

Mellem kvalitetsstandarder og klinisk praksis

Madsen, Marie Henriette

Document Version
Final published version

Published in:
Tidsskrift for Arbejdsliv

DOI:
[10.7146/tfa.v16i1.108954](https://doi.org/10.7146/tfa.v16i1.108954)

Publication date:
2014

License
CC BY

Citation for published version (APA):
Madsen, M. H. (2014). Mellem kvalitetsstandarder og klinisk praksis. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 16(1), 54-66.
<https://doi.org/10.7146/tfa.v16i1.108954>

[Link to publication in CBS Research Portal](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us (research.lib@cbs.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Download date: 22. Mar. 2025



Mellem kvalitetsstandarder og klinisk praksis

– kvalitetskoordinatorer som ledelsesfigurer på danske hospitalsafdelinger

Marie Henriette Madsen

Ledelse i sundhedsvæsenet er område, som har fået stor forskningsmæssig opmærksomhed – herunder problematiseringen af, hvordan ledelse udøves imellem nationalt formulerede styringsinitiativer og sundhedsprofessionernes strategier for at bevare deres autonomi og vidensmonopol. Det har ført til udviklingen af begreber såsom hybridledere og hybride professioner som kategorier, der formår at integrere styringsinitiativernes værktøjer og logikker med henholdsvis faglig ledelse og sundhedsprofessionernes grundkompetencer. I denne artikel er formålet vise, hvordan en ny aktør på danske hospitaler, såkaldte kvalitetskoordinatorer, medvirker til organisationsændringer i mødet mellem styringsinitiativer og lokal klinisk praksis. Konkret viser analysen, hvordan kvalitetsstandarder kan blive et strategisk omdrejningspunkt for at knytte klinisk personale og ledelse sammen på tværs af organisatoriske og professionelle skel.

Ledelse i sundhedsvæsenet har fået stor opmærksomhed, herunder hospitalerne som et område,

“... hvor organisation og ledelse tydeligt påvirkes udefra af ledelsestænkning og styringsværktøjer, [...] men samtidig spiller politisk-administrative traditioner og især sundhedsprofessionernes stærke position en afgørende rolle for udviklingen og implementeringen af nye ledelsesmodeller og styringsformer i det danske sygehusvæsen” (Kragh Jespersen 2005).

Over en årrække er synliggørelse og dokumentation af sundhedsprofessionernes arbejde og efterlevelse af en række eksternt definerede kvalitetsstandarder blevet et stigende krav (Knudsen et al. 2008). Kon-

kret har dette manifesteret sig i en række kvalitetsteknologier, som kombinerer formulerede kvalitetsmål i form af standarder og metoder til systematisk monitorering af, om disse mål er nået. Eksempelvis blev *Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse* lanceret i sin første udgave i 2009 (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet).

Mødet mellem sundhedsprofessioner og centralt formulerede og organiserede initiativer til kvalitetsmonitorering og -styring er og har været et væsentligt tema i forskningslitteraturen. Historisk set har sikring af kvalitet i sundhedsvæsenet været en opgave, som sundhedsprofessionerne selv har haft ansvaret for at koordinere, fx via de faglige selskaber (Knudsen et al. 2008). En del af forskningen i mødet mellem styringsinitiativer og sundhedsvæsenet er centreret

omkring et professionsperspektiv. Her har både sundhedsprofessionernes reaktion på udefrakommende krav om at synliggøre og dokumentere deres arbejde (Waring & Currie 2009; Levay & Waks 2009; Currie et al. 2012) og sundhedsprofessionernes bestræbelser på at indtage og påvirke ledelsespositioner været i fokus (Kirkpatrick et al. 2011; Kirkpatrick et al. 2009). I et professionsperspektiv kan velfærdsstatens krav om dokumentation og transparens ses som en trussel mod sundhedsprofessionernes autonomi og vidensmonopol, da de bliver mere sårbare over for offentlighedens bevågenhed og kontrol. Karakteristisk for denne forskning er også, at den ofte omhandler sundhedsprofessionernes forskellige strategier for modstand eller adaptation af styringsinitiativerne. Her beskrives både dekobling, hvor dokumentationsarbejde gennemføres som et ritual uden reel effekt på sundhedsprofessioners arbejde, og kolonisering, hvor evalueringer og ledelsesmæssige prioriteter adapteres på bekostning af professionel autonomi (Levay & Waks 2009; Power 1997). De to strategier repræsenterer altså to yderpunkter af et spektrum, hvor ændrede dokumentationsprocedurer enten fører til overfladiske forandringer eller grundlæggende forandrede identiteter. Inden for disse yderpunkter er der dog også forskning, som viser, hvordan mindre magtfulde professioner kan re-positionere sig ved at påvirke standarder og monitoreringsmetoderne, så det fremmer deres særlige interesser, og at sundhedsprofessionerne ved at overtage ansvaret for de konkrete aktiviteter inden for kvalitetsstyring og monitorering kan bevare en form for egenkontrol inden for rammerne af styringsinitiativernes logik (Levay & Waks 2009; Waring 2007).

På danske hospitaler bliver ledelsen på alle organisatoriske niveauer varetaget af faglige ledere, dvs. typisk en læge og en sygeplejerske, som i varierende grad indgår i

det kliniske arbejde, men primært har ansvaret for budgetter, personale, kvalitet og arbejdstilrettelæggelse. Balancen og vægtingen mellem faglig ledelse på den ene side og mere generel ledelse på den anden er et forhold, som sundhedsprofessionelle i lederfunktioner har været nødt til at forholde sig til i takt med, at mere generelle ideer om ledelse er blevet en del af hverdagen (Kragh Jespersen 2005). Begrebet hybridledere er blevet foreslået (Ibid., 144-161) som en ny kategori af ledere på hospitalerne, der både er orienteret mod faglige og mere generelle ledelsesaspekter såsom økonomistyring og organisationsudvikling. Hybridledere bliver eller forsøger at blive *bindeled* og *oversætter* mellem de to sfærer. Hybride professioner er også foreslået som figur i bl.a. et finsk studie, der viser, hvordan lægestanden tilegner sig ekspertise i betjeningen af konkrete værktøjer til økonomistyring via fx tilføjelser i medicinstudiet, uden at der ligger en egentlig kamp om professionel kontrol og magt bag (Kurunmäki 2004). Begge typer af hybrider, som er foreslået ovenfor, forlader altså professionsforskningens implicite antagelse om, at mødet mellem sundhedsprofessioner og styringsinitiativer udelukkende skal forstås som en styrkeprøve, hvor bevarelse af kontrol og autonomi er i fokus. Snarere er der tale om tilpasninger af eksisterende roller til ændrede eksterne rammer i form af nye relationer mellem styringsværktøjer, forskellige ledelseslogikker og faglige grupperinger.

Nye aktører på hospitalerne

Som en konsekvens af det stigende antal opgaver på kvalitetsområdet og et generelt større ledesspænd har ledelsen på mange danske hospitalsafdelinger uddelegeret planlægning og koordinering af kvalitetsarbejdet til særligt personale (Holm-Petersen et al. 2011; Madsen & Christensen 2013). Selvom disse aktører – i det følgen-

de kaldet kvalitetskoordinatorer – har en sundhedsfaglig baggrund (oftest sygeplejersker), er de som udgangspunkt repræsentanter for hele afdelingen i arbejdet med kvalitetsudvikling. Samtidig har de ingen formelle ledelsesmæssige beføjelser, men er ansvarlige for et udviklingsområde, der går på tværs af både organisatoriske hierarkier og faglige skel. Forskningslitteraturen om betingelserne for og udbyttet af sådanne koordinatorfunktioner er sparsom både i Danmark og internationalt. I to danske studier (Holm-Petersen et al. 2011; Madsen & Christensen 2013), som perifert berører disse koordinatorfunktioner, bliver det diskuteret, hvordan funktionerne er vanskelige at varetage, netop fordi de organisatorisk er uden for det sædvanlige hierarki og uden ledelsesmæssige beføjelser, og fordi opgaverne er vanskelige at definere. Dette fører til uklart definerede ansvarsområder og en stor afhængighed af ledelsen, når forandringer skal iværksættes. Et lignende studie foretaget på engelske hospitaler (Martin & Waring 2012) viser, hvordan klinisk personale, som har fået ledelsesansvar for en del af hospitalsafdelingens drift, bliver udfordret af organisatoriske og professionelle hierarkier. Samme studie peger dog også på, at retningslinjer, protokoller og tjeklister formuleret af eksterne autoriteter understøtter mulighederne for at udøve ledelse.

Det er artiklens formål at vise, hvordan en ny aktør på danske hospitaler – såkaldte kvalitetskoordinatorer – placeret i brændpunktet mellem sundhedsprofessioner og styringsinitiativer medvirker til organisationsændringer i mødet mellem styringsinitiativerne og lokal klinisk praksis. Min overordnede interesse er at undersøge, hvordan kvalitetskoordinatorfunktionen, der intuitivt virker kompliceret og fyldt med dilemmaer, etableres og udføres lokalt på hospitalsafdelingerne. Konkret tager denne analyse afsæt i et hjørne af kvali-

tetskoordinatorernes kerneansvarsområder, nemlig arbejdet med kvalitetsstandarder og kvalitetsmålinger. Jeg vil vise, hvordan kvalitetskoordinatoren medvirker til, at udvalgte aktører indrulleres i forandringsprocesser, og hvordan organiseringen af deres arbejde ændres i en dynamisk interaktion med kvalitetsstandarder og -målinger.

Artiklen indledes i det følgende afsnit med en kort introduktion til analysens teoretiske udgangspunkt. Herefter følger en beskrivelse af det empiriske materiale. Selve analysen er struktureret i to dele. Første del omhandler kvalitetskoordinatorernes organisatoriske placering i afdelingen og funktionens tætte relation til nationale kvalitetsinitiativer. Formålet er at vise, hvordan der i denne relation er opstået en handlemulighed for kvalitetskoordinatorerne. Anden del er en analyse af, hvordan kvalitetsstandarder kan blive et omdrejningspunkt for kvalitetskoordinatorernes arbejde med at ændre på det kliniske arbejde i afdelingen. Til slut diskuterer jeg, om og hvordan kvalitetskoordinatorfunktionen kan forstås som en ny ledelsesrolle mellem centralt definerede styringsinitiativer og organiseringen af lokale arbejdspraksisser på en lokal hospitalsafdeling.

Aktør-netværksteori som teoretisk optik

Dataindsamling og analyse er inspireret af Aktør-netværksteori (ANT) udviklet af bl.a. Latour og Callon (Latour 1987; Latour 2005; Callon 1986). I forhold til at forstå, hvordan kvalitetskoordinatorernes handlemuligheder etableres, herunder muligheden for at påvirke klinisk praksis, har jeg i særdeleshed fundet inspiration i forståelsen af, hvad der udgør en aktør. Aktørbegrebet i ANT er defineret som en effekt frem for en årsag, hvilket betyder at muligheden for at handle ikke er givet på forhånd og ikke er knyttet

til et enkelt individ eller struktur. "An actor is what is made to act" (Latour 2005, 46). En aktør har ingen iboende kvaliteter, der giver den en handlekraft, idet det er i relationen til eller i *netværket* med andre aktører, at aktøren bliver i stand til at handle. Netværk er ikke stabile, da aktører i en dynamisk interaktion med andre aktører vil forandre sig fortløbende. I ANT-litteraturen er dette både koblet til en analyse af etableringen af en given magtposition, dvs. beskrivelsen af, hvordan nogle aktører bliver i stand til at påvirke andre aktørers handlinger, og hvordan disse magtpositioner stabiliseres (Latour 1991; 1997). For at forstå kvalitetskoordinatorers handlemuligheder er det altså ikke nok kun at studere kvalitetskoordinatorers arbejde. Handlemulighederne må forstås som en del af den lokale organisation og sundhedspolitiske kontekst, de indgår i. En anden væsentlig pointe i ANT er, at aktører ikke er begrænset til at være mennesker. Aktørbegrebet i ANT referer til 'anything that might act', uanset om der er tale om mennesker eller artefakter i form af fx tekster, maskiner og procedurer. I dette perspektiv er både nøgler (Latour 1991), mikroorganismer (Latour 1999), kammuslinger (Callon 1986) og elektroniske lyskilder (Akrich 1997) potentielt aktører med en mulig handlekraft. Det er de imidlertid også kun i relation til andre aktører, hvilket betyder, at deres specifikke handlemuligheder er betinget af den måde, de bliver taget i anvendelse. Således er kvalitetsstandarders og kvalitetsmålingers betydning for klinisk praksis heller ikke afgjort på forhånd, men noget der forhandles i en løbende interaktion med andre aktører.

Det empiriske materiale

Eftersom ANT forstår aktørbegrebet som relationelt, og at der ikke kan foretages a priori antagelser om den enkelte aktørs

handlemuligheder, er det kun muligt at forstå kvalitetskoordinatorernes etablering og forandring ved at studere dem og det netværk, de indgår i. Det kalder på en detaljeret beskrivelse af kvalitetskoordinatorernes arbejde og relationer til andre aktører. Samtidig er det inden for denne teoretiske optik væsentligt at være lige opmærksom på humane og non-humane aktører og på, hvordan begge typer af aktører kan indgå i forhandlingen og skabelsen af magtpositioner. Med udgangspunkt heri er det empiriske materiale baseret på et feltarbejde foretaget på en medicinsk og en kirurgisk afdeling på et større dansk hospital. Her har jeg fulgt to kvalitetskoordinatorer over perioder på hver et halvt år, dog brudt op i kortere perioder. Observationsperioderne var så vidt muligt tilrettelagt som forløb af en uges varighed og så vidt muligt med deltagelse i hele arbejdsdage og alle dagens aktiviteter. Formålet var så vidt muligt at få et indblik i alle facetter af kvalitetskoordinatorernes arbejde, dvs. både situationer, hvor de besvarede e-mails og var optaget af arbejde ved deres skrivebord og situationer, hvor de gik til møder rundt omkring på hospitalet eller udførte mere praktiske opgaver, såsom at lede efter 'whiteboards' i kælderen eller kopiere materiale til brug i en workshop. Begge observationsperioder blev indledt med et interview om kvalitetskoordinatorernes baggrund, opgaver og ansvarsområder, og undervejs blev observationerne fulgt op af kvalitetskoordinatorernes egne beskrivelser og kommentarer til de aktiviteter, som de deltog i. De indledende interview blev optaget på bånd og er transskriberet ordret. Aktiviteter, samtaler, kvalitetskoordinatorernes forklaringer samt aktører og materialer til stede er noteret i det omfang, det var muligt undervejs i observationsperioderne og efterfølgende suppleret fra hukommelsen. Observationer og interview er desuden suppleret med skriftligt materiale i form af

fx projektbeskrivelser, retningslinjer og grafiske oversigter over data. Dette materiale blev indsamlet løbende.

Hvad er en kvalitetskoordinator?

Betegnelsen *kvalitetskoordinator* er ikke generel eller officielt gældende for alle, der varetager samme funktion. På det hospital, hvor dette feltarbejde er foretaget, er der i alle afdelinger udpeget én eller flere kvalitetsansvarlige. Disse kvalitetsansvarlige er organiseret i et netværk for kvalitetskoordinatorer, hvorfra betegnelsen stammer. *Koordinator*-begrebet skal således ikke automatisk tages bogstaveligt og som en indikation af, hvad de rent faktisk laver (selvom det heller ikke er helt misvisende, jf. de følgende afsnit). Kvalitetskoordinatorerne på dette hospital udgør ikke en homogen masse, idet den enkelte afdelingsledelse udpeger og skaber rammerne for kvalitetskoordinatorens konkrete arbejde. Selvom mange opgaver udspringer af samme regionale eller nationale krav og opgaver, er koordinatorernes opgaver til lokal forhandling og bl.a. afhængige af afdelingernes andre støttefunktioner (fx IT- og sekretærfunktioner samt andet udviklingspersonale). I de to afdelinger, som danner udgangspunktet for dette feltarbejde, har afdelingsledelsen valgt at ansætte personale specifikt til at varetage kvalitetsudviklingsopgaver. De er ansat som en stabsfunktion under afdelingsledelsen og er dermed organisatorisk adskilt fra den kliniske hverdag i ambulatorier og afsnit. I andre afdelinger varetager kvalitetskoordinatorerne også andre opgaver, idet funktionen er placeret hos personer i afsnitsledelserne eller hos personer, som varetager andre fagspecialistopgaver. Betegnelsen *kvalitetskoordinator* er således ikke nødvendigvis den betegnelse, de enkelte kvalitetsansvarlige bruger i det daglige, idet deres officielle jobbetegnelser kan være nogle andre¹.

Ifølge hospitalets kvalitetspolitik har kvalitetskoordinatorerne en dobbeltfunktion. For det første skal kvalitetskoordinatoren være den person i afdelingen, der har overblikket over og bistår afdelingsledelsen i den praktiske planlægning og gennemførelse af kvalitetsarbejdet. For det andet skal kvalitetskoordinatorerne agere bindeled mellem afdelingen og hospitalets udviklingsafdeling, bl.a. ved at medvirke til at sikre udmøntningen af regionale og nationale krav om kvalitetsudvikling og sikre kommunikationen mellem hospitalets udviklingsafdeling og den kliniske afdeling. Ifølge de to kvalitetskoordinatorers egne beskrivelser af deres karriereveje, så er denne funktion opstået som et svar på den stigende mængde opgaver relateret til kvalitetsudvikling og -monitorering og en øget legitimering af kvalitetsarbejde som et område, der skal have særskilt (ledelsesmæssig) opmærksomhed på linje med klinisk arbejde og økonomi. Dette medførte først, at innovative afdelingsledelser etablerede disse funktioner og siden, at det blev reglen snarere end undtagelsen, at der er udpeget egentlige kvalitetskoordinatorer på afdelingsniveau.

Kvalitet er som begreb vanskeligt at definere, og dermed kan det være svært at arbejde med i praksis. Ifølge kvalitetskoordinatorerne, er diskussionen om og forhandlingen af, hvad kvalitet og kvalitetsarbejde er en del af jobbet og et vilkår. Samtidig er kvalitet og kvalitetsarbejde også et stærkt styret felt i tæt relation til nationale modeller, som ikke bare definerer kvalitet, men også definerer en række aktiviteter og opgaver som ledelse og personale skal løse i fællesskab. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er en nationalt formuleret akkrediteringsmodel, som for hospitalernes vedkommende består af ca. 100 standarder samt en struktur for monitorering af kvalitet og kvalitetsudvikling. Herudover eksisterer der andre modeller eller værktøjer til kva-

litetsmonitorering og -udvikling, herunder et registreringssystem til såkaldte utilsigtede hændelser² og en national undersøgelse af patientoplevelt kvalitet. Selvom fx DDKM bliver udlagt som en model med stor frihed til lokal tilpasning (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2013, 8), er den at betragte som en 'skal'-opgave frem for en frivillig opgave. Den ene kvalitetskoordinator gav eksempelvis udtryk for, at hun opfattede hospitalets samlede akkrediteringsstatus som afgørende for hospitalets skæbne i fremtiden. I et omskifteligt felt, hvor etablering af nye store hospitaler er en væsentlig dagsorden, og lukning af de mindre lokale hospitaler er en reel trussel, betragtede hun dokumentation af høj kvalitet som en væsentlig del af et beslutningsgrundlag. På den måde opfattede hun, at efterlevelse af de foruddefinerede standarder for såvel kvalitet som tilknyttede aktiviteter var med til at legitimere hospitalet i relation til regionerne, til patienter og til offentligheden mere generelt. Det var et argument hun havde brugt aktivt i relation til at motivere afdelingens medarbejdere, som ikke altid var lige positive overfor de nationale krav til kvalitetsarbejdet, til at arbejde med kvalitetsstandarderne og med kvalitetsmodellen generelt.

Udover at være obligatoriske og tæt forbundne med politiske strømninger (eller fortællingerne herom), udgør kvalitetsmodeller samtidig en tydelig ramme om kvalitetsarbejdet med klare mål, foruddefinerede aktiviteter og en tydelig kronologi. DDKM inkluderer eksempelvis både standarder, metoder til monitorering af kvalitet og forslag til en frekvens for disse monitoreringsaktiviteter. På den måde er en model som DDKM med til at understøtte kvalitetskoordinatorernes mulighed for at knytte klinisk personale og ledelse til kvalitetsarbejdet inden for rammerne af disse mål, aktiviteter og kronologier.

KK: *"... akkreditering har da rykket meget, synes jeg. Ikke til det værre. Tværtimod til det bedre. For nu er det ligesom blevet formaliseret, alt det man har arbejdet så heftigt på igennem alle årene. Nu kommer der nogen og siger, at vi skal. Så er det blevet nemmere at sælge kvalitetsarbejdet, når man har skabelonen bag sig og nogle nationale anbefalinger. Det er blevet ti gange nemmere."*

I: *"Er det efter DDKM?"*

KK: *"Ja [...]. Der kommer nogen og beskriver god kvalitet efter de regelsæt, der ligger. Vi har jo hele tiden skulle opfylde regelsæt og love. Der er bare ikke nogen, der har fastsat faste målepunkter, og det er der jo så nogen, der har gjort for os. Og det er ti gange nemmere at motivere medarbejderne"*

(Interview, Kvalitetskoordinator)

Kvalitetskoordinatorernes handlemuligheder i afdelingen bliver altså ifølge dem selv understøttet af, at kvalitetsmodellerne udgør nogle helt tydelige rammer for kvalitetsarbejdet. Modellerne giver dermed kvalitetskoordinatorerne en mulighed for at udpege en fælles retning og engagere det øvrige personale i arbejdet

Mødet mellem kvalitetsstandarder og klinisk praksis

Som nævnt tager denne analyse udgangspunkt i det hjørne af kvalitetskoordinatorernes arbejde, som omhandler mødet mellem eksternt formulerede kvalitetsstandarder og den lokale organisering af den kliniske praksis på hospitalsafdelinger. Analysen er bygget op over tre empiriske eksempler, hvor et kvalitetsproblem bliver defineret i interaktionen mellem et kvalitetsmål og forskellige metoder til monitorering af kvalitet, hvorefter en løsning defineres og knyttes til de aktører, som skal udføre en ændret praksis. Jeg vil vise, hvordan generelle og nationale kvalitetsstandarder og metoder på den-

ne måde udgør en ramme for etableringen af relationer mellem ledelse og personale på forskellige niveauer i organisationen. Dette sker i trinvis processer, hvor kvalitet i form af en standard bliver monitoreret, og hvor resultatet af denne monitoreringsaktivitet bliver præsenteret og cirkuleret i afdelingerne. Disse processer inkluderer også en beskrivelse af eksisterende arbejdspraksisser, som skal redefineres, så de svarer til det mål, som standarden sætter. På den måde bliver forskellige aktører – eksempelvis læger, sygeplejersker og standarder for kvalitet – inddraget og knyttet sammen på nye måder. Kvalitetskoordinatorerne indtager en central position, hvor de trækker på en bred viden om arbejdsgange og eksisterende relationer i organisationen og træffer strategiske valg i forhold til skabelsen af disse netværk.

Kvalitetsmåling og arbejdets afvigelse fra kvalitetsstandarder

Mange modeller, herunder DDKM, bygger på en tradition for kvalitetsudvikling, hvor fastsatte kvalitetsmål i form af standarder monitoreres løbende ved hjælp af bestemte monitoreringsmetoder såsom journalaudits, surveys eller daglig dokumentation i logbøger. Formålet er at skabe viden om eventuelle kvalitetsbrist og lade denne viden danne baggrund for iværksættelse af forandringer i den kliniske arbejdspraksis. Hvilke forandringer, hvem og hvad, der skal inddrages i dette arbejde, er derimod op til det enkelte hospital og afdeling at definere. Her spiller kvalitetskoordinatorerne en vigtig rolle, idet de på forskellig vis deltager i skabelsen af relationer mellem kvalitetsstandarder og de aktører, som former og udfører klinisk arbejde.

Det første empiriske eksempel viser, hvordan netværk af aktører skabes med udgangspunkt i et forløb, der følger den kronologi, som er beskrevet i DDKM. Anledningen er altså denne obligatoriske og

løbende monitorering af kvalitet, og i den konkrete situation er en kvalitetskoordinator og en af afdelingens læger ved at foretage en journalaudit. En journalaudit er baseret på udvalgte indikatorer formuleret som spørgsmål, hvis svar kan findes i de journalnotater, som sundhedspersonalet udarbejder undervejs i patienternes behandlingsforløb. Denne audit handler specifikt om, hvorvidt det fremgår af journalen, om patienten har en sundhedsfaglig kontaktperson i afdelingen.

”Kvalitetskoordinatoren har booket lægen til at lave audit på fem journaler og er mødt på lægens kontor med journaler og et skema over de oplysninger, som de sammen skal finde. Kvalitetskoordinatoren sidder med skemaet, og lægen tager en journal og leder efter de relevante oplysninger, som kvalitetskoordinatoren læser op. Kvalitetskoordinatoren spørger, om det er noteret, hvem blandt personalet, der er patientens kontaktperson, hvorefter lægen slår op på journalens forside for at se, om denne oplysning er noteret korrekt. Sådan gennemgår de i fællesskab de fem journaler. Det går igen, at der ikke er noteret kontaktpersoner i journalen. Lægen siger, at den oplysning jo findes på det visitkort, der er sat ind i en lomme på omslaget af journalen, hvor kontaktpersonen fremgår med initialer. ‘Det er ikke godt nok’, siger kvalitetskoordinatoren, ‘det skal stå inde i selve journalen, så vi er sikre på, at det også fremgår elektronisk’. Kvalitetskoordinatoren siger til lægen, at hun vil bringe problemet videre til afdelingssygeplejersken og sekretærerne i afsnittet, da en løsning kan være at tilføje et fortrykt felt på journalomslaget, som tydeligt markerer, hvor kontaktpersonens fulde navn skal noteres.” (Observationsnoter)

Med udgangspunkt i en bestemt kvalitetsstandard giver journalauditten anledning til at tydeliggøre et kvalitetsproblem og be-

skrive den nuværende praksis, som medvirker til dette kvalitetsproblem. Lægen beskriver den nuværende praksis, nemlig at hun markerer patientens kontaktperson ved at placere et visitkort på forsiden af journalen. Dette er en præcisering af det problem, som de har identificeret ved at sammenligne fem journaler og kvalitetskoordinatorens skema. Lægerne ved tilsyneladende godt, at patientens kontaktperson skal fremgå af journalen, men ikke hvordan de noterer det korrekt, så de kan leve op til DDKM's standarder. Kvalitetskoordinatoren irettesætter lægen, men foreslår også en mere generel løsning på det problem, de i fællesskab har defineret: Journalomslaget skal udformes på en måde, så det er meget tydeligt, hvor oplysninger om patientens kontaktperson skal noteres. I en og samme situation bliver der altså identificeret et kvalitetsproblem og en række andre aktører (*journalomslaget, lægerne, sekretærerne og afdelingssygeplejersken*), som skal medvirke til en ændret klinisk praksis.

Data om kvalitet udgør en stærk aktør som et bevis for standardefterlevelse eller mangel på samme. Standarderne kan derfor bruges til afdelingernes fordel, idet de er et argument for en ønsket forandring i klinisk praksis. Dokumentationen af kvalitetsbrist bliver til i sammenligningen af kvalitetsstandarder, som udgør en beskrivelse af 'best practice' og de data, som afdelingen indsamler i relation til denne standard. Data og standarder kan sammenlignes og fremlægges som en procent for målopfyldelse eller som en grafisk afbildning, der visuelt illustrerer forskellen mellem mål og den praksis, som bliver beskrevet via data. Derved får problemet en form, som nemmere kan bringes videre i organisationen med det formål at realisere den ønskede forandring. Det næste empiriske eksempel udspiller sig under og efter et møde mellem en kvalitetskoordinator og en afdelingssy-

geplejerske³, som diskuterer, hvorfor nogle patienter ligger længere i afsnittet end standarderne foreskriver. Manglende blodprøvesvar og lægernes arbejds gange er en del af forklaringen, og kvalitetskoordinatoren foreslår, at de 'beviser' problemets eksistens via tilvejebringelsen af data i form af rapporter om utilsigtede hændelser (UTH):

"Skal vi spamme med UTH'er om ventetid på blodprøvesvar?", spørger kvalitetskoordinatoren. 'Det er jo lidt sjovt, at det er lægekultur og tid til blodprøvesvar – ting som I ikke kan ændre på – der har indflydelse på jeres liggetid', siger hun. Afdelingssygeplejersken afviser forslaget og siger, at de er i dialog med [en anden] afdeling, som arbejder på nye arbejds gange, og lægerne er i gang med at lave om på deres arbejds gange.

Senere spørger jeg kvalitetskoordinatoren, om de bruger UTH'er strategisk ved at indberette ekstra mange UTH'er i en periode for at få skabt opmærksomhed om et problem. Kvalitetskoordinatoren siger, at det gør de. Hun fortæller, at de for noget tid siden havde problemer med for få tryksårs madrasser: 'Driftsafdelingen havde simpelthen ikke indkøbt nok madrasser. Ved at indberette det som en UTH hver gang de manglede en madras nede i afsnittene, fik vi driftsafdelingen til at lease ekstra madrasser, og nu lader det til, at der er nok'. Kvalitetskoordinatoren fortæller, at de også har brugt samme procedure i forbindelse med tømning af skrald, som var et problem på et tidspunkt. 'Skrald hobede sig op på gulvet i [et bestemt afsnit]', fortæller hun, 'og poserne revnede, så sygeplejerskerne trådte skraldet ud og slæbte det med rundt. Ved at indberette det som en UTH hver gang de stødte på problemet, lykkedes det at skabe opmærksomhed om problemet, og nu bliver skraldet hentet hyppigere', konkluderer hun." (Observationsnoter)

I eksemplerne ovenfor er problemerne defi-

neret: Liggetiden er unødigt høj, og det går udover kvaliteten defineret via en standard; der er indkøbt for få tryksårsmadrasser, og skraldet hober sig op til gene for både patienter og personale. Løsningerne er også afgrænset og beskrevet, men der er ikke skabt en relation mellem problemer, løsninger og de aktører, som skal medvirke til en ændret klinisk praksis. Ved at påvirke personale og ledere i afsnittene til at producere argumenter i form af utilsigtede hændelser, der tydeligt viser et problem, medvirker kvalitetskoordinatoren til at tvinge disse aktører til at knytte an til problemet og problemets løsning. Dermed etablerer de en relation på tværs af afdelinger og professioner, som ikke fandtes før. Kvalitetskoordinatoren holder sig dog hele tiden til samme systematik, hvor kvalitetsbrist bliver synliggjort ved hjælp af sammenligningen af mål for og målinger af kvalitet. Derved bliver der åbnet mulighed for at adressere arbejdspraksisser internt i egen afdelingen og arbejdspraksisser, som er ledet og organiseret i andre afdelinger. I ovenstående eksempel er det arbejdet i driftsafdelingen, der søges ændret, men det empiriske materiale rummer også eksempler på, hvordan andre aktører i andre kliniske afdelinger bliver indrullet i forandringsprocesser.

Fra simple målinger til komplekse arbejdspraksisser

Igennem de foregående empiriske eksempler har jeg vist, hvordan kvalitetskoordinatorerne på forskellig vis skaber relationer mellem kvalitetsstandarder, klinisk personale og ledere i egen og i andre afdelinger. Det kan de gøre ved at medvirke til, at kvalitetsproblemer får en form, som visualiserer en afvigelse mellem standarder og klinisk arbejde, og som kan transporteres rundt i organisationen. Disse visualiseringer er en simplificering af en ofte kompleks og kollektiv handlen, som bliver foldet ind

i et enkelt tal eller graf. Når en løsning skal identificeres, er det derfor nødvendigt at folde denne kompleksitet ud igen. Et godt eksempel er en situation, hvor en kvalitetskoordinator modtager resultatet af en audit med fokus på ernæringscreening, som viser, at et bestemt afsnit ikke lever op til den gældende standard, der angiver, at alle patienter skal ernæringscreenses. Eksemplet omhandler en dialog mellem kvalitetskoordinatoren og afdelingssygeplejersken om, hvorvidt afdelingen kan leve op til kravet om ernæringscreening. I denne dialog tegner de et billede af den nuværende kliniske praksis ikke bare i ét, men i flere af afdelingens afsnit, en anden afdeling og på tværs af faggrupper og hierarkier. Det er med andre ord en beskrivelse af en praksis, der rummer arbejdspraksissernes mere komplekse natur, i modsætningen til både den oprindelige standard og det kvalitetsproblem, som er identificeret:

”Kvalitetskoordinatoren er til møde med en afdelingssygeplejerske på et af afdelingens afsnit. Afsnittet har som udgangspunkt kun patienterne indlagt kortvarigt, fordi de sender patienterne videre til andre afdelinger, så snart de er stabiliseret og udredt af en læge. De taler om, hvorvidt afdelingen udfører ernærings- og tryksårsscreeninger, givet kravet om, at de kun skal finde sted, hvis patienten er indlagt mere end seks timer. ’De modtagende afdelinger vil i øvrigt helst selv foretage screeningerne’, siger kvalitetskoordinatoren. Afdelingssygeplejersken fortæller, at de i afdelingen ofte venter mange timer på blodprøvesvar, og at det er en udfordring, fordi mange læger gerne vil have alle prøvesvar klar, før de sender en patient op på sengeafsnittene. ’De er bange for [en bestemt overlæge]’, siger hun og fortæller, at de gerne vil have alle blodprøvesvar som argument for, at det er relevant at indlægge en patient. Derfor er det ikke unormalt, at de har patienter

liggende seks timer eller længere. Kvalitetskoordinatoren og afdelingssygeplejerskerne diskuterer, hvorvidt det er modtageafsnittets opgave at screene, hvornår i patientforløbet og hvordan det skal koordineres med de øvrige afsnit.” (Observationsnoter)

Ernæringscreening skal finde sted inden for seks timer efter, at patienten er indlagt, men opfyldelsen af denne standard er altså afhængig af en arbejdsfordeling mellem flere afdelinger og de yngre lægers mulighed for at stille en hurtig diagnose, som igen er afhængig af krav fra en overlæge og ventetiden på blodprøvesvar. Sådan beskriver afdelingssygeplejersken den pågældende arbejdspraksis og samarbejdsrelation. Det tal, som er udgangspunkt for dialogen, afspejler altså handlinger på tværs af afdelinger og professioner og lader sig ikke bare løse i den afdeling, hvor journalerne er skrevet eller blandt den professionsgruppe (*sygeplejerskerne*), som skal foretage ernæringscreening. Talmaterialet er udtryk for arbejdsgange og samarbejdsflader, som har betydning for det problem, der er identificeret – arbejdsgange og samarbejdsflader, som først bliver italesat, idet auditresultatet bliver præsenteret for de berørte aktører. Der foregår altså en dynamisk bevægelse mellem en kompleks organisation og simplificerede data med kvalitetskoordinatoren i centrum for denne bevægelse, når identificerede kvalitetsproblemer bliver omdannet til løsninger. Hvis afdelingen skal leve op til en standard om ernæringscreening inden for seks timer, kræver det altså en anderledes organisering af arbejdet i flere afdelinger. Problemet er nu et detaljeret og broget billede af mange aktører og handlinger, som medvirker til efterlevelsen af en standard. Konkretiseringen af en løsning på dette problem skal altså både afspejle denne komplekse beskrivelse af en eksisterende arbejdspraksis og samtidigt, at målet fortsat er efterlevelse af den standard,

der udgør et konkret kvalitetsmål. Kvalitetskoordinatoren kan ikke alene definere en løsning, men kan medvirke til beskrivelser af den aktuelle praksis, som er præcise nok til at sandsynliggøre, hvordan hver enkelt aktør eller grupper af aktører medvirker til det identificerede kvalitetsbrist. Koordinatoren kan derved udpege, hvilke nye arbejdspraksisser, der skal føre til målopfyldelse i fremtiden. Beskrivelser, som bliver til i en dialog mellem aktører tæt på den kliniske praksis, men fortsat med det identificerede problem som vigtigt argument og samlingspunkt.

Diskussion

Denne analyse tager udgangspunkt i kvalitetskoordinators arbejde på hospitalsafdelinger med særligt fokus på det arbejde, der relaterer sig til mødet mellem nationalt formulerede kvalitetsstandarder, metoder til kvalitetsmonitorering og lokal klinisk praksis. På baggrund heraf vil jeg i det følgende argumentere for artiklens bidrag med relevans for forståelsen af ledelse af klinisk arbejde.

Kvalitetskoordinatorer – en ny ledelsesrolle?

Først og fremmest peger analysen på, at det store fokus på kvalitetsarbejde og stigende krav til efterlevelse af ensartede kvalitetsstandarder og dokumentation heraf har introduceret et nyt ledelseslag på hospitalerne. Standardefterlevelse og dokumentation er blevet en obligatorisk og omfattende opgave, der relativt præcist definerer et mål for kvalitet og tilknyttede metoder til at evaluere afdelingernes kvalitet relateret til disse mål. Heri er der et handlerum for kvalitetskoordinatorerne, hvor de får mulighed for at påvirke det arbejde, der udføres i afdelingerne af både klinisk personale og ledere i egen og andre afdelinger. Disse ak-

tiviteter har umiddelbart et uskyldigt skær af dataindsamling og -lagring, men den tætte relation til netop styringsinitiativer, hvortil der knytter sig relativt fast definerede handleanvisninger, bringer også kvalitetskoordinatorerne i en situation, hvor der opstår en mulighed for at afkræve andre i organisationen, at de ændrer praksis. Derved kan de også påvirke forhandlingen om arbejdspraksisser, som går på tværs af organisatoriske skel.

Standarderne udgør en ramme for at adressere og sætte spørgsmålstejn ved klinisk praksis, og metoderne til monitorering af kvalitetsmålene rammesætter en kronologi herfor. Monitoreringsmetoderne giver desuden problemerne en form, som illustrerer afvigelserne fra kvalitetsstandarderne, og som legitimerer, at kvalitetskoordinatorerne griber korrigerende ind. Det bruger kvalitetskoordinatorerne aktivt til at give udokumenterede problemer en konkret form og forbinde allerede definerede problemer med nogen eller noget, der kan løse dem. Standarderne er dermed et startskud for, at kvalitetskoordinatorens repertoire af viden om afdelingens forskellige aktører kan føre til, at disse aktører bliver sammenkædet på nye måder. Det er dog en funktion, som også rummer dilemmaer. Standardernes tværfaglige og tværororganisatoriske struktur betyder, at kvalitetskoordinatorerne søger at påvirke arbejdsgange og beslutningsprocesser både i egne og andre afdelinger, men uden den autoritet, som ligger i det organisatoriske hierarki. Jeg foreslår på baggrund af denne analyse, at kvalitetskoordinatorfunktionen skal forstås som faciliterende for sammenkædningen af problemer, løsninger, personale samt ledere og en måde at forstå dynamikken i den måde 'abstrakte og generelt anvendelige standarder' oversættes til 'lokale regler' (Brunsson et al. 2012). Gennem skabelse af netværk, hvor både den enkelte standard og

de øvrige aktører i relationen undergår en transformation, lykkedes det – i hvert fald i nogle tilfælde – kvalitetskoordinatorerne at medvirke til forandring i form af ændrede arbejdsgange og samarbejdsrelationer.

Kvalitetskoordinatorer udgør ikke en homogen gruppe af aktører, og deres arbejdsområde kan være svært at definere entydigt. Kvalitets- og udviklingsprojekter udgør en væsentlig del af deres arbejdsopgaver, og kvalitetsinitiativer, såsom akkreditering og audit, er medvirkende til at definere kvalitetskoordinatorernes konkrete aktiviteter. Samtidig er de sundhedsprofessionelle med en baggrund som sygeplejersker, hvilket giver dem et stort bagkatalog af viden om arbejdets tilrettelæggelse og procedureerne på et hospital. Funktionen som kvalitetskoordinator rummer altså kendte figurer på hospitalet, og spørgsmålet er, om kvalitetskoordinatorer kan betragtes som en variant af de typer af hybride professioner, som er foreslået i tidligere forskning i mødet mellem ledelses- og styringsinitiativer og sundhedsprofessionelle (Kragh Jespersen 2005; Kurunmäki 2004). Kvalitetskoordinatorerne er dog som funktion fysisk adskilt fra det kliniske arbejde og organisatorisk adskilt fra ledelsen i afdelingerne. Dermed er der altså tale om en anden type hybrid end sundhedsprofessionelle, der i en ledelsesposition søger at integrere et (mono)fagligt ledelsesperspektiv i et generelt ledelsesperspektiv. Eftersom kvalitetsstandarderne på hospitalerne som helhed er tværfaglige, er kvalitetskoordinatorernes projekt ikke umiddelbart monofagligt. Samtidig peger analysen på, at det ikke bare er hos den enkelte kvalitetskoordinator at denne integration finder sted, men i mødet mellem mange aktører, som arbejder med den samme problemstilling. I denne analyse er der ikke så meget fokus på internaliseringen af styrings- og ledelsesperspektivet, men på hvordan kvalitetskoordinatorerne faciliterer mødet mellem

en bred vifte af aktører og dermed forhandlingen af nye rammer for lægers, sygeplejerskers, afdelings- og afsnitsledelsers handling. I det arbejde, som specifikt handler om oversættelsen af standarder til lokal praksis, er kvalitetskoordination nærmere karakteriseret ved at medvirke til en montage af flere fagprofessionelle perspektiver, et bestemt styringsperspektiv, hvor efterlevelse af konkrete standarder er i fokus samt, ikke mindst, værktøjer og modeller til kvalitetsudvikling (inklusive både dataindsamling og

udvikling af forandringsstrategier). På den måde er kvalitetskoordinatorerne måske et svar på det behov, som forslaget af hybridledere udsprang af (Kragh Jespersen 2005), nemlig behovet for at integrere den sygeplejefaglige ledelsesverden, den lægefaglige ledelsesverden og den generelle ledelsesverden. En integration som i praksis er vanskelig inden for de velkendte ledelsesfigurer i hospitalsafdelinger (Ibid.), men som kvalitetskoordinatorerne potentielt favner givet det handlerum, der er etableret.

NOTER

- 1 Fx Afdelingssygeplejerske, Udviklingssygeplejerske eller Klinisk Oversygeplejerske.
- 2 "Ved utilsigtede hændelser forstås på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldtes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende. En utilsigtet hændelse omfatter en

begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler."

(www.dpsd.dk)

- 3 Den sygeplejefaglige leder af et af afdelingens specialiserede afsnit.

REFERENCER

Akrich, M. (1997): De-scription of technical objects, i J. Law & W.E. Bijker (red.): *Shaping Technology/Building Society. Studies in Sociotechnical Change*, London, The MIT Press, 205-224.

Brunsson, N., A. Rasche & D. Seidl (2012): The Dynamics of Standardization: Three Perspectives on Standards in Organization Studies, i *Organization Studies*, 33, 5-6, 613-632.

Callon, M. (1986): Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay, i J. Law (red.): *Power Action and Belief: a New Sociology of Knowledge?*, London, Routledge, 196-223.

Currie, G. et al. (2012): Institutional work to maintain professional power: Recreating the model of medical professionalism, i *Organi-*

zational Studies, 33, 937-962.

Holm-Petersen, C. et al. (2011): *Færre ledere til flere medarbejdere. Ledesspænd på danske hospitalsafsnit*, København, Dansk Sundhedsinstitut & Region Midtjylland.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2013): *Akkrediteringstandarder for Sygehuse*, 2. version, 2. udgave, Aarhus, IKAS.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2014): *Den danske kvalitetsmodel, DDKM*, <http://www.ikas.dk/DDKM.aspx>, hentet 9.1. 2014.

Kirkpatrick, I. et al. (2009): Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England, i *Sociology of Health & Illness*, 31, 5, 642-658.

Kirkpatrick, I., M. Dent & P. Kragh Jespersen (2011): The contested terrain of hospital

- management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark, i *Current Sociology*, 59, 4, 489-506.
- Knudsen, J.L., M. E. Christiansen & B. Hansen (2008): *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kragh Jespersen, P. (2005): *Mellem profession og management*, København, Handelshøjskolen Forlag.
- Kurunmäki, L. (2004): A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting*, i *Organizations and Society*, 29, 3-4, 327-347.
- Latour, B. (1991): Technology is society made durable, i J. Law (red.): *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*, London, Routledge, 103-131.
- Latour, B. (2005): *Reassembling the Social*, New York, Oxford University Press.
- Latour, B. (1999): Science's blood flow, i B. Latour (red.): *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*, Harvard University Press, Cambridge Mass., 80-112.
- Latour, B. (1997): Where are the missing masses? The Sociology of a few Mundane Artefacts, i W. E. Bijker & J. Law (red.): *Shaping Technology, Building Society. Studies in Sociotechnical Change*, Cambridge Mass., The MIT Press, 225-259.
- Latour, B. (1987): *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*, Cambridge Mass., Harvard University Press.
- Levay, C. & C. Waks (2009): Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy, i *Organization Studies*, 30, 5, 509-527.
- Madsen, M. H. & I. E. Christensen (2013): *Den Danske Kvalitetsmodel i praksis. Et pilotstudie af implementeringen på tre nordjyske hospitalsafdelinger*, København, KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Martin, G. P. & J. Waring (2012): Leading from the middle: Constrained realities of clinical leadership in healthcare organizations, i *Health*, 17, 4, 358-374.
- Power, M. (1997): *The Audit Society. Rituals of Verification*, Oxford, Oxford University Press.
- Waring, J. (2007): Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine, i *Sociology of Health & Illness*, 29, 2, 163-179.
- Waring, J. & Currie, G. (2009): Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession, i *Organization Studies*, 30, 755-775.

Marie Henriette Madsen, ph.d.-studerende, Copenhagen Business School, Institut for Organisation

e-mail: mhm.ioa@cbs.dk