

Masterafhandling
December 2006

Akkreditering i H:S Oversættelser og stabilisering



Kristian Antonsen, Helle Rasmussen, Janne Friis
Master of Health Management, 2005

Vejleder: Lektor Peter Skærbæk
Institut for Produktion og Erhvervsøkonomi, CBS

Indholdsfortegnelse:

Forord	4
1. 1 Indledning.....	5
1.2 Problemstilling	7
1.3 Modelvalg	8
1.4 Metode og opgavedesign.....	10
2. Teoretisk analyseramme	16
3. Den organisatoriske og historiske kontekst	23
3.1 Kapitlets formål.....	23
3.2 Den organisatoriske kontekst.....	23
3.3 Den historiske kontekst	25
3.4 Opsummering.....	28
4. Akkreditering globalt og nationalt, herunder akkrediteringens idéaler	29
4.1 Kapitlets formål.....	29
4.2 Akkreditering i historisk perspektiv	30
4.3 Akkreditering i globalt perspektiv	30
4.4 Akkreditering i nationalt og regionalt perspektiv	36
4.5 Opsummering.....	38
5. Oversættelse af akkreditering i H:S	39
5.1 Kapitlets formål.....	39
5.3 Interessekonstruktion	47
5.4 Indrullering	50
5.5 Mobilisering.....	54
6. Konklusion	60
6.1 Hvordan oversættes akkreditering fra det globale til det nationale og regionale niveau?	60
6.2 Hvilke aktører og afgørende begivenheder kan identificeres i forløbet i H:S?	61
6.3 Hvordan blev akkreditering stabiliseret i H:S?	63
6.4 Hvilke interesser og identiteter blev knyttet til aktørerne ved beslutningen om akkreditering	66
6.5 Afrunding.....	70
6.6. Vurdering af teoretisk analyseramme.....	71
7. Epilog	73
8. Diskussion og perspektivering	76

9.Litteratur- og referenceliste:	84
9.1 web-sites.....	84
9.2 avisartikler	84
9.3 referencer	84
10. Bilagsfortegnelse	89
10.1 Bilag 1: Semistruktureret interviewguide	89
10.2 Bilag 2: interviewguides	90
10.3 Bilag 3: Tidsforløb	92
10.4 Bilag 4: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner	94

Forord

Denne masterafhandling på Master of Health Management (MHM) beskæftiger sig med et højaktuelt emne i det danske sundhedsvæsen, nemlig akkreditering. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet indebærer, at akkreditering inden for de kommende 2 år bliver en realitet for alle landets sygehuse. Rigtig mange ledere og medarbejdere i alle dele af sygehusvæsenet er allerede nu langt inde i forberedelserne.

Akkreditering fremstilles som metode til kvalitetssikring og -udvikling, og det ville naturligvis have været interessant at studere, hvorvidt metoden nu også kan leve op til det den lover. Vi har imidlertid valgt at lægge hovedfokus et andet sted, nemlig på de processer, der førte frem til beslutningen om akkreditering i Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S, tilbage i 2000.

To års MHM-studie nærmer sig sin afslutning. Det har været spændende og lærerigt, og hjulpet os til en større refleksivitet i vores daglige arbejde. Men det har også været en udfordring for os og nok ikke mindst for vores familier. Travle jobs kombineret med et halvtidsstudie har krævet planlægning og prioritering af hverdagen.

Der skal lyde en stor tak til alle fra H:S og Hillerød Sygehus, der har hjulpet os med empiri i forbindelse med masterafhandlingen. Vi er blevet mødt med stor hjælpsomhed og imødekommenhed, og I har været særdeles velvillige til at finde materiale frem og stille op til interviews. En særlig tak til sekretær Birgit Jensen og driftstekniker Thierry Wieleman, for assistance med lay-out og trykning.

Også en varm tak til vores familier for deres store tålmodighed og støtte de sidste to år. Ofte har de kun set ryggen af os, fordi vi har siddet med hovedet nede i bøgerne eller computeren. Det må vi nu rette op på.

Og endelig tak til vores vejleder, lektor Peter Skærbæk, for kyndig og engageret vejledning, ikke mindst ud i Aktør-Netværks Teoriens anderledes syn på Verden.

1. 1 Indledning

Akkreditering af det danske sundhedsvæsen blev besluttet som led i Den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling. Aftalen blev truffet mellem Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) i 2002. Aftalen indeholdt planerne om i fællesskab at etablere og udvikle Den Danske Kvalitetsmodel (DKM) for sundhedsvæsenet. Grundlaget for DKM blev udarbejdet i samarbejde mellem de fire nævnte parter. I juni 2005 etableredes Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) som selvejende institution til varetagelse af den fortsatte udvikling og drift af DKM.

Det er planen, at alle sygehuse i Danmark i løbet af 2006/2007 involveres i forberedelsesprocessen, og at akkreditering vil være gennemført i alle dele af sygehusvæsenet i løbet af 2008 (IKAS, 2006).

Definitionen på akkreditering, som den beskrives i Den Danske Kvalitetsmodel er (IKAS, 2006):

"Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver."

Formålet med akkreditering af hospitaler er at sikre et tilfredsstillende kvalitetsniveau på de områder, som standarderne omfatter, herunder patientsikkerheden, og at sikre en ensartet kvalitet i indsatsen over for patienter med samme behov (JCI og H:S, 2003).

Akkreditering har været kendt i årtier, men vandt især i 1990'erne internationalt indpas. I Danmark var H:S i 2002 de første, der ansøgte om og opnåede akkreditering efter en amerikansk udviklet model, Joint Commission International (JCI). Derudover blev dele af sundhedsvæsenet i Sønderjyllands Amt i 2003 akkrediteret med anvendelse af det britiske Health Quality Service (HQS). Især akkrediteringen i H:S, der blev gentaget i 2005, har præget den nationale kvalitetsudviklingsdebat - dermed har de principper, der anvendes af JCI, også tiltrukket sig betydelig opmærksomhed.

JCI's akkrediteringsmodel omfatter ekstern vurdering hvert 3. år af hospitalets kvalitet i forhold til internationale standarder tilpasset nationale regulativer. Standarderne er primært rettet mod strukturer og processer i hospitalet og indeholder krav om relevant organisering, koordinering og ledelse (Frølich, 2000). Både i den centrale fastsættelse af standarder, fokus på strukturer og processer og i den eksterne vurdering adskiller akkrediteringsmetoden sig fra andre anvendte kvalitetsmetoder i Danmark som f.eks. Det Nationale Indikatorprojekt, patienttilfredshedsundersøgelser og kliniske databaser.

Med sin omfattende brug af fælles standarder indebærer akkreditering en udfordring af professionernes autonomi (Kragh Jespersen, 1999), og influerer på medarbejdernes opgaveportefølje, deres løsning af opgaverne og på ansvarsfordelingen. Når akkredite-

ringen, som det var tilfældet i H:S, blev suppleret med indikatorer for den specialespecifikke kvalitet og jævnlige audits, øgedes påvirkningen yderligere. Som det kort og klart udtrykkes af et tidligere medlem af Direktionen for H:S (H:S Direktionen):

"Akkrediteringsprocessen griber ind i stort set alle medarbejderes arbejdsdag – hver dag."

NYH:S, 2005

Fra officielle kilder (Neergaard 2003; Lehmann Knudsen; 2002 m.fl.) får man indtryk af, at beslutningsprocessen om akkreditering i H:S forløb uden nævneværdig intern modstand til trods for, at der i sygehusfeltet generelt udspandt sig en livlig og kritisk betonet debat om akkrediteringens egentlige potentiale i forhold til kvalitetssikring og -udvikling.

For at opnå et bedre kendskab til, hvordan personalet i H:S retrospektivt opfattede dels forberedelserne til og dels selve akkrediteringsproceduren, blev der på foranledning af H:S Direktionen i 2002 og 2005 gennemført en bred interviewundersøgelse blandt ledere og medarbejdere (Right, 2002; Right 2005). Begge undersøgelser kunne fremvise flere positive tilkendegivelser, men pegede også på betydelig kritik.

Hvis man derudover udvider informationsgrundlaget til at omfatte andre interne kilder i H:S, (NYH:S, 2005; CSU referater 1999-2002; Operate, 2004) dukker der imidlertid udsagn op, som rækker ved det harmoniske, officielle billede - af en tidligere medarbejderrepræsentant kaldet "skønmaleriet" (interview, 2006). Her kommer det frem, at akkreditering blev mødt med både skepsis og modstand fra flere sider, også i H:S's egne rækker.

Lægerne indvendte, at den valgte akkrediteringsmodel ikke havde blikket rettet mod hospitalernes kerneydelser og kvaliteten af den kliniske behandling og pleje men udelukkende koncentrerede sig om organiseringen af arbejdet og perifere forhold (NYH:S, 2005; Pedersen, Lægen, 2005). Nogle opfattede akkreditering som en yderligere, omfattende kontrolforanstaltning af bl.a. lægers og sygeplejerskers arbejde og som et indgreb i den faglige autonomi (interview, 2006).

Fra sygeplejerskeside var der især bekymring for, at de omfattende dokumentationskrav forbundet med akkrediteringen, ville stjæle tid fra patienterne (Right, 2002). Efter den første akkreditering i 2002 nævnte mange menige sygeplejersker, at forberedelserne til akkreditering var et "knoklearbejde" og "en tidsrøver".

Et væsentligt konfliktområde var akkrediteringens ressourcetræk forstået som det meget hårde og tidskrævende arbejde, der var forbundet med forberedelserne til akkreditering, og som fik mange medarbejdere til at føle frustration og stress. Fra 2002 til 2005 steg andelen af medarbejdere, der oplevede akkreditering som kontrol af deres arbejde og som indgreb i deres autonomi (Right, 2005). Og som et væsentligt indsatsområde blev der fra konsulenternes side peget på et stort behov for at forbedre lægernes engagement og involvering i akkrediteringen (Right, 2005).

I 2004 gennemførte Frederiksberg Hospital en undersøgelse af den interne kommunikation om akkreditering (Operate, 2004). Formålet var blandt andet at belyse vidensni-

veauet om akkreditering og opbakningen til metoden. Konklusioner på undersøgelsen viste, at der ganske vist ikke var massiv utilfredshed med akkrediteringen, men at der på den anden side kun var delvis opbakning. En stor gruppe medarbejdere savnede viden og information, og der var udbredt usikkerhed om, hvad formålet var med akkrediteringen, og om dens betydning for den enkelte medarbejder og vedkommendes afdeling.

I de interne kilder er der altså adskillige beviser på, at beslutningen om og gennemførelsen af akkreditering af hospitalerne i H:S var præget af uenighed og usikkerhed, og at der var debat og skepsis om metodens anvendelighed og gennemslagskraft.

Det er også et faktum, at det endnu ikke videnskabeligt har været muligt at påvise en signifikant sammenhæng mellem akkreditering og en forbedret kvalitet i behandlingsforløb og -resultater, til trods for næsten 50 års erfaring med akkreditering og akkumulering af enorme mængder data gennem de seneste 15-20 år, hvor metoden for alvor har vundet indpas.

Disse forhold til trods, har akkrediteringstoget kørt uden stop i H:S, foreløbig 2 omgange og med en tredje på vej. Og det er samtidig den officielle, harmoniske version af historien – ”skønmaleriet”, som står tilbage, i hvert fald uden for H:S, og som givet har været medvirkende til beslutningen om landsdækkende akkreditering af de danske hospitaler.

1.2 Problemstilling

Ovenstående overvejelser leder til interessante spørgsmål. For hvordan kan det lade sig gøre at beslutte og opnå akkreditering i en organisation præget af skepsis og usikkerhed blandet med modstand? Og hvordan kan processen fremstå konsensuspræget og uproblematisk, når vi ved, at den var udsat for rystelser undervejs? Det har vi besluttet at undersøge nærmere i denne masterafhandling. Afhandlingens formål er, at gennem en nuanceret fremstilling af forløbet, at bidrage til en dybere forståelse af den proces, som indbefattede og berørte så mange ledere og medarbejdere i H:S.

Masterafhandlingens overordnede **problemformulering** er følgende:

- 1. *Hvordan blev akkreditering indført og bibeholdt i H:S?***
- 2. *Hvilke konsekvenser havde beslutningen om akkreditering for de berørte personer?***

Med baggrund i de indledningsvise konstateringer om kritik og skepsis i forhold til akkreditering, sigter problemformuleringens første spørgsmål på at forklare og forstå, hvordan ideen om akkreditering opstod og blev introduceret i H:S, hvordan beslut-

ningsprocessen forløb, og hvad der afgjorde dens udfald. Vi ønsker desuden at finde mulige årsager til, at akkreditering kunne bibeholdes som metode trods kritik og skepsis.

Problemformuleringens andet spørgsmål retter fokus mod nogle af de konsekvenser, som beslutningsprocessen omkring akkreditering i H:S fik, nemlig konsekvenserne for de personer, som blev berørt af processen. Konsekvenser er et bredt og mangfoldigt begreb, hvorfor vi senere, se neden for, har valgt at konkretisere vores brug af begrebet inspireret af den valgte teoretiske analysestrategi.

Vi har valgt at studere beslutningsprocessen omkring akkreditering i H:S med aktør-netværksteorien som teoretisk analyseramme (for begrundelser herfor se afsnit 1.2) og har formuleret en række *teoretisk inspirerede* undersøgelsesspørgsmål, der har fungeret som specifikation af den overordnede problemformulering og som pejlemærker for indhentning af empiri, strukturering af data, analyser og konklusioner:

Undersøgelsesspørgsmål:

- Hvordan oversættes akkreditering fra det globale til det nationale og regionale niveau?
- Hvilke aktører og afgørende begivenheder kan identificeres i forløbet i H:S?
- Hvordan blev akkreditering stabiliseret i H:S?
- Hvilke interesser og identiteter blev knyttet til aktørerne ved beslutningen om akkreditering?

1.3 Modelvalg

Med problemformuleringens første spørgsmål: **"Hvordan blev akkreditering indført og bibeholdt i H:S?"** er vi interesserede i at søge viden om forløbet af beslutningsprocessen i H:S og om forhold, der kan forklare dens udfald. Vi ønsker dermed at anlægge et processuelt perspektiv.

Med problemformuleringens andet spørgsmål: **"Hvilke konsekvenser havde beslutningen om akkreditering for de berørte personer i H:S?"** interesserer vi os for, hvordan beslutningen om akkreditering berørte beslutningstagere, ledere og medarbejdere i H:S. En sådan påvirkning kan have mange former, men vi har valgt at begrænse

os til at se på ændringer af de involveredes identiteter som følge af beslutningen om akkreditering i H:S, jf. undersøgelsesspørgsmålene.

Vi har valgt at anvende aktør-netværksteorien (ANT) som teoretisk analyseramme, fordi den tilbyder en række relevante men også nyskabende begreber og opfattelser.

Den analytiske kreativitet i ANT udfolder sig i dynamiske beskrivelser af, hvordan aktører gennem aktiviteter skaber aktør-netværk. Teorien har således en processuel og relationel forståelse, hvorfor den er oplagt i relation til vores problemformulering. ANT har desuden i andre sammenhænge (bl.a. Woods, 1997; Skærbæk, 2004) vist sig at have god forklaringskraft i forbindelse med analyser af sociologiske processer og udfaldet af dem.

ANT frasiger sig lovmæssigheder, principielle svar og generaliseringer og insisterer på, at svar kun kan findes ved at studere praksis og konkrete sammenhænge. Det gør den velegnet til brug i bl.a. forstående forskning og i forbindelse med denne forskningstypes typiske design, nemlig case-studie, som også er vores valg af undersøgelsesdesign.

ANT tilbyder desuden et aktørbegreb, som er markant anderledes end det aktørbegreb, der kendes fra f.eks. økonomisk og politisk teori (Fuglsang, 2004). I ANT defineres aktører ene og alene i kraft af deres relationer og involvering i forskellige aktør-netværk, som skabes gennem uforbundne lokaliteter. Det indebærer, at aktørbegrebet frigøres fra formelle strukturer og positioner, som det ellers traditionelt kendes fra organisationer, hvor medlemmerne oftest defineres i forhold til organisatorisk tilhørsforhold.

I ANT er aktørbegrebet desuden udvidet til ikke kun at omfatte mennesker, men alt og alle som kan siges at gøre en forskel i forhold til begivenhedernes gang. Samlet set betyder det, at vi med ANT kan anlægge en anderledes og bredere optik på aktørbegrebet end normalt, hvilket åbner mulighed for frembringelse af viden om relevante og betydningsfulde relationer, som ikke ville blive fundet ved mere traditionelle betragtninger.

Endelig præsenterer og definerer ANT som noget ganske særegent begrebet stabilitet (Stadler, 1997 m.fl.), som vi kan anvende til belysning af årsager til, at akkreditering blev bibeholdt som metode i H:S trods modstand og skepsis.

Et muligt alternativt teorivalg kunne have været den ny-institutionelle teori, der som ANT anlægger et processuelt perspektiv på organisationernes adoption af organisationsopskrifter, som her konkretiseret ved akkreditering. Den ny-institutionelle teori beskæftiger sig bl.a. med spørgsmålet om, hvorfor organisationer på så mange måder ligner hinanden. Ifølge denne teori skal svaret findes i forholdet mellem organisationer og deres omgivelser, hvor den enkelte organisation er nødt til at fremstå som legitim i omgivelsernes øjne for at overleve. For at fremstå som legitim må organisationen adoptere dominerende organisationsopskrifter. Den ny-institutionelle tilgang kunne derved have støttet os i undersøgelser af, *hvorfor* H:S valgte at indføre akkreditering (Meyer og Rowan, 1991).

Ifølge teorien indføres organisationsopskrifter oftest af organisationens ledelse og kædes ikke sammen med organisationens udførende niveau, hvorfor de kun får en mere

symbolsk og overfladisk betydning. Dette fænomen kaldes for dekobling. Med disse betragtninger kunne denne teoritilgang yderligere have været relevant i undersøgelser af akkrediteringens adoption i praksis på hospitalerne, hvilket vi imidlertid ikke har valgt at undersøge her.

Den ny-institutionelle teori kritiseres, bl.a. af skandinaviske forskere (Kousgaard, 2004) for dels at betragte organisationsopskrifter som givne og ikke-foranderlige, og dels for at overse aktørernes aktive rolle i udbredelsen (og transformationen) af organisationsopskrifterne. Derved synes teorien ikke velegnet til analyser af, *hvad* der spredes, som her akkreditering, og *hvordan* dette mere præcist sker, som er det, vi har valgt at undersøge i denne masterafhandling.

1.4 Metode og opgavedesign

lagttagelsesposition:

Vi indtager forskellige positioner som iagttagere af processen omkring akkreditering i H:S. Et af gruppens medlemmer, der er sygeplejerske, har arbejdet i H:S siden dets dannelse, og dermed været en del af processen. Et andet medlem af gruppen, der er læge, har arbejdet i H:S i 3 år op til første akkreditering i 2002 men arbejder nu i et naboamt. Gruppens tredje medlem, der er cand. polit., har ikke erfaring fra sygehusvæsenet.

Disse positioner har uundgåeligt præget den forforståelse, som vi har bragt med i forhold til problemstillingen, hvilket også har vist sig i de interne diskussioner, vi har haft. Vidensniveauet i gruppen var i udgangspunktet ret forskelligt; det samme var holdningerne til processen og til akkreditering. Diskussionerne har i perioder afspejlet den skepsis, som initiativer i H:S generelt er blevet mødt med uden for organisationen.

Gruppens tværfaglige sammensætning har sikret en vis dynamik og et gensidigt modspil, bl.a. i forhold til vores fagprofessionelle selvforståelse, og har dermed bidraget til at skabe den nødvendige neutralitet og undren i de forhold, der ellers tages for givne.

Sammen med vores fælles "MHM-forståelse" har dette givet os mulighed for at udfordre den sundhedsprofessionelle verden og bruge andre begrebsapparater og teorier end de, der er gængse og accepterede i den professionelle sfære.

Det empiriske grundlag - afgrænsninger:

I ANT-perspektiv udgør alt og alle i en organisation sammen med alt uden for organisationen potentielle aktører, mulige punkter der kan danne forbindelser, som her i forhold til etablering af aktør-netværk omkring akkreditering. Ved anvendelse af ANT som teoretisk analyseramme skal man følge aktørerne, mens de konstruerer Verden og indgår i kontroverser med andre aktører. Det lyder umiddelbart ukompliceret. Men det kan være et overordentlig langstrakt og detaljeret projekt, for ifølge ANT kan man ikke på forhånd vide hvad og hvem, der spiller en rolle for forløbet og udfaldet af en given proces. Man skal tilsidesætte alle forhåndsantagelser. Så hvor skal man starte sit arbejde? Og

hvad skal man se efter? Og kan man så være sikker på, at man ikke har overset noget?

Faktisk kan spørgsmålene kun besvares efterhånden, som studierne skrider frem, og der tegner sig et billede af, hvordan begivenhederne udspiller sig over tid. Man kan risikere at skulle langt tilbage i tiden, langt ud i Verden og langt ned i detaljen for at af-søge mulige forhold, der har betydning for det, man nu har valgt at udforske. Og helt sikker på, at noget eller nogen ikke bliver overset, kan man vel aldrig blive. Men grundigheden i ens arbejde kan trods alt minimere den risiko. Og baseret på forhåndsviden, hypoteser og sund fornuft kan og må man nødvendigvis foretage én eller flere former for tidsmæssig, organisatorisk, geografisk eller anden afgrænsning for rent praktisk at kunne gennemføre en analyse som denne.

Risikoen ved afgrænsning er, at man overser forhold, som i virkeligheden har betydning for analysens konklusioner. På den anden side kan "ydre" afgrænsninger forbedre mulighederne for at analysere "i dybden", som jo oftest er formålet med at tilrettelægge sit studie som en case-analyse.

Nu er vi ikke forskere, og denne masterafhandling ikke et forskningsprojekt. Og de begrænsede tidsmæssige ressourcer kræver, at vi på samme tid må være produktive, effektive og målrettede - der er ikke megen tid og plads til svinkeærinder og til at følge "blinde spor". Det betyder, at vi må indtage en pragmatisk tilgang til de overvældende forskningskrav i ANT. Vi må f.eks. relativt tidligt i undersøgelsen lægge os fast på et analyseniveau og målrette dataindsamlingen og dermed afgrænse det empiriske grundlag for analysen med den risiko, at forhold af betydning muligvis bliver overset eller forbigået.

For at kunne vurdere hvilke afgrænsninger der er acceptable, mulige og relevante, har vi gennemført en forundersøgelse i form af en litteraturgennemgang bestående af gen-nemlæsning af umiddelbart tilgængeligt materiale om akkrediteringen i H:S. Litteraturgennemgangen gav et forhåndsindtryk af den organisatoriske og historiske kontekst, indførte os i akkrediteringsmetoden og gav en fornemmelse af væsentlige aktører.

På basis af forundersøgelsen har vi truffet beslutning om dels organisatoriske og dels historiske afgrænsninger, som inddæmmer analysefeltet. Vores organisatoriske afgrænsninger indebærer, at vi overvejende betragter forløbet inden for H:S og ikke studerer nationale og internationale forhold i væsentlig grad ud over i betragtningerne om de globale og nationale oversættelser af akkreditering, jf. kapitel 3. Som historisk skæringspunkt har vi valgt etableringen af H:S, og analyserne tager dermed ikke højde for eventuelle forudgående forhold, der kunne have betydning for processen. Man kunne have valgt at gå længere tilbage i tiden, fordi det ikke på forhånd kan udelukkes, at afgørende aktører har en fortid, alene eller sammen, som kan have betydning for deres handlinger i forbindelse med akkreditering i H:S. Vores forundersøgelser har imidlertid ikke afsløret sådanne forhold af væsentlig betydning.

Det stiller nogle særlige udfordringer, at vi har valgt at studere et fænomen eller en proces, der *har* fundet sted, og som derfor må studeres retrospektivt. Vi har ikke mulighed for at indhente empiriske data via observation, og mens begivenhederne rent fak-

tisk udspiller sig. Empirisk baserer analysen sig derfor alene på dokument- og interviewdata.

Det empiriske grundlag - dokumentmateriale:

Dokumentarmetoden er retrospektiv, og materialet er derfor produceret med et andet formål end det konkrete studie. I en ANT-analyse er dette imidlertid ikke problematisk, idet vi netop ønsker at studere aktørernes subjektive fortolkninger. Det er desuden ikke givet på forhånd, hvilke dokumenter der spiller en rolle for forløbet af de processer, der studeres. I princippet kan anvendeligheden ikke forudses på baggrund af dokumenters forfatter eller oprindelse, og alt materiale er dermed potentielt anvendeligt, hvilket fordrer en bred søgning.

Dokumentmaterialet til dette studie er primært tilvejebragt ved:

- Søgning på internettet og diverse hjemmesider:
 - H:S intranet (lukket net)
 - H:S hjemmeside (www.hovedstadenssygehusfaelleskab.dk)
 - Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk)
 - JCI website (www.JCI.org)
 - HQS website (www.HQS.org)
 - IKAS hjemmeside (www.kvalitetsinstitut.dk)
 - PubMed (www.pubmed.org), søgeord: accreditation xxx
 - Dansk Institut for Sundhedsvæsen (www.DIS.dk)
 - Infomedia, søgeord: akkreditering, H:S, kvalitet, kvalitetsudvikling
 - Ministerier og offentlige myndigheder:
 - Indenrigs- og Sundhedsministeriet
 - Finansministeriet
 - Rigsrevisionen
- Søgning i nationale tidsskrifter:
 - Ugeskrift for Læger, manuel søgning 1999-2002
 - Ugeskrift for Læger, elektronisk søgning 2002-2006, søgeord: akkreditering, H:S, kvalitet, kvalitetsudvikling
 - Lægen (tidsskrift for Københavns Lægeforening), manuel søgning 2002
 - Sygeplejersken, elektronisk søgning 1999-2002
- Forespørgsler bredt i H:S:
 - Manuel søgning i H:S Informationsafdeling
 - Manuel søgning i H:S Direktionssekretariat
 - Manuel søgning i H:S Forhandlingsafdeling
 - Manuel søgning i H:S Sundhedsfaglig afdeling
 - Manuel søgning i Frederiksberg Hospitals Kvalitets- og Udviklingsafdeling
 - Manuel søgning i Frederiksberg Hospitals Økonomiafdeling

En del af materialet er førstehåndskilder, f.eks. referater af møder i samarbejdsudvalg og H:S's egne nyhedsbreve, mens andet er gengivelser af udsagn på anden hånd, f.eks. journalisters artikler og konsulentrapporter.

Såfremt der havde været tale om et egentligt forskningsprojekt, ville det have været oplagt og formentlig formålstjenligt at anmode om generel aktindsigt i H:S's dokumentmateriale om akkreditering, herunder også i relevant e-mailkorrespondance. Det har vi dog fravalgt af ressourcemæssige årsager, men det kan ikke udelukkes, at der i sager og i den interne elektroniske kommunikation kunne gemme sig interessante og relevante aspekter.

Det er i høj grad relevant at anvende skriftlige kilder i en ANT-analyse. Dokumenter som f.eks. mødereferater og organisationsplaner bidrager med væsentlig indsigt i den meningsramme, som begivenhederne udspiller sig i. Referater, notater m.m. videregiver information om aktørers holdninger, meningstilkendegivelser, fortolkninger m.m., og rapporter, ledelsesnotater, tidsskriftartikler m.m. bidrager til dannelse af meningsramme, her omkring akkreditering

En begrænsning ved dokumentarmetoden er naturligvis, at kun udsagn, der gengives i det skriftlige materiale, kan indgå i analysen, og derfor kan der være betydningsfulde mundtligt fremsatte og ikke-refererede synspunkter, som ikke medtages.

Det empiriske materiale - interviews:

Som supplement til det skriftlige materiale har vi gennemført i alt 12 individuelle, semi-strukturerede interviews. Den kvalitative interviewmetode er valgt, dels fordi vi har at gøre med begivenheder, der *har* fundet sted, og dels fordi vi har ønsket at få en dybere forståelse af væsentlige aktørers interesser, fortolkninger og lignende.

Temaerne i interviewguiden, jf. bilag 1, var udledt dels af fundene fra forundersøgelsen og dels af den teoretiske analyseramme.

Alle informanterne er udvalgt efter princippet om hensigtsbestemt sampling:

- For fire informanters vedkommende er der tale om personer, som på et tidligt tidspunkt i vores undersøgelse sprang i øjnene som personer, der tydeligvis havde spillet væsentlige roller for akkreditering i H:S, og som derfor måtte antages at være informationsrige med dybtgående kendskab til forløbet og begivenhederne. Der er tale om et tidligere medlem af H:S Direktionen, en sygehusdirektør, en tidligere sygeplejefaglig direktør og en tidligere næstformand for H:S's Centrale Samarbejdsudvalg (CSU). Disse 4 informanter er ikke forhåndsudvalgt efter deres organisatoriske placering i H:S, og deres udtalelser må i vidt omfang betragtes som værende personlige og ikke som udgangspunkt repræsenterende andre personer eller grupper i forløbet.
- De resterende otte informanter var medarbejdere, fem læger og tre sygeplejersker, der indenfor det seneste år har skiftet arbejdssted fra en akkrediteret ar-

bejdsplads i H:S til en ikke-akkrediteret arbejdsplads i Frederiksborg Amt. Tanken bag dette valg har været, at skiftet fra akkrediteret til ikke-akkrediteret arbejdsplads kunne udgøre en anledning til refleksion over akkrediteringens betydning, herunder for arbejdsopgaver, ansvarsfordeling og andre forhold af betydning for læger og sygeplejerskers identiteter.

De 8 læger og sygeplejersker kommer alle fra samme arbejdsområde, nemlig anæstesi (bedøvelse) og operationsområdet, der traditionelt har relativt høje krav til tjek og dokumentation. Dette forhold kan udgøre en bias, hvor det drejer sig om informanternes vurderinger af akkrediteringsmetoden, fordi den på samme vis baserer sig på standarder og dokumentation. Dette bør man holde sig for øje i fortolkning af interviewene, jf. bilag 2.

De fire førstnævnte interviews havde en varighed af ca. 1 time, og blev gennemført med deltagelse af minimum 2 af gruppens medlemmer. De resterende 8 havde en varighed af ca. ½ time, og blev gennemført af én og samme gruppemedlem.

Indledningsvis blev de interviewede gjort bekendt med problemstillingen, jf. bilag 1. Specifikt blev det gjort klart, at vi ikke fokuserede på spørgsmålet om akkrediteringens kvalitet, in casu om akkreditering er godt eller ej. Inden interviewet blev alle garanteret anonymitet.

Alle interviews blev optaget på bånd og transskriberet efterfølgende. Informanterne blev tilbudt at gennemlæse de renskrevne interviews samt at rette eventuelle misforståelser og faktuelle fejl. Hvor der opstod behov for supplerende oplysninger, blev informanterne kontaktet telefonisk med henblik på uddybende kommentarer.

Når man anvender interviewmetoden retrospektivt som her, er det sandsynligt, at informanternes udtalelser er præget af efterrationaliseringer, hvilket kan udgøre en bias. Efterrationaliseringer kan betyde, at forløbet fremstår mere strategisk velovervejet og veltilrettelagt, end tilfældet faktisk var på tidspunktet for begivenhederne. Desuden er der naturligvis en risiko for, at begivenheder eller andet simpelthen er glemt, hvilket kan imødegås delvist ved interview af flere informanter om de samme begivenheder. På den anden side kan en tidsmæssig afstand mellem faktiske begivenheder og interviewtidspunkt også betyde, at informanterne har haft tid og mulighed for at reflektere over forløbet og dermed kan bidrage mere ”i dybden”, end tilfældet ellers ville have været.

I forhold til analyserne af interviews med de fire ledere og medarbejderrepræsentanter, har det været et bevidst valg, at undgå en stramt struktureret og skemalagt databehandling. Hensigten i disse interviews var netop at få de subjektive opfattelser og tolkninger af processen trukket så klart frem som muligt. Vi har desuden bestræbt os på at tillægge alle informanter samme status og tillægge deres udsagn samme vægt i analysen i overensstemmelse med det overordnede symmetriprincip i ANT.

Analysen af interviews med de 8 medarbejdere blev struktureret med henblik på at uddrage udtalelser, der beskrev mere fagspecifikke opfattelser (læge/sygeplejersker) samt forholdt sig til forskelle i opgave og ansvarsfordeling i et akkrediteret henholdsvis ikke-akkrediteret system. (bilag 3).

Vi er bevidste om det relativt beskedne antal informanter i gruppen af medarbejdere, hvilket imidlertid skal ses i lyset af det meget omfattende dokumentmateriale. Det har været vores udgangspunkt, at resultaterne fra disse 8 interviews skulle fungere som supplement til de medarbejderundersøgelser, der blev gennemført i H:S i 2002, 2004 og 2005 (Right, 2002; Operate, 2004; Right, 2005).

Masterafhandlingens opbygning:

I **kapitel 2** præsenteres afhandlingens teoretiske analyseramme, aktør-netværks teorien, dens grundforståelse, perspektiv og overordnede begrebsapparat, og det anføres på hvilken måde, vi har valgt at anvende teorien i de efterfølgende kapitler.

I **kapitel 3** beskriver vi den historiske og organisatoriske kontekst, der satte rammerne for oversættelserne af akkreditering i H:S i perioden 1999-2002.

I **kapitel 4** studerer vi de oversættelser, der fandt sted i forbindelse med akkrediteringens udbredelse fra det globale til det nationale og regionale niveau i Danmark og H:S, herunder oversættelser af akkrediteringens programmatisk idealer.

Kapitel 5 udgør vores fortælling om oversættelser af akkreditering i H:S i perioden 1999 – 2002, bygget op om Callons fire "moments of translation", jf. kapitel 2. Som en del af dette påviser vi, hvorledes det har været muligt for H:S at skabe et stabilt aktør-netværk omkring akkreditering.

Kapitel 6 indeholder konklusion i forhold til problemformuleringen og de angivne teoretisk inspirerede undersøgelsesspørgsmål. Det indeholder desuden en vurdering af den teoretiske analyseramme.

Kapitel 7 består af en epilog, hvori vi vurderer akkrediteringens fremtid i det danske sygehusvæsen set i lyset af Den Danske Kvalitetsmodel.

I **Kapitel 8** diskuterer og perspektiverer vi akkrediteringen i en bredere samfundsvidenskabelig kontekst.

2. Teoretisk analyseramme

Aktør-netværksteori (ANT) er en samlebetegnelse for en række af ideer og begreber, som blev udviklet med afsæt i sociologiske undersøgelser af naturvidenskab og teknologi i løbet af 1980'erne og 1990'erne af Bruno Latour, Michel Callon og John Law. ANT er i udgangspunktet udviklet til at beskrive, hvordan videnskab og teknologi er konstrueret, men den fremstår også som en original og anderledes teori om samfundet (Fuglsang, 2004).

Begrebsapparatet i ANT er meget anderledes end i mange andre teorier om sociale og politiske netværk. En del af vanskeligheden ved ANT består derfor i at udrede disse begreber. Desværre er terminologierne, der anvendes i forskellige fremstillinger ikke altid i overensstemmelse. Forskellige termer anvendes til at beskrive det samme begreb, mens det samme udtryk på den anden side synes at have forskellig betydning (Stalder, 1997).

Vores valg af begreber og definitioner er, sammenstykket fra forskellige kilder ud fra et ønske om, at målrette teorianvendelsen bedst muligt i forhold til formålet med analyserne.

Aktører og aktør-netværk:

ANT's centrale påstand er, at det er umuligt at forstå, hvad der holder et samfund sammen, uden at vurdere teknologiske artefakter i beskrivelsen af dets struktur. ANT afviser således at foretage en a priori sondring mellem det sociale og det tekniske, som det ellers traditionelt gøres inden for sociologien, hvor der primært fokuseres på relationer mellem mennesker. Et af ANT's projekter kan derfor siges at bestå i, at bringe tingene ind i sociologien (Kousgaard, 2004).

Desuden insisterer ANT på, at alt og alle, både det sociale og det materielle, skal studeres på lige fod, dvs. der er tale om et grundlæggende symmetriprincip, f.eks. mellem det humane (det menneskelige) og det non-humane (ikke-menneskelige). Denne antagelse indebærer, at aktører ikke kan beskrives ud fra f.eks. deres placering i et hierarki, en organisation eller andet, men alene ud fra deres handlinger. Dette er væsentligt at huske på, i forbindelse med kortlægningen af den organisatoriske kontekst i H:S, jf. **kapitel 3**. I ANT perspektiv har aktørerne således ikke prædefinerede positioner i det aktør-netværk, der senere danner sig omkring akkreditering.

Når man skal fremstille og analysere problemstillinger i store organisationer som H:S, er det imidlertid en fordel for overblikket og forståelsen af aktører og begivenheder, at betragte de forskellige dele af organisationen og dens historier, der tilsammen udgør den fælles meningsramme for begivenhederne. Det er blot væsentligt, at bevare den brede optik og holde sig for øje, at der i undersøgelsen kan dukke aktører op, som enten ikke optræder eller er mindre synlige i den officielle, formelle organisation, herunder non-humane aktører, så man med beskrivelsen af "hvad og hvem" ikke danner sig alt for faste forhåndsantagelser om, hvilke aktører der spiller hvilke roller i processen.

Aktørbegrebet i ANT skal altså forstås anderledes, end vi normalt gør. Det udvides - inspireret af semiotikken - til ikke kun at omfatte mennesker, men alt som kan siges at gøre en forskel i forhold til begivenhedernes gang. Den semiotiske betegnelse for en sådan entitet er en aktant - noget som tildeles en rolle. En aktant kan bogstavelig talt være hvad som helst, når blot den kan tilskrives at være kilde til handling. Det skal dog noteres, at vi gennem afhandlingen har valgt konsekvent at anvende betegnelsen aktør for at bevare sammenhængen til betegnelsen aktør-netværk.

ANT består i at analysere, hvordan aktører gennem performance holder samfundet sammen i aktør-netværk - hvordan aktør-netværk konstrueres og evt. stabiliseres. Ifølge ANT kan der ikke gives principielle svar, men svarene må findes ved at studere praksis, dvs. der er tale om et performativt samfundsbegreb (Fuglsang, 2004). Teorien starter ikke fra det universelle og går ned i det lokale, men fra uforbundne lokaliteter, som nogle gange knytter forbindelser, og det er disse forbindelser, der skaber aktør-netværk. Metoden i ANT består altså i at følge forbindelser eller at være "netværksopsporende", og denne metode anvender vi i **kapitel 5** i forhold til akkreditering i H:S.

I ANT's optik har alle aktører i et netværk et mål eller en interesse hermed, og handlinger, udsagn m.m. styres ofte af forsøgene på at nå disse mål/få opfyldt interesserne. Ofte har aktøren ikke selv ekspliciteret målene eller interesserne men ser sit arbejde som en stræben hen mod et mere konkret, "objektivt" mål. Alle aktører har altså en vilje, en opfattelse af Verden, nogle mål og interesser (Christensen, 1999).

Aktørers mål nås gennem ressourcemobilisering, dvs. at en given aktør søger at få så megen støtte for sit projekt, at eventuelle konkurrenter og modstandere må give op. Aktører som søger at udbrede en ide eller en teknologi, og som samtidig ønsker at sikre den mod transformation, står over for en stor udfordring: for at gøre en innovation stabil kræves et omfattende stykke oversættelsesarbejde. Dette kan også betragtes som et strategisk arbejde, her forstået som at begivenheder skal bindes sammen og stabiliseres, så de udfolder sig i bestemte mønstre. Strategiarbejde er således, når en aktør (strategen) tilstræber at gribe ind i begivenheder med den hensigt, at få dem til at udfolde sig og stabiliseres i overensstemmelse med strategens ønsker (Piihl, 2003).

Oversættelse er en proces, hvor en aktør positionerer sig selv som talsmand for andre aktører, hvilket sker gennem oversættelser og forskydning af interesser. Det er nødvendigt for en aktør, som ønsker at vinde tilslutning til et projekt, at vedkommende kan oversætte sin handling, gøre sig forståelig, så andre aktører kan identificere sig med projektet og finde ud af at bruge det til noget – at de føler sig repræsenteret.

Med talsmænd får "de tavse masser" en stemme. I ANT opereres således med en performativ magtdefinition, hvor magt er en effekt af adlydende handlinger, modsat den traditionelle forståelse af magt, som noget nogen besidder, og som de dernæst kan bruge til at få andre til at adlyde sig. Der er aldrig nogen garanti for, at den konstellation af talsmænd og aktører, som er opbygget, ikke kan blive udfordret på et hvilket som helst tidspunkt (Elgaard Jensen, 2003).

Translation og oversættelsesmodellen:

ANT skelner ikke skarpt mellem innovations-, sprednings- og implementeringsprocesser, men konceptualiserer generelt forandringsprocesser som *translationsprocesser* (oversættelsesprocesser), hvor relationer mellem en række forskellige aktører og deres interesser (re)konstrueres på nye måder.

Oversættelsesmodellen i ANT står i kontrast til en mere traditionel måde at begribe forandringsprocesser på, nemlig diffusionsmodellen (Kousgaard, 2004), som vi kort vil berøre, fordi det kan synliggøre forskellene på de to modeller. I diffusionsmodellen spredtes et token - Latours samlebetegnelse for det som spredes - fra sit oprindelsessted og kopieres mange forskellige steder i verden. Det er nogle iboende egenskaber, som giver tokenet den kraft, der skal til, for at det kan spredes og forankres. Når et token spredes, ændrer det ikke sin grundlæggende form, men det kan dog stoppes af modstand, der hvor det trænger frem.

I ANT's oversættelsesmodel opfattes spredningsprocessen ikke kun som værende afhængig af tokenets oprindelige indhold eller afsender. Det er ikke essentielle egenskaber, som definerer et token mht. sandhedsværdi, effektivitet eller kraft - det er derimod den måde, hvorpå det forbindes med andre påstande og objekter. For at opnå udbredelse er ideer og objekter hele tiden afhængige af, at der er nogen, som gør noget med dem - at der er nogle aktører, som får dem til at bevæge sig. Men samtidig kan ideer og objekter blive transformeret, fordi de aktører, som tager dem til sig, udvikler og modificerer dem på forskellige måder.

ANT følger, hvordan globale diskurser oversættes til mere lokale sammenhænge. Akkrediteringsdiskursen indeholder programmatisk idealer, der skal forstås som de elementer, der er indeholdt i et program, en metode eller lignende, f.eks. akkreditering. I afhandlingens **kapitel 4** analyserer vi, hvordan akkrediteringens idealer, oversættes fra det globale til det nationale og lokale niveau i Danmark og H:S.

Analysen baserer sig på det indhentede dokumentmateriale, og der er således ikke tale om en fremstilling baseret på empiri om den *praktiske* gennemførelse af akkreditering i forskellige lande og i H:S, selvom der heri ville ligge information om oversættelsen og transformationen af akkrediteringsmetoden, som den kommer til udtryk i organisationsmedlemmers daglige handlinger. Sådant en fremstilling er mindre relevant i denne sammenhæng, hvor vi ikke er interesserede i at undersøge akkrediteringens påvirkning af praksis, men har fokus på oversættelsernes betydning for beslutnings- og stabiliseringsprocessen i H:S på det overordnede niveau. Ydermere er en sådan fremstilling ikke mulig at gennemføre i en reflektiv analyse, hvor der er så lang en tidshorisont mellem den første praktiske implementering af akkrediteringen og analysetidspunktet, som tilfældet er her.

Callons 4 momenter, OPP, interesser og identiteter:

Translationsprocesserne omkring beslutning og stabilisering af akkreditering i H:S (kapitel 5) analyseres ved brug af Callons 4 afgørende begivenheder eller "moments of translation" (Callon, 1986), som omfatter: problematisering, interessekonstruktion, ind-

rullering og mobilisering. Med momenterne defineres begreberne obligatory passage point (OPP), interesser og identiteter.

OPP er "the crucial point/question", dvs. et spørgsmål, emne, problem, udfordring, som alle aktører nødvendigvis må samles om/alliere sig omkring, og som de må overbevises om som værende "nøglen" til at få opfyldt deres mål/interesser.

Ifølge Callon forhandles og reformes aktørernes identiteter gennem translationsprocessen via interaktionen mellem aktørerne. De(n) identitet(er), der opnås gennem translationsprocessen, kan kun opretholdes, så længe netværket er stabilt. Interesser og identiteter hænger tæt sammen.

Interessebegrebet er centralt i ANT, fordi interessekonstruktion, eller det at få andre til at føle sig repræsenteret, udgør et strategisk fokus for de(n) aktør(er), der ønsker tilslutning til et bestemt projekt. Aktørernes interesser styrer deres handlinger, udsagn m.m.

I ANT er aktørernes interesser og identiteter ikke givet på forhånd; vi kan ikke initialt lægge generelle antagelser om specifikke interesser eller identiteter ned over aktørerne. Interesserne og identiteterne formes i translationsprocessen og må derfor udledes af det empiriske materiale, hvilket også er situationen i nærværende afhandling. Netop interesser og identiteter kan være vanskelige at få belyst empirisk, dels fordi de ikke nødvendigvis er eksplicite for aktørerne selv, og dels fordi der kan være tale om interesser eller identiteter, som aktørerne ikke ønsker at delagtiggøre andre i. Det medfører, at interesserne og identiteterne ikke i alle tilfælde fremgår eksplicit, og at vurderinger af dem derfor i nogen udstrækning beror på vores fortolkninger af deres mundtlige eller skriftlige udsagn og handlinger. For vores analyse betyder det, at der ikke nødvendigvis tale om den hele og fulde "sandhed", hvad angår beskrivelserne af aktørernes interesser og identiteter i forhold til akkreditering.

Ifølge ANT (Callon, 1986) forhandles og reformes aktørernes identiteter gennem translationsprocesser via interaktion mellem aktørerne. Ansvar og arbejdsopgaverne for en faggruppe inden for sygehusvæsenet er, således ikke givet på forhånd men forhandles frem gennem interaktions- og fortolkningsprocesser.

Callons 4 momenter omfatter følgende:

Problematisering involverer identifikation af aktørernes interesser og definition af obligatoriske passagepunkter (OPP). En aktør gør sig nogle overvejelser om egne, og andre (potentielle) aktørers interesser og identiteter i forhold til nøglespørgsmålet eller OPP. Problematisering tager som regel ofte udgangspunkt i forhold, som efter nogens mening ikke fungerer tilfredsstillende.

Ved **interessekonstruktion** forstås den proces, hvorved en aktør konstruerer en anden aktørs interesser (Elgaard Jensen, 2003). Interessekonstruktion indebærer, at de andre aktørers interesser ledes i retning af OPP; at de som allierede låses på plads.

Interessekonstruktion indebærer også, at den initiativtagende aktør søger at skærme aktører fra påvirkninger fra andre aktører. Det kan foregå gennem eksklusion eller skabelse af triangler, hvor der skabes forbindelse mellem to aktører og i samme moment afskæres forbindelser til alle andre aktører. Afskærmning kan ske ved hjælp af virkemidler, som Callon kalder interessekonstruktører, dvs. anordninger, processer, mekanikker eller andet, som kan bruges til at komme imellem den ønskede allierede og en anden aktør.

Callon beskriver **indrullering** som en vifte af teknikker, hvorved aktører bringes til at udfylde bestemte roller, således at interessekonstruktionen rent faktisk omsættes i deltagelse. Det kan ske gennem en række forhandlinger ved anvendelse af eksempelvis fysisk magt eller adskillelse, overtalelse, anerkendelse, forførelse m.m.

Ved **mobilisering** sikres koblingen mellem talspersoner (de få) og de aktører (de mange/masserne), de taler på vegne af. Mobilisering transformerer til aktiv støtte eller handling. I dette moment ligger fokus således på, hvordan talsmændne performer.

Der er flere grunde til, at vi har valgt at benytte Callons 4 momenter, til analyse af oversættelsen af akkreditering i H:S (kapitel 5). For det første støtter momenterne os i at rette og bevare fokus på strategiske aspekter af den politiske proces, som vi antager, at akkrediteringsbeslutningen i H:S udgjorde, herunder hvordan kontroverser mellem aktørerne udspillede sig. For det andet giver momenterne mulighed for at analysere og præsentere det empiriske materiale på en forholdsvis systematisk måde, hvilket ellers kan være vanskeligt i ANT-sammenhæng.

Modellens lidt håndfaste opdeling giver imidlertid også visse udfordringer, fordi virkelighedens begivenheder sjældent forløber så stringent, som modellen lægger op til (Woods, 1997). I systematiseringen af det omfattende empiriske materiale kan det således være vanskeligt at afgøre, hvilke handlinger der henhører under hvilke momenter, fordi der i virkeligheden er tale om flydende overgange (Woods, 1997), og fordi det ikke i alle situationer står klart, hvilke intentioner aktørerne har med deres handlinger.

Desuden mener vi, det har en vis betydning, at translationsprocesserne i denne case i vid udstrækning udspiller sig i en hierarkisk H:S organisation, hvor beslutningsvejene formelt skal følge en hierarkisk styringskæde, som udstikker rammer for, hvilke aktører der sædvanligvis skal involveres hvornår i beslutninger, som vil berøre den samlede organisation. Dette forhold betyder, at bestræbelserne på etablering og stabilisering i aktør-netværket udfoldes på forskellige tidspunkter i forløbet, over for de forskellige potentielle aktører. Der kan eksempelvis være tale om elementer af problematisering over for en potentiel aktør, i et moment som i øvrigt ellers ville blive karakteriseret som mobilisering. Vi har imidlertid valgt at fremstille fortællingen som en fortløbende proces, hvorfor begivenhederne præsenteres i den rækkefølge, de faktisk indtræffer.

Black-boxing:

En idé, påstand eller et objekt der ikke længere stilles spørgsmålstejn ved, men som tages for givet af andre aktører, betegnes i ANT som en "black-box". Selve termen er taget fra kybernetikken, hvor den betegner et maskineri eller et sæt af kommandoer,

som muligvis er særdeles kompliceret, men som kan erstattes med en boks, der er regulær og stabil (Stadler, 1997).

Man kan aldrig opnå fuldstændig stabilisering eller black-boxing. Stabiliteten afhænger af omkostningerne ved at åbne boxen igen. Jo mere en boks forekommer at være lukket, desto mere antages de netværk, den rummer, selv at være pålidelige.

Jo flere sociale aktør-perspektiver de teknologiske handlemåder kan oversættes til og finde anvendelse ud fra, og jo mere de kan pakkes ned i komplekse konstruktioner, desto stærkere står de, og jo mere varigt bliver aktør-netværket. Af det kan man udlede, at ingen aktør skal opfattes som større end nogen anden aktør. Makroaktøren sidder blot på toppen af en mængde black-boxes, som er med til at forsimple makroaktørens univers (Fuglsang, 2004).

Stabilisering:

Hvis et aktør-netværk er ordnet på en bestemt måde, således at et punkt i netværket kommer til at tale eller virke på vegne af andre, betegner ANT det som værende stabilt (Fuglsang, 2004). Et aktør-netværk, som fra et givent perspektiv fremtræder som en black box, har opnået stabilitet og forudsigelighed. I **kapitel 5** ser vi på, hvordan akkreditering er blevet stabiliseret i H:S. I processen var der også en række manifestationer, der udfordrede akkrediteringen og stillede spørgsmålstejn ved talspersonernes repræsentativitet. Om disse manifestationer anvender Callon begrebet dissidence (Callon, 1986).

Dissidence sætter et aktør-netværk under pres og truer med at opløse det. Stadler (Stadler, 1997) anfører, at et aktør-netværk altid stræber efter stabilitet, fordi ingen af de enheder, der udgør netværket, kan eksistere uden netværket i denne form. At arbejde for en øget stabilitet af netværket er derfor en måde, hvorpå aktørers eksistens styrkes. Destabilisering er således noget, der skal imødegås, fordi det ultimativt truer netværkets eksistens og fremmer konstruktionen af nye netværk konstitueret af nye aktører. Destabilisering kan resultere i eksklusion af aktører eller redefinering af OPP, hvilket i den aktuelle case ville indebære f.eks. afvisning af akkreditering via JCI eller afvisning af akkreditering i det hele taget. Stabilitet er derfor ikke en sikker og permanent tilstand men kan udfordres og ophæves.

Oversigt: Opsummering og overblik over ANT.

- Teoriens ontologi (genstandsfelt): Menneskelige og ikke-menneskelige aktører og deres indbyrdes transformation, blackboxing, eksklusion og inklusion.
- Teoriens epistemologi (hvordan genstandsfeltet kan studeres): processer for translationer og repræsentationer.
- Teoriens metode (hvad søges belyst): aktiviteter, hvorved aktører holder samfundet sammen i aktør-neværk.
- Teoriens slutning (måde hvorpå der sluttes fra en eller flere påstande (præmisser) til én påstand (konklusion): fra objekt til repræsentation, til repræsentationer på stadig højere niveauer og tilbage.
- Teoriens sandhed (gyldighedskriterier) . plausible forklaringer, der virker i praksis – ikke principielle eller generelle forklaringer.
- Teknik (konkrete fremgangsmåder): observationer, diskursanalyser case-studier

3. Den organisatoriske og historiske kontekst

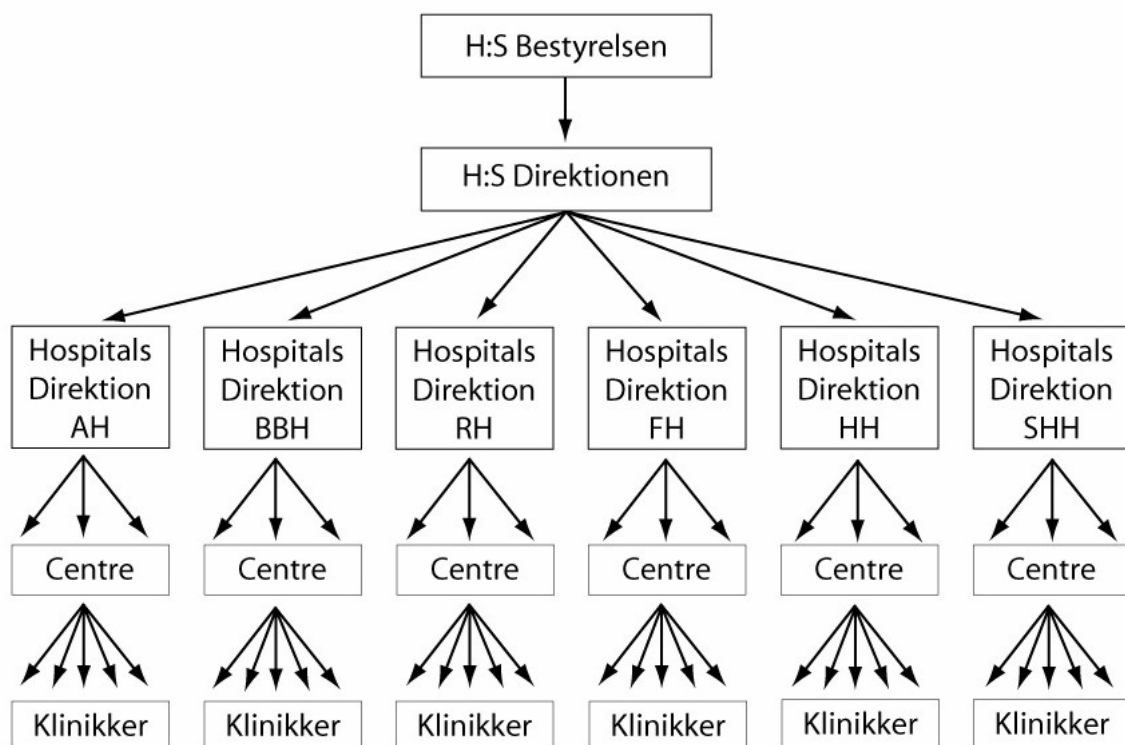
3.1 Kapitlets formål

Dette kapitel beskriver H:S's organisering, som den har set ud siden 1999 og til nu. Det belyser desuden H:S's historie siden dannelsen i 1995. Formålet med kapitlet er at belyse den meningsramme, som oversættelser af akkreditering indgår i, og dermed danne baggrund for kapitlerne 4 og 5.

3.2 Den organisatoriske kontekst

Styringskæden i H:S består af H:S Bestyrelsen, H:S Direktionen, hospitalsdirektioner og centre med underliggende klinikker eller alternativt afdelinger (Rigsrevisionen, 2000). Strukturen er afbildet i figur 3.1

Figur 3.1: H:S organisationen



Den politiske ledelse i H:S varetages af H:S Bestyrelsen på i alt 15 medlemmer, heraf 7 udpeget af Københavns Borgerrepræsentation, 2 udpeget af Kommunalbestyrelsen i

Frederiksberg Kommune og 6 medlemmer udpeget af Indenrigs- og sundhedsministeren (Lov om H:S, 1994).

Den øverste daglige ledelse udøves af H:S Direktionen på 4 medlemmer: en administrerende direktør, en planlægnings- og økonomidirektør, en sundhedsfaglig direktør og en forhandlings- og personaledirektør. Den første direktionskonstellation var på plads i slutningen af december måned 1994 og svarer på de tilsyneladende afgørende poster til den Direktion, der agerede i akkrediteringsforløbet i H:S. Direktionskonstellationen ændredes i 1999 til 3 medlemmer, da forhandlings- og personaledirektøren gik på pension, og stillingen ikke blev genbesat.

For hvert af de 6 H:S hospitaler varetager en hospitalsdirektion den øverste ledelse. Hospitalsdirektionerne fungerer med et enstrengt ledelse og består af en administrerende, en lægelig og en sygeplejefaglig direktør, hvor den administrerende direktør har det afgørende ord ved uenighed.

De enkelte hospitaler i H:S er som hovedprincip opdelt i centre, klinikker og afsnit. For hvert niveau og hvert (speciale)område er en flerfaglig ledelse, i mange tilfælde bestående af en læge og en sygeplejerske. Ved uenighed vil det være den ansvarlige chef for området, der træffer den endelige beslutning.

De enkelte hospitalsdirektioner har selv fastlagt formen af kontakt til deres egen organisation. F.eks. holder direktionen på Frederiksberg Hospital møde med de enkelte centerledelser en gang om ugen og med de enkelte klinikledelser 2 gange om året. Centerledelsen har ansvaret for at videregive diverse informationer fra direktionen efter de afholdte møder. Centerledelserne afholder regelmæssige (ugentligt/månedligt) møder med de enkelte klinikledelser.

Medarbejderne i H:S udgør en stor og sammensat skare, som i 2002 svarede til i alt 17.588 årsværk (H:S, 2003):

Figur 3.2: Årsværk i H:S fordelt på stillingsgrupper (2002-tal).

Læge-personale	Pleje-personale	Øvrigt sundheds-personale	Kontor og adm. personale	Service-personale	Teknisk personale	Elever	Øvrigt personale
2.380	7.573	2.387	2.671	1.669	385	148	375

Kilde: " H:S Personalepolitisk redegørelse 2003."

Som det fremgår, udgør plejepersonalet (sygeplejersker, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter) langt den største gruppe svarende til 43 % af det samlede antal årsværk. Ca. 75 % af denne gruppe udgøres af sygeplejerskerne, mens lægerne udgør knap 14 % af personalegruppen. I forhold til personalegruppen er det primært læger og sygeplejersker, der fokuseres på efterfølgende i kapitel 5 og 6.

Der var på dette tidspunkt etableret en central enhed for kvalitetsudvikling i H:S, H:S Tværfaglige Kvalitetsråd, under ledelse af H:S's kvalitetschef. Den centrale kvalitetsenhed blev suppleret med lokale kvalitetsråd på de enkelte hospitaler. Kvalitetsinitiativer blev iværksat af hospitalsdirektionerne samt ved initiativer fra afdelingsledelser, projektgrupper og enkeltpersoner. Det var endvidere op til de enkelte hospitaler at indarbejde H:S's overordnede servicemål i deres egen selvstændige kvalitetsudviklingsstrategi, og netop den lokale projektförankring blev anset for væsentlig (H:S, 1996).

3.3 Den historiske kontekst

Vores fremstilling af begivenhederne starter 1. januar 1995, jf. kapitel 1, hvor loven om H:S (Lov om H:S, 1994) trådte i kraft, og H:S blev en realitet. H:S overtog hospitalerne i København og Frederiksberg Kommuner samt Rigshospitalet, i alt 7 hospitaler, der kort efter blev til 6 grundet lukning af Kommunehospitalet. Ifølge den første - og eneste - økonomi- og planlægningsdirektør i H:S Direktionen blev H:S dannet:

"fordi man så et stort rationaliseringspotentiale i at lade alle hospitaler i hovedstadsområdet høre under én ejer. Der var simpelthen et krav om, at udgifterne skulle bringes på niveau med resten af landet - samtidig med at kvaliteten gerne skulle højnes."

NYH:S, 2005

Citatet afspejler den almene opfattelse af formålet med H:S's etablering, selvom der sandsynligvis også har ligget andre overvejelser til grund, og giver samtidig baggrunden for, at den første samlede plan i H:S, "Sygehusplan H:S 2000", indeholdt omfattende besparelses- og rationaliseringstiltag. I konstruktionen af H:S's økonomiske grundlag satte staten og kommunerne tommelskruerne på: staten gav 1 mia. kr. de første to år med henblik på, at Københavns og Frederiksberg Kommuner kunne betale mindre til hospitalerne, men statens bidrag blev efterfølgende aftrappet med 100 mio. kr. om året til og med 2005, og kommunerne øgede ikke deres beløb tilsvarende (NYH:S, 2005).

Konstruktionen af H:S blev mødt med betydelig skepsis fra mange sider (NYH:S, 2005). Derfor har det uden tvivl også været vigtigt, dels for beslutningstagere og støtter af H:S og dels for H:S's ledelse, at der hurtigt og på markant vis kunne fremvises resultater af den nye organisering. Det første officielle synlige resultat - der samtidig skulle vise vilje til at leve op til formålet med H:S og de stramme økonomiske krav - var "Sygehusplan H:S 2000" (H:S, 1999), som indebar, at:

- Kommunehospitalet blev lukket
- 25 afdelinger blev flyttet, nedlagt eller sammenlagt
- Personalet blev reduceret med 8 %
- Lukning af 650 senge
- Der blev gennemført besparelser svarende til 450 mio. kr. om året (ifølge Rigsrevisionen 391,5 mio. kr.), når planen var i fuld drift
- 150 byggeprojekter blev gennemført

Rigsrevisionen udarbejdede i 2000 en beretning om H:S's økonomi og aktiviteter for perioden 1995-1998 (Rigsrevisionen, 2000), der skulle belyse, om H:S gennem sin opgavevaretagelse og planlægning havde opfyldt de forudsætninger, som H:S loven byggede på, herunder i hvilket omfang sygehusplanen havde bidraget til bedre ressourceudnyttelse. Rapporten konkluderede blandt andet, at H:S på stort set alle punkter havde gennemført Sygehusplan 2000, og at gennemførelsen havde givet anledning til betydelige besparelser som følge af kapacitetsreduktioner og effektiviseringer.

Kvalitetsudviklingen var skrevet ind i Sygehusplan 2000, gennem de såkaldte 10 servicemål, der blandt andet fokuserede på ventetider, kontinuitet i indlæggelsesforløb samt formulering af kvalitetsarbejde og kvalitetsmål lokalt på afdelingerne, jf. kapitel 4. Jævnfør beskrivelsen af de organisatoriske forhold i H:S, var det hensigten, at rammerne og de overordnede kvalitetsmål skulle fastsættes centralt, mens hvert hospital, center, klinik og afdeling skulle opstille en strategi med henblik på at omsætte de overordnede kvalitetsmål til lokale mål for den faglige indsats og service.

Selvom der var tiltagende fokus på kvalitetsarbejdet i H:S i perioden 1995-1999, så valgte man bevidst at kontrollere ambitionerne for central udvikling af politikker og strategier for forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling i netop denne periode, hvor hospitalerne gennemgik omfattende omstruktureringer og opgaveflytninger, samtidig med at H:S blev pålagt yderligere sparekrav i perioden (Rigsrevisionen, 2000). Vurderingen byggede på, at det ikke ville være muligt at opnå den tilstrækkelige fokus og medvirken fra såvel ledere som medarbejdere, under de vanskelige og omskiftelige forhold, til at gennemføre meget vidtgående forslag.

I 1998 blev udpeget yderligere en række indsatsområder for kvalitetsudvikling i H:S, der i varierende omfang indgik i kvalitetsstrategien på afdelinger, i centre og klinikker. Men ifølge Rigsrevisionen indgik disse tiltag ikke på tilstrækkelig og tilfredsstillende vis i H:S's løbende styringsproces.

Konsekvensen af den decentrale politik blev bemærket i forbindelse med de indledende undersøgelser forud for akkrediteringen:

"Jeg kan huske, at både Hvidovre og Bispebjerg Hospital stolt fortalte, at de havde 175 kvalitetsprojekter. Og i stedet for at de der kvalitetskonsulenter klappede i hænderne, sagde de: hvordan kan I håndtere 175 projekter, kan I bruge dem til noget, ved I, hvad der kommer ud af dem, har I eksporteret til nogen? Og det var lige præcis det, der ikke var sket. Der var et projekt dér og et dér, og hvis det var godt, så var det godt, men det var der i øvrigt ingen, der interesserede sig for."

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Sygehusplanen blev fra flere sider betragtet som gennemført i begyndelsen af 1999. Uagtet denne situation synes H:S Direktionen at være præget af en vis utålmodighed efter at iværksætte nye, samlende tiltag i organisationen. Og H:S Bestyrelsen efterlyste efter sigende visioner og mål for H:S's virksomhed i den kommende periode. Der var intet der antydede, at H:S i kvalitetssammenhæng var dårligere end de øvrige amters sygehusvæsen. Men i beretningen fra 2000 anførte Rigsrevisionen, at det var væsentligt, at kvalitetselementerne fik høj prioritet i H:S, fordi dette i sidste ende er afgørende for patienterne (Rigsrevisionen, 2000):

"Sygehusplanen var implementeret i maj 99, Kommunehospitalet tømt og solgt. Og det vidste vi jo, at det ville ende sådan, så i begyndelsen af 99, hvor vi kunne sige: om 4 måneder er den sådan set gennemført, så synes vi selv i Direktionen, men der kom også folk der sagde, hvad nu, hvad er nu målet eller planen, fordi det viste sig jo efterhånden, at den der sygehusplan, den havde været styrende for, hvad vi skulle gøre, det stod jo i planen. Vi andre sad jo også og tænkte, hvad skal vi nu have for mål?"

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

H:S Direktionen begyndte på dette tidspunkt at forhøre sig rundt om i organisationen, nærmere bestemt hos hospitalsdirektionerne, med hensyn til fremtidigt fokus:

"Vi besluttede os for en bred proces, blandt andet et IT-seminar med alle 21 personer i samme rum. Og der kom mange ting frem. Det handlede alt sammen om kvalitet, uddannelse og samarbejde. Så vi var ikke i tvivl om, hvad vi skulle, spørgsmålet var: hvordan får vi omsat de 7 direktioners ønsker, der klart var meget forskellige, til en plan?"

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

"Nu kunne vi begynde at koncentrere os om andre ting. Vi skulle have noget, som vi kunne være fælles om i H:S."

Hospitalsdirektør, 2006

3.4 Opsummering

Med afslutningen af Sygehusplan 2000 opstod der i H:S det, man selv har betegnet som et projektvakuum - udtalt i H:S Direktion og bestyrelse. Fra flere sider i organisationen efterlyste man øget fokus på de såkaldte bløde værdier. Man havde således en bred vifte af indsatsområder men stod tilbage med spørgsmålet om, hvordan de 6 hospitalers og H:S Direktionens ønsker skulle samarbejdes og systematiseres i et samlet planlægningsgrundlag.

Der var nok opbygget en kvalitetsorganisation i H:S, men trods en formelt set central placering var kvalitetsrådenes ressourcer og kompetencer endnu relativt begrænsede. Ligeledes var der iværksat en række kvalitetsprojekter, men det foregik uden overordnet koordination og med en noget ujævn fordeling internt i H:S, idet flertallet af projekterne udgik fra to hospitaler, Hvidovre og Bispebjerg (H:S, 1996).

Akkreditering som begreb optrådte ikke i de officielle publikationer, eks. Sygehusplan 2000, heller ikke de publikationer der i årene 1995 –1998 udgik fra H:S.

En kronologisk oversigt over udvalgte begivenheder, nationalt og i H:S, med relation til kvalitetsudvikling og akkreditering i perioden 1985 og op til 2006, findes som bilag 10.3.

4. Akkreditering globalt og nationalt, herunder akkrediteringens idéaler

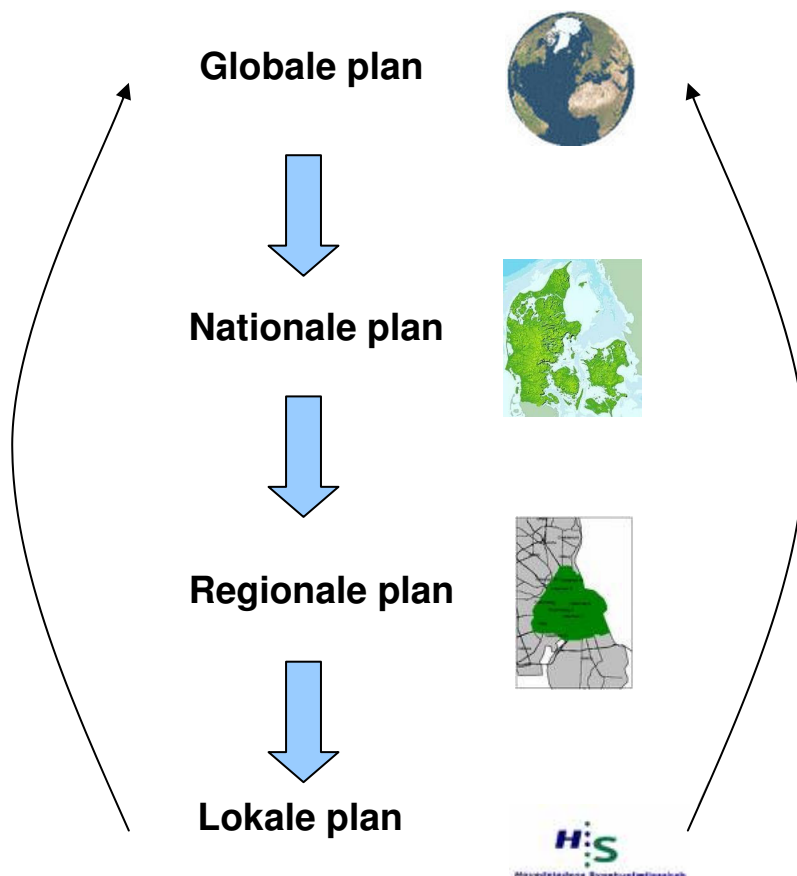
4.1 Kapitlets formål

Som det er beskrevet i kapitel 1, benytter H:S et internationalt, men oprindelig amerikansk akkrediteringskoncept fra JCI. Når et koncept på denne måde bevæges, og som her "importeres", gennemgår det ifølge ANT, jf. kapitel 2, en række transformationer, fordi det oversættes og modificeres af aktørerne. Oversættelserne starter fra det første møde med konceptet, foregår løbende og af alle der involveres, mere eller mindre bevidst.

I dette kapitel vil vi belyse oversættelserne af akkreditering fra det globale til det nationale og regionale niveau empirisk gennem det indhentede dokumentmateriale, jf. kapitel 1. På det globale niveau vil vi primært koncentrere os om JCI's internationale akkrediteringsmodel, fordi den senere blev introduceret i H:S. Da H:S var det første hospitalsvæsen, der indførte akkrediteringsmetoden i Danmark, betragter vi H:S's regionale oversættelser som svarende til oversættelserne på det nationale niveau.

Figuren illustrerer oversættelsernes forløb på det helt overordnede niveau. De opadgående pile illustrerer, at oversættelserne går begge veje, hvilket vil fremgå af det følgende, jf. afsnit 4.5.

Figur 4.1.1: Akkrediteringsdiskursens oversættelser



Vi antager, at oversættelserne af akkreditering sker af flere omgange: når de enkelte akkrediteringsorganisationer fortolker akkrediteringsbegrebet, og former deres egen version af en akkrediteringsmodel, når modellerne indføres i forskellige lande, når lokale sundhedsorganisationer implementerer modellerne og her igen på flere niveauer i organisationen. I tilfældet akkreditering er der altså tale om en lang kæde af oversættelser, som, stærkt forenklet, kan fremstilles i en fire-leddet model, jf. figur ovenfor.

4.2 Akkreditering i historisk perspektiv

Akkreditering af sundhedsorganisationer har sin oprindelse i USA. Tilbage i 1910 beskrev kirurg Ernest Codman "The End Result System of Hospitals Standardization" (JCI, website, 2006). Under dette system kunne et hospital, som behandlede bestemte sygdomsområder over længere perioder, vurdere, om behandlingen var virksom. Hvis ikke behandlingen var effektiv, skulle hospitalet afgøre hvorfor, så lignende tilfælde kunne blive behandlet med succes i fremtiden.

I 1917 blev de første standarder, 6 i alt, beskrevet af det amerikanske kirurgiske selskab, The American College of Surgeons (ACS) (Frølich, 1999). Standarderne stillede bl.a. krav til kirurgernes kvalifikationer, til journalførelse og til de diagnostiske og terapeutiske muligheder. ACS gennemførte den første omfattende undersøgelse af forholdene på knap 700 hospitaler i USA; kun 89 af disse opfyldte de standardiserede minimumskrav, der på forhånd var opstillet af selskabet. Resultatet var så ringe, at undersøgelsesresultaterne efter sigende blev brændt for at hindre offentligt kendskab! Men grunden var lagt for en systematisk undersøgelse af forholdene på hospitalerne baseret på fælles standarder, og ACS varetog akkreditering af Nordamerikanske hospitaler frem til 1951, hvor Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) blev dannet af de 5 største lægelige organisationer i USA samt den canadiske lægeforening (FOKUS, 2002). Som konsekvens af, at akkreditering er blevet udbredt til andre dele af sundhedsområdet, har JCAH senere skiftet navn til Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO).

Alle eksisterende akkrediteringsorganisationer og -modeller udspringer oprindeligt fra JCAHO. Akkreditering bredte sig i første omgang til Canada og Australien, hvor The Canadian Council on Health Services Accreditation blev dannet i 1958, og The Australian Council on Hospitals Standard i 1974. Inden for de seneste 10-15 år er akkreditering imidlertid etableret eller udviklet i mere end 30 lande (FOKUS, 2002; Frølich og Schiøler, 2000), bl.a. i New Zealand, Sydafrika, Frankrig, Tyskland, Finland, England, Holland, Spanien og Danmark. WHO angav i 2001, at der var 14 aktive akkrediteringsprogrammer alene i Europa (Shaw 2001).

4.3 Akkreditering i globalt perspektiv

Der benyttes forskellige definitioner af akkreditering internationalt og i de enkelte lande, helt i overensstemmelse med ANT's antagelser om oversættelser. Definitionerne er af-

hængige af lokale formål og organisationer og den enkelte akkrediteringsorganisation i det enkelte land (DSI, 2002). Mange lande har således valgt en egen tilgang, senest også Danmark med Den Danske Kvalitetsmodel, jf. kapitel 1. Det betyder, at akkrediteringsbedømmelserne kun vanskeligt kan sammenlignes på tværs af lande. I tabel 4.2 vises en række af de forskellige akkrediteringsorganisationer og -modeller, der eksisterer på det internationale marked i dag:

Tabel 4.3.1: De anerkendte akkrediteringsorganisationer og -modeller globalt set, 2002.

Organisation	Oprindelses år	Størrelse i stillinger	Antal akkrediteringer organisationen har gennemført	Finansiering af akkreditering	Incitament til akkreditering i landene
JACHO (USA)	1951	600 ansatte	>18.000 organisationer	Ydelsesbaseret	Økonomisk og derfor reelt obligatorisk
CCHSA (Canada)	1958	65 ansatte	>1.900 organisationer	Abonnement og ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udveksling
ACHS (Australien)	1974	45 ansatte	>900 organisationer	Ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udvikling
JCI (international)	1996	>1000 ansatte tal fra 2006	>15.000 organisationer tal fra 2006	Ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udvikling
ANAES (Frankrig)	1996	Ukendt	>200 organisationer	Offentlig	Obligatorisk
HQS (Storbritannien)	1989/1998	Ukendt	155 organisationer	Ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udvikling
CSBS (Skotland)	1999	25 ansatte	50 organisationer	Ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udvikling
IHSA (Irland)	1999	5 ansatte	0 organisationer	Offentlig og ydelsesbaseret	Frivillig, faglig udvikling

Kilde: DSI, nr. 8, 2002 og JCI hjemmeside 2006.

De 3 ældste akkrediteringsorganisationer, JACHO, CCHSA og ACHS er private, kunfinansierede og såkaldte not-for-profit virksomheder. Som det fremgår, er JACHO sammen med JCI langt den største og mest erfarne akkrediteringsorganisation globalt set og i oprindelseslandet USA, hvilket var et af H:S's argumenter for at vælge dem som samarbejdspartner, jf. kapitel 5.

I USA er akkreditering en afgørende forudsætning for hospitalernes økonomiske fundament og for samarbejdsaftaler mellem hospitaler, forsikringsselskaber og myndigheder (Lindén og Madsen, 2001), og ca. 80 % af alle amerikanske sygehuse bliver akkrediteret af JCAHO. Selvom det således fremføres, at akkreditering i princippet er frivilligt, betyder koblingen mellem driftsgrundlag og akkreditering, at der reelt er tale om en obligatorisk ordning. Det obligatoriske gælder også i Frankrig, hvor det ved lov er fastlagt, at alle hospitaler skal akkrediteres i henhold til et nationalt program (Lehmann Knudsen, 2002). I alle andre nævnte lande er akkreditering frivillig.

I slutningen af 1990'erne besluttede JCAHO at udvikle deres akkrediteringsmodel til det internationale marked, og Joint Commission International (JCI) blev dannet for at udvikle et koncept, der kunne bruges og accepteres internationalt. JCI's mission er:

"To continuously improve the safety and quality of care provided to the public through the provision of health care accreditation and related services that support performance improvement in health care organizations."

JCI's hjemmeside, 2006

I 2000 offentliggjorde JCI det første sæt internationale kvalitetsstandarder for hospitaler (JCI's hjemmeside). En forudsætning for at akkrediteringskonceptet kunne spredes internationalt var, at det blev frigjort fra den amerikanske kontekst og oversat til en mere generelt anvendelig model, der i videste mulige omfang tog højde for de væsentlige forskelle i sundhedssystemer og sundhedsorganisationer, der gjorde sig gældende verden over. Oversættelserne gik primært på udvikling og tilpasning af de standarder, som udgør et af fundamentene i akkrediteringsmodellen.

Udviklingen af de internationale standarder skete i en international arbejdsgruppe med 16 medlemmer fra flere kontinenter. Standarderne blev udviklet med konsensus i arbejdsgruppen, høring med repræsentanter fra 10 lande, fokusgruppeinterviews i forskellige verdensdele, høring med ekspertpaneler og endelig godkendelse i arbejdsgruppen og i Joint Commissions bestyrelse (H:S og JCI, 2003). Standarderne blev præsenteret ved en kvalitetskonference i Barcelona i 1999, hvor medlemmer af H:S Direktionen i øvrigt deltog, jf. kapitel 5.

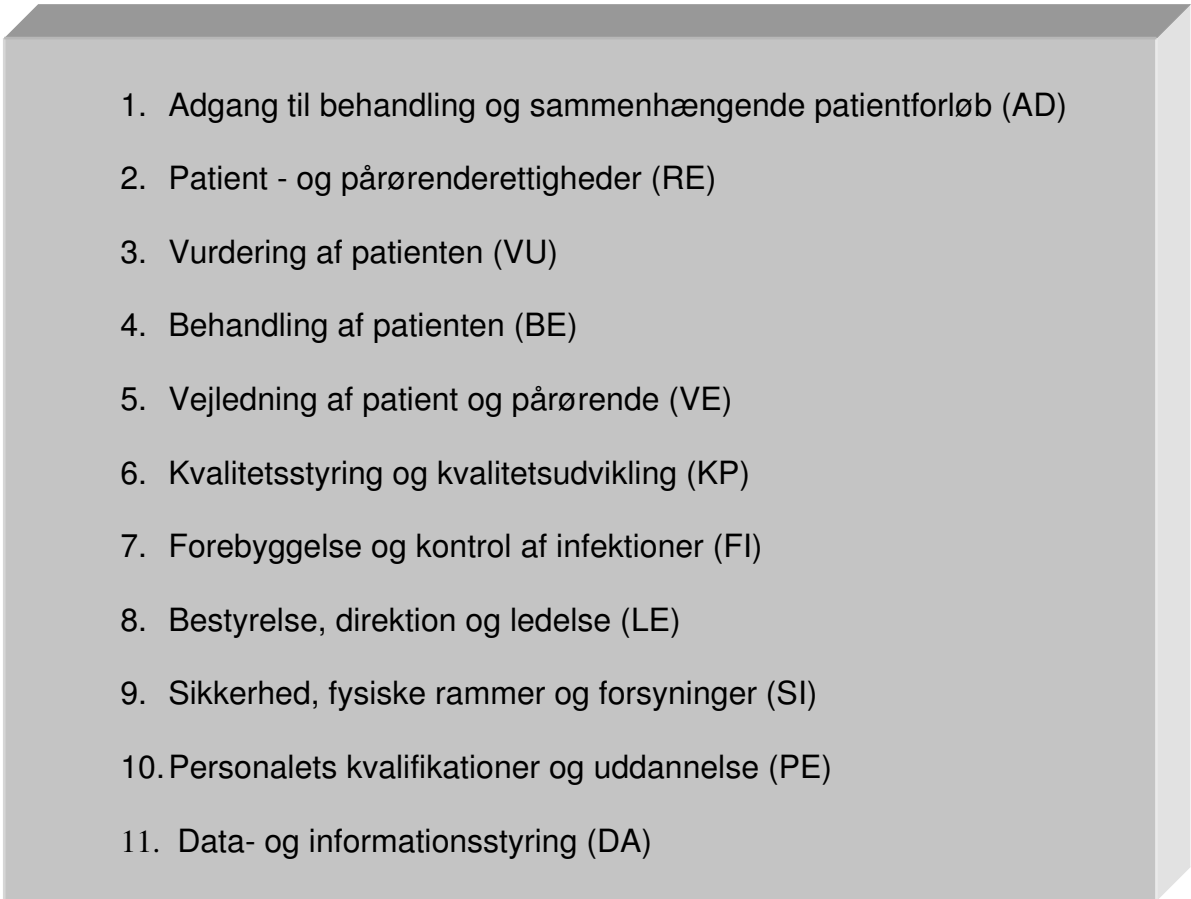
Akkreditering er grundlæggende en kvalitetsbedømmelse baseret på eksterne standarder. Vurderingen udføres af fagpersoner fra en uafhængig organisation, dvs. fra en organisation, som er adskilt fra den sundhedsorganisation, der søger at opnå akkreditering. Vurderingen resulterer i en samlet bedømmelse af sundhedsorganisationens kvalitetsniveau (= akkrediteringsstatus) målt i forhold til dens evne til at opfylde standarderne på et givet tidspunkt (Lehmann Knudsen, 2002). Som hovedregel er det ikke en offentlig organisation eller myndighed, der foretager bedømmelsen.

Akkreditering præsenteres som en metode til kvalitetssikring og -udvikling baseret på standarder, dokumenterede præstationsforbedringer og eksterne audits. Standarderne har fokus på, om hospitalet repræsenterer en sikker og effektiv organisation, der understøtter den kliniske indsats (H:S og JCI, 2003). Ved ekstern audit refereres til, at kvalitetsvurderingen foretages af sagkyndige uden for den organisation, hvis praksis

vurderes (Blomhøj og Mainz, 2000). Et hospital opnår status som akkrediteret, såfremt et fagligt team vurderer, at hospitalet i tilstrækkeligt omfang lever op til de internationale standarder (Ugeskrift for Læger, 2002).

Den internationale JCI-model omfattede i 2002 i alt 365 standarder (som steg til 368 i 2005), der alle lægges til grund for vurdering af den samlede organisation og de enkelte afdelinger. Af standarderne udgjorde 171 såkaldte kernestandarder, som af det internationale panel blev vurderet som værende afgørende for kvaliteten, fordi de beskytter fundamentale rettigheder for patienterne og fastlægger kvalitetsniveauet for grundlæggende kliniske og organisatoriske funktioner på et hospital. For at opnå status som akkrediteret skal en sundhedsorganisation leve op til kernestandarderne.

Figur 4.3.2: JCI's 365 internationale standarder opdelt i hovedfunktioner, 2002.

- 
1. Adgang til behandling og sammenhængende patientforløb (AD)
 2. Patient - og pårørenderettigheder (RE)
 3. Vurdering af patienten (VU)
 4. Behandling af patienten (BE)
 5. Vejledning af patient og pårørende (VE)
 6. Kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling (KP)
 7. Forebyggelse og kontrol af infektioner (FI)
 8. Bestyrelse, direktion og ledelse (LE)
 9. Sikkerhed, fysiske rammer og forsyninger (SI)
 10. Personalets kvalifikationer og uddannelse (PE)
 11. Data- og informationsstyring (DA)

Kilde: "Standarder for hospitaler", H:S og JCI, 2003

I figur 4.3.3 vises et forløb af en standard. Standarderne er typisk kvalitative og opdelt i målbare elementer, der konkretiserer forudsætningerne for målopfyldelse, som hospitalernes virksomhed bliver vurderet op imod (Ugeskrift for læger, 2002).

Figur 4.3.3: Forløb af en akkrediteringsstandard BE (behandling af patienter)

- Standard BE.7:
Hver patients anæstesiologiske behandling planlægges og dokumenteres
 - Standard BE.7.1:
Risici, potentielle komplikationer og valgmuligheder drøftes med patienten og pårørende eller andre, som træffer beslutning for patienten.
 - Formålet med BE.7.1:
Planlægning af anæstesi omfatter information til patienten og de pårørende, eller andre som træffer beslutning for patienten, vedr. risici, potentielle komplikationer og valgmuligheder i forbindelse med den planlagte anæstesi og den postoperative smertebehandling.
- Denne drøftelse er et led i kravet om opnåelse af patientens samtykke til anæstesi, som er indeholdt i RE, 9.4. denne information gives af anæstesiologen eller af den kvalificerede person, som skal udføre anæstesi.
- Målelige elementer for BE.7.1:
 1. Patienten og de pårørende eller andre som træffer beslutninger for patienter, informeres om risici, potentielle komplikationer og valgmuligheder.
 2. Information gives af anæstesiologen eller af anden kvalificeret person.

Kilde: "Standarder for hospitaler", JCI og H:S, 2003.

Processen for akkreditering kan opdeles i en forberedelsesfase og et akkrediteringsforløb. I forberedelsesfasen skal det dokumenteres, at sundhedsorganisationen gennem en længere periode har fulgt de kliniske retningslinjer og procedurevejledninger, som organisationen selv har udarbejdet. Det kan gøres ved fremsendelse af kvalitetsdata eller gennemførelse af egentlige selvevalueringer og interne audits, jf. bilag 10.4, foretaget af sagkyndige – f.eks. en afdelings egne læger - inden for den organisation, der vurderes (Blomhøj og Mainz, 2000). De fremsendte data danner grundlag for udvælgelse af områder, som akkrediteringsorganisationen vælger at se nærmere på under det efterfølgende besøg.

Selve akkrediteringsbesøget, den eksterne audit, foretages af 3-6 personer med relevant faglig ekspertise, typisk administrativ, læge- og sygeplejerskefaglig. Besøget varer 2-7 dage afhængigt af organisationens størrelse og kompleksitet. Under besøget fokuseres på dokumentgennemgang, f.eks. gennemgang af patientjournaler, fysisk gennemgang af hospitalsafdelinger og interviews med ledere og udvalgte nøglemedarbejdere. Interviewene omhandler kvalitet i pleje og behandling, koordination på tværs,

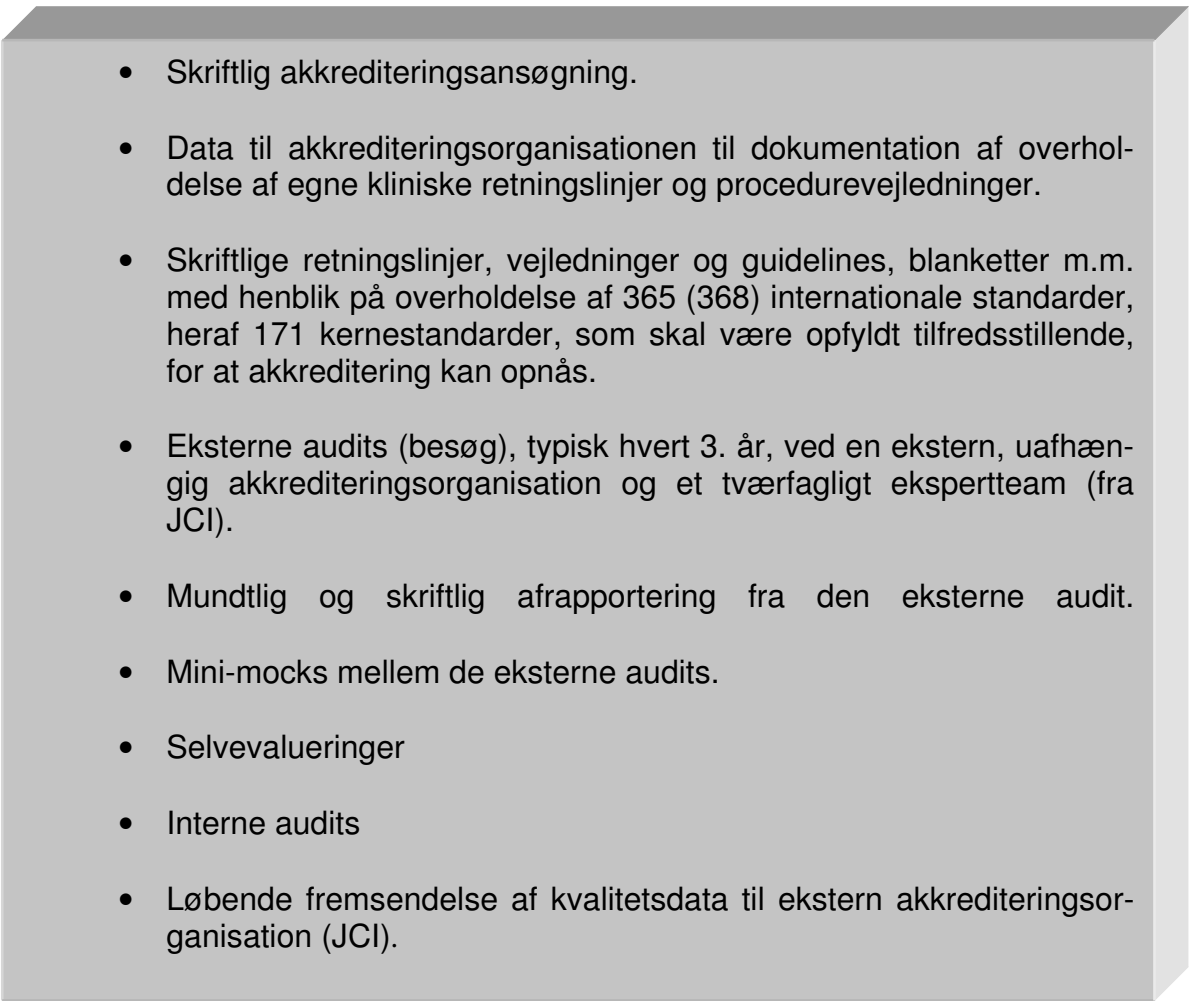
inddragelse af patienten, dokumentation m.m. Besøgene i organisationen er altid varslet.

Besøget afsluttes med en mundtlig afrapportering til ledelsen, der senere følges op af en skriftlig rapport, som dels angiver, hvorvidt organisationen kan akkrediteres - en såkaldt akkrediteringsstatus, dels kommenterer de områder, hvor akkreditørerne mener, at organisationen bør arbejde med forbedringer i de kommende år.

Den løbende opfølgning af akkrediteringen udgør en central del af akkrediteringsmodellen. Opfølgningen skal ske gennem fortsat selvevaluering, interne audits og såkaldte mock-surveys eller mini-mocks, hvor lokale, f.eks. et andet hospitals akkreditører i H:S, under lidt mindre formelle forhold gennemfører en mini-udgave af et egentlig akkrediteringsbesøg. Dog afsluttes besøget på samme måde som den eksterne akkreditering med, at de lokale akkreditører aflægger en mundtlig afrapportering til alle ansatte, som senere følges op af en skriftlig rapport.

I JCI's internationale udgave af akkrediteringskonceptet opstilles en række programmatiskke idealer, dvs. procedurer, trin eller elementer, som en sundhedsorganisation ifølge konceptet skal følge, hvis den ønsker at opnå kvalitetssikring og -udvikling og status som akkrediteret:

Figur 4.3.4 Akkrediteringens programmatiskke idealer på globalt niveau (JCI's koncept)

- 
- Skriftlig akkrediteringsansøgning.
 - Data til akkrediteringsorganisationen til dokumentation af overholdelse af egne kliniske retningslinjer og procedurevejledninger.
 - Skriftlige retningslinjer, vejledninger og guidelines, blanketter m.m. med henblik på overholdelse af 365 (368) internationale standarder, heraf 171 kernestandarder, som skal være opfyldt tilfredsstillende, for at akkreditering kan opnås.
 - Eksterne audits (besøg), typisk hvert 3. år, ved en ekstern, uafhængig akkrediteringsorganisation og et tværfagligt ekspertteam (fra JCI).
 - Mundtlig og skriftlig afrapportering fra den eksterne audit.
 - Mini-mocks mellem de eksterne audits.
 - Selvevalueringer
 - Interne audits
 - Løbende fremsendelse af kvalitetsdata til ekstern akkrediteringsorganisation (JCI).

4.4 Akkreditering i nationalt og regionalt perspektiv

Ved introduktionen af akkreditering i H:S blev JCI standarderne, som noget af det første, oversat til dansk. I første omgang i en præliminær udgave op til den såkaldte foranalyse i november 1999, jf. kapitel 5, derefter i en egentlig førsteudgave i 2000, der dannede baggrund for akkrediteringen i 2002. Syv udvalgte H:S medarbejdergrupper varetog opgaven, der udover en faktuel sproglig oversættelse, også skulle sikre, at standarderne blev justeret i overensstemmelse med dansk lovgivning. Det var angiveligt kun et fåtal af standarderne, der måtte ændres (Lehmann Knudsen, 2002). Dette er dog ikke ensbetydende med, at der fra dansk side var mulighed for fri fortolkning af JCI standarderne, tværtimod var og er et grundlæggende krav fra JCI, at man i vid udstrækning følger de fastlagte standarder.

Derudover foregik der en løbende dialog mellem JCI konsulenterne og nøglepersoner fra H:S, med henblik på at afklare egentlige fortolkningsproblemer. Sideløbende med den egentlige oversættelse af standarderne, foretog H:S en organisatorisk justering for at tilpasse sig en række krav direkte udløst af akkrediteringen. Dette inkluderede reorganisering af kvalitetsorganisationen, definition af overordnet kvalitetspolitik, udarbejdelse af handlingsplaner for akkrediteringen og endelig tilpasning af lokale vejledninger og retningslinjer på hospitaler, i centre, i klinikker og på de lokale afsnit. Heri lå en række fortolkningsmuligheder i forhold til offentlige forordninger, eksempelvis dansk lovgivning på sundhedsområdet, samt referenceprogrammer, retningslinjer og vejledninger fra Sundhedsstyrelsen. Endelig fortolkninger i forhold til traditioner, vaner og hævdevundne behandlingsprincipper.

På baggrund af udenlandske erfaringer udviklede H:S et elektronisk selvevalueringsmodul (ComPass Standard Check), der gav mulighed for, i den enkelte standard, at indtaste egen vurdering af opfyldelsesgraden. H:S iværksatte også udvikling af et IT-baseret patientevalueringsmodul (Fingertouch), hvor patienterne on-line kunne udføre brugerevaluering på baggrund af standardiserede og afdelingsspecifikke spørgsmål.

Systematisk indsamling af specialespecifikke indikatorer påbegyndtes i regi af H:S Enhed for Klinisk Kvalitet, der introducerede det såkaldte Klinisk Måle System (KMS). Baggrunden herfor var lægernes kritik af akkrediteringsprogrammets blinde vinkel i forhold til de faglige kerneydelser. En væsentlig faktor i dette udviklingsarbejde, der reelt lagde grunden til KMS, var en enkelt kirurgisk afdelings årelange praksis med afholdelse af månedlige *medical audits*. Disse audits blev afholdt som interne audits med fokus på en række kliniske indikatorer, defineret af afdelingens egen medarbejderstab. Den ledende overlæge fra omtalte kirurgiske afdeling blev daglig leder af H:S Enheden for Klinisk Kvalitet, og de anvendte auditprincipper lagde grunden til målesystemet. Arbejdsprincipperne fra den kirurgiske afdeling kunne altså danne et vigtigt udgangspunkt for arbejdet med KMS.

Endelig oprettede man i september 2001 H:S Enhed for Patientsikkerhed, med det formål at opbygge en sikkerhedskultur samt følge op på og forebygge utilsigtede hændelser og skader. Arbejdet med patientsikkerhed fik de efterfølgende år normativ virkning i forhold til det nationale lovgivningsarbejde (H:S; 2000).

Figur 4.4: Akkrediteringens programmatiske idealer på nationalt og regional niveau

- Skriftlig ansøgning om akkreditering
- Datadokumentation af overholdelse af egne retningslinjer og procedure-vejledninger
- National udgave af de internationale standarder
- Tilpasninger af vejledninger og retningslinjer til standarderne.
- Kvalitetspolitikker og lignende
- Handlingsplan for akkreditering
- Eksterne audits hvert 3. år ved JCI
- Mundtlig og skriftlig afrapportering fra den eksterne audit
- Uddannelse af lokale akkreditører og gennemførelse af mini-mocks
- Indberetning til elektronisk selvevalueringsmodul
- Interne audits, 4 journalaudits om året
- Interne audits, 1 fokuseret audit om året (hygiejne, medicin, ernæring)
- Løbende indberetning til H:S's kvalitetsdatabase: ventetid, indlæggelse og udskrivning, patienttilfredshed, dokumentation i journalen, hygiejne, medicinering, specialespecifik kvalitet, personaleomsætning og -fravær, ressourceanvendelse, data- og informationsstyring
- Løbende fremsendelse af kvalitetsdata til ekstern akkrediteringsorganisation
- Udvikling af og indberetning til Klinisk Måle System
- Enhed for Patientsikkerhed

4.5 Opsummering

Vi har belyst oversættelsen af akkreditering på et relativt overordnet niveau. Det er vigtigt at slå fast, at standarderne, og de øvrige trin i akkrediteringsprogrammet fra JCI, der samlet udgør akkrediteringens programmatiskke idealer, kun i meget begrænset omfang er til diskussion.

På trods heraf er det tydeligt, at der er sket en transformation af JCI's akkrediteringsmodel ved oversættelsen til det nationale og regionale niveau i Danmark. For det første har H:S udfyldt det rum for fortolkning, der trods alt er indlejret i programmet på niveauet mellem standarder og de operationelle retningslinjer. Derudover har H:S tilført en række supplerende tiltag, der, jf. figur 4.3.4, tilføjer programmet yderligere elementer.

Resultatet af de nationale og regionale oversættelser, og tilføjelse af elementer bliver, at akkrediteringsprogrammet får større kompleksitet ved den nationale og regionale oversættelse og ved tilnærmelsen til det operative niveau. I ANT perspektiv kunne man tale om, at der i det internationale akkrediteringsprogram er en række black boxe, eksempelvis standarderne, som imidlertid åbnes ved oversættelsen til det nationale og regionale niveau, hvorved programmet kommer til at fremstå mere detaljeret og komplekst, end tilfældet er på det globale niveau.

Vi har fokuseret på oversættelserne fra JCI's internationale model til H:S's udgave af modellen. Der finder dog også oversættelser sted den anden vej, nemlig fra det regionale til det globale niveau, således har H:S påvirket udformningen af standarder i JCI. Eksempelvis er den internationale standard for pleje og behandling af terminalt syge patienter justeret efter inspiration fra H:S. Og et af de seneste initiativer fra JCI, den såkaldte tracermetode, der sammenlignet med de nuværende afdelingsfokuserede surveys, i højere grad fokuserer på tværgående patientforløb, er tydeligt inspireret af den patientforløbstankegang, der vejer tungt i kvalitetsudviklingen bl.a. i Danmark.

5. Oversættelse af akkreditering i H:S

5.1 Kapitlets formål

Dette kapitel er en fortælling om akkrediteringsforløbet i H:S betragtet som translationsproces, hvor begivenhederne udspillede sig i og omkring H:S i årene 1999-2002. Kapitlet er bygget op over Callons "moments of translation": problematisering, interessekonstruktion, indrullering og mobilisering (Callon, 1986), jf. kapitel 2.

I forlængelse af de 4 momenter samler vi op på, i hvilken udstrækning det har været muligt at skabe et stabilt aktør-netværk omkring akkreditering.

5.2 Problematisering

Ifølge Callon (Callon, 1986) involverer problematisering identifikation af entiteternes interesser og identiteter og definition af obligatoriske passagepunkter (OPP). En aktør gør sig nogle overvejelser om egne og andre (potentielle) aktørers interesser i forhold til nøglespørgsmålet eller OPP.

Problematisering tager ofte udgangspunkt i forhold, som efter nogens mening ikke fungerer tilfredsstillende, og i tilfældet H:S kan der i det empiriske materiale findes flere forklaringer på behovet for og ønsket om at beskæftige sig mere målrettet med kvalitet generelt og med akkreditering specifikt.

I kapitel 3 har vi beskrevet det projektmæssige vakuum, som H:S befandt sig i efter gennemførelsen af Sygehusplan 2000. Såvel H:S Bestyrelse som Direktion ønskede nye projekter for de kommende år. Gerne projekter der, i modsætning til sygehusplan 2000, kunne generere sammenhæng på tværs i organisationen, mellem de 6 hospitaler, mellem centre og mellem klinikkerne.

Vi har også beskrevet de overordnede principper for det daværende kvalitetsarbejde i H:S, nemlig decentrale projekter med meget beskeden central eller tværgående koordination.

Endelig har vi beskrevet den generelle trend, der op igennem 1990'erne sikrede kvalitetsarbejde i almindelighed en stadig mere fremtrædende plads i "projekthierarkiet" i sygehusfeltet, de europæiske initiativer med hospitalsakkreditering i en række lande samt den internationale udvikling, der bl.a. resulterede i dannelsen af JCI.

H:S Direktionen:

Mens overvejelserne om et samlet planlægningsgrundlag stod på, kom medlemmer af H:S Direktionen i kontakt med en direktør fra JCI, der deltog i en kvalitetskonference i København. Mødet vakte H:S Direktionens interesse for akkreditering, og for JCI som akkrediteringsorganisation og førte til yderligere kontakt, der overbeviste H:S Direktio-

nen om, at akkreditering var svaret på deres spørgsmål – det var redskabet, der kunne samle og systematisere de decentrale og spredte kvalitetsprojekter, adressere ønskerne om fokus på de såkaldt ”bløde værdier” og ikke mindst udgøre rammen for et nødvendigt fælles, tværgående H:S projekt:

”Så det kom af et ønske om, at vi skal arbejde med de bløde værdier, hvordan gør vi det i form af en eller anden plan – og så kom det der dumpende, hvor vi pludselig kunne sige: jamen vi kan jo lægge alle de ting, vi vil, under den samme paraply, som hedder akkreditering.”

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Akkreditering var desuden et nyt koncept i Danmark, jf. kapitel 4, og akkreditering af H:S hospitalerne kunne markere H:S som Danmarks første akkrediterede hospitalsorganisation, hvilket ville styrke H:S's image som landets førende sygehusvæsen i almindelighed, og som førende inden for kvalitetsudvikling i særdeleshed:

”Og jeg tror, man var nået sådan et punkt, hvor – jamen, det havde jo været en succes med den der sygehusplan. Det var jo i virkeligheden den største strukturændring, sygehusvæsenet havde været igennem i lang tid i landet. Man kom jo på forsiden af de store finansblade som en succesfuld direktion, så jeg tror simpelthen, at man blev båret videre på en succes; man ville have endnu en succes.”

Tidligere næstformand i CSU; 2006

Akkreditering ville samlet set konstruere H:S Direktionens identitet ikke blot som samlende faktor i en ellers lettere spredt H:S organisation, men også som nationale kvalitetsstrategier, der med akkreditering ville bryde afgørende med den hidtidige nationale strategi for kvalitetsudvikling.

På dette tidspunkt konstrueres det obligatoriske passagepunkt (OPP), jf. kapitel 2, som akkreditering af H:S hospitalerne, der derved kom til at udgøre omdrejningspunktet for H:S Direktionens strategiske arbejde.

Joint Commission International (JCI):

Det første tilfældige møde knyttede JCI til H:S Direktionens projekt og OPP se figur 5.1. For JCI blev interessen vakt ved muligheden for at gennemføre organisationens hidtil største akkrediteringsopgave for et offentligt sygehusvæsen (NYH:S, 2005). JCI var på det tidspunkt en relativ ny udbyder på et hastigt ekspanderende internationalt akkrediteringsmarked og havde behov for at opdyrke nye kunder, opnå yderligere international anerkendelse og legitimering på det nationale danske niveau, jf. kapitel 4. Selvom organisationen nok markedsføres som et non-profit foretagende, er der ingen grund til at opfatte den som en velgørenhedsorganisation, fordi akkrediteringsområdet var markedsgjort med betydelig konkurrence til følge.

Med kontakten til JCI knyttede H:S Direktionen den største og mest erfarne akkrediteringsorganisation til deres projekt, og kunne derved drage nytte af JCI's identitet som eksperter og bærere af akkrediteringens programmatisk idealer, jf. kapitel 4.

For at JCI kunne opnå gennemslagskraft og legitimitet i H:S måtte de overvinde en udtalt skepsis blandt ledere og medarbejdere, som alene syntes forankret i det forhold, at der var tale om en amerikansk akkrediteringsorganisation, et oprindeligt amerikansk koncept og udelukkende amerikanske akkreditører:

"Vi opfattede det i starten som noget Amerikansk pjat"

Hospitalsdirektør 2006

H:S Bestyrelsen:

H:S Bestyrelsen fik forelagt akkrediteringsideerne af H:S Direktionen, i god tid inden der blev behov for at træffe formelle beslutninger i sagen. Det skete, efter at H:S Direktionen havde besøgt Joint Commission og deltaget i et akkrediteringssurvey i USA:

"Og grunden til, vi var der så kort tid, var, at vi skulle hjem til et bestyrelsesmøde. Vi kom lige hjem fra USA og gik så direkte fra lufthavnen til bestyrelsesmøde, hvor vi fortalte om det. Vi var i den svære position, at vi troede på det, at vi ville det - men at gå til bestyrelsen! Det havde været rimeligt, hvis vi havde haft lidt mere tjek på det Men vi havde jo en god bestyrelse på den måde, at vi kunne snakke om tingene, og vi fik lov til at interessere os for det og komme og fortælle om det, uden at der var taget stilling til det på den måde."

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Citatet giver indtryk af, at der langsomt men sikkert blev "varmet op" under bestyrelsen, at deres interesse blev vakt, at de uden for referat blev orienteret om og accepterede H:S Direktionens aktiviteter, inden der officielt skulle træffes beslutning om akkreditering af H:S hospitalerne. Det udtrykker også implicit det forhold, at H:S Direktionen ønskede H:S Bestyrelsen som indviet og loyal partner.

Bestyrelsen tiltrådte i september 1999, at der skulle arbejdes systematisk og sammenhængende med kvalitet (H:S, 2004), men første omtale af akkreditering i et bestyrelsesreferat kan dateres så sent som februar måned 2000, hvor bestyrelsen formelt vedtog den endelige indstilling om gennemførelse af akkreditering i H:S i samarbejde med JCI (H:S, beslutningsprotokol, 2000).

H:S Bestyrelsen var heterogen i sin sammensætning, jf. kapitel 3, og havde forskellige interesser forbundet med akkreditering. De folkevalgte politikere kunne via kvalitetstilgangen signalere fokus på patienterne og dermed på borgerne i lokalområderne, som en modvægt til sygehusplanens indgribende besparelser, omstruktureringer og lukninger. Politikerne havde behov for at forbedre et dårligt image, opstået som konsekvens

af store økonomiske problemer i H:S og generel "dårlig presse" de første år (NYH:S, 2005).

De ikke-folkevalgte repræsentanter, dels topledere fra det private erhvervsliv og dels topembedsmænd fra ministerierne, havde stået som vigtige allierede i gennemførelsen af sygehusplanen uden behov for lokale hensyn, og som repræsentanter for den NPM-tankegang der i slutningen af 1990'erne vandt stadig bredere national indpas (Kragh Jespersen, 2005). For disse bestyrelsesmedlemmer er det muligt, at akkrediteringen har kunnet betragtes som en ny supplerende styringsmulighed, der har passet ind i de generelle bestræbelser på at fremme dokumentation af sygehusvæsenets ydelser, eksempelvis til brug for benchmarking.

Generelt har Bestyrelsen desuden været optaget af at leve op til krav fra officielle myndigheder som eksempelvis Rigsrevisionen, (Lov om H:S, 1994) . I en beretning fra Rigsrevisionen om H:S's drift (Rigsrevisionen, 2000) stod det således anført, at det ansås for værende væsentligt, at kvalitetselementerne fik høj prioritet.

Endelig havde H:S Bestyrelsen haft næsten sammenfaldende interesser med H:S Direktionen, i forhold til at placere og fastholde H:S som landets førende sygehusvæsen. Deri har formentligt også ligget ønsket om at dele H:S Direktionens identitet som national kvalitetsstrategi.

Københavns- og Frederiksbergs Kommuner var sammen med Staten økonomiske bidragsydere til H:S, jf. kapitel 3, hvilket forpligtede bestyrelsesmedlemmerne til at optræde økonomisk ansvarligt; derfor har spørgsmålet om akkrediteringens ressource-mæssige side spillet en væsentlig rolle for bestyrelses opbakning til projektet (interview, tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006).

Hospitalsdirektionerne:

De 6 hospitalsdirektører udgjorde sammen med H:S Direktionen en inderkreds (den såkaldte HD-1 kreds), der mødtes fast en gang om ugen for at diskutere og planlægge strategiske tiltag. Som øverste administrative ledere af hospitalerne var hospitalsdirektørerne helt afgørende, allierede ved gennemførelse af store projekter i H:S, hvilket bl.a. havde vist sig ved gennemførelse af sygehusplanen. Akkrediteringsideen blev da også i første omgang alene præsenteret for HD-1 kredsen og først i anden omgang bredt ud til den samlede direktørkreds (den såkaldte HD-3 kreds), som også indbefatter de læge- og sygeplejefaglige direktører. Den første modtagelse af ideen var forbeholden:

"Holdningen blandt direktørerne var stort set: "Hvad er nu det for noget?" Det må vi vide noget mere om! Men det er jo klart, at når den administrerende direktør sidder der og slår ud med armene og siger: "Det er lige det, vi mangler!", så er man ikke negativ i den forstand."

Hospitalsdirektør, 2006

Men der er også udsagn, som viser, at enkelte direktører på dette tidlige tidspunkt i processen var direkte modstandere af akkrediteringen:

"Interessant nok har både xxx og yyy (hospitalsdirektionsmedlemmer) været ude offentligt – efterfølgende – og sige, at hvad de sagde fra starten, nemlig at det var fuldstændig håbløst, at vi begyndte på det her, er noget af det mest forkerte, de har sagt i deres hospitalskarriere."

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Det kan betvivles om hospitalsdirektionerne i samme grad som H:S Direktionen oplevede et projektvakuum på dette tidspunkt. Sygehusplanen var organisatorisk og økonomisk implementeret "på papiret", men der var stadig betydelige "efterdønninger" i forhold til praksis og implementeringen af planen på hospitalerne. Oplevelsen af situationen har derfor været varierende afhængig af, hvem man spurgte på det pågældende tidspunkt:

"På et tidspunkt havde man på Rigshospitalet 72 fusioner, bygge- og ombygningsprojekter på én gang; så lavede vi centre, og så måtte vi af med nogle centerdirektører og have nye til; så havde vi en spareplan, hvor vi skulle afskedige 614 mennesker - ganske forfærdeligt. Vi havde været igennem så mange ting og vel endeligt følt, at nu var vi sådan sidst i 1990'erne ved at være på plads med H:S, den nye sygehusplan, med vores spareplan, med vores evige direktørskift på den administrerende post. Så vi har nok været meget lidt motiveret for, at der skulle slås et ordentligt slag i bolledelen igen."

Tidligere sygeplejeadministrerende, 2006

Med akkreditering ville hospitalsdirektionernes identitet blive konstrueret som garant for den organisatoriske og behandlingsmæssige kvalitet og patienternes sikkerhed på de enkelte hospitaler; et ansvar de hele tiden havde haft, jf. kapitel 3, men som med akkrediteringen ville blive ekspliciteret bl.a. gennem den eksponering, som omtalen af en akkreditering forventeligt ville medføre.

I 1999 bestod H:S af 6 hospitaler, jf. kapitel 3, der ganske vist alle havde overlevet sygehusplanens nedskæringer og omstruktureringer, men som havde betalt en meget forskellig "pris", bl.a. i form af afgivelse eller opnåelse af prestigeforbundede specialeområder. Nogle hospitaler var således kommet styrket og andre svækket ud af processen. Akkreditering sætter ikke fokus på, *hvilke* specialer og opgaver hospitalet faktisk har, men fokuserer på, *hvordan* opgaverne udføres. Dermed kunne akkreditering i H:S ses som et muligt middel til at udligne forskellene mellem hospitalerne og dermed løfte selvforståelsen og -tilliden, ikke mindst på de hospitaler der følte sig som "tabere" efter sygehusplanens gennemførelse. Samtidig tilbyder akkrediteringens programatiske idealer i form af en systematisk gennemgang af det enkelte hospital og afrapportering til hospitalets ledelse, jf. kapitel 4, et overblik over organisationens styrker og udfordringer, som flere af hospitalsdirektionerne kan have følt behov for efter den turbulente periode med sygehusplanen.

Imidlertid kunne udfaldet af en akkreditering også vise sig at blive det modsatte, nemlig en forøgelse af "afstanden" mellem hospitalerne, hvilket både H:S Direktionen og hospitalsdirektionerne begge måtte have set som en risiko i forhold til forsøget på at gennemføre et fælles, samlende projekt. Endelig er der ingen tvivl om, at der ved samtidig gennemførelse af akkreditering efter samme model på 6 hospitaler med samme organisatoriske forankring indlejres et konkurrencemoment, jf. kapitel 4, som enten kan motivere eller demotivere hospitalernes ledelser.

Medarbejderrepræsentanterne:

Foruden de øverste hospitalsledelser udgjorde medarbejderrepræsentanterne i H:S vigtige potentielle allierede for H:S Direktionen, som repræsentanter for de mange medarbejdere, der i praksis skulle forberede hospitalerne til akkreditering.

For H:S Direktionen var det vigtigt, at CSU-næstformanden, og medarbejderrepræsentanterne i øvrigt, for det første tilsluttede sig akkrediteringsprojektet og for det andet ville optræde i rollen som brobyggere mellem akkrediteringsprojektet og de mange medarbejdere. Under sygehusplanens gennemførelse havde medarbejderrepræsentanterne flere gange anmodet om foretræde for H:S Bestyrelsen, når de var uenige i H:S Direktionens indstillinger.

Medarbejdersiden involveres i dette moment alene ved kontakt mellem formand (den administrerende direktør i H:S) og næstformand i Det Centrale Samarbejdsudvalg (CSU), som i forvejen havde jævnlig og tæt kontakt. Næstformanden præsenteres for akkrediteringsideen således:

"På et tidspunkt blev jeg kaldt til samtale med xx (den administrerende direktør), da jeg jo så sad som næstformand i CSU. Han bad mig læse sådan en handlingsplan omkring akkreditering, og han fortalte mig så om, hvad det var for noget, og spurgte mig om jeg synes, at det var en god ide. For han syntes, det var vigtigt, at medarbejderne også syntes, at det her var noget, man kunne arbejde videre med og se sig selv i den "funktion", at man gik ind og akkrediterede."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Den rapport, som CSU-næstformanden fik udleveret om akkreditering under mødet, var på engelsk, hvilket hun efter eget udsagn ikke er særlig god til. Så den mundtlige præsentation af akkreditering har spillet en væsentlig rolle for hendes fortolkning af metoden på dette tidlige tidspunkt i processen. CSU-næstformanden opfattede i første omgang akkreditering som en metode, der gav et øget fokus på medarbejderne:

"Og det lyder jo rigtig godt. Når man sådan hører om akkreditering, så lyder det jo faktisk som noget, man kan gøre brug af som personale; dels at man går ind og får beskrevet, hvilke kompetencer personalet har, og hvis personalet er på uddannelse, får de så mulighed for at bruge det. Det var de gode ting, der blev lagt frem."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Og mere generelt så tillidsrepræsentanterne akkreditering som et middel, der kunne stoppe det ønske om besparelser, udliciteringer og privatiseringer, som i slutningen af 1990'erne fik tiltagende politisk opbakning:

"Og så var der en anden del af det. Det var, at vi faktisk opfattede det (akkreditering) som et redskab, vi kunne bruge mod nedskæringer. Og et redskab vi kunne bruge mod truslen om udliciteringer og privatiseringer af noget af vores arbejdsområde. Og når vi talte om det på den måde, så var det fordi, at der jo var grænser for, hvor langt ned man kunne gå i normeringer og kvalitet og så samtidig opnå akkreditering."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Tillidsrepræsentanternes, herunder CSU næstformandens interesser i forhold til akkreditering konstrueres, dels som en mere målrettet uddannelses- og personalepolitik, dels som et værn mod besparelser; begge væsentlige fokusområder for tillidsrepræsentanters opgavevaretagelse generelt og i særdeleshed som en reaktion på sygehusplanens indgreb.

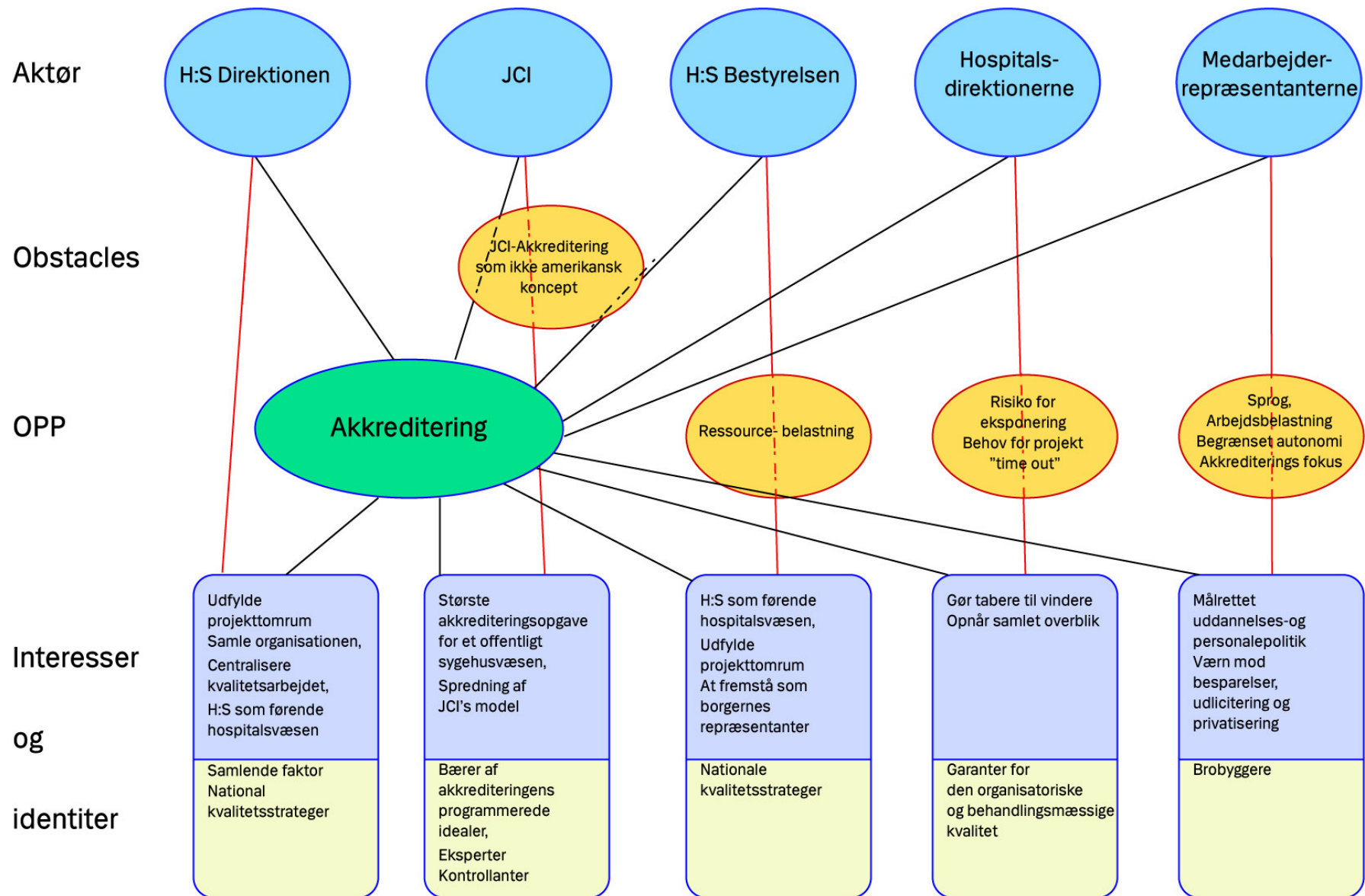
CSU repræsenterede, jf. kapitel 3. knap 20.000 personer fra vidt forskellige medarbejdergrupper. Dele af disse medarbejdergrupper udtrykte allerede først i forløbet skepsis i forhold til de rent sproglige aspekter, at akkreditering skulle foregå på engelsk og efter amerikansk koncept. Andre udtrykte bekymring i forhold til arbejdsbyrde, økonomi og det faglige fokus. Disse forhold, der må betragtes som obstacles, blev især senere i forløbet fremhævet, men i denne tidlige periode var ytringerne i praksis begrænset til medlemmerne af CSU.

Det konstruerede aktør-netværk:

Det obligatoriske passagepunkt (OPP), som aktørerne skal støtte eller passere, er som nævnt valgt af akkreditering som løsning på kvalitetsproblematikken i almindelighed og projektvakuemet i særdeleshed. I dette moment har H:S Direktionen konstrueret de øvrige aktørers identiteter og interesser, men aktørerne er endnu ikke overbevist om, at de konstruerede interesser og identiteter er værd at stræbe efter eller om, at akkreditering som OPP er vejen til opfyldelse af interesserne.

Inspireret af Callon (Callon, 1986) kan følgende figur illustrere aktør-netværket:

Figur 5.1: Aktør-netværket, OPP, obstacles, konstruerede interesser og identiteter (se næste side)



5.3 Interessekonstruktion

Callon (Callon, 1986) beskriver interessekonstruktion som den samling af handlinger, hvorved en aktør forsøger at påvirke og stabilisere identiteten af andre aktører. Disse aktører kan selv vælge, at lade sig integrere i det initiale projekt eller afvise transaktionen via egne og selvstændige definitioner af mål, interesser, orientering og motivation.

Ved indgangen til dette moment må aktør-netværket betegnes som værende skrøbeligt og med en relativt begrænset udstrækning. Akkreditering i sundhedsvæsenet er en ny idé i Danmark, og flere af aktørernes umiddelbare vurderinger og holdninger er overordnet præget af et ønske om mere viden suppleret med en vis skepsis. Det faktum, at et amerikansk selskab er involveret, forlener yderligere projektet med et skær af "amerikaniseret show". Projektet er stadig i udviklingsfasen med risiko for at falde til jorden.

I løbet af eftersommeren 1999 blev H:S Direktionen stedse mere overbevist om potentialet i akkreditering:

"Så i den korte tid han var der (JCI repræsentant), blev vi mere og mere hooked på det"

og

"Så er det rigtigt, at der faktisk var en konference i Spanien i juni, hvor xx (Direktionsmedlem) deltog, og da vi mødtes efter sommerferien, kan jeg huske, han sagde til mig, at jo mere han beskæftigede sig med det, jo mere begejstret blev han."

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Allerede på dette tidspunkt, syntes H:S Direktionen at have låst sig fast på JCI. Dermed ekskluderes alle andre akkrediteringsorganisationer fra involvering i aktør-netværket omkring akkreditering i H:S. Man kunne have valgt en mere traditionel proces med beslutning om akkreditering, udbud af opgaven og valg af leverandør. I stedet vælges en stærk alliance med JCI formentlig med det formål at styrke H:S Direktionens muligheder for at nå deres mål.

JCI's mål var at forblive i rolle som opgaveløser i forhold til akkrediteringen og derfor styrke alliancen med H:S Direktionen, hvilket afspejledes i deres handlinger og udmeldinger, som forpligtede dem i forhold til projektet. JCI gennemførte således et kort besøg på Bispebjerg Hospital, med henblik på at foretage en første vurdering af hospitalernes muligheder for at opnå akkreditering. De fremsatte den overordnede konklusion, at egentlig akkreditering vil kunne opnås (interview, tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006); den modsatte konklusion ville have sat aktør-netværket og JCI's egen position under betydeligt pres.

Blandt hospitalsdirektionerne var der fortsat skepsis og delte meninger om metodens anvendelighed og styrke, selvom JCI's udmelding om muligheden for at opnå akkreditering givetvis har fjernet nogle usikkerheder. Som led i interessekonstruktionen blev

hospitalsdirektørerne og få andre udvalgte sendt på en tur til JCI's hovedkvarter i Chicago, USA:

"På dette tidspunkt vidste vi ikke så meget om akkreditering. Vi havde fået lidt materiale. Da blev vi sendt til Chicago – alle hospitaler med 1-2 repræsentanter, typisk en direktør og nogle enkelte læge- og sygeplejedirektører. Det var en 3-dages tur; først i Chicago, hvor vi fik en introduktion til systemet af JCI, derefter blev vi spredt ud på hospitalerne over hele USA med fly."

Hospitalsdirektør, 2006

USA-turen og JCI's besøg betød tilsyneladende, at hospitalsdirektionernes interesser og identitet i et vist omfang blev stabiliseret:

"Det man kan sige er, at alle havde så prøvet, hvordan akkreditering foregik, både på godt og ondt. Men jeg tror ikke, der var nogen, der var skræmte."

Hospitalsdirektør, 2006

Der synes dog også at have været tale om en almen bevidsthed om, at modstand ikke ville nytte, fordi beslutningen de facto allerede var truffet. Derfor bakkede direktørkredsen, uagtet manglende konsensus, loyalt op om beslutningen udadtil og i den videre proces:

"Så retter man ind. Det er mit indtryk af direktørkredsen. Det er mennesker, der har været i systemet i mange år og vokset op sammen med xx og yy (medlemmer af H:S Direktionen), som var meget vedholdende. Og der tror jeg, de simpelthen har rettet ind, de har det politiske bagland i orden, det er det, vi gør, for det er det, vi skal. Hvor overbeviste de har været i deres sjæls inderste, det vil jeg ikke give et bud på, men det tror jeg ikke, de alle sammen har."

Tidligere sygeplejedirektør, 2006

Dermed synes fundamentet at være lagt for den efterfølgende beslutning om gennemførelse af en såkaldt foranalyse af samtlige hospitaler i H:S. Den 29. september 1999 indgik H:S en kontrakt med JCI om foranalysen, der var en form for prøveakkreditering af hospitalerne, uden at der forud havde været omfattende forberedelser. Det officielle formål med analysen var, at (H:S, 2000, foranalyse):

- Opnå viden om omfanget og karakteren af de tilpasninger, som var nødvendige ved en akkreditering.
- Opnå en diskussion og vurdering af fordele og ulemper ved de processer, der går forud og akkrediteringen.

I ANT perspektiv kan beslutningen om gennemførelse af en foranalyse ses som en strategisk satsning fra H:S Direktionens side. Med en foranalyse ville rigtig mange

medarbejdere blive introduceret til akkreditering med risiko for, at der kunne mobiliseres modstand. Omvendt kunne aktør-netværket opnå øget stabilitet og styrke, såfremt medarbejderne modtog akkrediteringen og foranalysen positivt, og dermed gav deres styrke til netværkets talspersoner. Endelig var der jo en risiko for, at foranalysen ville afsløre et behov for omfattende tilpasningsbehov på hospitalerne, hvilket kunne få projektet til at falde, f.eks. som følge af for høje omkostninger.

Der blev gennemført mange aktiviteter med henblik på at give medarbejderne indsigt i akkreditering, herunder elektronisk information, personalemøder, gå-hjem møder m.m. på samtlige hospitaler.

En foreløbig dansk version af de internationale standarder, jf. kapitel 4, blev fremlagt, således at man kunne overvinde en del af de sproglige barrierer, der fra medarbejder-side var forbundet med det amerikanske akkrediteringskoncept. Standarderne kan ses som en første tekstuel oversættelse af akkrediteringen. Deres udgivelse konkretiserede akkrediteringen og affødte en videre oversættelse langt ind i hospitalerne.

I processen omkring sygehusplanen var H:S Direktionen blevet ganske massivt kritiseret med beskyldninger om at have gennemført en lukket og top-styret proces (interview, 2006). Og H:S Direktionen blev da også gjort opmærksom på, at hvis akkrediteringen skulle besluttet og gennemføres uden for stor modstand fra personaleorganisationerne, var det afgørende, at Direktionen "viste flaget" og var lydhøre over for medarbejdernes repræsentanter:

"Så gjorde jeg også det, at jeg aftalte med xxx og yyy (medlemmer af H:S Direktionen), at når vi kaldte på dem, så skulle de altså komme. Så skulle de give sig tid til at lytte på, hvad det var, medarbejderne sagde. Og der lagde jeg vægt på over for xxx (den administrerende direktør), at det er altså vigtigt, at du lytter til, hvad det er, de siger. Og tag bare deres bekymringer til dig, så kan vi to jo snakke om dem bagefter. For han og jeg havde jo jævnlige møder sammen."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Og strategien synes at have båret frugt:

"Vi diskuterede det både i CSU og i kontaktudvalget, og vi diskuterede det også med vores tillidsrepræsentantkollegaer ude på hospitalerne. Og anbefalede, efter at vi også havde haft xxx (den administrerende direktør) til at komme med et oplæg i vores centrale kontaktudvalg, at vi ville gå ind i det positivt."

Tidligere næstformand CSU, 2006

5.4 Indrullering

Callon (Callon, 1986) beskriver indrullering som en vifte af teknikker, hvorved aktører bringes til at udfylde bestemte roller, således at interessekonstruktionen rent faktisk omsættes i deltagelse. Det kan ske gennem en række forhandlinger ved anvendelse af eksempelvis fysisk magt eller adskillelse, overtalelse, anerkendelse, forførelse m.m.

Som beskrevet i det tidligere afsnit, breddes tankerne om akkreditering nu ud i H:S organisationen som en første af to omfattende kaskader. Akkreditering spredtes fra de overordnede niveauer (direktioner og medarbejderrepræsentanter) til mellemledere og medarbejdere. I forbindelse med forberedelserne til foranalysen blev der nedsat styregruppe, netværksgruppe og følgegruppe på tværs af hospitalerne med forankring i H:S Direktionen, hvorved ledere og medarbejdere blev aktiveret til egentlige deltagere i forberedelsesprocessen.

Deltagelsen blev yderligere udvidet i forbindelse med den praktiske gennemførelse af selve foranalysen, der gav mellemledere og medarbejdere på de enkelte hospitaler mulighed for direkte kontakt med akkreditørerne fra JCI og desuden gav dem et første-håndsidtryk af, hvad akkreditering ville indebære ud over de formulerede standarder. At der allerede på dette tidspunkt blev lagt betydelig energi i projektet, illustrerer følgende citat fra en hospitalsdirektør:

"Som processen skred frem blev jeg mere og mere glad for vores hospital, og for at se de entusiastiske og dygtige medarbejdere. Jeg har aldrig set hospitalet så rent og pænt".

Lægen, 2000

Foranalysen varede en måned, fandt sted i november/december og omfattede og involverede alle 6 hospitaler. I en afsluttende rapport konkluderede H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen (Foranalyse, H:S, 2000):

- At hospitalernes kvalitetsniveau generelt var højt, nogle steder endda på ekstraordinært højt niveau.
- At der imidlertid på alle hospitalerne var behov for tilpasninger, for at hospitalerne kunne opfylde de internationale standarder, men at behovene var mindre eller moderate, og mindre end forventet.
- At processen overvejende var blevet positivt modtaget, og at der var overraskende få sproglige og kulturelle barrierer.
- At konklusionen efter foranalysen var, at akkreditering ville være velegnet til at sikre kvaliteten af patientens forløb gennem hospitalet, men kun i ringe grad vurderede kvaliteten af behandlingen inden for det enkelte speciale.
- At akkrediteringen derfor skulle suppleres med vurdering af den speciale-specifikke kvalitet, f.eks. gennem audit.

Fra JCI's side blev det udmeldt, at såfremt H:S ønskede akkreditering, ville det kunne lade sig gøre indenfor en relativ kort tidshorisont (CSU,1999).

Alt i alt blev resultaterne af foranalysen udlagt særdeles positivt, med en speciel henvisning til en formodet mindre ressourcebelastning i det fremtidige arbejde, færre sprogproblemer end forudset og anerkendelse af de mere fagspecifikke ankepunkter. Man kunne således allerede her se et forsøg på at overvinde væsentlige obstacles i aktør-netværket (figur 5.2) fra H:S Direktionen og de nærmeste allieredes side, med henblik på stabilisering af aktør-netværket.

De centrale CSU-medlemmers status som talsmænd udfordres i denne fase. Især fra lægeside øges involveringen, men primært via repræsentanter for interesseorganisationer. Den modstand, der kan spores, retter sig primært mod selve indholdet i akkrediteringen; om det man måler på, reelt er et udtryk for den behandlingsmæssige kvalitet. Med andre ord, at akkreditering fokuserer på den såkaldte horisontale kvalitet i patientforløbet, hvorimod der ikke fokuseres på den vertikale kvalitet, selve resultatet af behandlingen.

Sammensætningen af lægegruppen var kompleks, og for lægerne kunne der derfor knyttes forskellige interesser til akkrediteringen. Erfaringsmæssigt ville yngre læger under uddannelse sætte pris på vejledninger og guidelines som middel til større sikkerhed og tryghed i de faglige vurderinger. De ældre og erfarne speciallæger, der netop karakteriseres ved at have opnået ekspertkompetencer, ville derimod ønske at bevare den faglige autonomi i størst mulig omfang. Fordi yngre læger sjældent opnår stærk tilknytning til de enkelte arbejdspladser, var det overvejende speciallægerne, der kom til at præge debatten.

Formanden for den københavnske lægeforening betragtede foranalysen med mild skepsis og udtrykte især bekymring for anvendelsen af et amerikansk koncept, der fokuserer mere på kontrol end på rådgivning og tillid (Lægen, 1999). Et centralt kritikpunkt her og senere (Ugeskrift for Læger, 2000; Lægen, 2000) er manglen på indikatorer for de lægelige kerneydelser, at akkreditering nok sikrer struktur og periferi ydelser, men ikke har umiddelbar effekt på klinisk praksis.

På linje med dette udtaler formanden for Rigshospitalets overlægeforening (årsberetningen,1999) i forbindelse med omtale af akkreditering på Rigshospitalet, at: mange fortsat håber på, at der i højere grad kan satses på mere speciale-, fag- eller ekspertområdespecifikke indikatorer – og at disse bør udarbejdes af fagfæller inden for de respektive speciallægeselskaber (Lægen, 2000).

For at imødekomme kritikken og dæmme op for eskalerende uro, der potentielt kunne true denne i øvrigt tiltagende stabilitet i netværket, tog H:S Direktionen allerede tidligt i forløbet en principbeslutning om at udvikle et indikatorprojekt i forhold til den speciale-specifikke kvalitet, som et rent behandlingsfagligt supplement til akkreditering.

"Det var fuldstændig rigtigt at sige, at akkreditering ikke går ind i den lægefaglige kernefunktion, eller den sygeplejefaglige for den sags skyld... at i de 10 servicemål, der blev dannet, da H:S blev skabt, stod der, at vi skulle have fo-

kus på kernekvaliteten, og vi skulle stille indikatorer op. Dem havde vi ikke fået gjort så meget ved, det er også svært. Men så kunne vi sige: dem tager vi op... og det blev så til, at så fik vi involveret xx, og så fik han lavet den kliniske enhed for kvalitet, som har udviklet KMS systemet, der bruges rigtig mange steder.”

Tidligere medlem H:S Direktionen, 2006

Beslutningen om udarbejdelse af kliniske standarder og etablering af et klinisk målesystem udgjorde et modtræk fra H:S Direktionens side over for lægernes *kritik af manglende fokus på det faglige arbejde* og var dermed forsøg på at stabilisere lægernes interesser i forhold til akkrediteringsnetværket.

Der gik dog næsten et år, førend *H:S Enhed for Klinisk Kvalitet* blev etableret på Bispebjerg Hospital. Enhedens opgave var udvikling af et såkaldt *Klinisk MåleSystem* (KMS), hvis formål var at forbedre behandling og pleje ved hjælp af kliniske indikatorer inden for visse sygdomsområder. Sigtet var, at systemet skulle understøtte den daglige praksis blandt klinikere og ledere og levere data til klinisk kvalitetsstyring. Gennem oprettelse af KMS kunne manglen på fagspecifikke indikatorer i nogen grad adresseres.

Endelig var der fra lægeside fokus på den manglende evidens i akkrediteringen. Igen et primært lægefagligt kritikpunkt, der sandsynligvis gik på to områder: For det første var der ikke bevis for, at akkreditering i sig selv løftede den samlede kvalitet. For det andet var der ikke entydig evidensbasis for de enkelte standarder og indikatorer.

I forhold til det første kritikpunkt var der ikke vægtige modargumenter – men selv meget puristisk indstillede fagpersoner, må erkende vurdering af akkreditering i et randomiseret studiedesign ville være en næsten uoverkommelig opgave – og næppe nogen sinde vil kunne gennemføres.

I forhold til det andet kritikpunkt benyttede H:S Direktionen sig af den tætte alliance til JCI via:

”Dem vi så fik over fra JCI var rigtig gode. Læge Scott Altmann, der blev sendt ved Guds hjælp. Jeg kan huske, der var et møde med de der læger, og de var meget fokuserede på det med evidens og jeg ved ikke hvad. Hvor han så gik ind og viste, hvordan den måde, hvorpå de opgør resultaterne med mere. Han tog det helt på deres betingelser og fik det forklaret helt cool. Og han er meget dygtig og klog, og meget venlig, smilende og morsom og fik forklaret dem hvad det var det her var baseret på. Og det lykkedes faktisk at trænge igennem og få brudt med noget af det her med at det var helt uvidenskabeligt”

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Udviklingen i lægegruppens argumentation var på sin vis paradoksal. Den indeholdt både en kritik af, at akkreditering indebar en standardisering af deres arbejde, og der-

med var et angreb på lægernes faglige autonomi, og en kritik af akkrediteringens manglende fokus på de lægefaglige kerneområder. Svaret på denne kritik blev introduktionen af KMS, der potentielt introducerede endnu flere standarder og endnu mere dokumentation for de lægelige kerneydelser, og dermed pålagde lægerne identiteter som både standardiserede læger og som dokumentationsarbejdere.

Fra sygeplejerskernes side var der betydelig bekymring for den øgede arbejdsindsats, som forberedelserne til akkreditering og den øgede dokumentationsindsats ville kræve.

"Så der var det, et eller andet sted for mig akkreditering der blev the big bandit, fordi det var enormt ressourcekrævende, og der var ikke tilført ekstra ressourcer i dén proces, så i starten bød jeg mig egentlig ikke meget om det"

Interview, Sygeplejerske, 2006

På den anden side så sygeplejerskerne også akkreditering som en mulighed for at bringe mere systematik ind i en kompleks hverdag:

"Jeg synes at procedurevejledninger og retningslinjer er nogle enormt gode redskaber at have."

Interview, Sygeplejerske, 2006

Ligesom tilfældet var for lægegruppen blev også sygeplejerskerne stillet over for et dilemma mellem på den ene side den traditionelle, patientnære sygeplejerskerolle og på den anden side sygeplejerskens rolle som dokumentationsmedarbejder i et akkrediteret system.

H:S projektet vakte i denne periode betydelig national opsigt. Eksempelvis afholdtes inden for en kort tidsperiode en række seminarer og konferencer om akkreditering, blandt andet i regi af Dansk Institut for Sygehusvæsen, Amtsrådsforeningen samt H:S, egen konference om akkreditering, der tiltrak mere end 600 interesserede, dobbelt så mange som der kunne huses (CSU, 1999).

Var debatten i denne periode relativt afdæmpet på de interne linjer, fandt udmeldingerne og italesættelsen et mere kontant udtryk uden for H:S. Akkreditering blev et varmt emne, efterårets tophistorie indenfor sundhedsvæsenet, af den lægelige direktør i Vejle Amt beskrevet som "et langt festskrift" (Ugeskrift for Læger, 1999), selvom H:S's egen presseafdeling generelt karakteriserede akkreditering som et dårligt emne, der var svært at sælge til medierne, medmindre historien kunne vinkles negativt (H:S informationsafdeling, personlig meddelelse).

Blandt kritikerne af akkreditering fokuseredes der især på kvalitetsindikatorerne, deres beskrivelse og den værdi de skulle tillægges. I Evalueringscenter for Sygehuse mente man, at akkreditering havde tiltrukket sig al opmærksomhed på bekostning af de kliniske databaser, og kaldte akkreditering "et nyt mantra der stjæler rampelyset" (Ugeskrift for Læger, 1999). Ved en DSI konference om akkreditering i dansk perspektiv anførte formanden for Dansk Medicinsk Selskab, at: "akkreditering vil koste en masse penge", og foreslog, at "man skulle angribe det som enhver anden klinisk problemstilling med

opstilling af en videnskabelig 0-hypotese: at akkreditering er en fis i en hornlygte". Lægeforeningens formand var mere afdæmpet men spurgte retorisk om "akkreditering blot var en papirtiger eller en rigtig tiger, der kan foretage et kvalitetsmæssigt tigerspring fremad" og anførte endelig, at H:S "havde valgt at gå til eksamen uden at kende hverken pensum eller curriculum" (Ugeskrift for Læger, 1999). Endelig citerede en østjysk Amtssundhedsdirektør, som en del af et debatindlæg, amerikanske kollegaer for at beskrive akkreditering som "opium for masserne", "ikke rettet mod de kliniske resultater" og "koster astronomiske beløb". Andre - som dog var i klart mindretal - opfattede snarere polemikken som et udtryk for amternes misundelse i forhold til H:S (Ugeskrift for Læger, 1999).

Der var som nævnt også fokus på de økonomiske aspekter. Der var ønske om differentiering af de økonomiske konsekvenser og ressourceforbrug og bekymring for, om man i givet fald kunne gennemføre en national akkreditering, ifald det måtte blive besluttet (Ugeskrift for læger, 1999).

I realiteten viste de faktiske, omkostninger for en H:S akkreditering sig at være vanskelig at opgøre. Det blev dog fremhævet, at akkreditering ville kunne gennemføres og finansieres inden for de eksisterende budgetrammer i H:S. De direkte omkostninger forbundet med samarbejdet med JCI, uddannelse samt etablering af nye projekter vurderedes at løbe op i 15 mio. kr. (Lehmann Knudsen, 2002). Hvad de faktiske omkostninger angik, var billedet mere broget. Det blev angivet (Ugeskrift for Læger, 1999), at udgifterne kan variere fra få promiller helt op til én procent af et hospitals årlige udgifter - for H:S ville dette i 1999 svare til 80 – 90 mio. kr.

Ovenstående eksempler på kritik blev dog alle imødegået aktivt af H:S repræsentanter, enten ved skrevne indlæg eller under deltagelse i konferencerne. Herved afmonteredes den eksterne kritiks påvirkning af H:S' akkrediteringsprojekt og risikoen for en egentlig mobilisering af intern modstand blev reduceret. Aktør-netværket stabiliseres derfor, blandt andet fordi talsmændenes roller ikke for alvor drages i tvivl, selvom de nok kommer under et vist internt og eksternt pres i denne periode.

Den 2. februar 2000 vedtog H:S Bestyrelsen, at alle H:S hospitaler skulle søge akkreditering med assistance fra JCI med forventet gennemførelse i starten af 2002.

5.5 Mobilisering

Ved mobilisering sikres koblingen mellem talsmænd (de få), og de aktører (de mange/masserne), de taler på vegne af. Mobilisering transformerer til aktiv støtte eller handling (Callon, 1986). I dette moment ligger fokus således på, hvordan talsmændene performer og aktivt arbejder for projektets fortsatte udvikling og stabilisering.

Det var de enkelte hospitaler, der skulle akkrediteres, og opgaveansvaret blev derfor decentraliseret i et vist omfang, således var op til de enkelte hospitaler at beslutte hvordan det lokale arbejde med akkrediteringen skulle tilrettelægges..

Som en del af en anden og større kaskade forestod tre JCI-repræsentanter i efter-sommeren 2000 undervisning og træning i Danmark, af yderligere 100 ledere og udvalgte medarbejdere, der skulle fungere som nøglepersoner og kvalitetskoordinatorer. Det var disse nøglepersoner, der i den efterfølgende tid, frem mod selve akkrediteringen i starten af 2002, fungerede som primære ambassadører for akkrediteringen i H:S.

Kvalitet og akkreditering blev i denne periode synliggjort overalt i H:S. Således blev kvalitetsorganisationen ændret og direktørkredsen på H:S-niveau og hospitalernes kvalitetsråd var herefter øverste rådgivende og i de fleste sammenhænge besluttende fora. Kvalitetsrådet fik langt større ledelsesrepræsentation (Lehmann Knudsen, 2002)

På tværs af H:S blev nedsat en særlig **direktørkreds** bestående af repræsentanter fra de seks hospitalsdirektioner og H:S Direktionen. Kredsen mødtes regelmæssigt for at træffe overordnede beslutninger vedrørende forberedelse til akkreditering og nedsatte derudover ad hoc grupper til løsning af specielle opgaver.

Netværksgruppen bestod af en hovedansvarlig fra hvert hospital og H:S Direktionen og stod for det fælles forberedende arbejde.

Under CSU etableredes **akkrediteringsudvalget**, der løbende modtog orientering og drøftede processen.

Endelig blev der etableret en **akkrediteringsfølgegruppe** med bred repræsentation fra centrale og decentrale myndigheder, organisationer, selskaber m.v., "for at give de mange interesserede uden for H:S en mulighed for at følge med" (Nyt om akkreditering, 1/2000).

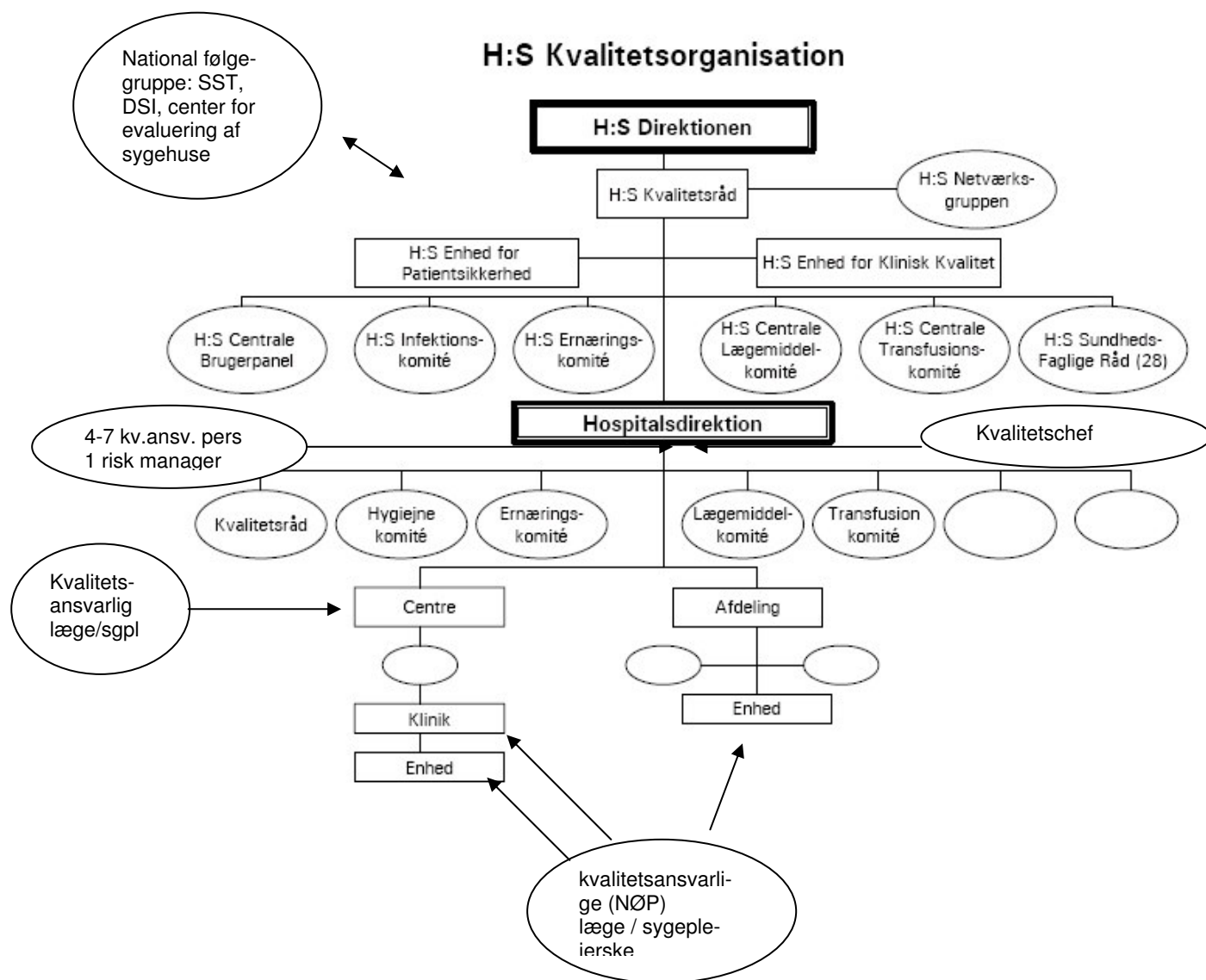
Den interne kommunikation i H:S blev varetaget via elektroniske medier, via NYH:S samt via et nystartet skrift, **Nyt om akkreditering**, der udkom månedligt i en to-årig periode frem til sommeren 2002.

Det lokale **H:S Kvalitetsråd** blev reetableret og styrket, og de **sundhedsfaglige råd** fik tildelt yderligere opgaver og kompetencer.

For at adressere et krav om øget risikostyring blev **H:S Enhed for patientsikkerhed** etableret, og det blev suppleret med en risikomanagementfunktion på hvert enkelt hospital (i alt 6 såkaldte riskmanagers), som yderligere blev understøttet af en lang række patientsikkerhedsansvarlige (PSA) sygeplejersker og læger i de enkelte centre og klinikker.

Involveringen af de mange aktører betød, sammen med kompleksiteten af projektet og af akkrediteringsprogrammet, at det blev nødvendigt at etablere en særlig kvalitetsorganisation. Den samlede kvalitetsorganisation i H:S så herefter således ud (med tilføjelser af ekstern følgegruppe samt enkeltpersoner på hospitals- og center/klinik niveau) (H:S Direktionen, 2004)

Figur 5.5



Figuren giver et indtryk af akkrediteringens omfang og rækkevidde. Akkreditering involverede ledere og mellemledere over en bred kam, og satte sit aftryk overalt i organisationen. Endelig viste det sig, at deltagelse i de centrale dele af processen kunne indebære individuelle karrieremæssige muligheder:

"Og det var jo også interessant, at det var de gode ledere, der tog det og sagde: "det her det er godt, det kan vi bruge". De halvdårlige og dårlige ledere de gjorde det ikke. Det var også sjovt, for der var nogle yngre, sådan næste lag, der pludselig fik mulighed for at markere sig, fordi de kunne det her, og

syntes det var spændende og kørte det videre – så det er et meget stærkt ledelsesredskab. Det fik vi oven i hatten, men det gjorde jo ikke noget.

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

På spørgsmålet om det ligefrem har været en karrierevej:

Jamen, der er da nogle, der er blevet synliggjort som nogen, der har nogle lederkvaliteter, som man måske ellers ikke ville have set, det er helt sikkert, det er jo da interessant.”

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

Akkreditering blev på dette tidspunkt foldet ud i praksis over hele H:S. Det blev betragtet som afgørende vigtigt at opretholde en overordnet central styring for at imødekomme det bærende ønske om sammenhæng på tværs i hele H:S uden at fratage de lokale hospitaler deres ejerskab til processen.

En række standarder og overordnede retningslinjer blev således udformet centralt i H:S og fik udbredelse i hele organisationen – eksempelvis standardiseret journalføring. Andre standarder kunne udvikles lokalt og tilpasses lokale forhold. I disse tilfælde var det op til de enkelte hospitaler selv at definere hvilke retningslinjer og guidelines, der skulle udarbejdes dels i hospitalsregi, og dels lokalt i centrene eller klinikker, jf. de programatiske idealer i kapitel 4 og diagrammet i figur 5.5.

I H:S generelt betragtede man akkreditering som en ledelsesopgave, der primært skulle varetages af hospitalsledelserne, centerledelserne og klinikledelserne. Det blev betragtet som sidstnævntes ansvar at sikre den afgørende medarbejderinvolvering – en opgave der blev tolket og udført med betydelig variation. Som tidligere nævnt, skulle alle afdelinger udpege og uddanne nøglepersoner, og gruppen af ledere og mellemledere fik i opdrag at formidle processen til personalet. I CSU blev emnet taget op gentagne gange af flere medarbejderrepræsentanter;

”Det er meget vigtigt, at det ikke bliver et projekt, som kun særligt udvalgte indgår i, og resten kun ”kigger med” på sidelinjen.”

Tidligere næstformand i CSU 2006

Det omfattende arbejde med udarbejdelse af standarder og retningslinjer blev i reglen udført af udvalgte personer – de menige sygeplejersker og reservelægerne blev så godt som ikke involveret i forberedelserne og afdelingslægerne kun i begrænset omfang (Jespersen, 2002). For disse grupper bestod involveringen primært i informationsmøder, elektronisk information, øvelser m.m. I denne sammenhæng er det væsentligt at erindre de grundlæggende strukturelle vilkår, der er gældende i de fleste kliniske afdelinger. Dels er personaleomsætningen betydelig (for yngre læger indgår hyppige rokader som en del af uddannelsen), dels drives de fleste afdelinger med tre-holdsskift, hvilket i sig selv vanskeliggør regelmæssig og ensartet kommunikation til alle medarbejdere.

"Vi undervurderede hvor meget, der skulle til for at få lægerne ind i det her. Der var jo uddannelsesprogrammer, der omfattede alle, også lægerne, men det fandt de aldrig rigtig ud af. Det måtte vi så erkende i forbindelse med den første akkreditering, hvor vi lavede en rundspørge til udvalgte. Der havde lægerne ikke selv fundet på, hvad det her var. Selvfølgelig er der også den yngre lægegruppe, der ikke er ansat mere end 6-12 mdr. De får aldrig det her tilhørsforhold til det enkelte sted, så de er ikke med på samme måde. I hvert tilfælde var det helt klart erkendelsen, at der skulle vi have gjort noget mere for lægerne og ikke bare have troet, at det kunne de."

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

"Jeg arbejdede på Hvidovre Hospital, da de startede akkrediteringsprocessen, og da tror jeg, hensigten var, at alle sådan set skulle involveres i at gøre hospitalet klar til akkreditering, sådan som jeg husker... . Desværre havde jeg meget svært ved at finde ud af, hvad akkreditering egentlig handlede om, og selv om jeg læste på tingene og prøvede at sætte mig ind i det, blev jeg i for sig ved med at være temmelig forvirret omkring, hvad det drejede sig om, og hvad det var, vi skulle foretage os i den der gruppe. Arbejdet kom aldrig rigtig i gang, og så rejste jeg pga. uddannelse i en periode til et andet H:S hospital, hvor jeg ikke var praktisk involveret."

Læge, 2006

Uden for H:S vekslede holdningen til akkrediteringen ligeledes, fra ligegyldighed over afventen, som var præget af den generelle skepsis, der syntes at gennemsyre forholdet mellem H:S og de øvrige amter på det tidspunkt, til utvetydig afstandstagen, som det illustreres af nedenstående citater:

"Sundhedsstyrelsen interesserede sig overhovedet ikke, ministeriet interesserede sig hele tiden, fordi de havde en mand xxx i bestyrelsen, og han var hooked på det fra starten. Lars Løkke har også interesseret sig, men de har ikke brugt det meget."

og

"Det hele var jo sådan, at alt hvad H:S gjorde, det var sådan forkert. Sådan mener jeg, det var ved møderne. Men når vi så gik og snakkede udenfor møderne, så spurgte de jo; hvad sker der? Men det var virkelig sådan "the odd man out". Vi havde det jo fint personligt med de der ledere og direktører, men det var da lidt træls nogen gange, hvad man bruger megen tid på at forklare og skrive, men det ændrede sig også alligevel hen ad vejen."

"Vi syntes jo vi var gode, det vel jeg da gerne indrømme, det var bare fordi de andre var misundelige. For mig at se viser det jo styrken ved at være større, det er jo Tordenskjolds soldater, der laver uddannelse, kvalitetsarbejde, sikkerhedsarbejde osv, men når så Tordenskjolds geled bliver lidt større, så er det lidt

nemmere at gøre flere ting på een gang, end hvis det er de samme 8 hver gang.”

og

”Og vi kunne jo se, at når vi lavede de der rapporter om arbejdet, kvalitets-håndbøger med mere, så gik de jo som varmt brød, selvom de sad på møderne og skældte os ud, så ville de jo gerne høre mere alligevel.”

Tidligere medlem af H:S Direktionen, 2006

ANT opererer med uendelig processer, i dette lys kan det være vanskeligt at definere en foreløbig afslutning på akkrediteringsprogrammet i H:S. Imidlertid vil det været naturligt at betragte akkrediteringen i 2002 som et observationspunkt, hvor der er mulighed for at gøre status og vurdere om projektets initiativtagere har nået deres mål. Det faktum at akkrediteringen blev opnået, taler entydigt for succes. De stærkest allierede aktører, her H:S Bestyrelse, JCI, H:S Direktion og H:S Hospitalsdirektionerne opnåede og udnyttede en position som talsmænd for deres projekt. Positionen var magtfuld i den forstand at diskussionen omkring akkreditering i al væsentlighed forstummede og det lykkedes at mobilisere ledere og medarbejdere i tilstrækkelig grad til at akkrediteringen kunne sikres. Men som det anføres (Elgaard Jensen, 2003) er den position ikke sikker, projektet kan når som helst blive underløbet af aktører, som undslipper fra deres tiltænkte rolle. Det drejer sig altså ikke kun om at opnå, men i højere grad om at opretholde stabilitet i aktør-netværket.

6. Konklusion

Med denne masterafhandling har vi ønsket at fortælle én version af historien om, hvordan og hvorfor akkreditering blev besluttet og gennemført i H:S, og hvilke konsekvenser det havde for de involverede personer. Vores problemformulering var således:

- 1. Hvordan blev akkreditering indført og bibeholdt i H:S?**
- 2. Hvilke konsekvenser havde beslutningen om akkreditering for de berørte personer?**

Med henblik på at specificere problemformuleringen opstillede vi indledningsvis, jf. kapitel 1, en række undersøgelsesspørgsmål, som har været styrende for vores analyse af det empiriske datamateriale:

- **Hvordan oversættes akkreditering fra det globale til det nationale og regionale niveau?**
- **Hvilke aktører og afgørende begivenheder kan identificeres i forløbet i H:S?**
- **Hvordan blev akkreditering stabiliseret i H:S?**
- **Hvilke interesser og identiteter blev knyttet til aktørerne ved beslutningen om akkreditering?**

Underspørgsmålene sætter strukturen for dette konklusionskapitel.

6.1 Hvordan oversættes akkreditering fra det globale til det nationale og regionale niveau?

I kapitel 4 analyserede vi akkrediteringens programmatisk idealer eller akkrediteringsdiskursen, og dens oversættelse fra det globale til det nationale/regionale niveau i H:S. Vi antog at, det nationale og det regionale niveau var sammenfaldne, da H:S var de første der blev akkrediteret i Danmark. Vi har ikke, via eksempelvis observationsstudier, analyseret akkrediteringens betydning på det lokale niveau, herunder for den daglige praksis jf. kapitel 1.

Analysen viste, helt i overensstemmelse med ANT's argumentation, at der skete en transformation af JCI's internationale akkrediteringsprogram ved oversættelsen til det nationale og regionale niveau i Danmark, og at transformationen ikke indebar en udfordring af akkrediteringsdiskursen, men blot en spredning.

Gennem oversættelserne fik akkrediteringsprogrammet tilføjet en lang række nye elementer, hvilket havde baggrund i flere forhold. Dels opstod der naturligt et behov for at konkretisere og operationalisere standarderne, så de yderligere kunne oversættes til daglig praksis i hospitalsafdelingerne og efterfølgende dokumenteres. Dels betød kravene til dokumentation, data og løbende indberetninger til JCI, at der måtte opbygges nye IT-løsninger. Endelig opstod nye elementer som led i H:S Direktionens forsøg på

at opnå tilslutning til deres projekt om akkreditering af hospitalerne. Bl.a. blev elementet "Klinisk Måle System" indføjet som et resultat af forhandlinger med lægerne om den internationale akkrediteringsmodels fokusområder, herunder særligt fraværet af fokus på den kliniske kerneydelse, jf. kapitel 5.

Transformationen indebar, at både kompleksiteten, detaljeringsgraden og rækkevidden af akkrediteringsprogrammet blev forøget ved implementeringen i H:S, svarende til at JCI's internationale akkrediteringsprogram, herunder de internationale standarder, er at betragte som en black-box, der åbnes, når programmet oversættes til det nationale/regionale niveau, hvorved dets kompleksitet foldes ud. Denne åbning af boxen eller i praksis oversættelse af akkrediteringsprogrammet ved implementeringen i H:S indebærer, at der kan stilles spørgsmålstejn ved indholdet, hvilket kan øge risikoen for destabilisering. Dette sås også i forbindelse med beslutningsprocessen i H:S, jf. kapitel 5.

Analysen har også afdækket, at oversættelserne af akkrediteringsprogrammet ikke blot sker fra det globale til det nationale/regionale niveau, men at de også finder sted den modsatte vej, om end i mindre omfang, jf. figur 4.1. I forbindelse med akkrediteringsbesøg på hospitalerne i H:S fik JCI øje på områder af opgavevaretagelsen, som lå over kvalitetsniveauet andre steder i verden, og JCI valgte derfor at indføre nye internationale standarder på disse områder. Dette forhold er i overensstemmelse med mere generelle iagttagelser af (Lehmann Knudsen, 2002), at akkrediteringsprogrammerne generelt er undergået væsentlige ændringer de senere år som følge af udviklingstendenser inden for kvalitetsområdet i sundhedssektoren. Det drejer sig eksempelvis om højere prioritering af en tværgående og kontinuerlig indsats set i forhold til patientforløb, i en ændring i perspektivet fra kontrol til udvikling og i en højere vægtning af brugen af indikatorer.

6.2 Hvilke aktører og afgørende begivenheder kan identificeres i forløbet i H:S?

I kapitel 3 har vi belyst den historiske kontekst, som beslutningsprocessen om akkreditering i H:S indgik i. Det fremgår, at der overordnet set fremsættes 2 hovedbegrundelser for ønsket om akkreditering af H:S hospitalerne, begge knyttet til interne forhold:

- For det første mente både H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen, at der var behov for et nyt, fælles projekt for H:S organisationen efter udløbet og gennemførelsen af Sygehusplan 2000.
- For det andet var der udtrykt et generelt ønske om at skifte fokus fra økonomiske og strukturelle omlægninger til de såkaldte "bløde værdier", nærmere forstået som kvalitet, personale m.m.

Desuden synes der at have været tale om et ønske om, at differentiere H:S fra det øvrige danske sygehusvæsen gennem akkreditering. Dels med henblik på at styrke H:S's position som førende sygehusvæsen i Danmark, dels med henblik på at promovere de mindre hospitaler i H:S, som enheder med høj kvalitet. I forholdet til pressen valgte man i hvert fald fra H:S's side bevidst en strategi, der fokuserede på klart at differentie-

re H:S fra landets øvrige sygehusvæsen (H:S Informations- og kommunikationsafdeling, 2005).

Modsat synes baggrunden for ønsket om akkreditering ikke, at skulle findes i en generelt ringere kvalitet i H:S sammenlignet med resten af landet. Bedømt ud fra en række patienttilfredshedsundersøgelser, de seneste fra 2004 (Enheden for brugerundersøgelser, 2005), afviger bedømmelserne af H:S ikke fra andre hospitaler i den kommende Hovedstadsregion med hensyn til nogle af nøgleområderne i akkrediteringssammenhæng, eksempelvis patientinformation, medicinering og tildeling af sundhedsfaglig kontaktperson.

Årsagen var heller ikke politiske krav eller myndighedskrav, bortset fra Rigsrevisionens bemærkninger, jf. kapitel 5, om det ønskelige i, at kvaliteten fik en højere prioritet i H:S gennem en central koordinering af kvalitetsinitiativerne.

Det var medlemmer af H:S Direktionen, der, i søgen efter mulige løsningsmodeller, faldt over og for akkreditering, som svar på organisationens behov og ønsker. Det var også H:S Direktionen, der som "instigator" eller iværksætter begav sig ud i forsøget på at vinde tilslutning til idéen, jf. kapitel 5. Direktionen var "stærke i deres tro" på akkreditering, og i deres tiltro til akkreditering som løsningen på de kvalitetsudviklingsønsker og det projektvakuum, de havde defineret. Direktionen fremstod således meget fokuseret allerede fra projektets spæde introduktion.

Selve beslutningsprocessen om akkreditering af H:S hospitalerne, strakte sig i vores udlægning over ca. 2½ år, fra H:S Direktionens første møde med en repræsentant for JCI, til den første egentlige akkreditering fandt sted. Processen udspillede sig overordnet set som en kæde af begivenheder, der gennem translationer førte til konstruktion af et stabilt aktør-netværk, jf. kapitel 5.

Aktør-netværket kom til at bestå af talsmænd, for de forskellige dele af H:S organisationen, og med JCI som eneste ekstern aktør der reelt spillede en rolle. Gennem en lang og intensiv strøm af såkaldte interessekonstruktører som møder, rejser, artikler, nyhedsbreve, elektroniske informationer, konferencer og andet blev aktører og talsmænd indrulleret og mobiliseret frem mod den første akkreditering, og modstand mod projektet blev enten tilbagevist eller negligeret.

Det er givet, at ingen aktører, heller ikke H:S Direktionen har kunnet forudse beslutningsprocessens forløb og det omfang og den kompleksitet, som akkrediteringsprogrammet og dets implementering i H:S ville få. Dette svarer til ANTs syn, på forandring som resultater af heterogene netværk og ikke resultater af enkelte leders værk. Dette betyder, at forandringsprojekter er svært styrbare, og at handlerummet ikke er stationært. For H:S Direktionen som initiativtager betyder det, at de uafsladeligt må følge projektet, analysere og forholde sig til de øvrige aktører for at kunne handle i overensstemmelse med det overordnede mål.

H:S Direktionen og JCI indgik allerede tidligt en tæt alliance, der reelt ekskluderede andre akkrediteringsorganisationer. Alliancen viste sig at give både H:S Direktionen og JCI styrke, i forsøget på at overbevise andre om akkrediteringsprojektet.

H:S Direktionen benyttede sig hyppigt af JCI's interesse og ekspertise i alle momenter, bl.a. gennem egne besøg i USA, udsendelse af ledere og medarbejdere til USA, til sonderende besøg på enkelte hospitaler og i forbindelse med foranalysen. Desuden sikrede H:S Direktionen sig gennem kontakten til JCI et vidensforspring, som de kunne udnytte strategisk i overbevisningen af andre aktører, herunder eksempelvis næstformanden i CSU, jf. kapitel 5.

Omvendt præsenterede JCI i hele forløbet vurderinger, som bar projektet i den ønskede retning. Tydeligst efter besøg på Bispebjerg Hospital og efter foranalysen, hvor tilbagemeldingerne i begge tilfælde var, at H:S ville kunne opnå akkreditering inden for en relativ kort tidshorisont. Ikke nok med at H:S kunne opnå akkreditering indenfor kort tid, JCI udtrykte flere gange at kvalitetsniveauet var så højt at der kun var behov for beskedne forbedringer forud for akkrediteringen! Underforstået at den indsats, man i H:S skulle lægge i forberedelsen ville være overkommelig. I en salgssituation er det en forståelig argumentation, men en udlægning som de færreste medarbejdere ville kunne nikke genkendende til efter akkrediteringen (Right, 2002; Right, 2005).

I forhold til de øvrige nære samarbejdspartnere, H:S Bestyrelsen og hospitalsdirektionerne, blev der gennem konstruktion af interesser etableret relativt stabile alliancer, særligt Bestyrelsen synes at bakke op fra projektets spæde introduktion. For hospitalsdirektionernes vedkommende spillede loyalitet i forhold til Direktionen en vigtig rolle for projektets skæbne; på trods af intern kritik og skepsis over for akkrediteringsprogrammet mobiliseredes ikke på noget tidspunkt afgørende modstand, og hospitalsdirektionerne indgik loyalt i projektet.

Medarbejderrepræsentanterne fik højt prioritet og blev tidligt involveret i forholdet som nære samarbejdspartner. En tæt alliance syntes især at være skabt mellem CSU formanden og CSU næstformanden, hvor der blev udvist stor loyalitet i forhold til hver andres roller.

Som led i forsøget på at styrke aktør-netværket, blev en lang række nye poster oprettet. Der blev dannet et lag af kvalitetsassocierede mellemledere, der generelt blev tildelt betydelig ledelsescharge og blev indplaceret ganske højt i de centrale og lokale ledelseshierarkier. Aktør-netværket blev styrket betydeligt i denne proces, og en række talsmænd trådte frem på det mere operationelle niveau. Deres loyalitet mod projektet var ubegrænset og de bidrog dermed væsentligt til netværkets stabilisering. Endelig demonstreredes der lydhørhed over for dele af den kritik der rejstes, især ønsket om fokus på de faglige kerneydelser søgtes adresseret gennem oprettelse af H:S Enhed for Klinisk Målesystem.

6.3 Hvordan blev akkreditering stabiliseret i H:S?

På baggrund af de gennemførte akkrediteringer af H:S hospitalerne i hhv. 2002 og 2005, konkluderede vi allerede med problemformuleringen, at akkreditering blev stabiliseret i H:S, hvilket vi også konstaterede i foregående afsnit. Men med baggrund i den modstand, kritik, og skepsis, som akkreditering blev mødt med dels ved introduktion af

ideen i Danmark og i H:S og dels i forbindelse med akkrediteringsforløbene i H:S, ønskede vi at undersøge, hvordan denne stabilisering blev opnået. Hvordan overvandt aktør-netværket de manifestationer, der udfordrede akkrediteringen og stillede spørgsmålstejn ved talsmændenes repræsentativitet?

Vi mener, der kan peges på en række forhold, som understøttede H:S Direktionens projekt og hjalp det til gennemførelse; dvs. forhold som bidrog til skabelse af den meningsramme, som akkrediteringen indgik i ved oversættelsen i Danmark og H:S:

1. Akkreditering blev dengang som nu præsenteret og italesat som en målrettet metode til kvalitetssikring og -udvikling i sundhedsvæsenet; en metode som kan bringe sundhedsorganisationen op på et internationalt anerkendt kvalitetsniveau.
2. Akkreditering var ganske vist et ret ukendt begreb i Danmark, da det blev introduceret i H:S, men metoden havde været anvendt i USA siden 1950'erne og var ikke mindst under hastig udbredelse internationalt, herunder i en række europæiske lande, jf. kapitel 4.
3. Akkreditering indeholdt en række NPM-inspirerede elementer (f.eks. standardisering og dokumentationskrav), og kunne derfor ses som en supplerende mulighed for styring af offentlige og komplekse organisationer, jf. kapitel 8.

Disse forhold bidrog bl.a. til at give akkreditering en bred appel, mange følte sig umiddelbart repræsenteret af ideen, herunder politikere (fra H:S Bestyrelsen), embedsmænd og private virksomhedsledere (fra H:S Bestyrelsen), samt ledere og medarbejdere. Selvom patienterne eller deres interesseorganisationer ikke optrådte som aktører i beslutningsprocessen i H:S, synes det rimeligt at antage, at den tætte kobling mellem akkreditering, sikkerhedskultur og fokus på patientrelaterede processer stemte patienterne positivt overfor tankegangen, men det empiriske belæg herfor er beskedent.

Billedet var dog ikke entydigt positivt, der var flere elementer i akkrediteringen, som virkede modsat, herunder ikke mindst det betydelige kontrolelementet, og der er tydeligt mange, både inden for og uden for H:S, havde et ambivalent forhold til akkreditering, jf. kapitel 5.

I forløbet i H:S opstod en række manifestationer, der formentlig kunne have ført til disside og akkrediteringsprojektets mulige fald, såfremt de var blevet mobiliseret til en massiv og mere entydig modstand. Blandt disse manifestationer kan nævnes:

Figur 6.3, eksempler på manifestationer der kunne føre til dissidence

- Kritik af standarder som irrelevante i dansk sammenhæng
- Overordnet skepsis overfor et udenlandsk – og især amerikansk koncept
- Utilbøjelighed fra JCI's side til at acceptere forskelle mellem dansk og amerikansk styringspraksis (central versus decentral styring)
- Medarbejdere som var aktive modstandere af akkreditering
- Kritik af det arbejdspress, som akkrediteringen medførte
- Kritik af manglende medarbejderinvolvering
- Kritik af manglende fokus på klinisk arbejde
- Kritik af manglende evidens

Disse manifestationer blev imidlertid løbende pareret primært af H:S Direktionen. Det skete gennem de tidligere nævnte interessekonstruktører, gennem udvisning af imødekommenhed og forståelse for kritikken, og udtryk om vilje til at imødegå de kritiserede forhold. At man til fulde evnede, at parere eller ligefrem absorbere hovedparten af de kritiske bemærkninger illustreres blandt andet i følgende udtalelse:

"... og en Direktion som udviste forståelse hele tiden – altså det er lidt som at spille bold op ad en pakke smør, der har ligget i 30 graders varme, der er ikke rigtig noget modspil, man får bare ret hele tiden."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Der er således adskillige handlinger eller begivenheder i forløbet, jf. kapitel 5, der kan tolkes som forsøg på at stabilisere aktørernes interesser og identiteter, at dæmme op for tilløb til dissidence og at purificere situationen, deriblandt de i kapitel 5, fremhævede eksempler omkring de kliniske standarder og oplevelsen af manglende evidens. Et yderligere eksempel kunne være medarbejderinvolvering.

Spørgsmålet om *medarbejderinvolvering* blev berørt og drøftet hyppigt, bl.a. gentagne gange i CSU, og tydeligt betonet i H:S Direktionens blad "Nyt om akkreditering" (nr. 1, 3 og 4). Det er tydeligt, at man dels erkendte nødvendigheden af at kommunikere bredt

ud og samtidig erkendte, at kommunikation og formidlingen af et så omfattende emne i så stor en organisation ville være en meget vanskelig opgave. Emnet udgjorde desuden et væsentligt fokusområde i de interviewundersøgelser, der på foranledning af H:S Direktionen blev gennemført i forbindelse med de to akkrediteringer på.

- I den første undersøgelse angav 71 % af de adspurgte, at have været tilstrækkeligt involveret i akkrediteringsforløbet som helhed, men undersøgelsens kvalitative del afslørede stor forskel i medarbejdernes reelle involvering i processen (Right, 2002). Forløbet beskrives her som topstyret med manglende muligheder for diskussion af akkrediteringens indhold og forløb.
- I forhold til påvirkning af den enkelte medarbejders løsning af arbejdsopgaver svarede 62 %, at akkreditering ikke havde påvirket deres opgaveløsning, mens 33 % mente, at det havde ført til bedre eller mere effektiv opgaveløsning. Der var mindre, men ikke signifikante forbedringer i forhold til oplevet kommunikation og medarbejderinvolvering mellem undersøgelserne i 2002 og 2005.
- I interview undersøgelsen på Frederiksberg Hospital i 2004 (Operate, 2004) angav 71 % at være enten utilstrækkeligt (21%) eller kun delvist informeret (50%) om akkrediteringen.

Formålet med interviewundersøgelsen var officielt, at indhente synspunkter på akkrediteringsforløbet til brug for justeringer fremadrettet, – men vi har ikke fundet væsentlige eksempler på en ændret informationsstrategi frem mod akkrediteringen i 2005. Undersøgelsen kan derfor, muligvis også ses som H:S Direktionens forsøg på at inddæmme den fremkomne kritik, herunder dissidence, og udskyde eventuelle reaktioner på kritikken til et senere og for Direktionen mere belejligt tidspunkt.

I forhold til akkreditering i almindelighed og medarbejdernes holdning, synes aktørnetværket relativt stabilt. Der er ganske vist fortsat nogen skepsis, men helt overordnet går den generelle tendens i retning af en tiltagende accept af selve konceptet. Samtidig støtter de fremherskende sundhedspolitiske tendenser, øget fokus på de kvalitets- og styringsmæssige elementer, som akkreditering udgør.

Derfor vil akkrediteringen også bevare sin nuværende placering i H:S i de kommende år, selvom de organisatoriske rammer og strukturer formentlig vil blive nogle andre.

6.4 Hvilke interesser og identiteter blev knyttet til aktørerne ved beslutningen om akkreditering

I kapitel 5 har vi analyseret aktørernes og talsmændenes interesser og identiteter, som de blev formet af akkreditering i H:S. En oversigt over interesser og identiteter er anført i figur 5.1.

Som projekt ejer, måtte H:S Direktionen i deres forsøg på, at overbevise de øvrige aktører kunne sætte sig ind i deres kontekst, hvis projektet skal lykkes.

Aktørerne har alt overvejende fået opfyldt de interesser og opnået de identiteter, som var målet med projektet.

H:S Direktionen:

H:S Direktionen fik til fulde udfyldt det projekttomrum, som de oplevede efter gennemførelsen af Sygehusplan 2000. Set retrospektiv var det ikke kun H:S Direktionen og H:S Bestyrelsen der fik udfyldt et tomrum, men stort set hele organisationen. Man kan diskutere, i hvilket omfang den øvrige del af organisationen, i hele taget oplevede et projekttomrum, eller snarere opfattede akkrediteringsprogrammet som endnu et projekt i en forvejen travl hverdag.

Et andet mål for H:S Direktionen var, samling af en noget spredt organisation. Dette fik de gennem et fælles projekt, set fra et overordnet niveau syntes også dette mål at være nået:

Det H:S jeg mødte var en virksomhed, som i det store og hele var smeltet sammen. Der var en stolthed over at være der, hvor tingene sker. H:S er gået foran med mange ting, og det fortsætter. Der bliver stadig tænkt nyt og sat nye ting i gang..... vi har overladt det meste til hospitalerne, og jeg tror, det er med til at gøre H:S til et tilfredsstillende sted at arbejde.

Lars Engberg Overborgmester, NYH:S 2005

I kraft af at Den Danske Kvalitetsmodel blev besluttet med tydelig reference til akkrediteringen i H:S, må H:S Direktionens identitetsmål som nationale kvalitetsstrategier siges at være opnået. Positionen som nationale kvalitetsstrategier har dog i perioden været præget af de generelle samarbejdsrelationer, der syntes at kendetegne forholdet mellem H:S og de øvrige sygehusvæsner i Amterne jf. kapitel 5.

Derudover har repræsentanter for H:S Direktionen, været flittigt benyttet som oplægsholdere i forbindelse med arrangementer med fokus på kvalitetsarbejde og akkreditering, og diverse publikationer vedrørende kvalitetsudvikling har vist sig at være særdeles efterspurgt. Endeligt har man opnået en betydelig repræsentation i bestyrelsen for IKAS, idet 3 af bestyrelsesmedlemmerne har nuværende eller tidligere tilknytning til H:S.

Efter gennemførelse af sygehusplanen fremstod H:S Direktionen som en ledelse, der stod fast på sine beslutninger og kunne gennemføre dem med fornøden politisk opbakning. På et spørgsmål om, hvorvidt medarbejderne kunne have stoppet akkrediteringstankerne ved at stå udenfor svarer den tidligere næstformand i CSU:

"Nej, for der var ikke noget i sygehusplanen, der blev stoppet, uanset hvor meget personalet protesterede."

H:S Direktionen havde opbygget en identitet, som en målrettet ledelse med gensidig loyalitet og tæt samarbejde med H:S Bestyrelsen og et forhold til de lokale hospitalsdirektioner præget af betydelig koncernloyalitet.

Sygehusplan 2000 var gennemført trods varsler om kaos og nedbrud i dens kølvand og H:S var kommet styrket ud af en langvarig spareproces mange havde forudset ville blive dødsstødet til organisationen. Med andre ord: tiden havde formet en meget stærk H:S Direktion, måske så stærk at den på dét tidspunkt ikke behøvede at frygte modstand på de tætteste indre linjer – belært af udviklingen vidste man det ikke kunne betale sig. Dette gælder for så vidt også forholdet til de centrale medarbejder- repræsentanter, der alle havde tilbragt mange timer de senere år i jævnlige demonstrationer foran kontorerne i Bredgade uden det førte til nævneværdige ændringer af sygehusplanen.

Man kan forestille sig, at H:S Direktionen var rustet til en ny stor opgave, et nyt projekt i den bevidsthed at man de seneste år havde levret et solidt stykke arbejde med implementeringen af Sygehusplan 2000. Direktionen lod sig derfor ikke intimidere af modstand og protester, hverken på de indre eller ydre linjer, men gennemførte hele foranalysen og processen i forbindelse med akkrediteringen uden de store ændringer.

Joint Commission International:

På kort sigt har JCI nået deres mål om spredning af deres akkrediteringsmodel. Ud fra en ren volumenbetragtning var Danmark næppe et vigtigt marked, men H:S repræsenterer som nævnt det største offentlige sundhedsvæsen, der er akkrediteret af JCI. At akkrediteringen tilmed skete på frivillig basis har gjort opgaven særligt tiltrækkende for JCI.

Gennem spredningen af JCIs akkrediteringsmodel har JCI desuden fået inspiration til modellen, herunder gennem de oversættelser, som vi har belyst i kapitel 4.

JCI udfyldte en ekspertrolle i forhold til gennemførelsen af akkrediteringen i H:S. Eksempelvis via undervisning af mange nøglepersoner, ("teach the teacher"), og indkaldelse af centrale repræsentanter fra JCI, i forbindelse med undervisning (interesment) af skeptiske medarbejdergrupper.

H:S Bestyrelsen:

H:S Bestyrelsens interesser og identitetsmål var stort set sammenfaldende med H:S Direktionens. For de politiske medlemmer blev akkreditering set som en mulig vej til forbedring af et omdømme, der i nogen grad tidligere var præget af de omstruktureringer og besparelser der havde fundet sted i H:S.

Hvor sygehusplanen havde givet let adgang til medierne, især i forbindelse med kontroversielle beslutninger, viste akkrediteringen sig imidlertid ikke at have samme mediemæssige og offentlige interesse. Debatten foregik primært i det faglige felt, måske fordi kernerdiskussionen ikke havde bred folkelig appel. I det omfang akkreditering førte til positiv omtale, gik roserne til hospitalerne snarere end til det politiske lag.

Hospitalsdirektionerne:

Hospitalsdirektionernes havde to interesser i forhold til akkrediteringen jf. figur 5.1, dels at opnå større jævnbyrdighed hospitalerne imellem, og dels at få et bedre overblik over hospitalernes performance i slipstrømmen af sygehusplanen.

Hvad det første angår, har man formået at profilere de mindre og ikke specialetunge hospitaler, blandt andet gennem lokale nyhedsmedier. Eksponeringen har dog ikke været fuldstændig ensartet, eksempelvis er især Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, organisationens to største hospitaler, flere gange specifikt fremhævet som specielt vel-fungerende. Dette forhold, at kvalitet også bliver en konkurrenceparameter, bidrager formentlig til indbyrdes konkurrence snarere end samarbejde.

Akkrediteringsprogrammets kompleksitet, vanskelighederne ved at formidle det ud i organisationen, samt den udbredte skepsis og manglende viden, gjorde det nødvendigt for hospitalsdirektionerne at påtage sig en rolle som indpiskere i forhold til ledere og medarbejdere på hospitalerne. Den position, hospitalsdirektionerne sad i, viste sig at være en mere central rolle end først antaget. Ansvar for de lokale forberedelses- og akkrediteringsprocesser herunder for de lokale oversættelser af programmet, blev lagt i hænderne på hospitalsdirektionerne og deres nærmeste ledere. Sammen med akkrediteringsprogrammets betydelige kompleksitet affødtes et behov for at styrke organisationen gennem etablering af lokale kvalitetsenheder.

Medarbejderrepræsentanter:

For medarbejderrepræsentanternes vedkommende blev interesserne ikke opfyldt, specielt ikke i forhold til målene om forhindring af udliciteringer og besparelser:

"Også fordi vi oplevede det der med, at det betød jo ikke, at man ikke også kunne skære ned. Det betød jo ikke, at man ikke også kunne udlicitere. Så der blev vi noget skuffede over det."

Tidligere næstformand i CSU, 2006

Først i anden akkreditering blev der for alvor sat fokus på akkrediteringsprogrammets uddannelses- og personalepolitiske aspekter. Dette var et resultat dels af en bevidst prioritering fra ledelsesside og dels af det forhold, at opfyldelsen af PE - standarderne jf. kapitel 4 måtte strækkes over en længere periode grundet et meget betydeligt uddannelsesbehov og deraf følgende kapacitetsproblemer, eksempelvis vedrørende undervisning i hjertestop og brand.

Trods til tider en hvis skepsis fra medarbejderrepræsentanterne, blev de alligevel bro-byggerne for medarbejderne i forhold til gennemførelse af akkrediteringsprojektet.

Medarbejderrepræsentanternes position som talsmænd i aktør-netværket må siges at have været under et vis pres især fra lægesiden, som kun delvis lod sig indrullere og mobilisere grundet modstand og utilfredshed med akkrediteringskonceptet, jf. kapitel 5. Lægegruppens argumentation medførte, at de gennem akkreditering fik tillagt identiteter som både den standardstyrede læge og dokumentationsarbejdere.

Også sygeplejerskerne indtog en ambivalent holdning til akkrediteringen, fordi den på den ene side kunne true den traditionelle patientnære sygeplejerske rolle, og på den anden side påføre sygeplejerskerne en rolle som dokumentationsarbejdere. Derved ender både læger og sygeplejersker med "troubled identities", hvilket kan medføre destabilisering.

Dette resultat stemmer overens med tidligere fund. Eksempelvis er det i studie konkluderet (Skærbæk, kommende), at arbejdspladsen har afgørende betydning for skabelse af individers identitet, og at der gennem bl.a. styringsmæssige tiltag aktivt gøres forsøg på at forme medarbejderes identiteter. Det er yderligere påvist, at identiteterne faktisk påvirkes gennem bl.a. præstationsmålinger, herunder at der skabes såkaldte "troubled identities".

6.5 Afrunding

Vi undrede os indledningsvis i afhandlingen over, hvorledes det kunne lade sig gøre at beslutte, opnå og bibeholde akkreditering i en organisation præget af skepsis og usikkerhed blandet med modstand.

I problemformuleringen har vi allerede anerkendt, at projektet blev gennemført og det tilsigtede mål opnået, idet vi tog udgangspunkt i, at akkreditering var opnået flere gange og dermed stabiliseret i H:S.

Analyserne har vist, at beslutningsprocessen om akkreditering i H:S kunne gennemføres takket være stærke og stabile alliancer blandt netværksaktørerne, og her især mellem H:S Direktionen, JCI og de seks hospitalsdirektioner. Dels i projektets spæde start, hvor aktør-netværket endnu var under opbygning og de øvrige aktørers positioner endnu ikke var veldefinerede. Dels senere i forløbet, hvor omfanget og konsekvenserne af det intendede projekt materialiserede sig, og uenighed om interesser, identiteter og mål kunne føre til dissidence.

I analysen har vi overvejende fokuseret på de aktører, der positionerede sig som talsmænd. Det er dog klart, at mange andre aktører havde betydning for beslutningsprocessens forløb og stabilisering. Her tænker vi især på ledere og medarbejdere, der kom til at indgå i den kvalitetsorganisation, som blev etableret i H:S som konsekvens af behovet for en organisation, der kunne varetage koordinering og styring af de komplekse elementer, som akkrediteringsprogrammet bestod af.

Som vi kort kommer ind på i kapitel 7, har tiden vist, at stabiliteten i aktør-netværket omkring akkreditering har kunnet opretholdes indtil videre. Der er nu gennemført to akkrediteringer, og ideen synes at indlejres stadig dybere i H:S.

I analyserne har vi også fortolket aktørernes interesser og identiteter, som de blev konstrueret gennem processen. En dybdegående analyse af den daglige praksis på medarbejderniveau har ligget uden for afhandlingens empiriske felt, men vi har undervejs kunnet fremhæve en række eksempler på ambivalens i forhold til akkrediteringsprogrammet, bl.a. fra læge- og sygeplejeside. På den ene side anerkender man, at ideen om målrettet og systematisk kvalitetssikring og -udvikling er rimelig og nødvendig; hvem kan være imod bedre kvalitet? På den anden side har akkreditering påført læger og sygeplejersker opgaver, som medfører, at de fremstår som "troubled identities", hvilket giver dem et anstrengt forhold til metoden. Dette forstærkes af, at akkreditering af mange opleves som yderligere belastning i en allerede travl hverdag. Ambivalensen synes imidlertid at være i en vis balance, forstået således, at de negative vurderinger og holdninger ikke overtrumfer de positive. Derved er ambivalensen ikke en akut potentiel trussel mod stabiliteten af aktør-netværket. Såfremt denne balance forrykkes over mod den negative side, vil dette kunne betyde en destabilisering af netværket.

Samlet må vi derved konkludere, at aktør-netværk kan fremstå som stabile, på trods af at ikke alle aktører fuldt og helt føler sig repræsenteret af projektet. Dette kræver blot, at der opretholdes en vis balance mellem modstand og støtte.

Vores konklusion støttes af et enkelt studie (Singleton & Michel, 1993 i Ellegaard Jensen, 2003), som viser, at projekters sammenhængskraft, og dermed deres stabilitet, ofte ligefrem beror på deltagernes ambivalens og ikke kun på deres ensrettede holdninger. Fundamentale uenigheder vil sandsynligvis fragmentere aktør-netværket, hvorimod mindre uenigheder kan bæres og måske endda bidrage til en stabilisering af netværket, fordi der dermed levnes plads til dilemmaer og ambivalens blandt netværkets aktører.

6.6. Vurdering af teoretisk analyseramme

Med valget af ANT som teoretisk analyseramme fik vi mulighed for at kaste et utraditionelt og anderledes perspektiv på de valgte problemstillinger. Deri har imidlertid også ligget en særlig udfordring, fordi vi løbende har skullet huske os selv og hinanden på ikke at falde tilbage på de mere traditionelle tilgange, som vi er bedre bekendt med, og som derfor ligger mere "lige for".

Det er vores vurdering, at ANT har fungeret fornuftigt i forhold til de analyser, vi har valgt at foretage i afhandlingen. Aktørbegrebet har tvunget os til at kigge bredere i identificeringen af aktører, selvom det efter længere tids søgen viste sig, at hovedparten af de væsentlige aktører i vores case skulle findes inden for H:S.

Behovet for fortolkninger fra undersøgers side, og behovet for at undersøgeren kan sætte sig ind i aktørernes kontekst, udgør efter vores mening en stor udfordring ved anvendelsen af ANT, som det formentlig også gør i andre forstående teoritilgange. Det er vanskeligt som udforsker at vurdere, hvornår ens viden om konteksten er tilstrækkelig sikker til, at man kan drage konklusioner. I de spørgsmål har vi naturligvis i den konkrete case været hjulpet af et forudgående kendskab til sygehusvæsenet og H:S, som

på den anden side også kan have betydet, at vi har ladet os præge af vores erfaring og forudindtagethed og dermed været blinde for nye og anderledes vinkler.

Callons 4 "moments of translation" har efter vores mening vist sig som velegnet analysemodel i den valgte case, og har betydet, at vi har kunnet analysere og fortolke aktørernes handlinger og beslutninger i processen med baggrund i mere strategiske overvejelser fra deres side. Undervejs har vi dog haft visse udfordringer i forhold til at få indpasset de faktiske begivenheder i de 4 momenter. Vi har desuden brugt mange timer og tanker på at sætte os ind i aktørernes kontekst med henblik på at kunne tolke de interesser og identiteter, som var forbundet med akkrediteringen, og som spiller en så væsentlig rolle i ANT og i Callons model, jf. oven for.

Interessebegrebet i ANT volder efter vores vurdering nogen problemer, når det skal anvendes i empiriske analyser. Der synes ikke at foreligge definitioner af begrebet, og det synes ikke at blive anvendt helt entydigt. Det står rimelig klart, herunder i Callons model, at aktørers interesser konstrueres i translationsprocessen. Problemet er imidlertid dels, at interesser ofte ikke er erkendt af aktørerne selv, og dels at de kan have en karakter, som ikke ønskes ekspliciteret i empirisk materiale. Det betyder, at aktørernes interesser i udstrakt grad må baseres på fortolkninger af udsagn eller handlinger, hvilket efter vores vurdering giver en væsentlig risiko for fejlslutninger og misforståelser.

Stabiliseringsbegrebet udgør for os at se en væsentlig styrke ved ANT, fordi det åbner mulighed for at sætte ord på den sammenhængskraft, som relationer mellem aktører kan opnå, uden nødvendigvis at skulle foretage en nærmere vurdering af det projekt eller den sag, som aktørerne har samlet sig om. Selve projektet spiller for så vidt ikke den store rolle, det gør derimod aktørernes evne til at skabe og opretholde relationer. Dette har været hensigtsmæssigt i en analyse som denne, hvor problemstillingen omhandler en sociologisk proces mere end en vurdering af akkreditering som metode.

Samlet set må vi konkludere, at ANT som teoretisk analyseramme har fungeret tilfredsstillende, om end teorien på flere måder har udfordret vores daglige naturvidenskabelige tilgang til Verden og det, der er i den.

7. Epilog

Vi har i masterafhandlingen primært fokuseret på årene 1999 – 2002, fra de indledende overvejelser om akkreditering til det første survey var gennemført. I kapitel 5 beskrev vi indrullering i og mobilisering af netværket, en proces der resulterede i en omfattende restrukturering af kvalitetsorganisationen i H:S. Denne bevægelse fortsatte med uforminsket styrke de følgende år. I realiteten kan man tale om en institutionalisering af kvalitetsarbejdet i den periode. I virksomhedsgrundlaget for 2004/2005 blev kvalitetspolitikken således fremhævet som et centralt indsatsområde med et grundlæggende princip om kontinuerlig kvalitetsforbedring (H:S Direktionen, 2004). I samme policypaper omtaltes *H:S Kvalitetspolitik*, *H:S Kvalitetsråd* samt den årlige *H:S Kvalitetsberetning* og *H:S kvalitetsplan*. De fire definerede hovedelementer i kvalitetspolitikken var

- Akkreditering
- Overvågning af patientsikkerhed
- Specialespecifik kvalitet
- Rapportering af mål

Der er næppe tvivl om at arbejdet med kvalitetsudvikling i H:S har haft afsmittende og sine steder endda normativ effekt på kvalitetsudviklingen generelt i det danske sundhedsvæsen. Selvom H:S, med et udtryk lånt i diffusionsteoriene (Rogers, 1998) ikke blev *innovators*, så optrådte de i hvert tilfælde nationalt som *first adapters* af akkrediteringskonceptet (Sønderjyllands Amt opnåede som hidtil eneste andet sundhedsvæsen i 2003 akkreditering ved HQS). I forhold til patientsikkerhed etablerede H:S allerede i 2001 H:S Enhed for patientsikkerhed et par år før, at Folketinget i juni 2003 vedtog Lov om patientsikkerhed. I H:S's selvforståelse havde indsatsen og resultaterne fra patientsikkerhedsarbejdet en direkte afsmittende effekt på det øvrige sundhedsvæsen, qua vedtagelse af førnævnte lov (H:S Direktionen, 2004).

Vi har i tidslinjen (bilag 10.3) illustreret de væsentlige begivenheder i forhold til kvalitetsudviklingen generelt i det danske sundhedsvæsen. Der var et stigende antal initiativer op gennem 1990'erne, men der blev ikke arbejdet koordineret efter en fælles strategi og med et fælles mål (Knudsen, 2004). Det fremgår også relativt tydeligt, at udviklingen accelererede voldsomt netop i perioden omkring årtusinde skiftet hvor H:S og JCI knyttede de første kontakter og aftaler. En række nationale projektgrupper blev etableret/reetableret og i 2001 publiceredes rapporter med forslag til modeller for national kvalitetsvurdering. (Sundhedsstyrelsen, 2001 del A og del B). I 2002 indgik Amterne, H:S, Ministerierne og Sundhedsstyrelsen aftale om etablering og udvikling af den danske kvalitetsmodel, i 2003 forelå de første modelbeskrivelser og endelig i 2005 blev IKAS, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet etableret med hovedsæde i Århus.

IKAS' primære opdrag var udvikling og senere drift af Den Danske Kvalitetsmodel (DKM). Et grundlæggende element var, at udviklingen af standarder og indikatorer i vidustrækning skulle baseres på allerede etablerede nationale kvalitetsprojekter:

- Det Nationale Indikator Projekt (NIP)
- Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)

- 2-årige landspatientundersøgelser (LUP)
- Kliniske databaser (f.eks. KMS)
- De Mellemmenneskelige Relationer (10 strategiområder vedr. "de bløde værdier")

IKAS hjemmeside, 2006

Uviklingen af DKMs evalueringsgrundlag (standarder og tilhørende indikatorer) er opdelt i 37 temaer i tre hovedgrupper (sygdomsspecifikke, generelle og organisatoriske temaer). For de 37 temaer udvikles 2-4 standarder på "højt internationalt niveau" med 4 indikatorer til hver standard (IKAS 2006) .

Udviklingsarbejdet planlægges afsluttet ultimo 2006, derefter skal der gennemføres en national høringsfase og sekundær revidering, inden standarderne og indikatorer pilot-testes og endelig operationaliseres med henblik på akkreditering.

Den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk og omfatter (trinvist og på sigt) alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark. Akkrediteringen skal i første omgang alene omfatte det offentlige sygehusvæsen, og forventes udført med ekstern konsulent bistand inden udgangen af 2008.

Opdraget som ekstern konsulent blev givet i EU licitation primo 2006. Tilbudsgiverne var de fire store aktører i feltet - JCI, HQS (UK), ACHC (Australien) og CCHS (Canada) (jf. kapitel 4). I et elektronisk nyhedsbrev i juni 2006 (IKAS' hjemmeside) oplyses det at man "for at sikre en dansk kvalitetsmodel af international høj klasse" har valgt det britiske HQS som samarbejdspartner. Udover at assistere med udvikling og implementering af DKM, skal samarbejdet med HQS også sikre godkendelse af IKAS som en selvstændig international akkrediteringsinstitution.

H:S gennemgik som anført akkreditering i 2002 og igen i 2005. Der er endnu ingen H:S hospitaler der ikke har opnået akkreditering eller er tildelt væsentlige negative anmærkninger. Tværtimod, i pressen kunne man læse om "Riget i verdensklasse" (Berlingske Tidende, 2005) og H:S Direktionen offentliggjorde i juni 2005 en pressemeddelelse hvori det hed, at: "Hospitalerne i hovedstaden er blandt verdens bedste. Det har blandt andet Hvidovre Hospital nu fået Joint Commissions stempel på" (H:S Direktionen, 2005)

Hvorvidt positionen kan opretholdes, i det omfang den overhovedet er reel, afhænger blandt andet af hvorledes kvalitetsarbejdet organiseres og udføres i fremtiden. Netop nu står H:S i den sammenhæng ved en korsvej. En række af de vigtige aktører i aktør-netværket (jævnfør figur 5.1) forsvinder i den nærmeste fremtid. Ved overgangen til Region Hovedstaden i årsskiftet opløses H:S Bestyrelsen og H:S Direktionen og såfremt beslutningen om en national akkreditering med HQS assistance opretholdes, forsvinder også JCI ud af billedet. Dermed er strukturen i netværket i realiteten opløst, i den gammelkendte konstellation i det mindste – og set i et aktør-netværksperspektiv må JCI betragtes som ekskluderet fra netværket omkring akkreditering i H:S.

På rygteplan forlyder det imidlertid, at man fra H:S' side arbejder på at gennemføre den planlagte akkreditering i 2008 med JCI assistance – bl.a. fordi man angiveligt ikke føler

sig overbevist om, at DKM akkreditering i 2008 vil kunne matche en akkreditering efter JCI principper. Hvis balancen i den nyetablerede hovedstadsregion skal opretholdes vil det formentlig være nødvendigt, at udstrække denne akkreditering til også at inkludere hospitalerne på Bornholm og i Københavns og Frederiksborg Amter.

Tanken ligger næppe medarbejderne i de respektive kvalitetsorganisationer fjernt. Københavns Amt og især Frederiksborg Amt har indledningsvist samarbejdet med JCI de seneste år – det vil være nærliggende at udbygge det eksisterende samarbejde. Vælger man akkreditering i 2008 ved JCI vil næsten 1/3 af det offentlige sygehusvæsen i Danmark være akkrediteret med denne organisation. Det rejser så igen et relevant spørgsmål, om IKAS og det nationale projekt kan tåle, og acceptere, en sådan afvigelse tidligt i dets levetid. Der er formentlig betydelige politiske interesser bundet op på denne problemstilling, og det er muligt at IKAS i realiteten ikke har andet valg end at acceptere en københavnsk enegang i dette tilfælde.

Den 4. december 2006 blev et udkast til kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden drøftet, herunder forskelle og ligheder mellem JCI akkreditering og Den Danske Model. Det blev aftalt at arbejde videre med området.

I sagens natur er der ikke officielle udmeldinger endnu, men med god vilje kan man ane konturerne af et nyt aktør-netværk under konstruktion. Og i netværket kan man se de mulige aktører materialisere sig, nationale og regionale sundhedspolitikere, de professionelle fra hospitalernes kvalitetsorganisationer, gammelkendte repræsentanter fra det snart opløste H:S og personer med tilknytning til IKAS, alle involveret i problematisering og interessekonstruktion.

At en national akkreditering bliver gennemført indenfor en overskuelig fremtid er der næppe tvivl om og at HQS skal varetage den eksterne evaluering har altså siden juni syntes lige så sikkert. Men jævnfør kapitel 2 er ingen aktør stærkere end aktør-netværket tillader og ingen black-boxes er fuldstændig dirkefri. IKAS er en nyetableret organisation med et bundet mandat, ligesom HQS jævnfør figur 4.3.1 ikke har en praktisk erfaringsbase, der bare er i nærheden af at kunne matche JCIs. Derfor kan man ikke antage at konstellationen IKAS – HQS i udgangspunktet kan indtage samme position som konstellationen H:S Direktion – JCI i sin tid gjorde. Derfor er JCI's rolle som aktør på det danske marked muligvis heller ikke endeligt afklaret.

8. Diskussion og perspektivering

"What is measured gets attention, and what is not measured tends to get ignore."

(Ridgeway, 1956)

Arbejdet med denne afhandling har givet os et indtryk af kompleksiteten i begrebet akkreditering – eller et indtryk af en flertydig akkrediteringsdiskurs. Akkreditering bliver tilskrevet flere formål og mange effekter, hvilket blandt andet er kommet til udtryk gennem den ambivalens, som akkreditering blev mødt med i H:S, jf. kapitel 5 og 6.

Det har derfor vakt vores interesse for at studere begrebet i en bredere samfundsvidenskabelig kontekst. I dette afsluttende kapitel vil vi derfor diskutere akkreditering som metode og på den baggrund perspektivere den mulige fremtidige anvendelse og placering i det danske sundheds- og sygehusfelt.

Der er ingen tvivl om, at akkreditering er et stærkt brand, der i den rette markedsføring nærmest sælger sig selv. Ingen kan være imod "højere kvalitet", "struktur og overblik", eller "øget patientsikkerhed". Den hyppige reference til flysikkerhed er næppe tilfældig; ingen ønsker at begive sig på en flyvetur med en besætning, der "prøver sig frem uden retningslinjer og checklister", ligeså lidt som nogen ønsker sig udsat for et lignende arbejdsprincip under en hospitalsindlæggelse.

Vi har i kapitel 7 beskrevet H:S som *first adopters* (Rogers, 1995) af et dengang nærmest ukendt begreb i Danmark. Set i internationalt perspektiv, adskilte H:S sig fra den fremherskende norm ved frivilligt at ansøge om akkreditering. Set i nationalt perspektiv, adskilte H:S sig ved i det hele taget at importere akkrediteringskonceptet. Initiativerne i H:S accelererede imidlertid den nationale udvikling, og godt fire år efter den første lokale akkreditering, er konceptet nu i en ændret version under national implementering.

Akkreditering i sundhedsvæsenet står som sådan ikke længere til diskussion. Derfor har vi i afhandlingen heller ikke fokuseret på, hvorvidt akkreditering er godt eller ej. Argumenterne for og imod er velkendte og forbløffende stabile. Ser man bort fra et fald i selve intensiteten, synes diskussionen ikke at have ændret sig væsentligt de seneste år.

Helt i tråd med formodningen om et stærkt brand, trak man i forbindelse med den tidlige introduktion af akkreditering primært på de fremherskende kvalitetsdiskurser – akkreditering var et redskab til sikring af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Andre diskurser fik mindre fremtrædende placering, eksempelvis i forhold til effektivisering, styringsmæssige og medicolegale aspekter, der naturligt tildeles betydeligt rum i USA. At akkreditering passede ind som endnu et fænomen blandt mange andre kontrollerende foranstaltninger i New Public Management (NPM) reformbølgen, var muligvis et tiltalende træk i nogles øjne, jf. kapitel 5 og 6, men det blev ikke tildelt en fremtrædende plads i argumentationen.

Elementerne i NPM er styrkelse af markedsmekanismer og nye organisations- og ledelsesformer (Hood, 1991; Kragh Jespersen, 2001). *Markedsmekanismerne* styrkes

gennem privatisering/udlicitering, økonomisk incitamentsstyring, kontrakt- og taxameterstyring samt øget brugerindflydelse og frit valg. *Organisations- og ledelsesformerne* styrkes gennem principper om entydig ledelse, decentralisering, import af privatsektor ledelsesprincipper (eksempelvis Total Quality Management (TQM) og European Foundation for Quality Management (EFQM)), øget outputorientering samt ikke mindst registrering og sammenligning af resultater (Kragh Jespersen, 2001).

Idegrundlaget om NPM har siden midten af 1980'erne påvirket den offentlige sektor i de vestlige lande – med varierende intensitet og gennemslagskraft. Tankegangen er, at der gennem NPM reformering, opnås øget produktivitet, bedre kvalitet, ansvarlighed og bedre kontrol med de fagprofessionelle (Kragh Jespersen, 2001). Blandt skeptikerne anses NPM som et direkte forsøg på begrænsning af de fagprofessionelles magt (Exworthy, 1999). Mens andre (Kragh Jespersen, 2001) betvivler, at reformerne kan implementeres i fuldt omfang.

Knudsen har beskrevet interaktionen mellem en række centrale NPM-begreber og præstationsmålinger (Knudsen, 2004). Først og fremmest er det tydeligt, at præstationsmålinger i sig selv muliggør sammenligning: sammenligning med egen afdeling, med resultater fra tidligere år, med resultater fra andre afdelinger eller andre institutioner. Sammenligning åbner op for en konkurrencesituation, hvad enten det er tilsigtet eller ej, og konkurrencen vil kunne skabe pres for stadig fornyelse og forbedring.

Derudover er præstationsmålinger i sig selv også velegnede til håndtering af et NPM-relateret ledelsesdilemma. På den ene side ønskes det at tilskynde til decentralisering og selvstyre (NPM princip), på den anden side ønskes en vis grad af styring og kontrol bibeholdt (alment ledelsesprincip).

Netop via den synliggørelse, der ligger i præstationsmålingerne, kan fortsat kontrol og overvågning opretholdes; det er muligt at kompetencerne til arbejdstilrettelæggelse decentraliseres, men der føres fortsat stadig tættere kontrol med resultatet af arbejdsprocesserne. Basalt set handler det om at erstatte tillid med øget kontrol og løbende overvågning. Og datainput til denne kontrol leveres som nævnt i stor udstrækning af medarbejderne selv ved selvevaluering, indrapportering til kliniske databaser og ved intern auditering. Set i det lys bidrager akkreditering reelt til en kontrol af organisationens egenkontrol eller sagt med andre ord: en andenordenskontrol af førsteordenskontrollen (Skærbæk, kommende).

Ønsket om kontrol over og transparens i sundhedsydelserne er, jf. NPM-tankegangen, blevet stadig mere udtalt de seneste årtier. Og koblingen mellem kvalitetsudvikling, måling og kontrol er blevet stadig tydeligere. I 1998 formulerede Regeringen, at der "fra 2000 skulle foreligge et sæt landsdækkende, sammenlignelige kvalitetsindikatorer, således at den enkelte borger kunne se, hvor behandlinger blev gennemført bedst". (NYH:S, 1999). Ønsket har opnået bred politisk tilslutning og er på det nærmeste blevet et mantra for den nuværende regering og flertallet af de toneangivende sundhedspolitikere. Man ønsker synlig kvalitet og derudover, med et klassik NPM-udtryk, "value for money" (VFM); der skal også være oversigt over og kontrol med forbruget af de fælles offentlige midler. Der skal komme noget ud af det ikke ubetydelige ressourceforbrug. VFM-principperne rammer bredt i disse år, uddannelsessektoren og hele området

for børne- og ungeomsorg er andre eksempler på sektorer, der oplever samme krav som sundhedssektoren.

Udviklingen i sundhedssektoren kulminerede - eller nåede et foreløbigt lavpunkt, alt efter temperament - i dette efterår. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside offentliggjorde man de første karakterer, i form af stjerner, tildelt de danske sygehuse på baggrund af en række centralt indsamlede data (Sundhedsstyrelsen, hjemmeside, 2006). Tallene blev omgået fortolket, bearbejdet og omsat i deciderede ranglister (se f.eks. Dagens Medicin, oktober, 2006). De sekundære resultater udløste forskellige reaktioner, fra en regn af Othello-lagkager (400 stk.) over Vejle Sygehus (listens nummer 1), til insistende (bort)forklaringer fra Bispebjerg Hospital, et akkrediteret H:S hospital, der som det eneste i den kommende Region Hovedstaden kun fik 2 af 3 mulige stjerner. Forklaringerne var legio, især i forhold til de dårligere placeringer. Det mest markante fælles-træk var en undren over en tilsyneladende direkte kobling, der omsatte de foreliggende data, som udgjorde basis for rangstillingen, til en beskrivelse af den overordnede behandlingskvalitet på de enkelte hospitaler.

Denne undren afspejler væsentlige og velkendte problemstillinger: Hvorledes måles kvalitet, hvorledes kan man sammenligne sundhedsydelser på en meningsfuld måde; hvordan vil det stigende krav om sammenlignelighed præge udviklingen i sektoren, og hvilken rolle kan akkreditering tiltænkes i den udvikling?

Umiddelbart ingen tænker man, fordi akkreditering er en vurdering rettet mod det interne i en organisation og ikke beregnet til sammenligning med andre organisationer. Men allerede den anden H:S akkreditering i 2005 førte til "en placering i verdensklasse", hvor der definitorisk ikke er plads til alle. Netop udviklingen omkring det nationale stjernesystem har vist, at det i øjeblikket tilsyneladende tillægges større værdi at kunne måle på noget, end at kunne forholde sig kritisk til det, der måles på. I det perspektiv er det svært at forestille sig en national akkreditering, der om få år *ikke* vil blive anvendt til en ekstensiv sammenligning på kryds og tværs i det danske sundhedsvæsen.

Nogle indikatorer vil givet være brugbare, og sammenligningen muligvis give mening. Andre vil være meningsløse og føre til nonsens konklusioner, forvirring og uro. I øjeblikket ved ingen rigtigt, hvem der skal definere, hvilke data der er anvendelige til krydssammenligninger, hvordan fortolkningen skal tilrettelægges, eller hvem der besidder den finale ret og pligt til fortolkning. Endelig er det ikke klart, hvilke konsekvenser eventuelle forskelle vil få. Officielt er intentionerne endnu de bedste, der er kun tale om kvalitetsforbedring. Men skal NPM-tankegangen følges til dørs, må det også få konsekvens for den fremtidige opgavefordeling og ressourceallokering.

I den situation, og i et sundhedsvæsen, der de næste mange år vil være præget af omfattende forandringer i kølvandet på strukturreformen, synes der kun at være en udvej: at sikre sig så god en akkreditering som muligt, nærmest for enhver pris.

Set i NPM-perspektiv repræsenterer det næsten selve opfyldelsen af missionen: et sundhedsvæsen, hvor alle, over en bred front, anstrenger sig til det yderste for at opnå den bedste akkreditering. Nærliggende spørgsmål vil være, i hvilken grad denne stræ-

ben vil afspejle sig i forbedret behandlingskvalitet, hvilke afledte konsekvenser fokuseringen på akkreditering vil have, og om fokuseringen kan blive for ensidig.

Lad os kortvarigt betragte et af nøgleelementerne i akkrediteringen, nemlig de løbende vurderinger eller såkaldte interne og eksterne audits, jf. kapitel 4. Audit er ikke et nyt fænomen i medicin. Afholdelse af medicinsk audit har været udbredt i angelsaksiske lande i årtier og blev beskrevet allerede i 1956 af den amerikanske kirurg P.A. Lembcke (Lembcke, 1956). Audit er en betegnelse for "fagpersoners systematiske gennemgang af patientforløb med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser" (Blomhøj og Mainz, 2000).

Medicinske audits kan antage en række former, overordnet kan der skelnes mellem *interne* og *eksterne* audits. I sin klassiske form var den medicinske audit primært intern, blev ofte udført ad-hoc på lokalt initiativ som en bottom-up proces, mest af alt med status som et hollistisk værktøj, der kunne bidrage til at forbedre praksis. Audits var beregnet til eget, interne brug og konklusionerne udløste muligvis ændringer af praksis, men ingen egentlige disciplinære aktioner (Pollitt, 1993).

Af denne grund, og analogt til det nært beslægtede begreb "akkreditering", er auditering også forbundet med en stærk positiv signalværdi. I sin bog "The Audit Society" konkluderede Michael Power således (Power, 1998):

"Audit has become an all-purpose enabling technology which makes diverse regulatory programmes possible. The force of its logic is such that to be against audit appears to be to support non-accountability."

Power, og med ham andre forfattere, påpeger at akkreditering og auditering også kan betragtes som politisk fænomen, et fænomen med fordele og ulemper. Eksempelvis anfører Shore and Wright (Shore, 2000) i en analyse af auditering i det britiske uddannelsessystem:

"Audit thus becomes a political technology of the self, a means through which individuals actively and freely regulate their own conduct and thereby contribute to the government's model of social order."

Det anføres endvidere, at selvom auditering nok beskrives som en åben og demokratisk proces, med et godartet formål hævet over kritik, så dækker den retoriske tilgang i virkeligheden over et hierarkisk og topstyret system (Shore, 2000):

"However, what the language of "efficiency", "effectiveness", "best practice" "self-management", self-enhancement" and "value for money" disguises is that the audit culture relies upon hierarchical relationships and coercive practices. The self-directed, self-managed individual is encouraged to identify with the university and the goals of higher education policy: challenging the terms of reference is not an option"

Power, (Power, 1998) anfører endvidere, at i modsætning til opfattelsen af auditering som en afledt og neutral aktivitet, så påvirker auditering i realiteten i stigende grad den institutionelle kontekst, hvorfra den efterspørges. Måling af noget kræver, at det der vil eller skal måles, rent faktisk kan måles eller kan gøres målbart. Arbejdsprocesser må transformeres eller oversættes til en række standarder, hvor kvalitet derefter måles som evnen til at leve op til disse standarder, ofte yderligere udtrykt gennem en række indikatorer, fuldstændig i overensstemmelse med akkrediteringens programatiske idealer, jf. kapitel 4. Kvalitet bliver dermed at leve op til indikatorer og standarder. Gennem udnævnelse af kvalitetspersoner, udbygning af kvalitetsorganisationen og tilretning af procedurer og arbejdsgange skabes en auditabel struktur, og selve organisationen gøres "auditerbar". Dette så vi også i vores H:S case, hvor der blev opbygget en kvalitetsorganisation "ved siden af" den formelle organisation, etableret it-løsninger m.m., jf. kapitel 5.

JCI's arbejde med gennemgange og kontrol af sundhedsorganisationer kan i vid udstrækning sammenlignes med de arbejdsmetoder, der er kendt fra revisionsområdet, og akkreditering kunne i det lys ses som en form for sundhedsfaglig revision.

I regnskabslitteraturen har spørgsmålet om revisorers objektivitet og uafhængighed været drøftet gennem mange år (Skærbæk, kommende). Bl.a. Power (Power, 1996) argumenterer for, at revision ikke er en objektiv og neutral aktivitet, men at det derimod er med til at omforme de reviderede institutioner til målelige størrelser, hvilket er med til at overbevise institutionerne om, at revision er en god og nødvendig aktivitet. Med sidestillelsen af revision og akkreditering ligger det lige for at antage, at akkreditering ikke, som JCI ellers hævder, udgør en objektiv og neutral proces, men at det reelt - via indførelse af standarder, procedurebeskrivelser, data og andre mulige non-humane aktører - influerer på sundhedsorganisationernes indhold og væsen.

Bevidstheden om kontrol og overvågning forbundet med akkreditering og auditering påvirker organisationen og medarbejderne, på kort og lang sigt. På den lange bane kan man med henvisning til Foucault og hans beskrivelse af Panoptikon (specialbygget fængsel), overveje hvilken effekt auditering vil få på den daglige praksis. Tanken bag Panoptikon var netop at indgyde fangerne ængstelse eller uro ved bevidstheden om en *vedvarende, mulig* overvågning, og at denne uro materialiserede sig i form af tilpasning til de disciplinære normer, der blev efterspurgt. Dermed ændres det styrende element fra tillid til mistillid og usikkerhed. Eller som Power (Power, 1994) formulerer det:

"Audit is introduced largely when trust has broken down, and yet the spread of audit actually creates the very distrust it is meant to address, culminating in a regress of mistrust."

På kort sigt præger survey-besøgene i høj grad organisationerne. Stadig med udgangspunkt i britiske universiteter beskriver Shore og Wright (Shore, 2000):

"Some universities now run dress-rehearsals in preparation for the TCA visit. Most staff and students are tutored what to say and what not to say about the quality of provision in their institution..... Audit visits produce a climate of unease and hyperactivity."

Der er ingen tvivl om, at der hersker en speciel eksamensstemning op til akkrediterings-surveys. I forbindelse med begge H:S akkrediteringerne er der talrige eksempler på specielle former for eksamensadfærd, men de er ikke veldokumenterede og kan derfor ikke anvendes til en udtømmende beskrivelse af problemets reelle omfang. Vi har dog, specielt i interview af medarbejdere, fået flere eksempler på, at forholdene under akkrediteringsbesøgene *ikke* afspejler hverdagen, og at dette påvirker medarbejdernes motivation.

"Det man var mest, man kan ikke sige vrede over, men det der blev talt mest om var, at man vidste, de kom fra JCI... Det syntes de var snyd, decideret snyd. Det var de forargede over. En ting er, der skal akkrediteres, det kan man godt forstå, men det er da snyd, at når der plejer at stå syv senge på gangen, så står de der lige pludselig ikke mere."

Tidligere næstformand CSU, 2006

Hvis det er nødvendigt at praktisere eksamensadfærd, er det formentlig fordi målene i den daglige praksis er for høje. Det kan, jf. Lyne (Lyne, 1995), virke demotiverende, hvis mål og forventninger sættes urealistisk højt. Motivation bevares kun, så længe der er mulighed for at nå målet. Mulige udveje er at acceptere *slack* (Hopwood ifølge Lyne, 1995) eller *delkoblingspraksis*, jf. Meyer og Rowan (Meyer og Rowan, 1991), hvilket formentlig praktiseres, også i H:S.

Netop denne problematik kan underbygge den ambivalente holdning til akkreditering, jf. kapitel 5. Hvilken værdi kan man tillægge et koncept, hvor daglige afvigelser accepteres, eller hvor man accepterer eksamensforberedelser på kanten af snyderi. Med den begrundelse at kravene til beståelse er så høje, at de i praksis vil være ekstremt vanskelige at opfylde, hvis man ikke på forhånd kendte eksamensdagen og selv i nogen grad kunne bestemme de områder, der skulle eksamineres i. Omvendt er et vægtigt argument for akkreditering netop, at det er udviklingsarbejdet mellem surveys, der er vigtigt, i.e. at det er det lange, seje udviklingsarbejde, der løfter kvaliteten og ikke surveys eller eksamenssituationen alene.

Auditering og akkreditering er således, trods deres tiltrækkende ydre, måske ikke helt så objektive og neutrale, når det kommer til stykket. De griber ind, dybt og omfattende, i institutionernes liv. I sundhedssektoren er holdningen bredt, at sådanne indgreb på mange områder er tiltrængte, og ingen med deres sanser og fornuft intakt kan for alvor argumentere imod den del af programmet, der fokuserer på den faglige kvalitet. Alene at definere eller udvikle et brugbart alternativ synes vanskeligt. En tilbagevenden til tidligere tiders tillidsbaserede system kan muligvis virke tiltrækkende på nogen, men er efter vores vurdering ikke en realistisk mulighed.

Derfor er det rimeligt at antage, at akkreditering og auditering er blivende fænomener i sundhedsfeltet, i det mindste en rum tid endnu. Det der i øjeblikket synes at være mest behov for, er en sund portion skepsis overfor hvad akkreditering reelt er, og en klar stillingtagen til hvad det ikke er. Vores vurdering er:

- Akkreditering er et kvalitetsværktøj, det løfter kvaliteten på mange men ikke alle områder. Det er ikke et universelværktøj. Især i forhold til de faglige kerneydelser er der fortsat plads til forbedring. Udviklingen af KMS og NIP er eksempler, der peger i den rigtige retning, men der er endnu lang vej.
- Akkreditering kræver ressourcer på alle niveauer i sygehusvæsenet. Ressourcer til uddannelse, til udvikling og til den vedvarende dataregistrering.
- Akkreditering har indflydelse på de daglige arbejdsgange, også i form af øget arbejdsbelastning. Jo mere detaljeret og kompleks man ønsker akkrediteringen, jo flere ressourcer vil den formentlig binde.
- I det omfang man ønsker sammenligning i sundhedssektoren, må man bruge målrettede og relevante indikatorer og give sig den nødvendige tid til at definere dem og udvikle redskaber til national indrapportering.
- Når den kommende nationale akkreditering gennemføres, er det vigtigt, at den bruges til at akkreditere de enkelte hospitaler – og kun det. Ønsket er reelt, men næppe realistisk. Resultaterne vil forventeligt blive offentliggjort og sammenlignet på kryds og tværs. Det vil kræve tilbageholdenhed af de involverede parter, ikke at publicere data der måske i en snæver vending kan være fordelagtige for dem.
- Hvis, eller når, resultaterne fra den nationale akkreditering bliver anvendt til krydssammenligninger, vil det sætte konceptet i et nyt lys. Den nuværende holdning, der også i sundhedsvæsenet er helt overvejende positiv og båret af kvalitetsdiskurser, vil blive sat under pres. Akkreditering vil blive tilskrevet andre effekter med fokusering på arbejdsbelastning samt styrings- og rationaliseringsaspekter.
- En sådan fokusering vil øge modviljen mod akkreditering og fremme slack og deklingspraksis samt adfærd rettet specifikt mod den eksterne evaluering uden sigte på forbedring af den daglige praksis. Dermed bliver selve det at opnå akkreditering vigtigere end den kvalitet, akkrediteringen skal løfte.
- Denne ændring vil i sig selv ændre forholdet mellem de auditerede organisationer og de auditerende (f.eks. JCI eller HQS), samt deres repræsentanter, auditørerne. I USA er det allerede en udbredt praksis at lade sig "for-akkreditere" v.h.j.a. akkrediteringskonsulenter. Jo vigtigere akkreditering bliver i forhold til ressourceallokering, desto flere ressourcer vil der blive afsat på selve det at sikre sig akkreditering. Objektivitet og uafhængighed vil blive sat under pres.

Uden at overdramatisere, mener vi, det er nødvendigt at mane til en vis besindighed. DKM og den kommende akkreditering kan og vil sandsynligvis give et tiltrængt løft af kvalitetsniveauet i den danske sundhedsvæsen. Redskabet er godt, men ikke det universalmiddel, som det af og til markedsføres som. Den massive interesse i performancemålinger og value for money kravene kan spænde akkrediteringen for en vogn, den ikke kan trække.

Akkreditering kræver medarbejderinvolvering på alle niveauer. Vi har fundet tegn på ambivalente holdninger og troubled identities. Hvis akkreditering anvendes bredt, også til performancemålinger kan man frygte at medarbejdernes ambivalens øges i en sådan grad, at akkrediteringsprogrammet i sig selv bringes i fare.

Derfor synes en meget vigtig opgave i de kommende år, at være en fastholdelse af akkreditering som det den er, et kvalitetsværktøj og intet andet. Ved at afskærme det fra en NPM-inspireret tankegang og potentielt misbrug, kan det sandsynligvis udvikles yderligere. Men med den betydelige NPM-fiksering, der i øjeblikket spores henover det meste af det politiske spektrum, er det desværre lidt uklart, hvem der kan og vil løfte den opgave.

9.Litteratur- og referenceliste:

9.1 web-sites

- H:S intranet (lukket net)
- H:S hjemmeside (www.hovedstadenssygehusfaelleskab.dk)
- Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk)
- JCI website – (www.jci.com)
- HQS website (www.HQS.org)
- IKAS hjemmeside (www.kvalitetsinstitut.dk)
- PubMed (www.pubmed.org), søgeord: accreditation
- Dansk Institut for Sundhedsvæsen (www.DIS.dk)
- Infomedia, søgeord: akkreditering, H:S, kvalitet, kvalitetsudvikling
- Ministerier og offentlige myndigheder:
 - Indenrigs- og Sundhedsministeriet
 - Finansministeriet
 - Rigsrevisionen

9.2 avisartikler

- Berlingske Tidende, (13 juni,2005). Riget i verdensklasse. 13 juni
- Dagens Medicin (oktober – november, 2006)

9.3 referencer

- Amtsrådsforeningen, (1999). Kvalitet i sygehusvæsenet. Statusrapport
- Andersen, I. (2005). Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne”, Forlaget Samfundslitteratur, 3. udgave.
- Blomhøj, G., Hermann, N. & Neergaard, L.d. (1992). Kvalitetsudvikling, hvorfor og hvordan. Sundhedsstyrelsen.
- Blomhøj, G. (2000). Kvalitetsbegrebet, Ugeskrift for Læger, (1) 162: 122-124

- Blomhøj, G. & Mainz, J. (2000). Audit, en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis, Klaringsrapport, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren,
- Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay, in Law, J (red.): *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?*, s. 196-233. Routledge, London.
- CSU referater (1999 – 2002). Det Centrale Samarbejdsudvalg i H:S.
- Christensen, F. (1999). Aktør-netværk og vidensorganisation, Human IT - Tidsskrift för studier av IT ur ett humanvetenskapligt perspektiv, s 1-13.
- Enheden for brugerundersøgelser, (2005). Den landsdækkende undersøgelse af patientundersøgelser i 2004. på vegne af Amterne, H:S og Indrigs- og sundhedsministeret.
- Exworthy M. (1999). Professionals and the New Managerialism in the Public Sector. Buckingham, Open University press.
- Forum for kvalitet og udvikling i offentlig service (FOKUS). (2002). Akkreditering i sundhedsvæsenet. Udgivet af DSI.
- Foucault, M. (1977). Discipline and Punish, Hamondsworth, Penguin.
- Frølich A & Schiøler, T. (2001) Akkreditering af hospitaler. Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada. EvalueringsCenter for Sygehuse. DSI. Nr. 1
- Frølich, A. (1999). Akkreditering af hospitaler. Ugeskrift for læger nr. 44 s. 6102.
- Fuglsang, L & Olsen, P. B. (2004). Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne, Roskilde Universitetsforlag. kapitel 12, 2.
- Fugleholm, A-M. (2004). Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet III. Ugeskrift for Læger, (19) 166: 1787-1791
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). (2006). Information og materiale til temagruppen. Århus.
- Jensen, T. E. (2003). Aktør-Netværksteori - en sociologi om kendsgerninger, karakterer og kammuslinger", Papers in Organization, no. 48.
- Jespersen P. K. (2001). New Public Management reformer i det danske sygehusfelt", Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1, 82. årgang.
- Hood, C (1995). The New Public Management in the 1980s: Variations on a theme. Accounting, Organizations and Society. 20 (2/3):93-109.
- H:S (1996). Sygehuskvalitet, erfaringer fra 18 kvalitetsprojekter, H:S Direktionen.
- H:S (1996). Sygehusplan H:S 2000, H:S Bestyrelsen.

- H:S (2000). Foranalyse til akkreditering i H:S - rapport over forløb og vurdering", H:S Direktionen.
- H:S (2000). Supplementshefte, foranalyse til akkreditering i H:S – detaljerede beskrivelser af forberedelse, gennemførelse og evaluering, H:S Direktionen.
- H:S (2000), Nyt om akkreditering, nr. Alle numre 2000 - 2002. H:S Direktionen
- H:S (2000). Beslutningsprotokol. H:S Bestyrelsesmøde, 2. februar, 2000.
- H:S, (2001). Kvalitetsudvikling og akkreditering i H:S. Principper, organisering og metoder, H:S Direktionen.
- H:S. (2003). Personalepolitisk Redegørelse 2003. H:S Direktionen.
- H:S. (2004), Kvalitetspolitik for H:S Direktionen
- H:S. (2005), Notat , PR i forbindelse med akkreditering 2005. H:S Direktionen, Informations- og kommunikationsafdeling.
- JCI og H:S (2003). Standarder for hospitaler, officiel dansk oversættelse. H:S Direktionen.
- Knudsen, J. L. (2002) Akkreditering TQM i sundhedsvæsenet. Børsen Forum, Børsen ledelseshåndbøger, s 1-19.
- Knudsen, J. L., Rix, B. A. & Rohde, S. (2002). Akkreditering af H:S Bispebjerg Hospital, Ugeskrift for læger, 164 (38) s. 4416
- Knudsen, J. L., Fugleholm, A-M. & Kjærgaard Johan. (2004). Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Ugeskrift for Læger, 166(19):1779-1783
- Knudsen, M. (2004). Performance measurements performer selv - et sociologisk blik på præstationsmålinger, artikel udarbejdet efter et oplæg ved det 10. årsmøde i Dansk Forum for Helsetjenesteforskning.
- Kousgaard, M. B. (2004). Præsentation af nogle socialvidenskabelige tilgange til studiet af teknologiers rolle i forandringsprocesser., Paper til FLOS-konference
- Latour B. (1987) Science in action. Cambridge: Havard University Press.
- Launsø, L. & Rieper, O. (2005). Forskning om og med mennesker- forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. Nyt Nordisk Forlag 5. udgave.
- Lembcke, PA . (1956). Medical auditing by scientific methods, JAMA 162: 646-55
- Lindén, L. & Madsen, E. B. (2000). Akkreditering - en 3-årig proces. København.
- Lov om Hovedstadens Sygehusfællesskab. (1994) lov nr. 1132. København
- Lyne, S (1995). Accounting Measures, Motivation and Performance Appraisal. I Issues in Management Accounting (Eds. Ashton et al) pp 237-255.

- Meyer, J. & Rowan, B. (1991). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *Compendium* s. 41-61.
- Neergaard, L. d. (2003) Akkreditering i H:S – fra første tanke til fuld gennemførelse. *Tidskrift for Dansk Sygehusvæsen – temanummer*
- NYH:S: (2004). Fra skepsis til accept, særn. 1995 –2005. Udgivet af H:S Direktionen.
- NYH:S: (2005), Offentlige hospitaler er motiveret af at gøre en forskel, Malis Daerrs, udgivet af H:S Direktionen, nr. 1.
- Operate (2004) Viden og kommunikation – analyse af den interne kommunikation om akkreditering på Frederiksberg Hospital.
- Pedersen, T. (1999) Akkreditering mødt med skepsis. *Lægen* (Københavns Lægeforening) nr. 10.
- Piihl, J. (2003). Strategisk ledelse som organisering på distancen. Abstract i *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, vol, no. 2
- Poulsen J (1999). Kvalitetsudvikling, *Lederen*. *Ugeskrift for Læger*, nr. 37, s. 5129.
- Pollit C.(1993). Audit and Accountability: The Missing Dimension? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 86 (4):209-211.
- Pollit C. (1993) The Struggle for Quality: The case of NHS. *Politics and Policy* 21 (3):161-170.
- Power M. (1994) *The Audit Explosion*. London; Demos.
- Power M. (1997) *The audit society*. Oxford University Press, Oxford 2 udgave.
- Right K. & Kjerulf A/S. (2002) Erfaring og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S, resultater af telefon- og gruppeinterview, udgivet af H:S Direktionen.
- Right K. & Kjerulf A/S. (2005) Erfaring og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S, resultater af telefon- og gruppeinterview, udgivet af H:S Direktionen.
- Rigsrevisionen. (2000). *Beretning om H:S' styring*, København, Folketinget.
- Rogers, E.M (1995). *Diffusions of innovations*. 4th edition. The Free Press. New York.
- Rose, N. & Miller, P. (1992). Political power beyond the State; Problematics of Government, *The British Journal of Sociology*, vol. 43, no. 2. pp. 173-205,
- Schiøler, T., Christensen, M., Lipczak, H. & Hermann, N. (2002) DSI Institut for sundhedsvæsen. Nr. 8.
- Scheuer J. D. (2001). *Oversættelse af organisationskoncepter i klinisk praksis FLOS*.

- Shaw, C. D (2001). Accreditation in Europe 1999 - 2001, A summary of results of a survey of data. CASPE Research, London, UK. www.caspe.uk
- Shore, C & Wright, S. (2000). Coercive accountability, the rise of audit culture in higher education. *Studies in accountability, ethics and the academic route*. Kap. 2 s. 57- 89.
- Skærbæk, P. (2006). The margins of auditor manoeuvrability – an ethnography of auditee relationship in the effort to make the Danish Defence receptive to performance auditing. *Kommende artikel*.
- Skærbæk, P. (2004). The politics of the changing forms of accounting. *Accounting, Auditing & Accountability journal*. Vol. 17 no. 1 pp 17-40
- Stalder F. (1997). *Aktør-Netværk-Teori og kommunikationsnetværk: Mod konvergens*. Faculty of Information Studies, University of Toronto.
- Sundhedsstyrelsen (2001). Kvalitetsvurdering I Sundhedsvæsenet, del A. Forslag til en national model. Projektgruppe under det National Råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet.
- Sundhedsstyrelsen (2001). Kvalitetsvurdering I Sundhedsvæsenet, del B. Baggrund for forslag til en national model. Projektgruppe under det National Råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet.
- Waks, C. (2004). Uklare ansvarsområder giver klare faglige identiteter, kapitel 5 i Signe Vikkelsø og Sidsel Vinge: *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, 1. udgave.
- Woods, M. (1997). Researching rural conflicts: "Hunting, local politics and actor-networks." *Journal of Rural Studies*, vol. 14, no. 3 pp. 321-340,

10. Bilagsfortegnelse

10.1 Bilag 1: Semistruktureret interviewguide

Indledningsvis gør vi det klart, at formålet med denne masterafhandling ikke er at:

- vurdere akkreditering som metode til kvalitetsforbedring
- lave en egentlig bedømmelse af processen (god/dårlig)

Vores mål er at få nuanceret, hvordan processen forløb, og hovedfokus på opgaven ligger dermed på **beslutnings- og gennemførelsesstrategien**.

Vi håber på "åbenhed" og "ærlighed" i interviewet, og garanterer at resultaterne af samtalerne kun anvendes i anonymiseret form. Vi tilbyder informanten mulighed for at læse interviewet og rette eventuelle misforståelser.

Spørgsmål:

1. Hvornår og fra hvem hørte du første gang om akkreditering i H:S?
2. Hvor kom ideen oprindeligt fra?
3. Hvad tror du, var baggrunden for ideen om akkreditering?
4. Hvordan blev ideen introduceret i organisationen?
5. Hvilke reaktioner opstod der? Og fra hvem?
6. Hvad gik kritikken mest på i forhold til beslutningen om akkrediteringen, og hvordan blev den håndteret?
7. Ved du, hvad omkostningerne var ved akkreditering?
8. Hvilke konsekvenser synes du, akkrediteringen har haft, dels for H:S som organisation og dels for ledere og medarbejdere?
9. Var der nogen presseomtale i forbindelse med akkrediteringsprocessen ?
10. Når du ser tilbage på processen, hvad er så din generelle vurdering; er der nogle ting, du selv ville have gjort eller haft anderledes ?

10.2 Bilag 2: interviewguides

Interview af 8 medarbejdere:

Der er foretaget 8 interview med henholdsvis 5 læger og 3 sygeplejersker, de er nu ansat på et ikke akkrediteret hospital. Alle har tidligere været ansat på et H:S hospital, i perioden mellem 1998 og 2006. Flere af de interviewede har været ansat i H:S under gennemførelsen af begge akkrediteringer og har derfor et dybere kendskab både til akkrediteringen og processen.

Spørgsmål	Læger	Sygeplejersker
Deltaget aktivt i akk.	2 Ja 3 Nej	2 Ja 1 Nej
Fordele ved akk.	Højner standarden i afd. Fælles standarder Selv mindre detalje bliver der fokus på Arbejder under samme retningslinjer Mindre anarki Det faglige niveau højnes Man gør tingene ens Øger sikkerheden og eliminere fejl Faste procedurer for alle Forbedret kvalitet Dokumentation Alle går i samme retning Ro og orden på opr. Stuerne Audit og indberetninger af fejl Afdækker uhensigtsmæssige arbejds- gange Processen frem til akk. ikke selve akk. Selvevaluering	Standarder Dokumentation Vejledninger på mange procedurer Kan altid se hvem der har tjekket diverse apparatur Kvalitetssikring af systemet Ensartede pt. forløb Samme kvalitet på alle hospitaler- ne Bedre evidens for det arbejde der udføres Arbejder mere evidensbaseret Mere systematik Øget patientsikkerhed Ensartning af arbejdet Kompetencemapper for nyansatte
Ulemper ved akk.	Bliver set over skuldrene Høj grad af kontrol Gå udenom procedurerne Meget tidskrævende Dokumenterer hvis ikke man ønsker at arbejde efter faste standarder Mere firkantede og mindre smidige Akkreditørene kendte ikke noget til området Meget dokumentation	Meget ressourcekrævende Ingen ekstra ressourcer i forbindel- se med opstart Nogle gange meget besværlige arbejdsgange Akkrediteringsdato kendes

	Meget regel styret Mere bundet op på rutinerne	
Forskellen fra akk. sted til ikke akk. Sted	Forskel i strukturen og opbygningen af afd. Den daglige planlægning Mindre faste procedure i ikke akk. sted Lidt friere arbejdsbetingelser i et ikke akk. sygehus Mere forvirring om det enkelte pt. forløb i ikke akk. sted Svært at finde vejledningerne på ikke akk. sted Ingen forskel i sikkerheden ved arbejdet i akk. sted og ikke akk. sted Tvivl om rutinerne i ikke akk. sted	Mangler nogle gange vejledninger på ikke akk. sted Basere mere arbejde på tro end viden i ikke akk. Mere evidensbaseret arbejde i akk. sted Personalet udfører arbejdet mere forskelligt i ikke akk. Svære at ændre procedurer i ikke akk. sted
Styringsværktøjer begrænser dit arbejde i akk. Sted	Ledelsen kan være skyld i begrænsningerne Ledelsen sætter rammerne for akk. ikke akkrediteringen som koncept Giver ledelsen mulighed for at overvåge arbejdet Ledelsens krav om at følge procedurerne Styringsredskab for ledelsen til kontrol af brugen af standarderne Styringsredskab for personalet i øget sikkerhed for den enkelte	Ledelsen har meget fokus på akk.
Processen	Var meget med i forløbet Arbejdede med vejledninger	Udarbejdelse af retningslinjer God arbejdsredskab Meget krævende arbejdsproces ved indførelsen af akk.
Positiv ved akk.	Akk. er en del af hverdagen Tryghed indenfor rammerne	Hvad er viden og hvad der er erfaring
Negative ved akk.	Akkreditørene melder deres ankomst før de kommer Amerikansk koncept hvor der bruges mange penge Ledelsens værktøj Er besværligt Hvis ikke der er mulighed for afvigelser	Tager mange ressourcer
Foretrækker akk.	5 Ja 0 Nej	3 Ja 0 Nej

10.3 Bilag 3: Tidsforløb

1985	Igangsættelse af lokale projekter vedr. kvalitetsudvikling (inspireret af udviklingen i USA; Holland, UK og Sverige)
1991	Dansk Selskab for Kvalitet i sundhedssektoren oprettes
1991	Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet oprettes under SST
1993	SST publicerer: National strategi for kvalitetsudvikling
1994	H:S etableres som en sammenslutning af Københavns kommunehospitaler, Frederiksberg Hospital, Rigshospitalet og Skt. Hans Hospital
1995	Projektet om Den Gode medicinske Afdeling påbegyndes
1995	Aftale om principper og finansiering af landsdækkende kliniske databaser (ARF, SST og Sundhedsministerium)
1996 dec.	Akkreditering af hospitaler – ”den amerikanske model” beskrivelse af akkreditering som koncept i ugeskrift for læger. <u>Såvidt</u> vides første beskrivelse af JAHCO koncept i et dansk lægefagligt tidsskrift.
1998 nov	”Fra 2000 skal der foreligge et sæt landsdækkende, sammenlignelige kvalitetsindikatorer således at den enkelte borger kan se hvor de enkelte behandlinger gennemføres bedst” P Nyrup Rasmussen, udtalelsen senere indarbejdet i regeringsoplæg til strategi for sygehuspolitik 2000-2002
1999	Center for evaluering af sygehuse oprettes
1999	Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) startes
1999	Sekretariat for referenceprogrammer
1999 Okt/nov.	DSI afholder konference om akkreditering i sundhedssektoren
1999 Juni (ca)	H:S dir kontakt til JCWC
1999 juli (ca)	H:S dir på studietur, Chicago USA
1999 august	
1999, Nov- dec	Foranalyse af 6 H:S hospitaler ved JCI
2000	Rapport fra SSt udvalg for kvalitetsudvikling udkommer
2000	Finansieringsaftale om den Gode medicinske Afdeling indgås mellem sygehus-ejerne
2000	Det nationale råd for kvalitetsudvikling reetableres
2000	Første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse offentliggøres
2000 feb.	Resultat af foranalyse i H:S offentliggøres
2000 feb.	H:S indgår kontrakt med JCI om samlet akkreditering af H:S hospitalerne
2000	Kvalitetsorganisationerne i H:S reorganiseres som optakt til den kommende akkreditering. Især ledelsesforankringen styrkes
2000 maj	25 nøglepersoner på studietur til JC, Chicago. Kursus i Chicago, deltagelse i akkrediterings surveys spredt i USA
2000 sep.	100 ledere og medarbejdere på 3 dages kursus med JCI konsulenter
2000	Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling nedsætter projektgruppe, der skal udar-

	bejde en beskrivelse af forskellige tilgange til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet.
2000 okt.	H:S Enhed for klinisk kvalitet etableres på BBH under ledelse af overlæge Johan Kjærgaard
2000	H:S afholder i samarbejde med JCI seminar: "Akkreditering i H:S – det første års erfaringer". Formålet er at orientere primært interesserede udenfor H:S og "tidspunktet er valgt for at kunne påvirke den brede debat netop i disse måneder i DK vedr fremtidig kvalitetsvurdering"
2001	Dansk Selskab for Patientsikkerhed etableres
2001 Feb.	ComPass standard check, IT baseret evaluerings system udsendes
2001 Juni	Beslutning om fælles dansk kvalitetsmodel
2001 Sep.	H:S Enhed for patientsikkerhed oprettes (Hvidovre). Der etableres risikomanagement funktion (riskmanager) på hvert hospital og en række nøglepersoner uddannes ultimo 2001
2001 okt.	Første Mock Survey i H:S
2001 nov.	Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedssektoren (SST) udgiver "kvalitetsvurdering i sundhedssektoren", del A :forslag til en national model, del B: baggrund for forslag til en national model
2002	Revideret national strategi for kvalitetsudvikling
2002	Som led i Den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen indgår SST, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, ARF og H:S aftale om i fællesskab at etablere og udvikle Den Danske Kvalitetsmodel (DKM) for Sundhedsvæsenet
2002	Det nationale råd for kvalitetsudvikling afholder konference om kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet
2002 feb. Til marts.	H:S hospitalerne akkrediteres for første gang
2002 marts	H:S markerer akkrediteringen med en personalefest i Forum for mere end 2000 medarbejdere
2002 april	H:S Bestyrelsen vedtager at H:S skal fortsætte akkreditering med JCI i 2005.
2003	Første version af den danske kvalitetsmodel i høring
2003	Folketinget vedtager lov om nationalt indrapporteringssystem for utilsigtede hændelser.
2003	Sønderjyllands Amt akkrediteres i samarbejde med den Britiske organisation Health Quality Service (HQS). Sygehusvæsenet, sundhedsforvaltning og enkelte almen praksis akkrediteres.
2004	I økonomiaftalen for 2005 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen aftales det, at DKM etableres som en selvstændig institution i et fælles ejerskab
2005	H:S hospitalerne akkrediteres for anden gang (JCI)
2005 Juni	IKAS – Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet åbnes i Århus: Institutionen er selvejende og skal varetage den fortsatte udvikling og drift af DKM
2006	Der træffes aftale om national akkreditering med assistance fra HQS
2006 dec	DKM standarder i høring
2008	National akkreditering af det Danske Sygehusvæsen

10.4 Bilag 4: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner

Udarbejdet af dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2003

Akkreditering: (Accreditation)

Def: procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.

Audit: (Audit)

Def: fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) mhp. at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Benchmarking: (benchmarking)

Def: en kontinuerlig og databaseret disciplin, hvor man i samarbejde med eks. et andet hospital eller en anden almen praksis, der har opnået gode resultater, sammenligner struktur og processer, som danner grundlag for et givet resultat.

Certificering: (Certification)

Def: Procedure, hvor tredjepart afgiver skriftlig forsikring om, at et produkt, et system eller en person opfylder et specificeret kravgrundlag.

Indikator: (Indicator)

Def: en målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

Kliniske vejledning eller retningslinjer: (Clinical guideline)

Def: systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

Kvalitet: (Quality)

Def: de samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforstående behov og forventninger.

Kvalitetsstyring: (Quality control)

Def: aktivitet, hvis formål er at styre organisationens processer, så de til stadighed sikrer målopfyldelse af de samlede fastlagte kvalitetsniveau.

Kvalitetssikring: (Quality assurance)

Def: aktivitet, der har til formål at sikre overensstemmelse mellem eksplicitte kvalitetsmål og det faktisk opnåede kvalitetsniveau.

Kvalitetsvurdering: (Quality assessment)

Def: vurdering af kvalitetsniveau og variation og funktioner, systemer, processer og/eller resultater set i relation til kvalitetsmål.

Standard. (standard)

Def: det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.

Patientforløb: (Clinical pathway)

Def: summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse.

Patientsikkerhed: (patient safety)

Def: sikkerhed for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.

Risikostyring. (Clinical risk management)

Def: de konkrete tiltag, der gøres for at identificere, vurdere, begrænse og forbygge skade og risiko for skade mhp. at opnå en øget patientsikkerhed.

Utilsigtede hændelse: (Adverse event or adverse incident)

Def: en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

TQM (Total Quality Management)

Udviklet til at forbedre og styre kvaliteten i private virksomheder, den er stærk kundeorienteret, og et total ledelseskoncept.

De-kobling: at man på forskellige måder forsøger at undgå at de formelle strukturer der afspejler omgivelsernes rationaliserede myter kommer til at få konsekvenser for organisationens kerneaktivitet (Meyer og Rowan)

Slack: opstår når presset for at nå målet for eks. en standard er så stor, at det bliver det eneste mål for H:S Direktionen

Selvevaluering: betegner en intern audit, som foretages af sagkyndige inden for institutionen.

Struktur: De tilgængelige ressourcer, det vil sige fysiske rammer, personalenormering, personalekvalifikationer, teknisk udstyr og organisation