

Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation - et samspil

Medarbejderes og lederes tolkninger på fire
medicinske afsnit tilmeldt DGMA



Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation – et samspil

Medarbejderes og lederes tolkninger
på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA

Marie Brandhøj Hansen
Jens Albæk

December 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-422-0 (Trykt version)
ISBN 87-7488-424-7 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2004.11

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forsideillustration: Niels Poulsen

Forord

Hvordan opfatter læger og sygeplejersker samspillet mellem faglig kvalitetsudvikling og organisatoriske forhold og vilkår på danske sygehuse? Og hvordan påvirker disse opfattelser de initiativer, der tages til at forbedre kvaliteten på deres afdeling? Vi har i denne DSI-rapport undersøgt disse spørgsmål på fire danske medicinske sengeafsnit tilknyttet kvalitetsprojektet Den Gode Medicinske Afdeling. Samspillet er flersidigt. Kvalitetsarbejdet skal være praksisnært og -relevant, dvs. opfattes som logisk og understøttende i forhold til den daglige patientbehandling og pleje. Det skal være muligt at kombinere monofaglige kriterier og samarbejdsrelationer med udgangspunkt i praksisfællesskabet mellem og indenfor professionerne på sengeafsnittet. Udefra kommende påvirkninger som ændringer i organisatoriske vilkår og krav absorberes, men sætter fortrinsvis spor i daglig praksis, hvis de netop opfattes som relevante for – og konsistente med – det daglige arbejde og de fagprofessionelle krav hertil. Læren heraf, som jeg ser det, er for det første, at ændringer i arbejdsvilkår, herunder krav og forskrifter i kvalitetssikring, skal fremstå gennemskuelige for det lokale personale og afdelingsledelse, for det andet at fleksibilitet i videst muligt omfang skal være muligt, så ledelse og personale kan 'oversætte' ændringerne til deres praksis og øvrige arbejdsvilkår, og for det tredje en lokal ledelsesopgave i at forene – eller minimere uoverensstemmelser mellem – lægers og plejepersonalets professionsperspektiver og dermed også forståelser af god faglig kvalitet. Men læs selv rapporten!

Projektet og rapport er udført af senior projektleder Jens Albæk og projektmedarbejder Marie Brandhøj Hansen inspireret af et idéoplæg fra Pia Kürstein og Henriette Lipczak (alle DSI). Vi kunne ikke have gennemført projektet uden godt samarbejde med Den Gode Medicinske Afdeling og de mange læger og sygeplejersker på de fire udvalgte sengeafsnit, der satte tid af til interviews. Tak også til centerchef, overlæge Morten Christy (Frederiksberg Hospital) og forsker, ph.d. Hanne Fredslund (Arbejdsmiljøinstituttet) for grundige eksterne reviews. Sekretær Anne Sørensen har gennemført korrekturlæsning.

Apotekerforeningen af 1991 og DSI Institut for Sundhedsvæsen har finansieret undersøgelsen.

Med håb om at rapporten kan inspirere det fortsatte kvalitetsarbejde i DGMA regi og andet regi på danske sygehuse, ønsker jeg god læsning.

Jes Søgaard
Direktør
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indhold

Resumé	6
1 Indledning	8
2 Formål og problemstilling	9
3 Baggrund	12
3.1 Begreber relateret til kvalitet og organisation	12
3.1.1 Perspektiver på samspillet mellem kvalitet og organisation	13
3.2 Forståelsesramme	18
3.2.1 Kvalitet og organisation – et spørgsmål om læring, tolkning og transformation	18
3.3 DGMA som kvalitetsinitiativ	23
4 Design og metode	25
4.1 Valg af cases – fire medicinske afsnit	25
4.2 Dataindsamling	28
4.3 Analytisk bearbejdning	28
5 Analyse og resultater	30
5.1 Perspektiver på faglig kvalitet	30
5.1.1 Lægernes perspektiver på faglig kvalitet	30
5.1.2 Plejegruppens perspektiver på faglig kvalitet	34
5.1.3 Afdelingsledelsens perspektiver på faglig kvalitet	37
5.1.4 Opsamling og fortolkning – faglig kvalitet	40
5.2 Faglig kvalitet og organisatoriske aspekter	41
5.2.1 Økonomi og kontraktstyring	41
5.2.2 Samarbejdsrelationer	45
5.2.3 Personalesammensætning	54
5.2.4 Opsamling og fortolkning – faglig kvalitet og organisation	58
5.3 Ledere og medarbejderes tolkninger af DGMA	59
5.3.1 Lægernes tolkninger af DGMA	60
5.3.2 Plejepersonalets tolkninger af DGMA	64
5.3.3 Afdelingsledelsens tolkninger af DGMA	67
5.3.4 Opsamling – tolkninger af DGMA	70

6 Konklusion og diskussion	72
6.1 Kvalitet og organisation som relationelt forbundne	72
6.2 Praksisfællesskaber og læring	75
6.3 Integreringen af DGMA	76
6.4 Analysens værdi og teoriens forklaringskraft	78
7 Referencer	80
Bilag	
1: DGMA's indikatorer	84
2: Oversigt over interviews	85
3: Interviewguide	86

Resumé

Samspillet mellem udviklingen af den faglige kvalitet på sygehusafdelinger og de organisatoriske betingelser for dette er genstand for talrige artikler, undersøgelser og ikke mindst strategier for kvalitetsudvikling.

Denne undersøgelse er gennemført med henblik på at belyse dette samspil, som det tager sig ud på sygehusafdelingerne set fra lederes og medarbejderes perspektiver. Undersøgelsen er gennemført på fire medicinske sengeafsnit på fire forskellige sygehuse, og er baseret på interviews med afdelingsledelser, repræsentanter fra afsnitsledelserne, lægegruppen og plejepersonalet. Alle fire afsnit er tilmeldt projektet 'Den Gode Medicinske Afdeling', og undersøgelsen anvender DGMA som eksempel på et initiativ, der søger at støtte kvalitetsudviklingen på sygehusafdelingerne, og samtidig er baseret på opnåelse af et organisatorisk engagement på afdelingerne.

Undersøgelsen redegør for, hvordan både de interviewede ledere og medarbejdere ser en stærk sammenhæng mellem deres respektive professioner og forbedring af faglig kvalitet – ofte knyttet til fænomener som evidens, retningslinier og konsensusrapporter. Dette optræder imidlertid i kombination med en bevidsthed om, at den faglige kvalitet i høj grad er en funktion af de erfaringer og de samarbejdsrelationer, der findes – og eventuelt ikke findes – på den enkelte afdeling.

Lederes og medarbejderes tolkning af sammenhængen mellem forbedring af faglig kvalitet og de organisatoriske forhold er kompleks, og bevæger sig både gennem de interne samarbejdsforhold på afdelingen, mellem afdelinger og til de omgivende instanser, som fx det forvaltningsmæssige og politiske niveau, der fx samarbejder gennem kontraktstyring.

Når denne relation mellem faglig kvalitet og organisatoriske forhold betragtes gennem et analytisk perspektiv, der tager udgangspunkt i eksistensen af praksisfællesskaber og i den læring, der opstår i den sociale praksis, giver det god mening, når de interviewede peger på særlige organisatoriske betingelser, der skal være til stede for at den faglige kvalitet kan udvikles. Der peges herunder på mulighed for at kombinere monofaglige kriterier med tværfaglige samarbejdsrelationer og ønsket om gennemskuelighed i de forvaltningsmæssige og politiske dispositioner.

Kombineres dette yderligere med et analyseperspektiv, der har fokus på de tolkninger og transformationer som sker på afdelingerne af organisatoriske idéer, som kommer udefra, kan et initiativ som Den Gode Medicinske Afdeling placeres i de eksisterende forståelser af kvalitet og organisation.

Disse forståelser sætter rammer for accepten og adoptionen af DGMA's koncept, som er baseret på udbredelsen af kvalitetsstandarder. Undersøgelsen tyder på, at der foregår en stor selektion på afdelingerne af, hvilke af DGMA's kvalitetsstandarder man skal anvende, og hvordan man skal anvende dem, selv om der er forståelser for intentionerne i DGMA's initiativ og klare paralleller til de standarder, som ligger i kliniske retningslinier mv.

Undersøgelsen peger på, at planlægning af initiativer på kvalitetsområdet specifikt, men måske også for initiativer generelt, kræver iagttagelse af, at der foregår en omfattende tolkning og transformation af initiativerne, herunder ikke mindst i professionsdominerede organisationer som sygehusafdelinger. Det skal samtidig iagttages, at denne tolkning og transformation ofte er forskellig mellem ellers ensartede sygehusafdelinger. Undersøgelsen peger derfor på et behov for fleksibilitet i planlægningen, hvor målsætninger og intentioner bliver styrende frem for metoder.

1 Indledning

Faglig kvalitet er et velkendt begreb indenfor sygehusvæsenet for både læger og sygeplejersker. Disse faggrupper arbejder løbende med at skabe en god klinisk praksis, således at behandlingen og plejen udføres på et højt fagligt niveau. De sidste 10 år er der taget en række initiativer med henblik på at måle, sikre og udvikle kvaliteten i det danske sundhedsvæsen (Donabedian 1988; Kjærgaard et al. 2001). Den Gode Medicinske Afdeling (ff. DGMA) er et eksempel på et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt, hvor formulering af faglige kvalitetsmål (standarder) er udgangspunkt for en løbende vurdering af den faglige kvalitet på en stor del af landets internt medicinske afdelinger. Resultaterne viser stor variation i graden af kvalitetsmålenes opfyldelse mellem de deltagende sengeafsnit (Bonnievie et al. 2001; Den Gode Medicinske Afdeling 2002; Lorentzen et al. 2004).

Sideløbende med arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling pågår en række analyse-, udviklings- og evalueringsprojekter, der er rettet mod det danske sygehusvæsens organisation og ledelse. Disse projekter danner udgangspunkt for ændringer i sygehusenes struktur og arbejdsdelingen mellem forskellige enheder og faggrupper. En række studier viser desuden, at nogle sygehusafdelinger er kendetegnet af et godt samarbejde og arbejdsmiljø, mens andre i højere grad er kendetegnet af konflikter og organisatoriske problemer (Albæk 1994; Bentsen 2001; Borum & Bentsen 1999). Der kan således også i et vist omfang udpeges sengeafsnit, der synes at have bedre organisatoriske forhold end andre.

Arbejdet med organisations- og kvalitetsudvikling finder oftest sted som parallelle aktiviteter. Der mangler imidlertid viden om, hvorledes faglig kvalitet og organisatoriske forhold spiller sammen og henholdsvis understøtter og modarbejder hinanden. Denne rapport sætter fokus på denne dynamik ved at se på forholdet mellem organisation og faglig kvalitet i det danske sygehusvæsen.

Rapporten henvender sig primært til praktikere og planlæggere i sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med organisation, strategiudvikling, styring og ledelse af kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Rapporten henvender sig også til forskere, der har sygehusvæsenet som undersøgelsesfelt.

2 Formål og problemstilling

Formålet med nærværende undersøgelse er at beskrive samspillet mellem faglig kvalitet og organisatoriske forhold på internt medicinske afdelinger med udgangspunkt i medarbejder-, ledelses- og professionsperspektiver.

Teoretiske og empiriske analyser af de organisatoriske forhold på sygehuse peger på, at der gælder særlige forhold. Eksempelvis påpeger Mintzberg lægernes centrale placering i 'fagbureaukratiet' (Mintzberg 1983), Freidsons fremhæver de særlige forhold vedrørende inklusion og eksklusion, der gælder for professioner (Freidson 2001), og Ulrichsen og Eriksen analyserer de distinkte forskelle mellem fagkulturerne på et sygehus (Eriksen & Ulrichsen 1991).

Det antages i en stor del af litteraturen om udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet, at de organisatoriske forhold spiller en stor rolle for introduktion og anvendelse af metoder til gennemførelse af kvalitetsforbedringer.¹ Det må forudsættes, at relationen mellem klinisk kvalitet og organisatoriske forhold også udgør en del af medarbejderes og lederes billede af deres afdeling. Det, som undersøgelsen skal belyse, er således ikke, om der overhovedet er en relation, eller om den faglige kvalitet kan ses som et selvstændigt fænomen, der udelukkende er knyttet til en faglig identitet hos læger, sygeplejersker og andre fagpersoner i sygehusvæsenet. Udgangspunktet er derimod, at den faglige kvalitet eksisterer i de måder, som den udfolder sig, tolkes og transformeres i den daglige kliniske praksis, og at denne praksis består i sociale relationer mellem aktørerne inden for de organiseringsformer, som findes i og mellem specialer, professioner og hierarkiske niveauer i samspillet mellem patienter, praktikere og ledere. Skal man derfor undersøge og diskutere forholdet mellem faglig kvalitet og organiseringsform, skal der fokuseres på den sociale praksis i det daglige arbejde og samarbejde.

Dette leder til spørgsmålet om, **hvordan ledere og medarbejdere på hospitalsafdelingerne oplever og tolker forholdet mellem forbedring af den kliniske kvalitet og eksistensen af velfungerende organisatoriske forhold.** Dette samspil belyses ved at undersøge holdninger og erfaringer blandt ledere og medarbejdere på fire medicinske sengeafdelinger. De fire medicinske afdelingers involvering i DGMA² inddrages som et specifikt eksempel på et organisatorisk projekt, der afspejler afdelingernes kompetence med hensyn til at adoptere og tilpasse sig et landsdækkende initiativ, der skal forbedre den kliniske kvalitet.

¹ Denne litteratur gennemgås tematisk i afsnit 3.1.1.

² Formålet med og opbygningen af DGMA uddybes yderligere i afsnit 3.3.

DGMA-projektet er et eksternt og centraliseret initiativ, der er baseret på definition og udbredelse af et antal standarder for aktiviteten på de medvirkende sygehusafsnit. Kvalitetsstandarderne tager udgangspunkt i standarder opstillet af Dansk Selskab for Intern Medicin (Gjørup et al. 1996). De anvendte standarder har overvejende generel, processuel karakter, idet standarderne omhandler forløbet af generelle procedurer, som forventes at forekomme på alle medicinske afdelinger, mens specifikke og resultatorienterede kvalitetsstandarder kun anvendes i begrænset omfang. Der er således fællestræk mellem DGMA's kvalitetsstandarder og fx den akkreditering, som har fundet anvendelse i H:S. I begge tilfælde er det hensigten, at opstramningen på gennemførelse af procedurer som fx vejning af patienter, vurdering af ernæringstilstand og overholdelse af krav til epikrisers indhold, vil slå igennem i reelle kvalitetsforbedringer med forbedret behandling og pleje af patienterne.

Udgangspunktet for vores undersøgelse er, at der er en stærk relation mellem de to fænomener faglig kvalitet og organisering, men at det er uklart hvorledes relationen udspiller sig - det er med andre ord samspillet mellem stærkt forbundne fænomener, der skal diskuteres, med afsæt i de interviewede lederes og medarbejderes erfaringer med arbejdet på deres afdelinger generelt, og erfaringerne med DGMA specifikt. At tilvejebringe og formidle en forståelse af dette samspil kan forhåbentligt bidrage til, at ressourcer anvendt på forbedringen af den kliniske kvalitet på sygehusene anvendes rigtigt. I en sektor, der er præget af professionsbevidste medarbejdergrupper, kan det forventes, at initiativer, som er rettet mod forbedringer af den sundhedsfaglige kvalitet og kerneydelserne i arbejdsindsatsen, vil blive vurderet nøje, før ledere og medarbejdere investerer tid i at integrere sådanne initiativer i den kliniske hverdag. Det er derfor hensigtsmæssigt, at forslag til nye initiativer overvejes ud fra et medarbejder- og herunder ikke mindst et professionsorienteret perspektiv, der afvejer satsningen på nye initiativer med muligheden for, at initiativet kan introduceres og integreres i den daglige kliniske praksis.

Det er antagelsen i undersøgelsen, at ledere og medarbejdere på sygehusene i stort omfang forbinder god faglig kvalitet med deres profession og dennes opfattelse af god klinisk praksis. Faggrupperne har derfor forskellige perspektiver på kvalitet, og har forskellige udgangspunkter i deres vurdering af, hvad god kvalitet er, og hvordan den opnås. Det er endvidere antagelsen, at de enkelte faggrupper forbinder det tværfaglige samarbejde med opnåelse af god faglig kvalitet, på grund af de store tværfaglige kontaktflader i det daglige arbejde på en sygehusafdeling. Opnåelse af god faglig kvalitet på sygehusene ses derfor i stort omfang som noget, som fx læger og sygeplejersker opstiller hver for sig i kraft af, at de netop tilhører fx gruppen af kardiologiske læger eller lungemedicinske sygeplejersker. Den faglige kvalitet kan dog kun realiseres, hvis 'de andre' faggrupper udfylder deres faglige forpligtelse i arbejdsdelingen.

Samtidig antages det, at der kan eksistere en skelnen mellem en 'intern' praksis for kvalitet og 'eksterne' forståelser af og modeller for kvalitet. Den interne praksis for kvalitet har sit fokuspunkt i afdelingens eller afsnittets outcome, de vellykkede afsluttede patientforløb og oplevelsen af den daglige erfaringsbaserede aktivitet. De eksterne forståelser og modeller er heroverfor skabt ud fra et generelt, formaliseret og standardiseret grundlag, fx baseret på overholdelse af retningslinier opstillet på baggrund af viden fra randomiserede studier eller procesorienterede kvalitetsstandarder. En væsentlig problemstilling herunder består i, hvorledes disse to perspektiver kobles i en sammenhængende opfattelse af faglig kvalitet.

Modsat vores antagelse om den professionsdominerede opfattelse af faglig kvalitet antages det, at ledernes og medarbejdernes opfattelse af organisatorisk kvalitet har et bredt sigte, der rækker ud over den enkelte faggruppes eller det enkelte speciales grænser. Organisatorisk kvalitet er derfor associeret med en vellykket sammenbinding af aktiviteter på sygehusene og på de enkelte afdelinger og afsnit. Det antages, at den organisatoriske kvalitet derfor bl.a. ses som udtryk for den vellykkede og komplekse kombination af de forskellige professioners indsats, og dermed også af deres bestræbelser på at opnå god faglig kvalitet.

Ovenstående antagelser peger samlet set på en central problemstilling, nemlig hvordan en opfattelse af faglig kvalitet, der overvejende er knyttet til enkelte professioner, fungerer i samspil med en organisationsforståelse, som overvejende er knyttet til de tværgående og tværfaglige funktioner.

Undersøgelsens samlede problemstilling peger på et komplekst samspil mellem en opfattelse af faglig kvalitet knyttet til professioner, en opfattelse af organisation relateret til de fælles muligheder for realiseringen af den faglige kvalitet, og eksistensen af eksterne modeller for kvalitet såsom DGMA, der udspringer af et generaliseret og formaliseret abstraktionsniveau. Det er dette samspil, der skal belyses i denne rapport.

3 Baggrund

Der er forskellige måder at opfatte samspillet mellem faglig kvalitet og organisatorisk funktion på, og dette afspejles i litteraturen, som det vil fremgå nedenfor. Vi har valgt at præsentere nogle af de gennemgående træk og de generelle variationer i forståelsen af dette samspil for efterfølgende at præsentere vores eget analytiske udgangspunkt.

Der er gennemført en litteratursøgning³ med henblik på at søge problemstillingen faglig kvalitet – organisation – sundhedsvæsen belyst, og det har været nødvendigt at foretage en prioriteret udvælgelse, da en bred søgning på temaet resulterer i et meget stort antal referencer. Der er overvejende lagt vægt på at identificere tekster med et analytisk og/eller modelorienteret indhold, med henblik på at tydeliggøre den teoretiske tilgang til emnet, og herudover at finde tekster med et konkret evaluerende og/eller udviklingsorienteret indhold, som har en velbeskrevet forståelse af den nævnte problemstilling.

3.1 Begreber relateret til kvalitet og organisation

Samspillet – eller relationen – mellem forbedringen af den faglige kvalitet i sundhedsvæsenet, og de organisatoriske forudsætninger for at opnå disse forbedringer, har været et centralt emne i litteraturen over en årrække, således som det fremgår af den refererede litteratur i det efterfølgende. Gennemgangen af kilderne peger på, at der kan identificeres forskellige mere eller mindre eksplicite perspektiver på, hvorledes en organisation skal fungere for at danne baggrund for udviklingen af god faglig kvalitet, herunder at organisationen skal have en effektiv ledelse, har kapacitet og kompetence til organisatorisk læring mv.

Der er blevet peget på en kobling mellem udvikling af kvaliteten af sundhedsvæsenets organisationers kliniske arbejde og resultater på den ene side, og organisationernes kvalitet i sig selv forstået som kompetencer, ledelse, kultur etc. på den anden side. Temaet har været centralt i udviklingen af metoder til kvalitetsforbedringer i industrien, og dette er søgt overført til forholdene i sundhedsvæsenet.

³ I DSI-Bib databasen (bøger og artikler) er der søgt på emneordene 'sygehus/sygehusvæsen' og 'kvalitet/kvalitetssikring' og 'organisation', der er desuden søgt på 'sygehusledelse' og 'kvalitet'. Denne søgning gav kun få referencer med relevans for emnet. Som supplement er der derfor søgt i Medline (artikler 1999 - 2004) med følgende søgeord:

1. Quality-Assurance-Health-Care/all AND Organizational-Innovation/all AND Attitude-of-Health-Personnel: af 118 referencer er 27 udvalgt
2. Hospitals-/organisation-and-administration AND Total-Quality-Management: af 108 referencer er 5 udvalgt.
3. Desuden afgrænsedes søgning 2 til kun at omhandle: Physician-Nurse-Relations/all: 2 ref. Dette er suppleret med en mindre manuel søgning i referencelister fra de fundne referencer. Desuden er der søgt separat i tidsskriftet 'Quality in Health Care'.

Således har Berwick, Gordfrey & Rossner beskrevet et forsøg i USA sidst i 1980'erne på at introducere industriens kvalitetsmetoder i sygehusvæsenet – herunder anvendelsen af teams. De organisatoriske forhold spiller ligeledes en stor rolle i forbindelse med Total Quality Management – TQM – der på dansk ofte kaldes 'total kvalitetsledelse' (Berwick et al. 1990). Gaucher og Coffey peger på, at udviklingen af teamarbejdet er særlig relevant i sundhedsvæsenet (Gaucher & Coffey 1993). Hugh Koch's præsentation af Total Quality Management fokuserer på muligheden for konkret anvendelse af dette begreb i sygehusvæsenet i UK, herunder dannelse af Quality Teams. Koch udgav i 1991 og 1992 to værker om Total Quality Management i sundhedsvæsenet, der forsøgte at overføre ideerne fra USA og anvendelse af TQM i sygehusvæsenet til britiske forhold (Koch 1991; Koch 1992). McLaughlin & Kaluzny peger desuden på nogle centrale karakteristika ved Continuous Quality Improvement – CQI – og til disse hører, at klinikere og ledere bemyndiges og sættes i stand til at analysere og forbedre processerne (patientforløb, kommunikationsprocesser etc.) (McLaughlin & Kaluzny 1994).

Behovet for at inddrage organisatoriske forhold i arbejdet med forbedring af den kliniske kvalitet er også indgået i en række danske initiativer som fx i Sundhedsstyrelsens udmeldinger på området. Sammen med Sundhedsstyrelsen peger Sundhedsministeriet i den nationale strategi for kvalitetsudvikling fra 1993 på kvalitetsudvikling af de organisatoriske forhold: *"Kvalitet fordrer samarbejde mellem alle involverede personalegrupper, på tværs af afdelinger og sektorer."* (Sundhedsstyrelsen 1993:6), og i strategien for 2002 påpeges følgende: *"En nødvendig og grundlæggende forudsætning for at sikre en kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er knyttet til organisation og den kultur, der præger den enkelte sygehusafdeling, hjemmeplejeenhed eller lægepraksis."* (Sundhedsstyrelsen 2002:8).

3.1.1 Perspektiver på samspillet mellem kvalitet og organisation

I en stor del af den fundne litteratur, der beskæftiger sig med samspillet mellem faglig kvalitet og organisation i sundhedsvæsenet, er der forskellige perspektiver på spil, og således forskellige måder, hvorpå arbejdet med kvalitet gribes an. Nedenfor gives et tentativt oprids af nogle af de væsentlige perspektiver på forholdet mellem faglig kvalitet og organisation, som litteraturen byder på. De enkelte artikler rummer ofte flere af de nedenfor præsenterede perspektiver, hvorfor nogle artikler refereres et par gange.

Modelperspektiv. Flere tekster beskæftiger sig med koblingen mellem faglig kvalitet og organisation ud fra et modelperspektiv, hvilket vil sige, at der tages udgangspunkt i en bestemt forståelse af sammenhæng, hvorefter der kan stilles forslag til gennemførelse af organisationsbaserede kvalitetsforbedringer. Italesættelsen af henholdsvis faglig kvalitet og organisation ud fra et modelperspektiv kan fremstille fænomenerne som adskilte størrelser eller

adskilte variable, der påvirker hinanden – ofte i et årsag-/virkningsforhold, hvor organisationsforandringer er årsag til – eller i hvert fald forudgående forudsætning for kvalitetsforbedringer.

Dette er eksempelvis tilfældet i en model for organisatoriske indvirkninger på kvaliteten af patientbehandling (West 2001). Modellen består af henholdsvis *uafhængige variable* (organisatoriske strukturer, organisatoriske processer og miljø) *intervenierende variable* (jobtilfredshed, sygdom og fravær blandt personalet), *kontrolvariable* (sygehus-, patient- og arbejds karakteristika, socioøkonomiske faktorer og økonomiske variable) og endelig indikatorer for kvaliteten af plejen som *afhængig variabel* (kliniske indikatorer, utilsigtede hændelser, komplikationer samt patienters og personalets erfaringer).

Et andet bidrag søger ligeledes at rumme en række aspekter, der samlet skal give et overblik over planlægningen af en udviklingsproces. I en præsentation af en model kaldet 'The Discipline of Improvement' søges aspekter omkring både kultur, læring, ledelse, teamwork, struktur mv. inddraget (Clarke et al. 2004). Dette resulterer imidlertid i etableringen af en meget kompleks model.

I en artikel om system integration præsenterer Lukas et al. et scorecard for en række organisatoriske karakteristika, der skal søges optimeret for, at en sundhedsorganisation med ansvar for samlede patientforløb kan levere det sammenhængende/integrerede patientforløb med høj kvalitet (Lukas et al. 2002). Pointen er, at det ikke er tilstrækkeligt for opnåelse af en god kvalitet, at der er etableret strukturer og beskrevet processer, der skal følges i organisationen, men at det er nødvendigt at foretage løbende målinger på en række organisatoriske parametre, for at optimere organisationens funktion. Målingerne skal indikere 9 centrale organisatoriske forhold, herunder ledelsesforhold, samarbejde blandt medarbejderne, koordinering i det kliniske arbejde, deling af visioner, systematisk arbejde med kvalitetsforbedringer etc. Indikatorerne afspejler en bred organisationsforståelse, der gør opnåelse af faglig kvalitet afhængig af flere organisatoriske variable. Modellen er således bredt orienteret mod organisationen som kompleks kontekst for opnåelse af faglig kvalitet.

Andre beskæftiger sig med samlede forandringsstrategier og modeller i sundhedsvæsenet og deres organisatoriske forudsætninger. Erfaringer fra arbejdet med Total Quality Management peger på begrænset effekt, og der peges i stedet på Reengineering (Locock 2003). Det konkluderes, at de fleste initiativer til kvalitetsforbedring kun lykkes delvis,⁴ og at erfaringer fra anvendelsen af begge metoder har vist, at forhold som fx klinisk medejerskab (clinical ownership) i teams, overskuelighed i forandringsprojekter, tid-

⁴ Artiklen handler om britiske forhold under NHS.

lige resultater i projekter og senior ledelse er væsentlige for opnåelse af de ønskede resultater. Modellernes succes i sundhedsorganisationer ses således som afhængig af en bred vifte af organisatoriske forhold og karakteristika.

Anvendelsen over en årrække af en samlet model for kvalitetsforbedringer er beskrevet i en artikel om erfaringerne fra seks norske sygehuse med Total Quality Management, i denne projektsammenhæng redefineret til Integrated Quality Development (IQD) (Øvretveit 2001). Den samlede erfaring peger på, at det er nødvendigt at give mulighed og tid for en tilpasning af modellen til de lokale forhold og til de særlige forhold i et offentligt sundhedsvæsen.⁵ Der peges på, at det er nødvendigt at integrere en lang række forhold og aktiviteter med henblik på at introducere og anvende et udviklingskoncept som TQM, herunder anerkendelse af eksisterende aktiviteter og initiativer, mulighed for samarbejde om udvikling, mulighed for træning og læring, mulighed for fleksibilitet i gennemførelsen af udvikling etc. Der lægges særlig vægt på behovet for tilpasning af medarbejdernes indbyrdes professionelle roller og af ledelsesrollerne, og der peges på en omfattende række af aktiviteter, som ifølge erfaringerne i projektet skal indgå i udviklingen af organisationen for at opnå forbedret kvalitet.

Ledelsesperspektiv. Samspillet mellem faglig kvalitet og organisation relateres ofte til et ledelsesperspektiv, der som ovenfor er forankret i en sammenhængende model, eller på anden vis indgår i projekter mv., der gennem organisatoriske ændringer skal styrke mulighederne for at yde god faglig kvalitet. Litteraturen fokuserer primært på forandringsprocesser og begreber som 'forandringsledelse' (Bennett 2003; Cohen et al. 2003; Forthman et al. 2003; Garside 1998; Narine & Persaud 2003; Nichols 2001; Silversin & Kornacki 2003). Det fremherskende perspektiv er her, at organisatoriske forhold kan medvirke til at facilitere udøvelsen af god faglig kvalitet, og ud fra et ledelsesperspektiv er det således centralt, at de ændringer, som ledelsen gennemfører, resulterer i sådanne faciliterende organisatoriske forhold. Der er dog også synspunkter på, at for massive ledelsesmæssige initiativer kan påvirke udviklingen af kvalitet i negativ retning. En enkelt artikel diskuterer, om de organisatoriske forandringer, som indføres i den faglige kvalitets navn, fjerner fokus fra det kliniske arbejde og de eksisterende positive rutiner, og dermed kan have en ugunstig indvirkning på den faglige kvalitet (McKee et al. 1998). Samlet set er det karakteristisk, at organisation her ansues som en størrelse, der kan forandres ved topstyring.

Læringsperspektiv. Det fokus på forandring, som er udgangspunktet i de ovenfor refererede artikler, er på forskellig måde videre knyttet til et lærings-

⁵ Øvretveit beskriver det med disse ord: "(...) *quality systems need to be adapted to the special circumstances of public health care*" (Øvretveit 2001:125).

perspektiv – et perspektiv, der repræsenterer en yderligere dimension i samspillet mellem organisation og faglig kvalitet. Forandring er ofte forbundet med en læringsproces, ligesom læring⁶ kan siges at udgøre en forandringsproces i sig selv (Garside 1998). Forandringsledelse i en organisation handler således også om at styre læringsprocesser. 'Den lærende organisation' er ofte et begreb, der kobles til faglig kvalitet. Hvis sygehuse er lærende organisationer, vurderes de at være bedre i stand til at tage ved lære af de fejl og mangler, der viser sig i udførelsen af opgaver samt i de systemer og protokoller, som anvendes i behandlingen indenfor sygehusvæsenet. Herved kan den faglige kvalitet højnes og udvikles (Wilkinson et al. 2004). En anden artikel beskriver interprofessionel læring⁷ som et værktøj til at skabe bedre faglig kvalitet. Denne form for læring menes at kunne medvirke til at modificere holdninger og ændre sundhedsprofessionelles adfærd, hvilket kan føre til en ændret organisatorisk praksis til gavn for patienterne (McPherson et al. 2001). Læring anskues således som et forandringsredskab, der kan medvirke til at omforme organisationer til gavn for den faglige kvalitet.

Implementeringsperspektiv. Et tredje perspektiv fokuserer på problematikker i forbindelse med at implementere kvalitetsmodeller. Implementering beskrives oftest ud fra et ledelses- eller topstyringsperspektiv, hvorfor implementeringsprocessen sætter organisatoriske forhold på dagsordenen i form af medarbejdernes og andres barrierer mod indførelsen af en given kvalitetsmodel. Eksempelvis fremhæves skepsis og modstand blandt personalet samt sociale forhold, organisatoriske procedurer og strukturer som mulige barrierer i en implementeringsproces (Gollop et al. 2004; van Bokhoven et al. 2003). Artikler, der omhandler implementeringen af evidensbaseret pleje og behandling, rejser nogle af de samme problematikker. Bl.a. beskrives vigtigheden af at undersøge lokale barrierer og drivkræfter samt forstå professionelle og organisationers forandringsadfærd for at kunne implementere en evidensbaseret praksis (Grimshaw & Eccles 2004; Grol & Wensing 2004). Ligeledes vurderes den sociale kontekst at have afgørende betydning for udfaldet af interventioner designet til at implementere evidensbaseret praksis (Angus et al. 2003). Organisatorisk forankring og lokalt ejerskab fremhæves endvidere som en afgørende faktor for implementeringen af kvalitetsindikatorer, evidensbaserede vejledninger og forandringer i det hele taget (Ballard 2003; Grol 2001; Locock 2003; Robinson & Turnbull 2004). I et implementeringsperspektiv indgår organisatoriske forhold således som faktorer, der giver mod- eller medspil i processen frem mod bedre faglig kvalitet. Der er dog forholdsvis stor variation i, hvilke organisatoriske forhold der fremhæves.

⁶ .. som fx i 'Den lærende organisation' set som samlet udviklingsmodel.

⁷ Interprofessionel læring omfatter, når sundhedsprofessionelle lærer sammen, lærer af hinanden og lærer om hinandens roller m.h.p. at facilitere samarbejdet (McPherson et al. 2001).

Arbejdsorganisering. En yderligere kobling mellem faglig kvalitet og organisation fokuserer på arbejdsorganisatoriske forhold. Dette relaterer sig naturligvis til andre forhold, som fx læringsperspektivet og implementeringsperspektivet. I en række artikler tillægges et godt samarbejde konstitueret i teams således afgørende betydning for kvaliteten. Den førnævnte artikel om interprofessionel læring rummer også dette perspektiv, da den omtalte læringsform menes at øge sundhedsprofessionelles evne til at samarbejde mere effektivt og udforme velfungerende teams, der bidrager til bedre kvalitet i behandlingen (McPherson et al. 2001). I andre artikler indgår teams som en strategi til at gennemføre ændringer i en organisation, fordi teams menes at have potentiale til at gennemføre ændringer og nedbryde organisatoriske barrierer for forbedringen af kvalitet (Berwick 2003; Feifer et al. 2003; Wilson et al. 2003). Indenfor dette perspektiv ansues organisation som en konstitueret arbejdspraksis, og organisationen søges således ændret ved at indføre nye arbejdspraksisser.

Organisationskultur. Et særligt perspektiv, der ligeledes relaterer sig stærkt til en del af de øvrige beskrevne perspektiver, beskriver organisationskulturen som en afgørende faktor for organisationers evne til at performe og konkurrere. Eksempelvis anses en ændring af patientsikkerhedskulturen – forstået som normer og traditioner for udvekslingen af information omkring fejl og problemer – som væsentlig for at forbedre kvaliteten (Cohen et al. 2003). Et lignende kulturperspektiv findes i praktiseringen af 'Clinical Governance'⁸ – her lægges der vægt på at skabe en åben og ærlig kultur, hvor der ikke fokuseres på skyld i håndteringen af fejl, m.h.p. at opnå og opretholde kvalitet i behandlingen (Hittinger & Fielding 2004; Wilkinson et al. 2004). Gennemførelsen af forandringer knyttes generelt til ændringer af en given kultur – forstået som normer, værdier, adfærd og politikker. Hvis forandringer skal indføres må kulturen ændres til at være mere lærings- og forandringsorienteret (Garside 1998). Samlet set betragtes kultur som noget organisationen *har*, hvorfor det er muligt at skabe, ændre og styre den m.h.p. at opnå bedre faglig kvalitet (Davies et al. 2000).

Det er gennemgående for de refererede perspektiver, at der ses en tæt sammenkobling mellem organisatorisk funktion og udviklingen af kvaliteten af det kliniske arbejde/sundhedsvæsenets ydelser, hvad enten de organisatoriske forhold i et eller andet omfang beskrives som en fremmede eller hæmmende faktor for faglig kvalitet og kvalitetsudvikling. Perspektiverne tager forskellige udgangspunkter i analysen og beskrivelsen af, hvad der er væsentligst for forholdet mellem de to fænomener organisation og kvalitet, hvilket kan ses som udtryk for en subjektiv tolkning af forholdet.

⁸ 'Clinical Governance' betyder direkte oversat 'klinisk lederskab'. Begrebet stammer fra Storbritanniens sundhedsvæsen NHS, og er et instrument til at sikre kvalitet i klinisk behandling ved at gøre individer ansvarlige for at fastsætte, opretholde og monitorere standarder (Sundhedsstyrelsen 2000).

Nogle efterlyser konkret viden om, hvilke elementer af de organisatoriske forhold, der har en reel indflydelse på den faglige kvalitet (Grol et al. 2002). Ses der bredt på de refererede artikler fremgår det, at der tilsyneladende kan være mange relevante organisatoriske forhold, som relaterer sig til udviklingen af den faglige kvalitet. Hertil kommer, at de præsenterede perspektiver sandsynligvis ikke er udtømmende, men giver et indblik i den variation, der eksisterer i måder, hvorpå sammenhængen mellem faglig kvalitet og organisation kan anskues. Litteraturen understøtter imidlertid en central pointe i denne undersøgelse, nemlig at organisering er stærkt relateret til – og forudsætning for – udviklingen af faglig kvalitet.

Ambitionen med nærværende undersøgelse er ikke at præsentere en færdig model for, hvordan organisatoriske forhold spiller ind på den faglige kvalitet på danske medicinske afdelinger. Derimod er det hensigten at skabe indsigt i og forståelse for medarbejders og leders perspektiver på, hvordan organisatoriske forhold har betydning for den faglige kvalitet med medicinske afdelinger som cases.

3.2 Forståelsesramme

I denne undersøgelse er det analytiske udgangspunkt valgt ud fra, hvilke forhold der blandt ledere og medarbejdere regnes som centrale for samspillet mellem organisatorisk funktion og faglig kvalitet. Det er valgt at belyse, hvordan opfattelserne af organisation og faglig kvalitet kommer til udtryk i 'praksisfællesskaberne' af medarbejdere og ledere i de undersøgte sengeafsnit, samt at belyse hvordan et udefra kommende forslag til arbejdet med kvalitetsudvikling anvendes og tolkes på sengeafsnittene. Samlet set er det en forståelsesramme, der anskuer organisation og faglig kvalitet som relationelt forbundne frem for at være forbundne i et årsags/virkningsforhold.

3.2.1 Kvalitet og organisation – et spørgsmål om læring, tolkning og transformation

I vores analyse vil fokus være på den eksisterende daglige praksis i de arbejds- og samarbejdsprocesser, der udgør baggrunden for den faglige kvalitet og den organisatoriske funktion. Der tages her udgangspunkt i holdninger og erfaringer hos medarbejdere og ledere på fire medicinske afdelinger.

Analysen vil konkret fokusere på holdninger/erfaringer vedrørende, hvad faglig kvalitet er, hvad en velfungerende organisation er kendetegnet ved, samt hvordan relationen udspiller sig mellem fænomenerne faglig kvalitet og organisatorisk funktion på de fire sengeafsnit. Analysen vil primært omhandle de generelle erfaringer på sengeafsnittene, hvor den organisatoriske funktion og/eller den faglige kvalitet er kommet i fokus for ledere og medarbejdere på de fire sengeafsnit. Der tages dog særligt afsæt i deltagelsen i DGMA-projektet som et konkret initiativ til forbedring af afsnittenes faglige kvalitet.

Som de mange enkeltstående kvalitetsprojekter,⁹ der er gennemført i det danske sygehusvæsen, peger på, kan den faglige kvalitet i høj grad ses som et resultat af lokale initiativer. Ud over kvalitetsprojekterne kan der peges på den omfattende og løbende overlevering af færdigheder og viden mellem de involverede fagpersoner – bl.a. fra de ældre læger/sygeplejersker til de yngre og på tværs af fagene. Set ud fra dette perspektiv hænger en stor del af den faglige kvalitet sammen med den sociale praksis i organisationen. Dette leder videre til overvejelser over, hvordan den organisatoriske funktion skabes og udvikles; den organisatoriske funktion forstås her generelt som kompetencen til og mulighederne for at løse problemer og opnå fornyelse som vej til opfyldelse af organisationens mål. Fokus falder derfor på, hvordan den sociale praksis på sygehusafdelingerne i arbejds- og samarbejdsprocesserne hænger sammen med mulighederne for udvikling af den faglige kvalitet.

De enkeltstående kvalitetsprojekter i sygehusvæsenet¹⁰ har ligeledes det til fælles, at de indkoopererer et eller flere udviklingsbegreber, som fx teamdannelse, Total Quality Management, Business Process Reengineering etc. – eller opstilling og anvendelse af standarder, som det ses i akkreditering og i DGMA. Erfaringer med udviklingen af den faglige kvalitet på de danske sygehuse peger på, at der på den ene side ofte anvendes enslydende terminologi, som fx 'kliniske retningslinier', ligesom det foregår inden for tilsyneladende ens overordnede rammer, som fx en amtslig kvalitetsstrategi. På den anden side er der forskellig praksis i det konkrete arbejde med udviklingen af den faglige kvalitet – udviklingen af faglig kvalitet foregår med andre ord uensartet. Dette forhold gør det relevant at fokusere på, hvorledes disse udviklingsbegreber anvendes som en del af den organisatoriske udvikling og som led i den faglige udvikling. Den eksterne inspiration eller påvirkning, som indarbejdes i udviklingen på sygehusafdelingerne, kommer til at udgøre en del af den daglige praksis, ligesom selve indarbejdelsen af eksterne påvirkninger i sig selv kan ses som en praksis. Den eksisterende praksis på sygehusafdelingerne vedrørende organisatorisk funktion og faglig kvalitet kan således også ses i sammenhæng med, hvordan eksterne kilder anvendes til at forstå og forny denne praksis.

Der er således behov for en analyseramme, der inkluderer de processer, der omfatter skabelsen af en organisatorisk praksis og faglig kvalitet gennem spillet mellem aktørerne i organisationen, samt de processer, der foreløber når eksterne påvirkninger anvendes i skabelsen af den samme praksis. Analysen af forholdet mellem kvalitet og organisation i denne undersøgelse tager derfor udgangspunkt i to forhold:

⁹ Dette udsagn er knyttet til arbejdet med en summarisk gennemgang af udviklingsprojekter i det danske sygehusvæsen, der indgår i en kommende DSI-rapport om samarbejde mellem faggrupper på sygehusene.

¹⁰ Se foregående note.

- Den daglige organisatoriske praksis som relationelt konstrueret og praktiseret i praksisfællesskaber. Lave og Wengers sociale praksisteori om situeret læring i praksisfællesskaber inddrages i beskrivelsen af dette perspektiv (Lave & Wenger 2003), idet faglig kvalitet og kvalitetsudvikling anskues som en del af en læringsproces.
- Den tolkning og transformation, som de organisatoriske aktører konstant foretager af den eksisterende praksis og af de idéer og forslag om nye organiseringsformer og ny praksis, som kommer til organisationen udefra som 'organisatoriske standarder'. Her inddrages Brunsson og Jacobssons neoinstitutionelle perspektiv på aktørers fortolkning og transformation af organisatoriske standarder (Brunsson & Jacobsson 2000).

Situeret læring og praksisfællesskaber

Situeret læring beskrives af Lave og Wenger som at: "læring er et integreret og uadskilleligt aspekt af social praksis" (Lave & Wenger 2003). Muligheden for at udvikle den faglige kvalitet i en læringsproces er dermed knyttet til de organisatoriske forhold som del af den sociale praksis i organisationen. Lave og Wenger definerer videre læring som deltagelse i praksisfællesskaber¹¹ med udgangspunkt i social praksisteori, der fokuserer på sammenhænge mellem aktør og omverden:

"En social praksisteori lægger kort sagt vægt på den gensidigt relationelle afhængighed mellem aktør og verden, virksomhed, mening, kognition, læring og indsigt. Den fremhæver, at mening forhandles socialt, og at personer i virksomheder tænker og handler interesseret, engageret." (Lave & Wenger 2003:46-47).

Denne anskuelse sætter fokus på at betragte udviklingen af kvalitet som en læringsproces, der relaterer sig til en velfungerende organisation i den forstand, at et karakteristika ved den velfungerende organisation netop består i medarbejdernes involvering og deltagelse i praksisfællesskaberne på fx et sengeafsnit på et sygehus.

Medlemskabet af praksisfællesskaber er centralt for Lave og Wengers forståelse af situeret læring. Aktørerne indgår i fællesskabet med forskellige interesser mv., men

"... deltagelse på mange niveauer er efter vores opfattelse forbundet med medlemskab i et praksisfællesskab. ... Det betyder deltagelse i et virksomhedssystem, hvor deltagerne har en fælles forståelse af, hvad de laver, og hvad det betyder i deres liv og for deres fællesskaber." (Lave & Wenger 2003:83).

¹¹ .. i modsætning til at se læring som det enkelte individs internalisering af viden på forskellige måder.

Fællesskabet for aktørerne kan således siges at konstituere organiseringen som en relationel konstruktion – der er ingen organisering uden en vis fælles forståelse af fællesskabets indhold og formål. Den kulturelle praksis i et praksisfællesskab med *"... sociale strukturer, dens magtrelationer og dens legitimitetsvilkår definerer mulighederne for læring."* (Lave & Wenger 2003:83), og således også mulighederne for at praktisere faglig kvalitet og udvikle den.

Wisborg peger i sin analyse af nye afdelingssygeplejerskers udvikling af arbejdsidentitet fra sygeplejerske til leder (Wisborg 2004) på Wengers operationalisering af praksisfællesskabets indhold (Wenger 1998). Herunder konstitueres et fællesskab af tre dimensioner i identiteten:

- *" Gensidig engagering; at opgaver løses sammen, og at der er relationer mellem mennesker,*
- *Et fælles fortagende/projekt; at fællesskabet deler ansvar og arbejder sammen om noget,*
- *Et delt repertoire; at der er artefakter, handlinger, værktøjer, historiske hændelser, der er særegne for fællesskabet*
(Wisborg 2004:71).

Greenwood og Hinings fremhæver nogle af de samme aspekter i deres beskrivelse af fortolkningstavler blandt en organisations medlemmer, herunder hvad der definerer organisationen som arbejdsfelt, samt hvordan arbejdet organiseres¹² (Greenwood & Hinings 1988). De bidrager imidlertid med en yderligere parameter for en organisations selvforståelse:

- Hvordan vil organisationen vurderes – hvad vil organisationen have målt sit outcome på? Dette vedrører valget af hensigtsmæssige kriterier for vurderingen af den organisatoriske præstation.
(Hinings & Greenwood 1988).

Analysen af lederes og medarbejderes holdninger til og erfaringer med henholdsvis organisatorisk funktion og udvikling af faglig kvalitet betragtes gennem Lave og Wengers praksisorienterede optik, som baseres på egenskaberne 'gensidig engagering', 'fælles foretagende/projekt' og 'et delt repertoire' suppleret med Greenwood og Hinings fokus på 'organisationens vurderingskriterier'. Således analyseres det subjektive fænomen 'organisatorisk funktion', forstået som et velfungerende praksisfællesskab, og dette føres videre i analysen af udviklingen af den faglige kvalitet, der ligeledes betragtes ud fra praksisfællesskabets tre dimensioner suppleret med vurderingsdimensionen.

¹² Greenwood og Hinings påpeger eksistensen af fortolkningstavler hos organisationens medlemmer som ud-tryk for ideer, overbevisninger og værdier i organisationen og/eller hos de organisatoriske aktører. Disse udgør samlet en forståelsesramme for organisationens medlemmer. Der kan eksistere flere fortolkningstavler inden for samme organisation med større eller mindre sammenfald (Greenwood & Hinings 1988).

Som et yderligere aspekt af Lave og Wenger's praksisorienterede optik inddrages et professionssociologisk perspektiv. Sygehusvæsenets medarbejdergrupper udgøres i høj grad af professioner, og disses professionstillørsforhold har stor indflydelse på identiteten af de praksisfællesskaber, som konstituerer sygehusvæsenet som organisation. Den medicinske profession kan siges at have en særlig position indenfor sygehusvæsenet og i samfundet generelt. Lægerne har traditionelt et professionsmonopol, da de udfører et arbejde, der er så specialiseret, at ingen andre kan udføre det, samtidig med at arbejdet kun vanskeligt kan standardiseres eller rationaliseres. Denne særlige position og autonomi er udviklet historisk med etableringen af specialiseret, formel uddannelse, eksklusiv kontrol af arbejdets udførelse kombineret med en anerkendelse fra samfundet af, at arbejdet kræver særlig viden og diskretion (Freidson 2001). I de fleste professionsanalyser ses plejegruppen ikke som en 'fuld' profession på lige fod med den medicinske, men betragtes i stedet som en 'semi-profession'. I forhold til professioner kan semi-professioner karakteriseres ved at have kortere uddannelse, mindre legitim status, at være mindre etablerede i fællesskaber samt at besidde mindre specialiseret viden og autonomi (Katz 1969). Disse professionssociologiske perspektiver inddrages i analyse m.h.p. at forklare, hvordan forskellige professionelle perspektiver spiller ind på konstitueringen af praksisfællesskaberne og deres identitet.

Tolkning og transformation

For at konkretisere analysen af forholdet mellem de eksterne idéer og inspirationskilder, som organisationen adopterer, benytter vi os af en forståelsesramme, der omfatter den faglige **identitet** hos ledere og medarbejdere i praksisfællesskaberne på sengeafsnittene, den **tolkning** de foretager af de eksisterende forhold og af de nye idéer og initiativer, samt den **transformation** som lederne og medarbejderne foretager som en udvikling af de eksisterende forhold gennem en hel eller delvis adoption (eller evt. forkastelse) af de nye initiativer og idéer.

Brunsson og Jacobsson beskæftiger sig specifikt med, hvordan tolknings- og transformationsprocesser foregår i organisationer, og deres perspektiver har forklaringskraft i forhold til den status, som udefrakommende ideer, der har opnået status af 'organisatoriske standarder' såsom DGMA, får i organisationers udvikling (Brunsson & Jacobsson 2000). Implementeringen af standarder foregår ifølge Brunsson og Jacobsen ikke direkte, men via en fortolkningsproces, der indbefatter to aspekter. For det første sker der en bevægelse fra tale til handling, hvor dét, standarder foreskriver, oversættes til dét, der faktisk gøres. For det andet sker der en bevægelse fra det generelle til det specifikke, hvor standardens generelle krav oversættes til den specifikke praksis, som den der følger standarden befinder sig i (Brunsson & Jacobsson 2000). Det betyder, at standarder tolkes af organisationens medlemmer – en fortolkningsproces der er med til at transformere det kon-

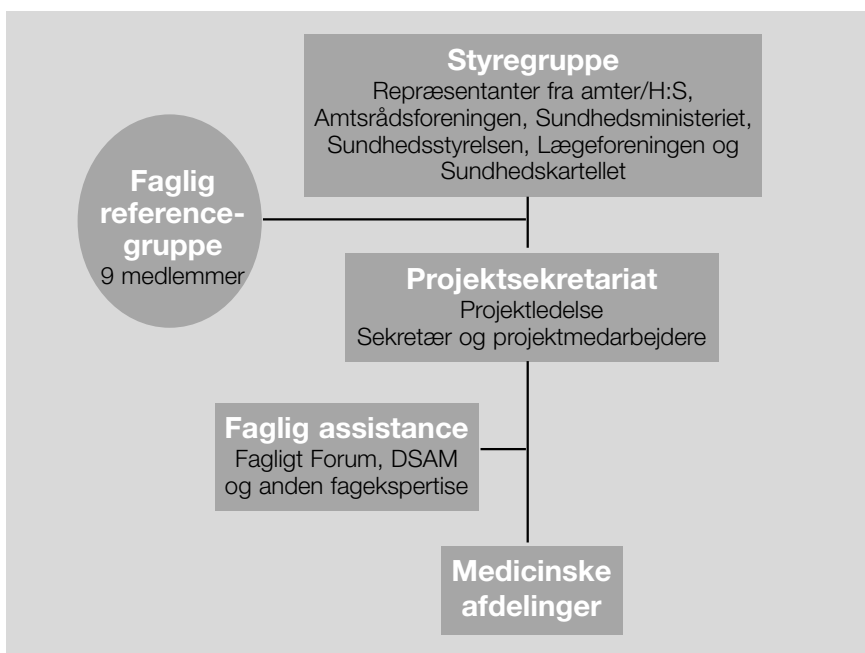
krete initiativ. Standarderne vil med andre ord ikke bare blive implementeret, men undergå stadige forandringer afhængig af de tolkninger og efterfølgende handlinger, organisationens medlemmer foretager.

Som beskrevet ovenfor tager en lang række af sygehusenes projektorienterede (og andre) initiativer på bl.a. kvalitetsområdet udgangspunkt i eksterne idéer og modeller, og disse kan forstås som 'organisatoriske standarder'. Sengeafsnittenes deltagelse i DGMA-projektet kan ses som et eksempel på adoptionen af en sådan standard, og på den efterfølgende tolkning og transformation af et eksternt kvalitetsinitiativ.

3.3 DGMA som kvalitetsinitiativ

DGMA indgår som et gennemgående eksempel i denne rapport. DGMA har gennemført tværsnitsundersøgelser af kvaliteten på en række medicinske afdelinger i Danmark siden år 2000, målt ud fra et antal kvalitetsstandarder.

DGMA har et selvstændigt projektsekretariat, med styregruppe og faglig referencegruppe som skitseret i figuren.¹³ Projektsekretariatet udgiver et nyhedsbrev samt rapporter fra tværsnitsundersøgelser og selvstændige supplerende undersøgelser. Der afholdes herudover årlige konferencer samt et antal arbejdskonferencer med DGMA-relateret indhold.



¹³ Denne organisationsplan er hentet fra DGMA's hjemmeside på Internettet d. 22. okt. 2004: <http://www.dgma.dk/>

Formålet med DGMA er at involvere landets medicinske afdelinger i en fælles klinisk kvalitetsudviklingsproces, ved at bibringe et objektivt grundlag, hvor ud fra medicinske afsnit kan bedømme deres egen kvalitet og identificere eventuelle kvalitetsmæssige problemer lokalt. Ud fra en registrering og analyse af udvalgte indikatorer synliggøres væsentlige dele af den faglige kvalitet af behandlingen på landets medicinske afdelinger (se bilag 1 for en oversigt over DGMA's indikatorer). Indikatorerne fokuserer på forhold, der betragtes som relevante for behandlingen af patienter på medicinske afdelinger på tværs af subspecialer og specifikke patientgrupper. De konkrete målinger af de enkelte indikatorer er baseret på dokumenterede oplysninger i journalmaterialet.¹⁴ DGMA gør opmærksom på, at de dokumenterede oplysninger ikke giver et fuldstændigt billede af afsnittenes faglige kvalitet, da det ikke er alle handlinger, der dokumenteres i journalen. Til gengæld fokuserer indikatorerne på forhold, som bør være dokumenteret i journalen (Den Gode Medicinske Afdeling 2004; Qvist & Rasmussen 2002).

DGMA's standarder og indikatorer er stort set alle potentielt handlingsanvisende, idet de søger at udpege en række aktiviteter, der burde finde sted ved alle indlæggelser på medicinske sengeafsnit. DGMA opfordrer endvidere de afdelinger, som har en lav grad af målopfyldelse, til at iværksætte en årsagsanalyse og diskutere eventuelle ændringer på området (Den Gode Medicinske Afdeling 2004).

¹⁴ Data genereres på baggrund af en retrospektiv gennemgang af journaler fra 50 udskrevne akut indlagte patienter på hver enkelt afdeling foretaget af en læge og en sygeplejerske. Disse data præsenteres årligt i tvær-snitsundersøgelser, som blev gennemført første gang i 2000/2001, og blev gentaget i 2001/2002 og 2003/2004 (Bonnevie et al. 2001; Den Gode Medicinske Afdeling 2002; Lorentzen et al. 2004).

4 Design og metode

Som udgangspunkt for belysningen af undersøgelsens hovedspørgsmål og problemstilling er der valgt et undersøgelsesdesign, hvor fire medicinske sengeafsnit undersøges og analyseres som særskilte cases (Pedersen 1999; Yin 1989), med hver sine forudsætninger for at håndtere problemer med den faglige kvalitet og de organisatoriske forhold. Den optimale metode til at belyse de nævnte problemstillinger – herunder håndteringen af den faglige kvalitet – vil være at gennemføre et følgestudie af den daglige praksis på de udvalgte afsnit over en længere periode. En sådan tilgang var for ressourcekrævende til at kunne ligge indenfor undersøgelsens økonomiske rammer. I stedet er der valgt et kvalificeret alternativ til dette, ved at gennemføre en tværsnitsundersøgelse som giver et øjebliksbillede af den praksis, der eksisterer på de ud-valgte medicinske afsnit.

Temaerne i undersøgelsen fokuserer på medarbejdernes opfattelse af faglig kvalitet, hvilket belyses ud fra de fagprofessionelles definition af god faglig praksis, samt hvordan de gennem forskellige handlinger og tiltag søger at opretholde denne praksis og udøve god faglig kvalitet. For det andet fokuserer temaerne på de organisatoriske kompetencer, dels inden for generelle emner som 'strukturelle omlægninger' og 'samarbejdsproblemer', og dels specifikt vedrørende håndteringen af kvalitetsarbejdet samt de kvalitetsproblemer, som DGMA's registreringer har udpeget.

4.1 Valg af cases – fire medicinske afsnit

I det oprindelige projektdesign udpegede DGMA på baggrund af sine kvalitetsmålinger 5 sengeafsnit med en høj kvalitetsscore og 5 sengeafsnit med en lav kvalitetsscore for den sammensatte indikator 'Stillingtagen til beskrevne problemstillinger' (se bilag 1). På disse sengeafsnit blev der indhentet oplysninger om økonomi, teknologi og personaleressourcer, således at det ville være muligt at udpege fire sammenlignelige sengeafsnit – to med en høj og to med en lav kvalitetsscore. Men efter en nærmere gennemgang af resultater fra DGMA-opgørelserne på udvalgte afsnit viste det sig, at DGMA-resultaterne på de enkelte afsnit ikke er entydige, men snarere varierer fra indikator til indikator. På baggrund heraf er det ikke hensigtsmæssigt at kategorisere sengeafsnit alene ud fra scoringer på enkelte indikatorer.

Der er i stedet udvalgt fire sengeafsnit betragtet som forskellige eksempler på sengeafsnit – eller cases om man vil – med divergerende DGMA-scoringer, med forskellige placeringer i landet og med en vis spredning i specialiseringsgrad og afdelingstype. Der er således udvalgt to afsnit på to større sygehuse i sjællandske amter, samt ét afsnit på hver af to mindre sygehuse i henholdsvis Fyns Amt og i et jysk amt. Se boks 1-4 for en nærmere beskrivelse af de fire udvalgte afsnit.

Boks 1

Afsnit A

Afsnit A er ét ud af to medicinske afsnit på en medicinsk afdeling. Afdelingen ligger på et mindre fynsk sygehus med ca. 110 senge, og udgør en mindre enhed i en større sygehussammenslutning. Afdelingen er en akut medicinsk modtageafdeling, og de to afsnit har tilsammen en bred medicinsk patientsammensætning med op til 200 forskellige diagnoser. Afsnit A har speciale i intern medicin og hovedvægten af afsnittets patienter har hjerte- og lungesygdomme. Mange af disse patienter er kronisk syge, og er derfor i vedvarende behandling.

Afsnittet består af 15 senge, hvoraf de 6 senge primært fungerer som modtagersenge. De 6 senge udgjorde oprindeligt en modtagefunktion, men sengene er nu mere eller mindre integrerede i hele afsnittet. Der har tidligere været 20 senge, men afsnittet blev på et tidspunkt skåret ned med 5 senge og noget personale, idet apopleksifunktionen er blevet flyttet til et større sygehus. Efter denne flytning er der blevet plads til et samtalerum og et møderum for personalet, men generelt er pladsen trang. Der er overvejende 2- og 3-sengsstuer, og det kan være vanskeligt overhovedet at komme ind på 3-sengsstuerne. Derudover er afsnittet placeret i gamle bygninger. I umiddelbar nærhed af afsnittet er placeret en kombineret medicinsk-kirurgisk intensivafdeling, som primært anvendes til hjertepatienter med overhængende AMI og/eller arytmi.

Den lægelige normering på afdelingen har timeglasstruktur bestående af 7 erfarne overlæger, en 1. reservelæge og 9 reservelæger, som er i begyndelsen af deres turnusperiode. I efteråret 2002 var alle normerede lægestillinger besat. Der er hverken afdelingslæger eller vagtbærende overlæger ansat, men til gengæld har overlægerne bagvagt fra eget hjem. Hvad angår sygeplejerskerne var 3 af de normerede 10,5 stillinger på afsnittet ikke besat, hvorimod de 10 normerede social- og sundhedsassistenter/sygehjælperstillinger var fuldt besat. Plejepersonalet er opdelt i to plejegrupper, som hver har en gruppeleder. Denne gruppeleder går stuegang med lægen. Til afsnittet er der desuden knyttet et fast sekretærkorps.

Boks 2

Afsnit B

Afsnit B indgår i én ud af to medicinske afdelinger på et sjællandsk centralsygehus med ca. 630 senge. Den afdeling, som afsnittet er en del af, består samlet set af 5 sengeafsnit, 1 dagafsnit og 2 ambulatorier. Afsnit B har speciale indenfor intern medicin og endokrinologi, og udover almene interne medicinske patienter udgør diabetikere en stor del af afsnittets patientgruppe. I den forbindelse oplærer afsnittet nye diabetikere i forhold til at tage insulin mv. 80-90% af afsnittets patienter behandles ambulant.

Afsnittet består af 36 senge, som organisatorisk er delt op på 2 team-enheder á 18 senge. Til afsnittet er tilknyttet et dagafsnit med 12 deldøgnspladser, et ambulatorium samt et akut observationsafsnit med 24 senge, hvoraf hele afdelingen i gennemsnit bruger 7 senge.

På afdelingen har den lægelige normering timeglas-struktur. Der er ansat 15 overlæger, én 1. reservelæge og 12 reservelæger. Vagtdækningen er organiseret med en forvagt og en bagvagt, der dækker alle afsnit på afdelingen. Afsnittet har 30 fastansatte plejepersonaler, hvoraf lidt over halvdelen er sygeplejersker, og resten er social- og sundhedsassistenter. Mange af social- og sundhedsassistenterne har tidligere været sygehjælpere på afsnittet, og er blevet opskolet til social- og sundhedsassistenter. De har således været på afsnittet i mange år. Mange af sygeplejerskerne har i modsætning hertil kortere anciennitet. Udover det fastansatte personale er der tillige omkring 8 såkaldte 'uproduktive hvide kitler', primært elever, som kun i begrænset omfang varetager arbejdsopgaver. Derudover er der 2 sekretærer fast tilknyttet afsnittet, hvoraf den ene er på halv tid. Den forholdsvis begrænsede normering gør - som det vil fremgå af den kommende analyse - sekretærgruppen sårbar overfor fravær.

Den daglige opgaveløsning i afsnittet har i 3-4 år været organiseret i 2 teams, som omfatter plejepersonale og læger, heraf to overlæger og et antal reservelæger. Hver morgen afholdes der teammøder med obligatorisk fremmøde, hvor der koordineres og udveksles information i forhold til hver enkelt patient. Efter en fælles journalgennemgang går henholdsvis en læge og en sygeplejerske/social- og sundhedsassistent fra det enkelte team fælles stuegang. Så vidt det er muligt, ser patienten det samme personale under indlæggelsen. Fx er stuegangen delt op på flere repræsentanter fra plejepersonalet, der hver er ansvarlig for 2-3 sengestuer. Endvidere er der for nyligt indført fælles medicinordinationsskema. Som det vil fremgå af analysen har det medført nogle problemer på den vis at ændre registreringen af medicinordinationerne.

Boks 3

Afsnit C

Afsnittet indgår i en større medicinsk afdeling på et sjællandsk sygehus med ca. 300 senge. Afdelingen består samlet set af 5 sengeafsnit, 1 dagafsnit og 1 ambulatorium. Et af sengeafsnittene er et akut visitationsafsnit (AVA), hvor hovedparten af de akutte patienter indlægges og evt. overføres til et af de øvrige afsnit. Patienter med kardiologiske symptomer indlægges dog direkte på afsnit C, der består af 18 senge fordelt på 8 sengestuer.

Afsnit C tager sig primært af hjertepatienter, hvoraf ca. halvdelen indlægges med akut coronare sygdomme, og op mod 30% indlægges med enten arytmier eller hjerterinsufficiens. Resten af afsnittets patientgruppe kan indføres under blandet kardiologi og intern medicin. Udover behandling af afsnittets forskellige patientgrupper udføres der arbejds-ekg'er og ekkokardiografier på afsnittet, ligesom afsnittet står for rehabilitering af hjertepatienter i form af sygeplejesamtaler.

Den daglige ledelse af afsnittet varetages af en ledergruppe bestående af en afdelingslæge og en afdelingssygeplejerske. Denne afsnitsledelse har ikke selvstændigt budgetansvar, men er medansvarlig i forhold til plejepersonaleforbrug og vareforbrug.

Den lægelige normering på afdelingen har timeglasstruktur bestående af 16 overlæger, 1 afdelingslæge, 4 1. reservelæger og 14 reservelæger. Vagtdækningen består i dagtimerne af en 1. reservelæge og en overlæge, og i aften-/nattevagter af en 1. reservelæge og en overlæge i tilkaldsvagt. På selve afsnittet er plejepersonalet normeret til 17,5 sygeplejersker og 2,5 social- og sundhedsassistenter. Derudover er der ansat en sekretær på deltid.

Der er tildelt patientpleje på afsnittet, således at hver patient er tildelt en primærsygeplejerske. Det er denne sygeplejerske, der - så vidt det er muligt - går stuegang med den pågældende læge. Stuegangen er desuden tilrettelagt således, at den mindst hver anden dag afvikles af en speciallæge. Lægerne og sygeplejerskerne har desuden haft fælles medicinordinationsskema i en årrække.

Boks 4

Afsnit D

Afdeling D er delt op i to afsnit henholdsvis D1 og D2, som er en del af en medicinsk afdeling på et mindre sygehus i Jylland med lidt over 100 senge. På undersøgelsestidspunktet havde D1 og D2 henholdsvis 30 og 22 senge fordelt på i alt 22 sengestuer. De to afsnit deler kontorfaciliteter, og til afsnit D2 er tilknyttet et dagafsnit med plads til 8 patienter.

De to afsnit tager sig af alle internmedicinske patienter, hvoraf hovedparten har kredsløbssygdomme, ca. 20% har åndedrætsproblemer, mens de resterende hovedsageligt er indlagt med endokrinologiske sygdomme eller fordøjelsesproblemer. Alle patienter modtages direkte i afdelingen - herunder også akutte apopleksipatienter. Som en særlig funktion foretager afsnittene overvågning og monitorering af kardiologiske patienter.

Til hvert afsnit er tilknyttet en afdelingssygeplejerske, som står for den daglige ledelse af afsnittene. De to afdelingssygeplejersker indgår sammen med én overlæge i en arbejdsgruppe, der løbende aftaler tiltag for det kliniske arbejde i afsnittene.

På afdelingen er der en udpræget 'timeglasstruktur' blandt lægerne. Det vil sige at lægerne hovedsagelig fordeler sig i to grupper, bestående af dels en fast overlægegruppe på 5¹⁵ og dels en gruppe på 7 yngre læger, hvoraf de fleste var relativt nyuddannede. Af de 7 reservelæger var 4 i turnus, 1 i en introduktionsstilling og 2 i blokstillinger. Der var kun en enkelt 1. reservelæge, som var i en kursusstilling til almen medicin. Vagtdækningen er delt op i to vagtlag: de 7 reservelæger danner forvagt, og de 5 overlæger og 1. reservelægen indgår i bagvagtslaget. Undertiden suppleres bagvagtslaget med løse vikarer.

På de to afsnit er der 28 sygeplejersker, med én ubesat stilling pr. 1/1-02. Derudover er der 16 social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere, 7 sygeplejestuderende¹⁶ og 6 social- og sundhedsassistentelever. Plejegruppen er delt op i 5 grupper med 2 grupper på D1 og 3 grupper på D2. Disse grupper har hver især ansvaret for bestemte patientgrupper, og med tiden er det tanken, at disse grupper skal specialiseres. Udover plejepersonalet er der tilknyttet en sekretær til de to afsnit.

Selve stuegangen er organiseret anderledes end vanligt, herunder sammenlignet med de tre andre afsnit i DS's undersøgelse, idet sygeplejerskerne og lægerne går separat stuegang. Efter stuegangen samles de og koordinerer forhold omkring patientbehandlingen. Som det også er tilfældet for sygeplejerskerne tilstræbes det, at den samme læge følger den enkelte patient. Derudover er det hensigten, at patienterne skal ses af en speciallæge på stuegang mindst to gange ugentlig. Dette kan til tider dog være vanskeligt, da det hænder, at nogle af afdelingens speciallæger disponerer til anden side på tværs af den udarbejdede vagtplan.

Der anvendes fælles medicinordinationsskema, som - i kraft af den opdelte stuegang - fungerer som et særligt vigtigt kommunikationsredskab mellem lægerne og sygeplejerskerne. Informationer om patienten i øvrigt nedfældes stadig i henholdsvis patientjournalen og sygeplejejournalen. Disse forventes først samlet med indførelsen af elektroniske patientjournaler, som med tiden forventes indført på alle landets sygehuse.

¹⁵ Afdelingen var pr. 1/1-02 normeret til at have 8 overlægestillinger, men kun de 5 var besat.

¹⁶ Der er i alt plads til 11 studerende.

4.2 Dataindsamling

Til belysningen af sammenhængen mellem faglig kvalitet og organisation på de fire afsnit, er der indhentet forskellige former for data. For det første er der indhentet følgende information, som er anvendt som grundlag for den videre dataindsamling:

- Kvalitetsdata udtrukket ud af DGMA-opgørelserne fra oktober 2001 og 2002
- Information om hvert afsnits organisatoriske opbygning indsamlet via et oplysningsskema udsendt til de fire udvalgte sengeafsnit vedrørende sengeafsnittets strukturelle forhold. Disse oplysninger er suppleret med data fra øvrige skriftlige og elektroniske kilder.

For det andet er der gennemført korte observationer på de udvalgte afsnit, hvor en læge og/eller en sygeplejerske er fulgt over en formiddag. Disse observationer havde til formål at give indblik i den daglige praksis, og kunne samtidig fungerer som grundlag for at stille specifikke og praksisnære spørgsmål under interviewene, som er det tredje led i indsamlingen af data.

På de fire afsnit er der gennemført fokusgruppeinterview med henholdsvis afdelingsledelsen, repræsentanter fra afsnitsledelsen, lægegruppen og plejepersonalet (se bilag 2). De nævnte grupper blev så vidt muligt interviewet separat for at få et dybdegående indblik i de enkelte gruppers perspektiver. Til interviewene blev der udarbejdet en interviewguide (se bilag 3), der fokuserer på lederes og medarbejderes erfaringer med og holdninger til:

- faglig kvalitet
- forholdet mellem engagementet i DGMA og sengeafsnittets faglige kvalitet
- organisatorisk kvalitet
- sengeafsnittets organisatoriske kompetencer
- opfattelser af samspillet mellem faglig og organisatorisk kvalitet.

Interviewguiden blev desuden tilpasset de enkelte afsnit med afsæt i de førnævnte informationer om afsnittenes kvalitetsniveau og organisatoriske opbygning. Der blev eksempelvis spurgt specifikt ind til, hvordan opgørelserne fra DGMA tolkes og håndteres i forhold til den eksisterende kvalitetspraksis.

4.3 Analytisk bearbejdning

Informationer om afsnittenes organisatoriske opbygning og kvalitetsniveau i DGMA-opgørelserne indgår ikke direkte i analysearbejdet, men er som nævnt anvendt som baggrundsviden i interviewene. Ligeledes har de korte observationer gjort det muligt at vurdere interviewpersonernes udsagn i forhold til den observerede praksis. Denne metodetriangulering styrker samlet set undersøgelsens validitet.

Analysen er primært baseret på interviewdata. Bearbejdningen af interviewene bestod for det første af en transskribering af de bandede interview, hvor der er foretaget en læsevenlig bearbejdning, dog uden at ændre indhold eller mening. Formålet med den videre analyse har været at finde mønstre og betydningsenheder, som de manifesterer sig på tværs af afsnittene (Kvale 1994). Undersøgelsen bygger på en antagelse om, at organisatoriske forhold har betydning for den faglige kvalitet. I afsøgningen af mønstre på tværs har fokus været faglig kvalitet, samspillet mellem faglig kvalitet og organisatoriske forhold og endelig tolkninger af DGMA som eksternt kvalitetsinitiativ. Det er imidlertid ledere og medarbejderes tolkninger og perspektiver, der har udfoldet og konkretiseret indholdet i disse overordnede foki.

I analysearbejdet har de præsenterede teoretiske perspektiver vedrørende praksisfællesskaber, læring og tolkning/transformation udgjort en analytisk optik, og er i analysen anvendt til at fortolke ledere og medarbejderes udsagn og beskrivelser af praksis, hvor det er forekommet relevant. I brugen af et begreb som praksisfællesskaber skal der tages højde for, at vi på baggrund af interviewmaterialet ikke har fået et fuldstændigt billede af de eksisterende praksisfællesskaber på de fire afsnit, men udelukkende et udsnit af disse, som de er aflejret i lederes og medarbejderes udsagn.

Tolkningerne af DGMA som eksternt kvalitetsinitiativ fungerer som en analytisk brudflade. Den måde, hvorpå ledere og medarbejdere fortolker og håndterer DGMA, siger noget om den konkrete organisatoriske praksis omkring kvalitet på de enkelte afsnit. Desuden kan tolkningerne medvirke til at give et skærpet billede af, hvad ledelse og medarbejdere forbinder med faglig kvalitet.

5 Analyse og resultater

Nedenstående analyse tager udgangspunkt i de udsagn og holdninger, som kom til udtryk i in-terviews med afdelingsledelsen, læger og plejegruppen og enkelte afsnitsledelser på fire medicinske afsnit. Først analyseres interviewpersonernes tolkninger af, hvad de forbinder med faglig kvalitet. Herefter sætter analysen fokus på personalets perspektiver på, hvorledes organisatoriske forhold er koblet til faglig kvalitet. Afslutningsvis analyseres det, hvorledes ledere og medarbejderes tolker DGMA-projektet ind i den eksisterende praksis for faglig kvalitet og organisatorisk udvikling på de medvirkende sengeafsnit.

5.1 Perspektiver på faglig kvalitet

Som noget af det første i interviewene er både ledere og medarbejdere blevet spurgt om, hvad de forbinder med god faglig kvalitet. På baggrund heraf er der fremkommet en bred vifte af definitioner og vinkler på, hvad faglig kvalitet består af. Samlet set er interviewpersonernes perspektiver på faglig kvalitet både smalt og bredt. Smalt i den forstand, at der fokuseres på specifikke kvalitetsparametre for de specialer, som de enkelte afdelinger beskæftiger sig med. Bredden i perspektiverne handler derimod om, at faglig kvalitet rummer en bred vifte af aspekter – herunder god behandling, service og pleje, høj patienttilfredshed samt veltilrettelagte udskrivelser i tæt samarbejde med den kommunale sektor. Det er endvidere karakteristisk, at ledere og medarbejdere på de fire afsnit forbinder faglig kvalitet med deres profession og dennes opfattelse af god klinisk praksis. Professionen udgør med andre ord den optik, hvor igennem den faglige kvalitet betragtes og vurderes af ledere og medarbejdere. Derfor er nedenstående analyse opdelt i henholdsvis lægernes, plejepersonalets og afdelingsledelsens syn på – og holdninger til – faglig kvalitet. Der er ikke foretaget en separat analyse af afsnitsledelsens perspektiver, dels fordi det ikke var muligt at interviewe afsnitsledelsen på alle afsnit (jf. bilag 2), dels fordi afdelingssygeplejerskerne og -lægenes perspektiver viste sig at ligge meget tæt op ad henholdsvis plejepersonalet og lægegruppens perspektiver på de enkelte afsnit.

5.1.1 Lægernes perspektiver på faglig kvalitet

På tværs af samtlige fire afsnit indgår evidensbaseret medicin og behandling i lægernes perspektiv på faglig kvalitet. Evidensen implementeres via instruksbøger, som løbende opdateres. Det er primært overlægerne, der har ansvaret for denne opdatering. Den evidensbaserede medicin og behandling er et særligt kendetegn ved den lægelige profession – det er en måde at opbygge et særligt vidensfelt på og medvirker til at konstituere den særlige ekspertise, lægeprofessionen besidder.

Ud fra et professionssociologisk perspektiv synes brugen af evidensbaseret viden umiddelbart at stå i kontrast til det at være en profession. En professions arbejde er som tidligere beskrevet kendetegnet ved, at det ikke kan standardiseres (jf. afsnit 3.2.1). Selv om den evidensbaserede viden kan siges at være standardiseret, er der det særlige ved denne viden, at den dels er genereret indenfor den lægefaglige profession, dels er rettet mod specifikke subspecialer indenfor det medicinske område. Den evidensbaserede viden er således en konsolidering af den lægefaglige profession som unik og specialiseret. Det professionelle perspektiv træder endvidere frem i selve praktiseringen af evidensbaseret medicin og behandling: *"The practice of evidence based medicin means integrating individual clinical expertise with the best available external evidens from systematic research"* (Sackett et al. 1996:1). Afdelingslægen fra afsnit C beskriver i det følgende, hvordan den evidensbaserede viden ligger et eksternt pres på den lokale praksis:

"Vi følger det, så godt vi kan. Det er sådan nu – selvom vi ikke er enige, for vi synes nogen gange, at evidensdata er for svage – at hvis det er en landsudmelding, at "Sådan gør vi", så retter vi ind. Det er vi ikke så stolte af. Men vi diskuterer meget, hvor stor evidens, der er for undersøgelserne, og retter ind. Det er et meget forkert signal at sende, når vi har patienter, der kører på tværs både af amtet og af amtsgrænser, hvis de møder forskellige holdninger for de samme sygdomme. Men vi bruger hinanden til at diskutere, hvad vi gør, og hvad vi ikke gør, og hvorfor vi ikke skal gøre det, og hvorfor vi skal gøre det alligevel".

For lægernes vedkommende afstemmes den faglig kvalitet i forhold til generelle eksterne forhold, og patienterne fungerer her som bedømmere af lægestandens kollektive indsats. De evidensbaserede undersøgelser undergår dog en fortolkningsproces og en vurdering lokalt. Men derefter synes den evidensbaserede viden ifølge Brunsson og Jacobssons terminologi at blive fuldt adopteret (jf. afsnit 3.2.1), fordi der eksisterer et yderligere eksternt pres for at ensarte behandlingstilbud på tværs af sygehuse.

Den faglige kvalitet er samlet set et professionsspecifikt anliggende for de interviewede læger på tværs af de fire afsnit, hvilket søges opretholdt i form af instruksbøger som kan siges at symbolisere den evidensbaserede viden. Den evidensbaserede viden er udbredt blandt hele lægestanden – ikke bare i Danmark, men også internationalt. Den evidensbaserede praksis kan med andre ord karakteriseres ved at være et vidtfavnende kollektiv, der i vidt udstrækning medvirker til at konsolidere den lægefaglige profession.

For lægerne er den reelle faglige kvalitet dog ikke alene et spørgsmål om evidens, men samtidig noget der formes i den lokale praksis. Selv om der eksisterer evidensbaserede instrukser, er det ikke nogen garanti for høj faglig kvalitet i behandlingen. En overlæge fra afsnit D udtrykker det således: *"Én ting er at skrive instrukser, en anden ting er, om de bliver efterlevet. Det kni-*

ber det engang imellem med". Der kan være mange forskellige grunde til den manglende efterlevelse – en læge fra afsnit B fremhæver, at det handler om 'det muliges kunst', og at det erfaringsbaserede også spiller ind. Han giver dette eksempel:

"Hvis vi tager diabetikerne, der er betydelig grad af evidens, men når vi kommer til detaljustering af deres blodsukker for at finde ud af, hvorfor det ikke fungerer, så er det erfaring, der tæller. (...) I den sidste ende er der ligeså meget erfaring som evidens. Hvor der er evidens, prøver vi at bygge på det".

I dette tilfælde er det i høj grad den individuelle kliniske ekspertise samt den konkrete praksis omkring behandlingen, der skaber den reelle faglige kvalitet. De yngre læger fra afsnit D fremhæver endvidere, at det kan være vanskeligt at gennemskue, hvad der er evidens for, selv om de har instruksbøgerne ved hånden, ligesom instruksbøgerne ikke dækker hele behandlingsspektret.

For nogle læger er den faglige kvalitet en så integreret del af det at være læge, at de har svært ved nærmere at definere, hvad faglig kvalitet er. En overlæge fra afsnit C siger eksempelvis følgende om den faglige kvalitet og patientinformation:

"Det hører med til lægekulturen, at man sikrer sig, at de [patienterne, red.] har forstået det, der er blevet sagt. De kan være lidt opskræmte over mødet med sygehusverdenen, så de måske ikke hører efter. Men man plejer at være rundt i hjørnerne og sikre sig, at de har forstået det meste af budskabet".

Overlægen fokuserer her på, at patienten har forstået den givne information, men der stilles ikke spørgsmålstejn ved kvaliteten af informationen. Det betragtes med andre ord som et kvalitetsparameter, at det er lægen, der har informeret patienten. Dette afspejler en tillid til, at lægefaget som profession i sig selv er garant for høj faglig kvalitet. Også afdelingslægen fra afsnit C knytter den faglige kvalitet til den lægefaglige profession:

"Vi [lægerne, red.] er opdraget til, at det, vi gør, er kvalitet. Det ligger i hele lægeuddannelsen. Man er aldrig tilfreds med det, den der har været der inden, har gjort. Man starter næsten altid forfra med at prøve at danne sig sin egen mening og arbejde ud fra det".

Citatet afspejler en høj grad af autonomi og ekspertise i praktiseringen af faglig kvalitet, samt en stor tiltro til egne evner og mindre til andres. Praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet blandt lægerne synes således at være bredt i den forstand, at det er baseret på en generel, stærk lægefaglig ekspertise, der knytter sig til lægeprofessionen som helhed.

Som en del af den faglige kvalitet fremhæver lægerne på tværs af alle fire afsnit patientinformation og patient-kompliance. Lægerne finder det vigtigt, at patienten informeres, forstår sin sygdom og behandlingen, og er indforstået med de eksisterende behandlingsplaner. Hvis ikke det forekommer, følger patienten måske ikke lægernes anvisninger med et dårligt behandlingsresultat til følge. Lægerne på afsnit B fremhæver, at patientens compliance er særlig vigtig, når det drejer sig om diabetespatienter, fordi sygdommen let kan komme ud af kontrol, hvis ikke lægernes anvisninger følges. Lægerne på afsnit C påpeger endvidere, at det er væsentligt, at informationen differentieres. På afsnittet får patienterne uddelt en informationsbog fra Hjerteforeningen, men det er en standardiseret information, som ikke tager udgangspunkt i patienternes forskellige forudsætninger og problematikker. Det finder lægerne uhensigtsmæssig i forhold til den faglige kvalitet. Til trods for lægernes fokus på patientinformation og compliance, informeres patienter ifølge lægerne på afsnit A ikke altid i tilstrækkelig grad:

"Men tit springer vi det led over, for på stuegangen spørger man ikke. Man ordinerer bare medicin. Det tager lang tid at forklare. Videnskab kan vi ikke gabe over – der vil altid være 'knowledge gap'. Så vi kan kun bruge den tid, vi kan på kommunikation og information. Der vil hele tiden være et gran af paternalisme, altså ansvarstagelse. Men vi putter så meget ansvar på patienten som muligt, og så meget tid vi har til information. Det er begrænset af tiden".

Intentionerne om at informere patienterne føres således ikke altid ud i praksis. Dette står i modsætning til den tidligere citerede overlæge fra afsnit C, der fremhæver, at det er en del af lægekulturen, at informere patienterne og sikre compliance. Ud fra et professionelt perspektiv er det idealet, men som ovenstående citat illustrerer, kan den daglige praksis omkring stuegang og arbejdstiden i øvrigt begrænse mulighederne for at informere patienterne tilstrækkeligt. Samlet illustrerer lægernes fokus på patientinformation og compliance, at patienterne – dog i et forholdsvis begrænset omfang – indgår i praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet. Patienterne er dog kun kortvarige medlemmer af praksisfællesskabet, og lægerne synes ikke at lægge vægt på at inddrage patienterne og give dem medindflydelse. Dette til trods for, at der på nationalt niveau er fokus på at inddrage patienterne som led i kvalitetsarbejdet (Sundhedsstyrelsen 2002).¹⁷ Noget helt andet er den patientoplevede kvalitet. Ifølge lægerne fra afsnit B har patienterne dårlige forudsætninger for at vurdere, om de får en optimal faglig kvalitet i deres behandling. Den patientoplevede kvalitet betragtes således ikke som et gyldigt parameter for vurderingen af den faglige kvalitet.

¹⁷ I den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet defineres et af indsatsområderne således: "Med henblik på at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet skal der indenfor strategiperioden etableres bedre muligheder og rammer for patienternes og de pårørendes aktive medvirken og indflydelse". (Sundhedsstyrelsen 2002:18). Indflydelsen skal ifølge strategien ske både i forhold til individuelle patientforløb, i tilrettelæggelsen af pleje- og behandlingsforløb samt i den generelle planlægning af sundhedsvæsenet.

Udover informationen til patienterne fremhæver yngre læger på afsnit D, at information personalet imellem også er forbundet med faglig kvalitet. For dem er det vigtigt, at personalet på afdelingen er orienteret om, hvilke undersøgelser og hvilken behandling, man har tænkt sig at sætte i gang. På den vis er der større chance for, at der er fælles fodslag omkring patientbehandlingen blandt de forskellige faggrupper, således at der ikke bliver arbejdet i forskellige retninger. Faglig kvalitet betragtes dermed ikke kun som en isoleret og individbaseret aktivitet – det er et fælles projekt, der forudsætter kommunikation mellem kolleger og faggrupper.

Lægerne på afsnit A knytter endvidere den faglige kvalitet til, at de yngre læger får en ordentlig uddannelse, og således rustes til at yde en god faglig kvalitet. Lægegruppen på afsnit A fremhæver i forlængelse heraf, at der er for mange yngre læger i forhold til de mere erfarne læger, hvorfor det kan være svært at finde tid til at oplære lægerne – en problematik, som også fremhæves af lægerne på afsnit B og D. Som konsekvens heraf foregår de yngre lægers uddannelse mere eller mindre ad hoc, hvilket påvirker den generelle faglige kvalitet på afsnittet. En yngre læge fra afsnit D fremhæver desuden, at de yngre læger – som udgør en stor del af lægegruppen på samtlige fire afsnit – ofte sætter undersøgelser i gang, der ikke er evidens for, og dermed udføres der flere undersøgelser end nødvendigt.

5.1.2 Plejegruppens perspektiver på faglig kvalitet

I modsætning til lægerne påpeger plejepersonalet på tværs af de fire afsnit, at de i højere grad arbejder ud fra et erfaringsbaseret grundlag. Men plejepersonalet på både afsnit A og B giver samtidig udtryk for, at man så småt er ved at tilrettelægge sig kravet om evidens. På alle fire afsnit gøres der bestræbelser på at opnå en højere grad af professionalisering af de plejefaglige opgaver. Plejepersonalet på afsnit A lægger eksempelvis vægt på at give pleje og behandling baseret på standarder og dataindsamling foretaget blandt patienterne. Derudover har plejegruppen på afsnit B og C henholdsvis instruksbøger og konsensusrapporter, som beskriver standarden for plejen og behandlingen af bestemte patientkategorier. Sidstnævnte er udarbejdet i samarbejde med lægerne. De instrukser, som plejegruppen på afsnit B arbejder ud fra er endvidere koblet til lægernes instrukser. Derudover er der på afsnit B nedsat en instruksgruppe på tværs af afsnittene i afdelingen, som udarbejder fælles retningslinjer for behandlingen af specifikke sygdomme.

Samlet set synes plejegruppens professionaliserings-bestræbelser på mange måder at være orienteret mod den lægefaglig professionaliseringspraksis, der bl.a. er baseret på at følge instrukser, at specialisere sig og arbejde ud fra et evidensbaseret grundlag. Plejepersonalet orienterer sig imidlertid i et bredere praksisfællesskab omkring kvalitetssikring end lægerne. Til forskel fra lægerne synes plejegruppen i højere grad at inkludere

andre faggrupper i arbejdet med kvalitetsudvikling. Ud fra et professionssociologisk perspektiv kan dette ses som et udtryk for det professionshierarki, som eksisterer mellem sygeplejefprofessionen og lægeprofessionen. Lægerne, som befinder sig i toppen af hierarkiet, har ikke behov for at inkludere andre i deres kvalitetspraksis, hvorimod plejegruppen – i kraft af deres status som semi-profession – har brug for legitimitet, og derfor er nødsaget til at inkludere andre faggrupper i kvalitetsarbejdet.

Plejepersonalets kvalitetspraksis konstitueres tillige i en projektkultur. På afsnit A blev vejning af patienter på et tidspunkt udvalgt som indsatsområde, og en projektgruppe blev etableret til at arbejde med området. Derudover er der igangsat et kompetenceudviklingsprojekt for plejegruppen. En projektsygeplejerske er ansat til bl.a. at få beskrevet og afdækket plejegruppens opgaver. Både afdelingsledelsen og plejegruppen på afsnit A anskuer dette projekt som et kvalitetsudviklingstiltag, der sætter fokus på den faglige kvalitet i plejegruppen. Lægerne fra afsnit A er tilsyneladende temmelig uforstående overfor, at der bruges ressourcer på et sådant tiltag frem for: "... at ansætte nogen, der kan passe patienterne". Lægerne fremhæver imidlertid uddannelse som et væsentligt element af den faglige kvalitet indenfor deres egen faggruppe. Også plejepersonalet på afsnit D fremhæver kompetenceudvikling som et væsentligt aspekt ved den faglige kvalitet. Kompetenceudvikling handler for plejepersonalet på afsnit D om at have mulighed for både at udvikle sig fagligt i arbejdet og via kurser, med henblik på at følge med udviklingen indenfor pleje og behandling. Faglig kvalitet handler således om at give en tidssvarende og vidensbaseret behandling og pleje. Plejegruppen på afsnit C fremhæver også betydningen af den daglige praksis. De påpeger, at kvalitetsudviklingen i afsnittet primært foregår gennem daglig dialog og mesterlære, således at de mindre erfarne hægter sig på de mere erfarne medarbejdere. Et gensidigt engagement mellem de erfarne og mindre erfarne er således et vigtigt element i praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet for plejegruppen på afsnit C.

I plejepersonalets perspektiver på faglig kvalitet fremkommer patientinformation, patientinddragelse og patienttilfredshed også som vigtige aspekter på tværs af alle fire afsnit. Eksempelvis fremhæver plejepersonalet på afsnit A vigtigheden af, at den faglige kvalitet er knyttet til plejepersonalets evne til at aflæse patientens behov og opfylde disse. Afdelingssygeplejersken på afsnit A har et lidt andet perspektiv på dette:

"Kvaliteten er også et spørgsmål om, at man bruger sin professionalisme på en akut medicinsk afdeling. Selvfølgelig skal vi have patienten i øjemed – det er patienten i centrum. Men jeg mener ikke, at man hele tiden behøver gå ind på patientens præmisser for at lave en kvalitetspleje. Snarere tværtimod".

Citatet illustrerer, at det er en balancegang at yde professionel pleje og samtidig tage højde for patientens særlige karakteristika og forudsætninger.¹⁸ Plejepersonalet på afsnit C forbinder endvidere faglig kvalitet med evnen til at kende og erkende sine faglige begrænsninger. En sygeplejerske fra afsnit C uddyber det således:

"Som ung skal man kunne komme og sige: "Det du [patienten, red.] spørger om, kan jeg ikke svare dig på, men jeg går ud og finder ud af det". Man skal ikke give et svar, man ikke er sikker på, og man skal heller ikke lade patienten sidde tilbage – vi skal finde ud af det".

Det forbindes således med dårlig kvalitet at give patienterne informationer eller anvisninger, som man ikke er sikker på, eller ikke føler sig fagligt kvalificeret til at give. Det er således ikke tilstrækkeligt blot at informere patienten – plejepersonalet lægger også vægt på kvaliteten af den givne information. Plejepersonalet på afsnit D fremhæver, at det er tydeligt at mærke på patienterne, hvis de ikke er blevet tilstrækkeligt informeret:

"...de [plejepersonalet i aftenvagte, red.] siger, at de kan måle på patienterne, når vi har haft travlt. Så har patienterne ikke fået den omsorg og information, de har brug for. Så ringer de meget om aftenen. De dage hvor der har været roligt og god tid i dagvagten, så er der også roligt. Det følger hele døgnet. (...) Det smitter jo af. Det kan man hurtigt mærke".

Plejepersonalet fremhæver i forlængelse heraf, at patienterne heldigvis er gode til at gøre opmærksom på, hvis de ikke er blevet tilstrækkeligt informerede. På den vis kan patienterne siges at medvirke til at sikre et nogenlunde informationsniveau. Plejepersonalet betragter således patienterne som en aktiv deltager i praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet i højere grad end lægerne.

I lighed med et par af lægerne fra afsnit A og B forholder plejepersonalet sig kritisk overfor at anvende den patientoplevede kvalitet som kriterium for vurderingen af den faglige kvalitet. Ifølge plejepersonalet på afsnit B er den patientoplevede kvalitet ofte en ganske anden, end det plejegruppen opfatter som faglig kvalitet:

"Det kan godt være, at vi syntes den [faglige kvalitet, red.] er god, men patienterne kan have en anden opfattelse. Noget der kan være vigtigt for patienten er, om køkkenet har serveret frikadeller eller kogt torsk. Om man kan få fjernsyn og mobiltelefon etableret, eller man skal gå hen til en mønttelefon. Det er nogle andre basale behov, de lægger vægt på".

¹⁸ Det er her væsentligt at være opmærksom på, at der er forskel på en patients behov og en patients præmisser. En patients behov kan eksempelvis dreje sig om at få en særlig kost eller at have adgang til telefon, hvorimod patientens præmisser omfatter patientens særlige forudsætninger og livsbetingelser.

Plejepersonalet på afsnit D fremhæver imidlertid høj patienttilfredshed som et aspekt af den faglige kvalitet, men kommer ikke nærmere ind på, hvordan høj patienttilfredshed opnås, eller hvordan de vægter en sådan parameter.

Plejepersonalet på afsnit D fremhæver få genindlæggelser som et kvalitetsparameter. En social- og sundhedsassistent fra afsnittet gør opmærksom på, at mange af afdelingens patienter faktisk bliver genindlagt, og assistenten fortsætter: "...*man kan godt komme til at tænke på, om det var godt nok, eller var det for tidligt. Gik det hele for hurtigt? Var kvaliteten så god, som den burde være?*". Det kan være vanskeligt at afgøre, hvad genindlæggelserne er udtryk for, da det ofte er meget svage og gamle patienter, som behandles på afsnittet. Disse patienter pådrager sig generelt flere skavanker og sygdomme end andre, og en genindlæggelse kan derfor ikke alene tilskrives en dårlig kvalitet i behandlingen. Men plejegruppen lægger vægt på at have et godt samarbejde med hjemmeplejen for at undgå, at patienterne 'lander mellem to stole' og som konsekvens heraf genindlægges. Projektkulturen slår også igennem på dette punkt, idet der har været ansat en projektsygeplejerske, som havde til opgave at få udskrivelserne til at fungere optimalt og derigennem undgå genindlæggelser. Plejepersonalet på afsnit C fremhæver derimod modtagelsesfasen – den faglige kvalitet drejer sig her om at tage ordentligt imod patienten og få denne til at føle sig tryk. Plejepersonalet på afsnit C forbinder endvidere faglig kvalitet med at give en ordentlig basal pleje under indlæggelsen. Samlet set er plejepersonalets kvalitetsbegreb bredt i den forstand, at der fokuseres på hele patientforløbet, fra patienterne kommer ind af døren, til de bliver udskrevet igen.

5.1.3 Afdelingsledelsens perspektiver på faglig kvalitet

Der tegner sig ikke et entydigt billede af, hvad afdelingsledelserne på tværs af de fire afsnit betragter som faglig kvalitet. Derimod inddrages et bredt spekter af forhold, som knyttes til faglig kvalitet – herunder specialisering, evidens, patientoplevelse kvalitet, faglighed, højt serviceniveau mv. Da afdelingsledelsen består af henholdsvis en læge og en sygeplejerske, udgør det fagprofessionelle også et væsentligt orienteringspunkt for dem.

Afdelingsledelsen på afsnit C fremhæver både faglig kvalitet og den oplevede kvalitet som væsentlig. Den faglige kvalitet omfatter for det første en læge-/sygeplejefaglig kvalitet, der ifølge den administrerende overlæge drejer sig om, at patienten hurtigst muligt får stillet den rigtige diagnose og modtager den rigtige behandling, eller som oversygeplejersken udtrykker det: "*Kvalitet er, at man gør det, man skal, på den rigtige måde på det rigtige tidspunkt*". De enkelte faggruppers faglighed bliver her fremhævet som et væsentligt omdrejningspunkt. For det andet omfatter faglig kvalitet ifølge afdelingsledelsen på afsnit C en faglig organisatorisk kvalitet, der handler om at organisere arbejdet på den mest hensigtsmæssige måde – herunder at

samarbejdet internt mellem faggrupper og med eksterne samarbejdspartnere fungerer. Den oplevede kvalitet drejer sig derimod om patientoplevelt kvalitet. Som både læger og plejepersonalet også har fremhævet, er den patientoplevede kvalitet ifølge den administrerende overlæge på afsnit C ikke nødvendigvis i overensstemmelse med den vurderede faglige kvalitet. Han fremhæver i den forbindelse patientens compliance som et væsentligt element:

"Så gør vi en hel masse, og så gør de noget helt andet, når de kommer hjem. Der skal man nå til en forståelse mellem de to parter om, hvad det er patienten vil, og hvad kan vi tilbyde".

En del af denne compliance består ifølge oversygeplejersken på afsnit C i at afstemme den opfattelse af kvalitet, som patienten måtte have, og den faglige kvalitet, som afdelingen/afsnittet kan tilbyde. Ud fra et ledelsesperspektiv betragtes patienterne således også som en aktør i praksisfællesskabet, men i modsætning til plejepersonalets fokus på patienten som en aktiv deltager i praksisfællesskabet, fremstiller afdelingsledelsen på afsnit C patienten som en mere passiv aktør, der kun kortvarigt inddrages med henblik på at afstemme patientens forventninger. Interviewene med de fire afdelingsledelser peger således på, at de nationale intentioner om i højere grad at skabe rum for patienternes aktive medvirken og indflydelse i kvalitetsarbejdet ikke er adopteret i ledelsesarbejdet (Sundhedsstyrelsen 2002).

Afdelingsledelsen på afsnit A fremhæver den patientoplevede kvalitet som et muligt kvalitetsmål, men ifølge den administrerende overlæge er det ikke det bedste kvalitetsmål, for som han siger:

"Hvis vi er flinke ved patienten, når sygeplejerskerne sørger for, at de har pænt tøj på, og de får god mad, og vi smiler til dem, så synes de, det er et flot ophold, og de er glade og har fået god kvalitet".

Samtidig efterlyser afdelingsledelsen på afsnit A nogle ordentlige målestokke for den faglige kvalitet. Afdelingen bliver fortrinsvis vurderet på økonomiske parametre såsom antal behandlede patienter og liggetid, som ifølge ledelsen er overfladiske mål. Afdelingsledelsen på afsnit A ville gerne prioritere kvaliteten af patientbehandlingen, men i forhold til de økonomiske mål synes dette at komme i anden række, hvilket er medvirkende til at flytte fokus fra kvaliteten af behandlingen. Afdelingsledelsen på afsnit B fremhæver konkrete indikatorer for den faglige kvalitet – herunder at kunne fastholde og rekruttere personale, samt at have så få klagesager som muligt. Den administrerende overlæge på afsnit B fremhæver yderligere:

"Den faglige kvalitet handler om, at patienterne bliver behandlet ordentligt. Jeg formulerer det sådan, at vores ansatte skal være trygge ved, at deres pårørende bliver indlagt i afdelingen. Så er kvaliteten i orden".

Samlet set er de nævnte indikatorer nogle indirekte mål for, hvad faglig kvalitet er – de foreskriver ikke, hvordan man i praksis kan opfylde disse mål.

På afsnit D fremhæver afdelingsledelsen et højt serviceniveau overfor patienterne som et aspekt af den faglige kvalitet kombineret med en høj faglig standard i behandlingen. Den høje standard søges opnået gennem en specialisering af fagpersoner. På det lægelige område tilstræbes det at have en speciallæge, som har specialviden indenfor de enkelte behandlingsområder. Speciallægerne har ansvaret for at følge med i, hvad der sker indenfor området og indarbejde evidensbaserede undersøgelser i behandlingen. Indenfor plejegruppen påpeger oversygeplejersken på afsnit D, at der er specialsygeplejersker indenfor apopleksi, diabetes, inkontinens og kardiologi, som gennem uddannelse har oparbejdet en særlig ekspertise og viden indenfor disse områder – en specialisering som minder om den, der findes indenfor lægefaget. Også afdelingsledelsen på afsnit B fremhæver specialisering som væsentlig for den faglige kvalitet. Ifølge oversygeplejersken fra afsnit B tilstræbes det, at patienten bliver tilset af en speciallæge indenfor det første døgn af indlæggelsen.

Samlet set er afdelingsledelsernes perspektiver på faglig kvalitet ikke så praksisnære som lægernes og plejepersonalets, formentlig fordi de i højere grad har administrative opgaver. Det betyder imidlertid ikke, at de ikke har en forståelse for den sociale praksis, som den faglige kvalitet udfoldes indenfor. Eksempelvis påpeger oversygeplejersken fra afsnit D, at der kan være en diskrepans mellem, hvad plejepersonalet gerne vil yde, og det de kan yde af faglig kvalitet. Hun beskriver det således:

"Det, du vil høre fra alle sygeplejersker og sosu-assistenter rundt omkring på de medicinske afdelinger, er, at de føler ikke, de kan nå det, som de gerne ville. Dermed ikke sagt, at de ikke giver patienterne en ordentlig kvalitativ behandling. Men de føler selv, de burde gøre noget andet. (...) man skal ikke gå på kompromis med sin faglig kvalitet, men man har svært ved at gå ind og vælge de vigtigste opgaver. Dermed behøver du ikke gå på kompromis med den faglige kvalitet".

Som det bliver fremstillet i citatet, består den daglige praksis af prioriteringer, som bl.a. kan gøre det vanskeligt at holde den faglige kvalitet i hævd. Oversygeplejersken fra afsnit D mener dog ikke, at der ydes dårlig faglig kvalitet på den bekostning. Overlægen fra afsnit C fremhæver et andet eksempel på, hvordan tingene fungerer i praksis – han fortæller her, hvordan kommunikationen mellem faggrupper ikke altid fungerer optimalt:

"Det har været et klagepunkt fra dem [plejegruppen, red.], at vi kommer med nogle ordinationer, som adskiller sig fra det, der ellers har været kutyme, uden de er blevet informeret med det samme. Det er de så blevet hen ad vejen. Vi iværksætter måske nogle nye tiltag lidt tidligere, end informationerne når ud".

Dette time-lack i formidlingen af information om opdateringer i lægernes instruksbøger betyder konkret, at der ikke altid er fælles fodslag i forhold til patientbehandlingen. Faggrupperne kommer derved til at modarbejde hinanden, hvilket skaber vanskelige vilkår for praksisfællesskabet omkring behandlingen.

5.1.4 Opsamling og fortolkning – faglig kvalitet

I både lægernes, plejepersonalets og afdelingsledelsernes perspektiver på faglig kvalitet viser der sig en diskrepans mellem intentioner og praksis. Faglige intentioner og retningslinjer skal udfoldes i en social praksis, og det giver ofte ikke det intentionelle udfald. Gennem Lave og Wengers fokus på praksisfællesskaber bliver det muligt at forklare det mulighedsrum, som eksisterer for praktiseringen af faglig kvalitet og udviklingen af den. På tværs af de fire afsnit viser det sig, at praksisfællesskaberne omkring faglig kvalitet i høj grad er professionsbundne. Der er således tendens til, at den gensidige engagering og opfattelse af faglig kvalitet som et fælles foretagende afgrænses til de enkelte faggrupper. Dette viser sig også i form af de værktøjer som henholdsvis læger og plejepersonale anvender – de har hver deres skriftligt nedfældede instrukser eller konsensusrapporter for deres fagområde. Dette forekommer til trods for, at både læger og plejepersonale lægger vægt på at have fælles fodslag omkring behandlingen – ellers er det vanskeligt at praktisere god faglig kvalitet. Der ses dog også bestræbelser på tværfagligt at håndtere faglig kvalitet og kvalitetsudviklingen, eksempelvis ved at koble henholdsvis lægernes og plejegruppens instruksbøger til hinanden. Det er dog fortrinsvis plejegruppen, der indtænker lægerne i deres kvalitetspraksis, og instrukserne er stadig delt op i en læge- eller sygeplejedel.

Også afdelingsledelserne knytter den faglige kvalitet til henholdsvis den læge- og sygeplejefaglige profession, herunder at der foregår en specialisering indenfor faggrupperne. Dette er umiddelbart ikke overraskende, idet afdelingsledelserne som bekendt er sammensat af henholdsvis en læge og en sygeplejerske. I forhold til de fagspecifikke praksisfællesskaber har afdelingsledelserne dog en mere overordnet position og sidder med det økonomiske ansvar. De skal således manøvrere indenfor nogle økonomiske rammer, som ikke nødvendigvis er gunstige for praksisfællesskaberne omkring faglig kvalitet. I kraft af deres fagprofessionelle baggrund har afdelingsledelserne dog forståelse for de vilkår, praksisfællesskaberne fungerer under, hvorfor økonomiske parametre kan opleves som uhensigtsmæssige kriterier for vurdering af den faglige kvalitet.

Både afdelingsledelserne samt læge- og plejegruppen vurderer ikke den patientoplevede kvalitet som værende et gyldigt kriterium for vurdering af den faglige kvalitet. Den patientoplevede kvalitet ligger for fjernt fra deres opfattelse af faglig kvalitet som et fagprofessionelt anliggende. I lyset af de nationale intentioner om at fremme patienters aktive medvirken og indflydelse som led i kvalitetsarbejdet (Sundhedsstyrelsen 2002), er det desuden tankevækkende, at patienternes deltagelse i praksisfællesskaberne omkring faglig kvalitet er forholdsvis perifer og tidsmæssig begrænset. Plejegruppen synes dog i en vis udstrækning at inddrage patienten som en kvalitetssikringsaktør, hvorimod lægerne og afdelingsledelserne betragter patienten som en passiv aktør, der skal efterleve lægernes anvisninger.

5.2 Faglig kvalitet og organisatoriske aspekter

I forhold til det overordnede tema for denne undersøgelse er det meget sigende, at afdelingsledere, læger og plejepersonale i deres perspektiver på faglig kvalitet foretager koblinger til den lokale praksis og de organisatoriske forhold. Det illustrerer, at organisatoriske forhold opfattes som en integreret del af den faglige kvalitet. Dette træder endnu tydeligere frem i denne del af analysen, hvor der går i dybden med interviewpersonernes tolkninger af koblingen mellem faglig kvalitet og organisatoriske forhold.

Blandt personalet på tværs af de fire afsnit er det en gennemgående opfattelse, at det bliver muligt at nå et højere fagligt kvalitetsmæssigt niveau, når den faglige og organisatoriske kvalitet går hånd i hånd. I modsætning til perspektiverne på faglig kvalitet har koblingerne til organisatoriske forhold et mere bredt sigte, som går på tværs af faggrupper. Der er i højere grad fokus på sammenkoblingen af de forskellige faggruppers indsats og aktiviteter, og hvilke muligheder dette skaber for at yde god faglig kvalitet. Den kommende analyse er derfor ikke opdelt efter faggrupper, men derimod ud fra de koblinger mellem faglig og organisatorisk kvalitet, der foretages på tværs af faggrupper. Gennem analysen inddrages eksempler, der illustrerer organisatoriske forholds betydning for den faglige kvalitet, som de kommer til udtryk på enkelte afsnit. Disse eksempler viser øjebliksbilleder af, hvordan praksisfællesskaber opfattes og udfoldes i konkrete situationer på afsnittene. Der gives således ikke et helhedsbillede af de praksisfællesskaber, som findes på de fire afsnit. Projektets design gør det udelukkende muligt at få et øjebliksbillede af, hvordan praksisfællesskaberne etableres, fungerer og forandres.

5.2.1 Økonomi og kontraktstyring

På tværs af de fire afsnit betragtes manglende ressourcer og kontraktstyring som begrænsende for udførelsen af god faglig kvalitet. Specifikt henvises der bl.a. til, at økonomi- og kontraktstyringen ofte kolliderer med personalets faglighed. Denne problematik er særligt fremtrædende hos afdelingsledelserne. Oversygeplejersken på afsnit A beskriver dilemmaet således:

"Man er sommetider næsten nødt til enten at tage den faglige kasket af eller den administrative kasket af og sige: "Nu er det udelukkende den sunde fornuft, der hersker her". (...) Du kommer i hvert fald meget nemt til at stå i et dilemma".

For afdelingsledelserne handler det om at agere bedst muligt indenfor de givne rammer, og faglig kvalitet bliver således også et spørgsmål om at udnytte de givne ressourcer optimalt. Afdelingssygeplejersken på afsnit B kæder kontraktstyring sammen med mangel på ressourcer – denne mangel gør det vanskeligt holde den faglige kvalitet i hævd. Ifølge oversygeplejersken på afsnit B er kontrakterne ofte urealistiske og umulige at overholde:

"Vi får tit et budget, som alle ved er for lidt til den forventede aktivitet. Sådan har det været år for år. Det gør vi så opmærksom på, men vi skal prøve alligevel. Så må vi gøre det, så godt vi kan".

Uddybende forklarer afdelingsledelsen og afdelingssygeplejersken fra afsnit B, at det er umuligt at planlægge antallet af indlagte patienter i løbet af en uge. De indikerer med andre ord, at praksis er vanskelig at styre. Den prioritering, som ledelsen er nødsaget til at foretage, vækker ifølge den administrerende overlæge fra afsnit C ikke altid forståelse blandt medarbejderne:

"Den ene læge vil sige: "Det var dårlig kvalitet, at jeg ikke fik lov til at give den behandling". Som ledelse må vi sige, at vi ikke mener, det er dårlig kvalitet, for så måtte vi give afkald på noget andet, som vi fandt mere hensigtsmæssigt".

Ud fra de givne organisatoriske forhold opererer afdelingsledelsen således med en form for prioriteret faglig kvalitet.

Læger og plejerspersonale på tværs af de fire afsnit oplever, at de ingen indflydelse har på indholdet af den kontrakt, som sætter rammerne for praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet. Dette opleves som en indgriben i afsnittets og de fagprofessionelles autonomi. En overlæge fra afsnit A beskriver det således:

"Så det med om ledelsen skriver under på kontrakten er hamrende ligegyldigt, for det er mere envejs, at man forventer, at det hele bliver gjort. Men vi har også spurgt: "Hvad hvis vi nu ikke skriver under på kontrakten, for vi kan ikke have så mange patienter, hvis vi skal uddanne så mange yngre læger?". Det er ligegyldigt. Det er one-way, og det bliver ikke taget alvorligt som en to-sidet kontrakt".

Overlægen oplever således en begrænset dialog med det amtslige niveau, hvilket forstærkes af, at der ikke eksisterer specialeråd, hvor speciallæger og

politikere kan diskutere prioriteringerne indenfor sygehusvæsenet. Denne problematik går dog ifølge én af overlægerne fra afsnit A ikke ud over den faglige kvalitet af patientbehandlingen: "... vi skal gøre det så fagligt godt, vi kan, for de ressourcer vi har". Derimod fremhæver en anden overlæge fra afsnit A, at:

"Det går udover dig selv. Du bliver pisse frustreret. Det går ikke udover patienten. Hvis du er uddannet læge, så gør du det bedste, du kan. Ellers holder man op og laver noget andet".

I interviewet gør den citerede overlæge opmærksom på, at denne problematik har været medvirkende årsag til, at hun har sagt sin stilling op på afdelingen.

Kontraktstyringen og de deraf følgende prioriteringer mærkes også af plejepersonalet. Plejepersonalet på afsnit D oplever, at kontraktstyringen lægger et eksternt pres på deres arbejde, og dertil kommer, at de ikke finder, at de objektive mål, som er opstillet i kontrakten, såsom antal patienter, indlæggelser, udskrivelser, sengedage mv., er relevante kriterier for vurdering af den faglige kvalitet af plejepersonalets arbejde. Det pres, som kontraktstyringen lægger på plejegruppen, opleves tilsyneladende ikke af de yngre læger på afsnit D:

"Vi har været her i kort tid, og skal være her i kort tid. Der er mange ting, der skal fungere. Det er det praktisk faglige – hvordan klarer man sig i en vagt, og hvornår skal man møde? Det er væsentligt. Det andet [kontraktstyring, red.] er lidt ude i periferien af, hvad der er væsentligt".

De forskellige oplevelser med kontraktstyringen kan ses som en afspejling af de forskellige placeringer, som plejepersonalet og de yngre læger traditionelt har i organisationen. De yngre læger er midlertidigt til stede af hensyn til deres uddannelse, mens plejepersonalet er der over længere – og somme tider meget langvarige – perioder. Som konsekvens heraf føler de yngre læger ikke en så stærk tilknytning til afsnittet og det eksisterende praksisfællesskab, som plejegruppen gør, hvorfor de eksterne rammer opleves vidt forskelligt.

I tilknytning til de økonomiske rammer påpeger personalet lave normeringer eller nedskæringer i disse som et problem i forhold til den faglige kvalitet. Personalet tvinges til at udøve en prioriteret kvalitet, især når der er ekstra travlt. Ved sygdom og overbelægning føler plejepersonalet på afsnit C sig meget pressede: *"Der er ikke tid til, at det kan være en velfungerende organisation"*. Trods dette mener plejepersonalet godt, at de kan få hverdagen til at fungere, men på sigt bliver de kørt ned og bliver uflexible. Afsnitsledelsen på afsnit C giver også udtryk for, at plejegruppen når meget på afsnittet i for-

hold til det antal medarbejdere, der er. Men ifølge afdelingslægen fra afsnit C har det nogle omkostninger: *"Vi er meget effektive, men det går ud over kvalitetskontrol af det, vi går og gør"*. Udover den manglende kvalitetskontrol erkender plejepersonalet på afsnit C også, at der er ting, som ikke bliver gjort. Det kommenterer en sygeplejerske fra afsnit C således: *"Patienterne ved det bare ikke – de er så taknemmelige. De er ikke klar over, hvor meget bedre det i princippet kunne være"*. En anden sygeplejerske fortæller, at den psykiske pleje i sådanne situationer ofte kommer til at stå i baggrunden. Derimod bliver de mere synlige ting ordnet, for som det bliver sagt: *"Så tager man det [sengebad, red.], for afdelingen skal se godt ud udadtil"*. Lægerne fra afsnit C fremhæver endvidere, at normeringen af plejepersonalet kan betyde, at sygeplejerskerne ikke har tid til afslutningssamtaler inden udskrivelsen, hvor forebyggelse eksempelvis er et væsentligt emne. Der ydes således en prioriteret kvalitet med de begrænsede personaleressourcer, der er til rådighed. Desuden er der ikke tid til overlevering mellem vagterne, fordi plejepersonalet på afsnit C på grund af normeringen ikke har overlap i vagterne, hvorved det bliver vanskeligere at oparbejde et delt repertoire som grundlag for praksisfællesskabet. Dette har ifølge én af sygeplejerskerne fra afsnit C konsekvenser for plejen og behandlingen. På afsnit A opleves nedskæringer som et forstyrrende indgreb:

"Det påvirker meget, når man bliver skåret ned, at man skal lave dét om, som man har fået op og køre. Det kan godt være, at det giver mere luft, at vi kun har 15 senge. Men det var ikke det, vi ville. Vi ville tage imod på en ordentlig måde".

Citatet illustrerer, hvorledes nedskæringer kolliderer med praksisfællesskabets prioriteringer og autonomi. På den anden side giver plejegruppen på afsnit A udtryk for, at nedskæringen har betydet, at personalenormeringen er kommet til at passe bedre med antallet af senge på afsnittet, og der er således blevet mere tid til at pleje patienterne. Førhen blev der brugt mange ressourcer på at dække personalebehovet med vikarer, og en social- og sundhedsassistent fra afsnit A påpeger, at dette påvirkede den faglige kvalitet:

"De [vikarer, red.] har ikke fulgt op på væskeskemaer. De har ikke givet den basale pleje, som vi går og drømmer om, vi gør. Så er du frustreret over, når du går hjem, at det kunne du godt have gjort bedre. Os gamle skulle næsten tænke hele afdelingen igennem, fordi folk kommer udefra fra et vikarbureau og kommer én dag hos os. Vi skal lære dem alt, og så er de ude af døren igen. Så går vi: "Har vi husket alt?". Det har være opslidende".

I det perspektiv har en nedskæring af senge således være belejligt for plejegruppen på afsnit A, fordi der blev færre patienter at tage sig af.

Plejegruppen har således formået at foretage justeringer i forhold til de organisatoriske ændringer på en for praksisfællesskabet hensigtsmæssig måde. Der er dog i plejegruppen på afsnit A enighed om, at for mange ændringer og indgreb fra højere instanser påvirker den enkeltes udviklingsparathed og lyst til at arbejde. I forhold til den faglige kvalitet af patientplejen og -behandlingen påpeger en sygeplejerske fra afsnit A følgende:

"... overfor patienterne, så er det den samme kvalitet, man giver. Men det er det måske ikke alligevel, for det er en anden lyst og energi til at møde op på arbejde".

Samlet set mener de interviewede afdelingsledelser, læger og plejepersonale ikke, at de prioriteringer, der foretages som følge af begrænsede ressourcer og normering, skaber dårlig faglig kvalitet. Dog påpeger både læger og plejepersonale, at begrænsede ressourcer, lav normering og nedskæringer tager på ressourcerne og begrænser den enkeltes overskud og udviklingsparathed, og således indirekte kan resultere i mindre god faglig kvalitet. På tværs af de fire afsnit er interviewpersonerne endvidere frustrerede over at få dikteret rammer og betingelser fra øvre instanser. Frustrationen bunder i, at personalet føler at have begrænset indflydelse på fastsættelse af de rammer, indenfor hvilke de skal yde faglig kvalitet. Kontraktstyring, lav personalenormering samt nedskæringsindgreb betragtes således som et forstyrrende element for praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet, der indskrænker personalets handlemuligheder og autonomi.

5.2.2 Samarbejdsrelationer

Personalets perspektiver omkring faglig kvalitet og samarbejdsrelationer har et mere positivt udgangspunkt, end det er tilfældet med de ovenfor nævnte arbejdsmæssige rammer og betingelser. På tværs af de fire afsnit bliver det fremhævet, at en god samarbejdskultur har afgørende betydning for opnåelsen af god faglig kvalitet. Et godt tværfagligt samarbejde bliver i særlig grad fremhævet som vigtigt, idet det medvirker til at skabe bedre kommunikation og koordinering, hvorved patientbehandlingen får et bedre flow og forløber mere effektivt. Et mindre godt samarbejde kan ifølge en sygeplejerske på afsnit A have konsekvenser for den faglige kvalitet:

"Hvis jeg ikke synes om lægens plan, så arbejder jeg heller ikke for den. Det kan godt være, det sker ubevidst, men så får man måske ikke fulgt op på de ting, man gerne vil, og får det ikke gjort så hurtigt. Man er ikke så effektiv".

Plejegruppen på afsnit A fremhæver ligeledes, at der kan gå vigtige informationer tabt, hvis ikke lægen har et godt forhold til plejegruppen og ikke synes, samarbejdet er vigtigt. Plejegruppen fremhæver her, at et godt samarbejde skaber et bedre informationsflow, hvorved behandlingen forløber

mere effektiv. I den sammenhæng lægger plejegruppen på afsnit A særlig vægt på, at lægerne er lydhøre overfor deres observationer.

Samtlige interviewede personer på afsnit C giver udtryk for, at der er et godt samarbejde faggrupperne imellem. Afsnitsledelsen fortæller, at personalet udgør en forholdsvis lille og sammentømret gruppe, hvilket bl.a. betyder, at personalet er meget tæt på hinanden. Denne nærhed i samarbejdet tillægges betydning i forhold til den faglige kvalitet. Afdelingssygeplejersken fra afsnit C uddyber:

"Du kan diskutere alle ting. Jeg tror det gør, at der kommer flere observationer frem. Man får vendt nogle ting. Selvom man er læge, kan man godt overse noget. Der kan være nogle læger, der udstråler, at du skal ikke fortælle mig noget. Sådan er det slet ikke".

Det gode tværfaglige samarbejde medvirker således til, at oplysninger og observationer i relation til patienterne i højere grad bliver diskuteret, hvorved der dannes et bedre beslutningsgrundlag i forhold til behandling og pleje. Afsnitsledelsen på afsnit C fremhæver ydermere, at der generelt er en god fællesskabsånd på afsnittet, som bl.a. kommer til udtryk ved, at lægerne altid stiller op på afsnittet, hvis tingene brænder på. I disse situationer og i andre sammenhænge fremhæver lægerne på afsnit C, at de er meget afhængige af, at der er nogle kompetente sygeplejersker på afsnittet. For som en reservelæge fra afsnit C siger: *"Vi er mest effektive, når vi bliver kaldt i de rigtige situationer"*. Samme reservelæge påpeger, at samarbejdet med plejegruppen ofte fungerer bedre, hvis man arbejder sammen med en person, man kender lidt i forvejen. Ligeledes mener reservelægen fra afsnit C, at plejepersonalet generelt har et godt overblik over patienterne og de problematikker, der måtte være i relation hertil. Den personlige kontinuitet i forhold til plejepersonalet betyder således noget for samarbejdet, og lægerne ser en stor værdi i den kompetence, som plejepersonalet har i forhold til patienterne. Plejegruppen på afsnit C synes også, at samarbejde med lægerne fungerer godt, og de sætter stor pris på, at de altid kan regne med – og få fat i – lægerne, hvis der er brug for dem. Samlet set drejer det sig for læger og plejepersonale på afsnit C om at drage så megen nytte af hinandens kompetencer som muligt ved at koordinere og sammenkoble deres aktiviteter. Et velfungerende, tværfagligt praksisfællesskab skaber rum for dette, og er således katalysator for god faglig kvalitet.

På afsnit D er der også bred enighed om, at det tværfaglige samarbejde har en gunstig effekt på den faglige kvalitet. Eksempelvis pointerer én af overlægerne følgende:

"Hvis man har et dårligt samarbejde med sygeplejerskerne, så fungerer tingene ikke. En afdelings personalegrupper skal kunne samarbejde om

forskellige ting. (...) Når man har med patienter at gøre, er det vigtigt, at man er enig om den information og den behandling, man giver patienten".

Dette fokus på at opnå fælles fodslag omkring behandlingen fremhæves også af plejepersonalet på afsnit D:

"I forhold til de indlagte patienter kan det ikke blive et godt forløb, hvis ikke vi [læger og sygeplejersker, red.] kunne arbejde sammen om det. Vi kunne have noget skide godt sygepleje, og de kunne også ordinere en hel masse godt, men hvis ikke vi er enige om det og finder ud af det sammen, så kan jeg ikke tro, at det kan blive godt. Organisationen hænger sammen med fagligheden".

Ovenstående citat illustrerer, at faglig kvalitet i høj grad er et organisatorisk foretagende, der drejer sig om at koordinere de forskellige faggruppers indsats, og få dem til at spille sammen på bedst mulig vis. Med dette fokus på tværfagligt samarbejde kan det virke paradoksalt, at afsnit D har en stuegangsform, hvor læger og sygeplejersker ikke møder patienten samlet (se boks 5). I forbindelse med kontakten og kommunikationen med sygeplejerskerne ser en overlæge fra afsnit D en række problemer i forbindelse med den nuværende organisering af stuegangen. Han spørger:

"Hvordan sikrer vi, at de beslutninger lægen tager, dels er forankret i de generelle observationer plejegruppen har gjort, dels at de bliver kommunikeret videre til sygeplejersken og plejegruppen? Hvordan får vi påpeget de ting, som ikke er blevet gjort? (...) Hvis der er stuegang, så skal man gå ud og tale med dem [patienterne, red.], og så gå tilbage og aflægge rapport til sygeplejerskerne. Hvis man regner på minutter pr. patient, så vil arbejdsdagen være længere, end det man bliver honoreret for. Det er før, vi har tilset de akutte patienter og lavet planer for dem. Det er for dårligt, at patienterne ikke får [fælles, red.] stuegang".

Boks 5

Enestuegang på afsnit D

Enestuegangen har blevet praktiseret på afsnit D siden 1993. Konkret foregår det sådan, at en gruppeleder fra hver plejegruppe først går 'forstuegang', hvor patienten tilses og de seneste undersøgelsesresultater tjekkes. Dernæst møder stuegangslægen op på sygeplejekontoret, og foretager sammen med gruppelederen journalgennemgang. Hvis der er særlige problemer eller uklarheder angående en patient, kan gruppelederen og den stuegangsgående læge herefter gå sammen ud til patienten. Men princippet er, at lægen går stuegang alene. Efter - og i nogle tilfælde under - stuegangen går lægen tilbage til sygeplejekontoret og informerer og/eller konfererer med gruppelederen.

Som konsekvens af de problematikker, som overlægen fra afsnit D her skitserer, så han gerne enestuegangen ændret. Dog erkender han, at der i forhold til patienterne er nogle kommunikationsmæssige fordele ved enestuegangen. Det er netop, hvad en anden overlæge fra afsnit D hæfter sig ved. Han fremhæver, at han via 'enestuegangen' opnår en bedre og mere tæt kontakt til patienterne. Derigennem får han et bedre kendskab til den enkelte patient, hvilket ifølge overlægen fra afsnit D gør det nemmere at planlægge sin tid. Dette betyder samlet set, at stuegangen går hurtigere. Det er overlægens opfattelse, at enestuegangen medvirker til at øge den faglige kvalitet, selv om han var skeptisk overfor ordningen, da han startede på afdelingen. Det er også overlægens synspunkt, at de yngre læger ikke kan fungere uden en tæt kontakt til sygeplejerskerne. Til trods herfor fastholder han, at enestuegangen er at foretrække. Overlægen fra afsnit D påpeger samtidig, at en tæt kontakt til sygeplejerskerne er vigtig for den faglige kvalitet, fordi det som tidligere nævnt er væsentligt at have fælles fodslag i forbindelse med behandlingen. Den kontakt opnår lægerne og plejepersonalet ifølge overlægen på afsnit D på fælleskonferencer. Dette står imidlertid i modsætning til de yngre lægers oplevelse. Ifølge én af de yngre læger på afsnit D er den samlede kommunikation med plejegruppen forholdsvis begrænset. Der er ingen tværfaglige møder – det eneste tværfaglige kommunikationsfora er afdelingens middagskonference, hvor oversygeplejersken repræsenterer plejegruppen. I sin tid var gruppelederne fra plejegrupperne på afsnit D med til denne conference, men dette er blevet prioriteret bort med begrundelse i arbejds- og tidspres.

De yngre læger på afsnit D har modsatrettede synspunkter på enestuegangen. Én af de yngre læger på afsnittet – som har en del erfaring fra forudgående ansættelser på andre sygehuse – mener, at stuegangen er mindre tidspresset, når der ikke er en sygeplejerske med rundt. Ligeledes oplever den yngre læge fra afsnit D en bedre kontakt med patienten, ligesom der i højere grad er fokus på dét, lægen synes er vigtigt, frem for det en sygeplejerske fokuserer på. Enestuegangen giver således mulighed for at styrke det professionsspecifikke perspektiv. Samme yngre læger påpeger dog også, at det kan være besværligt og tidsrøvende at finde en sygeplejerske på afdelingen, hvis man har brug for dennes hjælp. Efterfølgende skal der ydermere bruges tid på at give rapport til plejegruppen. En anden yngre læge fra afsnit D påpeger, at det som ny kan være hårdt at gå stuegang alene. Den hjælp, som de yngre læger kan få fra de erfarne sygeplejersker, er ikke umiddelbart tilgængelig under enestuegangen.

Stuegang kan siges at udgøre ét af de primære fora for koordinering af information og behandlingstiltag mellem læger og plejepersonale. Derfor kan det give anledning til undren, at der er enestuegang på afsnit D. Anvendelsen af denne stuegangsform er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at samarbejdet mellem faggrupperne ikke fungerer, men rent praktisk synes

Boks 6

Teamstruktur på afsnit B

Der arbejdes i to teams, der hver varetager behandlings- og plejeopgaver for 18 patienter - dvs. halvdelen af afsnittets samlede senge-normering. Der er således færre patienter at forholde sig til. Det tilstræbes, at lade overlægerne varetage de opgaver, som ligger udenfor team-regi, således at de yngre læger fortrinsvis arbejder i teamet. Selv om overlægerne har opgaver i ambulatoriet eller dagafsnittet, er det obligatorisk, at de deltager i afsnittets daglige teammøder. Her er der således mulighed for, at overlægerne kan supervisere og vejlede det mindre erfarne personale. Før teamstrukturen blev indført, var lægerne ikke fast tilknyttet et afsnit.

det umiddelbart at blive vanskeligere at dyrke et tværfagligt praksisfællesskab. Men i forhold til kontakten med patienten, synes enestuegangen ifølge lægerne på afsnit D at være en gevinst.

På afsnit B er samarbejdet mellem læger og plejepersonale blevet styrket af en teamstruktur, der blev indført i 1995 (se boks 6). Afdelingssygeplejersken fra afsnit B giver udtryk for, at teamstrukturen samlet set er med til at forbedre den faglige kvalitet, bl.a. fordi det har en gunstig indvirkning på informationsflowet i afsnittet. Dette støttes op af plejepersonalet på afsnit B, idet de fremhæver, at teamstrukturen har styrket samarbejdet med lægerne, og at lægerne er meget lydhøre overfor plejegruppens observationer. Lægerne fra afsnit B giver også udtryk for, at samarbejdet med plejegruppen fungerer godt. Samlet set er teamstrukturen med til at styrke kontinuiteten i patientbehandlingen – den enkelte eller grupper af medarbejdere får mulighed for at følge opgaverne til ende og afslutte de ting, der er sat i gang. Det betragter både læger og plejepersonale på afsnit B som en styrkelse af den faglige kvalitet.

Også læger og plejepersonale på afsnit D fremhæver, at kontinuitet i patient-såvel som personaleforholdet er et vigtigt aspekt af den faglige kvalitet. Eksempelvis fremhæver en yngre læge fra afsnit D, at kontinuiteten betyder, at patienterne føler sig mere trygge og får større tillid til personalet. Ifølge plejepersonalet på afsnit D opstår den gode kvalitet, når det er det samme personale, der ser patienten flere dage i træk. For plejepersonalet handler det eksempelvis om, at et kontinuerligt kendskab til patienten giver bedre indblik i, hvad patienten kan klare. Det bliver dermed lettere at støtte patientens udvikling i positiv retning. Kontinuiteten i relationen er tillige med til at opbygge et tillidsforhold, hvilket ifølge plejepersonalet får patienterne til at åbne op for de mere følelsesmæssige aspekter ved at være syg og indlagt. Pga. skiftende vagter er det imidlertid ikke muligt, at den samme person kan følge hele patientforløbet. Men som en social- og sundhedsassistent på afsnit D påpeger:

"Der er det godt, at vi er sammen i gruppen.¹⁹ Hvis du havde haft fri nogle dage, så har jeg været her nogle dage, og så kan jeg fortælle, hvad der har været de sidste dage. Så satte du ind på de ting, hvor du fandt det nødvendigt at få fat på noget. Det er godt, at nogen lapper over. Så bliver det bedre".

Kontinuiteten kan dermed også etableres via de mindre plejegrupper, som eksisterer på afsnit D. Ved at have overlap i vagterne, er der mulighed for overlevering af information om de enkelte patienter. Netop denne mulighed for overlevering af information var ikke til stede for plejepersonalet på afsnit C, hvilket opleves som problematisk i forhold til den faglige kvalitet. På afsnit D fungerer informationsflowet dog heller ikke altid optimalt. Én af social- og sundhedsassistenterne beretter eksempelvis følgende:

"Hvis ikke man er der den dag, der har været morgenmøde, og man ikke får spurgt én af dem, der har været med til morgenmødet, så kan der gå 14 dage, inden man får den besked. Hvis der har været snakket den dag, så bliver der tilfældigvis ikke snakket igen. Så får man ikke den orientering".

Den kommunikation, som foregår indenfor rammerne af mødestrukturen, når således ikke altid ud til dem, der ikke har deltaget i mødet. Dette kan siges at udgøre en barriere for praksisfællesskabet. Information om patienterne kan imidlertid godt foregå på et uformelt plan og således medvirke til at skabe kontinuitet, som det blev beskrevet i forrige citat.

Ledere og medarbejdere på tværs af de fire afsnit betragter et velfungerende praksisfællesskab på tværs af faggrupper som en organisatorisk facilitator for god faglig kvalitet. Praksisfællesskabet skaber et kommunikationsrum, hvor informationer udveksles og cirkulerer rundt til de medarbejdere, der er involverede i behandling og pleje af patienterne. Personalets fornemmelse af, at behandlingen af patienten er et fælles foretagende styrkes, hvilket danner et fundament for at arbejde i samme retning, støtte op om de udarbejdede behandlingsplaner og koordinerer faggruppernes indsats i forhold hertil. Derved opnås en højere grad af konsistens i de samlede behandlingsforløb, og for personalet er dét et væsentligt aspekt ved den faglige kvalitet.

5.2.2.1 Specialiseringens kontraeffekter

Specialiseringen af personalet kan sammen med den skiftende vagtbemanding blandt især lægerne føre til mangel på kontinuitet. Én af overlægerne fra afsnit D udtrykker det således:

¹⁹ Som nævnt i afsnit 4.1 (boks 4) er plejegruppen på afsnit D delt op i 5 grupper med henholdsvis 2 grupper og 3 grupper på de to afsnit. Disse grupper har hver især ansvaret for bestemte patientgrupper.

"... hver gang en ny person bliver koblet på nogle patienter, bliver der større mulighed for, at der bliver givet forskellig information. Hvis der både er en læge, en sygeplejerske og en palliationssygeplejerske og måske en praktiserende læge. Det største problem i sygehusvæsenet er, at det ikke er samme læge, man møder hele tiden. Dvs. at patienterne får samme besked, men givet på forskellig måde, som de misforstår".

En anden overlæge fra afsnit D forklarer endvidere, at specialiseringen blandt lægerne fungerer som en beskyttelse mod arbejdspress:

"Der er en tradition i lægeverden for at satse på eget subspecial og grave sig ned der. Er man god i sit subspecial, så er man verdensmester til noget. Omvendt har man også mulighed for i ressourceknappe tider at undgå et arbejdspress. Da arbejdsopgaverne er langt større end ressourcerne, så vil medarbejdere, der ikke kan beskytte sig selv i en skal, blive knust og forlade organisationen. Når vi alle graver os ned i vores subspecialer, så er der forskellige interesser".

Overlægen beskriver her, hvordan specialiseringen individualiserer lægernes arbejde. Dette kan være problematisk i forhold til at få et tværfagligt praksisfællesskab til at fungere, som både af læger og plejepersonale på afsnit D fremhæves som essentielt for at kunne yde god faglig kvalitet. Dette er paradoksalt i lyset af, at afdelingsledelsen på afsnit D betragter faglig specialisering som central for den faglige kvalitet (jf. afsnit 5.1.3). Specialiseringen og den deraf følgende individualisering kan måske også forklare, hvorfor det interne samarbejde mellem lægerne på afsnit D tilsyneladende ikke altid fungerer. Oversygeplejersken på afsnit D beskriver samarbejdsproblemerne således:

"De unge læger er af anden kategori i dag, så de kan også samarbejde. Det er så lidt værre med den lidt ældre lægegruppe (...). Du kan godt samarbejde med de ældre, men de kører også mere deres eget løb. (...) De [overlægerne, red.] har ikke svært ved at samarbejde med personalet hver især, men overlæger har svært ved at planlægge og samarbejde på tværs af deres egen gruppe. Man har jo lov til at bestemme selv. At sige noget til en anden overlæge – det har de meget svært ved".

I forhold til at få et praksisfællesskab til at fungere, er det ikke hensigtsmæssigt, at lægerne 'kører deres eget løb'. Det udgør en barriere for kommunikation og vidensudveksling indenfor det lægelige praksisfællesskab.

På afsnit C skaber en specialisering af sygeplejerskernes funktioner ligeledes vanskeligheder. Plejepersonalet varetager forholdsvis specialiserede funktioner indenfor det kardiologiske speciale. Det betyder imidlertid, at det vanskeligt kan bruge det almindelige vikarkorps ved sygdom o.a., men må

bruge "de dyre limousiner", som er de kardiologiske sygeplejersker. Der opstår således et skisma i og med, at den kardiologiske specialisering, som personalet på afsnit C forbinder med faglig kvalitet, skaber infleksibilitet i forhold til at organisere arbejdet, når det faste personale er fraværende. En overlæge fra afsnit D mener desuden, at den specialisering, som har udviklet sig blandt sygeplejerskerne, potentielt kan lede til problemer i samarbejdet mellem læger og sygeplejersker. Overlægen fra afsnit D frygter, at ansvarsfordelingen i forhold til patientbehandlingen bliver diffus, når der uddannes specialsygeplejersker indenfor de forskellige medicinske specialer. Denne specialisering kan ifølge overlægen fra afsnit D gå ud over patientens integritet: *"Vi er ved at blive så specialiserede, at vi alle gerne vil gøre det så godt for patienten som muligt. Men vi glemmer, at de har deres egen integritet"*. Det kan dog diskuteres, om patientens integritet påvirkes mest af den lægelige specialisering, eller af den specialisering der foregår blandt sygeplejerskerne. Overlægens indvending kan endvidere tolkes som en markering af den lægefaglige profession ved at tage afstand fra plejegruppens bestræbelser på at opnå status af en profession. Hvis lægerne har denne holdning til sygeplejerskerne specialisering, kan det potentielt udgøre en yderligere barriere for en fleksibel arbejdsorganisering samt et tværfagligt praksisfællesskab.

Udover de negative aspekter, som fremhæves i forbindelse med plejegruppens specialisering på afsnit C og D, fremhæves der også positive aspekter i forhold til den faglige kvalitet. Ifølge lægerne på afsnit C er det kardiologiske speciale omgæret med en vis status både blandt sygeplejersker generelt og hos administrationen. Specialet tiltrækker ifølge en overlæge fra afsnit C en særlig type sygeplejersker, som kan lide, at der sker noget. Specialiseringen er forbundet med et stort fagligt engagement fra plejegruppens side, hvilket kan betragtes som et incitament til at yde en god faglig kvalitet. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at plejepersonalet på afsnit C knokler for at give patienterne en god behandling og pleje. Deres faglige stolthed og engagement forbyder dem andet. Det kan dog være problematisk at satse på den faglige kvalitet via personalets engagement, hvis ikke rammerne omkring det er holdbare på sigt.

5.2.2.2 Samarbejde med andre afdelinger og primær sektor

Udover det tværfaglige samarbejde knyttes faglig kvalitet endvidere til et godt samarbejde med andre afdelinger og sektorer. En kilde til dårlig kvalitet kan ifølge plejegruppen på afsnit B være, at modtageafdelingen ikke har noteret særligt meget om, hvad der er sket med en patient, som overføres til afsnittet. Der mangler således oplysninger om patientens tilstand, og det tager ekstra tid at finde ud af, hvilke behandlingstiltag der skal sættes i værk – en forsinkelse der kan gøre det vanskeligt at få den faglige kvalitet helt i top. Desuden må personalet ofte selv hente patientens journal i vagtsekretariatet. Derudover påvirker modtageafdelingens arbejdsorganisering ifølge plejepersonalet også arbejdsdagen på afsnit B:

"Vi oplever, at de har lavet om på deres dagsrytme i modtageafdelingen, at vi får patienter op senere på formiddagen. Det har vi kunnet mærke. De kommer midt i frokosten og lige efter. Vi er ved at være færdige med stuegang, og folk skal have mad, og så kommer de rullende ind af døren".

Organiseringen af arbejdet på afsnit B og den faglige kvalitet, som er indlejret i dette arbejde, indgår således i en større organisatorisk sammenhæng. I den forbindelse betragtes det som en fordel for samarbejdet omkring patienterne, at modtageafdelingen er kommet til at høre ind under afsnittets afdelingsledelse, fordi der derved er bedre mulighed for fx at koordinere indlæggelsen af patienterne.

Også samarbejdet med primær sektor har betydning for den samlede faglige kvalitet. Som tidligere nævnt (jf. afsnit 5.1.2) lægger plejepersonalet på afsnit D vægt på at have et godt samarbejde med hjemmepleje med henblik på at undgå genindlæggelser. Både afdelingsledelse, læger og plejepersonalet på afsnit B påpeger også vigtigheden af, at behandlingen følges op i primær sektor for at undgå genindlæggelser. De udskriver nødtigt patienter til uafklarede forhold. Derudover efterstræbes det at få udarbejdet epikriser forholdsvis hurtigt. Et sammenhængende patientforløb, hvor primær og sekundær sektor spiller sammen, udgør således en vigtig del af personalets opfattelse af faglig kvalitet. Én af lægerne fra afsnit B udtrykker det således:

"... hvis der ikke følges op i kommunen, så kommer de igen. Du kan ikke sige kvalitet kun her i huset. Der er også andre aspekter, du skal kigge på. En helhed".

Samarbejdet med primærsektoren fungerer imidlertid ikke optimalt. Ifølge plejepersonalet på afsnit B ligger de ældre patienter ofte i ugevis og venter på en plejehjemsplads og optager således pladsen for andre medicinske patienter. Plejepersonalet på afsnit B forbinder det med dårlig kvalitet, at patienterne ligger længe, men de finder det vanskeligt at løse problemet. De føler, der mangler sanktionsmuligheder overfor det kommunale system:

"Som sygehusvæsen har man ikke gjort noget for at undgå det her. Man har ikke sagt, at de må højst ligge her tre dage, så skal der vurderes om de skal hjem. Fra andre steder er det noget med, at deres hjælp skal være etableret i løbet af tre dage. Vi oplever her, at det er dem [plejehjemmene, red.], der bestemmer, hvornår hjælpen er etableret. Vi har ikke nogen nogen mulighed for at gøre indvendinger, selvom personen er her 1-2 uger".

Det organisatoriske ansvar for problemet placeres således ikke udelukkende i det kommunale system, men også indenfor sygehusvæsenets egne

rækker. Generelt straffes kommunerne dog økonomisk, hvis der ikke er etableret hjælp indenfor to dage (LBK nr.766 af 28/8 2003:§12). Afdelingssygeplejersken på afsnit B påpeger, at det har hjulpet på problemet, og langt de fleste kommuner gør en indsats for at få etableret hjælp.

På afsnit A udvikles den faglige kvalitet ifølge afdelingsledelsen gennem samarbejde med andre sygehuse. Eksempelvis samordnes lægernes instrukser indenfor hjerte- og lungesygdomme på tværs af sygehuse i det pågældende amt. Dette er imidlertid ikke et tværfagligt fora. Over-sygeplejersken på afsnit A ser dog perspektiver i at få kardiologiske specialistsygeplejersker med i dette fora, og derigennem styrke et bredere tværfagligt samarbejde på tværs af organisationer.

Samlet set sættes udøvelsen af god faglig kvalitet ind i en større organisatorisk sammenhæng – det er et foretagende, der rækker udover afsnittets og sygehusets mure. Praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet omfatter således et bredt netværk af organisatoriske og relationelle forhold, som skal spille sammen for at give et godt udfald.

5.2.3 Personalesammensætning

Den faciliterende effekt, som det tværfaglige samarbejde vurderes at have på den faglige kvalitet, relaterer personalet på tværs af de fire afsnit til sammensætningen af henholdsvis erfarent og mindre erfarent personale. Særligt på afsnit A, B og D giver en timeglasstruktur i sammensætningen af lægegruppen²⁰ anledning til problemer i relation til den faglige kvalitet. Overlægerne har ikke særlig god tid til at tage sig af de yngre lægers uddannelse og oplæring, og når mellemlaget af reservelæger og afdelingslæger er forholdsvist begrænset, står de yngre læger i mange situationer alene og med et stort ansvar, som måske ikke altid svarer til den forholdsvist begrænsede erfaring, disse læger har. Den begrænsede kliniske erfaring påvirker ifølge de yngre læger på afsnit D den faglige kvalitet:

"Her bliver der skudt lidt bredt fra hoften. Der er mange undersøgelser, der bliver lagt i primærjournal af en ung reservelæge.(...) Hvis der er lidt anæmi, så bestiller man en gastroskopi og en røntgen af colon, inden man har undersøgt for, om der er en jernmangelanæmi. Det synes jeg ikke er høj faglig kvalitet, for vi har kun et vist antal penge at bruge. Hvis det er irrelevant at lave gastroskopi, så synes jeg ikke, det er høj faglig kvalitet. Der er også risiko ved sådanne undersøgelser. Man skal kun lave de relevante undersøgelser".

²⁰ Timeglasstrukturen i lægegruppen omfatter en stor gruppe af overlæger og yngre læger, hvorimod der er ganske få mellemuddannede læger.

Fordi de yngre læger mangler pondus, kan de tillige have svært ved at revurdere de planer, som er lagt for patienterne, samt at få afsluttet udredningsprogrammer som ikke er relevante. Ifølge de yngre læger på afsnit D har de mere erfarne læger naturligt bedre forudsætninger for – og ekspertise til – at bestille de relevante undersøgelser og for at skære igennem, hvis noget forekommer irrelevant. Samlet set er disse forhold medvirkende til at forlænge indlæggelsesforløbene unødigt, hvilket forbindes med dårlig faglig kvalitet. Denne problematik eksisterer også på afsnit B. Afdelingsledelsen på afsnit B fremhæver, at der gøres meget for, at patienterne bliver tilset af en speciallæge indenfor det første døgn af indlæggelsen. Men samtidig bruges en stor del af overlægekapaciteten i ambulatoriet, i dagafsnittet og i forbindelse med vagter, hvilket bevirker, at der kun er et begrænset antal overlæger til at gå stuegang. Det kan således være vanskeligt at opnå den repræsentation af erfarne læger i afsnit B, som afdelingssygeplejersken efterspørger. Lægerne selv påpeger også, at det er vigtigt at have en fornuftig fordeling mellem uddannet personale og personale under uddannelse. Ofte er det dog de yngre læger, der går stuegang. I den forbindelse påpeger afdelingsledelsen på afsnit B, at: *"Problemet er, at de yngre læger er længere om at beslutte sig og har sværere ved at blive færdig, og på den måde 'misbruger' sygeplejerskernes tid"*. Afdelingssygeplejersken fra afsnit B har dog i samarbejde med afdelingsledelsen fået arrangeret det sådan, at der mindst to gange ugentligt bliver gået stuegang af en overlæge i hvert team. Fra ledelsens side er der således lydhørhed overfor at ændre arbejdsorganiseringen med henblik på at højne den faglige kvalitet.

For de yngre læger på afsnit A giver timeglasstrukturen anledning til ambivalens. På den ene side påpeger de, at det kan være utrygt at stå alene i vagt som helt nyuddannet. På den anden side giver de udtryk for, at det også er udfordrende, og de får mulighed for at udfolde deres faglighed. Én af de yngre læger fra afsnit A fremhæver dog, at det ikke er optimalt, at de som yngre læger skal skrive epikrise på en patient, som en overlæge har udskrevet dagen før. Den yngre læge påpeger, at: *"... vi kender ikke patienten. Så får du den ikke lige skrevet på stuegang. Du er nødt til at vente. (...) Du skal læse 20-30 sider journalnotat igennem på én, du aldrig har set"*. Selv om en sådan situation ifølge én af overlægerne på afsnit A principielt ikke burde forekomme, sker det altså alligevel.

Når de yngre læger går stuegang, påpeger plejepersonalet på afsnit D, at det kan knibe med at få lagt en plan for behandlingen, og frem for lægerne bliver det ofte plejepersonalet, der kommer til at bestemme, hvad der skal ske med patienten. Ifølge plejepersonalet på afsnit D sker der således en ansvarsglidning, som plejegruppen ikke nødvendigvis anser som hensigtsmæssig. Hvis det samtidig er nyuddannede sygeplejersker, som har vagten på afdelingen sammen med de yngre læger, kan det nemt forstærke problemet. Plejepersonalet på afsnit A fremhæver i tråd hermed, at det er væ-

sentligt at have det rette mix af henholdsvis erfarent og nyuddannet personale – også tværfagligt. Det er ifølge plejegruppen på afsnit A ikke fagligt optimalt, hvis både en uerfaren sygeplejerske og en uerfaren læge går stuegang sammen, fordi deres forudsætninger for at bedømme situationen og sætte en behandling i gang ikke er gode nok. Hvis enten sygeplejersken eller lægen er mere erfaren, er denne bedre i stand til at bedømme patienternes symptomer og takle disse på korrekt vis, ligesom vedkommende er mere sikker på sin faglighed. Dette medfører, at der hurtigere bliver taget beslutninger og lagt behandlingsplaner. Også på afsnit C forsøger man at kombinere sammensætningen af personalet til stuegang ved at lade de nyuddannede gå sammen med en mere erfaren medarbejder. Eksempelvis sættes de unge læger sammen med én af de mere garvede sygeplejersker. Om det fortæller en sygeplejerske fra afsnit C:

"Så selvom de [yngre læger, red.] måske ikke har så meget erfaring, så tror jeg alligevel, der er en vis kvalitet i behandlingen, fordi sygeplejerskerne går ind og kompenserer, eller også kommer bagvagten selvfølgelig".

Sammensætningen af henholdsvis nyt og erfarent personale tillægges således kvalitetsmæssig betydning. Det handler imidlertid ikke kun om, at de erfarne kan lære de nye op. Ifølge én af sygeplejerskerne på afsnit D går det også den anden vej, fordi de nye spørger ind til ting, som de mere erfarne måske ikke tænker så meget over mere. På den vis tvinges de erfarne medarbejdere til at opdatere deres viden.

Problematikken omkring personalesammensætning er også central blandt plejepersonalet internt. Ifølge afdelingssygeplejersken på afsnit B er det vanskeligt at fastholde især de erfarne sygeplejersker, og der ansættes derfor med jævne mellemrum nyuddannet personale. En stor del af det personale, som afdelingssygeplejersken på afsnit B råder over, er således i en oplæringsfase og fungerer ikke som fuld arbejdskraft. Samtidig skal det øvrige personale bruge ekstra tid og ressourcer på oplæringen, og der går et stykke tid, før de nyuddannede kan klare tingene på egen hånd. Dette går ifølge afdelingssygeplejersken på afsnit B ud over den faglige kvalitet. For at imødekomme problemet udleveres instruksbøger om bl.a. behandlingen af diabetespatienter til nyuddannede og nyansatte, ligesom der afholdes et basiskursus. Men det løser ikke den grundlæggende problematik med meget nyt personale og elever. På afsnit A forsøger man ifølge plejepersonalet at organisere sig således, at der er en fornuftig blanding mellem erfarent og uerfarent personale, for som afdelingssygeplejersken på afsnit A udtaler:

"De unge sygeplejersker er usikre, men har de et par af de erfarne i nærheden, som de kan spørge til råds, så trives de også godt her og lærer meget".

Samlet set tillægges en fornuftig sammensætning af henholdsvis erfarent og mindre erfarent personale stor betydning for den faglige kvalitet. Timeglasstrukturen blandt lægerne og meget nyuddannet plejepersonale gør det imidlertid til en vanskelig organisatorisk opgave at yde god faglig kvalitet.

5.2.3.1 De yngre lægers uddannelse

Faglig kvalitet knyttes som tidligere nævnt til at give de yngre læger en ordentlig udannelse (jf. afsnit 5.1.1). På grund af de ovenstående problematikker omkring timeglasstrukturen foregår de yngre lægers uddannelse imidlertid ofte mere eller mindre ad hoc. På afsnit A tilstræbes det at overholde Sundhedsstyrelsens retningslinjer for lægernes videreuddannelse²¹ om at afholde minimum tre samtaler i turnusforløbet. Desuden anskuer lægerne på afsnit A en god instruksbog som et vigtigt element i de yngre lægers oplæring samt en måde at kvalitetssikre patientbehandlingen på. Stadigvæk følger lægerne ikke, at de yngre læger bliver gode nok. Men som én af overlægerne på afsnit A pointerer:

"... det kan de [yngre læger, red.] ikke gøre for. Man kan ikke pumpe et system med uuddannede folk. Det svarer til, at du ansætter ti lærlinge, som skifter hele tiden. Hvordan skal de nogensinde få noget, der fungerer? Hvordan skal de nogensinde bygge et hus? Du vil aldrig nogensinde få en faglig kvalitet".

Hele lægeuddannelsens opbygning samt timeglasstrukturen gør det ifølge lægerne fra afsnit A vanskeligt at få en ordentlig faglig kvalitet og en velfungerende organisation. Ifølge den ovenfor citerede overlæge fra afsnit A er det problematisk, at de yngre læger er i en læresituation samtidig med at være ansat som arbejdskraft på fuld tid. Overlægen fra afsnit A fremhæver i forlængelse heraf, at penge til uddannelse og behandling kommer fra den samme pulje. Hvis finansieringen blev opdelt, ville det efter hans mening medvirke til at synliggøre uddannelsesdelen. Spørgsmålet er imidlertid, om dette vil kunne afhjælpe de mere organisatoriske problematikker knyttet til de yngre lægers uddannelse.

Som beskrevet i foregående afsnit forsøger man at afhjælpe problematikken omkring de yngre læger ved at organisere arbejdet således, at de unge læger går stuegang sammen med de mere erfarne læger. Ligeledes forsøger man at gennemføre en grundig introduktion af de yngre læger, når de starter på de enkelte afdelinger. Plejepersonalet på afsnit D påpeger dog, at der kan være stor forskel på, hvor godt de yngre læger bliver oplært:

²¹ For en uddybning se: (Sundhedsstyrelsen 1998:15-22).

"Indimellem virker de [yngre læger, red.] totalt på bar bund meget afhængig af, hvem der har introduceret dem. Så står vi og venter på at få en ordination. "Nå, jamen jeg troede bare, jeg skulle lægge papirerne her", "Når du lægger papirerne der, så kommer de aldrig videre".

En af sygeplejerskerne fra afsnit D påpeger i forlængelser heraf, at det i nogle henseender ville være mere hensigtsmæssigt, hvis plejepersonalet oplærte de yngre læger fx i forhold til stuegang, procedurerne ved modtagelse af patienter, aflevering af journal mv. I dette perspektiv kan det diskuteres, om det virker hensigtsmæssigt, at lægerne på afsnit D går stuegang uden sygeplejerskerne. De yngre læger går glip af den vejledning og læring, som potentielt ligger i en fælles stuegang. Dermed ikke sagt at de yngre læger ikke lærer noget af at gå stuegang alene. Imidlertid kunne mange unødige undersøgelser måske undgås, ligesom det kunne minimere det tidsspilde, der er forbundet med at finde en sygeplejerske eller lægekollega for eventuelt at få hjælp.

På afsnit B skaber teamstrukturen bedre muligheder for de yngre lægers uddannelse og læring. Teamstrukturen er som tidligere nævnt (jf. boks 6, s. 49) opbygget således, at de yngre læger fortrinsvis arbejder i teamet, mens overlægerne varetager opgaver udenfor teamet. De yngre læger har dermed bedre mulighed for at følge færre patienter kontinuerligt, og tage ved lære af den udvikling, som patienten gennemgår under en given behandling. Dertil kommer, at de erfarne kan supervisere det yngre og uerfarne personale i teamet.

Samlet set er det en svær balancegang både at yde en god faglig kvalitet samtidig med at skulle magte opgaven at uddanne nyt personale. Bestræbelserne på at videreføre det lægefaglige praksisfællesskab trækker med andre ord mange ressourcer fra det eksisterende praksisfællesskab. Dette forstærkes yderligere af, at der løbende kommer nye yngre læger på afdelingerne, og de er kun på afdelingerne i en begrænset periode.

5.2.4 Opsamling og fortolkning – faglig kvalitet og organisation

Personalets opfattelse af de organisatoriske forhold, som har betydning for udøvelsen af faglig kvalitet, er komplekst i den forstand, at de er relationelt forbundne og indgår i en større organisatorisk sammenhæng. Det giver ikke mening at betragte samarbejdet på tværs af faggrupper, uden at se det i sammenhæng med sammensætningen af personale og de økonomiske rammer, som personalet skal have samarbejdet til at fungere indenfor. Samtidig kan der internt være et formidabelt samarbejde, men hvis samarbejdet med andre afdelinger eller primær sektor ikke fungerer optimalt, kan der stadig være problemer med den samlede faglige kvalitet. Denne kompleksitet kan gøre det til en vanskelig opgave at udøve god faglig kvalitet.

Et yderligere karakteristika er, at ledere og medarbejdere tolker de organisatoriske forhold i henhold til, hvorvidt de er mulighedsskabende eller begrænsende for personalets autonomi og handlerum. Denne autonomi betragtes som afgørende for at kunne agere professionelt og dermed yde god faglig kvalitet. De arbejdsmæssige betingelser som kontraktstyringen skaber samt personalesammensætningen betragter personalet som objektive og statiske forhold, som de har begrænset indflydelse på. Disse forhold anskuer personalet som indskrænkende for den fagprofessionelle autonomi og dermed mulighederne for at yde god faglig kvalitet. Det interne samarbejde er derimod noget personalet har større indflydelse på, og som vurderes at have en faciliterende effekt på udøvelsen af god faglig kvalitet. Samtidig skaber gode samarbejdsrelationer handlemuligheder i forhold til at kompensere for nogle af de uheldige konsekvenser, som de mere objektive forhold potentielt set kan have på den faglige kvalitet. Samlet set betyder den stærke fagprofessionelle orientering i opfattelsen og håndteringen af faglig kvalitet, at organisatoriske løsninger eller måder at organisere sig på vurderes ud fra, om det er relevant i henhold til et professionsfagligt anlæg.

5.3 Ledere og medarbejderes tolkninger af DGMA

Involveringen og tolkningen af DGMA-projektet er i fokus i denne del af analysen. Da initiativet fra DGMA fokuserer på forbedring af den faglige kvalitet på landets medicinske sygehusafdelinger, er det klart, at der er en stor kontaktflade mellem dette kvalitetsinitiativ og de organisatoriske forhold på afdelingerne. Ledere og medarbejderes tolkninger af initiativet giver et indblik i, hvordan et eksternt kvalitetsinitiativ modtages og håndteres organisatorisk.

Gennem vores arbejde med at sætte os ind i, hvad baggrunden var for etablering af DGMA og hvilke metoder, der anvendes i arbejdet, har vi dannet os et indtryk af den organisationsforståelse, der ligger bag. Dette indtryk, som med et fagudtryk kan kaldes for vores 'forforståelse', ligger bag vores analyse af forholdene vedrørende faglig kvalitet og organisatoriske egenskaber i relationen mellem DGMA og de fire medicinske sengeafsnit. For at gøre dette grundlag klart, præsenterer vi kort denne forforståelse i omstående boks, før vi bevæger os over i analysen af ledere og medarbejderes tolkninger på de fire medicinske afsnit.

Følgende del af analysen er opdelt i henholdsvis lægernes, plejepersonalets og afdelingsledelsernes tolkninger. Rationalet bag denne opdeling er, at DGMA tolkes i henhold til den faglige kvalitet, der som tidligere redegjort for er stærkt professionsbunden (jf. afsnit 5.1).

Boks 7

DSI-projektets forforståelse vedrørende DGMA

Centraliseret initiativ

DGMA's projekt kan ses som et initiativ, der sigter på at øge koordinationen af arbejdet med at bedre den faglige kvalitet på de medicinske afdelinger. DGMA repræsenterer et centraliseret kvalitetsinitiativ baseret på standarder og indikatorer. Det centraliserede perspektiv består primært i, at de oprindelige kvalitetsstandarder er udviklet centralt af en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Intern Medicin i 1996 (Gjørup et al. 1996) og videreudviklet i centraliseret regi. Sekundært foregår udsendelsen af standarder og skemaer til tværsnitsundersøgelserne, bearbejdningen af data og returneringen af de bearbejdede resultater via DGMA's projektsekretariatet.

Forankring hos lokale projektansvarlige

Deltagelse i projektet fordrer, at den enkelte medvirkende afdeling har projektansvarlige, som gennemgår de fastsatte antal journaler (50) og udfylder DGMA's registreringsskemaer. Denne form for projektorganisering kan byde på en række fordele og ulemper. Bl.a. kan der på den ene side ske det, at projektet kan nyde godt af enkeltpersoners lokale engagement og initiativ. På den anden side kan det imidlertid forekomme, at nye projekter kan blive betragtet på lige fod med de fleste øvrige forsknings- og andre projekter, som eksisterer på en sygehusafdeling. Dette kan betyde, at de involverede ledere og medarbejdere i projektgruppen får eneejerskab til - og eksklusivt ansvar for - projektet.

Viden giver forandring

DGMA-projektet er som initiativ til udvikling af den faglige kvalitet baseret på en lineær årsag-virkningstankegang. Dette består i, at det forventes, at tilbagemeldingen af den enkelte afdelings resultater sammenholdt med resultaterne fra de øvrige afdelinger medfører, at der tages initiativ til kvalitetsforbedringer. Den viden, som afdelingerne opnår, forventes således at resultere i initiativer til udvikling. Det vides fra organisationsforskningen, at organisationers adoption af - og adaptering til - nye idéer og ny viden er snævert forbundet med ledernes og medarbejdernes mulighed for at genkende eller identificere det meningsfulde i idéerne. Dette er et forhold, som forstærkes i professions- og vidensdominerede organisationer som sygehusafdelinger (jf. afsnit 3.2.1). Der kan derfor være tale om, at den konkrete anvendelse af DGMA's kvalitetsstandarder vil blive underlagt personalets mulighed for - og ønske om - at inkludere den viden, der stilles til rådighed gennem deltagelse i DGMA. Spørgsmålet er så, om DGMA's initiativ bliver adopteret på de medvirkende sengeafsnit som en naturlig del af arbejdet med kvalitet.

5.3.1 Lægernes tolkninger af DGMA

På henholdsvis afsnit A og B har en overlæge ansvaret for at gennemgå de 50 journaler, som DGMA's opgørelser er baseret på. På afsnit A er den pågældende overlæge ydermere ansvarlig for at formidle resultaterne af DGMA's opgørelser. Selve DGMA-projektet lever ifølge den ansvarlige overlæge fra afsnit A på, at han agerer 'bundprop', og engagementet fra de øvrige overlæger er meget begrænset:

"Hver gang de [overlægerne, red.] hører ordet kvalitet, så spænder de hanen på deres pistol. Andre er neutrale, men der er ikke nogen, der orker at være med i det. Jeg er den eneste tilbage nu, som har arbejdet aktivt med det. (...) Det får ikke samme gennemslagskraft".

I forlængelse af dette påpeger overlægen fra afsnit A, at den ledelsesmæssige forankring af projektet er afgørende. Han mener, at projektet bør forankres på øverste ledelsesniveau også indenfor amtsregi, og at afdelingsledelsen bør forpligtes til at leve op til principperne fra DGMA. Også overlægen på afsnit B fremhæver problemer med at engagere kollegerne i foretagendet. Han fortæller følgende om formidling af resultaterne fra DGMA's opgørelser:

"Hvert år, når resultaterne kommer, så bliver de lagt frem. Men det er en kæmpe afdeling. Jeg tror, vi har 30 læger. De er der aldrig samtidig. Nogen bliver udskiftet. Nogen er kommet, og nogen er gået, inden det bliver lagt frem. Turnuslæger er her kun ½ år. Nogen vil aldrig have oplevet, at vi har været involveret i DGMA".

Citatet illustrerer, at formidlingen af DGMA som initiativ og resultaterne fra opgørelserne er en større kommunikativ opgave. Pga. skiftende vagter og den løbende udskiftning af yngre læger er det tilsyneladende vanskeligt at forankre DGMA-initiativet blandt lægerne. På afsnit D synes overlægerne ikke at være informerede og opdaterede omkring DGMA, og føler tilsyneladende ikke ansvar for projektet. De yngre læger fra afsnit D er mere opdaterede, idet de er blevet informeret om DGMA-projektet af afdelingssygeplejersken. På afsnit C er forankringen af DGMA-projektet ukendt for lægerne. En overlæge fra afsnit C mindes dog svagt, at en reservelæge på et tidspunkt gennemgik de 50 journaler. Samlet set synes DGMA ikke at være fast forankret i lægekollegiet, men er derimod baseret på få ildsjæles indsats. Forklaringen på den manglende forankring skal formentlig findes i den måde, lægerne tolker DGMA-initiativet på.

Som tidligere beskrevet danner registrering og dokumentation grundlag for den evidensbaserede viden, som lægerne lægger så stor vægt på i forbindelse med faglig kvalitet. DGMA kan siges at følge rationalet om at registrere og dokumentere, men til trods herfor forholder langt størstedelen af de interviewede læger sig skeptisk overfor DGMA's standarder. Et ankepunkt går på, at det dokumenterede ikke altid afspejler de handlinger, der er blevet udført. Eksempelvis fremhæver en overlæge fra afsnit D, at det via journalmaterialet kan være vanskeligt at gennemskue, hvilke overvejelser og handlinger der faktisk ligger bag det, der er registreret. Udover at journalmaterialet ikke fuldt ud dokumenterer den faglige kvalitet, mener en overlæge fra afsnit D, at mængden og udformningen af den dokumenterede viden i journalmaterialet kan gøre det vanskelig at yde en god faglig kvalitet. Han siger:

"Vi [Lægerne, red.] vader (...) rundt i uendelige informationer om den enkelte patient, der gør, at vi ofte gør undersøgelser to gange, fordi vi ikke kan finde ud af, at undersøgelsen er gjort før. Det kræver en mand to timer at læse journalen igennem og finde ud af, om det er gjort".

Ud over at være en ufuldstændig aflejring af konkrete handlinger skaber den dokumenterede viden i journalerne således også uensigtsmæssige betingelser for mulighederne for at yde god faglig kvalitet i praksis. De yngre læger på afsnit D fremhæver eksempelvis, at det på baggrund af journalmaterialet kan være vanskeligt at finde ud af, hvornår patienterne er blevet indlagt på afdelingen. Det kan være problematisk, hvis patienten pludselig

bliver dårlig. Journalmaterialet fungerer i udgangspunktet som et kommunikationsredskab, der formidler viden og dermed fælles fodslag omkring behandlingen. Men samtidig kan det skriftlige materiale blive så overvældende og mudret, at det ikke fungerer efter hensigten og skaber vanskelige kår for praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet. I tråd hermed forholder en overlæge fra afsnit A sig kritisk overfor at dokumentere enhver handling:

"Men et andet problem er dokumentation af den [patientinformation, red.]. Der er ikke nødvendigvis en sammenhæng i, at alt er dokumenteret. Historien må også have en ende, og vi må nødvendigvis skrive korte historier. Dvs. vi kan ikke, ligesom en jurist, kræve, at alt er dokumenteret. Det ville fylde Kirkegaards samlede værker, og vi skulle have et vi-deokamera på os døgnet rundt. (...) Så var alt dokumenteret. Men vi er også tvunget af arbejds hastighed og patientflow. Det er et kompromis mellem at dokumentere og handle".

Som overlægen her fremlægger det, må dokumentationsarbejdet ikke tage for meget af den tid, som lægerne har til rådighed, fordi der dermed bliver mindre tid til at behandle patienterne. Der eksisterer i den sammenhæng et dilemma, idet lægerne fra afsnit A fremhæver, at registrering og dokumentation er blevet mere vigtig, både fordi det danner grundlag for den evidensbaserede viderebehandling af patienterne, og fordi det giver rygdækning i klagesager. Men til trods for denne prioritering lader det ikke til, at der bliver gjort meget for at sikre en god registreringspraksis i det daglige arbejde. I det informationsmateriale, som de nye læger får, står der eksempelvis kun kort om formalia i forbindelse med registreringspraksis, og som én af de yngre læger fra afsnit A udtrykker det: *"Der er ikke nogen, der bliver punktet med det [red. registrering]"*. Den overlæge, som er ankerperson for DGMA-arbejdet på afsnit A, fremhæver endvidere, at: *"Vi lever meget på mundtlig tradition og afsmittende vaner – eksemplets magt. Vi kører på de historier og feedback, vi kan nå at give i hverdagen"*. Den sociale praksis bliver her tillagt stor betydning, hvormed betydningen af det dokumenterede, som DGMA er baseret på, fremstår mindre væsentlig. Det er interessant i lyset af lægernes perspektiver på faglig kvalitet, hvor evidens og dermed standardiseret viden fremhæves som centralt for den faglig kvalitet. Forklaringen på, hvorfor lægerne tager afstand fra den standardiserede viden, som DGMA kan levere som grundlag for vurdering af den faglige kvalitet, skal formentlig findes i, at DGMA's indikatorer er udarbejdet eksternt, samt at lægerne ikke finder alle DGMA's indikatorer relevante i henhold til de forskellige subspecialer. Eksempelvis fremhæver lægerne fra afsnit B, at det kan være væsentligt at veje patienten, men hvis patienten er meget dårlig ved indlæggelsen, er vejning ikke det mest påtrængende. Eller som én af lægerne fra afsnit B udtrykker det:

"Det er også afhængigt af, hvilken diagnose de kommer med, eller hvad

man har mistænkt. Hvorfor skal man veje dem bare for at veje dem? Hvis vi har mistanke om malignitet, så kan det være, man vejer dem. Vi gør det ikke i starten, medmindre det er relevant i forhold til de ting, som har med diagnosen at gøre".

Endvidere er lægerne fra afsnit B tilbageholdende med at angive forventet indlæggelseslængde i de første døgn af indlæggelsen, dels fordi det er svært at vurdere, inden der foreligger undersøgelsesresultater, dels fordi det kan skabe en forventning hos patienten, som lægerne ikke kan indfri. En overlæge fra afsnit D advarer tillige mod at påbegynde en dokumentation, før der faktisk er noget at dokumentere. For at illustrere dette fremhæver overlægen, at det i princippet er muligt at lægge en plan for patientforløbet den første indlæggelsesdag, men pointerer, at: *"...ofte er virkelighed ikke sådan, at man kan lægge en plan så hurtigt"*. Det, at der i journalen er registreret en plan for patientbehandlingen, siger med andre ord ikke nødvendigvis noget om kvaliteten af planen, herunder om den er realistisk og vel-funderet. Dertil kommer, at DGMA's indikatorer ikke er direkte rettet mod de specifikke patientgrupper, som indlægges på de enkelte afsnit. Eksempelvis efterspørger afdelingslægen på afsnit C en kvalitetsvurdering, som direkte relaterer sig til det kardiologiske speciale – til det formål har DGMA et for bredt sigte. Samlet set bliver det således ikke i sig selv betragtet som høj kvalitet at score højt på de enkelte DGMA-indikatorer. Relevansen af de enkelte handlinger er mere væsentlig for lægerne.

Det er dog ikke alle læger, der finder indikatorerne irrelevante. Nogle læger vurderer, at vægt og temperatur i udgangspunktet er relevante. Som en yngre læge på afsnit D påpeger: *"Det er en mangel, hvis det [vægt og temperatur, red.] ikke er taget – så glider det. Hvis oplysningen foreligger, så tager man højde for det"*. At det netop er en yngre læge, som fremhæver relevansen, er måske et udfald af, at yngre læger ofte er nye på afdelingerne og derfor i højere grad har behov for at basere deres handlinger på det allerede dokumenterede.

Samlet set er DGMA ikke blevet adopteret og integreret i det eksisterende lægelige praksisfællesskab omkring faglig kvalitet på de fire medicinske afsnit. Dette skyldes, at lægerne ikke tolker DGMA's indikatorer som umiddelbart indlysende og relevante i forhold til den lokale praksis omkring faglig kvalitet. Det er dog ikke ensbetydende med, at lægerne ikke vil følge standarder – instruksbøgerne er spækket med standardiseret viden. Men DGMA's indikatorer er eksternt definerede og ikke rettet mod subspecialer, som det er tilfældet med den evidensbaserede viden. Den evidensbaserede vidensform er i langt højere grad accepteret af lægerne og en integreret del af lægernes opfattelse af faglig kvalitet. Den evidensbaserede viden medvirker således til at konsolidere den lægefaglige profession. DGMA favner for bredt til at kunne have denne funktion.

Nogle af de interviewede læger opfatter DGMA som mere relevant for andre faggrupper. Eksempelvis mener en overlæge fra afsnit D ikke, at det er overlægernes opgave at handle på DGMA-resultaterne:

"Jeg går ud fra, at min afdelingsledelse kigger på den [DGMA-opgørelsen, red.], når de tilrettelægger procedurer i huset. Men det er ikke noget, vi andre studerer nærmere".

Samme overlæge betragter det endvidere som plejegruppens opgave at dokumentere de forhold, som DGMA fokuserer på. Der er imidlertid også DGMA-indikatorer, som mere direkte relaterer sig til lægernes arbejde – det drejer sig fx om stillingtagen til problemstillinger som smerte og temperaturforhøjelse, medicinordinationer og epikriser.

Som konsekvens af lægernes skepsis overfor DGMA er det begrænset, hvilken effekt initiativet har haft i forhold til den faglige kvalitet. På afsnit A er lægerne dog blevet opmærksomme på, at de ikke er hurtige nok til at skrive epikriser – effekten har dog fortrinsvis refleksionsmæssige karakter for lægerne. En læge fra afsnit A beskriver det således: "... det tvinger os til at kigge på, hvad vi selv gør. Gør vi det, vi tror, vi gør?", og samme læge fortsætter: "Det kan give anledning til undren. Det kan også bekræfte og sige: "Det gør vi da godt nok". Den mere konkrete effekt hæftes på plejegruppen, idet det anskues som plejegruppens opgave at få vejret og taget temperatur på patienterne. Det refleksionsmæssige aspekt fremhæves også af en læge fra afsnit B:

"Jeg vil ikke sige, at det ikke indgår i afdelingens kvalitet. Vi vil gerne leve op til de kvalitetskrav – specielt dem vi er enige i. Så har vi prioriteret. Så så det ikke så godt ud med den vægt, og så må vi hanke op i det, og få patienterne vejret eller få noteret i journalen, om de er overvægtige. Så det minder os om ting, vi burde gøre, at det får vi gjort. (...) Vi har glæde af mange af tingene, fordi det minder os om, at her skal vi hanke op".

Til trods for den megen skepsis omkring DGMA's indikatorer kan lægerne fra afsnit A og B se en mening med at anvende DGMA-opgørelser som et slags kvalitetstjek.

5.3.2 Plejepersonalets tolkninger af DGMA

Som det var tilfældet med lægerne har en sygeplejerske på de enkelte afsnit også været involveret i gennemgangen af de 50 journaler, som DGMA's opgørelser er baseret på. På afsnit A har afdelingssygeplejersken været ankerperson, men da der har været skiftende afdelingssygeplejersker de sidste par år, er dennes rolle naturligt blevet reduceret. Som konsekvens heraf fremhæver plejepersonalet på afsnit A, at de igennem de seneste to år ikke har hørt så meget til DGMA-projektet. De har dog altid vidst, at det eks-

sterede. Plejepersonalet på afsnit B kender også til DGMA-projektet, idet afdelingssygeplejersken har informeret om det på personalemøder. Men ifølge plejepersonalet på afsnit B har det fortrinsvis været lægerne, der har været involveret i dataindsamlingen. Plejepersonalet på afsnit C har hørt om DGMA-projektet, men er i tvivl om, hvad det nærmere drejer sig om. Plejepersonalet på afsnit C er dog opmærksomme på, at der på afdelingen ligger informationsmateriale om DGMA-opgørelserne, men forklarer den manglende viden med, at DGMA-projektet er blevet nedprioriteret pga. for lidt personale til at løse de daglige arbejdsopgaver i afsnittet. På afsnit D er plejepersonalet blevet informeret om DGMA-projektet af afdelingssygeplejersken, men ifølge én af social- og sundhedsassistenterne på afsnit D er der meget andet, de også skal holde sig ajour med. En sygeplejerske fra afsnit D tilføjer, at hvis de nye ikke er til stede den dag DGMA-projektet præsenteres, bliver de måske ikke opmærksomme på, at det eksisterer. Samlet set illustrerer plejepersonalets udsagn, at DGMA ikke fylder ret meget i dagligdagen og hurtigt glider ud på sidelinjen, hvis ankerpersonen ikke får informeret om – og er engageret i -projektet.

Plejepersonalet på tværs af de fire afsnit udviser desuden skepsis overfor DGMA's indikatorer. Argumentet går på – som det også var tilfældet med lægerne – at det dokumenterede ikke nødvendigvis afspejler de faktiske handlinger, som er udført i den daglige praksis. Afdelingssygeplejersken på afsnit B påpeger eksempelvis følgende:

"Vi gør en masse ud af tingene, det bliver bare ikke skrevet. Man kunne lave noget med et stempel for ikke at pålægge sekretærerne endnu mere arbejde, for at lægerne skulle skrive det og det. For hvis skyld? Ikke for DGMA's. Det skulle gavne patienterne, men hvis de får det at vide alligevel, hvorfor skal det så stå der?"

I forlængelse af dette fremhæver afdelingssygeplejersken fra afsnit B, at en registrering af en given handling ikke nødvendigvis siger noget om kvaliteten af selve handlingen. Eksempelvis kan der være stor forskel på, om det er en erfaren overlæge eller en ny reservelæge, der tilser en patient. Afdelingssygeplejersken på afsnit C påpeger desuden, at patientinformationen ikke altid dokumenteres:

"Vi snakker med dem [patienterne, red.] og fortæller op og ned af stolper, men vi dokumenterer det ingen steder. (...) Netop sådan noget med informationsniveau til patienterne står stort set ingen steder i vores papirer. Det står heller ikke særlig godt i sygeplejekardeks. [Men, red.] det er stort set det, vi bruger de sidste 3-4 dage på".

Som tidligere nævnt udleveres der også en informationsbog fra Hjerteforeningen til patienterne på afsnit C. Denne patientinformation doku-

menteres heller ingen steder, men plejepersonalet betragter det som selvfølgelig, at patienterne informeres under indlæggelsen på afsnittet. Det dokumenterede afspejler med andre ord ikke de faktiske handlinger, som udfoldes i praksisfællesskabet omkring faglig kvalitet.

Plejepersonalet på tværs af de fire afsnit betragter det at drage omsorg for patienterne som en vigtig del af deres arbejde. Men dette arbejde og kvaliteten af det dokumenteres ingen steder, og indgår således ikke i DGMA's opgørelser. Ifølge en sygeplejerske på afsnit D giver DGMA's kvalitetsfokus derfor et fordrejet billede af den faglige kvalitet af plejepersonalets arbejde:

"Det er rart, at kunne gå herved og fortælle, at hver gang jeg åbner kardex ved mine piger, så står der BMI, og det har der gjort hver dag i hele oktober måned ved alle patienter. (...) Men at der så er 100, der har ligget og grædt i sengen, fordi vi ikke har haft tid, fordi vi skal rende og måle og veje. Der bliver det lidt primær procestænkende".

Den psykiske pleje af patienterne kan således blive tilsidesat til fordel for at indsamle data omkring mere mål- og registrerbare forhold, som ifølge plejepersonalet ikke er dækkende for kvaliteten af den pleje, de yder i det daglige. Plejepersonalet på afsnit B påpeger i modsætning hertil, at dokumentationsarbejdet ofte nedprioriteres, hvis patienterne har brug for en snak eller en trøstende skulder: "Så står der måske ikke så meget i plejeplanen om højde og vægt". Plejepersonalet på afsnit D har i lighed hermed en meget pragmatisk indstilling til DGMA's indikatorer. En sygeplejerske fra afsnit D udtrykker det således:

"Når vi har travlt, kan man synes, det er urimeligt, at det er så pine død vigtig at få den vægt på her og nu, og så ligger der nogen og dør rundt omkring os. Dem har vi så ikke lige tid til at tage os af, for nu skal de altså vejes. Selvfølgelig er det vigtigt, men der kan godt være nogle dage, hvor der er nogle andre ting, der er lidt vigtigere".

En social- og sundhedsassistent fra afsnit D fremhæver endvidere, at det ofte kan være vanskeligt at få vejret de patienter, som ikke er fuldt mobile. For plejepersonalet er det således det praktisk mulige og prioriteringer i hverdagen, som afgør, hvorvidt forskellige standardprocedurer eller -målinger gennemføres eller ej.

Samlet set fremhæver plejepersonalet på tværs af afsnittene, at DGMA's opgørelser ikke giver et fuldstændigt billede af kvaliteten af det arbejde, plejegruppen vurderer som væsentlig.²² Der sker en fokusforskydelse væk fra

²² Projektgruppen bag DGMA er selv opmærksom på denne problematik. De påpeger, at de dokumenterede oplysninger i visse tilfælde ikke giver et fuldstændigt billede af kvaliteten på afdelingerne (<http://dgmagraf.moduleweb.net/2002/?action=intro&page=text2#1>).

nogle af de ifølge plejepersonalet vigtige plejemæssige opgaver. Det dokumenterede betragtes således ikke som et fyldestgørende kriterium for vurdering af den faglige kvalitet. Samtidig fremhæver plejepersonalet i lighed med lægerne på de fire afsnit, at dokumentation er vigtig. For plejepersonalet på afsnit A er dokumentationen af behandlingen og plejen med til at sikre, at kollegerne har et fyldestgørende grundlag at føre plejen og behandlingen videre på og derigennem styrke kontinuiteten i behandlingen. Journalmaterialet kan således medvirke til at skabe et delt repertoire, og fungerer som et vigtigt værktøj for plejegruppens praksisfællesskab omkring faglig kvalitet. På afsnit C knytter plejepersonalet dokumentationen af udførte handlinger med professionalisme:

"... man kan godt se, at det ville være lettere, hvis man fik skrevet, at patienten ikke kan det og det, i stedet for at spørge for 10. gang. Det virker også rimelig uprofessionelt".

For plejepersonalet på afsnit D fungerer registrering i sygeplejekardeks og patientjournalen for det første som dokumentation for, at plejepersonalet har gjort sig overvejelser og er skredet til handling overfor problematikker i forhold til patienten. For det andet er dokumentationen vigtig, hvis patienter eller pårørende forlanger indsigt. I sådanne situationer fungerer det dokumenterede som rygdækning i forbindelse med eventuelle klager. Plejepersonalet på afsnit D henviser her indirekte til loven om patienters retsstilling, der bl.a. foreskriver, at patienter på baggrund af fyldestgørende informationer fra sundhedspersonalet skal give informeret samtykke inden en behandling sættes i gang eller fortsættes, patienterne har mulighed for aktindsigt og kan indsende klager til Patientklagenævnet (Lov nr.482 af 1/7 1998). Blandt samtlige interviewede ledere og medarbejdere på de fire afsnit er plejepersonalet på afsnit D de eneste, der eksplicit fremhæver vigtigheden af det dokumenterede i relation til aktindsigt og klagesager. Loven om patienters retsstilling synes således ikke at være et afgørende pejlemærke eller en barriere for dokumentationsarbejdet på de fire afsnit.

På afsnit B tillægges dokumentation også betydning, men det bliver ikke fremhævet så eksplicit som på de andre afsnit. Afdelingssygeplejersken på afsnit B fremhæver, at der i plejegruppen har været problemer med dokumentationen, og på den baggrund er der nedsat en dokumentationsgruppe på tværs af afsnittene i afdelingen. Som følge heraf er der indført nye papirer i sygeplejeturnalerne, og en nyansat udviklingssygeplejerske arbejder videre med at belyse problemområder i plejegruppens dokumentationspraksis.

Plejepersonalets fokus på dokumentation kan tolkes som en bestræbelse på at styrke og legitimere deres position som selvstændig profession. DGMA kunne i udgangspunktet medvirke til at støtte op om disse

bestræbelser – initiativet kunne bl.a. styrke plejepersonalet i at anvende viden systematisk og oparbejde et vidensgrundlag, som er særlig for plejepersonalet som professionel aktør. Men fordi DGMA lader nogle væsentlige aspekter af det plejefaglige arbejde ude af fokus, adopteres initiativet ikke uden videre. I modsætning til lægegruppen, har plejepersonalet imidlertid arbejdet med nogle af de områder, som har scoret lavt i DGMA's opgørelser. Eksempelvis har vejning af patienterne været et indsatsområde på afsnit B, på afsnit D har der været fokus på kostvejledning, og man har arbejdet med patientinformation på afsnit C. En sygeplejerske fra afsnit A giver endvidere udtryk for, at det øger hendes interesse for nogle problemstillinger at blive holdt op mod DGMA's resultater. Men samtidig påpeger hun, at: *"Det skal ikke være nogle tilfældige statistikker, der bestemmer retningen"*, og fremhæver hermed plejegruppens og afsnittets autonomi. Sammenfattende synes plejepersonalet dog i højere grad end lægerne at anvende DGMA's opgørelse som led i en læringsproces – men indenfor prioriterede områder.

5.3.3 Afdelingsledelsernes tolkninger af DGMA

Afdelingsledelserne på tværs af de fire afsnit synes at være meget lidt engagerede i DGMA-projektet – ansvaret er primært placeret hos de udvalgte ankerpersoner, der gennemgår journalerne og indberetter til DGMA. Afdelingsledelsen på afsnit A erkender dog, at det ville have stor betydning, hvis DGMA-projektet i højere grad var ledelsesmæssig forankret, bl.a. fordi DGMA-indikatorerne er lidt luftige og opererer på et højt abstraktionsniveau med henvisning til fortolkningen af talværdierne. I forlængelse heraf påpeger afdelingsledelsen på afsnit A, at de som ledelse har bedre mulighed for at skabe interesse for og prioritere DGMA's initiativ, end ankerpersonerne har haft. Til trods herfor har afdelingsledelsen på afsnit A ikke påtaget sig denne ledelsesopgave i lighed med afdelingsledelserne på de øvrige afsnit.

Diskussionen omkring DGMA-indikatorernes relevans dukker også op i interviewene med afdelingsledelserne på de fire afsnit. Eksempelvis er afdelingsledelsen på afsnit A af den opfattelse, at de kvalitetsmål, som DGMA bidrager med, har begrænset anvendelighed, idet mere relevante mål såsom resultatet af behandlingen ikke gøres op i tværsnitsundersøgelsen – et aspekt som også fremhæves af afdelingsledelsen på afsnit C. Ligeledes fremhæver afdelingsledelsen fra afsnit A, at de kvalitetsparametre, som kan læses ud af journalen, ikke altid er udtryk for den faktiske kvalitet på afsnittet – det er eksempelvis kutyme at give patienten information om undersøgelser og behandlingsplaner, men informationen bliver ikke nødvendigvis nedfældet i journalen. Dette er ifølge afdelingsledelsen på afsnit A en bevidst prioritering, der handler om dels ikke at gøre journalerne alt for lange, dels ikke at bruge for meget tid på dokumentation på bekostning af patientbehandlingen. Afdelingsledelsen på afsnit A påpeger dog, at hvis den manglende registrering i journalerne faktisk er udtryk for, at informationen ikke bliver givet til patienten, er det noget, der skal gøres noget ved. Også afde-

lingsledelsen på afsnit B fremhæver problematikken omkring dokumentation. Den administrerende overlæge fra afsnit B siger fx følgende om patientinformation:

"... for det står jo ikke i journalen, at patienten er orienteret. Men vi har en adfærd, der gør, at patienterne er orienteret, vi skriver det bare ikke. Så bonner vi dårligt ud. Det vil vi ikke lave om på, og vi vil ikke bruge sekretærtid på at få det skrevet. Mange gange er det et løbende forehavende, at der kommer undersøgelsesresultater, der kræver ny information. Det indgår i den måde, vi agerer på. Vi dokumenterer det ikke, og agter ikke at gøre det".

Den administrerende overlæge lægger her vægt på, at det er i de konkrete handlinger og den sociale praksis, den reelle faglige kvalitet udfoldes. Det dokumenterede giver imidlertid et ufuldstændigt billede af denne sociale praksis.

Selv om afdelingsledelsen på afsnit C i udgangspunktet finder DGMA's indikatorer relevante og som værende i tråd med afdelingens kvalitetspolitik, spores der også her en vis skepsis overfor nogle af indikatorerne. Eksempelvis forekommer det ikke umiddelbart relevant som det første at tage stilling til ernæring, vægt og mobilitet, når en patient indlægges akut. Først når den akutte fase er overstået, begynder man ifølge afdelingsledelsen på afsnit C at tage stilling til andre ting – såsom konkurrerende lidelser mv. Dertil kommer, at indikatorerne ifølge afsnit C's afdelingsledelse anlægger et ensidigt fokus på faglig kvalitet:

"... som sådan er det nogle udmærkede måleparametre for noget af kvaliteten – noget af det, vi præsterer. (...) Det man skal passe på er, at hvis du måler på noget, så måler du på det og ikke andet. Så ved du ikke, hvad det giver af konsekvenser på det, du ikke måler".

Dette perspektiv ligger i tråd med den problematik, plejepersonalet fremhæver omkring det manglende fokus på omsorgsarbejdet.

Ifølge den administrerende overlæge på afsnit D er der i udgangspunktet ikke nogen af DGMA's indikatorer, som ikke er relevante. På afsnit B er der en lang større skepsis overfor relevansen af DGMA's indikatorer. Afdelingsledelsen på afsnit B har sammen med den ansvarshavende overlæge og sygeplejerske vurderet, hvorvidt opgørelserne af DGMA's tværsnitsundersøgelser skulle give anledning til handling. Efter anden tværsnitsundersøgelse er afsnit B begyndt selv at udarbejde mere præcise og anvendelige indikatorer for de behandlings- og patientkategorier, som afsnittet beskæftiger sig med. Ligeledes har oversygeplejersken på afsnit D udarbejdet en standard for den akutte apopleksibehandling, og der er en

proces i gang med at udarbejde standarder for det stationære forløb med disse patienter. Afsnit D's afdelingsledelse giver konkret udtryk for, at DGMA-indikatorerne ikke fylder meget i det daglige arbejde, og ikke bliver anvendt i særlig stort omfang. Men de forsøger at instruere nyansatte i at følge indikatorerne. Samlet set er DGMA som initiativ imidlertid ikke blevet fuldt ud adopteret i de to afdelingsledelsers arbejde med faglig kvalitet. Derimod har DGMA inspireret til at arbejde med specifikke indikatorer relevant for de behandlinger og patientgrupper, de enkelte afsnit beskæftiger sig med. Arbejdet med standarder ligger således ikke fjernt for afdelingsledelserne, men DGMA har tilsyneladende et for bredt sigte til at kunne fungere som et gyldigt kriterium for vurdering af den faglige kvalitet.

Afdelingsledelsen på afsnit A indtænker i højere grad DGMA's opgørelser som en del af en læreproces. De ser DGMA som et tiltag, der skaber undren og indirekte medvirker til at skabe bedre kvalitet. Eksempelvis ser afdelingsledelsen på afsnit A en værdi i at dokumentere patientinformationen, fordi det skaber en intern forpligtelse til at kvalificere dialogen med patienten:

"Det, at man har en dokumentation for, at sygeplejersker og læger har været blandet ind i en eller anden grad af information, den proces, der er sat i gang på baggrund af det, har jo været god, fordi vi har fået taget drøftelsen. Det har jo ikke nogen værdi i sig selv, at skrive at patienten er informeret. Men det er jo det, der ligger i den information, der er interessant. Så kan man jo tage den drøftelse op på afdelingsplan og sige, hvad skal der ligge i sådan en information".

Ifølge afdelingsledelsen på afsnit A kan registreringspraksis således medvirke til at sætte fokus på de handlinger, som er forbundet med den faglige kvalitet på afsnittet. Det er dermed den sekundære effekt af DGMA's opgørelser, som afdelingsledelsen finder værdifuld. Ifølge afdelingsledelsen på afsnit A har det desuden været et tværfagligt foretagende at gennemgå DGMA's opgørelser og udvælge indsatsområder. Efter den første opgørelse blev der sat fokus på at vejlede patienterne indenfor de første par dage. Her har DGMA's opgørelser således fungeret som redskab til at styrke et praksisfællesskab omkring faglig kvalitet på tværs af faggrupper. Den administrerende overlæge på afsnit B er dog knap så optimistisk omkring effekten af DGMA-initiativet:

"Jeg kan sige, at indikatorerne fra DGMA ikke har fået det til at blafre. Enten er vi gode nok, eller også er vi ligeglade. (...) Der er for lidt, hvor vi bliver inspireret til at blive bedre".

5.3.4 Opsamling – tolkninger af DGMA

DGMA-projektet synes samlet set at være forholdsvist løst organisatorisk forankret på de fire medicinske afsnit. Projektets lokale forankring er baseret

på få personer, som skal kommunikere projektet ud til kollegerne. Da DGMA-projektet endvidere ikke er ledelsesmæssigt forankret eller prioriteret, er projektet meget afhængig af de få personers engagement. At ledere og medarbejdere på de fire afsnit tillige forholder sig skeptisk overfor DGMA-projektets relevans ud fra et professionsfagligt perspektiv er ikke just med til at styrke den organisatoriske forankring af projektet.

DGMA's indikatorer og årlige opgørelser betragtes ikke som et kriterium, der kan bibringe en fyldestgørende vurdering af den faglige kvalitet. Det skyldes for det første, at DGMA's indikatorer ikke tager højde for de subspecialer, som de enkelte afsnit beskæftiger sig med. DGMA's indikatorer er derfor ikke nødvendigvis indlysende for de professionsspecifikke praksisfællesskaber, der eksisterer omkring behandlinger af forskellige patientgrupper. Som konsekvens heraf opfattes DGMA som en diktering udefra, hvilket anfægter medarbejdernes fagprofessionelle autonomi. For det andet kan DGMA ifølge de interviewede ledelser og medarbejdere ikke indfange den faglige kvalitet som udfoldes i praksisfællesskabet, fordi det dokumenterede ikke nødvendigvis afspejler praksis. Dertil kommer, at DGMA's indikatorer ifølge plejepersonalet ikke indfanger essentielle dele af plejearbejdet, hvorved fokus forskydes over mod forhold der i højere grad lader sig måle og dokumentere.

DGMA som eksternt initiativ er som konsekvens af ovenstående ikke blevet fuldt ud adopteret som en del af den eksisterende kvalitetspraksis på de fire afsnit. Plejegrupperne på nogle af afsnittene har dog indenfor prioriterede områder taget udgangspunkt i DGMA's opgørelser i deres arbejde med kvalitetsudvikling. DGMA er således ikke fuldstændig dekoblet fra kvalitetsarbejdet, men indgår i en prioriteret læringsproces indenfor udvalgte områder og primært indenfor plejegruppens praksisfællesskab. Overordnet set illustrerer ledere og medarbejders fortolkning og håndtering af DGMA, at de betragter faglig kvalitet som en kompleks størrelse, der er integreret i den lokale praksis og organisation. Den reelle faglige kvalitet formes i de handlinger, der udføres i forbindelse med plejen og behandlingen af patienterne, og ledere og medarbejdere finder det således ikke tilfredsstillende at blive målt på de objektive og generelle kriterier for vurderingen af den faglige kvalitet, som DGMA bibringer.

6 Konklusion og diskussion

Denne undersøgelse gør det ikke ud for at være repræsentativ for det samlede sygehusvæsen i Danmark, og de relationer der er aftegnet mellem tolkningerne af faglig kvalitet og de organisatoriske betingelser. De refleksioner, der er fremkommet om anvendelsen af principperne for DGMA, har i princippet kun relevans for netop disse fire medicinske sengeafsnit på det tidspunkt, hvor undersøgelsen er gennemført.

Når der alligevel søges trukket nogle mere generelle linier fra det fundne, er det på baggrund af, at der viser sig et mønster, som rækker længere ud end blot til de fire sengeafsnit, og har forbindelse til erfaringerne fra andre undersøgelser og fra den litteratur, som findes om emnet. I litteraturen understreges den tætte forbindelse mellem faglig kvalitet, organisatoriske forhold og designet af den intervention, som gennemføres for at forbedre kvaliteten.

I diskussionen af resultaterne er det derfor hensigten at beskrive, hvorledes samspillet mellem kvalitet og organisation eksisterer som et særligt karakteristika ved sygehusafdelingen som professionsdominerede organisation, samt at beskrive hvorledes sygehusafdelingen i sin egenskab af organisation relaterer sig til den type af initiativ på kvalitetsområdet som DGMA er et eksempel på.

6.1 Kvalitet og organisation som relationelt forbundne

Udgangspunktet for gennemførelsen af denne undersøgelse er, at organiseringen af arbejdet på sygehusafdelinger er stærkt relateret til og en forudsætning for udvikling af faglig kvalitet, lige som organiseringen af arbejdet omvendt kan ses som udtryk for ønsket om at realisere den faglige kvalitet. Faglig kvalitet og organisering forudsættes derfor at være relationelt forbundne størrelser.

Det har ikke været muligt – eller ønsket – at gennemføre en fuld analyse af den samlede praksis vedrørende forbedring af kvalitet på de fire sengeafsnit og sammenholde dette med en beskrivelse af de enkelte sengeafsnits organisatoriske forhold. Dette er fravalgt som fokuspunkt for undersøgelsen, da det ikke har været hensigten at 'afsløre' en dekopling af kvalitet og organisation, men at give et nuanceret billede af samspillet. Der kan måske også stilles spørgsmål ved, om det overhovedet er muligt at give en objektiv og dækkende beskrivelse af et afsnits faktiske kvalitetspraksis og organisatoriske forhold – der er tale om mangefacetterede fænomener, der omfatter meget andet end de ledelsesstrategier og nationale projekter, som afdelingen abonnerer på.

Det har således ikke været hensigten at belyse, om der overhovedet er et samspil mellem kvalitet og organisation, men derimod hvordan samspillet udfoldes, da det er uklart, hvorledes relationen mellem de to fænomener faglig kvalitet og organisering udspiller sig i sygehusafdelingernes praksisfællesskaber. Belysningen af den sociale praksis og af den tolkning og transformation, der foretages af ledere og medarbejdere i sygehusvæsenet, medvirker netop til at forklare og forstå noget om samspillet med faglig kvalitet og organisatoriske forhold.

Når den sociale praksis betragtes som centrum for praksisfællesskaber, der bl.a. løbende udvikler metoder og initiativer til forbedring af kvaliteten af den daglige praksis, bliver læring et fokuspunkt for denne praksis. Det centrale i forholdet mellem faglig kvalitet og organiseringsformer bliver de måder, der kan ske læring på, og dermed de organiseringsformer der fremmer udviklingen af den gode faglige kvalitet.

Det er karakteristisk for de gennemførte interviews, at der er varierende meldinger om forudsætningerne for forankringen af den faglige kvalitet. Nogle udsagn peger på det evidensbaserede mens andre omhandler det erfarings- og praksisbaserede, som er knyttet til den daglige klinik og den daglige organisering af indsatsen. Dette gælder både læger og sygeplejersker i den forstand, at der både er udsagn om det væsentlige i systematisk anvendelse af generaliserbar viden fra videnskabelige undersøgelser og konsensusudtalelser mv., og det væsentlige i at skabe og udvikle faglig kvalitet gennem den lokale praksis. Den modsætning, der potentielt ligger i, at udviklingen af den faglige kvalitet kan tage udgangspunkt i henholdsvis eksterne standarder eller i lokal læring, er måske nok til stede i analytisk forstand, men fremstår ikke så entydig eller unuanceret i de udsagn, der fremkom i undersøgelsen – interviewpersonerne ser tilsyneladende ikke en modsætning mellem de to forhold. De to former for læringspraksis via henholdsvis det interne og det eksterne eksisterer side om side.

Set fra disse perspektiver er forholdet mellem faglig kvalitet og organisation særdeles kompleks, med relationer mellem interne og eksterne påvirkninger og en samtidig udvikling af professionernes håndtering af den faglige kvalitet samt skabelsen af den lokale kliniske praksis. Den faglige kvalitet er et fænomen, der opstår og udvikles i tolkningen af den eksisterende lokale praksis og af eksterne normer, standarder og retningslinier for praksis. Tolkning og transformation foregår lokalt ud fra lokale præmisser og oplevede betingelser for praksis. Det fremstår fx som forskellige betingelser for skabelse og fastholdelse af kvalitet, om en sygehusafdeling er placeret på et større sygehus med god adgang til tværgående kliniske funktioner og en fuld lægelig bemanding med rutinerede yngre læger og speciallæger, eller om afdelingen er placeret på et mindre sygehus med udpræget timeglasstruktur i den lægelige bemanding. Tilsvarende giver det forskellige betin-

gelses på plejesiden, om det drejer sig om en rutineret og godt samarbejdet plejegruppe med en høj rate af sygeplejersker, eller om det drejer sig om en afdeling med stor personalegennemgang på plejesiden og med vanskeligheder med at besætte de normerede stillinger.

At tolkningen af disse forhold er et subjektivt fænomen kan fx udledes af en diskussion af baggrunden for fx timeglasstrukturen. Denne struktur kan ses som en delvis konsekvens af Faststillingsreformen i 1990'erne, der havde til hensigt at flytte en stor gruppe af kvalificerede 1. reservelæger op som speciallæger i afdelings- og overlægestillinger (Sundhedsministeriet 1989). Dette kunne bl.a. have positive konsekvenser for den kliniske træning af de yngre læger, da der nu ville være en større gruppe af fastansatte kompetente speciallæger, der kunne dele uddannelsesforpligtelsen. Imidlertid opleves – og tolkes – timeglasstrukturen som et problem for produktionen i sygehusafdelingerne, da koncentrationen af nyuddannede reservelæger synes for stor nogle steder. Det ville være en mulig tolkning for lægerne på en afdeling, at koncentrationen af meget unge læger gav mulighed for at intensivere mesterlæren i den kliniske uddannelse, og herigennem styrke den produktionsmæssige del af indsatsen. I udsagnene fra denne undersøgelse tolkes timeglasstrukturen imidlertid som en negativ udefrakommende omstændighed for afdelingen, mens der ikke peges på muligheden for at anvende den lægelige relative faglige autonomi til at styrke en af fagets grundelementer, nemlig mesterlæreprincippet.

Den medicinske profession og de kliniske standarder

En beslægtet problemstilling gør sig gældende vedrørende skellet mellem individuel og kollektiv autonomi for den medicinske profession. Som Freidson er citeret for, er lægefaget en af de klassiske professioner, der er kendetegnet ved høj grad af individuel autonomi for det enkelte medlem af professionen. Dette har eksisteret sideløbende med fagets eller professionens kollektive autonomi, som bestod i et fag- og vidensmonopol. Det er imidlertid vores indtryk, at den individuelle autonomi i disse år må vige for bevarelsen af den kollektive; de medicinske videnskabelige selskaber og lægernes organisationer bakker op om etableringen og udbredelsen af medicinsk-videnskabelige retningslinier for den kliniske praksis, som i princippet begrænser den enkelte læges mulighed for selv at vælge undersøgelsesmetoder og behandlingsprincipper. Til gengæld styrkes det medicinske fags stilling som eksklusive praktikere af den lægefaglige profession. Den enkelte læges selvstændige valg af behandlingsmetoder begrænses af et initiativ til generalisering af kollektive regler, der bl.a. fremføres af organisationer, som må karakteriseres som professionens egne, nemlig de videnskabelige selskaber. Dette sætter igen nogle begrænsninger for den mesterlære, som kendetegner den kliniske træning af nye læger, da overleveringen af viden nu ikke længere er baseret på den ældre læges erfaringer, men på generaliserede regler for praksis. Samtidig udgør eksistensen af generalise-

rede kliniske retningslinier, som præciseres i afdelingernes instruksbøger, et modspil til de standarder for kvalitet, der fx administreres af DGMA.

6.2 Praksisfællesskaber og læring

Undersøgelsen peger på, at ledere og medarbejdere på de fire udvalgte medicinske afsnit langt hen ad vejen tolker faglig kvalitet som et professionsspecifikt anliggende. At yde god faglig kvalitet er således forbundet med at have lokal fagprofessionel autonomi til at løse de behandlingsmæssige opgaver. Organisatorisk er arbejdet med faglig kvalitet derfor primært forankret i professionsspecifikke praksisfællesskaber. Ser man på dette mønster ud fra forståelsen af praksisfællesskaber og fællesskabets dimensioner kan der identificeres forskelle mellem professionerne med hensyn til den gensidige engagering og det fælles projekt. Opfattelsen af kvalitet, og de initiativer, der tages for at forbedre denne, tager forskellige udgangspunkter, med en traditionelt set gruppeorienteret tilgang til kvalitet fra sygeplejerskeside, og en mere hierarkisk orienteret og traditionelt set individualiseret orientering blandt lægerne. Set som baggrund for læringsprocesser giver de forskellige typer af praksisfællesskaber varierende betingelser for udvikling. Dette skal imidlertid ses i sammenhæng med, at der samtidig eksisterer praksisfællesskaber på tværs af fag – og afdelinger – som etableres som faste strukturer eller evt. som løse samarbejdsrelationer.

Den tværfaglige basis for faglig kvalitet

Da interviewene i undersøgelsen er foretaget separat for læger og plejepersonale er det naturligt, at en lang række af udsagnene om faglig kvalitet omhandler de særskilte faggruppers mulighed for at udvikle kvaliteten ud fra deres eget perspektiv. Den stærke fagprofessionelle orientering udgør den optik, hvorigennem ledere og medarbejdere vurderer organisatoriske forhold. Konkret vurderes organisatoriske forhold ud fra, i hvilken grad de skaber rum for eller indskrænker mulighederne for et fagligt funderet stykke arbejde og dermed god faglig kvalitet. På trods af interviewdesignet peger en række udsagn fra interviewene dog også på mulighederne for udvikling af den faglige kvalitet i forbindelse med de tværgående praksisfællesskabers aktiviteter og den medfølgende læringsproces. De tværfaglige bestræbelser på at højne den faglige kvalitet har til hensigt at koordinere og sammenbinde de forskellige faggruppers aktiviteter.

De tværfaglige praksisfællesskaber har forskellig udformning, som fx eksisterer i tværfaglige teams på sengeafdelinger, eller opstår og nedlægges igen i forbindelse med en læges og en sygeplejerskes fælles gennemførelse af en stuegang. De tværfaglige praksisfællesskaber har, som de to eksempler antyder, meget forskellig karakter, og kan variere fra at have meget fast til at have meget løst koblet karakter. Det er klart, at de tværfaglige praksisfællesskaber kan være baseret på (1) en høj grad af gensidig engagering,

hvor man løser opgave sammen, (2) at der er et fælles foretagende, hvor man arbejder sammen om noget konkret, nemlig patientforløb, og endelig (3) at der eksisterer et delt repertoire af artefakter og handlinger, som når man fx arbejder sammen i tværfaglige udviklingsgrupper, eller tager udgangspunkt i et fælles medicinskema og en fælles terminologi, når man gennemfører en stuegang. Når mange af de interviewede ledere og medarbejdere derfor peger på tværfaglighed som væsentlig for den kliniske kvalitet, afspejler det, at de tværfaglige praksisfællesskaber er vigtige som orienteringspunkter for læring og udvikling i forhold til den kliniske kvalitet. Dette kan ligne en modsætning til udsagnene om, at den faglige kvalitet primært udvikles inden for hver faggruppe eller profession separat, men kan også ses som udtryk for, at den tværfaglige læring i praksisfællesskaber er komplementær til den monofaglige i den forstand, at de tværfaglige praksisfællesskabers eksistens faciliterer den monofaglige læring. Det er fx vigtigt i lægernes kliniske træning både at kunne kommunikere med plejepersonalet og at kunne anvende de informationer, som de modtager fra samme. Tilsvarende er det en vigtig del af den praktiske uddannelse for de sygeplejestuderende – og for det øvrige plejepersonale under uddannelse – at kunne kommunikere med lægerne og udvikle den relevante pleje med udgangspunkt i lægernes information. De tværfaglige praksisfællesskaber har således både et selvstændigt indhold og er komplementære til – og delvis en forudsætning for – de monofaglige praksisfællesskabers læringspotentiale.

Det eksterne som strukturelle og regulative elementer

Udefrakommende betingelser eller strukturelle rammer opleves som indskrænkende på mulighederne for at udvikle den faglige kvalitet. Det drejer sig om elementer som: Negative erfaringer med kontraktstyring; personale-normeringer der opleves som for små eller som umulige at udfylde med det rette personale; den medicinske specialisering der ses som en behandlingsmæssig fordel, men har negative organisatoriske og logistiske konsekvenser; de korte ansættelser af yngre læger i turnusstillinger, etc.

Disse elementer ses som begrænsninger for praksisfællesskabernes råderum og autonomi. En del interviewudsagn omhandler lederes og medarbejderes initiativer til at kompensere for dette ved at manøvrere indenfor organisatoriske forhold, som de i højere grad har mulighed for at ændre på, herunder samarbejdsrelationer internt og eksternt. Det drejer sig fx om etablering af tværfaglige teams på sengeafsnittene, kobling af erfarne med mindre erfarne medarbejdere og andre initiativer, som praksisfællesskaberne etablerer på de medvirkende sygehusafsnit.

6.3 Integreringen af DGMA

DGMA er præsenteret som et tilbud til landets medicinske afdelinger om en

hjælp til forbedring af kvaliteten af det kliniske arbejde, og en lang række afdelinger har indvilget i at deltage. Da DGMA er etableret på et grundlag udviklet af Dansk Selskab for Intern Medicin, har der været knyttet væsentlig legitimitet til initiativet, og det er derfor naturligt, at der er stor velvilje til at anvende personaleressourcer på deltagelsen i projektet. Da projektet samtidig benytter sig af et sæt gennemarbejdede kvalitetsstandards med et primært procesorienteret indhold, lægger projektets udformning sig tæt op ad en organisatorisk standard, som har haft stor udbredelse inden for kvalitetsudvikling i sundhedssektoren i mange lande, særligt i den vestlige verden. Anvendelsen af kvalitetsstandards i DGMA-projektet har således som form tæt forbindelse til den akkreditering, der gennemføres i mange lande, herunder også i Danmark, fx i H:S og i form af Den Nationale Model. Spørgsmålet er imidlertid, hvorledes dette organisatoriske formelement er blevet tolket og transformeret i de afdelinger, som medvirker i DGMA, og konkret i de fire afsnit, som medvirker i denne undersøgelse.

Denne undersøgelse peger på, at DGMA som kvalitetsinitiativ kun er blevet indarbejdet i begrænset omfang på de fire medicinske afsnit. Dette skyldes, at ledere og medarbejdere ud fra et fagprofessionelt fortolkningsperspektiv forholder sig skeptisk til initiativet på en række punkter. Overordnet set tolkes DGMA som en uorganisk måde at organisere arbejdet med kvalitet på. God kvalitet betragtes som en lokal opgave, der kræver lokal autonomi at løfte. DGMA og de tilbagemeldinger, som DGMA-sekretariatet udsender til de enkelte afsnit, får imidlertid karakter af en form for kontrol – en udefra kommende standard.

Den begrænsede adoption af konceptet kan formuleres som et resultat af, at den dokumentation, som DGMA repræsenterer, ikke indfanger den kliniske og sociale praksis, der udgør kernen i praksisfællesskaberne. Når praksisfællesskabet til trods herfor tager initiativer på baggrund af DGMA's tilbagemeldinger af det registrerede, kan det skyldes, at praksisfællesskabet gøres opmærksom på, at det ikke lever op til sine egne intentioner. Praksisfællesskabets opfattelse af, hvad det gerne vil vurderes på, bliver anfægtet af eventuelle dårlige resultater på områder, der opfattes som klinisk vigtige.

I andre tilfælde beslutter ledere og medarbejdere, at de kun vil bruge ressourcer på at handle på baggrund af resultatmål for de indikatorer, som ledere og medarbejdere finder relevante. De handler således autonomt ud fra en vurdering af, at DGMA's indikatorer ikke nødvendigvis indfanger det, som medarbejderne vurderer som relevant for at yde en god faglig kvalitet. Samlet set prioriteres væsentlige dele af DGMA således lavt ud fra et fagprofessionelt perspektiv. Derfor er DGMA kun i begrænset omfang blevet en integreret del af praksisfællesskaberne omkring faglig kvalitet – den organisatoriske forankring af DGMA er primært baseret på enkelte aktørers engagement.

Set ud fra Greenwood & Hinings' identitetsfaktor om hvorledes organisationen vil vurderes, er der flere tegn på, at DGMA derfor kun delvis bliver accepteret på de medvirkende sengeafsnit. Mens alle kan anerkende det vigtige i at gennemføre dokumentation af afdelingens aktivitet og resultater, er der ikke konsensus om det meningsfulde i at anvende DGMA's registreringer. En del udsagn tenderer til at udpege DGMA's kvalitetsstandarder som overflødige, eller at de forskyder fokus for arbejdet med kvalitet, ligesom det fremhæves, at der savnes mere fagligt relevante og fokuserede indikatorer for den faglige kvalitet.

Samlet set har både afdelingsledere, læger og plejepersonale en klar fornemmelse af, hvilke aktiviteter de prioriterer i arbejdet med forbedring af kvaliteten. Hvis en given måde at organisere sig på har en fagprofessionel relevans, vurderes det også at være en relevant og velfungerende organiseringsform. Afdelingerne og afsnittene har således en evne til at minimere nogle af de eksterne påvirkninger, de finder irrelevante eller uhensigtsmæssige. Det kan siges at være et sundt tegn i en tid, hvor der stilles utrolig mange og i nogle tilfælde uopnåelige krav til sygehusvæsenet.

Den måde, ledere og medarbejdere på de fire afsnit fortolker faglig kvalitet og organisatoriske forhold, peger på, at den faglige kvalitet bedst udvikles, når den baseres på og hænger sammen med aktørernes tolkninger af organisatorisk praksis. Faglig kvalitet er stærk professionsbunden, og organisationen må derfor støtte op om dette. Sagt på anden vis, så vil det ikke være frugtbart at lave kvalitetsinitiativer uden også at indtænke de organisatoriske aspekter.

6.4 Analysens værdi og teoriens forklaringskraft

Som det er fremgået, har vi forsøgt at anvende neo-institutionel teori ved Brunsson & Jacobsson til at forstå og præsentere DGMA's position på de undersøgte sengeafsnit, og social praksisteori om praksisfællesskaber og situeret læring ved henholdsvis Wenger og Lave & Wenger til at fremstille de former, som faglig kvalitet og organisationsforståelse udvikles i inden for sygehusets professioner.

Det er vores opfattelse, at det neo-institutionelle perspektiv på DGMA's introduktion og indarbejdelse har stor forklaringsværdi, da den tolkning og transformation, som en organisatorisk standard efter teorien udsættes for, i høj grad lader sig overføre til den udvikling, som tilsyneladende er indtruffet i forbindelse med sygehusafdelingernes anvendelse af DGMA-konceptet. Det virker sammenhængende og på højde med resultaterne af undersøgelsen, at DGMA er blevet tolket og adopteret i det omfang, de fire sengeafsnit har fundet relevant og meningsfuldt.

Wengers teori om praksisfællesskaber kan være vanskelig at anvende på organisationer som sygehusafdelinger, da den komplekse sammensætning af sygehusafdelingen med flere professioner og en lang række af faste og mindre faste tværgående samarbejdsrelationer internt og eksternt kan være vanskelig at fastholde i en analyse som et praksisfællesskab. Vi har derfor betragtet en sygehusafdeling som en række af praksisfællesskaber med lægegruppen og sygeplejegruppen som de lettest identificerbare, men med inklusion af fx stuegangens praksisfællesskab som en løst koblet enhed. Med anvendelse af denne vinkel på praksisfællesskab skabes god sammenhæng til brugen af de identitetsmarkører for praksisfællesskaber, som Wenger opstiller, idet de forskelle, som findes mellem fællesskaberne, træder frem.

Lave & Wengers teori om situeret læring som social praksis i fællesskaber har først og fremmest tjent som en del af vores forståelsesramme, idet kvalitetsudvikling er blevet betragtet som en læringsproces baseret på udviklingen i arbejds- og samarbejdsformer i den kliniske praksis. En række faktorer har dog været relateret til dette perspektiv, fx eksistensen af en 'time-glasstruktur' blandt lægerne, som bl.a. har influeret på læringssituationen for de yngre læger; etablering af tværfaglig og monofaglig supervisionsmulighed i afsnitsteams; sammensætningen af erfarne og mindre erfarne medarbejdere i situationsbestemte praksisfællesskaber, samt flere andre eksempler. Der har dog ikke været muligt at identificere yderligere konkrete situerede og praksisbaserede læringssituationer, hvilket heller ikke har været projektets mål.

Samlet har det kombinerede teoretiske udgangspunkt bidraget væsentligt til struktureringen af analysen af et komplekst felt.

7 Referencer

Albæk, J. (1994): *Arbejdstilrettelæggelse på sygehusene. En interviewundersøgelse*. Dansk Sygehus Institut, København.

Angus, J., Hodnett, E., & O'Brien-Pallas, L. (2003): "Implementing evidence-based nursing practice: a tale of two intrapartum nursing units", *Nurs.Inq.*, vol. 10, no. 4, pp. 218-228.

Ballard, D. J. (2003): "Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system", *Int.J.Qual.Health Care*, vol. 15 Suppl 1, p. i13-i23.

Bennett, M. (2003): "Implementing new clinical guidelines: the manager as agent of change", *Nurs.Manag.(Harrow.)*, vol. 10, no. 7, pp. 20-23.

Bentsen, E. Z. (2001): *Lægelig ledelse - om at gøre en forskel*. Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS), København.

Berwick, D. M. (2003): "Improvement, trust, and the healthcare workforce", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12 Suppl 1, p. i2-i6.

Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Rossner, J. (1990): *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*. Jossey-Bass Publishers, San Fransisco.

Bonnevie, B., Turner, B., Qvist, P., & Rasmussen, L. (2001): *Tværsnitsundersøgelse 2000/2001. Planlægning under akut indlæggelse og Medicinering*. Den Gode Medicinske Afdeling, København.

Borum, F. & Bentsen, E. Z. (1999): *Centerstrukturen på Rigshospitalet i København. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter*. Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS), København.

Brunsson, N. & Jacobsson, B. (2000): "Following Standards," in *A World of Standards*, N. Brunsson & B. Jacobsson (eds.), Oxford University Press, Oxford, pp. 127-137.

Clarke, C. L., Reed, J., Wainwright, D., McClelland, S., Swallow, V., Harden, J., Walton, G., & Walsh, A. (2004): "The discipline of improvement: something old, something new?", *J.Nurs.Manag.*, vol. 12, no. 2, pp. 85-96.

Cohen, M. M., Eustis, M. A., & Gribbins, R. E. (2003): "Changing the culture of patient safety: leadership's role in health care quality improvement", *Jt.Comm J.Qual.Saf*, vol. 29, no. 7, pp. 329-335.

Davies, H. T., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000): "Organisational culture and quality of health care", *Qual.Health Care*, vol. 9, no. 2, pp. 111-119.

Den Gode Medicinske Afdeling (2002): *Tværsnitsundersøgelse 2001/2002. Planlægning under akut indlæggelse, Medicinering og Udskrivelse*. Den Gode Medicinske Afdeling, København.

Den Gode Medicinske Afdeling. DGMA. www.dgma.dk Sidst opdateret: 1-6-2004. Udskrevet: 30-6-2004.

Donabedian, A. (1988): "The quality of care. How can it be assessed?", *JAMA*, vol. 260, no. 12, pp. 1743-1748.

Eriksen, H. & Ulrichsen, H. (1991): *Tre kulturer i hospitalssektoren. Sygepleje-, Administrations- og Lægesøjle*. Erhvervsøkonomisk Forlag S/I, København.

Feifer, C., Nocella, K., DeArtola, I., Rowden, S., & Morrison, S. (2003): "Self-managing teams: a strategy for quality improvement", *Top.Health Inf.Manage.*, vol. 24, no. 1, pp. 21-28.

Forthman, M. T., Wooster, L. D., Hill, W. C., Homa-Lowry, J. M., & DesHarnais, S. I. (2003): "Insights into successful change management: empirically supported techniques for improving medical practice patterns", *Am.J.Med.Qual.*, vol. 18, no. 5, pp. 181-189.

- Freidson, E. (2001): "Professional Knowledge and Skill," in *Professionalism. The third logic*, E. Freidson (ed.), Polity Press, Cambridge, pp. 17-35.
- Garside, P. (1998): "Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management", *Qual. Health Care*, vol. 7 Suppl, pp. S8-15.
- Gaucher, E. J. & Coffey, R. J. (1993): *Total Quality in Healthcare - from theory to practice*. Jossey-Bass Publisher, San Fransisco.
- Gjørup, T., Aldershvile, J., Jacobsen, I. A., Karle, H., Kirkegaard, B. C., Pedersen, S. H., Møller-Petersen, J. F., & Schroll, M. (1996): "Den gode medicinske afdeling. Et debatoplæg (Klaringsrapport)", *Ugeskr.Laeger*, vol. 158, no. 5 (supplement), pp. 1-8.
- Gollop, R., Whitby, E., Buchanan, D., & Ketley, D. (2004): "Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views", *Qual.Saf Health Care*, vol. 13, no. 2, pp. 108-114.
- Greenwood, R. & Hinings, C. R. (1988): "Organizational Design Types, Tracks and the Dynamics of Strategic Change", *Organisational Studies*, vol. 9, no. 3, pp. 293-316.
- Grimshaw, J. M. & Eccles, M. P. (2004): "Is evidence-based implementation of evidencebased care possible?", *Med.J.Aust.*, vol. 180, no. 6 Suppl, p. S50-S51.
- Grol, R. (2001): "Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice", *Med.Care*, vol. 39, no. 8 Suppl 2, p. II46-II54.
- Grol, R., Baker, R., & Moss, F. (2002): "Quality improvement research: understanding the science of change in health care", *Qual.Saf Health Care*, vol. 11, no. 2, pp. 110-111.
- Grol, R. & Wensing, M. (2004): "What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice", *Med.J.Aust.*, vol. 180, no. 6 Suppl, p. S57-S60.
- Hinings, B. & Greenwood, R. (1988): "The normative prescription of organizations," in *Institutional patterns and organizations. Culture and Environment*, L. G. Zucker (ed.), Ballinger Publishing Company, Cambridge, Mass., pp. 53-70.
- Hittinger, R. & Fielding, L. P. (2004): "Cultural indicators - a tool for performance improvement", *Clinical Governance Bulletin*, vol. 5, no. 2, pp. 1-4.
- Katz, F. E. (1969): "Nurses," in *The Semi-Professions and Their Organization - teachers, nurses, social workers*, A. Etzioni (ed.), The Free Press, New York, pp. 54-81.
- Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T., & Willaing, I. (2001): *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet - en lærebog*. Munksgaard, København.
- Koch, H. C. H. (1991): *Total Quality Management in Health Care*. Longman, Harlow.
- Koch, H. C. H. (1992): *Implementing and sustaining Total Quality Management in Health Care*. Longman, Harlow.
- Kvale, S. (1994): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Lave, J. & Wenger, E. (2003): *Situeret læring og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag, København.
- LBK nr.766 af 28/8 2003: *Bekendtgørelse af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring*.
- Locock, L. (2003): "Healthcare redesign: meaning, origins and application", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 1, pp. 53-57.
- Lorentzen, J., Rasmussen, L., & Ishøj, T. (2004): *Tværsnitsundersøgelse 2003/2004. Planlægning under akut indlæggelse, Medicinering og Udskrivelse*. Den Gode Medicinske Afdeling, København.
- Lov nr.482 af 1/7 1998: *Lov om patienters retsstilling*.

- Lukas, C. V., Meterko, M., Lowcock, S., Donaldson-Parlier, R., Blakely, M., Davies, M., & Petzel, R. A. (2002): "Monitoring the progress of system integration", *Qual.Manag.Health Care*, vol. 10, no. 2, pp. 1-11.
- McKee, M., Aiken, L., Rafferty, A. M., & Sochalski, J. (1998): "Organisational change and quality of health care: an evolving international agenda", *Qual.Health Care*, vol. 7, no. 1, pp. 37-41.
- McLaughlin, C. P. & Kaluzny, A. D. (1994): *Continuous Quality Improvement in Health Care*. Theory, Implementation and Applications. Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, Md.
- McPherson, K., Headrick, L., & Moss, F. (2001): "Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it?", *Qual.Health Care*, vol. 10 Suppl 2, p. ii46-ii53.
- Mintzberg, H. (1983): *Structure in fives - designing effective organizations*. Englewood Cliffs, NJ.
- Narine, L. & Persaud, D. D. (2003): "Gaining and maintaining commitment to large-scale change in healthcare organizations", *Health Serv.Manage.Res.*, vol. 16, no. 3, pp. 179-187.
- Nichols, D. H. (2001): "A time for change: for the road to excellence for health care professionals", *Qual.Manag.Health Care*, vol. 9, no. 2, pp. 22-25.
- Pedersen, A. R. (1999): *Den udfoldende praksis. Policyfortællinger om pleje og behandling af svage gamle i social- og sundhedssektoren*. Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter, Roskilde.
- Qvist, P. & Rasmussen, L. (2002): *Statusrapport for projekt DGMA marts 2002*. Den Gode Medicinske Afdeling, København.
- Robinson, J. S. & Turnbull, D. A. (2004): "Changing healthcare organisations to change clinical performance", *Med.J.Aust.*, vol. 180, no. 6 Suppl, p. S61-S62.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996): "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *BMJ*, vol. 312, no. 7023, pp. 71-72.
- Silversin, J. & Kornacki, M. J. (2003): "Implementing change: from ideas to reality", *Fam.Pract.Manag.*, vol. 10, no. 1, pp. 57-62.
- Sundhedsministeriet (1989): *Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse. Betænkning fra udvalget om lægers uddannelse og arbejdstilrettelæggelse (Betænkning nr. 1183)*. Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen (1993): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen (1998): *Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse*. Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen (2000): *Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet*. Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen (2002): *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fællesmål og handleplan 2002-2006*. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, København.
- van Bokhoven, M. A., Kok, G., & van der Weijden, T. (2003): "Designing a quality improvement intervention: a systematic approach", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 3, pp. 215-220.
- Wenger, E. (1998): *Communities of practice - learning, meaning and identity*. Cambridge University Press, Cambridge.
- West, E. (2001): "Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care", *Qual.Health Care*, vol. 10, no. 1, pp. 40-48.
- Wilkinson, J. E., Rushmer, R. K., & Davies, H. T. (2004): "Clinical governance and the learning organization", *J.Nurs.Manag.*, vol. 12, no. 2, pp. 105-113.

- Wilson, T., Berwick, D. M., & Cleary, P. D. (2003): "What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries", *Jt.Comm J.Qual.Saf*, vol. 29, no. 2, pp. 85-93.
- Wisborg, S. (2004): "Fra sygeplejerske til leder - at blive leder indenfor en profession", *Tidsskrift for Arbejdsliv*, vol. 6, no. 1, pp. 64-76.
- Yin, R. K. (1989): *Case Study Research. Design and Methods*. Sage Publications, California.
- Øvretveit, J. (2001): "The Norwegian approach to integrated quality development", *J.Manag.Med.*, vol. 15, no. 2, pp. 125-141.

Bilag 1: DGMA's indikatorer

For at vurdere standarden for planlægningen under akut indlæggelse, medicinering og udskrivelse har DGMA opstillet en række indikatorer, der kan opgøres i følgende punkter:

Generelle data om afsnittet:

- Belægningsprocent, gennemsnitlige indlæggelseslængde for samtlige patienter på afsnittet.

Generelle data om patienterne i tværsnitsundersøgelsen:

- Patienternes gennemsnitlige alder og indlæggelseslængde i undersøgelsen samt antallet af genindlæggelser efter henholdsvis 7 og 30 dage.

Standarder for kvaliteten under akut indlæggelse:

- Overensstemmelsen mellem arbejdsdiagnose og udskrivningsdiagnose.
- Stillingtagen til en række udvalgte problemstillinger (smerter, temperatur, over- og undervægt, nedsat mobilitet).
- Angivet skøn over indlæggelsesvarighed.
- Dokumentation vedrørende patientinformation.
- Ventetider på større undersøgelser og tilsyn (kun tal fra 2001).

Standarder for kvaliteten af medicineringen:

- Kvaliteten af medicinordination, herunder korrekt angivelse af handelsnavn, administrationsform, dosis og dosering.

Standarder for kvaliteten af udskrivelsen:

- En vurdering af epikriserne på baggrund af epikriseventetider og oplysninger i epikrisen, herunder indlæggelsesårsag, undersøgelsesresultater, indlæggelsesforløb, medicinstatus, behov for opfølgning og patientinformation (kun tal fra 2002).
- Dokumentation for at der er udarbejdet en genoptræningsplan for de patienter, der har behov for genoptræning (kun tal fra 2002). (Bonnevie et al. 2001; Den Gode Medicinske Afdeling 2004).

Bilag 2: Oversigt over interviews

	Afdelingsledelsen	Afsnitsledelsen	Læger	Plejepersonale
Afsnit A	Adm. overlæge Oversygeplejerske	Interviewet sammen med plejepersonalet	3 overlæger 2 yngre læger	Afdelingssygeplejerske 1 sygeplejerske 1 sosu-assistent
Afsnit B	Adm. overlæge Oversygeplejerske	Enkeltmands- interview med afde- lingssygeplejerske	1 overlæge 3 yngre læger	1 sygeplejerske 2 sosu-assistent
Afsnit C	Adm. overlæge Oversygeplejerske	Afdelingslægen Souschef (sygeplejerske)	1 overlæge 2 yngre læger	2 sygeplejersker 1 sygehjælper
Afsnit D	Adm. overlæge Oversygeplejerske		2 yngre læger Enkeltmands- interview med 2 overlæger	2 sygeplejersker 2 sosu-assistent

Bilag 3: Interviewguide

Kvalitet

1. Hvilke kriterier vil I lægge til grund, hvis I skal bedømme afsnittets faglige 'kvalitet'?
 - Hvor meget fylder anvendelsen af videns-/evidensbaserede fremgangsmåder i denne definition? (Eller anvendes primært eksterne kriterier?)
 - Og hvor meget fylder de erfaringsbaserede kriterier? (Eller anvendes interne kriterier?)
2. Fokus, herunder på DGMA's påpegninger og udvalgte fokusområder
 - Hvilket kendskab er der/har I til indberetningerne til og tilbagemeldingerne fra DGMA?
 - Hvem foretager gennemgangen af journaler og indberetter?
 - Når tilbagemeldingen foreligger - tages der så særlige initiativer i den anledning?
 - Hvis ja, da af hvem og hvilke initiativer?
 - Ved den første DGMA-indberetning havde afsnittet en del gode resultater, men lå dårligere end gennemsnittet på områderne:
o [der oplystes specifikke DGMA-scores for det pågældende afsnit]
 - Har det ført til konkrete initiativer på disse områder?
 - Hvis nej, ville det have været relevant med initiativer?
3. Hvor meget fylder initiativer til forbedring af kvaliteten og kvalitetssikring/-udvikling generelt i afsnittet?
 - Er der i givet fald tradition for aktiviteter på kvalitetsområdet?
4. Tages der særlige initiativer vedrørende afsnittets dokumentationspraksis - også set i lyset af deltagelsen i DGMA-projektet?
5. Hvor stor en rolle spiller involveringen i DGMA-arbejdet for afsnittets kvalitetsaktiviteter og -politik?
 - Er det et ledelsesområde (ansvarsområde) eller et satsningsområde/bevidsthedsområde for hele afsnittet?
6. Fremtidig aktivitet - herunder i forhold til DGMA's påpegede problemer?

Organisation

7. Hvad er god organisatorisk kvalitet?
 - Hvad synes I kendetegner et sengeafsnit som en velfungerende organisation?
 - Opnåelse af resultater?
 - Godt samarbejde?
 - Effektiv ledelse?
 - Løsning af problemer?
8. Hvordan vurderer I ledelses- og samarbejdsforholdene i og omkring afsnittet?
 - Mellem forskellige faggrupper
 - Til de øvrige afsnit
 - Til de øvrige afdelinger
 - Mellem ledelse og medarbejdere
 - Er der gode samarbejdsforhold internt i faggrupperne - jeres egen faggruppe?
9. Har afsnittet stået over for væsentlige organisatoriske udfordringer inden for de seneste par år? (omstillinger, rekruttering og fastholdelse, samarbejde; internt og eksternt)
 - Har dette skabt problemer?
 - Herunder: var problemerne væsentligst af driftsmæssig karakter, eller var de tæt forbundne med enkeltstående ændringsinitiativer og omstillinger?
 - Er det ledelsens eller hele afsnittets/organisationens problemer?
 - I hvilken forstand? Findes der fx fælles problemer, fordi de påvirker alle, eller er det fælles problemer, fordi det er alles ansvar at deltage i løsningen af dem?
10. Synes I at der er en tradition eller en særlig måde (en ledelses- og samarbejdskultur fx) at håndtere organisatoriske udfordringer og problemer på her på afsnittet?
 - Aktivitet: Hvilke initiativer til at håndtere disse problemer?
 - Eksempler på hvorledes organisationen har håndteret nogle af de mest betydningsfulde problemer.
11. Hvordan ser i sammenhængen mellem organisatorisk og faglig kvalitet?
 - Kan man have høj faglig kvalitet, men samtidig have dårlig organisatorisk kvalitet?

Klinisk kvalitet og den komplerede organisation - et samspil

Medarbejderes og lederes tolkninger på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA

Læger og sygeplejersker ser ikke overraskende en stærk sammenhæng mellem deres respektive professioner og forbedring af faglig kvalitet – ofte knyttet til fænomener som evidens, retningslinier og konsensusrapporter. De samme læger og sygeplejersker har imidlertid en klar bevidsthed om, at den faglige kvalitet i høj grad er en funktion af de erfaringer og de samarbejdsrelationer, der findes – og eventuelt ikke findes – på den enkelte afdeling.

Tolkningen af sammenhængene mellem forbedring af faglig kvalitet og de organisatoriske forhold er kompleks, og bevæger sig gennem både samarbejdsforhold internt på afdelingen, mellem afdelinger og til de omgivende instanser. Der tegner sig således et tæt netværk af relationer mellem interne og eksterne forhold, som forudsætninger for og konsekvenser af faglig kvalitet og organisation på sygehusafdelingerne. Det er dette netværk af relationer som denne rapport løfter en smule af sløret for via en undersøgelse af fire medicinske sengeafdelinger, som deltager i det landsdækkende projekt: 'Den Gode Medicinske Afdeling'.

Undersøgelsen peger på særlige organisatoriske betingelser, der skal være til stede for at den faglige kvalitet kan udvikles. Der peges herunder på muligheden for at kombinere monofaglige kriterier med tværfaglige samarbejdsrelationer og ønsket om gennemskuelighed i de forvaltningsmæssige og politiske dispositioner. Undersøgelsen peger endvidere på, at lederes og medarbejderes – lægers og plejepersonales – forståelser af kvalitet og organisation sætter rammer for accepten og adoptionen af fx DGMA's koncept, som er baseret på udbredelsen af kvalitetsstandarder.

Planlægning af initiativer på kvalitetsområdet specifikt - men måske også for initiativer generelt - kræver iagttagelse af, at der foregår en omfattende tolkning og transformation af nye initiativer. Dette gælder ikke mindst i professionsdominerede organisationer som sygehusafdelinger – og ikke mindst når idéerne kommer udefra.

Undersøgelsen peger derfor på et behov for fleksibilitet i planlægningen, hvor målsætninger og intentioner bliver styrende frem for metoder.