

Dette speciale er udarbejdet af:

Jannie Claudius Jakobsen

Anders Brogaard Marthedal

Aalborg Universitet

Sociologi

Marts 2008

Vejleder: Gunnar Scott Reinbacher

Antal ord: 54.690

Forord

I forbindelse med udarbejdelsen af dette speciale skal lyde en særlig tak til Gunnar Scott Reinbacher for kyndig vejledning. Derudover skal der også lyde en særlig tak til Sygehus Vendsyssel for et godt samarbejde og særligt Kvalitetskoordinator Mette Purup for kontaktfrembringelse og for at bistå med hjælp i forbindelse med praktiske opgaver. Endelig skal der rettes en tak til medarbejderne på Sygehus Vendsyssel for deres deltagelse i undersøgelsen, herunder særligt de medarbejdere, der har ladet sig interviewe.

Summary

The focus of this thesis is to determine to what extent quality cultures exist among the staff of Vendsyssel Hospital and to what extent possible differences in quality cultures can be related to personal as well as work-related characteristics of the staff. The overall objective is to identify specific strategies and guidelines in order to develop and improve possible quality cultures even further, with the aim of assisting Vendsyssel Hospital in ensuring a successful accreditation in the nearest future.

The thesis is based on empirical data gathered through a triangulation of methods, including a review of existing literature on relevant subjects, 7 individual interviews, a survey and a focus group with key figures from Vendsyssel Hospital as to the overall responsibility of achieving a successful accreditation.

In particular the thesis concludes, that quality cultures exists only to a certain extent amongst the staff of Vendsyssel Hospital, due to the fact that quality, as defined by WHO, is not an integrated part of the thoughts or actions of the staff. Nevertheless quality cultures seem to some extent to exist among employees in the management, which indicates, that at present quality cultures are developing on Vendsyssel Hospital.

Identified strategies to enhance the possibilities of Vendsyssel Hospital achieving successful accreditation involves harmonizing mutual expectations between employees and management, specifying quality goals on each level and each ward in order to create quality cultures without the management dictating this process. Furthermore identified strategies include the prioritizing of quality and quality work by the managements as well as ensuring the communication of achieved experiences and improved procedures to the entire organisation. In addition giving praise and criticism must be legitimized and giving praise should be done with genuine acknowledgement. Moreover, demystifying The Danish Quality Model and the concepts of quality work and accreditation is important, which can be done through regular sessions focusing on giving information on these matters. Finally the professional pride of the employees can be of assistance in creating and diffusing sense of ownership in relation to The Danish Quality Model.

Indledning	1
1. Problemfelt.....	3
1.1 Det danske sygehusvæsen – i et postmodernistisk perspektiv	4
1.2 Kritik af WHO's kvalitetsmål	16
1.3 Strukturreformen 2007	17
1.4 Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering i Danmark	21
1.5 Akkrediteringsbegrebet og kritisk diskussion heraf.....	26
1.6 Problemformulering.....	30
1.7 Sygehus Vendsyssel som case	32
2. Forskningsdesign og metodisk design	37
2.1 Forskningsdesign	37
2.2 Metodisk design	39
3. Videnskabsteoretiske overvejelser	43
3.1 Den videnskabsteoretiske position for det pluralistiske interessedemokrati	43
3.2 Metodologi	46
4. Metode	48
4.1 Udvalgelse og afgrænsning af population.....	48
4.2 Konstruktion af interviewguide	48
4.3 Interviewguidens opbygning og spørgsmålenes udformning	51
4.4 Kontakt til informanterne og interviewsituationen	52
4.5 Konstruktion af spørgeskema.....	53
4.6 Dataindsamlingsfasen	55
4.7 Pilottests	56
4.8 Ethiske overvejelser	57
4.9 Kvalitetskontrol af data	58
4.10 Kritik af spørgsmål.....	60
4.11 Bortfaldsanalyse.....	61
4.12 Fokusgruppe.....	63
5. Litteratur-review	65
5.1 Resultaterne af litteratursøgningen	66
5.2 Internationale og nationale erfaringer med kvalitetsarbejde og akkreditering	68
5.3 Kultur i sundhedsvæsenet og kvalitetskultur	70
5.4 Konklusioner fra litteratur-review	80
6. Teori.....	85
6.1 Organisationer og aktører.....	86
6.2 Konflikter og konfliktløsninger i organisationer	89
6.3 Forandring i organisationer	97
6.4 Diskussion af perspektiverne i relation til sygehusorganisationen	100
6.5 Konklusion	107
6.6 Begrebsafklaringer	108
7. Analysestrategi.....	114

8. Kvalitativ analyse.....	117
8.1 Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads	117
8.2 Værdier på Sygehus Vendsyssel	118
8.3 Kulturer på Sygehus Vendsyssel	119
8.4 Forhold til kolleger og ledelse	120
8.5 Kendskab og holdning til kvalitetsarbejde og akkreditering	122
8.6 Opsamling af resultaterne	124
9. Præsentation af den kvantitative analyses respondenter	126
10. Kvantitativ analyse.....	130
10.1 Værdier	130
10.2 Kvalitetsarbejde	143
10.3 Akkreditering	166
11. Analyse af fokusgruppe-interview	177
12. Konklusion.....	182
12.1 Besvarelse af problemformuleringens spørgsmål 1	182
12.2 Besvarelse af problemformuleringens spørgsmål 2	184
13. Kvalitetsvurdering.....	185
13.1 Gyldighed og pålidelighed	185
13.2 Diskussion af andre mulige vinkler	186

Indledning

Med nærværende speciale søges følgende problemformulering undersøgt:

- 1) I hvilken grad kan kvalitetskulturer siges at eksistere blandt ansatte på Sygehus Vendsyssel? Og findes der væsentlige forskelle i kvalitetskulturerne i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika?
- 2) Hvordan kan resultaterne af nærværende undersøgelse anvendes konstruktivt i en akkrediteringsproces?

Denne undersøgelse af kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel udgør et case-studie, hvis sigte ikke er at skabe generaliserbare resultater i forhold til andre danske sygehuse, da der for Sygehus Vendsyssel kan være unikke og helt specifikke forhold af eksempelvis strukturel eller proceduremæssig karakter, som gør sig gældende. Dog vurderes nærværende undersøgelse af kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel alligevel i en vis udstrækning at kunne anvendes som inspiration for og som byggesten i eventuelt senere forekommende undersøgelser af kvalitetskulturer på øvrige danske sygehuse, da det vurderes, at en vis andel af de inkluderede spørgsmål i det udarbejdede spørgeskema vil være overførbare til andre sygehuse, eksempelvis qua ofte ensartede organisatoriske forhold sygehuse imellem.

Nærværende undersøgelse adskiller sig fra andre undersøgelser ved empirisk at måle på et indtil nu ikke empirisk undersøgt begreb som kvalitetskulturer blandt sygehuspersonale. Undersøgelsens specifikke tilgang er dermed karakteriseret ved, at der i relation til det ofte diffuse begreb *kvalitetskultur* går et skridt videre end i hidtidige undersøgelser omhandlede kvalitetskulturer. Som det vil fremgå af litteratur-reviewet, har flere danske såvel som internationale undersøgelser arbejdet med og forsøgt at definere begrebet kvalitetskultur blandt sundhedsfagligt personale, idet begrebet er et anerkendt og ofte anvendt redskab i forbindelse med kvalitetssikring og akkreditering. På trods heraf er kvalitetskultur blandt

sundhedsfagligt personale som begreb endnu ikke empirisk undersøgt i den forstand, at det endnu ikke er forsøgt at måle på begrebet. Grundlæggende består relevansen af og styrken ved nærværende undersøgelse altså i dens specifikke og nye tilgang til begrebet kvalitetskultur, idet undersøgelsen ikke blot definerer men også operationaliserer kvalitetskultur som begreb, med den hensigt på Sygehus Vendsyssel empirisk at forsøge at måle på begrebet.

1. Problemfelt

I det følgende problemfelt vil der blive redegjort for den forudgående, samfundshistoriske udvikling inden for det danske sundhedsvæsen, og herunder det tiltagende fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling¹ samt akkreditering². Dette som følge af at sundhedsvæsenet ikke kan betragtes som en selvstændig enklave i det danske samfund, men derimod som en del af dette samfund, inden for hvilket sundhedsvæsenet i kraft af sine aktiviteter udfylder sine funktioner (Krasnik & Vallgård 2004:5f). Ligeledes må udviklingen inden for det danske sundhedsvæsen ses i sammenhæng med internationale processer og tendenser, eksempelvis WHO's *Sundhed for Alle* Strategi, som de europæiske lande tilsluttede sig, og som var resultatet af WHO's arbejde fra 1960'erne og frem til starten af 1980'erne med oprustning af den primære sundhedstjeneste, en kraftigere forebyggelsesindsats og en opprioritering af helbredsindsatsen for de fattigste og helbredsmæssigt dårligst stillede befolkningsgrupper. Herudover har det også haft betydning for det danske sundhedsvæsen, at Danmark i mange år har samarbejdet med de øvrige nordiske lande, hvis sundhedsvæsener har mange lighedspunkter med det danske (Krasnik & Vallgård 2004:109f).

Produktionen og fordelingen af sundhed og sygdom i et givent samfund må endvidere, i et sociologisk perspektiv, ses i sammenhæng med organiseringen af det enkelte samfund, hvilket blandt andre forhold kan omhandle individers og gruppers generelle leve- og arbejdsvilkår samt betydningen af sociale strukturer og nøglefaktorer såsom klasse, køn og etnicitet (White 2002). Således er det en forudsætning for en adækvat analyse af et givent samfunds produktion og fordeling af sundhed og sygdom, at medicinske og genetiske

¹ Ofte findes ordene kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sammenhænge, hvor forskellene herimellem forbliver uudtalt. *Kvalitetssikring*, undertiden også benævnt kvalitetskontrol, henviser til en evaluering, hvor det primære formål er kontrollerende i forhold til at forsikre en ekstern part om, at kvaliteten i en given institution lever op til et forventet eller direkte påkrævet niveau. Derudover kan kvalitetsarbejde også udføres med et rent udviklingsfremmende sigte, hvilket således benævnes *kvalitetsudvikling*. Her er det primære formål at afdække et udviklings- og forbedringspotentiale ved hjælp af et referencegrundlag, hvilket kan udgøre et redskab til at forbedre kvaliteten i den pågældende sundhedsinstitutions videre arbejde med kvalitet. En kombination af disse to arbejdstilgange er dog også muligt, hvilket vil bibringe et mere fyldstgørende resultat i forhold til det videre kvalitetsarbejde (Christensen m.fl. 2001: 14-15).

² I Den Danske Kvalitetsmodel, som der i afsnittet 1.2 Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering redegøres for, omhandler akkreditering "...en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institutionen lever op til et sæt af fælles standarder" (Sundhedsstyrelsen 2004: 31).

årsagsforklaringer suppleres med årsagsforklaringer, der inddrager sociale forholds betydning, eksempelvis i relation til betydningen af sociale strukturer for individers eller grupperes førte livsstil (White 2002: 2f). Hvilke samfundsmæssige forhold der fokuseres på som årsag til fremkomst af sygdom og ulighed i sundhed, afhænger af det teoretiske perspektiv; eksempelvis vil en marxistisk sundhedssociologisk analyse betone økonomiske og klassestrukturelle forholds betydning for produktion og fordeling af sygdom, mens et Foucaultsk perspektiv vil betone den medicinske videns sociale rolle i forhold til at kontrollere grupper (White 2002: 6f). Ligesom produktion og fordeling af sundhed og sygdom i et givent samfund i et sundhedssociologisk perspektiv må forstås i relation til karakteren og naturen af det enkelte samfund, må også udformningen og udviklingen af det enkelte sundhedsvæsen forstås i sammenhæng med dets aktiviteter og dets relation til det omgivende samfund og udviklingen her inden for, herunder eksempelvis politiske og økonomiske strømninger (Krasnik & Vallgård 2004: 5).

1.1 Det danske sygehusvæsen – i et postmodernistisk perspektiv

Udviklingen og udformningen af et sundhedsvæsen, og herunder også det danske sygehusvæsen, må derfor forstås kontekstuel i forhold til makrostrukturelle processer og forandringer inden for det omgivende samfund såvel som i et internationalt perspektiv.

I det følgende vil udviklingen inden for det danske sygehusvæsen anskues ud fra et postmodernistisk perspektiv, da dette perspektiv i relation hertil forekommer at have en vis forklaringskraft. Konkret sættes udviklingen inden for det danske sygehusvæsen i relation til Ronald Ingleharts teser om *faldende traditionel og statslig autoritet, øget demokratisering og medbestemmelse* samt *øget individualisering* som tre overordnede træk ved postmoderniteten, idet disse postmodernistiske træk i tiltagende grad forekommer at være slået igennem inden for det danske sygehusvæsen. Forinden vil der dog kort blive redegjort for det teoretiske fundament for Ingleharts teser om ovennævnte centrale træk ved postmoderniteten.

1.1.1 Ronald Inglehart: Fra præmoderne til postmoderne samfund

I sin bog *Modernization and Postmodernization* fra 1997 redegør Ronald Inglehart empirisk for en række samfundsmæssige forandringer, som danner rammerne for de kontemporære samfundsstrukturer. Inglehart fokuserer primært på kulturelle ændringer i værdier, og ifølge ham er der overordnet sket et skifte fra et præmoderne, religionsbaseret samfund med dominerende traditionelle værdier og normer til et statsstyret samfund og videre igen til et individualistisk, postmoderne samfund (Inglehart 1997: 69-113). Ifølge Inglehart var det præmoderne samfund karakteriseret ved, at familie og kirke var i centrum, og at kirken definerede de traditionelle værdier, som i stort omfang blev efterlevet af datidens individer. I takt med industrialiseringens gennembrud skete et skifte fra præmoderne til moderne tid, som medførte, at familie og kirke mistede indflydelse i forhold til staten, der blandt andet i kraft af et stigende antal statsejede institutioner, i højere grad kom til at dominere samfundet. Statens formål blev nu at maksimere velfærdsstaten og opbygge en stærk økonomi, og ifølge Inglehart er der inden for de seneste 25 år således sket endnu et skifte i samfundsstrukturen, som blandt andet skyldes de store økonomiske opsving i først Vesten og efterfølgende i Asien. De stærke økonomier og velfærdssystemerne har skabt nye muligheder og forudsætninger for individer, som nu tager nationalstaten og velfærdssystemet for givet. Hvor moderniteten var kendetegnet ved klasseidentifikation, er denne nu forkastet til fordel for en individualiseringstendens i form af individets fokus på livskvalitet og opfyldelse af egne mål, der som et kulturelt fænomen kendetegner det nuværende samfund (Inglehart 1997: 74f, 79). Det postmoderne individ er dermed hedonistisk og kulturelt bevidst, idet det søger at øge sit subjektive velbefindende (Inglehart 1997: 76), og individualiseringstendensen skal endvidere ses i relation til, at statsbureaukratiet og de tilhørende institutioner har mistet deres autoritet. Sammenfattende betoner Inglehart således, at ”...the postmodern shift is a move away from both traditional authority and state authority (Inglehart 1997: 79).

Derfor er det postmoderne samfund ifølge Inglehart karakteriseret ved et generelt aftagende fokus på autoriteter i socialt såvel som statsligt regi, hvilket medfører mindre tiltro til statslige institutioner til fordel for et øget fokus på individuelle behov (Inglehart 1997: 79).

Individualisering og autoritetsfald er således gensidigt afhængige processer, som kan ses i relation til en tredje postmodernistisk tendens, demokratisering. Inglehart betoner derfor, at “...*postmodernization brings an inherent tendency toward democratization, linked with its growing emphasis on individual autonomy*” (Inglehart 1997: 80).

Som nævnt indledningsvist er tre overordnede træk ved postmoderniteten derfor *faldende traditionel og statslig autoritet, øget demokratisering og medbestemmelse* samt *øget individualisering*. Som nævnt forekommer disse postmodernistiske træk i tiltagende grad også at være slået igennem inden for det danske sygehusvæsen, hvorfor der i det følgende redegøres for først det danske sygehusvæsens opståen samt efterfølgende den nyere historiske udvikling inden for sygehusvæsenet, hvilket efterfølgende sættes i relation til disse postmodernistiske forandringsprocesser.

1.1.2 Kort om det danske sygehusvæsens opståen

De danske myndigheders interesse for befolkningen og dennes sundhedstilstand var før anden halvdel af 1700-tallet begrænset, men fra anden halvdel af dette århundrede begyndte magthaverne i stigende grad at opfatte befolkningen og dennes arbejdskraft som kilden til landets rigdom, hvorfor det som følge heraf blev vigtigt at sikre befolkningens sundhed og i forlængelse heraf arbejdsduelighed (Vallgård 2006: 302f). Forebyggelse opprioriteredes derfor markant, og for at sikre befolkningens adgang til læger, ansatte staten fra 1760 kirurger, som gratis skulle tage sig af de fattiges sygepleje og som skulle overvåge sundhedsforholdene i deres respektive distrikter (Vallgård 2006: 310) og indberette om forhold, der havde betydning for folkesundheden til Sundhedscollegiet, som blev oprettet i 1803 og som var forløberen for Sundhedsstyrelsen (Vallgård 2006: 303). Desuden indførtes fra 1810 tvungen koppevaccination (Vallgård 2006: 304).

Som en central del af den begyndende etablering af et sundhedsvæsen i Danmark fra og med anden halvdel af 1700-tallet oprettedes også sygehuse. Hvor tidligere tiders hospitaler var oprettede med det formål at pleje kronisk syge og skrøbelige, var sygehusenes opgave at helbrede frem for at pleje, hvorfor sygehusene kun var for dem, som man forventede kunne

helbredes, således at disse kunne blive selvforsørgende igen (Vallgård 2006: 311). Det første sygehus var Frederiks Hospital i København med 300 senge, men ved slutningen af 1800-tallet var der bygget sygehuse i næsten alle købstæder, som blev oprettet og drevet af amter og købstæder, og som indimellem modtog private tilskud. Patienterne tilhørte oftest den fattigere del af befolkningen, da de der havde råd, oftest lod sig behandle hjemme (Vallgård 2006: 311f). Patienterne, eller deres herskab, skulle selv betale for indlæggelsen, med mindre patienterne i forvejen modtog fattighjælp, idet enten sognet eller købstaden i så fald betalte en del af indlæggelsen, mens den resterende del blev betalt via skatter.

I lang tid var det kun de københavnske sygehuse, som havde læger ansat, mens patienterne på de små sygehuse med mellem 10 og 30 senge tilsås af distriktskirurgen eller en anden læge. Gennemsnitligt var patienterne indlagt en måned, mod kun gennemsnitligt en lille uge i dag, og behandlingen bestod da også hovedsageligt i at pleje patienterne, hvortil der var ansat gang- og vågekoner, som dog ikke havde nogen formel træning heri. Først i 1870'erne indførtes de første uddannede sygeplejersker på et sygehus, hvilket skete på Kommunehospitalet i København, men der gik dog flere årtier, inden alle sygehusets afdelinger havde sygeplejersker, og generelt var det først i slutningen af 1800-tallet, at uddannede sygeplejersker blev en del af sygehuspersonalet (Vallgård 2006: 312f).

1.1.3 Udviklingen på de danske sygehuse i 1900-tallet

I 1900-tallet har udviklingen på de danske sygehuse været kendetegnet ved flere indlæggelser, især af ældre, flere specialer og flere ansatte på færre og større sygehuse, et fald i liggetiden på flere hundrede procent samt en generel stigning i de samlede udgifter og en stigning i lønudgifternes andel af de samlede udgifter (Knudsen & Vinge 2002; Vallgård 2006: 313). I perioden 1918-1999 er antallet af sygehusindlæggelser således femdoblet³, og udviklingen inden for det danske sygehusvæsen i 1900-tallet er endvidere

³ Antallet af indlæggelser er dog vokset betydeligt mere end antallet af indlagte personer, og væksten i antal sygehusindlæggelser skal således også ses i relation til, at patienter uden sygdomme og symptomer, eksempelvis raske nyfødte og ledsagere til indlagte, i dag medregnes i det samlede antal sygehusindlæggelser, ligesom det i dag registreres som en ny indlæggelse, hvis en patient flyttes fra en afdeling til en anden (Vallgård 2006: 313).

kendetegnet ved, at der i stigende grad bruges mere tid på undersøgelse og behandling, frem for pleje. Dette ses også ved, at de ambulante undersøgelser og behandlinger vokser stabilt og mere end indlæggelserne (Vallgård 2006: 313). Sygehussektoren har dermed været kendetegnet ved at være en sektor i voldsom vækst med øgede udgifter til følge, hvilket har afstedkommet tiltagende politisk stillingtagen og aktivitet og som følge heraf en reduktion i lægestandens tidligere meget store indflydelse på sygehusvæsenets udformning og udvikling (Knudsen & Vinge 2002).

1.1.4 Den nyere sundhedspolitiske udvikling inden for det danske sygehusvæsen

Det danske sundhedsvæsen er i dag genstand for en omfattende politisk debat i Folketinget, hvilket ikke tidligere har været tilfældet i så omfattende grad. Derimod har der historisk set været større politiske uenigheder, hvad angår den sygdomsforebyggende indsats (Vallgård 2006: 324f).

I 1930'erne og 1940'erne afstedkom diskussioner vedrørende sundhedsforebyggende arbejde love om børneundersøgelser, svangerskabshygiejne og skolesundhedspleje (Krasnik & Vallgård 2004: 12; Vallgård 2006: 305), og ikke mindst blev det offentliges rolle i forhold til det sundhedsforebyggende arbejde diskuteret, hvilket konkret omhandlede en diskussion i forhold til hvorvidt det offentlige skulle intervenere i forældrenes opdragelse af deres børn (Vallgård 2006: 306). I 1946 kom den første sygehuslov, som var en bred rammeaftale, hvorigennem Folketinget overlod udformningen af sygehusvæsenet til amtspolitikere, læger, embedsmænd og sygekasser. Politisk var der blandt andet enighed om den offentlige finansiering af sundhedsvæsenet og om princippet om lige adgang til sundhedsvæsenet, mens der var diskussioner omhandlede sygehusenes voksende rolle, oprettelse af nye specialafdelinger og nedlæggelse af mindre sygehuse (Krasnik & Vallgård 2004: 12).

Det var kendetegnende for datidens sundhedspolitik, at denne frem til 1970'erne overvejende var præget af partipolitisk konsensus og beroede på et meget sparsomt lovgrundlag, og at ovennævnte diskussioner derfor næsten udelukkende blev ført af læger og embedsmænd. Som følge heraf blev der i 1950'erne og det meste af 1960'erne kun

iværksat få tiltag, hvad angik det sundhedsforebyggende arbejde, men fra slutningen af 1960'erne begyndte den sundhedspolitiske debat igen at tage til i styrke.

På trods af at stort set hele ansvaret for sundhedsvæsenet med 2. sygehuslov i 1969 og kommunalreformen fra 1970 overgik til amter og kommuner (Krasnik & Vallgård 2004:12; Vallgård 2006: 307; Knudsen & Vinge 2002: 3), tiltog den sundhedspolitiske debat fra slutningen af 1960'erne som nævnt i styrke.

Hvor sygehusene tidligere havde haft sin egen bestyrelse, blev amterne med ovennævnte kommunalreform nu bestyrelser for sygehusene, samtidig med at amterne fik ansvaret for driften, udbygningen og planlægningen af sygehusvæsenet, hvilket staten ydede bloktilskud til (Knudsen & Vinge 2002: 3).

Udgangspunktet for den tiltagende sundhedspolitiske debat var blandt andet en række betænkninger samt især Perspektivplanen⁴ fra 1970, som forudså en stærk vækst i de offentlige udgifter, og debatten omhandlede derfor, hvorledes denne vækst kunne begrænses (Krasnik & Vallgård 2004: 12; Knudsen & Vinge 2002; Borum 2003: 15), samt i hvilken grad lægerne var de bedst egnede til at vurdere befolkningens behov for sundhedsydelser (Knudsen & Vinge 2002). Som noget nyt blev nu også nytten af sundhedsvæsenet fra slutningen af 1970'erne debatteret (Krasnik & Vallgård 2004) og blandt andet nedsatte den daværende Firkloverregering i 1983 det såkaldte Produktivitetsudvalg, som skulle undersøge mulighederne for produktivitetsforbedringer i sygehussektoren (Knudsen & Vinge 2002; Borum 2003).

Som følge af det øgede politiske fokus på sundhedsvæsenet udarbejdede langt størstedelen af de politiske partier fra cirka 1970 en særlig sundhedspolitik, hvilket illustrerede en mærkbar ændring fra tiden før 1970, hvor en sådan sundhedspolitik var fraværende i stort set alle partiers partiprogrammer. De respektive partiers sundhedspolitikker var kendetegnet ved at have mange lighedstegn, idet en del af dem betonedede aspekter som øget patientindflydelse, styrket forebyggelse og nedbrydning af faggrænser mellem sundhedspersonalet, ventetider, sundhedsvæsenets effektivitet samt sikring af kvalitet i

⁴ "Perspektivredøgørelse 1" blev således udarbejdet som en prognose for den offentlige sektor til brug for makroøkonomisk planlægning (Knudsen & Vinge 2002: 4).

sundhedsydelse. Omvendt har de respektive partiers sundhedspolitikker ligeledes afspejlet forskelle i partiernes holdning til emner som betydningen af lighed og levevilkår samt valgfrihed og livsstil (Krasnik & Vallgård 2004).

1.1.5 1990'ernes sundhedspolitiske debat – øget fokus på kvalitet

De senere års sundhedspolitiske debat har som noget relativt nyt i stadigt stigende grad fokuseret på aspekter som kvaliteten af de ydede sundhedsydelser, effektiv udnyttelse af ressourcer samt respekten for patientens autonomi, hvilket derfor også indgik i den daværende KVR-regerings forslag til en samlet sundhedslov fra 1989 (Krasnik & Vallgård 2004: 13).

Især har *kvalitetsudvikling* i løbet af 1990'erne indtaget en stadig mere central placering i det sundhedsfaglige arbejde og i den sundhedspolitiske debat (Mainz & Kjærgaard et al 2001: 13; Mainz & Kjærgaard et al 2006) på trods af en del begrebsforvirring qua disciplinens unge alder inden for sundhedssektoren (Mainz et al 2001: 21; Mainz et al 2006). Ligeledes er *kvalitetssikring* som begreb også vundet frem de senere år inden for sundhedsvæsenet, (Krasnik & Vallgård 2004: 81), idet udviklede modeller for kvalitetssikring, som oprindeligt blev udviklet inden for industrien med henblik på at forbedre kvaliteten af service og produkter, siden er blevet overtaget af og søgt tilpasset sundhedsvæsenet.

1.1.6 Perspektivering til Inglehart I

Yderligere er det karakteristisk for de senere års sundhedspolitiske tiltag, at der i disse er sket en forskydning mod større betoning af individets valgfrihed og ansvar samt mod en øget brug af markedslignende mekanismer på bekostning af princippet om lige behandling af borgerne (Krasnik & Vallgård 2004: 81). Et eksempel på den enkelte patients øgede valgfrihed er blandt andet loven om frit sygehusvalg fra 1. januar 1993. Princippet om

*lighed*⁵ prioriteres således ikke i samme grad som tidligere over princippet om *valgfrihed*⁶, og de senere års tiltag har derfor indebåret en sundhedspolitisk udvikling som i højere grad end tidligere orienterer sig mod en mere markedsorienteret model for sundhedsvæsenet på bekostning af en mere solidaritetsorienteret model (Krasnik & Vallgård 2004: 13-15).

Dermed forekommer en øget individualisering i Danmark at kunne spores i relation til et øget fokus på den enkeltes livsstil og sundhedsmæssige adfærd, idet der i løbet af de senere år er sket et skifte i forhold til statens rolle og ansvar for befolkningens sundhedstilstand. Hvor hovedansvaret for befolkningens sundhedstilstand tidligere overvejende lå hos staten, der på denne måde fungerede som beskytter for en stor befolkningsgruppe, og ikke mindst som beskytter for mindre ressourcestærke grupper, er fokus i dag i højere grad rettet mod det enkelte individ. På denne måde betragtes befolkningens sundhedstilstand i dag i langt højere grad ud fra et individuelt livsstilsperspektiv, hvor ansvaret for egen sundhedstilstand tillægges det enkelte individs sundhedsadfærd og livsstil (White 2002: 53-58). Da hovedansvaret for egen sundhedstilstand i højere grad end tidligere placeres hos det enkelte individ selv, følger det heraf, at statens forpligtigelser i forhold til og ansvar for befolkningens sundhedstilstand tilsvarende er reduceret og i dag derfor i højere grad indebærer at ”guide” befolkningen i den sunde retning i relation til oplysning omkring centrale risikoområder i forbindelse med den enkeltes valg i hverdagen, hvilket konkret afspejles af regeringens folkesundhedsprogram fra 2002 *Sund hele livet* (Regeringen 2002: 6f; White 2002: 53-58).

Endvidere forekommer en øget individualisering at kunne spores i relation til et skifte i den måde, hvorpå den enkelte patient er i fokus i sundhedsvæsenet. Historisk har patienterne altid været fokus for behandlingen og plejen af dem, men i nyere tid er der i højere grad end

⁵ Sundhedspolitisk kan lighedsprincippet blandt andet indebære lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser for alle borgere, lige betaling til sundhedsvæsenet uafhængigt af forbrug af sundhedsydelser og geografisk bopælsplacering, betaling til sundhedsvæsenet efter evne, samt at individer med de største behov tilbydes flest sundhedsydelser (Krasnik & Vallgård 2004: 13ff).

⁶ Princippet om valgfrihed kan sundhedspolitisk indebære frihed for udbydere af sundhedsydelser til at etablere sig og konkurrere om patienter og kontrakter med forsikringsselskaber eller offentlige instanser, frihed for patienter til at vælge behandlere og sygehuse eller at vælge forsikringsselskab og forsikringstype samt patientens mulighed for at vælge mellem forskellige behandlinger for samme sygdom (Krasnik & Vallgård 2004: 15).

tidligere blevet fokuseret på den enkelte patients oplevelse af den modtagne behandling (Krasnik & Vallgård 2004: 23), og med udarbejdelsen af ”National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet” i 1993 og etableringen af ”Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet” i 1999 er det at tage udgangspunkt i patientens og pårørendes behov og problemer især blevet betonet (Sundhedsstyrelsen 2002: 10).

Den historiske udvikling inden for det danske sundhedsvæsen, som således blandt andet har båret præg af en øget tendens til individualisering i form af et tiltagende fokus på det enkelte individs ansvar for eget helbred samt øget fokus på at tage udgangspunkt i den enkelte patient og dennes problematikker samt oplevelse af den modtagne behandling, forekommer at kunne ses i lyset af Ingleharts pointering af *individualisering* som et karakteristisk, postmodernistisk træk.

1.1.7 Perspektivering til Inglehart II

Endvidere forekommer de ifølge Inglehart øvrige to karakteristiske, postmodernistiske træk – *faldende traditionel og statslig autoritet samt øget demokratisering og medbestemmelse* – at være slået igennem i forhold til udviklingen inden for det danske sundhedsvæsen. Begreber som den moderne kompetente patient, patienter som forbrugere, kunder eller partnere, patientindflydelse og brugerinddragelse er ofte blevet diskuteret i de senere års sundhedspolitiske debat (Andersen 2003a), hvilket blandt andet kan ses i relation til en udvikling, hvor sundhedsvæsenet er under pres fra flere sider, og hvor stadig mere velorganiserede patientgrupper er med til at forstærke dette pres (Knudsen & Vinge 2002: 1). Som nævnt har debatten blandt andet omhandlet brugerperspektivet i relation til sundhedsvæsenet i kraft af en diskussion af den enkelte patients overgang fra borger til bruger til kunde i sundhedsvæsenet (Knudsen & Vinge 2002), hvilket Ugebrevet Mandag Morgens debatoplæg til en patientreform, ”Brugernes Sundhedsvæsen”, fra januar 2007 (Huset Mandag Morgen et al 2007), blot er et af mange eksempler på.

Blandt andet omhandler denne debat, at patienterne i langt højere grad end tidligere tilegner sig medicinsk viden om egen sygdom, blandt andet som følge af at flere end tidligere lever

med en permanent sygdom eller lidelse, og i højere grad oplever sig selv som kompetente patienter. I forlængelse heraf udviser denne patientgruppe en øget bevidsthed om, at sundhedsvæsenet er til for dem (Knudsen & Vinge 2002), dens autoritative respekt for sundhedspersonalet er aftagende, og den sundhedspolitiske udvikling er dermed i stigende grad gået i retning af et tiltagende fokus på øget indflydelse til og inddragelse af patienten. Således er disse patienter med til at udfordre de sundhedsprofessionelle og skabe en positiv dynamik gennem modspil og dialog eller diskussion af egne sygdomsforløb. I den sundhedsfaglige debat diskuteres det dog på samme tid, i hvilken grad de kompetente patienter reelt kan betegnes som kompetente, eller om der i højere grad er tale om kombattante frem for kompetente patienter (Andersen 2003a; Mortensen 2003). I forlængelse heraf omhandler debatten om den kompetente/kombattante patient, hvorvidt eller i hvilken grad forekomsten af disse patienter ud fra faglige, ressourcemæssige og økonomiske betragtninger er ønskværdige for sundhedsvæsenet. ”De kompetente patienter” vurderes på den ene side at kunne medvirke til at højne effektiviteten inden for sundhedsvæsenet og til at forbedre kvaliteten af ydelserne ved at medvirke til en form for kvalitetssikrende efteruddannelse af det sundhedsfaglige personale (Andersen 2003a), men samtidig vurderes de ”kompetente patienter” at kunne udgøre en ressourcemæssig og økonomisk byrde for sundhedsvæsenet, som følge af deres krav om at modtage de dyreste og mest tidskrævende behandlinger (Andersen 2003a). Også blandt sundhedsfagligt personale er der uenighed om, hvorvidt ”kompetente patienter” er et gode eller onde, idet der på den ene side argumenteres for, at oplyste patienter medvirker til et godt udgangspunkt for en god dialog mellem patienten og det sundhedsfaglige personale (Andersen 2003a; Andersen 2003b), mens der på den anden side argumenteres for, at kompetente patienter lægger et større fagligt pres på det sundhedsfaglige personale, og at (tilsyneladende) kompetente patienter, som har indsamlet mangelfuld eller fejlagtig information, kan indvirke negativt på eksempelvis den enkelte læges diagnosticering af dem (Mortensen 2003; Andersen 2003a).

Endvidere omhandler diskussionen vedrørende kompetente patienter en diskussion af, i hvilken grad sådanne patientgrupper medvirker til social ulighed i sundhed, i kraft af at disse ofte udgør relativt raske og ressourcestærke grupper, som fylder mere end mindre

ressourcestærke grupper, som oftere er relativt mere syge og derfor har større behov for behandling (Andersen 2003a; Andersen 2003b). At de relativt mere raske og ressourcestærke grupper af kompetente patienter ofte fylder mere end de relativt set mere syge og mindre ressourcestærke patientgrupper, skal endvidere ses i lyset af, at førstnævnte grupper af patienter udgør en relativ lille andel af den samlede patientgruppe. Af denne udgør ældre ikke blot den største patientgruppe, men oftest ligeledes den mest autoritetstro gruppe, hvorfor udviklingen hen imod brugerperspektivet og fremkomsten af den langt mindre autoritetstro moderne, kompetente patient, ifølge nærværende undersøgelses forfattere, i høj grad skal ses i et generationsperspektiv.

1.1.8 Foranstaltninger til fremme af patientperspektivet

I relation til det øgede fokus på patientens rolle i det danske sundhedsvæsen er et mål med Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet⁷ blandt andet at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet, ved at etablere bedre muligheder og rammer for patienters og pårørendes aktive medvirken og indflydelse (Sundhedsstyrelsen 2002). Med ”Lov om patienters retsstilling” fra 1998 og ”Lov om patientsikkerhed” fra 2003 er patientens position i det danske sundhedsvæsen ligeledes væsentligt styrket i de senere år. Førstnævnte lov skal således medvirke til at sikre, at patienters værdighed, integritet og selvbestemmelsesret respekteres (Lov om patienters retsstilling 1998), mens sidstnævnte lov, der var den første af sin art i verden, har til formål at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet ved at forpligtige sundhedspersonale til at rapportere utilsigtede hændelser og ved at forpligtige sygehusejerne og Sundhedsstyrelsen til at handle på indrapporteringerne (Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet 2003).

Endelig er det centralt for de senere års udvikling inden for det danske sundhedsvæsen, at udenlandske erfaringer med kvalitetsarbejde, herunder kvalitetssikring og kvalitetsudvikling samt akkreditering, i stadig større omfang er søgt adopteret og inkorporeret i den danske

⁷ Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen udviklede i 1993 i samarbejde en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet med det formål at skabe en fælles dansk ramme for at sikre en høj kvalitet både i forhold til de enkelte sundhedsydelser og i forhold til at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene (Sundhedsstyrelsen 2002: 3).

sundhedssektors arbejde. I løbet af de senere år er arbejdet med kvalitetssikring og akkreditering indenfor sundhedsvæsenet således også påbegyndt i Danmark. Det første skridt blev taget i 1993, da Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, som tidligere nævnt, i samarbejde udviklede en National Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet med det formål at skabe en fælles dansk ramme for at sikre en høj kvalitet både i forhold til de enkelte sundhedsydelser og i forhold til at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene (Sundhedsstyrelsen 2002: 3). Det centrale indsatsområde for strategien er det samlede patientforløb, der inkluderer diagnostik, behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering samt den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvilket omfatter alle de aktiviteter, der finder sted i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2002:7). Kvalitetssikring af disse områder skal blandt andet opnås gennem uddannelse af og kompetenceudvikling blandt sundhedspersonalet, samt ved hjælp af dokumentation af de sundhedsfaglige ydelser og IT-systemer i form af databaser til strukturering og opsamling af data (Sundhedsstyrelsen 2002: 15-16). Målet med strategien er dermed at sikre kvaliteten indenfor de af WHO fastlagte kvalitetsmål: *Høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet* (Sundhedsstyrelsen 2002: 6), som udgør det fælles udgangspunkt i alt arbejdet med kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

I 1999 etableredes endvidere Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet med det formål at videreudvikle og revidere den nationale strategi, og sikre en landsdækkende koordinering og styring af den overordnede indsats vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Sundhedsstyrelsen 2002: 3).

Sammenfattende understøtter ovenstående yderligere indtrykket af, at Ingleharts pointer om faldende traditionel og statslig autoritet, øget demokratisering og medbestemmelse samt øget individualisering som kulturelle kendetegn for postmoderne samfund, kan spores i relation til udviklingen inden for det danske sundhedsvæsen. Der argumenteres på den ene side for, at patientens rolle i det danske sundhedsvæsen er under forandring; fra rollen som autoritetstro patient mod rollen som rettighedshavende forbruger af sundhedsvæsenet med

fokus på valgmuligheder og valgfrihed, egne kompetencer, egen omsorg og ansvar for egen sundhed, mens der på den anden side argumenteres for, at dette er i modstrid med virkelighedens sundhedsvæsen, som er kendetegnet ved en stram økonomi, en professionstankegang samt en høj grad af specialisering og ekspertviden (Reinbacher & Nielsen 2004).

Derudover stilles der i dag i stadig højere grad krav om dokumentation af aktivitet og kvalitet (Knudsen & Vinge 2002: 2) som en konsekvens af kvalitetsreformens målsætning om, at der frem til 2008 skabes en sammenhængende national dokumentation på alle væsentlige serviceområder inden for den offentlige sektor (<http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/KL.pdf>), og det er et erklæret mål, at den enkelte patient skal have mulighed for at træffe informerede valg hvad angår både behandler, sygehus og behandling (Sundhedsstyrelsen 2002).

1.2 Kritik af WHO's kvalitetsmål

På det administrative niveau, hvilket vil sige i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab og den tidligere Amdsrådsforeningen, er kvalitet i det danske sundhedsvæsen som nævnt defineret ved WHO's kvalitetsmål. I relation til WHO's kvalitetsmål skal det dog påpeges, at disse har været udsat for kritik i forhold til validiteten af de operationaliserede indikatorer⁸ for kvalitetsmålene, med andre ord en diskussion omhandlende i hvilken grad indikatorerne er i stand til at måle kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser. Det anføres, at *"...der vil være områder, hvor der ikke kan udvikles valide let registrerbare indikatorer, som dokumenterer den reelle kvalitet"* (Qvist & Rasmussen 2001), og kritikken af indikatorerne omhandler i forlængelse heraf en bekymring for, om indikatorerne giver et for forenklet billede af kvalitet i sundhedsvæsenet samtidig med, hvorvidt disse er i stand til at dække et samlet forløb af diagnostik, behandling og pleje. Hvis ikke dette er tilfældet, frygtes dette således af nogle at kunne føre til et misbrug af indikatorerne, hvor aktiviteter målrettes den eller de

⁸ I praksis udarbejdes de respektive indikatorer og standarder af IKAS, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, som blev oprettet i 2005 med henblik på at varetage det fortsatte arbejde med og udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (www.kvalitetsinstitut.dk).

centrale indikatorer, på bekostning af andre indikatorer. Skræks scenariet herfor er de engelske skadestuer, som for at kunne overholde servicemålet om højst fire timers ventetid for den enkelte patient fra ankomst i skadestuen til behandling, lader patienterne vente i ambulancen eller oppustelige telte, før de lukkes ind i skadestuernes venteværelser (Petersen et al 2004). WHO's definition af kvalitet i sundhedsvæsenet anklages endvidere for mere eller mindre at ligestille kvalitet med god klinisk praksis, og derudover at være uhåndterlig i det daglige arbejde (Lindhardt 2002). WHO's kvalitetsbegreb anklages endvidere for at have

"...sin rod i det forrige århundredes modernistiske industrisamfund. Standarder, kriterier og indikatorer for systemers strukturer og processer er det, der er karakteristisk for denne måde at arbejde med produkters og serviceydelsers kvalitet på. (...) Denne måde at arbejde med kvalitet på i sundhedssektoren synes at have nået sin foreløbige kulmination med den netop gennemførte akkrediteringsproces i Hovedstadens Sygehusfællesskab." (Lindhardt 2002)

Ovenstående illustrerer således en igangværende debat omhandlende det overordnede kvalitetsparadigme, herunder validiteten og dermed anvendeligheden af de udarbejdede standarder for og indikatorer på kvalitet i det danske sundhedsvæsen. På trods heraf vil WHO's kvalitetsmål som nævnt dog indgå i nærværende undersøgelse, som følge af at disse kvalitetsmål netop er de gældende i de nationale tiltag såvel som de mindre lokale tiltag i forhold til kvalitetsarbejde, samtidig med at kvalitetsmålene repræsenterer de standarder, som offentlige sundhedsinstitutioner vil blive vurderet og akkrediteret på baggrund af (Christensen m.fl. 2001: 13).

1.3 Strukturreformen 2007

I et historisk perspektiv indebærer strukturreformens ikrafttræden pr. 1. januar 2007 væsentlige omstruktureringer inden for den danske sundhedssektor, hvor især dannelsen af de 98 nye storkommuner og 5 regioner står centralt. Som deres vigtigste ansvarsområder har de 5 regioner nu overtaget de tidligere amters ansvar for at varetage opgaver indenfor sygehusvæsenet, den behandlende psykiatri samt sygesikringen og sørge for tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, som eksempelvis praktiserende læger og

speciallæger. Samtidig overdrages ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme samt rehabilitering eller genoptræning til kommunerne. Strukturreformen indebærer desuden, at regionerne modsat de tidligere amter ikke selv kan udskrive skatter til blandt andet finansiering af sundhedsområdet, som derimod i dag finansieres via tilskud og betalinger fra stat og kommuner, der består af dels bloktilskud og aktivitetsbestemte tilskud fra staten samt grundbidrag og aktivitetsbestemte tilskud fra kommuner⁹ (www.arf.dk). Hvad konsekvenserne af strukturreformen kommer til at blive for de sundhedsydelser, som borgerne har krav på, er dog endnu uvist.

Overordnet er sigtet med strukturreformen blandt andet at skabe effektivisering med fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, ikke mindst på sundhedsområdet, blandt andet gennem øget specialisering (www.im.dk). Nogle af argumenterne for gavnlige effekter af strukturreformen på sundhedsområdet er, at det økonomiske såvel som faglige grundlag for at løfte sygehusopgaven i overensstemmelse med anbefalingerne fra regeringens rådgivende sundheds-udvalg og Strukturkommissionen, bliver bedre med overgangen fra amter til større regioner (www.im.dk). Endvidere er argumenterne, at der med færre regioner bliver

”...bedre grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte specialiseringens fordele og sikre en bedre anvendelse af de knappe personaleressourcer. Endvidere bliver der bedre grundlag for at leve op til ensartede nationale standarder for kvalitet. Ligeledes forbedres mulighederne for at opbygge elektroniske patientjournaler, der sikrer, at tilgængelige informationer om patienterne kan udveksles. De nye regioner får endvidere en tilstrækkelig stor faglig og økonomisk bærekraft til at sikre forskning og uddannelse på et højt niveau (www.im.dk)”

Centerchef Thomas Gjørup, formand for Dansk Selskab for Intern Medicin, vurderer, at effektiviteten på især en række medicinske afdelinger kan forbedres, hvilket strukturreformen kan danne udgangspunkt for (Gjørup 2006a: 23-24), og at strukturreformen med dens øgede, lægefaglige specialisering, vil være medvirkende til at forbedre behandlingsresultaterne (Gjørup 2006b: 1150). Endvidere har en undersøgelse

⁹ Statens finansiering udgør cirka 80 pct., hvilket indebærer et bloktilskud på 75 pct. og et aktivitetsbestemt tilskud på 5 pct. I forlængelse heraf udgør kommunernes samlede bidrag cirka 20 pct., hvoraf den ene halvdel udgøres af grundbidrag og den anden halvdel af aktivitetsbestemte tilskud.

udarbejdet af det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut (KREVI) i samarbejde med Indenrigs- og Sundhedsministeriet påvist positive gevinster for kommunerne ved strukturreformen, ikke mindst i form af store økonomiske gevinster som følge af effektiviseringer (www.im.dk).

Ifølge overlæge Hanne Tønnesen fra Enhed for Klinisk Forebyggelse, Bispebjerg Hospital, giver den nye struktur unikke muligheder for at styrke den kliniske forskning, især hvad angår dokumentation af, hvor vidt sammenhængende patientforløb giver en bedre kvalitet i forhold til det traditionelle forløb (Andersen 2007: 102). Professor Henrik Kehlet, H:S Rigshospitalet, vurderer ligeledes, at strukturreformen vil bibringe sundhedsfaglige fordele, og at strukturreformen grundlæggende er en forudsætning for at kunne tilbyde den bedst mulige behandling, hvad angår større, kirurgiske operationer. Ifølge Kehlet er centralisering af forskning, uddannelse og patientbehandling afgørende i forhold til at kunne tilbyde den bedst mulige behandling i relation hertil: *”At samle kompetencerne og patienterne på få steder ved større kirurgi er nødvendigt for at få en optimal positiv vekselvirkning mellem patientsikkerhed, klinisk forskning, uddannelse og erfarne kirurger (Ottesen 2005: 2547)”*.

Selv om strukturreformen således af flere førende sundhedsprofessionelle vurderes at få positive konsekvenser for den fremtidige kvalitet af en lang række sundhedsydelser, er der dog samtidig andre førende sundhedsprofessionelle, der udtrykker bekymring netop i forhold hertil. Især det økonomiske incitament til at prioritere sundhedsfremme og forebyggelse på sundhedsområdet, som kommunerne skal varetage, forholder flere parter sig kritiske overfor. Dette som følge af at kommunerne også skal bidrage med betaling til indlæggelser på sygehuse, hvilket kan medføre en risiko for, at kommunerne undervurderer behovet for sygehusindlæggelse eller prioriterer udvalgte patientgrupper frem for andre, hvis behandling af disse er mindre risikofyldt eller simpelthen nemmere og hurtigere. Dermed opstår der risici for, at kommunerne vælger at rette den forebyggende og sundhedsfremmende indsats mod de lidelser, hvor resultaterne af indsatsen viser sig hurtigst og nemmest, og hvor den økonomiske gevinst således er størst. Dette synspunkt udtrykkes blandt andre af Leif Vestergaard Pedersen, sundhedsdirektør i det tidligere Århus Amt og formand for arbejdsgruppen under Amtsrådsforeningen, der analyserer økonomien i

sundhedsvæsenet som følge af strukturreformen, samt Den Almindelige Danske Lægeforening. Samtidig udtrykker Kommunernes Landsforening bekymring for, hvorvidt kommunerne generelt tildeles for få økonomiske ressourcer i relation til deres nye ansvarsopgaver, og Amdsrådsforeningen kritiserer desuden sundhedsloven for ikke at bibringe en klar og tydelig opgavefordeling og ramme for et sammenhængende patientforløb (Ib 2005: 314-318).

En anden bekymring i forbindelse med strukturreformen udtrykkes af Johannes Jessen, Amdsborgmester i det tidligere Århus Amt, ifølge hvem strukturreformen kan skabe gråzoner i forbindelse med opdelingen mellem sygehusopgaver og kommunale opgaver, eksempelvis i forhold til genoptræningsområdet, hvor behandling oftest er karakteriseret ved at foregå på tværs af sundhedssektorer, hvilket der ikke i reformen tages højde for (Jessen 2004: 4693-4698). I forlængelse heraf viser en rapport fra Tænketanken Mandag Morgen dog, at der på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet er store muligheder for forbedringer i forbindelse med kommunesammenlægninger, men samtidig at de mere specialiserede funktioner herunder, der kræver særlig ekspertise, stadig vil skulle varetages andre steder. Dermed kan konsekvenserne af de større kommunale enheder vise sig at skabe både positive og negative konsekvenser på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet (Bundgaard 2005: 4436-4440).

Endvidere kan der være grund til bekymring over sammenhængen i behandling for patienter, der ifølge Morten Freil, leder af Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt, sandsynligvis vil blive dårligere med den nye strukturreform. Dette blandt andet som følge af de store specialiserede sygehuse, der bevirker, at patienten møder flere brud eller overgange i forbindelse med diagnosticering og behandling, hvorefter genoptræning og rehabilitering varetages af kommunerne. Dermed splittes behandlingsforløbet op i flere mindre enheder, der medfører kontakt til flere forskellige behandlere og behandlingssteder, hvilket betyder en forringelse af kvaliteten af det samlede patientforløb (Andersen 2005: 3374-3378). Dermed præsenteres både kritiske og positive holdninger og forventninger til strukturreformens konsekvenser for fremtidens sundhedsvæsen i Danmark, men hvordan disse konkret udformer sig kan der endnu kun gisnes om.

1.4 Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering i Danmark

Siden 2002/2003 er der arbejdet på at udforme en fælles dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet¹⁰, hvis hovedformål er at understøtte den kontinuerlige kvalitetsudvikling i hele det danske sundhedsvæsen, hvor især det at fremme det gode patientforløb gennem forbedring af kvaliteten udgør målet. Det centrale i Den Danske Kvalitetsmodel omhandler akkreditering af danske somatiske og psykiatriske sygehuse, hvilket i første omgang er obligatorisk for alle offentligt finansierede sygehuse i Danmark. Planen er endvidere, at Den Danske Kvalitetsmodel senere skal udvides til at omfatte obligatorisk akkreditering af alle offentligt finansierede og private udbydere af sundhedsydelser i Danmark, samt leverandører, der indgår aftaler med det offentlige sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2004: 6-7).

Som nævnt indgår der i kvalitetssikringen af sundhedsvæsenets ydelser både de rent sundhedsfaglige kerneydelser som forebyggelse, behandling og pleje, den organisatoriske kvalitet, herunder koordination og kontinuitet af ydelserne, og endelig den patientoplevede kvalitet. Selve kvalitetsmodellen består af tre faser á hvert et års varighed, hvoraf den første omhandler selve udviklingen af standarder til akkrediteringen, den næste omhandler implementeringsprocessen med selvevalueringer og en udviklingsperiode, og endelig den tredje fase, som er selve akkrediteringen i form af den eksterne vurdering med tilbagemelding og offentliggørelse (www.kvalitetsinstitut.dk). Undervejs i denne kvalitetsforbedringsproces understøttes endvidere to grundlæggende funktioner, henholdsvis målings- og vurderingsfunktionen, som bygger på en række målinger og vurderinger af den eksisterende kvalitet, og handlingsfunktionen, som tager afsæt i selvevalueringen og blandt andet består af planlægning og opfølgning på de fremkomne forbedringspotentialer fra den første funktion (Sundhedsstyrelsen 2004: 7). De fælles standarder, som målings- og vurderingsfasen bygger på, består endvidere af nogle foruddefinerede krav til

¹⁰ Kvalitetsmodellen bygger på økonomiaftalerne for 2002/2003 mellem regeringen og amtsrådsforeningen. Styregruppen, der har udarbejdet kvalitetsmodellen, består af repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

sundhedsydelse og aktiviteter, som er konkretiserede og gjort målbare ved hjælp af indikatorer, der muliggør en vurdering af kvaliteten.

Den endelige akkreditering, som sygehuset opnår, tildeles på baggrund af et fælles defineret niveau for tilfredsstillende opfyldelse af standarderne indenfor den samme sundhedsydelse. Akkrediteringsstatussen kan se ud på tre følgende måder: 1. akkrediteret, i fald der ikke er fundet nogle mangler i opfyldelsen af standarderne, 2. akkrediteret med anbefalinger i tilfælde, hvor der er fundet væsentlige mangler heri og 3. akkrediteret med opfølgning, som gives, hvis der er fundet betydelige mangler, og der i rapporten er angivet anvisninger til forbedringer, som kræver et opfølgende besøg (Sundhedsstyrelsen 2004: 32).

I kvalitetsmodellen er der inkluderet centrale erfaringer fra adskillige større danske kvalitetsprojekter som eksempelvis Den Gode Medicinske Afdeling, Det Nationale Indikatorprojekt og KISS-projektet i Sønderjyllands Amt samt erfaringer fra Hovedstadens Sygehusfælleskabs arbejde med kvalitet og akkreditering, hvilket præsenteres i det følgende. Disse fire projekter er valgt ud som de mest relevante at beskrive, da de tilsammen vurderes at give det mest retvisende billede af, hvordan erfaringerne med kvalitetssikring og akkreditering i Danmark på nuværende tidspunkt ser ud¹¹.

1.4.1 Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)

Dette projekt udgør et af de første større initiativer til kvalitetssikring af sygehuse i Danmark. Allerede i 1994 påbegyndtes arbejdet med at identificere og udvikle standarder bestående af 67 kvalitetsmål for den gode medicinske afdeling, som dækkede både den faglige kvalitet og organisationen, men også inkluderede områder som uddannelse, udvikling og forskning. Selve fokuset for undersøgelserne var det samlede patientforløb fra indlæggelse til udskrivning. Metoden bag DGMA består af tværsnitsundersøgelser, der iværksættes henholdsvis før implementeringen af eventuelle kvalitetsforbedrende tiltag, og

¹¹ De andre erfaringer og produkter, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel er henholdsvis De Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser, Landspatientregisteret, Mellemmenneskelige Relationer og Netværk af forebyggende sygehuse (Sundhedsstyrelsen 2004: 9).

efter en sådan implementering for at måle graden af forbedringer i kvaliteten (Lipczak 2001: 18-19). Efterfølgende har der desuden været udarbejdet forskningsprojekter til validering af de anvendte standarder. Fra 2000-2006 har DGMA endvidere eksisteret som et nationalt projekt med nogenlunde det samme fokus – at udvikle standarder til belysning af både den faglige og den patientoplevede kvalitet på alle landets medicinske afdelinger, samt i forhold til både de ambulante og stationære patientforløb, inklusiv tværsektorielt samarbejde (www.dgma.dk). Resultaterne heraf er publiceret i rapporter og offentliggjort på hjemmesiden for Den Gode Medicinske Afdeling. Endelig er resultaterne i form af de udviklede standarder og undersøgelsesnes produkter, som nævnt, videreført i Den Danske Kvalitetsmodel.

1.4.2 Det Nationale Indikator Projekt (NIP)

Som et projekt under det nationale råd for kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet blev NIP i 1999 initieret med det formål at belyse kvaliteten af udvalgte kliniske ydelser indenfor sundhedsvæsenet. Målet er at sikre den faglige kvalitet, og NIP omfatter såvel udvikling og afprøvning som implementering af indikatorer og standarder for kvaliteten af sundhedsvæsenets arbejde indenfor udvalgte sygdomsområder. De standarder og indikatorer, der arbejdes med, er desuden evidensbaserede og helt specifikke i forhold til den enkelte diagnose og sygdom (www.nip.dk). Der er i NIP udvalgt otte sygdomsområder på baggrund af mistanker om, at kvaliteten her indenfor ikke lever fuldt op til internationale standarder, og formålet med projektet er mere præcist at skabe viden omkring, i hvor høj grad gennemførelsen og resultaterne af behandlingen lever op til de fastlagte krav. De otte sygdomsområder er: akut mave-tarm kirurgi, apopleksi, diabetes, hjerteinsufficiens, hoftenære frakturer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungecancer og skizofreni (www.nip.dk). Projektet gennemføres ved hjælp af patientjournaler, hvor fokus rettes mod sygdommens sværhedsgrad, behandlingen og resultaterne heraf hos patienterne (www.rn.dk). Dette indebærer i praksis, at alle landets sygehusafdelinger, der behandler patienter med blot én af de pågældende sygdomme, indsamler resultaterne af behandlingen.

Resultaterne af de gennemførte undersøgelser, gennemgås efterfølgende af relevante sundhedsfaglige personer, og de endelige resultater heraf offentliggøres på Internettet¹².

1.4.3 Erfaringer fra Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)

Hovedstadens Sygehusfællesskab besluttede allerede i 2000 at arbejde med kvalitetssikring, og i 2002 blev de 6 sygehuse, der er en del af dette fællesskab, akkrediterede. Som følge af at der på det tidspunkt endnu ikke eksisterede en fælles dansk kvalitetsmodel, gennemførte Hovedstadens Sygehusfællesskab akkrediteringen i samarbejde med den amerikanske akkrediteringsorganisation JCAHO (De Neergaard 2003:44).

Hovedformålet med akkrediteringen var dels at sikre en høj kvalitet i den enkelte patients samlede forløb, hvilket vil sige hele vejen fra patientens egen læge til hospitalet og igen til lægen. Derudover var det også hensigten at skabe en holdningsændring og en ny kultur i H:S-ledelsen og blandt de enkelte medarbejdere på sygehusene, således at det blev acceptabelt og direkte ønskværdigt at tale åbenlyst om eventuelle fejl og nærfejl med det formål at lære af disse. Den efterstræbte holdning var, at det er menneskeligt at fejle, men uacceptabelt ikke at lære af disse og tage foranstaltninger, således at fejlene og nær-fejlene ikke gentages (De Neergaard 2003:45). Samtidig var det ønsket, at kulturerne på de enkelte sygehuse skulle kendetegnes af arbejde med kontinuerlig kvalitetsforbedring og kvalitetsudvikling overalt i den daglige praksis (De Neergaard 2003: 50).

Arbejdet med forberedelse til akkrediteringen stod på i to år, hvor de internationale standarder blev oversat, fortolket og gennemgået af forskellige grupper af sygehuspersonalet på de seks sygehuse, hvorved der derigennem blev skabt et indgående kendskab til disse, samtidig med at de deltagende personalegrupper oplevede en form for medejerskab til standarderne. Dette arbejde er især en fordel, da det er en klar forudsætning for at opnå akkreditering, at hver enkelt medarbejder har et indgående kendskab til de standarder, politik og retningslinjer, der er relevante for vedkommendes arbejdsområde og praksis, samt et grundlæggende kendskab til arbejdet med kvalitetsforbedringer her indenfor (De Neergaard 2003: 47-49).

¹² De hjemmesider, hvor projektets resultater offentliggøres er henholdsvis www.nip.dk, www.sundhed.dk samt eventuelt på de enkelte regioners hjemmesider.

Udover akkrediteringen er der andre tydelige resultater af kvalitetsarbejdet. Ifølge sygehusledelsen kan der eksempelvis dokumenteres forbedringer af kvaliteten på en række områder og større sammenhæng på tværs af organisationer og faggrupper. Mindst lige så vigtigt er det endvidere, at den ønskede kulturændring i høj grad forekommer at være indtruffet, idet der er skabt en evne blandt personalet til omstilling og forandring samt et fortsat arbejde med kvalitetssikring og akkreditering (De Neergaard 2003: 44) (Slebsager 2005: 216).

En akkreditering opnås dog kun i en begrænset periode á tre år, men arbejdet med kvalitetssikring fortsatte, hvorfor de seks sygehuse i H:S i 2005 har opnået at blive akkrediterede for anden gang. Ifølge sygehusledelsen fremgår mange af resultaterne fra første akkreditering endnu tydeligere efter anden omgang, og især har personalet udviklet sig i relation til kvalitetskultur. Selve tankegangen om at indsamle, og analysere og efterfølgende handle på kvalitetsdata, er blevet en integreret del af de ansattes vante rutiner og kulturen på sygehusene (Slebsager 2005: 217). For en yderligere uddybning af resultaterne af H:S' kvalitets- og akkrediteringsarbejde henvises i øvrigt til litteraturreviewet.

1.4.4 Erfaringer fra Sønderjyllands Amt (KISS-projektet)

I Sønderjyllands Amt er der siden 2001 også blevet arbejdet med akkreditering. Til forskel fra akkrediteringen i H:S er der dog i Sønderjylland blevet gennemført et tværsektorielt arbejde med kvalitetssikring, hvilket har omfattet Aabenraa Kommune, de somatiske sygehuse i Sønderjyllands amt og en række praktiserende læger. Det såkaldte KISS-projekt, der står for Kvalitetssikring i Sønderjyllands Sundhedsvæsen, har dermed taget konsekvensen af, at fokus i det nationale kvalitetssikringsarbejde omhandler det samlede patientforløb på tværs af sektorer ved at gennemføre akkrediteringen i overensstemmelse hermed (Stevnhøj 2004: 1).

Akkrediteringen blev en realitet for disse sundhedsinstitutioner i løbet af 2004, og Aabenraa Kommune er dermed den første danske kommune, der er blevet akkrediteret. Også i Sønderjylland har man gjort brug af erfaringerne fra udlandet og ladet sig akkreditere i

samarbejde med det engelske Health Quality Service (HQS), hvilket har medført, at tilnærmelsesvist den samme arbejdsproces har gjort sig gældende i Sønderjylland som i H:S. Her har man således også skullet arbejde med oversættelse, fortolkning og tilpasning af de engelske standarder til den danske kultur og sundhedsvæsen, hvilket også i dette tilfælde har medført en vis grad af ejerskabsfornemmelse heraf fra de ansatte på sygehusene. Dog har processen i Sønderjylland desuden været præget af endnu en udfordring, idet standarderne og kriterierne skulle tilpasses flere forskellige institutioner og sektorer, og der skulle opnås enighed omkring standardernes indhold samt den enkelte institutions konkrete opgaver og forventninger. Derfor har der været nedsat tværsektorielle styregrupper såvel som decentrale enheder for at sikre ejerskab ud i yderste led, hvilket i sidste ende har været ekstra givtigt, da det har været med til at skabe yderligere forståelse mellem institutionerne samt et mere indgående kendskab til andre institutioners ansvar og opgaver, og sammenhængen i Sønderjyllands Sundhedsvæsen er nu i højere grad til stede (Scheel og Hundborg 2003: 54; Stevnhøj 2004: 2).

Erfaringerne fra akkrediteringsprocessen ligner også i høj grad erfaringerne fra H:S. Ifølge ledelsen synes der at være skabt en ny og fælles kultur og et nyt værdigrundlag blandt de deltagende sundhedsinstitutioner, der før var karakteriseret ved at indeholde mange forskellige kulturer og systemer, der ikke altid skabte sammenhæng. Nu findes der derimod en gennemgående fælles forståelse for betydningen af kvalitetssikring, samt hvad arbejdet med dette indebærer (Stevnhøj 2004: 3).

I fremtiden vil Sønderjyllands sundhedsvæsen fortsat arbejde videre med akkreditering i samarbejde med HQS, og når Den Danske Kvalitetsmodel i 2007 skal implementeres, vil akkrediteringsarbejdet foregå i samordning med denne.

1.5 Akkrediteringsbegrebet og kritisk diskussion heraf

Som det fremgår, udgør arbejdet med akkreditering netop omdrejningspunktet i Den Danske Kvalitetsmodel, hvorfor det er relevant at se nærmere på selve begrebet, dets definition, og hvordan arbejdet med akkreditering vurderes af sundhedsprofessionelle.

I forhold til selve akkrediteringsbegrebet, som det er anvendt i Den Danske Kvalitetsmodel, lyder definitionen *”en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institutionen lever op til et sæt af fælles standarder”* (Sundhedsstyrelsen 2004: 31). Akkreditering kan dermed bestemmes som en systematisk ekstern kvalitetsvurdering af en sundhedsydelse, procedure eller sundhedsinstitution, som foretages af en uvildig, uafhængig organisation, repræsenteret af faglige eksperter med relevante sundhedsprofessionelle baggrunde (Nickelsen og Wolthers 2002: 9). Akkrediteringen afspejler således en formel anerkendelse af, at enkeltpersoner eller institutioner er kompetente til at udføre deres opgaver (Sundhedsstyrelsen 2004: 34).

Som følge af at Danmark i et internationalt perspektiv er påbegyndt arbejdet med akkreditering indenfor sundhedsvæsenet på et relativt sent tidspunkt benyttes de internationalt udarbejdede standarder og relevante praktiske erfaringer, som andre lande har gjort sig undervejs i akkrediteringsprocessen, hvorfor Danmark i høj grad anvender disse i akkrediteringsarbejdet, tilpasset dansk kultur og det danske sundhedsvæsens udformning. Samtidig bygger akkrediteringen i henhold til den danske kvalitetsmodel i høj grad på ALPHA-programmets¹³ principper for standardudvikling, hvilket afspejler et vist niveau i akkrediteringen (Sundhedsstyrelsen 2004: 6).

Til trods for den store internationale anerkendelse af akkrediteringsarbejdet findes der dog også skeptikere iblandt. Disse skeptikere fremsætter blandt andet kritikpunkter, der omhandler problemer med at påvise akkrediteringens gavnlige effekt for patienterne og behandlingen af disse, hvilket vil sige, at der sættes spørgsmålstegn ved den reelle forbedring af kvaliteten, der netop er akkrediteringens formål. Ifølge den internationale akkrediteringseksperter Ellis Scrivens må akkreditering betragtes som *”...en upræcis videnskab, der hovedsagelig kan betragtes som et ledelsesmæssigt værktøj, snarere end som et målesystem for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser”* (Mainz et al 2002), og Scrivens vurderer således, at akkreditering i højere grad er anvendeligt og tjener et formål i forhold til at generere diskussioner om sundhedsvæsenet frem for som et redskab til at vurdere og monitorere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser (Mainz et al 2002). Dermed er der endnu

¹³ Se litteratur-reviewet for en redegørelse for ALPHA-programmet.

ikke tilvejebragt tilstrækkelig viden om eller dokumentation for, at akkreditering eller andre eksterne kvalitetsvurderingsmetoder har en direkte positiv indvirkning på kvaliteten af sundhedsydelse (Frølich og Schiøler 2000), og trods mange års international erfaring med akkreditering foreligger der kun sparsom litteratur om betydningen af akkreditering for kvaliteten af sundhedsydelser (Mainz et al 2004). I et studie af sammenhængen mellem kliniske data fra Medicare og akkrediteringsscore fra JCAHO dokumenterer Griffith et al dog, at sygehuse med god akkrediteringsstatus på centrale punkter ikke har bedre resultater end sygehuse med dårlig akkrediteringsstatus (Griffith et al. 2002).

Et systematisk litteraturstudie fra 2004 foretaget på Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse ved Aarhus Universitet under ledelse af projektleder Jan Mainz, omhandler endvidere effekterne af akkreditering i et medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Studiet, der er gennemført ved systematiske søgninger i internationale databaser, finder, at der ikke er dokumentation for, at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau, idet der ikke foreligger klinisk kontrollerede undersøgelser. Samme studie peger endvidere på, at akkreditering som effektiv metode til vurdering af kvalitetsniveau af forfatterne til enkelte amerikanske studier vurderes at være tvivlsom, og at der ikke er fundet litteratur, som beskriver akkreditering set fra patientens synsvinkel (Mainz et al 2004). Sammenfattende konkluderer studiet, at det ikke er entydigt, hvorvidt akkreditering kan anvendes som metode til vurdering og udvikling af kvalitet, samt at akkrediteringsområdet er præget af mangel på overbevisende evidens for effekt på resultatniveau (Mainz et al 2004). Således kan der endnu ikke påvises en sammenhæng mellem akkreditering og forbedring af patientbehandlingen, men ikke desto mindre skønnes det alligevel gavnligt med et øget fokus på kvaliteten indenfor centrale aspekter af patientbehandlingen i sundhedssektoren (Frølich og Christensen 2001).

Et andet hovedpunkt i akkrediterings-kritikken går på, at tilgangen til at måle kvaliteten af sundhedsydelserne ved blandt andet brug af fastsatte standarder for og indikatorer på kvalitet er meget kvantitativ, ligesom kritikken desuden går på, i hvilken grad eller hvorvidt fokuset i forbindelse med en akkreditering, er det rigtige, hvilket følgende kommentar til

akkrediteringen af H:S i 2002 illustrerer: ”...gjorde den [akkrediteringen] det, vi syntes, den skulle gøre? Forholdt den sig til den lægelige og plejemæssige kerneydelse? Eller var det, der blev akkrediteret, snarere, at medicinen blev håndteret rigtigt fra lager til medicinskab, at det blev sikret, at patienten gav informeret samtykke, at brandudstyret var tjekket og på plads osv. (Larsen 2003)”.

Endvidere kan de på forhånd fastsatte kriterier for kvalitet ifølge Frølich og Christensen¹⁴ hæmme kvalitetsudviklingen, fordi der anvendes minimumskriterier, hvilket kan medføre en risiko for, at sygehusene alene fokuserer på at leve op til de kvalitetskriterier, de bedømmes ud fra, frem for at bestræbe sig på at arbejde hen imod højere kvalitetsniveauer, end de der er indeholdt i minimumskriterierne. Frølich og Christensen vurderer desuden, at fastsættelsen af sådanne kvalitetskriterier potentielt kan betyde, at der på sygehusene udvikles en konservativ kvalitetsopfattelse, som kan blokere for nytænkning og herved virke hæmmende for faglig udvikling. I forlængelse heraf pointerer Frølich og Christensen endvidere, at der eksisterer udbredte bekymringer omkring, i hvilken grad akkrediteringsprocessen blot optager fokuset fra sygehusenes kerneydelse, nemlig patientbehandlingen til fordel for, hvad der blot betegnes som en ny ledelsesstrategi uden dokumenteret effekt i forhold til den reelle kvalitet. Endelig hersker der tvivl om, hvorvidt akkreditering økonomisk kan betragtes som gavnligt, idet akkrediteringsprocessen er en dyr investering både i forbindelse med arbejdstimer og omstruktureringer, samtidig med at der er uvished omkring de reelle besparelser heraf (Heinskou 2005).

Dermed udtrykkes der blandt sundhedsfagligt personale bekymring over en potentiel ubalance i, hvad der fra personalets side tidsmæssigt investeres i akkrediteringsarbejdet, og hvad gevinsten heraf er, idet indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel vurderes at blive uhyre ressourcekrævende i tid, uddannelse, manpower og i forlængelse heraf penge (Steenberger 2007). Endelig er et centralt kritikpunkt, at selve debatten omkring, hvorvidt akkreditering virkelig er vejen frem, og diskussionerne omkring fordele og ulemper ved akkreditering synes at være forstummet og erstattet med en tilstand, hvor akkreditering

¹⁴ Læge Anne Frølich var tidligere ansat på DSI, Dansk Sundhedsinstitut, og er nu ansat på Afdeling for Sundhedstjenesteforskning ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Majbritt Christensen er speciallæge i samfundsmedicin og tidligere seniorprojektleder i DSI.

betragtes som en naturlig, indiskutabel metode til at sikre kvalitet på sundhedsområdet (Jungersen 2001), selv om der altså som nævnt ikke foreligger dokumentation herfor.

Som ovennævnte illustrerer, er akkreditering og gavnigheden heraf et omdiskuteret fænomen. Imidlertid er akkreditering af danske sundhedsinstitutioner et fænomen, der er kommet for at blive, hvorfor kvaliteten af de respektive sundhedsinstitutioners ydelser fremover under alle omstændigheder vil blive bedømt ud fra akkrediteringstankens målestok, uanset om man måtte være enig eller uenig i denne. Som følge heraf er det primære fokus for nærværende undersøgelse ikke at problematisere akkreditering og anvendeligheden heraf som kvalitetssikrende og kvalitetsforbedrende redskab yderligere. Derimod er hensigten at undersøge og afdække ”parameteret” *kvalitetskultur*, hvis tilstedeværelse i en organisation, som tidligere nævnt, i national såvel som international sammenhæng, er bredt anerkendt som en forudsætning for en organisations succesfulde opnåelse af akkreditering.

1.6 Problemformulering

Som det i indledningen blev præsenteret, er nærværende undersøgelses problemstilling følgende:

- 1) I hvilken grad kan kvalitetskulturer siges at eksistere blandt ansatte på Sygehus Vendsyssel? Og findes der væsentlige forskelle i kvalitetskulturerne i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika?
- 2) Hvordan kan resultaterne af nærværende undersøgelse anvendes konstruktivt i en akkrediteringsproces?

Ovennævnte problemformulering bygger på antagelser, som er begrundet i et gennemført litteratur-review samt udvalgt teori, som der i det følgende vil blive redegjort for.

1.6.1 Undersøgelsens grundlæggende antagelser

Som det tidligere er fremgået af både erfaringerne fra H:S og Sønderjyllands amt udgør tilstedeværelsen af kvalitetskultur blandt de sygehusansatte en central del af resultaterne af akkrediteringsprocessen. Kvalitetskultur indebærer blandt andet, at de ansatte kender vigtigheden af og er villige til kontinuerligt at arbejde med kvalitetssikring og akkreditering i deres daglige praksis, hvad enten denne er karakteriseret ved at være klinisk faglig eller organisatorisk. Vigtigheden af tilstedeværelsen af kvalitetskultur er desuden blevet anerkendt i den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet 2002-2006. Allerede i forordet, skrevet af daværende Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen og daværende Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik, betones, at et succesfuldt arbejde med kvalitetssikring blandt andet forudsætter udvikling af kvalitetskultur på de enkelte arbejdspladser i sundhedsvæsenet (Rasmussen og Gøtrik 2002: 3). Endvidere beskrives i strategien, hvordan kvalitetskultur udvikles. Den menneskelige faktor, som udgør det centrale i kvalitetskultur, beskrives som havende stor betydning. Denne indebærer, at den enkelte medarbejder har forståelse for og accept af det valgte kvalitetskoncept, samt at medarbejderens adfærd også tilsvarende denne. Ansvar for udvikling af kvalitetskultur ligger på alle niveauer hos ledelsen, forvaltningsniveauet og det politiske niveau, som naturligvis i samarbejde med medarbejderne skaber kulturer, hvor alle har medansvar for det samlede kvalitetsniveau og er opmærksomme på forbedringspotentialer, samtidig med at det anses for legalt at tale åbent om eventuelle fejl og nærfejl, der måtte opstå (Sundhedsstyrelsen 2002: 8-9).

På baggrund af disse erfaringer og anerkendelser af, at kvalitetskultur blandt de ansatte på et sygehus udgør en væsentlig forudsætning for akkrediteringsarbejdet, udspringer den første af de grundlæggende antagelser bag nærværende undersøgelse.

- Det er en forudsætning for opnåelse af akkreditering, at der blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel i en eller anden grad er kvalitetskultur til stede

Endvidere er det vigtigt at anerkende, at hospitaler i høj grad er kendetegnede ved at være heterogene enheder, hvor især fagspecialernes traditionsbundne procedurer og praksisser let kan stå i vejen for enhver form for fornyelse på sygehuset og herunder ikke mindst en vellykket akkreditering (Hosbond 2006: 352; Knudsen, Hansen og Jensen 2005: 219). Dette i særdeleshed hvis de enkelte faggrupper har forskellige opfattelser af akkreditering, vigtigheden heraf samt især forskellig grad af ansvarsfølelser overfor arbejdet hermed. Nærværende undersøgelse opererer dermed også med følgende antagelse, der er yderligere begrundet i det gennemførte litteratur-review samt den udvalgte teori.

- Der eksisterer flere forskellige kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, som *kan* skyldes forskelle i de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika

Set i lyset af ovenstående antagelse, vil der således ikke kunne udarbejdes én fælles strategi for akkrediteringen, da en sådan vil skulle tilpasses de enkelte faggrupper (Hosbond 2006: 351-353).

1.7 Sygehus Vendsyssel som case

Som problemformuleringen afspejler, er det valgt at undersøge kvalitetskulturer med udgangspunkt i en konkret case i form af Sygehus Vendsyssel i Region Nordjylland. Derfor vil der i det følgende forekomme en præsentation af Sygehus Vendsyssel med fokus på fakta omkring sygehuset, herunder sygehusets servicemæssige grundlag, mål og strategier for fremtiden og endelig det hidtidige og igangværende kvalitetsarbejde. Det skal hertil betones, at præsentationen af Sygehus Vendsyssel sker på baggrund af sygehusets egne formuleringer, særligt i forhold til organisationens servicegrundlag og fremtidige mission og vision, hvilket ikke her gøres til genstand for yderligere kritiske refleksioner fra vores side. Formålet med denne præsentation er dermed blot at fremstille Sygehus Vendsyssels organisation og baggrund med udgangspunkt i sygehusets egne målsætninger.

1.7.1 Præsentation af Sygehus Vendsyssel

Sygehus Vendsyssel indgår som en af Region Nordjyllands 12 sektorer, som udgøres af de serviceudførende dele af regionens organisation, hvilket vil sige driftsenhederne på sundhedsområdet. Herved er Sygehus Vendsyssel forpligtet til at følge de regler og retningslinjer, der udstikkes af Regionen såvel som af staten, eksempelvis i forbindelse med kvalitetsarbejde, med reference til hele direktionen i Region Nordjylland (Organisationsplan for Region Nordjylland 2006: 9).

Sygehus Vendsyssel adskiller sig fra en række andre sygehuse ved at være sammensat af flere afdelinger, som fysisk er lokaliseret på forskellige geografiske områder i Nordjylland; henholdsvis Hjørring og Frederikshavn, som er de største afsnit, samt Brønderslev og Skagen Gigt- og Rygcenter, som huser mindre afsnit. Organisationsmæssigt er alle fire geografiske elementer dog samlet under én enhed i form af Sygehus Vendsyssel med én fælles sygehusledelse og 16 afdelingsledelser. Sådan har det dog ikke altid været, idet de fire spredte matrikler af Sygehus Vendsyssel indtil år 2003 har været separate selvstændige enheder. Sammenlægningen af sygehusene er dermed relativ ny, idet Sygehus Vendsyssel, som det ser ud i dag, først blev en realitet i forbindelse med Amtsrådets budgetlægning for 2003, og Sygehus Vendsyssel udgør i dag Nordjyllands næststørste sygehus (www.sygehusvendsyssel.rn.dk).

1.7.2 Sygehus Vendsyssels vision og mission

Samtidig med at Sygehus Vendsyssel er forpligtet til at efterleve det formulerede virksomhedsgrundlag, der er gældende i region Nordjylland og de strategier, der formuleres på regeringsniveau, er der på sygehuset desuden formuleret et specifikt virksomhedsgrundlag i overensstemmelse hermed, som der arbejdes ud fra. Missionen er at være de bedste indenfor leveringen af diagnostik, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering, samt sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme, udvikling, uddannelse og forskning. Endvidere er sygehusets vision at levere sammenhængende og effektive patientforløb med udgangspunkt i patienten, hvilket blandt andet indebærer en høj grad af patientinddragelse, høj patientsikkerhed og et maksimalt serviceniveau, som er præget af

kontinuerligt kvalitetssikret ekspertise. Af centrale værdier, som sygehuset bestræber sig på at efterleve, findes især åbenhed, ærlighed og gennemsigtighed, samt ansvarlighed og respekt om det enkelte menneske; patient og pårørende såvel som kollega, faglighed og kontinuerlig udvikling med fokus på forbedringer. Yderligere bestræber sygehuset sig på at skabe et godt arbejdsmiljø for de ansatte gennem en formuleret personalepolitik, der støtter tilfredse og engagerede medarbejdere. Endelig arbejder Sygehus Vendsyssel for at skabe et aktivt uddannelses- og udviklingsmiljø, blandt andet ved at efterlade plads til forskning og nye initiativer (www.sygehusvendsyssel.rm.dk).

I forhold til den service, der udføres på Sygehus Vendsyssel, er der endvidere formuleret seks konkrete servicemål, som sygehuset er politisk forpligtet til at opfylde. Disse er henholdsvis:

1. Henviste patienter skal have svar på henvisning inden for 8 dage indeholdende dato for udredningsstart eller dato for planlagt behandling
2. Eventuel udredning skal være påbegyndt senest 1 måned efter henvisning
3. Alle henviste patienter skal senest 8 hverdage efter afsluttet undersøgelses/udredningsforløb have besked fra sygehuset om tid og sted for eventuel behandling
4. Fra henvisning til behandling påbegyndes må der maksimalt gå to måneder
5. Alle udskrivningsbreve skal være afsendt fra sygehuset senest 5 arbejdsdage efter at patienten er udskrevet
6. Der må ikke forekomme aflyste operationer, med mindre dette er begrundet i diagnostiske eller undersøgelsesmæssige forhold eller patientens eget ønske (www.sygehusvendsyssel.rm.dk)

Disse seks servicemål, som Sygehus Vendsyssel dagligt arbejder med at opfylde, omhandler dermed forskellige proceduremæssige mål og involverer således kun indirekte patienten. Til trods for dette synes der alligevel at være en høj grad af tilfredshed blandt patienter på Sygehus Vendsyssel, målt ud fra de landsdækkende og regionale

patienttilfredshedsundersøgelser, der skiftevis gennemføres hvert andet år (www.sygehusvendsyssel.rn.dk).

1.7.3 Kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel

Det hidtidige kvalitetsarbejde består i høj grad af mindre projekter og initiativer, som oftest har været afdelings- eller afsnitslokale. Der er dog udformet en kvalitetsstrategi, som i høj grad bygger på Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, kvalitetspolitikken fra Region Nordjylland og arbejdet i Region Nordjyllands kvalitetsudvalg samt Den Danske Kvalitetsmodel (Kvalitetsstrategi 2002-2006: 3). Dermed arbejdes med de lovgivningsmæssige krav, som eksempelvis registrering af utilsigtede hændelser, samt i forlængelse heraf udvikling af en kultur, der sikrer åbenhed og ærlighed omkring disse hændelser og som følge heraf muligheder for læring, hvilket alt sammen er med til at højne kvaliteten af det arbejde, der udføres på et sygehus (www.sygehusvendsyssel.rn.dk).

I forlængelse heraf indgår der, som tidligere beskrevet, også i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, at udvikling af kvalitetskultur er en nødvendig forudsætning for sikring og udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet, hvorfor dette indgår som en del af Sygehus Vendsyssels kvalitetsstrategi (Kvalitetsstrategi 2002-2006: 6). Samtidig anerkendes i Sygehus Vendsyssels kvalitetsstrategi netop det faktum, at der er væsentlige forskelle mellem de enkelte faggrupper indenfor sundhedsvæsenet som følge af, at hver enkelt faggruppe er uddannet målrettet indenfor det pågældende fagområde, hvilket er med til at skabe en dybdegående faglig indsigt og stærk fagidentitet. På baggrund af disse forskelle er det essentielt i et kvalitetssikringsperspektiv, at disse anerkendes og udnyttes, samt at hver enkelt medarbejder har forståelse herfor, til fordel for det samlede patientforløb (Kvalitetsstrategi 2002-2006: 7).

Til at sikre at arbejdet med kvalitet sker i overensstemmelse med disse lovgivningsmæssige og regionale krav, er der desuden på Sygehus Vendsyssel nedsat et kvalitetsudvalg bestående af ledelsesrepræsentanter fra forskellige afdelinger og faggrupper, som er udvalgt

af sygehusledelsen, med cheflægen som formand. Kvalitetsudvalgets opgaver er blandt andet at medvirke til at sikre kvalitetsstrategiens gennemførelse, at medvirke til at sætte fokus på kvalitet, at indsamle viden og erfaringer om kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, og at afdække eventuelle behov for lokale kurser omkring kvalitetsudvikling og metoder hertil. Videre er der desuden uddannet kvalitetskonsulenter, hvor ønsket er, at der ansættes mindst én kvalitetskonsulent pr. afdeling, hvis hovedfunktion er at fungere som ressourceperson på afdelingen i forhold til kvalitetsarbejdet. Eksempelvis skal kvalitetskonsulenten bistå med udvikling, gennemførelse og implementering af kvalitetssikringsprojekter, yde hjælp til selvhjælp via råd og erfaringer, og fungere som ambassadør for kvalitetsarbejdet på sygehuset.

Sammen med kvalitetskonsulenten er planen desuden, at der ansættes en risikovejleder på hver afdeling, hvis hovedopgave er håndtering af de utilsigtede hændelser, der måtte forekomme på afdelingen, samtidig med at assistere personale, der har begået sådanne utilsigtede hændelser, i indrapporteringen heraf, samt at vejlede afdelingen i at ændre procedurer, hvorved lignende hændelser i fremtiden kan undgås. Dermed er risikovejlederen med til at skabe den ønskværdige kultur, hvor åbenhed og ærlighed omkring fejl og nærfejl er centralt. Endelig er der udvalgt en kvalitetskoordinator, der udover at være en del af sygehusets kvalitetsudvalg og kvalitetskonsulentgruppen, desuden er medlem af det amtslige kvalitetsudvalg. Denne person har det overordnede ansvar for koordineringen af kvalitetsarbejdet på Sygehus Vendsyssel og skal løbende sikre, at sygehusets viden på kvalitetsområdet er tidssvarende og opdateres, således at de nationale og regionale krav opfyldes (www.sygehusvendsyssel.rn.dk).

I forlængelse af kvalitetsarbejdet på Sygehus Vendsyssel kan det endvidere fremhæves, at der årligt uddeles en kvalitetspris til en afdeling eller et afsnit, som har ydet en særlig indsats indenfor kvalitetsområdet. Dette kan eksempelvis omhandle selvstændige projekter og særlige indsatser i forbindelse med regionale eller nationale projekter. Derudover kan prisen desuden anvendes til andre sygehusrelaterede formål, som kan være til gavn for patienter eller personale, såsom kurser for personale eller udsmykning til afdelingen (www.sygehusvendsyssel.rn.dk).

2. Forskningsdesign og metodisk design

Med udgangspunkt i undersøgelsens problemformulering præsenteres i det følgende den overordnede forskningsstrategi, der tjener til at sikre, at den relevante viden indfanges og undersøges med henblik på at kunne besvare problemformuleringen på optimal vis. Med andre ord redegøres her for undersøgelsens logiske struktur i forhold til, hvordan der vil blive arbejdet med problemformuleringen, og hvorledes denne vil søges besvaret ved hjælp af en triangulering af henholdsvis kvantitativ og kvalitativ empiri, samt hvilke funktioner de enkelte metoder vil indtage i undersøgelsen.

2.1 Forskningsdesign

Undersøgelsen sigter mod at afdække, i hvilken grad der eksisterer kvalitetskulturer blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel, ved hjælp af en analyse af, hvorvidt kvalitet i form af WHO's kvalitetsmål udgør en integreret del af de kulturer, der eksisterer blandt de forskellige personalegrupper. Som følge heraf er det nødvendigt at vælge et forskningsdesign, hvis styrke netop er at indfange sådanne kulturelle mønstre og systemer blandt ansatte, og gennemføre sammenligninger heraf mellem forskellige grupper. Samtidig afspejler problemformuleringen, at der søges et umiddelbart billede af alle organisationens forskellige kulturelle grupperinger, i modsætning til eksempelvis en mere snæver, men mere dybdegående kulturanalyse med rod i en eller flere særligt udvalgte faggrupper eller afdelinger.

På den baggrund er det valgt at gennemføre undersøgelsen ved hjælp af et komparativt tværsnitsdesign som overordnet ramme, der netop er særligt anvendeligt i forhold til deskriptive analyser (De Vaus 2001: 176). Tværsnitsdesignet er endvidere kendetegnet ved, at der ikke anvendes nogen tidsdimension, at de sammenlignede grupper på tidspunktet allerede adskiller sig fra hinanden på baggrund af særlige faktorer, hvorved der ikke foretages nogen intervention, og endelig at grupperne er dannet på baggrund af disse forskelle, hvorfor der ej heller foretages nogen tilfældig udvælgelse (De Vaus 2001: 170). I relation til nærværende undersøgelse forefindes disse kendetegn, idet der måles på kvalitetskulturerne blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel på netop ét tidspunkt, uden

efterfølgende gentagelser, i en tid, hvor organisationen netop står overfor at skulle gennemgå en række forandringer og endeligt akkrediteres. Herved vil undersøgelsen bibringe ét billede af organisationens kvalitetskulturer på nuværende tidspunkt, forinden selve implementeringen af Kvalitetsmodellen træder i kraft. Dermed vil undersøgelsen kunne identificere eventuelle særlige indsatsområder i form af betydelige forskelle mellem de forskellige kvalitetskulturer med henblik på at sikre, at de forestående forandringer forløber så succesfuldt som muligt. I forlængelse heraf kunne det endvidere være særligt interessant at gentage undersøgelsen, når forandringerne er iværksat eller helt gennemført, for at undersøge, hvorvidt eventuelle forandringer i kvalitetskulturerne har fundet sted, hvilket dog i stedet ville lægge op til et longitudinelt designstudie og en større tidsramme (De Vaus 2001: 113).

Videre foretages sammenligninger af forskellige personalegrupper på baggrund af eksempelvis deres faggruppe- og afdelingstilhørsforhold, eller individuelle demografiske karakteristika såsom køn og alder. Dermed adskiller grupperne sig fra hinanden på disse punkter forinden studiet påbegyndes, og der foretages ingen tilfældige udvælgelser af individer til grupperne. Heri findes også tværnsnitsdesignets komparative element, der består i, at vi, ved at tegne et bredt dækkende billede af kvalitetskulturerne i organisationen, desuden vil søge at afdække, hvorvidt der eksisterer betydelige forskelle eller ligheder herimellem. Herved vil undersøgelsen i høj grad bære præg af et deskriptivt fokus i tværnsnitsdesignet i forbindelse med at identificere de kvalitetskulturer, der finder sted på Sygehus Vendsyssel, med det endelige formål at bestemme indsatsområder til fremme af en vellykket implementering af Den Danske Kvalitetsmodel og efterfølgende akkreditering.

Enkelte kritikpunkter af tværnsnitsdesignet er dog blevet fremført. Eksempelvis hævder nogle, at tværnsnitsdesignet er mangelfuldt i forhold til at udvikle forklaringer på menneskelig adfærd, og netop kan have problemer med den interne validitet, som henviser til, i hvilken grad designet muliggør utvetydig udvælgelse af den mest logiske forklaring og sammenhæng mellem variable, hvilket vil sige fastlæggelse af kausalitet mellem variable, som følge af manglende tidsdimension (De Vaus 2001: 176-177, 194). Dette kritikpunkt omfatter også nærværende undersøgelses resultater, men problemer med den interne

validitet kan dog oftest overkommes ved hjælp af statistiske redskaber i analyseprocessen, samt teoretiske og logiske slutninger. I forlængelse heraf skal det desuden nævnes, at selve den kausale retning i de statistiske sammenhænge ikke nødvendigvis udgør det mest centrale, idet de fleste faktorer i nærværende undersøgelse oftest vil være dialektisk associerede, eksempelvis i forbindelse med holdninger til og normer omkring kvalitetsarbejde, hvor de to forhold sandsynligvis vil påvirke hinanden gensidigt, idet en positiv holdning til kvalitetsarbejde vil være med til at skabe positive normer omkring dette og omvendt. Samtidig fokuseres desuden oftest på de overordnede tendenser i resultaterne, idet det blot konstateres, at de to pågældende faktorer hænger tæt sammen, hvilket kan identificere redskaber til at forbedre kvalitetskulturerne og herved udgøre et hjælperedskab i forbindelse med akkrediteringen.

Tværsnitsdesignets eksterne validitet er dog modsat oftest meget høj, idet en korrekt udført, repræsentativ udvælgelse af respondenter eller cases sædvanligvis medfører en tilsvarende høj repræsentativitet eller generaliserbarhed af resultaterne (De Vaus 2001: 184-185). Med hensyn til nærværende undersøgelse er en høj generaliserbarhed af resultaterne dog ikke en del af formålet, idet resultaterne kun vil relatere sig specifikt til de ansatte på Sygehus Vendsyssel. Dette som følge af en antagelse om, at enhver organisation og ethvert sygehus indeholder sine helt egne unikke kulturer, skabt i den givne kontekst af de tilstedeværende aktører, hvorfor resultaterne af undersøgelsen ikke automatisk kan overføres eller generaliseres til andre sygehuse på meningsfuld vis. Forventningen er dog på trods heraf, at undersøgelsen kan munde ud i påvisninger af nogle tendenser, som kan være relevante at undersøge på andre sygehuse, men dette udgør dog ikke noget decideret mål for undersøgelsen.

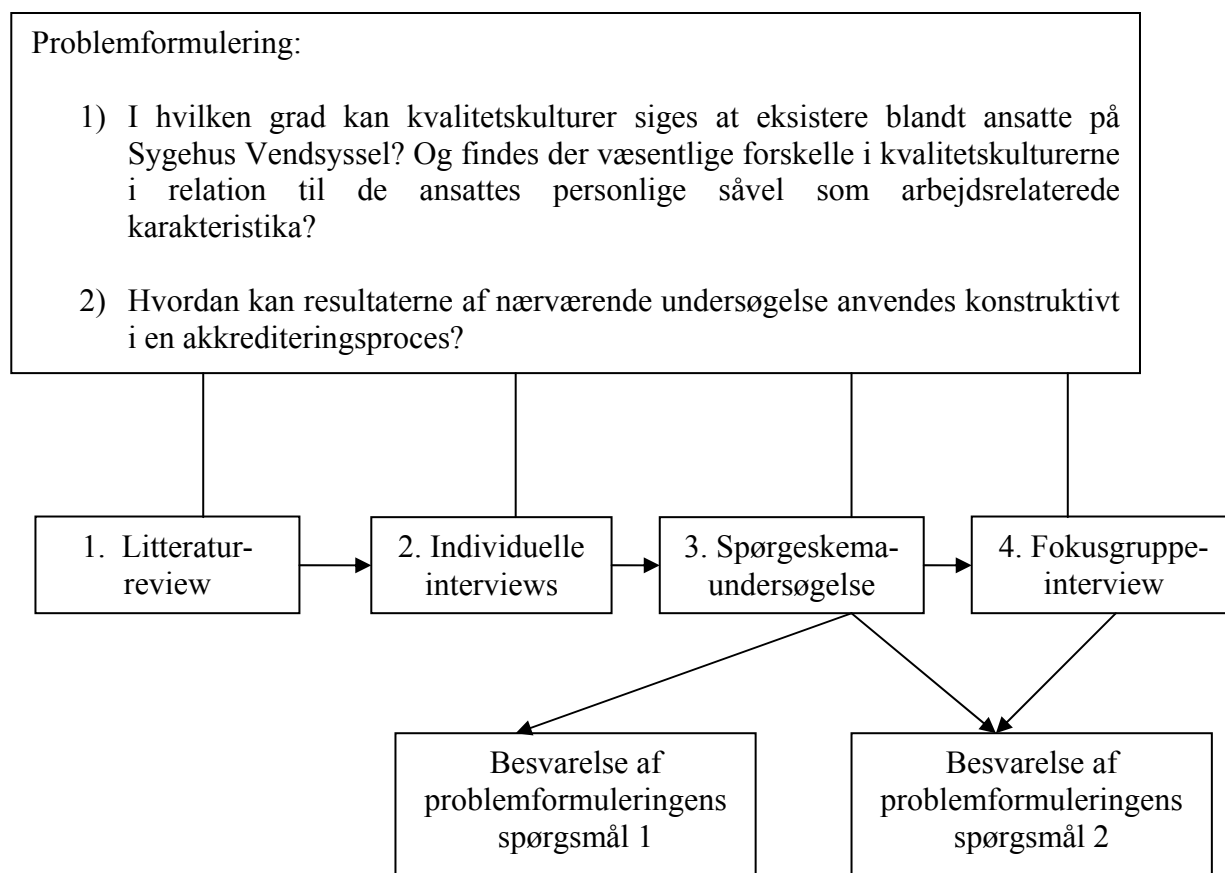
2.2 Metodisk design

Undersøgelsens metodiske design henviser til, hvilken dataindsamlingsmetode, der vil blive benyttet, for at indfange den viden, der er nødvendig til besvarelse af problemformuleringen. Nærværende undersøgelses empiriske grundlag vil bygge på

datamateriale fra en metodekombination eller metodetriangulering, hvor den primære metode er kvantitativ og udgøres af en survey, og de tre sekundære kvalitative metoder udgøres af dels et omfattende litteratur-review, dels individuelle interviews og endelig af et afsluttende fokusgruppe-interview. Baggrunden for at en metodetriangulering er valgt er, at de valgte metoder hver især har deres styrker, men også begrænsninger, hvorfor der ved kombination af disse på fornuftig vis kan rettes op på disse begrænsninger, idet metoderne indbyrdes kan supplere og validere hinanden (Riis 2001: 113). Hensigten med undersøgelsen er endvidere at skabe et omfattende, solidt, empirisk datamateriale, som kan udgøre et hjælperedskab for Sygehus Vendsyssel i forbindelse med den forestående akkreditering ved eksempelvis at identificere centrale områder med forbedringspotentialer i forbindelse med kvalitetskulturerne, og dermed bestemme et fælles udgangspunkt for iværksættelsen af akkrediteringsforberedelserne.

Nedenstående designfigur illustrerer, hvordan de enkelte metoder hænger sammen.

Figur 1: Designfigur



Som figuren illustrerer, består undersøgelsens metoder således af fire overordnede moduler i form af henholdsvis et omfattende litteratur-review, syv individuelle interviews, en spørgeskemaundersøgelse og endelig et fokusgruppe-interview. Metoderne hænger indbyrdes sammen i den nævnte rækkefølge, idet resultaterne fra hver metode danner grundlag for gennemførelse af den efterfølgende metode. Det omfattende litteratur-review, indeholdende centrale nationale og internationale erfaringer og viden om kvalitetsarbejde, udvikling af kvalitetskulturer, akkreditering m.m., danner således udgangspunkt for konstruktionen af undersøgelsens interviewguide og spørgeskema.

Med udgangspunkt i resultaterne fra dette litteratur-review foretages endvidere kvalitative forskningsinterviews, hvis primære formål er at bidrage med nødvendig viden omkring organisationen på sygehuset og de enkelte faggrupper, der især skal anvendes konkret til identificering af relevante spørgsmål og svarkategorier til det efterfølgende spørgeskema. Samtidig fungerer interviewene som en form for pilottest af spørgsmålene til

spørgeskemaet, idet vi her er blevet opmærksomme på, hvilke spørgsmål der fungerer efter hensigten, hvilke spørgsmål der er for svære eller uforståelige, samt hvilke spørgsmål der er relevante eller irrelevante for de respektive faggrupper.

Dernæst konstrueres spørgeskemaet på baggrund af informationerne fra litteratur-reviewet, interviewene og operationaliseringen af centrale teoretiske begreber. Teorien består af forskellige perspektiver indenfor organisationsteori, hvor særligt konflikter og konfliktbeslutninger udgør omdrejningspunktet, og funktionen heraf er altså blandt andet, sammen med litteratur-reviewet, at afklare og definere centrale begreber og danne grundlag for konstruktionen af undersøgelsens interviewguide og spørgeskema. Spørgeskemaet udgør undersøgelsens primære dataindsamlingsmetode, som inkluderer alle medlemmer af organisationen og dermed danner det primære grundlag for besvarelse af problemformuleringen.

Endelig foretages afslutningsvist et fokusgruppe-interview med udgangspunkt i de mest centrale resultater fra den statistiske analyse i forbindelse med områder med forbedringspotentiale. Deltagerne i fokusgruppe-interviewet er repræsentanter fra de centrale nøglepersoner fra Sygehus Vendsyssels arbejdsgruppe, som har det overordnede ansvar for implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og den efterfølgende akkreditering. Fokusgruppe-interviewet har desuden to formål, idet det skal bidrage til besvarelse af problemformuleringens spørgsmål 2, samtidig med at det desuden giver Sygehus Vendsyssel mulighed for selv at kommentere og diskutere undersøgelsens resultater, og fremkomme med eventuelle løsningsforslag, eller præsentere mulige fremtidige strategier i forbindelse med de områder med forbedringspotentiale, som undersøgelsen har identificeret.

Dermed udføres de fire metoder med forskellige formål i forhold til dataindsamlingen, men samtidig med det fælles mål at bidrage med væsentlig information til besvarelse af den samme problemformulering.

3. Videnskabsteoretiske overvejelser

I det følgende vil undersøgelsens videnskabsteoretiske overvejelser i forbindelse med ontologi, epistemologi og metodologi blive præsenteret og diskuteret. Disse tre videnskabsteoretiske perspektiver hænger stærkt sammen, idet en bestemt ontologi i en undersøgelse oftest vil have konsekvenser for undersøgelsens epistemologi og metodologi, og omvendt (Olsen og Pedersen 1999: 150). De videnskabsteoretiske overvejelser indebærer mere præcist overvejelser omkring, hvorledes de valg, som er truffet i forbindelse med undersøgelsens teoretiske udgangspunkt, og heraf ligeledes de udarbejdede begrebsafklaringer, strategi til besvarelse af problemformuleringen samt de metodiske valg, har betydning for, hvilken type af undersøgelse og hvilke resultater, der fremkommer i sidste ende. Som det i nedenstående afsnit vil blive uddybet, hælder nærværende undersøgelse i sin overordnede, videnskabsteoretiske tilgang sig til den logiske positivisme kombineret med inddragelse af elementer fra hermeneutikken, hvilket sammenkobles med Harald Enderuds organisationsteori og de implicite ontologier herfra, idet en sådan kobling mellem ovennævnte, overordnede videnskabsteoretiske retninger og Enderuds mere specialiserede og specifikke teori i forhold til nærværende undersøgelses genstandsfelt vurderes at være særdeles frugtbart.

Som følge af denne kobling præsenteres de videnskabsteoretiske refleksioner derfor med udgangspunkt i undersøgelsens valgte teori, som også udgør undersøgelsens ontologiske udgangspunkt, i form af det pluralistiske interessedemokrati (se bilag 1 for videnskabsteoretiske refleksioner i relation til Enderuds to andre perspektiver eller ontologier på organisationer).

3.1 Den videnskabsteoretiske position for det pluralistiske interessedemokrati

Undersøgelsens præcise ontologi i relation til det pluralistiske interessedemokrati er beskrevet indgående i teoriafsnittet, hvorfor der her kun kort opsummeres, at en sygehusorganisation betragtes som en frivillig aktørsammenslutning, bestående af en lang række forskellige aktører og aktørgrupperinger med hver deres kulturelle særtræk, der

dagligt interagerer og forhandler om at opfylde både fælles- og særinteresser indenfor organisationens rammer. Som følge heraf anses konflikter som naturlige og nødvendige i hverdagen, og disse løses oftest ved hjælp af kompromisløsninger til gavn for alle parter. Herved anerkender det pluralistiske interessedemokrati organisationers dynamiske og mangfoldige element, som blandt andet følger af de mange forskellige aktørgrupperinger og deres forskellige særinteresser.

Af undersøgelsens ontologi udspringer dermed også undersøgelsens mere generelle videnskabsteoretiske betragtninger, som udgøres af en kombination af to videnskabsteoretiske positioner, der tilsammen kan indfange og rumme de mangfoldigheder og dynamiske elementer, der indgår i det pluralistiske interessedemokrati. Som nævnt indledningsvist hælder nærværende undersøgelse primært mod den logiske positivisme, der anskuer samfundet og virkeligheden som bestående af objektivt givne og målbare lovmæssigheder, som kun er meningsfulde, hvis de kan verificeres ved hjælp af erfaringer i form af observationer eller sansninger. At virkeligheden kun indbefatter det, der kan erfares eller sanses, betyder dog ikke, at virkeligheden kun er begrænset til at bestå af praktiske, håndgribelige fænomener, idet også sociale fænomener, som eksempelvis morallov eller normer, indgår. Dette som følge af at sociale, uskrevne ”regler” som moral og normer i høj grad kan have et praktisk og håndgribeligt udfald for individer, hvis disse ikke overholdes (Langergaard, Rasmussen og Sørensen 2006: 96-99).

I overensstemmelse hermed sigter undersøgelsen mod at belyse disse lovmæssigheder i organisationen i form af de morallove og normer, som gør sig gældende i de enkelte aktørgrupperinger og deres kulturer, hvilket også indgår som en del af det pluralistiske interessedemokrati, der netop anerkender tilstedeværelsen af en række mindre fællesskaber eller kulturer i organisationer på baggrund af aktørgrupperingernes fælles særinteresser. Set i det pluralistiske interessedemokratis optik opstår der således fælles systemer af moral og normer i forbindelse med aktørernes fælles særinteresser, hvilket netop kan betragtes som institutionaliserede lovmæssigheder, der ifølge positivismen er en del af virkeligheden og dermed også forskningens genstand.

Endvidere indgår også elementer fra den hermeneutiske videnskabsteori i det pluralistiske interessedemokrati, som følge af at denne desuden vægter værdier som forståelse og fortolkning gennem daglige forhandlinger og kompromiser, samt kommunikation og dialog eller samtale mellem aktørerne og aktørgrupperingerne i organisationen. På samme vis sigter hermeneutikken netop mod at opnå forståelse for subjektive meninger som baggrund for sociale handlinger gennem fortolkning af tekster, dialoger og samtaler, og de konkrete sociale handlinger og praksis (Højbjerg 2004: 311). Epistemologisk skabes videnskabelig viden også ifølge hermeneutikken gennem dialog eller samtale, hvor den eksisterende viden eller forforståelse på området udforskes og udfordres gennem kritiske spørgsmål, samtidig med at der efterlades rum for, at der herudfra kan opstå ny meningsfuld viden. Dermed opstår al ny viden altid på baggrund af en eksisterende viden eller forforståelser, og det er denne udfordring og eventuelle udvikling af de gældende forforståelser, der udgør selve grundtanken i hermeneutikken (Birkler 2005: 96-97, 102). Således betragtes samtaler ifølge hermeneutikken som kilder til ny viden (Birkler 2005: 103).

Disse to videnskabsteoretiske retninger kommer til udtryk i en kombination i nærværende undersøgelses epistemologi og metodologi, idet det er valgt at foretage en metodetriangulering for at kunne indfange de mangfoldigheder og den dynamik, der i det pluralistiske interessedemokratis optik karakteriserer organisationer. Det positivistiske element i undersøgelsen afspejles af, at aktørgrupperingerne på Sygehus Vendsyssel ved hjælp af spørgeskemaer undersøges på baggrund af deres fælles særinteresser, værdier og normer, samt hvordan grupperingerne eller kulturerne defineres og afgrænses på sygehuset, eksempelvis på baggrund af disses personlige og arbejdsrelaterede karakteristika. Samtidig søges der med undersøgelsen desuden opnået et mere indgående kendskab til og forståelse for de enkelte parter gennem de indledningsvise og afsluttende interviews, hvor informanterne gennem samtalerne har mulighed for at argumentere for og begrunde deres holdninger og synspunkter i relation til deres holdninger og særinteresser, hvorved også det hermeneutiske element fremtræder.

Endvidere skal det fremhæves, hvorledes de mere specifikke videnskabsteoretiske betragtninger, der udspringer af Enderuds teori, i høj grad har været med til at afgrænse og strukturere undersøgelsens empiri såvel som analyse. Dette som følge af at det pluralistiske interessedemokrati har udgjort udgangspunktet for definitionen af organisationer, hvoraf også definitionerne af begreberne kvalitet og kvalitetskultur udspringer, som er operationaliseret til konkrete spørgsmål i interviewguiden og spørgeskemaet. Således danner teorien grundlag for den overordnede struktur i analysen, idet de enkelte temaer heri udspringer af begrebsdefinitionerne, eksempelvis temaet om værdier/særinteresser, og temaerne omhandlende holdning og kendskab til kvalitetsarbejde og akkreditering, som udgør centrale elementer af definitionerne af begreberne om kultur og kvalitetskultur.

3.2 Metodologi

Undersøgelsens fremgangsmåde bærer i høj grad præg af den deduktive logik fra positivismen, idet undersøgelsens grundlæggende antagelser er udledt fra teoretiske betragtninger og efterfølgende er operationaliseret til målbare størrelser, som er efterprøvet ved hjælp af empirisk datamateriale, der slutteligt er mundet ud i, hvorvidt gyldigheden af disse antagelser har kunnet anfægtes i forhold til den konkrete case – Sygehus Vendsyssel (Danermark et al.1997: 134; Riis 2001: 7-8; Gilje og Grimen 2002: 62). Dette da de teoretiske betragtninger har spillet en forholdsvis stor rolle i relation til konstruktion af interviewguide og spørgeskema, samtidig med at der fra de teoretiske betragtninger, samt erfaringer fra litteratur-reviewet, er udledt antagelserne om, at tilstedeværelsen af kvalitetskulturer er en nødvendig forudsætning for en vellykket akkreditering, samt at der kan eksistere betydelige forskelle i kulturerne afhængigt af faggruppertilhørsforhold eller afdelingstilhørsforhold.

Endelig indeholder den anvendte fremgangsmåde elementer fra den hermeneutiske tankegang, idet nærværende forfatteres forforståelser indledningsvist ekspliciteres ud fra den valgte teori og heraf følgende ontologi. Herved åbnes op for, at disse forforståelser gennem den empiriske analyse kan udfordres og efterfølgende enten kan be- eller afkræftes eller nuanceres, efterhånden som analysen frembringer yderligere viden.

Indeholdt i den deduktive forskningsstrategi er dog også den begrænsning, at deduktion ikke på samme måde som induktion indebærer mulighed for at bibringe nye betragtninger om virkeligheden, som ikke allerede er inkluderet i de teoretiske betragtninger. Dette som følge af at formålet med den deduktive strategi er at efterprøve gyldigheden af teoretiske præmisser, og dermed ikke at fremkomme med nye teorier (Danermark et al.1997:134). I relation til nærværende undersøgelse udgør dette dog heller ikke noget formål, idet der i analysen efterlades rum og mulighed for, at empirien kan udfolde sig frit, hvorved også nye betragtninger og perspektiver kan åbenbares, hvilket således kan medvirke til at nuancere antagelserne sammen med de konkrete beskrivelser af de fundne kulturers særlige kendetegn.

4. Metode

Undersøgelsens metodiske udgangspunkt udgøres, som tidligere nævnt, af en metodetriangulering af kvantitativ såvel som kvalitativ metode, og i det følgende redegøres for de metodiske fremgangsmåder i forbindelse hermed.

4.1 Udvælgelse og afgrænsning af population

Populationen i nærværende undersøgelse udgøres af samtlige ansatte på Sygehus Vendsyssel, hvilket vil sige ansatte i alle faggrupper og afdelinger såvel som på alle hierarkiske niveauer i organisationen. Det er valgt at inkludere alle ansatte på sygehuset som følge af undersøgelsens sigte om at undersøge de kvalitetskulturer, der eksisterer på hele Sygehus Vendsyssel. Dermed er det formålet at foretage en bred scanning af alle kvalitetskulturerne og afdække, hvordan disse indbyrdes adskiller sig fra hinanden, hvilket vil sige, hvad der karakteriserer de enkelte kulturer, og hvor der eventuelt findes ligheder og forskelle mellem disse i relation til kvalitet. Dette da perspektivet med undersøgelsen er, at resultaterne kan fungere som et redskab til hjælp i forbindelse med Sygehus Vendsyssels forestående akkreditering. Til opnåelse heraf kræves en indsats fra alle ansatte på hele Sygehus Vendsyssel, hvorfor det er centralt at inddrage alle ansatte i undersøgelsen. Som følge af at undersøgelsens formål udelukkende er at bidrage som en støtte til det forestående akkrediteringsarbejde på Sygehus Vendsyssel, og der derfor kun inkluderes ansatte herfra, er det derfor ikke muligt efterfølgende at generalisere resultaterne til andre sygehuse eller organisationer.

4.2 Konstruktion af interviewguide

Der gennemføres som nævnt syv individuelle interviews med repræsentanter fra en række af de forskellige større faggrupper, der dagligt har sin arbejdsgang på Sygehus Vendsyssel; henholdsvis læger, afdelings- og oversygeplejersker, sekretærer, terapeuter, portører og rengøringspersonale/ husassistenter, som alle tilhører forskellige afdelinger på Sygehus Vendsyssel. Med inddragelse af disse forskellige faggrupper tilvejebringer undersøgelsen

således mulighed for at foretage en bredt scannende kulturanalyse, der kan indfange de eksisterende kulturer på hele Sygehus Vendsyssel, frem for en kulturanalyse, der blot fokuserer på særlige udvalgte faggrupper. Det skal dermed fremhæves, at kvalitetskulturerne på Sygehus Vendsyssel også indbefatter kvalitet i forhold til andre elementer end den direkte behandling af patienterne, såsom service og hygiejne i forbindelse med eksempelvis fragt af patienter, madlavning og rengøring. Således kommer kulturanalysen også til at indbefatte alle niveauer i hierarkiet fra den øverste ledelse til husassistenten, og som følge af antagelsen om, at de ansatte på Sygehus Vendsyssel adskiller sig væsentligt fra hinanden, eksempelvis i relation til deres kendskab og holdning til kvalitetsarbejde og akkreditering vil der være brug for forskellige svarkategorier i spørgeskemaet. Interviewene gennemføres udelukkende med repræsentanter fra Sygehus Vendsyssel i Hjørring, til trods for at Sygehus Vendsyssel geografisk spreder sig ud over flere enheder i Region Nordjylland.

Dette som følge af at formålene med de syv interviews først og fremmest er at identificere relevante spørgsmål og tilhørende svarkategorier, der kan indføres i det efterfølgende spørgeskema, hvilket ikke forudsætter repræsentanter fra de forskellige geografiske enheder, men derimod blot fra forskellige faggrupper. Dernæst er det også formålet at teste ordlyden af disse spørgsmål, hvilket vil sige spørgsmålenes sværhedsgrad og nødvendigheden af at indføre mindre definitioner i spørgeskemaet, i hvilken grad de fungerer efter hensigten samt i forlængelse heraf, om nogle af spørgsmålene eller svarmulighederne skal tilpasses respondentens respektive faggruppe. Endelig er endnu et formål med interviewene, at vi får mulighed for at bevæge os rundt på Sygehus Vendsyssel og fornemme stemningen og arbejdsmiljøet, samtidig med at vi møder de forskellige faggrupper i deres individuelle arbejdsrutiner i dagligdagen. Dermed opnås via interviewene desuden mulighed for at orientere os i organisationen og konkret på sygehuset, hvis afdelinger fysisk er placeret på forskellige tilstødende områder. Formålet med interviewene er derfor ikke som typisk at opnå fuldstændig kendskab til og forståelse for informanternes individuelle livshistorie og livsfortællinger, men derimod at få kendskab til de mere faktuelle informationer i forbindelse med de enkelte faggruppers holdning og kendskab til centrale begreber, og dermed identificere relevante spørgsmål og svarkategorier til

spørgeskemaet. Som følge heraf vil interviewene også blive analyseret på tilsvarende vis med fokus på de mere faktuelle kendsgerninger og elementer af deres kendskab og holdninger som repræsentanter for deres respektive faggruppe, hvilket er en nødvendig hjælp til udformningen af spørgeskemaet.

Undersøgelsens interviews foregår med udgangspunkt i en interviewguide, hvis formål er at sikre, at den information, det med interviewet er tilsigtet at opnå kendskab til for at kunne besvare problemformuleringen, også rent faktisk er den, vi opnår. Interviewguiden anvendes til angivelse af de temaer, der skal forfølges under interviewet, og rækkefølgen af dem. Temaerne i interviewguiden er valgt på baggrund af, hvad der med udgangspunkt i litteratur-reviewet og teoriapparatet kan karakteriseres som centrale elementer i henhold til undersøgelsen af de sygehusansattes kvalitetskulturer. Som følge af at interviewene fungerer som forløbere for konstruktionen af spørgeskemaet, betyder dette, at interviewguiden nødvendigvis er konstrueret i en relativ stram form, hvor det er vigtigt, at repræsentanten fra hver faggruppe udtaler sig om især enkelte af spørgsmålene. Dette betyder dog ikke, at selve interviewet som helhed er tilsvarende stramt struktureret, da der i interviewsituationen er efterladt rum for eventuelle sidespring og løse kommentarer både løbende og afslutningsvist. Samtidig er der mindre nuanceforskelle i interviewguidens spørgsmål, idet denne til en vis grad er udformet i overensstemmelse med spørgsmålenes relevans for de enkelte faggrupper samt hierarkiske placering; dog med hensyntagen til de centrale spørgsmål, der tjener til identificering af svarkategorier til spørgeskemaets spørgsmål, som forekommer ved hvert interview.

Endvidere er der i interviewsituationen taget hensyn til de hidtidige informationer, der er fremkommet under interviewet, hvorefter enkelte irrelevante spørgsmål kan være udeladt. I forlængelse heraf anvendes også hyppigt opfølgende og uddybende spørgsmål til informantens svar, hvorved validiteten af disse højnes, idet der opnås sikkerhed omkring svarenes præcise indhold og betydning. Udbyttet heraf forøges endvidere ved, at der i samtlige interviewsituationer er to interviewere til stede, der begge har mulighed for at fremsætte disse opfølgende spørgsmål. Den ene interviewer fungerer dog som primær-interviewer, mens den anden hovedsagelig er til stede netop for at sikre, at intet overses eller

efterlades uden relevant opfølgning. Som følge heraf er en stor del af interviewene ikke af identisk ordlyd, da de oftest tilpasses situationen, men der er dog ikke grundlæggende forskelle i deres indhold.

Undersøgelsens interviewguide sigter som nævnt mod at identificere relevante spørgsmål og svarkategorier til spørgeskemaet, der skal belyse de kvalitetskulturer, der eksisterer blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel. Af litteratur-reviewet fremgår en række væsentlige betragtninger omkring, hvorledes sådanne kan indfanges og undersøges, på baggrund af nationale og internationale erfaringer hermed (se bilag 2 for interviewguiden og bilag 3 for, hvordan litteratur-reviewet har bidraget med identificering af centrale indikatorer på kvalitetskultur, samt hvordan disse er blevet operationaliseret i konkrete spørgsmålsformuleringer i interviewguiden).

4.3 Interviewguidens opbygning og spørgsmålenes udformning

Interviewguiden er inddelt i syv overordnede temaer for at skabe et flow i spørgsmålene, som for både informanten og interviewerens synes naturligt og logisk. De syv overordnede temaer er:

1. Informantens personlige baggrund og baggrund på Sygehus Vendsyssel
2. Informantens daglige arbejde på Sygehus Vendsyssel
3. Informantens forhold til kolleger
4. Informantens forhold til lederne
5. Informantens holdning til kvalitet og kvalitetsarbejde generelt
6. Informantens holdning og kendskab til det kvalitetsfremmende arbejde på Sygehus Vendsyssel
7. Informantens holdning og kendskab til akkreditering generelt og Sygehus Vendsyssels forestående akkreditering

Af temaerne afspejles, hvordan det er tilstræbt, at spørgsmålenes sværhedsgrad varierer, idet der indledningsvis præsenteres nogle relativt lette spørgsmål omhandlende informantens egen baggrund og daglige arbejde, hvorefter sværhedsgraden stiger svagt i spørgsmålene omkring informantens forhold til kolleger og ledelse, og endelig de noget sværere spørgsmål angående kvalitet, kvalitetsarbejde og akkreditering. Tanken bag er således, at informanten får mulighed for langsomt at "tale sig varm" med de lette spørgsmål først, hvilket også gerne skulle få vedkommende til at slappe af og føle sig tryk, idet en eventuel indledende nervøsitet dermed kan lettes, inden de sværere spørgsmål præsenteres.

Ved udformningen af de enkelte spørgsmål er det endvidere forsøgt at holde sproget så almindeligt som muligt, hvilket vil sige med begrænset medicinsk eller akademisk sprog uden for mange begreber. Dermed er det muligt at stille tilnærmelsesvist de samme spørgsmål til såvel toppen som bunden af hierarkiet på sygehuset. I forlængelse heraf er spørgsmålsformuleringerne desuden tilstræbt at være så neutrale som muligt i modsætning til eksempelvis ledende eller værdiladede spørgsmål, hvis svar ikke accepteres som gyldige.

4.4 Kontakt til informanterne og interviewsituationen

Kontakten til repræsentanterne fra hver enkelt faggruppe er foregået gennem en gatekeeper i form af vores kontaktperson på Sygehus Vendsyssel. Konkret er kontakten foregået således, at vores kontaktperson har adspurgt flere forskellige personer i hver faggruppe og informeret dem kort omkring undersøgelsens indhold og formål, samt varighed og omfang af interviewet, hvorefter eventuelle interesserede selv har kunnet melde sig. Herved er det sikret, at alle informanterne har givet informeret samtykke til at deltage i et interview. Endvidere indledes hvert interview igen med en kort introduktion omkring undersøgelsens indhold og formål, samt hvordan sygehuset kan have gavn af undersøgelsens endelige resultater. I denne introduktion forklares også mere praktiske aspekter af interviewet, såsom interviewets konkrete opbygning, optagelse ved hjælp af diktafon og transskribering. Endelig betones informantens anonymitet samt svarenes fortrolighed, hvorefter der igen er spurgt, om dette kan accepteres og interviewet påbegyndes.

Efter hvert interview er interviewguiden desuden igen blevet gennemgået og vurderet i forhold til spørgsmålenes relevans og forståelighed i relation til informantens respektive faggruppe. Samtidig foretages en kort vurdering af interviewet som helhed, hvilket også vil sige informantens mere eller mindre uddybende svar, samt i hvilken grad denne gav udtryk for, at nogle spørgsmål var svære eller irrelevante. Der syntes dog ikke at være grund til at foretage ændringer i interviewguiden på noget tidspunkt, udover de få tilpasninger der er foretaget, af hensyn til relevansen af enkelte af spørgsmålene afhængigt af faggruppe.

4.5 Konstruktion af spørgeskema

I det følgende redegøres for, hvordan begrebet kvalitetskultur er blevet operationaliseret og dermed gjort målbart ved hjælp af indikatorer herpå og konkrete spørgsmål i undersøgelsens spørgeskema. Ifølge definitionen af kvalitetskultur, der er beskrevet yderligere i begrebsafklaringerne i teoriafsnittet, omhandler dette medlemmernes fælles tanke- og handlemønstre, hvilket især afspejles af deres værdier, normer, særinteresser og kendskab og holdninger til kvalitetsarbejde og akkreditering. Mere præcist undersøges kvalitetskulturene med udgangspunkt i WHO's fem kvalitetskriterier, idet der fokuseres på, i hvilken grad de fem kvalitetskriterier er integrerede dele af de ansattes kulturer i form af deres værdier, normer, særinteresser og målsætninger. Herved er der allerede implicit i definitionen identificeret de centrale indikatorer til måling af begrebet, som dermed udvikles til konkrete spørgsmålsformuleringer i spørgeskemaet.

I nedenstående tabel præsenteres kort de udvalgte indikatorer på begrebet kvalitetskultur samt hvilke spørgsmål i spørgeskemaet, de knytter sig til (se bilag 4 for spørgeskemaet).

Tabel 1: Indikatorer for kvalitetskultur og relaterede spørgsmål

Spørgsmål i spørgeskemaet	Indikatorer, som spørgsmålene skal måle
Spørgsmål 1-10	Baggrundsfaktorerne (Køn, alder, faggruppe, afdeling/afsnit, anciennitet (samlet antal år/ heraf på SVE), fuld tid/deltid på nuværende tidspunkt, geografisk tilknytning
Spørgsmål 11-14	Værdier og WHO's fem kvalitetskriterier
Spørgsmål 15	Særinteresser, værdier og målsætninger
Spørgsmål 16-23	Kendskab og holdning til kvalitetsarbejde
Spørgsmål 24	Normer forbundet med kvalitetsarbejde blandt medarbejdere og ledelse i afdelingen
Spørgsmål 25	Medarbejdernes og ledernes evne til at motivere/demotivere hinanden i forbindelse med kvalitetsarbejde
Spørgsmål 26-27	Informationsniveauet i forbindelse med kvalitetsarbejde
Spørgsmål 28- 31	Kendskab og holdning til akkreditering
Spørgsmål 32	Normer forbundet med akkreditering blandt medarbejdere og ledelse i afdelingen
Spørgsmål 33-34	Ansvarsopfattelse i forbindelse med akkreditering

Endvidere skal det fremhæves, at spørgeskemaet er konstrueret med udgangspunkt i resultaterne fra interviewene, og den tidligere præsenterede operationalisering af interviewguiden, med baggrund i litteratur-reviewet og teorien. Hvordan interviewene mere præcist har bidraget til konstruktionen af enkelte af spørgsmålene og deres svarkategorier i spørgeskemaet fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 2: Interviewenes bidrag til konstruktion af spørgeskema

Spørgsmålsnummer i spørgeskemaet	Hvordan har interviewene bidraget?
Spørgsmål 4	Opnåelse af kendskab til den hierarkiske struktur på Sygehus Vendsyssel, således at svarkategorierne kunne konstrueres på meningsfuld vis
Spørgsmål 9	Udarbejdelse af definitionen tilknyttet spørgsmålet, som sikrer fælles forståelse/fælles udgangspunkt i besvarelserne
Spørgsmål 11 og 13	Identificering af passende svarkategorier til spørgsmålet. Der er store forskelle afdelingerne imellem
Spørgsmål 15	Identificering af relevante svarkategorier
Spørgsmål 16	Identificering af svarkategorier. Store forskelle mellem respondenterne i deres forståelser af kvalitetsbegrebet. Derfor nødvendigt med afklaring herom
Spørgsmål 19 og 20	Relevansen af spørgsmålet. Informanterne udtrykte i interviewene, at de mangler kendskab til kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel og gerne vil vide mere og drage nytte af andres erfaringer
Spørgsmål 22	Relevansen af spørgsmålet. Næsten alle informanter udtrykte i interviewene, at de mangler forskellige former for ressourcer for at kunne arbejde med kvalitet i dagligdagen
Spørgsmål 24	Relevansen af spørgsmålet. Forskelle mellem afdelingerne i forhold til normerne omkring kvalitetsarbejde
Spørgsmål 27	Relevansen af spørgsmålet. Informanterne udtrykte i interviewene, at de savner mere information omkring kvalitetsarbejde og resultaterne heraf
Spørgsmål 31	Nødvendigt at indsætte kommentar omkring, holdninger til akkreditering ikke nødvendigvis kræver kendskab til det, da kun få havde kendskab hertil

Endelig har interviewene bidraget med viden omkring nødvendigheden af at indsætte mindre definitioner af centrale begreber i tekstbokse såsom kvalitetsarbejde og akkreditering, samt en definition af kollegaer, da langt fra alle ansatte forstår disse begreber ens, hvilket er en forudsætning for at sikre gyldigheden og pålideligheden af resultaterne.

4.6 Dataindsamlingsfasen

I forbindelse med dataindsamlingen er der endvidere gjort enkelte overvejelser omkring, hvordan dette forløber bedst muligt. Den primære dataindsamling, der foregår ved hjælp af det konstruerede spørgeskema, finder sted i august/september 2007. Konkret foregår dataindsamlingen således, at de i alt cirka 1650 spørgeskemaer udsendes til samtlige ansatte

på Sygehus Vendsyssel sidst i august via intrapost-systemet på Sygehus Vendsyssel¹⁵. Dermed modtager alle mulige respondenter spørgeskemaerne på omtrent samme tid, hvilket kan være med til at sikre gyldigheden og pålideligheden i svarene, idet de har mindre mulighed for at tale sammen omkring spørgeskemaets indhold. Derefter har de ansatte cirka 10 dage til at udfylde og returnere disse til kontaktpersonen, igen via intrapost-systemet, hvorefter der udsendes en påmindelse til alle afdelingsledelserne, og der gives endnu 1 uge til besvarelse og returnering. Baggrunden for at uddelingen og returneringen af spørgeskemaerne sker ved hjælp af Sygehus Vendsyssels eget interne post-system er, at dette forhåbentlig kan være med til at højne svarprocenten i undersøgelsen. Sammen med spørgeskemaerne udsendes endvidere et følgebrev, som introducerer respondenterne for undersøgelsens indhold og formål, anonymitet og fortrolighed, samt praktisk vejledning i forbindelse med udfyldelse af spørgeskemaet. Samtidig er det gjort klart for de ansatte, at der fra ledelsens side er givet tilladelse til at udfylde spørgeskemaerne i arbejdstiden, hvilket også kan være fremmende for en høj svarprocent.

4.7 Pilottests

Til trods for at spørgeskemaet, og mange af spørgsmålenes svarkategorier, hovedsageligt er konstrueret på baggrund af resultaterne fra de indledende interviews, hvorved størstedelen af spørgsmålene allerede her er testet, er der endvidere gennemført forskellige tests heraf, hvor fire uafhængige personer; henholdsvis en læge, en fysioterapeut, en sygeplejerske og en portør har besvaret spørgeskemaet og efterfølgende redegjort for eventuelle kommentarer i form af rettelser eller tvivlsspørgsmål, som de måtte have haft undervejs i besvarelsen. Samtidig testes spørgeskemaets længde og varigheden af besvarelsen også for fire forskellige faggrupper, hvor det konstateres, at en besvarelse kan gennemføres på cirka 30 minutter, hvilket skønnes acceptabelt.

¹⁵ Udsendelse af spørgeskemaerne er sket ved hjælp af oplysninger fra lønkontoret, hvilket vil sige, at der er trykt labels til de ansatte på Sygehus Vendsyssel, der modtager løn på månedsbasis, fratrukket timelønnet personale, vikarer gennem vikarbureauer, studerende og personale på orlov uden løn og barselsorlov. Samtidig er der kun sendt skemaer ud til personale direkte under Sygehus Vendsyssel, og således ikke personale under anæstesi og ortopædisektoren.

Resultaterne fra disse tests har blandt andet været, at enkelte af spørgsmålsformuleringerne er rettet, således at sproget er mindre akademisk og mere læsevenligt for alle faggrupper. Samtidig kollapses nogle af svarkategorierne, som kunne opfattes som overlappende, til spørgsmålene 11, 13 og 16, hvilket har skabt større overskuelighed. Videre indførtes også en kort kommentar til spørgsmål 7, omhandlende anciennitet indenfor respondentens nuværende fag, hvor denne bedes medregne eventuelle barselsperioder og fratrykke eventuelle ledighedsperioder, da der kunne opstå tvivl herom. Udover disse få rettelser har kommentarerne været, at spørgeskemaet var overskueligt og let forståeligt med relevante og tankevækkende spørgsmål.

Endelig er spørgeskemaet, og det tilhørende følgebrev, blevet sendt til vores kontaktperson på Sygehus Vendsyssel, som har læst dette igennem med fokus på de mere strukturelle eller organisatoriske elementer af spørgeskemaets spørgsmål, såsom hvorvidt alle større faggrupper og afdelinger på Sygehus Vendsyssel er repræsenteret i svarkategorierne, samt hvorvidt spørgsmålene i tilstrækkelig grad henvender sig til alle faggrupperne. Med nogle få rettelser i forbindelse hermed, samt yderligere nogle få sproglige rettelser, er spørgeskemaet således efterfølgende godkendt af Sygehusledelsen.

4.8 Etiske overvejelser

Etiske og moralske overvejelser er centrale i enhver undersøgelse, som baseres på menneskers personlige holdninger eller livsfortællinger, eller på anden måde indeholder og behandler personlige oplysninger. I nærværende undersøgelse er etiske overvejelser vigtige både i forhold til gennemførelsen af de indledende interviews, fokusgruppe-interviewet, behandlingen af de empiriske data og vores samarbejde med en ekstern part.

I relation til vores informanter har det været vigtigt for os at skabe en tryk atmosfære under interviewsituationerne, eksempelvis ved at sikre informeret samtykke fra informanterne, idet informanterne to gange er blevet informeret om undersøgelsens og interviewets indhold og formål, inden de har givet deres bekræftelse på deltagelse. Samtidig har vi overfor informanterne, forinden interviewets påbegyndelse, fremhævet frivilligheden i deres deltagelse, ligesom det er blevet betonet flere gange, at informanterne forbliver anonyme i

undersøgelsens resultater, samtidig med at deres personlige svar behandles fortroligt. Overvejelserne i forbindelse med Sygehus Vendsyssel som samarbejdspartner, omhandler fortrinsvis omfanget af deres indflydelse på undersøgelsens fokus og indhold, og i forbindelse hermed har vi betonet, hvordan de har haft mulighed for at præge undersøgelsens fokus i retning af, hvad der for dem er relevant at få undersøgt nærmere, men at den endelige beslutning omkring fokus og problemstilling udelukkende har været vores. Samtidig har vi alene haft ansvaret for at udforme undersøgelsen i overensstemmelse med vores ønsker, samtidig med at databehandlingen udelukkende foretages af os. Dermed har Sygehus Vendsyssel altså ikke haft mulighed for at præge analysens udfald i en særlig retning i overensstemmelse med eventuelle interesser, de måtte have. Alt dette er nedskrevet i en samarbejdskontrakt, som også beskriver de mere præcise retningslinjer for samarbejdet form, og som alle involverede parter har underskrevet forinden samarbejdet blev iværksat (se bilag 5 for samarbejdskontrakten).

Sluttelig har vi gjort os overvejelser omkring etik i forbindelse med forberedelse og behandling af de indsamlede data, hvilket vil sige transskribering af interviews, indtastning af spørgeskemaer i SPSS samt behandlingen af dataene. Forberedelsen af de kvalitative såvel som de kvantitative datamaterialer er således søgt gennemført ved at være så tro mod de ansattes tilkendegivelser som muligt, både i forbindelse med transskribering af interviews og indtastning af spørgeskemaer, hvilket samtidig vil sige med fokus på at sikre gyldigheden og pålideligheden af data. Videre er der også, forinden den statistiske analyse er påbegyndt, udarbejdet en kvalitetsvurdering af indtastningerne, hvor stikprøver af spørgeskemaer og indtastninger er udtrukket og fejlprocenter udregnet. Endelig behandles resultaterne af de empiriske analyser med etiske og moralske aspekter i højsædet, hvilket især vil sige i overensstemmelse med de ansattes tilkendegivelser.

4.9 Kvalitetskontrol af data

For at sikre at undersøgelsens analyse gennemføres med den højest mulige kvalitet, er der, efter indsamlingen og indtastningen af spørgeskemaerne er fuldført, foretaget en

kvalitetsvurdering af datamaterialet i form af stikprøvekontroller, hvor indtastningen af udvalgte spørgeskemaer kontrolleres ved hjælp af deres løbenumre. Der er udtaget en tilfældig stikprøve på 10% af de i alt 672 returnerede spørgeskemaer, hvilket svarer til en stikprøve på 67 spørgeskemaer, der er blevet kontrolleret for forkerte eller manglende indtastninger i datasættet. På forhånd er der endvidere fastsat et sikkerhedsinterval på 95%, hvilket vil sige, at 5% udgør den grænse, som datasættets samlede fejlprocent og fejlprocenten tilknyttet enkelte variable ikke må overskride. Resultatet af stikprøvekontrollen fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 3: Oversigt over resultatet af stikprøvekontrol

Løbenummer	Variabelnummer med fejl
534	V138
351	V7
299	V47, V79
504	V77
513	V98
236	V16, V17, V23
230	V77, V78
147	V158
123	V17
660	V121
650	V20
620	V127
32	V106
500	V17
589	V7, V20, V21, V22
566	V9
75	V115, V117, V118, V119, V120
497	V90
479	V25, V132

Af tabellen fremgår det, at der samlet blev identificeret 31 fejl eller manglende indtastninger i 19 af spørgeskemaerne fra stikprøven. I spørgeskemaet/datasættet er der i alt 159 variable, hvorved det samlede antal variable i stikprøven er $(67 \cdot 159)$ 10.653. Den samlede fejlprocent i stikprøven er således $(31/10.653 \cdot 100)$ 0,29%, hvorved det fastsatte sikkerhedsinterval på 95% er overholdt. I relation til de enkelte variable er der forekommet få sammenfald af fejl, idet variabelen V17 er indtastet forkert 3 gange, hvilket medfører en

fejlprocent på $(3/67 \cdot 100)$ 4,48%, og variablene V7, V20 og V77 hver er indtastet forkert 2 gange, hvorved fejlprocenten her er $(2/67 \cdot 100)$ 2,99%. Dermed er sikkerhedsintervallet på 95% også overholdt i disse tilfælde. Som følge af at stikprøvekontrollen er tilfældigt udtrukket, idet alle skemaerne havde lige stor chance for at blive udtrukket, kan resultaterne af stikprøvekontrollen således generaliseres til det samlede datasæt, hvorved det kan konkluderes, at kvaliteten af undersøgelsens datagrundlag ligger på et højt niveau.

4.10 Kritik af spørgsmål

Som afslutning på spørgeskemaet har respondenterne haft mulighed for at give udtryk for eventuelle kommentarer, som de måtte have, eksempelvis i forhold til spørgeskemaet eller kvalitetsarbejde, akkreditering eller andet. Dette har en del af respondenterne benyttet sig af, og enkelte af disse kommentarer har også omhandlet ris/ros til spørgeskemaet, hvilket har været en hjælp til identificering af enkelte uhensigtsmæssige spørgsmålsformuleringer, som ikke blev identificeret af pilottestene, og som er relevante at tage hensyn til i analysen af dataene.

Eksempelvis har en respondent givet udtryk for, at spørgsmålsformuleringerne i variablene V148, V153, V108 og V113, som lyder *jeg oplever somme tider negative reaktioner fra mine kolleger/nærmeste ledelse, hvis jeg udtrykker en kritisk/skeptisk holdning til kvalitetsarbejde/akkreditering*, kan give misvisende resultater, hvis respondenterne ikke udtrykker sådanne holdninger, idet dette indirekte forudsættes i spørgsmålsformuleringen.

Endvidere har også enkelte respondenter udtrykt usikkerhed omkring spørgsmålsbatteriet 14, som indeholder variablene V27-V46, idet der i enkelte af udsagnene forekommer ordet *indimellem*, der har været årsag til forvirring. Forvirringen skyldes respondenternes usikkerhed omkring betydningen af eksempelvis en negativ tilkendegivelse hertil, hvilket vil sige, hvorvidt vedkommende i stedet udtrykker, at noget ikke sker *indimellem* men *ofte*, i stedet for blot uenighed i udsagnet. Det er dog vurderet, at ordet *indimellem* er nødvendigt at inddrage, idet en undladelse heraf kan skabe indtrykket af, at udsagnet indhold skal forekomme oftere, end det er hensigten med spørgsmålet at afspejle.

Endelig har en del af respondenterne givet udtryk for, at besvarelse af spørgsmålene omhandlende akkreditering har været frustrerende, idet deres kendskab til området er meget begrænset, hvilket har resulteret i store andele af svar i ”ved-ikke” og ”hverken-eller” kategorierne. Dette afspejler tydeligt medarbejdernes begrænsede vidensniveau omkring akkreditering, der endnu ikke er en integreret del af deres arbejdsdag. Dog har en stor del af respondenterne alligevel besvaret spørgsmålene på baggrund af deres umiddelbare holdninger og forventninger til akkrediteringsprocessen, til trods for et begrænset vidensniveau, hvilket var den oprindelige hensigt med spørgsmålene.

4.11 Bortfaldsanalyse

I forbindelse med alle større undersøgelser vil der altid forekomme en vis andel af populationen, der af den ene eller den anden grund ikke deltager. Hvem disse personer er, er nødvendigt at opnå viden omkring, idet en skæv fordeling af disse respondenter i forhold til særlige karakteristika kan medføre en skævvridning af datamaterialet og forårsage problemer med gyldigheden i analysen samt den efterfølgende repræsentativitet og generaliserbarhed. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at vægte enkelte respondentgrupperes besvarelser højere eller mindre end andres, hvilket kan afspejles af en bortfaldsanalyse. I nærværende undersøgelse har det dog ikke været muligt at opnå alle relevante oplysninger omkring populationen, hvilket vil sige de ansatte på Sygehus Vendsyssel, idet sygehuset ikke fører præcise optegnelser over deres ansatte i forhold til deres individuelle karakteristika. Derfor har det kun været muligt at foretage en bortfaldsanalyse på baggrund af nogle af de oplysninger, som var givet i forbindelse med udsendelse af spørgeskemaerne. Dette er som nævnt foregået ved hjælp af labels fra Sygehus Vendsyssels lønkontor, hvoraf der fremgik hver enkelt respondents køn, faggruppe/stillingsbetegnelse, afdeling/afsnit og geografiske tilhørsforhold (se bilag 6 for optegnelsen over disse oplysninger).

Af bilag 6 fremgår det blandt andet, at 672 af de i alt 1657 udsendte spørgeskemaer blev besvaret, hvilket resulterer i en samlet svarprocent på $(672/1657*100)$ 40,5%.

Svarprocenten kunne således have været højere, men den er dog acceptabel, idet bortfaldsanalysen viser, at populationen er tilnærmelsesvist repræsenteret af de 672 respondenter. Dermed kan det konstateres, at der blandt respondenterne er repræsentanter fra begge køn, næsten alle faggrupper, alle geografiske enheder, alle hierarkiske niveauer, med forskellige grader af anciennitet og arbejdstidsmæssigt ansættelsesforhold samt endelig repræsentanter fra alle aldersgrupper. Det har som nævnt ikke været muligt at udregne et præcist bortfald i forhold til respondenternes afdeling/afsnit, da det af de givne labels ikke har været muligt at indplacere respondenterne på afdelings- og afsnitsniveau, men det fremgår dog, at stikprøven indeholder et vist antal repræsentanter fra alle de fem overordnede specialer og alle afdelinger herunder, hvorved respondenterne ikke forekommer at afvige betydeligt fra de resterende ansatte i denne henseende.

Med hensyn til de centrale karakteristika køn, geografisk tilknytning og faggruppe har det været muligt at udregne et præcist bortfald. Her fremgår det, at mændene i stikprøven er underrepræsenterede i forhold til antallet i populationen, mens kvinderne modsat er overrepræsenterede i forhold til populationen. Hvad angår den geografiske tilknytning, er respondenterne fra Hjørring underrepræsenterede, respondenterne fra Frederikshavn overrepræsenterede, respondenter fra Brønderslev overrepræsenterede, mens endelig respondenter fra Skagen også er overrepræsenterede. Sluttelig er der desuden under- og overrepræsentationer hvad angår nogle af faggrupperne, hvoraf de kontorfuldmægtige, lægerne, portørerne, service-assistenterne, social- og sundhedsassistenterne, sygehjælperne og respondenterne i andet-kategorien er underrepræsenterede i stikprøven, mens bioanalytikerne, fysio- og ergoterapeuterne, håndværkerne, de kliniske diætister, køkkenassistenterne, radiograferne, sekretærerne og sygeplejerskerne overrepræsenterede modsat er overrepræsenterede. Endelig er der ingen piccoliner eller socialrådgivere i stikprøven, hvilket dog kun udgør i alt 7 personer i populationen.

En løsning på de over- og underrepræsentationer, der har vist sig ved bortfaldsanalysen, kan være at vægte datamaterialet. I hvilke tilfælde data bør vægtes, er der dog delte meninger om og argumenter for og imod, men diskussionen heraf bør dog selvsagt anskues i relation

til den konkrete undersøgelse. En sådan diskussion i relation til nærværende undersøgelse er at finde i bilag 7.

4.12 Fokusgruppe

Undersøgelsens problemformulering består, som nævnt, af to spørgsmål, hvoraf det sidste indeholder et mere praktisk, operationelt perspektiv i forbindelse med undersøgelsens resultater. Dette da der sigtes mod at fremhæve, hvorledes disse kan anvendes konstruktivt i forbindelse med den forestående akkreditering, hvilket også afspejler selve undersøgelsens formål. Til besvarelse af denne del af problemformuleringen er det valgt at lade centrale repræsentanter fra Sygehus Vendsyssel komme til orde og diskutere eventuelle årsager til undersøgelsens resultater samt umiddelbare fremtidige strategier i forlængelse heraf i forhold til akkrediteringen. Dette foregår således ved hjælp af et fokusgruppe-interview med fem centrale deltagere fra den arbejdsgruppe på Sygehus Vendsyssel, som i tæt samarbejde med sygehusledelsen, har det overordnede ansvar for at implementere Den Danske Kvalitetsmodel og dermed også forberedelserne til den forestående akkreditering¹⁶. Formålet med fokusgruppe-interviewet er dermed at undersøge repræsentanterne fra Sygehus Vendsyssels egne fortolkninger af undersøgelsens resultater, samt deres umiddelbare tanker omkring deres anvendelse i relation til akkrediteringsprocessen.

Fordelene ved at gennemføre et fokusgruppe-interview, i modsætning til individuelle interviews, i forbindelse med besvarelse af problemformuleringens anden del er især, at deltagerne vil diskutere og forholde sig til emner, som vi på forhånd har udvalgt, hvorved deltageres forskellige synspunkter og synsvinkler fremtræder.

Helt konkret er fokusgruppe-interviewet foregået således, at deltagerne på forhånd har fået udleveret 4-5 siders materiale indeholdende seks diskussionsoplæg (Bilag 8) med udvalgte centrale resultater fra den statistiske analyse, med særlig fokus på centrale områder med forbedringspotentiale i forhold til akkrediteringsprocessen, som dermed har fungeret som

¹⁶ Det var desværre ikke muligt at have en repræsentant fra sygehusledelsen til stede, hvilket ville have været helt optimalt, idet sygehusledelsen også kunne bidrage med deres særlige synsvinkel i forhold til resultaterne og eventuelt også nogle mere specifikke strategier i forhold til resultaternes anvendelse.

grundlag for diskussionerne under interviewet. Dermed har vores rolle under interviewet blot været at præsentere diskussionsemnerne og lægge op til diskussionerne, som deltagerne dermed selv har gennemført, strukturere den tidsmæssige begrænsning i form af to timer, og været til rådighed i forbindelse med spørgsmål eller videre uddybning af resultaterne, hvorved vores grad af involvering har været begrænset. Resultaterne fra fokusgruppe-interviewet er desuden at finde i analysen heraf og det transskriberede interview er at finde i bilag 9.

5. Litteratur-review

I arbejdet med at skabe overblik over den store litterære mængde, der eksisterer omkring emner som akkreditering og kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet samt kultur i sundhedsvæsenet og kvalitetskultur, fremgår der i det følgende resultatet af en omfattende litteratursøgning i form af et samlet litteratur-review på disse relevante områder. Litteratur-reviewet har bistået arbejdet med at identificere en relevant problemstilling ved at opnå kendskab til den akkumulerede relevante nationale og internationale viden, samtidig med at denne viden efterfølgende udgør et redskab i konstruktionen af undersøgelsens interviewguide og spørgeskema. Det fremgår således indirekte i litteratur-reviewet nærværende undersøgelses relevans samt den underliggende viden og de antagelser, som ligger til grund for undersøgelsens problemformulering.

I udarbejdelsen af dette litteratur-review tages udgangspunkt i den fremgangsmåde, som præsenteres og anvendes af Nordisk Campbell Center under SFI til udformning af systematiske forskningsoversigter. Dette er valgt som følge af at sådanne forskningsoversigter i høj grad anvendes af forskere i mange forskellige sammenhænge til at sikre en kritisk gennemgang og vurdering af, hvad den aktuelle, bedste evidensbaserede viden fortæller om et givent emne. Dette især gennem strukturerede, systematiske og gennemsigtige metoder, der alle er tydeligt beskrevne for læseren. Måden, hvorpå der især arbejdes med udgangspunkt i SFI's fremgangsmåde, er således ved at udforme en overordnet litteratursøgningsmetode med konstruktion af en protokol eller en søgestrategi indeholdende præcisering af, hvorledes litteratursøgningen er foregået (www.sfi.dk). Protokollen præsenterer dermed strukturen for litteratursøgningen, hvilket vil sige de anvendte danske og engelske søgeord, og hvor disse har været indtastet. Enkelte hjemmesider er dog ikke udstyret med en specifik søgefunktion, hvorfor der her blot er angivet, hvor på hjemmesiden informationerne er indhentet, og ved enkelte hjemmesider er angivet begge dele. Hertil skal det desuden betones, at kildehenvisninger og litteraturlister fra de relevante fund af litteratursøgningen desuden er blevet gennemgået og vurderet. Endelig skal det fremhæves, at der desuden i høj grad har været tale om en løbende

litteratursøgningsproces, der også har omfattet søgning efter relevant teori, videnskabsteori samt metodologi, hvilket dog ikke præsenteres yderligere (se bilag 10 for protokollen).

5.1 Resultaterne af litteratursøgningen

Litteratursøgningen har resulteret i uoverskueligt mange poster; i alt er der fremkommet præcis 1.268.357 poster, som derfor har krævet en række omfattende sorteringer og struktureringer. Som følge heraf har vi udvalgt nogle kriterier for denne filtreringsproces. Først og fremmest kunne en betydelig del af posterne hurtigt sorteres fra på baggrund af en vurdering af relevansen for undersøgelsen, hvilket vil sige, at en stor del af de fremkomne poster alligevel ikke har omhandlet præcis det emne, som var tiltænkt med søgeordene. Eksempelvis er fremkommet et stort antal poster ved søgningerne omhandlende kulturbegrebet, som har refereret til en anden kulturforståelse end undersøgelsens, hvoraf kan fremhæves en antropologisk eller en medicinsk i form af eksempelvis bakteriekultur. I forlængelse heraf kan desuden betones, at meget anden forskning indenfor medicinsk sundhed også i høj grad har været en del af resultaterne af litteratursøgningen, herunder epidemiologisk forskning, hvilket hurtigt er blevet sorteret fra.

Videre har søgningerne med ordene kvalitet og akkreditering resulteret i adskillige poster, hvor begreberne er anvendt indenfor andre sammenhænge end netop sundhedsmæssige, eksempelvis akkreditering af industrien eller uddannelsessektoren, hvoraf kun ganske få har været interessante for nærværende undersøgelse, idet disse blandt andet har indeholdt relevante diskussioner eller behandlinger af begreberne, som har været anvendelige for undersøgelsen. En del af posterne er desuden blevet frasorteret ud fra en vurdering af posternes videnskabelighed og kvalitet, blandt andet på baggrund af forfatterens forskningsmæssige baggrund, eller mangel på samme, samt stillingsbetegnelse, hvorved forfattere med særlige personlige interesser er blevet udeladt. Yderligere er en væsentlig del af posterne blevet frasorteret, da disse blot indeholdt referater fra diverse møder, planlægning af konferencer eller lignende, samt poster hvor de relevante søgeord blot er nævnt kortfattet i en anden irrelevant sammenhæng. Endvidere kan det heller ikke undgås, at enkelte af posterne er gået igen i flere af søgningerne på forskellige adresser, eller at de samme poster er fremkommet i forskellige udgaver.

Resultatet af litteratursøgningen er således blevet, at vi har tilegnet os omtrent 10 større nationale rapporter, eksempelvis MTV-rapporter, 10 rapporter fra internationalt anerkendte tidsskrifter omkring udenlandske erfaringer med akkreditering og kvalitetsarbejde, 11 relevante artikler fra Ugeskrift for Læger, 21 artikler om danske erfaringer med akkreditering, og 8 artikler og lignende, hvor eksperter udtaler sig om kvalitetssikring og akkreditering i det danske sundhedsvæsen. Endelig resulterede søgningen i 31 relevante bøger, der eksempelvis behandler emner som kvalitetsarbejde og akkreditering i det danske sundhedsvæsen. Samlet bygger litteratur-reviewet dermed på 91 forskellige artikler og bøger med mere fra både nationalt og internationalt anerkendte forskere og forskningsmiljøer, hvorved dette er baseret på relevante videnskabelige artikler fra internationale medicinske journals, danske og internationale forskningsmiljøer og databaser, forskellige tidsskrifter samt bøger om relevante emner, som er indsamlet via denne litteratursøgning

I forlængelse heraf skal det dog fremhæves, at vi i litteratursøgningen har gennemlæst yderligere materialer, som indirekte har været anvendeligt som nødvendig baggrundsviden, men som ikke direkte er inkluderet i litteratur-reviewet. Herved har resultaterne fra litteratursøgningen, samt enkelte ekstra materialer, direkte eller indirekte udgjort grundlaget for det efterfølgende litteratur-review. Endelig kan det fremhæves, at noget af det fremkomne litteratur fra denne litteratursøgning desuden er anvendt som udgangspunkt for udarbejdelsen af undersøgelsens problemfelt.

Den efterfølgende redegørelse for resultaterne af litteratursøgningen i form af litteratur-reviewet er tematisk opbygget, således at der indenfor hvert af de to udvalgte temaer; henholdsvis akkreditering og kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet samt kultur i sundhedsvæsenet og kvalitetskultur, indledningsvis præsenteres, hvad der eksisterer af viden på området. Det første tema, der behandles, omhandler den akkumulerede viden omkring akkreditering i Danmark og internationalt.

5.2 Internationale og nationale erfaringer med kvalitetsarbejde og akkreditering

5.2.1 Internationale erfaringer med akkreditering

Indenfor sundhedsområdet er mange andre lande væsentligt længere fremme i eksempelvis udviklingen og implementeringen af kvalitetssikringsprogrammer og akkreditering, ikke bare af sygehuse, men også af mange andre institutioner i sundhedssektoren. Her kan især fremhæves lande som USA, Canada og Australien, som i mange år har fremstået som foregangslande i forhold til at arbejde med akkreditering og kvalitetssikring i sundhedssektoren, til trods for at udviklingen over tid i de enkelte landes kvalitetsorganisationer har været meget forskellig (Frølich og Christensen 2001).

I USA har man arbejdet med akkreditering af hospitaler siden 1920'erne, og i dag er det et nationalt krav, at sundhedsorganisationer er akkrediterede for at opnå økonomisk dækning til patienter, hvis sundhedsydelser dækkes af enkelte forsikringsordninger (Frølich og Christensen 2001). I 1951 dannes The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) i USA, mens en tilsvarende akkrediteringsorganisation, The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), dannes i Canada i 1958. ligeledes grundlægges The Australian Council on Hospital Standards (ACHS) i 1974, som er stærkt inspireret af den canadiske akkrediteringsmodel (Nickelsen og Wolthers 2002: 8).

I 1985 dannes også The International Society for Quality in Health Care (ISQua) med det overordnede formål at fremme kontinuerlig international kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. Heraf udspringer i 1998 også initiativet Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation (ALPHA), hvis formål er at sikre, at akkreditering i de enkelte lande foregår på et internationalt vedtaget højt ensartet niveau ved hjælp af internationale standarder, således at troværdigheden i arbejdet styrkes. Herved signalerer enhver akkrediteringsmodel, der har integreret ALPHA-programmet, et vist kvalitetsniveau (Frølich og Christensen 2001).

I løbet af årene er der sket en betydelig indholdsmæssig udvikling af akkrediteringsmodellerne i de enkelte lande, som i tiltagende grad bliver sammenlignelige,

og det store internationale fokus på arbejde med kvalitetssikring og akkreditering indenfor sundhedsområdet har desuden medført, at sundhedsinstitutioner i adskillige lande oplever et pres til at lade sig akkreditere, da dette i høj grad er forbundet med en vis status og prestige (Nickelsen og Wolthers 2002: 10). Som følge heraf er omkring 30 nye lande, eksempelvis England, hvis akkrediteringsorganisation, Health Quality Services Accreditation (HQS), er baseret på de australske standarder, ligeledes påbegyndt arbejdet med akkreditering. Dermed fremgår det, hvordan der på nuværende tidspunkt eksisterer et stort internationalt forum, hvor der arbejdes med akkreditering og metodeudvikling her indenfor, og at der samtidig ikke kun findes én måde, hvorpå dette kan gennemføres, men derimod utallige erfaringsbaserede retningslinjer i forhold til at sikre kvaliteten på sundhedsområdet.

Som nævnt har også det danske sundhedsvæsen i de senere år i stadigt stigende omfang påbegyndt arbejdet med kvalitetssikring, kvalitetsudvikling og akkreditering, hvilket vil blive redegjort for i det følgende.

5.2.2 Nationale erfaringer med akkreditering

I Danmark har erfaringer med akkreditering af de 6 sygehuse i H:S i henholdsvis 2002 og 2005, ifølge medlemmer af H:S direktionen, dokumenteret forbedringer af kvaliteten på en række områder, større sammenhæng på tværs af organisationen og på tværs af alle niveauer og faggrupper og ikke mindst, at der synes at være skabt en evne blandt personalet til omstilling og forandring samt en velvilje i forhold til et fortsat arbejde med kvalitetssikring og akkreditering (De Neergaard 2003: 44) (Slebsager 2005: 216). Akkrediteringsprocessen for H:S medførte dermed forbedret koordinering og prioritering af patientforløb, og erfaringerne heraf tyder på, at dette igen har medført øget effektivitet og bedre ressourceudnyttelse og dermed øget organisatorisk kvalitet. Som nævnt er det dog H:S direktionens egne vurderinger, og dette er ikke videnskabeligt dokumenteret fra en uvildig part (Mainz et al 2004). En interviewundersøgelse fra 2002 blandt de ansatte i H:S baseret på 1053 telefoninterviews med tilfældigt udvalgte ansatte betonedede vigtigheden af information, undervisning og medinddragelse, ligesom størstedelen af de interviewede gav udtryk for, at akkrediteringsarbejdet havde udgjort en arbejdsmæssig stor belastning. Nogle

af de interviewede udtrykte, at akkrediteringsarbejdet havde taget tid fra patienterne, men samtidig viste undersøgelsen, at akkrediteringsprocessen havde medført mere hensigtsmæssige procedurer i visse afdelinger, mens andre afdelinger faldt tilbage i gamle rutiner efter akkrediteringen. Undersøgelsen pegede desuden på, at akkreditering øgede samarbejdsrelationer på tværs af afdelinger, faggrupper og sygehuse (Mainz et al 2004).

Da de 6 sygehuse i H:S i 2005 opnåede at blive akkrediterede for anden gang, fremstod mange af resultaterne fra første akkreditering endnu tydeligere, og især havde kvalitetskultur blandt personalet udviklet sig yderligere siden den første akkreditering i 2002. Selve tankegangen om at indsamle, analysere og efterfølgende handle på kvalitetsdata fremstod således at være blevet en integreret del af de ansattes vanter rutiner og kultur på sygehusene (Slebsager 2005: 217).

Erfaringerne med akkreditering fra KISS-projektet i det daværende Sønderjyllands Amt ligner også i høj grad erfaringerne fra H:S. Der synes at være skabt en ny og fælles kultur i form af et nyt værdigrundlag blandt de deltagende sundhedsinstitutioner, der før var karakteriseret ved at indeholde mange forskellige kulturer og systemer, der ikke altid skabte sammenhæng. Nu findes der derimod en gennemgående fælles forståelse for betydningen af kvalitetssikring, samt hvad arbejdet med dette indebærer (Stevnhøj 2004: 3).

5.3 Kultur i sundhedsvæsenet og kvalitetskultur

Det andet store tema i nærværende undersøgelse udgøres som nævnt af kulturbegrebet, herunder kultur i forhold til organisationer i sundhedsvæsenet samt begrebet kvalitetskultur. I det følgende redegøres således for den eksisterende nationale og internationale viden og erfaringer indenfor disse områder.

Kulturstudier og kulturanalyser forbindes oprindeligt med antropologiens sfære, men siden efterkrigstiden, og særligt i løbet af 1980'erne, har kulturbegrebet sat sit præg på forskellige organisationsteorier (Schultz 2002: 11). Kulturbegrebet i organisationer har dermed været med til at revidere den tidligere meget mekaniske organisationsopfattelse, og i stedet rettet fokus mod, hvordan mennesker ved hjælp af deres kulturspecifikke menings- og

betydningsdannelse samt tænkemåder internt i organisationer tilfører disse deres individuelle særpræg (Schultz 2002: 11). I forhold til organisationer indenfor sundhedsvæsenet er anvendelse af kulturbegrebet endvidere et endnu nyere fænomen. Først i løbet af 1990'erne er interessen for at undersøge kulturbegrebet og dets udseende og betydning i sundhedsrelaterede institutioner og organisationer vakt (Davies, Nutley og Mannion 2000: 111). Dette i takt med at der også i disse år på internationalt niveau er opstået et øget fokus på kvalitet og kvalitetssikring indenfor sundhedsvæsenet, hvor netop begrebet om organisationskultur har vist sig anvendeligt. Her bidrager kulturbegrebet i særlig grad i forbindelse med at vurdere, hvorvidt kultur i organisationen er med til at fremme eller hæmme netop kvalitetsarbejdet internt. Sundhedsorganisationer adskiller sig endvidere ofte fra andre organisationer, idet disse oftest er kendetegnede ved at indeholde adskillige mindre kulturer på baggrund af eksempelvis de mange forskellige faggrupper, der er tilknyttet organisationen. Eksempelvis beskæftiger sygehuse en række meget forskellige sundhedsprofessionelle såsom læger, sygeplejersker, terapeuter og mange flere, som hver især er tilknyttet forskellige uddannelsesmæssige og arbejdsmæssige kulturer og miljøer, hvorimellem der let kan opstå konkurrencefølelser og territoriale følelser (Davies, Nutley og Mannion 2000: 113).

5.3.1 Kultur i sundhedsorganisationer

Til trods for at kulturbegrebet i forhold til sundhedsorganisationer i løbet af det sidste årti er blevet et anerkendt værktøj til at forstå disse organisationer yderligere, findes der dog stadig relativt få forskere, der direkte beskæftiger sig hermed, og dermed også ganske få empiriske studier heraf på trods af, at litteraturen og teorierne om emnet er ganske righoldige. Som følge heraf er organisationskultur som begreb, og særligt i forhold til sundhedsorganisationer, sjældent gjort empirisk målbart gennem operationaliseringer, hvorfor dette efterlades som en selvstændig opgave til den enkelte forsker (Schultz 2002: 7).

Et af de mest velkendte danske studier er Majken Schultz' empiriske kulturstudie fra 2002, hvis fokus dog er placeret på kultur i organisationer generelt og dermed ikke specifikt på

kultur i sundhedsorganisationer. Schultz behandler forskellige kulturteorier og anvender dem i praksis gennem et casestudie, hvor to større offentlige organisationer udgør genstande herfor, idet de to organisationers kulturer analyseres, beskrives og sammenholdes. Formålet med studiet er at analysere én gældende kultur i de to organisationer med henblik på en yderligere analyse af organisationskulturens rolle, som både muligheds- og barriereskabende, i planlagt organisationsudvikling (Schultz 2002: 7-9).

De præcise resultater af studiet er af mindre relevans i denne sammenhæng, men overordnet kan det fremhæves, at de indeholder udførlige beskrivelser af de to organisationers kulturer i relation til underliggende antagelser, værdier og artefakter, og ved hjælp af en kombination af to teoretiske perspektiver peger hun sluttelig på en række interventionsmuligheder for udvikling i organisationerne ved hjælp af forandring i kulturerne (Schultz 2002: 154-155). Det væsentlige, som studiet her kan bidrage med i tilknytning til nærværende undersøgelse, er blot et eksempel på, at kulturbegrebet er centralt at belyse i organisationer, der søger en dybere selvindsigt, og på længere sigt kan det desuden udgøre et redskab i et forandringsperspektiv.

Et andet vigtigt studie at fremhæve er Henrik Eriksens og Helle Ulrichsens studie af tre kulturer i hospitalssektoren fra 1991, som netop fokuserer direkte på kultur i sundhedsorganisationer. Deres formål er at undersøge eventuelle kulturforskelle mellem de tre overordnede søjler i hospitalssektoren; henholdsvis sygepleje- administrations- og lægesøjlen for at identificere eventuelle forskelle i de tre søjlers kulturer, der kan være med til at forklare nogle af de problemer, herunder særligt samarbejdsproblemer, der findes i hospitalssektoren. Sygehuse betragtes her som en ”moden” organisation, hvor kulturer anses for at udgøre en hindring for innovationer og fornyelser på grund af fasttømrede traditioner (Eriksen og Ulrichsen 1991: 23). Dermed er formålet med studiet at identificere eventuelle problemområder mellem kulturerne og, hvis det er muligt, at finde løsninger herpå. I forlængelse heraf anerkendes dog, at det er svært direkte at ændre på rodfæstede kulturer, men det fastholdes, at det er en nødvendighed med en hensyntagen til disse, særligt ved gennemførelse af omfattende ændringer. Således lægges der i studiet vægt på

tilstedeværelsen af flere kulturer i hospitalsvæsenet på baggrund af forskellige faggrupper (Eriksen og Ulrichsen 1991: 19).

Resultaterne af kulturstudiet påviser nogle centrale forskelle mellem de tre kulturer, som kan være direkte årsager til eksisterende samarbejdsproblemer herimellem, samt ligheder mellem kulturerne, som på den anden side kan udgøre fordele i forhold til skabelsen af kulturændringer. Af væsentlige forskelle mellem kulturerne kan først fremhæves patientens rolle, idet lægerne i højere grad er interesserede i patienten som midlet til et andet mål; nemlig forskning, hvorved lægerne i højere grad vægter forskning til fordel for fremtidens patienter. Sygeplejerskerne synes at have en række andre forudsætninger, der først skal opfyldes, før patienterne på tilfredsstillende vis kan tilses, herunder særligt personlige og sociale behov samt gruppetilhørsforhold. Endelig lægger administrationen mere vægt på økonomiske aspekter og den daglige drift af sygehuset end patienterne. Dermed indgår patienten dog som fælles nævner i alle tre søjler, men ingen placerer patienten som kernemissionen i arbejdet (Eriksen og Ulrichsen 1991: 63-64).

Videre synes også den hierarkiske struktur og faste afgrænsede fagdomæner at skabe grobund for samarbejdsvanskeligheder mellem de tre søjler. De tre søjlers karriereforløb og de tilhørende mentaliteter adskiller sig desuden væsentligt fra hinanden, idet lægerne og administrationen har en individualistisk, konkurrencepræget mentalitet, hvorimod sygeplejerskerne i højere grad vægter de bløde værdier og er kollektivt orienterede. I forlængelse heraf er sygeplejerskerne mere procesorienterede ved problemløsninger, hvorimod lægerne og administrationen begge er mere handlings- og resultatorienterede (Eriksen og Ulrichsen 1991: 64-65).

Der findes dermed en række forskelle mellem kulturerne, som dog også kan betragtes som positive, da de enkeltes styrker dermed indbyrdes kan supplere hinanden. Lighederne mellem de tre kulturer udspringer af deres fælles menneskesyn, hvor mennesket betragtes som aktivt og motiverbart, hvilket er fordelagtigt, når organisationen står overfor at skulle indføre større kulturændringer (Eriksen og Ulrichsen 1991: 67). Sluttelig betones endnu en gang, at der er brug for en kulturændring i hospitalsvæsenet, som forudsætning for bedre

samarbejde mellem de tre søjler, hvor patienten i højere grad skal betragtes som kernemissionen i arbejdet.

5.3.2 Kvalitetskultur

Begrebet om kvalitetskultur har i de senere år været flittigt anvendt indenfor talrige forskellige institutioner såsom private og offentlige virksomheder samt indenfor uddannelsessektoren, og det har efterhånden også i løbet af 1990'erne vundet indpas som et relativt nyt anvendt begreb indenfor sundhedsdiskursen. Til trods for at kvalitetskultur og vigtigheden af tilstedeværelsen af kvalitetskultur efterhånden er både nationalt og internationalt anerkendt i relation til succesfuldt kvalitetsarbejde og akkreditering, er det stadig begrænset med konkrete eksempler på definitioner af begrebet. Kvalitetskultur præsenteres ofte ganske overfladisk med upræcise beskrivelser af, hvad der kendetegner dette. Ofte lyder beskrivelserne i retning af en kultur, hvor arbejde med kvalitetsforbedringer udgør en målsætning, og hvor eventuelle fejl og nærfejl åbent diskuteres og omsættes til muligheder for læring og forbedring, hvilket vil blive eksemplificeret i det følgende. Samtidig, som følge af begrebets relative nye anvendelse i sundhedsorganisationer, er antallet af empiriske undersøgelser af kvalitetskulturer her indenfor relativt begrænset, hvilket også betyder, at begrebet sjældent er klart defineret og operationaliseret til empirisk arbejde hermed.

Ét sted, hvor begrebet dog er forsøgt at gøre mere målbart og håndterligt er i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, hvor udviklingen af kvalitetskultur i sundhedsorganisationer fremhæves som en væsentlig forudsætning for et succesfuldt kvalitetsarbejde. Seks særlige kendetegn for kvalitetskultur betones, og disse lyder som følgende:

1. En behandlings-, pleje- og omsorgsideologi, hvor patient og pårørende er i fokus for enhedens aktiviteter

2. En arbejdstilrettelæggelse, der tager udgangspunkt i patientforløb, og hvor patientsikkerhed er i højsæde
3. En anerkendelse af patienten og de pårørende som værende vigtige samarbejdspartnere
4. En ledelsesform, der fremmer en åben dialog, hvor udvikling, refleksion og læring er væsentlige elementer i afdelingens/enhedens målsætning
5. En fælles interesse for ledelse og medarbejder i hele tiden at være ajour med ny viden indenfor enhedens område
6. En organisatorisk fleksibilitet, der sikrer at ny viden implementeres, herunder også teorier og metoder for kvalitetsudvikling (Sundhedsstyrelsen 2002: 9).

Således er der her gjort et forsøg på at identificere og præcisere de karakteristika, der kendetegner kvalitetskultur, men direkte målbart i en empirisk undersøgelse gøres begrebet ikke.

Endvidere har der i Danmark været flere eksempler på, at begrebet kvalitetskultur fremhæves som et direkte resultat af et kontinuerligt arbejde med kvalitet. Her tænkes særligt på de tidligere beskrevne erfaringer fra akkrediteringsarbejdet i H:S og Sønderjyllands Amt, hvor netop udviklingen af kvalitetskultur anses som et væsentligt resultat af det empiriske arbejde med kvalitet og videre som en forudsætning for det fortsatte arbejde hermed. Til trods for dette defineres begrebet heller ikke her yderligere.

Internationalt er udviklingen af kvalitetskultur som tidligere nævnt blevet en anerkendt forudsætning for kontinuerligt vellykket kvalitetsarbejde. Her kan især fremhæves New Zealand, hvor en række sundhedsorganisationer har taget adskillige initiativer til at fremme kvaliteten på sundhedsområdet. I forbindelse hermed kan fremhæves arbejdet for at udvikle en fælles kvalitetskultur i sundhedsvæsenet og blandt ansatte på sygehuse ved hjælp af organisatoriske omstruktureringer og tildeling af medindflydelse og lederskab til læger og klinikere på sygehuse. Dette for at udvikle et sundhedsvæsen og tilhørende kvalitetskultur, der kontinuerligt støtter arbejdet med udvikling af kvalitet. Årsagen til de valgte

organisatoriske forandringer er, at adskillige konflikter og interessekampe længe har udgjort barrierer for udviklingen af en fælles kvalitetskultur blandt alle de ansatte, hvilket har haft negative konsekvenser for kvaliteten. Konkret har New Zealand eksempelvis omstruktureret sundhedssystemet, idet der nu eksisterer 21 mindre integrerede sundhedsdistrikter, hvilket har skabt bedre betingelser for kvaliteten i sundhedsarbejdet og dermed for befolkningen (Barnett, Malcolm, Wright og Hendry 2004: 1-2). Samtidig er der foretaget omstruktureringer på sygehusene, således at klinikere nu også udgør en del af ledelsen, hvilket fremmer samarbejdet og mindsker konflikterne mellem klinikerne og ledelsen. Tilstedeværelsen af mindre subkulturer på baggrund af de forskellige faggrupper på sygehusene er samtidig blevet anerkendt og anvendt i kvalitetsarbejdet, idet disse tidligere har skabt konflikter, hvorfor der nu ifølge undersøgelsen i stedet er udviklet én fælles kvalitetskultur, der er resultatet af en sammensmeltning af de hidtidige subkulturer (Barnett, Malcolm, Wright og Hendry 2004: 7). Til trods for bestræbelserne for at udvikle en kvalitetskultur bliver en sådan dog heller ikke her defineret yderligere.

Enkelte forsøg er dog gjort på at definere og behandle begreberne kvalitet og kvalitetskultur i organisationer på internationalt plan. Fra 2002 til 2006 er der gennemført et Quality Culture Project ved European University Association, hvor forskellige europæiske universiteter deltog, og hvor hovedformålet var at diskutere og fremkomme med forskellige typer af definitioner af begreberne kvalitet og kvalitetskultur, og strategier i relation til udviklingen af sidstnævnte, i organisationer generelt (EUA 2006: 1-9). Forskellige resultater er fremkommet, men fælles for dem alle er, at kvalitet betragtes som et relativt begreb i forhold til organisationens interne målsætninger, hvorved det anses som kulturelt og kontekstuel, og hvorfor det ikke vil være meningsfuldt at tilføje én fælles definition af kvalitet til forskellige typer af organisationer. Derimod må bestemmelsen af kvalitet fastsættes på baggrund af den enkelte organisations mission og målsætning (EUA 2006: 9). I forlængelse heraf fremhæves, at det netop er særligt hensigtsmæssigt for organisationer at lægge op til interne diskussioner af kvalitet i forhold til den specifikke organisation, hvilket kan fungere som et godt udgangspunkt for skabelsen og udviklingen af kvalitetskultur blandt organisationens medlemmer (EUA 2006: 10).

Med hensyn til kvalitetsbegrebet blev der dannet to forskellige tilgange hertil, hvor den ene vægter kvalitet i forhold til organisationens output, eksempelvis brugertilfredsheden, effektiviteten eller resultaterne. Heroverfor står en anden tilgang, der fokuserer på kvalitet i relation til processen i organisationen, herunder værdier, strukturer eller administrative procedurer. I forlængelse heraf fremhæves det endvidere, at for at opnå et fuldstændigt billede af organisationens kvalitet, er det ofte hensigtsmæssigt at inddrage begge tilgange i analysen (EUA 2006: 10).

Kvalitetskulturbegrebet var imidlertid sværere at definere, idet mange af deltagerne i høj grad tog denne definition for givet og derfor havde vanskeligt ved at udspecificere den. Resultatet blev dog en definition, der lyder:

”Quality culture refers to an organizational culture that intends to enhance quality permanently and is characterised by two distinct elements: on the one hand, a cultural/psychological element of shared values, beliefs, expectations and commitment towards quality and, on the other hand, a structural/managerial element with defined processes that enhance quality and aim at coordinating individual efforts” (EUA 2006: 10).

Dermed indebærer kvalitetskultur, ifølge denne definition, en kultur, der søger at fremme kvaliteten ved hjælp af både psykologiske aspekter såsom fælles værdisystemer, forventninger og forpligtelser eller engagement hertil, samt strukturelle og ledelsesmæssige aspekter med bestemte processer mod at fremme kvalitet og med det sigte at koordinere individuelle indsatser. Endvidere er det væsentligt at disse to aspekter sammenkædes ved hjælp af god kommunikation, diskussion og deltagelse i processerne på alle niveauer, hvorved udviklingen af kvalitetskulturen sker på baggrund af både top-down og bottom-up processer, hvorved medlemmer af organisationen, der befinder sig nederst i hierarkiet også udvikler et ejerskab og ansvar overfor udviklingen af kulturen (EUA 2006: 11). I forlængelse heraf er det videre essentielt, at alle medlemmerne af organisationen er bekendt med dennes mission og målsætning, og at organisationen samtidig afspejler denne (EUA 2006: 11). Endelig må omkostningerne ved kvalitetsarbejdet og udviklingen af kvalitetskulturen ikke overskygge organisationens oprindelige hovedopgave, og de skal nødvendigvis være kommensurable med resultaterne af indsatsen (EUA 2006: 12).

I Storbritannien anerkendes betydningen af kvalitetskultur også, og der har i de senere år været arbejdet med initiativer til at fremme udviklingen af kvalitetskultur i hele sundhedsvæsenet. Dette som følge af en holdning om, at arbejdet med kvalitet ikke får nogen betydningsfuld indflydelse, hvis ikke kulturen i organisationen bærer præg af et fremtrædende fokus på kvalitet (Stahr 2001: 174). Dette indebærer mere præcist en kultur, hvor alle medlemmer af organisationen er involverede og engagerede i at opnå et langvarigt højt kvalitetsniveau til gavn for både patienter, personale og samfundet, hvilket således udgør definitionen af kvalitetskulturen (Stahr 2001: 176). Samtidig betones vigtigheden af at identificere områder med forbedringspotentiale med det formål at skabe et miljø, hvor fejl og nærfejl registreres med mulighed for at lære heraf (Stahr 2001: 176, 180). Udviklingen af kvalitetskultur er blandt andet opnået ved at sætte initiativer til kvalitetsforbedringer centralt i hverdagens driftsmæssige aktiviteter, og ved at involvere alle organisationens medlemmer heri (Stahr 2001: 179). Herved skabes et fælles mål, hvormed individuelle præstationer træder i baggrunden til fordel for organisationens udvikling (Stahr 2001: 180).

I USA findes yderligere en række eksempler på, hvordan man har arbejdet med begrebet kvalitetskultur i praksis. Eksempelvis har to professorer på to forskellige universiteter i USA undersøgt kvalitetskulturerne på fire mindre virksomheder ud fra det perspektiv, at tilstedeværelsen af kvalitetskultur er en essentiel ingrediens i opnåelsen af organisationens kvalitetsmål. De har endvidere undersøgt kvalitetskulturerne blandt medarbejderne og ledelsen separat for at opnå kendskab til eventuelle forskelle heri, således at ledelsen kan planlægge og udvikle initiativer under hensyn til disse variationer (Watson og Gryna 2001: 48). Kulturbegrebet defineres her som et mønster af menneskelige vaner, rutiner og adfærd i en organisation, og i forlængelse heraf defineres kvalitetskultur som mønstre af menneskelige vaner, rutiner og adfærd vedrørende kvalitet (Watson og Gryna 2001: 41). Deres antagelse er, at for at udvikle en kvalitetskultur blandt medlemmerne må organisationen søge at fremme fem nøgleaspekter heraf. 1) Organisationen må skabe og bevare en bevidsthed omkring kvalitet, 2) organisationen må levere bevis på ledelsens førerposition indenfor kvalitet, 3) organisationen må opfordre til selv-udvikling og bemyndigelse, 4) organisationen må levere muligheder for, at de ansatte kan deltage for at

inspirere til yderligere handling og 5) organisationen må levere anerkendelse og belønninger (Watson og Gryna 2001: 42).

Et andet amerikansk eksempel er det kontinuerlige, anerkendte kvalitetsarbejde, som SSM Health Care de sidste 14 år har gennemført. Målet med arbejdet har især været at udvikle og opretholde kvalitetskultur i organisationen, kendetegnet ved kontinuerligt arbejde med at forbedre kvaliteten på sundhedsydelserne. Dermed betragtes kvalitetsarbejdet som en vedvarende proces og ikke et mål i sig selv. Holdningen er endvidere, at det er nødvendigt for en organisation at have en klar beskrevet mission til inspiration for medlemmerne, samtidig med at midlerne til opnåelsen af denne mission må være tydeligt beskrevet. Endelig er det vigtigt at medlemmerne af organisationen har mulighed for at se nøjagtigt, hvor og hvordan deres arbejde med kvalitet har en gavnlig effekt (Ryan 2004: 4). De strategier, der her er anvendt i arbejdet for at udvikle kvalitetskultur, er blandt andre, at de ledende medarbejdere skal indtage en styrende rolle i arbejdet, at fremhæve at kvalitet opnås af mennesker, at kvalitetsforbedringer kræver kulturelle forandringer, og at alle medlemmer af organisationen skal gennemgå et uddannelsesprogram, der udruster dem til kvalitetsarbejdet (Ryan 2004: 5). Samtidig lærte de i løbet af processen at sætte realistiske mål og forventninger til resultaterne og deres tidshorisont (Ryan 2004: 6).

I juli 2006 afholdtes i San Francisco et sundhedsforum, hvor en gruppe topchefer indenfor forskellige dele af det amerikanske sundhedsvæsen inviteredes til at deltage i en diskussion af deres individuelle holdninger og erfaringer i forbindelse med udviklingen af kvalitetskultur og læringsprocesser i forbindelse hermed (Wade 2006: 78). Kultur defineres her som et sæt af adfærdsnormer, der etableres i organisationen over tid. Samtidig har medlemmerne af kulturen en fælles mission og fælles værdier. Dermed kan organisationens ledelse påvirke kulturen ved at opnå forståelse for kulturens mission og værdier og forsøge at påvirke disse, hvorved første skridt i udviklingen af kvalitetskultur er at opnå kendskab hertil (Wade 2006: 79).

De centrale holdninger og praktiske erfaringer, der her blev fremhævet, er blandt andre, at ethvert sygehus har sin egen unikke kultur, som kan indeholde forskellige subkulturer på

baggrund af sygehusets enkelte afdelinger og faggrupper, samt endda på baggrund af køn, alder og helt ned til de enkelte vagthold på en afdeling (Wade 2006: 79-80, 86). Derfor vil det aldrig være meningsfuldt at udvikle én fælles kvalitetskultur til implementering på alle sygehuse til trods for, at de fleste sygehuse alle arbejder mod den samme målsætning omkring kvalitetsforbedringer (Wade 2006: 85). Endvidere er tilstedeværelsen af disse kulturer og subkulturer af største betydning, da deres indflydelse altid vil overgå betydningen af nye strategiers indflydelse, hvorfor det er vigtigt at udvikle kulturer med en positiv indstilling overfor arbejdet med kvalitet (Wade 2006: 80).

Yderligere er en væsentlig praktisk erfaring, at udviklingen af kvalitetskultur ikke udelukkende kan ske ved en top-down proces, da det er nødvendigt, at den nye kultur udgår fra toppen, men virkeliggøres på alle niveauer i hierarkiet, samtidig med at alle niveauerne får taletid og høres (Wade 2006: 80-81, 84). Eksempelvis kan topledelsen opstille deres forventninger, mens mellemlederne og de øvrige ansatte i fællesskab identificerer den konkrete mission, vision og værdier, samt hvordan disse opnås (Wade 2006: 84). Endelig indgår det som en del af en kvalitetskultur, at fejl og nærfejl indrapporteres med det formål at skabe et miljø med fokus på at lære heraf, hvilket vil sige et læringsmiljø, hvor organisationens medlemmer udnytter og lærer af hinandens individuelle kompetencer (Wade 2006: 81). Organisationens vision, hvilket vil sige målsætningen for organisationens udvikling, er desuden vigtig at formidle til alle organisationens medlemmer på en forståelig måde (Wade 2006: 83). Sluttelig er en væsentlig erfaring, at anerkendelse og belønning af et særligt veludført stykke kvalitetsarbejde i form af statussymboler, såsom priser eller lignende, er utrolig vigtigt for motivationen i forhold til det videre arbejde (Wade 2006: 87).

5.4 Konklusioner fra litteratur-review

5.4.1 Undersøgelsens relevans og antagelser

På baggrund af litteratur-reviewets udredning af den eksisterende nationale og internationale viden på området omkring kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, akkreditering samt organisationskultur og kvalitetskultur i organisationer, fremstår relevansen af undersøgelsens problemformulering. Af litteratur-reviewet fremgår det blandt andet, at der

eksisterer både nationale og internationale erfaringer, der henviser til, at begrebet om kvalitetskultur blandt medlemmer af en organisation er af væsentlig betydning at undersøge og udvikle, hvis sigtet er at skabe radikale forandringer, herunder kvalitetsudvikling, i organisationen. Samtidig er kvalitetskultur et vigtigt nøgleord i forhold til akkreditering, idet en eller flere af sådanne kvalitetskulturer skal være til stede, eller i det mindste udvikle sig løbende, blandt medlemmerne af organisationen, hvis målet er at opnå en succesfuld akkreditering. Hvad der mere præcist karakteriserer sådanne kvalitetskulturer defineres dog kun sjældent, hvorfor dette fremstår som en selvstændig opgave for den enkelte organisation. Endelig findes også den meget udbredte holdning, at der indenfor organisationer ofte eksisterer en række mindre kulturer, afhængigt af eksempelvis faggruppe eller hierarkisk placering, som på hver sin måde kan være henholdsvis fremmende eller hæmmende i forhold til arbejdet med kvalitet og i en akkrediteringsproces, hvorfor disse nødvendigvis må undersøges og tages i betragtning i relation hertil.

Til trods for disse betragtninger er det endnu relativt begrænset med empiriske eksempler på sådanne undersøgelser, der kunne bibringe yderligere viden omkring tilstedeværelsen og udviklingen af kvalitetskulturer i organisationer. Således er disse betragtninger og konkrete erfaringer med til at bekræfte relevansen af undersøgelsens problemformulering samt fremhæve vigtigheden af at foretage en sådan undersøgelse på især større og ældre typer af organisationer. Samtidig er informationerne fra litteratur-reviewet med til at understøtte gyldigheden af undersøgelsens to underliggende antagelser, hvoraf den første omhandler nødvendigheden af tilstedeværelse af kvalitetskultur i organisationer i forbindelse med en akkrediteringsproces, og den næste omhandler eksistensen af flere forskellige kulturer og/eller kvalitetskulturer i organisationer, eksempelvis på baggrund af faggruppe, afdeling eller hierarkisk placering. Undersøgelsens problemformulering lyder derfor, som tidligere nævnt som følgende:

- 1) I hvilken grad kan kvalitetskulturer siges at eksistere blandt ansatte på Sygehus Vendsyssel? Og findes der væsentlige forskelle i kvalitetskulturerne i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika?

- 2) Hvordan kan resultaterne af nærværende undersøgelse anvendes konstruktivt i en akkrediteringsproces?

5.4.2 Informationer fra litteratur-reviewet

Af litteratur-reviewet fremgår det indledningsvist, hvordan arbejde med kvalitet, kvalitetssikring og akkreditering både nationalt og internationalt efterhånden tildeles stor opmærksomhed indenfor en række forskellige områder, hvorfor en akkreditering forbindes med stor anerkendelse. Dette til trods for at der endnu ikke, hverken nationalt eller internationalt, er tilvejebragt evidens for en positiv effekt af akkreditering i forhold til kvaliteten på området. Alligevel synes arbejdet med akkreditering umiddelbart at skabe en række forbedringer for kvaliteten, i hvert fald hvis man spørger de direkte involverede i arbejdet.

Centralt i forbindelse med akkreditering fremstår kulturbegrebet indenfor organisationer, hvor tilstedeværelsen af flere forskellige kulturer blandt de ansatte kan bidrage som henholdsvis en fremmede eller hæmmende faktor for akkrediteringsprocessen. I relation hertil er der gennemført enkelte danske studier af netop kulturernes betydning for kvalitetsarbejde og akkreditering. Her er det eksempelvis blevet påvist, hvordan et kulturstudie af organisationer kan bidrage med relevante informationer i forbindelse med en udviklingsproces, og iværksættelse af forandringer, indenfor organisationer, hvilket er med til at bekræfte relevansen af nærværende undersøgelse. Videre har en anden undersøgelse konstateret, at netop tilstedeværelsen af forskellige kulturer indenfor en organisation på baggrund af de ansattes respektive faggrupper er med til at forårsage en stor del af de samarbejdsproblemer, der især finder sted indenfor netop sygehusorganisationer. Fagkulturernes modenhed og traditionsbundethed udgør især nogle af hovedproblemerne, hvor også andre væsentlige forskelle indenfor faggrupperne befinder sig. Eksempelvis findes der forskelle mellem faggrupperne i relation til deres mentalitet, værdier og normer samt målsætninger, hvilket blandt andet omhandler forskellige holdninger til et

tilfredsstillende arbejde, formålet med arbejdet samt personlige fremtidsmål med arbejdet. Omvendt findes der også ligheder mellem faggrupperne, såsom et fælles grundlæggende menneskesyn, der i høj grad er fordelagtigt i forhold til udvikling og forandring af organisationer. Således understøtter dette i høj grad nærværende undersøgelses antagelse om kulturelle forskelle mellem de ansatte, her på baggrund af faggruppertilhørsforhold.

I forlængelse af kulturbegrebets anvendelse findes også begrebet om kvalitetskultur, der synes at være anerkendt og ofte anvendt som et redskab i forbindelse med kvalitetssikring og akkreditering, men som ikke har været genstand for en behandling i forbindelse med empiriske undersøgelser. Dog synes der at være enighed, både nationalt og internationalt, om at kvalitetskultur nødvendigvis må være til stede i et vist omfang for at sikre en succesfuld akkreditering. I dansk regi anerkendes kvalitetskultur i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, der opstiller seks kendetegn for kvalitetskultur. Dette er særligt anvendeligt for nærværende undersøgelse, idet sådanne karakteristika eller indikatorer sjældent er formuleret, hvorfor disse er umiddelbart brugbare i en videre operationalisering af begrebet i et spørgeskema.

Internationalt anerkendes begrebet om kvalitetskultur også, og i Storbritannien arbejdes der kontinuerligt med at fremme udviklingen af en sådan indenfor hele sundhedsvæsenet. Dette ud fra en betragtning om, at kvalitetsarbejde ikke opnår nogen reel indflydelse på kvaliteten, hvis ikke selve kulturen eller kulturerne afspejler vigtigheden heraf, blandt andet ved at sætte kvalitet og kvalitetsfremmende arbejde centralt i kulturen og i det daglige arbejde. Heraf fremgår vigtigheden af, at kvalitet ikke blot italesættes som noget centralt i organisationen, men at kvalitet og kvalitetsarbejde bliver en integreret del af kulturerne og dermed blandt andet aktørernes værdier, normer og målsætninger.

På New Zealand er et tilsvarende arbejde igangsat med henblik på at forsøge at skabe en fælles kvalitetskultur i hele sundhedsvæsenet, da det anerkendes, at der i høj grad findes en lang række meget forskellige kulturer her indenfor. I relation hertil anerkender nærværende undersøgelse ligeledes tilstedeværelsen af en række forskellige kulturer indenfor en

organisation som Sygehus Vendsyssel, men i stedet for at behandle disse som én fælles kultur, hvilket i høj grad synes umuligt, idet forskellene mellem grupperne, efter vores mening, i mange tilfælde vil være for store til at kunne samles under én kultur, undersøges kvalitetskulturerne på Sygehus Vendsyssel i stedet med fokus på, hvordan disse konstruktivt kan arbejde positivt sammen i en akkrediteringsproces under hensyntagen til deres indbyrdes ligheder og forskelle.

I USA findes der ligeledes eksempler på, at kvalitetskultur indenfor organisationer diskuteres og undersøges blandt forskellige personalegrupper med fokus på, hvilke ligheder og forskelle der gør sig gældende mellem de forskellige kulturer, og hvordan disse kan have betydning for organisationens udvikling. Her er det særligt vigtigt i forhold til nærværende undersøgelse, at der er opstillet nogle klare strategier for, hvordan kvalitetskulturer successivt kan udvikles. Eksempelvis er det særligt centralt, at ledende personer indtager en styrende rolle, og at kvalitetsforbedringer kræver kulturelle forandringer. Videre er det væsentligt, at ledelsen opnår kendskab til og forståelse for de forskellige kulturers indhold, som et første skridt til at kunne påvirke disse i ønsket retning. Kulturelle forandringer må desuden ske ved hjælp af både en top-down og en bottom-up proces i organisationen. Yderligere er nogle af de praktiske erfaringer, at ethvert sygehus har sine unikke kulturer på tværs af organisationen, hvorfor udvikling af én fælles kvalitetskultur på alle sygehuse ikke kan lade sig gøre.

Endelig er det yderst vigtigt, at organisationens mission og målsætning, samt midler til opnåelse heraf, kendes af alle medarbejderne, og at kvalitetsbegrebet nødvendigvis må diskuteres og defineres i forhold hertil. Samtidig må kvalitetsarbejdet og akkrediteringsprocessen ikke overskygge kerneydelsen i organisationen. I forlængelse heraf fokuserer nærværende undersøgelse også på at afdække disse aspekter, herunder særligt hvorvidt ledelsen og diverse mellemledere er initiativrige og åbne for forslag til kvalitetsforbedringer og metoder hertil, samt medarbejdernes villighed og åbenhed overfor forandringer.

6. Teori

Besvarelse af undersøgelsens problemformulering forudsætter, at der indledningsvist foretages en redegørelse for, hvordan organisationer, som i dette tilfælde et sygehus, og kvalitetskulturer i undersøgelsen defineres og betragtes. Den følgende teoretiske analysediskussion bygger på Harald Enderuds (1987) tre meget forskellige perspektiver på konflikter i organisationer; henholdsvis et *harmonisk perspektiv*, et *rent konfliktperspektiv* og et tredje perspektiv benævnt *pluralistisk interessedemokrati*, hvor harmoni-perspektivet og det rene konfliktperspektiv udgør hinandens modsætninger, mens det pluralistiske interessedemokrati fremstår som et perspektiv midt imellem de to.

Enderud anvendes som teoretisk udgangspunkt, da hans meget konkrete diskussioner af de tre meget forskellige perspektiver og deres anvendelsesmuligheder vurderes at være yderst brugbare i forhold til nærværende undersøgelses fokus. Som følge af at Enderuds teoretiske betragtninger består af tre forskellige perspektiver på og tilgange til organisationer og konflikter i organisationer kan det endvidere fremhæves, at disse er at anse som tre videnskabsteoretiske ontologier, der tilsvarende kræver hver sin epistemologi, hvorved undersøgelsens teoretiske og videnskabsteoretiske udgangspunkt er tæt sammenhængende¹⁷.

Undersøgelsens teoretiske udgangspunkt udgøres af det pluralistiske interessedemokrati, der fremstår som det mest rammende perspektiv i forhold til at analysere en større organisation som et sygehus, bestående af adskillige meget forskellige aktørgrupper, der dagligt arbejder sammen og forhandler for at sikre organisationens funktioner og fremtidige beståen. I den senere diskussion præsenteres mere uddybende argumenterne for det valgte perspektiv, ligesom konsekvenserne af at indtage hvert enkelt perspektiv behandles og sættes i relation til en organisation som et sygehus. De tre perspektiver præsenteres indledningsvist i forhold til tre overordnede temaer; henholdsvis opfattelse af organisationer og aktørerne heri, opfattelse af konflikters natur og bearbejdningsformer i organisationer, og endelig forandringer i organisationer, hvorefter disse, som nævnt, relateres og diskuteres i forhold til

¹⁷ For en yderligere redegørelse for og diskussion heraf henvises til undersøgelsens kapitel om videnskabsteori.

en organisation som et sygehus. Sluttelig opsamles diskussionerne i en konklusion, hvor der redegøres for, hvordan det pluralistiske interessedemokrati mere præcist vil blive anvendt i nærværende undersøgelse, hvilket vil sige sammenhængen mellem det pluralistiske interessedemokrati og undersøgelsens kulturanalyse, samt i forlængelse heraf begrebsafklaringer af undersøgelsens centrale begreber.

6.1 Organisationer og aktører

6.1.1 Harmoni-perspektivet

Det harmoniske perspektiv betragter en organisation som en frivillig forening af aktører med fælles interesser og fælles mål, samt en fælles opfattelse af de korrekte midler til opnåelse af disse mål. Organisationen og dens aktører udgør en velintegreret enhed, hvor alle deltager aktivt i opfyldelsen af organisationens mål, og hvor aktørernes eventuelle særinteresser træder i baggrunden herfor (Enderud 1987: 47, 258). Harmoni-perspektivet lægger sig herved op af den strukturfunktionalistiske tankegang, hvor alle aktører indtager en særlig og uundværlig funktion, og hvor alles indsats tilsammen udgør et sammenhængende hele, der er mere end blot summen af de enkelte aktørers individuelle arbejde (Enderud 1987: 48). Aktørerne i en sådan organisation mister herved en del af deres individualitet til fordel for kollektivets fællesinteresser, hvor arbejdet med opfyldelse af disse til gengæld resulterer i, at aktørerne udvikler følelser af samhørighed og loyalitet, et tæt socialt netværk og i forlængelse heraf en stærk social kontrol for at sikre den stabile harmoni indenfor organisationen (Enderud 1987: 49). Den enkeltes magt og styrke ligger derfor i blot at være en del af kollektivet i organisationen, hvorved individets særinteresser, selvstændighed og identitet i høj grad træder i baggrunden eller helt forsvinder (Enderud 1987: 50, 259). De centrale værdier og målsætninger i en harmonisk organisation er derfor enhed, stabilitet, solidaritet, kollektivism og aktørernes loyalitet mod organisationen (Enderud 1987: 260).

6.1.2 Det rene konfliktperspektiv

Som kontrast til harmoni-perspektivet findes det rene konfliktperspektiv. En organisation betragtes ifølge dette perspektiv som bestående af to modstående grupper med uforenelige særinteresser, top overfor bund, hvor hver gruppes mål for organisationen og midler til opnåelse heraf er inkompatible og eksempelvis kan bunde i ideologiske forskelle, aktørforskelle eller andet (Enderud 1987: 89, 259). Fælles interesser i organisationen findes derfor ikke, hvorfor det ikke synes meningsfuldt at omtale organisationen som en helhed, idet organisationens fortsatte beståen kun skyldes en gensidig afhængighed mellem grupperne i forbindelse med toppens udbytning og undertrykkelse af samt manipulation med bunden (Enderud 1987: 259, 261). Aktørerne i organisationen kan derfor betragtes som modstandere i en konstant kamp om fordelingen af magt, ressourcer og diverse goder indenfor organisationen (Enderud 1987: 89). Grundlæggende værdier i organisationen relaterer sig til opnåelse af forandringer i organisationen i overensstemmelse med den enkelte gruppes særinteresser samt absolut loyalitet mod egen gruppe (Enderud 1987: 260). Som følge af disse betragtninger fremgår det, hvordan det rene konfliktperspektiv i høj grad lægger sig op af den marxistiske samfundsideologi, hvor netop den skæve magtfordeling i forbindelse med kapitalisternes udnyttelse af arbejderne, og disse to gruppers uforenelige interesser og gensidige afhængighed, er centrale elementer (Enderud 1987: 90).

6.1.3 Det pluralistiske interessedemokrati

Som et midterperspektiv mellem de to foregående findes endelig det tredje perspektiv; det pluralistiske interessedemokrati, som indeholder elementer fra harmoni-perspektivet såvel som det rene konfliktperspektiv. Her defineres organisationer som en principiel, frivillig forening af aktører eller mindre grupper med fælles interesser, som arbejder sammen hen imod opnåelse af fælles målsætninger for organisationen, såsom dennes fortsatte beståen, funktionel effektivitet, kvalitet og vækst (Enderud 1987: 124, 259). Samtidig er aktørerne i besiddelse af subjektive særinteresser, som de ligeledes søger tilgodeset indenfor organisationens rammer, hvorved samarbejdet mellem aktørerne både bærer præg af harmoni og konflikter, som herved tilsammen danner udgangspunkt for organisationens

opbygning og organisering (Enderud 1987: 123). Samarbejdet i organisationen indgås videre af aktørerne ud fra en holdning om, at særinteresser bedre kan opfyldes ved hjælp heraf, i modsætning til at stå alene, og herved kan fællesinteresserne forstås som midler til opfyldelse af aktørernes særinteresser, til trods for at fællesinteresserne med tiden kan opnå status som en værdi i sig selv (Enderud 1987: 126). Særinteresserne udgøres af aktørernes virkelighedsopfattelser, værdier, målsætninger, midler og præferencer og kan eksempelvis relatere sig til fordeling af materielle og immaterielle goder, såsom løn, personlig status, magt eller jobindhold, hvilke alle kan være individuelle interesser eller interesser, som aktøren har til fælles med en mindre gruppe (Enderud 1987: 125, 259).

Disse særinteresser kan endvidere være opstået på baggrund af individuelle medfødte forskelle mellem aktørerne eller disses personlige opvækst, uddannelse, erfaringer eller anden socialisering i mindre kulturer (Enderud 1987: 125-126). I forlængelse heraf danner aktørerne videre mindre grupper eller kulturer indenfor organisationen på baggrund af fælles særinteresser, som desuden kan overlape hinanden, hvorved aktørerne kan indgå i flere grupper eller mindre kulturfællesskaber på samme tid, hvori der med tiden udvikles venskabeligheds-, samhørigheds- og solidaritetsfølelser mellem aktørerne. Af den grund kan en aktør også have særinteresser, som kan være mere eller mindre modstridende afhængigt af, hvilken gruppe aktøren føler det største tilhørsforhold til (Enderud 1987: 128). Som følge af at særinteresserne i høj grad relaterer sig til personlige, individuelle karakteristika, samtidig med at nye medlemmer af organisationen og de mindre grupper kan indtræde, kan sær- og fællesinteresserne videre forandres eller udvikles over tid (Enderud 1987: 128).

Aktørerne indenfor en organisation præget af det pluralistiske interessedemokrati er herved typisk inddelt i en række mindre grupper eller kulturer, der både kan eksistere horisontalt og vertikalt internt i organisationen såvel som eksternt med aktører udenfor organisationens rammer, afhængigt af særinteresserne (Enderud 1987: 133). I det daglige samarbejde mellem aktørerne og/eller grupperne, kan disse endvidere indtage forskellige roller, som henholdsvis *partisan* der plejer egne interesser, som *mægler* der plejer både fælles- og særinteresser, som *helhedsforvalter* der plejer fællesinteresserne, eller som *udenforstående*

der på neutral vis holder sig uden for konflikterne og indtager rollen som observatør. I praksis indtager aktørerne dog oftest en kombination af disse roller i forskellige situationer (Enderud 1987: 133). Værdierne i organisationen udspringer af en holdning om det gavnlige i, at individer er forskellige og har forskellige udgangspunkter til gavn for organisationen, hvorfor de centrale værdier udgøres af produktionseffektivitet, demokrati, humanisme og en blanding mellem individualisme og kollektivism (Enderud 1987: 260). Ideologien bag det pluralistiske interessedemokrati er endelig en social-liberal pluralisme, hvor det liberale aspekt fremgår af den principielle frivillighed, som aktørerne deltager i organisationen med, samtidig med mulighederne for at opfylde individuelle mål og værdier her inden for. Det sociale aspekt består videre i, at der trods alt eksisterer et demokratisk og humanistisk sikkerhedsnet for aktørerne samt organisatoriske spilleregler (Enderud 1987: 129).

6.2 Konflikter og konfliktløsninger i organisationer

I det følgende diskuteres de tre perspektiver i relation til dels perspektivernes forståelse af konflikters natur og dels perspektivernes forståelse af bearbejdningsformer for konflikter.

6.2.1 Harmoni-perspektivet

Såfremt konflikter overhovedet opstår i harmoni-perspektivet, opfattes disse som unormale og isolerede hændelser produceret af ildesindede individer eller ekstreme grupper, i et system der ellers er kendetegnet ved stabilitet (Enderud 1987: 51) og et lavt konfliktniveau, latent såvel som manifest (Enderud 1987: 258). Der er oftest tale om pseudo-konflikter, som bunder i misforståelser som følge af manglende kommunikation mellem de respektive aktører, og disse konflikter løses således, så snart parterne opnår fuld information og i kraft heraf opnår indsigt i sagens rette sammenhæng. Derudover kan der være tale om rolle/norm- og sagskonflikter, hvorimod mål- og fordelingskonflikter indtager en mere perifer plads (Enderud 1987: 51).

Konflikter er i sig selv uønskede og til tider skændige forstyrrelser af systemets harmoni, som hurtigst muligt må ryddes af vejen, idet de midlertidigt bringer systemet ud af dets

ligevægt. Hvor denne systemlogik gælder for interne konflikter i systemet, der altså betragtes som midlertidige sygdomstegn, er systemets logik i relation til omverdenen at rykke sammen og danne fælles front mod eksterne materialistiske eller ideologiske trusler, idet forholdet til omverdenen ofte er præget af lukkethed og grundlæggende konflikter (Enderud 1987: 51f).

Idet strukturen i systemet betragtes som velfungerende, er der i tilfælde af konflikter tale om konflikter af operativ frem for strukturel karakter, og midlet til at bringe systemet i balance igen hurtigst muligt er derfor blandt andet at foranstalte kommunikations-strategier og interventioner overfor ophavsmændene til konflikterne, *afvigerne*. Disse betragtes som afvigere, fordi de afviger fra de regler, normer og alment accepterede rolleforventninger, der hersker inden for systemet, og som udgør grundlaget for systemets stabile ligevægt (Enderud 1987: 52).

Når individer eller grupper afviger fra rolleforventningerne til dem og herved bringer systemet i midlertidig uligevægt, udløser dette modforanstaltninger i form af korrigerende sanktioner, hvis formål er at bringe systemet tilbage i den stabile ligevægt. Sanktionerne kan være af indirekte eller direkte karakter, og kan være rettet mod aktører eller relateret til sager. Over for *aktørerne* kan sanktionerne blandt andet bestå i tilrettevisninger i det daglige arbejde, trusler, social eksklusion og udelukkelse fra kollektive beslutningsprocesser, forflytning, disciplinærsager, afskedigelse med mere. Typisk vil mere konfliktslørende sanktioner dog anvendes før mere formelle og håndfaste sanktioner (Enderud 1987: 52f). Gående fra mere bløde til gradvist hårdere sanktioner, vil systemet herved i videst mulige omfang forsøge at resocialisere afvigerne, men lykkes dette ikke, udstødes disse. Omvendt søges konflikter relateret til *sager* blandt andet bearbejdet ved hjælp af problemløsning i form af søgning efter optimale alternativer samt bureaukratisk regel anvendelse indebærende markant standardiserede procedurer og udfaldsmuligheder til gavn for øget forudsigelighed og retssikkerhed (Enderud 1987: 53).

Grundlæggende vælges dog den eller de konfliktbearbejdningsstrategier, som sikrer den hurtigste behandling og det laveste niveau hvad angår konfliktomkostninger og konfliktmanifestation. Da konflikter til tider nemmere kan ”objektiveres” via saglighed, vil

den foretrukne konflikt-bearbejdningsstrategi oftere være sagsorienteret end aktørorienteret (Enderud 1987: 53).

6.2.2 Det rene konfliktperspektiv

Essensen i det rene konfliktperspektiv omhandler de vertikale konflikter, konflikter mellem ”under- og overklassen” (Enderud 1987: 258), hvorimod horisontale konflikter internt inden for underklassen er udtryk for pseudokonflikter foranlediget af overklassens manipulation (Enderud 1987: 93). I et organisatorisk perspektiv kan konflikter mellem over- og underklasse sidestilles med konflikter mellem top og bund inden for den enkelte organisation, hvorfor de to klasser i det følgende benævnes top henholdsvis bund. I den marxistiske tradition betragtes horisontale konflikter internt inden for toppen ligeledes som iscenesatte skinkonflikter, der eksempelvis kan udspille sig mellem medlemmer af den samme klan eller blot kan omhandle toppens eksistentielle luksusproblemer (Enderud 1987: 93). Dog kan toppens aktører udkæmpe reelle kampe mod hinanden i konkurrence om råstoffer, markedsandele med mere, men oftest vil bunden ikke have gavn af sådanne reelle konflikter mellem aktører inden for toppen, idet disse ofte blot vil medføre ”elitecirkulation” internt her inden for. Tværtimod kan negative følger af kampe mellem aktører inden for toppen som konkurser, afsætningskriser eller krige ramme bunden hårdere end toppen, da de har færre ressourcer at falde tilbage på.

Centralt i det rene konfliktperspektiv er overbygningens struktur, idet denne i et marxistisk perspektiv udgør præmisserne for fordelingen mellem top og bund og som følge heraf præmisserne for de operative og fordelingsmæssige konflikter i basis, idet overbygningen forudsættes at dominere basis på en deterministisk måde, der altid er til fordel for toppen. Systemet er herved fundamentalt opdelt i to modstående og uforenelige lejre (Enderud 1987: 258), men modsætningsforholdende mellem disse to lejre kan via strukturel eller metastrukturel magt godt være skjult i strukturerne eller aktørernes bevidsthed (Enderud 1987: 94). Selv om det latente konfliktstof altså er stort (Enderud 1987: 258), manifesterer latente konflikter sig derfor ikke så nemt, hvilket ofte er til gavn for toppen (Enderud 1987:93f), som qua gruppens gunstige position ikke er interesseret i konflikter med bunden,

der til gengæld kan forvente at drage fordel af sådanne konflikter qua gruppens underprivilegerede situation, hvorfor bunden typisk vil stille sig positivt overfor konflikter (Enderud 1987: 94).

I et kapitallogisk perspektiv er den væsentligste kim til konflikter pengeøkonomien selv i form af ejendomsforhold og forvaltningen af disse, men som andre strukturelle forklaringer anføres ligeledes den blotte størrelse, hierarkiske opbygning og bureaukratisering af systemer som i sig selv potentielle årsager til konflikt, idet bundens aktører ledes ud i trivialiseret arbejde, social isolation og magtesløshed som følge af systemernes arbejdsdeling, differentiering og stordriftsteknologi (Enderud 1987: 94f).

I det rene konfliktperspektiv karakteriseres konfliktbearbejdning af fire centrale træk, hvoraf det første omhandler parternes kompromisløse kamp for at overløste, overvinde, nedkæmpe eller modarbejde hinanden (Enderud 1987: 95). Hensigten helliger midlet og de valgte strategier kan derfor indebære trusler, bluff, voldelige konfrontationer, revolutionære aktioner og først og fremmest handling frem for tale. Eksempler på denne konfliktbearbejdningsform er langvarige og voldelige strejker, lock-outs samt fysiske blokader (Enderud 1987: 95).

Et andet karakteristisk træk ved konfliktbearbejdning i det rene konfliktperspektiv er magtbegrebets nøgleposition. De respektive parter anskues nemlig, at de uden besiddelse af magt tromles ned af modparten, hvorfor parterne i deres magtfiksering anlægger strategier, der kan opbygge, fastholde og styrke deres position (Enderud 1987: 95f).

Et tredje karakteristisk træk ved konfliktbearbejdning i det rene konfliktperspektiv er parternes modvilje mod samarbejde med modparten, idet dette anses som moralsk forkasteligt og strategisk uhensigtsmæssigt. I et marxistisk perspektiv anskues dette således at være på det eksisterende systems og dermed toppens præmisser (Enderud 1987: 96), hvorved konfliktstoffet sløres frem for bearbejdes og undertrykkelsen herved kan fortsætte. Endelig er et fjerde væsentligt træk ved konfliktbearbejdning i det rene konfliktperspektiv parternes fokus på under en lang konflikt til stadighed at trække fronterne op og opretholde

konfliktniveauet (Enderud 1987: 97). Til at sikre dette kan anlægges forskellige strategier, som blandt andet kan bestå af totalitære styrings- og kontrolforanstaltninger internt, at anlægge en uforsonlig linie overfor modparten, til stadighed at blive ved med at tirre og genere modparten, at indtage de modsatte synspunkter af modpartens samt at operere ud fra en entydig ven/fjende opdeling (Enderud 1987: 98).

6.2.3 Det pluralistiske interessedemokrati

I det pluralistiske interessedemokrati bunder konflikter dels i, at aktørerne ved indtrædelsen i det organisatoriske samarbejde oprindeligt har særinteresser, som har rod i deres forskellige baggrunde, uddannelser og behov, og dels opstår konflikterne undervejs i samarbejdet som følge af knappe ressourcer, funktionelle afhængigheder, ulige roller og arbejdsfunktioner med mere (Enderud 1987: 142). I det pluralistiske interessedemokratis perspektiv vil konflikter derfor automatisk foreligge, så længe rammerne og målet for samarbejdet samt fordelingen af gevinster og omkostninger ved samarbejdet ikke er defineret, og konflikter i det pluralistiske interessedemokrati er, sammenlignet med konflikter i de to øvrige perspektiver, derfor mere sammensatte.

Konflikter opfattes dog som noget positivt, der sikrer udvikling i organisationen, og som en organisatorisk normaltilstand, som er produktet af arbejdsdeling, forskelligheder (eller ligheder), knaphed, genforhandling og andre ændringer. Herved betragtes konflikter overordnet som et nødvendigt onde, der indebærer både positive og negative virkninger, hvoraf de negative eksempelvis omhandler relationerne mellem aktører, den kortsigtede produktivitet samt systemets stabilitet. Negative virkninger af konflikter kan videre bestå i ustabil eller afbrudt produktion, faldende produktionskvalitet, øget sygefravær, hyppigere personaleudskiftning, belastede samarbejdsforhold, aggressioner samt angst, tvivl og stress med mere (Enderud 1987: 149). Samtidig kan konfliktprocesser dog også have positive funktioner/virkninger, idet disse kan medvirke til at opbygge rammen for det daglige samarbejde og den senere konfliktbearbejdning, eksempelvis ved at de respektive parter etablerer nye forbindelser til hinanden som følge af konflikterne. Herved kan konflikter

også være en proces, hvorigennem de respektive parter lærer at handle og forhandle strategisk eller håndtere senere konflikter og herved lærer noget om, hvorledes systemet fungerer. Åbne konflikter kan være en nødvendig forudsætning for, at et pluralistisk system fungerer, idet sådanne konflikter kan være med til at afdække eksisterende magtforhold og eventuelle magtmisbrug, og i forlængelse heraf kan medvirke til at sådanne skævvredne magtforhold udjævnes (Enderud 1987: 150). Endvidere kan konflikter være med til at stimulere aktørernes fantasi og dermed skabe grobund for innovation til gavn for fællesinteresserne.

I det pluralistiske interessedemokratis perspektiv kan der for det første foreligge *blandede konflikt- og harmonisituationer* som følge af en blanding af fælles- og særinteresser, hvor konflikternes omfang er bestemt af omfanget af modsætningerne mellem de forskellige særinteresser samt størrelsen af parternes særinteresser sammenlignet med fællesinteresserne (Enderud 1987: 142).

Derudover kan der foreligge *horisontale eller vertikale konflikter*, såfremt et formelt eller uofficielt hierarki er til stede, men ofte er konflikterne en *blanding af horisontale og vertikale konflikter*. De vertikale konflikter mellem ledere og medarbejdere, der udspringer af koordineringsproblemer som følge af arbejdsdelingen, kan også typisk involvere mellemledere, som står i et splittet loyalitetsforhold mellem den øverste ledelse og de menige medarbejdere, hvilket kan være med til at sløre eller opbløde den grundlæggende konflikt mellem top og bund (Enderud 1987: 143). Derudover kan koordineringsproblemer som følge af arbejdsdelingen også danne grundlag for horisontale modsætninger og konflikter, der ofte omhandler konkurrence mellem linieledere på samme niveau, der konkurrerer om budgetter, magt, prestige, advancement med mere (Enderud 1987: 143ff).

Endvidere vil konflikterne i det pluralistiske interessedemokratis perspektiv ofte være en *blanding af flere forskellige konflikttyper*, hvilket indebærer både vurderings- og fordelingskonflikter, som kan være strukturelle såvel som operative, intrapersonelle såvel som interpersonelle, intraorganisatoriske såvel som interorganisatoriske samt altså horisontale eller vertikale. Aktørerne kan derfor have flere forskellige typer af indbyrdes

konflikter, ligesom en given konfliktrelation ofte vil indeholde flere konflikttyper (Enderud 1987: 145).

Derudover er konfliktfronterne ofte flydende, idet disse ofte indeholder *mange dimensioner og er indbyrdes krydsende og varierende over tid*, da aktørerne kan have forskellige særinteresser til fælles med forskellige aktører. Således kan en modpart i én konflikt samtidig være medpart i en anden konflikt (Enderud 1987: 147). Herved kan en mangfoldighed af konfliktfronter være medvirkende til at udgøre en balancerende mekanisme i systemet ved at modvirke splittelse langs én akse, hvorved konflikter i et pluralistisk perspektiv kan virke integrerende. Dette forekommer dog i højere grad at være tilfældet for operative frem for strukturelle konflikter, idet parterne i konflikter af operativ karakter oftere står tættere på hinanden, end det er tilfældet i strukturelle konflikter (Enderud 1987: 147f).

I det pluralistiske interessedemokratis perspektiv omhandler et af hovedpunkterne i relation til konfliktbearbejdning revurderinger og genforhandlinger af sociale kontrakter, hvilket indebærer, at mål og midler, rolleforventninger, arbejdsdeling, magtrelationer og bidrags/belønningsbalancen revurderes enten løbende gennem det daglige samarbejde og de operative konflikter, eller revurderes i større klumper, typisk som strukturelle konflikter (Enderud 1987: 154).

Endvidere er et andet hovedpunkt i konfliktbearbejdningen det modsætningsfyldte samarbejde, hvor parterne mere eller mindre frivilligt søger at håndtere konflikter i fællesskab, da de oplever sig som gensidigt afhængige (Enderud 1987: 155). Det modsætningsfyldte samarbejde kendetegnes dermed ved, at parterne, uanset omfanget af fællesinteresser, diskuterer, hvad der skal gøres, uden nødvendigvis at træffe fælles beslutninger. Det modsætningsfyldte samarbejde kan derfor undertiden blot omhandle, at parterne udfærdiger de rammer, som konflikterne kan udspille sig inden for (Enderud 1987: 155).

Et tredje aspekt ved konfliktbearbejdningen i det pluralistiske interessedemokrati, er den institutionaliserede samarbejdsramme for (kollektive) beslutningsprocesser, som indebærer

rammer og spilleregler for, hvilke organer og aktører der skal tage sig af hvilke konfliktemner, samt hvornår og hvorledes konfliktbearbejdningen skal foregå (Enderud 1987: 155f). Parterne accepterer dels denne institutionaliserede samarbejdsramme af hensyn til produktionens opretholdelse, da denne udgør det fælles eksistensgrundlag, og dels accepterer parterne den institutionaliserede samarbejdsramme, idet denne modvirker, at konflikterne optrappes til et niveau, hvor fremtidigt samarbejde ikke længere er muligt (Enderud 1987: 156f). Desuden accepterer parterne den institutionaliserede samarbejdsramme af hensyn til at have nogle fremtidige retningslinier og spilleregler for lignende konflikter, ligesom parternes accept af en sådan institutionaliseret konfliktbearbejdning, og herigennem sværger til demokratiet, udgør det måske mest centrale træk ved det pluralistiske interessedemokrati i det hele taget (Enderud 1987: 157).

Et fjerde hovedaspekt ved konfliktbearbejdning i det pluralistiske interessedemokrati omhandler at vurdere og ændre de institutionaliserede samarbejdsrammer, således at systemet kan fungere bedre og i større overensstemmelse med en ideal pluralistisk model. Systemet fungerer nemlig sjældent efter idealmodellen, idet de institutionaliserede spilleregler eksempelvis kan være forvredet for meget i på den ene side liberalistisk og på den anden side bureaukratisk retning (Enderud 1987: 157), og herved kan aktørerne have forskellige holdninger til, hvor omfattende disse forvridninger reelt er, hvor omfattende de bør tillades at være, samt hvorledes idealmodellen reelt bør se ud.

Et femte aspekt af konfliktbearbejdning i det pluralistiske interessedemokrati omhandler, at konfliktbeslutninger udgør totale beslutningsprocesser, hvor det ikke er nok kun at se på den snævre, rationelle beslutningsproces i form af problemformulering, søgning efter alternativer, konsekvensvurdering og valg af endelig beslutning, men hvor selv beslutningsbegrebet må udvides til også at omhandle forskellige konfliktbærende aspekter.

Endelig er et sjette og sidste aspekt af konfliktbearbejdning i det pluralistiske interessedemokrati, at viften af mulige beslutningsmodeller som følge af en kompleks konfliktvirkelighed, er bredere, end hvad der er tilfældet for harmoni-perspektivet og det rene konfliktperspektiv (Enderud 1987: 161).

6.3 Forandring i organisationer

Det sidste emne i behandlingen af undersøgelsens teoretiske diskussion omhandler de tre forskellige perspektivers syn på, hvordan organisationer forandrer og udvikler sig som følge af eksempelvis indbyrdes konflikter eller eksterne krav fra samfundet.

6.3.1 Harmoni-perspektivet

Indenfor det harmoniske perspektiv på organisationer hører de større, radikale forandringer til sjældenhederne, som følge af at bevarelse af den stabile og harmoniske tilstand i form af status quo konstant efterstræbes af samtlige aktører. Derfor vil de typiske resultater af eventuelle sjældne konflikter bestå af de ”rigtige” løsninger, der opretholder stabiliteten og ligevægtstilstanden i organisationen, samtidig med at der blandt aktørerne altid søges opnåelse af bred enighed og opbakning herom, således at den fælles holdning og vilje i kollektivet består (Enderud 1987: 55, 265). Til trods herfor er harmoni-perspektivet dog ikke fuldstændig afvisende overfor forandringer i organisationer. Disse finder dog primært sted som følge af, at systemet langsomt og gradvist udvikler sig i overensstemmelse med ledelsens fortolkning af den kollektive fællesvilje, idet organisationen forandrer sig fra én stabil tilstand til en ny. Dermed finder ændringer sted, men indenfor nogle faste rammer med regulering og orden (Enderud 1987: 55, 266).

Som følge heraf skyldes forandringer i organisationer ikke direkte de få konflikter, der måtte opstå, men derimod en naturlig udviklingsproces i organisationen i overensstemmelse med fællesviljens ønsker. I forlængelse heraf efterstræbes dog stadig en opretholdelse af de grundlæggende elementer i organisationen, og aktørerne vil oftest forholde sig tøvende, eller måske direkte afvisende, overfor radikale ændringer, der forårsager for megen forstyrrelse i organisationens harmoniske tilstand (Enderud 1987: 56).

Endvidere kan det fremhæves, at en af årsagerne til, at radikale forandringer oftest møder modstand af aktørerne i det harmoniske perspektiv, er den strukturfunktionalistiske tankegang, som ligger implicit i perspektivet. Her vægtes, som tidligere beskrevet,

systemets logiske og fornuftige opbygning, hvor samtlige aktører har sin uundværlige funktion i systemet, hvorfor forandringer heri vil synes ulogiske og direkte uforståelige (Enderud 1987: 56). Herved er selve den bagvedliggende ideologi i harmoni-perspektivet en direkte årsag til, at forandringer og ændringer i organisationer skyes.

6.3.2 Det rene konfliktperspektiv

Forandringer og ændringer i organisationer er, ifølge det rene konfliktperspektiv, det mål, som aktøerne hver især kæmper for at opnå i overensstemmelse med deres særinteresser. Som følge af at aktørernes særinteresser er uforenelige, vil der altid være en klar vinder og en klar taber i disse magtkampe, som konflikterne kan betragtes som, hvor vinderens særinteresser tilgodeses og taberen enten må forlade organisationen eller acceptere isolation og udnyttelse fra vinderens side (Enderud 1987: 99). Dermed er kompromiser ikke reelle løsningsmuligheder på konflikterne, og i tilfælde hvor ingen af parterne umiddelbart er stærke nok til at vinde konflikten, fortsætter denne, indtil en af parterne ikke længere har tilstrækkelige ressourcer til at fortsætte yderligere (Enderud 1987: 265). Aktøerne i bunden af hierarkiet anser dermed større strukturelle omvæltninger og forandringer som nødvendige for at opnå opfyldelse af særinteresser, og konflikter anses som et nødvendigt middel hertil, hvorfor andre opgaver, der ikke kan føre til samme resultat, betragtes som tidsspilde (Enderud 1987: 266). Herved lægges op til mere radikale forandringer i organisationen, som resultat af disse konflikter og magtkampe, hvorved det rene konfliktperspektiv, i modsætning til harmoni-perspektivet, indebærer efterstræbelse af omfattende forandringer til gavn for kun få af aktøerne (Enderud 1987: 100).

6.3.3 Det pluralistiske interessedemokrati

I forhold til resultaterne af konflikter og ændringsprocesser i organisationer tilstræbes oftest opnåelse af enighed gennem kompromiser mellem parterne, hvorved parterne i praksis, men ikke nødvendigvis ideologisk, tilnærmer sig hinanden af hensyn til det videre samarbejde (Enderud 1987: 162). Herved vil de fleste konflikter oftest resultere i, at begge parter går

derfra med en tilfredshedsfølelse, og kun i sjældne tilfælde ender konflikten med kun én vinder og én taber i situationer, hvor der er tale om en ”hjertesag” for en af parterne (Enderud 1987: 162). I sådanne tilfælde vil konsekvenserne dog ikke være så alvorlige som ved det rene konfliktperspektiv, hvor en af parterne enten må forlade organisationen eller acceptere udnyttelse af ”vinderparten”, idet der her stadig er tale om en form for kompromis, der indebærer, at den ”tabende” part i stedet får en fordel i en eventuel senere konflikt, hvorved begge parter alligevel i sidste ende opnår fordele ved konflikterne. På samme måde som ved det rene konfliktperspektiv, vil konflikterne i det pluralistiske interessedemokrati omhandle modstridende ønsker om større forandringer indenfor organisationen, opretholdelse af status quo eller indførelse af nye måder, hvorpå de eksisterende forhold kan organiseres og struktureres i mindre omfang (Enderud 1987: 167).

Som oftest vil det desuden være systemets institutionalisering eller fællesinteresserne, der søger at bibeholde status quo, mens særinteresserne eller krav fra omverdenen trækker i retning af større forandringer i organisationen (Enderud 1987: 168). Konflikterne vil derfor oftest føre til ændringer i organisationen, men som følge af at udfaldet af konflikterne oftest er kompromiser mellem de modstridende parter, vil disse ændringer oftest være mindre radikale eller af mindre omfang. Samtidig kan udviklingen eller forandringsprocessen i organisationen endvidere, på grund af kompromiserne, beskrives som en form for zig-zag-udvikling, idet denne sjældent vil tage form af en retlinet fremadskridende udvikling (Enderud 1987: 167).

Endelig kan ønsket og initiativet om ændringer opstå og udgå fra forskellige steder; henholdsvis ovenfra som eksterne krav eksempelvis i forbindelse med ny lovgivning, teknologi eller nye værdier og normer, neden fra i forbindelse med samfundsbevægelser eller fra siden i form af interne kollegiale initiativer, såsom utilfredshed med ledelse, de fysiske rammer eller usikkerhed om eksempelvis organisationens målsætning eller fremtid (Enderud 1987: 167-170). Hvorfra forandringerne opstår har imidlertid betydning for organisationens aktører, idet eksterne krav om forandring oftest vil medføre et større internt sammenhold blandt aktørerne, der for en tid vil glemme eksisterende interne konflikter og

søge at stå sammen om den udefrakommende fælles ”fjende”, der opfattes som en trussel mod organisationen. Opfattes disse eksterne krav af aktørerne dog modsat som gunstige for organisationen, kan eventuelle interne konflikter opstå, da enkelte aktører vil søge at drage fordel heraf, som følge af at det for en tid kan være svært at overskue forandringens omfang og konsekvenser (Enderud 1987: 171).

6.4 Diskussion af perspektiverne i relation til sygehusorganisationen

I det følgende vil de tre perspektiver på organisationer blive diskuteret i relation til en organisation som et sygehus, idet konsekvenserne af at indtage hvert enkelt perspektiv i forhold til nærværende undersøgelse, fremhæves og diskuteres. Dette som følge af at måden, hvorpå selve organisationen defineres og betragtes, har betydning for, hvorledes kulturanalysen udformes. Det skal dog forinden påbegyndelsen af ovennævnte diskussion tilføjes, at en anden måde, hvorpå de tre perspektiver på organisationer kan betragtes, er som tre tidsmæssige tilstande i en kontinuerlig udviklingsproces af eksempelvis sundhedsvæsenet og sygehusvæsenet.

6.4.1 Harmoni-perspektivet i relation til et sygehus

Indtages et harmonisk perspektiv i en kulturanalyse af en organisation som et sygehus, betyder dette, at sygehuset betragtes som en meget homogen, stabil og harmonisk organisation, hvor alle aktører, i form af diverse faggrupper og afdelinger på alle niveauer i hierarkiet, arbejder sammen omkring opnåelse af ét fælles mål ved hjælp af én fælles forståelse af, hvad der er de rette midler hertil. Samtidig indebærer det harmoniske perspektiv, at alle sygehusansatte kun vægter sygehusets fællesinteresser og altså ikke er præget af personlige særinteresser, eksempelvis afhængigt af faggruppe, afdeling eller personlige mål såsom opnåelse af prestige, højere løn eller magt, som kan forårsage forstyrrelser af kollektivets fælles interesser, af følelserne af loyalitet overfor kollektivet eller af opnåelsen af organisationens overordnede målsætninger. Den strukturfunktionalistiske tankegang vil derved vise sig, idet alle aktørerne samarbejder som

én enhed omkring opnåelse af det fælles mål at få patienten til ikke længere at have status af at være patient. Dermed vil harmonien vise sig ved, at alle faggrupper arbejder i forlængelse af hinanden med diagnosticering, behandling og rehabilitering eller genoptræning af patienten, med henblik på at denne kan udsluses fra sygehusets verden. Dermed bliver alle faggrupper en uundværlig del af systemet og tilsammen danner de en sammenhængende enhed, hvor fokuset på patienten udgør omdrejningspunktet. Herved sættes patienten i dette perspektiv i højsædet i forhold til organisationens og aktørernes arbejde¹⁸.

I forlængelse heraf kan det dog argumenteres, at et perspektiv indebærende, at alle faggrupper og afdelinger på et sygehus kun har fokus på fællesinteresser i organisationen, og at patienten altid placeres i centrum, kan forekomme naivt. Dette især som følge af at et sygehus netop er en organisation karakteriseret ved at være sammensat af adskillige meget forskellige faggrupper, som hver vil have sin egen faglige tilgang og holdning til, hvordan en patient på optimal vis kan og burde behandles, samtidig med at sygehuset har en meget hierarkisk struktureret opbygning. En sådan organisation vil derfor uundgåeligt indeholde konflikter af varierende omfang, såvel horisontalt mellem afdelingerne og/eller faggrupperne som vertikalt i hierarkiet.

At konflikter i harmoni-perspektivet blot betragtes som pseudokonflikter, der bunder i manglende kommunikation og misforståelser, forekommer derfor at være en snæversynet og lidt naiv optik i relation til en stor og differentieret organisation som et sygehus, hvor det må antages, at konflikter ofte bunder i mere end blot manglende eller fejlslagen kommunikation. Eksempelvis kan der på et sygehus ofte være tale om mål- og fordelingskonflikter, afdelinger og faggrupper imellem, som ikke blot er af midlertidig karakter, og som i harmoni-perspektivet blot tildeles en perifer position. Harmoni-perspektivets betoning af at ophavsmænd til konflikter er decideret ildesindede eller ekstreme grupper inden for systemet, forekommer i relation til et sygehus og dets personale alt for idealtypisk og overdrevet, idet der kan argumenteres for, at ildesindede

¹⁸ Harmoniperspektivet, og herunder også patientens rolle her indenfor, kan desuden siges at lægge meget tæt op af Parsons medicinske sociologi. Parsons betragter den medicinske profession som uegennyttig, neutral overfor patientens karakteristika, med kun kollektivets bedste for øje uden at være styret af særinteresser. Som følge heraf defineres patienten, og behandling af patienten, desuden som lægens absolutte hovedinteresse og mål for arbejdet, hvilket er til gavn for hele samfundet (White 2006:106-107).

individer og ekstreme grupper vil have meget svært ved at være en del af og kunne eksistere indenfor en sygehusorganisation og blandt sundhedsfagligt personale.

Desuden kan det betones, at det harmoniske perspektiv i høj grad negligerer den naturlige dynamik, der eksisterer på et sygehus, og som er medvirkende til, at sygehuset kontinuerligt udvikler og forandrer sig. Det kan dog argumenteres, at opretholdelse af status quo til en vis grad synes at fremstå som eftertragtellesværdigt, idet sygehusorganisationens strukturelle og meget hierarkiske opbygning kun i mindre omfang har forandret sig gennem årene (FLOS 2004: 6-7). Et sygehus kan eksempelvis have fået en ny struktur i forbindelse med flytning eller dannelse af nye afdelinger samt nye procedurer, men adskillige af de grundlæggende elementer i den traditionelle sygehusstruktur består imidlertid. Til trods herfor synes det harmoniske perspektiv alligevel at indtage en noget træg holdning til forandring i forhold til sygehusorganisationen, som ikke synes helt at svare til virkeligheden, hvor netop udvikling, opdatering og implementering af ny viden og ny teknologi indenfor sundhedsområdet synes at indtage en central position. Herved anerkender harmoniperspektivet ikke sygehuset som den dynamiske og fremadskuende organisation, som den reelt må betragtes at være.

Endelig vil en kulturanalyse af et sygehus, hvor det harmoniske perspektiv anlægges, munde ud i en beskrivelse af blot én fælles kultur, som ifølge de nationale og internationale erfaringer beskrevet i litteratur-reviewet slet ikke eller kun i et meget begrænset omfang findes, hvorved især gyldigheden af disse resultater i høj grad kan anfægtes. Herved stiller nærværende undersøgelse sig kritisk i forhold til det at indtage et harmonisk perspektiv i en kulturanalyse af en organisation som et sygehus, da dette vil resultere i en, i forhold til de faktiske realiteter, meget naiv fremstilling af sygehuset. Dette betyder dog ikke, at en harmonisk tilgang til at undersøge et sygehus altid vil være utilstrækkelig, da nogle undersøgelser kan have gavn af at inddrage elementer fra harmoni-perspektivet. Samtidig kan perspektivet anvendes som en form for idealtipe-model, da det kan argumenteres, at den strukturfunktionalistiske tankegang i relation til et sygehus, hvor samtlige aktører kun holder patientens interesser for øje uden at blive distraheret af egoistiske særinteresser, til en

vis grad kan synes efterstræbelsesværdig. En sådan model for virkeligheden synes dog i høj grad at være resultatet af en utopisk tankegang for netop en organisation som et sygehus.

6.4.2 Det rene konfliktperspektiv i relation til et sygehus

Anlægges derimod et rent konfliktperspektiv vil sygehusorganisationen modsat betragtes helt anderledes, idet denne i stedet vil være bygget op omkring de vertikale konflikter mellem top og bund, som betragtes som to modstående og uforenelige lejre. Konflikterne disse to lejre imellem kan ligeledes via toppens manipulation forårsage horisontale pseudokonflikter inden for bunden i form af gruppers indbyrdes konflikter og magtkampe. Da hver af disse to grupper, top og bund, har deres egne særinteresser og målsætninger for sygehuset, og da disse for den enkelte gruppe gives den højeste prioritet, eksisterer der ikke i sygehuset nogen fællesinteresser eller fælles målsætninger, som der arbejdes hen imod. Som følge af at de to modstående grupper på sygehuset i det rene konfliktperspektiv arbejder ud fra uforenelige særinteresser og værdigrundlag, og sygehusets fortsatte overlevelse kun skyldes toppens udnyttelse og undertrykkelse af samt manipulation med bunden, processuelt såvel som strukturelt og bevidsthedsmæssigt, vil et samarbejde mellem disse to grupper ikke kunne lade sig gøre.

Endvidere, som følge af at kompromiser og samarbejde mellem de to stridende parter ikke udgør en reel løsningsmulighed, forsvinder muligheden for at sygehuset kan opnå udbytte af det bedste fra flere verdener i form af en kombination af de forskellige faggruppers særskilte styrker, hvorved sygehuset vil være ilde stedt. Sygehuset vil derved være præget af to enheder, som hver især arbejder for deres egne interesser, hvorved aktørerne så at sige er modstandere i kampen herom, og organisationen reelt ikke udgør en enhed. Konflikterne mellem de forskellige aktørgrupper vil indtage en styrende position i det daglige arbejde på sygehuset, som følge af at forandringer i det rene konfliktperspektiv tillægges essentiel betydning for aktørerne, som det eneste efterstræbelsesværdige. Herved vil alle andre opgaver betragtes som rent tidsspilde, hvorved fokus vil flyttes væk fra sygehusets primære

ydelse – patientbehandlingen og patientens interesser – over mod aktørernes særinteresser, hvilket for et sygehus er yderst uhensigtsmæssigt.

På samme måde som ved harmoni-perspektivet kan det også her argumenteres, at det rene konfliktperspektiv overordnet synes bedst egnet som en form for idealtipe-model til at beskrive og fremhæve mere ekstreme cases indenfor organisationer på baggrund af udvalgte elementer, som kan tjene til at påvise nogle tendenser, men ikke i sig selv beskrive et realistisk billede af organisationer generelt. At offentlige sygehuse som Sygehus Vendsyssel systemisk og strukturelt skulle bestå af et overbygning/basis modsætningsforhold, hvor medarbejdere domineres af ledelsen på en deterministisk måde, der altid er til fordel for ledelsen, forekommer i meget ringe grad plausibelt. Incitamentet for en sådan systemisk struktur forekommer ikke meningsfulde for offentligt finansierede sygehuse, som i høj grad er afhængige af et konstruktivt og omfattende samarbejde på vertikalt såvel som horisontalt niveau, da patientforløb netop forudsætter dette. På baggrund heraf forekommer et sådant udbytnings- og dominansforhold ikke at være hensigtsmæssigt for hverken top eller bund, idet sygehusets fortsatte beståen herved hurtigt ville blive truet.

Alt i alt synes det rene konfliktperspektiv derfor heller ikke at være det rette perspektiv at anlægge i forbindelse med en undersøgelse af kulturer på en organisation som et sygehus.

6.4.3 Det pluralistiske interessedemokrati i relation til et sygehus

Endelig kan der anlægges perspektivet om det pluralistiske interessedemokrati, der overordnet vil anskue sygehusorganisationen som en blanding mellem de to foregående perspektiver; nemlig på samme tid præget af både harmoni og konflikter mellem aktørerne. Sygehuset vil derfor bære præg af, at aktørerne både har særinteresser og fælles interesser, som de søger opfyldt indenfor sygehusets rammer, samtidig med at de alle har stor interesse i at sikre sygehusets fortsatte udvikling og beståen. Dette afspejles også i den rolle, som patienten tildeles, idet behandling af denne oftest vil blive sat i højsædet, som det primære mål for arbejdet, samtidig med at særinteresser til tider kan spille ind og forplumre eller

nuancere billedet noget. Patienten indtager dermed både rollen som det direkte formål for arbejdet og som middel til opnåelse af de ansattes særinteresser. Sygehuset anerkender videre aktørernes forskelligheder og individuelle særinteresser, der anses som gavnlige aktiver for sygehuset, så længe de overordnede spilleregler følges, og eventuelle forhandlinger mellem aktørerne sker på demokratisk vis.

Endvidere er de forskellige aktører på sygehuset, ifølge dette perspektiv, inddelt i en lang række mindre grupper afhængigt af særinteresserne, der på samme tid konflikter omkring opfyldelse af egne målsætninger og samarbejder omkring patientbehandling og lignende. I det pluralistiske interessedemokrati bunder konflikter herved dels i, at aktørerne har særinteresser, som har rod i deres forskellige baggrunde, uddannelser og individuelle behov, og dels opstår konflikterne undervejs i samarbejdet som følge af knappe ressourcer, funktionelle afhængigheder, ulige roller og arbejdsfunktioner med mere. Konflikter vil automatisk foreligge, så længe rammerne og målet for samarbejdet samt fordelingen af gevinster og omkostninger ved samarbejdet ikke er defineret, og grundlæggende er konflikter i det pluralistiske interessedemokratis perspektiv sammenlignet med konflikter i de to øvrige perspektiver derfor mere sammensatte, hvilket forekommer at være et langt mere præcist og rammende perspektiv på konflikter inden for sygehusvæsenet.

Inden for hver af de mindre aktørgrupper findes videre en helt særskilt kultur, og som følge af at en aktør kan indgå i flere mindre kulturer, kan denne desuden komme i en form for intern konflikt med sig selv omkring egne særinteresser. Eksempelvis kan en læge føle et tilhørsforhold og loyalitet overfor sin afdeling, og arbejde for at tilgodese fællesinteresserne her inden for, samtidig med at lægen har personlige særinteresser, som vedkommende har til fælles med andre læger. Herved er sygehuset i høj grad karakteriseret ved at være en dynamisk organisation, hvis medlemmer sikrer den konstante udvikling og forandring gennem deres indbyrdes konflikter og forhandlinger, samtidig med at sygehusets stabile kerne fortsat består, idet aktørerne er enige om et fælles udgangspunkt, eksempelvis i form af sygehusets grundlæggende værdisæt samt midler til opfyldelse af disse værdier. Samtidig består den stabile kerne i sygehusorganisationen som følge af, at konflikterne oftest

resulterer i kompromiser mellem parterne, hvilket kan være med til at forklare den noget træge udviklingsproces indenfor sygehusverdenen, hvor eksempelvis organiseringen af pleje og behandling udvikles overraskende langsomt, og de mere radikale forandringer i høj grad skyldes ekstern indblanding eller påvirkning (FLOS 2004: 6-7).

På baggrund af disse betragtninger synes det pluralistiske interessedemokrati derfor at være det perspektiv, der bibringer den mest nuancerede og virkelighedsnære afbildning af organisationer og organisationskulturer, og herunder især i forhold til sygehusorganisationer. Dette som følge af at sygehuse netop er kendetegnede ved at være sammensat af mange forskellige aktørgrupper på tværs af en lang række specialiserede afdelinger indenfor en udbygget hierarkisk intern struktur. For at dette komplekse system på et sygehus kan fungere tilnærmelsesvis uproblematisk med fælles fokus på sygehusets primære ydelse i form af patientbehandlingen, er det derfor nødvendigt, at alle aktørgrupperne kan finde ud af at samarbejde om at løse opgaver af større og mindre omfang, og at eventuelle mindre konflikter nedprioriteres og begraves, når dette er nødvendigt.

Samtidig er det en forudsætning for et sygehus' fortsatte beståen, at dette kan finde ud af at håndtere udviklingen indenfor den biologiske og medicinske verden og implementere og udnytte den nye viden, der opstår herfra, hvorved sygehuset kontinuerligt skal ses i et udviklings- og forandringsperspektiv. I forlængelse heraf kan det fremhæves, at netop den forestående akkrediteringsproces kan betragtes som et eksempel på en sådan forandrings- og udviklingstendens, der ikke er opstået på baggrund af aktørernes konflikter eller en ledelses ønsker, men derimod som følge af eksterne beslutninger i form af obligatoriske krav fra staten. Endvidere er en central del af det pluralistiske interessedemokrati, at der indenfor en organisation eksisterer mange forskellige grupper af aktører, som hver har deres særlige kultur, hvilket stemmer overens med tidligere undersøgelser resultater (jf. problemfeltet og litteratur-reviewet).

6.5 Konklusion

I forlængelse af den foregående teoridiskussion, fremhæves det her, at det perspektiv, der anlægges på organisationer og organisationskultur, på tilsvarende vis har betydning for, hvordan en kulturanalyse af organisationen vil se ud. Anlægges det harmoniske perspektiv på organisationen, vil en eventuel kulturanalyse derfor også tage udgangspunkt heri. Kulturanalysen vil dermed kun fokusere på at indfange den ene fælles, homogene kultur, der eksisterer i organisationen ved at se på fællestrækkende og fællesinteresserne blandt organisationens aktører. Herved vil en sådan kulturanalyse munde ud i en beskrivelse af én overordnet, generel kultur, der kan siges at være kendetegnende for hele organisationen.

Anlægges derimod et rent konfliktperspektiv vil kulturanalysen fokusere på de modsætninger, konflikter og den udnyttelse, der finder sted mellem aktørgrupperne, der antages at udgøre to uforenelige grupper med hver deres kultur indenfor organisationen. Endelig vil en kulturanalyse med udgangspunkt i det pluralistiske interessedemokrati indeholde beskrivelser af en række mindre kulturer i organisationen, der dagligt forhandler og interagerer med hinanden, som følge af at der forekommer mange mindre grupper af aktører med hver deres særinteresser. Kulturanalysen, med udgangspunkt i det pluralistiske interessedemokrati, vil i modsætning til de to andre perspektiver dermed anlægge et mange-facetteret kulturbegreb, som vil indfange en større mangfoldighed og variation indenfor organisationen, og dermed også det dynamiske element i organisationen. Herved bibringer dette perspektiv den bedste og mest fyldestgørende beskrivelse af virkeligheden, når den undersøgte organisation er et sygehus, hvorved anvendelse af andre perspektiver i høj grad ville medføre gyldighedsproblemer, da disse ikke på tilstrækkelig vis kunne afspejle og afdække virkeligheden.

Anvendelse af en organisationsteori som det pluralistiske interessedemokrati med fokus på konflikter og konfliktbeslutninger i en kulturanalyse, kræver yderligere en præcisering af, hvordan kulturbegrebet nøjagtig indgår i en sådan teori, og hvordan teorien kan overføres i en kulturanalyse. Konflikterne i det pluralistiske interessedemokrati udgår, som tidligere beskrevet, fra aktørernes forskellige særinteresser, der medfører en opdeling og afgrænsning

af aktørerne på baggrund heraf. Indenfor disse forskellige mindre aktørgrupper opstår der herved en særlig kultur med udgangspunkt i særinteresserne, der er med til at binde aktørerne sammen og skabe fællesskabs- og loyalitetsfølelser mellem disse. Dermed adskiller grupperne sig fra hinanden på baggrund af særinteresserne, og herved udspringer de mindre kulturer også af aktørernes særinteresser. Særinteresserne bliver dermed et udtryk for de værdier, normer og målsætninger, der eksisterer blandt aktørerne i den givne kultur, hvorved særinteresserne så at sige definerer og afgrænser kulturerne (Enderud 1987: 125, 128).

I relation til en sygehusorganisation kan det i forlængelse heraf argumenteres, at nogle af de mindre kulturer kan opstå og forefindes på baggrund af aktørernes fælles særinteresser med udgangspunkt i eksempelvis tilhørsforhold til deres afdeling eller faggruppe. Som tidligere nævnt er et sygehus netop karakteriseret ved at være en frivillig sammenslutning af en lang række meget forskellige aktører med tilsvarende forskellige baggrunde og udgangspunkter, hvorfor en kulturanalyse heraf kan afsløre tilsvarende forskellige kulturer. På baggrund af disse betragtninger vil kulturforståelsen i nærværende undersøgelse udspringe af Enderuds kulturbeskrivelse, der lægger direkte op til den efterfølgende begrebsdefinition heraf.

6.6 Begrebsafklaringer

6.6.1 Organisationer

Indledningsvis er det vigtigt først at definere det mest grundlæggende begreb; organisationer, og hvad karakteriserer sådanne, før det er muligt at definere, hvad der mere præcist kendetegner kulturen i en sådan. Her arbejdes med udgangspunkt i Enderud, hvor organisationer betragtes som *”mere eller mindre integrerede aktørsammenslutninger (individer, grupper), der arbejder sammen omkring vare- eller serviceproduktion, markedsføring, forskning, undervisning eller politik. De omfatter også (modstående) markedssituationer mellem køber og sælger og mellem ledelse og lønarbejdere”* (Enderud 1987: 20). Hermed defineres organisationer forholdsvis bredt, hvor det centrale netop synes at være de samarbejdende aktørsammenslutninger, der betyder, at individet eller gruppen via samarbejdet opnår et slutresultat, der er større eller bedre, end de hver for sig har

mulighed for at opnå. Selve organisationen betragtes videre som selve resultatet af disse sammenslutninger, og samarbejdet heri, hvilket vil sige selve organiseringen af samarbejdet, der forudsætter en vis enighed blandt aktørerne og fællesinteresser i at gennemføre samarbejdet, i kombination med en vilje og en evne til at forhandle, da aktørernes særinteresser spiller en rolle heri (Enderud 1987: 20-21).

6.6.2 Kultur

Forinden redegørelsen for hvordan nærværende undersøgelse arbejder med begrebet organisationskultur, er det først og fremmest nødvendigt at beskrive, hvordan kulturbegrebet i sig selv forstås. Kulturbegrebet er generelt et hyppigt anvendt begreb til at opnå forståelse for forskellige samfunds opbygning og beståen samt menneskers indbyrdes meningsdannelse og gensidige forståelse. Overordnet findes der tre måder at opfatte kultur på. Den første omhandler lægfolks måde at skelne mennesker fra hinanden ved hjælp af manifestationer af deres kulturelle placering i samfundet. Det vil sige, at kultur henviser til enkelte elitære menneskers kunstneriske forfinelse i relation til æstetiske aktiviteter eller fysiske rammer. Her påskønnes de klassiske finesser såsom kunst, ballet og opera (Edles 2002: 1-3).

Den antropologiske, etnografiske kulturforståelse udgør en anden måde at forstå kultur på, som henviser til kultur som selve livsførelsen for en hel gruppe af mennesker. Kultur defineres i dette tilfælde meget bredt som et helt samfunds måde at leve på ved hjælp af særlige skikke og ritualer, som udvikles gennem kulturens historie, og kulturen kan derfor ikke umiddelbart adskilles fra samfundets andre elementer. Herved betragtes kultur som en integreret del af hverdagslivet og dermed ikke som noget, der kan undersøges separat herfra (Edles 2002: 4-5).

Endelig er der dem, der opfatter kultur som noget symbolsk, der binder mennesker sammen i deres hverdagsliv. Kultur består her af et fælles system af menings- og betydningsdannelse blandt andet ved hjælp af et fælles sæt af værdier og normer samt delte mønstre af symboler. Kultur fremstår herved som noget, mennesker som en social gruppe på et bestemt

tidspunkt er fælles om at udvikle og bevare, hvilket vil sige, at kultur både er tids-, samfunds- og kontekstafhængig. Derfor kan en unik kultur også findes både blandt større og mindre sociale grupper. Samtidig er kultur sammenfiltret med en række andre komplekse sociale dimensioner, hvormed et individ kan indgå i flere kulturelle sammenhænge gennem de forskellige sfærer af hverdagslivet. Centralt står derved holdningen om, at mennesker socialiseres ind i forskellige kulturelle sammenhænge og indhyles af disses særlige systemer af menings- og betydningsdannelser, hvorved menneskene samtidig er med til at reproducere disse (Edles 2002: 6-8). Det er denne sidste måde at forstå kultur på, som nærværende undersøgelse tager udgangspunkt i. Dette indebærer, at kultur og deltagelse i kulturelle fællesskaber opfattes som noget, der ofte forekommer som noget ubevidst for mennesket, men som følge af at kultur betragtes som noget, der kan opfanges uafhængigt af det enkelte individ, som en styrende del af en social gruppe, antages, at det alligevel er muligt at gøre kulturen målbar i en empirisk undersøgelse. Den konkrete definition af kultur lyder derfor: *Et fælles system af menings- og betydningsdannelse blandt en afgrænset gruppe af aktører, der tænker og handler på baggrund af en fælles forståelse af et sæt værdier, normer og interesser.*

6.6.3 Organisationskultur

I forlængelse af undersøgelsens forståelse af begreberne organisation og kultur behandles endelig begrebet organisationskultur. Der argumenteres for, at organisationer som en række af mere eller mindre integrerede aktørsammenslutninger, i overensstemmelse med kulturdefinitionen, kan ansues som en række mindre, afgrænsede samfund, hvor medlemmerne af disse samfund udvikler et unikt fælles system af meningsdannelse på baggrund af fælles særinteresser i form af eksempelvis værdier, normer og fælles målsætninger og midler til opnåelse heraf. Herved forekommer der internt i organisationen en række mindre kulturer på baggrund af aktørernes særinteresser, som de er fælles om at søge at tilgodese. En organisationskultur kan dermed defineres *som en del af en større kontekst indenfor en organisation, hvor medlemmer af kulturen identificerer dem selv som en afgrænset gruppe i organisationen, og som rutinemæssigt handler og tænker på*

baggrund af deres egne sæt af fælles forståelser, værdier, normer, særinteresser og målsætninger, som herved udgør et fælles system af menings- og betydningsdannelse for medlemmerne af kulturen. I forlængelse heraf, og i overensstemmelse med kulturdefinitionen, kan aktørerne indgå som en del af flere forskellige kulturer, hvis aktørerne har særinteresser til fælles med flere aktørsammenslutninger, eksempelvis afhængigt af faggruppe, afdeling eller hierarkisk placering i organisationen. Disse forskellige kulturer, som aktøren er en del af, kan desuden have modstridende særinteresser, og i sådanne tilfælde kan aktøren blive nødsaget til at vælge tilhørsforhold, hvorved det ene kulturfællesskab, og dets særinteresser, prioriteres over det andet, og det for aktøren vigtigste tilhørsforhold tilkendes gives.

6.6.4 Kvalitetskultur

I forhold til et begreb som kvalitetskultur, som udgør det centrale begreb i nærværende undersøgelses problemformulering, er det nødvendigt at formulere en selvstændig definition heraf. Dette som følge af at meget få forskere og teoretikere direkte har beskæftiget sig empirisk hermed og udviklet operationelle definitioner heraf (jf. litteratur-reviewet). Der vil i det følgende blive argumenteret for en definition af kvalitetskultur med udgangspunkt i den foregående definition af organisationskultur.

Det synes ikke nødvendigt at betone yderligere, at kvalitet nødvendigvis skal være en del af en given kultur indenfor organisationen, før denne kan betragtes som en kvalitetskultur. Dog er det nødvendigt at redegøre for, hvordan kvalitetsbegrebet betragtes og anvendes som udgangspunkt for definitionen af begrebet om kvalitetskultur. I litteratur-reviewet fremgår det af erfaringer fra udlandet, hvordan kvalitet nødvendigvis skal diskuteres og defineres med udgangspunkt i den enkelte organisation under hensyntagen til dennes interne mission og målsætninger, idet begrebet har karakter af at være både kontekstuel og kulturelt. Derfor er det meningsløst at forsøge at implementere et universelt kvalitetsbegreb på forskellige typer af organisationer. Som følge heraf er det valgt at tage udgangspunkt i WHO's definition af kvalitet, da denne specifikt omhandler kvalitet indenfor sundhedsvæsenet, og

da denne desuden ligger til grund for nationale, regionale og mindre lokale kvalitetsarbejder i Danmark. Kvalitet i sundhedsvæsenet omhandler de fem punkter: *Høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og endelig helhed i patientforløbet*, og det er altså disse fem punkter, der ligger til grund for Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, Den Danske Kvalitetsmodel samt som følge heraf også diverse regionale kvalitetsstrategier, og herunder Region Nordjyllands og Sygehus Vendsyssels Kvalitetsstrategi (Kvalitetsstrategi 2003-2006: 5) (www.rn.dk), hvorfor disse udgør den grundlæggende definition af kvalitet i nærværende undersøgelse.

Hvordan kvalitet mere præcist skal være en del af kulturen, er endvidere af væsentlig betydning at fremhæve. I forhold til nærværende undersøgelse finder vi det af mindre betydning, og dermed ikke som en forudsætning for en kvalitetskultur, hvorvidt der jævnligt igangsættes større initiativer i forbindelse med kvalitetsfremmende arbejde i kulturerne, da sådanne initiativer i høj grad afhænger af andre faktorer såsom tids- og økonomiske ressourcer til rådighed. Derimod finder vi det væsentligt, at aktørerne i kulturerne alle, som en naturlig del af deres arbejdsliv, jævnligt indtænker kvalitet i arbejdet, uanset hvorvidt dette kun omhandler udvalgte dele af arbejdet, som umiddelbart synes at være af mindre betydning for den direkte behandling af patienterne. Det væsentlige er altså en mere teoretisk, psykologisk opmærksomhed omkring kvalitet i det daglige arbejde, som på længere sigt kan medføre et generelt øget fokus på kvalitet i de daglige arbejdsrutiner. Herved defineres begrebet om kvalitetskultur i nærværende undersøgelse som en *kultur indenfor organisationer, hvor kvalitet i form af WHO's 5 kvalitetsmål er en integreret del af medlemmernes fælles system af menings- og betydningsdannelse, herunder tanke- og handlingsmønstre, hvilket vil sige medlemmernes fælles forståelse af værdier, holdninger, normer, særinteresser og målsætninger*.

Herved står det centralt, at tilstedeværelsen af kvalitetskulturer forudsætter, at kvalitet er en integreret del af medlemmernes kulturer og kulturelle tanke- og handlingsmønstre, men

hvornår dette er tilfældet må i høj grad bero på en vurdering fra vores side, hvorfor der lægges op til en besvarelse i retning af mere eller mindre grad af kvalitetskulturer.

7. Analysestrategi

I de følgende afsnit præsenteres undersøgelsens empiriske analyse i form af først den kvalitative analyse af de individuelle interviews og dernæst den kvantitative, statistiske analyse af datamaterialet fra surveyen. Endelig præsenteres sluttelig analysen af fokusgruppe-interviewet, forinden konklusionen på alle analyserne forekommer. I relation hertil er det hensigtsmæssigt indledningsvist at gentage undersøgelsens problemformulering og kort præsentere strukturen for analysen og dermed, hvordan problemformuleringen på baggrund af det indsamlede datamateriale søges besvaret. Undersøgelsens problemformulering lyder:

- 1) I hvilken grad kan kvalitetskulturer siges at eksistere blandt ansatte på Sygehus Vendsyssel? Og findes der væsentlige forskelle i kvalitetskulturerne i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika?*
- 2) Hvordan kan resultaterne af nærværende undersøgelse anvendes konstruktivt i en akkrediteringsproces?*

Strukturen i undersøgelsens empiriske analyse udspringer direkte af problemformuleringens opbygning, samt den teoretiske operationalisering af begrebet kvalitetskultur, idet der vil blive taget udgangspunkt i tre overordnede temaer:

1. Værdier og særinteresser
2. Holdninger og kendskab til, samt normer for kvalitetsarbejde
3. Holdninger og kendskab til, samt normer for akkreditering.

I overensstemmelse med undersøgelsens teoretiske og videnskabsteoretiske udgangspunkt fokuseres i analysen på de forskelle og ligheder, der findes mellem de ansatte på Sygehus Vendsyssel i relation til deres personlige og arbejdsrelaterede karakteristika og holdninger, som i mere eller mindre grad kan tilskrives forskellige kvalitetskulturer. Herved indgår undersøgelsens teori og videnskabsteori kun indirekte som et strukturerende eller

underliggende analyseredskab, der er indlejret i analysen, men som ikke ekspliciteres direkte.

I forlængelse af ovenstående er det valgt at opdele analysen i flere temaer, som tilsammen kan repræsentere begrebet om kvalitetskultur, frem for i stedet at risikere en simplificering ved at skabe ét fælles mål for begrebet og dermed afskære analysen fra de nuanceforskelle mellem grupperne af ansatte, der sandsynligvis vil fremkomme under hvert tema. Løbende vil der endvidere under hvert tema forekomme referencer til undersøgelsens litteraturreview samt resultaterne fra de syv interviews, som dele af undersøgelsens spørgeskema er konstrueret på baggrund af. Hvert tema vil sluttelig munde ud i en delkonklusion, hvor de mest centrale resultater opsamles.

Som følge af at nærværende undersøgelse er udformet i samarbejde med, og med et praktisk sigte til gavn for Sygehus Vendsyssel for øje, er det tilstræbt at præsentere resultaterne i en så let forståelig fremstilling som muligt. Som følge heraf er de mere tekniske eller statistiske detaljer for de fundne sammenhænge, samt den præcise fremgangsmåde i forbindelse hermed, udeladt i selve analysen, hvorfor der i stedet henvises til bilag, hvor disse nærmere redegørelser forefindes. For de statistiske præmisser for analysen og konstruktion af afhængige variable i øvrigt, henvises til bilag 12.

Frem for at fokusere på statistiske detaljer og teknikaliteter er det altså tilstræbt, at de fundne sammenhænge og resultater skal kunne bistå direkte som redskaber i forbindelse med Sygehus Vendsyssels forestående akkreditering. Eksempelvis er der blandt andet for overskuelighedens skyld, samt som følge af det relativt lave antal af ansatte, der indgår i undersøgelsen, kollapsede enkelte svarkategorier i forbindelse med holdningsspørgsmålene, idet svarene ”i høj grad ” og ”i meget høj grad” eksempelvis er slået sammen, samtidig med at svarene ”i mindre grad” og ”slet ikke” er slået sammen. I de tre delanalyser er der desuden fokuseret specifikt på de dele af de statistiske resultater, der er centrale i forhold til besvarelse af undersøgelsens problemformulering. Der henvises derfor yderligere til bilag 13 for den fuldstændige og uddybende statistiske analyse, hvor der desuden redegøres for en

række andre resultater, der kan være af interesse for Sygehus Vendsyssel, men som ikke direkte bidrager til besvarelse af problemformuleringen.

Analysen vil afslutningsvist munde ud i en endelig konklusion, hvor trådene samles fra de tre overordnede temaer, idet problemformuleringen besvares i forhold til, i hvilken grad kvalitetskulturer kan siges at eksistere blandt ledelse og medarbejdere på Sygehus Vendsyssel, samt hvordan disse i så fald afgrænses. Endvidere besvares problemformuleringens anden del, der omhandler den forestående akkreditering af Sygehus Vendsyssel, og hvordan de fundne resultater kan anvendes konstruktivt i forbindelse hermed, hvilket også sker på baggrund af resultaterne fra fokusgruppe-interviewet.

Forinden selve analysen påbegyndes, foretages dog først en kort præsentation af respondenterne, som datamaterialet bygger på, idet disse beskrives med udgangspunkt i deres personlige og arbejdsrelaterede karakteristika. Heraf bibringes læseren et mere udførligt kendskab til, hvad der karakteriserer de ansatte fra Sygehus Vendsyssel, som analysen bygger på.

8. Kvalitativ analyse

Den kvalitative del af undersøgelsen omhandler som nævnt gennemførelse og analyse af syv individuelle interviews med repræsentanter fra forskellige faggrupper på Sygehus Vendsyssel. Formålene med disse interviews er, som tidligere beskrevet, især at opnå et dybere kendskab til strukturen og organisationen på Sygehus Vendsyssel, samt medarbejdernes holdninger og kendskab til kvalitetsarbejde og akkreditering, gennem samtaler herom med udvalgte ansatte fra forskellige faggrupper, med forskellig hierarkisk placering og, samtidig med at der via interviewene kan identificeres relevante spørgsmål og svarkategorier, som kan afprøves i disse, til hjælp ved konstruktionen af det efterfølgende spørgeskema. I det følgende vil resultaterne af disse interviews blive analyseret, hvilket vil ske med afsæt i to overordnede hovedemner; henholdsvis Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads, hvor informanternes udtalelser omkring eksempelvis arbejdsmiljø og værdier vil blive behandlet, og kendskab og holdning til kvalitetsarbejde og akkreditering, hvor fokus placeres på disse to områder med udgangspunkt i informantens personlige erfaringer og holdninger¹⁹. For transskriptionerne af interviewene henvises i øvrigt til bilag 11.

8.1 Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads

Som udgangspunkt for at beskrive Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads er det indledningsvist valgt at bede informanten om at forholde sig til, hvad der helt generelt kendetegner en god arbejdsplads, for at opnå kendskab til, hvad der for informanten ideelt set skal lægges vægt på i det daglige arbejde. Her synes der at være bred enighed om, at især de bløde værdier er vigtige på arbejdspladsen i dagligdagen, idet faktorer som god løn, pension eller stabile arbejdsforhold slet ikke eller kun i begrænset omfang nævnes. Derimod fremhæves værdier som respekt for individet, medinddragelse, ærlighed og oprigtighed, følelser af at blive værdsat og være ligeværdig med kollegerne, og at der er behov for én, et godt socialt arbejdsmiljø samt et udviklende og inspirerende arbejdsmiljø som de faktorer, der især skaber en god arbejdsplads for de ansatte. Samtidig er der flere, der fremhæver, at

¹⁹ Som arbejdsredskab til denne kvalitative analyse er der gjort brug af softwareprogrammet NVIVO, der har assisteret med kodningsarbejdet med henblik på at skabe overblik over de mange transskriberede siders interviewmateriale.

en god ledelse, der formår at træffe svære beslutninger og uddelegere opgaver til de ansatte, er uundværlig for en god arbejdsplads. I forlængelse heraf beskriver informanterne dernæst Sygehus Vendsyssel i forhold til disse karakteristika, og der synes at være en høj grad af tilfredshed med Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads i forhold til de nævnte værdier blandt medarbejderne. Dette da de fleste udtrykker, at sygehuset i høj grad lever op til disse værdier, især i forhold til at skabe et godt socialt arbejdsmiljø, men samtidig betones dog også enkelte områder med mulighed for forbedringer. Dette gælder især med hensyn til medinddragelse, som alle ikke altid føler, er reel nok, men blot en formalitet, der skal overstås. Videre giver enkelte udtryk for, at der til tider mangler noget på fagligheden, og at der kan være et for stort skel mellem faggrupperne, hvilket er udtryk for, at alle ikke altid oplever, at der er lige stort behov for alle for at få organisationen til at hænge sammen, hvorfor ikke alle føler sig ligeværdige og lige nødvendige. Herved efterlades rum for forbedringer, især i forhold til reducere af forskelle mellem faggrupperne til trods for, at tilfredsheden med arbejdspladsen alligevel er forholdsvis stor blandt de ansatte.

8.2 Værdier på Sygehus Vendsyssel

Som det afspejles af litteratur-reviewet er det vigtigt, at medlemmerne af en organisation er bekendte med dennes mission og målsætning samt værdierne i opnåelsen af disse, hvorfor informanterne her er blevet adspurgt, hvorvidt de har kendskab til et fælles værdigrundlag eller virksomhedsgrundlag for Sygehus Vendsyssel. Konkret kunne kun en enkelt af informanterne sige med sikkerhed, om sådanne overhovedet er formuleret, til trods for at begge er offentligt tilgængelige på Sygehus Vendsyssels hjemmeside, men ingen har altså kunnet sætte ord på, hvad disse konkret indeholder. Alligevel fremhæver mange af informanterne værdierne respekt, dialog, medbestemmelse, åbenhed og at yde det bedste serviceniveau, som de værdier, der umiddelbart arbejdes ud fra i det daglige arbejde.

Videre er informanterne også blevet spurgt, hvilke værdier og målsætninger, der arbejdes hen imod på deres *egen* afdeling, samt hvorvidt de er af det indtryk, at der er forskel på afdelingerne i forhold til disse. Her fremhæves mange af de samme værdier, som før, eksempelvis respekt, dialog, åbenhed, rummelighed, godt socialt miljø, kommunikation,

engagement, tillid og højt fagligt niveau. I forhold til disse forskellige værdier, synes der videre at være forskelle mellem afdelingerne til trods for, at mange overordnet arbejder ud fra de samme værdier. Forskellene ligger derfor nærmere i tolkningen og udførelsen af værdierne, hvilket vil sige, hvordan værdierne konkret implementeres i det daglige arbejde. Endvidere betoner flere af informanterne det at holde patienten i centrum og tage udgangspunkt i patienten som centrale værdier, som det efterstræbes at opfylde. Netop det at tage udgangspunkt i patienten fremhæves som nævnt også som en central del af især Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet og Den Danske Kvalitetsmodel, hvorfor informanten er blevet bedt om at forholde sig til, hvorvidt der reelt er mulighed for dette i det daglige arbejde. Hertil udtrykker alle informanterne, at dette har de stor mulighed for i deres forskellige arbejdssituationer, men en enkelt udtrykker dog også en vis skepsis og bekymring omkring de fremtidige muligheder herfor, idet sygehuset med konstruktionen af Sygehus Vendsyssel og den relativt nye sektordannelse af sygehusets afdelinger, har medført en struktur, der synes at reducere fokuset på patienten og dermed vanskeliggøre samarbejdet omkring den optimale behandling for denne.

8.3 Kulturer på Sygehus Vendsyssel

I et forsøg på at indfange de ansattes egne fornemmelser af kulturerne på Sygehus Vendsyssel er der desuden stillet spørgsmål omkring dette i interviewene. Først og fremmest bedes de forholde sig til, hvorvidt de mener, at der eksisterer én fælles kultur på Sygehus Vendsyssel, hvilket kan være med til at give et indtryk af informanternes fællesskabsfølelser og fornemmelse af sammenhold på sygehuset som helhed. Hvorvidt der eksisterer én fælles kultur på Sygehus Vendsyssel er der delte meninger om. Kun to personer svarer bekræftende til dette og fremhæver især netop fællesskabsfølelser og en fælles ”vendelbomentalitet” overfor omverdenen som begrundelser herfor. Herved synes den fælles kultur her at være i kontrast til udefrakommende parter og ikke på grund af interne kulturelle fællestræk blandt de ansatte. Derimod synes de fleste at give udtryk for, at der i høj grad eksisterer en række forskellige kulturer på sygehuset, afhængigt af både faggruppe, afdeling og geografisk placering i organisationen, som følge af at de ansatte i høj

grad er opdelt i nogle mindre enheder på baggrund heraf. Der gives udtryk for, at der er forskel på kulturerne i henholdsvis Hjørring og Frederikshavn, samtidig med at der også internt herpå er kulturelle forskelle afhængigt af både afdeling og faggruppetilhørsforhold.

Endvidere har informanterne løbende i interviewene på forskellig vis udtalt sig om, hvad der kendetegner kulturerne på sygehuset, især med hensyn til kvalitetsarbejdet. Dette som følge af en anerkendelse af, at kulturerne i høj grad kan være både hæmmende og fremmende for arbejdet med kvalitetsudvikling og akkreditering. I relation hertil mener de ansatte, at en gammel, stiv kultur, især hvis denne er præget af jantelovens budskab om ikke at skille sig ud fra mængden, kan hæmme udvikling indenfor organisationen, samtidig med at en kultur præget af innovation og initiativ i modsætning hertil kan være med til at fremme kvalitetsarbejdet, idet en sådan kultur vil have en afsmittende effekt på hele organisationen. I forlængelse heraf mener en del af informanterne, at kulturændringer kan være nødvendige, hvis arbejdet med kvalitet og akkreditering skal blive vellykket, idet kvalitet og kvalitetsarbejde ikke på nuværende tidspunkt er en tilstrækkelig integreret del af kulturerne. Herved er det nødvendigt med et fælles udgangspunkt i de forskellige kulturer indenfor organisationen, der omhandler fokus på kvalitet, hvilket bekræftes af den statistiske analyse.

8.4 Forhold til kolleger og ledelse

Endnu en del af et samlet indtryk af Sygehus Vendsyssel som arbejdsplads er desuden det sociale arbejdsmiljø, hvilket vil sige de ansattes forhold til deres kolleger og ledelse. Der synes at være stor enighed om, at det sociale arbejdsmiljø med kollegerne er meget tilfredsstillende, og at de forstår at udnytte hinandens individuelle evner og kompetencer, så alle føler sig værdsatte. Med hensyn til hvem der betragtes som kolleger, er der videre en tydelig sammenhæng, idet seks ud af syv informanter afgrænser kollegerne til kun at omfatte dem, der befinder sig på samme hierarkiske niveau som dem selv. Dette også til trods for, at disse personer ikke altid er dem, som informanterne dagligt interagerer med. Eksempelvis definerer afdelingssygeplejersken sine kolleger som de andre afdelingssygeplejersker, selvom disse sjældent mødes, i stedet for at fremhæve de andre

sygeplejersker eller medarbejdere i afdelingen, som vedkommende arbejder tæt sammen med dagligt. Kun en enkelt informant anser også sine kolleger som dem, der tilhører andre afdelinger eller faggrupper uden skelen til hierarkisk placering. Ikke desto mindre synes alle at anse dette som tilfredsstillende og en naturlig del af det at arbejde på et sygehus. I forlængelse af diskussionen af forholdet til kollegerne, som kan betragtes som informantens daglige medspillere, er der yderligere spurgt ind til, hvorvidt informanten mener også at have nogle modspillere, som man dagligt skal forhandle og indgå kompromiser med. Til dette svarer de fleste blankt nej, men enkelte anser det dog for naturligt og positivt, at det nogle gange er nødvendigt at forhandle med andre for at opnå et tilfredsstillende resultat. Her fremhæves dog især ledere og budgetlæggere som sådanne modspillere.

Forholdet til ledelsen angiver informanterne at være tilsvarende positivt, præget af åbenhed, ligefremhed, at være lydhør og give spillerum. Medinddragelse fremhæver mange også som noget positivt, men der er dog delte meninger om, hvorvidt denne er tilstrækkelig. Samtidig er der tilsvarende delte meninger om, hvorvidt niveauet af kommunikation og information er tilstrækkelig, idet nogle oplever, at mange ting foregår hen over hovedet på dem. Endelig udtrykker mange, at ros i høj grad hører til sjældenhederne på trods af, at de alligevel føler sig værdsatte af ledelsen. Generelt synes billedet dog at være positivt, men igen med mulighed for forbedringer på informationsniveauet og med hensyn til medinddragelse, hvilket i høj grad hænger sammen.

Sluttelig har informanterne udtalt sig om, hvorvidt ledelsen, og kollegerne indbyrdes, formår at motivere hinanden til at arbejde med kvalitet. Her fremgår det, at ledelsen ikke synes at gøre nok for at udvikle et fokus på kvalitet i det daglige arbejde og dermed integrere det i kulturerne. Informanterne mener dog i høj grad, at både ledelsen og medarbejderne kan være med til at motivere hinanden gennem eksempelvis anerkendelse af et godt initiativ, dele den nødvendige information, skabe ansvarsfølelser herfor blandt personalet samt at værdsætte også de små initiativer i dagligdagen. Dette kan, ifølge informanterne, til sammen være med til at skabe den rette stemning, ånd eller kultur i forhold til kvalitetsarbejdet.

8.5 Kendskab og holdning til kvalitetsarbejde og akkreditering

Det næste store hovedemne i denne analyse omhandler informanternes kendskab og holdning til kvalitet, kvalitetsarbejde og akkreditering. Disse emner er valgt for at opnå en umiddelbar fornemmelse af, hvor meget information herom, der på nuværende tidspunkt er spredt ud i organisationen både horisontalt på tværs af afdelingerne såvel som vertikalt i hierarkiet.

8.5.1 Kvalitet og kvalitetsarbejde

Indledningsvist bedes informanterne beskrive, hvad kvalitet er for dem, og hvor meget det fylder i deres daglige arbejde såvel teoretisk som rent praktisk. Dette har ikke overraskende været et noget svært spørgsmål at besvare, idet kvalitet kan indeholde mange forskellige aspekter. Alligevel har informanterne fremhævet nogle meget interessante karakteristika ved kvalitetsbegrebet, såsom høj faglig standard, evidens, kontinuitet eller sammenhæng, menneskelighed i forhold til patienten, tilfredsstillende patientforløb og opfyldelse af fastlagte servicemål. Disse værdier eller elementer udgør herved for informanterne selve indholdet af begrebet om kvalitet, og det fremgår dermed, hvordan informanterne alle beskriver begrebet i relation til deres eget arbejde på sygehuset. I forlængelse heraf udtrykker de alle, at kvalitet er en stor del af deres dagligdag, idet de indirekte tænker meget over kvalitet i det arbejde, de udfører. Samtidig drøftes kvaliteten i arbejdet også indirekte, når der eksempelvis tales om effektivitet og patientforløb, men kun få diskuterer kvalitet og kvalitetsarbejde direkte. Videre giver de alle udtryk for, at de gerne ville tale mere direkte om kvalitet i deres arbejde, og diskutere dette med kollegerne og lederne, men at de også, for at dette skulle gennemføres, har brug for flere ressourcer hertil.

Selve det kvalitetsarbejde, der foregår på Sygehus Vendsyssel, har informanterne endvidere kun begrænset viden om, og dette kun i forhold til det arbejde, der konkret udføres på deres egen afdeling. Ingen af informanterne ved præcis, hvad der foretages på andre afdelinger af sygehuset, og de udtrykker alle, at informationsniveauet og vidensdelingen herom er for dårlig, og at de kunne ønske sig en form for fælles forum, hvor erfaringer og resultater

kunne deles med andre. I forhold til kvalitetsarbejdet er alle informanterne videre meget positive, idet de alle er af den opfattelse, at kvalitetsarbejde faktisk forbedrer kvaliteten blot som følge af, at der sættes fokus på forbedringspotentialerne og stilles spørgsmålstejn ved gamle vaner og rutiner. Samtidig anerkender de alle, at de faktisk har mulighederne for at arbejde med kvaliteten, hvilket vil sige, at organisationen er gearret til det, men samtidig at de selv er nødt til at tage initiativ til dette og skabe den rette kultur omkring det, hvilket kan være svært at få påbegyndt med kun knappe ressourcer til rådighed.

Som motivationsfaktor for de ansatte, fremhæver informanterne endvidere, at et godt stykke kvalitetsfremmende arbejde faktisk bliver mødt med anerkendelse, eksempelvis i form af Kvalitetsprisen, der årligt uddeles til enkeltpersoner eller afdelinger, der har gjort en særlig kvalitetsfremmende indsats. Hertil udtrykkes dog igen frustrationer over, at indgående informationer om disse projekter ikke formidles til medarbejderne, som kunne have gavn af deres erfaringer og resultater. Her kan der igen henvises til litteratur-reviewet, hvor et centralt resultat fra de internationale erfaringer netop er, at anerkendelse i form af tildeling af statussymboler eller prestige i forbindelse med et veludført stykke kvalitetsfremmende arbejde udgør en stor motivationsfaktor, som organisationen må levere. Det er altså umiddelbart positivt, at medarbejderne på Sygehus Vendsyssel føler, at kvalitetsarbejde anerkendes, men samtidig er det ikke hensigtsmæssigt, at informationer herom ikke formidles tilstrækkeligt i overensstemmelse med medarbejdernes ønsker.

8.5.2 Akkreditering

Med hensyn til akkrediteringsbegrebet, og hvad dette præcis betyder og indebærer, kan det generelt konkluderes, at kun ganske få har kendskab hertil. Tendensen er desuden tydelig, idet den hierarkiske placering, og personlige erfaringer med akkreditering andre steder fra, har altafgørende betydning for, hvor godt informeret vedkommende er. Kun en enkelt har personlig og praktisk erfaring med akkreditering og indgående kendskab hertil, to personer ved kun, hvad det grundlæggende handler om, og resten kender slet ikke eller kun i meget begrænset omfang begrebet. Alligevel er de alle meget positive omkring at skulle til at

arbejde med kvalitet og opnå en ekstern bedømmelse af deres kvalitetsniveau, som de alle forventer vil øges med tiden. Derudover udtrykker alle informanterne, at de er villige til også selv at tage initiativ og medansvar for selve kvalitetsarbejdet og akkrediteringsprocessen, når dette for alvor skydes i gang, men indtil da stoler de på, at de relevante nøglepersoner har overblikket og kontrollen, og at resten af medarbejderne på et tidspunkt vil blive inddraget og informeret omkring processen. I forbindelse hermed udtaler næsten alle informanterne dog, at de på et tidspunkt får behov for noget reel undervisning eller vejledning, samt ordentlig information, i det at arbejde med kvalitet og akkreditering, da de ikke på nogen måde føler sig rustede til at gå i gang med dette på nuværende tidspunkt.

Endelig har nogle af informanterne bidraget med nogle forslag eller gode råd i forbindelse med kvalitetsarbejdet og akkreditering, hvor det først og fremmest betones, at det er nødvendigt at gøre dette overskueligt og konkret, så ingen frygter at kaste sig ud i det. Samtidig kan ansvaret med fordel deles ud på flere personer, således at ingen drukner i processen, og samtidig får flere personer ansvarsfølelser og ejerskabsfølelser herfor. Vigtigst af alt er det dog, at der afsættes tid og ressourcer til arbejdet, som ellers vil blive nedprioriteret til fordel for sygehusets primære ydelse; patientbehandlingen.

8.6 Opsamling af resultaterne

På baggrund af analysen af de syv interviews kan tre overordnede, centrale resultater fremhæves. Først og fremmest synes der at være forskelle i besvarelserne mellem de forskellige medarbejdergrupper på Sygehus Vendsyssel i forhold til eksempelvis værdier, målsætninger og hvor meget kvalitet er en integreret del af hverdagen.

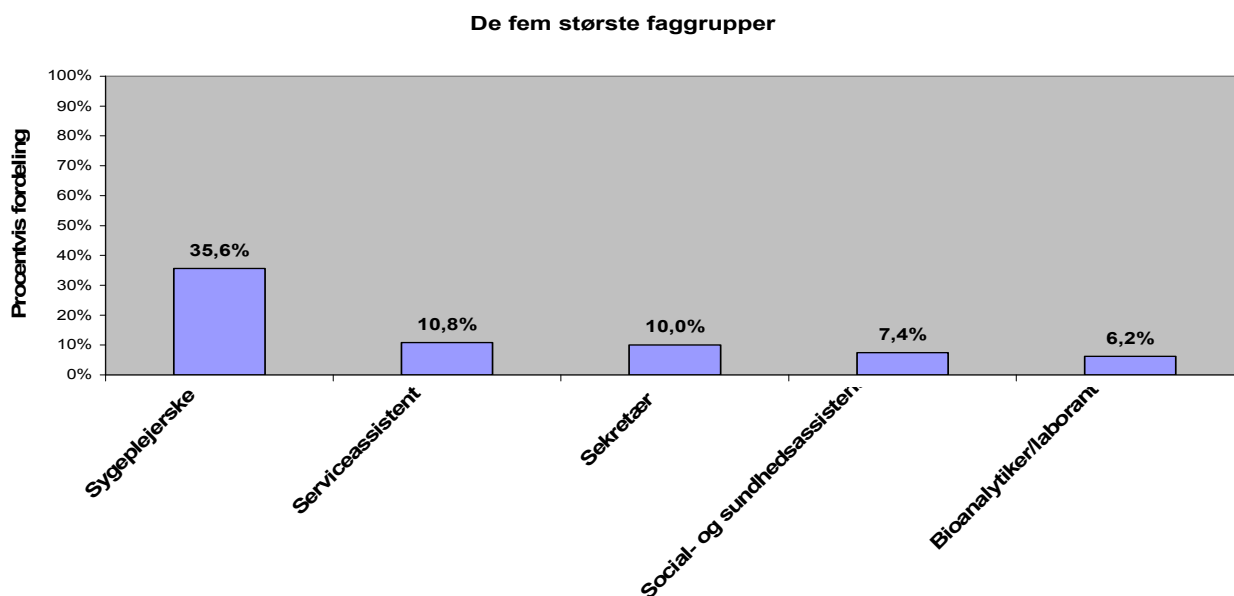
Endvidere er et vigtigt resultat, at medarbejderne i høj grad synes at forholde sig meget positive og forventningsfulde overfor kvalitetsarbejde og kvalitetsudvikling samt selve akkrediteringen og processen med at opnå denne. Dette er vigtigt, idet en indledende positiv indstilling hertil, samt en tro på gavnligheden og nytteværdien i det, kan udgøre en væsentlig motivationsfaktor for medarbejderne, når arbejdet hermed for alvor sættes i gang.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at medarbejderne på tværs af organisationen i høj grad giver udtryk for, at de mangler information og viden omkring andres erfaringer og resultater med kvalitetsarbejde og akkreditering såvel som Sygehus Vendsyssels præcise strategi for gennemførelse af akkrediteringen. Dette er væsentligt at lytte til, idet information og viden fører til et yderligere kendskab til det foreliggende arbejde, samt mulighed for at forberede sig hertil. Videre er det desuden vigtigt, at medarbejderne oplever at føle sig inddraget i processen som en uundværlig del heraf, hvorved disse har mulighed for at udvikle ejerskabsfølelser og fællesskabsfølelser herom, hvilket kan ske gennem et øget informationsniveau, som også kan bidrage som en ekstra motivationsfaktor for medarbejderne.

9. Præsentation af den kvantitative analyses respondenter

Forinden selve analysen af undersøgelsens statistiske datamateriale præsenteres indledningsvist undersøgelsens respondenter. Dette gøres med udgangspunkt i de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, som består af de ansattes køn, alder, faggruppe, hierarkisk placering, afdeling, anciennitet, anciennitet på Sygehus Vendsyssel, tidsmæssige ansættelsesforhold og geografisk tilknytning. Her kan det først og fremmest nævnes, at datasættet består af 671 ansatte, hvoraf 73 eller 10,9% er mænd, og 598 eller 89,1% er kvinder. Samtidig fordeler de ansatte sig i forhold til deres alder således, at cirka 8% er 20-29 år, 23% er 30-39 år, 33% er 40-49 år, 29% er 50-59 år og endelig er 7% 60-69 år. Endvidere skal det fremhæves, at alle faggrupper, med undtagelse af socialrådgivere og piccoliner, i mere eller mindre grad er repræsenterede i datasættet. Nedenstående tabel præsenterer for overskuelighedens skyld kun de fem størst repræsenterede faggrupper i datasættet. Derudover kan det nævnes, at lægerne udgør 4,8%, mens fysio- og ergoterapeuter tilsammen udgør 8,9%.

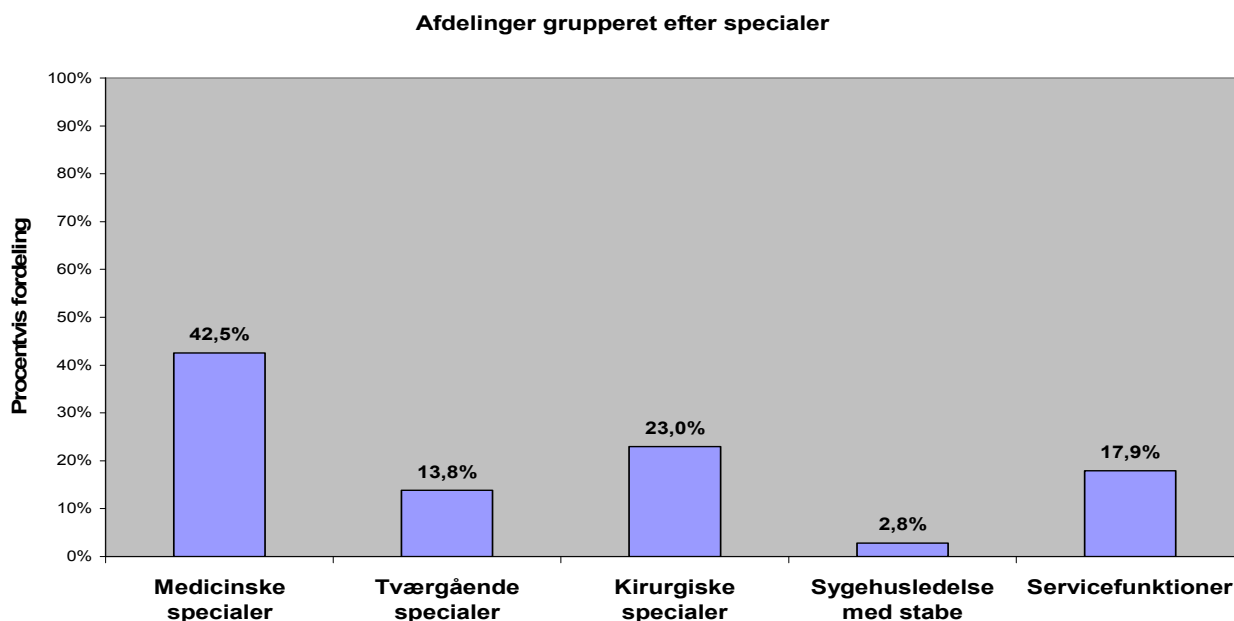
Diagram 1: De fem største faggrupper i stikprøven



De ansatte placerer sig desuden i ledeshierarkiet på den måde, at 82% ikke har nogen ledelsesfunktion tilknyttet deres stilling, mens cirka 12% fungerer som mellemledere, og endelig befinder 6% sig på sygehusledelsesniveau.

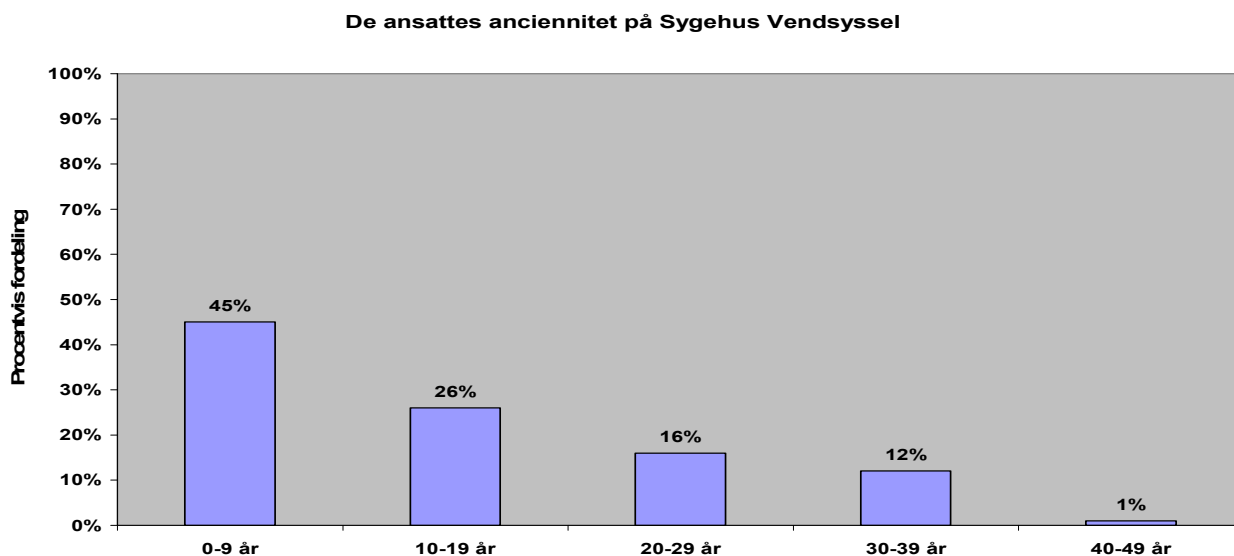
Med hensyn til de ansattes afdelingstilhørsforhold er det for overskuelighedens skyld valgt at inddеле disse i fem specialer, og nedenstående tabel viser, hvordan de ansatte fordeler sig i forhold til disse.

Diagram 2: Afdelinger grupperet efter specialer



I forhold til anciennitet inden for nuværende fag fordeler de ansatte sig således, at 33% har 0-9 års anciennitet, 29% har 10-19 års anciennitet, 19% har 20-29 års anciennitet, 16% har 30-39 års anciennitet, og endelig har 3% 40-49 års anciennitet. I forlængelse heraf ser de ansattes anciennitet på Sygehus Vendsyssel ud som følger:

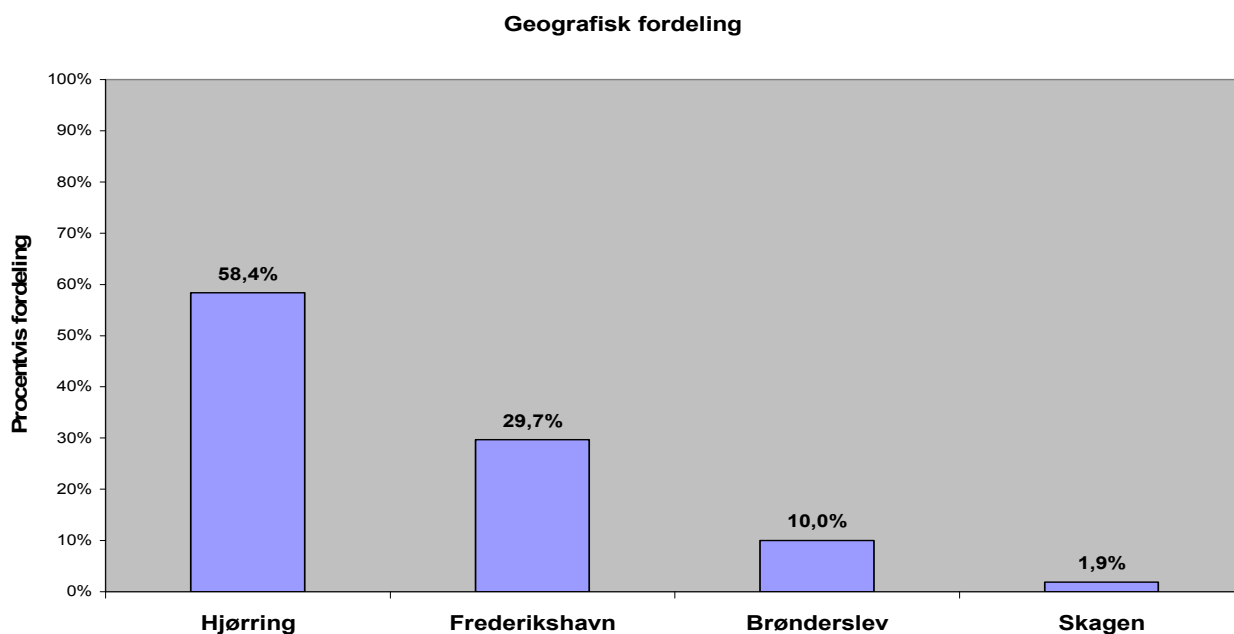
Diagram 3: De ansattes anciennitet på Sygehus Vendsyssel



Blandt de ansatte er det desuden 29%, der arbejder på deltid, og 71% der arbejder på fuld tid.

Endelig fordeler respondenterne sig geografisk på følgende måde:

Diagram 4: Geografisk fordeling



Gennem hele analysen forholder det sig sådan, at det er disse beskrevne faktorer, der fremover benævnes de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, og som sammenholdes med spørgsmålene omkring de ansattes holdninger, hvorved eventuelle forskelle og ligheder blandt de ansatte i overvejende grad vil komme til udtryk på baggrund heraf. Herved vil eventuelle forskelle, der kan tilskrives kulturelle forskelle i de ansattes kvalitetskulturer, også vise sig på baggrund heraf.

10. Kvantitativ analyse

10.1 Værdier

Som en del af definitionen af kvalitetskultur optræder begreberne om værdier og særinteresser eller målsætninger, og disse undersøges i spørgeskemaet blandt andet ved hjælp af spørgsmål omkring, hvad der for de ansatte er vigtigt i arbejdsdagen, hvad der lægges særlig vægt på i det daglige arbejde på afdelingen, samt hvad der er vigtigt for de ansatte at opnå gennem arbejdet. Herigennem undersøges samtidig, hvorvidt de fem kvalitetsmål, som WHO har opstillet, og som der arbejdes ud fra indenfor det danske sundhedsvæsen, indgår som en integreret del af det daglige arbejde for de ansatte på Sygehus Vendsyssel; hvad enten dette sker som aktive initiativer, personligt eller i afdelingen, eller blot som de ansattes tankemæssige handlinger i arbejdsdagen. Formålet med dette emne er hermed at undersøge, hvorvidt der eksisterer betydelige forskelle i de ansattes værdier og særinteresser afhængigt af deres personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, som kan udgøre kulturelle forskelle i forbindelse med forskellige kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel.

10.1.1 Personlige og afdelingsmæssige værdier

Indledningsvis fokuseres på de ansattes tilkendegivelser af, hvad der for dem er de tre vigtigste forhold eller værdier i deres daglige arbejdsdag med særligt fokus på, hvorvidt WHO's fem kvalitetsmål²⁰ er repræsenteret heri. I tabellen nedenfor er vist de fem mest hyppige svarangivelser for hver prioritet.

²⁰ WHO's fem kvalitetsmål er som tidligere beskrevet: Effektiv ressourceudnyttelse, høj faglig standard, minimal patientrisiko, helhed i patientforløbet og høj patienttilfredshed.

Tabel 4: Hvad er vigtigt for dig i din arbejdsdag?

	Mest hyppige værdi	2. mest hyppige værdi	3. mest hyppige værdi	4. mest hyppige værdi	5. mest hyppige værdi
1. prioritet	En god ledelse	Et udviklende og inspirerende arbejdsmiljø	Høj faglig standard	Medindflydelse	Gode kolleger
2. prioritet	Et udviklende og inspirerende arbejdsmiljø	En god ledelse	Et godt socialt arbejdsmiljø	Høj faglig standard	Gode kolleger
3. prioritet	Gode kolleger	Et godt socialt arbejdsmiljø	En god ledelse	Høj løn	Et udviklende og inspirerende arbejdsmiljø

Af tabellen fremgår det, at det i høj grad er de samme værdier, der prioriteres højt af de ansatte på Sygehus Vendsyssel om end i forskellige rækkefølger. I forhold til WHO's fem kvalitetsmål fremgår kun et enkelt af dem i disse fem hyppigste svar under prioriteterne, og dette er høj faglig standard, som både figurerer under 1. og 2. prioritet; dog kun som det 3. henholdsvis 4. hyppigste svar herunder. Dette kan udgøre et problem i relation til den forestående akkreditering, idet kvalitet, i form af de fem kvalitetsmål, herved i mindre grad synes at udgøre vigtige faktorer for de ansatte i deres arbejdsdag. Deraf kan det umiddelbart udledes, at kvalitet defineret ved WHO's kvalitetsmål kun i mindre omfang synes at udgøre de mest centrale elementer af de ansattes arbejdsliv og dermed være en integreret del af deres arbejdsdag.

Dette afspejles også af, at værdien om effektiv ressourceudnyttelse er blandt de mest sjældne svar under 1. prioritet. Under 2. prioritet er værdierne om minimal patientrisiko og effektiv ressourceudnyttelse tilsvarende blandt de mest sjældne svar, og endelig er værdierne om effektiv ressourceudnyttelse og helhed i patientforløbet blandt de mest sjældne svar under 3. prioritet (Bilag 14). Som følge af at disse tre værdier, som udgør tre af WHO's fem kvalitetsmål, optræder som de mindst vigtige i arbejdsdagen hos de ansatte, afspejler dette derfor et manglende fokus på kvalitet defineret herved.

I forlængelse heraf er det desuden undersøgt, om der afhængigt af de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika er forskelle i forhold til, i hvilken grad de ansatte prioriterer

høj faglig standard, som er det eneste af WHO's fem kvalitetsmål, der figurerer under prioriteterne. Her viser det sig, at lægerne i langt højere grad end sygeplejerskerne, social- og sundhedshjælperne og sygehjælperne har angivet høj faglig standard som vigtigt for dem i deres arbejdsdag (Bilag 15).

Tilsvarende resultater præsenteres desuden af en dansk undersøgelse i litteratur-reviewet, hvor det påpeges, at der eksisterer kulturelle forskelle mellem faggrupper, der indebærer, at læger i højere grad vægter forskning til fordel for fremtidens patienter, og desuden har en mere individualistisk og konkurrencepræget mentalitet, hvorimod sygeplejersker fokuserer på nuværende patienter, men lægger vægt på personlige og sociale behov først, samtidig med at de er mere kollektivt orienterede og vægter de bløde værdier. Dette bunder endvidere i faggruppespecifikke forskelle, der opstår allerede under uddannelsen, hvor de ansatte socialiseres i faggruppernes særlige miljøer, som tager udgangspunkt i bestemte værdier for arbejdet. Eksempelvis er sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere i højere grad socialiseret i et miljø, hvor omsorg, empati og menneskelighed for patienten sættes i højsædet, hvorimod læger i højere grad socialiseres i miljøer, der vægter faglig standard, faglig udvikling og i det hele taget den professionelle medicinske standard.

De individuelle interviews viste også, at alle faggrupperne hver især tænker/definerer kvalitet i relation til deres eget fagområde, og derved forekommer nærværende undersøgelses resultater ikke umiddelbart overraskende. De afspejler dog, at sygehusledelsen i høj grad skal være opmærksom på, at plejepersonalet i nogle tilfælde i højere grad vil have fokus på kvaliteten i omsorgen og plejen af patienterne end på kvaliteten af det faglige behandlingsmæssige område, hvilket kan skabe grobund for misforståelser og frustrationer.

I relation til WHO's kvalitetsmål kan det udledes, at den beskrevne tendens i form af et manglende fokus på WHO's kvalitetsmål gør sig gældende generelt for de ansatte på Sygehus Vendsyssel, idet ingen grupper i nævneværdig grad skiller sig ud. Ovenstående præsenterer derved ikke umiddelbart et positivt billede af kvalitetskulturerne på Sygehus Vendsyssel, og hvis dette alene skulle udgøre grundlag for en vurdering af, i hvilken grad

der er kvalitetskulturer til stede på Sygehus Vendsyssel, ville konklusionen være, at dette kun i mindre grad er tilfældet, idet de ansatte i højere grad prioriterer andre faktorer end WHO's kvalitetsmål, som de vigtigste i deres arbejdsdag.

10.1.2 Værdier på afdelingerne

I forlængelse af de ansattes tilkendegivelser af deres personlige værdier i arbejdslivet, angives videre hvilke forhold eller værdier, der efter medarbejdernes opfattelse lægges særlig vægt på i det daglige arbejde på deres egen afdeling, hvilket sker på tilsvarende vis ved at angive henholdsvis 1., 2., og 3. prioritet. Resultatet heraf findes i nedenstående tabel.

Tabel 5: Hvad lægges der særlig vægt på i det daglige arbejde på din afdeling?

	Mest hyppige værdi	2. mest hyppige værdi	3. mest hyppige værdi	4. mest hyppige værdi	5. mest hyppige værdi
1. prioritet	Høj faglig standard	Yde det bedste serviceniveau	Effektiv ressourceudnyttelse	Godt samarbejde på afdelingen	Helhed i patientforløbet
2. prioritet	At yde det bedste serviceniveau	Godt samarbejde på afdelingen	Et godt socialt arbejdsmiljø	Høj faglig standard	Høj patienttilfredshed
3. prioritet	Godt samarbejde på afdelingen	Høj faglig standard	Godt socialt arbejdsmiljø	Yde det bedste serviceniveau	Respekt for den enkelte

Ifølge medarbejderne er de tre værdier, der synes at blive vægtet højest på afdelingerne, altså høj faglig standard, at yde det bedste serviceniveau og effektiv ressourceudnyttelse, som udgør de tre hyppigste svar i 1. prioriteten. Derudover figurerer værdierne helhed i patientforløbet og høj patienttilfredshed også i de ansattes top-tre prioriteringer, hvilket er interessant, idet disse værdier, sammen med høj faglig standard, effektiv ressourceudnyttelse og minimal patientrisiko, udgør WHO's fem kvalitetsmål. Kun minimal patientrisiko synes altså ikke at være en del af de værdier, der ifølge de ansatte prioriteres højest på afdelingerne, idet denne værdi ved både 2. og 3. prioritet figurerer som et af de mest sjældent angivne svar (Bilag 16), hvilket umiddelbart er kritisk, da denne som nævnt også er et af WHO's fem kvalitetsmål, og dermed burde rangere højere i afdelingerne. Her præsenteres dog alligevel en anderledes positiv tendens, i modsætning til de ansattes

tilkendegivelser af deres personlige værdier i arbejdslivet, idet værdierne på de enkelte afdelinger, ifølge medarbejderne, i høj grad synes at være præget af et fokus på kvalitet, defineret ved WHO's kvalitetsmål. Dette står imidlertid i modsætning til de værdier, der fremhæves af informanterne under de individuelle interviews, idet disse i højere grad er værdier såsom respekt, dialog, åbenhed, rummelighed og godt socialt miljø på afdelingen. Herved præsenterer resultaterne fra spørgeskemaet i højere grad et positivt udtryk for kvalitetskulturerne på de enkelte afdelinger end de individuelle interviews.

I forlængelse heraf er det endvidere undersøgt, hvorvidt der skulle forekomme eventuelle sammenhænge med de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, hvilket dog ikke er tilfældet (Bilag 17), hvorfor det kan konkluderes, at det ikke er særlige grupper af ansatte eller ansatte på bestemte afdelinger, der angiver disse værdier som henholdsvis 1., 2. og 3. prioritet. Til trods for at det altså er nogle andre værdier, der fremhæves under de individuelle interviews, bekræftes det dog, at der ikke er forskelle mellem de enkelte afdelinger i forhold til hvilke centrale værdier, der arbejdes ud fra.

På baggrund af disse anderledes positive resultater ser det dermed ud til, at der i de enkelte afdelinger på Sygehus Vendsyssel generelt gøres en indsats for at sikre kvaliteten i arbejdet, samtidig med at der styrkes og udvikles kvalitetskulturer med særligt fokus på WHO's kvalitetsmål. Mindst lige så vigtigt er det desuden, at medarbejderne i høj grad mærker dette i deres arbejdsdag, siden størstedelen af de ansatte har angivet de fem kvalitetsmål som de forhold, der lægges særlig vægt på i deres afdeling. Dette kan medføre gode vilkår, når selve akkrediteringsprocessen påbegyndes, idet ledelsen såvel som medarbejderne på de enkelte afdelinger allerede arbejder med at holde fokus på nogle af de centrale nøgleord i processen. Dette kan også være en forklaring på det tilsyneladende manglende fokus på kvalitetsmålene, når de ansatte skal angive deres personlige prioriteter i arbejdslivet, idet ledelserne i høj grad har taget ansvaret for at arbejde med disse, hvorved der efterlades rum for, at medarbejderne også kan holde fokus på eksempelvis de mere bløde værdier i arbejdsdagen. Omvendt kan det dog også argumenteres, at det er problematisk, at medarbejderne ikke synes at have internaliseret de værdier, som afdelingen arbejder med at

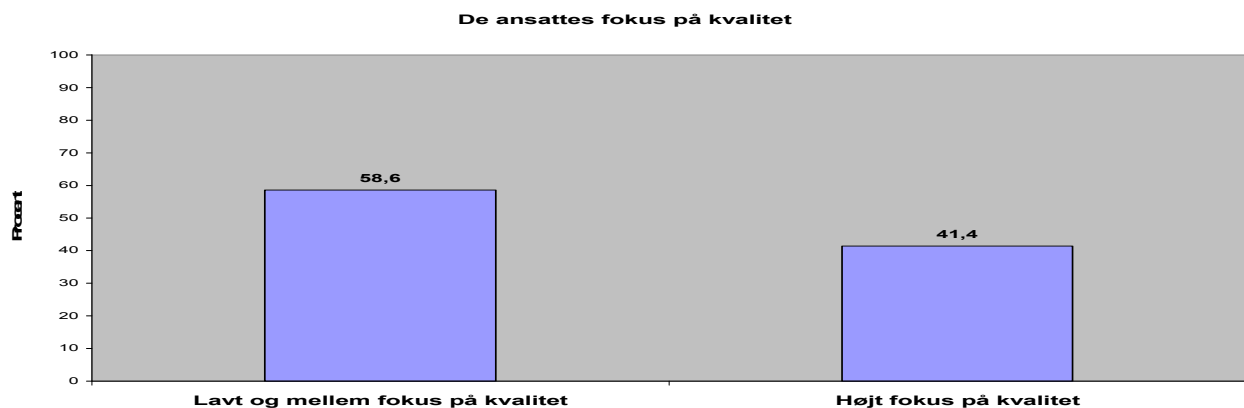
holde fokus på i form af WHO's kvalitetsmål, idet de i højere grad fremhæver andre værdier som deres personlige prioriteter i arbejdet. Ikke desto mindre ser det nu, i modsætning til tidligere, ud til, at der i høj grad arbejdes med kvalitetskulturer blandt ledelse og medarbejdere på Sygehus Vendsyssel, og at dette generelt gør sig gældende på tværs af organisationen.

10.1.3 Fokus på kvalitet i arbejdsdagen

Ydermere har de ansatte angivet, hvor meget de fem kvalitetsmål hver for sig fylder i løbet af deres arbejdsdag, personligt såvel som på afdelingsniveau. Her ser det meget positivt ud, idet mellem 67% og 84% af de ansatte placerer sig i den gruppe, der kan betegnes som havende et højt fokus på hvert af de fem kvalitetsmål i deres arbejdsdag (Bilag 18).

I forbindelse med de fem kvalitetsmål er der konstrueret en samlet skala, hvor de ansatte har fået tildelt én samlet score i forhold til, i hvilken grad kvalitetsmålene tilsammen er integrerede dele af deres arbejdsdag. Resultatet heraf kan ses i nedenstående diagram.

Diagram 5: De ansattes samlede fokus på kvalitet i form af WHO's kvalitetsmål



N=466

Umiddelbart fremstår ovenstående positivt, idet 41,4% af de ansatte giver udtryk for at have et højt fokus på de fem kvalitetsmål i deres arbejdsdag. Dermed kan det udledes, at de fem kvalitetsmål i et vist omfang synes at være en integreret del af en stor del af de ansattes arbejdsliv. Dog kan det påpeges, at 58,6% af de ansatte endnu kun har et lavt eller

varierende fokus på kvalitet i deres arbejdsdag, hvilket må siges at være en relativ stor gruppe af medarbejdere. Med hensyn til i hvilken grad, der eksisterer kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, er det dermed næsten 60% af de ansatte, der kun i mindre grad har et fokus på de fem kvalitetsmål samlet, hvilket vil sige, at kvalitetskulturerne nok er til stede, men dog endnu ikke i et tilstrækkeligt omfang, hvorfor der stadig efterlades betydeligt rum for forbedringer i forbindelse med forberedelserne til akkrediteringen.

I forlængelse heraf er det endvidere undersøgt, hvorvidt det er særlige grupper af ansatte, der har et henholdsvis lavt/mellem eller højt fokus på kvalitet. Her viser det sig, at dette ikke er tilfældet, men at der er forskellige holdningsmæssige og arbejdsmæssige forhold, der har betydning for den enkeltes fokus på kvalitet (Bilag 19).

- En oplevelse af manglende anerkendelse fra den nærmeste ledelse i forhold til kvalitetsarbejde medfører et mindre fokus på kvalitet i arbejdsdagen.
- Oplevelsen af i mindre grad at modtage opbakning fra den nærmeste ledelse i forbindelse med kvalitetsarbejdet medfører et større fokus på kvalitet i arbejdsdagen.
- Ansatte fra afdelinger med både ambulante forløb og sengeafsnit har et større fokus på kvalitet i arbejdsdagen end ansatte fra afdelinger med kun ambulante forløb.
- Ansatte, der besidder en stilling på sygehusledelsesniveau, har et større fokus på kvalitet i arbejdsdagen end de resterende ansatte.

Det kan altså konstateres, at en oplevelse af manglende anerkendelse af et godt stykke kvalitetsfremmende arbejde fra den nærmeste ledelse har negative konsekvenser for de ansattes fokus på kvalitet, hvilket kan udgøre et problem, idet kun cirka halvdelen af de ansatte angiver, at den nærmeste ledelse er god til at anerkende kvalitetsfremmende arbejde (Bilag 20). Denne sammenhæng bekræfter de nationale og internationale erfaringer med kvalitetsarbejde og akkreditering, som præsenteres i litteratur-reviewet, idet netop en oplevelse af anerkendelse fra især ledelsen, men i høj grad også kollegaerne, har stor betydning for medarbejdernes fortsatte motivation og selvtillid, hvilket har betydning for udviklingen af kvalitetskulturer. Dette udtrykkes desuden også direkte i de individuelle

interviews, hvor netop øget motivation i forhold til kvalitetsarbejdet fremhæves som et resultat af, at dette arbejde anerkendes. Herved ser det ud til, at ris og ros fra ledelsens side i høj grad er vigtig at huske på, men især det at gøre opmærksom på, at ledelsen prioriterer kvalitetsarbejdet og værdsætter medarbejdernes arbejde er vigtigt. I forbindelse hermed kan sådanne tilkendegivelser i høj grad også siges at udgøre kvalitet for medarbejderne i deres arbejde.

Det er dog bemærkelsesværdigt, at en følelse af opbakning fra den nærmeste ledelse i høj grad synes at have negativ betydning for de ansattes fokus på kvalitet i arbejdsdagen, hvilket umiddelbart synes ulogisk. Dette kan eventuelt skyldes karakteren af den opbakning, der gives, idet for stor opbakning i stedet kan opleves negativt som et pres på medarbejderen, især hvis denne i forvejen er presset med kun få tidsmæssige eller personlige ressourcer til rådighed til de daglige arbejdsopgaver. En anden forklaring præsenteres af deltagerne fra fokusgruppe-interviewet, idet det påpeges, at såfremt ledelsen ikke lever op til de ansattes forventninger omkring kvalitetsarbejdet, kan det tænkes, at enkelte medarbejdere er opmærksomme på områder, hvor kvaliteten ifølge dem ikke er tilfredsstillende, men hvor ledelsen måske ikke er enig på grund af forskellige opfattelser af kvalitet. I sådanne tilfælde kan det tænkes, at medarbejderne selv vil tage over og arbejde med at forbedre kvaliteten, ud fra deres egen forståelse heraf. Det fremhæves, at der på nogle afdelinger er såkaldte ”tordenskjoldssoldater”, der ikke er bange for at tage initiativ og gå forrest i forhold til kvalitetsarbejdet, hvis de oplever, at dette er nødvendigt.

I forhold til kvalitetskulturerne på Sygehus Vendsyssel fremgår det altså, at disse, i relation til fokus på kvalitet i form af de fem kvalitetsmål, kan afgrænses på baggrund af afdelinger og ledelsesniveau, idet kvalitetskulturerne på afdelinger med både ambulante forløb og sengeafsnit tilsyneladende er mere udprægede samtidig med, at kvalitetskulturerne i højere grad gør sig gældende jo længere oppe i hierarkiet, man befinder sig. I forhold til afdelingsforskellene kan det blot konstateres, at sygehusledelserne nødvendigvis må have dette in mente under akkrediteringsprocessen, idet en vis grad af fælles holdninger vedrørende et fokus på kvalitet i forhold til implementering af de udarbejdede standarder fra

Den Danske Kvalitetsmodel, er en forudsætning for denne. Med hensyn til de mere kvalitetsorienterede kulturer, der eksisterer på de højere ledelsesniveauer burde dette ikke komme som en overraskelse, og det ville være kritisk, hvis det ikke så sådan ud, idet sygehusledelsen i sidste ende besidder det primære ansvar for en vellykket akkreditering, hvorfor deres fokus på kvalitet ikke overraskende er større end medarbejdernes. Endelig er der desuden identificeret centrale faktorer, som kan være medvirkende til at udvikle kvalitetskulturerne yderligere, i form af anerkendelse og opbakning fra den nærmeste ledelse, hvor sidstnævnte resultat kræver en dialog med medarbejderne for at komme til bunds i den umiddelbart omvendte tendens i forhold til det forventede.

10.1.4 Særinteresser

Som den sidste del af emnet omkring værdier, er det undersøgt, hvad der for de ansatte er vigtigt at opnå gennem arbejdet, hvilket vil sige de personlige særinteresser i relation til arbejdet. Dette er undersøgt, idet disse kan afspejle, hvorvidt der eksisterer forskelle mellem grupper af ansatte med hensyn til deres personlige mål med arbejdet, som *kan* være medvirkende til at afgrænse forskellige kulturer blandt de ansatte. Såfremt sådanne forskelle eksisterer, *kan* disse også komme til at udgøre barrierer for at gennemføre et samarbejde omkring det fælles mål, der er akkreditering. De tre mest hyppige særinteresser eller værdier, som de ansatte har fremhævet, er²¹:

1. Personlig tilfredsstillelse ved at udføre et godt stykke arbejde (69,3%)
2. Gode kollegiale relationer (58,1%)
3. Faglig udvikling (52,8%).

De to mest hyppigt angivne værdier kan i høj grad karakteriseres som bløde værdier, der omhandler personlig og social vinding, hvilket afspejler, at medarbejderne i høj grad sætter en ære i deres arbejde og gerne vil yde deres bedste for et godt resultat, samtidig med at forholdet til kollegaerne igen vægtes højt. Endvidere omhandler den tredje hyppigste værdi

²¹ Det har været muligt at angive flere svar, hvorfor den samlede procentsats overstiger 100.

de ansattes faglige kompetencer i form af faglig udvikling, hvilket igen kan hænge sammen med den personlige tilfredsstillelse ved at være god til sit arbejde og opnå gode resultater, som kræver kontinuerlig faglig udvikling²². Omvendt er de to mindst hyppigt angivne værdier personlig status/prestige (1,1%) og fremtidige karrieremuligheder (4,0%), hvilket i høj grad afspejler, at arbejdet ikke udføres med selviske intentioner (Bilag 22).

I forhold til de tre hyppigste svarangivelser forekommer der at være centrale sammenhænge, når disse sammenholdes med en række holdningsspørgsmål og de personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, hvilket vil blive redegjort for i det følgende²³.

Personlig tilfredsstillelse ved at udføre et godt stykke arbejde (Bilag 23)

De to faktorer, der kan være med til at forklare, hvorvidt de ansatte har svaret personlig tilfredsstillelse ved at udføre et godt stykke arbejde som vigtigt at opnå gennem arbejdet, er:

1. Faggruppe
2. Anciennitet på Sygehus Vendsyssel.

Sygeplejerskerne vægter i langt højere grad denne personlige tilfredsstillelse sammenlignet med ansatte tilhørende kategorien *anden faggruppe*, samtidig med at de ansatte med færrest års anciennitet i højere grad vægter en personlig tilfredsstillelse ved arbejdet. Det sidstnævnte *kan* skyldes, at ansatte med mange års anciennitet i deres nuværende stilling i højere grad har skabt nogle arbejdsmæssige vaner og rutiner, som præger arbejdsdagen og *kan* bevirke, at arbejdsopgaverne i højere grad udføres mere mekanisk, hvorved den personlige tilfredsstillelse ved at udføre et godt stykke arbejde ikke længere opleves eller opnås i så høj grad.

Gode kollegiale relationer (Bilag 24)

²² Der er desuden undersøgt, hvorvidt bestemte kombinationer af værdier optræder hyppigere end andre, men dette viser sig ikke i nævneværdig grad at være tilfældet (Bilag 21).

²³ Disse regressioner er foretaget med udgangspunkt i faggruppevariablen indeholdende alle faggrupper. Anvendes i stedet faggruppevariablen kun indeholdende de fire største faggrupper, fås enten identiske eller næsten identiske resultater.

I relation til det næsthøypigste svar om gode kollegiale relationer, viser det sig, at følgende faktorer har betydning herfor:

1. Anciennitet i nuværende stilling
2. Ledelsesfunktion

Det viser sig, at jo højere anciennitet, de ansatte har, i jo højere grad søges opnåelse af gode kollegiale relationer gennem arbejdet, hvilket kan afspejle, at de ansatte, som har været på Sygehus Vendsyssel i mange år, i højere grad udnytter arbejdet til at skabe sociale relationer frem for eksempelvis karriererelaterede værdier såsom høj løn eller personlig prestige. Med hensyn til ledelsesfunktionen viser det sig, at ansatte, der befinder sig på sygehusledelsesniveau i væsentlig mindre grad fremhæver gode kollegiale relationer som vigtigt at opnå gennem arbejdet, sammenlignet med ansatte uden nogen ledelsesfunktion tilknyttet. Heraf afspejles igen, hvordan arbejdet, jo højere oppe i hierarkiet, man befinder sig, i mindre grad spiller en rolle som et redskab til at skabe sociale netværk, og i højere grad som et redskab til at skabe en succesfuld karriere.

Faglig udvikling (Bilag 25)

Endelig er de faktorer, der har betydning for, om de ansatte har fremhævet faglig udvikling som vigtigt at opnå gennem arbejdet, følgende:

1. Faggruppe
2. Køn

Blandt de enkelte faggrupper er det altså sygeplejerskerne, social- og sundhedshjælperne og især terapeuterne, som vægter den faglige udvikling højest, samtidig med at kvinderne også vægter dette dobbelt så meget som mændene. Dette er interessant i forhold til kvalitetsbegrebet, idet faglig udvikling, i forhold til at være bekendt med den nyeste viden indenfor eget område eller speciale, hænger tæt sammen med en høj professionel standard, som er et af de fem kvalitetsmål fra WHO. Idet de i særlig grad søger opnåelse af faglig

udvikling gennem deres arbejde, synes kvinderne og disse faggrupper derfor at være på forkant i forhold til at holde fokus på et af de fem kvalitetsmål.

I forhold til de tre mest hyppige værdier, som de ansatte på Sygehus Vendsyssel i høj grad søger at opnå gennem deres arbejde, eksisterer der ikke betydelige forskelle mellem medarbejderne, hvorfor der ej heller kan identificeres og afgrænses særlige kulturelle forskelle på baggrund heraf. Som følge af at to af de tre hyppigste svarangivelser kan relateres til en form for faglig stolthed gennem arbejdet kan dette endvidere betragtes som positivt og ikke udgøre nogen barriere i forhold til akkrediteringen. Kun værdien om gode kollegiale relationer skiller sig ud, idet dette ikke direkte repræsenterer nogle af de værdier, som kan være gavnlige for akkrediteringen, men da der ikke synes at være særlige grupper af ansatte, som i højere grad søger at opnå dette, udgør det ikke direkte noget problem herfor.

10.1.5 Delkonklusion

Tilstedeværelse af kvalitetskulturer

Det fremgår altså, at det ikke er entydigt, i hvilken grad der kan siges at være kvalitetskulturer til stede blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel, når der fokuseres på de ansattes tilkendegivelser af de vigtigste værdier i arbejdslivet og på afdelingerne, men det kan dog udledes, at til trods for at WHO's kvalitetsmål ikke synes at være integrerede dele af de ansattes personlige prioriteter i arbejdslivet, så spiller de alligevel en stor rolle på de enkelte afdelinger. Det er endvidere ikke særlige grupper af ansatte, eller ansatte på bestemte afdelinger, der i mere eller mindre grad er fokuserede på kvalitetsmålene, og dermed har en højere grad af kvalitetskultur, hvorfor det kan udledes, at de beskrevne tendenser generelt gør sig gældende blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel.

I relation til de ansattes samlede fokus på WHO's fem kvalitetsmål i arbejdsdagen, har mere end halvdelen af de ansatte kun et mellem til lavt fokus på kvalitet, hvilket ikke synes optimalt i relation til den forestående akkreditering. Samtidig viser dette, at kvalitetskulturerne på Sygehus Vendsyssel bærer præg af, at akkrediteringsprocessen endnu

ikke er påbegyndt, idet opmærksomheden stadig kun i begrænset omfang er rettet mod de fem kvalitetsmål.

Alt i alt kan det derfor udledes, at der ikke i nævneværdig grad kan siges at eksistere kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, når det gælder de ansattes personlige værdier og deres fokus på kvalitet i form af WHO's kvalitetsmål.

Afgrænsninger af kvalitetskulturer

Eventuelle variationer i graden af kvalitetskulturer, der er til stede, kan desuden kun i meget lav grad relateres til de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika. Det er dog muligt at afgrænse kvalitetskulturerne på baggrund af afdeling, idet kulturerne på afdelinger med både ambulante forløb og sengeafsnit i højere grad er præget af fokus på kvalitet i form af WHO's kvalitetsmål, hvorimod kvalitetskulturerne på afdelinger med kun ambulante forløb i mindre grad omhandler et fokus på kvalitet defineret herved. Samtidig er kvalitetskulturerne mere udprægede blandt ansatte på sygehusledelsesniveau end blandt de resterende ansatte. Endvidere er det vigtigt for den nærmeste ledelse ikke at glemme at anerkende et godt stykke kvalitetsfremmende arbejde, samtidig med at være opmærksom på, at den opbakning, der gives til medarbejderne fra den nærmeste ledelse, gerne skal gives på en måde, så medarbejderne opfatter denne som noget positivt.

Med hensyn til de ansattes personlige særinteresser eller målsætninger med deres arbejde er der kun begrænsede forskelle heri, som vanskeligt kan tilskrives kulturelle forskelle. Da to af de mest hyppige målsætninger endvidere udgør positive værdier i relation til akkrediteringen i form af personlig tilfredsstillelse ved at udføre et godt stykke arbejde og faglig udvikling, synes dette positivt i forhold til yderligere udvikling af kvalitetskulturerne.

Sammenfattende kan det altså konkluderes, at variationer i graden af tilstedeværelse af kvalitetskulturer kun i meget lav grad kan relateres til de ansattes personlige og arbejdsrelaterede karakteristika

10.2 Kvalitetsarbejde

I dette afsnit sættes der fokus på kvalitetsarbejde, idet det med udgangspunkt heri undersøges, i hvilken grad kvalitetskulturer kan siges at eksistere på Sygehus Vendsyssel, og om der viser sig at være forskelle i kvalitetskulturer i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika. I det følgende præsenteres i kondenseret form de mest centrale resultater i relation hertil, understøttet af tabeller og med korte kommentarer tilknyttet.

10.2.1 Kvalitet i arbejdsdagen

Det er blandt andet undersøgt, hvad der udgør kvalitet i den enkelte ansattes arbejdsdag, og den nedenstående tabel angiver de 5 parametre for kvalitet i arbejdsdagen, som de sygehusansatte oftest har angivet²⁴.

Tabel 6: *Hvad betyder kvalitet for dig i din arbejdsdag?*

Hyppighed	Parameter	Andel, der har svaret dette
Hyppigste svar	Høj faglig standard (N = 660)	55,9%
2. mest hyppige svar	At yde det bedste serviceniveau (N = 659)	29,3%
3. mest hyppige svar	Et godt socialt arbejdsmiljø (N = 660)	26,5%
4. mest hyppige svar	At tage udgangspunkt i patienten (N = 660)	22,3%
5. mest hyppige svar	Respekt for den enkelte (N = 659)	21,7%

Centralt i denne sammenhæng er, at kun ét af WHO's fem specificerede og tidligere beskrevne mål for kvalitet inden for sundhedssektoren figurerer i tabellen, i form af parameteret høj faglig standard, som dog til gengæld udgør det oftest angivne svar. Målt ud fra WHO's kvalitetsmål kan kvalitet i denne sammenhæng kun i meget ringe grad siges at være en integreret del af de ansattes kulturer. Der er endvidere ikke bestemte grupper af ansatte, som i højere grad end andre ansatte har angivet en høj faglig standard som et parameter, der for dem udgør kvalitet i arbejdsdagen, hvorfor den beskrevne tendens gør sig gældende for alle ansatte på Sygehus Vendsyssel. Under flere af de individuelle interviews gives der også udtryk for, at det faglige niveau på Sygehus Vendsyssel indimellem ikke er

²⁴ Hver respondent har haft mulighed for at angive tre svar, hvorfor de samlede procentsatser i tabellen overstiger 100.

godt nok, hvilket kan ses i relation til ovenstående resultater, som altså peger på, at kvalitet målt ved WHO's kvalitetsmål kun i meget ringe grad er en del af kulturerne på Sygehus Vendsyssel.

10.2.2 Aspekter af kvalitetsarbejde

Der er desuden spurgt ind til forskellige aspekter vedrørende kvalitetsarbejde, som er opsummeret i nedenstående tabel:

Tabel 7: De ansattes tilkendegivelser i relation til centrale aspekter af kvalitetsarbejde.

	I høj eller meget høj grad	I nogen grad	I mindre grad eller slet ikke	I alt
I hvilken grad tænker du over kvalitet i din arbejdsdag? (N = 658)	71,8 %	24,9 %	3,3 %	100 %
I hvilken grad drøftes holdninger og forventninger til kvalitetsarbejde imellem kollegaer i din afdeling? (N = 632)	36,1 %	46,0 %	17,9 %	100 %
I hvilken grad drøftes holdninger og forventninger til kvalitetsarbejde imellem ledelse og kollegaer i din afdeling? (N = 603)	30,7 %	44,6 %	24,7 %	100 %
I hvilken grad mener du, at et godt stykke kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af dine kollegaer? (N = 596)	51,7 %	40,2 %	8,1 %	100 %
I hvilken grad mener du, at et godt stykke kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af din nærmeste ledelse? (N = 597)	53,1 %	32,8 %	14,1 %	100 %

Tabellen illustrerer følgende:

- De ansatte på Sygehus Vendsyssel tænker i høj grad over kvalitet i deres arbejdsdag, hvilket tegner et meget positivt billede af, at kvalitet i meget høj grad forekommer at være en integreret del af de ansattes tankemønstre. Dog er dette ikke at ligestille med, at kvalitet også udgør en integreret del af de ansattes handle-mønstre, idet der kan

være langt fra tanke til handling, hvilket både kan bunde i personlige såvel som ressourcemæssige årsager. Under de individuelle interviews angiver flere af interviewpersonerne da også, at kvalitet udgør en stor del af deres arbejdsdag, men at det primært er *indirekte*, at de tænker meget over kvalitet, i det arbejde de udfører. Desuden skal det pointeres, at ovenstående spørgsmål refererer til de ansattes egne opfattelser af kvalitet, som kan være meget varierende, og ovenstående resultat kan derfor ikke sammenlignes med det tidligere resultat vedrørende fokus på kvalitet i delanalysen om værdier, da dette specifikt omhandler kvalitet målt ved WHO's 5 kvalitetsmål. Under alle omstændigheder er forudsætningen for at handle kvalitetsorienteret dog, at medarbejderne først tænker kvalitetsorienteret, hvorfor ovenstående resultat i et kvalitetskultur-perspektiv sammenfattende fremstår positivt.

- Med henblik på Sygehus Vendsyssels forstående akkrediteringsarbejde forekommer det ønskeligt for organisationen, om kvalitetsarbejde i højere grad blev drøftet mellem medarbejdere og mellem medarbejdere og ledelse, således at kvalitetsarbejde allerede på nuværende tidspunkt udgjorde en mere naturlig og integreret del af medarbejdernes daglige tanke- og handlemønstre i det daglige arbejde. Sådanne drøftelser er også en måde at medinddrage medarbejdere og sprede information om kvalitetsarbejde og ejerskabsfølelse/ansvarsfølelse i relation hertil ud blandt medarbejderne, og resultaterne fra litteratur-reviewet peger da også på, at netop disse forhold udgør centrale elementer i udviklingen af kvalitetskulturer. Hvad angår i hvilken grad kvalitetsarbejde drøftes på Sygehus Vendsyssel, forekommer kvalitetskulturer blandt ledelse og medarbejdere derfor kun i mindre grad at være til stede. Under flere af de individuelle interviews gives der også udtryk for ønsker om, at kvalitet og kvalitetsarbejde i højere grad drøftes specifikt, men at dette samtidig vil kræve tilførsel af flere ressourcer.
- Det er meget positivt, at kvalitetsfremmende arbejde i så relativ udbredt grad anerkendes af kollegaer, men omvendt er det negativt, at cirka hver syvende ansatte angiver, at kvalitetsfremmende arbejde kun i meget ringe grad anerkendes af

ledelsen, da resultaterne fra litteratur-reviewet blandt andet peger på anerkendelse fra ledelsens side som et centralt element i forbindelse med udvikling af kvalitetskulturer. Flere af de individuelle interviewpersoner påpeger da også, at anerkendelse af kvalitetsfremmende arbejde udgør en stor motivationsfaktor for fortsat at arbejde kvalitetsorienteret, men at ros fra ledelsen i høj grad hører til sjældenhederne. Når det gælder anerkendelse af kvalitetsfremmende arbejde, ses der altså i relativ stærk grad at eksistere kvalitetskulturer blandt kollegaer på de respektive afdelinger, idet kvalitetsfremmende arbejde og anerkendelse heraf forekommer at være integreret i kollegaernes fælles forståelse af værdier og normer. Derimod forekommer kvalitetskulturer, der anerkender kvalitetsfremmende arbejde, i lidt mindre grad at eksistere blandt de respektive ledelser på afdelingerne.

I relation til de i tabellen præsenterede aspekter vedrørende kvalitetsarbejde, viser det sig desuden (Bilag 26),

- At ansatte på afdelinger, som kun har ambulante forløb, i højere grad end ansatte på afdelinger, der både har ambulante forløb og sengeafsnit, tænker over kvalitet i arbejdsdagen. Dette er interessant, da det er i modstrid med nogle af de tidligere beskrevne resultater for, hvilke faktorer der i analysen af de ansattes arbejdsværdier viser sig at have betydning for de ansattes fokus på kvalitet. Her viser det sig, at ansatte der er tilknyttet afdelinger, som kun har ambulante forløb, i mindre grad har et højt fokus på kvalitet, end ansatte der er tilknyttet afdelinger, som både har ambulante forløb og sengeafsnit. At der ses at være forskelle mellem de respektive afdelinger, bekræfter således informationerne fra de individuelle interviews og resultaterne fra litteratur-reviewet, der påpeger tilstedeværelsen af flere kulturer og kvalitetskulturer i sundhedsorganisationer.
- At drøftelser af kvalitetsarbejde i højere grad er en del af kulturerne blandt ansatte med ledelsesfunktioner, end blandt ansatte uden ledelsesfunktioner.

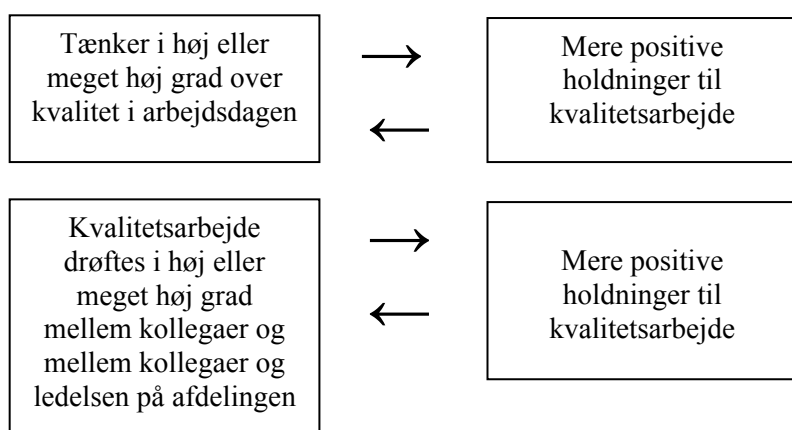
- At drøftelser af kvalitetsarbejde i højere grad er en del af kulturerne blandt fuldtidsansatte end blandt deltidsansatte

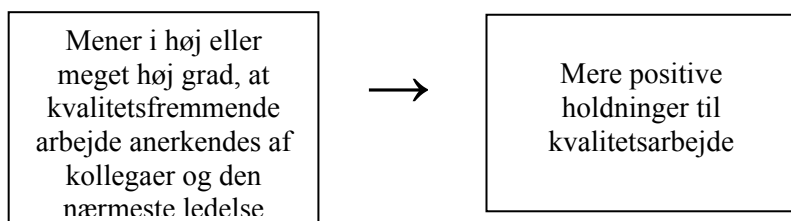
I relation til de ovennævnte aspekter af kvalitetsarbejde, som kan være med til at opbygge, udvikle og understøtte kvalitetskulturer blandt medarbejderne, viser det sig altså, at kvalitetskulturerne blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel adskiller sig fra hinanden i forhold til arbejdsrelaterede karakteristika såsom typen af afdeling, man er ansat på, placering i ledelseshierarki samt arbejdstidsmæssige ansættelsesforhold. Med henblik på at forsøge at udvikle så stærke kvalitetskulturer som muligt blandt alle medarbejdere, er dette derfor forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse i høj grad bør være opmærksom på.

10.2.2.1 Sammenhænge mellem aspekter af kvalitetsarbejde og holdninger til kvalitetsarbejde

Det er desuden undersøgt, om der er sammenhænge mellem hvert af disse aspekter af kvalitetsarbejde og de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde. Det viser der sig at være, men for flere af disse sammenhænges vedkommende er det vanskeligt at bestemme, endsige vurdere, i hvilken retning den pågældende sammenhæng går. Dette blandt andet som følge af, at visse af disse sammenhænge må formodes at være dialektisk associerede. Nedenstående figur illustrerer de fundne sammenhænge (Bilag 27):

Figur 2: Sammenhænge mellem centrale aspekter af kvalitetsarbejde og de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde.



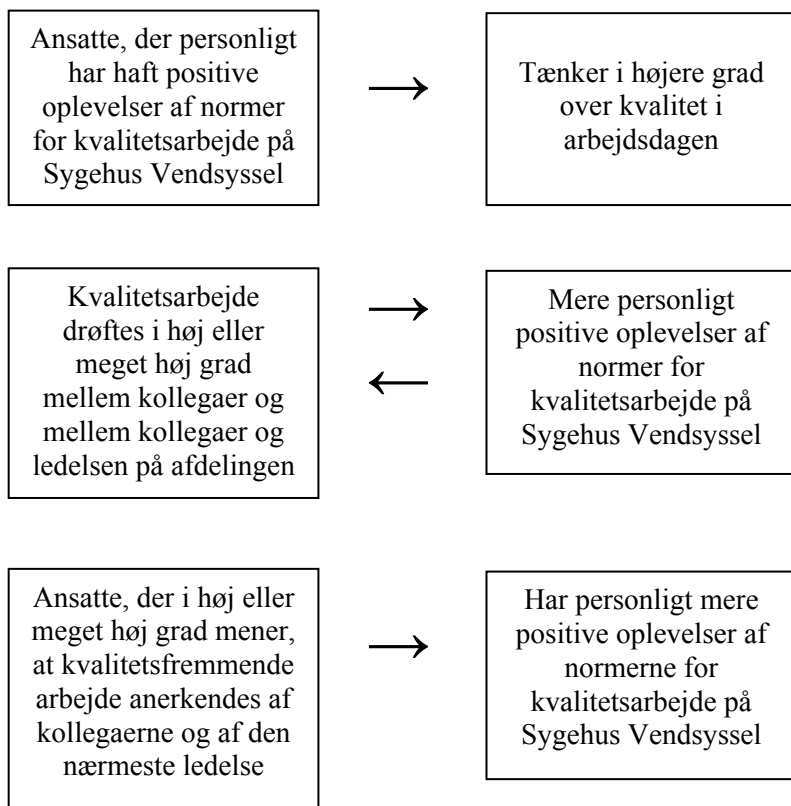


Ovenstående resultater viser altså, at det med henblik på at forsøge at udvikle så stærke kvalitetskulturer som muligt blandt medarbejderne, er vigtigt, at der fra ledelsens side gøres en indsats for at skabe kulturer i organisationen, hvor kvalitetsarbejde i høj grad drøftes, og hvor kvalitetsfremmende arbejde i høj grad anerkendes af alle, således at kvalitetsarbejde i så høj grad som muligt bliver en integreret del af medarbejdernes tanke- og handlemønstre og herigennem kulturer. På denne måde kan ledelsen altså søge at påvirke medarbejdernes holdning til kvalitetsarbejde i så positiv retning som muligt, og på denne måde medinddrage dem heri og sprede ejerskabs- og ansvarsfølelse i forhold hertil blandt medarbejderne. At anerkendelse af kvalitetsfremmende arbejde fra både kollegaer og den nærmeste ledelse i høj grad har en positiv betydning for de ansattes personlige oplevelser af normerne for kvalitetsarbejde, bekræfter endvidere informationerne fra de individuelle interviews og resultaterne fra litteratur-reviewet.

10.2.2.2 Sammenhænge mellem aspekter af kvalitetsarbejde og personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde

Det er desuden undersøgt, om der er sammenhænge mellem hvert af disse aspekter af kvalitetsarbejde og de ansattes personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel (Bilag 28). Det viser der sig ligeledes at være, og også her er det for den ene af disse sammenhænge vanskeligt at afgøre, i hvilken retning den pågældende sammenhæng går, da også denne sammenhæng må formodes at være dialektisk associeret. Nedenstående figur illustrerer de fundne sammenhænge:

Figur 3: Sammenhænge mellem centrale aspekter af kvalitetsarbejde og de ansattes oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel.

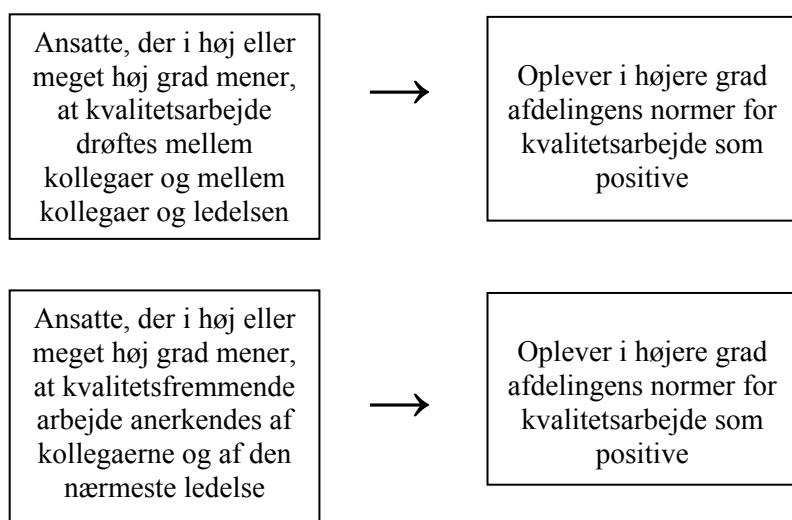


Positive normer for kvalitetsarbejde udgør et centralt element i udvikling af kvalitetskulturer blandt medarbejdere, og omhandler blandt andet, at de ansatte tør udtrykke deres holdninger til kvalitetsarbejde overfor kollegaer og ledelse uden at frygte negative reaktioner. Ovenstående viser altså, at det med henblik på at forsøge at udvikle sådanne positive normer, er vigtigt, at der fra ledelsens side gøres en indsats for at skabe kulturer i organisationen, hvor kvalitetsarbejde i høj grad drøftes og anerkendes af alle. Herved kan ledelsen forbedre mulighederne for, at kvalitetsarbejde i så høj grad som muligt bliver en integreret del af medarbejdernes tanke- og handlemønstre og herigennem kulturer. Betydningen af anerkendelse af kvalitetsfremmende arbejde bekræfter herved igen informationerne fra de individuelle interviews og resultaterne fra litteratur-reviewet.

10.2.2.3 Sammenhænge mellem aspekter af kvalitetsarbejde og afdelingsnormer for kvalitetsarbejde

Der viser sig endvidere at være sammenhænge mellem de ansattes oplevelser af afdelingsnormer for kvalitetsarbejde og de beskrevne aspekter af kvalitetsarbejde (Bilag 29), hvilket illustreres af nedenstående figur :

Figur 4: Sammenhænge mellem centrale aspekter af kvalitetsarbejde og de ansattes oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel.



I tråd med de førnævnte resultater understreger dette endnu en gang, at det med henblik på at skabe og udvikle positive normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel, er vigtigt, at der fra ledelsens side gøres en indsats for at skabe kulturer i organisationen, hvor kvalitetsarbejde i høj grad drøftes, og hvor kvalitetsfremmende arbejde i høj grad anerkendes af alle.

10.2.3 Ressourcer til rådighed for kvalitetsarbejde

Der er desuden spurgt ind til, i hvilken grad de ansatte på Sygehus Vendsyssel mener at have en række ressourcer til rådighed i forhold til det at arbejde kvalitetsorienteret i den daglige arbejdsdag. Disse ressourcer omhandler ressourcerne *tid, fysisk overskud, mentalt overskud, adgang til relevant viden/information, opbakning fra kollegaer samt opbakning fra den nærmeste ledelse*, hvor der i det følgende kun præsenteres resultaterne for de to sidstnævnte ressourcer, da disse er de mest centrale at undersøge i forhold til at belyse

kvalitetskulturer. Nedenstående tabel illustrerer, i hvilken grad de ansatte på Sygehus Vendsyssel mener at have disse ressourcer til rådighed til at arbejde kvalitetsorienteret i den daglige arbejdsdag.

Tabel 8: De ansattes tilkendegivelser af, i hvilken grad de mener at have opbakning til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen.

	I høj eller meget høj grad	I nogen grad	I mindre grad eller slet ikke	I alt
I hvilken grad mener du, at du har opbakning fra kollegaer til at arbejde med kvalitet i din arbejdsdag? (N = 601)	43,1 %	44,9 %	12,0 %	100 %
I hvilken grad mener du, at du har opbakning fra den nærmeste ledelse til at arbejde med kvalitet i din arbejdsdag? (N = 585)	42,1 %	40,3 %	17,6 %	100 %

Tabellen viser, at der ses at være et yderst vigtigt forbedringspotentiale, hvad angår opbakning i forhold til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen. Resultaterne fra litteratur-interviewet peger blandt andet på, at organisationer, der ønsker at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt medarbejderne, må opfordre til selvudvikling og levere muligheder for, at de ansatte kan deltage i kvalitetsarbejde for at inspirere til yderligere handling, hvilket i høj grad hænger sammen med det at give medarbejderne opbakning til at arbejde kvalitetsorienteret. På baggrund heraf forekommer der i denne henseende også kun i mindre grad at eksistere kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, hvilket derfor er et forhold, som sygehusledelsen i meget høj grad bør være opmærksom på.

Det viser sig desuden (Bilag 30),

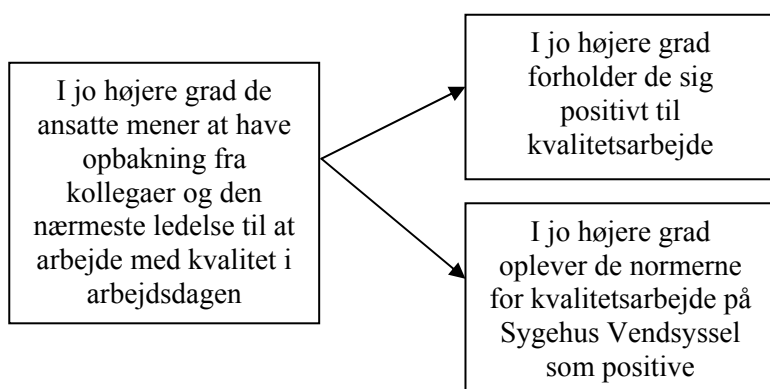
- at ansatte placeret højere oppe i ledeshierarkiet, i højere grad angiver at have opbakning fra den nærmeste ledelse til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen.

Opbakning til at arbejde med kvalitet er altså i højere grad en integreret del af kulturerne blandt ansatte placeret højere oppe i ledelseshierarkiet, og herved forekommer der, hvad opbakning angår, i højere grad at eksistere kvalitetskulturer blandt disse ansatte, hvilket Sygehus Vendsyssels ledelse bør være meget opmærksom på. Med henblik på i så høj grad som muligt at udvikle kvalitetskulturer blandt *alle* organisationens ansatte, hvor opbakning til kvalitetsorienteret arbejde udgør en integreret del af medarbejdernes fælles tanke- og handlingsmønstre, er det derfor essentielt, at de respektive ledelser på Sygehus Vendsyssel også formår at videregive denne opbakning til at arbejde med kvalitet nedad i organisationen.

10.2.3.1 Sammenhænge mellem opbakning til kvalitetsarbejde og holdninger til kvalitetsarbejde samt oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel

Som illustreret i nedenstående figur 5 viser sig desuden at være følgende sammenhænge mellem de ansattes oplevelse af opbakning til at arbejde kvalitetsorienteret og deres holdninger til kvalitetsarbejde såvel som opfattelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel (Bilag 31):

Figur 5: Sammenhænge mellem de ansattes oplevelse af opbakning til kvalitetsorienteret arbejde og deres holdninger til kvalitetsarbejde samt oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel.



Positive holdninger til kvalitetsarbejde blandt medarbejderne og positive normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel udgør kerneelementer i udvikling af

kvalitetskulturer, og disse resultater understreger derfor igen vigtigheden af, at både menige medarbejdere såvel som de respektive ledelser på Sygehus Vendsyssel i så høj grad som muligt giver hinanden opbakning til kvalitetsorienteret arbejde, da dette altså ses at have positiv betydning for de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde samt deres oplevelse af normerne for kvalitetsarbejde.

10.2.4 Motivation for at arbejde med kvalitet

Der er desuden spurgt ind til de ansattes syn på, hvor gode deres kollegaer henholdsvis deres nærmeste ledelse er til at motivere til at arbejde med kvalitet. Nedenstående tabel illustrerer de ansattes tilkendegivelser i relation hertil:

Tabel 9: De ansattes vurderinger af deres kollegaers henholdsvis deres nærmeste ledelses evne til at motivere til at arbejde med kvalitet.

	Helt enig eller enig	Hverken enig eller uenig	Uenig eller helt uenig	I alt
Jeg synes, at kollegaerne er gode til at motivere hinanden til arbejde med kvalitet (N = 607)	51,9 %	34,3 %	13,8 %	100 %
Jeg synes, at min nærmeste ledelse er god til at motivere mine kollegaer og jeg til at arbejde med kvalitet (N = 605)	43,1 %	39,7 %	17,2 %	100 %

Tabellen illustrerer grundlæggende, at der både indbyrdes blandt kollegaerne på Sygehus Vendsyssel men også blandt de respektive ledelser, er et centralt forbedringspotentiale, hvad angår evne til at motivere til at arbejde med kvalitet, som udgør et centralt element i udviklingen af kvalitetskulturer. Resultaterne fra litteratur-reviewet peger på, at anerkendelse og belønning af veludført kvalitetsarbejde fra ledelsens side, er yderst vigtigt for medarbejdernes motivation i forhold til det videre kvalitetsarbejde, og i relation hertil påpeger flere af de individuelle interviewpersoner da også, at både medarbejderne og ledelserne ved at motivere hinanden, kan være med til at skabe den rette ånd eller kultur i forhold til kvalitetsarbejde, men at ledelserne ikke synes at gøre nok for at udvikle et fokus på kvalitet i det daglige arbejde og herved integrere dette i kulturerne. I forhold til at skabe

og udvikle kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel ved blandt andet at motivere til kvalitetsarbejde, ses der altså at være et meget vigtigt forbedringspotentiale.

Endvidere viser det sig (Bilag 32),

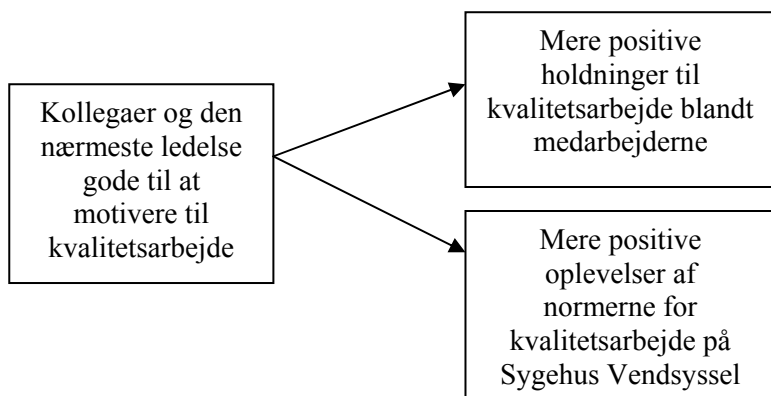
- at ansatte højere oppe i ledelseshierarkiet i højere grad erklærer sig enige eller helt enige i, at deres nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet

At kunne motivere til at arbejde med kvalitet er altså i højere grad forekommende blandt ansatte med ledelsesfunktioner tilknyttet deres stilling, og der viser sig således at være et vist forbedringspotentiale i forhold til især blandt ansatte *uden* ledelsesfunktioner at udvikle kvalitetskulturer, som blandt andet bygger på medarbejdernes evner til at motivere hinanden til at arbejde med kvalitet.

10.2.4.1 Motivation og holdninger til kvalitetsarbejde samt oplevelser af normer for kvalitetsarbejde

Det er desuden undersøgt, om der er sammenhæng mellem de ansattes vurdering af kollegaernes og den nærmeste ledelses evne til at motivere til at arbejde med kvalitet og henholdsvis de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde samt de ansattes oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel. Som illustreret i nedenstående figur viser der sig her at være følgende sammenhænge (Bilag 33):

Figur 6: *Sammenhænge mellem de ansattes vurdering af kollegaernes henholdsvis den nærmeste ledelses evne til at motivere til at arbejde med kvalitet og deres holdninger til kvalitetsarbejde.*



Disse resultater illustrerer vigtigheden af, at der fra ledelsens side gøres en indsats for at forbedre medarbejdernes evner til at motivere hinanden til at arbejde med kvalitet, således at der i så høj grad som muligt opnås mulighed for at udvikle kvalitetskulturer i organisationen, som blandt andet består i, at medarbejderne forholder sig positivt til kvalitetsarbejde og derudover oplever normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive.

I forlængelse af de tidligere resultater tegner ovenstående sammenhænge et mønster i retning af, at centrale elementer af kvalitetskulturer i højere grad forekommer at være til stede blandt de respektive ledelser på Sygehus Vendsyssel, idet ledelsespersonerne i højere grad end de øvrige ansatte angiver, at de drøfter kvalitetsarbejde, oplever opbakning til at arbejde med kvalitet samt i højere grad synes, at deres nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet. Disse centrale elementer af kvalitetskulturer kunne derfor med fordel søges spredt videre ud og nedad i organisationen, mens ledelsespersonernes tilbøjelighed til i mindre grad end de menige medarbejdere at anerkende kvalitetsfremmende arbejde, i høj grad bør søges ændret.

10.2.5 Holdninger til og normer for kvalitetsarbejde

Det er endvidere undersøgt, hvorledes de ansatte på Sygehus Vendsyssel fordeler sig i forhold til holdninger til kvalitetsarbejde og oplevelser af normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel, hvilket fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 10: *De ansattes fordelinger i forhold til holdninger til kvalitetsarbejde og oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel.*

	Positive	Negative eller neutrale	I alt
Holdninger til kvalitetsarbejde (Negative udsagn om kvalitetsarbejde) (N = 489)	38,4 %	61,6 %	100 %
Holdninger til kvalitetsarbejde (Positive udsagn om kvalitetsarbejde) (N = 463)	45,4 %	54,6 %	100 %
Personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde (N = 517)	42,6 %	57,4 %	100 %
Oplevelser af afdelingsnormer for kvalitetsarbejde (N = 529)	47,1 %	52,9 %	100 %

Tabellen tydeliggør, at positive holdninger til kvalitetsarbejde og positive normer for kvalitetsarbejde kun i mindre grad forekommer at være en integreret del af medarbejdernes fælles systemer af menings- og betydningsdannelser, herunder medarbejdernes fælles forståelse af værdier og normer. Medarbejderne ser altså kun i mindre grad kvalitetsarbejde som noget positivt og oplever kun i mindre grad eksempelvis at kunne udtrykke deres holdninger til kvalitetsarbejde uden frygt for negative reaktioner fra kollegaer og ledelse. Dette er uhensigtsmæssigt, da resultaterne fra litteratur-reviewet peger på betydningen af at udvikle kulturer med en positiv indstilling overfor kvalitetsarbejde, i forhold til at udvikle kvalitetskulturer.

Sammenfattende kan der med udgangspunkt heri kun i begrænset grad siges at eksistere kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, hvilket er i modstrid med, at samtlige interviewpersoner udtrykker meget positive holdninger til kvalitetsarbejde, hvilket muligvis kan skyldes den enkelte ansattes anonymitet ved besvarelsen af spørgeskemaet. Forskellen kan dog også skyldes, at de ansatte forholder sig anderledes til kvalitetsarbejde, når der i spørgeskemaet spørges ind til en række konkrete aspekter af forhold vedrørende kvalitetsarbejde.

Endvidere er der undersøgt for eventuelle sammenhænge mellem de ansattes holdninger til og oplevelser af normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel og de ansattes

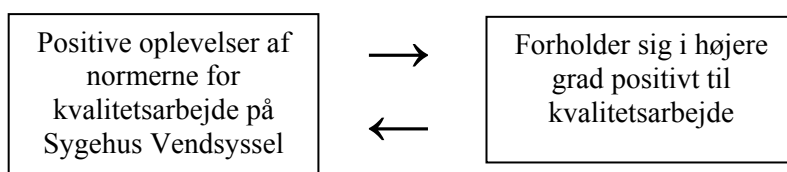
personlige og arbejdsrelaterede karakteristika, men her viser der sig dog kun at være ganske få sammenhænge, som kun gælder i forhold til, hvorledes de ansatte forholder sig til de negative udsagn om kvalitetsarbejde samt hvorledes de ansatte oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel (Bilag 34). Det viser sig, at

- Mænd i højere grad end kvinder forholder sig positivt til kvalitetsarbejde.
- Fuldtidsansatte i højere grad end deltidsansatte forholder sig positivt til kvalitetsarbejde.
- Ansatte højere oppe i ledelseshierarkiet i højere grad end øvrige ansatte oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive.

Det kan på baggrund af ovenstående altså konstateres, at der i relation til medarbejdernes holdninger til kvalitetsarbejde samt oplevelse af afdelingsnormer for kvalitetsarbejde viser sig at være forskelle, som hænger sammen med demografiske såvel som jobrelaterede karakteristika, og som kan pege på forskelle i kvalitetskulturer. Med henblik på at forsøge at skabe og udvikle så stærke kvalitetskulturer som muligt blandt *alle* medarbejdere, er dette derfor forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse bør være meget opmærksom på.

Endelig er det blevet undersøgt, om der som forventet er sammenhænge mellem de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde og de ansattes oplevelser af normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel, og her viser der sig at være følgende sammenhæng (Bilag 35):

Figur 7: *Sammenhæng mellem de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde og deres oplevelser af normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel.*



Det ses altså, at ansatte, som oplever normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive, også i højere grad forholder sig positivt til kvalitetsarbejde, ligesom det

omvendt kan tænkes, at disse ansatte ved at forholde sig positivt til kvalitetsarbejde, også kan være med til at påvirke normerne for kvalitetsarbejde i positivt retning. På baggrund af ovenstående må det derfor konkluderes, at der blandt Sygehus Vendsyssels medarbejdere er grupper af ansatte, som i særlig grad har integreret kvalitetsbegrebet og arbejdet hermed, og som dermed i høj grad kan siges at repræsentere kvalitetskulturer, ligesom det omvendte også må gøre sig gældende; at der også blandt Sygehus Vendsyssels medarbejdere er grupper af ansatte, som kun i mindre grad kan siges at repræsentere sådanne kvalitetskulturer. Dette er derfor et forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse bør være sig bevidst om, med henblik på hensigten om at skabe og udvikle stærke kvalitetskulturer blandt *alle* organisationens medarbejdere.

10.2.6 Faktorer af afgørende betydning for de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde

Endelig er det undersøgt, hvilke faktorer der viser sig at have betydning for de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde, når der kontrolleres for effekten af en række øvrige faktorer²⁵. Her er kun medtaget faktorer, som ud fra teoretiske og/eller logiske ræsonnementer vurderes at *kunne* have betydning for, hvorledes de ansatte på Sygehus Vendsyssel forholder sig til kvalitetsarbejde.

10.2.6.1 Holdninger til negative udsagn om kvalitetsarbejde

I analyserne af, hvilke faktorer, der har betydning for de ansattes holdninger til de negative udsagn om kvalitetsarbejde, viser det sig (Bilag 36), at

- Ansatte, der i høj eller meget høj grad mener at have fysisk overskud til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen, i højere grad forholder sig positivt til

²⁵ I det følgende præsenteres resultaterne af analyserne foretaget med udgangspunkt i faggruppevariablen indeholdende alle faggrupper, men der er desuden foretaget analyser, som tager udgangspunkt i faggruppevariablen indeholdende kun faggrupperne læger, sygeplejersker, terapeuter samt SOSU/sygehjælpere, med henblik på at kontrollere for, i hvilken grad dette har betydning for, hvilke faktorer der viser sig at have betydning for de ansattes holdninger til kvalitetsarbejde. Eneste nævneværdige forskel i resultaterne viser sig dog at være, at faggruppertilhørsforhold kun har betydning, når der tages udgangspunkt i de fire ovennævnte faggrupper, hvilket kan skyldes, at billedet så at sige "mudres", når de øvrige faggrupper, hvoraf flere kun indeholder ganske få personer, medtages.

kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der kun i nogen grad mener at have dette.

- Ansatte, der personligt har haft positive oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel, i langt højere grad forholder sig positivt til kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der personligt har haft mere neutrale eller negative oplevelser af normer for kvalitetsarbejde.

At de ansatte føler at have fysisk overskud til at arbejde med kvalitet samt at de oplever normerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive, viser sig altså at være afgørende faktorer for, at de også i højere grad forholder sig positivt til kvalitetsarbejde, når der kontrolleres for betydningen af en række øvrige faktorer. Med henblik på at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt medarbejderne på Sygehus Vendsyssel, viser det sig altså at være essentielt, at der især gøres en indsats for at skabe og udvikle kulturer, som indebærer positive normer for kvalitetsarbejde. Dette er derfor et forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse i høj grad bør være sig bevidst om.

10.2.6.2 Holdninger til positive udsagn om kvalitetsarbejde

Endvidere er det undersøgt, om der er faktorer, der har betydning for, hvorledes ansatte på Sygehus Vendsyssel forholder sig til de positive udsagn om kvalitetsarbejde, når effekten af en række øvrige faktorer kontrolleres. Her viser følgende faktorer sig at have betydning (Bilag 37):

- Ansatte, der oplever positive afdelingsnormer for kvalitetsarbejde, forholder sig i noget højere grad positivt til kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte der oplever mere neutrale eller negative afdelingsnormer for kvalitetsarbejde.
- Ansatte, der er helt enige eller enige i, at den nærmeste ledelse er god til at motivere kollegaerne og dem selv til at arbejde med kvalitet, forholder sig i højere grad

positivt til kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der hverken erklærer sig enige eller uenige heri.

Sammenfattende viser det sig altså, når det drejer sig om, hvorledes de ansatte forholder sig til de positive udsagn om kvalitetsarbejde, at oplevelser af positive afdelingsnormer for kvalitetsarbejde samt oplevelser af, at den nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet, er faktorer, som har afgørende betydning for, at Sygehus Vendsyssels ansatte forholder sig positivt til kvalitetsarbejde. Dette understreger endnu en gang, at det med henblik på at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt medarbejderne, er essentielt for de respektive ledelser på Sygehus Vendsyssel at forsøge i så høj grad som muligt at skabe og udvikle kulturer, som indebærer positive normer for kvalitetsarbejde på de respektive afdelinger. Desuden ses det at være af stor betydning, at man fra de respektive ledelsers side i så høj grad som muligt gør en indsats for at kunne motivere medarbejderne til at arbejde med kvalitet. Via anerkendelse af og belønning for veludført, kvalitetsfremmende arbejde, kan ledelserne over for medarbejderne signalere, at kvalitetsarbejde prioriteres meget højt.

10.2.7 Faktorer af afgørende betydning for normer for kvalitetsarbejde

Det er endvidere undersøgt, om der er faktorer, der har betydning for de ansattes personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde henholdsvis de ansattes oplevelser af afdelingsnormer for kvalitetsarbejde, når der kontrolleres for effekten af en række øvrige faktorer.

10.2.7.1 Personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde

I analyserne af, hvilke faktorer der viser sig at have betydning for de ansattes personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel, når der kontrolleres for betydningen af en række øvrige faktorer, viser det sig (Bilag 38), at

- Ansatte, der i høj eller meget høj grad mener, at kvalitetsarbejde og holdninger og forventninger hertil drøftes mellem kollegaer på afdelingen, i højere grad har haft

positive personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der mener, at dette kun i nogen grad er tilfældet.

- Ansatte, der i høj eller meget høj grad mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af den nærmeste ledelse, i højere grad har haft positive personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der kun i nogen grad henholdsvis i mindre grad eller slet ikke mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af den nærmeste ledelse.
- Ansatte, som erklærer sig helt enige eller enige i, at deres nærmeste ledelse er god til at motivere dem selv og deres kollegaer til at arbejde med kvalitet, i højere grad har haft positive personlige oplevelser af normer for kvalitetsarbejde, sammenlignet med ansatte, der erklærer sig hverken enige eller uenige heri henholdsvis uenige eller helt uenige heri.

Sammenfattende viser det sig altså, at hyppige drøftelser af kvalitetsarbejde mellem kollegaer i afdelingen samt en nærmeste ledelse, der anerkender kvalitetsfremmende arbejde og er god til at motivere til at arbejde med kvalitet, er faktorer, der har afgørende betydning for, at de ansatte personligt oplever mere positive normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel. Dette bekræfter informationerne fra de individuelle interviews, idet flere af interviewpersonerne tillægger ovenstående forhold stor betydning, samt resultaterne fra litteratur-reviewet vedrørende anerkendelse af kvalitetsfremmende arbejde fra ledelsens side som væsentlig motivationsfaktor for udførelsen af kvalitetsfremmende arbejde. Ovenstående er herved forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse bør tage i betragtning, i relation til intentionen om at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt *alle* organisationens medarbejdere.

10.2.7.2 De ansattes oplevelser af afdelingsnormer for kvalitetsarbejde

Endelig er det undersøgt, hvilke faktorer der viser sig at have betydning for de ansattes oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på deres respektive afdeling(er), når der

kontrolleres for effekten af en række øvrige faktorer, og følgende faktorer viser sig at have betydning (Bilag 39):

- Ansatte tilknyttet Frederikshavn Sygehus, oplever i mindre grad end ansatte tilknyttet Hjørring Sygehus, afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive.
- Ansatte, som er tilknyttet medicinske afdelingsspecialer, oplever i højere grad afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive, sammenlignet med ansatte, der er tilknyttet tværgående specialer.
- Ansatte, der i høj eller meget høj grad mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af kollegaerne, oplever i højere grad afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive, sammenlignet med ansatte, der kun i nogen grad mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af kollegaerne.
- Jo mere enige de ansatte er i, at den nærmeste ledelse er god til at motivere dem selv og deres kollegaer til at arbejde med kvalitet, i jo langt højere grad oplever de afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive.

Umiddelbart forekommer afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde altså at være mere positive på Hjørring Sygehus end på Frederikshavn Sygehus, men hvorfor det forholder sig sådan, er vanskeligt at forklare. En mulig forklaring kunne være, at Hjørring Sygehus tidligere end Frederikshavn Sygehus er begyndt at arbejde decideret kvalitetsorienteret, og at kvalitetsarbejde derfor er en mere integreret del af de forskellige kulturer, hvilket kan have medført mere positive afdelingsnormer for kvalitetsarbejde. At der ses at være disse forskelle i kvalitetskulturer, bekræftes af informationerne fra de individuelle interviews, idet flere af interviewpersonerne påpeger, at der i høj grad er forskelle i kulturerne på Frederikshavn Sygehus og på Hjørring Sygehus, ligesom der er forskelle i de respektive faggruppers og afdelingers kulturer. Endvidere ses der også at være forskelle i

kvalitetskulturer blandt medarbejderne, som har at gøre med, hvilket afdelingsspeciale de er tilknyttet.

At ansatte, der oplever at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af kollegaerne, i højere grad oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde som positive, er desuden i tråd med tidligere resultater, ligesom det også er i tråd med tidligere resultater, at ansatte, der mener, at deres nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet, i højere grad oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive.

Med henblik på at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt *alle* medarbejderne, er ovenstående derfor alle forhold, som Sygehus Vendsyssels ledelse i høj grad bør tage i betragtning.

10.2.8 Delkonklusion

Tilstedeværelse af kvalitetskulturer

Med hensyn til i hvilken grad kvalitetskulturer kan siges at eksistere blandt ledelser og medarbejdere på Sygehus Vendsyssel, peger nogle af resultaterne i delanalysen af kvalitetsarbejde i forskellige retninger, i forhold til hvilke aspekter og elementer af kvalitetskulturer der er tale om.

Det der peger på en vis tilstedeværelse af kvalitetskulturer, er dels, at medarbejderne og ledelserne i høj grad tænker over kvalitet i deres arbejdsdag, ligesom de i relativ høj grad mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af deres kollegaer. På den anden side er det dog hver 7. ansatte, der slet ikke eller kun i mindre grad mener, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes af deres nærmeste ledelse, og der viser sig desuden at være et centralt forbedringspotentiale i forhold til medarbejdernes og ledelsernes evne til at motivere til kvalitetsarbejde.

Det er negativt, at det forholder sig sådan, da resultaterne fra litteratur-reviewet peger på, at anerkendelse og belønning af veludført kvalitetsarbejde udgør et kerneelement i udvikling af kvalitetskulturer, og flere af interviewpersonerne påpeger også, at både medarbejderne og

ledelserne ved at motivere hinanden, kan være med til at skabe den rette ånd eller kultur i forhold til kvalitetsarbejde, men at ledelserne ikke synes at gøre nok for at udvikle et fokus på kvalitet i det daglige arbejde og herved integrere dette i kulturerne.

Desuden har delanalysen vist, at opbakning til samt drøftelser af kvalitetsarbejde kun i mindre grad er en del af kulturerne på Sygehus Vendsyssel. Dette er ligeledes uhensigtsmæssigt, da resultaterne fra litteratur-reviewet peger på, at organisationer, der ønsker at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt medarbejderne, må opfordre til selvudvikling og levere muligheder for, at de ansatte kan deltage i kvalitetsarbejde for at inspirere til yderligere handling, hvilket i høj grad hænger sammen med det at give medarbejderne opbakning til at arbejde kvalitetsorienteret. Ligeledes peger resultaterne fra litteratur-reviewet på, at centrale elementer i udvikling af kvalitetskulturer består i at skabe ejerskabs- og ansvarsfølelse blandt medarbejderne i forhold til kvalitetsarbejde, ved at medinddrage dem heri og informere dem herom, hvilket drøftelser af kvalitetsarbejde kan være et redskab til.

Endelig har delanalysen vist, at der målt ud fra WHO's kvalitetsmål kun i meget ringe grad kan siges at eksistere kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, samt at positive holdninger til kvalitetsarbejde og positive normer for kvalitetsarbejde kun i mindre grad er en del af kulturerne blandt medarbejderne på Sygehus Vendsyssel. I forhold til udvikling af kvalitetskulturer er sidstnævnte meget uhensigtsmæssigt, da resultaterne fra litteratur-reviewet netop peger på betydningen af at udvikle kulturer med en positiv indstilling overfor kvalitetsarbejde, i forhold til at udvikle kvalitetskulturer.

I relation til kvalitetsarbejde må det på baggrund af ovenstående konkluderes, at kvalitetskulturer kun i mindre grad kan siges at eksistere blandt ledelser og medarbejdere på Sygehus Vendsyssel, og at Sygehus Vendsyssels ledelse med henblik på at skabe og udvikle sådanne kvalitetskulturer blandt organisationens ansatte, må tage udgangspunkt i ovennævnte forhold.

Afgrænsninger af kvalitetskulturer

Resultaterne fra delanalysen af kvalitetsarbejde viser desuden, at væsentlige forskelle i kvalitetskulturer blandt medarbejderne på Sygehus Vendsyssel, i flere tilfælde kan relateres til de ansattes demografiske såvel som arbejdsrelaterede karakteristika; Ansatte, der er tilknyttet udelukkende ambulante afdelinger, tænker i højere grad end andre ansatte over kvalitet i arbejdsdagen, fuldtidsansatte indgår i højere grad end deltidsansatte i drøftelser af kvalitetsarbejde og forholder sig i højere grad positivt til kvalitetsarbejde, ligesom mænd også i højere grad end kvinder forholder sig positivt til kvalitetsarbejde.

Mest centralt er det dog, at forskelle i kvalitetskulturer blandt medarbejderne på Sygehus Vendsyssel først og fremmest kan relateres til deres placering i ledelseshierarkiet, idet ansatte med ledelsesfunktioner i højere grad end ansatte uden ledelsesfunktioner indgår i drøftelser af kvalitetsarbejde, i højere grad angiver at have opbakning fra den nærmeste ledelse til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen, i højere grad synes, at den nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet, samt i højere grad oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive.

I relation til kvalitetsarbejde må det på baggrund heraf konkluderes, at væsentlige forskelle i kvalitetskulturer blandt medarbejderne på Sygehus Vendsyssel i flere tilfælde kan relateres til de ansattes demografiske såvel som arbejdsrelaterede karakteristika, og at disse forskelle i kvalitetskulturer først og fremmest kan relateres til de ansattes placering i ledelseshierarkiet, idet ansatte med ledelsesfunktioner i højere grad end ansatte uden ledelsesfunktioner forekommer at indgå i kulturer, der integrerer og omhandler centrale elementer i kvalitetskulturer.

10.3 Akkreditering

10.3.1 Kendskab til akkreditering

Det sidste emne omhandler de ansattes holdninger, normer og kendskab i forbindelse med akkreditering generelt og akkreditering på Sygehus Vendsyssel. Dette emne er en del af analysen af, i hvilken grad der eksisterer kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, idet akkreditering er endemålet for det kvalitetsfremmende arbejde. Derfor er de ansattes holdninger og kendskab til samt normer omkring akkreditering, i forhold til kvalitetskulturer, et centralt aspekt at undersøge. I forlængelse heraf fremgår også selve undersøgelsens formål og sigte, idet denne skal udgøre et hjælperedskab for Sygehus Vendsyssel i forbindelse med at identificere forskelle i kvalitetskulturer og udpege centrale områder med forbedringspotentialer i forhold til den forestående akkreditering.

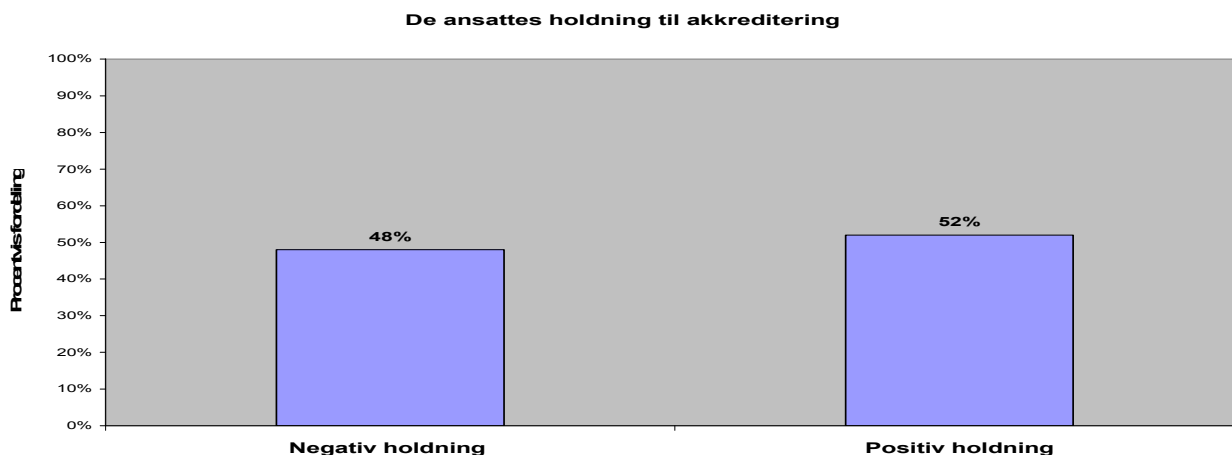
Indledningsvist kan det konstateres, at resultatet fra de individuelle interviews, hvor de ansatte udtrykker et meget begrænset kendskab til akkreditering, synes at gøre sig gældende blandt alle de ansatte, idet disse kun i begrænset omfang har følt sig i stand til at kunne besvare spørgsmålene herom til trods for, at de fleste spørgsmål ikke har krævet nogen særlig viden på området. Det fremgår, at de ansatte i høj grad selv vurderer, at deres kendskab til akkreditering generelt er meget begrænset eller helt fraværende, hvilket dog ikke er opsigtsvækkende, idet forberedelserne til akkrediteringen endnu ikke er påbegyndt for alle medarbejderes vedkommende.

Det betyder omvendt, at hvis medarbejderne på nuværende tidspunkt er i besiddelse af et stort kendskab til akkreditering, er dette indsamlet på eget initiativ. Som følge heraf er det umiddelbart positivt, at cirka hver tiende medarbejder allerede på nuværende tidspunkt selv vurderer at have et stort eller meget stort kendskab til akkreditering, mens cirka 60% dog stadig angiver kun at have et mindre eller slet intet kendskab til akkreditering (Bilag 40).

10.3.2 Holdning til akkreditering

De ansatte på Sygehus Vendsyssel har endvidere forholdt sig til en række af såvel positivt som negativt ladede udsagn omkring akkreditering (Bilag 41). Resultatet heraf kan aflæses af nedenstående diagram.

Diagram 6: Holdning til akkreditering

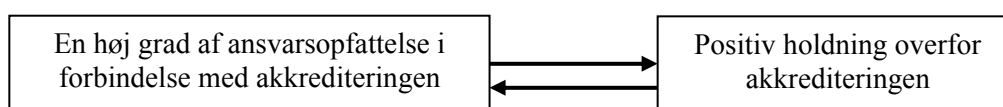


Ovenstående fremstår mindre positivt, idet halvdelen af de ansatte i høj grad giver udtryk for at være enige i kritiske eller skeptiske holdninger omkring akkreditering og uenige i positive holdninger hertil, hvilket ikke synes gunstigt i forhold til en forestående akkreditering og arbejdet med forberedelserne hertil, idet kulturerne ikke synes at være positive overfor akkrediteringen. Her skal det fremhæves, at det tilsyneladende har stor betydning for holdningen til akkreditering, hvor meget viden og kendskab, den ansatte har hertil, idet jo mindre kendskab, den ansatte selv angiver at have til akkreditering, i jo højere grad er vedkommende uenig i de positive og optimistiske udsagn herom (Bilag 42). Herved er det vigtigt for en succesfuld akkreditering, at medarbejderne snarest muligt inddrages og informeres omkring akkrediteringen, og hvad den indebærer for medarbejderne, idet manglende viden synes at producere negative holdninger og forventninger blandt medarbejderne, hvilket medfører uensigtsmæssige vilkår for akkrediteringsprocessen. Især oplevelsen af at blive medinddraget og informeret er vigtigt for medarbejderne, hvilket afspejles af erfaringerne, der præsenteres i litteratur-reviewet. Dette som følge af at medarbejderne herved oplever, at de også er vigtige i processen, og at det er en

forudsætning, at de også deltager aktivt, hvilket kan tilføre dem en oplevelse af medansvar, som videre kan føre til ejerskabsfølelser og en vis faglig stolthed, hvis de tager aktivt del i arbejdet og opnår akkreditering.

Med hensyn til de negative udsagn omkring akkreditering viser følgende faktorer sig at have betydning²⁶ (Bilag 43):

Figur 8: Sammenhæng mellem ansvarsopfattelse og holdning til akkreditering



I forhold til de ansattes egen ansvarsopfattelse i forbindelse med den forestående akkreditering er det dog ikke muligt at afgøre præcis, hvordan retningen på sammenhængen ser ud, hvilket afspejles af illustrationen. Det er derfor vigtigt for sygehusledelsen at skabe positive miljøer omkring akkreditering og kvalitetskulturer, der er mere positive omkring denne, ved at informere omkring arbejdsopgaver og ansvarsområder, hvilket desuden kan have en positiv effekt i forhold til de ansattes ansvarsopfattelser.

De ansatte fra Frederikshavn forholder sig endvidere kun i mindre grad positive overfor akkrediteringen, sammenlignet med ansatte fra Hjørring, hvorved der er en opgave for ledelsen i at holde ekstra fokus på medarbejderne i Frederikshavn, idet disse i højere grad er kritiske overfor akkrediteringen.

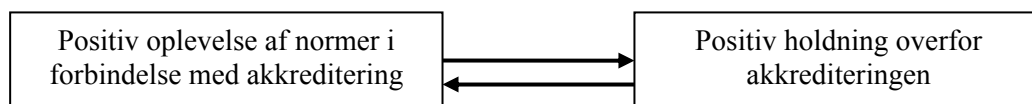
I forhold til de positive eller optimistiske udsagn omkring akkreditering er der også en anden interessant faktor, der sammen med opfattelsen af eget ansvar for akkrediteringen, har betydning for, hvordan de ansatte forholder sig²⁷ (Bilag 44). Denne er de ansattes personlige oplevelser af normerne for akkreditering, hvilket vil sige, hvorvidt den enkelte oplever

²⁶ I regressionsanalysen er der taget udgangspunkt i variabelen indeholdende alle faggrupper. Bruges i stedet variabelen indeholdende kun de fire største faggrupper, fås samme resultat.

²⁷ Ved denne regression er ligeledes taget udgangspunkt i variabelen indeholdende alle faggrupper.

normer, der tilskynder fri dialog mellem ledelse og kollegaer omkring akkreditering med åbenhed overfor kritiske holdninger hertil. Sammenhængen illustreres af nedenstående.

Figur 9: Sammenhæng mellem oplevelse af normer og holdning til akkreditering



Herved synes normer karakteriseret ved åbenhed og fri dialog at skabe positive holdninger til akkreditering, hvilket forekommer logisk, idet diskussionerne i højere grad åbner op for alle typer af holdninger og forventninger, som medarbejderne måtte have, hvorved eventuelle usikkerheder, tvivl og frygt lettere manes til jorden. Herved skabes et mere positivt arbejdsmiljø omkring akkrediteringen. Denne sammenhæng kan dog også gå i den modsatte retning, således at en positiv holdning overfor akkrediteringen kan være med til at skabe mere positive normer i forbindelse hermed, men under alle omstændigheder må de to aspekter antages gensidigt at påvirke hinanden.

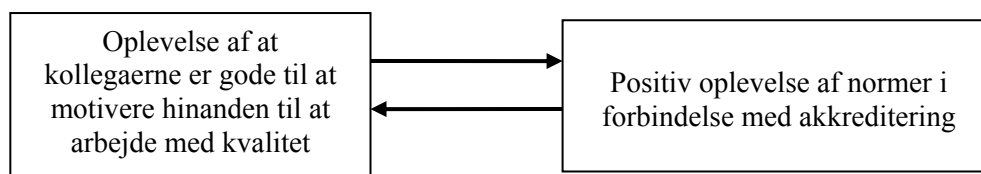
10.3.3 Normer omkring akkreditering

I forlængelse af hvad der betinger de ansattes holdninger til akkrediteringen, er der endvidere fokuseret på, hvad der har betydning for de ansattes personlige oplevelser af normer såvel som de afdelingsmæssige normer heromkring. Indledningsvist kan det konkluderes, at de ansattes oplevelse af de afdelingsmæssige normer omkring akkreditering, hvilket vil sige oplevelsen af, at det at arbejde med akkrediteringen og bruge ressourcer herpå er velset, samt at der i afdelingen er en fri dialog herom, umiddelbart er positiv, idet hele 70% af de ansatte udtrykker dette. Samtidig synes de ansattes personlige oplevelser af normerne for akkreditering, hvilket som tidligere nævnt indebærer udsagn, der omhandler, hvorvidt den enkelte føler at kunne udtrykke sig frit omkring akkreditering sammen med kollegaer og ledelse og eventuelle konsekvenser heraf, at være mindre positive, idet kun cirka 53% udtrykker sådanne positive oplevelser af normerne (Bilag 45). Alt i alt kan det derfor udledes, at cirka hver anden ansat udtrykker negative personlige oplevelser af normer, og cirka hver tredje ansat oplever negative afdelingsmæssige normer i relation til

akkrediteringen, hvilket desuden ikke kun gør sig gældende for særlige grupper af ansatte, men derimod er en generel tendens blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel (Bilag 46). Dermed er kulturerne ikke positive overfor akkrediteringen, hvilket afspejler, at der kun i mindre grad er kvalitetskulturer til stede. Dette efterlader i høj grad rum for forbedringer og dermed en opgave for sygehusledelsen og mellemlederne i at påvirke normerne for akkreditering i en positiv retning. I forhold til de afdelingsmæssige normer. Kan dette ske ved hjælp af nogle få centrale faktorer²⁸ (Bilag 47).

Først er det værd at bemærke, at de ansattes oplevelse af, i hvilken grad både ledelsen og de ansatte imellem, er i stand til at motivere hinanden til at arbejde med kvalitet, i høj grad har sammenhæng med de afdelingsmæssige normer, der eksisterer omkring akkreditering, hvilket illustreres af nedenstående²⁹ (Bilag 48).

Figur 10: Sammenhæng mellem oplevelse af kollegaers evne til at motivere og normer i forbindelse med akkreditering



I forbindelse hermed er det dog ikke muligt at angive præcist i hvilken retning, de nævnte sammenhænge går, hvilket vil sige, hvorvidt det er motivationen i forbindelse med kvalitetsarbejdet, der påvirker normerne omkring akkreditering, eller omvendt. Man kunne også forestille sig, at eventuelle positive normer i forbindelse med akkreditering har en positiv indvirkning på de ansattes lyst til at arbejde med og motivere hinanden til kvalitetsarbejdet. Ikke desto mindre kan det dog konstateres, at der er en påvirkning herimellem, hvorfor det er relevant for sygehusledelsen og mellemlederne at arbejde med disse forhold for at præge kulturerne i en positiv retning, hvilket vil sige skabe positive rammer i form af positive normer og opmuntre de ansatte til også indbyrdes at motivere

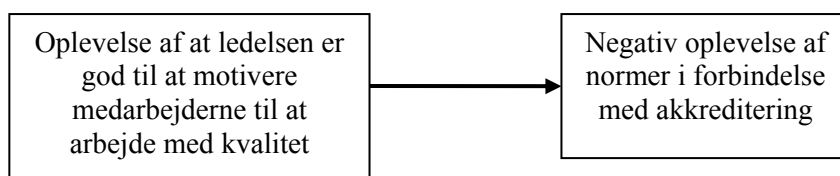
²⁸ I forhold til de personlige oplevelser af normerne omkring akkreditering viser det sig, at ingen af de inkluderede variable har forklaringskraft i forhold til variansen på den afhængige variabel.

²⁹ I regressionsanalysen er der taget udgangspunkt i variabelen indeholdende kun de fire største faggrupper. Bruges i stedet variabelen indeholdende alle faggrupper, forklarer den endelige model en mindre del af variansen på den afhængige variabel.

hinanden i forhold til kvalitetsarbejdet, hvis ønsket er at akkrediteringen skal forløbe så konstruktivt og udbytterigt som muligt for medarbejderne såvel som for Sygehus Vendsyssel som helhed.

Det er dog bemærkelsesværdigt, at det omvendte gør sig gældende i forhold til de ansattes oplevelse af ledelsens evne til at motivere medarbejderne, hvilket illustreres af nedenstående.

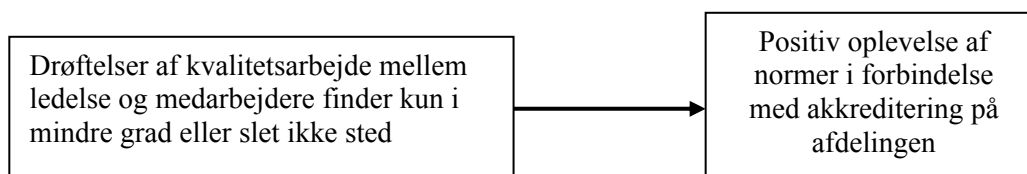
Figur 11: Sammenhæng mellem oplevelse af ledelsens evne til at motivere og normer i forbindelse med akkreditering



Det viser sig altså, at ledelsens motivation af medarbejderne i forhold til arbejdet med kvalitet i høj grad har en negativ effekt på de afdelingsmæssige normer omkring akkreditering. Dette kan eventuelt skyldes karakteren af den motivation, der gives, hvis de ansatte oplever motivationen som et pres, eller hvis de ikke oplever, at mængden af de ressourcer, der stilles til rådighed, eksempelvis i form af tid og arbejdskraft, svarer til arbejdsopgaverne i forbindelse med kvalitetsarbejdet og akkrediteringsprocessen. I forlængelse heraf er det vigtigt, at medarbejderne ikke bliver af den opfattelse, at kvalitetsarbejdet og arbejdet med akkrediteringen overskygger sygehusets primære ydelse i form af patientbehandlingen, hvilket ifølge de internationale erfaringer, der præsenteres i litteratur-reviewet, kan skabe en negativ atmosfære omkring akkrediteringsprocessen blandt de ansatte. En anden forklaring kunne være, at de ansatte simpelthen ikke er enige i vigtigheden af kvalitetsarbejdet eller akkrediteringen, eksempelvis på grund af manglende information herom, hvorved kontinuerlige forsøg på motivation fra ledelsens side blot forøger medarbejdernes afstandtagen fra hele akkrediteringsprocessen og dermed skaber negative normer i forbindelse hermed.

Endvidere har det betydning for de ansattes oplevelser af normerne på afdelingen, i hvilken grad kvalitetsarbejde drøftes mellem ledelse og medarbejdere i afdelingen. Dette har tilsyneladende en negativ effekt, hvilket illustreres af nedenstående.

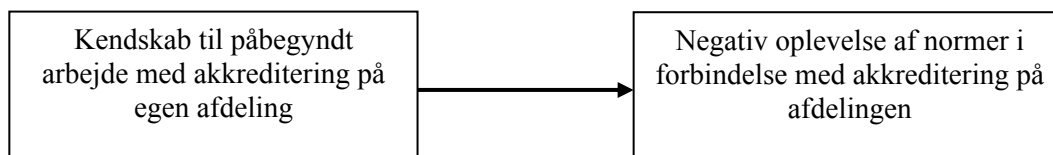
Figur 12: Sammenhæng mellem drøftelser af kvalitetsarbejde og normer i forbindelse med akkreditering



Dette kan også her afspejle karakteren af de drøftelser, der finder sted, hvis disse i mindre grad lægger op til en fri dialog, hvor det er acceptabelt både at udtrykke positive og optimistiske samt kritiske eller skeptiske tanker og holdninger omkring akkreditering.

De ansattes kendskab til, hvorvidt der på afdelingen er påbegyndt arbejdet med akkreditering, har endelig betydning for oplevelsen af normerne herfor på afdelingen. Sammenhængen illustreres af nedenstående.

Figur 13: sammenhæng mellem kendskab til påbegyndt akkreditering og normer i forbindelse med akkreditering



Dette resultat er ikke hensigtsmæssigt i relation til akkrediteringen, idet påbegyndt akkrediteringsproces ikke så gerne skulle medføre negative normer i forbindelse hermed, hvilket afspejler, at medarbejderne oplever det påbegyndte kvalitetsarbejde som negativt.

Endnu en gang må forklaringen være enten den, at medarbejderne ikke føler, at de har overskud til kvalitetsarbejdet og akkrediteringen, at de tager afstand fra den, eller fordi de endnu ikke ved nok omkring processen. Uanset hvad forklaringen måtte være, er det dog sikkert, at der foreligger en opgave for sygehusledelsen og mellemlederne i at kommunikere, hvilket vil sige indgå i dialog og forhandlinger, med medarbejderne omkring den forestående akkreditering og det forudgående kvalitetsarbejde, således at der bliver skabt nogle mere positive normer i forbindelse hermed, og dermed også kulturer, der er mere positive overfor akkreditering, hvilket i højere grad vil sige kvalitetskulturer.

10.3.4 Opfattelse af eget ansvar for akkreditering

Endvidere har de ansatte givet udtryk for, i hvilken grad de selv mener at have ansvar for, at Sygehus Vendsyssel opnår akkreditering. Hertil har hele 19,6% svaret ”ved ikke” hvilket kan signalere, at de ansatte endnu ikke har reflekteret yderligere over akkrediteringen, eller det kan afspejle, at de blot afventer nærmere information fra ledelsen (Bilag 49). Endelig kan det dog også være et tegn på, at de ansatte simpelthen ikke er klar over, hvad akkreditering er for en størrelse, og hvad det betyder for Sygehus Vendsyssel og dem selv i deres arbejdsdag. De ansatte, der har følt sig i stand til at besvare spørgsmålet, har svaret følgende:

Tabel 11: Opfattelse af eget ansvar for akkreditering

Svarangivelser	Procent
I høj grad og i meget høj grad	37,6%
I nogen grad	40,5%
I mindre grad og slet ikke	21,8%

N= 513

Det fremgår af ovenstående, at en stor del af de ansatte mener selv at have et ansvar for en vellykket akkreditering, hvilket bekræfter informationerne fra de individuelle interviews, hvor informanterne udtrykker stor villighed til også selv at tage initiativ og medansvar i forhold til hele akkrediteringsprocessen. Ikke desto mindre er der dog også en relativ stor

gruppe på mere end en femtedel af de ansatte, der kun i begrænset omfang eller slet ikke mener, at de selv har et ansvar for akkrediteringen, hvilket ikke er hensigtsmæssigt, når selve akkrediteringsprocessen påbegyndes. I forbindelse hermed synes det mest hensigtsmæssigt, hvis de ansatte opfatter processen og formålet med denne som et fælles projekt, som alle medarbejdere i fællesskab skal bidrage til, og som kan gavne hele sygehuset og kvaliteten i det arbejde, der udføres, i forhold til patienterne såvel som de ansatte i deres arbejdsdag. Endvidere fremgår det desuden af litteratur-reviewet, hvordan ansvars- og ejerskabsfølelser omkring akkrediteringen blandt medarbejderne udgør et positivt element i forhold til udvikling af kvalitetskulturer, hvorfor disse følelser er vigtige at udvikle hos de ansatte.

På baggrund af disse svarfordelinger er der også her undersøgt, hvorvidt særlige grupper af ansatte i højere eller mindre grad udtrykker at have et ansvar for akkrediteringen, og her har følgende to faktorer stor betydning (Bilag 50):

1. Det arbejdstidsmæssige ansættelsesforhold
2. Ledelsesfunktion

De ansatte, der arbejder på fuld tid, har altså i højere grad svaret, at de føler at have et medansvar for akkrediteringen, samtidig med at jo højere ledelsesfunktion, de ansatte har, i jo højere grad har de også svaret bekræftende hertil. Dette synes dog også naturligt, idet ansatte, der vælger at arbejde på deltid oftest har prioriteret andre forhold i livet højere end deres arbejde, mens ansatte, der arbejder på deltid af helbredsmæssige årsager sandsynligvis ikke oplever at have overskud til at påtage sig mere arbejdsrelateret ansvar end nødvendigt. Samtidig har ansatte på forskellige ledelsestrin mere ansvar for, at akkrediteringen bliver påbegyndt og fuldendt på succesfuld vis. I forbindelse hermed er det desuden fremhævet i litteratur-reviewet, hvordan udviklingen af kvalitetskulturer i højere grad sker, hvis alle medarbejdere på *alle* niveauer i hierarkiet føler et medejerskab og et medansvar i forhold til akkrediteringsprocessen, således at processen ikke kun opfattes som noget, der påtvinges medarbejderne fra toppen af hierarkiet, men som i høj grad også opstår fra bunden. Dette

bekræftes også af den tidligere beskrevne sammenhæng i nærværende undersøgelse, der viser, at en højere grad af ansvarsfølelse i forbindelse med akkrediteringen også medfører positive holdninger overfor denne.

10.3.5 Delkonklusion

Tilstedeværelse af kvalitetskulturer

I relation til begrebet akkreditering kan kvalitetskulturer kun i mindre grad siges at eksistere på Sygehus Vendsyssel. Dette som følge af at de ansatte kun har meget lidt viden om og kendskab til akkreditering generelt og konkret på Sygehus Vendsyssel, hvilket er uhensigtsmæssigt, da dette, sammen med de ansattes opfattelse af eget ansvar overfor akkrediteringen og oplevelsen af normerne i forbindelse hermed, i høj grad præger deres holdninger til akkreditering, hvor kun cirka halvdelen udtrykker positive holdninger heroverfor. Samtidig er det cirka hver anden ansatte, der udtrykker negative personlige oplevelser af normer, og cirka hver tredje ansatte, der oplever negative afdelingsmæssige normer i relation til akkrediteringen, hvilket kan forbedres ved hjælp af opmuntring af kollegerne til at motivere hinanden til kvalitetsarbejdet, og samtidig få ledelserne til at undgå at skabe en negativ atmosfære, når de drøfter kvalitetsarbejdet med medarbejderne og forsøger at motivere dem til dette.

Endelig synes der at være usikkerheder omkring ansvarsfordelingen, idet en femtedel af de ansatte ikke er klar over, hvorvidt de selv har ansvar for en vellykket akkreditering. Dog mener hele 78,1% af de resterende ansatte, at de i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad har et ansvar herfor, hvilket er positivt, hvorimod kun få af de ansatte på nuværende tidspunkt er i besiddelse af viden omkring akkreditering generelt. Samtidig er de dog bevidste om deres egen rolle og betydning og deres eget ansvar for opnåelse heraf, til trods for at selve akkrediteringsprocessen endnu ikke officielt er påbegyndt på Sygehus Vendsyssel.

I relation til akkreditering kan det altså konkluderes, at kvalitetskulturer på nuværende tidspunkt kun i mindre grad kan siges at eksistere på Sygehus Vendsyssel, men at det

alligevel tyder på, at kvalitetskulturerne, når akkrediteringsprocessen påbegyndes, har mulighed for at udvikles og forme sig på baggrund af de erfaringer og resultater, der opstår med det kvalitetsfremmende arbejde, der leder op til akkrediteringen.

Afgrænsninger af kvalitetskulturer

Med hensyn til at afgrænse grupper af ansatte, som i højere grad end andre, er præget af kvalitetskulturer, kan det udledes, at Hjørring Sygehus i højere grad er præget af kvalitetskulturer sammenlignet med Frederikshavn Sygehus, samtidig med at der i højere grad er kvalitetskulturer blandt fuldtidsansatte, sammenlignet med deltidsansatte. Endelig eksisterer der også i højere grad kvalitetskulturer, jo højere oppe i ledelseshierarkiet, man bevæger sig.

Det kan altså konstateres, at variationer i graden af tilstedeværelse af kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel kun i ringe grad kan relateres til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika.

11. Analyse af fokusgruppe-interview

Undersøgelsen er som tidligere nævnt gennemført i samarbejde med Sygehus Vendsyssel, med det formål at belyse og identificere centrale indsatsområder i forbindelse med organisationens forestående akkrediteringsarbejde. Udover en ambition om at belyse, i hvilken grad der kan siges at eksistere kvalitetskulturer blandt medarbejdere på Sygehus Vendsyssel, samt i hvilken grad eventuelle forskelle i disse kvalitetskulturer kan relateres til medarbejdernes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika, er formålet med undersøgelsen endvidere at identificere, hvorledes Sygehus Vendsyssel kan anvende resultaterne af undersøgelsen konstruktivt i den forestående akkrediteringsproces. Det gennemførte fokusgruppe-interview skal herved tjene som fundament for denne diskussion, idet nøglepersoner på Sygehus Vendsyssel i forhold til implementeringen af akkrediteringsarbejdet, er blevet bedt om at diskutere udvalgte resultater med henblik på, hvorledes Sygehus Vendsyssel kan anvende disse resultater og den opnåede viden konstruktivt i det forestående akkrediteringsarbejde.

Under interviewet diskuteres blandt andet den opnåede viden om, at medarbejderne på Sygehus Vendsyssel i mindre grad udtrykker tilfredshed med ledelsen. I relation hertil fremføres det blandt andet, at tilfredsheden hermed muligvis kan højnes ved at medarbejdere og de respektive ledelser afstemmer gensidige forventninger til hinanden og forsøger at nå frem til et mere overensstemmende syn på, hvad god ledelse indebærer (Bilag 9: side 5, linie 1-6).

I relation til forhold vedrørende ledelse på Sygehus Vendsyssel diskuteres efterfølgende det fundne resultat, at de nærmeste ledelsers evne til at anerkende og bakke op om kvalitetsfremmende arbejde har stor betydning for medarbejdernes fokus på kvalitet, samtidig med at en større andel af medarbejderne ikke føler, at kvalitetsfremmende arbejde anerkendes og bakkes op om. I forhold hertil anfører en af informanterne blandt andet, at medarbejdere og ledelser ofte har forskellige opfattelser af, hvad kvalitet er og indebærer (Bilag 9: side 8, linie 22-23), hvilket bakkes op af de øvrige informanter.

Informanterne er således grundlæggende enige om, at det er meget vigtigt at skabe fælles forståelser af kvalitet og kvalitetsarbejde blandt medarbejdere og ledelser, og det diskuteres efterfølgende, hvorledes dette kan gøres. To af informanterne foreslår, at der udarbejdes fælles og synlige målformuleringer, der specificerer, hvilke kvalitetsmål der arbejdes efter på afdelings- såvel som afsnitsniveau (Bilag 9: side 16, linie 24-27; side 19, linie 14-16; side 19, linie 29-30), og at det er vigtigt, at eventuelt udarbejdede kvalitetsmål er så operationelle og konkrete som muligt, således at de i så høj grad som muligt er anvendelige i det daglige arbejde. Desuden pointeres det, at det er vigtigt, at kvalitetsmålene hele tiden indgår som en integreret del af det daglige arbejde, eksempelvis ved at der udformes kontrakter på de enkelte afdelinger og afsnit, hvori kvalitetsmålene er indskrevet, således at disse ikke blot er anvendelige i det daglige arbejde, men at de også integreres i det daglige arbejde (Bilag 9: side 24-25). En anden informant tilføjer, at det via udarbejdelse af fælles og synlige kvalitetsmål også handler om at skabe ejerskab fra top til bund i organisationen i forhold til kvalitetsarbejde og arbejdet med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel (Bilag 9: side 21, linie 11-18).

Flere af informanterne giver udtryk for, at sådanne udarbejdelser af nogle fælles, operationelle kvalitetsmål på de respektive afdelinger og i de respektive afsnit kan være en nøgelfaktor i forhold til at udvikle operationelle kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, hvor man ”...holder fast i det daglige kvalitetsarbejde” (Bilag 9: side 29, linie 29-30). Samtidig argumenterer særligt en af informanterne dog for, at det ikke fra centralt ledelseshold skal dikteres de enkelte afdelingsledelser og centerledelser, hvordan de skal forsøge at skabe sådanne operationelle kvalitetskulturer, fordi man ifølge informanten ikke kan ensrette dette, da det er afdelings- og afsnitsbestemt, hvordan tingene gøres. Dette bekræfter antagelsen om, at der eksisterer forskellige kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel.

Informanten påpeger videre, at det centrale er at få skabt kvalitetskulturer i organisationen Sygehus Vendsyssel, der overordnet arbejder efter de samme mål, men at der i organisationen samtidig gives rum til, at de respektive afdelinger og afsnit efterstræber disse

mål på forskellige måder tilpasset deres egen afdeling og arbejdsopgaver (Bilag 9: side 32, linie 2-9). Samtidig betoner en af informanterne dog, at ledelse og kvalitet hænger stærkt sammen, og at det derfor grundlæggende er vigtigt, at kvalitetsudvikling og gennemførelsen af kvalitetsorienteret arbejde er ledelsesmæssigt forankret, og at de respektive ledelser tager teten og får sat kvalitet og kvalitetsarbejde på dagsordenen. Desuden påpeger informanten, at det er lige så vigtigt, at de respektive afdelingsledere tager ansvar og sørger for, at opnåede erfaringer, forbedringer og nye og bedre måder at gøre tingene på, også videreformidles til andre afdelinger, og herved løftes ud til hele organisationen (Bilag 9: side 14, linie 9-16).

I forhold til at skabe og udvikle kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel er informanterne desuden enige om, at det grundlæggende handler om at skabe kulturer på Sygehus Vendsyssel, der giver plads til og gør det legitimt at rose og især rose hinanden indbyrdes (Bilag 9: side 10, linie 15-20; side 12-13; side 15, linie 20-21). Endvidere pointeres det, at det er vigtigt, at der ikke blot roses for at rose, men at det med henblik på at udvikle anerkendelseskulturer er essentielt, at der ligger anerkendelse i den ros, der gives (Bilag 9: side 18, linie 8-9). Resultaterne af den statistiske analyse peger blandt andet på, at medarbejdernes holdninger til kvalitetsarbejde ikke overraskende hænger sammen med deres oplevelser af normer for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel samt den nærmeste ledelses evne til at motivere dem selv og deres kollegaer til at arbejde med kvalitet, men at det hvad angår disse to forhold, ser mindre positivt ud. I relation hertil peger flere af informanterne dog igen på, at dette kan skyldes forskellige opfattelser af kvalitet medarbejdere og ledelser imellem, og at det derfor som tidligere anført er vigtigt, at der skabes fælles forståelse af, hvad kvalitet er og indebærer (Bilag 9: side 16, linie 17-22).

Desuden er informanterne generelt enige om, at det med henblik på at udvikle kvalitetskulturer blandt medarbejderne er centralt, at begreberne kvalitetsarbejde og akkreditering samt Den Danske Kvalitetsmodel afmystificeres og gøres så jordnært og nemt forståeligt for alle. Flere af informanterne giver i relation hertil udtryk for, at en af måderne, hvorpå dette kan opnås, er ved hele tiden at fodre medarbejderne med viden og information

om disse ting, blandt andet via afholdelse af jævnlige informationsmøder om Den Danske Kvalitetsmodel, og hvad implementeringen af denne indebærer for de respektive faggrupper og for den enkelte medarbejder i det daglige arbejde. Med andre ord at få implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodels kvalitetsstandarder i det daglige arbejde til at give mening for den enkelte medarbejder (Bilag 9: side 22-23) og få medarbejderne til at se de gode ting i det kommende akkrediteringsarbejde (Bilag 9: side 11, linie 12-15), samt at det også er for medarbejdernes egen og for patienternes skyld, at de skal implementere og efterleve disse standarder (Bilag 9: side 27, linie 1-7).

Som en væsentlig faktor i forhold til at motivere medarbejderne til det forestående og fremover løbende kvalitets- og akkrediteringsarbejde, og herved den løbende udvikling af kvalitetskulturer, peger flere af informanterne på medarbejdernes faglige stolthed i forhold til de kommende akkrediterings-resultater. Nærmere bestemt ser informanterne medarbejdernes faglige stolthed som et centralt redskab til også i perioderne mellem akkrediteringerne at holde medarbejderne ”til ilden”, hvad angår kvalitets- og akkrediteringsarbejdet, således at der sker en kontinuerlig skabelse, vedligeholdelse og udvikling af kvalitetskulturer i organisationen, som ikke er betinget af tidspunkterne omkring akkrediteringerne (Bilag 9: side 28, linie 10-12; side 29, linie 19-27). En af informanterne ser i forlængelse heraf medarbejdernes faglige stolthed som et centralt værktøj til at få skabt ejerskab blandt medarbejderne i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel (Bilag 9: side 27, linie 9-22).

Sammenfattende har nærværende undersøgelses resultater altså bidraget med et empirisk grundlag for at identificere følgende fremtidige strategier med henblik på opnåelse af akkreditering:

- Afstemning af gensidige forventninger mellem medarbejdere og ledelser med henblik på at nå frem til et mere overensstemmende syn på, hvad god ledelse indebærer.

- Skabe operative kvalitetskulturer blandt medarbejdere og ledelser med fælles forståelser af kvalitet og kvalitetsarbejde, ved udarbejdelse af fælles og synlige målformuleringer, der specificerer, hvilke kvalitetsmål der arbejdes efter på afdelings- såvel som afsnitsniveau. Kvalitetsmålene skal være så operationelle som muligt, og skal hele tiden indgå som en integreret del i det daglige arbejde, eksempelvis ved at kvalitetsmålene indskrives i kontrakter for de enkelte afdelinger og afsnit.
- Det skal ikke fra centralt ledelseshold dikteres de enkelte afdelingsledelser og centerledelser, hvordan de skal forsøge at skabe sådanne operationelle kvalitetskulturer, da det er afdelings- og afsnitsbestemt, hvordan tingene gøres.
- De respektive ledelser skal sætte kvalitet og kvalitetsarbejde på dagsordenen og sørge for, at opnåede erfaringer, forbedringer og nye og bedre måder at gøre tingene på, videreformidles og løftes ud til hele organisationen.
- Det skal gøres legitimt at rise og rose hinanden indbyrdes, og det er vigtigt, at der ligger anerkendelse i den ros, der gives.
- Den Danske Kvalitetsmodel samt begreberne kvalitetsarbejde og akkreditering skal afmystificeres og gøres så jordnært og nemt forståeligt for alle, blandt andet ved at ledelserne hele tiden fodrer medarbejderne med viden og information herom via afholdelse af jævnlige informationsmøder.
- Medarbejdernes faglige stolthed kan udgøre et centralt værktøj til at få skabt ejerskabsfølelse hos den enkelte medarbejder i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

12. Konklusion

Nærværende undersøgelse er gennemført i samarbejde med Sygehusledelsen på Sygehus Vendsyssel i 2007/08, og i det følgende samles de mest centrale resultater fra undersøgelsens kvantitative og kvalitative analyser, hvorved problemformuleringen besvares med udgangspunkt heri. Den problemformulering, som har været styrende for undersøgelsens udformning, og som søges besvaret er følgende:

- 1) I hvilken grad kan kvalitetskulturer siges at eksistere blandt ansatte på Sygehus Vendsyssel? Og findes der væsentlige forskelle i kvalitetskulturerne i relation til de ansattes personlige såvel som arbejdsrelaterede karakteristika?
- 2) Hvordan kan resultaterne af nærværende undersøgelse anvendes konstruktivt i en akkrediteringsproces?

Problemformuleringen er besvaret ved hjælp af et solidt, empirisk datamateriale, der er indsamlet via en metodetriangulering, som indbefatter et omfattende litteratur-review, 7 individuelle interviews, en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse samt et fokusgruppe-interview.

12.1 Besvarelse af problemformuleringens spørgsmål 1

Med udgangspunkt i de tre delanalyser af henholdsvis de ansattes værdier og særinteresser, og deres holdninger og kendskab til, samt personlige og afdelingsmæssige oplevelser af normer i forbindelse med kvalitetsarbejde og akkreditering, besvares i det følgende problemformuleringens første del. Indledningsvist gentages dog kort definitionen af kvalitetskultur, der omhandler en *kultur indenfor organisationen, hvor kvalitet i form af WHO's 5 kvalitetsmål er en integreret del af medlemmernes fælles system af menings- og betydningsdannelse, herunder tanke- og handlingsmønstre, hvilket vil sige medlemmernes fælles forståelse af værdier, holdninger, normer, særinteresser og målsætninger.*

De statistiske resultater fra de enkelte delanalyser peger i forskellige retninger, hvad angår i hvilken grad kvalitetskulturer kan siges at eksistere blandt de ansatte på Sygehus Vendsyssel, men ikke desto mindre må det alt i alt konkluderes, at der kun i mindre grad kan siges at eksistere kvalitetskulturer heriblandt. Dette som følge af, at kvalitet defineret ved WHO's fem kvalitetsmål ikke synes at være en integreret del af de ansattes tanke- og handlemønstre, hvilket vil sige de ansattes værdier, særinteresser og målsætninger samt holdninger til kvalitetsarbejde og akkreditering og oplevelser af personlige og afdelingsmæssige normer i forbindelse hermed³⁰.

I forbindelse med tilstedeværelse af kvalitetskulturer ser det dog ikke entydigt negativt ud, idet der forekommer mindre nuanceforskelle, da enkelte ansatte skiller sig ud ved i højere grad at indgå i kvalitetskulturer. Dette drejer sig især om ansatte med en ledelsesfunktion tilknyttet deres stilling, idet det ser ud til, at jo højere oppe i hierarkiet, man bevæger sig, i jo højere grad eksisterer der kvalitetskulturer. Dette som følge af, at der med hensyn til værdier på afdelingsledelsesniveau tilstræbes at holde fokus på og arbejde med at skabe og udvikle kvalitetskulturer med udgangspunkt i WHO's kvalitetsmål, samtidig med at egen ansvarsopfattelse i forbindelse med at opnå akkreditering i højere grad er til stede, jo højere oppe i hierarkiet, den ansatte befinder sig. Endvidere indgår ansatte med ledelsesfunktioner i højere grad i drøftelser omkring kvalitetsarbejde, samtidig med at de i højere grad angiver at have opbakning fra den nærmeste ledelse til at arbejde med kvalitet i arbejdsdagen. Endelig synes disse ansatte i højere grad, at den nærmeste ledelse er god til at motivere til at arbejde med kvalitet, ligesom de i højere grad oplever afdelingsnormerne for kvalitetsarbejde på Sygehus Vendsyssel som positive.

Til trods for at der kun i mindre grad kan siges at eksistere kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel, tyder det dog altså på, at sådanne på nuværende tidspunkt er under udvikling, hvilket foregår i toppen af hierarkiet og bevæger sig nedad i organisationen. Dette afspejler dermed gode muligheder for at skabe og udvikle kvalitetskulturer blandt *alle* medarbejderne

³⁰ For en mere detaljeret redegørelse for disse resultater, se de enkelte delanalyser.

på sygehuset, når først selve akkrediteringsprocessen påbegyndes, idet ledelserne på forskellige niveauer allerede har fokus og arbejder herpå.

12.2 Besvarelse af problemformuleringens spørgsmål 2

Med henblik på succesfuld opnåelse af akkreditering af Sygehus Vendsyssel, er en række relevante strategier og tiltag identificeret, som kan øge mulighederne herfor. Disse omhandler blandt andet, at gensidige forventninger mellem medarbejdere og ledelser afstemmes, at det via udarbejdelse af operationelle kvalitetsmål på afdelings- og afsnitsniveau søges at skabe operationelle kvalitetskulturer, og at det ikke fra centralt ledelseshold dikteres de enkelte afdelingsledelser og centerledelser, hvordan de skal forsøge at skabe sådanne operationelle kvalitetskulturer.

Endvidere omhandler de identificerede strategier og tiltag, at de respektive ledelser sætter kvalitet og kvalitetsarbejde på dagsordenen og sørger for, at opnåede erfaringer og forbedrede procedurer på de enkelte afdelinger og i de enkelte afsnit videreformidles og løftes ud til hele organisationen. Det skal desuden gøres legitimt at rise og rose hinanden indbyrdes, og der skal ligge anerkendelse i den ros, der gives, ligesom Den Danske Kvalitetsmodel og begreberne kvalitetsarbejde og akkreditering skal afmystificeres via afholdelse af jævnlige informationsmøder. Endelig kan medarbejdernes faglige stolthed udgøre et centralt værktøj til at få skabt ejerskabsfølelse hos den enkelte medarbejder i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Ved hjælp af disse tiltag vil det herved være muligt at skabe og videreudvikle yderligere kvalitetskulturer blandt alle medarbejderne på Sygehus Vendsyssel.

13. Kvalitetsvurdering

Som afslutning på enhver undersøgelse er det vigtigt at foretage en kritisk vurdering heraf, ikke mindst undersøgelsens gyldighed og pålidelighed, hvilket præsenteres i det følgende. Ydermere reflekteres over undersøgelsens fokus og indhold, hvor andre relevante perspektiver diskuteres.

13.1 Gyldighed og pålidelighed

Den interne gyldighed i nærværende undersøgelse vurderes overordnet at være høj, idet undersøgelsen i høj grad vurderes at måle det, der oprindeligt var hensigten. Dette som følge af at undersøgelsens metodiske udgangspunkt udgøres af en triangulering af kvalitative såvel som kvantitative metoder, hvoraf fire forskellige er repræsenterede. Undersøgelsen bygger på nationale og internationale erfaringer og viden indenfor områderne kvalitetsudvikling, kvalitetssikring, akkreditering og udvikling af kvalitetskulturer, som er operationaliserede i forbindelse med undersøgelsens interviewguide og spørgeskema. Herved drager undersøgelsen nytte af eksisterende akkumuleret viden indenfor de relevante områder, samtidig med at der derudover foretages et selvstændigt, empirisk studie af begrebet kvalitetskultur, der hidtil kun i yderst begrænset omfang er empirisk undersøgt og belyst. Endvidere højnes den interne validitet, idet der er foretaget datakontrol af det indsamlede kvantitative datamateriale i form af stikprøver på 10% af datasættet, hvor det er sikret, at fejlmargenen ikke har overskredet den fastsatte grænse på 5%. Endelig er der udarbejdet en bortfaldsanalyse af det kvantitative datamateriale med henblik på at vurdere, hvorvidt nogle af baggrundsfaktorerne skulle gøres til genstand for en vægtning.

Alt dette udgør tilsammen grundlag for at det vurderes, at undersøgelsens interne gyldighed er høj, idet undersøgelsens problemstilling er belyst ved hjælp af flere forskellige metoder med hver deres styrker, som komplementerer hinanden, samtidig med at det indsamlede datamateriale er af høj kvalitet.

Med hensyn til undersøgelsens eksterne gyldighed kan det konstateres, at resultaterne ikke kan gøres til genstand for en generalisering til andre sygehuse eller lignende sundhedsinstitutioner, idet undersøgelsen af kvalitetskulturer er foretaget med udgangspunkt i en konkret case i form af Sygehus Vendsyssel, samtidig med antagelsen om at der i enhver organisation eksisterer helt unikke kulturer, og herunder også kvalitetskulturer, på baggrund af den pågældende kontekst og de mennesker, som er med til at skabe disse. Ikke desto mindre kan nærværende undersøgelses metodiske udgangspunkt og resultater med fordel udgøre en inspirationskilde for andre, som kunne finde det interessant at undersøge kvalitetskulturer i en organisation.

Undersøgelsens pålidelighed omhandler derimod, hvorvidt de samme resultater vil kunne opnås såfremt undersøgelsen gentages. Som følge af at nærværende undersøgelse er gennemført på et tidspunkt, hvor Sygehus Vendsyssel står overfor en større forandringsproces internt i organisationen, vil samme resultater dog sandsynligvis ikke fremkomme i tilfælde af, at undersøgelsen gentages i løbet af eller efter akkrediteringen. Det betyder dog ikke, at undersøgelsens interviewguide eller spørgeskema er mangelfulde eller ukorrekte, men blot at Sygehus Vendsyssel befinder sig i begyndelsen af en udviklingsproces. I forlængelse heraf kunne det derimod være interessant på et senere tidspunkt at gentage undersøgelsen og derved måle, i hvilken grad Sygehus Vendsyssel har udviklet yderligere kvalitetskulturer.

13.2 Diskussion af andre mulige vinkler

Med henblik på at diskutere, hvad der kunne være gjort anderledes i undersøgelsen, kan det indledningsvist fremhæves, at det også kunne være interessant at gennemføre en lignende undersøgelse med særligt fokus på udvalgte faggrupper eller afdelinger, hvorved undersøgelsens brede fokus til gengæld ville forsvinde til fordel for en mere specifik analyse af kvalitetskulturerne blandt kun få medlemmer af organisationen. En sådan undersøgelse ville få mulighed for at gå mere i dybden og kortlægge specifikke kvalitetskulturer mere fuldstændigt, hvilket desuden ville kræve et større udgangspunkt i de

kvalitative metoder, men samtidig ville det mere generelle aspekt, som Sygehus Vendsyssel kan have særligt gavn af i forhold til den forestående akkreditering, gå tabt.

I forbindelse med valget om at lade Enderuds organisationsteorier udgøre undersøgelsens teoretiske grundlag er der desuden også truffet nogle fravalg af andre interessante perspektiver, der også kunne have bidraget med spændende og relevante vinkler på området omkring kvalitetsarbejde og akkreditering i sygehusorganisationer.

Det kunne således også være interessant og meget relevant at anskue dette område ud fra et magtperspektiv, hvor relationerne mellem forskellige centrale parter, i form af sygehuspersonale og medarbejdere samt sygehusledelse og ansvarshavende for akkrediteringen, kunne udgøre fokus for undersøgelsen, og hvor eksempelvis forskellige faggrupper såsom læger i høj grad besidder en magtfuld position på et sygehus. En sådan undersøgelse kunne undersøge, hvordan strukturelle betingelser, og magtforhold i forbindelse hermed, kan have en afgørende betydning for forberedelse og gennemførelse af akkrediteringen på Sygehus Vendsyssel. Dermed kunne undersøgelsen fokusere på hvordan, og ved hjælp af hvilke redskaber, de forskellige parter opnår gennemførelse og implementering af deres individuelle ønsker og prioriteringer for sygehuset, samt i forlængelse heraf hvad resultaterne af eventuelle forhandlinger munder ud i.

Samtidig kunne et magtperspektiv på undersøgelsen også inddrage et fokus på et helt overordnet plan i forhold til, hvordan nye tiltag som akkreditering i det hele taget vinder frem og får en central position i det danske sundhedsvæsen, samt hvem der træffer de centrale beslutninger i forbindelse med gennemførelse heraf, og hvordan disse træffes. Dette indebærer et fokus, der er mere orienteret mod de tiltag og beslutninger, der træffes på statsligt niveau, og som er med til at definere, hvordan kvalitet og kvalitetsarbejde på de danske sygehuse skal indgå som en del af de daglige rutiner og i forlængelse heraf, hvordan dette arbejde skal dokumenteres og vurderes af uvildige parter. Disse statslige beslutninger får herved konkret betydning for de enkelte offentlige sygehuse, når disse skal efterleve og implementere de nye initiativer og tiltag.

I forhold til gennemførelse af en undersøgelse med et sådant fokus kunne det endvidere være oplagt at anlægge et Foucaultsk magtperspektiv på sundhedsvæsenet i relation til, hvordan medicinske eksperter i samfundet er med til at definere, hvad der kan betragtes om normalt og unormalt eller sundt og sygt, og i forlængelse heraf hvordan almindelige mennesker via socialisering i samfundet er villige til at efterleve disse standarder (White 2002: 9). I forhold til en undersøgelse af kvalitetskulturer på Sygehus Vendsyssel kunne et Foucaultsk magtperspektiv herved både omhandle magtrelationerne mellem ansatte fordelt på de hierarkiske niveauer på sygehuset og herved, hvordan forhandlinger og kompromiser gennemføres og udmønter sig, samt hvordan tiltag som akkreditering i det hele taget implementeres og gennemføres fra statsligt niveau og til sygehusniveau.