger i forbindelse med repræsentation af arbejdsprocesser, når der skal udvikles IT-baserede processtyringssystemer, hvorledes der er eksempler på at systemerne efterfølgende er blevet anvendt til kontrol af arbejdet, selv om det ikke var hensigten med udviklingen. Man kan se det som en pragmatisk løsning på et kontrolproblem - nogle data er bedre end ingen, og skal man have flere data, skal der måske systemændringer til.

Berwick er læge og havde mulighed for at følge tæt med i sin hustrus sygdomsforløb, hvorfor han kan give en øjenvidneskildring af problemer med medicinhåndtering. Jeg har fokuseret på visse dele af praksis omkring emnet, primært med henblik på at studere hvordan akkrediteringsstandarder påvirker arbejdsprocesserne, og her vist hvorledes standarder og praksis på nogle områder lever delvis parallelt, eller distribueret med Mol's udtryk, på hospitalet. Der er regler og skemaer, der skal udfyldes på den ene side, og der er en praksis, der skal fungere efter situationen og konteksten på den anden side. En del af denne kontekst er personalets egen opfattelse af, hvad der fungerer og er ansvarligt.

Beretningen om medicin fører ikke til nogen skarpe pointer. Men jeg kan med en infrareflexiv tilgang fremhæve nogle problemer fra praksis og kommentere ved at trække på en del af den litteratur, jeg har diskuteret.

I flg. Berwick er der mange faldgruber i medicinhåndtering og det er påtrængende at finde nogle kvalitetssikre arbejdsprocesser, så patientsikkerheden øges. I flg. den praksis jeg har set på de danske hospitaler, er der på den ene side personale, der finder, at de er ansvarlige og arbejder med patienter, der skal være selvhjulpne, og på den anden side lægemiddelkomiteer, der på de samme hospitaler finder, at der er brug for ensartede procedurer og øget kontrol med ordination og udlevering. Teoretisk set skal der skabes en balance mellem brug af normative kvalitetsmål, der ikke er rundet af en lokal kontekst, men skabt ud fra et overblik over praksis og problemer generelt, og praksis, hvor mangfoldigheden råder. Jvf. her Eliassons spørgsmål om hvorvidt man kan lave regler for mangfoldigheden? Når personalet skal udlevere tekster, der findes uegnede, når personalet savner redskaber til at sikre, at patienterne forstår materialet, og når akkrediteringssystemet definerer, at der skal være ensartede procedurer og kontrol, hvad sker der så i praksis? Distribution eller omgåelse/ 'workaround'. Magten til af skabe orden ligger hos lægemiddelkomiteen og i akkrediteringssystemet, men magten til at definere, hvordan praksis skal forløbe, ligger hos den enkelte læge og sygeplejerske eller fællesskabet på de enkelte afdelinger. Bowker & Star har (som tidligere nævnt) i deres undersøgelser af standardsystemer vist, hvorledes 'den enes standard kan være den andens forvirring', forstået på den måde, at selv en nok så velgennemar-

bejdet tekst i vejledninger, procedurebeskrivelser m.v., som har givet mening for forfatterne, ikke altid kan overføres til andre. Det er samme problemstilling, der rejses inden for forskning om repræsentation af synlig og tavs viden, jvf. her erfaringerne med at skabe grundlag for internationalt samarbejde mellem laboratorier i USA, Canada og UK omkring forskning i laserteknik, hvor man fandt, at udveksling af papirer ikke gav noget resultat, mens derimod det personlige møde mellem aktørerne førte til opklaring af misforståelser og udvikling af det fælles produkt, laserteknikken (se Kapitel 4). Følger man Mol' s forståelse af en distribueret virkelighed, kunne man sige, at lægemiddelkomiteen har sin funktion og praksis, og den sygeplejerske eller læge, der skal forholde sig til en konkret patient i en bestemt situation, står i en anden praksis og derfor må gøre noget andet end det, de mener lægemiddelkomiteen har beskrevet og besluttet.

11.5 Rutinemæssig kontrol

Akkrediteringssystemet indebærer overordnet set forandring af orden for arbejdsprocesser på to områder, dels udstikker det et fælles sprog for alle tilknyttede, dels opstiller det fælles regler for dokumentation og opfølgning eller kontrol. Det sidste kan give sig udtryk i krav om procedurer, der skal udføres på bestemte tidspunkter eller med faste mellemrum - der skal holdes brandøvelser, der skal holdes medarbejdersamtaler, gennemføres audit på journaler eller det skal tjekkes om apparaturet er i orden. Det sidste er temaet i denne historie.

11.5.1 Apparaturtjek og andre kontroller.

En del af de arbejdsopgaver, der påvirkes af kvalitetsstandarderne, er hvad man kan kalde tværgående processer på hospitalet, idet flere afdelinger er involveret. Det gælder for eksempel vedligeholdelse og i det hele taget ansvar for at det tekniske udstyr er til rådighed og i orden. På et hospital fortæller en medarbejder, at der ikke var nogen systematik omkring dette, før akkrediteringen kom ind i billedet: *"Så der stod en masse udstyr som ikke nødvendigvis var registreret på vores tekniske afdeling med alt hvad det indebærer af kvalitetstjek og lignende."*

Under mit feltophold på hospitalerne observerede jeg, at der nogle steder var mærkater ved apparaturet til brug for kvalitetstjek, andre steder var der ingen synlig mærkning. På en operationsstue iagttog jeg for eksempel, hvorledes apparaturet, både det der var monteret på væggene og det mobile, der flyttes rundt mellem operationsstuerne, i nogle tilfælde var forsynet med en mærkat med oplysning om datoer for henholdsvis seneste og næste funktionskontrol og i nogle tilfælde, men ikke altid, var der et navn på en person eller afdeling, (det kunne være en teknisk afdeling eller personale på operationsgangen) der havde ansvar for kontrollen. Datoen for næste kontrol, var nogle gange overskredet. Denne observation kunne være en anledning til en analyse af kontekst og mulige forklaringer, der kunne give et indblik i praksis, men jeg holder mig her til at konstatere, at planer og praksis ikke altid stemmer overens.

Det er en gennemgående metode i akkrediteringssystemet, at alle kontrolprocedurer skal dato-sikres - på dokumenter og mærkater på apparater, skal man kunne læse, hvornår der skal finde revidering eller anden opfølgning sted, og hvem der har ansvar for at det sker. Apparaturtjek er en velkendt opgave for blandt andet laboratoriets personale, som fortæller at kvalitetssikring af laboratoriet og det laboratorieudstyr, der findes på hospitalet har været et område, hvor standarderne ikke er opfyldt tilfredsstillende, og man har fået bemærkninger ved survey-besøgene.

> *"Der står små analyseautomater rundt omkring til måling af ilt og sådan noget. Og det har vi ingen kontrol med. Traditionelt har det ikke været underlagt vores afdeling. Det var noget de internationale inspektører slog ned på fra første øjeblik. Og siden har det været sådan, at hver gang tiden nærmer sig for næste inspektion, så siger hospitalets ledelse, at der må findes en løsning. Det er så tredje år de har sagt det, og hver gang har vi fra laboratoriet sagt at vi gerne vil påtage os det arbejde, men det koster, og så længe det kun var en mindre anmærkning fra inspektørerne, så døde det lidt ud og forsvandt i diskussionen om ressourcerne. Men da de skulle komme tredje gang lykkedes det at finde en løsning, og nu har vi fået opgaven og ressourcerne ."*

Svarsikkerhed omkring analyser fra laboratoriet er et andet interessant eksempel på et problem, der blev taget op og løst i forbindelse med akkrediteringen. For at lette arbejdsgangene er der måleudstyr til visse blodprøver på en del afdelinger uden for laboratoriet. Det er et meget simpelt udstyr, der ikke rummer plads til personnummer og andre former for patientidentifikation. Men da måleresultatet bliver printet på papir, som lægen eller sygeplejersken kan lægge ind i patientens journal, er der risiko for fejlplacering - sedlen kan blive lagt i den forkerte journal. Fra laboratoriets side har man gjort opmærksom på, at der findes udstyr, hvor et personnummer bliver printet sammen med prøveresultatet. Og der har været planer om anskaffelse, fordi alle var enige om at der var et kvalitetssikringsproblem med de eksisterende apparater, men sagen trak ud. Hvornår planen skulle realiseres var usikkert. Men:

> *"Så skal der komme inspektører fra akkrediteringsorganisationen og så laver vi en plan, og der sker der faktisk noget."*

Disse to eksempler om anskaffelse af måleudstyr viser, hvorledes akkrediteringssystemet indebærer en magt til af definere, hvad der er så kritisk for kvaliteten, at der skal handles. Et survey-besøg og en forestående akkreditering kan være en anledning til at træffe nogle beslutninger og løse en konflikt om prioritering af ressourcer uden yderligere argumentation og sagsbehandling.

11.5.2 Datomærkning og underskrift

Man skal vide, hvad der skal gøres når arbejdsopgaverne skal udføres - hertil har man standarderne og de uddybende procedurebeskrivelser og retningslinjer af forskellig art (og med forskellige betegnelser), men det skal også dokumenteres, at man har fulgt proceduren, og det skal kontrolleres, at alt er gået rigtig til. Dokumentering og kontrol er det gennemgående træk ved akkrediteringssystemerne. Det er på mange områder

nyttigt, og en garanti for at kvaliteten er i orden. Når sygeplejerskerne har tjekket medicinen i 'akutbakkerne', (en samling af medicin, der er klar til brug) er de begyndt at skrive datoen for tjekket, sammen med en signering, så man ved hvem der har gjort det - så ved de altid hvornår bakken er pakket og de har styr på at det bliver gjort med mellemrum.

Temperaturen i køleskabene er som berettet tidligere også noget, der skal overvåges. Det skal ske dagligt, og der skal skrives signatur for den, der har målt samt dato. Der er sat skemaer på køleskabene til brug for markering af, at et tjek er blevet foretaget. Mens sedlen kan være en standardblanket, der benyttes på hele hospitalet, er procedurerne for arbejdsprocessen - tjek af temperatur og afkrydsning på skemaet - et lokalt anliggende, hvor det skal sikres, at opgaven bliver løst. At det kan være en kompliceret sag, erfarede man på en sengeafdeling, hvor alt hvad der foregik i afdelingens køkken hørte under rengøringsafdelingen, som fungerede på tværs af hospitalet med egne arbejdsprocesser og planer. Sengeafdelingens ledelse var selvfølgelig opmærksom på, at der skulle tjekkes temperaturer, og havde sørget for en rutine omkring køleskabe i medicinrum og andre kliniske lokaler, hvor plejepersonalet havde ansvaret, men havde ikke tænkt på køkkenet. Det havde rengøringsfolkene heller ikke - personalet var hyppigt skiftende, og afdelingens plejepersonale var vant til, at man ikke kendte rengøringspersonalet, og så længe køkkenet fungerede, og der blev gjort rent var der ingen problemer - og ingen tænkte på sedlen på køleskabet. Men den blev ikke brugt dagligt og temperaturen ikke systematisk tjekket. Først da der blev gennemført et centralt tjek af sedlerne, og man fandt dem mangelfuldt udfyldt, blev man opmærksom på problemet. Her var ikke nogen alvorlig sikkerhedsrisiko, og normalt var forholdene også i orden - men komplikationer ved tilrettelæggelse af kontrolsystemer blev synlige.

Pointen i denne beretning kan være, at akkrediteringsstandarder, der tillægges en magt til at definere, kan bruges til at prioritere og støtte nogle forandringer frem for andre, som det er tilfældet med anskaffelser af nyt apparatur. Der bliver også skabt nogle nye typer af sandheder, man er nødt til at forholde sig til i praksis. Ingen kan være uenige i at temperaturen i køleskabene skal være i orden, og registrering på sedler anses også generelt for at være en garanti, for at opgaven bliver udført. Magten til af definere er dobbelt - dels kan standarderne betyde forandring i normer, dels kan kontrolbesøg betyde, at der handles i praksis med henblik på opfyldelse af normerne.

11.6 Detaljer. No Shit Sherlock.

I beskrivelsen af tilblivelsesprocessen for det sygeplejefaglige klassifikationssystem, NIC (se Kapitel 6), får man indblik i en diskussion om klassifikationers detaljeringsgrad i forhold til repræsentation af procedurer for arbejdsprocesser og -opgaver. Hvis en enkelt klassifikation dækker et bredt område kan den blive meningsløs i forhold til sammenhængen med praksis, og er området for smalt bliver praksis splittet op i detaljer, som man ikke er opmærksom på, når man udfører sit arbejde. I NIC-projektet fandt man frem til, at det var vigtigt at undgå den såkaldte 'No Shit Sherlock' situation, en betegnelse for en overdrevent detaljeret procedurebeskrivelse, som personalet ville

finde alt for banal til at tage alvorligt, og derfor højst sandsynligt ville ignorere klassifikationen, hvorved proceduren ville blive 'glemt i organisationens hukommelse' . Dette dilemma har visse træk til fælles med erfaringer omkring udvikling af regler og procedurer i forbindelse med implementering af akkrediteringsstandarderne. Der kan være tale om, at de er direkte henførbare til standarder i de fælles manualer, men de kan også være lokale løsninger, måske besluttet i et kvalitetsudvalg på hospitals- eller forvaltningsniveau. Når for eksempel akkrediteringsorganisationens repræsentanter påpeger, at der skal være datoer på personalets madpakker i køleskabet og interesserer sig for, hvilket køleskab pakkerne opbevares i, fremkalder det hos flere aktører på afdelingerne en 'No Shit Sherlock' fornemmelse af overflødig eller overdreven regelsætning. De finder det ikke uforståeligt, men mener at det er småtingsafdelingen i forhold til patientsikkerhed.

Der er også træk af meningsløshed eller 'No Shit Sherlock'-attitude i de følgende eksempler på sikkerhedsprocedurer:

11.6.1 Vandkander

På et hospital blev der til alle afdelinger udmeldt en ny kvalitetssikringsprocedure, som personalet fandt umuligt at effektuere på en enkel måde. Emnet var rengøring af de vandkander, der stod fremme til fri afbenyttelse for patienterne. Af sikkerhedshensyn havde hospitalets kvalitetsudvalg besluttet at alle kander fremover skulle rengøres ikke kun med opvaskemiddel og varmt vand, men også ved skoldning og det skulle ikke ske i hospitalets fælleskøkken, men lokalt på afdelingerne. I instrukserne stod at personalet skulle overhælde vandkanderne med kogende vand fra elkedler, fordi de fleste sengeafdelinger ikke havde opvaskemaskine i de små køkkener, hvor der tilmed kun var en mindre køkkenvask. Plejepersonalets reaktion var blandt andet således:

> *"Og skulle man så stå der og arbejde med kogende vand adskillige gange om dagen?, Nej! vi ender op med en arbejdsskade. "*

Personalet kan godt se formålet, men efterlyser en mere forsvarlig anvisning på, hvordan de kan udføre opgaven i praksis, hvor der i øvrigt bruges ganske mange kander i løbet af en dag, fortæller en sygeplejerske.

11.6.2 Kanylespande.

Mange af standarderne i akkrediteringssystemerne er orienteret mod organisering af arbejdsprocesserne med hensyntagen til den størst mulige sikkerhed. Det gælder også omkring opbevaring af brugte sprøjtekanyler på sengeafdelinger. Flere steder har man ændret opbevaringsform og eksperimenteret med forskellige typer af kanylespande. Et af kravene til spandene er, at ingen og slet ikke børn, må kunne få fingrene ned i spandene. Udover på børneafdelinger er det for de fleste afdelinger ikke sædvanligt at se børn overhovedet, og når de kommer er de sammen med voksne på besøg, men kan selvfølgelig i ubevogtede øjeblikke nå langt omkring. Ingen medarbejdere kan dog huske at have hørt om børn, der fik fat i eller kom til skade med brugte kanyler. I forhold til problemets formodede størrelse, finder sygeplejerskerne at der er brugt mange res-

sourcer på at forebygge det. Personalet har den opfattelse, at 'de der bruger kanylerne, ved hvad de gør, men det er svært at dokumentere'. Hvorfor får man for eksempel ikke hjælp til at overholde kravene, er der en der spørger, i stedet for at afdelingen selv skal sørge for at få løst det praktiske problem med at finde egnede holdere til spandene?

11.6.3 Orden i lokalerne

Gangarealer på hospitaler betragtes som regel som flugtveje, og skal derfor være fremkommelige og ryddet for senge, kasser, borde og andet inventar. Flere ledere fortæller, at der bliver pirret til deres stolthed i forbindelse med besøgene fra akkrediteringsorganisationerne, og at de derfor går rundt og gør ting, såsom at samle papir op og ordne på hylderne, inden besøget. De vil ikke have at vide, at der et eller andet sted er noget, der ikke er tørret op, eller andre former for uorden, der kan påtales, fordi, som de siger:

"der skal være rent på hovedtrappen - det indikerer, at der er orden indenfor."

Men mange steder er der for lidt plads, hvilket vil sige at man ikke kan overholde idealet og derfor midlertidigt rydder ting væk, når der skal være inspektørbesøg:

"så mokker man jo ting ind i et hjørne ... så man kan få gangene fri."

Selve oprydningen er man godt tilfreds med, at man får taget fat på, men pladsproblemet bliver ikke varigt løst.

11.6.4 Laminerede opslag og skilteskov.

Der distribueres mange former for meddelelser og retningslinjer omkring akkrediteringssystemet. I kvalitetshåndbogen, som omtalt i afsnit 11.2.1, samles tekster om standarderne og omsætningen til praksis i form at procedurebeskrivelser, politikker m.v. og der er opmærksomhed omkring det i og med, fortæller en leder, at det er bestemt at:

"Når nye instrukser og anden information bliver udsendt, skal alle medarbejdere med en underskrift dokumentere, at de har læst materialet."

Men derudover har man mange steder taget andre virkemidler i brug, som for eksempel opsætning af mærkater og skilte, når der er særlige budskaber, der skal formidles. Det sker ikke kun i forbindelse med akkrediteringsstandarderne og er ikke noget nyt fænomen. Således er der på alle hospitalerne sat mærkater op ved håndvaskene med vejledning i håndhygiejne, ved mange affaldssamlingssteder er der skiltning vedr. håndtering af affald - noget skal i særlige containere, andet må kun lægges i én form for sække osv. Ved sækkene til snavset personaletøj er der opslag om, at man skal huske at tjekke om lommerne er tømt. Ved indgangen til operationsstuerne er der opslag om hånd- og armvask for kirurger, om mundbind for alle, der færdes på stuerne; ved indgangen til visse laboratorieområder bliver man husket på, at man skal skifte fodtøj. En læge, der var forholdsvis nyansat fortalte, at akkreditering i hvert fald har medført at der er sat nye skilte op. Han nævner, at der ved lægernes vagtværelse er skiltning om, at man skal huske at slukke lyset og lukke dørene.

Nogle steder kan næsten få associationer til en skilteskov. For eksempel kan der på en operationsstue findes mærkater ved håndvaskene med oplysning om håndhygiejne, opslag om at der er hygiejneproblemer ved brug af smykker og armbåndsure - jeg hører personalet tale om smykkeforbudet og de fleste overholder det, men jeg ser dog nogle ure, jeg ser den nyansatte unge læge, der bliver mindet om forbudet, han tager uret af - et par timer senere, stadig i gang med arbejdet har han taget det på igen. Ydermere kan man se opslag om, hvordan personalet skal forberede sig til en operation - metoden 'De 5 trin' (Se afsnit 12.2.4) findes beskrevet i plakatform. Endvidere kan der være billeder, der er relevante for netop den type af behandlinger og operationer man er specialiseret i. Der er således meget, der kræver opmærksomhed, og med en multiplicitetsforståelse vil jeg antage, at selv om arbejdspladsen bliver en skilteskov, kan der stadig reageres på mange måder, der kan ske så meget. Og som i andre tilfælde må det være muligt, at man ved synet af de mange træer mister blikket for helheden, skoven.

På mange afdelinger udformer personalet selv små opslag, ofte med figurer fra computergrafikprogrammer, til at erindre om nye procedurer, eller indskærpe gældende praksis. Et sted brugte man, i forbindelse med implementering af nye procedurer for smertevurdering, forskellige vittige tegninger og tekster på små huskesedler, der blev placeret ved alle skrive- og mødeborde og steder, hvor personalet i øvrigt opholdt sig uden for patientstuerne. På mange døre, der fører ind til rum, hvor patienter og pårørende ikke må komme, er der sat skilte med 'adgang kun for personale' og lignende formuleringer. Andre gange står der 'Døren skal holdes lukket'. Det er døren ikke altid, har jeg observeret. Jeg har set noget tilsvarende på et hospital i USA, hvor man også følger akkrediteringsstandarder - her var kodelåsen på døren slået fra, eller der sad stopklodser i klemme, så døren stod åben. Kravet om de lukkede døre er åbenbart en del af det nye landkort, som ikke vinder indpas i almindelighed. Det er også et af de kvalitetssikringskrav, det er let for den etnografiske forsker at få øje på. Det kan ses som en indikator på brugen af systemet generelt eller som et særtilfælde. Denne problemstilling vil jeg dog ikke gå nærmere ind her, hvor mit fokus er at finde ud af, hvad der sker i praksis, ikke hvorfor det sker eller ikke sker.

Latour skriver om en situation, hvor man på et hotel forsøgte at finde frem til en metode, der kunne sikre at gæsterne efterlod værelsesnøglen i receptionen i stedet for at tage den med sig. Hver gang man fandt en ny udformning af et nøglevedhæng, der skulle hindre at nøglen blev fjernet, registrerede man hvordan hotelgæsterne reagerede, og til sidst fandt man en model (et tungt og stort vedhæng), der tilsyneladende virkede, således at ingen tog nøglen med ud fra hotellet (Latour 1987). Pointen i den historie er, skriver Latour, at man må tilpasse teknologien til situationen, det handler om samspillet mellem de humane og non-humane aktører. Overført til akkrediteringssystemet kunne man spørge om, i hvilken grad en sådan tilpasning mellem personalet på hospitalet og standardkravene i akkrediteringssystemet indgår i udformning af kvalitetssikringsprocedurerne. Hvor er balancen mellem accept og afvisning, og hvordan finder man det rette samspil mellem systemet / de non-humane aktører og personalet / de humane aktører?

På sygehusene i Sønderjylland var der ved alle håndvaske opsat gule mærkater med advarsel om, at der var varmt vand. Det var et ufravigeligt krav fra den britiske akkrediteringsorganisation og danskerne, eller i hvert personalet i almindelighed, forstod ikke hvorfor det var så vigtigt, men accepterede dog, og skeptikerne fandt her et eksempel på systemets dårskab. Trods alt var der jo varmt vand i hanerne, men det plejede ikke at give problemer. Og det var ikke det eneste eksempel på overdreven forsigtighed, idet for eksempel også elevatorer skulle påklæbes mærkater med advarsler om at børn kun måtte benytte dem, når de var ledsaget af voksne. I det hele taget var sikkerhedskravene ikke altid forståelige i en dansk kontekst. Den dybere forståelse af kravet om advarslen om det varme vand fik en sygeplejerske, efter at en kollega havde været i England og set lignende skilte overalt ved håndvaskene på hospitaler og andre offentlige institutioner (hvor man ikke, som i Danmark, havde blandingsbatterier, men separate haner til koldt og varmt vand).

Ikke al information og ikke alle metoder modtages lige positivt. Det kan være såvel budskabet som udformningen, der reageres imod. Teksten er banal eller formen er for poppet. 'Laminerede opslag på væggene' var ligefrem et skældsord nogle steder, og skeptikere blandt læger i forhold til udbyttet af akkrediteringssystemet fandt, at disse opslag måske var den største forandring, der var sket. En sådan vurdering ser jeg som en markør af, at systemet overvejende betragtes som noget normativt, hvor der ikke er den tilsigtede oprindelige forbindelse mellem indhold og praksis, men kun formen tilbage, dvs. akkrediteringen signalerer kvalitetssikring, men udsiger ikke noget om hvad der sker i praksis. Her kan det teoretisk set for lægernes vedkommende være de faglige kerneydelser, der primært (stadig) styrer praksis.

11.6.5 Information til patienterne. Autotekst i journalsystemet.

En standard der omhandler kommunikation mellem professionelle og patienter er oversat til en politik, der i daglig tale går ud på, at man skal 'tale ordentligt til patienterne', herunder sørge for at de er velinformerede om undersøgelser og behandling. Der ligger ikke noget nyt i denne standard, mener personalet generelt, sådan var det også før akkrediteringssystemerne blev implementeret, og selv om det nu er en standard, er der ingen håndfaste hjælpemidler, ingen skabelon eller tjekliste, men dog en tekst i et dokument, der handler om politikker på hospitalet. Med politikkens eksistens, er det blevet legitimt at tage emnet op, hvis man finder, der er problemer. På den måde fungerer kvalitetsstandarderne som et fælles kompas, der viser hvilken retning man bør følge, hvad der er rigtigt og forkert, og som en fælles lovsamling, der kan refereres til. At der, lige som det gælder for al anden lovgivning, er såvel lovlydige som ignoranter bør vel ikke overraske.

Den øgede kontrol og dokumentation i forbindelse med kvalitetssikringen har ført til, at der er kommet mere papir i journalerne - det er dokumenter, der skal bruges til registrering af at arbejdsopgaver er udført, for eksempel opgaver der kan vedrøre information man har givet til patienter, besked videresendt til andre dele af sundhedsvæsenet,

undersøgelser man har foretaget, rådgivning man har givet patienten om kost eller medicin. Der arbejdes nogle steder med udvikling af såkaldte auto-tekster der kan benyttes som patientinformation. Personalet kan finde dem i det elektroniske dokumentsystem og kopiere dem til patienterne, hvilket svarer til, mener jeg at udlevere en pjece, og dermed en generel tekst som ikke er forfattet til lige netop denne patient i den konkrete situation på dette hospital, og som personalet heller ikke har ejerskab til. Her finder jeg endnu et eksempel på, hvorledes 'den enes standard kan være den andens forvirring', forstået på den måde, at en tekst i en vejledning ikke altid kan overføres til andre, jvf. beretningen om medicinskemaerne i afsnit 11.4.

Om patientinformation generelt nævner både læger og sygeplejersker, at de savner en beskrivelse af, hvordan man skal kommunikere med patienterne, således at disse forstår, hvad budskabet går ud på. Personalet har erfaret, at selv om de har en tekst, er det kun et redskab, som ikke kan stå alene.

Også i forbindelse med journalskrivningen bruges der nogle steder autotekster. En oversygeplejerske fortæller, at der med akkrediteringen er sket forandringer i rutinerne omkring patientinformation. Nu skal man dokumentere, at man har givet information (mundtligt og / eller skriftligt), det betyder blandt andet at lægerne skal skrive i journalen, at de har informeret. Det er en stor forandring, der er skepsis på afdelingen, og der udtrykkes tvivl om effekten og stilles spørgsmål om, hvorvidt der blot af hensyn til akkrediteringen markeres, at der er givet dokumentation:

> *"Man kan have en mistanke om nogle gange, at der bliver trykket på en knap, selv om patienten måske ikke har fået sin information. Det er en autotekst, der kommer, man trykker på en bestemt knap på computeren, så skriver den at patienten er informeret om ..... Man kan blive i tvivl om lægerne bare har sagt autotekst, men at de ikke har gjort det[informeret] alligevel"*, siger sygeplejersken.

Utilfredshed med kvaliteten af informationen til patienterne giver sig udslag i forskellige aktiviteter på afdelingerne. Nogle steder går man i gang med at teste kvaliteten, (det kan være i form af spørgeskemaer eller interview med patienter, hvor man stiller spørgsmål, der skal belyse, hvad patienten har fået ud af informationen) mens man andre steder ikke kan afse ressourcer til noget sådant og efterlyser fælles indsats fra hospitalets side. Disse forskellige tilgange til praksis ser jeg som udslag af, at man har taget den nye orden eller landkortet for kvalitetsarbejde til sig (der skal tænkes i standarder og fælles procedurer), således at det nu ligger som det usynlige fundament, eller at man har taget standardsystemets ordensopfattelse til sig, hvorefter der skal være system i udviklingen af retningslinjer og procedurebeskrivelser. Det kan ses som en accept af, at opgaver skal defineres ud fra procedurer, hvorfor der ikke er nogen grund til at diskutere andre måder i hverdagen, lige som der ikke er nogen legitim adgang til at afvige fra det vedtagne. Fokus er rettet mod de muligheder man har fået, og akkrediteringsstandarderne får lov at definere, hvad der er vigtigt.

11.6.6 Afrunding om detaljer

Med implementeringen af standarder og procedurebeskrivelse i kvalitetshåndbøger har hospitalerne fået et redskab, der kan bruges i mange sammenhænge. Det er blevet legitimt at referere til politikker for adfærd og dermed tage fat på problemstillinger, der måske ikke tidligere har haft en ramme, hvori de kunne diskuteres. Der er også introduceret nogle nye sandheder om information og kontrol - at man *skal* informere patienterne, og det skal registreres, at man har gjort det. Redskabet kan også anvendes til at styrke ordenen og stille flere topstyrede krav til praksis, som det ses i eksemplet med vandkanderne. I nogle tilfælde er der tegn på, at der bliver skabt en kollektiv identitet omkring modstand mod topstyrede initiativer, hvor der stilles krav om at personalet skal finde en række praktiske løsninger på problemer, andre har identificeret. Uforståelige krav skaber modstand. I dette tilfælde ser jeg, at der er tendens til, at der skabes sandheder om detailstyring, som åbenbarer en barriere mellem forskellige dele af hospitalet - topstyrede kvalitetskrav og lokal praksis omkring arbejdsprocesser.

Med den øgede transparens, som akkrediteringssystemet giver, reduceres mulighederne for distribueret praksis, hvor uoverensstemmelser kan praktiseres, fordi der aldrig sker et møde. Man kan også anskue udviklingen som et udslag af en forøget mængde boundary objekter, idet arbejdet med at udvikle og implementere akkrediteringssystemet har styrket samarbejdet mellem hospitalerne, hvor aktørerne i arbejdsgrupper har diskuteret fælles retningslinjer og fået gensidigt indblik i de forskellige hospitalers procedurer og arbejdsprocesser. Hermed øges den samlede viden, og der kan skabes mulighed for at udveksle idéer og lære af hinanden, med den konsekvens, at den samlede mængde af retningslinjer vokser. Hvor mange træer skal der til, før billedet af skoven forsvinder og man farer vild?

11.7 Dokumenter og orden.

11.7.1 Fællesskab

Hvis akkrediteringsmetoden er løsningen, hvad var så problemet? Jeg har i Kapitel 1 refereret nogle argumenter for akkreditering i en evalueringsrapport fra projektet i Sønderjyllands amt, hvor det understreges, at formålet var et etablere et amtsligt bredt system til at måle og fremme udviklingen af kvalitet i sundhedsorganisationer og af sundhedsydelserne, blandt andet i form af udvikling af metoder og redskaber. Dette projekt var som udgangspunkt og i modsætning til tanken i H:S projektet, rettet mod ikke kun hospitaler, men også samarbejdspartnerne i den primære sektor, de praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje.

Med akkrediteringssystemet skulle det blive muligt at måle og fremme udviklingen af kvaliteten af ydelserne fra sundhedsvæsenet. En kommentar fra en medarbejder viser, at der er forskellige opfattelser af, hvad der er vigtigt:

> *"der er ikke nogen målinger på kvaliteten af det, der bliver udført hos patienten. Det ligger vel implicit i standarderne, men det er ikke det, der bliver målt. Der bliver målt på, om vi har sat vores underskrift."*

Ligeledes i Kapitel 1 har jeg refereret til de formål, man formulerede fra H:S, hvor der fokuseredes på ønsket om et fælles sprog og forventning om, at akkreditering som et ledelsesredskab kunne støtte skabelse af sammenhæng mellem hospitalerne, der få år forinden var blevet samlet i én organisation. Som ledelsesredskab kan samlingen af standarder være en støtte for formulering af fremtidige krav fra ledelsen på forskellige niveauer til medarbejderne. Standerne kan betragtes som et landkort, man kan bruge til at danne sig et overblik over en række forhold, man skal forholde sig til som leder, og landkortet kan bruges til at illustrere nødvendige fokusområder og opgaver over for medarbejdere.

Blandt medarbejderne, i det felt jeg har færdedes i, er der ofte tvivl om hvilke problemer, der kan løses med akkrediteringssystemet. Det er ikke alle aktører, der har en klar opfattelse af formålet med projektet, og mange har mest observeret, at det er et tidskrævende arbejde, der tager tid fra det egentlige, nemlig at tage sig af patienterne. Med en tilgang til forståelse af praksis som en multipel størrelse med udefinerbare grænser og former, kunne man antage, at der vil være mange opfattelser af formålet med akkrediteringsprojekterne, men jeg ser en forskel på, at der fortælles om en diversitet eller om noget diffust eller uklart. Diffust bliver det måske, når der pludselig bliver givet særlig opmærksomhed til opgaver, der ellers ikke har været fokus på, en ny side af den multiple virkelighed belyses. Og det er det sidste jeg observerer, når hospitalets medarbejdere taler om tidsforbruget som noget af den mest markante forandring i praksis. De ledere og kvalitetsmedarbejdere, der har arbejdet med implementering af systemet, fortæller om et dybere kendskab til indhold og metoder og dermed et bredere perspektiv end de øvrige. Det er for eksempel typisk fra denne gruppe af aktører, jeg får fortalt, at der tidligere har været for lidt skriftlighed i arbejdet i form af manglende procedurebeskrivelser og vejledninger.

11.7.2 Synlighed. Blækket var ikke tørt endnu.

Den beretning, jeg får et sted om en afdelings forberedelse forud for et survey-besøg i form af færdiggørelse af skrivning af dokumenter, viser én side af akkrediteringssystemet på et bestemt tidspunkt i implementeringsforløbet. For at illustrere hvorledes aktørerne havde arbejdet med at få alle papirer skrevet og fordelt, brugte de vendingen 'blækket var ikke tørt endnu, da surveyor'ne ankom'. Mine informanter kunne også have fortalt om en række procedurebeskrivelser og andre tekster, der endnu ikke var udbredt til alle medarbejdere. Det, der kunne præsenteres for surveyor'ne var således dokumenterne, der naturligvis repræsenterer en bearbejdningsproces hos de involverede, men ikke en forandring i arbejdsprocesser. Dokumenterne som en synlig repræsentation af kvalitetssikring af arbejdet, ser jeg som et fundament for en moralsk orden, der som Bowker & Star skriver, kan være starten på skabelse af mainstream myter, som kan gøre det svært for andre stemmer at blive hørt. De nye dokumenter skal afløse de lokale procedurebeskrivelser, som havde udviklet sig rundt omkring på hospitalerne - alle kunne fortælle om de gule lapper papir på opslagstavler og hylder og i skabe med 'husk lige'-information - 'de gule lapper' skal erstattes af kvalitetshåndbogen eller pro-

ceduremapperne, der repræsenterer en mere fast og fælles forankret orden i praksis med en garanti for systematisk opfølgning.

11.7.3 At få lært en tankegang

De gule lapper og andre lokale vejledninger var ikke altid forsynet med dato og kontaktperson, de opfyldte et formål om hurtig korrektion og informationsafgivelse. Med kvalitetshåndbogsformen prioriterer man synlighed og fælles former for dokumentation, således som det udtrykkes af en sygeplejerske, der har arbejdet med at implementere standarderne:

> *"det handler om at få lært sygehuset en tankegang. Fordi det er jo ikke sådan, at vi ikke har gjort det før, men det har måske ikke været beskrevet, eller det har stået på små lapper eller et eller andet sted omme bag i et ringbind. Nu er det mere tilgængeligt. Og de første besøg fra akkrediteringsorganisationen har også været med til at styre os hen imod en ny tankegang."*

Jeg ser denne nye orden som en indikator på god ledelse i forhold til kvalitetsstandarderne - der er den orden i mapperne, som man forlanger og forventer på hospitalet i forhold til det formål, der er beskrevet for akkreditering, som overalt handler om, at der skal være systemer til sikring af, at man har fokus på opgaverne hver især (det er hvad den enkelte standard omhandler). Standarderne dækker ikke kun lokale arbejdsprocesser, men også tværgående funktioner, og beskrivelserne for disse giver et overblik over, hvad der er nødvendigt for at sikre sammenhæng i behandlingsforløb på hospitalet og koordinering af indsatsen fra forskellige professioner og afdelinger. Om sygeplejersken har ret i, at det ikke er praksis omkring arbejdsprocesserne, men primært tankegangen, der ændres og hvad det egentlig betyder at ændre tankegang, er et af de spørgsmål, jeg tager op igennem hele afhandlingen i forskellige sammenhænge.

Fra praksis på afdelingerne kan man få et indtryk af, hvorledes den nye orden omsættes eller materialiseres. Fra sygeplejeside ser situationen i nogle tilfælde således ud, hvis spørgsmålet handler om at holde orden på afdelingen -

> *"Det er jo noget man er opdraget med i sygeplejen. Vi ved det jo godt. Det er lidt træls, at man skal hele den her mølle igennem for at bruge krudt på det, vi godt ved i forvejen. Vi ved også godt, at journaler ikke må ligge og flyde."*

Denne sygeplejerske mener også, at personalet er vant til at kommunikere med patienterne så de også får information om deres sygdom, og man har klaret sig udmærket uden standarderne:

> *"Nu går vi ind og laver en procedure for hvordan man skal modtage folk, for eks. sige goddag og præsentere sig . Det er sådan noget, der alligevel ligger implicit, at man tager ordentlig imod folk . Jeg synes ikke det har nogen effekt, at det bliver skrevet ned. Det er ikke noget, der bliver diskuteret, fordi nu er det bare sådan. Det siger de oppefra, at sådan skal det være, og så må vi andre acceptere det. Nogle gange siger vores ledere, at vi skal lade være at spilde vores krudt på det [diskutere det], fordi nu er det bare sådan det skal være."*

En del af de nyskrevne procedurer skal personalet som nævnt forholde sig aktivt til på den måde, at de skal dokumentere, at de har fulgt dem. Det lægger en yderligere dimension til orden i arbejdsprocesserne, idet der skal etableres et særligt system til at håndtere dokumentationen. Der er fordele ved at skulle dokumentere, fortæller personalet, som for eksempel i de tilfælde, hvor man får en patientklage, og kan hente støtte i og med at man har beskrevet og dokumenteret undervejs i behandlingsforløbet. Her kan det således bruges som et forsvarsredskab i en konkret sammenhæng. Hvad angår indvirkningen i de daglige arbejdsprocesser, er der forskellige erfaringer. En sygeplejerske finder, at der er overflødige krav fra systemet omkring information:

> *"Nu skal patienterne informeres både mundtligt og skriftligt. De skal også have givet tilsagn til en behandling, og det skal stå i journalen og i sygeplejepapirerne. Det gælder fx for en blodtransfusion, hvor man nu, før man giver blod til en patient, skal informere og have patientens samtykke i form af en underskrift, mens man i gamle dage måske kun fortalte patienten, nu skal du høre her hr. Hansen, du har en lav blodprocent, så nu skal du have to portioner blod, er det i orden? Ja, ja sagde hr. Hansen."*

Men selv om nogle af dokumentationsopgaverne findes overflødige, bliver de udført, og man hjælper også hinanden, fortæller en sygeplejerske, der siger at hun selvfølgelig prøver at sætte sig ind i alle de procedurer, der nu er lagt frem og rette sig efter det. Hun hjælper også lægerne med at få de nødvendige papirer udfyldt:

> *"man prøver at hjælpe hinanden og få tingene gjort og sikre, at der er skrevet de rigtige steder. Vi [plejepersonalet] samler op, går hen og siger, hov, det skal vi lige have gjort."*

11.7.4 Orden i kommunikation og dokumentation

På laboratoriet, hvor man arbejder under flere typer af kvalitetssikring, kan erfaringerne bidrage til en nuancering af det fælles akkrediteringssystem, hvor det er de organisatoriske processer, der er i fokus. Det andet system, der fungerer på laboratoriet vedrører den faglige kerneydelse - at analysere blodprøver. I forbindelse med den fælles akkreditering bliver forskellige typer af eksisterende orden synlige. Fra laboratoriets side ser man således forskellig praksis omkring sikkerhedsforanstaltninger i forbindelse med håndtering af blodprøver:

En bioanalytiker fortæller, at proceduren foreskriver, at man skal sætte et mærke på glasset, inden man tager prøven, fordi det skal være muligt at identificere, hvor blodet kommer fra. Endvidere skal man huske at spørge patienterne om person-nummer. Disse retningslinjer følges ikke altid, når det er personalet på sengeafdelingerne, der selv tager blodprøver og sender materialet til laboratoriet. Herfra har man også observeret andre problemer og udfordringer til praksis i forbindelse med efterlevelse af procedurer omkring svarsikkerhed. Det handler om kommunikationen mellem laboratoriet og sengeafdelingerne, hvor brug af fax er blevet erstattet af udelukkende elektroniske meddelelser. I følge akkrediteringsstandarderne må man ikke fra laboratoriets side

sende svar via fax, fordi blanketten kan havne det forkerte sted, hvis man fx skriver forkert telefonnummer.

> *"Vi må heller ikke opgive et prøvesvar til en læge, der ringer fra et andet hospital. Når det sker, skal vi svare, at vedkommende skal få fat i en læge, der hører til på den afdeling, hvor patienten egentlig kommer fra."*

Medarbejderne på laboratorier har således erfaringer med kvalitetssikring af kerneydelser som baggrund for at vurdere de nye standarder, som de finder kun berører deres arbejde perifert. En medarbejder fortæller, at hun har fået indblik i, at akkreditering generelt kan handle om at have sin ryg fri. Det er ikke tilfældet med det laboratoriespecifikke projekt, som afdelingen selv har taget initiativ til og følger frivilligt, men man ved, at det kan ske og har hørt om laboratorier i en international sammenhæng, hvor den særlige akkreditering af analysearbejde ikke primært handler om patienterne, men mere om juridiske forhold og sikring mod sagsanlæg. På laboratoriet skal man konstant overvåge, om analyseapparaterne fungerer korrekt, og analyserne dermed er pålidelige. Hver gang der er ujævnheder i arbejdsprocessen, skal der skrives rapporter, såkaldte afvigerapporter, hvilket er en tidskrævende opgave. Herom siger medarbejderen:

> *"det har slået en ved alle de afvigerapporter, at det er egentlig ikke så meget for patientens skyld, det er mere for at vi skal have vores ryg fri. Det er sådan et eller andet med sagsomkostninger, de har haft i USA, hvor det er dyrt hvis der bliver anlagt sag imod dem. Det vigtige er, at man selv kan dokumentere at man ikke har gjort noget galt. Det har vi ikke været vant til her i Danmark - at skulle forsvare alt hvad man laver."*

11.7.5 Afrunding

Den skriftlige dokumentation er et af de elementer i akkrediteringssystemet, der klart signalerer orden, og forankrer sandhed, idet som personalet udtrykker det, det bliver målt om der er sat en underskrift, men ikke om der er udført god kvalitet i pleje og behandling i arbejdsprocesserne tæt på patienten. Dokumenternes betydning understreges af, at de har været afgørende i forbindelse med kontrolbesøgene, hvor de blev fremlagt og diskuteret i den kontekst, der er sat op for besøget, hvilket betyder at teksterne ikke nødvendigvis skulle være udbredt til alle medarbejdere. At eksistensen er det afgørende, fortæller den sygeplejerske, der siger, at det handler om at få lært sygehuset en tankegang, og man kan hvis man trækker på Bowker & Star udlægge det således, at der er skabt et fundamentet for mainstream myter, som kan gøre det svært for andre stemmer at blive hørt.

11.8 Kliniske beslutninger. Jurisdiktion

> *"Jeg tror, det er svært at overbevise rigtig mange læger om, at det skal være sådan, fordi der er jo meget en holdning om at lægefaget, det er også lægekunst, og der skal være plads til at gøre lidt, og den frie ordinationsret og sådan noget. Så jo mere*

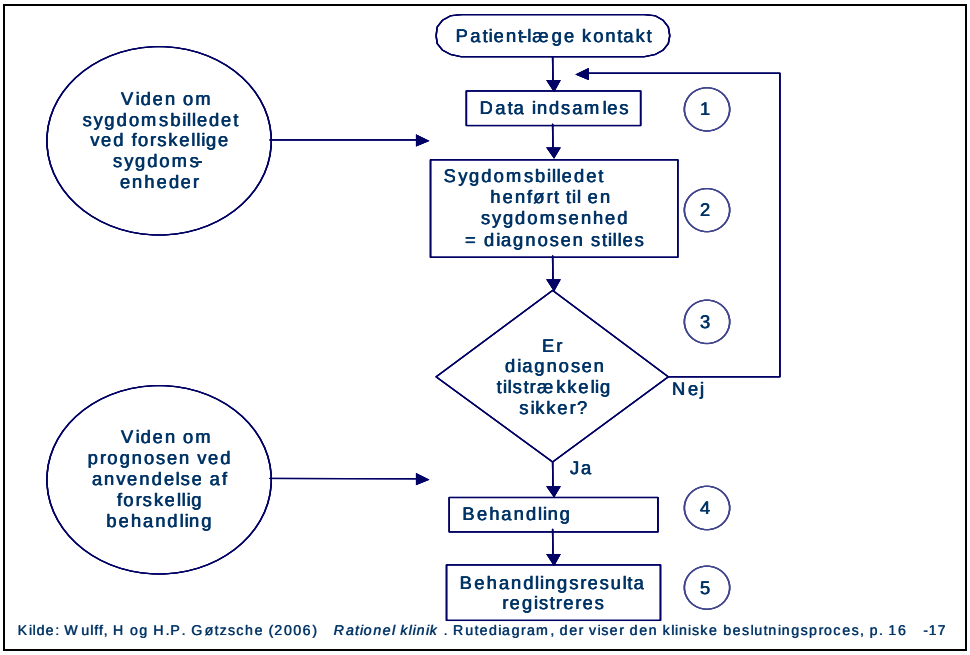
akkrediteringsstandarder stiller krav, jo mere føler læger sig tit bundet og puttet ind i nogle kasser, at nå - nu kan vi ikke engang beslutte noget selv."

Med disse ord sammenfatter en overlæge i nogle få sætninger, hvad mange læger giver udtryk for i forbindelse med implementering af akkrediteringssystemet. Jeg ser dette som et eksempel på, hvordan kvalitetsstandarderne, repræsenterende en anden orden end den lægefaglige, tilbyder nye sandheder i beslutningsprocesserne på hospitalet og dermed udfordrer den jurisdiktion, der hersker der. Jeg har tidligere beskrevet (Kapitel 5) hvorledes professioner søger at opretholde retten til at træffe beslutninger inden for eget område, herunder retten til at definere problemstillinger, og hvorledes et akademisk fundament er vigtigt for opretholdelse af jurisdiktion. Når overlægen taler om, at læger ikke bryder sig om at blive bundet og puttet i kasser, så de ikke kan beslutte noget selv, ser jeg det som udtryk for en modstand mod udfordring af den gældende jurisdiktion, hvor blandt andet den kliniske beslutningsproces er central for lægernes praksis på hospitalerne.

11.8.1 Om jurisdiktion og kliniske beslutninger

Et professionelt fællesskab bygger bl.a. på en fælles akademisk, basal vidensmængde, som understøtter den professionelle autonomi og magtbase. Med akkrediteringssystemet kræves tværfaglig tænkning og viden om lokale arbejdsprocesser, som ofte involverer aktører fra flere faggrupper og en hel del non-humane aktører (dokumenter, medicin, instrumenter, juridiske krav, fysiske faciliteter, arbejdstidsregler). Det er viden i en kontekst relevant for den kliniske praksis på stedet, der er påkrævet og ikke den akademiske videnskabelige (jvf. Kapitel 5), hvor denne figur blev diskuteret).

Figur 11.1 Klinisk beslutningsproces



Akkreditering kræver dokumentering af kvalitet i processer og handlinger ud fra et tværfagligt perspektiv. Jo mere udbygget systemet er, jo mere viden skabes og lagres, og med tiden kan der bag begrebet kvalitetssikring komme til at ligge en selvstændig vidensbase. Det må alt andet lige, når man tager professionshistorien i betragtning, som A. Abbott beskriver den, være et faresignal for de eksisterende professioner, der er involveret. Det ligger i deres natur at forsøge at overtage det fremvoksende nye, så de kan styre det.

I den følgende del af analysen ligger fokus på ensretning af procedurer og fællesskaber omkring brug af akkrediteringssystemet. Det omhandler på den ene side information om indholdet, på den anden side kontrol af, at systemet bruges korrekt.

11.8.2 Et ambulatoriebesøg - en undersøgelsesguide.

Jeg overværer arbejdet i et ambulatorium, hvor jeg opholder mig i et undersøgelsesrum i en dagvagt. Her kommer patienter ind og taler med en læge, mens en sygeplejerske overværer samtalen og indimellem også stiller spørgsmål og ellers hjælper til ved undersøgelserne. Den læge, der har vagten, er under uddannelse til speciallæge, hvilket betyder at hun har nogle års bred hospitalserfaring, og endnu ikke er specialist i afdelingens kerneområde. Når patienterne møder i ambulatoriet medbringer de en blanket, udfyldt på forhånd, med personlige data og afkrydsninger eller korte svar vedr. deres sygdom. Dette dokument ligger på bordet, hvor læge og patient sidder i begyndelsen af konsultationen. Herfra kan lægen indhente en del information og have et grundlag for at stille spørgsmål til patienten. Dette er den første fase i den kliniske beslutningsproces. Lægen har derudover en henvisning fra en anden læge, hvoraf fremgår en mere eller mindre sikker diagnose som et arbejdsgrundlag. Endelig har man på denne afdeling udarbejdet en række spørgsmål, der er relevante for netop dette speciale. Spørgsmålene og andre vigtige emner er skrevet sammen på et dokument, som lægen bruger som arbejdsredskab i forbindelse med sine spørgsmål til patienten. På et tidspunkt er samtalen forbi, og det er tid til en undersøgelse af kroppen. Mens lægen undersøger, stiller hun spørgsmål, evt. suppleret af sygeplejersken, som måske støtter patienten, hjælper og holder i hånden. Efter undersøgelsen går lægen tilbage til skrivebordet og dokumenterne og skriver notater eller sætter krydser ved opgaver, der er udført. Afdelingens skema er en stor hjælp, fordi det sikrer, at man får stillet alle de relevante spørgsmål, fortæller lægen mig.

Men er der også noget, der ikke er kommet med, når man lader skemaet styre? Nogle af patienterne skal efter lægeundersøgelsen videre til andre læger, ofte fulgt på vej af sygeplejersken, der, hvis patienten skal indlægges eller opereres, stiller en række nye spørgsmål. Her erfarede jeg, at der i samtalen mellem sygeplejersken (som havde mange års erfaring fra netop denne afdeling) og patienten kunne blive kastet yderligere lys over patientens baggrund og sygdomshistorie, noget der måske kunne have betydning for den kliniske beslutningsproces, men som ikke kom frem i samtalen med lægen, fordi der ikke blev spurgt. Pointen i denne oplevelse er, i forhold til brug af standarder, at spørgeguider eller huskelister på den ene side kan være en sikring mod forglemmel-

se, og på den anden side kan være et middel til at tegne en orden, som udelukker andre ordener og måske begrænser kreativiteten og nysgerrigheden.

11.8.3 En stuegang uden spørgeguide.

Der er stuegang – patienten, en ældre mand, der blev indlagt på sygehuset dagen før, sidder i en stol på sin sengestue. Det er en overlægestuegang, sygehusets garanti for at patienter i løbet af det første døgn under indlæggelsen bliver vurderet at en speciallæge. Sygeplejersken og lægen taler med patienten. Sygeplejersken fortæller i samspil med patienten om dennes symptomer og helbred i almindelighed. Lægen lytter og stiller spørgsmål, læser i patientjournalen, stiller flere spørgsmål. Patienten har på nuværende tidspunkt allerede fået konstateret blærehalsbetændelse og samtalen handler om nu om årsagen hertil, bl.a. fordi de alle tre er enige om at der ikke kan udpeges nogen umiddelbart årsag. Efter 10 minutters stuegang, hvor lægen stiller mange spørgsmål, konstaterer han at det højst sandsynligt er hjerteproblemer, der er patientens egentlige lidelse. – og et undersøgelsesprogram bliver planlagt ud fra den hypotese. Lægen går videre til næste patient.

Jeg har overværet den del af den professionelles arbejde, jeg ser som udredningen og det første bud på en diagnose og valg af handling. (Se figur vedr. den kliniske beslutningsproces i Figur 11.1 og afsnit 5.2.2.) Her var der ingen skemaer i brug i samtalen mellem læge og patient, men en samling dokumenter i journalen, en samtale hvor mange emner blev berørt og en række iagttagelser, formuleret af både sygeplejerske og patient. Pointen i denne oplevelse er, at den erfarne professionelle trækker på sin viden og billedgenkendelse snarere end på medbragte standardskemaer. Dermed er der alt andet lige på den ene side en risiko for at nogle spørgsmål bliver glemt, på den anden side en mulighed for hurtigt at afdække et atypisk sygdomsbillede, som der måske ikke er udarbejdet standard-undersøgelsesprocedurer for. Hvis denne stuegang er kernen i den kliniske kerneydelse, er den næppe udpeget som et målområde for standarderne, som til gengæld skal styre de omgivende funktioner og ydelser, der kan sikre kvaliteten, såsom tilstedeværelse af personale (lægens og sygeplejerskens faglige kompetencer i bred forstand), arbejdsprocesser omkring den praksis, der hedder stuegang og omkring de understøttende undersøgelser af patienten i form af blodprøver, røntgenundersøgelser m.v. for blot at nævne nogle få dele af det netværk, der danner grundlaget for behandling og pleje af patienter. Samme forståelse lægger jeg bag den følgende beretning.

11.8.4 At stille en diagnose med støtte i procedurebeskrivelser.

En ca. 40-årig kvinde med problemer med blodårerne i benene, bliver indlagt på den akutte modtageafdeling, hvor den unge vagthavende læge skal foretage de indledende undersøgelser. Han arbejder inden for det medicinske speciale og fokuserer på kredsløbsforstyrrelser, ud fra kvindens symptomer og egne oplevelser (smerter i benene) og en nylig overstået operation for åreknuder i benene – hun regner med at der er en sammenhæng, måske har hun overbelastet benene, gået for meget i forhold til hvad benene kan klare så kort tid efter operationen. Lægens indledende undersøgelser har til

formål at afklare, om kvinden har fået en blodprop i benet – det kan afkræftes vurderer han. Så han fortsætter med at stille spørgsmål, undersøge reflekser, trykke på ømme punkter, måle blodtryk. Efterhånden som kvinden fortæller, når hun frem til at berette om en operation, hun fik foretaget for omkring 10 år siden, den første gang hun blev opereret i benenes blodårer. Det havde hun ikke tillagt nogen større betydning, det var et lille indgreb, der dog ikke havde været helt problemfrit – der var efterfølgende komplikationer. Men lige præcis den oplysning bliver den brik i puslespillet, der giver lægen en plausibel forklaring på kvindens nuværende problem. Han fortæller om de sammenhænge, han ser mellem de forskellige operationer og den nuværende tilstand og mener, at kvinden ikke behøver være bekymret for, at hun fejler noget alvorligt. Der er formodentlig blot tale om en overbelastning af nogle 'sarte' blodårer. Et par timer senere, efter at have fået svar på en blodprøve, tager kvinden hjem fra hospitalet. Det var oplysningen om den allerførste operation, der førte til diagnosen.

Jeg har igen overværet et professionelt arbejde, en klinisk beslutningsproces. Den unge læge har et skema, han selv har konstrueret, med alle de spørgsmål han skal huske at stille, og alle de undersøgelser han skal foretage, når han arbejder i den akutte modtageafdeling, hvor patienterne ofte kommer med diffuse symptomer, som gerne skulle forklares og føre til en i hvert fald foreløbig diagnose, de første træk i skakspillet som Abbott sammenligner beslutningsprocessen med . Skemaet har lægen opbygget ud fra modtageafdelingens procedurebeskrivelser og suppleret med emner fra sine lærebøger. Han fortæller mig, at han regner med, at han engang vil være så rutineret, at han kan undvære skemaet – det er i hvert fald ikke ualmindeligt at ældre kolleger kan huske alle spørgsmål og undersøgelser udenad.

Jeg finder afdelingens procedurebeskrivelser og huskelister (udfærdiget og underskrevet af afdelingsledelsen) til læger og sygeplejersker placeret centralt ved skrivebordene i kontorområdet – det er overskueligt og iøjnefaldende, og må være en god hjælp for personalet. Her lægges der tilsyneladende stor vægt på arbejdet med procedurebeskrivelser og andre retningslinjer, og jeg ser det anvendt i praksis. Jeg ser ikke, om den unge læge markerer i patientjournalen, at han har informeret patienten om forskellige ting eller stillet alle obligatoriske spørgsmål, men jeg følger en læge, der arbejder synligt systematisk, og jeg overværer en grundig undersøgelse og en tilfreds patient. Den unge læge kender ikke noget særligt til akkrediterings systemet – han er ny på stedet. (akkrediteringssystemet er et ledelsessystem – så den unge medarbejder behøver ikke at beskæftige sig direkte med det – men hans arbejde skal afspejle at systemet fungerer). Han fortæller, at han ofte søger oplysninger om procedurer m.m., først og fremmest er han orienteret mod afdelingens speciale, derefter mod hospitalets procedurer og arbejdsgange for rekvirering og gennemførelse af undersøgelser og behandling af patienterne generelt. Han spørger ofte sygeplejerskerne til råds – de kender rutinen i afdelingen, fortæller han mig, og det er vigtigt at man som nyankommen finder ud af den.

Den unge læge er i gang med sin uddannelse – han skal arbejde på flere forskellige afdelinger i en længere årrække før han engang får en mere permanent arbejdsplads.

Han skal altså indgå i stadigt nye praktiske fællesskaber, samtidig med at han bliver et stadigt mere erfarent medlem af sit professionelle, lægelige fællesskab. Han skal yde en faglig præstation – finde ud af hvad kvindens sygdomsproblem handler om – og han skal arbejde på de præmisser, der gælder i den praksis, han arbejder i. Der er lang tradition for hvordan de professionelle fællesskaber agerer, og i flg. Wulff m.fl. (1990), og andre, antager man at de nye medlemmer lærer det under uddannelsen, hvor de langsomt kommer ind i paradigmet med den store mængde tavse viden. Der er også en lang tradition for, hvordan de praktiske fællesskaber på hospitalets afdelinger fungerer. Hver faggruppe og hver position i hierarkiet har sine roller, eller har haft; for et system som akkreditering og kvalitetssikring sætter nye konstellationer i gang, kræver at nye typer af opgaver bliver varetaget. Den fremmede, der træder ind i fællesskabet har nogle forventninger til introduktion – dvs. at også akkrediteringssystemet formodentlig vil kunne præsenteres som en del af afdelingens praksis, som den nyansatte skal efterleve.

11.8.5 Analyseskemaet for laboratorieundersøgelser.

I laboratoriet har man overblik over rekvisitionerne til analyser og man konstaterer, at der er sket en stigning i antallet af standardrekvisitioner, hvor der skal bestilles undersøgelser af ikke alt, hvad der er muligt, men rigtig meget. Hvorfor nu denne forandring? Det spekulerer man over på laboratoriet, men der er ikke noget umiddelbart forum på hospitalet til diskussion af, hvad der er et passende antal undersøgelser. Laboratoriet har et budget - jo flere analyser, jo større omkostninger. De afdelinger og læger der bestiller analyserne har et andet budget - de skal sikre hurtig og effektiv klinisk beslutningsproces, samt helst fejlfri behandling af patienterne. Er det derfor, der skal flere analyser til? Denne problemstilling har ikke fundet noget forum til diskussion i forbindelse med akkrediteringen. Måske fordi problemet ikke har sikkerhedsmæssige aspekter i forhold til patienterne. Her er ingen transparens, men flere konkurrerende sandheder, dels om budgetter og overdreven analyserekvirering, dels om sikkerhed og effektivitet, hvor lægefaglig jurisdiktion overtrumfer administrative økonomiske hensyn.

11.8.6 Struktur og konkrete anvisninger. Dokumentation i kontekst.

Begrebet procedurebeskrivelser er ikke en nyskabelse på hospitalerne, hvor det dog især er sundhedsfaglige teknikker, ofte af lokalt tilsnit, der er beskrevet som afdelingernes eller specialernes egne retningslinjer. Med akkrediteringssystemet implementeres en stærkere struktur omkring den kliniske beslutningsproces, hvor der kræves ensartethed og dokumentation og dermed flere beskrivelser, også på områder, der ikke tidligere har været beskrevet. Det betyder, at magten til at definere udfordres.

En sygeplejerske beskriver forandringen på denne måde:

> *"Der er jo ikke nogle ting, som vi ikke har gjort før , det er jo ikke sådan at patienterne ikke er blevet plejet og behandlet, fordi man ikke havde en standard... men det er blevet mere specifikt nu, mere konkret."*

Og en overlæge fortæller, at selve den faglige kerneydelse i form af behandling af patienter ikke bliver berørt, men at det er en god ting at få overblik og ensartede retningslinjer omkring en række arbejdsprocesser:

> *"Meget rundt omkring behandlingen er blevet mere struktureret, jeg synes ikke det har den store effekt på selve behandlingen af den sygdom, som patienten nu kommer ind med. Men alt det, der ligger rundt om, patientsikkerhed, samtykke, rettigheder, kvalitetssikring af enhver slags . Hvis jeg ikke tænker særlig videnskabeligt på det, er det rart nok at vide, at alt det rundt om er ensrettet. Jeg tror, vi fandt seks forskellige instruktioner til blodfortyndende behandling. Det var godt at få diskuteret igennem, hvad er det egentlig lige, vi gerne vil gøre på det her sted."*

Det er ikke kun rutiner for blodfortyndende behandling, der er blevet revideret. Behandling for hjertestop er også blevet gennemdrøftet, idet man i flg. standarderne i akkrediteringssystemet af sikkerhedshensyn, også her kun må benytte én rutine på et hospital. Der var igennem årene blevet introduceret flere måder at handle på, når patienter fik hjertestop. På forskellige afdelinger på samme hospital kunne man møde forskellige rutiner, hvilket ikke hidtil var blevet defineret som et problem. Det er således ikke selve behandlingsmetoden, der kræves standarder for i denne sammenhæng, men snarere de processer, der fører frem til valg af metode, hvor der i dette tilfælde kræves, at der kun må være én procedure i anvendelse. Her kan man så diskutere, hvordan 'selve behandlingen' eller 'den frie ordinationsret' som nævnt i det indledende (til denne historie) citat bliver påvirket. Hvis 'fri ordinationsret' er ensbetydende med frihed til den enkelte læge, er det klart at standarderne virker indskrænkende.

Pointen her er, at akkrediteringssystemet lægger vægt på formen, men ikke indholdet. Formen i den betydning, at der stilles krav til overblikket over, hvilke opgaver man løser og hvordan (én procedure for hjertestopbehandling), samt at det er dokumenteret i kvalitetssikringssystemet. Men ikke indholdet, idet der ikke er tale om kliniske guidelines, som skal følges.

11.8.7 Afrunding om professionel jurisdiktion og kliniske beslutninger

Mol har fundet, at forskelle i praksis på hospitaler ikke behøver at blive udjævnet, så længe man holder forskellige 'sites' adskilt. Med akkrediteringssystemet bliver der mere transparens, og adskillelsen bliver mindre markant. Spørgeguider og huskelister til støtte i den kliniske beslutningsproces, der skaber orden på én afdeling, kan spredes og bidrage til at udelukke andre redskaber og måske begrænse kreativiteten og nysgerrigheden; ensretning af behandlingsformer kræver åbning af fællesskaber, hvor de kliniske spørgsmål kan diskuteres. Når akkrediteringsstandarder bliver en del af praksis, kan der skabes nye sandheder om arbejdsprocesserne, og nye problemer kan få status, som noget alle skal tage stilling til. I den udstrækning akkrediteringssystemet først og fremmest kræver form, men ikke stiller specifikke krav til indholdet, udfordrer det ikke det professionelle systems jurisdiktion, men lægger sig i forlængelse og udvider netværket, og måske bliver der med tiden skabt nye knudepunkter.

11.9 Tankegang og ledelsesredskab

11.9.1 Sproget

"Der venter os en spændende tid i sundhedsvæsenet" er de afsluttende ord i det kapitel i lærebogen om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, der handler om den samlede organisation. Det fremhæves, at der skal ske et skift i ledelsesopgaverne, hvor man må bevæge sig væk fra ledelse som kontrol til ledelse i samspil mellem mennesker, med fokus på skabelse af vækst og indsigt i fællesskab. Væk fra ledelse af professioner og afdelinger og over til ledelse rettet mod tværgående koordination og udvikling af vilkår og rammer. (Kjærgaard m.fl. 2001:239).

I samme bog skitseres nogle fremtidige ledelsesopgaver, og det bemærkes at det er en udfordring som det vil være spændende at følge. Opgaverne beskrives som tværgående i forhold til de professionelle paradigmer. Her ser jeg, at der uundgåeligt må komme en udfordring i forhold til jurisdiktionen, idet en vigtig del af denne handler om at styre egen udvikling og anvendelse af professionens viden

Joint Commission's standarder for ledelse på hospitaler har hidtil været samlet under overskrifterne 'management', 'governance' og 'leadership'. I den nyeste version af standarder fra 2004 er alt samlet under én standard, 'leadership'. Denne udvikling ser jeg som en afspejling af trends inden for ledelsestænkning, hvor der for tiden fokuseres meget på bløde styreformer (værdibaseret ledelse, brugertilfredshed, evalueringer inkl. smileys for blot at give nogle få udtryk) og nævner det her som et eksempel på konvergens mellem akkrediteringssystemet og den verden, hvor der tænkes i organisations- og ledelsesteori. Bowker & Star beskriver dette fænomen i forbindelse med analysen af ICD-systemet, som de finder til enhver tid giver en spejling af samtiden. De mener, at man ved at følge udviklingen af kodesystemet for abort kan se en konvergens mellem klassifikationssystemet og værdier i forskellige samfundsgrupper, i dette tilfælde grupper med forskellige religiøse overbevisninger, hvor især forskelle mellem katolikker og protestanter har afspejlet sig i diskussioner om tidspunktet for livet begyndelse.

Tankegangen i akkrediteringssystemet afspejler den holdning, der ligger bag Total Quality Management-konceptet, TQM og dermed også, som jeg har vist i Kapitel 6 et slægtskab med New Public Management, NPM. Uanset de forskellige tolkninger af form og indhold for NPM ser jeg ingen uenighed om, at de overordnede strømme i denne styremodel er krav om kundefokus og effektmåling på politisk valgte resultater, i hvilken forbindelse begrebet evaluering i bred forstand er blevet et fremherskende redskab. Power (se Kapitel 6) skriver om de problemer der kan opstå, når oprindeligt professions-fagligt begrundet egenkontrol, som for eksempel medical audit bliver konfronteret med auditmetoder, der primært skal tilgodese krav om offentlig kontrol med ressourceforbrug og aktivitet ud fra en tænkning om 'value for money'. Power ser især på spørgsmålet om konsekvenserne af fremvæksten af en særlig auditkultur, domineret af professionelle auditører, der kan evaluere aktiviteter uden at have faglig indsigt i området, og dermed for eksempel kan opfylde politiske styringsmæssige krav om syn-

liggørelse af effektiviteten i den offentlige sektor. Hvis antagelserne om at enhver profession vil tilstræbe opbygning og bevarelse af jurisdiktion for sit område holder stik, må man forvente, at introduktion af professionelle auditører i sundhedsvæsenet, vil sætte en bevægelse i gang i de medicinske professioner for at overtage opgaven og forme den efter eget formål. Det kan være ret ressourcekrævende og teoretisk set mener jeg, at kun de stærke professioner har kapacitet til at forsvare sig. Nogle har taget det til sig, andre håber der snart bliver tid til andre metoder, som for eksempel denne sygeplejerske:

> *"det der egentlig er blevet forsømt i hele processen, nemlig hele kvalitetstankegangen, støder imod det princip, at der skal være en standard som kan vises frem til nogen der kommer udefra. Nu skal vi til at arbejde med hele kvalitetstankegangen og kvalitetssikring, og finde ud af, hvad det så er, vi kan gøre for at forbedre vores kvalitet."*

11.9.2 Et boundary objekt ?

En ledende læge fortæller om et anderledes syn på situationen, hvor han mener at lægerne allerede har taget tankegangen til sig:

> *"I den generelle kliniske gruppe, fungerer akkrediteringen lige som de ti bud. Det er nogle leveregler, der ligger mere i luften end i arbejdet. Sådan var det ikke til at starte med, da man skulle til at lære akkrediteringsstandarderne at kende, udarbejde retningslinjer og have grupper til at snakke om det, da brugte man forholdsvis meget tid. Nu er det mere en ting man lever efter."* *(Om de ti bud - se også afsnit 11.2.2 - professionsforskelle)*

Her kan man genkende de erfaringer om klassifikations- og standardsystemer som skabere af obligatoriske fællesskaber med styring og sanktioner, der findes beskrevet hos Bowker & Star. 'De ti bud' som leveregler udtrykker en forestilling om et obligatorisk fællesskab, hvor reglerne skal overholdes, hvis man vil deltage. Denne læge giver her udtryk for at mange aktører har været involveret i udarbejdelsen af lokale retningslinjer, her har altså været gennemført en proces omkring et fælles objekt - de standarder der er relevante for afdelingen - som kan betyde at standarderne er blevet et boundary objekt, i den form Bowker & Star finder kan fungere - for to ligestillede parter betyder en fælles genstand noget forskelligt, men den holder dem sammen, og de bruger den hver for sig i deres egen praksis. Hvis et boundary objekt skaber fællesskab og fremdrift i lokale praksis, kan man sige, at kun de hospitaler og afdelinger, der har et aktivt (en bred kreds at aktører kender og anvender) forhold til standardsystemet har taget det til sig. Synligheden er afgørende for, om noget spiller en rolle i praksis. Med synlighed og anvendelse af systemet refererer jeg til, at der bliver arbejdet med standarderne i organisationen, man taler om dem, dvs. at det er formen der er afgørende, ikke indholdet og produktet eller effekten.

At kende systemet er ikke ensbetydende med at have en positiv forståelse af det. Mens det i Kjærgaard (2001) antages at der forestår en spændende tid for sundhedsvæsenet, hvor ledelsen skal skifte væk fra kontrol og over til skabelse af vækst og indsigt i fæl-

lesskab, har jeg i praksis mødt skepsis om hvornår der bliver tid til det i alt fald når det handler om kvalitet. Således fortæller en sygeplejerske om den praksis hun færdes i:

> *"altså så snart det kaldes kvalitetsudvikling, så er det jo et fyord .. [hos læger].. , hvis du vidste hvor tit jeg har hørt på det. Der er nogle få, der synes, at det med risikostyring, kan de godt se noget i."*

Måske tænker lægerne på, at kvalitetssikring kræver det som mange har nævnt: *'meget papirarbejde, mindre tid til patienterne'*. Det er en ofte gentaget udtalelse, som jeg kan se som et udslag af manglende synliggørelse af sammenhæng (som jeg antager, der må være i et eller andet omgang) mellem den professionelle kerneydelse og de kvalitetssikringsprocedurer, som papirarbejdet er udtryk for.

11.9.3 Formen er ikke ligegyldig

Der er således både tilhængere, modstandere og skeptikere, men indtil videre tyder aktiviteter andre steder ikke på at der bliver der mindre, men snarere mere fokus på. kvalitetssikring[207]. Det er nødvendigt, men formen er ikke ligegyldig, mener D. Berwick, der advarer mod overdreven brug af standarder, manualer og guidelines. Han mener, det er afgørende, at man bevarer arbejdsentusiasmen hos medarbejderne ved at give dem ansvaret for at finde de rette metoder til at forandre arbejdsprocesserne :

> *"we need the best of F. Taylor [in health care]. We have become very interested in guidelines, protocols, and standards so we can be reliable. ..... But our love with Taylor is risky; we can overshoot. If we write too many manuals, if we standardize the wrong parts of our care, we are going to drive the spirit out of the workforce... We need to ask the workforce to redesign its work."* (D.Berwick, 2004:283)

Men hvordan bevarer man entusiasmen? Hvad skal man fokusere på? Hvad betyder valget af akkrediteringssystem? Her sætter en ledende sygeplejerske ord på magten til at definere, når hun siger:

> *"så kan man jo altid spørge om det at vi har det her system, gør at vi ikke tænker i nogle andre baner. Vi bliver udviklet én vej i og med at vi har de her standarder og det gør jo selvfølgelig, at vi ikke er så åbne for andre muligheder. Vi er så opmærksomme på, at vi skal leve op til de her standarder".*

Det kan man med en reference til litteraturen med en vis overbevisning svare bekræftende på. Således viser Bowker & Star som led i en undersøgelse af konsekvenserne af anvendelse af klassifikationer for tuberkulosepatienter på sanatorieophold, hvorledes en klassifikation kan styre dels samspillet mellem læge og patient, dels patientens hverdag[208] (se Kapitel 6). De har også vist, hvorledes både diagnose (ICD)- og sygeple-

[207] I det danske sundhedsvæsen introduceres fx. i løbet af 2007 en model for kvalitet i sundhedsvæsenet til anvendelse på alle hospitaler

[208] På sanatoriet er der til gruppeinddelingen efter klassifikationer knyttet forskellige restriktioner og privilegier - i en gruppe må man fx være oppe fra sin seng i to timer om dagen, i en anden gruppe må man gå tur til den nærmeste by. De beskriver også hvorledes, der foregår en konstant forhandling mellem læge og patient om hvilken gruppe patienten skal placeres i.

jeklassifikationssystemet (NIC) er opstået via beslutningsprocesser, der resulterer i at noget kommer med og andet lades ude og med tiden bliver glemt.

11.9.4 Sprogets magt.

I Kapitel 2 viste jeg med reference til Weick's fremhævelse af sprogets magt i forhold til skabelse af forandringer, hvorledes ord kan styre. Weick illustrerer antagelsen med henvisning til Thukydids beretninger om, hvordan skiftet i sprogbrug under de peloponnesiske krige afspejlede en kulturændring, hvor ord, der sædvanligvis associeredes med et civiliseret liv og som noget attraktivt, blev nedvurderet af nye magthavere til fordel for mere vulgære former, for eksempel blev ubesindig dristighed betragtet som noget positivt, mens forsigtig tøven blev ildeset. Noget tilsvarende ses i George Orwells roman *"1984"*, hvor begrebet nysprog introduceres. Formålet med nysprog er at skabe et udtryksmiddel for den verdensanskuelse og de politiske tanker, der sømmer sig for den nye ideologi, 'engsoc', i landet Oceanien. Det er hensigten, at det nye sprog skal fortrænge det gamle og dermed de tanker, der blev tænkt, før 'engsoc' blev introduceret. (Orwell 1949/1991:237)

Man kan arbejde bevidst med ordenes magt ved for eksempel at forbyde brugen af dem, hvilket er et middel, der anvendes med innovation for øje, inden for den nyere eksperimenterende kunst, hvor der arbejdes med dogmemodeller for tilladte virkemidler. Dogmetanken finder men inden for filmkunsten, som nævnt med det danske koncept udtænkt af blandt andre Lars von Trier (Se afsnit 5.2.2.3) . Det er den samme tankegang men med en anden drejning og formål, der ligger bag et organisationsudviklingsprojekt på Det Kgl. Teater gennemført af den danske kunstnergruppe Superflex, der arbejder med det, de kalder brud på dogmereglerne. Gruppen 'forbyder', efter forhandling med teatrets ledelse, brugen af en række nøgleord og fagudtryk i organisationen og opfordrer til at aktørerne finder på nye formuleringer. Formålet er at aktivere innovative kræfter og provokere refleksioner frem vedrørende de institutionaliserede arbejdsprocesser og begreber. Her er der basis for, at man kan tænke om, og dermed tænke nyt[209].

I Kapitel 6 beskrev jeg, hvorledes D. Berwick (2004) problematiserer ordenes betydning, han bruger betegnelsen 'magic words', og nævner en række ord i sundhedsvæsenet, som han mener er udtjente. Blandt andet ordet *'udskrivning'*, som han ser som gift for tænkningen i systemer og sammenhæng i sundhedsvæsenet, og foreslår erstattet med 'at huske', fordi patientforløbet bør ses i en sammenhæng på tværs af sektorer. Heller ikke ordet *'accountability'*[210] finder han velegnet, fordi det signalerer, at man kan styre

[209] Superflex gennemfører et eksperiment på Det Kgl. Teater i København i marts 2007, hvor i alt 10 ord udgår af vokabulariet: teater, skuespiller, forestilling, scene, instruktør, billet, spille, prøve, premiere og publikum. I stedet for disse ord, skal aktørerne finde på nye betegnelser, der kan dække betydningen. Kilde: Dagbladet Politiken 1.3.07. www.kgl.teater.dk. pressemeddelelse 28.2.07

[210] Accountability . *"The confusion of measurement with reality is first cousin to another confusion: confusing counting with relationship. If we rely on accountability as the key to improvements in health care, we will fail. The problem .. is that people in the end, decide what they will do. ... Don't misunderstand me. I agree that it can be helpful if there are consequences for our actions - accountability. But my plea is that it is not at all sufficient. As meas-*

menneskers 'behavior', hvilket han er uenig i; man forveksler *'counting with relationship'*, relationer som man kan påvirke i et vist omfang. Selv om han tillægger ordene en stor betydning, gælder det ikke i enhver sammenhæng. I nogle tilfælde kan de være misvisende. De kan for eksempel ikke bruges til at måle og styre sygdomsbehandling (her nævnes ord som 'best practice' og evidence based medicine')[211], men kan være udmærkede til at guide i processerne i praksis på hospitalet. Berwick skriver, at der nok er brug for målinger, men man kan ikke undvære beretninger og fokus på ordenes betydning.

> *"Of course we need measuring to help us in our journeys. But it can't help if we forget the stories. I don't believe that we cannot manage what we cannot measure. I believe that we cannot improve when we cannot tell a story."* (Berwick 2004:228).

Hvad betyder det for arbejdet på hospitalet, hvis det forholder sig sådan, at standarder blokerer for tænkning i andre baner? Man kan sige, at det er en fordel, ud fra en erfaring om at de enkelte aktører i et stort system kan forstyrre den orden, der er skabt, hvis de har mulighed for at fravige standarderne - hvorfor var der flere forskellige procedurer for hjertestopbehandling på et og samme hospital? Var det er fordel eller ulempe for patienterne? Man kan på den anden side sige, at det er en ulempe, hvis det medfører en begrænsning i kreativitet og nytænkning i forhold til det umiddelbart forekommende. 'Vi plejer at gøre' - gør på én gang fællesskabet stærkt (man har noget sammen, kun den indviede kender reglerne) og svagt (svært at forklare sig).

Her følger fra praksis nogle eksempler på ordenes virkning. Formålet med eksemplerne er at illustrere, hvordan ord kan have indflydelse på arbejdsprocesserne på hospitalet.

Alkoholikeren - et eksempel på sprogbrug
Et ord eller en klassifikation, der blev brugt til karakteristik af en patient, uden at det dog forhindrede tænkning i andre baner.

En morgen overværer jeg forberedelserne til stuegang. Jeg følger en overlæges arbejde den dag, og efter morgenkonference med lægerne, går vi til sengeafdelingen, hvor der skal være opfølgende stuegang på de patienter, der er blevet indlagt inden for det seneste døgn. På kontoret møder vi en sygeplejerske og den vagthavende yngre læge, som i fællesskab fortæller om patienterne. Nogle er gamle kendinge, som man taler indforstået om, andre er nye, og en af dem er lidt speciel. Han bliver beskrevet som 'ham der alkoholikeren', med nogle diffuse symptomer i benene. Han siger, han mangler kræfter og har fornemmelsen af at være ved at falde, alt sammen problemer som for

---

urement can pluck the heart from a story, accountability can pluck the soul from our intentions".(D. Berwick 2004: 223-231)

[211] Berwick er uenig med dem, der mener, at det der ikke kan måles, ikke kan styres. Hvad har en kvinde, der lige har fået diagnosen brystkræft, brug for, spørger han og svarer, at det kan man ikke besvare med ord, det skal forestilles - *"Imagine it. 'Image'. It can't be said in a word. It would be a story"*. Men det er ikke det svar vi bruger i USA, skriver han. Når vi står over for en sådan diagnose taler vi straks om evidensbaseret behandling, best practice og 'disease management', og slår dermed historien ihjel. (Berwick 2004:226)

eks. kan skyldes alkoholmisbrug. Der er ingen af de tre i kontoret, der hæfter sig specielt ved betegnelsen 'alkoholiker', det bliver bare nævnt.

De journalnotater, der er skrevet for alle de nye patienter, tager overlægen med sig på stuegangen. Jeg overværer hans samtaler med patienterne, og bemærker hvorledes hans egne undersøgelser tager udgangspunkt i dels papirerne, dels en række uddybende spørgsmål han 'bare stiller'. Sproget og ordene veksler mellem medicinske vendinger og almindelig daglig tale. Samtalen med patienten med det mulige alkoholproblem viser et sygdomsbillede, hvor alkohol næppe spiller nogen rolle, konkluderer overlægen efterfølgende. Og så er det emne ikke længere aktuelt. Han har spurgt til emnet alkohol, dels med spørgsmål til patienten om hvorvidt han bærer tunge ting, som for eksempel ølkasser - det gør han ikke - dels om han måske overhovedet drikker øl - jo, det gør han, men det er kun et par stykker om dagen. Samtalen giver ikke nogen klarhed over patientens problemer med benene, der skal flere undersøgelser til. Men alkoholiker var der ikke tegn på, at han var. Hvorfor betegnelsen i første omgang overhovedet blev brugt, blev ikke diskuteret, ordet eller signalet blev sat til side og patienten var nu kun hr. X på stue 3, indlagt til nærmere undersøgelse, som led i de indledende faser i den kliniske beslutningsproces.

Henvisningsdiagnoser - et eksempel på sprogbrug.
Henvisningsdiagnoser er ord, der klassificerer patienter, og dermed leder tænkning ind i bestemte baner. Wulff m.fl. (1990) skriver om vanskelighederne ved at beskrive komplekse sygdomsbilleder ved hjælp af en enkelt diagnose og Bowker & Star (1999) har vist, hvorledes der bag ethvert valg af standard eller klassifikation ligger en række fravalg, fordi der ikke er plads til alt. Hermed underbygges problemet med henvisningsdiagnoser, der ikke kan forventes at være dækkende for patientens sygdomsproblem, således som dette eksempel illustrerer:

En patient kommer til undersøgelse i et ambulatorium, henvist fra sin praktiserende læge. Henvisningsdiagnosen lyder usandsynlig for overlægerne i ambulatoriet - de mener, der er noget andet galt og taler om, hvor varsom man skal være med at bruge diagnoserne, som på den ene side er et nødvendigt kommunikationsmiddel, på den anden side af naturlige årsager netop er usikre - patienten er henvist til hospitalet med henblik på en nærmere undersøgelse, for at der kan stilles en forhåbentlig klar diagnose. Man henviser ikke patienter uden at beskrive, hvad man tror de kan fejle, det er her henvisningsdiagnosen kommer ind. På den anden side henvises man netop, fordi der er brug for en nærmere udredning. Nogle af de erfarne læger på afdelingen taler med de yngre om, hvor vigtigt det er, at man ikke lader henvisningsdiagnosen blive hængende. Det er en nærliggende fare, mener de, fordi standarder og klassifikationer kan blokere for kreativ tænkning, i dette tilfælde vedrørende den kliniske beslutningsproces. Standarden eller klassifikationen, her diagnosen, får et autoritativt præg - Problemet er åbenlyst, når patienter måske er henvist til et forkert speciale, hvor det som regel efter et stykke tid lykkes at finde en korrekt diagnose (denne søgeproces betragter jeg som en del af den medicinske kerneydelse, jvf. den kliniske beslutningsproces og den prof. arbejdsform bestående af diagnose, analyse, valg af handling), men i andre

tilfælde kan standarden eller klassifikationen blive en selvopfyldende profeti, jvf. Bowker & Stars beskrivelse af, hvorledes man har kunnet definere en person til at være en heks (se Kapitel 6).

Afrunding om sproget
Sproget betydning nævnes ofte i litteraturen om kvalitet i sundhedsvæsenet. Det sker, når Kjærgaard m.fl. skriver om det fremtidige fællesskab og den indsigt, man opnår, når man sætter ord på ydelserne og kvaliteten. Det kan også spores i ændringen i JC-akkrediteringssystemets standardbetegnelser for ledelse, hvor ord som management og governance er afløst af begrebet leadership.

Berwick mener, at ord har afgørende betydning, men at kvantitative mål også spiller en positiv rolle i forhold til sikring af god kvalitet og patientsikkerhed. Med en interaktionistisk og pragmatisk forståelse vil jeg betragte ord som udtryk for lokale sandheder, der - som landkortet - har den magt, det bliver tillagt af den, der definerer. Den læge, der er opmærksom på henvisningsdiagnosens potentielle styrekraft, kan antagelig også se betydningen af sprogbrug i forbindelse med akkreditering og måske gå med på Berwicks forslag om at tillægge ordene en større betydning, end man plejer og reflektere over deres indflydelse i praksis på hospitalet.

11.9.5 Multiplicitet

Planlægning
Den professionelle kerneydelse er et begreb, der på en gang modstilles en periferiydelse og knyttes tæt sammen med denne. Her vises eksempler på nogle arbejdsprocesser der snarere end modstillede, kan karakteriseres som multiple.

Jeg har beskrevet lægeprofessionens kliniske beslutningsproces, og vist hvorledes der på forskellige måder arbejdes med at synliggøre sygeplejeopgaver. Ingen steder finder man skarpe grænser mellem kerneydelse og andre aktiviteter, men det står dog klart at de professionelle aktører mener, at det ikke er alt, hvad de foretager sig, der er direkte kerneydelse. Kvalitetssikringen i forbindelse med akkrediteringsstandarderne bliver, som allerede nævnt, af nogen betragtet som fuldstændig uafhængig af kerneydelserne, mens andre ser en større eller mindre sammenhæng, idet de mener, at intet kan fungere uafhængigt og taler om akkreditering som en støtte til kerneydelsen. Man kan sige, at når aktører handler og fortæller om praksis, tegner de et billede af en multipel virkelighed, fyldt med irrationelle elementer. Men mange har alligevel en fornemmelse af, at man kan isolere den faglige kerneydelse.

De følgende eksempler fra praksis viser multipliciteten omkring patientforløb:

- *Hvem har aflyst min patient?*
  Jeg sidder i personalets vagtrum, hvor flere grupper af læger og sygeplejersker er i gang med formiddagens stuegang - de læser journaler og plejerapporter og taler om de enkelte patienter. Andre sidder ved lokalets to computere og arbejder - en

læge kommunikerer med røntgenafdelingen, han studerer et røntgenbillede på skærmen, mens han taler med en kollega om mulige tolkninger af skygger på lungerne. En sygeplejerske leder efter kontaktpersoner i hjemmeplejen og taler derefter i telefon med en medarbejder fra den kommunale forvaltning om modtagelse af en patient. Alle er således i gang med at tale med nogen. På et tidspunkt går døren til vagtrummet op og en læge kommer ind og spørger ud i rummet, om nogen ved hvem der har 'aflyst en patient' - dvs. givet besked til en patient om at der i dag alligevel ikke var tid til undersøgelse - en undersøgelse den indtrædende læge har stået klar til i et stykke tid. Det lykkes ikke at finde ud af, hvorfor patienten har fået besked om aflysning. Ingen kan på stedet give et svar, der kan hjælpe lægen til at søge 'det rigtige sted'. Der findes et elektronisk booking system til planlægning af undersøgelsesprogrammet - men der findes også mange andre former for orden, som skal følges. Nogle gange bliver der uorden. Måske kunne lægen få et svar, hvis hun gik til et andet kontor, hvor sekretærerne sidder, måske er det en sygeplejerske et tredje sted på afdelingen, der har ansvar for booking til undersøgelser, måske har patienten selv meldt afbud, uden af denne besked er blevet registreret det rigtige sted. Måske kunne en procedurebeskrivelse for arbejdsprocesser omkring booking synliggøre arbejdsgangen og dermed lette afklaringen omkring aflysningen.

- *Hvem ved, hvem der er på arbejde hvornår? Arbejdstilrettelæggelse for læger*.
  En morgen ankom jeg til en afdeling, hvor jeg mødte lægerne på vej ud fra deres konferencerum. Der var livlig diskussion om samspillet mellem retten til fravær og planlægningen af arbejdet i ambulatoriet. Lægernes leder fortalte mig senere, at der stadig var nogen af kollegerne, der ikke fulgte de aftalte spilleregler om tidsfrister for melding om fravær p.gr.a. ferie, konferencer og lignende planer, og som tilsyneladende ikke kunne se problemet ud fra en driftsmæssig synsvinkel. På afdelingen lagde man vægt på at udnytte ressourcerne, så ingen lokaler, intet apparatur og ingen medarbejdere skulle være 'ledige' og som noget meget vigtigt, at ingen patienter skulle gå forgæves, fordi lægen ikke var i ambulatoriet den dag, man havde forventet det, lige som patienter heller ikke skulle opleve at vente på grund af lokaleproblemer. Ved det netop afsluttede morgenmøde havde en læge meddelt, at han skulle til konference om et par dage - og han kunne ikke se, der var et problem i forhold til de vagtplaner, der allerede var meldt ud en måned i forvejen. Her ser jeg et eksempel på manglende tænkning i helheder, eller manglende overblik over sammenhæng i arbejdsprocesser. Det kunne være de standarder, der findes for ledelse og personaleadministration i akkrediteringssystemet, der kunne bruges til at forandre forholdene omkring udformning og respekt for af vagtplaner. Sådan talte man ikke på afdelingen - hvilket kunne tolkes således, at implementeringen endnu ikke var afsluttet.

I begge eksempler ser jeg, at der er tale om koordineringsopgaver, booking og vagtplanlægning vedr. praksis og daglig brug af systemer. Det er den type arbejde, som i flg. Suchman ofte er mangelfuldt repræsenteret i systemer, hvor arbejdsprocesser beskrives, angiveligt fordi det er svært at synliggøre. Så det bør nok ikke undre, at der er problemer her. Men den diskussion der var i lægegruppen omkring vagtplaner i am-

bulatoriet, kunne måske ikke være ført i perioden, før man gik i gang med akkrediteringsprojektet. Gennem hele denne periode har der nemlig været stillet spørgsmål til 'vi ved'. Alle medarbejdere på denne afdeling har på en eller anden måde været berørt af arbejdet med beskrivelse af procedurer og politikker eller skullet forholde sig til dokumentering og audit, alt sammen processer der rokker ved 'vi ved', og stiller spørgsmål om, 'hvad gør vi', og 'hvorfor gør vi'.

11.9.6 Community of inquiry

I teori og praksis.

Som kommunikationsredskab er akkrediteringssystemet i princippet ideelt, idet det tilbyder et fælles sprog for alle på hospitalet. Jvf. beskrivelsen i Kapitel 6 om TQM som et community of inquiry. Den opfattelse har man også flere steder, og en overlæge udtrykker det således:

> *"Der er stadig rum for udvikling, men det bliver hæftet op på et fælles mål. Man føler sig mere som en fælles institution, når man har akkreditering. For når man mødes rundt omkring på tværs af afdelingerne, har vi et fælles emne at tale om, som for eksempel: - 'det er også pokkers med det der allergifelt, der skal udfyldes på det dokument'. Vi har nogle fælles ting som er kendt, som man skælder ud over eller er glad for"*

I beskrivelser af TQM-modellerne læser man om den nødvendige kvalitetsholdning, der skal frembringes, hvis kvalitetssikring og -udvikling skal blive en naturlig del af arbejdsprocesserne. Holdningen skal vise sig ved, at alle aktører har taget ideen til sig og har engagementet i behold. Ledernes rolle som retningsgivere bliver understreget, uden denne funktion vil virksomheden ikke kunne lykkes med TQM. Sådan har en del ledere også modtaget akkrediteringssystemet. En overlæge mener, at:

> *"Det er en god ting, at vi har en fælles milepæl at gå efter, om det så hedder akkreditering eller det hedder en død stærk strategi for afdelingen, det er sådan set underordnet. Akkreditering er et redskab for folk, der sidder i ledelsen på en afdeling og så de, der sidder lige under ledelsen - de har fået, hvis de orker at læse standarderne igennem - et redskab til at drive en ledelse på et lidt mere professionelt grundlag."*

Denne opfattelse er han ikke ene om. Der er flere andre ledere, der finder at værktøjet er godt, men at det er svært at finde tid til at bruge det, forstået på den måde at det betragtes som noget ekstra, der skal tilføjes den sædvanlige praksis.

En sygeplejerske med godt kendskab til systemet, ser det som det væsentligste, at kvalitetsarbejdet nu er organiseret på hospitalet. Det er vigtigt på det overordnede plan, men ikke noget den enkelte medarbejder mærker meget til, mener hun. Hvis det er rigtigt, skulle man måske ikke, som det er sket på et hospital have sendt information direkte til alle ansatte, hvis denne medarbejder er repræsentativ for modtagelsen:

> *"alle ansatte fik en pjece om akkrediteringen sammen med lønsedlen. Det er utroligt det her, ikke. Den smed jeg ud."*

Hun fortæller, at det er hendes opfattelse, at den internationale akkrediteringsorganisation ikke er interesseret i det danske sundhedsvæsen, og at det er dyrt at have dens surveyore til at gå rundt på hospitalet og kigge på det. Det er godt, der kommer nogen og kigger, mener hun, men det kunne lige så godt være en statslig, dansk instans.

Er information en vej til styrkelse af engagementet? Der bliver i begge projekter produceret nyhedsbreve med jævne mellemrum, ca. 4 gange om året. Indholdet er typisk indlæg fra den øverste ledelse om, hvordan projektet skrider frem og værdiudmeldinger om fordelene ved akkreditering, eller beretninger fra nogle afdelinger om, hvordan man arbejder med projektet, eller beskrivelser af hvordan det gik med den seneste audit eller survey-besøg.

En sygeplejerske fortæller mig, at skriftlig information er smaddergodt, men jeg mødte dog ikke nogen, der på min forespørgsel svarede bekræftende på, at de selv havde læst noget af den skriftlige information, der blev udsendt.

En anden sygeplejerske fortæller, at hun ikke har følte sig velinformeret og udtrykker på ingen måde den entusiasme nogle af hendes kolleger (i andre funktioner, på andre afdelinger eller hospitaler) har :

> *"man savner den røde tråd og en klar melding om, hvad ledelsen vil med det. Det er dem, der vælger at sætte tingene i gang. Det er ikke noget, man diskuterer, fordi nu er det bare sådan. Vores nærmeste leder har refereret, når man sådan har opponeret mod nogle ting. Det er ikke til diskussion, det siger de oppefra, at sådan skal det være og så må vi acceptere det. Jamen lad være at spilde så meget krudt på det. Sådan er det mere med mange ting, end det var før ."*

En sygeplejerske er træt af de mange forandringer og kan ikke se de sammenhænge, hun synes der bør være:

> *"Det er i hvert fald blevet endnu mere synligt, at dem der driver hospitalet, at hvad de gør med den ene hånd og med den anden hånd, det hænger slet ikke sammen. Man laver en masse procedurer for, hvordan det alt sammen skal være, når det er rigtigt. Men så kan man ikke leve op til det, det hænger ikke sammen, når vi også skal spare."*

11.9.7 Opsummering om tankegang. Multiplicitet og sprog

Med en multiplicitetsforståelse og en pragmatisk tilgang er det ikke muligt at forestille sig en varig tilstand, hvor et enkelt tænkesæt, som akkrediteringsstandarderne kan siges at tilbyde, dominerer. Der er mange forbindelser i netværket, og det er muligt at der skabes et knudepunkt, men udviklingen fortsætter på mange niveauer, hele tiden. Akkrediteringssystemet kan for en tid fremstå som en herskende tilsyneladende orden, men i praksis er der også andre aktiviteter.

En sammenligning med implementering af akkrediteringssystemet og overholdelse af de 10 bud, finder jeg dækkende for den tankegang, der ligger i systemet, hvis det tol-

kes som en ramme, der giver rum til udvikling, men under et fælles mål. Udsagnet om at man har fået et fælles samtaleemne, som man kan dele glæder og sorger over tyder på, at systemet kan fungere som et boundary objekt. Det er dog ikke alle, der kan få øje på rammerne, nogle hæfter sig mere ved ulemperne og beretter om praksis med meget papirarbejde og mindre tid til patienterne, mens andre er opmærksom på, at standarderne kan tage opmærksomheden fra andre udviklingsaktiviteter.

Hvorfor ser en medarbejder en praksis hvor, der bliver skabt

> *"en masse procedurer for hvordan det alt sammen skal være, når det er rigtigt. Men så kan man ikke leve op til det, det hænger ikke sammen, når vi også skal spare."*

Måske kunne hun bedre se en mening med systemet, hvis der også skulle fortælles historier om fordelene ved systemet, som Berwick foreslår:

> *"I believe that we cannot improve when we cannot tell a story."*

11.10 Afrunding om forskellige former for orden i praksis.

Den orden, der introduceres på hospitalerne, med implementering af akkrediteringssystemer, er overvejende et ledelsesredskab som kan benyttes fleksibelt. Den kan ikke ignoreres, idet der er jævnlige opfølgnings- og kontrolprocedurer til sikring af, at standarderne indgår i arbejdsprocesserne. Men tilsyneladende er der mulighed for at tage systemet til sig på forskellig måde, hvor det ser ud til, at der er en variation i professionernes tilgang. Sygeplejersker er generelt mere interesserede i at arbejde med systemet end læger og finder i nogle tilfælde, at det primært drejer sig om at beskrive det arbejde, man allerede gør. Det gælder ikke alle sygeplejersker, hverken på ledelsesplan eller blandt almindelige medarbejdere. Blandt læger er interessen behersket, nogle ledere kan se systemet som et godt værktøj i forhold til skabelse af fælles sprog og overblik, men nævner også at man dog skal yde en stor indsats for at lære systemet at kende, og fremhæver at det er vigtigt at fokus ikke fjernes fra det kliniske arbejde, som er lægernes primære opgave. Her betragtes kvalitetssikringen ikke som en kilde til forandring af arbejdsprocesser, men som et supplement, en forlængelse af netværket. For sygeplejersker, der finder at standarderne ikke indeholder noget nyt, kan man sige, at der sker en styrkelse af eksisterende netværkstråde, og se det som et udtryk for at professionen arbejder på at samle akademisk ballast.

Forsøgene på at skabe nye former for orden ved hjælp af standarder og dokumentationskrav, som vist med beretningen om medicin, kan ses som indikatorer på, at det er vanskeligt at skabe ensretning i mangfoldigheden, og at den enes standard kan være den andens forvirring. Når procedurerne for brug af medicinskemaer og medicinudlevering ikke følges helt efter forskrifterne, kan det ses som udtryk for, at det er svært at flytte tavs viden, og at der altid vil udkrystallisere sig lokale arbejdsprocesser og dermed omgåelser af reglerne. Den kollektive identitet, der kan opstå inden for de forskellige professioner eller på en afdeling kan medvirke til at støtte en modstand mod uacceptable forandringer. Der er ingen, der mener at kvalitetsstandarderne berører den

professionelle jurisdiktion direkte, men med en øget transparens i form af en øget mængde af dokumenter med procedurebeskrivelser og vejledninger ser jeg en potentiel mulighed for at akkrediteringssystemet kan blive en vigtig faktor i forhold til påvirkning af holdninger og tankegang omkring arbejdet på hospitalet. De dokumenter, der er konstrueret, kan bidrage til indstiftelse af en kvalitetsstyringsorden, bakket op af de redskaber, der anvendes til at kontrollere om standarderne efterleves. Og det er opfølgningen, der kan være afgørende - sæt ord på processerne, skriver Berwick. Målinger i form af tal og procedurer nedskrevet i dokumenter er vigtige redskaber, men der skal vilje til at bruge dem, før de får mærkbar effekt.

KAPITEL 12 INFRASTRUKTUR - EN RÆKKE BERETNINGER

12.1 Infrastrukturer mødes - et netværk udbygges.

12.1.1 Indledning om teoretisk baggrund

Efter at have vist, hvorledes implementering af kvalitetsstandarder kan betragtes som et møde med de professionelle systemer ud fra en videns- og en ordensdimension, vil jeg i dette afsnit sætte fokus på de infrastrukturelle relationer, hvor infrastruktur betragtes som en form for stillads eller skelet, som aktiviteter eller arbejdsprocesser er forankret i.

Infrastruktur er ikke et entydigt begreb; jeg har vist i Kapitel 6 hvorledes det skelet, hvoromkring kvalitetssikringen fungerer, er et system af aktiviteter, der udgør akkrediteringsprocessen, som omfatter dels skabelse af en række lokale tekster (standarder, procedurevejledninger etc.) under en fælles overskrift som kvalitetshåndbog, dels gennemførelse af survey-besøg og egenkontrol i form af audit. Jeg har ligeledes, i Kapitel 5, diskuteret professioner i teori og praksis og fundet, at man kan anskue relationerne mellem praksis og diverse hjælperedskaber som for eksempel professionsfaglige vejledninger og procedurebeskrivelser, som infrastruktur for det professionelle system.

Fokus i dette kapitel - illustreret ud fra analysemodellerne:

Infrastruktur - akkrediteringssystem

- Skabe standarder/ identificere risikoområder lokalt
- Akkrediteringsprocessen lokalt
  - Manualer (papir og elektronisk)
  - Accounting (dokumentation og audit)

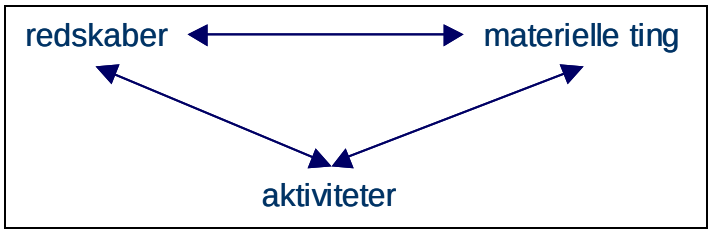
Infrastruktur - det professionelle system
(relation mellem arbejdspraksis og teknologi)

- Teknologi (it-system, papirsystem, dokumentlayout med tilhørende registrerings- og output-krav)
- Substans og format og anvendelse vedr.
  - Repræsentation (procedurebeskrivelser)
  - Accounting (dokumentation, audit)

Jeg henter inspiration hos Bowker & Star, der beskriver diagnoseklassifikation og sygeplejestandarder som informationssystemer, der fungerer som en ramme eller infrastruktur inden for hvilken, det er legitimt at tænke og handle. Når nye systemer kommer frem og sætter nye rammer for praksis, kan der udvikles nye infrastrukturer med iboende nye former for legitimitet. Jeg drager paralleller og betragter henholdsvis akkrediterings- og professionssystemet som forskellige infrastrukturer, der når de mødes, kan skifte form og indgå i nye konstellationer, nye infrastrukturer.

Med en interaktiv tilgang til antagelser om sammenhæng mellem handlinger og konsekvenser, eller udtrykt i aktivitetsteoretisk forståelse - sammenhæng mellem redskaber, materielle arrangementer og aktiviteter, vil jeg betragte implementering af standarderne som en aktivitet, hvis udfald varierer med valget af redskaber (teksterne, manualerne og nyhedsbreve) og de materielle arrangementer (orientering om systemet i form af uddannelsen af nøglemedarbejdere og studiebesøg for nogle af toplederne, arbejdsgruppernes beskrivelser af procedurer og udformning af vejledningsmateriale samt survey-besøgene på hospitalerne).

Figur 12.1 En aktivitetsteoretisk forståelse om forandring



Da det overordnede mål med at bruge TQM-baserede systemer som redskab er at skabe en kvalitetsholdning i organisationen, hvor der tales om nye værdier og ændret praksis, og da akkrediteringsstandarderne er rettet mod at påvirke eksisterende praksis, vil jeg forvente en vis form for forandring i den professionelle infrastruktur. Bowker & Star mener, at indholdet i den klassifikationsbaserede infrastruktur er beretninger og erindringsrammer som er blevet til ved at slette en del af tidligere praksis, de skriver om at slette eller filtrere fortiden, hvilket hos Timmermanns m.fl. (1998) illustreres i beretningen om sygeplejesystemet NIC (se Kapitel 6).

I denne tredje del af analysen vil jeg vise, hvordan man kan betragte implementeringen af akkrediteringssystemerne på hospitalerne som et møde mellem to infrastrukturer, dels med henblik på at belyse endnu en side af praksis og dermed berige analysen, dels med det formål at afprøve begrebet i sig selv i forhold til organisatoriske problemstillinger vedr. forandring.

12.1.2 Styrende spørgsmål i analysen:

Jeg har undervejs i den teoretiske diskussion i afhandlingens del I indkredset en række spørgsmål, og herudfra samlet nogle analysetemaer, der vil blive sat fokus på i de beretninger, jeg vil konstruere om mødet mellem infrastrukturer. Spørgsmålene kan samles omkring de tre begreber accounting, institutionalisering af ekspertise og aktiverende relationer (working relations).

- *Accounting*
  Accounting præsenteres som et element i TQM-tænkningen og i akkrediteringssystemet, hvor det især ses udmøntet i kravet om selvkontrol i form af dokumentation og audit. Det er en antagelse, at værdier og praksis indlejret i store systemer, påvirker såvel målene som metoderne for accounting. Når nye systemer implemen-

teres, kan der således være grund til at formode, at der sker ændringer i praksis omkring dokumentation og audit. Det kan vedrøre målene for, hvad der lægges vægt på at dokumentere, eller metoderne hvor man spørge, hvordan der skal dokumenteres, hvem der skal gøre det, hvornår og på hvilken måde, og hvordan der følges op på resultaterne?

Den måde man accounter på reflekterer moralsk orden. Jo mere man standardiserer og klassificerer arbejdsprocesser, jo mere nærmer man sig en situation, hvor man kan sige at 'accounting systemer' reflekterer en moralsk orden og hjælper til at definere selvet, mener Bowker & Star 1999. Her kan man spørge om det også gælder for akkreditering.

- *Institutionalisering af ekspertise*
  Jeg antager, at det professionelle system, der har sine egne institutionaliserede paradigmer og normer for beslutningsprocesser, bliver udfordret af normer og værdier indlejret i akkrediteringssystemet, der dels har et andet fokus - de tværgående organisatoriske processer på hospitaler, dels har andre interessenter end blot de sundhedsprofessionelle, nemlig patienter og politikere og akkrediteringsorganisationerne. Der er, især i USA[212], udviklet en række teknikker og metoder til facilitering af kvalitetsudviklings- og kvalitetssikringsprocesser, hvoraf flere er introduceret i det danske sundhedsvæsen[213]. Redskaberne, der omfatter metoder til identifikation af kvalitetsproblemer i praksis og gennemførelse af forsøg med ny praksis, er dels materielt orienterede vejledninger (det handler om, hvilke emner skal der arbejdes med), dels praktiske anvisninger omkring blandt andet brugerinddragelse, udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, interviewmetoder og projektledelse. Her er således et andet fokus end i det professionelle system, og mødet mellem de to systemer kan skabe nye former for institutionaliseret ekspertise på hospitalerne, ekspertise i kvalitetsudvikling i bred forstand.

- *Aktiverende relationer*
  I analysen trækker jeg på Star & Ruhleder, som finder at man - når man fokuserer på relationer, i modsætning til faste strukturer (som vejnet) - ikke kan spørge om, 'hvor' infrastrukturen er, men om hvordan den emergerer i praksis. Svaret vil være knyttet til de relationer man fokuserer på, og baseret på en antagelse om at infrastruktur er usynlig, stiafhængig og først bliver synlig, når den savnes, som noget der plejer at fungere.

  En af de måder hvorpå man skabe aktiverende relationer i netværk er ved at skabe og vedligeholde boundary objekter, hvilket omvendt betyder at tilstedeværelse af en række forskellige boundary objekter, fører til skabelse af en række relationer,

[212] IHI har siden starten af 1990'erne udviklet og publiceret og undervist i et stigende omfang og er i dag en af de toneangivende aktører. Herfra arbejdes der med både kvantitative (en statistisk metode som for eksempel Six Sigma er et vigtigt redskab) og kvalitative metoder (kurser med fokus på ledelse af forandringer).
[213] H:S (juli 2001). Sundhedsstyrelsen (1996)

hvorved der etableres en infrastruktur. I analysen her, vil jeg lede efter (synliggjorte) infrastrukturelle træk i såvel det professionelle system som i akkrediteringssystemet og diskutere spørgsmålet om relationerne mellem dem

Fokus i beretningerne.
Beretningerne i dette afsnit har fokus på de infrastrukturelle træk ved akkrediteringsprocessen - dokumentation, forberedelse af survey-besøg og udførelse af selvevaluering, og rettes især mod de tilsvarende infrastrukturelle træk ved professionelle systemer som skitseret ovenfor.

12.2 Dokumentering.

> *"It becomes infrastructure in relation to organized practices"* (Star & Ruhleder, 1996:113).

> *"What can be studied is always a relationship or an infinite regress of relationships. Never a thing"* (Gregory Bateson i flg. Star og Ruhleder).

I denne beretning holdes fokus på etablering af standarder. Beretningen er bygget op omkring en række snapshots, der illustrerer forskellige materialiseringer af dokumentering.

12.2.1 Etablering af fællesskaber.

I både H:S og Sønderjyllands Amt er de standarder, der er implementeret, overtaget fra akkrediteringsorganisationerne og tilpasset i en proces, hvor nogle få medarbejdere fra hospitalerne sammen med personale fra kvalitetssekretariater i det overordnede forvaltningsniveau har oversat standarderne og tilføjet tekster af lokal, dansk karakter . Det er således et færdigt koncept man har taget ind og justeret i forhold til det danske sundhedsvæsens organisation og gældende lovgivning.

Fra H:S beskrives principperne omkring tilpasning af standarderne således:

> *"Til internationalt brug har JCIA (den internationale afdeling af Joint Commission) i samarbejde med sundhedsfaglige repræsentanter fra lande verden over udviklet internationale standarder ..som H:S har oversat til dansk.. Standarderne er så rummelige, at de enkelte landes love, regler og til en vis grad kulturer og traditioner kan indpasses. Standarderne vil løbende blive revideret og forbedret .. i takt med udviklingen inden for sundhedsvæsenet"* (HS Foranalyse , feb. 2000:15).

Joint Commission skriver, at udvikling af systemer altid foregår i samarbejde med repræsentanter for hospitaler og for de professioner, der arbejder inden for sundhedsvæsenet. Mens standarderne i en manual fra den USA-baserede del af organisationen (JCAHO) 2004 for det sygeplejefaglige område er meget kortfattede, idet der primært fokuseres på, at en ledende sygeplejerske har ansvar for at plejeopgaverne tilrettelægges, dokumenteres og udføres forsvarligt, er det lægelige område mere omfattende

beskrevet (Joint Commission, HAS, 2004: 291). Læger betragtes som aktører, der udøver et selvstændigt hverv på hospitalet[214]. Mange af standarderne for personalet vedrører krav, som i Danmark opfyldes via autorisation og overvågning fra Sundhedsstyrelse og sundhedsministerium.

> *Tilpasning af standarder i projektet i Sønderjylland beskrives således:* "Akkrediteringsprocessen består af 5 faser og forud for disse er der udført et grundlæggende arbejde med for eksempel oversættelse og redigering af de engelske HQS standarder, så de er i overensstemmelse med dansk lovgivning, kultur, sprog/terminologi, tekniske og professionelle krav, samt hvad der er god dansk praksis." (KISS Personaleinformation, januar 2002).

Om arbejdet med tilpasninger og dermed adgangen til at definere siger en medarbejder, at der i forbindelse med oversættelsen var en del diskussioner om standarderne, især begrundelserne for at de var nødvendige,. Hvor HQS i Portugal bare kunne sende standarderne ud uden at forandre noget, var det anderledes i Danmark: *"vi skal jo prøve at lave det på vores egen måde."*

Men der var tilsyneladende også stærke kræfter i det britiske system. Således ser jeg skiltningen ved håndvaskene med advarsel om det varme vand, som tidligere nævnt (i afsnit 11.6.4), som et eksempel på, at danske normer er blevet tilsidesat. Som medarbejderen udtrykker det: *"men da jeg gik rundt og klistrede sedler op ved vandhanerne, hvor der stod 'varmt vand', da følte jeg mig totalt til grin."*

I H:S har man flere gange i løbet af projektfasen udgivet en trykt udgave (ca. 250 sider) af den danske standardmanual, og fordelt den på alle afdelinger på hospitalerne.

I KISS- projektet producerede man en elektronisk udgave af manualen og distribuerede relevante dele til afdelinger på hospitalerne. Relevant var det, der omfattede de standarder, ledelsen havde valgt ud til de enkelte afdelinger. KISS var led i et generelt udviklingsprojekt fra HQS, hvilket indebar uafklarethed omkring ophavsret og fravær af en generel publiceringspraksis, svarende til den Joint Commission har udviklet over en lang årrække.

Efter oversættelsesarbejdet fulgte en fase, hvor relevante standarder skulle omsættes til procedurebeskrivelser og andre udlægninger på afdelingerne. Her var det i nogle tilfælde som tidligere nævnt (afsnit 11.2) de aktører, der tidligere havde skrevet noget tilsvarende, der fik opgaven, mens der andre steder blev iværksat større fællesskabsskabende aktiviteter, hvor tværfaglige grupper skulle udarbejde teksterne. En yngre læge, der ikke har deltaget i dette, men ved at det foregik, fortæller at hun har hørt, at

[214]"The organized medical staff has s critical role in the process of providing oversight of quality of care, treatment, and services. The organized medical staff is a self-governing body that is charged with overseeing the quality of care, treatment, and services delivered by practitioners.." og "The self-governing, organized medical staff must create and maintain a set of bylaws that defines its role within context of a hospital setting and clearly delineates its responsibilities.." (Joint Commission, HAS, 2004: 291).

der har været forskellige grupper af læger og sygeplejersker, der har bedt kollegerne om at beskrive deres sædvanlige arbejdsprocesser i forbindelse med forskellige behandlingsformer. Grupperne har arbejdet tingene igennem, og lavet nogle standarder, fortæller lægen, men hun synes ikke, det er blevet formidlet videre.

På hospitalerne er standardsystemerne materialiseret i procedurebeskrivelser, retningslinjer, politikker og vejledninger, der især fremtræder som lange tekster i papir eller elektronisk form, eller kortfattede opslag på vægge og opslagstavler. I praksis skabes teksterne lokalt på en afdeling eller mere overordnet på hospitalet eller i forvaltningsregi, hvor man har etableret kvalitetsråd og udnævnt enkelte aktører til nøglemedarbejdere inden for området.

Om dette arbejde fortæller en læge, at hans opgave har været at målrette teksten til kollegerne:

> *"at få pillet standarderne fra hinanden, trukket nogle af dem ud så man kunne få dem drejet ind på en klinisk relevant facon, sådan at mine kolleger har sagt, jamen det er da meget fornuftigt."*

Der kan på flere måder spores en bevidsthed om både fordelene ved at få mulighed for at blive en del af et fællesskab/ community of inquiry og om problemstillingen vedr. magten til eller interessen for at definere. En sygeplejerske beklager, at lægerne i hendes område ikke interesserede sig for kvalitetsudvikling, men dog kunne se en mening med at etablere risikostyring. Deltagelse i de tværfaglige arbejdsgrupper, var hun selv glad for, selv om gruppen i praksis kun bestod af sygeplejersker. De var de eneste, der mødte op og som hun sagde: *"jamen så tager sygeplejerskerne jo bare over og ordner det selv."* Her har sygeplejersker arbejdet inden for deres eget fællesskab, og der foreligger en mulighed for, at de har haft magt til at definere på områder, der berører lægernes eller andre faggruppers arbejdsprocesser.

Det indtryk jeg har fået under mine feltstudier er, at det er nogle få aktører fra hospitalerne, der har deltaget i oversættelse af de engelsksprogede standarder til dansk sprog og danske forhold i øvrigt. Nogle af de samme aktører har også på deres egen afdeling arbejdet med implementering af systemet, og de har et godt overblik over standarderne og en mening om akkrediteringens muligheder. De, der var med, fik mest ud af det, og sygeplejerskerne er den personalegruppe, der generelt har arbejdet mest intensivt med systemet. Andre aktører har lagt hovedparten af deres projektarbejde på nogle afdelinger på hospitalerne og dér mødt kollegernes spørgsmål om systemet og selv arbejdet med at omsætte standardernes bestemmelser til noget, der kunne anvendes på afdelingsniveau, hvad enten det var opslag eller længere tekster i håndbøger og manualer af forskellig art. Der er således en mindre gruppe af aktører, der deler et fællesskab med hinanden og med de internationale brugere af akkrediteringssystemerne, mens det tilsyneladende ikke er et tema, der optager de øvrige medarbejdere.

Refleksion om fællesskaber.
Diskussionerne om akkrediteringsstandarderne i afdelingen kan blandt andet betyde, at professionernes paradigmer forstyrres. En ny side af en kollektiv identitet kan blive skabt, den er stedbunden, bestemt af det fælles akkrediteringssystem. På tværs af faggrupper og sædvanlige arbejdsprocesser, skal der enactes kvalitetssikring af en type, der ikke altid giver mening for den enkelte profession eller procedure, men som ikke desto mindre skal gøres. Det kan være anledning til skabelse af nye arbejdsprocesser, hvor kvalitetssikringen er blevet et naturaliseret element og de professionelle paradigmer udbygget med nye dimensioner.

Pointen her er, at fællesskaberne primært omfatter det, jeg vil kalde 'de nye eksperter' som udgør en meget lille gruppe af medarbejdere, der især er rekrutteret inden for sygeplejegruppen.

12.2.2 Materialisering af standarderne

Den lokale repræsentation af standarderne sker ved udarbejdelsen af procedurebeskrivelser, politikker og vejledninger.

De nye proceduresamlinger er blevet skrevet af mange forskellige aktører på hospitalerne og med forskellige hjælpemidler. Nogle har udfyldt fortrykte skabeloner, andre har skrevet fri tekst eller selv konstrueret skemaer. På nogle afdelinger havde man procedurebøger, som man kunne tage udgangspunkt i og opdatere og udvide, andre skulle forfatte teksten forfra. Mange har oplevet, at lokale procedurer skulle tilpasses et større fællesskab, som det er sket inden for temaet 'behandling af hjertestop', hvor man inden for samme hospital kunne finde mindst to forskellige procedurer, hvilket ikke kunne accepteres af akkrediteringsorganisationen, der som tidligere nævnt i afsnit 11.3.4 ikke foreskriver, hvilken behandling der er bedst, men blot forlanger sikkerhed i arbejdsprocesserne, og sikkerhed har man ikke, når der kan være tvivl om, hvilken procedure der skal anvendes. Jeg ser her et eksempel på, hvordan infrastruktur i akkrediteringssystemet har fået magten til at ikke blot at definere, men også institutionalisere ekspertise. Systemet har fået en magt til at definere, hvad der skal prioriteres højest, når valget står mellem principper om sikkerhed, defineret som entydighed og principper om klinisk metodefrihed og ret til at vælge behandlingsform, uanset at det medfører flere former, som måske, måske ikke er diskuteret på hospitalet.

Akkrediteringsorganisationen blander sig ikke i beslutningsprocessen, men udpeger målet. Både hjertestopbehandling og mange andre justeringer af kliniske retningslinjer blev foretaget af de professionelle eksperter på de pågældende hospitaler, i forbindelse med tilpasningen af systemet, en opgave jeg ikke har hørt negative ytringer om. Med et udefrakommende krav om at finde konsensus institutionaliseres her en ny form for ekspertise i den kliniske beslutningsproces - kvalitetssikring af procedureudvalget, så alle aktører skal følge de samme retningslinjer.

Hvor vejledninger og procedurebeskrivelser altid har været en del af det kliniske arbejde på hospitalet, er der med akkrediteringssystemet sket en udvidelse af kravet om at der skal være dokumenterede arbejdsprocesser, idet der nu også forlanges standardisering og skriftlige procedurebeskrivelser på de administrative områder, personaleudvikling og -administration, og omkring patientinformation og patientidentifikation, jvf. beretningen i afsnit 11.3.2 om armbånd med personnummer og navn. Også her er der standarder med krav om, at der skal eksistere procedurer, mens det konkrete indhold udformes lokalt blandt de aktører, der arbejder inden for områderne. Hvad enten procedurebeskrivelserne er ændret lidt eller meget i forhold til tidligere, har mange aktører på hospitalet oplevet, at det er blevet legalt at diskutere procedurer og arbejdsprocesser, ikke kun i forbindelse med arbejdet med at materialisere standarderne, men generelt. Man kan stille spørgsmål til kollegerne, om hvorvidt de nu for eksempel er sikre på patientens identitet, og hvilken operation eller undersøgelse der skal foretages. Nogle steder taler man om en opblødning i 0-fejlskulturen. Jeg ser det som en åbning for en ny form, som kunne kaldes 'tvivl-er-legalt'- kulturen eller 'kritik'-kulturen.

Procedurebeskrivelser og andre beskrivelser knyttet til akkrediteringssystemet skal som nævnt, som regel passes ind i nogle skabeloner, der stilles til rådighed, dels for at lette processen for den, der skal skrive, dels for at sikre et ensartet materiale og en forberedelse til det, der er det endelige mål: at nå frem til elektroniske udgaver af beskrivelserne som del af en kvalitetshåndbog på intranet.

Som nævnt har der været mange skribenter involveret i arbejdet. Mens man på nogle afdelinger udvalgte nogle få personer til at skrive, etablerede man andre steder tværfaglige grupper af medarbejdere hvis opgave det var at diskutere emnerne fra systemet og beskrive, hvordan de skulle tolkes i afdelingen. En sygeplejerske fortæller om engagementet i grupperne og nytten ved at bruge skabeloner:

> *"den gang vi var i gang med alle arbejdsgrupperne og procedurerevision, var der summen i krogene alle steder og der var mange ting, der blev støvet af og gjort tilgængeligt, og man fik sat navne på - hvem der skulle have ansvar for at vedligeholde beskrivelserne. Der var redskaber for hvordan man laver procedurer, og hvordan man udarbejder en politik. Det var en stor hjælp"*

Nogle steder udvalgte man hele grupper som beskrevet ovenfor, andre steder fik en enkelt leder en opgave inden for sit speciale, som hun kunne løse alene eller sammen med kolleger, hun selv fik engageret. Lederen kunne være en oversygeplejerske eller en administrerende overlæge eller en specialist på et fagområde, som for eksempel en kirurg med bred erfaring med de lægefaglige procedurer i et ambulatorium. Et sted havde en overlæge haft ansvar for at skrive instruktioner til afdelingen vedr. patientforløb, smertevurdering og -behandling og medicinering. Det forløb uden større problemer, fandt hun og begrundede det med, at hun dels skrev instruktionerne i samarbejde med sine kolleger; dels havde afdelingens opdaterede gode materiale at tage udgangspunkt i: *"vi har i lang tid sat en ære i at have opdaterede instruktioner og har løbende revideret det vi skrev for fire, fem år siden."*

Tilsvarende situationer var der på flere andre afdelinger, men ikke alle. Nogle steder sad speciallæger alene med opgaven - andre steder var det karakteristisk, at der ikke var tilstrækkeligt opdateret materiale, der kunne tages udgangspunkt i, der skulle enten skrives forfra, eller eksisterende gamle procedurebeskrivelser skulle revideres. Og det var ikke alle, der oplevede, at lederen eller kollegerne interesserede sig for, hvordan det gik eller for at se resultatet.

12.2.3 Manualer

På hospitalerne finder man flere forskellige slags håndbøger eller procedurebøger med vejledninger og regler for korrekte arbejdsprocesser. Det kan handle om forskellige faglige temaer som for eksempel hygiejne eller afdelingens speciale, og med det øgede fokus på kvalitet er der nu også kvalitetshåndbøger (se afsnit 11.2.1), hvor alle procedurer, retningslinjer, politikker m.v. er samlet. I de første år har materialesamlingen alle steder været i papirform, men målet er at man kun har en elektronisk udgave, som skønnes praktisk ikke mindst i forhold til opdateringer, men også fordi man generelt ser IT som fremtidens medie. Udfordringen i forbindelse med udbredelse af kendskabet til håndbogen handler om at få den gjort til en almen kilde, som benyttes af alle medarbejdere, gerne dagligt. Det er dog overalt et åbent spørgsmål, hvem der læser i håndbogen, hvornår og i hvilken sammenhæng.

Hos det personale, der har godt kendskab til akkrediteringssystemet, er der en forventning om, at det kan bidrage til at skabe forståelse og sammenhæng i hospitalets mange opgaver. Indfrielse af denne forventning afhænger blandt andet af, hvor udbredt kendskabet til procedurerne m.v. er. Kendskabet søges fremmet ved at man forlanger, at når der findes en procedure, får den enkelte person ansvar for at kende den. Et eksempel på hvordan man løser den opgave, ser jeg, når nyansat personale får udleveret en personalehåndbog eller (for lægernes vedkommende) en procedurebog for afdelingens speciale, eller måske en hygiejnehåndbog, sidstnævnte kan være nærmest uoverkommelig at sætte sig ind i. Efter udleveringen er der ingen opfølgning fra afdelingens side på, hvordan medarbejderne bruger bøgerne.

Procedurebøger og -mapper er der lang tradition for at have på hospitalerne, og der en varieret tilgang til at bruge dem. En opfattelse af at de samler støv på hylderne, eller at man aldrig kan være helt sikker på, at de er opdaterede, er ikke usædvanlig. Det er her den elektroniske version er en løsning - så er der kun én udgave, og den forventes altid at være opdateret. Tiden vil så vise, hvordan det kommer til at fungere. Således fortæller en overlæge om, hvordan afdelingen hurtigt fik implementeret håndbogen i elektronisk form, og om forskellen mellem denne tilgængelighed og den konkrete benyttelse af bogen:

> *"vi har fået vores elektroniske kvalitetshåndbog på nettet. Det er muligt, at vi havde fået det alligevel, men ikke så hurtigt og systematiseret"* og, fortsætter han: *"lige nu er kvalitetshåndbogen ikke integreret i afdelingen, det er den ikke. De bruger den ikke, absolut ikke. Lægegruppen bruger den måske lidt, sygeplejerskerne bruger den stort set ikke."*

En sygeplejerske har en 'generations-orienteret' forklaring på den manglende udbredelse af brug af den elektroniske håndbog, idet hun dels taler om brugen af den nye teknologi generelt, dels om bruddet med eksisterende vaner omkring videregivelse eller repræsentation af den tavse viden:

> *"en ny generation af sygeplejersker, som er bacheloruddannet og vant til at bruge computere på en helt anden måde, er meget positivt stemt for det her, fordi kvalitetshåndbogen ligger på nettet"*

Og en kollega supplerer:

> *"jeg kunne godt tænke mig, at man som ny sygeplejerske, kunne gå ind og læse nogle af instrukserne i stedet for at man hele tiden at skulle spørge sine kolleger til råds, men der er jo en lang tradition for at tingene er lært på en anden måde, man taler sammen"*

En oversygeplejerske fortæller, at hun prøver sig frem og nogle gange lægger de nye standarder frem i personalerummene, hvor interesserede kan kigge i dem, mens hun i andre tilfælde sørger for, at nye beskrivelser bliver gennemgået på personalemøder.

Pointer

Den pointe, der kan drages af denne beretning er, at der ikke er optimale betingelser for at skabe liv i den nye infrastruktur, selv om der ligger en ramme. Der er ikke nogen nye infrastrukturer - endnu. Som kloakrørene venter på at komme i brug, men kun bliver brugt fra nogle få køkkener, står også akkrediteringssystemet parat. Som udvikling af rhizomnetværket i forbindelse med mødet mellem infrastrukturer er forandringen nok for ny til at kunne vurderes.

12.2.4 Skilte og opslag.

Vejledninger og retningslinjer m.v. findes på mange områder, hvoraf nogle vedrører daglig praksis, andre handler om mere sjældne opgaver, som for eksempel hjertestopbehandling. For især de dagligt forekommende procedurer, der handler om forholdsregler i hverdagens arbejde, finder man en del opslag på væggene i kontorer, i skyllerum, på skabsdøre og toiletter, i køkkener og på operationsstuer. Et af de nyere tiltag finder man på operationsstuer i H:S, hvor der er opsat en plakat med beskrivelsen af arbejdsprocesser (de 5 trin), der skal tjene til forebyggelse af det, der betegnes forvekslingskirurgi.

Figur 12.2 De 5 trin. til forebyggelse af forvekslingskirurgi

Dage, timer eller umiddelbart før indgrebet	*Dage, timer eller umiddelbart før indgrebet*	*Lige før indgrebet*	*Sekunderne før indgrebet*	*Sekunderne før indgrebet*
1. informeret samtykke	2. Stedet markeres	3. Patienten identificeres.	4. Dokumentation tjekkes.	5. Time Out.
Informeret samtykke indhentes og dokumenteres	Operatøren markerer det rette operationssted i samråd med patienten	Identifikation af patienten sker ved at patienten på forespørgsel selv siger sit fulde navn og CPR-nummer	To personer fra teamet kontrollerer billeddokumentation og evt. implantat	Teamet bekræfter over for hinanden, at der er enighed om korrekt patient, operationssted og lejring. Alle give udtryk for deres forventning til forløbet

(Gengivelse i hovedtræk ud fra kilde: H:S Enhed for Patientsikkerhed.)

'De 5 trin' vedrører de handlinger, personalet skal foretage, før de går i gang med en operation. Man skal sikre sig, at det er den rigtige patient, at man er enige om, hvad operationen går ud på, og over for hinanden besvare nogle andre, på en måde enkle, men dog vigtige spørgsmål. Da personalet generelt mener, at alle spørgsmål har været besvaret indtil flere gange forud for den endelige start på operationen, fortæller de mig, er det et almindeligt samtaleemne, at læger og sygeplejersker finder det overflødigt, at de nok engang skal bekræfte hinanden i, at alt er klart og forstået. En overlæge udtrykker det således:

> *"man kan sige, at den eneste forskel fra tidligere er jo, at vi nu har en struktureret spørgemetode, frem for hvor vi tidligere prøvede at huske hinanden på, om vi havde husket det hele."*

Opslaget på operationsstuen (der bl.a. indeholder den tekst, jeg har vist i ovenstående figur, men derudover også en række fotos og uddybende forklaringer) er en blanding af illustrationer af aktører parat til operation og tekst med de vejledende regler. Opslaget er ikke direkte knyttet til akkrediteringssystemet, men inspirationen kommer fra H:S´s samarbejde med Joint Commission og er resultat af et bredere nationalt sikkerhedsarbejde inden for det danske sundhedsvæsen. Men i den almindelige hverdag på hospitalet skelner personalet ikke mellem kilderne til de forskellige anvisnings-opslag (akkreditering eller andre systemer).

12.2.5 Fra tekst til praksis. Konvergens?

Konvergens er som nævnt hos Bowker & Star (se Kapitel 6) en vanlig foreteelse i forbindelse med konstruktion og brug af klassifikationssystemer. Det viser sig som en skabelse af et fællesskab mellem de aktører, der deltager i processen og det system de opbygger. I TQM-litteraturen bruges begrebet community of inquiry om denne samhørighed, hvor man har et fælles begrebsapparat og forståelse af brugen af det. Dette fællesskab kan præge deltagerne, således at de socialiseres til at styre deres adfærd, så den stemmer overens med standarderne. I fællesskabet justerer man sin adfærd efter, hvad man bliver målt på, og man bruger det sprog, der tilbydes.

I denne analyse med fokus på infrastrukturelle træk finder jeg det relevant at betragte praksis ud fra et konvergensperspektiv, forstået som et spørgsmål om hvorvidt aktørerne på hospitalerne bliver en del af det fællesskab, der tilbydes med akkrediteringsstandarderne. Her vil jeg vurdere det ud fra omfanget af brugen af standarderne.

Nye procedurer, der skal have særlig opmærksomhed, beskrives som vist ikke kun i håndbøger, men annonceres også ved særlige opslag på vægge og tavler eller foldere som uddeles til personalet eller lægges frem i kontorer og kaffestuer. Men der er forskel på formidling og endelig anvendelse. Det svage led i kæden er ofte fordeling af arbejdsopgaverne i praksis - hvem har ansvar for at de forskellige procedurer bliver efterlevet? Samme problemstilling ser man i forbindelse med opdateringer af procedurer - hvordan sikrer man, at ændringer dels bliver set og læst, dels efterlevet? At det er en ledelsesopgave at sørge for kommunikationen giver stort set alle, jeg har mødt på hospitalet, udtryk for. Det, der står som den store udfordring, er at finde en metode, der sikrer sammenhæng mellem at informationen og anvendelse. Man kan med en aktivitetsteoretisk tilgang sige, at der skal være samspil mellem redskaber, materielle arrangementer og handlinger.

Der er aktører, der mener, at man på store institutioner som hospitalerne aldrig kan få alle medarbejdere i tale: *"der er altid et meget stort rockwoollag forneden, hvor der aldrig kommer informationer ind om det her, aldrig. Og der ved jeg ikke, hvor meget rockwool vi har på afdelingen."*

Der er også medarbejdere, som giver udtryk for, at der kan blive så mange procedurer, at man mister overblikket, og nogle taler om at vejledningerne måske aldrig bliver omsat til praksis. Andre mener, at afdelingen allerede og altid har gjort, hvad der forlanges, der er ikke brug for forandringer, og de nye kvalitetshåndbøger placeres i reolen sammen med andre procedurebøger, mens der ikke arrangeres særlig undervisning eller anden form for opmærksomhedsskabende aktiviteter. En sådan modtagelse vil næppe ændre i den institutionaliserede ekspertise inden for kliniske beslutningsprocesser og heller ikke medføre nye institutionaliseringer rettet imod kvalitetssikring og -udvikling.

Men uanset de forskellige udtryk for skepsis, er der også nogle, der mener, at samlingerne af procedurer m.v. i sig selv er en kilde til etablering af fællesskaber. *"At man*

laver noget ensartet er godt", er der en der siger, og henviser til, at flere fælles opgaver bliver lagt hos tværfaglige ledelser, og at udarbejdelse af procedurebeskrivelser, der involverer flere faggrupper, kan synliggøre fællesskabet. Dette kan være en anledning til skabelse af BO og dermed nye relationer mellem aktørerne og mellem hospitalets procedurer og akkrediteringssystemet. Men hvad skal der ske, hvis man vil åbne ind til rockwool-laget? I beskrivelserne af akkrediteringssystemerne bruges begreber som holdningsændring og ledelsens ansvar for implementering. Med en interaktionistisk og aktivitetsteoretisk tilgang ville svaret være inddragelse af aktørerne og tilpasning til konteksten, således at alle får en direkte berøring med forandringerne af arbejdsprocesserne. Men én ting er, at en overordnet ledelse og teksterne i et standardsystem beslutter, hvad der er ledelsesopgaver for en lang række ledere, noget andet er, hvor man finder vejledninger for handling, hvis ledelsen ikke lever op sit ansvar.

"Det står sikkert i kvalitetshåndbogen" er et ofte benyttet svar, når den ene medarbejder spørger den anden til råds om procedurer på nogle af de afdelinger, hvor der ikke er det store engagement omkring projektet. Det er et udtryk for ironisk distance til systemet, som tilsyneladende ikke har samme status som de traditionelt mere kerneydelsesorienterede vejledninger der findes i forskelligt omfang overalt på hospitalernes afdelinger. På laboratoriet er for eksempel SOP'er (Standarder for analysearbejdet) et vigtigt arbejdsredskab for bioanalytikerne - der er proceduresamlinger i mapper ved alle analysepladser, samlingerne er grundlaget for arbejdet og nye medarbejdere introduceres til jobbet ved hjælp af SOP'erne, som de læser og diskuterer med kolleger. På operationsgangen har man retningslinjer og vejledninger for hvert kirurgisk speciale og operationstype.

12.2.6 Afrunding

Der er på mange forskellige måder gjort tiltag for at få udbredt kendskabet til standarderne og implementeret de foreskrevne handlinger i arbejdsprocesserne i den daglige praksis. Nogle aktører brænder for ideen, mens andre nødigt beskæftiger sig med den. Jeg finder overvejende en pragmatisk holdning til forandringerne, en emergens i praksis, hvor personalet nogle gange nærmest afviser at opslag og vejledninger har betydet nogen forandring, i og med at de ikke introducerer noget nyt, andre gange påpeger, at der er så meget, man skal forholde sig til, at det nødvendigvis må vare længe, før alle har sat sig ind i alt.

Institutionalisering af tankegangen i akkrediteringssystemet i form af de anbefalede arbejdsmetoder til at arbejde med kvalitetssikring og - udvikling, er ikke synlig i praksis, de færreste taler om det, men de fleste, der har deltaget aktivt i forberedelser til akkreditering, har haft udbytte af arbejdet, og mener at systemet har nogle anvendelsesmuligheder. Når der gives udtryk for at kvalitetsstandarderne bruges i praksis, vil jeg udtrykke det således, at der er en infrastruktur, og omvendt at den ikke er der, når for eksempel håndbogen ikke bliver brugt. En infrastruktur vokser ikke frem på et bart grundlag, men kæmper med inertien i eksisterende baser og arver styrker og svagheder herfra, skriver Star & Ruhleder (1996) i en oversigt over de dimensioner, der karak-

teriserer infrastruktur (se afsnit 6.4.2). På en måde bekræfter deres iagttagelse, at der naturligt må findes et rockwoollag, som ikke bliver direkte involveret i forandringer.

På den anden side kan man med en forståelse af praksis som en række lokale fællesskaber, således som Mol har fundet på det hospital hun udforsker, karakterisere akkrediteringssystemet som en multipel størrelse, som altid indgår i forskellige praksisser, eller med Laws teori om at en forandring i en organisation vil afspejle forskellige 'modes of ordering' blandt aktørerne, antage at metaforen om rockwoollaget alligevel ikke er den mest dækkende. Der sker måske forskellige ting forskellige steder i organisationen, der som netværk betragtet ikke kan overskues som en helhed og vurderes under ét. Måske er der en institutionaliseret tænkemåde om 'dem' og 'os', som styrer den måde der tales på i forbindelse med implementeringen - 'de' har ikke forstået hvad der skal gøres, mens 'vi' har fat i det rigtige. En anden tænkemåde med en interaktionistisk tilgang, kunne være 'de' gør nogle ting, 'vi' gør noget andet, men på en eller anden måde, deltager vi alle sammen i forandringerne.

Relationer / working relations kan man skabe gennem udvikling og vedligeholdelse af boundary objekter. Det betyder, at implementering af akkrediteringssystemet får en infrastrukturel karakter ved at udvikle boundary objekter i fællesskab med de professionelle systemer.

I det første nyhedsbrev fra den relativt nye internationale afdeling af JC[215], fortælles der om ekspansion og ønsket om at udbygge relationer: *"... through relationshipbuilding processes like this [nyhedsbrevet] one, we make a commitment to share knowledge ..."* og i JC 2004 beskrives en ny akkrediteringspraksis med øget fokus på løbende selvkontrol, hvor der nogle få måneder forud for et survey-besøg skal indrapporteres præstationsmål for en betydelig længere periode til JC i forhold til derfra udmeldte fokusområder. Da man ikke på forhånd ved hvilke præstationer, der vil blive målt på i den nye form for stikprøvekontrol, skal man på hospitalet altid være opdateret på alle de områder, der er repræsenteret i standardmanualen. *"Under this new accreditation process, the survey is the on-site evaluation piece of a continuous process. Shared Visions-New Pathways encourages hospitals to continuously use the standards to achieve and maintain excellent operational systems".* (JC HAC, 2004:11)

12.3 Den eksterne kontrol

I det følgende rettes blikket mod akkrediteringsprocessens to hovedopgaver: forberedelse til survey-besøg og selve besøget, der afsluttes med godkendelse i form af akkreditering. Teoretisk er der især fokus på de infrastrukturelle vinkler accounting og institutionaliseret ekspertise.

[215] International Newsletter JCI, 2003. vol. 1, 1

12.3.1 Akkrediteringsforløbet. Arbejdsgang og metoder.

Beskrevet som fasemodel har jeg fundet at akkrediteringsprocessen i hovedtræk ser således ud: (bemærk især punktet 'evt. forandringer af arbejdsprocesser')

- Oversættelse og tilpasning af standarder til danske forhold,
- Omsætning af standarder til lokale procedurebeskrivelser og vejledninger
- Evt. forandringer af arbejdsprocesser så procedure- og vejledningskravene efterleves.
- Dokumentation af at krav overholdes
- Survey-besøg og tildeling af akkreditering.
- Hele forløbet afsluttes med en præsentation af resultatet i store fora, hvortil alle medarbejdere inviteres. Der udfærdiges også et diplom som bevis på at hospitalet er akkrediteret. Kopier af diplomet kan ses på mange vægge rundt omkring på hospitalerne

Akkrediteringssystemet præsenteres som et ledelsesredskab, der giver overblik over nødvendige kontrolpunkter i arbejdsflowet i virksomheden og kræver dokumentation og opfølgning på kontrolresultaterne. Der er flere ledelsesniveauer på hospitalerne, ikke kun den administrerende direktion og afdelingsledelser, men også afsnitsledere og specialistfunktionsansvarlige internt i hver afdeling. Standardsystemet er ikke primært rettet mod de kliniske kerneydelser, men berører dem alligevel. Derfor bliver alle medarbejdere på hospitalet på en eller anden måde berørt af akkrediteringen. Den grundlæggende idé i akkrediteringssystemet er, at det som helhed anvendes på hospitalet. Med en landkort metafor kan man sige, at hele verden er repræsenteret, men med forskellige fokusområder (erhvervsformer, klimabælter, landhøjder og havdybder), alle områder skal være kendt af nogen, ingen forventes at kende alt, men det kort, man skal navigere efter, skal man have indgående kendskab til. At efterleve standarderne kræver, at der er dokumenterede procedurer og andre former for retningslinjer. Standarderne og de uddybende retningslinjer af forskellig slags samles i manualer og beskrives i et standardformat. Dokumentation for at standarderne følges, sker i form af daglige registreringer som led i arbejdsprocesserne, samt diverse former for selvevaluering, som for eksempel audit.

Den eksterne kontrol af at standarderne overholdes, sker i form af survey-besøg, hvor surveyore / inspektører fra den akkrediterende organisation gennem et flere dage langt ophold på hospitalet møder ledelser på forskellige niveauer og stiller spørgsmål om, hvordan man efterlever standarderne samt læser dokumenter, hvor de kan følge resultaterne af den løbende selvevaluering eller egenkontrol. En anden del af survey-besøget omfatter besøg på udvalgte afdelinger, hvor inspektørerne kan se de fysiske forhold (er de påkrævede døre til forskellige rum lukket som de skal være, er der orden i medicinskabet og andre opbevaringsrum, opbevares patientjournalen og andre dokumenter forsvarligt) og stille spørgsmål til personale (hvad vil sygeplejersken gøre hvis en patient får hjertestop? hvornår har lægen haft sin seneste medarbejdersamtale?) og patienter (har patienten fået skriftlig information om den medicin han får? har han fået vejledning om kost?).

Jeg har overværet forberedelser til survey-besøg i forbindelse med akkreditering, og jeg har også fulgt en internt uddannet medarbejder på hospitalet under et prøve-survey-besøg, en mock-survey. Derudover har jeg fået en del beretninger fra personalet og læst nyhedsbreve om besøgene.

Figur 12.3 Formel beskrivelse af kontrolbesøg/ survey-besøg

I H:S beskrives kontrolbesøgene således:
"Formålet med et akkrediteringsbesøg er at vurdere hvorvidt organisationen efterlever JCI´s standarder og deres formålsbeskrivelser. Denne vurdering af organisationens samlede efterlevelse af standarderne baseres på:
- interview med personale og patienter samt anden mundtlig information
- akkrediteringsteamets iagttagelser af behandlingsprocesser
- politikker, vejledninger og andre dokumenter der fremlægges af organisationen
- resultatet af selvevalueringer når disse indgår som den del af akkrediteringen"
(HS, april 2003:13)

I Sønderjyllands amt beskrives formålet således:
"*Ekstern vurdering:*
Den eksterne vurdering finder sted ved at et engelsk team bestående af fagprofessionelle fra sundhedsvæsenet fx læger, sygeplejersker, administratorer og en repræsentant fra HQS i 3-5 dage besøger den enkelte organisation. I denne periode vurderer de kvaliteten i praksis via:
- gennemgang af dokumenter
- observation på alle tider af døgnet
- interview af medarbejdere."

(KISS personaleinformation, januar 2002)

I de danske forsøg, har man valgt i samarbejde med de respektive akkrediteringsorganisationer at uddanne egne medarbejdere til at udføre survey / kontrolopgaver, dels for at have egne eksperter i overvågning af kvalitetssikring, dels for at kunne udføre lokalt anlagte survey-besøg som en øvelse, en mock-survey, og samtidig bidrage til udvikling af rutiner og metoder, der kan bruges i daglig praksis på hospitalerne til udførelse af egenkontrollen.

Denne egenkontrol kan foregå med forskellige udgangspunkt. Således er der nogen aktører, der mener at *"det skal være en lærings- og udviklingsproces"*, mens andre har en anden holdning og giver udtryk for at *"det er jo bare noget, vi skal"*. Læringstanken finder jeg hos nogle af de nyuddannede. lokale bedømmere, der fremover skal deltage i hospitalernes udviklingsaktiviteter med henblik på opfyldelse af standardkravene. Uddannelsen af de interne bedømmere / surveyor'ne i H:S blev ledet af JCI-konsulenter og foregik som et to ugers forløb med en uges teori og en uges praktik på hospitaler i H:S. Herfra berettes om en leder for en afdeling, der var godt tilfreds med at få et konstruktivt input til hverdagen og få udpeget steder, hvor tingene haltede en smule. Lederen og den nyuddannede bedømmer var enige om at systemet kan anspore til, at man lærer af hinanden i sundhedsvæsenet, og at det er det, der er det vigtige. Man skal ikke tænke på akkreditering som **kontrol**, men mere som en **lærings- eller udvik-**

lingsproces. De interne bedømmere blev undervist i, hvordan de skulle kommunikere med de ansatte på hospitalerne. En af dem fortæller at :

> *"Vi skal have respekt for det arbejde folk udfører.. understøtte deres faglige værdighed og sørge for, at de har en tro på, at de kan rette op på de fejl, der måtte være. Men nok så vigtigt, vi skal gøre os klart, hvad der er unikt og specielt godt hos dem så andre får en chance for at lære af det."*

Med denne udviklingsorienterede tilgang møder de interne surveyor'e blandt andet personale, der har en pragmatiske forståelse af systemet og egen forpligtelse i den sammenhæng, således som en sygeplejersker udtrykker det:

> *"det er jo bare noget vi skal, og så får vi vel det bedste ud af det. HS har valgt at JCI skal overvåge vores kvalitet og patientbehandling. Og vi er ansat her, og så er det sådan."*

Når der gennemføres prøve / mock-survey, mener de akkrediteringsansvarlige, at det skal betragtes som en anledning til at give ledere på hospitalet et indtryk af, hvordan det går med at leve op til kravene. Ved en mock-survey foretages der som regel stikprøvekontrol af arbejdsprocesser. Man tager udgangspunkt i at systemet er i drift og standarderne er indpasset i hverdags praksis. Men i de faser af systemets anvendelse, jeg har kunnet følge har man endnu været på implementeringsstadiet eller den indledende periode efter den første godkendelse/ akkreditering, hvorfor det fra mange sider har været anset for nødvendigt og naturligt, at der måtte være nogle travle perioder med forberedelse til besøget. Det bliver således ikke en kontrol af daglig praksis, men af et forberedt møde. Det finder mange er udmærket, fordi kvalitetssikring så bliver sat på dagsordenen, og hver gang det sker, lejrer der sig noget, som bliver hængende. Så kontrolbesøg er med til at skubbe processen fremad.

Afrunding

Der er forskellige forestillinger om, hvordan akkreditering skal påvirke arbejdsprocesserne, idet nogen taler om læring, mens andre efterkommer ordrer. Så på spørgsmålet om hvornår der er en infrastruktur, en ny forgrening i rhizomets rodnet, hvor akkrediteringsstandarder er blevet en del af arbejdsprocesserne, må svaret være, at det afhænger af konteksten - i nogle situationer, på nogle afdelinger har man taget systemet til sig, på andre lever det perifert, men i alle tilfælde kan det lade sig gøre at finde formelle betingelser opfyldt, om ikke andet bliver det bevist i kraft af tildeling af akkreditering til hele hospitalet.

12.3.2 Forberedelser til survey-besøg fra akkrediteringsorganisationen.

Forud for de internationale inspektionsbesøg, som altid afvikles efter en fast skabelon omfattende angivelse af både mødedeltagere, tidspunkter og dagsordener, har hospitalets ledelse som regel lagt en besøgsplan inden for den ramme akkrediteringsorganisationen har givet, så lederne på afdelingerne ved, hvornår de skal være parat til at tage imod og vise rundt. Jeg har fået forskellige beretninger om, hvorledes afdelingerne forbereder sig, mange har forberedt personalet og benyttet lejligheden til at sætte eks-

tra fokus på standarderne, andre har sørget for en ekstra oprydning, og nogle har ment, at der ikke var grund til særlige forberedelser.

Tilgangen har varieret lidt afhængig af hvilken fase af implementeringen, man var nået til. Nogle gange handlede det især om, at der skulle foreligge skriftlig dokumentation, her var forberedelserne rettet mod sikring af, at dette var i orden, man skulle kunne vise papirerne frem og personalet skulle kende dem. Andre gange var der mere fokus på praksis og anvendelsen af standarderne, surveyor'ne spurgte til arbejdsgange og dokumenteringspraksis, gennemgik for eksempel en journal for en indlagt patient og talte efterfølgende med patienten (det kunne være ledelsen, der udvalgte journalen, eller det kunne være surveyor'ne, der havde bestemte ønsker om en bestemt type patient) og observerede arbejdet på afdelingen.

Rydde op.
At holde orden i lokaler og papirer og skabe overblik, er indikatorer på at man arbejder forsvarligt og følger standarderne, får jeg indtryk af, når jeg ser og hører, hvordan man forbereder et besøg på afdelingen. Rydde op og sortere fra, det er nogle gøremål, der har fyldt meget i akkrediteringsprocessen. På nogle afdelinger har man oplevet, at de internationale inspektører bemærker, om der er ryddeligt på afdelingen, noget som for personalet ligger ret fjernt fra den sundhedsfaglige kerneydelse. Personalet taler om, at der skal se ordentligt ud; nogle med en vis ironisk distance:

> *"vi rendte rundt og gjorde rent, og alle syntes det var vildt morsomt og sagde,' hvor ville her være pænt, hvis I gjorde det hver dag'.*

Andre fortæller om en praktisk løsning på uløselige problemer som for eksempel pladsmangel og udnyttelse af gulvarealerne:

> *"vi er i lokaler, hvor vi faktisk ikke kan være. Der må ikke stå kasser på gulvet, men det kan ikke lade sig gøre af finde andre steder til dem, så det er måske et punkt, hvor vi snyder, når der er akkrediteringsbesøg. Vi sørger for, at der ikke står noget på gulvet, men når de er rejst, så står kasserne der igen."*

Eksamen.
Som regel er survey-besøg planlagt så detaljeret, at afdelingerne kender tidspunktet, men præcis hvilke dele af afdelingens forskellige afsnit, der bliver undersøgt, ved man ikke. Ej heller, hvad der vil blive sat fokus på:

> *"Vi ved nogenlunde hvilke afsnit de vil besøge. Jamen hvad de vil se, ved vi ikke, det kan være et medicinrum, nogle papirer, det kan være nogle procedurer, noget materiel. Man kan principielt slå ned på alt, men sådan skal det være, for ellers er det jo endnu mere kunstigt. For det er jo en slags eksamen og man gearer sig jo til det. Man har ekstra orden den dag, hvis man kan sige det på den måde. Det hele skinner."*

"At skulle have besøg, bygger en gejst op", fortæller en leder. En del af survey-besøget består af observation og spørgsmål til personalet om forskellige arbejdsprocesser. Her er det vigtigt, at alle nye procedurer er blevet kendt stof, både i teori (man skal vide, at

der er vejledninger af forskellig slags) og i praksis - man skal følge forskrifterne i det arbejde, man er i gang med, når afdelingen får besøg, og man skal kunne besvare spørgsmål om procedurerne. Døre skal holdes lukkede, skemaer være korrekt udfyldt, journalerne indeholde alle obligatoriske dokumenter, personalemapper skal være opdaterede, der skal være orden i skabene og medicinrummet osv.

En overlæge fortæller, at der går mange ressourcer til i tiden op til besøget, fordi der kommer mange nye tiltag, som medarbejderne skal informeres om og instrueres i. En sygeplejerske supplerer, og understreger, at man gerne vil have styr på det hele, men at man også ved, at det er et kæmpearbejde, fordi implementeringen ikke kun handler om papirarbejdet, men også om formidling og forandring af arbejdsprocesser - *"få sygeplejerskerne og lægerne til at vide de ting, de har brug for."*

Blandt de forskellige midler, der er taget i brug for at holde personalet informeret, er personalemøder og opslag på afdelingerne eller foldere, der deles ud til medarbejderne. Det sidste havde man forsøgt på en afdeling, hvor ledelsen havde skrevet sin egen folder. For at sikre at den blev læst, fulgte lederne efterfølgende op, og mindede personalet om at de skulle læse den og sørge for at vide noget om standarderne. Især var det vigtigt at de kunne besvare evt. spørgsmål fra surveyor'erne :

> *"sig endelig ikke, at 'det ved jeg ikke'. Hvis ikke du ved det, så sig at det står i kvalitetshåndbogen eller en proceduremappe. Det er altid bedre at sige, at det står dér og dér."*

Som en ekstra sikring havde ledelsen bestemt, at alle skulle krydse sig af på en liste, når de havde læst folderen.

Afkrydsningsmetoden var udbredt - på andre afdelinger så jeg lignende navnelister til brug for markering af at nye procedurer eller lign. der var lagt frem til personalet, var læst. Nogle steder var der mange afkrydsninger, andre steder var der kun nogle få. En ringe tilslutning blev vurderet forskelligt af lederne eller kvalitetsnøglepersoner, idet man på nogle afdelinger nærmest gav udtryk for, at man, når man havde lagt materialet frem, havde gjort sin pligt og ikke kunne gøre mere, idet man ikke ligefrem ville tvinge medarbejderne til at læse de nye tekster, mens man andre steder lagde et stort engagement i at få så mange medarbejdere som muligt til at slutte op om systemet og læse teksterne. Pointen er her, at der kan institutionaliseres flere former for ekspertise, heriblandt den der sigter på at forberede sig 'passende', hverken for meget eller for lidt, og afstemt efter forventninger til de krav man bliver målt på.

12.3.3 Survey-besøg.

Relationer er kun synlige gennem indikatorer, skriver Bowker & Star; de illustrerer det med en observation af brug af diagnoseklassifikationssystemet ICD på et hospital, hvor bogen med listen over koder 'altid åbner sig på samme sted'. Dette perifere tegn, som de kalder det, kan være en indikator for afdelingens måde at anvende kodesystemet på. Der kan være andre relationer, som ikke efterlader synlige spor og derfor er svære-

re at finde og beskrive, ikke kun for feltforskeren eller de aktører, der indgår i arbejdsfællesskabet på stedet, men også for et akkrediteringsteam på survey-besøg.

I dette afsnit vil jeg forholde mig til en række teoretisk inspirerede spørgsmål til den praksis omkring survey, jeg har haft adgang til. Jeg har ikke stillet lige præcis disse spørgsmål direkte under mit feltstudie, men de har samlet sig efterhånden som jeg har arbejdet med det empiriske og teoretiske stof, og de vedrører alle problemstillingen omkring metode og effekt af survey-besøg som kontrolform. Spørgsmålene er således:

> Hvad er det inspektorerne ser på? Hvordan repræsenteres arbejdsprocesserne for en inspektor? Får inspektorer øje på work-arounds eller forskellige måder at omgå standardsystemerne på, som jeg finder indikationer for i citaterne nedenfor, og er der mon spor af ukendskab hos begge parter, både hospitalets medarbejdere og surveyor'ne? Har de deres egne særlige indikatorer til at guide sig? Hvad mener de om den særlige oprydning på afdelingerne? De nyskrevne dokumenter, journaler der i den seneste tid er ført med særlig omhu?

Nedenfor giver jeg et indtryk af de forskellige tilgange til survey-besøg - tematiseret efter nogle hovedtendenser, jeg har udledt af interview og feltophold:

12.3.3.1 Eksamen.

At sætte fokus på processerne.

En sygeplejerske har oplevet survey-besøget som et givtigt input til praksis, i og med at der kommer fokus på tingene og man kommer til at diskutere arbejdsprocesserne, på en anden og mere intens måde. Det hænder ligefrem, at man bliver skuffet, hvis der ikke bliver stillet tilstrækkelig mange spørgsmål. En kollega fra et laboratorium er enig og mener, at det er postivit, at der kommer nogen og ser, om arbejdet er godt nok. Lægerne, derimod, har efter sygeplejerskens erfaring ikke kunnet se at de fik noget særligt ud af besøget, og nogle er ligeglade med projektet. På et andet hospital, var det ikke ligegyldighed hos lægerne, jeg fandt, men positiv interesse (i flg. en overlæge) for mødet med kolleger fra andre lande, med et fokus på det de kaldte den faglige del af besøgene, hvor man kunne vise sin afdeling frem og diskutere procedurer.

Fra det administrative område fortæller en leder, at man har fået anledning til at skærpe overblikket over arbejdsopgaverne - forud for besøget kan man fornemme hvilke indsatsområder surveyor'ne vil gå efter, så her forbereder man sig ekstra godt; det handler også om at sælge varen, mener lederen .

Eksamenstænkningen ser jeg tydeligt i de dele af besøget, hvor det er dokumenter der skal kontrolleres. Således var en del af JCI's besøg i H:S arrangeret som en møderække, hvor surveyor'ne ikke gik ud til afdelingerne, men opholdt sig i et mødelokale, hvortil repræsentanter for afdelingerne mødte op. En leder fortæller om denne situation: *"så kommer den dag, hvor man skal møde JCI. Det er ligesom at være til eksamen. Kl. 10 får jeg at vide at jeg skal komme til møde kl. 12 og medbringe nogle navngivne personalemapper. Og der kommer man ind, som om man er til eksamen. Der sidder fire mennesker; den ene er tolk, hvilket*

faktisk er meget rart, fordi man kan blive spurgt om noget, der nok lyder enkelt på engelsk, men kræver at man bruger korrekte juridiske udtryk, når man skal svare."

En anden vinkel finder jeg hos overlægen, der fremhæver det negative ved den eksamensagtige form, hvor alle gør deres bedste - lederne giver projektet ekstra megen opmærksomhed, og personalet kan sagtens mærke det,

> *"så derfor kan man høre den der rundt omkring på afdelingerne: hvad er det hele værd, at de nu går rundt og skælder og smælder i dag, men i morgen må det godt flyde igen. Det er ulempen ved inspektionstankegangen."*

Efterhånden som afdelingen har haft survey-besøg (både internationale og de danske mock-surveys) nogle gange i løbet af projektperioden, ser overlægen dog tegn på forandring, idet flere og flere medarbejdere ændrer syn på deres indsats, og ser sig selv som en del af kvalitetssikringen. Det skyldes måske blandt andet, at alle har haft mulighed for via hospitalets intranet at komme med deres kommentarer direkte til, hvad de har oplevet på afdelingen i forbindelse med akkrediteringen.

Der skal være orden i dokumenterne og reolerne, når der kommer inspektionsbesøg, som således bliver en anledning til, at de opgaveansvarlige sætter fokus på at skabe orden i fysisk forstand. På en afdeling ser jeg, hvorledes man benytter anledningen til at ordne personalemapperne - resultater og aftaler i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler underskrives og arkiveres, og mapper med procedurebeskrivelser, sikkerhedsforskrifter og andet arbejdsmateriale bliver sat på rette plads Det kan sammenlignes, mener jeg med den form for orden, man skaber ved at omsætte praksis til en struktureret form som en statistik; det bliver til en form for transformation af handlinger/ inscriptions, noget der kan mobiliseres, samles, arkiveres og fremvises. Fremvisning af orden er det der sker for den leder, der ved det internationale besøg oplevede, at en af inspektorerne blev meget begejstret for de computer-styringsredskaber, han havde udviklet til brug for afdelingens kvalitetssikring. Den pågældende leder var glad for besøget, der bidrog til at se på hverdagens praksis med andre øjne: *"det er ligesom en eksamen, det er virkelig godt at der kommer nogen og kigger"*, mente han.

At besøget fungerer som en eksamen, ses fra en overlæges side med mine ord, som en særlig performance til en bestemt anledning: Eksamensdelen betyder alt, mener hun, fordi hun har erfaret, hvorledes alle gør deres yderste for at følge alle procedurer og regler i den sidste uge før besøget, for derefter at 'gå tilbage til et andet niveau' et par dage senere. Et konkret eksempel på en sådan situationstilpasning så jeg på en anden afdeling, hvor en ung læge fortalte *"da der gik rygter om at surveyor'ne skulle komme på afdelingen, skulle overlægerne hen og læse på nogle af instruktionerne sådan lige ugen inden."*

En tilsvarende forberedelsesstrategi ser jeg på den afdeling, hvor ledelsen efter at have diskuteret forskellige projekter beslutter, at det der er vigtigt er at vælge, hvad man kan lægge på bordet, og hvad man kan fortælle, at man har gjort ved det. Endvidere lægger man vægt på at alle medarbejdere skal vide, at projektet er i gang, fordi gryden skal holdes i kog. Konkret vælger de også at lave *"en fin personalesag - så kan de se den."*

Det spørgsmål, der kan rejses her, er om man ser sig selv som en del af akkrediteringen, eller man fokuserer på at bestå en eksamen som er uden videre effekt i forhold til praksis.

12.3.3.2 Ironisk distance.

Mens nogle er glade for besøget og andre fortæller, hvordan man kan tilpasse sig og på kort tid opfylde de krav der stilles, på tilfredsstillende måde, er der også eksempler på afdelinger, hvor der lægges en ironisk distance, og man fortæller, hvad de andre gjorde eller ikke gjorde. På flere afdelinger har lægerne i følge nogle sygeplejersker ikke deltaget særlig meget i forberedelserne til survey-besøg. Men de samme sygeplejersker havde bemærket, at lægerne var meget interesserede i at vise frem i forbindelse med besøgene, så et eller andet interessant var der åbenbart ved akkrediteringssystemet. Sygeplejerskernes deltagelse blev omvendt sat på spidsen af en læge, der fortalte at 'de kunne lire remserne af', da der kom besøg.

Det er også taknemmeligt at ironisere over oprydningen. Temaet har været nævnt tidligere i andre sammenhænge i analysen, og det tages også op her, fordi det især er den ironiske tilgang til kvalitetssikringen, jeg har set komme til udtryk i denne sammenhæng. En leder illustrerer stemningen op til et besøg ved at berette om alle de mange møder, der bliver afholdt, hvor man taler om, hvad der skal ordnes, samt om hvor meget der bliver ryddet op, og alt det der bliver sat på den plads, hvor det altid burde være. Og det gælder tilsyneladende også de små ting: *"altså slikdåsen ryger jo ind på kontoret, den må ikke stå i vores arbejdsrum. Det er jo sådanne ting de går op i."*

Det er måske en mindre fejl at have slikdåser stående, men den er i flg. min egen erfaring international, idet jeg har set noget tilsvarende på et akkrediteret hospital i USA[216]. Her var det almindelig praksis at læger og sygeplejersker havde deres kaffekrus placeret på skriveborde og reolhylder i fællesarealerne mellem sengestuerne, især om morgenen var det ikke usædvanligt, at de tog krusene med sig fra hylde til hylde, mens de gik stuegang. Men én morgen gav afdelingens ledende sygeplejerske besked til alle, der deltog i stuegangen, om at der ville komme inspektionsbesøg næste dag - derfor måtte der ikke være krus i området.

Med denne tilgang til forberedelserne til et besøg, kan man fundere over, hvilket grundlag en surveyor har for at vurdere om praksis lever op til standarderne. Som tidligere nævnt skal inspektører dels have en sundhedsprofessionel eller administrativ uddannelse, dels have bred og grundig praktisk erfaring og helst stadig være aktive i deres job på et hospital. I Joint Commission skal alle inspektører hvert år gennemgå en test i stoffet inden for de standardområder, der er deres ekspertområde[217]. Ved en international akkreditering får hospitalerne besøg af en gruppe inspektører med forskel-

[216] Studiebesøg på universitetshospital i staten Connecticut i maj 2004.
[217] Samtale med ledelsen i JCI i Chicago, juni 2004.

lig baggrund, men de er ikke så mange, at alle specialer kan dækkes. Derfor finder jeg, at der er anledning til, at skeptikere kan spekulere over, hvordan man kan være sikker på, at survey-besøget er ensbetydende med en grundig udforskning af kvalitetssikringen af arbejdsprocesserne. Hvad ligger der bag afkrydsninger og bemærkninger på de (af surveyor'ne) medbragte skemaer, spørger personalet på de danske hospitaler. En medarbejder, der var utilfreds med et besøg, mente - sat på spidsen - at den inspektør hun havde mødt på sin afdeling var en tidligere krigskirurg, der havde været ude og operere i Vietnam, og ikke kendte noget til specialet på hendes afdeling. De mere begejstrede danske sundhedsprofessionelle har en anden forståelse af erfaring, og mener at selve specialekendskabet er underordnet i forhold til den praktiske erfaring med arbejdet på et hospital, og - tilføjer de, inspektørerne er også trænede iagttagere af hverdagen på en afdeling, i og med at de har foretaget mange survey-besøg på alle typer af hospitaler og afdelinger. En overlæge mener, at inspektørerne er *"meget professionelle folk, der har et godt blik for, om der er styr på det her"*. Det skulle således ikke være orden på reolerne og i mapperne, der er udslagsgivende. Men oprydning er en del af forberedelsen, i stil med, som en leder fortalte, rengøring inden man får gæster. Er der rent på fortrappen, er det tegn på at der også er orden inden for i huset, sagde hun.

M. Power, der er skeptisk over for den stadig mere udbredte brug af audit og andre former for kontrol, ser en risiko for at overvågningsindsatsen udvandes, og man får en kosmetisk praksis, hvor reelle fejl og risikoområder skjules og auditorerne / akkrediteringsorganisationerne bliver for opmærksomme på egen økonomisk risiko og derfor udsteder 'empty comfort certificates'. Han beskriver auditsamfundet som et samfund, der skader sig selv, fordi det investerer for meget i hule verifikationsritualer på bekostning af andre former for beretninger om præstationer: *"In providing a lens for regulatory thought and action audit threatens to become a form of learned ignorance"* (Power, 1997. kap 6)

Hvad enten det er audit som en særlig evalueringsmetode eller det er survey-besøg, mener jeg at mekanismerne er ens, og at muligheden for at det rituelle tager over, derfor må være tilstede i begge situationer.

12.3.3.3 Det bliver målt, om vi har sat vores underskrift".

I 2004 berettes i *H:S bladet* om forløbet af en mock survey eller generalprøve på den akkreditering, der skal finde sted året efter. I løbet af tre uger fik hvert af de 6 hospitaler i H:S besøg af to konsulenter fra JCI samt to interne H:S auditorer (I alt 22 medarbejdere fra H:S var på daværende tidspunkt uddannet til denne opgave). Repræsentanten fra H:S direktionen udtaler til bladet, at der heldigvis er mange standarder der er opfyldt, men at der også er en lang liste over det, som skal blive bedre. Hun forklarer, at JCI til den aktuelle mock-survey var blevet bedt om at fokusere på alt det, der ikke er godt nok: *"Først og fremmest er kravene i standarderne skærpet i forhold til, da vi første gang blev akkrediteret. ... når vi nu har levet op til standarderne én gang, skal vi næste gang være endnu bedre"*. Hun fortsætter: *"hovedopgaven bliver at gøre dokumentationen i journalerne bedre. Det gør vi ikke detaljeret nok ... Et andet krav er, at det skal være synligt i journalen, hvilke vurderinger alle fagpersoner har foretaget, første gang de så patienten. ... Endnu et*

eksempel er at kvinder, der udskrives af en jordemoder eller sygeplejerske efter en ukompliceret fødsel får gennemgået og udleveret skriftligt materiale ... Her skal det fremgå af journalen at materialet både er udleveret, gennemgået og forstået ... Vi har taget det som en selvfølge at alle gør som de skal. Men spørgsmålet er jo, om vi kan være sikre på, at for eksempel en nyuddannet sygeplejerske siger det samme til patienten som en mere erfaren".

At nyudannet personale formulerer sig anderledes end de erfarne er der flere aktører i den klinisk praksis, der ikke er i tvivl om - jvf. overlægen der taler om billedgenkendelse i forbindelse med den kliniske beslutningsproces, eller unge læger, der bruger personligt udarbejdede tjeklister, når de er på vagt. At personalet skal dokumentere i journalerne, at patienter ikke alene har fået udleveret og gennemgået materiale, men også forstået det, betragter jeg som en norm, der ikke kan kontrolleres. Emnet var til debat på hospitalerne, men løsningen - at måle at patienterne har forstået budskaberne - lå ikke ligefor.

En anden opgave, der i flg. H:S direktionen var peget på, var sortering i skriftlige vejledninger og retningslinjer. Mock survey viste, at mange af disse skriftlige anvisninger og påbud ikke var ordentligt implementeret. Blandt andet var der nogle, der næsten var for grundige og svære at læse, og som gav anledning til en bemærkning om, at man skal lære at fatte sig i korthed. Hospitalerne havde også været gode til at indsamle kvalitetsdata, men ikke så gode til at omsætte dem til brugbar information og synliggøre, hvad der var blevet konkluderet på data.

En forestående svær opgave, står der i artiklen, vil blive, at man hvert år skal tjekke om sygeplejersker kan varetage medicineringsopgaver og kirurger stadig kan gennemføre de operationer, der står i deres stillingsbeskrivelse. Sådan plejer man ikke at vurdere personalet i det danske sundhedsvæsen, hvor autorisation og speciallægeanerkendelse gives én gang med efterfølgende varig gyldighed, med mindre der begås særlige fejl. Denne danske fremgangsmåde accepteres ikke af JCI (jvf. beskrivelsen i afsnit 10.2.1.). Jeg finder her, at man ikke berører temaerne professionens jurisdiktion og kerneydelse som sådan, men går tættere på de enkelt aktører og den lokale kontekst, hvori de fungerer i det hele taget - hvem handler og på hvilke betingelser?

> *I en leder i H:S bladet skriver den sundhedsfaglige direktør bl.a. at det er tankevækkende, at det er de samme områder der voldte problemer i både 1999, hvor JCI-konsulenterne besøgte hospitalerne første gang, og i 2004.* "Det drejer sig bl.a. om dokumentation, informeret samtykke, MUS, ernæring, medicinering og vurdering af personalets kvalifikationer. Det tyder på at det er rutiner, som er fast forankret...." (Kilde: NYH:S, nr. 1, 2004)

Den faste forandring burde ikke undre, hvis man tager udgangspunkt i en emergensforståelse af forandringer. Måske er der sket noget andet, som ikke opfanges, når der fokuseres på symptomerne såsom dokumentation og ernæringssamtaler, for den gode kvalitet. Måske ydes der virkelig dårlig kvalitet i form af fejlmedicinering, eller personale med forkerte kvalifikationer?

For hvad betyder dokumentkontrollen i forhold til den faktiske kliniske praksis? Der er i hvert fald to uklare områder, dels spørgsmålet om relationerne mellem akkrediteringsstandarderne og de sundhedsfaglige kerneydelser, dels spørgsmålet om form kontra indhold eller substans. Det første har jeg tidligere diskuteret og vist, hvorledes læger og sygeplejersker er tilbøjelige til at mene, at de to ting ikke har ret meget med hinanden at gøre. Jvf. også det særlige projekt om kliniske indikatorer, der blev sat i gang i H:S, samtidig med at man indledte samarbejdet med Joint Commission, netop i erkendelse af behovet for at se særskilt på de sundhedsfaglige kerneydelser. En overlæge giver denne beskrivelse af forskellen, hvor den organisatoriske logistikfunktion fremhæves:

> *"Inspektørerne går ikke ind i det faglige, de kigger ikke på om den behandling, jeg laver på min patient lever op til højeste internationale standarder. Man kigger kun på rammer og på de ydre ting, i virkeligheden ser man på om logistikorganisationen er i orden."*

Hvad angår relationen mellem form og substans repræsenteres tvivlen af den overlæge, der fortæller om fokuseringen på dokumenter, at inspektørerne ser på om formalia er opfyldt, om der for eksempel står, at patienten er informeret om sin sygdom, mens de ikke ser på om det er relevant, det man laver.
En anden måde at udtrykke dette på er udsagnet om accounting, som jeg har hørt på flere afdelinger fra både læger og sygeplejersker:

> *"det bliver målt, om vi har sat vores underskrift".*

12.3.3.4 Blækket på procedurebeskrivelserne var ikke tørt endnu..

Forberedelserne af dokumentationen forud for akkrediteringsbesøget har mange steder været en stor opgave. Nogle steder fortæller man mig, hvordan man havde arbejdet med at beskrive procedurer helt op til tidspunktet for akkrediteringsbesøget: *"blækket på procedurebeskrivelserne var ikke tørt endnu, da vi fik besøg af surveyor'ne, men vi havde en organisation og et system og de sagde, at de regnede med, at vi ville få systemet indført og til at fungere og blive indlejret organisationen."*

Hvorvidt det ville ske, skulle kontrolleres ved det næste besøg. Det var således et vigtigt formål med det første besøg, at bruge meget tid på at gennemgå dokumenter. Det foregik som en rundbordssamtale, hvor inspektørerne 'prøvede os af på dokumenterne' som en af deltagerne udtrykte det. Og resultatet var tilfredsstillende, fordi inspektørerne så, at sygehuset havde en organisation og et system, som de kunne anbefale blev implementeret. Der var mange dokumenter, som skulle kigges hurtigt igennem. Derfor havde mødedeltagerne fra sygehuset sørget for at sortere papirerne og sætte dem ind i plasticlommer.

> *"Vi kan ikke undvære plasticomslagene, med den fart alle de papirer skal kigges igennem. Vi får highlighted lige præcis dér, hvor tingene står"*, fortæller en af deltagerne.

Ikke kun dokumenter, men også handlinger har man brugt mange ressourcer på forud for survey-besøg. For en sygeplejerske og hendes kolleger betød den forventede kontrol på området for personaleadministration, at de fik deres livs første udviklingssamtaler med meget kort varsel, for at man kunne sikre, at afdelingen levede op til standarderne: *"det skulle dæleme gå stærkt, fordi personalemappen skulle være i orden, inden akkrediteringsdagen."*

Andre aktører deltog i tiden op til besøget i besvarelse af en stor mængde spørgsmål vedrørende opfyldelse af forskellige standarder, et udslag af akkrediteringssystemets accounting-funktioner. Ud fra svarene skulle der udarbejdes statistikker, som skulle ligge klar til besøget.

12.3.3.5 Surveyor'e / inspektorer på besøg.

I et nyhedsbrev om KISS projektet kan man læse, at 50 ansatte i det sønderjyske sundhedssystem har været på kursus hos akkrediteringsorganisationen for at lære, hvordan man griber en survey-opgave an, og at de nu er ved at forberede sig på at 'høre' kollegerne i KISS-lektien. Her læser jeg, at kort sagt skal de sønderjyske surveyor'e blandt andet tjekke om personalet følger procedurerne, som de er beskrevet i standarderne. Jeg læser også, at der skal udarbejdes en rapport, der viser, hvilke områder der skal arbejdes videre med. Efter kurset mener de nyuddannede surveyor'e at de har fået styr på, hvad de skal kigge efter. For eksempel at personalet skal kende procedurer og politikker for deres område: *"Når man for eksempel skal dryppe øjne skal man kunne finde proceduren og se, hvordan man håndterer opgaven"*, siger en social- og sundhedshjælper. (KISS nyhedsbrev nr. 6).

Det ville være nærliggende at oversætte det engelske ord surveyor med kontrollør, fortæller en læge, der er uddannet til lokal surveyor, til nyhedsbrevet, men det er en dårlig betegnelse. Undersøger er heller ikke dækkende, mener han, fordi det, der er opgaven, er *"at finde fejlkilder, så vi i fællesskab kan finde og beskrive en løsning. Vi går ikke efter personen."*

En leder fra en teknisk afdeling skal undersøge en kollegas afdeling på et andet hospital, og er spændt på hvordan det kommer til at gå. En anden læge fremhæver, at han med sin uddannelse til surveyor skal være medspiller mere end modspiller over for kollegerne, *"vi skal ikke forfalde til rollen som bogholdere, men under dialogen hjælpe med at give den part, man interviewer nogle redskaber til at komme videre"*, siger han. (KISS nyhedsbrev nr. 6).

Inspektionsbesøg af de danske kolleger betragtes af nogen som en generalprøve forud for en international akkrediteringssurvey, mens andre mener, at fokus og metode adskiller sig så meget, at der er tale om to forskellige typer af besøg. De lokale surveyor'e går måske mere i detaljer, og besøget kan få karakter af en hjælp til afdelingen til forberedelse til det internationale besøg, i og med at der bliver udpeget områder, der ikke lever op til standarderne. Nogle finder det udfordrende at arbejde med de metoder, de

lokale surveyor'e har lært af akkrediteringsorganisationer. Det handler især om brug af strukturerede mødeformer og spørgemetoder, der danner en sådan ramme om samtalerne, at det bliver muligt at tale om emner, man ikke normalt har på dagsordenen, fordi det måske er svært at finde den rigtige indgang til at tage fat på diskussionen, (jvf. diskussionen i Kapitel 5 om professionelle paradigmer og vanskelighederne for professionelle ved at agere uden for disse). Hvis der for eksempel er problemer med at finde et sprog til og en form for en diskussion af samarbejde og strukturering af arbejdsprocesser, er redskaberne fra akkrediteringsorganisationerne en fødselshjælper.

Generelt mener jeg ikke, at mit materiale viser markante forskelle på danske og internationale besøg på afdelingerne, men der er dog en tendens til, at der forventes større udfordringer, når surveyor'ne med den internationale erfaring og indblik kommer på besøg. Før et lokalt inspektionsbesøg, fortæller en leder, får afdelingen et mødeprogram. Herudfra planlægger ledelsen så på forhånd, hvem der skal møde hvem og hvor, og som regel går chefen for afdelingen med rundt. Afdelingens repræsentanter fortæller kort om specialet og opgaverne, og giver en status for hvor mange patienter og af hvilken type, der er indlagt. Derefter stiller surveyor'ne nogle spørgsmål. Denne leder mener, at det er sjældent, at man får så meget ud af det besøg. Man får selvfølgelig en rapport, siger han, men det afgørende er, at man ved, at nu skal der være en lokal survey. Så får man det fokus på området igen, som ellers ofte forsvinder lidt i hverdagen, når akkrediteringsbesøget er overstået.

En sygeplejerske husker fra de lokale inspektørers besøg, at de gik rundt og kiggede og gik sammen med ledelsen, mens personalet passede deres arbejde og så kunne blive kaldt til side og spurgt om et eller andet.

Inden det internationale besøg har der været travlhed på alle afdelinger med at gennemgå papirer, så man kunne finde ud af, hvad der manglede. Personalet tjekkede at ringbindene så pæne ud, og om alt var i orden, og på selve dagen for besøget var der en stemning som på en glad eksamensdag . Nogle steder havde man forberedt sig særlig godt og fundet ud af hvilke sygeplejersker, der var på arbejde på besøgsdagen, så de kunne være godt forberedt, blandt andet var der eksempler på, at man lagde vægt på at de, der var gode til engelsk kunne være til stede.

I det hele taget er den fysisk synlige del af forberedelserne og selve besøgene det, medarbejdere uden ledelses- eller kvalitetsnøgleperson-opgaver, lægger mest mærke til. En sygeplejerske mener, at de internationale inspektørers besøg forløb *"helt roligt. De kiggede og de gik sammen med ledelsen, og så var der nogle enkelte der blev spurgt om nogle ting, og det oplevede de som meget behageligt."*

Derimod mener hun, at optakten til det var *"fuldstændig ude i hampen. Det var en cirkusforestilling, der blev vasket vægge og lofter, køleskabe blev tjekket på alle måder, støv blev fjernet og der blev ryddet op. Husk nu at lade være med at have det og det på. Jamen det er jo ledelsen på overarbejde, så jeg ved ikke hvad. Men ok, det er princippet i den måde at gøre det på, og det har ikke noget at gøre med vores hverdag, den dag. "*

12.3.3.6 Skønmaleri - eller udfordringer

Ledere og nøglepersoner på afdelingerne beretter ikke kun om de synlige dele af besøget, men har også fokus på substansen. Her fortæller flere om, hvordan de i første omgang frygtede besøget af de internationale inspektører, mens man ved den seneste akkreditering i H:S fandt at afdelinger, der ikke fik besøg, var skuffede. En vis utilfredshed var der også hos dem, der fik besøg. De syntes ikke inspektørerne var skrappe nok, der var for meget ros og for lidt ris. Mange havde set frem til at vise, at der var sket fremskridt siden sidste akkreditering, men også til at få udpeget nogle af de svage områder man regner med, der må være på enhver afdeling, eller som en overlæge udtrykte det: *"hvis der ikke er noget at sætte en finger på, har vi jo lavet et skønmaleri, de skal være skrappe, ellers bliver vi ikke udfordret nok. Hun tilføjede at personalet på afdelingen havde forberedt sig til tænderne og glædet sig til at besvare spørgsmål."*

Udviklingen i relationerne mellem aktørerne på de danske hospitaler og inspektørerne fra akkrediteringsorganisationen ser jeg også som en fortælling om en øget fortrolighed med systemet, når en sygeplejerske fortæller om inspektørernes, ofte længevarende samtaler med personalet: *"De første gange var man lidt nervøs, for tænk nu hvis jeg ikke kan svare, men det har måske også mere været vores holdning end deres, det der med at man skal kunne svare. Den sidste gang de var her, var de meget åbne. Vi skulle for eksempel fremlægge nogle journaler, og så blev der spurgt til et underpunkt i standarderne, der handler om, at man skal huske at få oplysninger om patienternes økonomiske status. Men vi bruger mest det sociale her på hospitalet - om man er i arbejde, om man har børn , men ikke noget med, hvor meget man tjener. Så vi diskuterede med den amerikanske inspektør og fortalte om, hvordan vi plejer at gøre, og så kunne han godt forstå, at det ikke var en fejl, når vi ikke skrev noget om patientens indkomst."*

Uden for den mindre kreds af medarbejdere, der taler med inspektørerne, cirkulerer beretninger om hvad der sker. I Sønderjyllands amt havde mange hørt om en af de mere spektakulære dele af undersøgelserne:

> *"Vi har alle sammen hørt om, hvordan en af de britiske surveyor'e ville teste sikkerhedsforholdene omkring adgang til sygehuset - han gik rundt i området om natten og fandt et åbent vindue i stueetagen - han kravlede ind og ville dermed påvise, at vi stadig havde nogle sikkerhedsproblemer."*

Eller der er historien om fluenettet, hvor en inspektør 'fra midtvesten i USA' havde gjort opmærksom på, at der manglede fluenet for vinduerne på sengestuerne. Det bruger man i dele af USA, men personalet på det danske hospital forklarede ham, at der ikke er nogen særlige flueproblemer i Danmark, hvorefter han medgav, at der nok ikke var noget behov og dermed heller ikke skulle gives nogen anmærkning - i den rapport han skulle skrive - om manglende fluenet.

Andre fortællinger handler om 'datoen på madpakkerne' - en beretning om at surveyor'ne havde bemærket, at personalets madpakker ikke var datomærkede og somme tider lå i det forkerte køleskab; forkert fordi det var beregnet til medicin eller lignende.

Når besøget er afsluttet, er der en række procedurer, der skal gennemføres, bl.a. skal surveyor'nes rapporter bearbejdes, og kolleger og ledelse i akkrediteringsorganisationen skal kontrollere og medvirke til bedømmelsen. Når denne foreligger, kan hospitalet vælge at markere afslutningen på forløbet ved for eksempel at samle alle medarbejdere og fremvise resultatet, evt. med deltagelse af repræsentanter for det internationale surveyor-korps.

12.3.4 Afrunding - vedr. den eksterne kontrol.

Et gennemgående træk ved forberedelser til og gennemførelse af survey-besøg er at man forbereder sig grundigt, hvad enten man betragter survey som en eksamen, man skal stille op til, fordi den øverste ledelse har bestemt, at det skal gøres, eller fordi man brænder for sagen. Når jeg bruger ordet 'man', betegner jeg et overordnet indtryk, som samler modstandere, de passive og de aktive. Netop akkrediteringen er et projekt, som alle må forholde sig til, det er et boundary objekt, og distribueret praksis bliver en lidt svær størrelse at forholde sig til her, og derfor bliver det også tydeligt, hvad aktørerne mener og gør. Det kan ses som et eksempel på, at boundary objekter fungerer med forskellig styrke i forskellige sammenhænge. Om survey er et verifikationsritual, således som Power mener visse former for audit kan udvikle sig til, mener jeg at man med en multiplicitetsforståelse må forholde sig nuanceret til og se på de forskelle der er. Der er læger såvel som sygeplejersker, der associerer til ritualer, når de har opfyldt deres forpligtelser og udført deres opgaver. De sammenligner det med at læse lektier og gå til eksamen, og fremhæver det fokus der er på dokumenter og statistik. Der er nogen, der er overbeviste om at et inspektionsbesøg ikke kan afdække den almindelige hverdags praksis, men kun registrere en særlig orden der er skabt i samme anledning, mens der er andre der lader sig inspirere af besøg af kolleger med international erfaring, er glade for at få fremmede øjne til at se på afdelingen og mener, at den ekspertise der er repræsenteret, indbefatter evnen til at se igennem den særlige eksamenssituation. Surveyor'nes afkrydsningsskemaer kan give mening i bestemte sammenhænge, primært for brugerne selv, og kan nok ses som et ritual, men også et nyttigt arbejdsredskab; det samme gælder den afsluttende seance, alle medarbejdere kan overvære diplomoverrækkelsen til ledelsen, samt udbredelsen af diplomet, der kan ses på mange vægge overalt på hospitalerne. Der er tale om en fælles oplevelse, noget man kan referere til i samtaler på tværs af afdelinger og profession; det er skabelse af relationer omkring et fælles udtryk for accounting.

12.4 Audit. Formaliseret kontrol

I dette afsnit præsenteres en række snapshots, der giver indblik i praktikalisering af ekstern kontrol.

> *"Accountability and account giving are part of what it is to be a rational individual. It is through the giving and monitoring of the accounts that we and others provide of ourselves and of our actions, that the fabric of normal human exchange is sustained. These accounts only become objects of explicit checking in situations of doubt, conflict, mistrust, and danger."* (Power, M. 1997:1)[218]

Ordet 'audit' har fået stor udbredelse i Storbritannien siden slutningen af 1980'erne skriver Power, ikke kun i private virksomheders finansielle regnskaber, men overalt i samfundet er der en øget interesse for formaliseret og detaljeret kontrol af praksis (ibid:3).

12.4.1 At gøre kvaliteten målelig og rapporteringsbar.

En af fordelene ved inspektionsbesøg på hospitalet er at det sætter kvalitetssikringen af arbejdsprocesserne i fokus, mener en overlæge, som ser de jævnlige, lokale besøg fra de danske inspektører som en hjælp til at holde gang i arbejdet med at implementere standarderne. Det er en fordel i forhold til de internationale survey-besøg, som man så ikke behøver at forberede i sidste øjeblik. Lægen giver udtryk for at det er nødvendigt og i orden at blive 'holdt opmærksom', og det er vigtigt at alle medarbejdere kender til standarderne. Det var en af grundene til, at man gjorde en stor indsats for at formidle viden om akkrediteringssystemet, blandt andet ved brug af skriftlig information:

> *"Vi havde lavet en lille folder, vi ville gerne have at alle havde læst den, fordi vi syntes egentlig at det var nogle vigtige ting, der stod i den. Så vi havde faktisk bedt om, at man meldte tilbage til nærmeste chef, når man havde læst den ... vi lavede på et tidspunkt en lille quiz om akkreditering".*

Lægens fokus på nødvendigheden af at blive holdt opmærksom, kan man betragte som et udslag af, at det er en institutionaliseret ekspertise omkring de sundhedsfaglige kerneydelser som hidtil har styret praksis og arbejdsprocesserne.

Spørgsmålet om implementering af nye metoder er blandt andet et spørgsmål om institutionalisering, og dermed er det ikke modstand mod forandringer, der er relevant at tænke på, men tidsfaktoren og situationen. Det handler ikke om at være for eller imod, men om at være forskellige steder og se forskellige problemer og muligheder, således som det må tænkes med en multiplicitetstilgang. Jo mere unaturligt eller ikke-vedkommende opgaverne er, jo mere skal man erindre om, at de skal udføres. Med introduktionen af akkrediteringsstandarderne er det ikke længere acceptabelt kun at fokusere på den sundhedsfaglige kerneydelse. Men nødvendigheden, som lægen nævner, udspringer også af den kontrol, der er en del af det nye system. Survey-besøg er kontrolbesøg, hvor synlige tegn på at standarderne overholdes, bliver kontrolleret (orden på gange, i skabe og papirer), og hvor der skal fremvises dokumentation for arbejdsprocesser. Dokumentationen har blandt andet form af papirer i journaler, personalemapper, og stati-

[218] Power trækker her på Douglas, M. (ed.) (1992) *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory* (London: Routledge)

stikker over aktiviteter og auditresultater. Især det sidste er udtryk for den selvkontrol og -vurdering, der er et væsentligt element i akkrediteringssystemet.

Hvad kontrol og målinger betyder for relationerne i arbejdsprocesserne og vægtningen af arbejdet, kan man, som jeg allerede har diskuteret i afsnit 6.2, få inspiration til at diskutere hos M. Power, som mener at synlige fænomener, så som redegørelser eller forklaringer i tekst og tale, er det materiale, der sikrer vedligeholdelse af normal menneskelig omgang, og tilføjer, at vi som regel bruger dette materiale uden at undersøge det nærmere. Først når vi fatter mistillid til nogen, beder vi om at få udleveret dokumentation. Dermed kan man med Power se krav om audit for arbejdsprocesser som et udtryk for en kontrollerende ledelsesform (jvf. det indledende citat, som fortsættes her):

> *"... accounts only become objects of explicit checking in situations of doubt, conflict, mistrust, and danger.Only then do we check restaurant bills carefully..., seek a second medical opinion ... "* (Power, M. 1997:1)

Når vi bliver i tvivl om materialets gyldighed, når vi fatter mistillid til det, begynder vi at studere det, mener Power. Vi tjekker en regning, vi forlanger, at ikke kun én, men to læger skal vurdere vores symptomer, vi etablerer audit[219].

Audit eller revision, bruges på flere måder. I forbindelse med kvalitetssikring inden for sundhedsvæsenet, har man siden starten af 1990'erne i nogle år brugt audit som betegnelse for en proces, hvor fagpersoner systematisk gennemgår processer og hændelsesforløb for at afdække tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende forhold vurderet i forhold til vedtagne kvalitetsmål.
(H:S, juli 2001).

Kvalitetsmålene kan være eksternt formuleret af akkrediteringsorganisationen eller politikere og forvaltning, eller de kan være internt bestemte på områder, hvor hospitalets ledelse eller afdelingens medarbejdere selv er interesseret i at følge op på et bestemt område. Jeg vil betragte audit som et begreb, der er blevet noget fælles for alle på hospitalerne - en accepteret metode man legitimt kan tage i anvendelse, når man vil undersøge, om man efterlever de procedurer og opfylder de mål, der er sat. Lægen, der var tilfreds med at kontrolbesøg bidrog til at fastholde opmærksomheden omkring kvalitetsarbejdet, talte ikke om en reaktion på mistillid, men fandt ordningen rimelig. Det kan naturligvis være et spørgsmål om tolkning af ordet. Hvad Power kalder mistillid kan i en organisationssammenhæng opfattes som en ren og skær nødvendighed, på grund af det komplekse system, der skal holdes i gang, hvis hospitalet skal kunne fungere. Denne komplekse verden er anderledes end situationen omkring en regning for et restaurationsbesøg. Hvis kravene i akkrediteringssystemet er fremmede i forhold til den orden, der hersker på hospitalet, hvor det er kerneydelser fra de professionelle

[219]Audit kan, som tidligere nævnt, være et udtryk for fagpersoners systematiske vurdering af patientforløb for at afdække tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende forhold, vurderet i forhold til vedtagne eksplicitte og implicitte kvalitetsmål. (se Kjærgaard m.fl. 2001)

man sædvanligvis optimerer og forfiner - mens produktionsprocesser, (som det hedder i TQM-sprog), det tværgående og her ikke mindst det patientsikkerhedsmæssige er en fremmed tænkning - kan audit, som Power ser det, være et redskab til sikring af realisering af den nye orden.

Audit i forbindelse med akkrediteringssystemet introduceres i en tid, hvor der fra politisk hold for flere og flere områder i den offentlige sektor i Danmark kræves målinger, kontrol, tilsyn og evalueringer. For sundhedsvæsenets vedkommende er der i 2006 etableret et website, "Sundhedskvalitet", hvor borgere kan sammenligne bearbejdede statistiske oplysninger om kvalitet og service på hospitalerne, se Figur 12.4.

Figur 12.4 Et blik på web-sitet "Sundhedskvalitet"

"På Sundhedskvalitet kan du vælge og sammenligne oplysninger om kvalitet og service på landets sygehuse. Ved at vælge og sammenligne oplysninger som indlæggelsesvarighed, antal genindlæggelser, ventetider, hygiejne, mv. kan du for en række behandlinger se, hvordan sygehusene placerer sig i forhold til hinanden og landsgennemsnittet. Sundhedskvalitet baserer sig allerede eksisterende og offentliggjorte data".

(www.sundhedskvalitet.dk. Udgivet af Sundhedsstyrelsen under Indenrigs- og sundhedsministeriet. website lanceret i efteråret 2006)

Hjemmesiden er oprettet som resultat af en længevarende politisk proces, hvor politikere fra Dansk Folkeparti i folketinget i 2003 lancerede tanken om Smileys til alle hospitaler og dermed satte gang i en debat om oplysningsniveauet i den type af informationer og alternative former for kvalitetsmærkning. I 'Ugeskrift for læger' kan man finde debatten illustreret således i en artikel med overskriften "Som hos bageren", der indledes med præsentation af problemstillingen, som den blev fremlagt af tilhængerne af Smileys :

Figur 12.5 Smiley

Problem:	Hygiejnen er ikke god nok på hospitalerne
Løsning:	Indfør en smiley-ordning
Begrundelse:	Offentligt tilgængelige smileys vil stimulere interessen for at skabe bedre hygiejne.

Kommentaren i artiklen bringer blandt andet dette budskab:

> *"Hvis man som politiker lægger afstand til smileys og andre forenklede symboler ..risikerer man at blive beskyldt for at være elitær og ikke i samklang med befolkningens stadigt stigende krav om forbrugeroplysning på sundhedsområdet. Omvendt er en politiker, som kæmper for smileys eller stjerner, i populismens tjeneste, vil kritikerne sikkert mene."* (Andersen, C. Ugeskrift for læger 2003; 165 (34):3221)

I samme artikel refereres om den politiske debat, hvor folketingspolitikere mente, at man gennem en langsom start gradvis kunne opbygge et godt system, mens amtspolitikere fra sygehusområdet gav udtryk for, at smileys og stjerner ikke kan give et retvi-

sende indtryk af, hvordan et kompliceret system som et hospitalsvæsen fungerer og derfor ville forfladige kvaliteten. Heri var Lægeforeningens formand enig, han kaldte smiley's og stjerner for 'pseudotransparens'.

12.4.2 Styring eller professionel nysgerrighed?

Utilsigtede hændelser.

I akkrediteringssammenhæng stilles der ingen krav om, hvordan hospitalerne skal udforme de obligatoriske retningslinjer for selvevaluering og -kontrol. Det man bliver bedømt på og som surveyor'ne undersøger er, om systemerne findes og bruges. Som nævnt er der en udbygning i gang af evalueringsformer overalt i sundhedsvæsnet, både på nationalt niveau og lokalt. Et eksempel på et forholdsvis nyt område for selvevaluering på nationalt plan i Danmark er rapportering om utilsigtede hændelser (se også afsnit 11.2.2)[220]. Det handler om sikkerhed, og hensigten er at skabe en ramme, som kan sikre at personalet, uden at man risikerer at nogen bliver gjort personlig ansvarlig, med de konsekvenser det har i juridisk forstand, kan forholde sig åbent til de fejl i behandlingen, de opdager. Alle opdagelser skal indberettes til hospitalets ledelse, som skal sikre, at der foregår en sagsbehandling, og at beretningerne om hændelserne bliver formidlet ud i systemet, så alle kan lære af det. Man har skabt en fælles referenceramme, der skal gøre det muligt at diskutere hændelserne. For personalet på de akkrediterede hospitaler ligger denne form for selvevaluering som en del af den tænkning, der følger med kvalitetssikringen udført i akkrediteringssystemets regi, nogle fortæller mig, at der er en særlig national ordning, som bare tilfældigvis er trådt i kraft samtidig med akkrediteringsprojektet, andre kender ikke den større sammenhæng og mener, at det en metode, der er affødt af akkrediteringen.

At kontrollere sin regning - et udtryk for mistillid? eller naturalisering af styringssystemer?

Når man skaber et registreringssystem, mener Power, trækker man nye sider af virkeligheden frem som rigtige og vigtige, og der sker gradvis en naturalisering, dvs. man glemmer, hvordan den nye orden blev skabt, hvilke diskussioner om fordele og ulemper der fandt sted i processen, og man glemmer til sidst, hvordan den tidligere virkelighed var, eller hvad der tidligere gjaldt for at være sandhed.

Power beskriver audit som verifikationsritualer hvoromkring der kan opstå nye fællesskaber og former for orden, i dette tilfælde den form for orden, der følger med brug af registreringssystemer som kontrolforanstaltninger, (det kan være i form af økonomistyring, aktivitetsregistrering, som hospitalernes ambulatoriebesøg, sengedage og ventetider). Power mener, at det er vigtigt at skelne mellem de former for audit, der er dikteret af ønsker om styring, og de der først og fremmest er baseret på lokal professionel nysgerrighed, "cosy culture of self-regulation" (Power 1997:44).

I akkrediteringsstandarderne er det et krav, at hospitalerne skal arbejde systematisk med audit og kunne fremvise en plan for, hvordan det gøres. Det er blandt andet obli-

[220] se Sundhedsstyrelsen (2003) *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet*

gatorisk at lave tværgående audit, så man, som en sygeplejerske med ansvar for kvalitetsarbejdet udtrykker det, får lejlighed til at lære på tværs af specialer og afdelinger:

> *"Det nytter ikke, at man så bare er isoleret i hver sit lille hjørne og sidder og laver hver sin lille audit, hvis man ikke lærer på tværs. Men det lægger meget op til, at vi selv kan bestemme, hvad vi vil lave audit på."*

Dette kunne være et eksempel på en opfordring til professionel nysgerrighed, som ikke kan fravælges, altså en kombination af de to former for audit, som Power betegner som hhv. dikteret af ønsket om styring og "culture of self-regulation."

Hvad Power fremhæver som naturalisering omkring skabelse af nye former for orden, beskrives specielt for standard- og klassifikationssystemers vedkommende hos Bowker & Star, som en proces, hvor etablering af en orden i form af klassifikationssystemer, indebærer skabelse af en kollektiv fortid og (re)konstruktion af en kollektiv identitet blandt de berørte aktører. Det betyder, at skabelse af fællesskaber kan baseres på klassifikationssystemer eller tilsvarende som for eksempel akkrediteringsstandarder, og at hospitaler, der tilslutter sig systemet, bliver en del af et standardfællesskab med en identitet knyttet til præstationerne inden for systemet. Skal man være med i fællesskabet, er det nødvendigt, at man bidrager til skabelsen og vedligeholdelsen af den kollektive identitet, hvilket blandt andet sker, når man deltager i konstruktion af de af systemet krævede resultatmålinger. Da den betingelse skal opfyldes for ethvert fællesskab, betyder det, at jo flere fællesskaber man tilslutter sig, jo flere forskellige typer målinger skal man konstruere. For hvert fællesskab man indgår i, kan man blive medskaber af boundary objekter, og dermed få nye relationer og udbygning af netværket.

Hvis de samme arbejdsprocesser skal vurderes i forskellige sammenhænge, står man i den situation, at man skal forholde sig til ikke én, men flere typer af kollektiv fortid og identitet, hvilket man måske kan gøre, hvis man, som Mol beskriver praksis på hospitalet, kan skabe forskellige virkeligheder. Med reference til en rumlig metafor, distribution, mener Mol, som tidligere nævnt, at hun kan fortælle, hvordan forskelle ikke nødvendigvis behøver at reduceres til singularitet, så længe man bare holder forskellige 'sites' adskilt[221]. At skabe og forholde sig til forskellige virkeligheder, kan være en måde at manøvrere på i praksis. Og når man skal leve op til nogle måleparametre, vil man i flg. Bowker & Star med stor sandsynlighed socialisere sig til det man bliver målt på, og basis for et fællesskab og udvikling af en kollektiv identitet er også her til stede. Det udvidede fællesskab, der kræves for at få akkrediteringssystemet til at fungere som både styringsfaktor i forhold til kvalitetssikring af arbejdsprocesser og som kontrolmekanisme i forhold til formidling af selvevalueringsmetoder og -resultater, betragter jeg ud fra en multiplicitetsforståelse af praksis som et netværk med rhizomkarakter. Der kan ikke forventes nogle lineære, entydigt målelige sammenhænge omkring standarder og målinger, hvorfor auditresultater altid vil skulle forstås i den lokale kontekst.

221 At enacte åreforkalking på ét sted kan ske i een version, og et andet sted i en anden version. Nogle steder ser man tydeligt, hvad der sker, andre steder mindre. (Mol, 2002: 88).

I analysen af klassifikations- og standardsystemer har Bowker & Star fundet, at sådanne, som følge af deres karakteristika som større registreringssystemer (som for eksempel ICD), kan føre til skabelse af mainstream myter, som igen kan gøre det svært for andre stemmer at blive hørt, ikke mindst på grund af de elementer der er af skabelse af moralsk orden om, hvad man gør og siger. Bowker og Star mener også at *'accounting systemer skaber moralsk orden'* (Bowker & Star 1999:240).

Hvis accounting systemer sætter mål for hvad der er acceptabelt eller ej, fungerer de måske på samme måde som sproglige forandringer, således som jeg har vist med eksempler fra det græske antikke Peloponnes eller Orwells 1984 (se afsnit 11.9.4.) Hvor effekten af de sproglige forandringer i flg. forfatterne var en kendsgerning, selv om den var nærmest umærkelig, kan der måske være den samme umærkelige forandring eller institutionalisering af nye former for ekspertise på hospitalerne, en tværorganisatorisk og procesorienteret forståelse, der understøtter multipliciteten i hospitalets praksis.

Udfordringen ved skabelse af accountingsystemer ligger således i at prøve at samle kræfter til at definere den orden, man vil have. Indsigt i praksis kan man få ved at lede efter magten til at definere standarder og evalueringsmetoder, og undersøge hvordan metoden bruges i praksis. Jeg har her som eksempler vist, hvordan to temaer vedr. selvkontrol (det ene: at gøre kvaliteten målelig og styringsbar, det andet: utilsigtede hændelser/styring eller professionel nysgerrighed) er på vej til at kunne blive en del af den moralske orden i risikovurdering og audit på tværgående funktioner på hospitalet. I det følgende afsnit uddybes indblikket i praksis.

12.4.3 Dokumentering. Regler - er kun begyndelsen.

Den britiske chef for HQS udtaler i nyhedsbrev nr. 8. efter sit midtvejsbesøg i Sønderjylland som led i interne vurderinger på sygehusene et halvt år før det endelige akkrediteringsbesøg skal finde sted:

> *"Det er ikke tilstrækkeligt at I kan henvise til handleplaner, hvis I vil opnå akkreditering. Der skal klart kunne gøres rede for, at der er taget konkrete skridt til at indarbejde og udføre de nødvendige initiativer... det skal også dokumenteres at patienter og brugere er inddraget i overvejelserne...,"*

Interne vurderingsrunder og møder med surveyor'ne har mange steder været imødeset med en vis nervøsitet, men er efterfølgende blevet vurderet som positivt. Det var ikke særlig eksamenspræget, snarere som en faglig involvering på højt niveau - et forfriskende afbræk i hverdagen, var der nogle der mente.

I flg. Nyhedsbrev nr. 8 består en del af forberedelserne til akkreditering i udarbejdelse af skriftlige procedurer på afdelingerne. Det mener personalet generelt er en god ide. Det vil gøre det lettere for nye medarbejdere at sætte sig ind i arbejdet, og man kan sikre, at man får fastholdt ældre kollegers årelange erfaring også efter de er rejst. Problemstillinger omkring repræsentation af tavs viden og repræsentation i det hele taget,

med de begrænsninger, der beskrives hos Suchman, nævnes ikke her, heller ikke overvejelser af den type, jeg tidligere har beskrevet, jeg fandt hos læger omkring erfaring og billeddannelse i forbindelse med den kliniske beslutningsproces.

Nogle af standarderne har været en øjenåbner for personalet på hospitalerne og er blevet modtaget med interesse. Det gælder for eksempel, når der sættes fokus på katastrofeberedskab i form af forholdsregler ved brand. Således fortæller en leder at omkring *"katastrofeberedskab, der kunne vi lære noget om evakuering ved brand, planlægning af brandøvelser på hospitalet og i det hele taget have regler for træning omkring beredskabsindsats."*

Det gælder også processer der involverer forskellige afdelinger. Sådanne tværgående processer på hospitalet er et område som for eksempel laboratorieledere er opmærksom på. Når der er udført analysearbejde på en blodprøve, er det i nogle tilfælde vigtigt at resultatet bliver givet videre til en afdeling eller en læge, hvor man har brug for det som led i en igangværende klinisk beslutningsproces. Selv om de regler man havde for svarafgivelse, inden hospitalet blev akkrediteret, ikke altid fungerede hensigtsmæssigt, fik man dem ikke konsekvent ændret praksis. Et typisk problem omkring de meddelelser, der blev sendt ud fra laboratoriet, var den manglende dokumentation af, at nogen havde sendt svaret og at nogen 'i den anden ende', havde modtaget det. Med tværgående processer som nøgleordet, er der kommet mere opmærksomhed omkring denne koordineringsopgave, den er blevet belyst fra en ny vinkel i og med at der findes en standard omkring kommunikation mellem laboratorier og andre afdelinger i forbindelse med analyse af blandt andet blodprøver.

12.4.3.1 Kan man nå det hele?

- Patientkontakt og dokumentation.

Kvalitetssikring af kommunikationen mellem personalet på sengeafdelinger og laboratoriet omkring prøveresultater, har medført ændringer i dokumentationsformen: Bliver en medarbejder på laboratoriet ringet op af en sygeplejerske eller læge, der vil tjekke et prøvesvar, skal hun registrere opkaldet og beskrive arbejdsprocesserne. Der skal gøres rede for kilden/ hvor hun har tjekket svaret, årsagen/ hvorfor, selve svaret og hvem der har modtaget det/ hvem der ringede fra afdelingen. Denne skriftlighed afløser en proces, hvor man klarede sig med de talte ord:

> *"... før i tiden snakkede vi bare. Den sygeplejerske, der ringede og ville have tjekket et svar, var også den man ringede tilbage til og fortalte, at vi tidligere havde snakket sammen, og at vi nu har tjekket det og kørt den prøve om, og den giver nøjagtig det samme. Færdigt arbejde, så var det det. Nu skal man skrive om hele det der forløb, det er sådan noget der tager tid, det er derfor vi er sådan lidt irriterede over det, fordi det er godt nok at skrive tingene ned, men det tager tid."*

Denne proces er en illustration af resultatet af, at alle arbejdsprocesser, der er omfattet af standarderne, skal omsættes til beskrivelser af procedurer og arbejdsprocesser, og at det skal dokumenteres, at de bliver fulgt. Det betragtes ofte som en tidsrøver. En overlæge beskriver det således:

> *"Der er ting, der er meget mere strukturerede, men det har også den effekt, at der er så meget papirarbejde efterhånden, at vi synes der er blevet mindre tid til patienterne. Det fjerner fokus lidt fra patienten ind imellem, fordi hele det der dokumentationskrav er enormt stort."*

Men man kan også betragte kravet om dokumentation som en lettelse i forhold til bevisførelse for korrekt udførelse af arbejdsopgaverne, som en sygeplejerske udtrykker det: *"Det er en utrolig rar følelse at vide, at man har rygdækning i kraft af sin dokumentation. Alt hvad vi laver, kan vi dokumentere. Når der før var noget, vi skulle gøre rede for, kunne vi kun støtte os til at sige, at 'det plejer vi vist at gøre'."*

Det er læger egentlig ikke uenige i, men som en overlæge fortæller, så bruger de største delen af deres arbejdstid på patientrelateret arbejde, hvorfor det er meget svært at nå kvalitetssikringsarbejdet og udviklingsarbejdet ved siden af. Ikke mindst i dag, hvor overlæger i modsætning til tidligere er

> *"en slags specialarbejdere, som ikke desto mindre meget gerne vil have tid til alt det akademiske ved siden af, og den del er der blevet mindre tid til."*

En sygeplejerske er inde på det samme, når hun siger at

> *"plejerpersonalet godt kan se at det gavner, men at det også giver store frustrationer. Det er en travl hverdag, der er mange standarder, og vi bliver jo ikke flere mennesker, fordi vi skal dokumentere og opfylde alle de her standarder og procedurer, vel?"*

- Hvad er udbyttet af at dokumentere?
Power konkluderer, at audit er blevet en førende bærer at legitimitet, fordi andre legitimitetsformer såsom fællesskab og stat taber terræn. Han mener, at der har udviklet sig en afstand mellem ringe belønnet 'doing' og højt belønnet 'observing' (Power 1997: kap. 6). Når en oversygeplejerske betragter kravet om dokumentering som nyttigt, hvis der virkelig lægges noget bag krydserne, som hun siger, når hun beskriver, hvordan man på hendes afdeling arbejder på at give medarbejderne indsigt i fordelene ved akkrediteringen, så de kan se et formål med at registrere forskellige handlinger i arbejdsprocesserne, er der dog måske alligevel tale om en belønning af 'doing'. Der er mere bag krydserne, siger hun, end hvis *"man har en flok medarbejdere, der skal dokumentere, fordi det skal de."*

At det ikke er ligetil at sikre denne indsigt, viser udsagn fra en sygeplejerske på en anden afdeling. Hun savner målinger på kvaliteten af det, der bliver udført hos patienten, og har erfaret at det eneste der betragtes som relevant i forhold til kvalitetssystemet er, om personalet har sat en underskrift det rigtige sted. Hun fortæller om de handlinger, der ikke finder sted:

> *"Der er jo ikke nogen, der går ind og ser på, hvordan du udfører en procedure, og hvordan du snakker med en patient. Det eneste de ser på er, om man har sat krydserne."*

De forskellige beretninger om dokumentationsarbejde vil jeg se som udslag af en multipel forståelse af nytten af at dokumentere handlinger og praksis i det hele taget, forstået på den måde, at det den enkelte kan se som en fordel eller ulempe, ikke harmonerer med praksis andre steder, og ingen kan overskue den multiple virkelighed. Det kan også være en afspejling af observationen om, at den enes standard kan være den andens forvirring. Jeg vil illustrere multipliciteten og den distribuerede praksis med et eksempel jeg har observeret, på et kortvarigt ophold på hospitalet for en patient med en kronisk sygdom, epilepsi:

"Du påtager dig hans sygdom":
Epilepsi er en kronisk sygdom man ofte kan leve med uden i lange perioder at mærke noget til den (man får krampeanfald), især hvis man undgår stress-situationer. Jeg følger arbejdet på en sengeafdeling en dag. En yngre mand, der lider af denne sygdom, er blevet indlagt aftenen før med kramper - han har overanstrengt sig i forbindelse med sit arbejde - han og familien ved, at han bør være mere forsigtig, men af og til kan det 'ikke være anderledes' - opgaverne skal løses. Han har et tilsagn fra en af afdelingens overlæger, om at han 'bare skal komme, hvis et anfald er på vej eller allerede indtruffet'. Således var det aftenen før. Og hans hustru kom med til hospitalet. Det er samme overlæge, der kommer på stuegang den følgende formiddag. Patienten ser ud til at sove tungt og kan ikke selv kommentere sin situation, men er på vej til at få det bedre. Hustruen kommer i løbet af formiddagen, og fortæller til overlægen, at personalet der var på vagt aftenen før, var ret uforstående over for 'hasteindlæggelsen', de kendte ikke noget til den 'stående aftale' (i løbet af aftenen, kunne de dog godt se, at patienten var så sløj, at det var rimeligt at beholde ham). Hustruen fortalte også, at hun på sin mands vegne prøvede at fortælle personalet om hans tilstand, hvilket havde fremkaldt en bemærkning om 'at hun påtog sig sin mands sygdom' - det forstod hun ikke, men hun havde ikke følt at hendes indsats blev positivt modtaget. Patienten kunne, tilfreds med resultatet af den akutte behandling, han havde fået, tage hjem igen om eftermiddagen - anfaldet var overstået for denne gang - og arbejdet ventede.

Hvad mente personalet, da de sagde til ægtefællen at hun påtog sig sin mands sygdom? Hvem havde sagt hvad, og hvad betyder det, at man har en aftale om at man altid kan komme til hospitalet, hvis man får det dårligt?

Der er mange spørgsmål man kan stille, selv om man vil betragte forløbet som en almindelig begivenhed, hvor tingene går stærkt, og mennesker misforstår hinanden. Kan akkrediteringsstandarderne bidrage til, at samtaler og dokumentation bliver mere strukturerede og misforståelserne færre, og betyder det noget for kerneydelsen? Hvor kan personalet få information om den aftale, patienten mener at have med overlægen? Var det overlægen, der havde lavet aftalen? Hvornår er noget en aftale? Var det en aftale eller en henkastet bemærkning - stod det i patientens journal eller ? Hvad gjorde det vagthavende personale da patienten ankom til hospitalet? Kom han selv eller via vagtlæge? De spørgsmål har jeg ikke taget op i forbindelse med mit feltarbejde, da mit fokus har ligget et andet sted og jeg har været opmærksom på ikke at stille spørgsmål omkring kerneydelserne - idet jeg har antaget, at det ville skabe forvirring hos persona-

let omkring mit forskningsfokus. Min tilstedeværelse handlede jo om standardsystemets implementering på forskellig vis og ikke om eksisterende praksis i almindelighed. Jeg nævner casen her, fordi jeg finder, at den rejser en række spørgsmål om, hvad der kan skrives vejledninger om, og hvordan man kan forvente, at de bliver fulgt. Det handler om mødet mellem akkrediteringssystemets infrastruktur og infrastrukturen i det professionelle system

Måske ville en rutine hos personalet, om at man altid skulle se på en række bestemte dokumenter og følge en bestemt praksis, når en kronisk syg patient henvender sig, være en støtte. Måske ser man her et eksempel på, at en fast spørgeguide med tilhørende dokumentation for lægen der er på vagt, ville lette situationen? Jf. beretningen om ambulatoriebesøget i afsnit 11.8.1.

- Registreringer i patientjournaler. Ikke kun handle, men også dokumentere
En væsentlig del af den dokumentation, der skal foreligge, finder man i patientjournalerne. På forskellige ark papir skal der krydses af eller skrives notater om handlinger, der er udført. På de fleste afdelinger har man været meget aktive i tiden op til akkrediteringsbesøget, hvor inspektørerne rutinemæssigt udvælger nogle tilfældige journaler både på patienter, der har været indlagt men er udskrevet, og på nogle der stadig er på hospitalet. For de sidstes vedkommende har personalet nærmest gennemgået journalerne med forstørrelsesglas, siger de, og nogle steder har de oplevet, at overlægen tjekker ekstra grundigt, om alt er i orden. Derimod kan der være problemer med journalerne for de udskrevne patienter, hvor inspektørerne har fundet mangler i registreringerne, og efter akkrediteringsbesøget *'falder det lidt tilbage igen'*, har en sygeplejerske erfaret.

Det, der skal registreres, vedrører ofte handlinger, der nok er blevet udført, men ikke dokumenteret. Der er således ikke tale om forandringer i arbejdsprocesserne i sig selv, men snarere om supplerende handlinger. Og det er det, der er et problem for mange aktører på hospitalet, siger en overlæge. Man er i mange situationer vant til at handle uden at dokumentere, og mener at det har fungeret udmærket. Man ved, at man skal udlevere en brochure og har ikke savnet et bevis på, at det var gjort. Derfor er det svært at se meningen med registreringerne i journalerne,

> *"der nogle ting som man både som leder og som personale synes er ganske idiotiske for at sige det rent ud, man kan ikke se meningen med det. Og så er der andre ting, der er åbenlyst ret fornuftigt, og her går det selvfølgelig lidt bedre med at få alle folk til at lave disse ting "*

fortæller overlægen og sætter dermed nogle ord på en af de nye former for accounting, der følger med akkrediteringen. En ældre kollega fortæller om erfaringer med kravet om registrering i form af underskrift vedrørende en opgave man har udført, at: *"unge læger gør det bare, de ældre synes det er fjollet."* De nuværende medarbejdere kan iagttage, at *"eksisterende skemaer bliver udvidet."*, mens de nye og senere tilkommende aldrig vil have set andet end det nye. Her handler det om kollektiv glemsel, og udslettelse af erindring i organisationen.

En oversygeplejerske sætter ord på mødet mellem infrastrukturerne når hun beretter om det, hun selv kalder en overreaktion ved mødet med akkrediteringsstandarderne og dokumentationen - *"så sætter vi os i gang med vores faglige hoveder og siger, jamen så bliver vi også nødt til at vide noget mere."*

Her tager man dokumentationskravet som en udfordring, der kan forhandles hen imod en passende kernefaglighed. Det, der kræves finder man utilstrækkeligt, og vil så hellere udvide og forbedre. En anden sygeplejerske har fundet en metode, der fungerer godt. Hun vil ikke lade dokumenteringskravene styre sin praksis, men mener at de kan være en hjælp som en huskeliste. Hun forholder sig til kriterier og standarder i forhold til de patienter, hun skal tage sig af. Som eks. nævner hun samtaler med patienterne om rygestop. Her skal der stilles en række spørgsmål og tales om en række forskellige emner. Men sygeplejersken udvælger, hvad der er brug for og lader resten være ubesvaret:

> *"Jeg kan godt finde på at have for eksempel et rygestop, hvor jeg kun skriver ét kryds, hvor man skulle have sat ti, fordi det for netop denne patient ikke er relevant at sætte de sidste ti, men det er en stor hjælp at have afkrydsningslisten som huskeseddel. Sedlen giver mig også en indgang til patienten til at sige, at det er vigtigt for dit sygdomsforløb, at vi får snakket om rygning. Jeg kan bruge det positivt og glemmer ikke at tænke."*

Andre medarbejdere kan tilsvarende se nogle gode værktøjer i akkrediteringssystemet, men det er ikke alle, der kan indpasse det i arbejdet og finde tid til at bruge det.

12.4.3.2 Refleksioner bag en underskrift.

- Det bliver målt, om vi har sat vores underskrift, ikke hvordan vi arbejder.'

Sådan ser mange aktører på dokumentationskravene. De giver udtryk for at noget ekstra er kommet til, og lagt noget oven i arbejdsprocesserne, som ikke er i sig selv er blevet forandret. I den udstrækning det er sådan, systemet er implementeret, vil jeg antage, at der ikke er sket en integration af den professionelle infrastruktur og akkrediteringssystemet. Udsagnet om målinger peger direkte på, at der ikke er tale om integration, men om noget ekstra, en forlængelse af netværket eller en ny forgrening. Det matcher simpelthen ikke med den eksisterende infrastruktur, når praksis er som denne sygeplejerske fortæller: *"Vi opfylder standarderne ved at dokumentere, at vi har gjort tingene, når vi sætter vores signatur på, at vi har gjort det og det. Og vi har gjort det, fordi det kræves i følge akkrediteringen, og der hænger en instruktion om, hvad jeg skal gøre."*

Der er i det hele taget fulgt mange krav om registreringer og papirarbejde med det nye system, fortæller mange af informanterne i mit felt. Nogle mener, at 'de mange papirer nedbryder det hierarkiske system, så patienterne får mere medbestemmelse'. Det er emner som patientsikkerhed og medicinering, de taler om, som for eksempel at patienter skal inddrages og være medbestemmende omkring deres behandlingsforløb. (H:S sept. 2000:54 om det informerede samtykke til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger).

I forhold til udvikling af akkrediteringssystemet er der medarbejdere, der mener at kravet om at levere dokumentation til de eksterne surveyor'e er blevet reduceret fra det første til det andet besøg - hvilket bl.a. har øget motivationen blandt personalet, der gerne vil dokumentere og finder det fornuftigt, når de selv mener 'der er noget bag krydserne'. Det kan skyldes, at man er blevet fortrolig med den nye måde, hvorpå arbejdsprocesser repræsenteres, en infrastruktur har lejret sig og nye landkort er taget i brug. Det er også muligt, at muligheden for personalet for at deltage i udvælgelse af på hvilke områder der skal dokumenteres har medført at, som en sygeplejerske udtrykker det, man er gået *"fra hysteri til ansvarlighed i forhold til at tingene skal være i orden"*.

- Kulturmøder og fællesskab omkring arbejdsprocesserne
'KISS har aldrig skullet styre vores hverdag', fortæller personalet mig - her ser jeg signaler fra aktørerne på hospitalet om, at kvalitetssikringsprocedurer ikke skal medføre forandringer af arbejdsprocesser, den institutionaliserede ekspertise skal ikke udfordres. Dette udsagn rejser et spørgsmål om, hvordan man forstår hhv. 'styre' og 'hverdag'. Her illustreres en problemstilling, som jeg mener, man kan anskue den ud fra en multiplicitetsantagelse, hvormed jeg til betragte enhver nytilkommen opgave, som for eksempel det at skulle forholde sig til akkreditering, som noget der på en eller anden måde påvirker og har betydning for den praksis, de kommer ind i. Man kan ikke nægte påvirkningen adgang, og dermed ikke forhindre at der sker et eller andet. Det er ikke mit fokus at udforske, hvordan aktørerne selv fortolker ordet 'styre'. Jeg ser deres reaktion her udelukkende som et udtryk for forestillinger om, hvad der kan eller ikke kan forandres i praksis. Hvis man taler ud fra en multiplicitetstilgang, kunne man forestille sig, at visse dele af hverdagen i nogle former for praksis ville blive påvirket af akkrediteringen og enacted på nye måder, og antager man en flydende virkelighedsforståelse, som Law foreslår, kunne man tale om bevægelser og formforandringer i praksismassen. Hvis endelig man ser virkeligheden som netværk i trådlignende, rhizom form, som Latour foreslår, vil akkrediteringssystemet trænge sig ind på praksis og på en eller anden måde blive en del af den, men om det vil være at finde i knudepunktet med mange udløbere eller det i sig selv vil være en enkelt tråd, kan man ikke se på det tidspunkt i processen, hvor jeg opholdt mig i feltet. Man kan ud fra mit forholdsvis korte feltstudie få en første indikation på om det sker, men om der bliver tale om et fast punkt i rhizomet, kan man kun vise ud fra flere observationer på et senere tidspunkt i processen.

Jeg vil lade udsagnet fra en yngre læge, der har fulgt akkrediteringsprojektet i perioder, afbrudt af fravær på grund af barselsorlov, afrunde dette afsnit:

> *"Der er nogle sagsgange, der er standardiserede og nogle gange kan man sige, kan der være lidt vel meget dokumentation, og jeg kan godt se, det skal være der, men det har så bare den bivirkning, at det kan tage længere tid, det tager ressourcer fra den lægelige behandling."*

12.4.3.3 At auditere, særligt i patientjournaler.

En ledende sygeplejerske fortæller:

> *"I dag går jeg ud og laver audit og jeg er en af dem, der forsøger at få personalet i afdelingen med. Og for at gøre det interessant har jeg trukket andre personer ind i huset og lavet fokuserede audit på for eksempel sygeplejepapirer. Det har været meget spændende, fordi der pludselig kommer udenforstående øjne på og stiller nogle fuldstændigt anderledes spørgsmål. Jeg har inviteret en kollega, der arbejder med sygeplejedokumentation til at kigge på standarderne ... det sygeplejerskerne skal udfylde står ikke nødvendigvis lige der, hvor det plejer at stå, fordi man har haft sine egne papirer [tilpasset lige netop det lokale speciale] ... kollegaen kan så stille nogle spørgsmål, fordi han ikke kender specialet ... så det er foregået stille og roligt omkring et bord, hvor vi har taget de papirer med, der nu var tilgængelige den dag og diskuteret dem med de sygeplejersker, der nu skrev i de der papirer, så de har kunnet se, hov - det er derfor vi skal dokumentere det, det er derfor vi skal sætte ord på det vi går og laver."*

Når der skal gennemføres audit fokuseres der ofte på praksis, der skal dokumenteres i patientjournalerne. Derfor er journalaudit som regel det hyppigst forekommende. Opgaven løses forskelligt fra sted til sted og spiller i det hele taget mange roller.

På den ene side fortæller en sygeplejerske, at audit virkelig har sat fokus på nogle ting: *"Vi haft det oppe at vende i et tværfagligt forum, hvor vi får diskuteret nogle ting, som vi måske ikke var så gode til før. De ordrer, der kommer ovenfra [om audit], bliver selvfølgelig kørt af. Det kan dreje sig om journaler eller medicinskemaer. Vi har ikke lavet nogen for os selv endnu ...men det er lige på trapperne; vi burde have lavet det i en årrække."*

Og på den anden side fortæller en sygeplejerske, at der bliver lavet audit i afdelingen, men at der ikke bliver talt om resultaterne: *"Vi hørte om, at der blev udvalgt så og så mange journaler, og at der var nogle som kiggede dem igennem, men det er jo ikke sådan, at vi hører om, at nu skal der kigges i x antal journaler og sådan. Det er ikke noget, vi er med til. ... jeg synes ikke, vi hører om resultaterne".*

'Making quality auditable' er en form for 'impression management' hvor genstanden for audit ikke længere er arbejdsprocesserne i sig selv, men nogle kontrolsystemer, der skal styre processerne. Uden audit og certificering vil kvalitet være en alt for intern affære, skriver Power (1997:60).

De to forskellige former for praksis, der illustreres ved sygeplejerskernes udsagn, viser at audit i nogle tilfælde fokuserer på arbejdsprocesserne, i andre tilfælde kan være mere rettet imod opfyldelse af krav fra kontrolsystemer.

Patientjournalen kan betragtes som en samling dokumenter, der rummer viden om, hvad en patient er blevet spurgt om og har svaret, hvilke undersøgelser og behandlinger patienten har gennemgået, og hvilke overvejelser repræsentanter for de forskellige professionsgrupper har gjort sig under især den kliniske beslutningsproces. Mange af

dokumenterne er fortrykte blanketter, men der er også plads til notater i fri tekst. I forbindelse med akkrediteringsprojektet er der stillet flere krav til dokumentation af handlinger og derfor også til markeringer i patientjournalen. Den er et centralt redskab i behandlingen og derfor et af de fokusområder, der ofte vælges ud til gennemførelse af audit, ligesom den næsten altid undersøges, når der er survey-besøg.

At gennemse journaler og hente bestemte typer af oplysninger ud af dem er for de sundhedsprofessionelle ikke usædvanligt i analyseøjemed. Men med auditprocessen, hvor det ofte er akkrediteringsorganisationen eller ledelsen på hospitalet eller i forvaltningen der stiller krav til data, er opgaven mere bunden, og det er ikke alle fokusområder, der har personalets store interesse. Arbejdet bliver gjort, og nogle gange kan man ('man' skal forstås således, at det er almindelig viden for alle ledere og medarbejdere) se fordelene på afdelingen, andre gange ikke. Men det er en del af processen, at der skal reageres på resultaterne, hvis de ikke lever op til den standard, der er sat, hvilket betyder, at personalet generelt på afdelingen skal involveres. Praksis illustreres af nedenstående, fortalt af læger med ledelsesfunktion:

Om journalaudit på internt definerede mål på en afdeling fortæller en overlæge, at lederne skiftes til at kigge journaler igennem og tjekke, om der er dokumentation for de handlinger, der er udvalgt til audit. Der vil som regel være noget, der ikke fungerer, noget der ikke bliver gjort eller dokumenteret. De svage punkter plukker man ud og giver en særlig opmærksomhed i nogle uger, hvor man laver en fokuseret audit på forskellige, udvalgte punkter. Det er en vigtig del af processen at sikre, at alle berørte medarbejdere bliver inddraget og informeret om, dels hvad der er problempunkter, og hvordan der skal forbedres, dels hvad man er god til på afdelingen. Overlægen laver selv audit på fem spørgsmål ad gangen og hænger resultaterne op dér, hvor medarbejderne færdes, så de kan følge med i om der sker forbedringer på de svage områder og få overblik over hvilke temaer, der testes i audit.

> *"Og det har også gjort en forskel... folk kan se, ok er vi så dårlige til at huske smertemålinger ... det må jeg se at blive bedre til."*

På afdelinger, hvor man arbejder med egne definerede auditmålinger, kan man således bruge redskabet til kvalitetssikring på lokalt udvalgte dele af arbejdsprocesserne og dermed som et ledelsesværktøj der kan understøtte, men ikke gå ved siden af den institutionaliserede ekspertise, dvs. man bliver inden for den orden, der plejer at herske. Rhizomet udvides.

I forhold til efterlevelse af akkrediteringsstandarderne og de overordnede mål for hospitalets kvalitetssikring skal der også gennemføres journalaudit på eksternt (uden for afdelingen) definerede mål. Herom fortæller en overlæge, at man helt automatisk laver audit hvert halve år, hver gang på nogle bestemte målgrupper, der er fælles for alle afdelinger og hospitaler i det pågældende område - amtet eller H:S. I en periode har man skullet udvælge 20 journaler tilfældigt, og kontrollere om de er udfyldt efter reglerne i forhold til standarderne. Der er centralt fra den overordnede forvaltning udstukket en række målepunkter, som afdelingens auditansvarlige tjekker. Resultaterne

registreres i en standardskabelon, hvorefter man kan se, om afdelingen har nået det fastsatte mål, der ofte vil være et udtryk for en 'tilladt' fejlprocent. Efter at alle afdelinger har registreret deres tal, bliver materialet bearbejdet, og de samlede resultater bliver meldt ud, fulgt af en anvisning på fokusområder, der skal arbejdes særligt med, hvis målopfyldelsen har været for lav. For en enkelt afdeling har der typisk været to til tre områder, der skulle have særlig opmærksomhed, fortæller overlægen. Efter en af de seneste auditrunder er der blevet fulgt op på kvalitetsmålingerne om udskrivning og kommunikation med patienterne, især om hvor hurtigt disse får et brev fra afdelingen, om at der er planlagt et besøg i ambulatoriet. På afdelingens morgenmøder tager ledelsen resultaterne frem og informerer om, hvordan det skal tolkes, og hvad der skal gøres på afdelingen for at forbedre på de svage steder. Der skal strammes op, og man skal huske hinanden på, hvad der skal gøres bedre. Det sidste er vigtigt, fortæller overlægen, fordi man ofte falder tilbage til de dårlige vaner:

> *"efter den seneste audit vi lavede efter akkrediteringen, var der flere ting, hvor man kunne se, at dokumentationen lige var røget fløjten. Så der må vi stramme op igen."*

På et af hospitalerne fortæller en leder mig på et tidspunkt, at der på alle afdelinger skal udføres journalaudit hver måned (det betyder som regel at en læge og en sygeplejerske sammen gennemser omkring 10 journaler og registrerer, om de indeholder de papirer, der skal være, og om papirerne er korrekt udfyldt), men at der ikke altid er tid til at gøre det, og så bliver det ikke gjort.

Et sted ser jeg et opslag om audit på et sygeplejekontor:

> *"Ny journal audit. Alle bedes gøre en ekstra indsats på problemområderne fra sidst."*

Der står ikke andet, det oplyses ikke, om der er tale om en meddelelse eller en opfordring til samtale eller anden handling. Man kan betragte dette opslag som et tegn på, at der lige her fungerer en infrastruktur - opslaget kan signalere, at der er strukturer omkring det at gøre en ekstra indsats, der er vaner for det - alle ved hvordan man reagerer. Nogle steder er det praksis, at personalet taler om en sådan ekstraindsats hver eneste gang de udfører opgaven sammen med nogen, i andre tilfælde tales der om det i pauserne eller ved morgenmøder. Det kan være, at lederne spørger til det og husker medarbejderne på, at der er et problem.

Det er ikke det eneste opslag af denne karakter, man møder på afdelingerne - der hænger en del oversigter over måleresultater rundt omkring, og de er ikke altid ledsaget af en handlingsplan. Det kan være en røntgenafdeling, der rundsender resultaterne af egen måling på, hvor godt andre afdelinger har udfyldt blanketterne med bestilling af undersøgelser, eller det kan være hospitalets undervisningsafdeling der orienterer om, hvor mange medarbejdere, der har gennemført brandøvelseskursus, eller blodbanken der har opgjort omfanget af akutbestillinger fordelt på afdelinger.

På de fleste afdelinger får personalet en orientering om resultaterne af audit og benchmarking og andre målinger, enten på et morgenmøde eller et særligt personalemøde. En oversygeplejerske fortæller, at afdelingens sekretær altid printer resultaterne ud i farver i diagrammer og sætter papiret op på opslagstavlen. Senere bliver det gennemgået på et personalemøde, hvor man diskuterer, om der er noget alarmerende, og noget man skal gøre anderledes .Møderne, hvor der diskuteres auditresultater, foregår som regel i professionsgrupperne, og ikke i tværfaglige fora.

Et problemområde kan for eksempel være, at man ikke taler kostplan med alle patienter, eller at man glemmer at spørge, eller i hvert fald glemmer at markere, at man har spurgt om patienten er allergisk over for penicillin eller andre ting.

En sygeplejerske har denne oplevelse:

> *"Hos os er der også audit, hvor afdelingssygeplejersken tager nogle af sygeplejejournalerne ud og siger, nu fokuserer vi på de og de emner. Der bliver lavet opgørelser på det, og resultatet bliver præsenteret for os. Vi får at vide, at nu halter det lidt med at få ernæring skrevet ned eller indlæggelsessamtaler inden for det første døgn, eller vi får information om, at der noget, der går rigtig godt."*

En yngre læge fortæller:

> *"Vi snakker om den [audit], det så godt ud for den afdeling, og det var jo positivt. Og vi snakkede om, der var noget med nogen ting i journalerne, der kunne blive bedre. Det drejede sig om opgaver som orientering til patienten om risici og indgreb."*

12.4.3.4 Risiko og dokumentering.

Sikkerhed og risiko er centrale temaer i akkrediteringssystemet. Således er ordet 'risiko' blevet et hverdagsord på hospitalerne, hvor det er blevet obligatorisk at indtænke risikoelementer i alle arbejdsprocesser. En ledende sygeplejerske ser det som en af de markante ændringer, at der skal foretages risikovurderinger, og man skal som hun udtrykker det *"arbejde med den tankegang i hele huset at vi skal lære af det, vi skal ikke have syndebukke. Vi skal væk fra den der lineære antagelse, og have noget mere læring ud af situationen."*

Hun tilføjer, at det, der især er svært, er at personalet skal vænne sig til at skrive om de såkaldte fejl-hændelser og ikke kun tale om det, som man ellers tit har gjort i forskellige mere uformelle sammenhænge (jvf. omtalen af utilsigtede hændelser i afsnit 11.2.2). Indberetninger kan have forskellig udformning, men vil altid omfatte en vis mængde fri tekst, hvor hændelsesforløb beskrives. Dette er en ny type opgave for personalet, som normalt skriver inden for journalernes kendte rammer.

I en teknisk afdeling har man på det månedlige værkstedsmøde indlagt et nyt fast punkt om indberetninger om fejl, så man er sikker på, at man husker, at man skal tænke i risiko og hele tiden tænke på, hvad der kan ske, hvis man ikke gør sådan og sådan,

eller hvis man ikke får vedligeholdt det og det. Her er primært tale om mundtlige beretninger, som lederen påtager sig at dokumentere.

En oversygeplejerske fremhæver, at risiko fylder meget i dag, og at forebyggelse blandt andet sker i og med, at man beskriver, hvad man skal gøre, registrerer om man gør det, og hvornår man gør det. Derimod skriver man ikke så meget om, hvorfor man gør det, hvilket er en mangel ved systemet.

Hun mener, at det er klart at risikovurdering fylder mest i forhold til tiden før akkrediteringen: *"fordi alt det andet som er indeholdt i standarderne, har vi jo altid haft. Vi har måske ikke været helt ajour med det hele, så nu er der kommet ekstra fokus på eksisterende hængepartier. Man får et spark bagi og kommer i gang med dokumentationen."* siger hun.

En anden oversygeplejerske giver et eksempel på et risikotema der vedrører patienternes brug af medicin. Det er ikke usædvanligt at patienter, der bliver indlagt på hospitalet medbringer et såkaldt medicinkort, der ideelt set skulle dokumentere deres aktuelle forbrug, men ikke altid gør det, fordi det af mange forskellige årsager ikke er opdateret. I en sådan situation er det oplagt, siger sygeplejersken, at personalet på hospitalet er opmærksom på, at der kan ske fejl, at man ikke kan stole på medicinkortet, som patienten fik med sig hjem efter den forrige indlæggelse. Glemmer man fejlmulighederne, og kommer personalet til at give patienten forkert medicin, skal de beskrive, hvad der er gjort, hvor patienten har fået hvilken medicin og hvornår, og med hvilke konsekvenser. Det er hensigten, at personalet skal kunne diskutere, hvad der er sket og bruge hændelsen konstruktivt. Man må ikke nøjes med at finde frem til, at en konkret person har gjort noget forkert, men analysere situationen, hvor der som regel vil være flere personer involveret, og prøve at se hvad man en anden gang kan gøre anderledes.

Utilsigtede hændelser eller fejl er noget, der interesserer alle faggrupper, mener en sygeplejerske. Hun har ansvar for at opgaven med at diskutere fejlene bliver varetaget og mener ikke, at lægerne er så interesserede i kvalitetssikringsprojektet som sygeplejerskerne. Men når det bliver konkret, og der er konstateret fejl er alle med, siger hun: *"Når jeg har indkaldt til møder på tværs af afdelingerne, så kommer både læger og sygeplejersker. Der er lægerne alligevel ærekære, de skal godt nok lige se, hvad det er for noget. Det har været konstruktivt, hvor vi sidder og diskuterer, hvad der gik galt ... der kommer lægerne, de tør simpelthen ikke blive væk."*

Dokumentation af handlinger er i det hele taget en anledning til samtale om arbejdsprocesserne. Således har plejepersonalet på en afdeling diskuteret formål og nytte ved en såkaldt ernæringsscreening - en undersøgelse af ernæringstilstanden for nyindlagte patienter, der skal foretages i løbet af de første par døgn efter indlæggelsen. Det er ikke altid, det bliver gjort. Ved hjælp af en audit, kan man dokumentere, hvordan det går, og ud fra resultatet diskutere om målopfyldelsen er tilfredsstillende, og om personalet skal bruge tid på at handle som det udtrykkes, dvs. passe og pleje patienterne, eller på at dokumentere hvad de gør. Personalet her mener, at det er overflødigt at screene alle

patienter, det ikke er relevant at forholde sig til ernæringstilstand hos hver eneste nyindlagt patient, idet mange ikke har nogen problemer overhovedet.

12.4.3.5 Opsummering om audit

Audit er udtryk for en kontrollerende ledelsesform, mener Power, som man kun tager i brug, når man nærer mistanke om, at der er problemer. Overføres denne forståelse til akkrediteringssystemet, hvor audit spiller en vis rolle, kan man tilslutte sig i og med at hele systemet med sit fokus på sikkerhed signalerer, at der er problemer, som man vil prøve at løse.

Journalføring og indsamling af data er man ikke uvant med på hospitaler, hvorfor selve tanken om at dokumentere ikke er fremmed. Men i forhold til kvalitetssikring kræves der nye former for dokumentation og opfølgning på resultater, som ikke altid umiddelbart giver mening i en professionel sammenhæng. Derfor er det, som en læge fortæller, nødvendigt og i orden at blive 'holdt opmærksom' på kvalitetssikring, fordi det er en opgave, der ikke falder inden for de vante professionsfaglige arbejdsprocesser.

Umiddelbart før et survey-besøg gennemgås journalerne med forstørrelsesglas, og overlægen tjekker ekstra grundigt, om alt er i orden, men efter akkrediteringsbesøget *'falder det lidt tilbage igen'*, har en sygeplejerske erfaret. Baggrundsmaterialet for audit er dokumenter, som skal indeholde bestemte typer af data. Opfyldelse af kravene til dokumentation betyder at personalet bruger mere tid på papirarbejde end før akkrediteringssystemet blev implementeret, og dermed bliver der umiddelbart mindre tid til patienterne. Audit er ikke fuldt indarbejdet som en rutine, der gennemføres konsekvent alle steder. Det er tilsyneladende en ledelsesopgave at prioritere tid til dokumentgranskning, hvad enten det er lederne selv eller udvalgte medarbejdere, der udfører opgaven. Nogle steder afsætter man ikke tid til det, nogle steder opfylder man minimumskravene og atter andre steder bruger man audit på egne, lokale målinger.

Der er flere målgrupper for resultaterne af en audit, som skal tilgodese dels eksterne kontrolkrav hos overordnet ledelse og det politiske niveau, dels en opfølgning på arbejdet som kan bruges til intern vurdering af arbejdsprocesserne. Med denne spredning er der også mulighed for at audit kan praktiseres som ren norm, uden tilknytning til konteksten, hvilket er, hvad Power frygter. Men der er også eksempler på at auditresultaterne vækker interesse i konteksten og resultaterne bruges til at diskutere forbedringer, som for eksempel når der er begået fejl som personalet på afdelingen kan få anledning til at diskutere, som sygeplejersken fortalte om møder, hvor man prøver at forklare utilsigtede hændelser:

> *"det har været konstruktivt, hvor vi sidder og diskuterer, hvad der gik galt"*

I det omfang personalet kan se en mening med dokumentationen, accepteres tidsforbruget i højere grad, end når det udelukkende opfattes som en ordre, der skal efterkommes. Når formålet accepteres, lægges der også mere omtanke i afkrydsningen,

mener nogle. Der er eksempler på at opgaver, som personalet finder overflødige, ikke bliver udført, uanset at der bliver problemer med den obligatoriske afkrydsning. Om man så sætter kryds og markerer, at en opgave er udført, selv om det ikke er tilfældet, eller man udelader krydset, er ikke undersøgt.

Der er ikke bare opgaver, der betragtes som overflødige, der er også en opfattelse af, at det ikke er de mest relevante opgaver, der skal gøres rede for. Målinger af kvaliteten af det, der opfattes som de professionelle kerneydelser, ofte opgaver med direkte patientkontakt i forbindelse med pleje og behandling, er det der giver mest mening, mens de opgaver, der ofte udspringer af standarderne, mere bliver betragtet som noget, man bare skal gøre og huske at sætte sin underskrift det rigtige sted.

Det er ikke alle afdelinger, der er nået lige langt med at implementere standarderne og gennemføre audit, og måske ville rutinerne omkring den akutindlagte epilepsipatient have været anderledes og for den pårørende mere transparente, hvis der var procedurer og rutiner, som kunne understøtte praksis, så personalet altid ville skulle bruge en række bestemte dokumenter og følge en bestemt praksis, når en kronisk syg patient henvender sig.

12.5 Afrunding om infrastruktur.

Når man med en interaktionistisk og pragmatisk tilgang beskæftiger sig med analyser af infrastruktur i forbindelse med studier af forandringer, er det, hvis man følger Star & Ruhleder, relevant at undersøge, hvornår og hvordan infrastrukturen bliver synlig, og hvordan den udvikler sig i praksis - *"when is an infrastructure"*. Star & Ruhleder skriver også, at infrastruktur som regel er indlejret i praksis og først bliver synlig, når den svigter, bryder sammen.

Den teoretiske tilgang i dette kapitel, hvor der er sat fokus på arbejdsprocesser omkring dokumentering, ekstern kontrol og audit, har været styret af spørgsmål om mødet mellem infrastrukturer i form af henholdsvis akkrediteringssystemer og professioner. Dette møde er begrebsliggjort med fokus på analyseområder, der er udledt af det empiriske materiale og litteratur om standarder og klassifikationer: accounting, institutionalisering af ekspertise for arbejdsprocesserne og aktiverende relationer, især omkring skabelse af boundary objekter.

I denne afrunding tager jeg to temaer op. Jeg viser nogle eksempler på praksis, hvor man kan udlede, at infrastrukturer er blevet synliggjorte via afdækning af sammenbrud. Derudover drager jeg nogle konklusioner ud fra, hvad jeg har vist om infrastrukturen gennem analyser af accounting, institutionalisering af ekspertise, aktiverende relationer og kvalitetsholdninger.

12.5.1 Infrastrukturer, der er synliggjorte via afdækning af sammenbrud.

Beretningerne har ledt frem til nogle eksempler på mødet mellem akkrediteringssystemerne og de professionelle. Forandringerne i det professionelle system er der ikke mange tegn på i praksis. Derimod er nogle af de eksisterende opgaver blevet gjort synlige, og der er kommet nye opgaver og systemer, som supplerer og får forrang til at kræve ressourcer, og som dermed skubber det professionelle system til side.

Eksempler på mødet mellem systemerne, illustrerer på den ene side nogle synlige udviklede relationer, som kan ses i praksis, og giver på den anden side stof til teoretisk refleksion over, hvilke infrastrukturelle dimensioner, der har ligget skjult. Hvis man antager, at sammenbrud kan være et udslag af, at en forandring finder sted, kan den afrundende refleksion i dette afsnit om mødet mellem de to systemer konstrueres som en indkredsning af eksempler på hidtidige arbejdsprocesser, der på grund af akkrediteringssystemets implementering ikke længere kan udføres uforandret - processer der med andre ord udsættes for en form for sammenbrud eller i hvert fald en forstyrrelse, som synliggør dem i praksis - der bliver talt om dem.

Jeg vælger at lade kriteriet, for at en arbejdsproces betragtes som brudt, være, at den bliver nævnt som noget, der står i modsætning til de nye processer, hvor akkrediteringsstandarderne er implementeret; det som ikke har noget at gøre med standarderne, overvejende de professionelle kerneydelse eller en praksis, som bliver forstyrret. Med denne tænkning har jeg fundet flg. eks. på forstyrrelser af infrastruktur:

- Når aktører på hospitalerne giver udtryk for, at der ikke er nogen, der ser på, hvordan de udfører de sundhedsfaglige kerneydelser, som for eksempel en operation, viser de, at her er noget væsentligt, en praksis de lægger vægt på.
- Når der tales om at 0-fejlskulturen skal opgives, gives der udtryk for, at der har været en opfattelse af praksis som en 0-fejlskultur, som nu er blevet forstyrret.
- Når der efterlyses standarder for *hvordan* man informerer patienterne, i forbindelse med at der skal implementeres standarder, der foreskriver, at patienter skal informeres om behandling, virkning og bivirkning ved medicin og rettigheder af forskellig art, kan det tages som udtryk for, at der på afdelingerne har været en institutionaliseret tilgang til at informere patienter, ikke nødvendigvis en ensartet form, men en vane, som nu ikke længere kan praktiseres.
- Når det bemærkes i forbindelse med dokumenteringskravene, at der ikke er nogen der interesserer sig for, hvad der 'lægges i en underskrift', men at der kun stilles krav om at normer overholdes, kunne det være udtryk for, at der er en herskende opfattelse af, hvad en underskrift betyder. Herskende, ikke i betydningen dominerende, men blot klar hos den enkelte.
- At der skal bruges mange ressourcer på papirarbejde er en erfaring, der fylder meget hos alle. Ligeledes er der stort set enslydende udmeldinger om konsekvenserne for praksis, hvor der gives udtryk for, at der bliver mindre tid til patienterne. Her tegner der sig et billede af en infrastruktur omkring et sæt handlinger, der foregår sammen med patienterne, men dog på vidt forskellige måder. Udsagnene om den manglende tid, inspirerer til formulering af et spørgsmål om, hvad de forskellige professioner betragter som 'tid til patienter', hvorved man måske kunne skabe et

indblik i enactment af en infrastruktur, spørgsmålet om 'hvornår er en infrastruktur'.

12.5.2 Et blik med fokus på accounting, institutionalisering af ekspertise.

På tværs af beretningerne i Kapitel 12 om infrastruktur kan man udlede, at det er svært for det nye system at få plads i praksis.

En infrastruktur vokser ikke frem på et bart grundlag, men kæmper med inertien i eksisterende baser og arver styrker og svagheder herfra, skriver Star & Ruhleder (1996) i en oversigt over de dimensioner, der karakteriserer infrastruktur (se afsnit 6.4.2). Med denne forståelse vil man ikke undres over, men nærmest forvente, at der naturligt må findes et 'rockwoollag' af aktører, som ikke i første omgang bliver direkte involveret i forandringer. Blandt de medarbejdere, der er eller har været direkte engageret i implementeringen finder jeg gennemgående en erfaring om, at der er så meget, man skal forholde sig til, at det nødvendigvis må vare længe, før alle har sat sig ind i alt. Der gives således ikke umiddelbart plads til det nye system. Det ser man for eksempel i tilfældet med kvalitetshåndbogen, hvis placering og rolle i daglig praksis viser, at der er etableret en ramme med infrastrukturelle egenskaber, som potentielt kan bruges, men ikke nødvendigvis bliver det.

Reflekterer man over om akkreditering i den afprøvede form er en trussel imod den professionelle jurisdiktion, kan man ud fra den hidtidige praksis sige, at for den profession, der holder sig på sidelinjen, sker der nok ikke ændringer i jurisdiktionen i første omgang. For den profession, der går aktivt ind i processen, kan akkrediteringssystemets standarder søges omringet, præget og inddraget i egen jurisdiktion. Men det ser ud til, at det primært er betingelserne for at udøve jurisdiktion, der ændres, mens selve kernen i den kliniske beslutningsproces ikke er et tema i standarderne. Samspillet faggrupperne imellem og i forhold til patienter er ændret, lige som kravene til dokumentation øger synligheden i udøvelsen af jurisdiktion og dermed sårbarheden - en åbning som andre kan trænge ind i (jvf. overvejelserne i NIC projektet om, hvor detaljeret man skulle beskrive sygeplejeopgaverne).

Accounting i form af selvevaluering, finder sted i højere grad end før implementeringen af akkrediteringsstandarderne, men dog primært inden for de rammer, der udstikkes gennem den professionelle infrastruktur. Selv om der for eksempel i fællesskab mellem læger og sygeplejersker tjekkes journaler med henblik på at kontrollere, om alle dokumentationsforpligtelser bliver overholdt og alle undersøgelser udført, sker bearbejdningen af resultaterne som regel i de sædvanlige, monofaglige mødefora og med brug af rutiner som også anvendes for alle andre typer af meddelelser på konferencer og personalemøder. Der er dog inden for disse rammer en del variation, men igen afspejler denne snarere forskellige eksisterende ledelsesformer, hvor der for eksempel lægges mere eller mindre vægt på, om tilbagemeldinger skal bruges som anledning til udvikling og læring eller som blot og bar pligtmæssig viderebringelse af information.

Power mener, at visse former for audit kan udvikle sig til rene verifikationsritualer, hvilket jeg mener, at man med en multiplicitetsforståelse må forholde sig nuanceret til, og se på de forskelle der er i praksis. I forhold til såvel gennemførelse af audit, som forberedelser og gennemførelse af survey-besøg har jeg fundet en vis variation i tilgangen - der er læger såvel som sygeplejersker, der ser praksis på disse områder som ritualer, hvor de har gjort, hvad der blev forventet. Men der også nogen, der ser det som en udfordring, og mener at det bringer ny indsigt og nye tænke- og handlemåder ind i praksis, på afdelingen og på hospitalet.

12.5.3 Et blik på aktiverende relationer.

Man kan betragte audit som et boundary objekt, i og med at metoden bliver anvendt til kommunikation mellem de professionelle og deres omgivelser om aktivitet og opfyldelse af bestemte kvalitetskrav. Begreber som ventetid eller information til patienter kan forene de forskellige parter, selv om de hver for sig lægger forskelligt indhold i begrebet.

Der er også eksempler på, at auditresultaterne vækker interesse i konteksten, og resultaterne bruges til at diskutere forbedringer af arbejdsprocesser. Når formålet accepteres, lægges der for eksempel mere omtanke i afkrydsningen, som det udtrykkes.

Der bliver etableret nye relationer, når de obligatoriske survey-besøg skal afvikles, eller audit gennemføres, hvor det især er de aktører, der deltager aktivt i implementeringen på en eller anden måde, der bliver en del af nogle nye fællesskaber med nye typer af opgaver. Det er foreløbig kun en mindre gruppe der deltager; de nye fællesskaber består af nogle få eksperter, og det er overvejende sygeplejersker, der tilslutter sig.

12.5.4 Et blik på praksis med fokus på kvalitetsholdninger.

Det er intentionen med de totale kvalitetssystemer, at der skal skabes kvalitetsholdning blandt medarbejderne. Hvorvidt det er sket på hospitalerne, mener jeg ikke, man kan konkludere skarpt på. Analysen viser, at der overvejende er tale om, at efterlevelse af akkrediteringsstandarderne betragtes som en opgave, der skal løses. Så længe der er ubrugte manualer, og de nye systemer ikke har vundet indpas i daglig praksis, kan man ikke påstå, at de holdninger til kvalitet, der er indlejret i akkrediteringssystemet er implementeret. På den anden side kan holdninger påvirkes på mange måder, og teksterne i manualerne er måske ikke det afgørende. Én ting er, at en overordnet ledelse, støttet af teksterne i et standardsystem, beslutter, hvad der er ledelsesopgaver for en lang række ledere; noget andet er, hvor man finder vejledninger for handling, hvis ledelsen ikke lever op sit ansvar. Hermed kunne jeg så konkludere, at det først og fremmest handler om ledelse, standarderne sælger ikke sig selv.

Det kan tages som udtryk for en ændret holdning, når der er sket et skift i praksis for, hvordan man forholder sig til de fejl, der begås i undersøgelse, pleje og behandling. Der følges op på en ny systematisk måde, og der tales om fejl som noget uundgåeligt,

noget der ikke nødvendigvis sker som følge af en enkelt persons handlinger, men tillægges svigt i sammenhængende processer og systemer. Dette tema er imidlertid ikke isoleret til akkrediteringssystemet, men indgår i en landsdækkende indsats, hvor alle hospitaler deltager. På de hospitaler, hvor akkrediteringssystemer er implementeret, finder man dog, at denne erfaring har lettet indførelsen af andre forandringer i praksis som for eksempel håndteringen af fejl-handlinger.

KAPITEL 13 KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Indledning.

> *Kunst tilhører ikke det miljø, den springer ud af, den tilhører det miljø, hvor den møder en respons.* (Asger Jorn - billedkunstner)[222].

I denne afhandling er forandringer af arbejdsprocesser på hospitaler iagttaget og analyseret som et møde mellem to sfærer eller systemer - et standardbaseret kvalitetssikringssystem møder de sundhedsprofessionelles praksis.

Afhandlingen, der er et bidrag til udvikling af den del af forskningen omkring forandring i et organisationsteoretisk perspektiv, hvor fokus lægges på studier af praksis, forholder sig til de usikkerheder og begrænsninger vedrørende sammenhæng mellem mål og resultater, der kendetegner modeller og metoder med en moderne, rationel tilgang, og foreslår, at man anlægger et netværksperspektiv i en STS/ANT optik på tænkning om og erkendelse af virkeligheden. Praksis udforskes med udgangspunkt i en pragmatisk og interaktionistisk tænkning, med den konsekvens at forskningsinteressen rettes mod handlinger, som samtidig betragtes som kontekstspecifikke eller situerede, hvorved der gives afkald på påvisning af generelle sandheder. Det netværksperspektiv der anlægges, indebærer at virkeligheden bedst forstås som en multiplicitet, hvor forandringer giver sig udslag i udbygning af netværk med rhizomlignende karakter. I stedet for generelle sandheder kan man med denne forståelse enacte en række beretninger, der er sande i tid og sted, og viser én side af en virkelighed om forandring og dermed praksis. Lige som der ikke kan tænkes generelle sandheder, kan der heller ikke tænkes generelt om en forandring eller et nyt arbejdsredskab. Derfor diskuteres i afhandlingens første del materialiteten af den konkrete forandring, akkrediteringssystemet, indgående i afhandlingen, med henblik på at belyse, hvorledes den kan tænkes at påvirke den praksis, den berører. Tilsvarende forsøges, med et interaktionistisk perspektiv, væsentlige faktorer omkring sundhedsprofessionelle aktørers praksis indkredset, lige som der præsenteres et forslag til, hvorledes man kan håndgribeliggøre og dermed undersøge arbejdsprocesser, selve genstanden for forskningen i afhandlingen.

Afhandlingen er baseret på feltstudier udført med inspiration fra etnografiske metoder, med en pragmatisk tilgang og en forskningsberetning om feltet, der tager en udfordring op om at skrive indholdsrige beretninger, der dokumenterer de udforskedes refleksioner og handlinger og lader feltforskerens egne tolkninger være så begrænsede som muligt. Der sættes fokus på, hvad der sker i praksis i mødet mellem to systemer eller sfærer. Afhandlingen er således en samling af indblik eller beretninger i, hvordan et netværk domineret af arbejdsprocesser udviklet i et sundhedsprofessionelt system, suppleres med kvalitetsstyringsprocesser forankret i akkrediteringsstandarder med et sigte om tværgående overblik for hospitalsdrift. Samlingen af beretninger er søgt kon-

[222] I flg. Erik Steffensen, professor på Kunstakademiet i København. Citat fra Weekendavisen, kultur, s.1 30. marts 2007

strueret således, at den er i overensstemmelse med en pragmatisk forståelse og en netværkstænkning om en rhizomlignende virkelighed. Det betyder, at praksis karakteriseres ved multiple relationer, og det tilstræbes ikke at udsige noget om, hvad der er sandt og falsk, rigtigt og forkert, men snarere at påpege forskelle. Mens det ikke ligger i metodens natur at drage konklusioner om, hvordan implementeringen og dermed forandringen er lykkedes generelt, gives der indblik i praksis gennem en række konstruerede, enactede beretninger om mødet mellem de to systemer eller sfærer.

I den teoretiske diskussion om akkrediteringsstandarder som redskaber til forandring, er der i afhandlingen udviklet en tænkemodel til analyseformål, herefter kaldet en analysemodel, hvor der skelnes mellem den viden, der tillægges standarderne, den orden eller fremgangsmåde hvormed de introduceres, og de infrastrukturelle træk der kan spores i forbindelse med processen. Modellens tre grundelementer - viden, orden og infrastruktur - er efterfølgende brugt som en optik til belysning af de elementer, der indgår i den teoretiske forståelse af professioner og professionelle, som er fremdraget og diskuteret i Kapitel 5, og er endelig strukturerende for beretningerne om praksis i afhandlingens andel del. Beretningerne er skrevet med en grounded theory tilgang, med afhandlingens analysemodel som en strukturerende ramme, således at der ud fra det samlede empiriske materiale berettes med fokus på forandringer, der kan relateres til henholdsvis viden, orden og infrastruktur. Der kunne således ud fra det samme materiale også være skabt beretninger med andre typer af fokus.

I dette afsluttende kapitel samles trådene fra rækken af beretninger om mødet mellem sfærerne eller systemerne med fokus på forandringer omkring henholdsvis viden, orden og infrastruktur, og der reflekteres over anvendelsen af analysemodellen (afsnit 13.1). Herefter fremhæves nogle pointer, som jeg finder væsentlige, omkring dels en teoretisk forståelse af forandringer i organisationer, dels resultaterne i praksis af at implementere et akkrediteringssystem til sikring af kvaliteten i arbejdsprocesser på hospitaler. I overensstemmelse med afhandlingens videnskabsteoretiske udgangspunkt, gives der ikke løsninger på problemer, ingen entydige svar, men der opridses med baggrund i den analytiske model, en række refleksioner og pointer om praksis, som kan påvise relevante problemstillinger, der kan bringes ind i konkrete sammenhænge, hvor arbejdsprocesser i professionsdominerede organisationer som hospitaler søges forandret (afsnit 13.2 og 13.3). Herefter følger refleksioner over gennemførelse af organisationsanalyse i et STS/ANT-perspektiv, inklusiv etnografiske feltstudier og interviewformer samt skriveform med snapshot som inspiration (afsnit 13.4). Der sluttes i afsnit 13.5 af med en perspektivering, hvor der opridses en række problemstillinger til videre forskning og diskussion omkring såvel forandringsteori som brug af akkrediteringsssystemer og andre metoder til sikring og udvikling af kvalitet i arbejdsprocesser.

13.1 Forandringer betragtet gennem en sfære af viden, orden og infrastruktur.

13.1.1 Viden - et spørgsmål om magt til at definere, og om legitim viden.

Hvad sker der ved mødet mellem akkrediteringssystem og professionelle systemer?

Viden betragtes i afhandlingen som det, der lokalt antages for at være sandt og brugbart i arbejdet og har vundet hævd i netværket, som netop det. Viden manifesterer sig i magten til at definere, hvad der kan tales om, og hvad der er legitimt.

Evidens

Viden bag lægers og sygeplejerskers arbejde i sundhedsvæsenet er generelt defineret ud fra sundhedsvidenskabelig sædvane, med et naturvidenskabeligt udgangspunkt, karakteriseret ved en rationel epistemologi med fokus på (hvad der anses for at være) fakta og et etableret system til vurdering af, i hvilken grad forskningsresultater er evidente. Denne tænkemåde præger aktiviteter og tiltag til forandringer af arbejdsprocesser, hvor det for de professionelle fra sundhedsområdet er væsentligt at vide, om der er evidens for de nye handlemåder eller procedurer. I afhandlingens feltanalyse giver mange læger udtryk for, at de mener, at når det for eksempel ikke er operationsteknikker og -resultater, der bliver akkrediteret, er det ikke den sundhedsfaglige kerneydelse der er fokus på, men de omkringliggende rammer og betingelser. Men alligevel, mener de, bør der være evidens for kvalitetsstandarderne. Det finder jeg er en interessant udmelding, alene af den grund, at evidensbegrebet i sig selv, selv om der er kriterier og niveaudelinger af evidens inden for den medicinske forskningsverden, ikke er entydigt defineret. Her tegner der sig en udfordring for mødet mellem forskellige forståelser omkring sandhed og bevis, som der må arbejdes videre med, hvis forandringer i arbejdsprocesser på hospitaler skal kunne gennemføres med forståelse for alle involverede parter i netværket. Det handler ikke mindst om samspillet mellem samfunds- og sundhedsvidenskabelige metoder, hvor jeg prøver at vise, hvad en STS/ANT tænkning kan bidrage med.

Magten til af definere hvad man kan tale om

Det er vist i afhandlingen, at kvalitetsstandarder kan betragtes som samlinger af viden om, hvad man bør tænke på i forbindelse med kvalitetssikring af arbejdsprocesser, og på hvilke områder man skal have procedurer, og der er argumenteret for, at enhver form for viden, derfor også den der er indlejret i standarderne, kun viser sig i relationerne, i brug, hvilket er problematisk i forhold til en generel vurdering af effekten af procedurebeskrivelser og andre tekster.

Afhandlingens indblik i forandringer med fokus på viden viser, hvorledes der indtræder nye magtrelationer, når det gælder spørgsmål om, hvem der kan definere, hvad man kan tale om, hvor og hvornår. Når hospitalets ledelse har valgt et system, der dikterer, at der skal være kvalitetsstandarder for arbejdsprocesserne, indebærer det, at der på hospitalet skal etableres arbejdsrutiner, der sikrer, at der sker en systematisk kompetenceudvikling og dokumentation af, hvorledes arbejdet skal udføres, samt opfølg-

ning på om reglerne er blevet fulgt. Hermed bliver der skubbet til opfattelsen af, hvad der er legitim viden på hospitalet.

Akkrediteringssystemet tilbyder en systemtænkning, der skal sikre overvågning af enhver form for processer, der berører patienternes sikkerhed, herunder anvendelse af apparatur og inventar på hospitalet. Systemet udmærker sig ved dels at gå på tværs af afdelinger og faggrupper og dermed også fokusere på områder, man ikke har været opmærksom på, dels at indebære en planlagt og kontrolleret kontrol, hvilket vil sige, at det skal dokumenteres, hvad der skal kontrolleres, og hvem der har ansvar for, at det bliver gjort, samt at det reelt også bliver gjort. Denne kontrolpraksis er et eksempel på, at den magt til at gå på tværs af organisationen og professionsgrænser, som er en indbygget del af standarderne, kan bruges til at se nye sammenhænge og flytte viden, som ikke hidtil er blevet efterspurgt. Standarderne bliver taget ind i praksis, implementeret i arbejdsprocesserne, og på afdelingerne taler man om aha-oplevelser, om at man har fået ny indsigt eller viden - om noget man ikke havde tænkt på, men som man er enige i, er fornuftigt.

Uanset repræsentationsproblemer og synliggørelse eller ikke af tavs viden, og uanset evidenskrav, ser det ud til, at det, der er afgørende for om den viden, der ligger i kvalitetsstandarderne bliver implementeret, er et spørgsmål om relationer i lokale forhold: tager ledelsen initiativer til at udbrede kendskabet? Og hvordan bliver der arbejdet med at opfylde dokumenteringskravene og selvevalueringerne og drage en lære af resultaterne? Det er sådanne spørgsmål der kan kaste lys over i hvilken grad implementering af akkrediteringssystemet finder sted.

Legitim viden

De krav, der i følge standarderne fordrer, at der skal være styr på arbejdsprocesserne i forhold til kvalitetssikring, berører ikke altid den professionelle viden, men opstiller nogle betingelser for praksis. At have styr på processerne er her det samme som at have styr på logistikken i papirhåndteringen, hvad enten det gælder meddelelser på opslagstavler eller dokumenterne i personalemapperne. At have styr på tingene er for eksempel også at holde regnskab med deltagelse i kurser. Med de nye metoder til at skabe overblik over processerne er det blevet synligt, at der er områder, man ikke tidligere har været opmærksom på. Det gælder for eksempel inden for hygiejne, hvor man på danske hospitaler har tradition for, at der arbejdes systematisk med temaet, man har personale dedikeret til opgaven, og der distribueres trykte vejledninger på forskellig vis, enten direkte til den enkelte medarbejder eller til de enkelte afdelinger. Men med akkrediteringssystemet har man alligevel fået nye metoder til at sikre, at man kommer ind i hidtil upåagtede områder, som for eksempel kontrol med temperaturen i køleskabe og rengøring af de genstande der stilles til rådighed for patienterne i venterummene.

En vigtig problemstilling inden for vidensområdet er spørgsmålet om repræsentation af viden, hvor der knytter sig en særlig udfordring til synliggørelse af den tavse viden. Inden for sundhedsprofessionerne er der i lægegruppen tradition for at betragte ud-

dannelsesforløbet som en oplæring i et paradigme, en træning i billedgenkendelse, hvor tavs viden er dominerende. Det samme gælder for sygepleje, hvor der imidlertid aktuelt (i modsætning til lægeprofessionen, hvis arbejde blandt andet traditionelt afspejles i diagnoseklassifikationer) arbejdes på flere fronter med at synliggøre arbejdsopgaverne. De nye kvalitetsstandarder, der skal kvalificeres i procedurebeskrivelser og vejledninger, udfordrer på nogle områder den eksisterende tavse viden, mens de på andre supplerer den, trods alt også meget omfattende eksisterende mængde af skriftligt materiale, der dokumenterer viden om arbejdsprocesser af mere kernefaglig karakter. Mens kvalitetsstandarderne skal implementeres ensartet på hele hospitalet, er de eksisterende tekster ofte udviklet på lokale initiativer med deraf følgende variation, ikke kun for så vidt angår selve indholdet, men også i forhold til graden af opdatering.

Forandring
Den nye viden, der ligger i standarderne, ser ud til overvejende at blive et supplement til og ikke en erstatning for den sundhedsprofessionelle, hvorved der opstår prioriteringsproblemer - omkring dels hvor megen ny viden man har kapacitet til at forholde sig til i praksis, dels hvordan arbejdsprocesserne skal opbygges . Akkrediteringsstandarderne har magten til at definere, hvad der kan tales om, men ikke til at sikre at det også sker. Legitim viden er det, der er blevet defineret, som noget man kan tale om, men hvis der ikke bliver talt om det, bliver der ikke etableret lokale sandheder. Den nye viden kan således betragtes som en udvidelse af rhizomet, der måske, måske ikke bliver forlænget yderligere eller vokser sig kraftig og oven i købet danner et knudepunkt omkring den nye viden.

Den enactede konklusion fra feltanalysen
Det generelle indtryk er at nogle, men langt fra alle læger mener, at den viden, der ligger i systemet, er nyttig som grundlag for styring af arbejdsprocesserne omkring den faglige kerneydelse, mens en del sygeplejersker ser akkreditering som et godt redskab til at systematisere viden og sikre, at nødvendige opgaver bliver husket (orden i personalemapperne, praktiske opgaver som at finde ud af hvem der skal holde øje med temperaturen i køleskabet).

Trukket skarpt op ser jeg en praksis, hvor der lagres dokumentsamlinger (rummende synliggjort viden) på hylderne og i IT-systemerne, men hvor sammenhængen til den viden, der bruges i praksis, herunder tavs viden er uklar. Samtidig finder jeg, at den variation der kan spores i tilslutningen til systemet, kan understøtte en påstand om, at implementeringen må vurderes på lokalt plan, hvor handlingerne ses i konteksten. Der er en del sygeplejersker, på tværs af de to hospitalsvæsener der indgår i undersøgelsen, som fremhæver, at de har fået ny viden, men også mange, der fortæller at akkrediteringsstandarderne overvejende er gammel vin på nye flasker. En sådan beretning får jeg stort set ikke fra lægerne, der enten slet ikke ser noget brugbart, eller er tilbøjelige til at mene, at det især er ledere, der kan have udbytte af at få overblik over hvilke organisatoriske processer, der er nødvendige, hvis arbejdet skal udføres kvalitetssikkert. En direkte sammenhæng med den faglige kerneydelse er det kun de færreste, der ser. Samtidig er der på en og samme afdeling ikke altid overensstemmelse mellem de to

faggrupper om betydningen af kvalitetssikringen og metoderne til at implementere standarderne.

13.1.2 Orden - et spørgsmål om legitimitet og landkort/ sandheder.

Hvad sker der ved mødet mellem akkrediteringssystem og professionelle systemer?

Begrebet orden beskriver i afhandlingen de faste fællesskaber, procedurer og beslutningsmønstre, der er synlige på hospitalet. Orden manifesterer sig som en række sandheder eller benyttede landkort og etablerede fællesskaber i et indbyrdes hierarki, hvortil er knyttet en normativ beslutningskompetence på en række områder. Orden afspejles også i, hvad der regnes for legitimt at gøre.

Afhandlingens indblik i forandringer med fokus på orden, hviler på beretninger om handlinger, og fokuserer på hvordan man, når man implementerer et akkrediteringssystem, kan skabe en kollektiv fortid og rekonstruere en kollektiv erindring i og med at man træffer beslutning om, hvad der skal med i systemet, og hvad der ikke skal. Brugen af systemet indebærer nye arbejdsrutiner, dels i form af kvalitetssikring af arbejdsprocesserne i praksis, dels i form af opfølgning på, hvordan arbejdet er blevet udført, og reglerne er blevet fulgt. Det medfører nogle forandringer som først og fremmest drejer sig om forskydninger i legitimitet, skabelse af nye fællesskaber (fra professionsorienterede til tværfaglige) og definition af nye sandheder.

Forskydninger i legitimitet

Med den dokumentationsform der følger med akkrediteringssystemet i form af dokumenter samlet i en håndbog, introduceres nogle fælles former for orden, der gælder for hele hospitalet. Særlige regelsæt omkring ledelsens opgaver giver ledere fra alle professioner legitimitet til at handle på forskellig vis, som for eksempel at kræve at alle medarbejdere, uanset profession forholder sig til og efterlever standardkravene. Med den transparens, der følger med metoderne til udbredelse af kendskabet til standarderne i form af skriftligt materiale, der spredes i form af håndbøger eller i elektronisk form, øges mulighederne for kommunikation aktørerne imellem om arbejdsprocesserne og arbejdsopgaverne generelt, ikke kun inden for de forskellige professioner, men også tværfagligt.

Magten til at definere hvad der bør gøres, er indbygget i akkrediteringssystemet. Det kan bruges til at støtte en sag, som nogen kæmper for, hvad enten det er ombygninger på afdelinger, ensretning af procedurer eller reduktion i antallet af forskellige behandlingsformer på den samme afdeling, eller løsning af opgaver, som ikke er blevet prioriteret højt tidligere, som for eksempel medarbejderudviklingssamtaler og beredskabstræning . Men selv om det *kan* bruges, er det ikke givet, at der sker. Det kræver, at der er vilje og mulighed, eller med andre ord at der er evner og ressourcer. Der er stadig forskel på magten til at definere, hvad der bør gøres og magten til beslutte, om det skal gøres, men der kan dog tales om det på en anden måde end før.

Akkrediteringssystemet fungerer som en ny orden for udformning af rammerne for arbejdsprocesserne, hvor det bliver legitimt at igangsætte en forhandling om at finde en fælles form. Med et krav om ensartethed kan eksisterende interne uoverensstemmelser blive sat på dagsordenen og løst, og modstridende interesser tvunget til at forenes om kompromisser. Men uanset værktøjets egnethed kræves der ressourcer til at sætte det i spil. Den kvalitetsholdning, der er målet med et TQM-system, og også søges etableret med akkrediteringssystemet, kan betragtes som et potentiale, blandt andet baseret på, at der reelt opstår et udforskende fællesskab. Det sker, når man bruger systemet som en overordnet rettesnor, karakteriseret som en pendant til de 10 bud, eller når man gennem for eksempel lokale kvalitetsgrupper kontinuerligt beskæftiger sig med at implementere standarderne og kontrollere sig selv. Papirarbejdet i forbindelse med selvevalueringerne fylder dog meget og betragtes generelt som en tidsrøver, der skal tilgodeses på bekostning af patientbehandlingen og plejen.

Hvorvidt der sker forskydninger i legitimitet eller der snarere er tale om udbygning af netværket, hvor forskelle ikke udjævnes, men supplerer hinanden, og den professionelle jurisdiktion for eksempel ikke bliver udfordret, men kan bevares uændret, mener jeg ikke kan vises uden nærmere undersøgelse af mere dybdegående karakter i enkelte lokaliteter, end jeg har foretaget. Men at der teoretisk set kan bestå ikke-udjævnede forskelle, har Mol vist i sin undersøgelse af, hvorledes sygdommen åreforkalkning kan enactes forskelligt på forskellige afdelinger på et og samme hospital.

Med akkrediteringssystemets indbyggede magt til at definere, åbnes mulighed for udpegning af nye sandheder om orden og dermed forandringer i praksis (fx: der skal ske en reduktion i antallet af behandlingsmetoder; patienter skal bære identifikationsarmbånd). Magten til af definere omfatter også krav om registreringer, som bevis for at opgaver er udført, og gennemførelse af audit med efterfølgende forandringer i arbejdsprocesserne. Skriftlig dokumentation kan betragtes som et signal om orden og forankret sandhed - 'det bliver målt, om man har sat sin underskrift'. Dokumentationen kan også fungere som et fundament for mainstream myter, som kan gøre det svært for andre stemmer at blive hørt. Det ses i form af, at spørgeguider og huskelister, der skaber orden i én lokalitet, kan spredes (og bliver det) til flere andre afdelinger, hvis eksisterende redskaber derfor kan blive udelukket. På samme måde som styringsformerne inden for den offentlige sektor med New Public Management- tilgangen har ændret karakter i retning mod at legitimere, at ledere skal bidrage til opfyldelse af krav om realisering af økonomiske styringsmål og indfrielse af politisk definerede, skiftende kontrolmål, fokuserer akkrediteringssystemet på opretholdelse af sin egen orden. Ingen af systemerne tillægger den professionelle kernefaglighed en særlig berettigelse.

Sandheder / landkort
Dokumentsamlingerne omkring standarderne fungerer som nye kort, udformet efter fælles retningslinjer, idet en fælles skabelon sikrer en ensartet struktur for teksterne. Med kvalitetshåndbogen bliver der skabt en situation, hvor det er det fælles landkort for et helt hospital og den fælles skriftlige dokumentation (det der er sandt), der møder de lokale kort, der anvendes på afdelinger eller endnu mindre enheder, 'kort' som ofte

kun har været kendt i en mundtlig overlevering. En anden måde at udtrykke det på er, at den globale traktat i form af håndbogen møder den lokale kutyme. Der sættes processer i gang, hvor der sættes kræfter ind på at sikre magt til at definere, hvorvidt man skal deltage i udviklingsprojekter, og om man skal arbejde efter de nye regler.

Kvalitetshåndbogen repræsenterer de kvalitetsbegreber, der kan få status som normer, fjernet fra oprindelsen (standarder der skal implementeres på det danske hospital, kan være skabt i fællesskaber, der har fungeret i en anden tid og et andet sted - for eksempel i USA flere år forud for den aktuelle implementering i Danmark) og tømt for lokalt indhold og mening, nogle ord, man skal omsætte til handlinger, der skal indpasses i praksis. Kvalitetsstandarderne udfordrer de professionelle gruppers jurisdiktion, hvor nogle, men ikke alle, læger mener, at det er godt at lægeydelser ikke bliver direkte berørt, mens en del sygeplejersker finder, at standarderne allerede er opfyldt for sygeplejeopgavernes vedkommende, og dermed på en indirekte måde inddrager dem i den professionelle ydelsesporteføljе og - i forhold til lægeprofessionen - spinkle jurisdiktion og professionsgrundlag. Nogle, især læger forsvarer således deres jurisdiktion, mens andre, især sygeplejersker forsøger at benytte anledningen til at udvide den.

Når der på trods af et omfattende sæt af standarder for kvalitetssikrede arbejdsprocesser, alligevel er skrøbelige områder, som vist i beretningerne om de mange facetter ved håndtering af medicin til patienter, kan det betragtes som en konstatering af, at virkeligheden ikke kan rummes i den model af rationelt tilsnit, som akkrediteringssystemet er baseret på. Der er ikke umiddelbar forbindelse mellem stimulus og respons; mange medarbejdere mener, at de er ansvarlige professionelle og i stand til selv at finde en passende arbejdsproces, inden for nogle overordnede rammer der respekterer, at man er mange aktører på afdelingen. De har forskellige vilkår, hvilket kan underbygge argumentet om, at man bør betragte aktiviteter som forbundne med den kontekst, hvori de udspiller sig. Det er den tilstand, kunstneren Olafur Eliasson illustrerer med installationen 'Fog doughnut', når han betegner den som en materialisering af virkeligheden som mangfoldig, bestående af mange lag og forbindelser. Eliasson spørger, om man kan lave regler for mangfoldigheden. I forhold til arbejdsprocesserne på hospitaler vil jeg mene at 'Ja', det kan man til en vis grad. Man kunne starte med at anerkende mangfoldigheden som et vilkår og herefter reflektere over niveauet for detailstyring, som i nogle tilfælde kan føre til, at aktører finder egne veje for at få det bedst mulige ud af de arbejdsbetingelser de har. Det gælder, hvad enten man har lokale kvalitetsafdelinger, der udvikler sikkerhedsprocedurer, som personalet på afdelingerne ikke kan se fornuften i, eller brugen af automatiske tekstformuleringer, der er udviklet for at lette skrivningen af patientjournaler, men som også kan bruges til, med et enkelt tryk på tastaturet, at registrere en handling, som ikke reelt er udført. Dokumenterer man som det kræves, arbejder man på systemets præmisser, man legitimerer det og viser at der er en orden, der respekteres, uden at der dog gives adgang til praksis, hvor en anderledes uorden kan udfolde sig.

Analysen viser ikke tegn på, at den professionelle orden, der ligger bag det lægefaglige arbejde, forandres; men netværket udvides. Professionens jurisdiktion udfordres såle-

des tilsyneladende ikke mærkbart. Ud fra en teoretisk betragtning kan der ikke ændres på arbejdsprocesserne i den form, der følger af akkrediteringssystemet, uden at jurisdiktionen berøres, men heller ikke ændres uden at professionens repræsentanter er involveret i forløbet. Når en læge mener, at standarderne som en form for 'de 10 bud' fungerer som en fælles ramme for arbejdet på afdelingen, kan man betragte det som en udvidelse af netværket for de arbejdsprocesser, lægerne er involveret i, en tilføjelse til det bestående, måske en holdningsændring, men ikke en forandring af en kollektiv hukommelse. I H:S tog man fra starten af akkrediteringsprojektet stilling til, at det ikke omfattede lægeprofessionelle kerneydelser og igangsatte et andet projekt med fokus på dette. For den professionelle orden inden for sygeplejen er vilkårene lidt anderledes. Det er overvejende sygeplejersker, der taler om, at kvalitetssikring er ensbetydende med mindre tid til patienter, fordi der er kommet flere krav om dokumentation og andet skriftligt arbejde. Det kan udlægges således, at denne profession får et udvidet domæne, et udvidet netværk i form af øget skriftlighed med en potentiel mulighed for at styrke den akademiske basis for professionen. Der er tilsyneladende blandt en del sygeplejersker en tilfredshed med den form for orden, der ligger i at skabe tekster, der synliggør og giver overblik og retningslinjer, og som yderligere, som det fremhæves, kan bruges til at give unge og nye medarbejdere en god og hurtig introduktion til arbejdet.

En overordnet samlet vurdering vil være, at der er nogle aktører, der griber anledningen til at få magt til at definere arbejdsprocesser, mens andre benytter professionens eksisterende magt til at definere sig selv ud af opgaven. Nogen bidrager til at styrke et netværk omkring fælles opgaver, andre, som for eksempel de læger der lægger vægt på at kvalitetsstandarderne ikke "må tage fokus fra det kliniske arbejde", er opmærksomme på at bevare lokale arbejdsprocesser og afkoble dem fra den nye orden.

Som ledelsesredskab bliver akkrediteringssystemet benyttet i varierende grad. De jævnlige kontrolforanstaltninger i form af surveybesøg og diverse former for accounting, som for eksempel audit, kan ikke ignoreres. Men den enes standard kan være den andens forvirring[223], og selv om der gennemføres kontrol, kan den orden der iagttages være en overflade, under hvilken der udfolder sig en praksis baseret på tavs viden, mangfoldig, umulig at fastholde og beskrive.

Forandringer
Forandring kan i forhold til ordensbegrebet ses som forskydning i legitimitet og brug af landkort, og defineres som etablering af nye styreformer og brug af nye målepunkter. Nye landkort kan man introducere i form af håndbøger og autotekster, men ingen kan styre andres brug af procedurebeskrivelserne, anvendelsen af autoteksterne og afkrydsningerne på journalarkene. Derimod kan der stilles krav om, at der bliver produceret dokumenter, og derfor er for eksempel standardiseret informationsmateriale til patienter om medicin ikke til at forandre for den enkelte aktør, selv om det findes uegnet.

[223] Bowker & Star (1999:293)

Der gives legitimitet til kvalitetsgrupper og ledere til at stille krav om at standarderne bliver fulgt og til at stille spørgsmål og udforme kvalitetsprocedurer til lokalt brug. Hermed kan nye emner komme på dagsordenen og blive belyst og evt. føre til forandringer, som ikke ellers ville blive tænkt mulige.

13.1.3 Infrastruktur - et spørgsmål om institutionalisering af ekspertise, relationer og accounting.

Hvad sker der ved mødet mellem akkrediteringssystem og professionelle systemer?

> *En infrastruktur vokser ikke frem på et bart grundlag, men kæmper med inertien i eksisterende baser og arver styrker og svagheder herfra* (Star & Ruhleder 1996)

Den form for infrastruktur, der betragtes i afhandlingen, er knyttet til handlinger relateret til henholdsvis repræsentation i form af skabelse af standarder, og accounting i form af kontrol med, hvordan disse bliver implementeret i mødet med eksisterende vaner på hospitalet. Analysen af hvorledes infrastruktur manifesterer sig, fokuserer på skabelse af relationer, praksis for accounting og institutionalisering af ekspertise. I praksis er det arbejdsprocesserne omkring dels udviklingen af tekster og dokumenter til sikring af repræsentation i form af synliggørelse og udbredelse af standarderne, dels implementering af et kontrolsystem til understøttelse af både ekstern bedømmelse og intern selvevaluering, der stilles skarpt på.

Institutionalisering af ekspertise
Udgangspunktet for analysen af infrastruktur er den pragmatiske antagelse om, at man skaber en virkelighed, når man udvikler et system som en klassifikation. Selv om det ikke er en ny klassifikation, der skal udvikles på de danske hospitaler, men blot en oversættelse af allerede etablerede kvalitetssystemer, har der været gennemført et omfattende arbejde af skabende karakter.

Procedurebeskrivelser og vejledninger er produkter af arbejdsgruppers (ofte tværfaglige) indsats eller skrevet af enkelte eksperter. I mange tilfælde er eksisterende materiale blevet opdateret, men der er også skrevet nyt, enten fordi emnet var hidtil ubeskrevet, eller fordi det eksisterende materiale ikke levede op til de nye krav. Beskrivelserne er samlet i håndbøger, der enten foreligger i papirform eller en elektronisk udgave. Det er hensigten, at alle medarbejdere skal benytte håndbogen, søge oplysninger om procedurer og andre retningslinjer. Der er på mange forskellige måder gjort tiltag for at få udbredt kendskabet til standarderne og til at få implementeret de foreskrevne handlinger i arbejdsprocesserne i den daglige praksis. Nogle aktører brænder for ideen, mens andre nødigt beskæftiger sig med den. Men det er generelt endnu ikke vanlig praksis for medarbejderne at bruge bogen. Under forberedelserne til akkrediteringsbesøgene har håndbogen somme tider fået en status som et fælles mål for ironi - 'det står sikkert i kvalitetshåndbogen' sagde personalet til kolleger, der spurgte til en procedure.

Det ser ud til at ledelsens opmærksomhed har en betydning for udbredelsen af brugen af teksterne. Nogle ledere lægger vægt på frivillighedsprincippet og pålægger ikke medarbejderne at læse papirerne, mens andre ledere sætter gennemgang af nye dokumenter på dagsordenen på de faste møder, hvor mange medarbejdere deltager. Analysen giver ikke belæg for at påstå, at institutionalisering af tankegangen i akkrediteringssystemet i form af de anbefalede arbejdsmetoder til kontinuert at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling, er synlig i praksis. De færreste aktører taler om det, og de fleste af de, der fortæller, at de har haft udbytte af arbejdet og mener at systemet har nogle anvendelsesmuligheder, har selv deltaget aktivt i forberedelser til akkreditering.

Ud fra beretningerne om samspillet mellem akkrediteringssystemet og professionerne, ser det ud til, at standarderne primært er rettet mod rammerne for at udøve professionel jurisdiktion, og ikke selve kernen i den kliniske beslutningsproces. Er akkreditering så er en udfordring, og måske en trussel for den professionelle jurisdiktion? Det kan besvares med et både og, idet jeg antager, at for den profession, der overvejende forholder sig afventende eller passivt, vil der på kort sigt ikke ske store ændringer. Den profession, der går aktivt ind i processen, kan forsøge at præge akkrediteringsstandarderne og inddrage dem i egen jurisdiktion, hvorved der åbnes for en institutionalisering af kvalitetssikringsekspertise, som kan blive en del af professionens orden.

Hertil kan man bemærke, at hvis standarderne styrer valget af audittemaer og andre kontrolmålinger, skaber man en infrastruktur, hvor opmærksomheden koncentreres omkring det, der allerede er udvalgt som relevant. Det kan have som konsekvens, at der er noget, der bliver ekskluderet. Hvad det er, kan man ikke vide, men innovation er der næppe plads til, hvis det er konvergens, der styrer, således som det beskrives hos Bowker & Star, der har vist, hvorledes standard- og klassifikationssystemer har en konvergerende funktion i og med at input til systemerne er en filtreret del af en større mængde muligheder, tilpasset i forhold til det, der allerede findes.

I flg. D. Berwick kan selvevaluering, som for eksempel audit, være nyttigt, hvis der tages højde for at praksis er tids- og stedbundet, så man lokalt kan udvælge kontrolpunkter og opfølgende handlinger til evt. forbedringer. Berwick modstiller selvevaluering med idéerne om indkredsning af best practice med henblik på overførsel af viden, som han finder er et umuligt forehavende, fordi det som regel drejer sig om tavs viden.

Relationer (boundary objekter)
Analysen af forandringer på det infrastrukturelle område er en beretning om tendenser til forandringer i relationer. Der er aktører, der ser, at praksis bliver stadig mere kontrolbelastet, og at ressourcerne til direkte patientkontakt reduceres; her finder jeg en tendens til, at akkrediteringssystemet går ind i det professionelle systems netværk og erstatter dele heraf. Andre aktører ser kontrollen som en perifer opgave, der ikke berører den sundhedsfaglige kerneydelse og hermed ikke bliver en del af netværket, men eksisterer ved siden af dette på en form, der med Mols udtryk kan betegnes som distribution.

Relationer kan man skabe gennem udvikling og vedligeholdelse af boundary objekter. Det betyder, at implementering af akkrediteringssystemet får en infrastrukturel karakter (der skabes relationer), i og med at der udvikles boundary objekter i fællesskab med de professionelle systemer. Det ser man eksempler på i forbindelse med arbejdet med at udfolde standarderne i form af skabelse af procedurebeskrivelser og forandringer af arbejdsprocesser. Diskussionerne lokalt i en afdeling om standarderne og systemet kan blandt andet betyde, at professionernes paradigmer forstyrres, samtidig med at der skabes boundary objekter, og en ny side af en kollektiv identitet kan blive skabt.

Også praksis omkring gennemførelse af audit indebærer et samspil professionsgrupperne imellem. Audit kan betragtes som en særlig udgave af en anledning til udvikling af boundary objekter i og med at metoden bliver anvendt til kommunikation mellem de professionelle og deres omgivelser om aktivitet og opfyldelse af bestemte kvalitetskrav, dokumenteret på særlige dokumenter og drøftet i særlige fora eller fællesskaber. Endvidere benyttes auditresultaterne også til formidling til omgivelserne, hvor de kan tolkes på forskellig vis, afhængig af modtagerens placering og interesseområde. Når der er tale om for eksempel begreber som ventetid eller information til patienter, ser man en forening af de forskellige parter, som hver for sig lægger forskelligt indhold i begrebet.

Accounting
Det er en afgørende del af hele akkrediteringstanken, at der foretages kontrol af om hospitalet lever op til standarderne. Ved surveybesøg gennemfører inspektører fra den akkrediterende organisation en nøje planlagt undersøgelse i form af dokumentgranskning, samtaler og observationsbesøg på hospitalets afdelinger. Forud for besøget er der travlt på alle afdelinger, hvor der arbejdes med færdiggørelse af materiale, oprydning og sikring af at alle medarbejdere kender de relevante dele af systemets krav, så de kan besvare evt. spørgsmål fra inspektørerne. Mange steder karakteriserer man forberedelserne med udtryk som oprydning og lektielæsning og selve besøget som en eksamen, hvor man fremviser dokumenter og besvarer spørgsmål.

Erfaringer og holdninger til akkrediteringssystemet og surveybesøgene er blandede. Nogle steder kan man ikke se fordele ved akkrediteringen, og har indtaget en flegmatisk holdning, hvor 'man skriver under som man skal og efterkommer ordrer fra oven'. Andre steder holder man en ironisk distance til systemet eller direkte er opgivende, for eksempel udtrykt som: 'Vi bliver målt på vores underskrift'. En sådan tilgang ser jeg som karakteristisk for det Power har kaldt 'hule verifikationsritualer'. Men der er også en anden side. Mange aktører fortæller, at de har skiftet mening undervejs i implementeringsforløbet, hvor de startede med at frygte kontrolbesøget, og senere, da de vidste, hvad det gik ud på, snarere så frem til at vise afdelingen frem og diskutere med de besøgende kolleger. Nogle var endda nået så langt, at de ønskede at inspektørerne skulle være så skrappe som muligt, så afdelingen blev udfordret.

Er der spor af hule verifikationsritualer i akkrediteringsprocessen? Det er for begge akkrediteringsorganisationers vedkommende et bærende princip at de medarbejdere

der sendes ud på surveybesøg har hovedbeskæftigelse i praksis i sundhedsvæsenet i deres hjemland og kun nogle få uger om året arbejder som inspektører. Denne organisationsform burde ikke kunne føre til det professionelle auditsamfund, som Power ser som en trussel mod det, han kalder organisatorisk intelligens og beretning om præstationer. Der er mange faste procedurer i akkrediteringsprogrammet, og der produceres en stor mængde tekst lige fra manualer på forskellige sprog og procedurebeskrivelser og dokumentering til diverse nyhedsbreve, kommentarer, beretninger og planer. Surveybesøg har på en måde ritualets karakter, fordi ritualet kendetegner den faste form for udførelse af bestemte handlinger, en sikker metode til institutionalisering og etablering af fællesskaber omkring normer. Det samme kan man sige om forberedelserne til besøgene, hvor for eksempel nyskrevne procedurebeskrivelser og oprydning kan ses som udtryk for handlinger med reelt indhold, men også kan opfattes som noget, der i sig selv gennemføres som hule ritualer, hvor en form bliver udfyldt med et indhold produceret til lejligheden som en bunden opgave for enkelte aktører uden for kontekst og dermed daglig praksis, og hvor ledere pligtskyldigt fremlægger dokumenterne til medarbejdernes selvvalgte læsning, men ikke følger op på, om det faktisk sker, og hvilken effekt det har. Og hvordan skal man forstå den afsluttende seance på hospitalerne, hvor alle medarbejdere kan overvære mundtlige revisionsberetninger fra akkrediteringsorganisationen og diplomoverrækkelsen til ledelsen? Eller udbredelsen af diplomet, der kan ses på mange vægge overalt på hospitalerne? Det er fælles oplevelser, der kan betragtes som boundary objekter, som har forskellig betydning i forskellige kontekster. Alle disse handlinger har ritualets karakter, men kan ikke frakendes et konkret, synligt indhold, dér hvor man i lokale fællesskaber vælger at forholde sig aktivt til indholdet og systemet. Så hvis der er et problem, må det være, at systemet giver mulighed for at man forholder sig til det som en norm, der ligger uden om og forstyrrer med sine krav, men alligevel ikke trænger ind i arbejdsprocesserne og forandrer dem.

De forskellige former for selvevaluering, der er indbygget i akkrediteringssystemet kan anskues som dels registreringer af handlinger til opbevaring og senere brug for en ekstern revision, dels lokal gennemgang af registreringer med henblik på egenkontrol på udvalgte områder, ofte i form af den særlige auditmetode. Audit er, selv om det i en kortere årrække har været anvendt på sundhedsfaglige problemstillinger, et nyt begreb for de fleste aktører. Det er primært en ledelsesopgave at gennemføre kontrollen og formidle resultaterne til medarbejderne, som foreløbig har meget spredte erfaringer med denne opgave. Nogle ledere er tilfredse med kontrollen, fordi de mener, at det er nødvendigt at blive holdt opmærksom, hvis man skal holde efterlevelse af standarderne i gang. Kravene om jævnlig audit finder de også i sig selv som noget positivt, fordi man altid bliver opmærksom på arbejdsprocesser, der kan forbedres eller områder, hvor kvaliteten er dalet uantastet. Andre ledere betragter audit som en omstændelig granskningsopgave, der ikke fører til nogen forbedringer, det gælder ikke mindst de obligatoriske, eksternt styrede audittemaer med karakter af benchmarking, som er introduceret som fast rutine på flere af hospitalerne.

Accounting er et af de styringsredskaber, hvis oprindelse kan spores direkte til tankesættet i New Public Management, hvor især de kvantitative mål dominerer, men hvor der også er fokuseret på udvikling af evalueringsmetoder. Hvad særlig angår audit, mener Power, at det er en kontrollerende ledelsesform, som man kun tager i brug, når man nærer mistanke om, at der er problemer. Metoden bruges med en positiv tilgang på de afdelinger, hvor ledelsen har indset, at den som et nyt redskab, neutralt i forhold til professionerne, kan åbne for nogle problemdiskussioner og -afdækninger, som ikke tidligere har kunnet tages op. Når det er tilfældet, bekræftes Powers antagelse om, at det er problemer, der inviterer til brug af metoden. Kan aktørerne se et formål med indsamling af data til selvevaluering eller anden form for audit, accepteres tidsforbruget til registreringsarbejdet i højere grad, end når der 'udefra' stilles krav, som findes meningsløse eller misvisende. De tilfredse aktører ser ikke audit som et udtryk for mistillid, men finder, at man altid kan lære noget. De kan også se fordelene ved dokumentation i det hele taget, i forbindelse med for eksempel patientklager over behandling, hvor papirarbejdet kan bruges som rygdækning. De skeptiske aktører, der primært hæfter sig ved kontroltænkningen, lægger vægt på, at systemet fremmer en orientering mod at opfylde formkrav, mens indhold i form af kvaliteten af outcome af arbejdsprocesserne ikke interesserer nogen.

Forandring
Når man fokuserer på infrastruktur, holder man fokus på nogle vinkler til diskussion af forandringer, hvor der lægges vægt på repræsentation (af tekster vedr. procedurer og politikker) og accounting (metoder og processer for dokumentation og audit) i sig selv, dvs. at indholdet betragtes som underordnet. Dermed bliver det forandringen af vilkår, der analyseres på tværs af det implementerede systems materielle indhold. Fokuseres der på infrastruktur holder man substansen og styringsmetoden adskilt, hvorved der bliver skabt et afgrænset billede af i dette tilfælde akkrediteringssystemets påvirkning af de rammer, hvorunder der arbejdes på hospitalerne.

Jeg finder overvejende en pragmatisk holdning til forandringerne, en emergens i praksis, hvor personalet nogle gange nærmest afviser, at opslag og vejledninger har betydet nogen forandring, i og med at der ikke introduceres noget nyt, andre gange påpeger, at der er så meget, man skal forholde sig til, at det nødvendigvis må vare længe, før alle har sat sig ind i alt. De fleste af de aktører, der fortæller, at de har haft udbytte af arbejdet, og mener at systemet har nogle anvendelsesmuligheder, har selv deltaget aktivt i forberedelser til akkreditering, og i nogle tilfælde også i surveybesøgene, men er ikke i gang med nye projekter. Institutionalisering af tankegangen i akkrediteringssystemet i form af anvendelse af nogle af de forskellige arbejdsmetoder, der beskrives i lærebogslitteraturen om kvalitetsudvikling med henblik på at sikre, at der kontinuert arbejdes med kvalitetssikring og -udvikling, er ikke synlig i praksis, i og med at de færreste taler om det eller deltager i aktiviteter med det formål.

Der er på mange forskellige måder gjort tiltag for at få udbredt kendskabet til standarderne og implementeret de foreskrevne handlinger i arbejdsprocesserne i den daglige praksis. Nogle aktører brænder for ideen, mens andre nødigt beskæftiger sig med den.

Med en sådan spredning er der flere mulige tolkninger af, hvorvidt der sker en forandring. Det er ikke alle afdelinger, der er nået lige langt med at implementere standarderne og gennemføre audit, hvilket betyder at erfaringsgrundlaget foreløbig er spinkelt. Hvor langt var de nået på den afdeling, hvor den epilepsipatienten var indlagt, kunne man spørge? (se afsnit 12.4). Måske ville rutinerne omkring den akutindlagte epilepsipatient have været anderledes og for den pårørende mere transparente, hvis der var procedurer og rutiner, som kunne understøtte praksis, således at personalet altid ville forholde sig til en række bestemte dokumenter og følge en bestemt praksis, når en kronisk syg patient henvender sig.

Med en forståelse af praksis som en række lokale fællesskaber, således som Mol har fundet på det hospital, hun udforsker, kan man karakterisere akkrediteringssystemet som en multipel størrelse, som altid indgår i forskellige praksisser med en effekt, der må bedømmes i den lokale kontekst. Og med Law's teori om, at en forandring i en organisation vil afspejle forskellige 'modes of ordering' blandt aktørerne, kan man antage, at metaforen, som jeg fandt under feltarbejdet, om rockwoollaget af upåvirkelige aktører, der knapt nok har hørt om nye metoder, nok ikke er den mest dækkende karakteristik af, hvordan forandringer implementeres. Måske er der en institutionaliseret tænkemåde om 'dem' og 'os', som styrer den måde, der tales på i forbindelse med implementeringen - 'de' har ikke forstået, hvad der skal gøres, mens 'vi' har fat i det rigtige. En anden tænkemåde med en interaktionistisk tilgang, kunne være 'de' gør nogle ting, 'vi' gør noget andet, men på en eller anden måde, deltager vi alle sammen i forandringerne, som sætter forskellige spor i forskellige sammenhænge. Og den enkelte aktør er måske på skift medlem af forskellige fællesskaber, ikke altid 'vi' sammen med de samme personer, men i skiftende situationer i en multipel virkelighed betragtet som 'vi' eller 'de'.

Sammenfattende kan man sige, at der handles og tales om akkreditering og kvalitet på mange af hospitalernes afdelinger, der hver især som netværk betragtet ikke kan overskues som en helhed og vurderes under ét. De fleste har en form for plan at arbejde ud fra, som for eksempel at leve op til kravene i kvalitetshåndbogen, eller levere auditresultater til et bestemt tidspunkt, men det er den type plan som overvejende fungerer som en ramme, hvor inden for der kan tales om forandringer, som i sig selv er af emergerende karakter - der sker noget, men det er svært at opstille mål, der kan efterprøves, og beskrive resultater, der var tilstræbt.

13.1.4 Analysemodellen - viden, orden og infrastruktur

Hvilken mening giver analysemodellen konstrueret omkring viden, orden og infrastruktur?

At studere forandringer i organisationer med en STS/ANT-tilgang er dels et fravalg af faste kategorier og normative modeller, som ses især i den moderne organisationsteori, dels et tilvalg af skabelse af nye analysedimensioner og -metoder. Jeg har fundet, at valget af at tage udgangspunkt i den interaktionistiske forståelse om situeret handling

og dermed lade den konkrete forandringsimpuls i form af akkrediteringssystemet være bestemmende for strukturen i analysen, har muliggjort en bred diskussion af det empiriske materiale, herunder skabelsen af en række beretninger, der kan danne grundlag for en konklusion om forandringen. Med fokuseringen på viden, orden og infrastruktur i afgrænset omfang, bestemt af det empiriske felt, har jeg kunnet konstruere et indblik i praksis. Dette blik giver, finder jeg, praktikerne i feltet en mulighed for at se egne arbejdsprocesser i et andet fokus end hverdagen i afdelingen. Blikket gør ikke krav på at være altomfattende, men netop blot et blandt flere mulige. Samtidig mener jeg, at jeg med fastholdelsen af de analytiske dimensioner afledt af teorier om standard- og klassifikationssystemer kan berige denne del af STS-forskningen med en diskussion om ontologi-i-praksis, og endelig mener jeg at vise, hvorledes man kan tænke organisationsteori med en anti-essentiel forståelse af virkelighed. I en sammenfattende vurdering af analysemodellen lægger jeg vægt på, om den har givet mulighed for at skabe et indblik i nogle forandringsprocesser, hvilket jeg mener er opfyldt. Hvorvidt det giver mening i sig selv at fokusere på hver især af de tre dimensioner, finder jeg mindre væsentligt i forhold til afhandlingens problemstilling, end spørgsmålet om den samlede effekt, hvor jeg mener, at der er en (naturlig) synergieffekt mellem de tre. Naturlig fordi, de alle udspringer af litteraturen om standard- og klassifikationssystemer. Men ikke givet på forhånd, i og med at der også kunne være andre dimensioner, som blot ikke fremstod som meningsgivende i forhold til det empiriske felt.

Med fokus på viden trækkes en vigtig dimension som spørgsmålet om mulighederne for at repræsentere og flytte viden frem. Viden er en afgørende faktor i den professionelle jurisdiktion og i den sundhedsfaglige tænkning stærkt bundet op på faste kriterier om evidens og traditioner for spredning. Orden forstået som vante sandheder og handleformer er af natur en stor udfordring i enhver forandringssammenhæng, ikke mindst på grund af den billedskabende effekt, hvor en tilsyneladende ordnet overflade kan være en skal omkring en uoverskuelig praksis, som er svært tilgængelig, Men vejen til indblik i praksis går ofte via ordenens kanaler. Den form for infrastruktur, der betragtes i afhandlingen, er knyttet til handlinger relateret til henholdsvis repræsentation i form af skabelse af standarder, og accounting i form af kontrol med hvordan disse bliver implementeret i mødet med eksisterende vaner på hospitalet. Analysen af hvorledes infrastruktur manifesterer sig, fokuserer på skabelse af relationer, praksis for accounting og institutionalisering af ekspertise.

Med fastholdelse af at infrastruktur er relationer og ikke faste manifestationer, bevæger man sig ind i et udviklingsfelt, hvor der stadig eksperimenteres og diskuteres. Jeg har fundet det uomgængeligt at forholde mig til infrastruktur. Det har været en lang proces at finde frem til de analysedimensioner der er valgt, men resultatet giver god mening i forhold til mine handlingsorienterede iagttagelser i praksis.

13.2 Forandring af arbejdsprocesser. Hvad sker der i praksis, når akkrediteringsstandarder møder sundhedsprofessioner?

Nogle konklusioner og forslag.

> *"Hvis det virker, er det sandt ... Vi fortæller ikke virkeligheden. Vi fortæller historier om den. Virkeligheden er i sig selv ikke historie. Den er uendelig, så det kræver mange valg og uendeligt mange fravalg at fortælle en historie.* (Max Kestner, filminstruktør. - se Kapitel 4)

I den empiriske analyse i afhandlingens Del II er der sat fokus på tre tilgange til forståelse af praksis, karakteriseret som henholdsvis viden, orden og infrastruktur. Mens samme referenceramme er brugt i det foregående afsnit 13.1, går jeg her på tværs og samler indtrykkene fra analysen med henblik på at give nogle bud på, hvad man kan udlede af forløbet af, hvad der er sket i praksis på de hospitaler, der har implementeret et akkrediteringssystem. Jeg er opmærksom på, at lige som den enes standard kan være den andens forvirring (i flg. Bowker & Star), kan det samme gælde for modeller. Den konklusion, der præsenteres her, er således en relationel sandhed, som trods sin manglende almenstatus vil kunne afspejle andre praksisser og inspirere til refleksion og aktiviteter i forbindelse med forandringer. Jeg mener ikke, at det giver mening at tale og skrive om, hvad organisationer generelt gør, idet jeg betragter praksis som en række lokale fællesskaber og dermed karakteriserer akkrediteringssystemet som en multipel størrelse, der altid indgår i forskellige praksisser.

De mest fremtrædende konklusioner på arbejdet med afhandlingen vil jeg her, ud fra en samtænkning af analyserne, formulere således i tre, ikke hidtil formulerede, påstande om forandringer af arbejdsprocesser i professionelle organisationer:

- Når man prøver at skabe forandringer af arbejdsprocesser i professionelle organisationer, må man fokusere på enten kontrol eller nyskabelse eller udvikling. Man kan ikke med én og samme metode og forandringsmodel forene de to mål.
- I forandringsprocesser indgår både rationel tænkning manifesteret ved planlægning og forestillinger om opfyldelse af planerne, og emergenstænkning karakteriseret ved accept af manglende sammenhæng mellem stimulus og respons og dermed forudsigelighed.
- Work-arounds, omgåelse (og ignorance) er en fast del af implementering af akkrediteringssystemer. Det betyder, at man kan forvente, at praksis forstyrres og fornys i et eller andet omfang, og man kan gå ind i praksis og studere handlinger, hvorved man kan få et indblik i, hvordan et system er blevet modtaget, men man kan ikke drage entydige slutninger om best practice, succes og fiasko.

Nedenfor uddybes de tre påstande i afsnit 13.2.1-13.2.3:

13.2.1 Kontrol og fornyelse kan ikke forenes

Kontrol og fornyelse

Akkrediteringssystemet vil jeg ud fra min analyse betragte som et redskab, der kan bruges på hospitalerne til såvel at skabe orden som forvirring eller apati, men ikke begejstring. Udfaldet afhænger i en vis grad af konteksten i form af eksisterende rutiner og af ledelsesindsatsen. Også forskellige politiske styringstiltag som for eksempel krav om bestemte terminer i ydelsesproduktionen (ventetidsgaranti) eller markeringer af professionsinteresser i brugen af systemet spiller en rolle. Under alle omstændigheder ser det ud til, at akkrediteringssystemet i sig bærer en kontrolfunktion, der lægger dokumenterings- og selvevalueringsopgaver ind i de arbejdsprocesser, der traditionelt primært er drevet af sundhedsfaglig fokusering på kerneydelser.

En sammenligning mellem tankegangen i akkreditering (hvor en stor mængde standarder skal tjene til at give overblik over nødvendige fokusområder og handlinger, og forskellige kontrolfunktioner skal sikre at systemet bruges) - og tankegangen i visse former for kreativ eller fornyende tænkning i kunstens verden, viser en diametral modsætning mellem de to. Som eksempel på fornyelse har jeg tidligere nævnt dogmereglerne for filmskabelse, hvor begrænsning i muligheder (benspænd) ses som en motivation til nytænkning, i og med at en række kendte redskaber og metoder ikke må benyttes. Samme tankegang lå bag innovationsprojektet på et teater, hvor en kunstnergruppe introducerede begrebet 'brud på dogmereglerne' og 'forbød' brugen af en række vanlige ord og fagudtryk i den daglige praksis, med det formål at igangsætte en proces, hvor aktørerne skulle finde nye formuleringer og dermed reflektere over praksis. Dette svarer til Berwicks forslag om at afskaffe en række belastede ord inden for sundhedsvæsenet, som for eksempel 'udskrivning'.

Forestillingen om at tænke om, og dermed tænke nyt, har jeg ikke fundet i formålsbeskrivelserne for akkrediteringsstandarderne. Her rettes interessen først og fremmest mod kontrol med at eksisterende procedurer, etableret i overensstemmelse med systemets standarder, altså en slags lovgivning respekteres. Som det fremgår af den oplistning, der blev nævnt i afhandlingens indledning, er der inden for kvalitetsområdet[224], udviklet et fintmasket net af definitioner, som i praksis ikke altid lader sig adskille, med den konsekvens at personalet på hospitalerne taler og handler om udvikling, fornyelse og kontrol som noget uadskilleligt, helt i overensstemmelse med en multiplicitetstilgang til forståelse af virkeligheden. Den pointe, der ligger hos Berwick, er, at det er vigtigt at fokusere specielt på fornyelse, hvis der skal ske de nødvendige forandringer i arbejdsprocesserne; kontrol af eksisterende praksis er ikke tilstrækkeligt. Dette fokus ser jeg ikke som en forudsætning om adskilte handlinger, men om at tænke i to

[224] Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for de eksisterende rammer af den etablerede viden.
Kvalitetssikring er vurdering af den aktuelle kvalitet med efterfølgende kvalitetsforbedring og sikring af, at den ønskede kvalitet fastholdes.
Kvalitetsstyring er tilrettelæggelse af virksomhedens arbejdsprocesser, således at den til stadighed sikrer opfyldelse af de samlede, fastlagte kvalitetsniveau.
Kvalitetskontrol er aktiviteter, der ved inspektion og målinger kontrollerer, at det fastsatte kvalitetsmål opretholdes.
(Kjærgaard m. fl. 2001:18)

sfærer - kontrol og fornyelse, her forstået som forskellige former for udvikling af nye måder at arbejde på.

Kontrol og konservering - hvorfra kommer fornyelse?
Med dogmeregler og benspænd pålægges der begrænsninger, som tvinger vaner i baggrunden og erfaringsmæssigt kan være en spore til fornyelse og dermed udvikling af arbejdsprocesser eller ydelser. Med kvalitetsstandarder pålægges der supplerende handlinger i arbejdsprocesserne, hvilket også kan give ny indsigt og tvinge vaner i baggrunden, men det er ikke tænkt som invitation til at finde på noget andet, tværtimod stilles der krav om funktioner, der skal efterleves, metoder der skal anvendes. Et spørgsmål jeg finder det relevant at stille er, i hvilket omfang man kan sikre at komplicerede og mængdemæssigt utallige arbejdsprocesser, som jeg mener er kendetegnende for praksis på et hospital, kan varetages både forsvarligt / kvalitetssikret og med innovative elementer, for at sikre udvikling i både faglighed og kvalitet. Jeg vil foreslå, at man stiller spørgsmålet, om hvorvidt kvalitetssikring som det sker i akkrediteringssystemet er foreneligt med fornyelse eller innovation, eller om der ligger et modsætningsforhold indbygget.

Man bør også udfordre akkrediteringstanken og spørge, om systemerne har til formål at fungere som 'praksiskontrol' i forhold til patientsikkerhed, om de betragtes som en sikring med understregning af netop denne funktion, og i praksis holdes adskilt fra udvikling i både ord og handling? Jeg finder, at der vil kunne ligge en frugtbar arbejdsdeling i at betragte kvalitetsstandarder for sikkerhed og tværorganisatorisk sammenhæng og den viden, orden og infrastruktur det indebærer at efterleve dem, som en konserverende sikkerhedsmæssig del af udformningen af arbejdsprocesserne, der på den anden side til stadighed kan eller skal udfordres ved tænkning, hvor det ikke kun er det traditionelt sundhedsfaglige kerneydelsesbegreb herunder den medicinske forskning og klinisk praksis, der udvikles og bidrager til udfordringen, men også organisatoriske forandringsmetoder, der inviterer til kritiske blik på vaner og tilbyder fornyelse.

13.2.2 Forandringsprocesser kræver både planer og emergenstænkning.

I akkrediteringsforløbet er der mange planer i omløb, og der tales om planlægning på mange områder. Der udstikkes kontinuert nye retningslinjer, og der kommer løbende nye planer og mål.

Der tales meget om ekstra arbejdsopgaver, men også om inspirerende besøg, hvor der er ryddet op og medarbejderne har læst på lektien. Selve konceptet med kvalitetshåndbog, audit, dokumentationssystem og akkrediteringsprocessen, som den er gennemført i de to forsøgsområder, ser jeg alt sammen som karakteristisk for plantænkning.

Når ledere på hospitalerne er opmærksomme på nødvendigheden af at 'holde gryden i kog', at arbejde kontinuerligt med kvalitetssikring i form af akkreditering, betragter jeg det som et udtryk for, at planer og faste milepæle eller faser kan udfylde rollen som

drivere, der kan sikre at fokus ikke flyttes fra den nye form for praksis, hvad enten det handler om at arbejde med implementering, indtil det er indlejret som en arbejdsproces, eller til det er blevet til en del af den mulige infrastruktur i form af institutionaliseret ekspertise, hvor normer og metoder, der sikrer kvaliteten som foreskrevet i akkrediteringssystemet, er blevet indlejret i praksis. Planer i form af en række tekster, der skal omsættes til praksis, milepæle i form af faste tidspunkter for indrapportering af auditresultater eller afholdelse af surveybesøg, fungerer som fælles referencerammer, en infrastruktur omkring forandringer, der bidrager til at skærpe opmærksomheden. Hvad planer og milepæle imidlertid ikke kan garantere, er et forudsigeligt udfald af aktiviteterne. Her er antagelsen om forandring som emergerende en mere plausibel forklaring på den meget varierede praksis, der findes på afdelingerne.

De aktører, der bliver berørt, ser en forandring, der er arbejdskrævende, men også nyttig i nogle tilfælde, især fordi man får nye måder at betragte hospitalets funktion på. Det er især ledere og kvalitetsnøglepersoner, der har disse betragtninger. Den aktør, der kun får ordrer eller hører om, at nye procedurer skal ind i arbejdsprocesserne, har svært ved at se nytten - det tager tid, og det er et cirkus, når der er survey, hvor afdelingen i øvrigt er ekstraordinært sat op til besøg. Hvordan det kommer til at gå med implementering ser ud til at afhænge af ledelsens indsats - for det er kun de færreste læger, der ser systemet som andet end et administrativt ekstra lag, der selvfølgelig kan lette ledelsen i kraft at det overblik, det giver, men ikke bidrager forfærdelig meget til at forbedre effektiviteten og outcome eller behandlingsresultater. Og så længe der tænkes i naturvidenskabelig præget evidens, antager jeg, at frustrationerne vil bestå, for der er ikke nogen rationelle bevismuligheder. Tænker man derimod i multiplicitet, netværkskonstruktioner og kontekst (interaktion) vil man sikkert kunne identificere en livlig aktivitet, og en hel del forandringer, som ikke er til at sætte på formel, og optræder alle vegne. Man vil iagttage en udbygning af netværket med associationskæder i flere retninger, rhizomet udvikles i flere retninger. Forandringer i form af implementering af standarder kan få sit eget kredsløb som følge af konvergens, og resultere i en særlig tilvækst i netværket - en ny praksis i den multiple virkelighed. Netværk udvikler sig i forskellige retninger, idet forskellige aktører i forskellige kontekster kan spille ind og spille med, uden nødvendigvis at trække i samme retning. Standarder implementeres med lokal variation, forskelligt engagement og i forskellige praksis. Selv om der afsendes én form for impuls, bliver den modtaget på mange måder - det er her multipliciteten viser sig.

Der stilles ensartede redskaber til rådighed i form af tekster samlet i håndbøger og nyhedsbreve, mens de materielle arrangementer som orienteringsmøder for personalet, uddannelsesforløb for nøglepersoner, projektarbejdsgrupper, forberedelse til og afvikling af surveybesøg samt audit og andre former for selvevaluering forløber og modtages på varierende måde på tværs af hospitalet og hospitalerne imellem. Ud fra en interaktionistisk forståelse, kan denne praksis forklares som en forventning om, at implementering af standarderne og dermed forandring af arbejdsprocesserne vil udfolde sig forskelligt fra afdeling til afdeling, og inden for afdelingens rammer også professionsgrupperne imellem.

En problemstilling, der ofte har vist sig på hospitalerne, er forskellen mellem den substantive performance eller handlingerne i praksis og opfyldelsen af de formkrav, der udspringer af akkrediteringssystemet. De forandringer, der måles gennem indsamling af data om afdelingernes opfyldelse af systemkravene, såsom udfyldelse og afkrydsning af skemaer, skabelse af passende tekster i form af procedurebeskrivelser, afholdelse af obligatoriske møder og samtaler, deltagelse i kurser, udlevering af orienteringsmateriale til patienter eller gennemførelse af standardundersøgelser af ernæringstilstand på nyindlagte patienter, kan principielt alle være udtryk for tilpasning til systemet ved opfyldelse af dets dokumentationskrav. Hvad der derimod ikke efterspørges er, hvordan praksis understøtter substansen, forstået som den kvalitetssikre kliniske beslutningsproces, den effektive undersøgelse, pleje og behandling som i sidste ende resulterer i at patienterne bliver helbredt så godt som muligt, så hurtigt og effektivt som muligt. Det er her den professionelle interesse traditionelt har ligget og tilsyneladende fortsat befinder sig.

Når akkrediteringssystemet fra Joint Commission er på vej mod en forandring i retning af introduktion af løbende selvevaluering på hospitalerne og igangsættelse af udviklingsforløb, kan det betragtes som en delvis flytning af fokus fra planer og milepæle til emergens i form af en multiplicitetstilgang og antagelse om netværkspræget vækst i kvalitetssikringen. Men sproget, der bruges i beskrivelsen af det nye system, bærer præg af den rationelle tilgang, sammenhæng mellem midler og mål, stimulus og respons - fordi der opereres med en række af mål og behandlingsprogrammer, tilpasning til best practice og standardrutiner, som skal realiseres.

Joint Commissions arbejde med basis i sundhedsvæsenet i USA udvikles aktuelt i samspil med organisationer som Institute for Healthcare Improvement, IHI, der arbejder med kvalitetsudvikling og -sikring på det sundhedsprofessionelle niveau. Der satses ikke blot på sikring af kerneydelserne, men også de organisatoriske processer. IHI arbejder både med kvantitative redskaber og med kultur- og holdningsændringer og tilbyder som en ekstern part en række ydelser, som man fra hospitalernes side kan vælge til. Dette koncept understreger betydningen af en ledelsesindsats i forhold til at arbejde med kvalitetssikring. Det ligger udover den almindelige hospitalsdrift, det skal vælges til, man skal ville det - men gør man det ikke, risikerer man at miste sit gode omdømme i de stadigt flere offentligt tilgængelige vurderingssystemer, hvor hospitalerne rangordnes efter forskellige kriterier. Mange af de kvalitetskrav og -målinger, der ligger bag ranking, scoringslister eller performancelister er udviklet af Joint Commission i samarbejde med sundhedsmyndighederne i USA. En sådan konvergens mellem input og output for et system er det, Bowker & Star ser i sygdomsklassifikationssystemet, ICD. Konvergens er en bevarende mekanisme, jvf. hvorledes Latour skriver om vanskelighederne ved at ændre den engang vedtagne sandhed, at komme uden for de etablerede stier og dermed bryde med de dominerende systemer. Forandringer, som ikke nødvendigvis indebærer fornyelser, kan på denne baggrund blive iværksat forskellige steder i netværket på forskellige tidspunkter, afhængig af hvad der dels initie-

res fra akkrediteringssystemet, dels på lokalt plan, som for eksempel valg af ledertræning eller andre fokuserede udviklingsprocesser.

13.2.3 Work-arounds (og ignorance). Betyder det noget?

> *"Boundary objects are one way that the tension between divergent viewpoints may be managed. ... there are many other ways. All of them involve accomodations, work-arounds, and in some sense a higher level of artful integration".* (Bowker & Star 1999:292).

Forskellige opfattelser af hvad der er god praksis kan i forhold til indfrielse af krav i forbindelse med kvalitetsstandarderne teoretisk set føre til udvikling af kreative løsninger, hvor afsender og modtager af for eksempel kontrolmålinger hver for sig lever med og bruger systemet, uden at det bliver synligt, at de er uenige, og uden at der skabes forbindelse mellem deres handlinger.

Det fremgår af afhandlingens beretninger, at samspillet mellem akkrediteringssystemet og det professionelle system nogle steder indebærer, at der fra aktørerne på afdelingerne leveres den dokumentation, der forlanges i form af for eksempel afkrydsninger på skemaer vedr. udførte opgaver, men at samme aktører finder opgaven uforståelig og overflødig i forhold til, som det udtrykkes 'arbejdet med patienterne'. Sat på spidsen vil jeg formulere det således, at man kan få alle de krydser, man beder om, men man kan ikke styre de overvejelser, der ligger bag. Nogle aktører føler sig committed og reflekterer over dokumentationen, mens andre ikke kan se formålet, og blot opfylder systemkravene. Men - der er også mange, der ikke sætter krydser. De prioriterer andre opgaver højere, eller glemmer det bare. Uanset motiveringen er der, når først krydset er sat og sendt videre ud af sin sammenhæng og oprindelse, ingen der kan skelne mellem de forskellige hensigter. Hermed bliver dokumentationen en virksom infrastruktur (en usynlig norm), en orden på overfladen, et 'livløst talsæt', der skjuler de underliggende handlinger og divergerende meninger.

Når der berettes om praksis, hvor man imod sin overbevisning om, hvad der skal til for at sikre god kvalitet, gør som der bliver forlangt fra ledelsen i forhold til for eksempel udformning af håndbøger (men ikke læsning af indholdet eller implementering i praksis), udlevering af informationsmateriale (men ikke afprøvning af om det bliver brugt og forstået), afkrydsning på skemaer som dokumentation for at en aktivitet er udført (uden at formidle, hvilken effekt det har), kan det også ses som et udtryk for omgåelser og kreativ tilpasning, hvor man finder ud af at leve med systemet og implementere det i praksis i en form der kan fungere. Når man bevidst undlader at bruge medicinskemaer, som man mener de er udtænkt, og i stedet tilpasser brugen til lokale forhold, er det endnu et udslag af work-around, man finder sin egen metode, måske fordi 'one size does not fit all' (Bowker & Star 1999:159). Hvis den lokalt tilpassede praksis tilfredsstiller de erklærede kvalitetsmål, mener jeg, at man med en vis ret kan sige, at en form for kvalitetskultur er etableret, og at det vel er, hvad der er det egentlige mål med akkreditering. Derfor behøver work-arounds ikke være et problem - i sidste ende

kunne det endda være kilde til den innovation, der ligger et udtalt ønske om i TQM-modellerne, men ikke altid er formuleret klart i akkrediteringssystemerne, hvor kontrolelementet dominerer.

Her vil jeg afrunde med at henvise til Berwick's erfaringer, om at det snarere er lokal selvevaluering end tilpasning til best practice, der fører til kvalitetssikre arbejdsprocesser; det er antagelsen om, at aktiviteter er tids- og stedbundne, der bekræftes her. Jeg argumenterer ikke her for, at der ikke kan overføres viden, herunder tavs viden om forskningsresultater og metoder til kvalitetssikring, under iagttagelse af den nødvendige indsats i form af overførsel gennem sociale relationer / praksisoplæring og møder mellem aktører, men det er noget andet end 'best practice tanken', som for eksempel manifesteres i brugen af Smileys, hvor det er formen, der er prioriteret over indholdet, den letlæste karakter, løsrevet fra kontekst og konstruktionsproces. I denne sammenhæng kan akkrediteringssystemet tjene til at være et landkort, der giver overblik og fælles referenceudgangspunkt, men det kan ikke bruges uden processerne, og selvevalueringen. Kun involverede og aktive aktører kan sikre kvaliteten i praksis.

13.3 Besvarelse af problemstilling og hypoteser

Med denne afhandling har jeg valgt at fordybe mig i et problemfelt, som grundlæggende omhandler spørgsmålet om diskrepansen mellem teori og praksis inden for det organisationsteoretiske område, en forskel jeg ser illustreret markant inden for emnet forandringer. Ud fra en antagelse om at praksis ikke kan være anderledes, end praksis er, fokuserede jeg på, at problemet kun kunne ligge inden for teoriområdet, hvor der måtte være behov for udvikling. Denne antagelse deler jeg med mange organisationsforskere, hvilket afspejles i litteraturen og i særlige forskningsinteressefællesskaber, hvor der arbejdes med studier af praksis i organisationer.

Da min undren over teoriens manglende resonans i praksis især er udviklet gennem en bred erfaring med forandringsprojekter inden for sundhedsvæsenet, fandt jeg det nærliggende at nærme mig denne sektor med et nyt fokus, vel vidende at min forhåndsviden også kunne være en belastning i forhold til at opdage nyt. På den anden side var det min hensigt at udforske den kliniske praksis, som ikke er mit faglige felt, hvorved der alligevel ville være mange ukendte forhold. Næste trin i beslutningsprocessen var valget at tema og metode, hvor jeg fandt, at studier af forandringer måtte foregå i en praksis, hvor forandringer med organisatoriske konsekvenser var i gang. Herved blev det udforskningen af implementering af akkrediteringssystemer, der blev genstand for forskningsprojektet, med følgende problemformulering:

> *Hvordan agerer aktører i sundhedsvæsenet, når topstyrede forandringsprojekter med fokus på forandringer i arbejdsprocesser skal implementeres?*

Problemformuleringen har været grundlag for en teoretisk afklaring af, dels hvorledes man kan begribe forandringer i organisationer, dels hvorledes man kan henholdsvis forstå og analysere arbejdsprocesser, specielt på hospitaler og især de kliniske, hvor det

overvejende er læger og sygeplejersker der deltager. Efter en kritisk diskussion af hovedstrømninger eller mainstream modeller på feltet og som konsekvens heraf valget af at anlægge et pragmatisk, interaktionistisk og STS/ANT-inspireret perspektiv på forståelse af mulighederne for at erkende og vide og dermed på mulighederne for at udforske forandringsprocesser, blev problemstillingen skærpet til et spørgsmål om at fokusere på praksis omkring implementering af forandringsskaberen (akkrediteringssystemet).

Akkrediteringssystemet som redskab er blevet diskuteret og vurderet i forhold til andre standard- og klassifikationssystemer, hvor jeg har konkluderet, at forskningsresultater vedrørende sådanne systemers konstruktion og anvendelse kan inspirere til at udtænke en analysemodel, hvor der fokuseres på begreberne viden, orden og infrastruktur. Som konsekvens af valget af teoretisk forståelse af praksis har jeg fundet det vigtigt at udfolde begrebet profession, fordi arbejdsprocesser på hospitaler overvejende er baseret på handlinger udført at aktører, der repræsenterer vidensintensive, specialiserede professioner. Jeg har som konsekvens af dette valg af fokus især beskæftiget mig med sygepleje og lægeopgaver.

Med en metodisk forankring i grounded theory har jeg undervejs i forskningsprocessen skabt en række forskningsspørgsmål, som i sig selv er en del af svaret på den indledende problemformulering, i og med at de tjener til at kvalificere denne med reference til selve valget af metode og holde retningen i undersøgelsen. Dette er vigtigt, idet man selv om man som forsker prøver at gå fordomsfrit ind i feltet, har brug for konstant at holde sig bevidst om hvilke referencerammer man arbejder inden for, idet man netop ikke kan være helt fri, men bærer sin erfaring af både praktisk og teoretisk karakter med sig.

Følgende spørgsmål har været ledetråde undervejs i den etnografiske feltanalyse og refleksionerne i afhandlingen:

- *hvilke rationaler kan identificeres i akkrediteringsmetoderne og -redskaberne?*
- *hvilke rationaler kan identificeres i professionelle aktørers handlinger?*
- *hvordan ser de humane aktører deres egen rolle i forbindelse med akkrediteringsprojekterne og implementering af systemerne?*
- *hvordan ser de humane aktører fordele og ulemper ved akkrediteringsprojekterne og implementering af de nye systemer?*
- *hvordan får de humane aktører kendskab til praksis omkring deres arbejdsopgaver?*
- *hvordan påvirkes det daglige arbejde af de nye systemer?*

Som supplement til problemformuleringen opstillede jeg nogle hypoteser om forandringer i organisationer baseret på mit udgangspunkt om, at forandringsprojekter aldrig så ud til at lykkes fuldt ud, og ofte slet ikke. Jeg har refereret til litteratur om dette problem og som nævnt erfaret det i praksis på blandt andet hospitaler. Det var også mit udgangspunkt, at en hyppigt anvendt antagelse om, at der altid vil være modstand mod forandringer var lidt af et paradoks i sundhedsvæsenet, hvor jeg har mødt stor interesse for nytænkning og udvikling, især inden for professionsfaglige kerneområ-

der. Der er altså ikke modstand mod enhver form for forandring, men nok en vis træghed i forhold til flytning af magtbaser. Heraf kan formuleres den første hypotese

Hypotese1: Der er ikke generel modstand mod forandring.

Den type af forandringer, hvor der tales om modstand, har som overvejende fælles karakteristika, at de er topstyrede, planlagte og rettet mod realisering af forud formulerede mål. Inden for organisationsteorien om forandringer diskuteres metoder, hvor der tænkes bottom-up styring og / eller emergens-forståelse som modsætning til planer og forud fastlagte mål. Dette fører til konstruktion af endnu en hypotese:

Hypotese 2: Topstyrede, planorienterede forandringsprojekter kan på overfladen have et skær af orden, der dog ikke afspejler nogen form for virkelighed forstået som praksis i organisationerne. Derfor skaber de forvirring og frustration, og når projekter får prædikatet 'mislykket' er det en indbygget svaghed der synliggøres, snarere end en fejlslagen handlingsplan og modvillige aktører.

I forhold til den indledende problemformulering og de efterfølgende arbejdsspørgsmål og hypoteser kan afhandlingens konklusion læses således:

> Ved forandringer i organisationer kan planer fungere som vejledning og styring på overfladen, der kan konstrueres som en form for orden udformet ud fra strukturen og standarderne for arbejdsprocesserne. Men nedenunder hersker en anden form for orden, som får hverdagen til at fungere. Det er derfor ikke muligt at udpege og beskrive et forventet outcome af konkrete forandringsaktiviteter, men gennem et større antal undersøgelser af praksis kan man måske finde frem til nogle mønstre af erfaringer, som kan bruges som ledetråde og dermed reducere omfanget af frustrationer i forbindelse med forandringsprojekter, der' ikke lykkes', herunder idéen om modstand mod forandring. Men der er nok forskel på forandringens karakter - er det faglig fornyelse eller administrativ kontrol (som måske ikke bør lanceres som et udviklingsprojekt!) og selv om der kan identificeres mønstre, skal det erindres, at konteksten altid er afgørende - hvad der virker på én afdeling eller på ét hospital virker ikke nødvendigvis et andet sted. Og mønstre afdækket på hospitaler kan være specifikke for denne type af organisationer og ikke findes på andre.

Kommentarer til konklusionen

Hermed sigtes til, at forandringer af arbejdsprocesser ikke kan forventes implementeret i overensstemmelse med en forud fastlagt faseplan, at man ikke skal forvente at kunne se en realiseret forandring på den måde, at der afsendes en række stimuli, hvis respons kan forudses og dermed også underkastes en opfølgende evaluering, men at der altid sker noget, man kan bare ikke vide hvad, før man beslutter sig for at markere en grænse - nu er forandringen i tidsmæssig forstand slut - og derpå prøver at samle op for at se, hvad der er nyt i forhold til tidligere, og selv dér stilles man altid over for konkurrerende forklaringer og ser altid kun en del af den multiple virkelighed, som (uanset en midlertidig grænsedragning) i øvrigt er evigt omskiftende. Når praksis ikke

lader sig indfange på entydige formler, kan det være en fordel af gennemføre forandringer i tæt samspil med konteksten og løbende justere indsatsen i forbindelse med for eksempel lokale opgørelser af resultater. Man kan sigte mod at opnå enighed i en bredere sammenhæng om, at en forandring er sket, man kan fastholde enigheden i form af en tekst udformet som en beretning (en fælles kollektiv fortid), men man kan ikke altid forklare, hvordan man nåede dertil.

13.4 Refleksioner over teori og metode.

13.4.1 Organisationsanalyse i et STS/ANT perspektiv.

> *Kunstbegrebet bør hele tiden genforhandles og revideres. Hvis denne genforhandling går i stå, ... mister kunsten sit potentiale som dialogpartner med samfundet.*
> (O.Eliasson, 2004)[225]

Studerer man forandringer i praksis i et STS/ANT perspektiv, er nøgleordene organizing, multiplicitet og forskellighed samt medieret adgang til det, vi kalder virkelighed. Derfor er der kun den praksis, vi ser, og det bliver meningsløst at tale om strukturer og funktioner, om faste kategorier og dualismer som 'dem' og 'os' og om en virkelighed, der kan ses og omformes til noget nyt. Forandringer bliver tilsvarende til noget kontinuert pågående eller emergerende, som kan ses som en udvikling af et netværk. Jeg forsøger i denne afhandling at finde frem til, hvordan man kan analysere forandringer med denne tilgang, hvor jeg trækker på Latours overvejelser om netværksstruktur med rhizomets karakter, og på det samspil han ser mellem visse former for kunstneriske udtryksformer og den ikke-moderne forståelse, han mener fungerer generelt i de vestlige samfunds videnskab og samfundstænkning, selv om der tales om det modsatte, det moderne med tiltro til facts og en fast basis. Latour og Eliasson[226] benytter begge begrebet multiplicity og 'det mangefoldede' til begribelse af virkeligheden. Det samme gør Mol, som med begrebet praxiografi, udforsker metoder til undersøgelse af praksis, idet hun gennemfører et etnografisk feltstudie på et hospital med en sygdom som genstand. Hendes mål er at være reflekterende og rejse tvivl, ikke fjerne den. Hun ser ontologi-i-praksis som det, der kan udforskes og lægger vægt på i sin metode at forskeren og aktørerne i feltet enacter, hvormed hun mener at man skaber sine egne omgivelser. Enact fremhæver handlingens betydning, og aktører bliver vage. Hvad der bliver gjort (ikke ment) - er det afgørende spørgsmål.

[225] Engberg-Pedersen & Meyhoff, 2004:18
[226] Engberg-Pedersen & Meyhoff, 2004:14

Analysemodel
Når man lægger vægt på organizing eller processer i en eller anden form, har man brug for at finde nogle kontekstrelevante ankerpunkter (ikke faste kategorier hentet i en bestemt teoretisk tradition) til analyse af det brede feltmateriale. Jeg har i overensstemmelse med karakteristiske træk ved forandringsredskabet - akkrediteringssystemet - konstrueret en analysemodel baseret på Bowker & Stars undersøgelser af standard- og klassifikationssystemer, hvor jeg har sammenstillet dimensioner omkring viden, orden og infrastruktur.

Analysemodellen har jeg lagt ind over den teoretiske forståelse af professioner diskuteret i Kapitel 5, hvorved jeg har konstrueret en ramme om beretningerne om mødet mellem det, jeg kalder to forskellige systemer, professionssystemet på hospitalet og akkrediteringssystemet. Modellens analysemateriale er beskrivelser af handlinger og forandringer i arbejdsprocesser, hvor der ligger en udfordring omkring iagttagelse af repræsentation og skelnen mellem tavs og synlig viden. Her trækker jeg på blandt andet Suchman, Star og Strauss, og antager at tavs viden kun kan overføres socialt / mellem aktører, og at synliggørelse af tavs viden foregår på sociale og psykologiske betingelser.

Forandringer
Plan-, fase eller emergens
Jeg mener, det er nyttigt at skelne mellem tænkemodeller og handlemodeller for forandring, og finder at de to forskellige typer tilgodeser to forskellige behov. Begge kan rumme planer og faseanvisninger, mens emergenstrækkene er mere vage. Handlemodeller rummer normative træk og fungerer som en slags opskrifter på, hvordan man bør gøre, og hvad man skal være opmærksom på i form af faldgruber og sikre succes'er. Tænkemodeller med planer og faser eller milepæle er lige som landkort egnede til at anvise en rute, at skabe en struktur for en forandring. Et kort viser muligheder, men vi bruger ikke alle ruterne eller alle oplysningerne, og finder måske endog nogle nye veje. Kortet kan vise en orden, som ikke afspejler praksis. Planer er samlinger af muligheder, som evt. kan gribes af aktører, eller i situationer, men at tillægge kortet en rationalitet i form af sammenhæng mellem impuls og et på forhånd defineret resultat er at give det en magt, det ikke kan have. (Bowker & Star skriver, at man har brug for både kort og kompas, hvis man skal få øje på relationer).

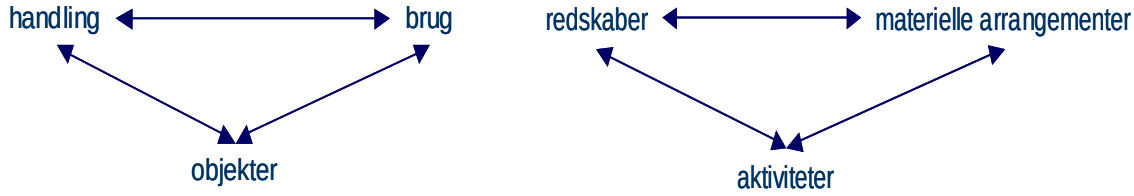
Emergenstanken er en støtte undervejs i processen - den skal erindre om, at intet kan forudsiges, at der altid sker noget, men man ved ikke hvad, og der kan ikke planlægges et mål i forhold til et middel. Men man kan følge udviklingen og løbende vurdere, hvad der sker, og hvad der kommer ud af det, på forskellige steder. Det betyder i forhold til forandringer i praksis, at lokale aktører hele tiden skal være involveret i opfølgning - det kan være nyttigt med opfølgningsværktøj i form af skemaer, målemetoder osv., men disse metoder kan ikke tillægges anden udsagnskraft end den, der kan forstås i en lokal kontekst - i tid og sted.

Processer er vigtige, ikke mindst ved overførsel af tavs viden - hvad betyder det egentlig?
Ting tager tid, der er hele tiden en udvikling i gang, hvor arbejdsprocesser forandres ved forskellige impulser, men at stile efter synlige resultater er et tvivlsomt mål. Kvalitetsstandarderne handler overvejende om tavs viden - der som vist ikke kan forventes overført via tekster, men kun gennem sociale relationer. Derfor er det i en STS/ANT-optik ikke overraskende, at skriftlige guidelines og andre vejledninger der udtænkes ét sted og tænkes udbredt til en stor kreds af aktører, igen og igen viser sig at falde anderledes ud end afsenderne havde forestillet sig. Når D. Berwick fortæller historier som rummer essensen af kvalitetssikring, bliver der formuleret budskaber, der giver personalet en retning og et mål - vejen forventes det, at de selv kan finde. Tilsvarende kan man spørge, hvordan akkreditering kan hjælpe med at finde vejen uden at fratage personalet en personlig ansvarsfølelse for indholdet af deres arbejde - hvordan undgår man, at det bliver formen for kvalitetssikring, der dominerer over substansen? Dette spørgsmål står tilbage efter analysen, og selv om jeg har diskuteret forandringsbegreber og problemet med at tænke i rationelle former, mener jeg ikke at kunne svare direkte på om substansen nedprioriteres, men nok at jeg kan foreslå at tænkning i processer og emergens opprioriteres[227].

I overensstemmelse med antagelsen om at involverede aktører selv skal arbejde med substansen i forhold til kvalitet, har man på IHI, ud fra en erfaring om at aktørerne i sundhedsvæsenet ikke kan omsætte ord til handling uden praktisk træning i forandringsprocesser, fundet at der er behov for tilbud om uddannelse. IHI arrangerer kurser i implementering - med træning i brug af bl.a. PDCA cirklen[228] (se Kapitel 7). Disse kurser signalerer, at der er brug for denne funktion i forbindelse med hvert eneste forandringstiltag. Der har også været undervisning i forbindelse med de danske projekter, men måske ikke i et omfang der i praksis har kunnet støtte en bred implementering i løbet af de første år på de enkelte afdelinger. Under alle omstændigheder er projektet ikke blevet lanceret som et aktivitet-for-alle projekt på den måde. Så når jeg gentagne gange får fortalt, at de medarbejdere, der har deltaget aktivt i akkrediteringsprocessen får mest ud af det, ser jeg bekræftelse på den interaktionistiske forståelse om samspillet mellem handling og aktører, der som vist i Kapitel 6, kan illustreres med de to (det er det samme blot udtrykt med to sæt forskellige udtryk) trekanter i nedenstående figur, der illustrerer den aktivitetsteoretiske antagelse om, at medlemsskab i et fællesskab medieres ved et objekt.

[227] I foråret 2007 debatteres regeringens forslag til kvalitetsreform i den offentlige sektor i Danmark, hvilket har været anledning til en mediedebat om kontrol, evaluering og akkreditering. Her diskuteres blandt andet begrænsningerne i målstyring, niveauet for detailstyring og udbyttet af akkreditering, hvor der for eksempel spørges til, om det nogen steder overhovedet er bevist, at standarderne fører til bedre behandlingsresultater.
[228] Plan-Do-Check-Act (planlæg en forandring - søg data eller udfør et mindre forsøg - registrer effekten af forsøget - analyser resultaterne, hvad har man lært?)

Figur 13.1 Interaktionistisk og aktivitetsteoretisk forståelse af samspillet mellem handling og aktører



Kommentar til figur
Objektet eller aktiviteten kan være implementering af akkrediteringsstandarder. Brugen eller de materielle ting kan udfoldes som orienteringsmøder eller surveybesøg, og handlinger eller redskaber kan være manualsystemet eller nyhedsbreve.

Kurser i brug af kvalitetsredskaber som for eksempel PDCA, aktiv deltagelse i udformning af procedurebeskrivelser, oversættelse af standarder eller uddannelse af interne surveyore, kan betragtes som planlægning som led i en ønsket forandring, man kan kalde det forandringens infrastruktur. Men planer for fremtidig praksis er et helt andet problem - her finder jeg, at man ud fra en emergensbetragtning må navigere i konteksten og til enhver tid søge at optimere indsatsen i aktuelle situationer, gerne med inddragelse af planer med en funktion som landkort, men ikke med forventninger om, at der kun findes én vej. Med andre ord - jeg mener, at den tænkning der er grundlaget i STS-teori, herunder Latours 'ikke-moderne' forståelse, vil kunne give en bedre tilgang til igangsættelse og arbejdet i det hele taget med forandring af arbejdsprocesser på hospitaler end den overvejende normative modelstyrede, der ofte bruges med reference til den moderne organisationsteori i bred forstand.

13.4.2 *Etnografisk feltanalyse og den tætte beretning*

"Tomrummet mellem bladene eller stregerne giver tilskueren mulighed for selv at skabe sin historie" (Henri Matisse, 1943)

En sidste betragtning om udvikling i organisationsteori har jeg omkring valget af metode til at udforske praksis:

Udvikling af metoder til studier af praksis i organisationer må nødvendigvis omfatte en stillingtagen til, hvorledes forskeren nærmer sig og bevæger sig i det felt, hvor praksis udspiller sig. Her har mit udgangspunkt været begrebet etnografiske feltstudier, der i sig selv ikke er entydigt, i og med at der inden for området foregår en konstant udvikling, hvor ikke mindst diskussion om det videnskabsteoretiske fundament er omdrejningspunkt. Jeg trækker her på den STS/ANT-orienterede retning og har på den baggrund især overvejet, hvorledes man som forsker interagerer med feltet, hvilken viden man kan indhente, og hvordan man kan formidle, hvad man har oplevet. Den arbejdsform jeg har konstrueret og prøvet at følge har udmærket sig ved interaktionen tænkt som enactment, observationsfokus som ontologi-i-praksis (det er relationer og ikke objekter / aktanter i sig selv har betydning; man kan se forskelle, ikke modsætnin-

ger; man kan ikke lede efter nogen dybere forklaring, for den findes ikke), interview forstået som et spørgsmål om at få indblik i handlinger, (ikke tanker) og endelig skriveformen, hvor snap-shot stories, multiplicitet og tætte fortællinger er idealet, som har ligget bag udformning af beretningerne om, hvordan akkrediteringssystemet er blevet modtaget på hospitalerne.

Jeg har tilstræbt en infrareflexiv arbejdsform, jeg har lyttet til aktørernes beretninger og iagttaget deres handlinger. Praksis på hospitalet bliver videreformidlet uden at blive fortolket i forhold til faste kategorier og teorier, og beskrevet på en måde, der kan give et indblik med en organisationsteoretisk tilgang. Med inspiration fra A. Strauss er jeg opmærksom på at stille spørgsmål, og fra Mol erindres jeg om, at det er vigtigt at rejse tvivl, ikke fjerne den. Med grounded theory som analyseinspiration, kombineret med fokus på centrale egenskaber ved akkrediteringssystemer, hvor jeg har fundet, at de mest betydningsfulde i forhold til feltet kunne anskues som relateret til henholdsvis viden, orden og infrastruktur, har jeg udformet analysen som en række beretninger om praksis betragtet ud fra disse tre sider.

Fra Latour har jeg hentet tanken om at skrive tætte historier - det har jeg prøvet uden at have en fast skabelon for selve skriveformen, men nok for indholdet, hvor jeg har søgt at gengive sproget fra feltet og kombinere med egne iagttagelser og en diskussion med de teoretiske inspirationskilder, jeg trækker på. Jeg har ikke yderligere diskuteret, om der findes noget, der kan kaldes den bedste form, og antager her at der er kontekstafhængighed, således som forfatteren Milan Kundera har skrevet om kunsten at skrive romaner:

> *"Teoriernes verden er ikke min verden. Disse refleksioner er en praktikers refleksioner. Enhver romanforfatters værk rummer en implicit vision af romanens historie, en idé om hvad romanen er. Det er denne romanens idé, der er uadskilleligt forbundet med mine romaner, jeg her har givet stemme".* (Milan Kundera, 1986:introduktion).

Med den metode jeg har valgt, hvor jeg er gået tæt på praksis og har ladet akkrediteringssystemets standarder være den genstand, jeg fulgte, med et fokus bestemt af mit teoretiske udgangspunkt, som jeg kan være bevidst om og min egen, mere ubevidste baggrund af såvel teoretisk som praktisk karakter, er det ideen om at følge aktørerne (hentet hos Latour), og antagelsen om at det giver mening at skrive snapshothistorier, der har styret forskningsprocessen i såvel feltet som ved skrivebordet. Da jeg mener, at man under ingen omstændigheder kan indkredse en sandhed, der har forrang frem for andre og aldrig kan begribe og beskrive en virkelighed forstået som en helhed, finder jeg, at den metode, jeg har arbejdet efter, giver et indblik i en multipel praksis som kan øge forståelsen af forandringsprocesser og lede organisationsteorien ind i nye tænkeformer, der vil kunne bidrage til at øge indsigten i praksis hos ikke blot teoretikere men også praktikerne, i dette tilfælde på hospitalerne. Jeg har specielt fundet god inspiration ved en stadig opmærksomhed omkring de tanker, der findes inden for den kunst-

neriske sfære vedrørende virkelighedens beskaffenhed og metoderne til at repræsentere, bearbejde og udfordre praksis.

De snapshotberetninger, jeg har frembragt, er relateret til teoretiske erfaringer om forandringsprocesser og om standard- og klassifikationssystemer. Det er hensigten, at de skal give et bredt og varieret indblik i praksis, selv om jeg kun kan berette om enkelte sider heraf, om en mindre del af et større netværk på et givet tidspunkt. Jeg giver afkald på at skrive den store samlede beretning om forandringerne på hospitalerne, hvilket måske har betydning for de krav der stilles til læsernes indleven og forståelse.

Jeg har fundet metoden meget inspirerende at arbejde med - men også krævende i og med at der ikke er nogen fast form at følge udover det konstante krav om refleksion og en kreativ udvælgelsesproces i forhold til præsentation af praksis inden for rammerne af den konstruerede tænkemodel. Med den multiple forståelse har man som forsker et empirisk materiale, der kan præsenteres på flere måder, alle kan være gode, men man søger efter én, der er den bedste ud fra kriteriet - 'denne hændelse er mere sigende om viden end om orden', for eksempel.

Har jeg arbejdet med sorte pletter? Ja, uden tvivl - det mener jeg, der altid vil være, hvorfor det eneste man kan gøre er at lægge beretningerne frem, arbejde så transparent som muligt og gengive, ikke tolke, hvad man ser og hører, og fastholde at der også kunne have været andre iagttagelser, at man alligevel aldrig ser det hele. Og måske er der færre sorte pletter, når man lader praksis styre, end når man bruger teoretisk udviklede faste kategorier som filter til iagttagelsen.

Jeg valgte at inddrage to forskellige forandringsprojekter i min undersøgelse, ud fra en antagelse om, at et bredt felt ville indebære gensidig inspiration, hvor oplevelser i det ene system kunne skærpe min opmærksomhed omkring hændelser i det andet og omvendt. Denne antagelse mener jeg er blevet opfyldt, idet jeg ofte har kunnet iagttage praksis på én afdeling med et blik, beriget med erfaringer fra en anden. Det samme gælder forskellen mellem hospitalerne, hvor de to akkrediteringssystemer blev implementeret. Med mit fokus på forandringer af arbejdsprocesser har jeg gennem hele analyseforløbet samlet iagttagelserne under ét, og skelner således ikke mellem de forskellige afdelinger og hospitaler. Denne samling af feltet er sket dels af hensyn til at sikre anonymitet for deltagerne, dels ud fra et teoretisk perspektiv, hvor det er standardsystemet som et allestedsnærværende vilkår med forandring til følge der er i fokus. Med samlingen af feltet afstår jeg, som det igennem hele mit arbejde med afhandlingen har været hensigten, fra at vurdere om der er forskelle mellem de to akkrediteringssystemer og de hospitaler, der har deltaget. Jeg kan ikke, og har ikke arbejdet på at kunne, konkludere at det ene system er bedre eller værre end det andet, og jeg blev ikke, som det teoretisk set kunne være sket, undervejs opmærksom på forskelle af en størrelsesorden, der kan begrunde en konklusion om en reel forskel. Der er faktuelle forskelle, idet de to hospitalsvæsener ikke havde synkrone tidsplaner. I H:S startede man omkring et år tidligere end i Sønderjylland, og der var også fra begyndelsen divergerende deltagerkreds, idet der i H:S udelukkende indgik hospitaler, mens man i Sønderjylland

inddrog dele af den primære sundhedssektor. Det system, der blev implementeret i H:S, byggede på et koncept, der er udviklet gennem mange år i USA, mens det britiske system, der blev introduceret i Sønderjylland var relativt nyudviklet og baseret på det engelske sundhedsvæsen. Men i forhold til analysens hovedinteresse i implementering af kvalitetsstandarder i de kliniske arbejdsprocesser, har jeg fundet at de faktuelle forskelle var underordnede.

13.5 Perspektiver

> *"By itself a given statement is neither a fact nor a fiction; it is made so by others, later on."* (Latour 1987).

Denne afhandling skal betragtes som en historie om virkeligheder, en række beretninger om praksis på de afdelinger, der har været rammen om mit feltstudie.

I dette afsnit reflekteres der over nogle spørgsmål, udsprunget af analysen, og der opridses en række problemstillinger for videre forskning og diskussion.

Afhandlingens analyser er rettet mod forandringer i arbejdsprocesser belyst med fokus på viden, orden og infrastruktur. Udover beretninger om konkrete ændringer i praksis kan der også spores en bearbejdelse af holdninger, således som det ønskes i introduktionsbeskrivelserne i forbindelse med akkrediteringsprojekterne, når det fremhæves, at et af målene med implementering er skabelse af en kvalitetskultur.

Jeg finder, at det er udtryk for *holdningsbearbejdning*, når der bliver rokket ved det 'tavse' professionsparadigme, i og med at der etableres transparens under de kollektive processer, hvor der arbejdes med udfyldelse af standarderne ved udformning af procedurebeskrivelser og forhandlingerne om fremtidige fælles arbejdsprocesser (kun én måde at behandle hjertestop), og ved diskussion i forbindelse med tilbagemeldinger på audit, hvor der sættes fokus på lokal praksis. Krav om ensretning og synliggørelse af papirgange, journaler og personalemapper og løbende kontroltjek med henblik på at sikre at kravene efterleves, kan også påvirke holdninger. Ligesom nye former for vurdering af de professionelles arbejde i form af tilfredshedsmålinger (hvis resultater offentliggøres), audits og surveybesøg lægge op til en tilpasning i det mindste af formel karakter, i og med at man er nødt til at spille med.

Hvordan konsekvenserne udlægges, afhænger af den synsvinkel man anlægger. Men teoretisk set kan akkrediteringssystemet rokke ved professionel jurisdiktion, ved magtrelationerne mellem professionerne og ved relationerne mellem professionelle aktører, det politiske system og borgerne. Hvis forestillingen om akkrediteringsstandarder som leveregler i stil med 'de 10 bud', kan vinde indpas på hospitalerne, eller hvis alle aktører tager holdningen 'tal ordentligt til patienterne' til sig, vil jeg mene, at der er indtrådt et holdningsskift. Hvorvidt dette kan føre til det ønskede mål om større sikkerhed for patienterne, mener jeg imidlertid ikke kan besvares, idet det stadig vil afhænge af den lokale kontekst.

I Fremtidig forskning vil det være interessant at sætte fokus på såvel forandring og implementering af kvalitetssystemer som organisationsteoretiske forskningsmetoder. Her skitseres tre forskellige tilgange til videre studier:

- *Studier af forandringer inden for sundhedsvæsenet.*
- *Kvalitetssystemer, implementering i form af holdningspåvirkning.*
- *Udvikling af forskningsmetoder med en STS- tilgang.*

13.5.1 Studier af forandringer inden for sundhedsvæsenet

Med en STS-teoretisk tilgang til organisationsstudier har jeg givet et blik ind i praksis omkring forandringer som føjer sig til andre forsøg som for eksempel Law's og Mol's analyser af enactment af henholdsvis forandring og praksis. De peger begge på, at de ikke leverer løsninger, men bidrag til metode- og sprogudvikling inden for området. At der er brug for forskning i praksis på hospitaler, klinisk praksis såvel som tværfaglig og organisatorisk praksis er også konklusionen hos Vinge og Knudsen (2003), der i en diskussion om forandringer og organisering af det lægelige arbejde spørger, hvad det nytter at fokusere på de enkelte aktører i forbindelse med skabelse af forandringer og antager, at "*nok så mange kurser om samarbejde og helhedshensyn ændrer ikke infrastrukturens fragmentering af arbejdet ... hverdagen ... er ikke så meget skabt af medarbejdernes personligheder som af infrastrukturen"* (ibid:225). De konkluderer, at der mangler et sprog man kan bruge til medtænkning af denne infrastruktur. Managementsprogets termer som for eksempel TQM, standardisering, værdiledelse har ikke nogen løsninger, fordi de er generelle, kontekstuafhængige opskrifter på hvad man skal gøre. Det, der er brug for, er et sprog for organisation og ledelse, som muliggør italesættelse af hverdagens praksis.

Kjærgaard m.fl. mener, at der er brug for skræddersyet implementering og finder at *"kendskab til de vigtigste barrierer og fremmere kan sammen med relevant teori benyttes til at skræddersy implementeringen. Der er meget begrænset empirisk evidens for betydningen af at skræddersy indsatsen,*[det er hvad interaktion, aktivitetsteori og pragmatisme siger. Bl.a. om tavs viden (AH kommentar)] *men teorigrundlag*[229] *og modeller fra uddannelses-, adfærds-, og ledelsesteori peger på, at en kortlægning af barriererne og målretning af indsatsen skal gå forud for implementering, og at man i processen skal være opmærksom på nyopståede barrierer, der ikke var forudset, før man gik i gang"* (Kjærgaard m.fl. 2001:239).

Jeg finder, at Vinge og Knudsen nævner en opgave, der har samme karakter som det problem, Mol nævner i forhold til mangel på terminologi til undersøgelse af og indsigt i klinisk praksis, der primært handler om praktiske handlinger (at spise, skære, gangtræne, sluge piller etc.), mens, skriver hun, den terminologi man kan finde inden for social science er rundet af forskning i naturvidenskabelige forskningsmiljøer. Eller de

[229] Her refereres til en enkelt antologi vedr. implementering af kliniske guidelines: Thorsen, T., Mäkelä M. (eds.) Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation. København, DSI - Institut for Sundhedsvæsen, 1999.

tanker jeg ser hos J. Law, der søger efter en metode, der kan rumme tænkning om handlinger som enactments. Han skriver om perspektiverne i at tænke på handlinger som enactments inden for en STS-tænkning, og på mulighederne for at finde nogle mønstre i en række enactments omkring konkrete hændelser, som det sker ved analysen af praksis i forbindelse med et udbrud af den smittefarlige mund- og klovsyge hos køer i England i slutningen af 1990´erne[230]. Der kan nævnes flere andre forskningsinitiativer med en STS-lignende tilgang[231].

Kjærgaard m.fl. efterspørger vejledninger, mens STS vil beskrive praksis. Her ligger en udfordring i form af skabelse af en forbindelse som kan bestå, mener jeg, i blandt andet et fællesskab omkring forskning i organisatoriske problemstillinger i sundhedsvæsenet med baggrund i et infrareflektorisk perspektiv som Latour beskriver det eller en praxiografi, hvor professionelle påtager sig rollen som læg-med-etnografer, således som det afprøves hos Mol.

Der kan således findes varierede begrundelser for at arbejde videre med udbygning af vokabulariet, udvikling af metoder til tænkning om og analyse af handlinger og empirisk forskning, der kan underbygge kravet om evidens for viden om praktiske handlinger. Law og Mol fokuserer på tænkning om enactment, Latour skriver om det rhizomlignende netværk, en tænkning, som er taget op i organisationsforskningen, og som jeg har hentet inspiration i, men ikke analyseret nærmere, for så vidt at jeg ikke diskuterer de tanker om rhizomet som Deleuze og Guattari har udviklet.

Med en anti-essentiel tilgang vil man betragte forandringer som noget mangefoldet, hvis konsekvenser der altid vil være flere beretninger om. Den praksis, der skildres, vil være sand i sin kontekst, men der er også andre sandheder, og at indkredse dem alle vil være noget nær umuligt - derfor er der ikke rigtigt og forkert, men kun forskelle. Hvis man antager, at forandringer medfører udbygning af netværk med associationskæder i flere retninger, kan man ikke tale om eller tænke at forandringer i sig selv er gode eller dårlige, bedømmelsen må altid sættes i relation til situationen, og selv da vil der altid kunne være delte opfattelser.

Med tilslutning til Latours[232] udsagn: *"By itself a given statement is neither a fact nor a fiction; it is made so by others, later on"*, vil jeg antage, at enhver udforskning af foran-

[230] Der er enactments omkring det at holde malkekvæg i form af malkning, udmugning, kunstig insemination, telefonopkald til dyrlæge, markedsbesøg, indhegning, EU-betalinger etc. Det er enactments 'udført' af mennesker, dyr, maskiner, mikroorganismer, landskaber, økonomiske realiteter. Hvis man kan finde et mønster og en gentagelse, kan man måske tale om enactment devices eller former for enacting af nature-cultures. Og så kan man udforske hvordan de interagerer. (Law 2004b: 9)

[231] Faculty of Medicine, The University of New South Wales. Sydney, Australien har en omfattende STS-baseret forskning i organisatoriske problemstillinger inden for sundhedsvæsenet. På Stanford Graduate School of Business, California forsker man inden for fagområdet organizational ecology i fejltagelser for at finde ud af hvad der får nogle initiativer til at vokse mens andre mislykkes. Ledelses- og organisationsforskeren R.Chia ved University of Aberdeen Business School, forsker i temaet 'Organizational becoming' - en procesorienteret tilgang til organisationsstudier

[232] Latour 1987:25

dringer i et STS-perspektiv, må kunne resultere i en række beretninger, som afspejler, hvad informanterne siger og gør. Der kan indsamles en række input til vokabulariet og beretninger kan fungere som et spejl til inspiration for andre. Men begrundelser og tolkninger vil ikke kunne tillægges anden sandhedsværdi end den, der gælder i den lokale kontekst. Beretningerne kan konstrueres som det sker med Law's 'modes of ordering', hvor en multiplicitetstænkning illustreres, eller som hos Mol, hvor det er en række snapshot historier, der tegner et billede af dele af praksis på et hospital.

Forandringsstudier kan også rettes mod forskelle i tilgangen til implementering mellem de forskellige sundhedsfaglige professioner, hvis styrke i forhold til påvirkning af forandringstiltag kan udtrykkes i deres jurisdiktion. Også her kan det være relevant at udvikle et vokabularium for forskellige typer af forandringer inden for de sundhedsprofessionelle arbejdsområder. (Udvikling af arbejdsprocesser er relevant tænkning i forhold til de fleste forandringer - nye opgaver, nye ledelsesstrukturer, nye formelle strukturer). En sprogudvikling kunne med inspiration fra afhandlingen ske med udgangspunkt i den konkrete forandring, hvor der med baggrund i litteratur om standarder og klassifikationer er taget afsæt i viden, orden og infrastruktur.

13.5.2 Kvalitetssystemer. Holdningspåvirkning

Det er et erklæret mål med implementeringen af akkrediteringssystemet, at der skal arbejdes med holdninger til kvalitetssikring, der skal skabes en kvalitetskultur, uden at det dog er nærmere specificeret, hvorledes det skal gøres, eller hvordan man kan vurdere, om det sker.

"Tal ordentligt til patienterne" (se afsnit 11.6.5 om information og autotekster) - er måske det bedste eksempel på et kvalitetskrav, som alle kan forholde sig til, og det viser, at der kan skabes en vilje og en baggrund i form af en formuleret politik, til at bearbejde holdninger. Det samme er tilfældet med fremkomsten af talemåden om 'de 10 bud', der illustrerer, at der er noget, man bare gør uden at problematisere eller diskutere.

Jeg har fundet en række eksempler på praksis, der potentielt kan være udtryk for skift i holdninger eller kultur. Et gennemgående træk ved eksemplerne er, at der enten rykkes ved det 'tavse' professions- paradigme, i og med at der etableres en transparens/åbenhed, eller at der etableres kontrol, som accepteres som nødvendig og nyttig af i hvert fald en del af de professionelle. Jeg kan ikke udlede nogen konsekvenser af eksemplerne, men det der er vigtigt i forhold til vurderingen af holdnings- eller kulturforandring, er at de kan findes og viser, at der røres ved de professionelle jurisdiktioner og relationerne professionerne imellem, såvel som relationerne mellem professionelle og det politiske system og borgerne.

Transparens

De eksempler på mulig holdningspåvirkning der kan udledes af analysen:

- når der kræves kollektive og transparente (i form af dokumenter i kvalitetshåndbogen) beslutninger om forandringer af procedurer, herunder behandlingsformer.

- når det kræves, at der kun må være én procedure i brug ad gangen.
- når der skal gennemføres audit på eksterne krav og udpeges relevante interne måleområder, som skal synliggøres
- når det betragtes som naturligt, at der kommer surveybesøg på afdelingen
- når alle skal gennemføre sikkerhedskurser og finder det naturligt
- når papirgange, journaler og personalemapper bliver standardiseret, og det bliver tjekket om de er ajourførte
- når professionelles arbejde skal vurderes ved tilfredshedsmålinger, audits, surveybesøg

Tomme ritualer
Der kan også spores andre former for holdningspåvirkning. Således ser det ud til, at der er skabt rum for en række tomme ritualer i forbindelse med kravene om accounting. Det gælder, når læger og sygeplejersker 'bare sætter en underskrift' eller 'krydser af' ud fra egne erfaringer, i de tilfælde hvor de ikke kan se meningen med dokumentationen, og samtidig beklager at kontrollen er rettet mod oprydning og orden i papirerne, mens der ikke fokuseres på de faglige kerneydelser, som for eksempel arbejdsprocesserne under en operation. Det gælder, når autotekster aktiveres uden belæg, når man sætter krydser, man ikke er enig i, og når man skaber tekster, der skal dokumentere, at man har arbejdet med standarderne, uden at det kan spores, hvor mange aktører, der reelt kender teksterne og arbejder efter dem. Når der hos de ledere og politikere magthaverne, der forlanger kvalitetsmålinger, ikke kan spores interesse for vurdering af kvaliteten af de faglige kerneydelser, ser det ud til at lysten fremmes hos de professionelle til at respondere med, hvad der formelt forlanges, mens der i praksis foregår andre aktiviteter, som ingen har krævet dokumenteret.

Jeg benytter her ordet holdningspåvirkning i forbindelse med nogle eksempler på forandringer i tale og handlinger på hospitalerne. Det er en pragmatisk tilgang, og man bør til stadighed stille spørgsmål om, hvad det betyder at bearbejde holdninger. Der savnes en særlig formulering af, hvad det vil sige at have en kvalitetsholdning inden for sundhedsvæsenet, herunder en afklaring af om det er muligt at finde entydige definitioner, (hvad jeg ikke mener det er). Hvad er det, der er vigtigt? Og hvordan skabes og flyttes holdninger? I 2007 finder man det på IHI relevant at invitere til en udviklingskonference for topledere og bestyrelser for organisationer inden for sundhedsvæsenet i USA med fokus på governance, hvormed sigtes til ledelsens rolle som afsender af budskaber og signaler om, at den selv står i spidsen for bestræbelserne på at opnå de kvalitetsmål, den har opstillet. IHI har erfaret, at der stadig er en stor opgave at løfte for topledelsen i forhold til at skabe de relationer til personalet, der kan sikre opbakning til kvalitetsprogrammer og implementering af systemer. 'At skabe relationer' er en blød formulering, der kan rumme både tvang og belønning, pisk og gulerod. Gulerodsmetoden er det eneste, der virker, hvis man skal tro de professionelle selv. Og her støder man ofte ind i modsætningsforhold til for eksempel det politiske system og borgerne, som forlanger enkle og forståelige mål. Det viser sig i mange sammenhænge, når der tales om kvalitet, således også i den danske debat mellem læger, sygeplejersker og politikere om kvalitetsmålinger i form af smileys på hospitalerne. Her er der blevet

udvekslet meninger mellem politikere, embedsmænd, læger og sygeplejersker om, at der er nogle standardtyper, herunder smileys, der er rettet mod masserne og formuleret af populister, mens der er andre, der giver mening blandt de professionelle og de mere skeptiske og reflekterende lægfolk. (Ugeskrift for læger 2003, 34)

Kontrol eller udvikling
Jeg har vist, hvorledes man kan finde en uklarhed, omkring hvornår der enactes kontrol med arbejdsprocesserne i forhold til opfyldelse af standardkravene, og hvornår der tænkes på, at standarderne skal initiere udvikling eller fornyelse. Det er i den sammenhæng, jeg har refereret til aktørernes opfattelse af akkrediteringssystemerne som noget, der genererer dokumentationsregimer, hvor normer hersker, mens substansen i praksis glider ud af fokus. Jeg har fundet, at det er et væsentligt problem, at der ikke er en klart formuleret målsætning, som personalet kan forholde sig til i form af for eksempel en understregning af, om der arbejdes henimod etablering af kontrolsystemer, baseret på eksternt givne mål, eller om der tilstræbes etableret en udviklingskultur, hvor alle aktører tænker på kontinuerte forbedringer af arbejdsprocesserne, med det særlige formål at øge sikkerheden for patienterne.

Danske modeller for kvalitetskontrol og -udvikling
Jeg finder, at uklarheder omkring forskellen mellem kontrol og udvikling med fordel kunne diskuteres i forbindelse med implementering af kommende kvalitetsmodeller i sundhedsvæsenet. Den forestående landsdækkende danske model for kvalitet i sundhedsvæsenet bygges op med akkrediteringssystemerne og -organisationerne som forbillede, men også med tilpasning til særlige danske ønsker. Der er oprettet et 'Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet', hvorfra der arbejdes på at formulere danske standarder og udvikle et uddannelsesforløb for danske surveyors. Der planlægges en første akkrediteringsrunde i løbet af 2008[233]. I forbindelse med implementeringen af modellen, tegner der sig flere udfordrende forskningstemaer, hvor man kan tage udgangspunkt i spørgsmål som: hvad er rationalet bag den? Skelnes der mellem kontrol og udvikling? Tager man stilling til, hvordan man udfordrer den professionelle jurisdiktion for de forskellig faggrupper? Har man reflekteret over, hvorledes der kan etableres egenkontrol, der giver mening for de kontrollerede, og hvorledes en ekstern kontrol skal fungere? Man kunne gå videre og spørge om der reflekteres over forskellene mellem den naturvidenskabelige metode i den medicinske forskning og de samfundsvidenskabelige metoder, der kan give et forskningsmæssigt indblik i, hvorledes systemet kan implementeres? Og hvis man har indtænkt den samfundsvidenskabelige tænkning, hvilken form har man da vendt sig imod? Jeg mener, at en pragmatisk metode med rødder i STS-tænkning kan yde et nyttigt bidrag i denne sammenhæng!

I det hele taget er kvalitet blevet et ord, der ubetinget signalerer noget positivt; det bliver krævet medtænkt i mange sammenhænge og har, efter min mening, som andre umiddelbart forståelige danske ord den svaghed, at det er nemt at vinde tilslutning til at det skal være der, uden at det konkretiseres nærmere, hvad der menes i den konkre-

[233] www.kvalitetsinstitut.dk

te kontekst. Ser man på det danske regeringsinitiativ i foråret 2007, en model for en kvalitetsreform i den offentlige sektors velfærdsområder, defineret som børne-, ældre- og sundhedsområdet, kan der stilles den samme type spørgsmål, som oplistet ovenfor vedr. den danske kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Det kvalitetsbegreb, der anvendes i beskrivelser og debatoplæg om den såkaldte reform, indeholder tre dimensioner, som alle skal være i orden: Den faglige kvalitet, den kvalitet borgeren oplever og den organisatoriske kvalitet. Det hedder i introduktionsmaterialet, at *"udgangspunktet for reformen skal være gode erfaringer fra brugere, medarbejdere og ledere på institutionerne."* Som eksempel på god kvalitet nævnes, at en operation på et sygehus skal være både fagligt i orden, og tilrettelagt hensigtsmæssigt. Og patienten skal også opleve, at forløbet har været godt. Det er et ambitiøst krav, mener jeg, hvis opfyldelse burde indebære en refleksion om, hvad der sker når klassifikations- og standardsystemer for organisatorisk kvalitet og for sundhedsprofessionel praksis mødes. Skal det være i dialog eller konfronterende konflikt? Man kan anlægge den betragtning, at det politiske system introducerer systemer, der lukker for selvstændig refleksion og møder modparten i form af de sundhedsfaglige professioner, som kan søge ly i egne faglige standarder. Hermed er der lagt op til konfrontation og ikke dialog. Dialog kan man igangsætte ved at tænke infrareflexivt, mens konfrontation kan blive resultatet, hvis man ønsker at påføre 'modparten' sit eget system[234].

13.5.3 Udvikling af forskningsmetoder med en STS- tilgang

Den interaktionistiske og pragmatiske tilgang til undersøgelse af praksis indebærer, at social science-forskeren er optaget af at repræsentere praksis på dennes egne præmisser, blandt andet med en antagelse om, at uanset hvilke metoder man anvender, vil der aldrig være umedieret adgang til den. Derfor er det vigtigt, at de metoder der bruges ved feltstudier og interview kan opfange og fastholde usikkerheden og de forstyrrelser der følger med forskerens færden i feltet. Tænkning om enactment som karakteristik af processerne, hvor alle involverede aktører viser handlinger og konstruerer beretninger som led i forsøg på at repræsentere praksis, er én mulig vej at gå.

Repræsentationsproblemet i sig selv er ligeledes nødvendigt at diskutere yderligere. Hvis der ikke er noget fast fundament og udgangspunkt for betragtelse af virkeligheden, og kun lokale sandheder, må det få konsekvenser for hvilken udsagnskraft, man kan sætte bag forskningsresultaterne. A. Strauss' påstand om at samfundsforskning skal - og ikke kan andet - stille spørgsmål, som det udforskede felt kan arbejde videre med, er én inspiration man kan tage med i det fortsatte arbejde. Latour fremhæver nødvendigheden af empiriske studier (i en videnssociologisk diskussion om modernitet) med en påstand om det umulige i at adskille det sociale og det naturlige, mennesker, tingene og de netværk de indgår i. Dette er en yderligere inspirationskilde, som jeg har fundet udfoldet på forskellig vis hos flere af de kunstnere, hvis tanker om arbejdsmetoder og formål med kunsten blandt andet trækker på M. Serres' filosofi om

[234] www.kvalitetsreform.dk er en hjemmeside oprettet i forbindelse med projektets start i begyndelsen af 2007. Herfra kan man følge mødeaktivitet, dagsordener og referater.

flydende grænser og mangefoldethed, en tænkning der også har præget STS/ANT-forskningen.

I Latours opgør med det han karakteriserer som den tanketradition, der har præget vestlig filosofi og videnskab siden Kant, bogen *"Vi har aldrig været moderne"*, der udkom første gang i 1991, finder man en kritik af blandt andet moderne antropologi, herunder de etnografiske metoder, og som følge heraf nogle argumenter for behovet for udførelse af flere empiriske studier med nye tilgange således som det sker med en STS/ANT forståelse. Latour afrunder sin bog således:

> *"Hvad er det for en verden, som tvinger os til på én gang og i samme åndedrag at medregne tingenes natur, teknik, videnskaber, fiktive væsener, store og små religioner, politik, domstole, økonomier og det ubevidste? Det er selvfølgelig vores verden. Den er hørt op med at være moderne, efter at vi har erstattet alle dens essenser med de mediatorer, delegerede og oversættere, som giver dem mening. Derfor genkender vi den endnu ikke ... Antropologien var blevet til på grundlag af videnskab, samfund eller sprog, den vekslede altid mellem universalisme og kulturrelativisme, og den har måske i sidste ende lært os lige så lidt om 'Dem' som om 'Os'."* (Latour 2006:176)

Udover repræsentations- og sandhedsproblemer i forbindelse med adgang til praksis, har jeg beskæftiget mig med dokumentations- og analysemetoder, hvor jeg har taget udfordringen fra Mol og Latour op om at skrive praksisnært med reference til begreber som snapshots og tætte beskrivelser. Det er sket uden støtte i afprøvede metoder, og jeg finder, at der er en udfordring i at arbejde videre med udvikling af skriveformen, blandt andet kan man skele til kunstens verden, hvor der til stadighed eksperimenteres med formidling og samspil mellem den, der har noget at fortælle i bred forstand, og de aktører der ønskes inddraget - kunstneren i samspil med sit publikum, kunstneren der vil flytte grænser og inspirere til, at der åbenbares nye perspektiver på verden.

Erkendelsen og interesserne udvikles undervejs i et forskningsprojekt, som det der formidles i denne afhandling. Der er flere udfordringer at tage op omkring analyseprocessen og formidlingen. Jeg har trukket på Bowker & Star (1999) for så vidt angår formidling med en pragmatisk tilgang, og på Mol (2002), hvor idéen om snapshot historier introduceres. Jeg kunne også have valgt at hente inspiration til skriveform hos for eksempel Latour, som allerede med publikationen *Aramis, ou lámour des techniques / Aramis or the love of technology* fra 1996 har konstrueret en nytænkende form for beskrivelse af en teknologisk udvikling. De giver hver især stof til kommende empiriske undersøgelser. Det gør også forestillingerne om at tænke i rhizomlignende netværk, en tilgang til praksis, som jeg her har betragtet som naturligt sammenhørende med tanken om enactment og snapshot historier, men som også kunne være genstand for en særlig analyse og diskussion i forhold til organisationsteoretiske perspektiver på forandringer.

DEL III BILAG

ANVENDT LITTERATUR

Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press

Abbott, P. & L. Meerabeau (eds.) (1998): *"The Sociology of the Caring Professions"*. UCL Press

Andersen, C. (2003): *"Som hos bageren"*, Ugeskrift for læger 2003; 165 (34):3221

Antonsen, M. og T. Beck Jørgensen (red.) (2000): *Forandringer i teori og praksis - skiftende billeder fra den offentlige sektor.* Jurist- og økonomforbundets Forlag.

Argyris, C. (1990): *Overcoming Organizational Defences.* Allyn and Bacon

Beer, M. & N. Nohria (eds.) (2000): *Breaking the Code of Change*. Harvard Business School Press, Boston MA.

Bentzen, E.Z, F. Borum, G. Erlingsdótter og K. Sahlin-Andersson (red.) (1999): *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag.

Berg, M. (1997): *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*. Cambridge. Mass. : The MIT Press

Berger, P.L. & T.Luckmann (1967): *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday Anchor

Berlingske Tidende, 2. sekt. 13.okt. 2002. *Læger i tvivl*. Kristensen og Munk-Petersen.

Berwick, D.M. (1989): *Continuous improvement as an ideal in health care.* The New England Journal of Medicine

Berwick, D.M. (2004): *Escape Fire. Designs for the Future of health Care*. Institute for Healthcare Improvement. Jossey-Bass

Bhatti, Y., Hansen H.F. og Rieper, O. (2006): *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform.* Rapport, Akf forlaget.

Bjerg, L. (2001): cfje-vidensbase om journalistik. Redigeret 01-04-2001

Blumer, H. (1969): *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*. California: University of California Press.

Bogason, P. (2006): *The new Pragmatism and Practice Research.* Paper - EGOS Second Organization Summer workshop on Re-turn to Practice: Understanding Organization As it Happens.

Bolman, L.G. & T.E. Deal (2003): *Reframing Organizations*. *Artistry, Choice and Leadership*. Jossey-Bass

Borum, F. (1999): Perspektiver på forandringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet i Bentzen, E.Z, F. Borum, G. Erlingsdótter, K. SahlinAndersen (red.) *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag.

Bowker, G. C. & S. L. Star (1999): *Sorting Things Out. Classification and its consequenses*. The MIT Press

Brown, S. & D. Middleton (2003): *Immaterialities of organising: Commeration and continuity in neo-natal intensive care*. Paper, EGOS colloquium 3.-5. juli 2003, København

Bruun, F. (1997): 'New Public Management: Diskussionstemaer og spændinger', pp.237-243. *Politica* 29. årg. nr. 3, 1997

Christensen, S. og K. Kreiner (1991): *Projektledelse i løst koblede organisationer*. Jurist- og Økonomforbundets forlag. København

Chia, R. (1996): *Organizational Analysis as Deconstructive Practice*. Walter de Gruyter. Berlin

Clarke, A. (1991): 'Social Worlds/ Arenas Theory as Organizational Theory'. pp 119-58 in *Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss*'. D. Maines (ed.). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter

Clinton, D. (2003): Deleuze and Guattari, 'Rhizome' annotation. Theories of Media, Winter 2003. The University of Chicago. www.chicagoschoolmediatheory.net.

Cole, R.E. & W.R.Scott (eds.) (2000): *"The Quality Movement & Organization Theory"*, Sage

Collins, H.M. (1999): "Tantalus and the Aliens: Publications, Audiencies, and the Search for Gravitational Waves". *Social Studies of Science* 26:229-44

Cooper, R. and John Law (1995): 'Distal and proximal vision of organization', in *Studies of organizations in the European tradition.* Bacarach S, Gagliardi P. and Mundell B. (eds), 237-74. Greenwich: Jai Press

Corbin, J & A. Strauss (1993): "The Articulation of Work Through Interaction", *Qualitative Sociology*, 34:71-83

Cummings, T.G. & C.G. Worley (1993): *Organization Development and Change*. West Publishing Company

Czarniawska, B. & T. Hernes (eds.) (2005). *Actor-Network Theory and Organizing*. Liber & Copenhagen Business School Press

dadl (2005). (den almindelige danske lægeforening) *Fremtidens Lægeforening som standsorganisation for alle læger.* Rapport fra arbejdsgruppen . Februar 2005

Dansk Selskab for Kvalitetsudvikling i Sundhedssektoren (DSKS). *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner.* januar 2003

Deleuze, G. and F. Guattari. (2004): 'Introduction: Rhizome' in *A Thousand Plateaus*. continuum . London. New York

DSI (2002): *Akkreditering.* Fokuspjece 2002 fra Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening

Egholm, J. og N. Lyngsø (1998): *Mangfoldighed og syntese, perspektiver i Michel Serres' filosofi.* Det kongelige danske kunstakademi

Engberg-Pedersen, A. og K. W. Meyhoff (2004): *At se sig selv sanse. Samtaler med Olafur Eliasson.* Informations forlag.

Engeström, Y. (1990): 'Organizationel forgetting - an Activity-Theoretical Perspective.' In Y. Engeström *Learning, Working and Imagining: Twelve Studies in Activity Theory.* Jyvaskylassa Painettu Kirjapaino at Oma Kyssa, 196-226

Engeström, Y. (1999): 'Expansive Visibilization of Work: An Activity-Theoretical Perspective', in *Computer Supported Cooperative Work* 8: 63-93, 1999

Eriksen, H. (1997): 'Reorganisering i praksis - et eksempel fra Rigshospitalets centerdannelse' i Hildebrandt, S. og M.Schultz (red.) *Fokus på sygehusledelse*, Munksgaard

Erlingsdóttir, G. (1999): Kvalitätssikringens översätting - recentralisering av kontroll. I Bentzen, E.Z, F. Borum, G. Erlingsdótter, K. SahlinAndersen (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag.

Foucault, M. (1970): *The order of things: An Archaeology of the Human Sciences.* London: Tavistock Publications

Foucault, M. (1982): *The archeaology of knowledge*. Translated from the French by A.M. Sheridan Smith. New York: Pantheon Books

Freidson, E. (1994): *Professionalism reborn: Theory, Prophecy and Policy*. University of Chicago Press

Frenken, K. (2002) "Complex Responsive Processes in Organizations. Learning and Knowledge Creation", i *Organization Studies,2002, 23/6:983-85*)

Gad, C. og C.B. Jensen (2007): 'Post-ANT', i *Introduktion til STS, Science, Technology, Society*. Jensen, C.B.; P. Lauritsen & F. Olesen (red.)

Garfinkel, H. (1967): S*tudies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall

Geertz, C. (1973): *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books

Greve, C. (2003): *Offentlig ledelse. Teorier og temaer i et politologisk perspektiv.* Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Hacking, I. (1983): *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science.* Cambridge University Press

Hackman, J.R. & G.R. Oldham (1980): *Work redesign*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

Hackman, J.R. & Wageman, R. (1995): "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues". *Administrative Science Quarterly*, 1995, 40, 309-342.

Harste, G. og N.Mortensen (2000): " Sociale samhandlingsteorier", i Andersen, H. og L.B. Kaspersen (red.), *Klassisk og moderne samfundsteori,* 2. rev. udg. 2000, Hans Reitzels forlag

Hatch, M. J. (1997): *Organization Theory. Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. Oxford University Press

Hatting, A. (1999): S*amarbejde i sundhedsvæsenet.*. Fokuspjece fra Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening

Hatting, A og O. Rieper (1991): *Evaluering af lederudviklingsprogram på Vestfold sykehus.* AKF rapport. AKF forlag. København

Heymer, K. (2001): 'Lærredets overflade'. *Louisiana Revy.* 42.årg. nr.1. oktober 2001, pp. 8-14

Holbeche, L. (2006): *Understanding Change Theory, Implementation and Success.* BH, Elsevier

Holm, M. J. (2005): 'Kvindebilleder?', *Louisiana Magasin*, , nr. 16.. Louisiana Museum for moderne kunst Humlebæk,Danmark

Holstein, J.A. & J.F. Gubriam (2002): 'Active Interviewing' in Weinberg, D. (ed.) *Qualitative research Methods*.)

H:S, *NYH:S*, Blad for Hovedstadens Sygehusfællesskab, nr. 4. 1999

H:S, *NYH:S*, Blad for Hovedstadens Sygehusfællesskab, nr. 1. 2004

H:S februar 2000, *Foranalyse til akkreditering i H:S - rapport over forløb og vurdering*

H:S september 2000. *Standarder for hospitaler* Efter Joint Commission International Accreditation©. Standards for Hospitals First edition.

H:S maj 2001. *Kvaliteten af de specialefaglige ydelser i H:S . Overvågning med indikatorer- en handlingsplan.*

H:S, Direktionen juli 2001: *Kvalitetsudvikling og akkreditering i H:S, Principper, organisering og metoder.*

Jensen, C.B. (2004): *Experimental Devices: Studies in STS and Electronic Patient Records*. Århus Universitet

Jensen, C. B. (2004): *Researching Partially Existing Objects. What is an electronic Patient Record?* Working Paper no.4. Centre for STS studies. Århus

Jensen, T.E. (2003): *Aktør-Netværksteori - en sociologi om kendsgerninger, karakker og kammuslinger.* Papers in Organization no 48. Institut for Organisation. Handelshøjskolen, København.

Jespersen, P. K. (1999): NPM´s betydning for den administrative og lægefaglige profession .. nye styringsidéer, i Bentzen, E.Z, F. Borum, G. Erlingsdótter, K. SahlinAndersen (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag.

Joint Commission International Newsletter 2003. Vol 1.1

Joint Commission: *Hospital Accreditation Standards 2004 HAS.* Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Illinois

Järvinen, M. og N. Mik-Mayer (2005):' Observationer i en interaktionistisk ramme' i Järvinen, M. og N. Mik-Mayer (red), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.

Jæger, B. (2003): 'Tingenes politik' i Hansen, A..D. og K. Sehested. *Konstruktive bidrag*. Roskilde Universitets forlag.

Kaiser, W. L. & D.Wood, (2001): *Seeing Through Maps The Power of images to Shape Our World View*. ODT.Inc. Massachusetts

Kestner, Max (2995): Essay i *Ekko # 28*. Dansk magasin om film og medier

King, N. (2004): 'Using interviews in qualitative research', in Cassell, C. & G. Symon (eds.) *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. Sage Publications, 2004.

KISS akkrediteringsprogram, marts 2001. 1. version Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen. KISS projektet Sønderjyllands Amt

KISS Personaleinformation , januar 2002. Kvalitet i Sønderjyllands sundhedsvæsen. KISS projektet Sønderjyllands Amt

KISS/HQS Akkrediteringsprogram, version 1. juni 2002

KISS Nyhedsbreve 1-13, fra maj 2001 til december 2004. www. kissprojekt.dk/sja/kiss.nsf

KISS projektet 2001-2004. Evalueringsrapport. April 2005. Kvalitet i Sønderjyllands sundhedsvæsen.

Kjærgaard, J., J. Mainz, T. Jørgensen, I. Willaing (red) 2001: *Håndbog i kvalitetsudvikling* . Munksgård

Koch. L. & K. Høyer (red.) (2007): *Håbets teknologi. Samfundsvidenskabelige perspektiver på stamcelleforskning i Danmark*. Munksgaard. Danmark.

Kosteljanetz, M. (2002): *Af en overlæges dagbog*, Kronik i Politiken 13. august 2002

Kotter, J.P. & D.S. Cohen (2002): *The Heart of Change: Real Life Stories of How People Change Their Organizations.* Boston: Harvard Business School Press..

Krøll, V. (red.) (1995): *At lede efter kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.* Ringkøbing Amt

Kundera, M. (1986) *Romankunsten.* Essays. Gyldendal.

Latour, B. (1986): 'The powers of association', in Law, J. (ed.) *Power, Action and Belief*. London : Routledge & Kegan Paul.

Latour, B. (1987): *Science in Action*. Milton Keynes: Open University Press

Latour, B. (1988a): *The Pasteurization of France.* Harvard University Press

Latour, B. (1988b): 'The Politics of Explanation: an Alternative' in Woolgar, S. (ed.) *Knowledge and Reflexivity*. Sage

Latour, B. (1993): *We have never been modern*. Harvard .(Sixth printing 2001). (Engelsk udg. af *Nous n'avons jamais été modernes*, 1991)

Latour, B. (1996): *Om aktør-netværksteori. Nogle få afklaringer og mere end nogle få forviklinger.* Philosophia, årg. 25, 3-4.

Latour, B. (2003): 'Atmosphère, Atmosphère'. an entry for the catalog of Olafur Eliasson *The Weather Project.* New Tate Gallery, 2003: 29-41 (Se også www.bruno-latour.fr/poparticles 2003)

Latour, B. (2004): *"Air-condition": our new political fate*. Domus, March 04. (www.bruno-latour.fr/presse/presse_art)

Latour, B. (2006): "Vi har aldrig været moderne". Hans Reitzels forlag. København (oversættelse af revideret originaludgave fra 1997)

Latour, B. and Steve Woolgar ([1979], 1986): *Laboratory Life: The construction of sscientific facts*. (2nd edn wtih a new postword), Princeton, NJ. Princeton University Press

Law, J. & J. Hassard (1999): *Actor Network Theory and after*. Blackwell Publishers. UK

Law, J. (1992): *Notes on The Theory of The Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity,* unpublished manuscript, Dept. of Social Anthropology, University of Keele

Law, J. (2004 a): *After Method. Mess in social science research*. Routledge

Law, J. (2004 b): www-side. 26.2.04 *Enacting Naturecultures: a Note from STS*)

Lindgren, S (2000): 'Michel Foucault', i Andersen, H. og L.B. Kaspersen (red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. 2. rev. udg. Hans Reitzels forlag

Lund, K. og K. Knudsen (1994): *Total Quality Management. Resultater og visioner*. Børsen Bøger

Lyngsø, N. (1998): 'Englefilosofi' (artikel trykt første gang i dagbladet Information i 1994) Egholm, J. og N. Lyngsø (red.) *Mangfoldighed og syntese, perspektiver i Michel Serres' filosofi.* Det kongelige danske kunstakademi

Madsen, M.D., H.B. Andersen, N. Hermann, D. Østergaard, T. Schiøler. (2002): *Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse.* Forskningscenter Risø, sept. 2002.

Magala. S. J. (1997): "The Making and Unmaking of Sense". Book review Essay. *Organization Studies 1997,* 18/2, 317-338.

Mainz, J. (1996) *Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori. Metode.* Ph.d afhandling. Munksgaard.

Mandag morgen, ugebrev 20. januar (2003): "Læger blokerer for fornyelse på sygehuse" Winkel, J.S.

March, J.G. (1995): *Fornuft og forandring. Ledelse i en verden beriget med uklarhed.* Samfundslitteratur

March, J.G. & J.P.Olsen (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*

Matisse, H. (2005) *Loisiana Revy. 46*. årgang nr. 1 august 2005. 'Matisse. Et nyt liv'.

Mead, G.H. (1959/1934): *Mind, self and Society from the standpoint of a Social Behaviorist.* Chicago. Univesity of Chicago Press

Mik-Meyer, N. (2005:193-214): 'Dokumenter i en interaktionistisk begrebsramme', i Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*

Mik-Meyer, N og M. Järvinen (2005:9-26): 'Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv', i Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*

Mintzberg, H. (1983): *Structure in Fives. Designing effective organizations*. Englewoods Cliffs, N.J.:Prentice-Hall

Mol, A. (1998): "Missing Links, Making Links: The Performance of Some Atherosclerоses" in Berg, M. & A. Mol (eds.): *Differences in Medicine. Unraveling Practices , Techniques and Bodies*. DUKE

Mol, A. (2002): *The body multiple*. Duke University Press

Morsing, M. (1995): *Omstigning til paradis? Oticon i processen fra hierarki til spaghetti.* København. Handelshøjskolens Forlag.

Mortensen, N. (2000): 'Amerikansk pragmatisme' i *Klassisk og moderne samfundsteori*, Andersen, H. og L.B. Kaspersen (red.). Hans Reitzels forlag. København

Nielsen, H.L. (2005): *Linking Healthcare. An Inquiry into the Changing Performances of WebBased Technology for Asthma Monitoring*. Copenhagen Business School

Olesen, F. (2007): 'SSK - Det sociologiske studie af videnskabelig viden', i *Introduktion til STS. Science, Technology, Society*. Jensen, C.B.; P. Lauritsen & F. Olesen (red.)

Olesen, F. og J. Kroustrup (2007): 'ANT- beskrivelsen af heterogene netværk', i *Introduktion til STS. Science, Technology, Society*. Jensen, C.B.; P. Lauritsen & F. Olesen (red.)

Orwell, George (1949): *1984*. Gyldendals Tranebøger. Danmark 1991

Pavlovich, K. (2005): *Rhizomes, Caves and Organising*. Paper. EGOS 2005. Organization Studies Workshop

Perrow, C. (1972): *Complex Organizations. A Critical essay*. (Dansk udgave 1974. *Organisationsteori - en kritisk analyse.* Fremad. København)

Polanyi, M. (1958): *Personal Knowledge: Towards a Post-critical Philosophy*. University of Chicago Press

Powell, M & A. Powell (1997): *Evaluating the National Health Service.* Buckingham: Open University Press.

Power, M. (1997): *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.

Quality in Health Care, temanr. 1998, vol 7 suppl. *Organizational Change. The Key to Quality Improvement.*

Rose, N. (1990): *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Routledge

Scheuer, J.D. (2003): *Patientforløb i praksis - en analyse af en idés oversættelse i mødet med praksis*. CBS Ph.d Series 14.2003

Scheuer, S. (2000): *Social and Economic Motivation at Work*. Copenhagen Business School Press . Handelshøjskolens forlag

Scott, W. R. (1987): *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. Prentice Hall. Inc.

Senge, P (1990): *The Fifth Discpline: The Art and Practice of the learning Organization*. New York: Doubleday Currency

Shields, Patricia M. (2003): '*The Community of Inquiry*' in *Administration & Society,* vol. 35, no 5, 510-538) Sage Publications.

Sinclair, S. (1997): *'Making doctors. An Insitutional Apprenticeship'*. Berg. Oxford * New York

Sismondo, S. (2004): *An introduction to Science and Technology Studies.* Blackwell Publishing

Star, S. L. (1985): 'Scientific Work and Uncertainty'. In *Social Studies of Science* 15: 391-427

Star, S. L. & J. R. Griesemer (1989): 'Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebarte Zoology, 1907-1939'. In *Social Studies of Science* 19: 387-420

Star, S. L. & K. Ruhleder (1996): 'Steps towards an Ecology of Infrastructure: Design and access for Large Information Spaces', in *Information Systems Research*, 7(1):111-134

Star, Susan Leigh & Anselm Strauss, (1999): 'Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work'. *Computer Supported Cooperative Work* 8:9-30, 1999

Statens center for kompetence- og kvalitetsudvikling. *Kvalitetsprisen for den offentlige sektor 2000-2001. Vejledning*. www.sckk.dk

Statens lægevidenskabelige forskningsråd i samarbejde med Dansk Sygehus Institut. *Metoder til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet.* Rapport fra en workshop. (1988) Udvalget vedrørende helsetjenesteforskning og Medicinsk teknologivurdering.

Staunæs, D. & D.M. Søndergaard (2005): 'Interview i en tangotid' i Järvinen og Mik-Meyer, (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*.

Stjernfelt, F. (1998): 'Gnist og landskab', i Egholm, J. og N. Lyngsø (red.) 1998 *Mangfoldighed og syntese, perspektiver i Michel Serres' filosofi.* Det kongelige danske kunstakademi

Strathern, M. (1991): *Partial connections*. Savage, MD: Rowman and Littlefeld

Strauss, A. (1978): 'A Social World Perspective.' pp 119-128 in *Studies in Symbolic Interaction*. Vol. 1
Greenwick, CT:JAI Press

Strauss, A. (1993): *Continual Permutations in Action*. New York: Aldine de Gruyter

Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suzcek & C. Wiener (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press

Suchmann , L. (1995): "Making Work Visible", *Communications of the ACM.* Sept. 1995, vol 38, no.9

Sundhedsministeriet, betænkning nr. 1329 (1997): *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra sygehuskommissionen.*

Sundhedsstyrelsen, København (1992): *Kvalitetsudvikling - hvorfor og hvordan?*

Sundhedsstyrelsen, København (1993): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*

.
Sundhedsstyrelsen, København (1996): *Kriterier, standarder og indikatorer for kvalitet.*

Sundhedsstyrelsen, København (2003): *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet*

Sundhedsstyrelsen - Virksomhedsprofil , www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen www.sundhedskvalitet.dk.

Svenningsen, (Vikkelsø) S. (2003): *Electronic Patient Records and Medical Practice. Reorganization of roles, Responsibilities, and Risks.* CBS Ph.d Series 10.2003

Sygeplejersken (2002): Nursehistory.org. *Sygepleje i Rusland*

Thorsen, N. (2003): *Klangen af et menneske*. Forlaget Ajour. Danmarks Journalisthøjskole. Århus

Timmermanns, S. & M.Berg (2003): *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicin and Standardization in Health Care.* Temple University Press. Philadelphia

Timmermanns, S, G.C. Bowker & S.L. Star (1998): "The Architecture of Difference: Visibility, Control, and Comparability in Building a Nursing Intervensions Classification" in Berg, M. & A.Mol, (eds.). *Differences in Medicine. Unraveling Practices , Techniques and Bodies*. DUKE

Vinge, S. og M.Knudsen (2003): 'Infrastruktur og reformer i sygehusvæsenet'. i Borum, F. (red.): *Ledelse i sygehusvæsenet.* Handelshøjskolens forlag.

Waks, C. (1999): Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellen professioner, i Bentzen, E.Z, F. Borum, G. Erlingsdótter, K. SahlinAndersen (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens forlag.

Weick, K.E. (1979): *The social psychology of organizing.* Reading, MA: Addison Wesley

Weick, K.E. (1995): *Sensemaking in Organizations*. SAGE

Weick, K.E. (1996): 'Drop your tools: An allgory for organization studies' in *Administrative Science Quarterly*, pp 301-313, 1996, Jun.

Weick, K.E. (2000a): Quality Improvement: "A sensemaking Perspective" in *The Quality Movement & Organization Theory*, Cole, R.E. & W.R. Scott (eds.) Sage.

Weick, K.E. (2000b): "Emergent Change as a Universal in Organizations" in Beer, M. & Nohria, N. (eds.) *Breaking the Code of Change*. Harvard Business School Press

Weick, K.E. & K.H. Roberts (1993): "Collective mind in organizations: Heedful interrelating on fligth decks". *Administrative Science Quarterly, 38*. 357-381

Winthereik, B. R. (2004): *Connecting Practices. A study of electronic patient records at work in primary health care*. Erasmus University. Rotterdam.

Wood, D. (1992): *The Power of Maps*. The Guilford Press

Wulff, H. og P.C. Gøtzsche (2006): *Rationel klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger.* Munksgaard.

Wulff, H., S.A. Pedersen og R. Rosenberg, (1990): *Medicinsk filosofi* Munksgaard

BILAG A H:S STANDARDER VEDR. KVALITETS-STYRING OG UDVIKLING

Side 147-148, 157-158 og 161 vedr. kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling fra Standarder for hospitaler, H:S september 2000.

KVALITETSSTYRING OG KVALITETSUDVIKLING (KU)

INTRODUKTION

Dette kapitel beskriver en altomfattende fremgangsmåde til kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling. Den omfatter
- god planlægning af nye kliniske og ledelsesmæssige processer
- overvågning af processerne ved brug af indikatorer
- analyse af data
- implementering og fastholdelse af forbedringer.

Når disse processer forløber som planlagt, udgør de rammen for at organisationen og dens ledere kan yde patienterne en kvalificeret behandling og pleje i et veltilrettelagt og sikkert miljø.

Fremgangsmåden har rod i det daglige arbejde hos de enkelte sundhedsfaglige personer og andet personale. Kapitlet kan hjælpe læger, sygeplejersker og andre der vurderer patienters behov og varetager behandling og pleje, til at forstå hvordan der kan gennemføres forbedringer til gavn for deres patienter.
Ligeledes kan ledere, støttepersonale samt andre anvende dette kapitels standarder i deres daglige arbejde til at forstå hvorledes arbejdsprocesserne kan effektiviseres og resurserne anvendes bedre.

I kapitlet lægges der vægt på at kontinuerlig overvågning, analyse samt forbedringer af kliniske og administrative processer foregår velorganiseret og med en klar ledelse. Det sker for at sikre det maksimale udbytte.
Fremgangsmåden tager højde for at de fleste processer i behandling og pleje involverer mere end én afdeling eller enhed og kan involvere mange fagpersoner.
Den tager også i betragtning at de fleste kliniske og styringsmæssige kvalitetsproblemer er gensidigt afhængige.
Derfor må bestræbelserne på at forbedre dem foregå inden for en overordnet ramme for styring og udvikling af kvalitet i den samlede organisation.

Disse internationale akkrediteringsstandarder omfatter hele spektret af kliniske og administrative aktiviteter i et hospital, herunder rammen for at forbedre disse.

Til forskel herfra fokuserer standarderne i nedenstående kvalitetssystemer på udvalgte aspekter af kvalitetsstyring og udvikling:
- ISO 9000-standarder udgør en fælles international basis for at kvalificere leverandørers kvalitetsstyring
- The European Foundation for Quality Management (EFQM) giver en trinvis fremgangsmåde til kvalitetsvurdering og kvalitetsudvikling
- The Malcom Baldrige National Quality Award (USA) fastlægger kriterier for kvalitetsudvikling og kvalitetskontrol.

Side 147

De nævnte programmer fokuserer på dele af virksomheden i en sundhedsorganisation og kan være anvendelige i udvikling og anvendelse af et program til kvalitetsstyring. Men de omfatter ikke alle aspekter i en sundhedsorganisation, specielt ikke den kliniske vurdering, patientbehandling og pleje.

Disse internationale standarder udgør en velegnet ramme for forskellige systemer inden for kvalitetsstyring og –udvikling, såvel strukturerede som mindre formelle programmer. Ligeledes kan traditionelle overvågningsprogrammer som for eksempel dem der anvendes til overvågning af utilsigtede hændelser (risikostyring), og rationel resurseanvendelse rummes heri.

Organisationer som lever op til disse standarder, vil med tiden
- opnå ledelsesmæssig opbakning til et program for overvågning af hele organisationen
- uddanne og involvere mere personale i overvågning og forbedringer af kvaliteten
- opstille klarere prioriteter for hvad der skal overvåges og hvad der skal forbedres
- anvende indikatordata som beslutningsgrundlag
- gennemføre forbedringer baseret på sammenligninger med andre organisationer, nationalt og internationalt.

DANSK LOVGIVNING MV. OG SÆRLIGE FORHOLD

Lovgivning mv.
- National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, 1993.
- Lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995 om sygehusvæsenet med senere ændringer.
- Lov nr. 1132 af 21. december 1994 om Hovedstadens Sygehusfællesskab.

H:S-dokumenter:
- H:S Mål 2001, oktober 2000.

Side 148

En organisation udvælger målbare parametre (indikatorer) som led i planlægningen af nye eller ændrede processer. Når organisationen har implementeret en ny proces, indsamles data med henblik på at vurdere om processen er forløbet som planlagt.

Konkretisering af KU.2
Ved planlægning og implementering af nye eller modificerede processer anvendes principper og værktøjer til kvalitetsudvikling

Konkretisering af KU.2.1
De ovenfor nævnte planlægningselementer fra punkt a) til h) gennemtænkes når de er relevante for at planlægge eller ændre den givne proces.

Konkretisering af KU.2.2
Der udvælges indikatorer til at måle hvor godt den nye eller modificerede proces fungerer.

Konkretisering af KU.2.3
Der anvendes indikatordata til at overvåge processernes forløb.

DATAINDSAMLING TIL OVERVÅGNING AF KVALITETEN

Standard KU.3
H:S' ledere identificerer målbare parametre (indikatorer) med henblik på at overvåge H:S' kliniske og administrative strukturer, processer og resultater.

De kliniske områder der nævnes i standarderne KU.3 til KU.3.9, indgår alle i H:S' kvalitetsovervågning.

Standard KU.3.1
Klinisk overvågning omfatter vurdering af patienter.

Standard KU.3.2
Klinisk overvågning omfatter systemer til sikkerheds- og kvalitetskontrol i laboratorier og røntgenafdelinger.

Standard KU.3.3
Klinisk overvågning omfatter operationer og invasive procedurer.

Standard KU.3.4
Klinisk overvågning omfatter anvendelse af antibiotika og anden medicin samt utilsigtede hændelser ved medicinering.

Standard KU.3.5
Klinisk overvågning omfatter brug af anæstesi.

Standard KU.3.6

Klinisk overvågning omfatter brug af blod og blodprodukter.

Standard KU.3.7
Klinisk overvågning omfatter tilgængelighed, indhold og brug af patientjournaler.

Standard KU.3.8
Klinisk overvågning omfatter infektionskontrol, overvågning og indberetning.

Standard KU.3.9
Klinisk overvågning omfatter klinisk forskning.

De administrative områder der nævnes i standarderne KU.3.10 til og med KU.3.18, indgår alle i H:S' kvalitetsovervågning.

Standard KU.3.10
Den administrative overvågning omfatter data vedrørende rutinemæssig rekvirering og leverance af varer, utensilier og medikamenter mv. som har afgørende betydning for at imødekomme patientens behov.

Standard KU.3.11
Den administrative overvågning omfatter data der skal indberettes i henhold til love og regulativer.

Standard KU.3.12
Den administrative overvågning omfatter data til risikostyring.

Standard KU.3.13
Den administrative overvågning omfatter rationel resurseanvendelse.

Standard KU.3.14
Den administrative overvågning omfatter patienters og pårørendes forventninger og tilfredshed.

Standard KU.3.15
Den administrative overvågning omfatter personalets forventninger og tilfredshed.

Standard KU.3.16
Den administrative overvågning omfatter diagnoser og demografiske data for patienterne.

Standard KU.3.17
Den administrative overvågning omfatter data til økonomistyring.

ANALYSE AF OVERVÅGNINGSDATA

Standard KU.4
Personer med passende erfaring, viden og færdigheder aggregerer og analyserer systematisk data i H:S.

Formålet med KU.4
For at nå frem til konklusioner og beslutninger skal data samles ind, analyseres og omformes til forståelige oplysninger. Analyse af data foretages af personer der har indsigt i håndtering af data, erfaring med metoder til dataindsamling og som kan anvende forskellige statistiske værktøjer.
I analysen af data involveres desuden medarbejdere der er ansvarlige for den proces og det resultat der overvåges. Disse personer kan være klinisk eller administrativt personale eller kombinationer heraf.
Dataanalysen forsyner således de personer der tager beslutninger om og løbende søger at forbedre de pågældende kliniske og administrative processer, med et kontinuerlig feedback i form af oplysninger til brug for kvalitetsledelse.

Konkretisering af KU.4
1. Data indsamles, analyseres og omsættes til brugbar information.
2. I processen deltager medarbejdere med passende klinisk eller administrativ erfaring, viden og færdigheder.

Standard KU.4.1
Frekvensen af dataanalyse er afstemt efter den proces der undersøges, og opfylder H:S' behov.

Formålet med KU.4.1
Organisationen bestemmer hvor ofte data skal aggregeres og analyseres. Frekvensen afhænger af den aktivitet eller det område der undersøges, hyppigheden af målinger (se KU.3) og af organisationens prioriteringer.
For eksempel kan analyse af indikatordata om laboratoriers kvalitet udføres ugentligt hvis det er et myndighedskrav, mens faldepisoder hos patienter kan analyseres månedligt hvis der sjældent forekommer fald.
På den måde sætter analyse af data på fastsatte tidspunkter organisationen i stand til at bedømme stabiliteten af en bestemt proces eller sandsynligheden af et specifikt resultat i forhold til forventningerne.

Konkretisering af KU.4.1
1. Hyppigheden af dataanalyse er afpasset den indsats der undersøges.
2. Hyppigheden af dataanalyse opfylder H:S' krav.

Standard KU.4.2
Data vurderes indgående når en uventet hændelse, en uønsket tendens eller variation forekommer.

BILAG B H:S STANDARDER FOR ANVENDELSE AF LÆGEMIDLER

De oplysninger der stammer fra overvågningen, er vejledende for den videre behandling og for at fastlægge behovet for diagnostiske eller andre ydelser. Fundene fra overvågningen beskrives i patientjournalen.

Konkretisering af BE.10.3
1. Patientens fysiologiske status er kontinuerligt overvåget under operationen.
2. Patientens fysiologiske status er overvåget i perioden umiddelbart efter operationen.
3. Fundene beskrives i patientjournalen.

Standard BE.10.4
Patientens behandling efter det kirurgiske indgreb er planlagt og dokumenteret.

Formålet med BE.10.4
Hver patient har et individuelt behov for postoperativ behandling og pleje. Det er derfor nødvendigt at planlægge behandlingen, herunder niveauet af behandling, pleje, den opfølgende overvågning eller anden behandling og behovet for medicin.
Planlægningen af den postoperative behandling kan starte allerede før operationen og er baseret på vurdering af patientens behov og helbredstilstand.
Den planlagte behandling er dokumenteret i patientjournalen for at sikre kontinuitet i ydelserne under opvågnings- eller rehabiliteringsfasen.

Konkretisering af BE.10.4
1. Hver patients postoperative behandling og pleje er planlagt.
2. Planen(erne) er dokumenteret i patientjournalen.

ANVENDELSE AF LÆGEMIDLER

Standard BE.11
For at imødekomme patienternes behov har hospitalet organiseret sin anvendelse af lægemidler effektivt.

Standard BE.11.1
Hospitalet anvender lægemidler og apotek eller farmaceutisk service i overensstemmelse med kravene i gældende love og regelsæt.

Formålet med BE.11 og BE.11.1
Hospitalet anvender hyppigt lægemidler for at behandle sygdomme og mildne symptomer. Anvendelsen af lægemidler er en vigtig del af patientforløbet og skal derfor være organiseret effektivt på en måde som fungerer i alle dele af et sundhedsvæsen. Det er det farmaceutiske personale, det kliniske sundhedspersonale og hospitalets ledelse der har

ansvar for at styre behandlingen med lægemidler. Hvordan dette ansvar deles, afhænger af hospitalets struktur og personale. Hvis hospitalet ikke har et apotek eller farmaceutisk personale, er det hver enkelt klinisk enhed der styrer behandlingen med lægemidler. Hvis hospitalet har et stort centralt apotek, kan apoteket medvirke til at organisere og kontrollere behandlingen med lægemidler i alle dele af hospitalet. Gældende love og regelsæt er indarbejdede i hospitalets organisatoriske struktur og arbejdsgange i forbindelse med styringen af behandling med lægemidler.

Konkretisering af BE.11

1. Anvendelsen af lægemidler er overalt på hospitalet organiseret sådan at patienterne får de lægemidler de har behov for.

Konkretisering af BE.11.1

1. Hospitalet anvender lægemidler og apotekets eller den farmaceutiske service i overensstemmelse med gældende love og regelsæt.

Standard BE.11.2
Med henblik på ordinering og bestilling er et passende udvalg af lægemidler på lager eller på anden måde umiddelbart tilgængeligt.

Standard BE.11.2.1
Hospitalet har et system der sikrer overblik over standardsortimentet og forbruget af lægemidler.

Standard BE.11.2.2
Hospitalet kan nemt rekvirere lægemidler som ikke findes på lager og som ikke normalt er til rådighed på hospitalet.

Standard BE.11.2.3
Hospitalet har en procedure for at rekvirere lægemidler når apoteket eller den farmaceutiske service er lukket.

Standard BE.11.2.4
Lægemidler som anvendes til akutte situationer, skal, når de opbevares uden for apoteket, være let tilgængelige, overvågede og forsvarligt opbevarede.

Formålene med BE.11.2 til og med BE.11.2.4
Hvert hospital må beslutte hvilke lægemidler det sundhedsfaglige personale skal kunne ordinere og rekvirere. Denne beslutning er baseret på hospitalets mål, ydelser og patienternes behov. Hospitalet udarbejder en liste over det standardsortiment af lægemidler der er på lager, eller som let kan rekvireres fra eksterne leverandører. I nogle tilfælde kan love og regelsæt eller leverandøren af sådanne lægemidler bestemme præparater på listen. Lægemidler udvælges i en samarbejdsproces der tager hensyn til såvel patientenes behov og sikkerhed som til økonomi. Hospitalet har et system, for eksempel en komite (Lægemiddelkomitéen), der vedligeholder og overvåger standardsorti-mentet og anvendelsen af lægemidler på hospitalet.

Der kan opstå behov for lægemidler som ikke er på lager eller som ikke er let tilgængelige på hospitalet. Ligeledes kan der opstå behov for lægemidler om natten eller på andre tidspunkter hvor apoteket eller lægemiddelforsyningen er lukket. Hvert hospital skal have en plan for hvordan sådanne behov kan opfyldes og skal uddanne personalet i hvilke retningslinjer der gælder i disse situationer.

Når akutte situationer opstår, er det afgørende at nødvendige lægemidler til akut behandling er til rådighed. Hvert hospital planlægger hvor lægemidler til akut behandling skal placeres. Til dette formål kan anvendes akutkasser, vogne eller udrykningstasker. For at sikre at lægemidler til akut brug er til rådighed når det er nødvendigt, har hospitalet retningslinjer eller forholds-regler for at forhindre tyveri, misbrug eller tab af lægemidler og for at sikre at lægemidler udskiftes og suppleres når de er brugt, ødelagt eller udløbet.

Konkretisering af BE.11.2

1. Lægemidler som kan ordineres og rekvireres, er i overensstemmelse med hospitalets målsætning, ydelser og patienternes behov.
2. Hospitalet har en liste over sit standardsortiment af lægemidler, herunder hvilke der opbevares på hospitalet eller let kan rekvireres fra eksterne leverandører.
3. Listen over standardsortimentet er udarbejdet og vedligeholdes i en samarbejdsproces (medmindre dette er fastlagt af regelsæt eller af en instans uden for hospitalet).

Konkretisering af BE.11.2.1

1. Hospitalet har et system der sikrer overblik over standardsortimentet.
2. Hospitalet har et system som kan dokumentere forbruget af lægemidler.
3. Lægemidler er sikret mod tab eller tyveri.

Konkretisering af BE.11.2.2

1. Hospitalet har retningslinjer for at rekvirere lægemidler som ikke er på lager eller normalt til rådighed på hospitalet.
2. Personalet kender retningslinjerne.

Konkretisering af BE.11.2.3

1. Hospitalet har retningslinjer for at rekvirere lægemidler når apoteket er lukket.
2. Personalet kender retningslinjerne.

Konkretisering af BE.11.2.4

1. For at kunne imødekomme akutte behov er lægemidler til akutte situationer til rådighed på hospitalet inden for en fastsat tid.
2. Lægemidler til akutte situationer er beskyttet mod tab eller tyveri.
3. Hospitalets beholdning af lægemidler til akutte situationer overvåges og udskiftes straks efter at de er brugt, udløbet eller ødelagt.

Side 128

Standard BE.11.3
Hospitalet har politikker og retningslinjer for ordination, rekvirering og administration af lægemidler.

Formålet med BE.11.3
Hospitalet har politikker og retningslinjer for sikker ordination, rekvirering og administration af lægemidler. Læger, sygeplejersker, farmaceuter og administrativt personale samarbejder om at udvikle og overvåge politikker og retningslinjer. Politikkerne fastsætter krav til dokumentation (journalføring) af ordinerede eller rekvirerede lægemidler samt til mundtlig givet ordination. Relevant personale er uddannet i at ordinere, rekvirere og administrere lægemidler korrekt.

Konkretisering af BE.11.3
1. Hospitalet har politikker og retningslinjer for sikker ordination, rekvirering og administration af lægemidler.
2. Politikkerne angiver krav til dokumentation.
3. Politikkerne angiver krav til anvendelse af mundtlig ordination af lægemidler.
4. Relevant personale er uddannet i at ordinere, rekvirere og administrere lægemidler korrekt.

Standard BE.11.3.1
Hospitalet udpeger kvalificerede personer som har tilladelse til at ordinere og rekvirere lægemidler og tilladelse til at administrere lægemidler.

Formålet med BE.11.3.1
Det kræver specifik viden og erfaring at udvælge lægemidler til behandling af en patient. Hospitalet har ansvar for at udpege personer som både har den fornødne viden og erfaring samt tilladelse til at ordinere eller rekvirere lægemidler ved autorisation, love og regelsæt. Hospitalet kan begrænse en persons ret til at ordinere og rekvirere for eksempel kopieringspligtige eller radioaktive substanser eller lægemidler som anvendes i forbindelse med kliniske afprøvningen.[26] Den farmaceutiske service eller andre som udleverer lægemidler er bekendt med hvilke personer der har tilladelse til at ordinere og rekvirere lægemidler. Hospitalet udpeger yderligere personer, som i akutte situationer har tilladelse til at ordinere og rekvirere lægemidler.

Det kræver viden, færdigheder og erfaring at administrere lægemidler. Hospitalet har derfor ansvar for at udpege de personer som er uddannede og erfarne og som ved licens, certificering, love og regelsæt har tilladelse til at administrere lægemidler.

Konkretisering af BE.11.3.1
1. Kun de personer som har fået tilladelse af hospitalet og som ifølge autoriseret bemyndigelse, love og regelsæt har tilladelse til det, må ordinere og rekvirere lægemidler.

---

[26] Retten til at foretage begrænsninger i en læges almindelige ordinationsret er i Danmark placeret hos de centrale sundhedsmyndigheder.

2. Hospitalet har en procedure for at begrænse den enkelte persons ret til at ordinere og rekvirere lægemidler når dette er påkrævet.
3. Apoteket eller andre som udleverer lægemidler, er bekendt med hvilke personer der har tilladelse til at ordinere og rekvirere lægemidler.
4. Kun de personer som ifølge autoriseret bemyndigelse, love og regelsæt og af hospitalet har tilladelse til det må administrere lægemidler.

Standard BE.11.3.2
Hospitalet har politikker og retningslinjer for patienternes selvadministration af lægemidler, for kontrol af prøvepakninger, anvendelse af lægemidler som patienten eller dennes pårørende har bragt ind på hospitalet, samt for udlevering af lægemidler når patienterne udskrives.[27]

Formålet med BE.11.3.2
Tilsynet med hospitalets samlede brug af lægemidler kræver indsigt i anvendelse af lægemidler som ikke er ordineret eller rekvireret på hospitalet, herunder hvorfra disse lægemidler stammer. Lægemidler som patienten eller dennes pårørende har bragt ind på afdelingen er kendt af afdelingens læger og er noteret i patientens journal. Hospitalet kontrollerer adgangen til og brugen af prøvepakninger af lægemidler. Det er noteret i patientens journal, og afdelingens læger ved hvilke lægemidler patienten selv administrerer, uanset om de er bragt ind på hospitalet eller er ordineret eller rekvireret på hospitalet.

Hospitalet skal endvidere fastlægge rammer for udlevering af lægemidler til patienterne når de udskrives. De personer der ordinerer eller rekvirerer lægemidler, har såvel som patienter og deres pårørende kendskab til hvilke lægemidler der i givet fald er tilgængelige, hvor de kan fås og om der er nogen begrænsninger eller udgifter forbundet med dem.[28]

For at patienterne kan få en sikker og effektiv behandling har hospitalet politikker og retningslinjer for hvordan lægemidler skal bruges i praksis.

Konkretisering af BE.11.3.2
1. Hospitalet har politikker og retningslinjer som fastsætter rammer for patienters selvadministration af lægemidler.
2. Hospitalet har politikker og retningslinjer som kontrollerer adgangen til og brugen af prøvepakninger af lægemidler.
3. Hospitalet har politikker og retningslinjer som fastsætter rammer for dokumentation og håndtering af ethvert lægemiddel der bringes ind på hospitalet til eller af patienten.
4. Hospitalet har politikker og retningslinjer som fastsætter rammer for udlevering af lægemidler i forbindelse med at patienten udskrives.
5. Politikker og retningslinjer anvendes.

---

[27] Prøvepakninger anvendes ikke på H:S hospitaler.
[28] Den danske medicintilskudsordning fungerer ud fra bestemmelser om at tilskuddets størrelse afhænger af patientens tidligere medicinforbrug. Det er derfor vanskeligt for hospitalet at informere patienter om de præcise udgifter til lægemidler efter udskrivelsen.

Standard BE.11.3.3
Politikker og retningslinjer fastsætter rammer for fremstilling, håndtering, opbevaring og udlevering af parenterale og enterale ernæringsprodukter.

Formålet med BE.11.3.3
Parenteral eller enteral ernæringsterapi er en del af den medicinske behandling og må håndteres effektivt for at reducere risikoen for patienten. En del af denne risiko stammer fra forkert opbevaring, fremstilling, håndtering og udlevering af parenterale og enterale produkter. Hospitalet fastlægger politikker og retningslinjer for at reducere denne risiko.

Konkretisering af BE.11.3.3
1. Hospitalet har politikker og retningslinjer for hvordan parenterale og enterale ernæringsprodukter skal opbevares, fremstilles, håndteres og distribueres.
2. Politikker og retningslinjer er implementerede.

Standard BE.11.3.4
Hospitalet fastsætter politikker og retningslinjer for opbevaring, fordeling, håndtering og udlevering af radioaktive stoffer, lægemidler til kliniske eksperimenter og andre lægemidler.

Formålet med BE.11.3.4
Hospitalet sikrer at radioaktive stoffer, lægemidler til kliniske afprøvninger og andre lægemidler er ufarlige at anvende og anvendes hensigtsmæssigt. Hospitalet har politikker og retningslinjer for hvordan disse stoffer og lægemidler opbevares, håndteres, fordeles og udleveres.

Konkretisering af BE.11.3.4
1. Hospitalet har politikker og retningslinjer for opbevaring, håndtering, fordeling og udlevering af radioaktive stoffer.
2. Hospitalet har politikker og retningslinjer for opbevaring, håndtering, fordeling og udlevering af lægemidler som anvendes til kliniske eksperimenter.

Standard BE.11.4
Lægemidler skal opbevares, fremstilles og udleveres i et sikkert og rent miljø.

Formålet med BE.11.4
Apoteket eller den farmaceutiske enhed fremstiller og udleverer lægemidler i et rent og sikkert miljø i overensstemmelse med love, regelsæt og gældende professionelle standarder. Især er lægemidler klart etiketteret, ordentligt opbevaret og, når det er nødvendigt, beskyttet mod varme og lys. De samme sikkerhedskrav gælder for lægemidler som opbevares og udleveres uden for apoteket, for eksempel på sengeafsnit.

Konkretisering af BE.11.4
1. Lægemidler er etiketteret forsvarligt.
2. Lægemidler er forsvarligt opbevaret.
3. Lægemidler fremstilles og udleveres i et rent og sikkert miljø.
4. Fremstilling og udlevering af lægemidler opfylder love og regelsæt samt gældende professionelle standarder.

Standard BE.11.4.1
En autoriseret farmaceut, apoteksassistent eller en anden fagkyndig med en relevant uddannelse kontrollerer opbevaring, fremstilling og udlevering af lægemidler.

Formålet med BE.11.4.1
En kvalificeret person fører direkte tilsyn med aktiviteterne i apoteket eller i den farmaceutiske service. Personen er relevant autoriseret, certificeret og uddannet. Tilsynet omfatter kontrol af alle lægemidler, herunder at de udleveres sikkert og nøjagtigt. Hospitalet har et register, en logbog eller et andet system til at overvåge og bogføre kopieringspligtige lægemidler.

Konkretisering af BE.11.4.1
1. En kvalificeret person fører tilsyn med alle aktiviteter.
2. Lægemidler er udleveret korrekt.
3. Kopieringspligtige lægemidler er bogført korrekt.

Standard BE.11.4.2
Ordinationer eller rekvisitioner af lægemidler er kontrollerede og bekræftede.

Formålet med BE.11.4.2
Den autoriserede farmaceut, apoteksassistent eller sygeplejerske gennemser hver ordination eller rekvisition af lægemidler. Ved tvivlsspørgsmål kontaktes den person som har ordineret eller rekvireret lægemidlet.

Konkretisering af BE.11.4.2
1. Hver ordination eller rekvisition gennemses.
2. Når der opstår tvivlsspørgsmål, har hospitalet har en procedure for at kontakte den person som har ordineret eller rekvireret lægemidlet.

Standard BE.11.4.3
Hospitalet/apoteket har et system for tilbagekaldelse af lægemidler.

Formålet med BE.11.4.3
Hospitalet/apoteket har en procedure for at identificere, opspore og returnere eller destruere lægemidler som fabrikanten eller leverandøren tilbagekalder. Hospitalet har desuden en politik eller retningslinjer for

hvordan lægemidler som er udløbet eller forældede, håndteres eller destrueres.

Konkretisering af BE.11.4.3
1. Hospitalet har et system for tilbagekaldelse af lægemidler.
2. Politikker og retningslinjer beskriver hvordan et lægemiddel som er udløbet eller forældet, håndteres.
3. Politikker og retningslinjer beskriver hvordan et lægemiddel som er udløbet eller forældet, destrueres.
4. Politikker og retningslinjer anvendes.

Standard BE.11.4.4
Hospitalet har et system som sikrer at lægemidler uddeles i de rigtige doser til den rigtige patient på det rigtige tidspunkt.

Formålet med BE.11.4.4
For at minimere muligheden for fejl i forbindelse med uddeling og administration udleverer hospitalet/apoteket lægemidler på en måde som er så enkel som muligt at administrere. Det centrale apotek og andre fordelingsledere på hospitalet bruger samme system. Systemet understøtter at lægemidler udleveres korrekt og på det rette tidspunkt.

Konkretisering af BE.11.4.4
1. Hospitalet har et ensartet system til udlevering og fordeling af lægemidler.
2. Lægemidler udleveres på en måde der kræver mindst mulig administration.
3. Systemet understøtter at lægemidler udleveres korrekt.
4. Systemet understøtter at lægemidler udleveres rettidigt.

Standard BE.11.5
Patienternes identitet er kontrolleret før de får lægemidler.

Standard BE.11.5.1
Den rette dosis af et lægemiddel gives på det rette tidspunkt.

Formålet med BE.11.5 og BE.11.5.1
For at sikre at et lægemiddel uddeles korrekt, skal det kontrolleres om
- lægemidlet er det som er ordineret eller rekvireret
- patienten får lægemidlet på det tidspunkt og med den hyppighed som er ordineret eller rekvireret
- doseringen er i overensstemmelse med ordination eller rekvisition
- lægemidlet udleveres på den måde som er ordineret eller rekvireret
- patientens identitet er i overensstemmelse med ordination eller rekvisition.

Konkretisering af BE.11.5
1. Patienterne identificeres før de får et lægemiddel.

Konkretisering af BE.11.5.1
1. Lægemidlet er i overensstemmelse med ordinationen eller rekvisitionen.
2. Dosis af lægemidlet er i overensstemmelse med ordinationen eller rekvisitionen.
3. Administrationsmåden er i overensstemmelse med ordinationen eller rekvisitionen.
4. Patienten får lægemidlet rettidigt.
5. Patienten får lægemidlet som ordineret.

Standard BE.11.6
Lægemidlets effekt på patienten overvåges.

Formålet med BE.11.6
Patienten, den ansvarlige læge, sygeplejerske eller andet sundhedsfagligt personale samarbejder om at overvåge patienter der behandles med lægemidler. Formålet med overvågningen er at evaluere lægemidlets effekt på patientens symptomer eller sygdom, ved behov at justere dosis eller type af lægemiddel samt at vurdere om patienten får bivirkninger.

Konkretisering af BE 11.6
1. Lægemidlets effekt på patienterne overvåges.
2. Overvågningen foregår i et samarbejde.

Standard BE.11.6.1
Det noteres i patientjournalen hvilke lægemidler der er ordineret til patienten og hvordan de er administreret.

Formålet med BE.11.6.1
For alle patienter som får lægemidler, noteres i journalen en liste over hvilke lægemidler der er ordineret eller rekvireret, i hvilke doser og hvornår patienten faktisk fik lægemidlet. Tilsvarende gælder for Pn-medicin. Hvis disse oplysninger noteres på et separat skema, sættes dette ind i patientjournalen når patienten udskives eller flyttes.

Konkretisering af BE.11.6.1
1. Alle ordinerede eller rekvirerede lægemidler noteres for hver patient.
2. For hver dosis noteres det hvordan den er administreret.
3. Oplysninger om brugen af lægemidler opbevares i patientjournalen eller indlægges i patientjournalen når patienten udskrives eller flyttes.

Standard BE.11.6.2
Bivirkninger af medicin noteres i patientjournalen.

Formålet med BE.11.6.2
I overvågningen af et lægemiddels effekt indgår observation og dokumentation af alle bivirkninger. Hospitalet identificerer alle de bivirkninger som

skal registreres, og de bivirkninger der skal indberettes. Hospitalet fastlægger kriterier for hvilke bivirkninger der skal indberettes, herunder en tidsramme for indberetningen.

Konkretisering af BE.11.6.2
1. Overvågningen omfatter observation af bivirkninger fra et lægemiddel.
2. Hospitalet har fastlagt hvilke bivirkninger der skal noteres i patientjournalen og hvilke der skal indberettes til hospitalet.
3. Bivirkninger er beskrevet i patientjournalen.
4. Bivirkninger indberettes som fastlagt.

Standard BE.11.6.3
Hospitalet har fastlagt en procedure og en tidsramme for indberetning af fejlmedicinering.

Formålet med BE.11.6.3
Hospitalet har en procedure for at identificere og indberette fejl i forbindelse med medicinering. Proceduren omfatter en definition af medicineringsfejl, anvendelse af et standardiseret skema for indberetning og uddannelse af personalet i hvordan og hvorfor det er vigtigt at indberette fejl. Indberetningsproceduren er en del af hospitalets kvalitetsstyringssystem. Meningen med systemet er at forebygge medicineringsfejl ved at skabe indsigt i de typer af fejl der kan forekomme på hospitalet eller i andre organisationer. For at forebygge fejl forbedres arbejdsgange i forbindelse med medicinering og personalet uddannes. Apoteket deltager i denne uddannelse.

Konkretisering af BE.11.6.3
1. Medicineringsfejl er definerede.
2. Medicineringsfejl rapporteres rettidigt ifølge den fastlagte procedure.
3. Hospitalet bruger de indberettede oplysninger om medicineringsfejl til at forbedre arbejdsgangene i forbindelse med medicinering.

KOST OG ERNÆRINGSTERAPI

Standard BE.12
Patienten kan få den kost som er velegnet for ham eller hende og som er i overensstemmelse med hans eller hendes kliniske behandling.

Standard BE.12.1
Alle patienter får ordineret en kost eller anden form for ernæring der er baseret på deres ernæringstilstand eller ernæringsbehov. Dette kan omfatte ordination af "intet per os", en normal kost, en speciel diæt eller parenteral eller enteral ernæring.

Standard BE.12.2
Patienterne får tilbudt forskellige menuer.

BILAG C KISS AKKREDITERINGSPROGRAM

juni 2002

Forord

Dette er 1. udgave[1] af KISS akkrediteringsprogram for sygehusene i Sønderjyllands Amt. Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen er et omfattende tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt, der omhandler akkrediteringsprogrammer for såvel sygehuse, kommune og praktiserende læger.

Standarderne, der ligger til grund herfor er grundigt gennemgået og revideret ud fra HQS' (Health Quality Service) hospitalsstandarder af mange ledere og medarbejdere inden for forskellige fagområder i hele Sønderjyllands Amt.

Standarderne afspejler bl.a. patientens oplevelse af undersøgelse, pleje og behandling, personalets oplevelse af arbejdet i organisationer samt patient- og personalesikkerhed, ledelse og samarbejde. De omhandler systemer, processer og omgivelser.

Filosofien, der ligger bag standarderne, er bl.a. funderet i at kvalitet i sundhedsvæsnet bedst er sikret ved:

- Et stadig ønske om forbedring af undersøgelse, pleje og behandling til patienten i overensstemmelse med at ressourcerne udnyttes bedst muligt
- At fysiske, tekniske og organisatoriske forhold er på plads for at personalet kan yde det bedste
- At de, der yder ydelsen er fuldt engagerede og bliver støttet til at påvirke og opnå de ønskelige forandringer
- At der sker fremskridt ud fra selvevaluering baseret på, hvad der er acceptabelt, og hvad der er god praksis
- At hele organisationen på alle niveauer fungerer godt.
- At kvaliteten kan synliggøres

KISS standarder er nødvendige for løbende at sikre god klinisk praksis.

De engelske internationale HQS standarder er udarbejdet udfra lovgivning, forskningsbaseret viden, faglige retningsliner og drøftelser med fagpersoner, der arbejder inden for sundhedsvæsnet.

De danske KISS standarder tager udgangspunkt i dette, og er revideret i forhold til dansk kultur, lovgivning, lokale bestemmelser og god praksis.

Standarderne i KISS akkrediteringsprogram vil være under forsat udvikling. Ikke blot inden for den enkelt sektor, men også på tværs af sektorerne. Der arbejdes med tværsektorielle overgange og patientforløb på tværs af sektorerne, hvor der yderligere beskrives og udvikles kriterier for at sikre god kvalitet.

Med venlig hilsen

Karsten Hundborg
Formand for styregruppen

[1] Når standarderne fra 1. version er godkendt af HQS og har gennemgået en grundig korrekturlæsning, hvor der bl.a. sikres konsistens i anvendelse af begreber, udarbejdes den endelige Masterkopi. Denne forventes færdig og godkendt i efteråret 2002.

Indholdsfortegnelse Mappe 1

ISBN nr. 87-7486-449-1
Marts 2002
Tryk: Grafisk Afd. Amtsgården i Aabenraa

Indholdsfortegnelse Mappe 1
Indholdsfortegnelse Mappe 2
Indholdsfortegnelse Mappe 3
Indholdsfortegnelse Mappe 4
Forord
Introduktion
Bidragsydere

Sektion 1: Sygehusledelse og klinisk ledelse
Standard 1: Lederskab
Standard 2: Sygehusledelse
Standard 3: Klinisk ledelse
Standard 4: Samarbejde med sundhedspolitikere
Standard 5: Kvalitetsforbedring
Standard 6: Risikostyring
- Arbejdssikkerhed
- Brandsikkerhed
- Infektionskontrol
- Affaldshåndtering
- Sikkerhed - strategi og kommunikation

Standard 7: Personale
Standard 8: Sundt arbejdsmiljø
Standard 9: Personale erfaringer

Indholdsfortegnelse Mappe 2

Standard 10: Kommunikation
Standard 11: Økonomisk administration
Standard 12: Køb og salg af varer og tjenesteydelser
Standard 13: Informations- og IT-styring
Standard 14: Bygningsadministration mv.

Sektion 2: Ledelse af personale og klinisk aktiviteter
Standard 15: Afdelingernes målsætninger og planlægning
Standard 16: Ledelse og personale
Standard 17: Uddannelse og medarbejderudvikling
Standard 18: Udvikling af kliniske afdelinger
Standard 19: Afdelingens omgivelser mv.
Standard 20: Kvalitetsforbedring i afdelingerne

Sektion 3a: Patientsamarbejde - Patient erfaringer
Standard 21: Patientrettigheder
Standard 22: Patientens individuelle behov
Standard 23: Partnerskab med patienter

Sektion 3b: Patientens vej
Standard 24: Henvisning, indlæggelse og modtagelse
Standard 25: Behandling og pleje
Standard 26: Udskrivelse fra afdelingen
Standard 27: Patientjournalens indhold

Indholdsfortegnelse Mappe 3

Sektion 4: Behandling, pleje og ydelser fra service afdelingerne
Standard 28: Skadestue og akutmodtagelse
Standard 29: Det akutte dagafsnit
Standard 30: Køkkenfunktionen
Standard 31: Børn
Standard 32: Billeddiagnostisk afdeling
Standard 33: Administration af patientjournaler
Standard 34: Rengøring mv.
Standard 35: Vaskerifunktionen
Standard 36: Føde-/barselsafdeling
Standard 37: Medicofysik og biomedicinsk teknisk service
Standard 38: Lægelige ydelser
Standard 39: Sygepleje ydelser
Standard 40: Operations- og anæstesiafdeling
Standard 41: Ambulatorier og dagklinikker
Standard 42: Laboratorierne

Indholdsfortegnelse Mappe 4

Standard 43: Sygehusapoteket
Standard 44: Portørfunktionen
Standard 45: Specialiserede intensivafdelinger
Standard 46: Palliativ behandling
Standard 47: Sterilcentralen
Standard 48: Telekommunikation

Bilag 1: Sygehusledelsens checklist
Bilag 2: Referencer
Bilag 3: Ordforklaring
Bilag 4: Tilbagemeldingsblanket

BILAG D INTERVIEWGUIDE

INTERVIEWGUIDE. 31.05.05

1. Hvordan foregår arbejdet med akkreditering på afdelingen?
Har akkr. medført ændringer i prioritering af adm. opgaver

Nævn nogle væsentlige forandringer i hverdagen, begrundet i akkr.

Er der sket et skift i emnelisten til personalemøder, ledermøder, kurser, medarbejdersamtaler m.m.

Hvilke nye arb.opgaver/ emner er kommet på dagsordenen i forb.m. akkreditering

2. Hvilke opgaver har du i forb.m. akkrediteringssystemet
Hvordan beskæftiger du dig med akkreditering

Hvilken effekt har akkr. på dit arbejde

Hvilken effekt har akkr. på afdelingens arbejde

3. Hvordan har udviklingen med akkr.systemet været
Hvordan vurderer du akkr.systemet idag i forhold til for 2 år siden

Hvordan introduceres nye medarbejdere til akkr.systemet

4. Hvordan foregår arbejdet med at måle effekten af akkr.systemet
Hvilke mål har afdelingen for opfyldelse af standarderne

Hvad gør afdelingen for at forbedre i målopfyldelsen (hvis det er nødvendigt)

Hvordan måler I om I lever op til de standarder der gælder for jer

Hvilke måleredskaber bruger I

Hvordan foregår målingerne

Har de nye målinger erstattet tidligere målinger på kvaliteten

Hvordan foregår audit-arbejdet på din afdeling (samle data, analysere, handle på resultat)

Hvordan vil du karakterisere audit-arbejdet på hele hospitalet

Hvordan arbejder I generelt med dokumentation til brug for akkreditering

5. Survey´s
Hvordan vil du karakterisere et surveybesøg af lokale folk

Hvordan vil du karakterisere et surveybesøg af JCI-surveyers

Hvad kan afdelingen lære af et besøg

Hvordan forbereder afdelingen sig til et besøg

6. Hvordan påvirker akkre. de daglige arbejdsopgaver
- medicin
- pt.information
- personaleadmin.

7. Baggrunden for akkr.systemet
Kender du baggrunden og kilderne bag standarderne

Hvordan vurderer du overføringen af US-standarder til et dansk hospital

8. Generelt
Hvordan er relationerne mellem prof.kerneydelse og akkr.standarderne

Har akkr. givet dig ny viden

Har akkr. medført at der er kommet nye diskussionsemner på hospitalet og i afd. (på div. møder)

Har akkr. ført til nedsættelse af nye mødefora (nye emner og nye personalemix)

Har akkr. ført til nye samarbejdsrelationer

Hvad savner I i akkr.systemet

Akkre. kan gøre organiseringsrutiner mere tydelige - hvordan forholder det sig hos jer

Hvad er den mest markante forandring I har observeret som følge af akkr.

INTERVIEW om akkreditering. Retningslinjer.

Formål:
- Handlinger og meninger i forb.m. akkred. - vurderinger af alle mulige effekter af akkre.
- Supplere mine feltobs.

Tema:
- akkreditering generelt
- temaerne: medicinhåndtering, patientinfo, personaleadm.
- kendsgerninger, fremfor forklaringer

Metode:
- Åbne støttespørgsmål baseret på teori, obs. i DK og US, tekster

Anvendelse:
- Supplerende data
- Anonymitet (jeg skriver ikke historier om de enkelte afdelinger). Jeg arbejder med tre katerogier af personer: ledere, kval.nøglepersoner bredt forstået, alm. personale.

Opfølgning:
- Har I ønsker til at se resultatet? Se hvordan jeg bruger interviewet?