

Organisering og sensemaking i kvalitetsforbedringsprojekter i sundhedssektoren

Speciale ved diplomstudiet i Organisation og Ledelse, Institut for Organisation, Copenhagen Business School 2010

Forord

Jeg er konsulent, har været det i ca. 10 år og har i den tid arbejdet med økonomi- og risikostyring i høj-risikobrancher. Således har jeg arbejdet de første mange år af min karriere inden for luftfartsbranchen og arbejder nu bl.a. med jernbaner. Jeg har mange interesser, men først og fremmest brænder jeg for ledelse: Kvalitets- og risikoleddelse. Og gerne i brancher med et fokus på sikkerhed og kvalitetsudvikling.

Da jeg fik mulighed for at bruge sundhedssektoren som case, var jeg ikke i tvivl. Sektoren er en sektor i rivende udvikling netop i disse år, specielt med hensyn til kvalitets- og risikostyring. Derfor repræsenterer sundhedssektoren et muligt marked, med meget store og udfordrende udviklingsmuligheder.

Så jeg gjorde, hvad jeg har gjort de sidste 10 år. Jeg definerede en konsulentopgave, hvor jeg skulle undersøge nogle problemstillinger, der både var interessante for en 'kunde' og studie-relevant for mig, og solgte den til en sundhedsinstitution¹. Prisen var deres interesse og deltagelse. Deres krav var, at jeg leverer, hvad jeg måtte komme frem med af perspektiver og anbefalinger på to præsentationer, én internt i institutionen, en eksternt på et kvalitetsforum.

Således var motivationen i top for at kunne levere et fornuftigt og brugbart stykke arbejde.

Opgaven begyndte derfor med at afdække hvilket felt, der både lå inden for deres interesser og også var studierelevant nok for mig til at kunne bruges som udgangspunkt for min afsluttende hovedopgave på HD(O).

¹ Min 'kunde' i denne sammenhæng er et af de regionale kvalitetscentre, Center for Kvalitet (CfK) i Region Syd

Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
1 Indledning.....	5
1.1 Baggrund.....	5
1.2 Struktur i denne opgave.....	7
2 Foranalyse.....	8
2.1 Perspektiver.....	11
3 Problemformulering.....	11
4 Teorivalg og metode.....	12
4.1 Metode.....	12
4.2 Teorivalg.....	17
5 Baggrund – lidt om de kvalitetsmetoder der anvendes.....	25
5.1 Baggrund I – Om kliniske mikrosystemer.....	26
5.2 Baggrund 2: Om gennembrudsmetoden.....	27
6 Analyse 1: Sensemaking i kvalitetsprojekter.....	27
6.1 Sensemaking - grounded in identity construction – afdeling A.....	28
6.2 Sensemaking - grounded in identity construction – afdeling B.....	31
6.3 Sensemaking - grounded in identity construction – afdeling C.....	32
6.4 Delkonklusion 1: Identitet og sensemaking.....	34
7 Analyse 2: Organizing sensemaking.....	34
7.1 Operationalisering af Organizing sensemaking modellen.....	35
7.2 Organizing sensemaking – afdeling A.....	38
7.3 Organizing sensemaking – afdeling B.....	46
7.4 Organizing sensemaking – afdeling C.....	53
7.5 Delkonklusion 2: Organizing Sensemaking på 3 hospitalsafdelinger.....	58
8 Analyse 3: Løse koblinger i forbedringsarbejdet.....	60
8.1 Løse koblinger i sundhedssektoren.....	60

8.2	Koblinger på tværs.....	63
9	Perspektiveringsanalyse: Magt	65
9.1	Magtanvendelse på afd. A.....	66
9.2	Magtanvendelse på afd. B	66
9.3	Magtanvendelse på afd. C	67
9.4	Magtanvendelse på tværs af afdelinger.....	68
10	Konklusioner	68
11	Perspektivering	71
12	Ledelsesanvisninger	72
13	REFERENCER – LITTERATURLISTE	74
	Appendiks A	75

Figuroversigt

Figur 1	– Oversigt over en traditionel afdelingsstruktur.....	13
Figur 2	– Fortolket organizing sensemaking model	36
Figur 3	– Procesdiagram og årsagskort	38
Figur 4	– Organizing sensemaking afd. A ”konsultationer”	41
Figur 5	– Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. A, ’konsultationer’	43
Figur 6	– Organizing sensemaking afd. B ”procestankegang”	49
Figur 7	- Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. B, ’procestankegang’	51
Figur 8	– Organizing sensemaking afd. C ”tvang”	55
Figur 9	- Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. C, ’aktivitetsplan og tvang’	57

1 Indledning

Da mine interesser som nævnt går i retning af ledelse af kvalitetsstyring og -forbedringsprojekter, er mit udgangspunkt for denne opgave at kunne undersøge praktiske kvalitetsforbedringsprojekter i sundhedssektoren.

Jeg har været i mange organisationer, hvor ledelsessystemer alene var noget man skulle kunne klare en audit på til myndighedens tilfredshed, for at kunne forny sin operationelle licens og kalde sig akkrediteret. Systemet fik derfor aldrig nogen nævneværdig betydning for 'manden på gulvet', der i bedste fald blot led af et tilfælde af mild, passiv mistillid til 'de der ledelsessystemer'. Derfor er mit fokus på hvilken ledelsesindsats, der skal til for at implementere kvalitetsforbedringer, og skabe faktiske forandringer i organisationen, der rent faktisk leder til bedre kvalitet i ydelserne.

Sundhedssektoren repræsenterer en meget interessant case af mange årsager, men den vigtigste er måske, at sektoren er i opstartsfasen ift. en udvikling der har været igangsat i flere årtier i andre sektorer (olie og gas, luftfart, jernbaner etc.), omkring implementeringen af kvalitetsystemer og kvalitetsforbedrende processer og projekter. Da sektoren ydermere er meget optaget af 'best' og 'next practice' på tværs af sektorer, er det derfor en oplagt sektor at følge og at bedrive udvikling i.

1.1 Baggrund

Sundhedssektoren oplever i disse år, på alle organisatoriske og politiske niveauer, stor fokus på kvaliteten af de leverede ydelser. Et fokus, der medfører en øget indsats omkring kvalitetsarbejdet, risikostyring og patient- og medarbejdersikkerhed. Dette fokus har medført mange konkrete initiativer, som f.eks.:

- 'Den Danske Kvalitetsmodel' (nationalt initiativ for standardiserede kvalitetsstyrings-principper og akkreditering)
- 'Operation Life', som var et 3-årigt forsøg med en kampagnebaseret implementering og opfølgning af 'best-practice' baserede behandlingsstandarder (f.eks. check-lister)
- Det Nationale Indikator Projekt (NIP) som fokuserer på udvikling, afprøvning og implementeringen af indikatorer, der egner sig til monitorering af kvaliteten i kerneydelserne på hospitalerne i Danmark
- Regionale centre for kvalitet, f.eks. CfK i region Syddanmark, der har fokus på centraliseret og decentraliseret kompetence-, metode- og procesudvikling, f.eks.:

- Initiativer med fokus på kliniske mikrosystemer (fokus på patientfokuserede processer og aktørroller i patientens nærmiljø)
 - Arbejdet med gennembrudsmetoden (en metode til udbredelse af 'best/next practice')
 - Et forskningsmæssigt evidensbaseret fokus på metodeudvikling (et samarbejde med udvalgte videns- og forskningsinstitutioner, f.eks. i forhold til udvikling af metoder til risikostyring).
- Decentral implementering af Risk Managers på hospitalerne
 - Decentrale LEAN implementeringsprojekter med fokus på oprydning, forsimpling og løbende forbedringer af processer
 - Etc.

Selvom flere af initiativerne er koordinerede eksternt eller 'oppefra' (eksempelvis fra Sundhedsstyrelsen, Koncernledelsen i regionen, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhæsvæsenet (IKAS) etc.), er der også et meget stort element af 'nedefra' implementeringsprojekter, hvor konsulenter fra kvalitetscentrene faciliterer lærings-sessioner og forbedringsarbejder lokalt på afdelingsniveau, omkring den praktiske implementering af nye kvalitetsmetoder og processer.

Resultatet har hidtil været, at hospitalerne (de ansatte på de enkelte afdelinger) oplever langt mere direkte støtte i deres daglige arbejde med kvalitet. Der er blevet tilført nye metoder, processer og kompetencer, både centralt og decentralt i forhold til kvalitetsarbejdet. Og endeligt er der flere og mere formelle krav fra det omkringliggende samfund, omkring kvalitetsarbejdet og umiddelbart målbare resultater af dette.

Men samtidigt er det også blevet tydeliggjort, at nogle forskellige forhold er med til at besværliggøre en hurtig og konsistent (effektiv) udbredelse af umiddelbart rationelle, normative metoder over afdelinger, hospitaler og regioner. Den herskende kultur er skeptisk over for udefrakommende ændringer, og der er stor forskel på adgangen til de forskellige domæner (sygeplejersker, kvalitets- og risikospecialister, læger, administrations- og ledelsesansatte og politikere) og grupper (afdelinger og specialer).

Frustrationerne hos konsulenterne i kvalitetscentrene er derfor ofte meget store, når resultaterne udebliver i den skala, man havde forventning om, eller ikke viser sig som varige ændringer men viser sig i kort tid efter projekterne er blevet gennemført. F.eks. refererer kvali-

tetsfolk i Sundhedssektoren ofte til Sarah Frasers² arbejde i UK-Sundheds-sektoren, hvor hun påviste, at det i gennemsnit tager ca. 17 år at udbrede afprøvede og evidensbaserede metoder til hele sektoren.

1.2 Struktur i denne opgave

Strukturen i denne opgave er noget atypisk, derfor er dette afsnit vigtigt. Da denne opgave er formuleret i samarbejde med Center for Kvalitet (CfK), hænger hypoteser og teorivalg sammen i en proces, der involverer dialog med CfK om deres interesser og mine fokusområder. En proces der pågår og derfor udvikler sig i hele opgavens længde.

Det giver derfor god mening at give CfK lidt taletid i en foranalyse, før jeg formulerer nogle hypoteser og lægger mig fast på et teorivalg. En sådan struktur afspejler den faktiske måde jeg har arbejdet med opgaven på, og er desuden i tråd med de teoretikere, der har været under overvejelse siden opgavens allerførste tankestreg blev sat (f.eks. Weick og Stacey), hvor man kan sige at opgaven udvikler sig i et samspil mellem mig, CfK og mine cases. Fremgangsmåden diskuteres i perspektiveringens til sidst. Strukturen for opgaven er derfor som følger:

Foranalyse

Problemformulering

Teorivalg og metode

Baggrund – lidt om de kvalitetsmetoder der anvendes

Analyse 1: Sensemaking i kvalitetsprojekter

Analyse 2: Organizing sensemaking

Analyse 3: Løse koblinger i forbedringsarbejdet

Perspektiveringsanalyse – Magt

Konklusioner

Perspektivering

Ledelsesanvisninger

Der er altså en foranalyse, 3 hovedanalyser (analyse 1-3) og en perspektiverende analyse. Der er delkonklusioner i de tre hovedanalyser, der samles op i den endelige analyse.

Perspektiveringsafsnittet og Ledelsesanvisningerne indeholder oplæg til perspektivering på den mundtlige præsentation af opgaven (forsvar af opgaven).

² Sarah Fraser har også forsket og arbejdet i Danmark og har deltaget i en række arrangementer, hvor hun har talt om overførselsproblemer i den danske sundhedssektor (ref.: "Undressing The Elephant - Why Good Practice Doesn't Spread In Healthcare")

2 Foranalyse

Flere forskningsprojekter har tydeligt påvist en meget markant forbedring i overlevelseschancer for patienter indlagt med apopleksi (blodprop i hjernen), hvis de ordineres acetylsalicylsyre inden for 48 timer efter symptomdebut, f.eks. i form af en Magnyl, der har en blodfortyndende effekt. I to store undersøgelser fandtes en nedsat forekomst af død eller nye apopleksitilfælde hos patienter behandlet med acetylsalicylsyre. Således vil 9 færre patienter dø eller blive ramt af nye apopleksitilfælde under indlæggelse, hvis 1000 patienter blev behandlet.

Materiale om resultater og diskussioner vedr. konsekvenser af fejlbehandling (der er bivirkninger, men disse opvejes signifikant af de positive effekter), bliver herefter delt rundt til de relevante afdelinger på de danske sygehuse.

Udlevering af Magnyler er så tydeligt en god idé at det Nationale Indikator Projekt (NIP) beslutter sig for at følge op på udbredelsen. Et år efter udbredelsen af materialet er det ca. 1/3 af de berørte afdelinger, der tilbyder sine patienter en Magnyl ved indlæggelse.

Birgit Viskum, Chef for patientsikkerhed i CfK

Foranalysen består af empiri indsamlet på to separate besøg i CfK, som optakt til casebesøgene på tre afdelinger på tre forskellige hospitaler. Citatet ovenfra er fra det andet besøg. Citatet er et godt eksempel på en rationel løsning (Magnyl) på et problem (høj dødelighed blandt patienter med apopleksi-blodprop i hjernen). Løsningen er baseret på forskningsmæssig evidens, der tilvejebringes via de allerbedste eksperter (den etablerede fagkundskab), vha. velafprøvet og anerkendt forskningspraksis. Men de involverede læger på de neurologiske afdelinger tror åbenbart ikke rigtigt på resultaternes overførsel til deres virkelighed og lader aldrig tvivlen komme patienterne til hjælp. Altså en helt klassisk demonstration af den teknisk-rationelle ændringsstrategis hovedproblem, nemlig overførsel og implementering (Borum, 1995).

Desuden vidner eksemplet på en løsere kobling (Borum, 1995) mellem intentioner (give en Magnyl) og handlinger (afholde sig fra at gøre det), hvilket kunne tyde på at kvalitetsforbedringsarbejdet er løst koblet bl.a. mellem forskellige agenter i sundhedssektoren og mellem hensigter og handlinger.

Et interview med chefen for CfK, Arne Poulstrup, giver mere stof til eftertanke omkring udfordringerne forbundet med forbedringsarbejdet. Han giver på sin egen opfordring en række bud på, hvilke forhold han anser som forudsætninger for succes i forbedringsarbejdet og specifikt ift. mikrosystemer, og hvilken rolle CfK spiller i forbedringsarbejdet:

Succes

For det første er det væsentligt at tale om, hvad vi forstår ved succes. I vores verden finder der meget selvbekræftelse sted, hvor processer gennemføres og etableres som succeser alene pga. en oplevelse af en god og konstruktiv proces. Vores fokus er derfor en reel og målbar³ succes, hvor der konkret følges op på resultaterne på kort og langt sigt. Ambitionen er permanente forbedringer for både personalet (der har patientkontakten) og patienterne.

Desværre viser resultaterne fra vores målinger, hvilket bakkes op af resultaterne fra Sverige, at de gode resultater ikke varer ved. På et tidspunkt bliver det igen hverdag, og det er ikke lykkedes at skabe varige kulturelle forandringer.

Alle mennesker er unikke, derfor er alle vores produkter specielle. Succes er altså også at opnå rationaliseringer, hvor der stadigvæk skal være plads til patienternes særegenhed, og deres voksende behov som gruppe.

Ledelsen på hospitalerne

Det er i de klassiske ledelsesproblemstillinger, at vi oplever mulighederne og begrænsningerne for arbejdet med kvalitetsforbedringerne. Det handler om at skaffe og prioritere anvendelsen af de nødvendige ressourcer, samt at den lokale ledelse skal bakke projekterne op, acceptere dem og understøtte dem, også symbolsk.

Ambassadører

Vi leder efter nogle ambassadører, fordi erfaringerne viser os, at vi skal have nogle ældre, respekterede læger involveret i projektet. De yngre læger er for forsigtige og derfor ret konservative. Jeg tror, det er fordi de endnu ikke er færdige med at etablere sig fagligt, og derfor er bange for at sætte det renommé de endnu ikke har opnået på et usikkert projekt. De ældre har større fokus på den økonomiske effektivitet og forstår nødvendigheden i at skabe mere effektive enheder.

Identitet og domæner

Sundhedssektoren er meget konservativ og låst pga. de forskellige gruppers opfattelse af deres områder og opgaver. Man har faktisk monopol på opgaverne: Sygeplejerskerne har alene patientplejeopgaven, og lægerne udfører alle opgaver relateret til undersøgelse, diagnosticering og behandling. Nogle læger føler sig truede af den allerede igangværende

³ Inden for mikrosystemerne opereres med begrebet 'værdikompasset' som anviser, hvorledes man bør udvælge sig målepunkter i forbindelse med arbejdet inden for alle de 4 kategorier: Klinisk status/effekt (traditionel patienteffekt), Funktionel status (patientens og de pårørende fysiske og psykiske velbefindende), Patienttilfredshed (ift. patientens egne forventninger, der jo kan ligge langt fra den kliniske status) og Omkostninger og økonomi (økonomiske effektivitet).

'opgaveglidning' hvor flere opgaver, der tidligere tilhørte lægen, 'glider' over til sygeplejerskerne.

Bl.a. derfor er specielt lægerne svære at få med om bord i kvalitets-forbedringsarbejdet, der repræsenterer en mere demokratisk organisationsform hvor alle, selv patienten, har en stemme i alle sager.

Arne Poulstrup, Chef for CfK

CfKs præsentation af deres udfordringer i forbindelse med forbedringsarbejdet peger på en række forhold:

Succes skal være målbar, kvantificerbar og sammenlignelig mellem enheder, og ledelsens rolle er primært at frembringe ressourcer til projektet, hvilket tyder på en relativt modernistisk fokus på cybernetiske kontrolsystemer (Stacey, 2007).

Men der skal samtidigt være plads til en forandring, bl.a. drevet af ledelsens anvendelse af ambassadører i projektet. Ambassadørerne skal have noget 'pondus' (social status/magt), som han/hun vil omsætte til fordel for projektet.

Produkterne (patienterne) opfattes som unikke mennesker med unikke behov. Dertil er der endog meget stor fokus på identitetsskabelse (læger, sygeplejersker og CfK) og forskellige gruppeidentiteters indflydelse på forbedringsprocesserne. De forskellige gruppers identiteter handler bl.a. om opfattelsen af at være en del af en afgrænset faggruppe, der defineres i forhold til de opgaver faggruppen løser, hvilket understøttes af at den ene gruppe (lægerne), ifølge CfK, føler sig truet af 'opgaveglidning' fra læger til sygeplejersker. Identitetsprocesserne opfattes i øvrigt af CfK som konservative og hæmmende for den ellers nødvendige fleksibilitet i forbedringsarbejdet.

Disse mere dynamiske procesanker drevet af menneskers forskellighed og fokus på bl.a. opbygning og bevaring af identitet, samt identitetsopfattelsens indvirkning på forbedringsprocesserne, tyder mere generelt på en konstruktivistisk tilgangsvinkel til kompleksitet i den menneskelige interaktion *i* (eller måske *som*) en organisation (Stacey 2007⁴). Desuden opfattes den direkte sammenhæng mellem identitet, virkelighedsopfattelse og resultater (virkeligheden) som essentiel i sensmakingprocesserne (Weick, 1995).

⁴ Stacey betegner ikke selv sin CRP teori som konstruktivistisk, men med et fokus på et aktørdrevne responsive relationelle processer, underlagt et subjektivt perspektiv, tillader jeg mig alligevel at kalde CRP-teorien for social-konstruktivisme

2.1 Perspektiver

CfK oplever store problemer i forbindelse med lancering af kvalitetsforbedringsprojekter på sygehusene i Region Syd. Projekterne bliver grebet forskelligt an, men alligevel opstår der en række problemer, som jeg ikke tror, kan forklares fuldstændigt ud fra rationelle argumenter om design af løsninger, der ikke er gode nok. Jeg tror heller ikke, det er fordi de involverede læger og sygeplejersker er dårlige mennesker, der ikke har lyst til at hjælpe deres medmennesker efter allerbedste evne. Der må derfor være langt mere på spil her end rationalitet og forskningsbaseret evidens. Der må være afgørende forskelle på verdensopfattelsen blandt de involverede læger og sygeplejersker.

Alt i alt tyder erfaringerne fremlagt af CfK på, at en mere kompleks og dynamisk virkelighedsopbygning i høj grad påvirker muligheden for at lave kvalitetsforbedringer på hospitalerne. De oplevede problemstillinger er derfor en rigtig god anledning til at afprøve mere social-konstruktivistiske teorier om ledelse som f.eks. teorier om sensemaking (Weick, 1995), organising (Weick 1979, 2005) og forandring i løst koblede systemer (Borum 1995, Weick 2001.)

Der er selvfølgelig mange andre muligheder i forbindelse med analyse af den senere tilvejebragte empiri, og nogle af disse muligheder diskuteres i perspektiveringsafsnittet til sidst.

3 Problemformulering

Der anvendes, som set i foranalysen, flere forskellige strategier i forbedringsarbejdet i sundhedssektoren, med større og mindre succes. Denne opgaves fokus skal derfor være at forsøge at afdække nogle processer, der kan give indsigt i udfaldet af forbedringsarbejdet og dermed søge en plausibel forklaring på, hvorfor CfK oplever de problemer de gør i forbindelse med forbedringsarbejdet:

Opgaven vil analysere processerne hvorigennem kvalitetsarbejdet omsættes til lokal praksis

Med udgangspunkt i CfKs oplevelser vil jeg stille to uddybende undersøgelsesspørgsmål:

- 1. Kan jeg igennem et relevant teorisæt fremkomme med plausible bud på hvorledes de lokale forskelle opstår?*
- 2. Hvilken rolle har ledelsen i disse processer?*

Undersøgelsesspørgsmål 1 er direkte formuleret af CfK i foranalysen, når konsulenterne undres over, og ikke kan forstå, de forskelle de oplever mellem afdelinger. Undersøgelses-

spørgsmål 2 relaterer sig til mit ønske om at kunne angive ledelsesanvisninger for den nære ledelsesrolle, og herigennem hjælpe CfK med at kunne definere deres roller.

Spørgsmålene er stillet meget åbent, for at tillade en meget åben og fordomsfri analyse, der ikke lader sig begrænse for meget af de indledende spørgsmål, der rejses i foranalysen, men samtidigt giver mulighed for at finde relevante svar på de nævnte problemstillinger. Her er jeg farvet af, at sundhedssektoren er ny for mig, og jeg derfor gerne vil gå til opgaven med helt åbne øjne. Desuden tillader de meget åbne spørgsmål en bred vifte af teorier, hvorfor jeg er fri til at vælge teorier efter interesse og forventninger til forklaringsgrad. Dermed kan man også sige at jeg udskyder valget af fokus, til teorivalget, der hermed får afgørende betydning for hvilke processer jeg vil fokusere på, og hvilke svar jeg vil få.

Mere konkrete spørgsmål ville kunne sikre en mere præcis analyseproces, et mere oplagt teorivalg og en større konsistens i empirien mellem afdelingerne, men ville måske også kunne resultere i, at jeg ville gå glip af vigtige meningselementer, der netop er med til at definere de lokale forskelle.

4 Teorivalg og metode

Denne opgave tager sit afsæt i undersøgelsen af en række cases, hvori forskellige strategier for forbedringsarbejdet har været anvendt. Det drejer sig om 2 cases, hvor der arbejdes med udgangspunkt i en procesorienteret metode, der hedder mikrosystemet, med fokus på processer med den enkelte patient som centrum og deltager. Desuden er der valgt en case til perspektivering, hvor en metode der hedder gennembrudsmetoden har været anvendt. Gennembrudsmetoden er en netværksbaseret proces hvorigennem pre-identificeret 'best/next practice' søges udbredt til et antal afdelinger over en længere periode.

4.1 Metode

Empirien til denne opgave tilvejebringes igennem kvalitative interviews, der minder om det Darmer et al. (Kvale i Darmer et al., 2010), kalder livsverdensinterviews. Dvs. kvalitative, grundlæggende konstruktivistiske, interviews hvor interviewerens søger at forstå respondentens verdensopfattelse, uden at påvirke denne. At undersøge sensemaking, er jo netop at forstå, hvordan verden ser ud og hvilke komponenter der er grundlæggende i verden, set ud fra respondentens øjne. Forberedelsen bestod derfor i at lave en spørgeguide med meget åbne spørgsmål, som kunne afdække mine egne forventninger til interviewet, og så i øvrigt gemme den væk og lade respondenten bevæge interviewet ift. hans sensemaking. Spørgeguiden blev

derfor mere et overordnet design af interview-processen, der skulle understøtte mine opfølgende spørgsmål i at søge at få en lille smule konsistens ind i de forskellige interviews så jeg efterfølgende kunne sammenligne sensemaking om nogle relaterede emner.

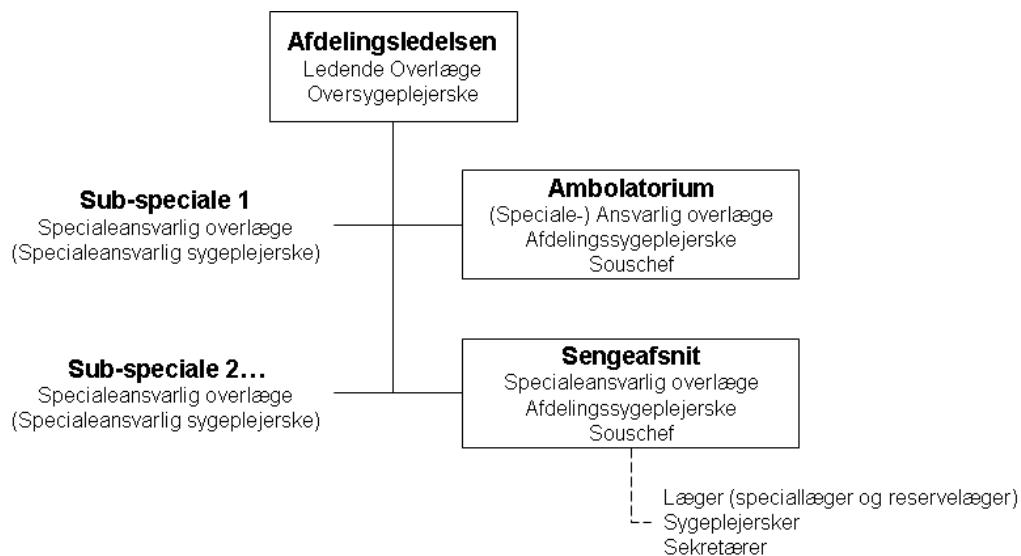
Retrospekt skulle det vise sig at være svært at styre respondenterne hen i mod de samme temaer.

4.1.1 Interviews

Der er alene anvendt interviews med enkeltpersoner og med grupper som empirisk udgangspunkt for opgaven. Jeg har fået formidlet en kontakt med case-organisationerne, som herefter har arrangeret interview på den besøgsdag, hvor jeg var i organisationen. Det er centralt at udvælge respondenterne efter nogle kriterier der er relevante for opgaven og teorivalget, og som minimum skal man have forskellige 'perspektiver' dækket (Darmer et al., 2010, s133 og s232). Dette viste sig svært at opnå i praksis.

4.1.1.1 Respondenter

Det viste sig hurtig at de mennesker jeg fik adgang til var kerneressourcerne, der aktivt var engageret i kvalitetsforbedringsprojekterne. I de besøgte cases var det primært afdelingsledelsen og kompetencefolk (kvalitetskoordinator). Dvs. det var de positive engagerede ressourcer som har haft lang tid til at forstå og arbejde inden for rammerne af kvalitetsforbedringsprojekterne (vi kan kalde dem 'de engagerede').



Figur 1 – Oversigt over en traditionel afdelingsstruktur

På trods af flere forespørgsler var det svært at få adgang til de menige på gulvet, dem det gik ud over og dem med en anden meningsdannelse, der sommetider blev refereret til som 'modstanderne' af projekterne (de var ikke modstandere alle sammen så titlen er en forsimpning). 'Modstandernes' meningsdannelse er derfor primært repræsenteret ved fortællinger fra 'de engagerede'. Altså 'de engageredes' meningsdannelse om 'modstandernes' meningsdannelse. Dette er selvfølgelig ikke optimalt for en sensemakinganalyse, og sætter sine begrænsninger i fortolkningen af resultater, sammenligning af forskellige gruppers sensemaking og konklusioner og ledelsesanvisninger i det hele taget.

På den anden side kan man anføre at der alligevel er relativt stor konsistens i 'de engageredes' sensemaking om 'modstandernes sensemaking' og det virker meningsfyldt at arbejde med fællesvalideret virkelighed, som den der beskrives af 'de engagerede' som resultatet af processerne. I 4.2.1.3 diskuteres organizing modellen og her anføres også at den fællesvaliderede virkelighed er forhandlet og ikke altid overskriver det enkelte individs fastholdte årsagskort og forståelse.

4.1.1.2 Cases

Der indgår 3 cases i opgaven. 2 af 3 Casene blev udvalgt i samarbejde med CfK, med fokus på at de skulle kunne bidrage med specielt positive, men også negative erfaringer om kvalitetsprojekter, der involverede CfK. og altså først og fremmest give eksempler på, hvornår kvalitetsprojekter giver god lokal mening.

Den sidste case kom via en introduktion til gennembrudsmetoden, hvor Region Midt har kørt nogle landsdækkende projekter. Her blev den 3. case fremstillet som et sted, hvor medarbejderne havde fået rigtigt meget ud af metode og projekter og faktisk grundlæggende anvendte metoden i dagligdagen.

Nedenfor beskrives nogle væsentlige karakteristika for de tre cases. For overskuelighedens skyld er der vedlagt en 'label' over de interviewede respondenter og deres tilhørende forkortelse i Appendiks A.

Afdeling A

Afdeling A er en relativt stor afdeling, med mange sub-specialer, der er klassisk organiseret (som beskrevet ovenfor)

På afdeling A har jeg adgang til den ledende overlæge - LOK, en specialeansvarlig overlæge og ansvarlig overlæge for NIP arbejdet- AOJ samt kvalitetskoordinatoren KKR. Dermed har

jeg ikke adgang til sygeplejersker på afdeling A, hvorfor analyse om sygeplejerskers identitet bygger på andre gruppers opfattelse af deres identitet.

Afdeling A arbejder med mikrosystemer.

Afdeling B

Afdeling B er lidt mindre end afd. A, men stadigvæk en relativt stor afdeling, også med flere sub-specialer.

På afdeling B har jeg adgang til den ledende overlæge – LOC, og den ledende afdelingssygeplejerske – OSM til et interview, hvor de begge to er til stede det meste af tiden (den ledende overlæge ankommer ca. 25 min. inde i interviewet). De to har meget fokus på tværfaglighed og taler meget om fællesskab og samarbejde, men det viser sig svært at få dem til at snakke om forskelle, f.eks. mellem læger og sygeplejersker mens de sidder i rummet sammen.

Afdeling B arbejder med mikrosystemer.

Afdeling C

Afdeling C er meget mindre end de to andre afdelinger, og er en psykiatrisk afdeling.

I afdeling C har jeg adgang til ledende overlæge LKT, og en gruppe sygeplejersker (kvalitetsteamet) bestående af sygeplejerske og udviklingssygeplejerske SUM, afdelingssygeplejerske ASK og sygeplejerske SLZ.

Afdelingen er organiseret omkring sygeplejerskerne (den daglige ledelse varetages af afdelingssygeplejersken), som derfor også er relativt selvstændige ift. kvalitetsarbejdet. Denne rolle bakkes op af den ledende overlæge. Sammen udgør de tre sygeplejersker og overlægen kvalitetsteamet, der arbejder med kvalitetsforbedringer.

Afdeling C arbejder med gennembrudsmetoden.

4.1.2 Empiri – form og fremstilling

Allerede i foranalysen ses det at jeg forsøger at fremstille empirien i en sammenhæng, uden at klippe empirien ud i for små stykker.

Alle interviews, på nær de første besøg i CfK der udgør grundlaget for foranalysen, bliver optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Således er de citater der indgår i opgaven, udover dem i foranalysen, taget direkte fra det nedskrevne materiale og således respondenternes ufiltrerede meningstilkendegivelse (bortset fra at jeg har valgt nogle udsnit). Det betyder samtidigt også at sproget er talesprog og at der oftest bruges mange flere ord på at udtrykke noget man måske kunne have udtrykt kortere og mere præcist.

Derudover, og på trods af mine anstrengelser, er sensemakingen en proces, der fortsætter i interaktionen mellem interviewer og de interviewede under selve interviewet. Jeg forsøger at fange denne sensemaking direkte og mellem linjerne, ved at give mine respondenter lov at tale ud. Dette giver mig en god basis for min analyse og jeg vurderer at det giver læseren en bedre forudsætning for at forstå, hvad der foregår i respondenternes sensemaking, og dermed ikke kun være afhængig af min udlægning og tilskæring. Det er klart at når empirien fylder relativt meget på de tilladte 70 sider, så må alt andet skæres ned til et minimum, f.eks. har jeg forsøgt at skære i delkonklusioner og hovedkonklusioner, således at der ikke forekommer (for mange) gentagelser. Men jeg vurderer, at min sensemaking-analyse og opgave står stærkest ved at lade respondenternes sensemaking udfolde sig, i deres egne ord.

Derfor præsenterer jeg også empirien i sammenhæng, adskilt fra analysen. På denne måde får respondenterne lov at brede sig og være flydende i deres sensemaking, igennem udvalgte citater, før jeg skærer igennem og analyserer empirien og konkluderer på analysen. Dette er også i overensstemmelse med Weicks fremstilling af citater og referencer, som oftest får lov at fylde i deres egen udfoldelse af mening, før Weick uddrager adskillige pointer og implikationer på basis af det fremstillede.

4.1.3 Metodekritik

Noget af kritikken er allerede indført ovenfor, men samles i dette afsnit. Først og fremmest er begrænsningen i opgaven den manglende repræsentation af forskellige gruppers sensemaking. Forstået som 'hvordan så sensemakingen ud af dem der kaldes 'modstanderne''? Og kan de almindelige, menige medarbejdere bekræfte den fælles-validerede virkelighed der beskrives af ledere og nøgleressourcer i mine cases? Er der overhovedet tale om at jeg fanger en fælles-valideret virkelighed? Man kunne også forestille sig at disse andre grupper kunne have hjulpet med at synliggøre selve 'nå-til-enighed' –processen mere nuanceret, idet man kunne forestille sig at ledere, pga. deres egen identitetsopbyggelse, i retrospekt sensemaker deres egen rolle større og processen som lettere og mere flydende end tilfældet faktisk var.

Da sektoren er helt ny for mig, havde jeg meget åbne øjne og få forudfattede holdninger. På denne måde gav det gode forudsætninger for at tage udgangspunkt i mine respondenters verdensopfattelse på en distanceret, anonym og professionel måde (Darmer et al., 232). Ulempen var at jeg skulle bruge meget energi på bare at forstå strukturelle og faglige grundpræmisser at jeg havde meget svært ved samtidigt at 'dirigere' interviewet ift. de opstillede rammer af den ønskede teori-anvendelse. Darmer et al. (Darmer et al., 2010, s131, og s232), nævner selv betydningen af at forstå den organisatoriske kontekst før gennemførelse af interviews. Men jeg

må indrømme at sundhedssektoren ikke er den nemmeste størrelse at få begreb om uden at bruge betragtelige mængder af tid. Kvaliteten af de senere beskrevne løse koblinger er der også meget store lokale forskelle, og der er således meget man skal forholde sig til som 'ny i sektoren'. Resultatet var at det i nogen situationer efterfølgende viste sig meget svært at sammenligne sensemakingen og bygge en fællesvalideret virkelighed op, på basis af respondenternes fortællinger. Man kunne således godt forestille sig at en der forstod systemet bedre, nemmere havde kunnet leve sig ind i respondenternes fortællinger og forstå deres forudsætninger. Intervieweren ville måske have bedre forudsætninger for at kunne dirigere beskrivelserne, på respondentens præmisser, i retning af de emner der var mere konsistente forhold til opgaven. Perspektiveringsafsnittet samler op på disse problemstillinger.

4.2 Teorivalg

Som sagt bliver mit teorivalg meget vigtigt, idet min problemformulering og undersøgelses-spørgsmål er meget åbne. Mit teorivalg vil diktere, hvilke processer jeg kommer til at fokusere på. Som vi så det i foranalysen, kunne man nemt forestille sig at udbredelse og implementering af forbedringsinitiativer ikke følger noget lineart, rationelt (objektivt) erkendelsesskema, men hænger nærmere sammen med uformelle og relationsbestemte processuelle (subjektive) sammenhænge. Derfor kan det give god mening at vælge metoder, der er gode til at beskrive hvorledes virkeligheden dannes ud fra subjektive parametre igennem sociale processer (social konstruktivisme). Metoder der derfor også forholder sig helt åbent til, at der foregår subjektiv og forskellig meningsdannelse i og imellem forskellige organisationer, men som derfor også er meget dårlige til at give præcise kagebogsanvisninger på, hvad ledelsesanvisningerne bør være i de forskellige situationer, i fraværet af objektive skalaer og formålsparagraffer.

Men det betyder at mit teorivalg indeholder nogle grundlæggende antagelser om hvordan – og især igennem hvilke processer – verden kommer til at se ud som den gør.

Jeg har derfor haft en løbende og meget givtig dialog med min kontaktperson i CfK⁵ om hvorvidt forskellige perspektiver som sensemaking og løse koblinger overhovedet kunne lede frem til relevante perspektiver.

⁵ Min kontaktperson, Mads Lund, er innovationsmedarbejder i CfK, med fingeren på pulsen af de udfordringer centret står overfor, og med en god indsigt i og interesse for, ledelsesteorier om organisering. Det er her på sin plads at give ham stor tak for hans hjælp, sparring og idéer undervejs i forløbet

4.2.1 Weicks teorier om sensemaking og organizing

Jeg tager udgangspunkt i organizing modellen, som er hovedteorien i denne opgave. Den væsentligste årsag er, at organizing modellen kan sige noget om, hvorfor det giver mening for forskellige mennesker at gøre noget som udefra kan virke fuldstændigt uforklarligt. Magnyleksemplet virker for mig, ved første øjekast, helt uforståeligt, og giver god anledning til at se på forskellige meningsdannelser i sundhedssektoren⁶.

Sensemaking egenskaben – grounded in identity construction, bliver anvendt til en indledende analyse af identitet som optakt til organizing modellen, og denne analyse trækkes direkte ind til sidst i organizing analyserne af de enkelte afdelinger. Jeg har valgt denne sensemaking egenskab fordi der allerede i foranalysen er fokus på specielt forskelle mellem læge og sygeplejerskedomænet. Egenskaben er samtidigt både et bærende element i organizing (jvn.f. titlen på egenskaben, *grounded in*) men indgår også integreret i organizing processen, da identitet er en slags grundlæggende årsagskort i rammen:

It is clear that the stakes in sensemaking are high when issues of identity are involved.

When people face an unsettling difference, that difference often translates into questions such as who are we, what are we doing, what matters, and why does it matter?

Weick et al., 2005

Emnet detaljeres nedenfor i gennemgangen af organizing modellen, men pointen er at identitet er central i sensemaking og derfor også i organizing sensemaking.

Resten af sensemaking-egenskaberne (de resterende 6) anvendes flydende i løbet af organizing og sensemaking analyserne, hvor det forekommer naturligt (hvor empirien understøtter det). Således indgår f.eks. sensemakingegenskaben 'social' i identitetsanalysen.

Endelig anvendes Weicks teorier om løse koblinger. Man kan sige at jeg bl.a. bruger sensemaking og organizing analyserne til at vise den bagvedliggende dynamik ift. Løse koblinger mellem intentioner og handlinger. Det er derfor oplagt at gå skridtet videre og vise hvorledes disse løse koblinger kommer til udtryk i casene og generelt i sundhedssektoren. Årsagen er at jeg tror det giver en bedre mulighed for at kunne give ledelsesanvisninger til slut. De løse koblinger er simpelthen en del af vilkårene for ledelsesopgaven i sundhedssektoren, men giver på den anden side også nogle anvisninger til, hvordan ledelsesopgaven skal håndteres.

Generelt kan man anføre den kritik af Weicks teorier, at de er svære at omsætte til praksis, pga. manglende detaljeringsgrad. Weicks gennemgang af modeller og egenskaber repræsenterer

⁶ Det skal understreges at magnyleksemplet ikke direkte undersøges specifikt i denne opgave, men alene er et eksempel fra foranalysen, der tydeligt demonstrerer CfKs frustrationer

terer nogle forskellige forståelsesrammer, der måske ikke altid er afstemt i forhold til hinanden. Hvad er f.eks. det indbyrdes forhold mellem sensemaking egenskaberne og organizing modellen? Derfor skal der lidt fortolkning og nogle valg til, før man kan operationalisere Weicks teorier, og dermed kan man anvende Weicks teorier på mange forskellige måder og derigennem komme frem til mange forskellige resultater. Valg og fortolkninger (min egen meningsdannelse) søges tydeliggjort nedenfor i gennemgangen af de enkelte teorielementer.

4.2.1.1 *Sensemaking - grounded in identity construction*

Sensemaking processes derive from... the need within individuals to have a sense of identity...

Weick, 1995 (from Ring and Van de Ven)

Identity construction "...is the root of sensemaking and influences how other aspects, or properties of the sensemaking process are understood"

Weick et al., 2005 (from Mills, 2003)

Identitetsprocessen er central af tre årsager (Weick, 1995): Den er central for individet, og derfor grundlaget for individets behov for sensemaking, og dermed den allerførste egenskab i Weicks sensemaking processer. Desuden påvirkes identitetsprocessen af 'det individ opfatter der er derude', samtidigt med at 'det individ opfatter er derude', påvirkes af identitetsprocessen. Endelig er identitetsopbyggelsen også ifølge Weick en social relationel proces, der er helt afhængig af individets tanker om, hvordan 'de andre opfatter det han gør'. Både identitetsprocesserne og organizing processerne er grundlæggende sociale processer, hvorfor socialisering også ender med at blive en central ledelsesparameter.

I foranalysen nævnes generel identitetsskabelse (læger og sygeplejersker) og dennes indvirkning på forbedringsarbejdet meget direkte, hvorfor det syntes fornuftigt at begynde her.

Ifølge Weick har ethvert individ i sig selv lige så mange identiteter, som det indgår i interaktioner med andre (Weick, 1995, s20). Heraf kan en gruppeidentitet godt være én form for identitet. Men det er en forsimpning at fokusere på gruppe-identiteter, hvis man glemmer at der underliggende ligger mange forskellige former for gruppe og individuelle identiteter. Når analysen alligevel mest bevæger sig på dette niveau, skyldes det at det er kompleksitetsni-

veauet i analysen bliver alt for højt hvis organizing modellen skulle integreres med et stort antal forskellige individuelle identiteter.

4.2.1.2 Sensemaking - enactive of sensible environments

Now I want to say more about the activity of “making” that which is sensed

Weick, 1995

Sensemakings egenskaben enactive of sensible environments er central i sensemakingen ift. til at enacte sin virkelighed: En virkelighed der enacts på basis af gruppens fællesvaliderede opfattelse, men også en enacted virkelighed der påvirker gruppens fællesvaliderede opfattelse. Jeg gennemfører ikke en individuel analyse via egenskaben særskilt, men egenskaben bruges for at give enactment-komponenten i organizing modellen mere tyngde og hjælpe med operationaliseringen af denne. Årsagen er at egenskaben fortæller noget om den fortsatte enactment der følger efter den første 'bracketing' i organizing processen. Dette beskrives mere detaljeret nedenfor i operationaliseringen af organizing modellen der først introduceres i begyndelsen af analyse 2 (kap. 7).

4.2.1.3 Organizing sensemaking

Sensemaking involves turning circumstances into a situation that is comprehended explicitly in words and that serves as a springboard into action

Weick et al., 2005

Som allerede nævnt mener jeg organizing modellen kan bruges som en slags overordnet procesbeskrivelse, der bl.a. binder alle sensemaking egenskaberne sammen i en proces. Jeg understreger linket mellem sensemaking og organizing ved at kalde min egen operationalisering af modellen for organizing sensemaking modellen.

Men, som før nævnt, mener jeg man skal fortolke Weicks teori-komponenter og træffe nogle formelle valg for at kunne operationalisere komponenterne og anvende dem i en relativt konsistent model. Dette gøres umiddelbart før anvendelsen i analyseafsnittet. Herunder skitseres nogle perspektiver omkring teorien.

Organizing modellen bygger grundlæggende på evolutions-teorier og søger at forklare hvorledes og hvornår organisationer forandrer sig ved at søge at reducere usikkerhed.

Sammenhængen mellem de forskellige variable i organizing modellen er meget udførligt beskrevet af Weick (Weick, 1979, kap 3 og 4). Weicks udgangspunkt for organizing modellen

er en relativt matematisk operationalisering af procesdiagrammer, variable og kausaliteter. Dette overføres senere på de indbyggede processer, der ligger i organizing modellen (Weick, 1979, kap 5). Weick arbejder her med prognosticering af et systems indbyggede stabilitet. Stabiliteten afgøres af de enkelte procesloops og deres evne til at være i ligevægt eller accelerere væk fra ligevægt. Weick gør op, hvor mange negative (inverse) kausaliteter der kan findes i en proces. Er der et lige antal bliver processen ubalanceret og selvaccelererende (væk fra ligevægt) og er der et ulige antal bliver processen selvbalancerende (i ligevægt).

Men Weick finder dog selv problemer i at prognosticere et komplekst system, idet man må antage noget om størrelses-ordenen af effekterne for at forudsige, om systemet accelererer eller balancerer. I virkeligheden begynder vi at lege med en matematisk modellering af komplekse processer. Weick viser da også, hvordan forskellige antagelser om størrelsesordner på effekter (lige store/defineret af den mest vigtige effekt) kan lede til forskellige prognoser af et systems stabilitet (Weick 1979, s76).

Weick bruger derfor også mest øvelsen til at pointere at organizing modellen enten kan være balancerende eller accelererende, og at det oftest er ustabil. Det kræver en blanding af positive (direkte) og negative (inverse) kausaliteter for at opnå en ligevægt.

I denne opgave anvendes procesdiagrammerne i organizing modellen derfor også mere abstrakt. Selvom jeg kan snakke om direkte eller inverse kausaliteter mellem variable, vil jeg ikke direkte prognosticere omkring stabiliteten i systemerne. Mit fokus er alligevel mere omkring meningsdannelsen end om stabilitet.

I analyseafsnittet operationaliseres organizing modellen yderligere i et diagram der viser hvorledes og i hvilken proces, jeg vil anvende organizing modellen til analyse af sensemakingprocessen i denne opgave.

Nedenfor præsenteres en række nøgleord om evolution og sensemaking (Weick (1979), Weick et al. 2005):

- Fællesvaliderede årsagskort er forhandlede og funktionelle (skal reducere flertydighed)

*The crucial collective act in organizations may consist of members trying to negotiate a consensus on which portions of an enacted display are **figure** and which are **ground**.*

More specifically, members collectively try to reach some workable agreement as to which portions of elapsed streams should be designated variables and which connections among which variables are reasonable

Weick, 1979, s12 (fed tekst anvendt hvor originaltekst bruger kursiv)

- Fællesvaliderede årsagskort overskriver ikke direkte individers egne årsagskort, men der kan opnås en *enighed* om vigtighed og kausaliteter. Denne enighed vil påvirke de individuelle årsagskort og skabe større 'overlap' mellem dem.

Once members can reach some kind of agreement as to what is consequential and what is trivial in their elapsed experience, an once they can get some kind of agreement as to the nature and direction of the connections among these consequential elements, then the elapsed experience becomes more sensible. That is, there is more overlap in the separate maps that are stored in the minds of the musicians...

Weick, 1979, s12

Yderligere egenskaber ved sensemaking og organizing der understreges af Weick et al.

(Weick et al., 2005):

- Sensemaking handler om organisering igennem kommunikation. Situationer i-tale-sættes og kommer herigennem til at eksistere:

To share understanding means to lift equivocal knowledge out of the tacit, private, complex, random, and past to make it explicit, public, simpler, ordered, and relevant to the situation at hand.

Weick et al., 2005

- Retention skaber et link mellem årsagskort og identitet:

When a plausible story is retained, it tends to become more substantial because it is related to past experience, connected to significant identities, and used as a source of guidance for further action and interpretation.

Weick et al., 2005

- Identitet er ikke stabil og under konstant forandring

The controversy implicit in Gioia and Thomas's findings is the suggestion that identity may not be nearly as enduring as first thought, and may be more usefully conceptualized as a variable, mutable continuity.

Weick et al., 2005

- Sensemaking er identitetsafhængig hvorfor selvværd og selvtillid bliver væsentlige komponenter i alle 4 organizing-trin:

...individuals attempt to make sense of ambiguous stimuli in ways that respond to their own identity needs. They are able to draw creatively on their memory—especially their personal experience—in composing a story that begins to make sense of what is happening while potentially enhancing their feelings of self-esteem and self-efficacy.

4.2.1.4 Forandringsledelse i løst koblede systemer

Enhederne i Sundhedssektoren er formelt velstrukturerede i et faghierarki, men i praksis og specielt med hensyn til forbedringsarbejdet er svaret til spørgsmålet, om der findes løse koblinger, ikke givet på forhånd. En del af årsagen er, at der er en meget skarp opdeling mellem de opgaver der falder ind under lægernes fag-hierarki, som er meget formelt organiseret, og de opgaver der 'falder udenfor'. Nogle af disse opgaver hører mere eller mindre formelt ind under 'sygepeljerske-domænet' men særligt kvalitetsarbejdet er et godt eksempel på nogle klassiske organisationelle opgaver der falder lidt udenfor de formelle organiserede opgaver. De ligger så at sige til dem, der har lyst til at samle dem op.

Dette tyder på at man med fordel kunne analysere kvalitetsforbedringsstrukturerne som løst koblede, hvilket jeg vil gøre i analyse 3.

4.2.1.5 Ulemper ved Weick teorierne

Som allerede nævnt er der ikke stor indbyrdes afstemning mellem de forskellige referencer (Weick 1979, Weick 1995 og Weick 2001). Dette betyder som sagt at man må træffe nogle valg og lave en fortolket model for at operationalisere Weicks teori-komponenter. Jeg har til det formål fået lidt hjælp fra en nyere artikel af Weick et al.: "Organizing and the Process of Sensemaking" (Weick et al, 2005), som er en nyere opsummering af sensemaking og organizing processerne, som giver en opdateret beskrivelse af sammenhængen mellem sensemaking og organizing⁷:

We sense joint enthusiasm to restate sensemaking in ways that make it more future oriented, more action oriented, more macro, more closely tied to organizing, meshed more boldly with identity, more visible, more behaviorally defined, less sedentary and backward looking, more infused with emotion and with issues of sensegiving and persuasion

Weick et al., 2005

Denne artikel har hjulpet mig til at foretage de valg og fortolkninger jeg har præsenteret ovenfor. Nogle af fokuspunkterne fra denne artikel er præsenteret ovenfor i gennemgangen af organizing modellen.

⁷ Artiklen er frit tilgængelig fra CiteSeerX på adressen:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.125.6080&rep=rep1&type=pdf>

Derudover er en stor svaghed i Weicks modeller, at de ikke indeholder et magtperspektiv. F.eks. antager organizing modellen (Weick 1979, s142) og i beskrivelsen af sensemaking egenskaberne (Weick, 1995) at der opnås en enighed i en demokratisk og fuldstændigt magt-fri atmosfære.

Sense may be in the eye of the beholder, but beholders vote and the majority rules

Weick, 1995, s6

Dette kritiserer Weick selv i sin 2005 artikel (Weick et al. 2005), hvor han indrømmer at magtperspektivet ikke kan ignoreres i sensemakingen og foreslår at magt påvirker alle 7 sensemaking-egenskaber.

I samme artikel rejser Weick et al. også kritik af, at hans modeller ikke rigtigt integrerer følelser og deres betydning for sensemaking-processen. Jeg mener godt man kan operationalisere følelser i identitetsprocesserne og i deres påvirkning af organizing processen, men der er et fravær af følelser, ligesom vi så det med magt, når vi taler om hvordan den fællesvaliderede opfattelse opstår. I ved, at der er tale om en forhandling og en afstemning, men denne proces må også være påvirket af følelser.

Sammen peger udeladelsen af følelser og magt på en grundlæggende svaghed i Weicks modeller, nemlig en meget svag beskrivelse af selve 'nå til enighed' -processen. Selve denne proces kan altså med fordel perspektiveres ved anvendelse af andre teorier. Derfor introduceres der også et magtperspektiv nedenfor (se 4.2.3) som en mindre perspektivering af Weicks teorier.

4.2.2 Identitet – Dannelse af organisationsidentitet

Der indlægges som nævnt lidt identitetsteori for at operationalisere identitetsanalysen i Weick-analysen yderligere. Perspektivet håndteres ikke som et særskilt perspektiv eller paradigme, da egenskaberne udmærket kan supplere Weicks identitetsbegreb:

We argue that organizational identity is best understood in terms of the relationship between temporal difference (i.e. the performance of a stable identity over time) and a spatial difference (i.e. by locating organizational identity in relation to other firms, both similar and different). It is the relationship between these two forms of difference, we argue, that enables the construction of a legitimate sense of organizational identity.

Clegg et al., 2007

Der er altså tale om identitetsprocesser som tillader (social) konstruktion af en fælles opfattelse af identitet. Udgangspunktet for Clegg et al.'s identitetsbegreb er en rationel nødvendig-

hed for en organisation for at kunne bestå. Derfor går identitetsperspektivet fint som supplement til Weicks sensemaking og organizing-modeller.

4.2.2.1 Ulemper ved identitetsmodellen

Identitetsperspektivet, beskrevet af Clegg et al., beskriver som sagt organisationers identitetsudvikling og siger ikke så meget om den individuelle identitetsproces. Men da det er gruppeidentiteter jeg har fokus på, kan perspektivet godt anvendes som en perspektivering.

4.2.3 Magtperspektiver

In other words, it is possible to affect feelings about decisions and actions independently of the actions themselves, because of the socially constructed nature of organizational reality

Pfeffer, 1989

I forbindelse med analyserne af organizing sensemaking stod det klart at forhandlingerne om en fælles valideret virkelighed ikke foregår i et magtfrit miljø. Derfor vil jeg bruge Pfeffer (Pfeffer, 1989) som perspektiv til at analysere brugen af magt i de 3 cases.

Pfeffer perspektiver er konstruktivistiske og arbejder med et symbolsk magt-perspektiv, hvor aktører skaber overensstemmelse af opfattelsen af, hvad der er legitimt og illegitimt ved anvendelsen af symboler, politisk sprog og opbygning af koalitioner. Årsagen er at systemet er løst koblet mellem intentioner og handlinger, og intentioner kan derfor påvirkes uafhængigt fra handlingerne.

4.2.3.1 Ulemper ved Pfeffer

Pfeffer er meget anvendelig i et konstruktivistisk paradigme, selvom hans egne ledelsesanalyser er relativt modernistiske. Derudover er hans magt-begreber alene processuelle og beskæftiger sig ikke med den formelle 'stillingsmagt' en leder har, via hans adgang til ressourcer og et delegeret beslutningsmandat, samt en håndfast mulighed for at ekskludere medlemmer af organisationen. Det skønnes dog at disse perspektiver ikke er de væsentligste i denne opgave, hvorfor jeg lever med begrænsningen.

5 Baggrund – lidt om de kvalitetsmetoder der anvendes

Kapitlet indeholder lidt baggrund om de kvalitetsmetoder der anvendes i sundhedssektoren og som er i fokus i de udvalgte cases, jeg inddrager i min analyse.

5.1 Baggrund I – Om kliniske mikrosystemer

Center for kvalitet har arbejdet med kliniske mikrosystemer i en årrække. Inspirationen kommer primært fra Höglandssjukhuset i Eksjö i Sverige, der har arbejdet med kliniske mikrosystemer siden 1998.

”Vi spurgte os selv, om vi kunne gøre det bedre for patienterne, så vi slipper for at gøre dobbeltarbejde. Det, vi i virkeligheden gjorde, var, at vi begyndte at snakke sammen. Det gav imponerende resultat. Vi halverede antallet af indlæggelser, mens det ligger konstant på tilsvarende afdelinger i resten af Sverige. I 2000 kunne vi lukke et afsnit i stedet for at åbne et nyt.”

-Jørgen Tholstrup, speciallæge, Höglandssjukhuset i Eksjö

Oprindeligt er mikrosystemet først nævnt i arbejdet fra James Brian Quinn omkring hans kortlægning af verdens bedste serviceorganisationer. På baggrund af hans arbejde beskriver Dartmouth-Hitchcock Medical Center i New England, USA, kliniske mikrosystemer i sundhedssektoren, og undersøger 'de bedste'. Støttet af teorier fra bl.a. Deming og Senge får det kliniske mikrosystem en mere fast form, som led i kvalitetsforbedrende arbejde, med fokus på viden, vidensdeling og måling af forbedringer.

Mikrosystemet indeholder alle de ansatte, der er i direkte kontakt med patienten (læger, sygeplejersker, portører, lægesekretærer, rengøringspersonale mv.). Nogle gange beskrives mikrosystemet således at også patienten selv indgår i det. Et af målene er at reducere antallet af mennesker, der er 'medlem' af den enkelte patients mikrosystem, samt at sikre at mikrosystemet kan arbejde med løbende kvalitetsudvikling og effektivisering. Dermed indgår arbejdsrutiner og processer som en del af mikrosystemet og er målet for den ønskede gennemførelse af ændringer og tilpasninger.

Der er fire overordnede principper for arbejdet i mikrosystemet:

- Det er de enheder, der har kontakt til patienten, som bedst kan udvikle og forbedre arbejdet.
- Udvikling skal være en integreret del af arbejdet. Alle skal tage ansvar for det og del i det.
- Udvikling skal foregå løbende og er gradvise forbedringer forankret i det konkrete arbejde som udføres.
- Udvikling skal tage udgangspunkt i og inddrage patienterne og baseres på de ansattes faglige kvalitetskriterier.

5.2 Baggrund 2: Om gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden, eller 'Breakthrough Series'⁸ er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI), i Cambridge, Massachusetts. Metoden er ikke, som mikrosystemet, en samling af forskellige principper, men en mere præcis proces til at implementere 'next og best-practice' lokalt.

Metoden udnytter et ekspertpanel, der består af repræsentanter fra vidensinstitutioner og forskermiljøer, samt praksisinstitutioner der generelt er accepteret som 'på forkant' (best practice). Sammen skal de definere et udgangspunkt for kvalitetsarbejdet inden for et område (f.eks. reduktion af tvang i psykiatrien). Praksisinstitutioner der er interesserede, melder sig så til programmet.

I praksis mødes man 3 gange til nogle opfølgende sessioner hvor man:

1. Lære om PDSA-cirklen og kvalitetsudvikling, samt allerede identificerede værktøjer og projekter
2. Deltager i netværksarrangementer hvor man deler lokale erfaringer om implementering og nye metoder og projekter der er opstået lokalt, og får støtte ift. sine egne problemer med implementering.

Metoden er meget fokuseret på PDSA-processerne, vedr. afdækning af nye muligheder, afprøvning i begrænset størrelsesorden, opsamling af erfaringer og tilpasning, gennemførelse af større skala forsøg. Dette forløber i iterationer indtil tilpassede løsninger er implementeret på hele afdelingen.

6 Analyse 1: Sensemaking i kvalitetsprojekter

Kapitlet indeholder en optakt til organizing sensemaking analyserne i form af identitetsanalyser for de tre afdelinger individuelt og på tværs.

How can I know who I am until I see what they do?

Weick, 1995

Som beskrevet i teorivalget vil jeg gennemføre en sensemaking-analyse som optakt til min analyse af organizing af sensemakingen, med udgangspunkt i sensemaking-egenskaben: 'grounded in identity construction'. Allerede i forundersøgelsen udtrykte CfK, at der er nogle

8

<http://www.ihi.org/IHI/Results/WhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchieving+BreakthroughImprovement.htm>

karakteristiske og generelle identiteter på spil (læger og sygeplejersker) og at disse generelle identiteter kan være direkte hæmmende overfor forbedringsprocesserne. Jeg vil derfor både tage udgangspunkt i empiri om lægers og sygeplejerskers egen identitetsopfattelse og opfattelse af hinandens generelle identiteter, da identitet både opstår i forhold til andre og i forhold til egen-identitet over tid, ud fra et behov om at legitimere sig igennem sin identitetsopfattelse (Clegg et al.,2007).

I naturlig forlængelse af identitetsanalysen vil jeg inkludere et forsøg på at vise forskelle mellem lægers og sygeplejerskers socialiseringsprocesser direkte i den, for at etablere et andet væsentligt grundlag for de efterfølgende analyser.

Forskellene i identitetsopfattelse mellem læger og sygeplejersker og i lægers og sygeplejerskers socialiseringsprocesser, vil efterfølgende blive brugt som element i selve 'organizing sensemaking' analysen (se f.eks.sidst i afsnit 7.2.1.)

6.1 Sensemaking - grounded in identity construction - afdeling A

I interviewene med overlægerne opstår der meget hurtig en beskrivelse af gruppen læger og gruppen sygeplejersker, ofte sat overfor hinanden. F.eks. siger ledende overlæge LOK, som svaret på spørgsmålet om mikrosystem-tankegangen i ord og processer er mere tilgængelige for sygeplejersker end for læger:

Det har også været nemmere at sælge det til sygeplejerskerne. Som du selv siger, ord osv. Sygeplejerskerne er ofte, kan man sige, mere nær patienterne, og har måske mere følt, at de behov patienten har, blev opfyldt på den her måde. Hvor læger fokuserer på, at det er vigtigt at man får udredt sygdommen og behandlet den grundlæggende lidelse. Så man er sådan lidt mere, hvad skal man sige, rationelt indstillet, hvor sygeplejersken måske er bedre til at aflæse patientens følelser. (...)Altså hvis man kan se at det man kommer frem til er rationelt og effektivt, så er læger med på den (...) [Spørgsmål: Er der anderledes succeskriterier for læger og sygeplejersker?] Jamen det tror jeg, der er en væsentlig forskel. Jeg tror bestemt også at sygeplejersker syntes at man skal have en fagligt korrekt behandling, men dels så er de jo... Deres uddannelse er jo ikke fokuseret så meget på det. Det er jo pleje, det er jo mere patientens personlige behov, som de er oplært i. Og derfor er deres fokus anderledes.

LOK fortsætter på spørgsmål om hvordan han og oversygeplejersken arbejder sammen omkring ledelsesopgaven:

Læger er jo rigtigt svære at lede. Overlæger specielt, de syntes sådan set de er rigtigt, rigtigt dygtige og de behøver sådan set ikke have nogen til at lede sig. Hvorimod sygeplejerskerne er meget mere vant til, at der er en hierarkisk struktur, og at man bliver ledet. Og hvis en oversygeplejerske går ind og bliver alt for ledende over for overlæger, så bliver der en frygtelig ballade. Det kan overlæger virkelig, virkelig ikke li'. Og Lis [oversygeplejersken] hun holder meget, meget lav profil overfor overlægerne. Der er det mig der må gå på barrikaderne hvis der er noget. For ellers så... Det går simpelthen ikke. Det ville de blive meget fornærmede over, hvis en sygeplejerske kommer og mener hun skal lede dem.

LOK svarer på spørgsmålet: Du er læge, hvad er forskellen på dig og de andre læger? Er det fordi du er leder?:

Nej det tror jeg såmen ikke. Det ved jeg ikke rigtigt hvad jeg skal sige til. Jeg tror at dem der har været modstandere af det, er sådan lidt den der gammeldags stivstikkertype vil jeg sige. Ham der indførte det, det var vores senioroverlæge, så det har ikke noget med biologisk alder at gøre. Det er noget med ens attitude.

LOK om forskellige roller inden for lægefeltet

Vores reservelæger har ikke særligt meget at gøre med udviklingen af afdelingen. De kommer her jo i et eller andet forudbestemt tidsrum og de har forskellige ting de skal nå at lære. Nogle er der et halvt år, nogle er der et helt år. Og de har jo nok at gøre med at lære faget at kende

LOK om krav til lægeressourcer udover det rent faglige:

Så de skal have deltaget i et eller andet hist og pist, som de så skal gøre rede for. Det lægger jeg også vægt på. Og så kan det jo være lidt afhængigt af, når vi søger en ny, hvad det er vi står og mangler. Om vi mangler nogen der kan udvikle, for så vil vi selvfølgelig lægge mere vægt på det

AOJ siger om forholdet mellem læger og sygeplejersker:

Det er blevet meget bedre, meget mere åbent. Vi har så justeret lidt, før gjorde vi sådan at vi havde alle sygeplejersker og så bare den læge der gik stuegang under ét. Men det gå vi nok lidt bort fra, at det mere er den stuegangsskolede sygeplejerske, og så dem der har lyst. Tidligere satte vi det som et krav, at alle skulle være med, men det er nok ikke nødvendigt. For der er nogen af sygeplejerggruppen der hellere vil være ude hos patienterne (...) Men det har givet en klart bedre tone og sammenhold i grupperne. Den kommunikation der, også den kommunikation om morgenen, det kunne jeg godt lide da alle var samlet,

at den yngste på gulvet også kunne komme med nogle informationer som var absolut lige så vigtige som de højeste. Så der er klart sket en forbedring.

AOJ om socialisering:

Det er uhyre vigtigt at få lægegruppen med, for lægegruppen det er enspændere der går rundt alene ofte, til forskel fra sygeplejerskerne som går sammen på en afdeling, så det skal man være klar over at det er vigtigt. For de er interesseret i det.

Ifølge LOK og AOJ er der stor forskel på de to identiteter, og der kan generaliseres over dem som gruppeidentiteter selvom der også inden for grupperne er sub-grupper (f.eks. 'Stivstikkerne'). Lægers og sygeplejerskers identitet opbygges spatialt⁹ mellem de to grupper på basis af opgaver og evner. Lægernes identitet defineres som værende rationel, ud fra en objektiv evne til at udrede (diagnosticere) og behandle lidelser. Sygeplejerskernes identitet (udtrykt fra et lægesynspunkt, dermed en del af overlægernes egen identitetsproces) bygger dels på deres plejeopgaver og dels på en socialiseringsproces med patienterne, der giver dem nogle forudsætninger for at aflæse og forstå deres følelser. Også AOJ giver udtryk for at socialiseringsprocesserne er afgørende forskellige mellem læger og sygeplejersker. Lægerne er enspændere og det er derfor meget vigtigt at de bliver taget med på møder (socialiseringsprocesser på tværs af faglighed).

Temporalt¹⁰ er der udvikling i identitetsbegrebet over tid. Der er de gamle stivstikker-læger og der er de yngre (ikke biologisk alder). Der er sygeplejerskerne som en fælles gruppe og der opstår en gruppering af stuegang-sygeplejersker, der gerne vil deltage i stuegangsprojekterne.

Lægernes identitet handler også om dygtighed, og dygtighed er en skala der afgøre, hvem der skal bede hvem om hvad. Dermed bliver det svært for en leder at lede en dygtig læge, og en sygeplejerske kan slet ikke komme i en position hvor 'hun' må fortælle lægerne hvad de skal gøre. Det går for tæt på deres faglighed og opfattelse af at de er dygtige (Se perspektiveringsanalyse om magt - kap. 9 - for nærmere detaljer). Dermed er der også forskel på unge læger, der har nok at gøre med at lære, og de ældre som deltager i udviklingsarbejdet.

Den temporale udvikling i identiteter tyder dog på, at der er noget identitet at hente fra kvalitetsarbejdet. Meningen er at kvalitetsarbejdet her giver flere opgaveorienterede identitetsmuligheder, der ikke står i helt så kraftig opposition til hinanden som de forhenværende. F.eks. defineres der en stuegangssygeplejerske, der skal arbejde sammen med lægen på stuegang

⁹ Spatialt hentyder til identificering på basis af forskelle mellem identiteter

¹⁰ Temporalt hentyder til identitetsudviklingen over tid

(konsultation). Derfor skærpes kravene til nyansatte udover de rent faglige krav, bl.a. mht. udviklingskompetencer.

Identitetskomponenterne anvendes som nævnt i selve sensemakinganalysen nedenfor.

6.2 Sensemaking - grounded in identity construction – afdeling B

OSM om samarbejdet mellem de to ledere:

I princippet er vi fælles om det hele. Og søjletænkning går man væk fra. Men alligevel har man det jo sådan, at det er mig der tager mig af sygeplejen, tager mig af møderne med afdelingssygeplejerskerne, og tager mig af mit fagområde, mest. Og jeg tager mig selvfølgelig ikke af det rent faglige med lægerne, men når LOC ikke er der, er det mig der tager mig af det ledelsesmæssige, også på lægefeltet. Og omvendt, LOC tager sig af sygeplejen. Så på rigtig mange måde er det en enormt genial ledelsesform, fordi man er tvunget til at tænke hele vejen igennem og tænke i helheder, på tværs af fagområder.

OSM om samarbejdet mellem faggrupper:

Men jeg syntes generelt er der et godt samarbejde mellem faggrupperne, og vi arbejder jo utroligt meget på her i de senere år, at ikke arbejde hierarkisk men arbejde i forlængelse af hinanden. Også arbejde så rationelt som muligt, sådan at vi ikke overlapper for meget, men kun hvor det er nødvendigt, med f.eks. patientinformation

Den ledende oversygeplejerske, OSM siger om mikrosystemer og identitet (bliver sagt før LOC træder ind af døren):

Og der er det jo at mikrosystemer giver stor mening for os, fordi vi kan rationalisere efter det: Har dette her mening for patienten, har det betydning rent fagligt set, giver det kvalitet, og kommer vi omkring i værdikompasset¹¹? Og det er jo også en ny måde at tænke på, det er det også for os. Læger ser jo meget på det faglige, og det er det de bliver holdt op på, men der er jo også rigtig mange andre ting som vi bliver holdt op på.

LOC om ansættelseskrav:

Men vi stiller andre krav nu, end vi gjorde før under et jobinterview. Hvis vi f.eks. søgte en overlæge som skulle have ansvaret for et team, så ville vi jo klart gå ind i en diskussion med dem om deres erfaring med økonomistyring, og deres opfattelse af hvordan det er at have ansvaret for andet end det rent faglige, men også økonomistyring og personaleledelse

¹¹ Som før nævnt indeholder værdikompasset 4 værdikomponenter, der alle er væsentlige for måling af succes: Klinisk status/effekt (traditionel patienteffekt), Funktionel status (patientens og de pårørende fysiske og psykiske velbefindende), Patienttilfredshed (ift. patientens egne forventninger, der jo kan ligge langt fra den kliniske status) og Omkostninger og økonomi (økonomiske effektivitet)

se. De menige medarbejdere skal jo også være med i en holdning af ansvarlighed, som sådan et team skal have.

LOC og OSM er meget fokuserede på deres ledelsesopgave med udgangspunkt i deres egen temporale identitetsopbygning, der handler om samarbejde på tværs af fagområder. OSM mener f.eks. at det er genialt at de to ledere får lov at dække hinandens områder og lærer af hinandens områder samtidigt med at søjletænkningen forlades.

Deres fokus er roller og identiteter i forbindelse med deres kvalitetsarbejde og opgaver generelt, i stedet for de klassiske fagdomæner, selvom disse ikke opløses (Der skal arbejdes i forlængelse, uden overlap).

Fokus er derfor også temporalt: Hvordan udvikler identitet sig over tid, fra den ældste overlæge til de yngste læger og sygeplejersker? Dette sker i LOCs og OSMs udlægning som et led i den udvikling afdelingen gennemgår og også i de krav, der stilles til nye kollegaer, der skal kunne beherske mere end det rent faglige, hvilket er i overensstemmelse med OSMs udmelding før LOC træder ind i rummet: Spatialt skelner OSM mellem læger og sygeplejersker ift. fagligheden på den ene side, og de andre ting de bliver målt på, på den anden.

Udviklingen i identitetsopfattelsen fører desuden til at der stilles skarpere krav til medarbejdere på afdelingen.

6.3 Sensemaking - grounded in identity construction – afdeling C

Ledende overlæge LKT siger om den lægefaglige opgave kontra sygeplejeopgaven:

Lægearbejdet er også på en eller anden måde standardiseret, hvor jeg har sådan systematiseret det lidt (...) Og det hele er standardiseret sådan i mit hoved (...) Lægens arbejde er der ikke nedskrevne retningslinjer for, fordi det kan man i sagens natur ikke, der må være en vis fleksibilitet, men de andre ting har vi sådan set nedskrevne, i og med at sygeplejerskerne har det der flowchart hvor man kan sige at inden for de og de dage skal de og de ting være afholdt.

Kvalitetsteamet om forskel mellem læger og sygeplejersker:

Vi stod fast på, at hvis vi skulle arbejde... Altså vi havde nogle kompetencer og et ansvarsområde. Fordi sygepleje ved læger ikke ret meget om, så selvfølgelig havde vi det. Den der opfattelse af at en læge har ansvarsområde for sygeplejen, den er ikke så heldig, for så kan man heller ikke se hvad man skal fremme og hæmme vel, det vil jeg jo bedre kunne se.

Kvalitetsteamet siger om deres forudsætninger for at arbejde med kvalitetsudvikling:

Metoden ligger meget op ad det vi kalder 'sygeplejerprocessen', det der med at vi går ind og planlægger noget, udfører en handling, analyserer på den og ser på om den har hjulpet, og så går vi enten videre eller også så gør vi noget andet. Det ligger i uddannelsen. Det er en problemløsningsmodel. Så nu hedder det bare PDSA.

For kvalitetsteamet er der en identitet i kvalitetsarbejdet:

Vi VIL gerne forandring. Vi VIL gerne kvalitet. Vi syntes jo det her ER så forbandet vigtigt. Det kan godt være det er besværligt i starten, fordi det er nye arbejdsgange og ny tænkning. Men det giver mere tilfredshed på alle leder både for patienter, pårørende, medarbejder osv. Og når det giver mere tilfredshed så har man altså også mere overskud. Jeg tror at man henter noget ind.

Kvalitetsteamet om de forskellige roller, herunder overlægens:

Og LKT som overlæge, som også både manifesterer sig ift. personalet men også lægegruppen og teamet (...) Hun byggede bro også tværfagligt så det var sammenhængende (...) hvor hun også gav den der tilbagemelding ift. en god, flot aktivitetsplan eller en indlæggessamtale, hvor hun trak det ud af indlæggessamtalen som hun ikke selv havde fokus på, for der var jo både den plejemæssige del og den lægefaglige del, og det hænger jo sammen.

Kvalitetsteamet om krav til ressourcer:

Der var nogle der valgte at rejse og det var egentlig godt for dem og det var godt for udviklingen som sådan. Kravene blev lidt mere synlige ift. hvilken retning skal vi gå og at man ligesom VILLE udvikling og kvalitet.

Også her skelnes der spatialt mellem læger og sygeplejersker på basis af deres opgaver. Lægerne er faglige, sygeplejerskerne er dem der står for alt andet. Lægearbejdet kan ikke standardiseres, men alt andet kan og bliver det af sygeplejerskerne.

Temporalt trækkes der tråde fra uddannelsen (sygeplejereprocessen) og til kvalitetsarbejdet og processerne. Sygeplejerskerne har uddannelsesmæssige forudsætninger for at beskæftige sig med kvalitetsarbejdet, og det igangværende kvalitetsarbejde er en absolut identitetsbærende præmis (der er mange gange i interviewet hvor gruppen giver udtryk for at kvalitetsarbejdet er nødvendigt og noget de ikke vil opgive).

Dermed bliver kvalitetsarbejdet for gruppen faktisk næsten en kendetegnende spatial forskel på sygeplejersker og læger, selvom de dog anerkender at det har været meget vigtigt at have overlægen med i kvalitetsteamet, for at få koordineret med lægegruppen og også for at få den ledelsesmæssige anerkendelse.

Endelig er der også her, øgede krav til ressourcerne, mht. udvikling og kvalitet, der bl.a. resulterer i, at nogle af de ansatte har opsagt deres stillinger.

6.4 Delkonklusion 1: Identitet og sensemaking

Identitetsanalysen fødes som sagt direkte ind i organizing sensemaking analyserne nedenfor (kap. 7). Her opsummeres dog kort på ligheder og forskelle.

På alle tre afdelinger arbejdes der med spatial identitetsdannelse med udgangspunkt i forskelle mellem læge- og sygeplejerskedomænet, og alle steder er der fokus på lægernes rationalitet og faglighed og sygeplejerskernes opgaver som det der ligger udover (alt det andet). Selvom fremstillingen af identitetsprocessen bærer præg af hvem der fortæller, er der således åbenlyst stor konsistens mellem afdelingerne ift. de grundlæggende og gennemgående identitetselementer.

På afd. A, beskrives sygeplejersker, med lægens ord, som tættere på patienten og dermed bedre til at forstå dennes behov. På Afd. B fortæller sygeplejersken, at alle opgaver udover det faglige ligger udover hvad lægerne bliver målt på. Og på afd. C fortæller lægen at sygeplejen er det, der kan standardiseres og sygeplejerskerne fortæller, at lægerne ikke ved ret meget om sygepleje, der kobles tæt med kvalitetsarbejdet.

Desuden arbejdes der på alle tre afdelinger med temporal udvikling af identiteter på basis af kvalitetsarbejdet. Der opstår nye opgaver og funktioner og dermed nye identitetsmuligheder i kvalitetsarbejdet og organiseringen af dette. Identitetsmulighederne gribes dog forskelligt an og fylder forskelligt på de tre afdelinger.

Analysens resultater tages op i næste analyse, men bruges også direkte i den endelige opsamlende konklusion.

I perspektiveringsafsnittet diskuteres om valget af identitetsanalyse på baggrund af foranalysen, begrænser analysen og dermed konklusionerne: Kunne et andet valg have ført til andre konklusioner? Perspektiveringen påvirker således også ledelsesanvisningerne der kommer til sidst i opgaven.

7 Analyse 2: Organizing sensemaking

Kapitlet indeholder en analyse af hvorledes sensemakingen organiseres på de tre afdelinger og hvad resultatet er ift. det igangværende kvalitetsarbejde. Kapitlet søger at analysere sensemakingen, vise nogle resultater, samt diskutere hvorledes disse resultater er påvirket af identitetsdannelsen analyseret i analyse 1. Endelig vil kapitlet også søge at afdække hvor

grundlæggende sensemaking er omkring kvalitetsprojekterne: Afsættes der varige aftryk på aktørerne eller er sensemaking isoleret omkring projekterne.

Analyse 2 bygger videre på analyse 1 og ser på hvorledes de forskellige identiteter organiserer sensemaking, vha. den operationaliserede organizing sensemaking model (se 7.1 nedenfor). Analysen gennemføres for hele afdelingen, men identiteternes indflydelse på sensemaking diskuteres særskilt (se f.eks. afsnit 7.2.1.1).

7.1 Operationalisering af Organizing sensemaking modellen

Dette afsnit indeholder den mere detaljerede operationalisering af organizing sensemaking modellen.

Processen består af 4 trin, og med tre indbyggede feedback-mekanismer. Figuren nedenfor beskriver hvorledes trinene og de indbyggede feedback mekanismer fortolkes og anvendes i denne opgave.

Tallene i parentes henviser til den forsimplede kausalitet jeg bruger, når jeg gennemfører en trinvis analyse og beskrivelse af hvorledes processen forløber. Det betyder at jeg vælger en sammenhæng, et udsnit, ud af en sammenhæng og konstruerer en orden for hvorledes processen forløber. Udsnippet er en forsimpning pga. sensemaking-egenskaben 'ongoing', der betyder:

People are always in the middle of things, which become things, only when those same people focus on the past from some point beyond it.

Weick, 1995, s43

Dermed kan andre udsnit måske resultere i andre konklusioner og årsagskort. Desuden er den konstruerede orden en forsimpning:

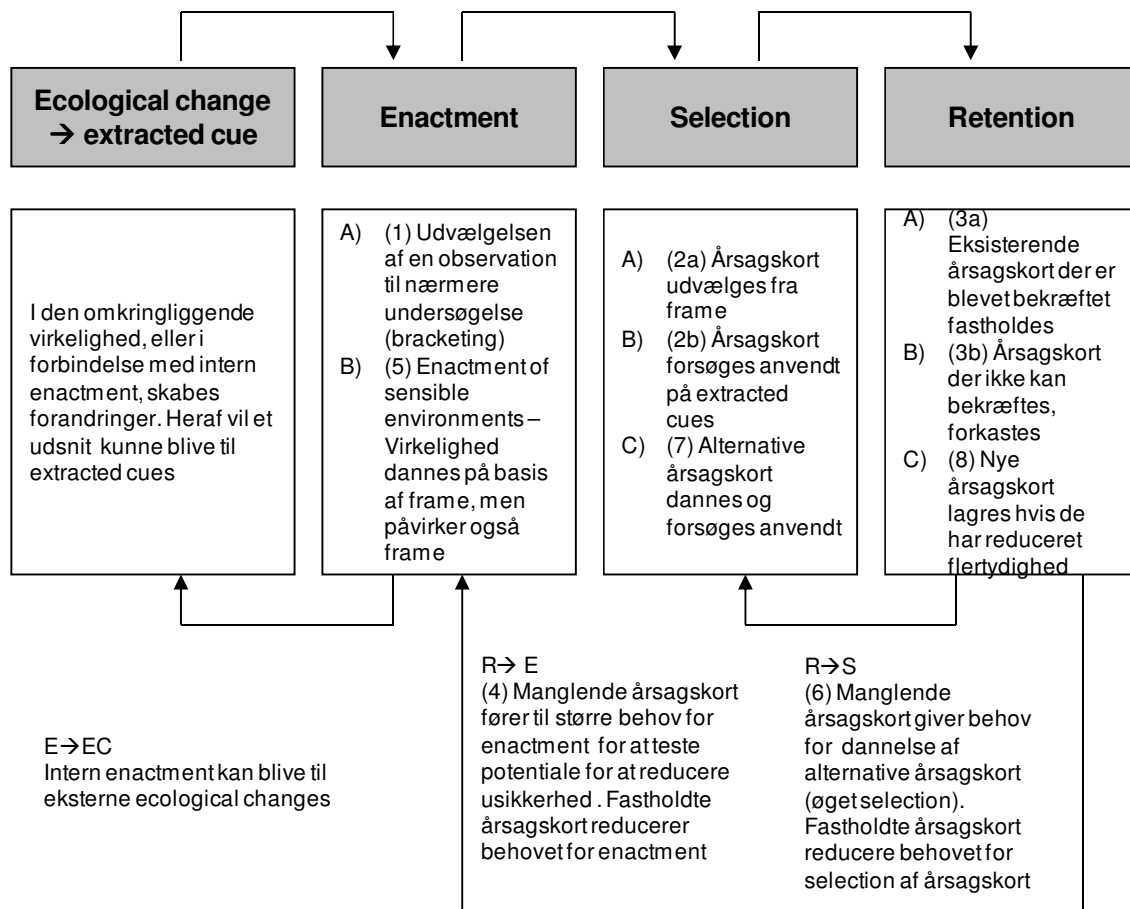
Even though the enactment-selection-retention model is depicted in a linear, sequential fashion, this depiction may be misleading.

Weick, 1979, s143

Hvilket betyder at processen i virkeligheden er meget mere kompleks og ikke-lineær.

Endelig er der flere årsagskort og dermed flere underprocesser i spil i organizing processen, hvorfor en visning af kun én proces og et resulterende årsagskort også er en forsimpning.

Denne forsimpning tjener dog som skelet til at analysere medarbejdere og ledelses sensemaking og bedste bud på en fælles-valideret virkelighed og årsagskort (to forskellige udtryk for det der fastholdes, Weick, 1979, s131).



Figur 2 – Fortolket organizing sensemaking model

1. Der sker eller er sket *ecological change* i det omkringliggende samfund, der har potentiale for at skabe flertydighed (*ecological change* kan godt lagres i hukommelsen og trækkes frem til senere sensemaking, Weick, 1979, s130). *Ecological change* kan være et resultat af den enactment der foregår lokalt. Kun en delmængde af *ecological changes* opfattes af organisationen og kun en delmængde af det opfattede bliver til extracted cues, der anvendes videre i organizing modellen
2. *Enactment* består af enten:
 - En isolering af et extracted cue ('bracketing') i forbindelse med en økologisk forandring, eller af at ved at
 - En handling der skaber *ecological change* der begrænser handlemulighederne, og dermed skaber flertydighed

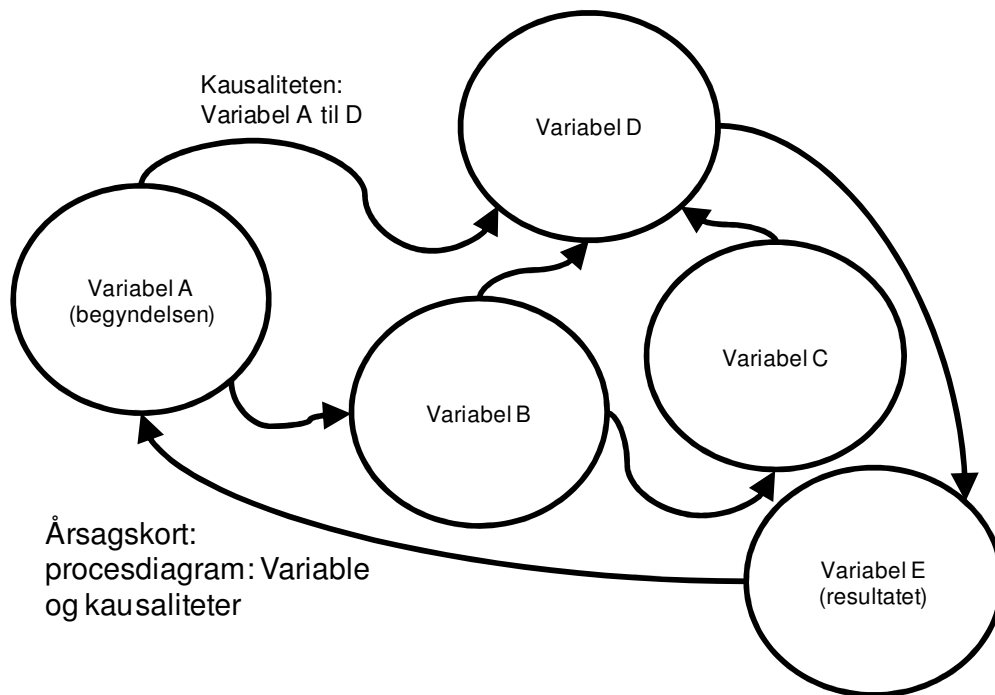
Desuden tilføjes i denne fortolkning af modellen sensemaking-egenskaben 'enactive of sensible environments' for at få mere flow i processen og vise hvorledes organizing-sensemaking skaber og skabes af den virkelighed vi omgiver os med. Dette giver et bedre samspil med retention og virkelighedsdannelse, igennem feedbackmekanismer

3. *Selection* betyder udvælgelse og anvendelse af forskellige årsagskort på den enactede flertydighed for at reducere flertydighed. Årsagskort udvælges fra de eksisterende i rammen, men også alternative årsagskort kan vælges (dannes) for at forsøge at reducere flertydighed (der kan også anvendes tilpasning af eksisterende). Selection-processen er dermed det trin i processen hvor kreativiteten indtræder og mennesker finder på tilpassede og nye årsagskort. Med baggrund i sensemaking-egenskaben 'retrospective' (Weick, 1995, s 24) kan dette kun foregå i forbindelse med enactment, og kommer derfor ikke ud af ingen-ting (How can I know What I Think, Until I see What I do?)
4. *Retention* omhandler fastholdelse af resultatet af en succesfuld sensemaking, altså den fælles-validerede virkelighed, i form af årsagskort (eksisterende, tilpassede og nye)

Feedback-mekanismer

1. $R \rightarrow E$: Manglende succes med at reducere flertydighed fører til et stigende behov for enactment. Der er behov for flere cues til meningsdannelse og disse kan kun dannes igennem enactment (sensemaking egenskaben 'retrospective', Weick, 1995, s 24). Dette er en invers kausalitet. Der er direkte kausalitet hvis der ikke fastholdes nye årsagskort (stoler på sin egen erfaring, Weick 1979, s 132), da der så vil være mindre behov for enactment, da man ikke oplever mere flertydighed. Mere enactment kan som før nævnt, godt betyde fremdragelse af tidligere enacted environments
2. $R \rightarrow S$: Manglende succes med at reducere flertydighed fører til stigende behov for at selection-processen vælger (danner) brugbare årsagskort (invers kausalitet). Som med feedback-mekanismen ovenfor mellem retention og enactment, medfører fastholdelse af eksisterende årsagskort (mindre retention) til et mindre behov for udvælgelse (dannelse) af årsagskort (selection), hvilket er direkte kausalitet
3. $E \rightarrow EC$: Enactment kan, som allerede indikeret, skabe nye eksterne forandringer, der kan udledes cues fra.

Organizing sensemaking processen ender med fastholdelse af nye årsagskort. Efter hver analyse præsenterer jeg et eksempel på et sådan årsagskort. Det ser generelt sådan ud:



Figur 3 – Procesdiagram og årsagskort

Boblerne indeholder de væsentlige variable som min empiri demonstrerer er vigtige i opfattelsen af, hvordan ting giver mening for dem. Boblerne er forbundet med kausaliteter, der blot viser, (i mit eksempel ovenfor) at variabel A direkte påvirker variabel D. Denne påvirkning kan både være direkte (når A vokser, vokser D), eller invers (når A vokser, falder D). Ofte er resultatet (her Variabel E) også forbundet til opfattelsen af begyndelsesvariablene (her variabel A).

7.2 Organizing sensemaking – afdeling A

På afdeling A har man taget fat i nogle konkrete projekter. Et eksempel på organiseret sensemaking handler om den klassiske stuegang sat over for en konsultation, hvor patienten kommer til lægen og sygeplejersken i et dertil indrettet rum. LOK fortæller om konsultationer i forhold til den klassiske stuegang:

Det er gået ud på at ændre stuegangsfunktionen, fra at være den traditionelle 'gå'en rundt med sygeplejersken og journal og så ind til patienten på stuen', sådan den der gode gamle stuegangsform, til at være 'konsultationsstuegang' hvor vi har indrettet 2 rum, hvor der på rummet er en storskærm, hvor journalen så er let læselig, både for patienten og får læge og sygeplejerske. Så man sidder altså patient læge overfor hinanden og med sygeplejersken ved siden af, så man sidder også, om man så må sige, i øjenhøjde. Og så gennemføres stuegangen som en traditionel konsultation. Det indebærer jo en række forbedringer:

Punkt 1, patienten er mere lige med behandlerne. Ligger ikke der med snuden i vejret og i en underlegen position. Punkt 2, at man er alene med behandlerne, at man ikke er inde på en stue hvor der er alle mulige der kan høre med. Punkt 3, at man jo også selv kan følge med i laboratoriedata, hvad der er skrevet i journalen osv. så det giver jo et meget mere oplyst forhold for patienten.

LOK fortsætter omkring de første tanker, da han blev præsenteret for ideen:

Mine umiddelbare tanker var at det lød spændende og var en god idé, fordi det i mange år har irriteret mig, specielt det der med at du står og taler dybt personligt med folk, i en stue hvor der ligger 3 eller 4 mand. Det er jo i virkeligheden helt uacceptabelt. Man kan jo så undre sig over, at vi ikke gjorde noget ved det før.

LOK fortæller om modstanderne af konsultationen:

Der er stadig nogen der er skeptiske. Vi har holdt mange møder og vi har diskuteret det. Og da der overvejende er en positiv stemning, så har negativisterne ikke følt at de havde ret meget vind i sejlene. Og de har accepteret, at så måtte det vel være sådan. I starten var det en frivillig ting (...) Men det er vi sådan ved at være ude over. Den hørlige skepsis er i hvert fald ikke ret stor længere, men der er nogen der stadigvæk sådan, fnyser lidt (...) Et af kritikpunkterne er jo, at når der skal en ny patient ind, man kan selvfølgelig godt have dem siddende klar udenfor, men ellers bruger sygeplejersken jo lidt tid på at hente en ny patient osv. Så syntes de at der går for meget tid. Mit modargument mod det, det er at den tid der går med at sygeplejersken finder en ny patient, der skal man alligevel diktere og gøre klar til den næste patient, så jeg bruger i hvert fald ikke mere tid på det. Tværtimod så syntes jeg nærmest jeg bruger mindre tid på det (...) Så jeg tror de øger patienttilfredsheden temmelig meget. Og jeg syntes også det øger min tilfredshed med konsultationerne. Vi har i hvert fald indført det nu. Vi startede med at indføre det for en stuegangsgruppe på afdelingen. Nu har vi indført det for alle stuegangsgrupper. Det er så meget en succes, at det er det, vi har gjort.

AOJ har ikke samme forhold til modstanderne:

Det havde jeg faktisk troet var svært, men det har vist sig at folk er meget indstillede på, de er meget positive overfor det, det er ikke alle, der forstår de her kliniske mikrosystemer, men de kan mærke det er noget, der har gjort at det er blevet meget bedre arbejde (...) Da målte vi simpelthen direkte på det, spørgeskemaer ud til sygeplejerskerne og til lægerne som gik stuegang, hvor de krydsede af, hvad blev du forstyrret af, hvad syntes du var irriterende, hvilke parametre var det? Og det har vi fjernet en meget stor del af, og det er det

der har gjort at folk føler at det kører meget nemmere det hele. I starten var det målinger, men nu er det faktisk egne oplevelser.

AOJ fortæller om processen:

Den første var Tolstrup, der kom deroppe fra Upsala [Jørgen Tolstrup fra Sevrige], og han havde jo lavet om på ambulatoriet, som jeg havde haft tanke om i mange herrens år (...) Det har altid været min tanke i flere år, men det har været umuligt at lave om i systemet. Her så jeg set system, der kunne hjælpe mig til at lave den del om (...) Og så når jeg har været i systemet i et stykke tid, så har det gjort at jeg jo også er begyndt at tænke anderledes, ved at vende tingene om. Det behøves egentlig ikke altid at være sådan (...) Det er lige der ændringen er, og jeg gør det stadigvæk. Jeg har det næste projekt klar.

AOJ fortæller om fælles valideret virkelighed ved nogle temadage om fælles værdier

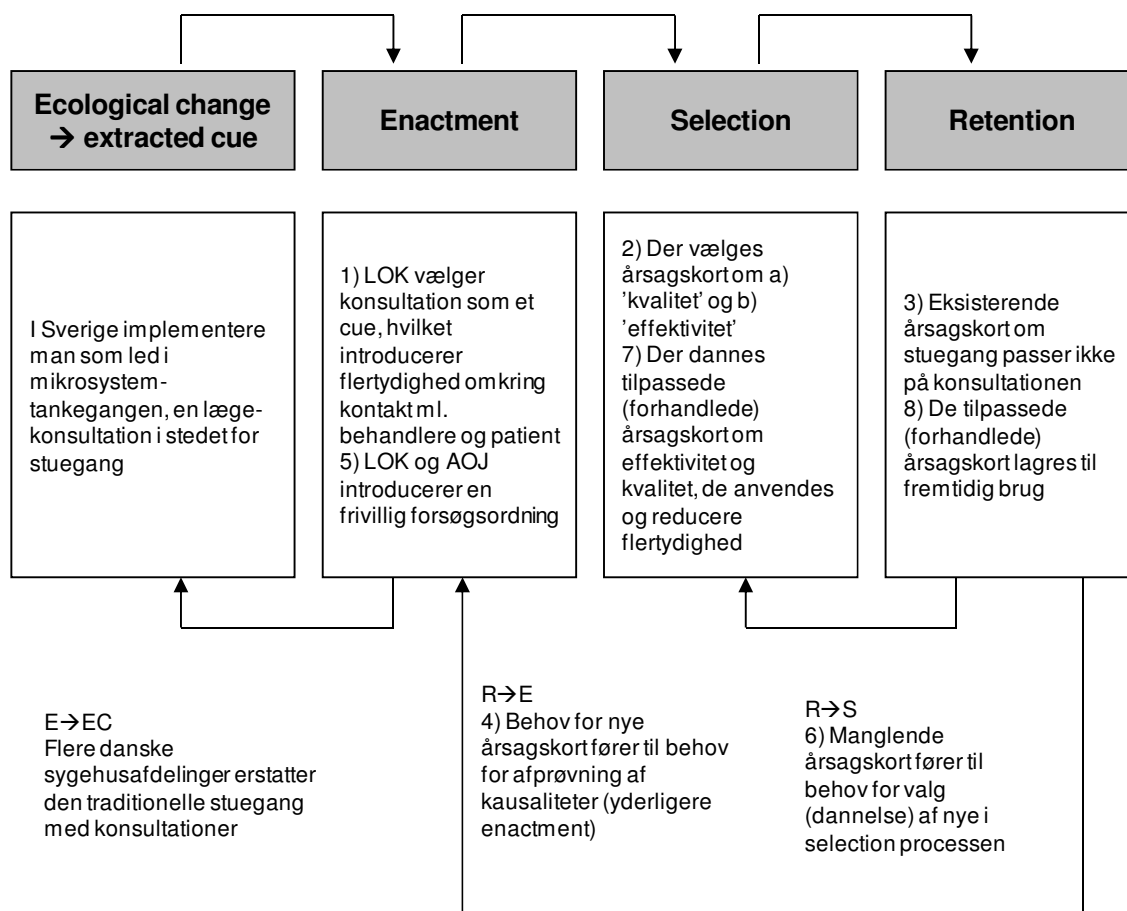
Men jeg tror det er vigtigt, at det er alle sammen, der er med til at lave de der værdinormer, ellers bliver der bare lagt noget, du ikke er enig i. Til de temadage, vi havde faktisk 2, der var der jo vild diskussion over bordet, om hvordan man skulle mene, men det endte med at alle var helt enige. Faktisk begge møder, uden at der var én der sad og var sådan lidt... Det blev i hvert fald ikke sagt. Men det virkede som om at... Jeg tror konsensus kommer af, at alle ved, at det ikke har været optimalt, langt fra. Så alle har en interesse i at få det bedre. Så har der været nogle frustrerede personer, som nok ikke har haft resourcer til at gå ind i det her. Og de er nok flyttet. Der er flyttet nogle sygeplejersker, og der er kommet nogle nye til, og læger osv., jeg tror det har passet sig til af sig selv. Ikke med det være sagt at mikrosystemet kræver bestemte mennesker, slet ikke

AOJ fortæller om skiftet:

Og den gamle måde, hvor lægen stod oppe ved sengen og sådan noget, det er vi gået helt væk fra.

De udvalgte citater giver et indblik i LOKs og AOJs organizing sensemaking processer. Nedenfor skitseres organizing sensemaking processen, dels skematisk, dels i en uddybet skriftlig form. Desuden præsenteres et eksempel på et af de årsagskort, der kunne være resultatet af organizing sensemaking processen.

7.2.1 Organizing sensemaking processen og årsagskort - afd. A



Figur 4 – Organizing sensemaking afd. A ”konsultationer”

Organizing sensemaking processen er sat op ved hjælp af organizing sensemaking modellen introduceret i 4.2.1.3.

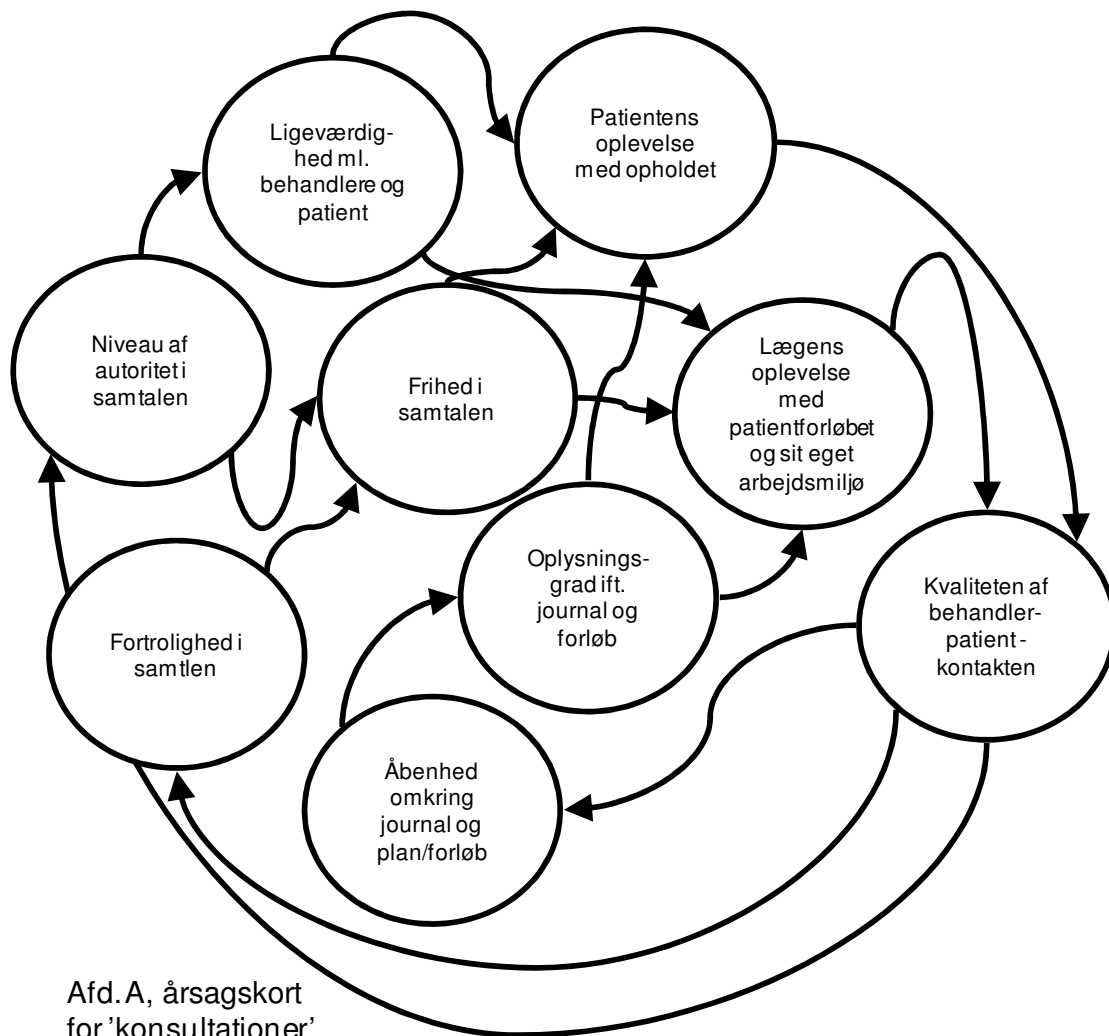
Organizing sensemaking processen i ord:

1. Processen indledes med at LOK fortolker en forandring, der består i at en afdeling på et hospital i Jonköping får en masse praksis-erfaringer med at arbejde med mikrosystemer. Oplevelsen er egentlig sensemaket af CfK, der tager oplevelserne til sig og tilbyder hospitaler i region Syd at komme med på nogle temadage om mikrosystemer. I alt dette vælger LOK bl.a. anvendelsen af konsultationer i stedet for den klassiske stuegang, som et extracted cue. Cue'et indeholder dels en masse mening, der dels kan relateres til de årsagskort LOK på daværende tidspunkt anvender (*det i mange år har irriteret mig, det er jo i virkeligheden helt uacceptabelt.*), dels introducerer cue'et flertydighed i forhold til de årsagskort, der har været med til at LOK kunne danne

mening omkring den klassiske stuegang. (*Man kan jo så undre sig over at vi ikke gjorde noget ved det før.*). Det er vigtigt at understrege at interviewet for LOK er sensemaking retrospektivt (Weick, 1995, 24), og at de heraf resulterende årsagskort spiller ind i LOKs genfortælling og fortolkning af det der skete historisk

2. LOK og hans medarbejdere anvender forskellige årsagskort for at reducere flertydigheder og få mening ud af cue'et. Disse tidligere årsagskort er som sagt 'historiske' i forbindelse med interviewet, men LOK giver udtryk for, at der i løbet af processen indgår årsagskort, der bl.a. handler om 'kvalitet i stuegangsprocessen', og 'effektivitet af stuegangsprocessen', men der har sikkert været flere i spil.
3. Resultatet er i første omgang, at der mangler årsagskort, der kan reducere den oplevede flertydighed omkring konsultationer.
4. Den bibeholdt flertydighed og de manglende brugbare årsagskort understøtter behovet for mere handling, hvorfor
5. Afdelingsledelsen introducerer en frivillig forsøgsordning, der sætter flertydighederne på spidsen og involverer flere mennesker i aktiv stillingtagen
6. De manglende årsagskort fører til større behov for valg (dannelse) af årsagskort, der bedre kan reducere flertydigheden
7. Der dannes og forhandles omkring tilpassede årsagskort, der bedre passer med konsultationer ift. den klassiske stuegang. Forhandlingen er vanskelig og kræver at LOK træder ind og stadfæster de basale variable der er på spil (f.eks. lægetid, forberedelse til konsultation/stuegang, patientskift etc.). Der opnås enighed om en kausalitet blandt flertallet og mindretallet indretter sig og accepterer den fælles validerede virkelighed
8. Der lagres nye fællesvaliderede årsagskort om 'værdi af konsultationer' og 'effektivitet', selvom der stadigvæk er nogen uenighed om konklusionerne (der fnyses stadigvæk lidt)

Nedenfor gives et eksempel på hvorledes det resulterende fælles-validerede årsagskort for 'værdi af patient-kontakt' kan se ud, ud fra de ovenstående citater. (Jeg har fravalgt at lave et tilpasset årsagskort for 'effektivitet' i patientkontakten, da dette ifølge LOK, stadigvæk er mere flertydigt for forskellige individer på afd. A).



Figur 5 – Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. A, 'konsultationer'

Figur 3 viser det resulterende årsagskort fra organizing sensemaking processen, der på afd. A bliver anvendt til at skabe en fællesvalideret virkelighed. Årsagskortet viser en kausalitet fra autoritet, fortrolighed og åbenhed i samtalen til kvaliteten af samtalen, oplevet både i et patientperspektiv og et behandlerperspektiv. Årsagskortet er simpelt og meget sammenhængende i forhold til at introducere konsultationer på afdelingen og er derfor en 'god' sensemaking af handlingerne, idet man kan forestille sig, at man kan få en sammenhængende og fællesvalideret virkelighed ud af at arbejde med konsultationer i forhold til anvendelsen af årsagskortet.

Igen er det vigtigt at huske at hele denne sensemaking er nedskrevet på basis af citater fra få kilder, hvorfor det er svært at beskrive de andre ansattes og ledes årsagskort. Men for så vidt at det resulterende årsagskort er fælles-valideret, kan denne gengivelse af det være lige så anvendeligt som andres. Det er svært at forestille sig at årsagskortet, der her bliver præsenteret

teret, ikke på én eller anden måde også er resultatet af LOKs magt på afdelingen, hvilket samles op i en magtperspektiveringsanalyse i kapitel 9.

Der er stadigvæk nogen der *fnyser* lidt, men *negativisterne* har ikke *vind i sejlene* og har derfor *accepteret* at det måtte være sådan. Som nævnt i kritikken af metoden, har jeg endnu ikke haft adgang til disse negativister og kan derfor ikke kortlægge deres sensemaking udover fra de antydninger LOK og AOJ angiver ovenfor, hvorfor det er svært at afgøre, hvorledes deres sensemaking har påvirket det fælles-validerede årsagskort og om dette overhovedet ER fælles-valideret.

7.2.1.1 Organizing sensemaking på basis af identitet i afd. A

I udredningen af identitetsdomæner (specielt mht. læger og sygeplejersker) gav LOK udtryk for en generel forskel på læger og sygeplejersker der, for sygeplejersker handler om værdier for patienters velbefindende (de var tættere på patienten) og for lægerne handler om udredning af sygdommen specielt mht. effektivitet i behandling og resultatet. Forskellene blev bl.a. udtrykt i forbindelse med kvalitetsarbejdet og LOK udtrykte direkte at målene med mikrosystemerne og konsultationerne var nemmere at sælge til sygeplejerskerne, bl.a. pga. sygeplejerskernes (større) socialisering med patienterne og dermed større forståelse for deres behov. Dermed har identitetsforskellen meget stor direkte indvirkning på kvalitetsarbejdet og dermed også, kunne man forestille sig (jeg havde jo ikke adgang til sygeplejersker på afd. A), på deres sensemaking (det er nemmere at sælge, tyder på at de har årsagskort, der ligger tættere op af de LOK brugte til at få umiddelbar mening ud af de extractede cues om konsultationer). Stuegang er ikke så meget et behandlerperspektiv som et informationsperspektiv, hvor lægen på en klassisk stuegang nok spørger patienten, hvordan han/hun har det, men i højere grad informerer patienten om status, resultater af prøver etc. I sensemakingen er der fokus på *effektiviteten* af denne opgave, hvilket er i tråd med lægernes identitetsopfattelse som før beskrevet (afsnit 6.1). Men derudover kunne man godt forestille sig at ordvalget i det udvalgte årsagskort for 'værdi af patientkontakt' ligger tættere på sygeplejerskernes identitetsopfattelse vedr. patientens (og behandlernes) oplevelser som menneske ud fra LOK beskrivelse af sygeplejerskerne og deres socialisering med patienterne (frihed i samtalen, ligeværdighed, oplysningsgrad etc.), hvorfor man godt kan se, hvorledes det er nemmere for LOK at få sygeplejerskerne med på projektet. Værdierne i projektet ligger muligvis tættere på sygeplejerskernes egen identitetsopfattelse.

Men der arbejdes også med roller og identitet i forbindelse med kvalitetsarbejdet, hvilket igen påvirker sensemakingen. AOJ snakker således om, at det før var alle sygeplejersker der deltog i stuegang, hvor det nu er den *stuegangsskolede sygeplejerske*, og andre som selv er interesserede, der deltager i konsultationerne, hvilket tyder på at organiseringen åbner op for nogle nye identiteter. Identiteten påvirker sensemakingen, som påvirker kvalitetsprojekterne, som igen påvirker identiteten. Alligevel indeholder sensemakingen som sagt et fokus på effektivitet og rationalitet. Desuden udtrykker LOK, følelsen af at HAN, som læge, har det bedre med konsultationerne. Både LOK og AOJ giver udtryk for at der var en grundlæggende utilfredshed med den eksisterende stuegang. Derfor kan man godt sige at også lægerne, som identitetsdomæne, er repræsenteret i den ovennævnte organisering af sensemakingen.

7.2.1.2 Grundlæggende meningsdannelse i kvalitetsarbejdet

Meningsdannelsen breder sig til noget mere grundlæggende end blot enkelt projekter som f.eks. konsultationer.

AOJ

Hvis vi tager ambulatoriet, f.eks., de har jo ikke været på kurser og sådan nogle ting. Det er bare tanker fra mig der kommer. Der har vi gjort det, at vi laver et møde én gang om måneden, hvor jeg hænger en liste op, hvor folk kan skrive på, hvad de vil tage op, og jeg har selv nogle punkter. Og der kommer idéerne frem, der er da flere gange hvor der er kommet idéer fra sygeplejersker og yngre læger også om ting som de syntes, måske kunne være anderledes. Og så arbejder vi ud fra det. Vi er jo jævnbyrdige. Der er ikke en chef der står på stolen, vi sidder på samme stol. Og kommer der idéer, så arbejder vi med dem. Og så finder vi ud af om det virker eller ikke.

Der er jo mange idéer som lyder måske ikke sådan... velbegrundede. Men når man så går i gang med dem, så er det sgu smart nok alligevel. Det har vi jo ofte oplevet.

Selve kvalitetscirklen, som er så grundlæggende i mikrosystemet, er blevet en del af AOJs egen sensemaking. Som leder omsætter han det igennem enactment til en del af organizing sensemaking processen på 'hans' afdeling (ambulatoriet), som ikke har været udsat for kvalitetsprojekter eller er blevet introduceret til mikrosystemer. Sensemakingen resulterer ifølge AOJ i en grundlæggende integration af kvalitetsprocesserne i det daglige arbejde og tankesæt.

7.3 Organizing sensemaking – afdeling B

På afdeling B har man taget anderledes grundlæggende fat i mikrosystem-tankegangen, frem for nogle afledte projekter og derfor fokuseret meget på proces-tankegang og organisering af selvstyrende teams, i LOCs ord:

Men det som vi har arbejdet videre med i mikrosystemerne, det er også at vi så har omorganiseret afdelingen. I forvejen havde vi delt afdelingen op i subspecialiserede teams, og der har vi så taget et skridt videre i den her proces.

Derfor er afdeling B heller ikke så langt med implementering af enkelte initiativer. En undtagelse er implementering af nogle sygeplejerskesamtaler, der erstatter nogle lægesamtaler med patienten:

LOC: Men det har også somme tider krævet at vi har taget lidt utraditionelle midler i brug, som har været fremmede for mange af dem, der har deltaget i det. Sådan noget som vores sygeplejerske-samtaler. Sygeplejersker har selvstændige samtaler med patienterne i ambulatoriet.

OSM: Det er sådan en opgaveflytning

LOC: Ja og det var de fremmede for både de sygeplejersker der gav sig til det, og de læger der skulle afgive en del af indholdet i deres samtaler med patienterne.

OSM: Og sygeplejersken sender patienten til nogle undersøgelser, hvor vi også får lavet nogle arbejdsgange mere enkle, sådan at undersøgelserne er færdige når patienten kommer ind til lægen, så lægen har mere at gøre med, og det koster færre besøg. Og så kan man jo se mening med det. At man kan skille nogle patienter ud og sige, dem her kører vi sådan her. Det var ikke klart fra starten af, den mening skulle gennemarbejdes noget.

LOC: Det der mest var bekymring for i lægegruppen, det var om det ville føre til at man ville begynde at behandle patienterne på et lavere kvalitetsniveau, det var sådan en umiddelbar bekymring som læger altid vil ha'.

Om selve processen med at implementere mikrosystem-tankegangen, fortæller OSM og

LOC:

LOC: Neurologien (...) sådan et ret holistisk speciale, og på den måde passer mikrosystem-tankegangen vældigt godt ind i en neurologisk tænkning, fordi det også er fokuseret på den hele patient, og så tænke sig patienten som i centrum, som man har brugt som slagord i mange år, men det er faktisk i virkeligheden det, det handler om i mikrosystem-tænkningen.

OSM: Vi var i gang med pakketankegangen, men det skurede i ørene på mange, fordi man syntes at det var det kirurgerne gjorde, og det passede ikke til os. Og det er så forskelligt fra patient til patient, og der er ikke to forløb der er ens, så derfor var der mange der havde svært med at forlige sig med tankegangen, og da vi så havde været på det her, så sagde vi: Hold da op, det passede meget bedre til os, at både tænke systematik og patientforløb på den måde, frem for pakker. Og så kombinerer vi det jo i virkeligheden lidt. Vil du ikke sige at vi gør det efterhånden?

LOC: Jo jo, altså det er klart, det ene pakkeforløb det er sådan noget driftsmæssigt, som man kører ind, men man kan sige at det er jo én side af sagen. Men det som vi har arbejdet videre med i mikrosystemerne, det er også at vi så har omorganiseret afdelingen (...) Så den proces med teamopdeling, har vi så yderligere befordret ved at dele teamsende mere op, sådan at de bliver mere selvstyrende og selvstændige og de dermed også får muligheden for at være centreret omkring patienten på den måde som man gør i mikrosystemtænkningen, at der er læge, sekretær og sygeplejerske der kender den enkelte patient i det enkelte team. For så kan man nemlig handle ud fra patientens behov meget bedre end man kunne i det fabriksagtige stive system som vi har kørt, hvor vi selvfølgelig også har haft pakkeforløb, men vi kan jo sagtens have pakke forløb uanset det. Der kan jo sagtens være pakkeforløb i et team, så det behøver ikke at modsige mikrosystemtænkningen, det er udmærket foreneligt med at tænke i mikrosystemer

LOC: Man kan også sige at mikrosystemtænkningen er ret naturlig. Det er naturligt for mange at arbejde på denne måde og det er rart og tilfredsstillende for de fleste at arbejde på den måde, hvor man kan se at det faktisk er godt det her. Vi laver noget der er i orden. Det er en naturlig tilbøjelighed til at arbejde på denne måde. Jeg skal måske nok sælge nogle begreber der lyder anderledes, end de egentlig tror indholdet er måske. Når der bliver brugt nye ord, så tror man også det er noget nyt og fremmed der bliver talt om, mens det i virkeligheden bare er en oversættelse. Det er også derfor jeg bruger ordet pædagogisk, det er faktisk en oversættelsesopgave. Det hedder noget andet og der er nogle andre aspekter i det, men i virkeligheden er det i bund og grund egentlig den måde vi er opdraget til at arbejde på. Bortset fra organiseringen af det, var det også den måde jeg arbejde på, da jeg var ung læge. Der var man jo meget mere omkring den enkelte patient.

OSM: Jeg tror der er stor enighed i afdelingen, at kvaliteten og job-tilfredsheden og rationaliteten, der opnår vi nogle ting ved at arbejde med mikrosystemer. Det har jeg indtrykket af, at det er man meget enige om.

OSM: Der skal nok være nogle læger, der ikke er overbeviste

LOC: Jeg har ikke drøftet det med ham, men vores mest negative og vist faktisk også ældste overlæge, måske er der sammenhæng mellem det, var yderst negativ overfor nogle af de her ting, til at begynde med. Men jeg mener faktisk, at han har givet sig så meget at han har været lige på kanten til at indrømme, at det var godt nok, det her.

OSM: Og samtidigt være så faste i skoene, at vi siger, 'nu gør vi altså det her'. Og det er jo også, kan man sige, en ny måde at være leder på. LOC, oplever du ikke det?

LOC: Mmm [samtykker]

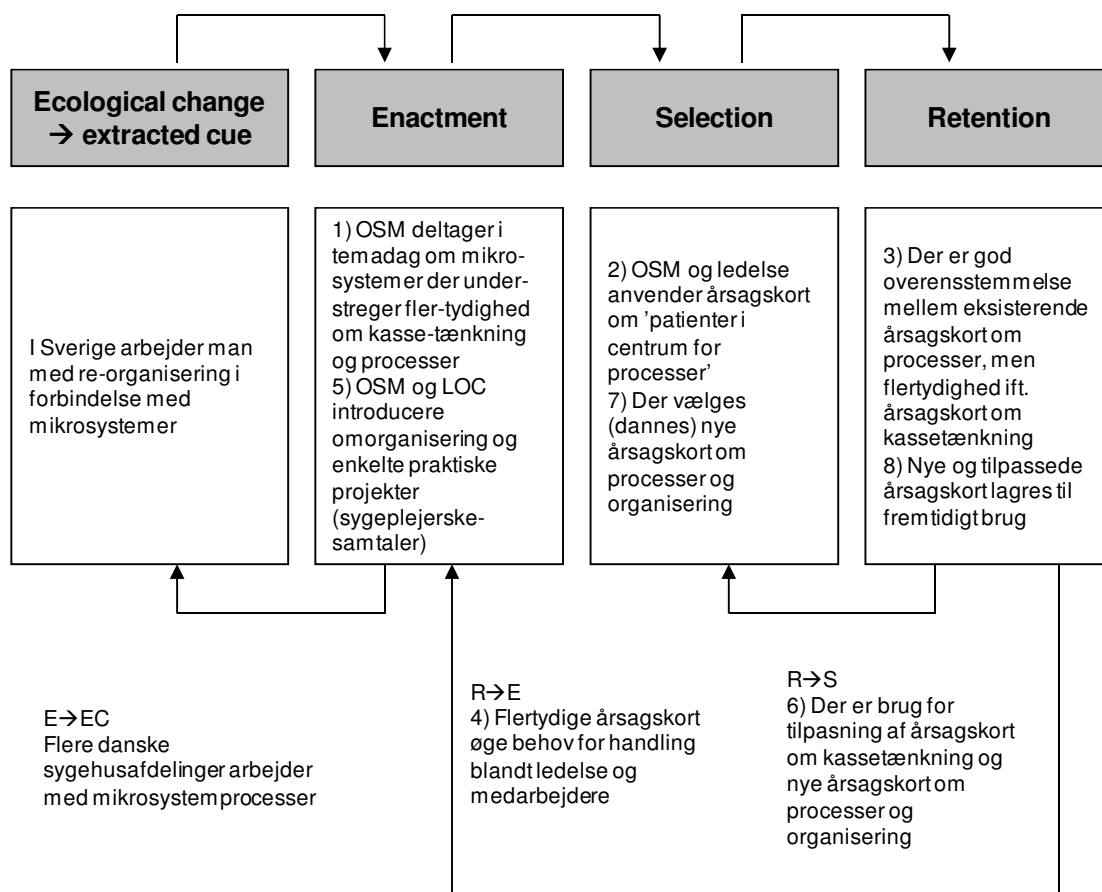
OSM: at vi i højere grad skal geberde os i det felt, hvornår vi skal holde fast og hvornår vi skal gi' os.

LOC: Jo.

OSM: Fordi, det skal jo ikke blive lal, vel. Det skal jo ikke blive tilfældigheder. Og det skal ikke bare være alle mand, der bare lige kan bestemme. Så vi skal samtidigt være skarpe på ledelse. Samtidigt med at ansvaret er uddelegeret.

Citaterne viser noget om OSM og LOCs organizing sensemaking processer som danner baggrund for skematisering og uddybet analytisk form nedenfor.

7.3.1 Organizing sensemaking processen og årsagskort - afd. B

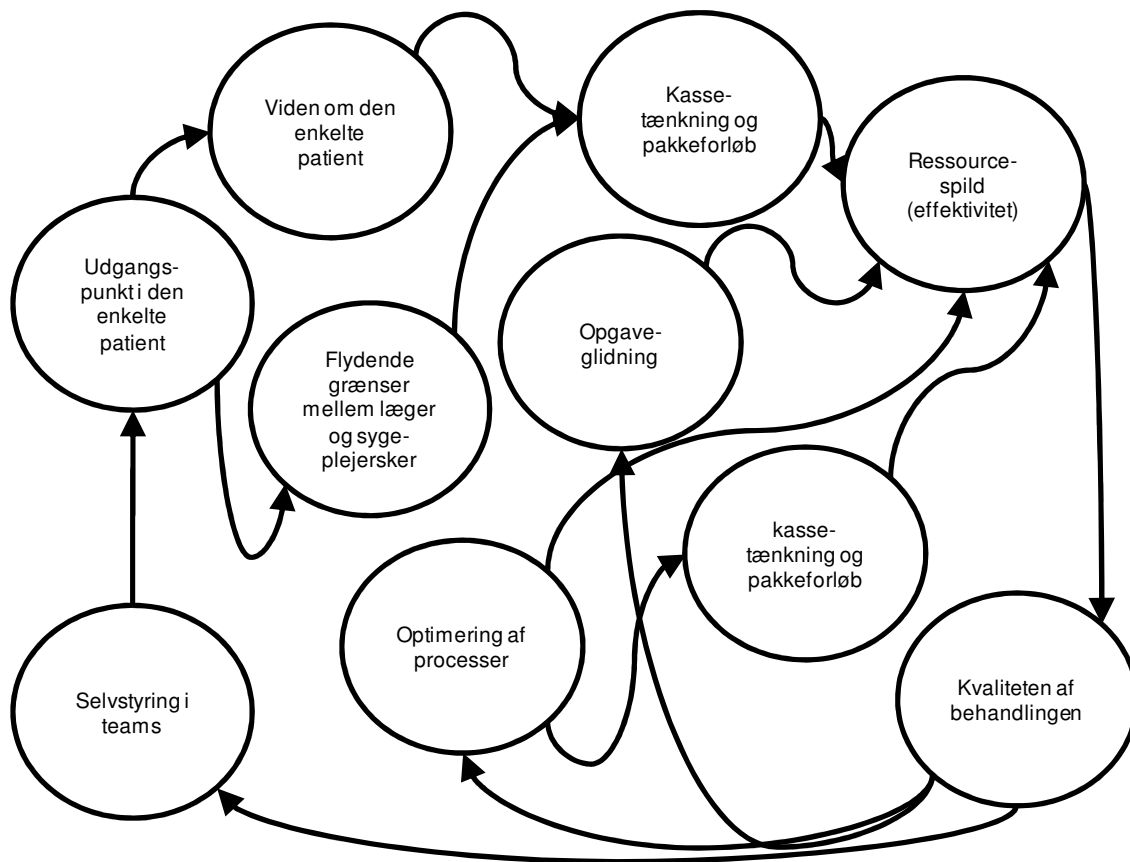


Figur 6 – Organizing sensemaking afd. B "procestankegang"

Organizing sensemaking processen er skitseret i forhold til den operationaliserbare organizing sensemaking-model. Nedenfor gengives organizing sensemaking processen i ord:

1. Processen indledes som før med udgangspunkt i den økologiske forandring i Sverige (igen fortolket og sensemaket af CfK), men med et andet fokus. Hvor afd. A ovenfor fokuserer på enkelte projekter i forbindelse med mikrosystemer, fokuserer afd. B på de mere grundlæggende egenskaber ved mikrosystemerne (organisering og procesoptimering). Mikrosystem-tankegangen som et extracted cue understreger flertydigheden mellem procestankegang og kassetænkning (*det skurede i ørene*). Men udmeldingerne i interviewet tyder på at der allerede var en del pre-eksisterende årsagskort som havde god overensstemmelse med værdierne i mikrosystem-tankegangen (*Neurologien det har jo egentlig altid været et meget patientfokuseret speciale og Det er en naturlig tilbøjelighed til at arbejde på denne måde*).

2. OSM og LOC anvender de eksisterende årsagskort om kassetænkning og årsagskort om procestænkning, der inkluderer idéer om omorganisering i selvstyrende teams, en udvikling der allerede er i gang i afdelingen.
 3. Der er imidlertid stadig større flertydighed mellem extracted cues om mikroprocesser og den eksisterende kassetænkning, end der findes årsagskort til at kunne reducere
 4. De manglende årsagskort fører til pres for yderligere enactment
 5. Der introduceres nogle konkrete projekter (f.eks. sygeplejerskesamtaler) og en omorganisering med endnu større fokus på mindre og mere selvstyrende teams med patienten i centrum
 6. De manglende årsagskort fører til pres på at vælge (danne) nye årsagskort
 7. Der dannes nye årsagskort omkring processer og kassetænkning, samt nogle omkring lægens rolle i diagnosticering og kvaliteten af denne og der opstår forhandlinger (Weick 1979, s. 142) og konflikter f.eks. omkring lægers og sygeplejerskers rolle overfor patienter og den resulterende kvalitet. Lederne reagerer ved at forsøge at oversætte mellem de forskellige årsagskort og identiteter, som måske ikke er så ufornelige endda. (Se dybere diskussion herunder i afsnit 7.3.1.1). Det tyder på at der er flere iterationer i denne proces, inklusiv test og initial udrulning på 2 patientkategorier (*Det var ikke klart fra starten af, den mening skulle gennemarbejdes noget*)
 8. De tilpassede og nye fællesvaliderede årsagskort lagres for fremtidigt brug
- Et eksempel på et resulterende fælles-valideret årsagskort præsenteres nedenfor



Afd. B, årsagskort
for 'procestankegang'

Figur 7 - Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. B, 'procestankegang'

Figur 5 viser det resulterende årsagskort fra organizing sensemaking processen, der på afd. B bliver anvendt til at skabe en fællesvalideret virkelighed. Årsagskortet viser en kausalitet fra selvstyring og udgangspunkt i den enkelte patient, der går væk fra kassetænkning og pakkeforløb og således styrker effektiviteten. Der er dog bibeholdt en forbindelse via procesoptimering, hvor kassetænkning og pakkeforløb også kan have en positiv effekt på effektiviteten. Selvom det er lidt paradoksalt, giver det mening at anvende både individuel fleksibilitet og kassetænkning, der hvor det giver mest mening i systemet. Årsagskortet er således både en sammenhængende sensemaking omkring nogle af de grundlæggende egenskaber i mikro-system-tankegangen, men også ift. den tidligere kassetænkning. Årsagskortet muliggør en fælles-valideret virkelighed, der både støtter det gamle og det nye, i et miljø hvor der omorganiseres til mere selvstyrende teams med større fokus på procesoptimering i forhold til værtdier om kvalitet af behandlingen.

Også her er det væsentligt at huske at hele denne sensemaking er nedskrevet på basis af citater fra to kilder, der udgør den samlede ledelse på afdelingen, hvorfor det også her er svært at beskrive de andre ansattes og lederes årsagskort. Det er derfor igen svært at afgøre, om de præsenterede årsagskort overhovedet er fællesvaliderede. Igen er det fristende at diskutere magtperspektivet. OSM giver selv stof til diskussionen med sine tanker om ledelsesopgaven, og balancen mellem at lade folk selv og lade det hele sejle, der godt kunne tyde på at ledelsen har noget magt, de kan sætte i spil, eller holde tilbage.

Desuden lægges der kraftigt op til en analyse af lederen som oversætter mellem årsagskort og identiteter. Dette tages op nedenfor.

7.3.1.1 Organizing sensemaking på basis af identitet i afd. B

Der er ifølge afsnit 6.2 om identiteter på afdeling B, relativt skarpe afgrænsninger mellem de to domæner læger og sygeplejersker. Ifølge LOC bygger han bro mellem disse to identitetsdomæner ved hjælp af oversættelse. LOC mener ikke, at der er nogen uoverensstemmelse mellem den lægelige uddannelse og arbejdet med mikrosystemer, men der skal lidt oversættelse til for at vise det. Weick beskriver denne opgave, vha. et citat:

Lidership lies in large part in generating a point of reference, against which a feeling of organization and direction can emerge.

Weick, 1995, 50, citat fra Smirich and Morgan, 1982

'Oversættelsesopgaven' er også i overensstemmelse med Weick et al. fokus på kommunikation som bærende element i sensemakingen (Weick et al., 2005), på basis af en case hvor en mere erfaren sygeplejerske (second nurse) oversætter mellem en uerfaren sygeplejerske (first nurse) og en læge:

The second nurse absorbs the complexity of the situation by holding both a nurse's and a doctor's perspectives of the situation while identifying an account of the situation that would align the two.

At oversættelsen ikke foregår helt uden indsats afslører LOC selv:

Men den store opgave, den ledelsesmæssige pædagogiske opgave i det her, den består i at få udbredt den tænkning i afdelingen, og det er jo vores opgave, det kan man kun direkte igennem nærledelse, det at få påvirket den kultur i afdelingen, som er at man tænker på en anden måde.

Igen er identiteter afgørende for måden at arbejde med kvalitet på, men forskellen træder ikke direkte og tydeligt frem, f.eks. mellem læge og sygeplejersker. Der er dog stort set kun fokus

på lægegruppen når LOC taler om oversættelsesopgaven. Sygeplejerskerne nævnes ikke med et ord i den sammenhæng. Man kunne godt tolke det hen i retning af (farvet af analysen på afd. A) at arbejdet ikke kræver den samme oversættelse overfor sygeplejerskerne som over for lægerne.

7.3.1.2 Grundlæggende meningsdannelse i kvalitetsarbejdet

Som udgangspunkt er meningsdannelsen grundlæggende og berører emner som organisering og selvstyring procesoptimering.

OSM: Man skal jo gerne have succes med det.

LOC: Det er jo nemlig det, der skal være succes i første hug.

Ledelsen begrænser selve enactment indsatsen, af frygt for at begå en fejl, og fokuserer på grundlæggende struktur og antagelser om måden at arbejde på. Dermed går ledelsen glip af at kunne igangsætte afledte aktiviteter, der kunne være brændstof på den fælles sensemaking på afdelingen. I Weicks termer går man efter præcision i stedet for plausibilitet, hvilket sætter implementeringen af projektet på pause, indtil man har styr på både de indledende projekter og alle de afledte. Og så er man bange for at sætte noget i gang, der ikke er gennemarbejdet: Det kunne derfor være rigtigt spændende at se, hvor meget af ledelsens sensemaking om mikrosystemer og kassetænkning, der kan genfindes i de 'menige' sygeplejersker og læger.

7.4 Organizing sensemaking – afdeling C

På afdeling C har man arbejdet meget grundlæggende med kvalitetsforbedringer. Her dog med udgangspunkt i gennembrudsmetoden i stedet for mikrosystemet.

Ledende overlæge LKT siger om grunden til at de har haft succes med gennembrudsmetoden:

Det her personale der er på denne her afdeling er så fantastiske. Det er en fornøjelse fordi jeg har ikke oplevet at støde på nogen negativ holdning overfor det. Men det hænger selvfølgelig sammen med, vil jeg så også sige, at afdelingssygeplejersken er også helt fantastisk til at kommunikere ud, hvad er formålet med det her og hvorfor vil vi det gerne og nu skal I høre. Det er meget et fælles projekt og det er selvfølgelig også hendes fortjeneste, men det er så sandelig også personalets holdning til det at gå ind i tingene

Kvalitetsteamet består udover LKT af 3 sygeplejersker (oversygeplejerske - ASK, udviklingsygeplejerske - SUM og en sygeplejerske - SLZ), der blev interviewet på en gang:

Og vi skulle så prøve at se om vi kunne få noget i gang omkring gennembrudsmetoden.

Det lød spændende fordi de havde fået gode resultater, og det var også omkring tvang, og

så kom de og fortalte os om hvilke metoder de havde brugt (...) Dem over fra udviklingsafdelingen, der gav os et lynkursus i den der PDSA-cirkel hvor vi så alle sammen blev opfordret til at gå hjem og bruge den og vi prøvede den så også på eftermiddagsmødet, ik? Og gav det videre i afdelingen altså til resten af afsnittet omkring den metode. Så kom den anden bølge omkring reduktion af tvang i psykiatrien. Vi dannede teamet sammen med LKT og var af sted sammen som team på kursus. Vi fik afprøvet en masse ting i afdelingen og fik lavet det i små cirkler.

Vi oplevede jo også i forbindelse med at du (SLZ) afprøvede aktivitetsskemaer, hvor det ikke var fast at alle patienter havde aktivitetsskemaer, så var der jo andre der sådan begyndte så småt at lave aktivitetsskemaer, selvom de ikke testede på samme måde som vi gjorde, så allerede på det tidspunkt oplevede de at der skete et kvalitetsløft i forhold til den patient SLZ havde.

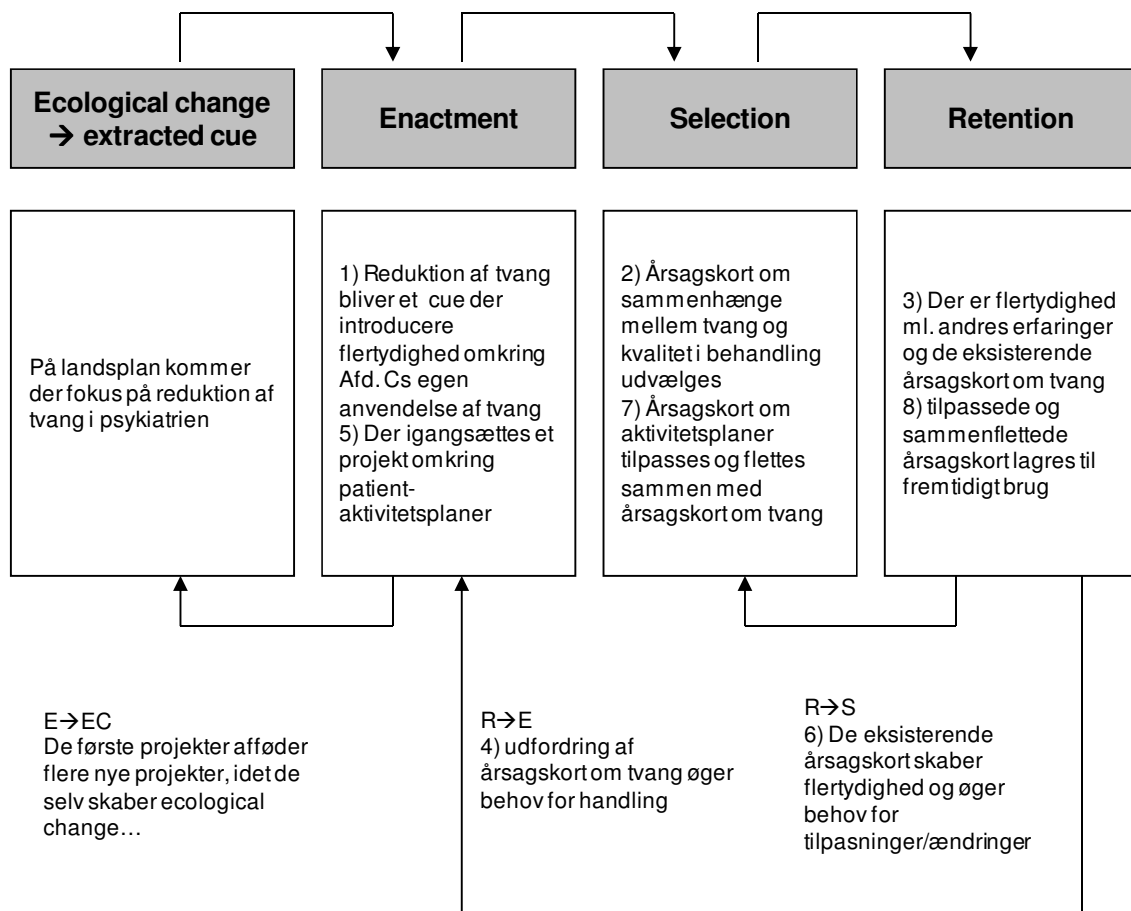
Kan I huske aktivitetsplanen? Den havde vi jo også før vi lavede den nye. Og jeg sagde så mange gange, "Brug nu den aktivitetsplan, for aktiviteterne er så vigtige, sørg nu for at f den udfyldt" og der skete aldrig og en skid ved det. Og vi snakkede jo om: "Hvad er der gør at den ikke bliver brugt?" Fordi der er jo masser og masser af gode argumenter for at den skulle bruges, men det blev aldrig lavet. Og den tog vi så fat i, men begyndte i det små og byggede den op og som SLZ siger og så begyndte der et medejerskab og det er selvfølgelig også det der bærer det (...) Så hang den sammen med indlæggelsessamtalen, så kom den og blev flettet ind i patientforløbet og man kunne se en mening med det.

Jeg tror da også det er fordi folk kan se der er mening med det her, det giver mening at gøre sådan. Vi får nogle resultater, vi får nogle tilfredse patienter, vi får nogle forløb der bliver anderledes. Vi troede jo ikke selv på i starten at vi kunne minimere vores tvangsansvendelse. Vi tænkte, at det gør vi rigtigt godt og det gjorde vi da også godt, men det blev nedsat og kvaliteten blev anderledes. Kvaliteten blev meget bedre. De der antagelser vi både havde og har. Vi er mere åbne for at det kan godt være at det tror vi ikke vi kan, men vi kan da godt prøve. Også på personalemøderne: "Hvad skal vi så have gang i, hvad skal vi så udvikle". Lige for tiden har vi gang i forebyggelse af fald(...) Der var jo mange fald. Til sidst kunne vi jo næsten ikke blive ved med at analysere og forebygge

Vi kan se de resultater der komme ud af det. Vi behøver ikke at være enige om det alle sammen, det skal ikke nødvendigvis hele afdelingen prøve, nu prøver vi på et lille område. Og så enten lykkedes det eller også lykkedes det ikke. Vi havde jo også noget der ikke lykkedes. Nå ja så blev det skrottet og så gik vi videre af en anden vej og på den måde kunne vi nå at teste mange forskellige ting.

Da vi så havde aktivitetskemaet, så fandt vi ud af for at det skulle være godt blev vi faktisk også nødt til at kigge på indlæggelsessamtalen, fordi vi gerne ville have fat i ressourcer, interesser og livshistorien så vi kunne lave en god aktivitetsplan. Så fik vi fat i det og så kørte det jo. Hvem er så vigtig i den forbindelse? Det var kontaktpersonen, så begyndte vi at arbejde med alt det der med kontaktpersonen, ik'? Vi gik dybere ned og så "hvad er det egentlig der skal til for med en aktivitetsplan, en aktivitetsplan er ikke bare at sætte nogle streger, og så sige "vær så god, brug den" og det var lidt den enkle metode vi havde brugt uden at tænke alt for meget over det. Gennembrudsmetoden er meget enkel, den er praksisnær og den behøver ikke at være så ressourcekrævende, og heller ikke så langvarig, fordi det ikke er alle medarbejderne der skal involveres lige meget på alle tidspunkter, så du kan komme videre så det ikke hænger i flere år næsten at vi vil i gang med et udviklingsprojekt ja Gab, den næsten dør inden man kommer i gang.

Citaterne giver eksempler på overlægens og resten af kvalitetsteamets sensemaking omkring gennembrudsmetoden.



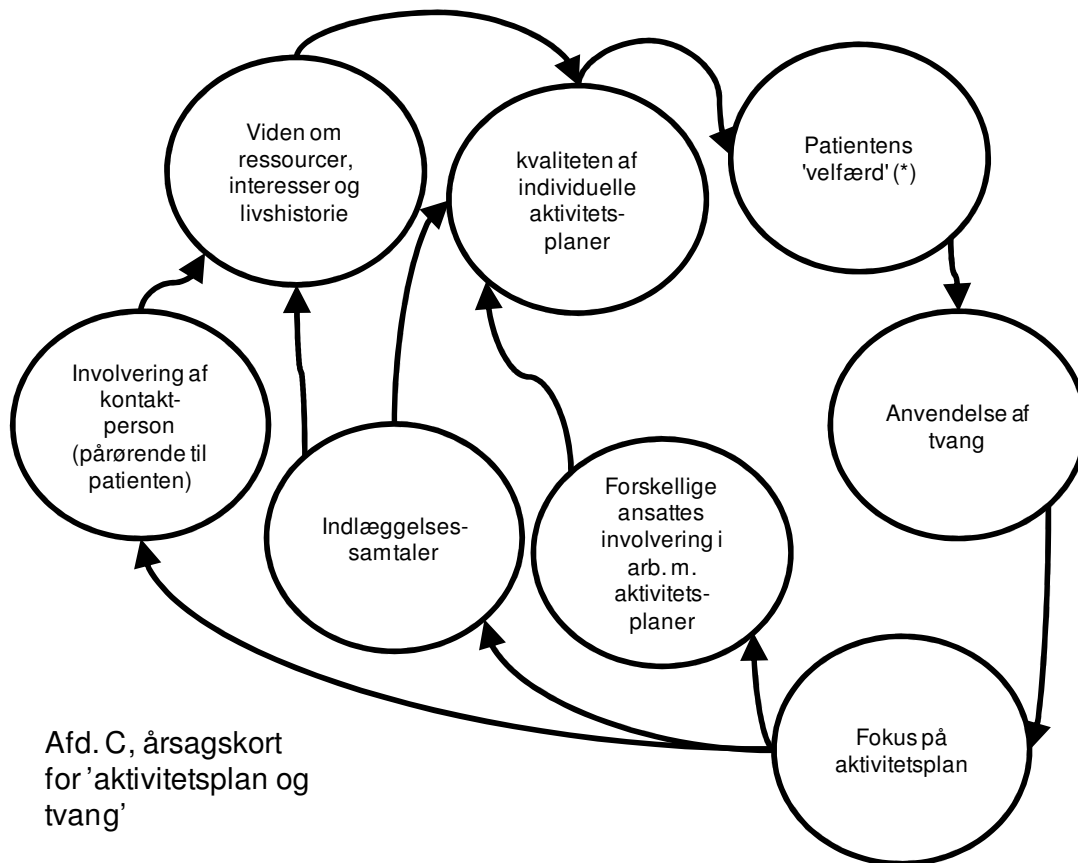
Figur 8 – Organizing sensemaking afd. C "tvang"

Nedenfor gengives organizing sensemaking processen i ord:

1. Processen indledes med udgangspunkt i et landsdækkende initiativ omkring reduktion af anvendelsen af tvang i psykiatrien, gennem anvendelse af gennembrudsmetoden. Afd. C oplever flertydighed i deres egen opfattelse af deres anvendelse af tvang (den er lav) og andres gode resultater med at nedbringe tvangsanvendelsen til endnu lavere niveauer.
2. Kvalitetsteamet anvender deres eksisterende årsagskort omkring tvang på cuet, men kan ikke forklare de bedre resultater
3. Det eksisterende årsagskort om tvang forkastes
4. Det forkastede årsagskort og den eksisterende flertydighed øger behovet for handlinger
5. Der igangsættes et projekt omkring patientaktivitetsplaner. Aktivitetsplanerne rækker tilbage til kvalitetsteamets tidligere sensemaking om aktivitetsplaner, der er forsøgt indført ved en tidligere lejlighed uden succes (blev ikke en vedtaget del af den forhandlede, fællesvaliderede virkelighed). Aktivitetsplanerne er en del af de fokusprojekter der kommer ud af det landsdækkende initiativ, og passer derfor godt med kvalitetsteamets egen sensemaking¹². Kvalitetsteamet igangsætter derfor et nyt, formelt projekt omkring aktivitetsplaner
6. Projektet kan ikke 'forklares' ud fra de tidligere fællesvaliderede årsagskort om tvang og aktivitetsplaner, hvorfor behovet øges for nye/tilpassede årsagskort.
7. Der oprettes en tilpasset hybrid mellem årsagskort om tvang og om aktivitetsplaner og dette kan valideres af fællesskabet igennem en større udbredelse af anvendelsen af det
8. Det tilpassede årsagskort lagres til fremtidigt brug

Det resulterende fælles-validerede årsagskort præsenteres nedenfor

¹² Det fremgår ikke direkte af empirien præsenteret ovenfor, men aktivitetsplanerne var et nøgle-projekt i det landsdækkende initiativ på basis af andre afdelingers erfaringer med dem



Figur 9 - Tilpasset fællesvalideret årsagskort afd. C, 'aktivitetsplan og tvang'

Figur 8 viser det resulterende årsagskort fra organizing sensemaking processen, der på afd. C bliver anvendt til at skabe en fællesvalideret virkelighed omkring aktivitetsplanen og sammenhængen mellem den og anvendelsen af tvang. Årsagskortet viser en kausalitet fra kontaktpersoner og indlæggelsessamtaler, samt involvering af forskellige ansatte, til viden om patienten og kvaliteten af de individuelle aktivitetsplaner. Desuden viser årsagskortet at en høj kvalitet i den individuelle aktivitetsplan, leder til mindre brug af tvang. Jeg har sat en variabel ind der handler om patienternes velfærd, men denne er ikke direkte begrundet i empirien, men er et resultat af min egen sensemaking om sammenhængen.

7.4.1.1 Organizing sensemaking på basis af identitet i afd. C

Også på afdeling C er der markante forskelle på sygeplejersker og læger. I overlægens ord er det sygeplejeprocesserne der kan standardiseres, lægearbejdet kan ikke. Dermed bliver det også i overlægens sensemaking, naturligt at arbejde med kvalitetsudvikling i sygeplejedomænet og ikke i lægedomænet.

På afd. C finder kvalitetsteamet rigtig meget identitet i kvalitetsarbejdet og sensemaker det til at være én af de vigtigste opgaver overhovedet. Identitetsopbygningen betyder på afd. C at

kvalitetsarbejdet reserveres til sygeplejerskerne og lægerne dermed er dem, der enten forhindrer dem i at arbejde med kvalitet eller afstår fra at blande sig. Her er det altså sygeplejerskerne der sensemaker kvalitetsarbejdet til at være deres egne opgaver.

7.4.1.2 Grundlæggende meningsdannelse i kvalitetsarbejdet

Under gruppeinterviewet blev følgende sagt af SLZ

Jeg lavede jo en cirkel på, om det virkede på overlægens humør og servere kaffe og kage, og det gjorde det, så nu har de andre faktisk adopteret det

Efterfølgende fik jeg det uddybet i en e-mail

Når der er rigtig travlt for lægerne i afsnittet -kan de godt gå "sukkerkolde", blive lidt stressede og måske blive en anelse kort for hovedet overfor personalet.

Så var det SLZ "cirkede" -lavede en småskala test - Serverede kaffe og småkager til en af lægerne omkring kl 11- god effekt -blev afprøvet nogle gange-stadig god effekt -blev udvidet til en læge mere -stadig god effekt- resultat alle personaler serverer kaffe + småkager= succes :0) jeg ved ikke rigtig om den hører med i din afhandling ?? men er et udtryk for at vi har taget metoden til os i hverdagen.

Der var flere gode eksempler på at sygeplejerskerne har taget de grundlæggende aspekter ved gennembrudsmetoden og kvalitetsarbejdet til sig og bruger det som et helt grundlæggende tankemønster. Men som set i afsnit 4.2.1.1 om identitetssegenskaben, er identitet en grundlæggende egenskab, og sensemaking der påvirker og er påvirket af identitetsopfattelsen, bliver således også meget grundlæggende. Sensemakingen på afd. C rækker altså langt udover de enkelte projekter om tvang.

7.5 Delkonklusion 2: Organizing Sensemaking på 3 hospitalsafdelinger

Der foregår meget forskellige sensemaking om kvalitetsforbedringsprojekterne på de tre afdelinger.

Afd. A har stor fokus på et enkelt projekt omkring stuegang og konsultation, og det er forskelligt hvor meget dybere sensemaking processen stikker for de enkelte respondenter. Men for AOJ breder sensemakingen sig dog udover projekterne og til en mere grundlæggende tankemåde, der kan overføres, via hans ledelsesrolle og enactment, til ambulatoriet, der ikke deltager i de indledende projekter. Det er også AOJ, der bruger tankesættet ift. sin egen ledelsesrolle og arbejder meget med at *sidde på samme stol* som sine ansatte når der skal diskuteres idéer til forbedringsmuligheder.

Afd. B fokuserer på den grundlæggende struktur og arbejdsprocesser på afdelingen, og har således ikke stor fokus på implementering af praktiske projekter. Desuden er der også her meget fokus på hvilken betydning en ændret organisering af afdelingen har for ledelsesopgaven: hvornår man skal lade flyde og hvornår man skal stå fast. Og der er meget fokus på at ledelse handler om at oversætte mellem forskellige grupper (forskellige årsagskort) og skabe nye hybrider som alle kan være enige om.

Afd. C lod sig opsluge af et spændende projekt, med den effekt at hver deltager i kvalitets-teamet definerede sig selv i en ny rolle. Kvalitet er derfor blevet en grundpræmis, i hvert fald for deltagerne i kvalitetsteamet. Fra den ledende overlæges synspunkt er det afdelingssygeplejerskens evne til at kommunikere og skabe ejerskab blandt de ansatte, der er en primær årsag til succes i projektet. Det virker som om kvalitetsledelsen virkelig tilhører sygeplejerskerne i kvalitetsteamet og at overlægen holder sig mere eller mindre ude af det daglige udviklingsarbejde. Men som beskrevet i afsnit 4.1.1.2 om de enkelte cases, er Afd. C anderledes, mindre og organiseret således at sygeplejerskerne er mere selvstændige ift. arbejdsopgaver og hermed også kvalitetsarbejdet.

Identitetsdannelsen analyseret i analyse 1, kan spores i alle tre sensemakinganalyser og har i alle tilfælde stor indflydelse på organizing sensemaking processen. På afd. A og C er der en meget skarp skelnen mellem læge og sygepleje-domænet og deres opgaver, hvilket påvirker kvalitetsarbejdet meget direkte. På afd. A er det nemmere at sælge kvalitetsprojekterne til sygeplejerskerne og der arbejdes derfor meget mere med at opnå lægernes accept. Arbejdet fokuserer dog meget individuelt på lægerne, der f.eks. ikke tåler at en sygeplejerske skal fortælle dem, hvad de skal gøre, og således heller ikke kan være ansvarlig for en kvalitetsproces, da de i praksis kun vil referere til en anden læge (den bedste blandt ligemænd). På afdeling C er resultatet nærmest omvendt. Her vil sygeplejerskerne ikke finde sig i indblanding fra lægerne, og tager gerne nogle skrappe opgør med overlæger, der tror, de skal blande sig i sygeplejen og det heri relaterede kvalitetsarbejdet.

På alle afdelinger virker det som om sygeplejersker naturligt tager sig af alt det, der ikke er det faglige, bl.a. som et resultat af socialiseringsprocesser. Sygeplejersken arbejder med patienten, lægen udreder og diagnosticere bare. Afd. B arbejder dog meget med at nedbryde søjlerne i afdelingen, og dermed fokusere meget mere på ligheder og fællesskab end forskelle. En sensemaking der måske er farvet af deres egen identitetsopbygning og sensemaking som tværgående ledelsesgruppe.

Ledelsesrollen, og opfattelsen af den, er som vist meget forskellig mellem afdelingerne, men overordnet set, ser det ud som om lederne har en opgave i at enacte råstof til sensemakingen, i at oversætte mellem identiteter og årsagskort, samt i at uddelegere og balancere det at stå fast og give slip, ift. at opnå god fleksibilitet og tilpasningsevne i teams.

8 Analyse 3: Løse koblinger i forbedringsarbejdet

Dette kapitel ser på koblinger i sundhedssektoren og identificerer både løse og tætte koblinger, samt diskuterer effekten af disse på kvalitetsarbejdet. Det meste af analysen gennemføres på empiri og sensemaking or organizing sensemaking-analyserne ovenfor, men der introduceres også en lille smule ny empiri som indledning til at diskutere koblingerne i hver af afdelingerne. Efterfølgende samles op i en opsamlende analyse og delkonklusion på tværs af afdelingerne.

8.1 Løse koblinger i sundhedssektoren

Løse koblinger anses for at have både positive og negative konsekvenser. Tæt integration og sammenhæng anses potentielt for at kunne være problematisk. For at overleve i en kompleks og modsætningsfyldt verden kan løse koblinger være nødvendige

Borum, 1995, s.94

Løse koblinger kan f.eks. finde sted imellem de klassiske organisatoriske elementer (individer, afdelinger og ledelsesniveauer) men også f.eks. mellem intentioner og handlinger.

Weick siger:

...change in loosely coupled systems is continuous rather than episodic, small scale rather than large, improvisational rather than planned, accommodative rather than constrained, and local rather than cosmopolitan

Weick, 2001, s. 390

Som sådan er løse koblinger noget man i traditionel forstand ville tage afstand fra, idet løse koblinger mellem f.eks. intentioner og handlinger betyder det er svært at dirigere, kontrollere og forudse, hvad der sker i lokale enheder. En problemstilling vi altså kan genkende fra foranalysen, f.eks. om magnyleksemplet.

Men ifølge Weick (2001, s. 385) kan man ikke komme uden om løse koblinger og det har afgørende betydning for det organisatoriske niveau for analyse og samtidigt for det fokus man skal vælge for sin forandringsindsats. Det kan også være et resultat af manglende enighed om kausalitet og dermed begrænsninger i rationaliteten omkring årsag og virkning:

The sequence of activity and sensemaking that produce loose couplings begins when individual actions produce individual realities that have only modest overlap

Weick 2001, s386

Og så kan det altså, jvn.f. indledningscitatet, være en nødvendig pris for den nødvendige dynamik og mulighed for lokal tilpasning i en kompleks og omskiftelig verden.

8.1.1 Om koblinger i afd. A

Vi har jo sådan et elektronisk patientjournalssystem, som jo foreløbigt ikke har givet nogle besparelser, det har ikke været nogen rationel ting at indføre. Når man går rundt til patienten, så har vi jo bærbare PC'er, og de er faktisk meget mere følsomme end de stationære, og det går langsommere at komme igennem systemerne når man har de bærbare.

Ledende overlæge LOK

Citatet ovenfor er endnu et eksempel på løse koblinger mellem intentioner og handlinger, mellem forskellige organisatoriske niveauer. Der indføres forskellige centralt dirigerede ændringsprojekter, ligesom med NIP-indikatorerne vedr. magnyl ved hjerneblødninger, med en god central sensemaking om at dette er rationelt og effektivt, på de lokale afdelinger. Den lokale sensemaking afviger dog noget fra den centrale. Ændringerne er *ikke rationelle* og de bærbare PC'er, der skal give mulighed for direkte at hente online-information om patienten og udføre og afslutte sagsbehandlingen i samme arbejdsgang som det praktiske arbejde (min egen sensemaking), er bare ustabile og sænker effektiviteten.

Og det er også virkeligt sådan noget der kan slukke lyset, hvis du stiller dig op og holder foredrag om den danske kvalitetsmodel. Og det gør vi så heller ikke, fordi det har ikke nogen værdi. Så det er også blevet lagt helt ud til der hvor det er relevant. Negativiteten er slet ikke på det niveau den ellers var. Jeg vil dog ikke sige at det er sådan at folk er jublende. Nogen kan godt se meningen i DDKM, men der er bestemt også nogen der ikke kan se meningen i det, som mener det er sådan noget skrivebordspåfund som kun er lavet for at gøre livet mere besværligt for os. Et vil jeg tro at halvdelen af lægestanden vil have den holdning.

Ledende overlæge LOK

Et andet eksempel på løse koblinger er Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der udrulles fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, der ligger i Århus. DDKM er et krav til alle institutioner i sundhedssektoren, og alle afdelinger jeg besøgte arbejder med DDKM-implementering og vil senere blive akkrediteret i forhold til standarderne.

LOK lægger vægt på, at der skal sensemakes lokalt om DDKM, *der hvor det er relevant*, for uden denne lokale sensemaking giver DDKM ikke meget mening for de fleste, men med oversættelse af LOK og forhandling om relevante årsagskort når man omsætter kravene til praksis, kan der opnås lokal sensemaking som i hvert fald får mening ud af DDKM, uden at det nødvendigvis betyder at den er i overensstemmelse med den centrale sensemaking.

8.1.2 Om koblinger i afd. B

Med udgangspunkt i DDKM, siger ledelsesgruppen på afd. B:

Takket være Lisbeth, som er konsulent fra Center for Kvalitet. Hun er så dejligt systematisk og hun kan se tingene enkelt og ligefremt, så hun forenkler. At det sådan set er meget nemmere at arbejde med DDKM hvis man kobler det op på forløbene for så falder det naturligt ind hvor vi beskriver: "Sådan her gør vi", og så spørger vi os selv: "lever vi så op til DDKM. Ej, der mangler den og den retningslinje" Jamen så laver vi den: "Lever vi nu op til det? ", "Ja" fint så er den vinget af og så kan vi køre videre. Så i mit hoved der hænger det meget fint sammen. Og jeg kan også høre ude i afdelingen at det hænger sammen for nogen. Men jeg tror ikke det helt hænger sammen før man sidder og arbejder i det. Det kan det næsten ikke.

Her tager sensemakingen om DDKM udgangspunkt i en fortolkning eller oversættelse faciliteret af Lisbeth fra CfK, der sætter DDKM i relation til det allerede igangværende arbejde med mikrosystemet. Med denne baggrund kan der laves lokal sensemaking om DDKM når man sidder og arbejder i det. Igen enacts en lokal virkelighed og den efterfølgende lokale sensemaking om DDKM giver så en lokal mening for de lokale aktører. Og igen kan man ikke sige noget om, hvor stor overensstemmelse der er med den lokale og den centrale sensemaking. Der er altså indirekte sammenhæng mellem den centrale intention og den decentrale handling, hvilket igen betyder løse koblinger.

8.1.3 Om koblinger i afd. C

Ledende overlæge LKT siger om DDKM:

...som nu for eksempel den danske kvalitetsmodel der bliver trukket ned over hovedet på folk, hvor mange – og jeg selv også syntes – at det er intensivt spild af tid. Jamen ved du hvad. Nu skal jeg jo ikke lyde for kritisk over for den danske kvalitetsmodel, vel, men for mig at er der overhovedet ikke en kliniker der har været involveret i den, det har jeg svært ved at se. Hvis skrivebordsmennesker sidder og standardiserer hvordan sundhedssektoren skal fungere og så man laver standarder for en masse ting der overho-

vedet ikke har med behandlingen at gøre, standarder for om patienten er informeret, om patienten har en kontaktperson, standarder for om patienten har fået et brev for at der er frit sygehusvalg... 1000 ting som i mine øjne er fuldstændigt planløst unødvendigt spild af tid, det er ikke det det handler om, for ethvert mennesker vil behandle et andet menneske ordentligt og give dem de oplysninger de har brug for

På afd. C er der ikke megen positiv sensemaking om DDKM. Der er for langt fra intentioner og standarder til den dagligdag, den ledende overlæge oplever på afdelingen og med sine patienter. Der er ikke overlap mellem den centrale sensemaking og den lokale. Og når der enacts omkring de krævede standarder, opleves kontrollen som mistillid til afdelingens motiver, og kravene som irrelevante ift. arbejdet på afdelingen. Der er også her løse koblinger mellem intentioner om DDKM og (sensemakingen af) lokale handlinger.

8.2 Koblinger på tværs

Det er nemt at finde løse koblinger på alle 3 afdelinger ift. centrale initiativer, og specifikt omkring centrale initiativer, der omhandler kvalitetsforbedringer. Løst koblede systemer giver en god lokal dynamik og tilpasningsevne til en omskiftelig verden, men betyder samtidigt at det er svært at gennemføre stor-skala forandringer konsistent igennem systemet. Igen kan henvises til Magnyleksemplet og NIP: På trods af alle gode intentioner, er der ikke overensstemmelse mellem den lokale og den centrale sensemaking.

I sig selv behøver det ikke at være et problem, idet den lokale sensemaking kan resultere i tilpasningsmekanismer, f.eks. via implementering af mikrosystemet i afd. B, som måske kan lede til endnu bedre resultater end der var lagt op til i den centrale udstikning af standarder. Weick (Weick, 2001, s389ff) fremhæver 3 situationer hvor forandringer i løst koblede systemer giver dårligere (inferiøre) tilpasninger ift. fast koblede systemer. Dette forekommer, når

- 1) variable ændres pludseligt og markant med stor effekt for hele systemet, i stedet for løbende og med mindre effekt
 - Betydningen er at hele systemet ændres drastisk og pludseligt, hvilket kan kræve en koordineret indsats fra hele systemet
- 2) de kausale effekter er globale og komplekst forbundet over hele systemet, og derfor ikke kan isoleres lokalt
 - Når der ikke kan identificeres lokale problemer, der er isoleret fra helheden, er en global løsning at foretrække
- 3) der er ressourcemangel

- Hvis de lokale tilpasninger er mere trial-and-error baserede end centralt koordinerede tilpasninger, kan prisen være højere samlet set over systemet, idet mange måske bruger ressourcer på at erfare de samme ting

I casene er de første 2 situationer ikke så relevant for kvalitetsarbejdet, da kvalitet jo er et relativt lokalt fænomen, mellem behandlere, plejere og patienter, hvortil kravene fra patienter udvikles løbende og i mindre størrelsesorden. Dog kan politiske krav være større og opstå mere pludseligt, samt mere konsistent på tværs af systemet (f.eks. krav om reduktion af ventetider). Men selv der, skal tilpasningerne stadigvæk defineres på baggrund af lokale kausaliteter, der kan styres via lokale tilpasninger (brug af teknisk udstyr, arbejdstid, motivation af arbejdsstyrken etc.).

Derimod er den 3. situation altid relevant for sundhedssektoren generelt, selvom den ifølge AOJ på afd. A, og kvalitetsteamet på afd. C også kan gradbøjes:

Inden vi startede fik vi den udmelding fra topledelsen at hvis vi laver noget om, som gør en forbedring for patienten, og som øger kvaliteten, også gerne fremmer produktiviteten, det har vi næsten altid med, men det var ikke noget krav. Hvis det kostede penge, så var det også i orden, så blev vi ikke beskåret året efter. Og det var jo en vigtig parameter for os (AOJ, afd. A)

Vores afdelingsledelse havde så meget tillid til os, så vi kunne bruge de ressourcer som vi syntes der skulle bruges. Så vi fik 2 timer om ugen til projektarbejdet (Kvalitetsteamet, afd. C)

Afdeling B var dog meget fokuserede på at budgetterne skulle overholdes, også selvom der pågik et stort arbejde med kvalitetsforbedringer på afdelingerne.

Situation 2 (i forbindelse med politiske krav) og situation 3, kan derfor bruges til at argumentere for, at der er ulemper ved det løst koblede system, men kan ikke bruges til at ophæve eksistensen af løse koblinger som påvist ovenfor. Løse koblinger er altså noget man må leve med, hvilket bør dirigere måden man leder forandringer på.

Omvendt var der meget empiri i sensemaking og organizing sensemaking analyserne, der pegede på at koblingerne inden for faggrupperne (læger og sygeplejersker) var tætte. Det var især ift. uddannelsesmæssig og faglig intention og handling, der på tværs af alle cases, resulterede i stor konsistens i handle-mønstre mellem faggrupper. Læger var altid de fagligt fokuserede, og sygeplejerskerne havde forudsætninger for at fokusere på patientprocesser og pleje. Generelt blev der givet udtryk for at de tætte koblinger skabte gode forudsætninger for syge-

plejersker ift. kvalitetsarbejdet, men gjorde at der skulle nogen oversættelse til for at sælge projekterne til lægerne. Strengt taget skelner Weick (2001, s393) mellem faste koblinger (eksplicitte faste koblinger) og socialiseringsprocesser (implicitte faste koblinger), men effekten er stort set den samme (der er dog forskel på indoktrineringsgraden i forskellige socialiseringsprocesser): Intentioner og handlinger bindes tættere sammen og der opnås større konsistens i adfærd. (se nedenfor).

8.2.1 Delkonklusion 3: Koblinger og ledelse i sundhedssektoren

Ledelsesindsatsen skal altså tage udgangspunkt i løse koblinger mellem intentioner og handlinger, men faste koblinger internt i faggrupperne.

Ifølge Weick handler det bl.a. om at arbejde med (de to elementer er valgt fordi de har mest potentiale ift. ledelsesanvisningerne):

- tvivl og logiske antagelser
 - I løst koblede systemer er antagelser om, hvordan systemet hænger sammen væsentlige for at opretholde en balance. Ved at påvirke opfattelsen af logisk antagelser om sammenhæng, vil systemet komme i ubalance og der vil ske en forandring. Sagt på en anden måde: Man kan som leder søge at påvirke de fællesvaliderede årsagskort om systemet, for at påvirke den proces hvor der bliver skabt et nyt system
- Socialiseringsprocesser
 - Socialiseringsprocesser dækker blandt andet over de koblinger beskrevet ovenfor inden for de forskellige professionelle domæner (læger og sygeplejersker). Koblingerne kan bl.a. være opstået via socialiseringsprocesserne på uddannelserne. Men der findes også socialiseringsprocesser der fremmer selvstændighed og kreativitet og dermed ikke nødvendigvis leder til tættere koblinger

Disse to perspektiver samles der op på i den afsluttende konklusion og i ledelsesanvisningerne.

9 Perspektiveringsanalyse: Magt

Fra organizing sensemaking analyserne præsenteret ovenfor, står det klart, at der bl.a. er magt på spil i forhandlingsprocesserne omkring de fælles-validerede årsagskort. Derfor gennemføres i dette kapitel en kort perspektiveringsanalyse om magt, først med udgangspunkt i de en-

kelte afdelinger, dernæst på tværs af afdelinger. Der samles ikke op i en egentlig delkonklusion, og perspektivering indgår derfor i hovedkonklusionen og ledelsesanvisningerne.

Som introduceret i teorivalg anvendes Pfeffer (Pfeffer, 1989) som udgangspunkt for magtanalysen, hvilket vil sige at fokus er på legitimering af intentioner igennem politisk sprogbrug, symbolske handlinger og opbygning af koalitioner.

9.1 Magtanvendelse på afd. A

Der er flere eksempler på magtanvendelse på afd. A. Bl.a. anvender den ledende overlæge LOK, sin magt til at gennemtrumfe konsultationsstuegang, således at denne ikke længere er frivillig. LOK anvender magten der ligger i (flertallets) koalition, således at *modstanderne* kommer i undertal (*har ikke vind i sejlene*).

LOK anvendte et politisk sprogbrug i sensemaking analysen ovenfor, der viser et magthierarki mellem læger og sygeplejersker, bundet op på en symbolisering af evner over på lægelig faglighed. Derfor ville det være meget forkert, hvis oversygeplejersken forsøgte at lede lægerne, da hun ikke ejer den samme lægelige faglighed og dermed står under lægerne i hierarkiet.

Om det at lede lægerne siger LOK, at man skal være den førende blandt fagligt ligesindede:

Det er jo igen det der Primus Inter Pares [lat.: ”den første blandt ligemænd”] vi taler om specielt i lægeverdenen. Det har man jo i mange, mange år kørt systemerne efter, at det var sådan man var en god ledende overlæge

Den ansvarlige overlæge AOJ viser med symbolsk sprog at der er forskel på den yngste på gulvet og den højeste:

Den kommunikation der, også den kommunikation om morgenen, det kunne jeg godt lide da alle var samlet, at den yngste på gulvet også kunne komme med nogle informationer som var absolut lige så vigtige som de højeste

Ansvarlig overlæge AOJ

Endelig kaldes de læger der er ’imod’ konsultationsstuegangen for ’stivstikkertyper’, hvilket også er politisk sprogbrug, der yderligere skal legitimere flertallets koalition.

9.2 Magtanvendelse på afd. B

Som vist i organizing sensemaking analysen ovenfor har ledelsesgruppen på afdeling B meget stor fokus på den *pædagogiske oversættelsesopgave* og bruger meget energi på at italesætte forandringerne så de bliver forståelige og acceptable for deres ansatte, bl.a. ved at hen-

viser til at mikrosystemerne er som i de gode gamle dage, da LOC var *ung læge*. Oversættelsesopgaven kan i Pfeffer-termer forstås som et politisk sprogbrug, der anvendes for at legitimere ledelsens intentioner.

På afd. B er der et mere lige (homogent) forhold mellem læger og sygeplejersker, og sygeplejersken kan godt supplere med ledelse af lægerne, når den ledende overlæge ikke er til stede. Overlægen afslører dog også her et fokus på en symbolsk anvendelse af lægers faglighed. Bl.a. kommer det til udtryk i et centralt citat af LOC omkring lægernes tvivl i forbindelse med opgaveglidning fra læger til sygeplejersker (her gentaget):

Det der mest var bekymring for i lægegruppen, det var om det ville føre til at man ville begynde at behandle patienterne på et lavere kvalitetsniveau, det var sådan en umiddelbar bekymring som læger altid vil ha'

Man kunne her fortolke skepsis som at opfattelsen af sygeplejerskernes manglende lægefaglighed, kompromitterer kvaliteten, her af nogle indledende samtaler med patienterne.

Om tid siger LOC ifm. diskussioner om hvorvidt der er tid nok til kvalitetsarbejdet:

Hvad er tid? Tid er sådan noget der bliver brugt uanset hvor meget der er af det. Så derfor kan man vende det om og gå den anden vej, og sige at der er nogle opgaver der skal udføres og så må de bare blive udført inden for den tid der er

Dette er også politisk sprogbrug, der kan legitimere en intention om at arbejde med kvalitetsarbejdet uden at afsætte flere ressourcer til det.

9.3 Magtanvendelse på afd. C

Sygeplejerskerne i kvalitetsteamet fortæller om ekskludering ifm. kvalitetsarbejdet.

Der var nogle der valgte at rejse og det var egentlig godt for dem og det var godt for udviklingen som sådan. Kravene blev lidt mere synlige ift. hvilken retning skal vi gå og at man ligesom VILLE udvikling og kvalitet

Der bygges koalitioner omkring kvalitetsarbejdet og kravene skærpes med en symbolsk henvisning til, at det handler om kvalitet og udvikling.

Kvalitetsteamet om roller i kvalitetsarbejdet:

Vi havde en læge for ikke så lang tid siden, og DER var der konflikter. Ja det var der. DET var der. Det var en læge der ikke – syntes vi – var særligt lydhør overfor at vi havde et selvstændigt ansvar inden for vores. Den læge mente at hun havde ansvaret for det hele, og bremsede os faktisk syntes jeg i mange ting

De overlæger der sætter sig derop og tror de er Vorherre, jamen de får deres sag for her, det gør de altså. Ikke bare for at vinde terræn ind, det kan være lige meget, men for at vi skal stå ved den kvalitet vi ved noget om. Ift. patienter og pårørende. Læger ved meget omkring behandling og medicin og det fysiologiske hatten af for det. Vi ved så noget om hvad god sygepleje er, og det går hånd i hånd på nuværende tidspunkt

Også her bruges politisk sprog ift. lægers og sygeplejerskers opgaver. Her anvendes det for at legitimere roller i kvalitetsarbejdet. Målet er her at legitimere, at kvalitetsarbejdet er sygeplejerskernes domæne (*kvalitet vi ved noget om*). Her bruges det politiske sprog om lægernes faglighed dog af sygeplejerskerne, for at legitimere en differentiering mellem læger og sygeplejersker mht. fra kvalitetsarbejdet og således overlade det til sygeplejerskerne.

9.4 Magtanvendelse på tværs af afdelinger

De tre afdelinger er, helt i tråd med et konstruktivistisk udgangspunkt, meget forskellige og magt anvendes af de forskellige aktører med forskellige formål. Der er dog konsistens i at aktørerne på alle tre afdelinger sætter fokus på lægers faglighed og sygeplejerskers fokus på processer, for at legitimere respondenternes intentioner om hvorledes arbejdet og organiseringen på afdelingerne skal håndteres. Forhold der på alle tre afdelinger får indflydelse på kvalitetsarbejdet (direkte eller indirekte gennem magtforholdende).

Det betyder at kvalitetsarbejdet, også med henblik på magtforhold, bliver påvirket forskelligt af lokale forhold, hvilket yderligere kan være med til at forklare de løse koblinger identificeret i analyse 3.

Implikationerne af disse forhold samles op i den endelige konklusion.

10 Konklusioner

Jeg vil i konklusionen sammenfatte delkonklusionerne fra analyserne, samt magtperspektiveringen for hvert af de to undersøgelsesspørgsmål

Undersøgelsesspørgsmål 1: *Kan jeg igennem et relevant teorisæt fremkomme med plausible bud på hvorledes de lokale forskelle opstår?*

Uden direkte at kunne svare på de forskelle der blev indikeret i foranalysen f.eks. i Magnyleksemplet, har mine analyser alligevel synliggjort nogle processer, der kan forklare den type af forskelle. Forbeholdet er dog at de udvalgte cases konsistent har arbejdet på en anden måde med forbedringsprojekterne, der alle er baseret på frivillig involvering og interesse. Dette forklares mere indgående nedenfor.

Identitetsanalysen peger på, at der er stor konsistens i identitetsopbyggelsen for læger og sygeplejersker i de forskellige cases. Men der var forskel på hvordan kvalitetsarbejdet blev brugt som grundlag for at definere nye identiteter, der endda kunne gå på tværs af de to domæner.

Organizing sensemaking analyserne kunne vise at på trods af konsistensen mellem identitetsopbyggelsen for læger og sygeplejersker, så er sensemakingen og identitetsopbyggelsens påvirkning af denne, forskellig i de forskellige cases. I afd. A forsøgte ledelsen at flytte lægerne over mod sygeplejerskerne og sælge budskabet til dem. I afd. B forsøgte ledelsen at oversætte og bygge bro mellem de to domæner. Og i afd. C respekterede ledelsen at sygeplejerskerne tog sig af kvalitetsudviklingen. Sensemakingen havde forskelligt udgangspunkt (extracted cues) og resulterede i forskelligt fokus: Afd. A fokuserede på et projekt, Afd. B. på organisation og struktur og afd. C på arbejdsprocesser. Alligevel var der i sensemaking processerne en vis konsistens i hvorledes afdelingerne brugte et projekt som en enactment, der igangsatte sensemaking og reduktion af flertydighed, der fik meget mere vidtrækkende konsekvenser end selve projektet (mest tydeligt på afd. A og afd. C). En konsistens der også kan have noget med organiseringen af forbedringsarbejdet at gøre. Magnyleksemplet står i skarp kontrast til arbejdet med mikrosystemerne og gennembrudsmetoden, bl.a. fordi mikrosystemet og gennembrudsmetoden arbejder med udgangspunkt i lokal implementering (nedefra og op) af et frivilligt valgt (meningsgivende) indsatsområde. Dermed vælger afdelingerne (og ledelsen) projekter som er relevante ift. den lokale sensemaking, hvilket også giver et godt potentiale for fortsat sensemaking.

Sensemakingen kunne godt forklare en del af dynamikken bag de løse koblinger som blev identificeret i alle afdelinger, f.eks. mellem intentioner og handlinger. Men der blev også påvist at en del af konsistensen i identitetsopbyggelsen kunne stamme fra tætte koblinger inden for læge- og sygeplejedomænet.

Magtperspektivet var væsentligt ift. at legitimere projekterne, specielt sproget og opbygning af en flertalskoalition syntes væsentlig for at få projekter gennemført, i situationer hvor der i de fleste tilfælde var lidt 'modstand' tilbage, også når projekterne kørte. Formidlingen af magten var dog meget forskellig fra afdeling til afdeling.

Undersøgelsesspørgsmål 2: *Hvilken rolle har ledelsen i disse processer?*

Bl.a. med udgangspunkt i lederens sensemaking omkring identitet, vælger lederen cues fra omverdenen og reagerer på disse ved at enacte noget råmateriale til afdelingernes sensemaking. Ledelsen spillede i alle eksempler en vigtig rolle i forbindelse med at igangsætte sen-

semakingen. Dette var dog først og fremmest præsenteret med udgangspunkt i lederens egen sensemaking, og andre kunne måske have sensemaket begyndelsen på projekterne anderledes. Lederens rolle er derfor at udvælge cues på basis af den fællesvaliderede opfattelse og ikke kun på basis af sin egen sensemaking, for at sikre at sensemakingen er relevant for afdelingen og fortsætter i tid, og breder sig blandt medarbejderne.

Derudover havde ledelsen en rolle i at oversætte mellem grupper – specielt læger og sygeplejersker ift. deres forskellige årsagskort, således at grundlaget kunne lægges til nye og fællesvaliderede årsagskort. Derudover kunne ledelsen bruge kvalitetsarbejdet til at lancere nye identiteter, der gik på tværs af de eksisterende domæner, som kunne styrke samarbejdet og kvalitetsarbejdet, fordi disse ville stå mindre i opposition til kvalitetsarbejdet.

Lederen havde i forbindelse med analysen af koblinger, en vigtig rolle ift. at socialiseringsprocesser ifm. uddannelse, og efterfølgende prægning af individer er afgørende for hvorledes processerne forløber, og hvor løst eller tæt koblede de er med resten af systemet. Desuden kan lederen påvirke balancen i systemet ved at introducere tvivl om afgørende antagelser, f.eks. som LOK gjorde det, da han introducerede flertydighed omkring stuegang og konsultationer. Den grundlæggende antagelse om stuegang blev kraftigt udfordret og AOJ kunne afslutte med at sige:

Og den gamle måde, hvor lægen stod oppe ved sengen og sådan noget, det er vi gået helt væk fra.

Så er der da introduceret en afgørende forandring i sundhedssektoren!

Lederen har magt. Magt til at vælge cues og bakke op med enactment. Desuden kan lederen forsøge at legitimere elementer i årsagskortet, således at hans egen sensemaking bliver den dominerende. Lederen kan dog blive demonteret af andres sprog, symbolske handlinger og koalitionsdannelse, således at han må spole tilbage.

Alt i alt

Sensemaking analyserne giver plausible forklaringer på forskelle og ligheder casene imellem, der er i god tråd med de spørgsmål og antagelser som CfK rejste i foranalysen. Sensemaking analyserne mangler noget forklaringsgrad til selve 'nå til enighed'-processen, som f.eks. et magtperspektiv kan give lidt mere indsigt i. Men kunne andre metoder have bragt andre svar på spørgsmålene?

11 Perspektivering

Foranalysen og den løbende dialog med CfK har formet spørgsmål i problemformuleringen såvel som teorivalg. En analyse tilrettelagt uden dialog med CfK, kunne have resulteret i andre umiddelbare fokusområder og teorivalget kunne have resulteret i en analyse af nogle andre processer. Men ligegyldigt hvilket perspektiv man ville vælge, tror jeg man lige så hurtigt som jeg ville få fokus på f.eks. identitetsforskellene mellem læger og sygeplejersker, der virker meget grundlæggende i empirien fra alle cases. Med det udgangspunkt kunne man så have valgt et mere primært fokus på identitetsprocesser f.eks. igennem Staceys identitetskomponent i CRP-teorien (Stacey, 2007) eller Humphreys og Browns (H&B, 2002) narrative identitetsdannelse. En narrativ identitetsanalyse kunne have belyst den samme udvikling over tid af identiteter igennem historiefortælling og f.eks. identificeret lægernes identitetsdomæne som værende i et forhold af dis, eller skizo-identifikation til den dominerende opfattelse af kvalitetsarbejde og de heri liggende roller. Ledelsesopgaven er så også en legitimeringsopgave der igennem narrativer søger at skabe opbakning til den dominerende identitet. Men perspektivet havde selvfølgelig ikke kunne give den samme integration mellem identitet og selve processen for meningsdannelse af og virkelighedskonstruktion, hvilket jeg syntes ville være en begrænsning ift. at sige noget om ledelsesrollen og den resulterende virkelighed.

Perspektiveringsmæssigt tror jeg der er langt større potentiale i at tale om empiriske begrænsninger. Som nævnt havde jeg begrænset adgang til forskellige grupper og dermed meget svært ved at beskrive deres sensemaking direkte. Dette gælder faktisk alle grupper udover de reelt involverede ledere og kerneressourcerne i kvalitetsarbejdet. Jeg måtte derfor beskrive deres sensemaking indirekte igennem andres beretninger om dem. Det er svært at sige hvad jeg kunne have gjort med en bedre empiri, men jeg er sikker på at kompleksiteten i identitetsforståelsen og i selve organizing sensemaking processerne ville have været væsentligt større. Dette ville have givet mig en mere nuanceret forståelse for processerne, der var mindre farvet af ledernes egen identitetsdannelse og sensemaking. Måske ville jeg endda have kunnet belyse om ledere kan berette om fælles-validerede virkeligheder der ikke er fælles-validerede?

Endelig indeholder Staceys CRP modeller en oplagt perspektivering. Denne søges gennemført på den mundtlige præsentation af opgaven (forsvar af opgaven), for at kunne teste om et anderledes, men stadigvæk relativt konstruktivistisk paradigme (dette diskutere Stacey selv – Stacey, 2007), ville kunne lede frem til et helt anderledes ledelsesfokus.

12 Ledelsesanvisninger

Jeg skal give to præsentationer til CfK der afrapporterer projektets erfaringer. Disse præsentationer vil jeg bygge op således at jeg lægger vægt på formidling af komplekse, løst koblede systemer og deres indflydelse på ledelsesrollen, samt nogle bud på hvilke roller CfK kan påtage sig i samspil med den lokale ledelse og på eget initiativ. CfKs roller må vente til den mundtlige præsentation (forsvar af opgaven), men herunder gives et bud på ledelsesopgaven. Det er svært at give ledelsesanvisninger med udgangspunkt i en deskriptiv, konstruktivistisk analyse. Her vil jeg alligevel klemme øjnene lidt sammen, og se overordnet på hvad de tre cases kan inspirere af konkrete og plausible ledelsesanvisninger, som jeg selv sensemaker som relevante i forhold til de problemstillinger der rejses i foranalysen.

Capabilities for action affect what is believed and what is rejected. What is believed as a consequence of action is what makes sense. Accuracy is not the issue

Weick, 1995, s60

Der skal enacts råmateriale til sensemaking processen. Det handler ikke om at gøre de rigtige ting, men det handler om at gøre nogle ting og få noget rigtigt ud af det. Rigtigt er i den forbindelse tæt koblet med lederens og afdelingens fælles sensemaking om kvalitetsarbejdet. Kvalitetsarbejdet er således løst koblet, men underlagt nogle meget konkrete tætte identitetskoblinger inden for de faglige domæner læger og sygeplejersker. De løse koblinger giver lederen gode muligheder for lokal sensemaking, men de tætte koblinger i identitet, giver lederen frustrationer og gør at hans opgave bliver pædagogisk. Identitetskoblinger er et resultat af socialiseringsprocesser, de således også bliver en primær opgave for lederen. Socialiseringsprocessen skal understøttes af en forståelse og en indlevelse i forskellig sensemaking og evnen til at oversætte mellem 'årsagskort', samt søge – og legitimere – en konsensus.

Hvad det betyder konkret er svært at sige generelt, men i eksemplets magt, kunne man forestille sig en leder der:

- Bruger kvalitetsarbejdet til at definere nye roller (identiteter) for læger og sygeplejersker. Disse roller skal balancere input fra de eksisterende domæner (f.eks. være fagligt tilfredsstillende og have fokus på patientpleje og processer omkring patienten), men være mere understøttende for kvalitetsarbejdet. Dette kan gøres med udgangspunktet i nedefra-og-op metoder som mikrosystemet og gennembrudsmetoden. Et eksempel er projektrelaterede roller som 'stuegangssygeplejerske', eller procesroller 'kvalitetskoordinator, med forskeropgaver'. Der kan være mange, og de lokale forhold afgør hvor langt lederen kan socialisere læger og sygeplejersker ud af deres prædefinerede roller

- Bruger kvalitetsarbejdet til at vælge relevante projekter, der kan enacte relevante antagelser (patientkonsultationer er det bedste eksempel jeg kan komme på, men der må være mange former for lokale projekter). Relevante skal igen ses i lyset af lederens og afdelingens lokale sensemaking
- Bringer andre kompetencer i spil, for at vise at baggrund ikke er så væsentlig som deltagelse og bidrag. Dette kunne gøres som led i at sætte spørgsmålstejn ved den grundlæggende antagelse om at læger tager sig af faglighed og sygeplejersker tager sig af 'alt det andet', så længe det ikke er ledelse af læger. Flertydighed, specielt om grundlæggende antagelser, skaber sensemaking, der skaber forandring.
- Bruger interesse og frivillighed som et pejlemærke for lokal sensemaking, og arbejder aktivt på at påvirke læger og sygeplejersker til at påtage sig de nye handlingsanimerende roller og komme i gang med arbejdet (sensemakingen kommer efterfølgende)
- Bruger sig selv aktivt i samarbejdet mellem læger og sygeplejersker for at enacte en vej for domæneintegration, til efterfølgende sensemaking
- Fokuserer på sin facilitatorrolle i processen hvor en fælles-valideret virkelighed søges forhandlet på plads. Dette sker f.eks. ved aktivt at legitimere sit arbejde og sin 'retning' vha. sprog (vi vil kvalitet mere end noget andet), handlinger (samarbejde og bryde sine egne roller ned) og koalitionsbygning (flertallets magt), men der kan være mange perspektiver at definere processen ift. (kulturel forandring kunne være et andet emne)

Det vigtige er som sagt at lederen gør noget, og giver medarbejderne rammerne for at gøre noget. At de gør det sammen. Og at de søger at få noget brugbart ud af det.

Til den mundtlige præsentation vil jeg søge at udfordre ledelsesanvisningerne igennem en perspektivering, bl.a. vha. Staceys CRP model.

Vi lader en ledende overlæge LOK få det sidste ord i denne opgave:

En god dag kan være en stuegang med en sygeplejerske der har noget energi og noget initiativ som virkelig spiller med, hvor man har haft nogle samtaler med patienterne i en god dialog. Det syntes jeg er fantastisk!

13 REFERENCER – LITTERATURLISTE

- Borum, 1995: Borum, F. (1995) *Strategier for organisationsændring* (Handelshøjskolens forlag)
- Clegg et al., 2007: Clegg, S. R., Rhodes, C. and Kornberger, M. (2007) Desperately Seeking Legitimacy: Organizational Identity and Emerging Industries (Organization Studies, 28(04): 495-513, SAGE publications)
- Darmer et al., 2010: Darmer, P., Jordansen, B., Madsen, J. A. & Thomsen, J. (2010) *Paradigmer i praksis – Anvendelse af metoder til studier af organiserings- og ledelsesprocesser* (Handelshøjskolens forlag)
- H&B, 2002: Humphreys, M. & Brown, A. D. (2002) Narratives of Organisational Identity and Identification: A Case Study of Hegemony and Resistance (Organization Studies, 23(03): 421-447, SAGE publications)
- Pfeffer, 1989: Pfeffer, J. (1981): *Power in Organizations* (HarperBusiness)
- Stacey, 2007: Stacey, R. (2007): *Strategic Management and Organisational Dynamics – The Challenge of Complexity*. 5th. Ed. (Prentice-Hall)
- Weick, 1979: Weick, K. E (1979) *The Social Psychology of Organizing* 2nd edition (McGraw Hill)
- Weick, 1995: Weick, K. E. (1995) *Sensemaking in Organizations* (Sage Publications)
- Weick, 2001: Weick, K. E (2001): *Making Sense of the Organization* (Blackwell)
- Weick et al, 2005: Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., and Obstfeld, D. (2005) Organizing and the Process of Sensemaking (Organization Science, vol 16, No. 4, July-August 2005, pp. 409-421)

Appendiks A

Oversigt over respondenter:

Afdeling A

- Ledende overlæge LOK
- Kvalitetskoordinator KKR
- Specialeansvarlig overlæge (for lungemedicin) og ansvarlig overlæge for NIP arbejdet AOJ

Afdeling B

- Oversygeplejerske OSM
- Ledende Overlæge LOC

Afdeling C

- Ledende overlæge LKT
- Sygeplejerske og udviklingssygeplejerske SUM
- Afdelingssygeplejerske ASK
- Sygeplejerske SLZ