

---

---

---

**Semester:** Politik & Administration, 10. semester

**Speciale:** Organisation og Forvaltning

**Titel:** Afdelingsledelse og akkreditering i det danske sygehusvæsen.

**Periode:** Forår 2009

**Afleveringsdato:** 08-06-2009

**Oplagstal:** 4

**Anslag:** 263.978

**Vejleder:** Peter Kragh Jespersen

*Projektet er udarbejdet af:*

---

Anne Mette Hansen (2004-2627)

---

Vibeke Larsen (2004-2492)

---

---

## Forord

I dette speciale undersøges, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende i forbindelse med en akkrediteringsproces i det danske sygehuvæsen, samt hvorledes man ledelsesmæssigt kan håndtere disse udfordringer. Specialet er udført i perioden fra den 16. februar 2009 til den 8. juni 2009 af Anne Mette Hansen og Vibeke Larsen, specialestuderende på Kandidatuddannelsen Politik & Administration ved Aalborg Universitet.

Vi vil gerne rette en stor tak til de deltagende afdelingsledelser, læger og sygeplejersker fra Hvidovre Hospital, som har brugt kostbare timer til at tale med os omkring deres viden, erfaring, og synspunkter, og derved bidraget til at give os et billede af mangfoldigheden på de to deltagende afdelingerne. Vi er kede af, at vi ikke kan nævne hver enkelt, som har hjulpet os, men dette er ikke muligt grundet hensynet til anonymitet. Også tak til kvalitetschef Henrik Larsen, der fra første færd bakkede aktivt op om vores speciale og var med til at åbne døren til Hvidovre Hospital. Også tak til den lægelige direktør på Hvidovre Hospital, Torben Mogensen, for at give os indsigt i og viden om kvalitetsudvikling og topledelse af en organisation, der skal gennemføre en akkrediteringsproces.

I forbindelse med vores forstudie af det undersøgte felt, vil vi også gerne takke tidligere kvalitetschef fra Sygehus Himmerland, Ph.d. Anja Viegh Jørgensen, for at dele sine erfaringer med os omkring pilottestning af DDKM. Tak til kvalitetskonsulenter fra Sygehus Sønderjylland og IKAS, der har stillet sig til rådighed og hjulpet os ved at besvare opklarende spørgsmål pr. telefon eller mail. I har medvirket til at kvalificere vores empiriske valg og dermed givet os et fint afsæt for vores efterfølgende undersøgelse på Hvidovre Hospital.

Tak til professor i kvalitetsudvikling ved Syddansk Universitet samt overlæge, Jan Mainz, som tog sig tid til at kommentere udkastet til specialet. Tak for de konstruktive kommentarer.

En særlig stor tak til vores vejleder, professor i organisation og ledelse i sundhedsvæsenet, Peter Kragh Jespersen, for altid inspirerende og konstruktive kommentarer og idéer, der har været lærerige og spændende at arbejde videre med.

---

---

## Summary

This project has been focused on the role of management of quality improvement in the Danish health care. Specifically we examined the challenges that the management at the department level has with regards to physicians and nurses when improving multidisciplinary quality in the accreditation.

A multiple comparative case design, in the form of a most similar case design, sought to test the robustness of our theoretical expectation. We expected, that the management at the department level have an impact on the interdisciplinary cooperation between physicians and nurses in interdisciplinary quality improvement. To obtain maximum information about the challenges to the management that exist and how these challenges can be solved we have chosen two specific departments at Hvidovre Hospital as cases. Furthermore these departments are part of the former Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), now Region Hovedstaden in which the accreditation process is very similar to the future nation wide accreditation process, DDKM. The methodology of the project is based on the exploratory integrative methodology. This methodology will give us a greater understanding of the studied phenomenon by rejection, confirmation and development of the chosen theoretical framework. We have conducted 16 interviews with people involved in the accreditation process: present heads of departments, former head of department, nurses, physicians, the Quality Manager of the hospital and the Medical Director of the hospital. Furthermore we did a documentary study.

Theory is based on the Andrew Abbott Anglo-Saxon theory of The System of Professions. Abbott's theory is used to identify the challenges to the management that have been at the department level in selected cases when physicians and nurses have to improve interdisciplinary quality in the accreditation process. Furthermore our theory is based on Erik Oddvar Eriksen normative ideal model; the workshop model. The model is used to explore, how management can handle the challenges that may occur.

In our study we found that one of the largest challenges of the management is to get the professionals to be engaged in the accreditation process. This problem seems to be founded in the fact that professionals have different understandings of quality.

---

The heads of departments seem to have a great impact on the interdisciplinary cooperation between physicians and nurses in interdisciplinary quality improvement. Furthermore management through processes in a "bottom up" based approach seems to have a positive influence on the physicians and nurses engagement in the accreditation process. In the observed "bottom up" approach physicians and nurses had an important role in the decision-making process, which had a positive influence on the interdisciplinary cooperation and hence the degree of implementation of accreditation process. We have found that it is important that the management initiates local arenas in which the professionals can debate and exchange their different viewpoints through meaningful discussions. Moreover, the direct participation by the heads of departments seems to have an impact.

We have also found that some contextual factors influence the collaboration between nurses and physicians in quality improvement. For example, former projects of quality improvement in the specific department and the extent to which these have been local anchored seem to have an impact on the collaboration between the professionals. Profession's statements about the quality at the macro level also seem to influence the interdisciplinary cooperation in the specific workplace in improvement of multidisciplinary quality. The traditional hierarchies of professionals seem also blurred according to the informants, which facilitate the conditions for the establishment of cooperation between professionals. Finally, the type of patient and the departments' use of working instruments seem to have an impact on creating an interdisciplinary cooperation in the accreditation process.

Since the accreditation process in Region Hovedstaden, is very similar to the future accreditation process, DDKM it can be assumed that the management in similar departments, as those studied, will encounter similar challenges when implementing the accreditation standards of DDKM. Our results can be generalized to the departments in the Danish hospital service in which the improvement of quality is dependent on close cooperation between professionals. Realizing this can be difficult because of the non-written standardized and detailed procedures for employees' workflows. It is plausible that the found mechanisms, which seem to have encouraging or impeding impacts on the collaboration between professionals, also can occur with similar strength in the same types of departments as the studied ones.



---

# 1 Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Indholdsfortegnelse .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Indledning .....</b>	<b>11</b>
2.1	Problemfelt .....	11
2.1.1	Undersøgelsesspørgsmål.....	14
2.2	Valg af design og metode .....	15
2.3	Teoretisk ramme .....	16
2.4	Forskning på området .....	19
2.4.1	International forskning .....	19
2.4.2	Nationale undersøgelser .....	20
2.5	Projektets opbygning .....	22
<b>3</b>	<b>Kontekstualisering .....</b>	<b>24</b>
3.1	Akkreditering som kvalitetskoncept .....	24
3.1.1	Historik .....	24
3.1.2	Karakteristika ved akkreditering .....	25
3.2	Institutionel kontekst.....	26
3.2.1	Kvalitetsprojekter.....	27
3.2.2	Styringstraditioner.....	29
3.2.3	Ledelsestraditioner .....	30
3.2.4	Professionsforståelser af kvalitet.....	31
3.2.5	Afrunding.....	33
<b>4</b>	<b>Undersøgesdesign og metode.....</b>	<b>34</b>
4.1	Valg af casedesign.....	34
4.1.1	Hovedstadens Sygehusfællesskab/Hvidovre Hospital.....	35
4.1.2	Valg af komparativt casedesign.....	37
4.2	En eksplorativ integrativ metodologi.....	38
4.3	Metode .....	40
4.3.1	Valg af forskningsinterview approach .....	40
4.3.2	Informanter .....	41
4.3.3	Individuelle interviews.....	44
4.3.4	Dokumentstudie.....	45
4.4	Afrunding .....	45
<b>5</b>	<b>Teoretisk ramme.....</b>	<b>47</b>
5.1	Professionssociologi.....	47
5.1.1	Valg af Andrew Abbotts teoretisering .....	47
5.1.2	Systemet af professioner.....	50
5.2	Mulige udfordringer i udviklingen af tværfaglig kvalitet.....	58
5.3	Eriksens værkstedsmodel .....	61
5.3.1	Værkstedsmodellen.....	61
<b>6</b>	<b>Operationalisering.....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>Analyse .....</b>	<b>69</b>
7.1	Indledning .....	69
7.2	Ledelsesmæssige udfordringer i afdeling X og Y .....	69
7.3	Afdeling X .....	74
7.3.1	Afdelingsledelsen som kommunikationsorgan.....	74

7.3.2	Bottom-up-inspireret implementeringsstrategi .....	75
7.3.3	Bevæggrund for anvendelse af tværfaglige grupper.....	77
7.3.4	Hvordan har de tværfaglige arbejdsgrupper fungeret? .....	80
7.3.5	Det tværfaglige gruppearbejdes afsmittende effekt .....	81
7.3.6	Mislykket konsensus.....	83
7.3.7	Opsamling på tværfagligt gruppearbejde.....	84
7.3.8	Andre ledelsesinitiativer.....	85
7.3.9	Lokale kontekstuelle elementer .....	86
7.3.10	Et generelt skift i tiden og samfundet.....	88
7.3.11	Udvikling af tværfaglig samarbejdskultur .....	89
7.3.12	Et fortløbende fokus på kvalitet.....	90
<b>7.4</b>	<b>Afdeling Y .....</b>	<b>92</b>
7.4.1	Afdelingsledelsen som et markeringsorgan.....	92
7.4.2	Afdelingsledelsens implementeringsstrategi.....	93
7.4.3	Nedprioritering af tværfagligt samarbejde.....	96
7.4.4	Betydningen af nedprioriteringen af tværfagligt samarbejde .....	97
7.4.5	Oftte kampe mellem professionelle .....	98
7.4.6	Betydningen af andre kvalitetsprojekter i afdelingen .....	101
7.4.7	Afdelingsledelsens orientering i akkrediteringsprocessen .....	102
7.4.8	I hverdagen en form for tværfagligt samarbejde .....	103
7.4.9	Et generelt skift i tiden og samfundet.....	104
7.4.10	Tværfaglig arbejdskultur dog ikke veludviklet .....	104
7.4.11	Fokus på opfyldelse af akkrediteringskrav.....	105
<b>8</b>	<b>Diskussion af resultater .....</b>	<b>107</b>
8.1	<b>Ledelsesmæssige udfordringer .....</b>	<b>107</b>
8.2	<b>Den ledelsesmæssige håndtering af udfordringerne .....</b>	<b>108</b>
8.3	<b>Kontekstuelle forhold.....</b>	<b>112</b>
8.4	<b>Abbott og Eriksen .....</b>	<b>116</b>
8.5	<b>Kan vores resultater generaliseres til DDKM? .....</b>	<b>120</b>
8.5.1	Nødvendigheden af en de-institutionalisering?.....	123
<b>9</b>	<b>Konklusion.....</b>	<b>125</b>
9.1	<b>Vores resultater.....</b>	<b>126</b>
<b>10</b>	<b>Konkrete anvisninger.....</b>	<b>128</b>
<b>11</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>129</b>

**Bilag**

*Til projektet hører desuden et appendix*

---

## 2 Indledning

Nedenfor præsenteres projektets grundlæggende problemstilling samt det heraf afledte undersøgelsesspørgsmål.

### 2.1 Problemfelt

Der fokuseres på kvalitet i den offentlige sektor som aldrig før, specielt på kvalitet i velfærdsstatens serviceydelser. Inden for sundhedsområdet er der specifikt udviklet en national strategi for kvalitetsudvikling. En del af denne strategi er Den danske kvalitetsmodel (DDKM), der er det første fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen, som i første omgang skal omfatte de offentlige sygehuse i Danmark. DDKM kan i praksis betegnes som et akkrediteringssystem. Konkret skal de offentlige sygehuse i august 2009 modtage 104 akkrediteringsstandarder, hvor formålet er at fremme kvaliteten særligt inden for tre områder: 1) Organisatoriske aktiviteter, 2) generelle forløbsaktiviteter og 3) sygdomsspecifikke aktiviteter. Herefter er det intentionen, at de enkelte sygehuse skal implementere akkrediteringsstandarderne og iværksætte generelle tiltag, fx ændre i arbejdsgange og skabe handleplaner for den videre proces. Hvert tredje år skal opfyldelsen af akkrediteringsstandarderne vurderes af uvildige eksterne surveyors, hvorefter resultaterne heraf offentliggøres nationalt (DDKM 2008:7f, Lehmann Knudsen m.fl. 2008:93ff).

Man har imidlertid ikke beskæftiget sig særlig meget med selve implementeringen af akkrediteringsstandarderne, og hvordan man i praksis ledelsesmæssigt sikrer et godt arbejde med akkrediteringsstandarderne. Et svar i denne forbindelse er selvfølgelig, at det er op til det enkelte sygehus og de specifikke afdelingsledelser at bestemme, hvordan implementeringen af standarderne skal foregå i det lokale (DDKM 2008:7). Ikke desto mindre kan det være relevant at beskæftige sig nærmere med, hvilke udfordringer afdelingsledelserne særligt skal være opmærksomme på i en implementeringsproces. Forskning peger nemlig på, at implementeringen af kvalitetsprojekter ofte rummer en del udfordringer, særligt hvad angår implementeringen af kvalitetsprojekter, hvor der skal samarbejdes på tværs af professionelle. Disse har ofte svære udviklingsbetingelser eller bliver i yderste instans dekoblet (Kragh Jespersen 2008:7, Ferlie m.fl. 2005:117ff). I DDKM vedrører mange af akkrediteringsstanderne netop arbejdsgange, som både involverer læger og sygeplejersker som de mest centrale aktører. En vellykket

---

implementering og arbejdsproces med standarderne fordrer således samarbejde mellem professionelle i alle af de tre typer af akkrediteringsstandarder, hvor det kræves, at både læger og sygeplejersker har samme forståelse af, hvad der arbejdes hen imod. Med DDKM er det dermed ikke nok, at man internt i professionen arbejder med kvalitetsudvikling. Det er også nødvendigt med tværfagligt samarbejde i de working communities<sup>1</sup>, som de professionelle indgår i i afdelingerne, så der også udvikles en tværfaglig kvalitet<sup>2</sup>.

Samarbejdet mellem professionelle og dermed udviklingen af den tværfaglige kvalitet kan forestilles at blive udfordret af, at sygehuse er stærkt fagdominerede miljøer, hvor de professionelle orienterer sig mod sit fag, arbejdsområde og sin profession. Ifølge professions sociologien vil de professionelle ofte have en iboende tendens til at forsvare og forsøge at udvide deres rettighed til at definere grænserne for deres arbejdsområde (Abbott 1988, Antoft 2006, Walby m.fl. 1994).

Da lægeprofessionens primære opgave er behandling af patienter, kan det forestilles, at lægerne vil kæmpe for, at de skal tage sig af kvalitetsforbedringer i relation til det behandlingsfaglige område. Dette kan hænge sammen med, at lægerne har tendens til at se det behandlingsfaglige område som udelukkende deres, hvorfor ingen andre faggrupper skal være med til at definere, hvilke ændringer der skal til i arbejdsgangene, når man forsøger at leve op til akkrediteringsstandarderne (Walby m.fl. 1994:10f). Endvidere er et centralt mål hos lægerne, som følge af deres arbejdsområde, ofte, at patienten gives den mest optimale behandling, hvorfor det mest centrale ved kvalitet hos lægerne kan formodes at være høj kvalitet i selve behandlingen. Lægernes opfattelse af det centrale ved kvalitet er således først og fremmest knyttet til det behandlingsmæssige slutresultat. Lægerne kan derfor formodes at kæmpe for at, at de ikke skal koncentrere sig om organisatoriske og generelle standarder i DDKM, men at de har til opgave at fokusere på de sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder, der har fokus på kvaliteten i den kliniske behandling af patienter.

---

<sup>1</sup> Med working communities menes der: Det samarbejde, der udfolder sig mellem professionelle i den lokale afdeling.

<sup>2</sup> Med tværfaglig kvalitet menes der: Den kvalitet der kan skabes konsensus om, når den udsættes for en kritisk dialog med deltagelse fra flere typer af professionelle (jf. Erik Oddvar Eriksens ræsonnement 1993). Konsensus kan være enten fuldstændig, kvasi eller minimal.

---

Omvendt kan sygeplejerskerne formodes at være interesseret i at inddrage de organisatoriske og generelle standarder i DDKM under deres professionsområde. Disse standarder har netop fokus på kvalitet indenfor organiseringen af en service og procedurer. Standarderne forholder sig ikke så meget til selve slutresultatet, men mere i forhold til at sikre kvaliteten i hele processen og kan siges at ligge i god forlængelse af de opgaver, som sygeplejerskerne traditionelt varetager, da de ofte fokuserer på plejen af patienten ud fra et holistisk syn (Walby m.fl. 1994:12). Sygeplejerskerne øjner måske chancen for at tilkæmpe sig et område, hvor de netop kan gøre sin viden gældende og dermed manifestere sig som en profession med vigtige arbejdsopgaver på højde med lægernes. På denne måde kan de fralægge sig rollen som en profession underordnet lægeprofessionen, hvilket de i tidens løb ofte er blevet opfattet som (Hatting 2007, Abbott 1988, Kragh Jespersen 2005).

Hvis de professionelle forsøger at abonnere på forskellige typer af akkrediteringsstandarder, udfordres en vellykket implementering af akkrediteringsstandarderne, idet der ikke lægges op til, at den tværfaglige kvalitet kan udvikles. Mange af akkrediteringsstanderne vedrører som nævnt arbejdsgange, som både involverer læger og sygeplejersker, og for at kvaliteten kan højnes, er det en forudsætning de sammen finder ud af, hvordan dette gøres.

De professionelle kan dog formodes at deltage aktivt sammen i diskussionen af, hvordan alle typer af akkrediteringsstandarderne skal implementeres, hvis den pågældende standard åbner for ændringer i arbejdsgange og rutiner, som ligger i grænsefladerne mellem de professionelles arbejdsområder. Dette skaber imidlertid en anden hindring for en god implementeringsproces. Ifølge professionssociologien vil de professionelle netop forsøge at positionere sig, fremstå godt og øve indflydelse og få deres forslag til gælden, således vigtige arbejdsopgaver fastholdes, udvides eller erobres (Abbott 1988, Antoft 2006, Walby m.fl. 1994). Kampene mellem professionelle må også formodes at udspille sig, når der skal foretages løbende justeringer i arbejdsgangene i afdelingerne, når man forsøger at efterleve standarderne. Hvis de professionelle har forskellige forståelser og forslag, som de konkurrerer om at få til at gælde, må det formodes at være svært at etablere et gunstigt samarbejde på tværs af professionsgrænser. Det vil således blive svært at få skabt en fælles forståelse hos de professionelle og dermed sikre en vellykket implementeringsproces.

---

Med afsæt i de nævnte eksempler på implementeringsudfordringer synes afdelingsledelserne på landets offentlige sygehuse at stå overfor en væsentlig ledelsesopgave, når man med et kvalitetsprojekt som DDKM skal sikre udviklingen af en tværfaglig kvalitet. Den store udfordring for ledelserne er ikke blot at skabe mening men også at skabe en god interaktion og et godt samarbejde på tværs af professionsgrænser, således de professionelle sammen kan finde frem til de bedst mulige løsninger, som alle er tilfredse med, så der kan ske kvalitetsudvikling på tværs af professionelle grænser. Endvidere består en central ledelsesopgave i at sørge for, at der ikke er nogle af de implicerede professionelle, der får en for passiv eller for dominerende rolle i arbejdet med de standarder vedrørende arbejdsgange, som gælder for læger og sygeplejersker. Udviklingen af tværfaglig kvalitet kræver nemlig som ideal, at der arbejdes med fælles fodslag og alle er lige motiveret og engageret i at foretage de justeringer, der er nødvendige i forhold til at få en akkrediteringsproces til at blive vellykket.

I denne sammenhæng er det interessant at undersøge nærmere, hvori de ledelsesmæssige udfordringer på afdelingsniveau består, når læger og sygeplejerske på offentlige sygehuse skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces - og sidst men ikke mindst at undersøge, hvordan man ledelsesmæssigt kan gribe disse udfordringer an.

### **2.1.1 Undersøgelsesspørgsmål**

Projektets undersøgelsesspørgsmål lyder som følger:

- Hvilke ledelsesmæssige udfordringer gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces?
- Hvordan kan ledelsen gribe disse udfordringer an, for at tværfaglig kvalitet kan udvikles i en akkrediteringsproces?

Da vi netop ønsker at undersøge ovenfor nævnte, afgrænser projektet sig fra at tage stilling til selve akkrediteringsmodellens iboende svagheder og styrker. Fx i form af at undersøge, i hvilken grad akkreditering som koncept er velegnet til at sikre et vist kvalitetsniveau samt udvikle kvaliteten.

---

I det efterfølgende vil projektets design, metodevalg og teoretiske ramme kort nævnes. Endvidere fremføres eksempler på, hvilke videnskabelige undersøgelser der allerede foreligger på dette forskningsområde med det formål at forklare, på hvilke områder dette projekt distancerer sig fra det tidligere skrevne.

## 2.2 Valg af design og metode

Da de offentlige sygehuse først modtager akkrediteringsstandarderne i august 2009, foreligger der på nuværende tidspunkt ikke erfaringer herfra, som vi kan benytte til at besvare vores problemstilling. I Danmark har der dog været gennemført en akkrediteringsproces i det tidligere H:S, nu Region Hovedstaden, som ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre. Erfaringer herfra vil benytte til belyse vores problemstilling. Vores empiri indsamles på Hvidovre Hospital.

I forhold til at besvare vores undersøgelsesspørgsmål benyttes et *kvalitativt casedesign*, da det er særlig fordelagtigt i forhold til dybdegående at belyse processer og mekanismer og dermed indfange den påkrævede viden omkring ledelsesmæssige udfordringer, når læger og sygeplejersker sammen skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces, og hvordan disse kan håndteres. Et casestudie er endvidere fordelagtigt, da det netop kan skabe en forståelse for den kontekst, de professionelle indgår i. Dette er væsentligt, idet konteksten formodes at være med til at forme betingelserne for lægerne og sygeplejerskernes interaktion i udviklingen af tværfaglig kvalitet.

Projektets design bygger på et multipelt komparativt casedesign, nærmere bestemt et *most similar casedesign*. Et mest ens design vælges ud fra den begrundelse, at det er den bedste strategi, når målet er at teste robustheden af en mulig sammenhæng, som man på forhånd har en forventning om, påvirker det fænomen, der undersøges. I dette tilfælde har vi en teoretisk forventning om, at afdelingsledelsen har en betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, når tværfaglig kvalitet skal udvikles, hvilket vi ønsker at udforske nærmere (Antoft & Salomonsen 2007:48).

Vi har konkret valgt to bestemte afdelinger som cases. Som det vil blive uddybet i kapitlet *Undersøgelsesdesign og metode*, er casene særlig informationsrige i forhold til at studere det tværfaglige komplekse samarbejde. Casene er dermed

---

velegnet til at opnå mest mulig information om, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces.

Metodologisk tages der udgangspunkt i *den eksplorative integrative metodologi*, hvor en større forståelse for det studerede fænomen forsøges opnået gennem afvisning, bekræftelse og udvikling af den valgte teoretiske ramme. Hermed kan der opnås en større forståelse for allerede velkendte begreber og/eller udvikles nye begreber, hvilket fx kan ske, når man som undersøger erkender de grænser, der implicit måtte ligge i den teoretiske ramme.

Metodisk anvendes kvalitativ metode, da der med denne metode udvises størst sensitivitet overfor den kompleksitet, som det empiriske genstandsfelt rummer. Konkret foretages der 16 forskningsinterview med hhv. afdelingsledelser, overlæger, afdelingssygeplejersker, sygeplejersker, kvalitetschefen og den lægelig direktør for hospitalet. Endvidere foretages dokumentstudie.

## 2.3 Teoretisk ramme

I forhold til at studere interaktionen mellem læger og sygeplejersker, når der er arbejdet med akkrediteringsstandarder, vil vi benytte den del af professions-sociologien, der har fokus på interaktionen mellem professioner.

Velegnet hertil er Andrew Abbotts (1988) teori om systemet af professioner. Teorien er netop velegnet, idet den beskæftiger sig med professionernes interaktion, når der sker en ekstern forstyrrelse af deres arbejde, som betyder, at nye arbejdsgange og arbejdsområder skal fastlægges. Ifølge Abbott vil de enkelte professioner forsøge at definere deres arbejdsområder samt positionere sig i forhold til hinanden. En forstyrrelse er i relation til dette projekt naturligvis akkrediteringsprocessen. Abbotts teori er velegnet til at forstå og forklare samspillet mellem de forskellige typer af professionelle, som det udspiller sig i forbindelse med arbejdet med akkrediteringsstandarderne og særligt i relation til udviklingen af tværfaglig kvalitet. Den kan netop benyttes som en hjælp til at undersøge, om der muligvis eksisterer kampe de professionelle imellem og dermed måske pege på svære betingelser for et godt samarbejde mellem forskellige typer af professionelle, når de sammen skal finde frem til de bedst mulige løsninger, foretage ændringer og udvikle tværfaglig kvalitet. Abbotts teori



---

kan m.a.o. benyttes til at give indsigt i, hvilke ledelsesmæssige udfordringer, der har gjort sig gældende på afdelingsniveau i de udvalgte cases.

Erik Oddvar Eriksen (1993) har forsøgt at give en løsning på, hvordan man ledelsesmæssigt kan nedtone sådanne professionelles strategiske aktiviteter, status- og domænekonflikter og sikre, at ingen professionelle får en for passiv eller for dominerende rolle i beslutningsprocesser. Løsningen er, at ledelsen får en såkaldt værkstedsmodel til at vinde udbredelse. Værkstedsmodellen giver anvisninger til, hvordan et samarbejde mellem professionelle kan organiseres, når de tværs af professionsgrænser sammen skal finde frem til de bedst mulige løsninger, foretage ændringer og skabe udvikling, i dette tilfælde tværfaglig kvalitet. Med sin idealmodel leverer Eriksen m.a.o. en normativ model for, hvordan man ledelsesmæssigt kan håndtere udfordringer, når kvalitet på tværs af professionsgrænser skal udvikles.

Eriksen model vil i projektet blive anvendt til at gå ind i diskussionen om, hvad der kan fremme tværfagligt samarbejde, og hvorfor dette er tilfældet. Eriksens model vil dog også anvendes som analytisk kategori til at beskrive måden, hvorpå samarbejdet er imellem de professionelle, når de arbejder med standarderne, og den ledelsesmæssige indsats i forhold til at sikre dette.

Med udgangspunkt i ovenstående kan man argumentere for, at Abbott fokuserer på det forskellige og konflikterne mellem de professionelle, og Eriksen på det mulige fælles. En kritik af valget af Abbott og Eriksens teori kunne dog umiddelbart rettes imod det forhold, at de tager udgangspunkt i forskellige niveauer. Eriksen har blik for mikroniveauet, hvor fokus er på at forstå, hvordan de enkelte aktører i en organisation kan nå til fælles forståelse. Abbott tager derimod udgangspunkt i mesoniveauet. Abbott knytter dog sin forståelse heraf til mikroprocesserne. Fokus er således på at forstå de interprofessionelle relationer, der skaber og opretholder systemet af professioner, på det niveau hvor det konkrete arbejde bliver udført. Teorierne synes derfor at kunne mødes på arbejdspladsarenaen, hvor de professionelle aktører anses som repræsentanter for professionerne.

Når teorierne benyttes, som vi ovenfor har beskrevet, er vi opmærksomme på, at begge teorier er analytiske modeller og de er dermed en stærk forenkling af virkeligheden, idet der postuleres noget om enkelte elementers sammenhæng,

---

men der er mange forhold, som ikke medtages. Nøjagtighed og mangfoldighed kan dermed siges at blive erstattet af oversigt og generalisering. Det er dog nødvendigt at rendyrke nogle træk, hvis vi lettere skal kunne lokalisere ledelsesmæssige udfordringer, hvorfor disse er tilstede og hvad der skal til for løse dem (Eriksen (A) 1991:2).

Som det vil blive nævnt nedenfor i kapitlet *Kontekstualisering* betragter vi de working communities, som vi studerer, som placeret i en institutionel kontekst. Dette betyder m.a.o., at de arbejdsrelationer og meningsforståelser, som vi finder i vores case, ikke blot betragtes som konstrueret indenfor den specifikke organisation gennem unikke arbejdspraksisser og identifikation med disse, men at disse også er konstrueret gennem de ændringer, som sker i det organisatoriske felt, det danske sygehusfelt. Vi anlægger dermed et åbent system perspektiv. I dette perspektiv betragtes organisationer ikke som isolerede enheder, men det antages, at organisationer påvirker og påvirkes af omverdenen/omgivelserne. De institutionelle omgivelser antages dermed at have en afgørende rolle for organisationens indretning og adfærd (DiMaggio & Powell 1991, Meyer & Rowan 1991, Scott 1991, Strandgaard Pedersen & Dobbin 2006, Scott 2003).

Da vi betragter de professionelles måde at samarbejde på som indlejret i en institutionel kontekst, indskriver vi også vores teoretiske ramme i en ny sammenhæng. Som nævnt beskæftiger Abbott og Eriksens teorier sig primært med de professionelles samarbejdsrelationer på det lokale niveau, hvorfor der ikke ligger det store fokus på den institutionelle konteksts indflydelse herpå. Ved primært at have dette fokus, beskæftiger teorierne m.a.o. ikke sig med, om den specielle institutionelle kontekst, som den givne organisation indgår i, kunne have indflydelse på de studerede mikroprocesser og derfor også på de to teoriers forklaringskraft. Ved netop at være opmærksomme på, at de studerede mikroprocesser indgår i en institutionel kontekst, og teoriernes forklaringskraft derfor også påvirkes af denne, skaber vi en videreudvikling af Abbott og Eriksens teorier og positionerer os dermed fra andre tidligere projekter, idet disse ofte blot har benyttet teorierne uden at skele til den institutionelle kontekst indflydelse på det studerede.

---

## 2.4 Forskning på området

For at placere projektet i en bredere forskningsmæssig kontekst vil det nedenfor kort skitseres, hvilke videnskabelige undersøgelser der allerede foreligger på området, og hvilket fokus disse undersøgelser har anlagt. Formålet er at identificere, på hvilke områder dette projekt distancerer sig fra det tidligere skrevne. For nærmere indblik i hvordan vi har fremfundet de videnskabelige bidrag, se bilag 8.

### 2.4.1 International forskning

Internationalt set har der været en del forskning omkring udfordringer, når professionelle skal implementere kvalitetsudviklingstiltag i sundhedsvæsenet. Fokus har dog ofte været på professionelle generelt og generelle kvalitetsudviklingstiltag (se fx Whittaker 1999, Holmboe & Cassel 2007, Shekelle 2002, Greenfield & Braithwaite 2008, Ferlie m.fl. 2005). Til trods for at akkrediteringsprocesser og akkreditering har været på den internationale dagsorden i flere årtier, har der imidlertid været få internationale forskere, som har behandlet implementeringsudfordringer. Når implementeringsudfordringer er blevet undersøgt, har dette ofte været i relation til den specifikke profession. Fx har man ofte undersøgt henholdsvis læger og sygeplejerskers opfattelse af akkrediteringsstandarder (se fx Pomey 2004, Greenfield & Braithwaite 2008).

Udgangspunktet for dette projekt adskiller sig således særligt fra ovennævnte undersøgelser ved at have optikken rettet mod interaktionen mellem de forskellige typer af professionelle i forbindelse med implementeringen af akkrediteringsstandarder, og hvad der enten synes at fremme eller hæmme denne proces, i stedet for som i de tidligere undersøgelser at identificere udfordringer i relation til den specifikke profession. Der findes dog enkelte forskningsstudier, som beskæftiger sig med dette, men dette er i relation til kvalitetsprojekter generelt, og ikke akkreditering specifikt, som er dette projekts centrale fokus (se fx Ferlie m.fl. 2005, Fitzgerald & Dopson 2005).

Dette projekt distancerer sig endvidere fra ovenfor nævnte internationale undersøgelser ved også at tage næste skridt og beskæftige sig med, hvordan udfordringerne i forbindelse med udviklingen af den tværfaglige kvalitet i en akkrediteringsproces kan imødekommes ledelsesmæssigt. De internationale

---

undersøgelser har ofte blot begrænset sig til at beskæftige sig med identificeringen af implementeringsudfordringer, og har således ikke beskæftiget sig med, hvordan udfordringerne konkret kan løses, når forskellige typer af professionelle skal samarbejde.

Internationalt foreligger der dog enkelte videnskabelige undersøgelser, som har beskæftiget sig, hvordan man ledelsesmæssigt kan håndtere udfordringer i forbindelse med implementeringen af kvalitetsforbedrende tiltag. Som eksempel kan nævnes de amerikanske forskere Parker m.fl., der i 1999 har beskæftiget sig med ledelsens betydning for implementeringen af kvalitetsforbedringer på sundhedsområdet og har i den forbindelse fokuseret lidt på interaktionen mellem forskellige faggrupper (Parker m.fl. 1999). Undersøgelserne har dog ofte blot beskæftiget sig med implementering af kvalitetsudviklingstiltag generelt, og ikke akkrediteringsprocesser specifikt. Desuden har de ofte set på medarbejdere på hospitaler generelt og har dermed ikke taget specifikt hensyn til eksistensen af særlig dominerende og videnstunge professionelle i organisationen, såsom læger og sygeplejersker, og hvordan man kan sikre sig, at disse ofte svært foranderlige grupper implementerer kvalitetstiltagene. Her må en særlig ledelsesmæssig indsats netop formodes at være påkrævet, hvis en succesfuld implementering skal opnås. Med ambitionen om at undersøge, hvorledes man ledelsesmæssigt kan håndtere udfordringer, når man i forbindelse med akkrediteringsprocessen skal udvikle tværfaglig kvalitet på tværs af videnstunge professionelle, adskiller projektet sig således også her særligt fra de nævnte undersøgelser.

## **2.4.2 Nationale undersøgelser**

Af nationale videnskabelige undersøgelser har bidragene været mere begrænset. Til gengæld findes der iblandt disse, undersøgelser, som har beskæftiget sig med udfordringer i de professionelles samspil i implementeringen af akkrediteringsstandarder i sundhedsvæsenet.

I eksempelvis 2007 udarbejdede Anne Hatting ph.d. afhandlingen, *Akkreditering og klinisk praksis: en STS-analyse af forandring*, ved Roskilde Universitet. Formålet var at forstå forandringer i organisationer og derudfra vise, hvordan aktører i sundhedsvæsenet agerer, når topstyrede og værdiorienterede forandringsprojekter med fokus på forandringer i arbejdsprocesser skal implementeres. Hatting tog udgangspunkt i akkrediteringsprojekterne i H:S og

---

Sønderjyllands Amt. Med udgangspunkt i professionssociologien undersøgte Hatting professionelles opfattelse af akkreditering, herunder i nogen grad deres samspil under implementering af akkrediteringsstandarder (Hatting 2007).

Undersøgelsen, *Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation – et samspil*, udarbejdet i 2004 af Marie Brandhøj Hansen og Jens Albæk fra DSI Institut for Sundhedsvæsen, har også delvist fokuseret på professionelles samspil under implementering af standarder i forbindelse med Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) (Brandhøj Hansen & Albæk 2004).

Både Hatting og Brandhøj Hansen & Albæk har dog ikke i særlig grad beskæftiget sig med den ledelsesmæssige indsats i forhold til at håndtere udfordringer, når man med akkrediteringsstandarder skal sikre udviklingen af en tværfaglig kvalitet, men har forsøgt identificere professionelles forskellige perspektiver på kvalitet og måder at opnå denne på. Det er således ikke blot i forhold til de internationale undersøgelser, at vores projekt adskiller sig ved at sætte fokus på, hvordan man ledelsesmæssigt kan sikre et godt samspil på tværs af professionsgrænser i implementeringen af akkrediteringsstandarder. Med dette fokus adskiller vores projekt sig også fra de nationale undersøgelser.

I analysen vil vi dog enkelte steder inddrage resultater fra de tidligere nationale undersøgelser på området med henblik på at undersøge, om vores resultater underbygges og dermed om, projektets konklusioner rummer en høj analytisk ekstern validitet. Hermed menes, om de i casen fundne faktorer, som enten synes at hæmme eller fremme udviklingen af en tværfaglig kvalitet i forbindelse med akkrediteringsstandarderne, også i en vis grad kan spores i andre dybdegående undersøgelser. Er dette tilfældet, må man netop kunne forvente, at de fundne faktorer er af en sådan væsentlig betydning, at de også må formodes at spille en rolle i implementeringen af akkrediteringsstandarderne med DDKM.

---

## 2.5 Projektets opbygning

Efter denne indledende projektpræsentation følger en beskrivelse af projektets opbygning:

I *kapitel 3* vil akkreditering som koncept til udvikling og sikring af sundhedsorganisationers kvalitet blive præsenteret. Herefter redegøres der for den institutionelle kontekst, som må formodes at påvirke samarbejdet mellem læger og sygeplejersker i udviklingen tværfaglig kvalitet under implementeringen af akkrediteringsstandarder.

I *kapitel 4* præsenteres projektets undersøgelsesdesign og metodevalg nærmere.

I *kapitel 5* vil projektets teoretiske ramme præsenteres. Først beskrives Abbotts teori om systemet af professioner. Herefter forsøges det i en teoretisk analyse identificeret, om der på baggrund heraf kan forventes ledelsesmæssige udfordringer, når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Herefter vil vi præsentere Eriksens værkstedsmodel med henblik på at beskrive, hvorledes man ledelsesmæssigt kan håndtere disse udfordringer.

I *kapitel 7* analyseres det med afsæt i Abbotts teori, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende i vores to cases, når professionelle skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Endvidere undersøges det, hvorledes ledelsen har grebet disse udfordringer an i casen. I den sammenhæng vil Eriksens anvisninger til, hvorledes ledelsen ved sikring af værkstedsmodellens udbredelse kan sikre en god interaktionen mellem læger og sygeplejersker, benyttes som analytisk kategori til at beskrive, hvordan dette er foregået. I analysearbejdet har vi samtidig øje for empiriske mønstre, som synes at definere implicite grænsebetingelser for det anvendte teoriapparat.

I *kapitel 8* foretages en diskussion af vore fundne resultater samt vores valgte design, metode og metodologi. Endvidere foretages en diskussion af, hvorvidt analysens frembragte resultater er af en sådan væsentlig betydning, at de også må formodes at gøre sig gældende i andre sammenhænge, hvor læger og

---

sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Fx i forbindelse med DDKM.

I *kapitel 9* konkluderes på de opstillede undersøgelsesspørgsmål.

I *kapitel 10* gives konkrete anvisninger til, hvad der skal til, for at der kan udvikles tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces.

---

## 3 Kontekstualisering

I dette kapitel vil akkreditering som koncept til udvikling og sikring af sundhedsorganisationers kvalitet blive præsenteret<sup>3</sup>. Endvidere vil forudgående kvalitetsprojekter før DDKM, historiske styrings- og ledelsestraditioner, og professionsforståelser af kvalitet i sygehusvæsenet, beskrives, da det formodes, at denne institutionaliserede kontekst kan have en betydning for de arbejdsprocesser eller working communities, vi studerer på mikroniveau.

### 3.1 Akkreditering som kvalitetskoncept

#### 3.1.1 Historik

Akkreditering som et koncept til udvikling og sikring af sundhedsorganisationers kvalitet tog sin begyndelse i starten af det 20. århundrede i det amerikanske sundhedsvæsen. Den uafhængige akkrediteringsinstitution Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO) udførte i 1951 den første sygehusakkreditering. Herefter udvikledes en lang række akkrediteringssystemer. The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), etableret i 1958, og The Australian Council on Hospital Standards (ACHS), etableret i 1974, udgør sammen med JCAHO i dag de største og ældste akkrediteringsinstitutioner i verden. Institutionerne er private, kundefinansierede og non-for-profit-virksomheder. De ledes af bestyrelser, hvori repræsentanter fra lægeforeninger, lægevidenskabelige selskaber, sygeplejeorganisationer, sygehusadministratorer og patientsammenslutninger indgår. Både i USA, Canada og Australien akkrediteres de fleste hospitaler i dag, og gennem de sidste 20 år er akkrediteringskonceptet blevet tiltagende geografisk udbredt til mere end 20 europæiske lande. Konceptet har endvidere bredt sig fra at beskæftige sig med sygehuse til også at gælde lægepraksis, tandlægepraksis, plejehjem, genoptræningsenheder mv. (Lehmann Knudsen m.fl. 2008:93).

---

<sup>3</sup> I projektet defineres kvalitetssikring som et begreb for modeller, der sikrer kvalitet af et vist niveau inden for sundhedsorganisationer. Kvalitetsudvikling indebærer en mere formativ dimension, hvor fokus er på at skabe bedre kvalitet.



---

### 3.1.2 Karakteristika ved akkreditering

Internationalt findes der således, jf. ovenstående beskrivelse, solid erfaring med akkreditering inden for sundhedsområdet, og der kan argumenteres for, at akkrediteringskonceptet kan opfattes som en international organisationsopskrift for kvalitetsudvikling (Frølich & Christensen 2002:1, Schiøler m.fl. 2002:1, Lehmann Knudsen m.fl. 2008:93).

Akkreditering kan per definition beskrives som ”(...) en formaliseret proces forestået af en anerkendt akkrediteringsinstitution, der vurderer og belønner sundhedsorganisationen, såfremt denne opfylder det prædefinerede sæt af standarder, som akkrediteringsinstitutionen har vedtaget.”(Lehmann Knudsen m.fl. 2008:94). I en international sammenhæng beskrives akkreditering primært ud fra den form, der praktiseres i de tre største og ældste akkrediteringsorganisationer, jf. ovenstående, hvorfor nærværende beskrivelse i punktform tager udgangspunkt i karakteristika, der typisk er forbundet med den form.

#### Figur 1: Akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling

- Det er frivilligt for organisationen at deltage.
- Der er fokus på systemet og ikke på det enkelte individ eller den enkelte funktion.
- Processen er baseret på nedskrevne og publicerede akkrediteringsstandarder.
- Standarderne vedrører de generelle forhold i organisationen, der vurderes til at have en betydning for kvaliteten af de ydelser, som brugerne modtager. Krav til administrative og kliniske retningslinjer, samt monitorering af præstationer med indikatorer indgår.
- Organisationer forbereder sig på at blive akkrediteret. Forberedelsestiden afhænger af, om der er tale om en førstegangsakkreditering eller en genakkreditering. Der anvendes typisk en 2-4 år.
- Den eksterne vurdering, hvor organisationens evne til at opfylde standarderne vurderes, udføres af et team af fagfolk (surveyors) sammensat af akkrediteringsinstitutionen sammen og organisationen. Besøget varer 1-7 dage alt efter organisationens størrelse og kompleksitet.
- Surveyteamet samler under besøget viden ind, således at teamet kan vurdere, hvorvidt standarderne er opfyldt. Proceskravene vurderes gennem interviews med ledelse, relevante tværgående udvalg, og patienter. Resultatkravene vurderes ved at gennemgå dokumentation om gennemførte og opfølgende handlinger, indikatormålinger, surveys mv. De fysiske rammer vurderes og teknologi afprøves.
- Herefter giver surveyteamet en mundtlig feedback som afslutning på akkrediteringsrunden. En detaljeret rapport omkring målopfyldelse udarbejdes og afleveres senere til organisationen.
- Beslutningen, om at organisationen kan opnå akkreditering eller ej, træffes efterfølgende af akkrediteringsinstitutionen på baggrund af resultaterne fra survey.

- 
- Processen varetages af en uafhængig og ikke-profitkabende institution, der kan have en bemyndigelse som regulator på vegne af de centrale sundhedmyndigheder.
  - Akkrediteringsstatus er offentligt tilgængeligt, men de specifikke vurderinger er ikke.
  - Organisationens status som akkrediteret varer 3-4 år, hvorefter organisationen skal gennem en fornyet vurdering.

Kilde: Lehmann Knudsen m.fl. 2008:94f

Akkreditering som koncept har grundlæggende til formål at styrke organisationens evne til at yde en høj og ensartet kvalitet i ydelserne overfor brugerne. De nævnte akkrediteringsstandarder kan betragtes som en form for tjekliste for de områder, som betragtes som væsentlige i forhold til at sikre kvaliteten overfor brugerne. De kan have både en udviklende og en mere sikrende karakter. (Lehmann Knudsen m.fl. 2008:96). Bag akkreditering som koncept, ligger der en forståelse af, at hvis organisationen eksternt bedømmes efter på forhånd givne akkrediteringsstandarder, motiveres organisationen internt til kvalitetsudvikling. Offentliggørelse af akkrediteringsstatus antages ligeledes at være en motiverende faktor for organisationsudvikling.

Det er afgørende for en succesfuld akkrediteringsproces, at surveyteamet opnår et reelt billede af organisationens formåen. Forudsætningen herfor er, at standarderne er dækkende, at teamet når bredt ud i organisationen og vidensindsamlingen er fyldestgørende. Dog afhænger det også af teamets kompetencer, at processen opleves som meningsfuld og at ledelsen og medarbejderne indgår aktivt i processen (Lehmann Knudsen m.fl. 2008:97).

I hvilken grad akkreditering som koncept til udvikling og sikring af sundhedsorganisationers kvalitet har en effekt for slutbrugerne, er der ingen videnskabelig bevis for, men umiddelbart kan man argumentere for, at dets virkning vil afhænge af, hvorvidt ledelsen og medarbejderne tager konceptet til sig i praksis, i og med at de grundlæggende ydelser produceres i et direkte samspil mellem patienterne og de professionelle (Lehmann Knudsen 2008:96).

### 3.2 Institutionel kontekst

Det danske sygehusfelt kan netop karakteriseres som et modent organisatorisk felt, hvor der findes et relativt stort antal sedimenterede institutioner (Sognstrup 2003:37) Vi befinder os således i en institutionaliseret kontekst, hvor historisk udviklede traditioner og strukturer formodes at påvirke de working communities,

---

som vi ønsker at studere. Abbott og Eriksen beskæftiger sig som nævnt ikke med betydningen af den institutionelle kontekst, men det kan netop forestilles, der heri kan findes supplerende forklaringer på, hvorfor det tværfaglige samarbejde ser ud, som det gør. Nedenfor vil vi redegøre for, hvilken institutionaliseret kontekst vi befinder os i.

### 3.2.1 Kvalitetsprojekter

Nedenfor skitseres kvalitetsprojekter samt lovgivning, der må formodes at have sat sine præg på, hvorledes afdelingerne griber sit arbejde med kvalitetsudvikling an i dag, herunder det tværfaglige samarbejde og hvordan man ledelsesmæssigt agerer i forhold hertil. Graden af lokal forankring af kvalitetsprojekterne, der er foregået indenfor det sidste årti, må endvidere formodes at have betydning for vores anvendte teoris forklaringskraft.

Kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen gjorde sit indtog i slutningen af 1980'erne; primært inspireret af USA og Storbritannien med den første danske kvalitetsstrategi fra 1993. Der har således forud for DDKM forløbet flere kvalitetsprojekter i dansk regi. I 1993 blev *landsdækkende kliniske databaser* på enkelte sygdomsspecifikke områder etableret som følge af lokale og lægefaglige initiativer med henblik på at sikre, at foreliggende evidens blev omsat til klinisk praksis. Dvs. databaserne blev et redskab til at monitorere den faglige kvalitet. Fra 2000 blev "*Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*"<sup>4</sup> (LUP) gennemført for første gang og er siden gennemført hvert andet år. LUP sætter fokus på en række temaer, som har dokumenteret betydning for den patientoplevede kvalitet. Fra 2000 til 2007 kørte kvalitetsprojektet "*Den gode medicinske afdeling*" (DGMA), hvor der blev udviklet standarder til de medicinske afdelinger. På baggrund af indsendt data fik afdelingerne præsenteret sit eget kvalitetsniveau og resultatet blev sammenholdt med resultater fra andre afdelinger. Det var frivilligt for sygehusene at deltage, og resultaterne blev ikke offentliggjort. Resultaterne var udelukkende til internt brug. I 2000 blev "*Det Nationale Indikatorprojekt*" (NIP) vedtaget. Fælles standarder, løbende præsentationsmålinger med regelmæssig faglig audit og offentliggørelse af kvalitetsdata for den kliniske indsats på sygdomsspecifikke områder blev de centrale værktøjer i forhold til at skabe udvikling og et mere ensartet klinisk

---

<sup>4</sup>Tidligere benævnt "Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse"

---

kvalitetsniveau (Lehmann Knudsen m.fl. 2008: 50ff). I 2000 opstartede arbejdet med *Landsdækkende referenceprogrammer*. Referenceprogrammer benyttes som et redskab til at sammenfatte viden inden for et specifikt fagområde og til at omsætte denne viden til anbefalinger til brug i den daglige patientbehandling (Jørgensen m.fl. 2002:1).

I 1999 blev akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling kendt i Danmark, da det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) indgik en aftale med den amerikanske organisation "Joint Commission International Accreditation" (JCI) om at blive akkrediteret efter amerikanske standarder i februar 2002.

**Figur 2: Temaer for JCI standarder for hospitaler 2008**

- Adgang til behandling og sammenhængende patientforløb
- Patient- og pårørenderettigheder
- Vurdering af patienten
- Behandling af patienten
- Anæstesi og kirurgi
- Anvendelse og håndtering af lægemidler
- Vejledning af patient og pårørende
- Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed
- Forebyggelse og kontrol af infektioner
- Ledelse
- Sikkerhed og forsyninger
- Personalets kvalifikationer og uddannelse
- Kommunikations- og informationsstyring

Kilde: Lehmann Knudsen m.fl. 2008:95

De seks hospitaler i H:S er sidenhen blevet akkrediteret af JCI i 2002, 2005 og 2008. (Andreasen 2002:1, Schiøler m. fl. 2002:3, Lehmann Knudsen m.fl. 2008:101).

I 2001 indgik Sønderjyllands Amt en aftale med den britiske organisation The Health Quality Service (HQS) om et tværsektorielt akkrediteringsprojekt, navngivet KISS, hvilket står for Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen. Fokus blev rettet mod patientforløb over sektorgrænser inklusiv almen praksis, retningslinjer samt harmonisering (Schiøler m.fl. 2002:3, Stevnshøj (A) 2004:1). I 2004 blev Sønderjyllands Amt akkrediteret af HQS. Herefter blev projektet nedlagt, men driften af kvalitets og akkrediteringsorganisationen fortsatte (Stevnshøj (B) 2004:1).

Som følge af disse to akkrediteringsmodeller blev Sundhedsministeriet og de daværende amters interesse vakt og en proces omkring akkreditering som et

---

nationalt koncept blev igangsat. Med økonomiaftalen fra 2002 blev det fastlagt, at en dansk akkrediteringsmodel skulle etableres. Modellen fik navnet Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og første version var klar i maj 2002. DDKM kan karakteriseres som en paraply-model, der skal anvende allerede foreliggende data, fra kvalitetsprojekter som fx NIP og LUP. Tidspunktet for første akkreditering af sygehusene er fastlagt til 2010 (Finansministeriet 2001, Finansministeriet 2008).

I 2004 vedtog Folketinget lov om patientsikkerhed, og et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser blev etableret. Rationalet bag rapporteringssystemet var grundlæggende, at der skulle skabes et sygehusmiljø, hvor det blev muligt for sundhedspersonalet at håndtere utilsigtede hændelser og samtidig lære heraf (L224 2004:§6, Sundhedsstyrelsen 2007:punkt 11). Loven var således et initiativ til at forbedre patientsikkerheden og skabe kvalitetsudvikling.

I 2006 offentliggjorde sundhedsministeren en borgerrettet portal – [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) – med det formål at styrke grundlaget for borgerens frie sygehus valg. Portalen indeholder bl.a. en rangstilling af sygehusene, udarbejdet på baggrund af udvalgte nøgletal ud fra den forståelse, at nøgletallene illustrerer en kvalitetsdimension. Sygehusene er endvidere rangeret efter stjerner i en skala fra 1 til 5 (Lehmann Knudsen 2008:54).

I forhold til ovenstående skitserede udvikling af formelle institutionelle strukturer, herunder lovgivning, har kvalitetsudviklingen båret præg af en tiltagende national reguleringstendens.

### **3.2.2 Styringstraditioner**

Styringstraditionerne inden for sygehusfeltet må endvidere formodes at influere de working communities, vi studerer. Nedenfor skitseres disse.

Indtil til 1970'erne var det danske sundhedssystem styret af de centrale sundhedsmyndigheder i tæt dialog med den medicinske profession, lægerne. Den medicinske profession havde stor professionel autonomi i forhold planlægning og udvikling af sundhedsvæsenet. I 1970'erne blev sundhedssystemet reformeret og ansvaret for driften blev placeret hos amterne. I den

---

forbindelse mistede den medicinske profession sit monopol på det lokale niveau, men har stadig en dominerende position på samfundsniveau (Kragh Jespersen 2008:11).

Som følge af 1980'ernes OECD-inspirerede New Public Management "moderniseringer" af den offentlige sektor i de udviklede vestlige lande, hvor nye politisk-administrative organiserings- og styringsformer vandt udbredelse, reformeredes bl.a. sundhedsvæsenet med nye markedslignende mekanismer samt nye typer af ledelses- og managementprincipper (Greve 2003, Hood 1991, Hansen 1999, Bjørnholt m.fl. 2008, Kragh Jespersen 2008:11). Fx blev kvalitetsstyringssystemer indeholdende standarder, kriterier og indikatorer for systemers strukturer og processer en karakteristisk måde at arbejde med serviceydelsers kvalitet på i sundhedsvæsenet (Hansen 1999:3, Kragh Jespersen 2008:11). Udvikling af kvalitet var før 1980'erne overladt til hver enkelt profession og forløb i det interne professionelle hierarki. Med moderniseringen af sundhedssystemet i 80'erne og 90'erne udviklede kvalitetsforbedringer i sygehusvæsenet sig til at have en mere fragmenteret karakter og ikke kun bestemt af den medicinske profession. Fx fik amterne større betydning i udviklingen af kvalitetskoncepter, jf. den første danske kvalitetsstrategi.

I de senere år er der fundet en styringsmæssig recentralisering af magten sted, idet 5 nye regioner blev dannet uden samme skattegrundlag og politisk beslutningskompetence som amterne i sin tid og den politiske opmærksomhed steg, hvilket indebærer en øget statslig regulering i sundhedsvæsenet, jf. ovennævnte afsnit omkring udviklingen af kvalitetsprojekter (Lehmann Knudsen 2008:60).

### **3.2.3 Ledelsestraditioner**

Det må forventes, at særlige ledelsestraditioner og modeller, som man historisk har anvendt på landets sygehuse, også må formodes at have en betydning for de working communities og den ledelsesmæssige ageren, som vi kan finde i vores cases.

Historisk har der i mange årtier eksisteret lægelig enhedsledelse på afdelingsniveau. Indtil 1980'erne var overlægerne "(...) *uantastede og suveræne afdelingsledere placeret øverst i det professionelle system med fuld jurisdiktion*

---

*over eget fagområde, mens sygeplejerskerne havde en underordnet position som hjælpeprofession”(Kragh Jespersen 2005:93). Lægernes og sygeplejerskernes placering i det professionelle hierarki blev taget for givet i sygehusfeltet, og denne kan dermed betragtes som en dominerende institutionaliseret opfattelse i det organisatoriske felt. Historisk har der endvidere været tre adskilte ”søjler” af ledeshierarkier: Sygeplejerskerne, lægerne og administratorerne, der styrede hver deres del af sygehusene(Kragh Jespersen 2005:93ff).*

Efter 1980'erne ændrede sygeplejerskerne strategi, da de for det første satsede på at bryde professionshierarkiet ved at fremstille sygeplejerskerne som en moderne profession med egne bud på nye samfundsmæssige problemstillinger vedrørende ledelse, prioritering og styring af sundhedssektoren, og for det andet satsede på nye ledelsesopgaver på afdelingsniveau (Kragh Jespersen 2005:95).

De adskilte ledessøjler og lægernes stærke dominans blev dog kun langsomt ændret. Med den borgerlige regerings moderniseringsprogram for den offentlige sektor i 1982 blev stærk ledelse og øget effektivitet betonet, jf. ovenstående afsnit om NPM. Nye ledelsesmodeller, der havde til formål at ansvarliggøre professionerne, blev bragt på banen. Det betød bl.a., at de traditionelle ledessøjler begyndte at blive opløst. På afdelingsniveau anbefalede man at etablere budgetansvarlige afdelingsledelser med både læger og sygeplejersker. I praksis implementeredes fælles afdelingsledelser, hvor den ledende overlæge fik ansvaret for lægearbejdet og den ledende oversygeplejerske fik ansvaret for sygeplejen. Alle andre opgaver, fx økonomi og budgetter, blev fælles opgave (Kragh Jespersen 2005:101). Sygeplejerskerne fik således formelt adgang til at lede sygeplejen på afdelingsniveau, til forskel fra den traditionelle enhedsledelse.

Princippet ”Entydig ledelse” i form af eneansvarlige ledere; primært læger, indføres dog langsomt igen på grund af nye ledelseskonstruktioner i centre, funktionsbærende enheder og store klinikker. Sygeplejerskernes ligestilling med lægerne i fælles afdelingsledelser er således kommet under pres efterfølgende (Kragh Jespersen 2005:108).

### **3.2.4 Professionsforståelser af kvalitet**

De aktører, som indgår i de working communities vi studerer, kan endvidere formodes at være påvirket af deres professionsspecifikke tilhørssted og de

---

udmeldinger, som der kommer på samfundsniveau fra de professioner, man tilhører. Ifølge Hanne Sognstrup er et fremtrædende træk ved sygehusfeltet netop eksistensen af flere stærke professioner, der i høj grad er impliceret i dannelsen af de institutioner, der eksisterer i samfundet. Dvs. professionerne på samfundsniveau har en afgørende rolle i forhold til, hvad de almindelige læger og sygeplejerske opfatter som den "rigtige, hensigtsmæssige og naturlige" måde at gøre tingene på (Sognstrup 2003:38).

Lægernes faglige organisation, Lægeforeningen, udtaler fx om kvalitetsudvikling at: *"Kvalitetsudvikling af den lægefaglige ydelse er professionens ansvar, idet kun professionen har den faglige baggrund for at bedømme og sikre kvaliteten. Denne forpligtende professionelle autonomi er under pres fra omverdenen – patienter og sundhedsmyndigheder – som kræver indsigt med kvaliteten af de lægelige ydelser"*(Lægeforeningen 2005:1). I dette udsagn indikeres det, at den faglige autonomi, som professionen traditionelt har udøvet, netop er under pres, jf. ovenstående beskrivelse af nationale kvalitetsprojekter, styrings- og ledelsestraditioner. Endvidere fremhæver Lægeforeningen *"(...) at lægerne først og fremmest er fortalere for at udvikle kvaliteten af den lægelige kerneydelse"*(Lægeforeningen 2005:1). At foretage kvalitetsudvikling af kerneydelsen, dvs. at sikre behandlingskvaliteten, er således det essentielle for den medicinske profession på samfundsniveau. I forbindelse med ovenstående beskrivelse af kvalitetsprojekter støtter Lægeforeningen da også åbenlyst kvalitetsprojekter, der knytter an til evidensbaseret udvikling af kvaliteten af kerneydelsen. Udviklingen af fx NIP, kliniske databaser og referenceprogrammer er således projekter, hvor resultater af den behandlingsmæssige indsats vurderes ud fra videnskabeligt forankret faglige resultatmål (Lægeforeningen 2005:1).

Sygeplejerskernes faglige organisation, Dansk Sygeplejeråd (DSR), udtaler fx at sygepleje af høj kvalitet er kendetegnet ved: *"(...) høj professionel standard, patientsikkerhed, helhed i patientforløbene, patienttilfredshed og effektiv ressourceanvendelse"*(Dansk Sygeplejeråd 2008:3). DSR har således fokus på at sikre det gode patientforløb (Dansk Sygeplejeråd 2008:2).

Ovenstående udsagn fra de faglige foreninger indikerer således, at professionerne på samfundsniveau er bærer af bestemte typer eller forståelser af kvalitet. Hvor Lægeforeningen primært er fokuseret på at skabe høj kvalitet



---

omkring diagnostik og behandling, er DSR mere holistisk orienteret, idet fokus er på optimering af helheden i patientforløb. Professioners opfattelser af kvalitet kan således formodes at påvirke medarbejdere og ledelsen på de niveauer, der analyseres i undersøgelsen.

### **3.2.5 Afrunding**

Ovenstående beskrivelser af institutionelle kontekstuelle forhold bør ikke betragtes så opdelte som skitseret. Der kan således argumenteres for, at de nævnte institutionelle strukturer i deres udvikling er gensidige afhængige, da der er netop tale om en institutionel konstellation på et givet tidspunkt. De kontekstuelle forhold må formodes tilsammen at påvirke de working communities, som vi studerer, hvilket vi i analysen vil have blik for.

---

## 4 Undersøgellesdesign og metode

I nedenstående kapitel vil projektets design og metode blive præsenteret.

### 4.1 Valg af casesdesign

Udgangspunktet for projektet er at forstå og forklare, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle en tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Derudover ønsker vi også at forstå, hvordan man ledelsesmæssigt kan gribe disse udfordringer an. Den indfangede empiri bør derfor give indblik i den komplekse sociale proces, der forløber, når professionelle sammen skal implementere akkrediteringsstandarder.

Da der netop ikke er kendskab til, hvilke årsags/virkningsforhold der gør sig gældende, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle en tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces, vælges et kvalitativt casesdesign, idet dette er særlig fordelagtigt i forhold til dybdegående at belyse processer og mekanismer og dermed indfange den påkrævede viden. Et casestudie er netop en empirisk analyse, der undersøger et samtidigt fænomen i den sociale kontekst, hvor fænomenet udfolder sig. Fænomenet kan i dette projekt karakteriseres som værende de ledelsesmæssige udfordringer, der gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle en tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Den sociale kontekst kan fx defineres som kvalitetsprojekter forud for DDKM, styrings- og ledelsestraditioner indenfor sygehusområdet og professionernes udmeldinger omkring kvalitet på samfundsniveau jf. kapitlet *Kontekstualisering*. Mellem de ledelsesmæssige udfordringer i forbindelse med tværfaglig kvalitetsudvikling og den sociale kontekst, eksisterer der ikke nogen klar grænse. Et casestudie kan i denne sammenhæng være fordelagtigt, da det netop kan skabe en forståelse for den kontekst de professionelle indgår i, da konteksten er med til at forme de betingelser, der eksisterer, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle en tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces (Yin 2003:13, Antoft & Salomonsen 2007:31f, De Vaus 2004:220).

---

Inden vi nærmere uddyber vores valg af afdelinger som cases, redegøres der for, hvorfor vi har valgt at indsamle vores empiri i Region Hovedstaden, det forhenværende H:S, nærmere betegnet på Hvidovre Hospital.

#### **4.1.1 Hovedstadens Sygehusfællesskab/Hvidovre Hospital**

Da de offentlige sygehuse som nævnt først modtager akkrediteringsstandarderne med DDKM august 2009, foreligger der på nuværende tidspunkt ikke erfaringer herfra, som vi kan benytte til at belyse vores problemstilling. Der har dog været gennemført pilottest af de første faser i implementeringen af akkrediteringsstandarderne på 7 af landets hospitaler. Da pilottesten kun har foreløbet i tre måneder, og der ikke har været tale om en implementering i egentlig forstand, som følge af, at det ofte blot har været overordnede projektgrupper, som har behandlet akkrediteringsstandarderne, og dermed ikke det udførende led i hverdagen, kan erfaringerne herfra siges at være yderst sparsomme (DDKM – Evalueringsrapport 2008, samtaler med kvalitetschef for et af de deltagende hospitaler).

I Danmark har der dog været gennemført andre akkrediteringsprocesser, som nævnt i kapitlet *Kontekstualisering*, fx i det daværende Sønderjyllands Amt med fokus på sektorovergange og i H:S med fokus på sygehuse. Særligt den gennemførte akkrediteringsproces i H:S ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre, da fokus i DDKM i første omgang også skal være på akkreditering af sygehuse. Endvidere er DDKM er baseret på bl.a. erfaringer fra H:S. Til at belyse vores problemstilling har vi derfor valgt at benytte de erfaringer, som akkreditering som koncept har givet hospitalerne i H:S. Den proces, som hospitalerne i H:S har været igennem siden 1999, må alt andet lige kunne indikere, hvilke ledelsesmæssige udfordringer man må kunne forvente, når DDKM implementeres. Konkret har H:S netop gennemløbet 3 akkrediteringsrunder, hvorfor H:S må formodes at have fået indsigt i sådanne udfordringer, og hvordan man kan løse disse. Da implementering af akkrediteringsstandarder netop er en fortløbende proces, hvor der mellem akkrediteringsrunderne også foregår implementeringsprocesser jf. plan-do-study-act tankegangen, som beskrevet i bilag 9, kan det netop siges at være fordelagtigt at vælge et hospital, som har oplevet en periode på en 8-10 år med akkreditering og dermed gennemgået flere akkrediteringsrunder.

---

Erfaringer omkring de ledelsesmæssige udfordringer samt, hvilke tiltag man har haft succes/mindre succes med i forhold til at skabe lokalt engagement samt etablere tværfagligt samarbejde blandt medarbejderne, er således særlig interessant at undersøge i H:S, da hospitaler i resten af Danmark i forbindelse med den DDKM skal igennem en lignende implementeringsproces og arbejde med akkrediteringsstandarder.

Som det kan observeres i figur 2 i kapitlet *Kontekstualisering*, indeholder de amerikanske standarder, som hospitalerne i H:S er blevet akkrediteret efter, ikke standarder som omhandler sygdomsspecifikke områder. Der er blot tale om standarder, som i DDKM vil placeres under hovedkategorierne organisatoriske og generelle standarder. I denne forbindelse bør det overvejes, om fraværet af sygdomsspecifikke standarder er af sådan en betydning, at erfaringerne fra hospitalerne i H:S ikke kan benyttes til at pege på ledelsesmæssige udfordringer, som må formodes at kunne overføres til akkrediteringsprocessen med DDKM. Selvom de anvendte akkrediteringsstandarder i H:S ikke indeholder sygdomsspecifikke områder, mener vi dog at kunne argumentere for erfaringerne fra H:S kan benyttes:

Hvis lægerne fx i akkrediteringsprocessen i H:S har kæmpet for at, at de ikke skal koncentrere sig om akkrediteringsstandarderne, fordi disse kun indebærer organisatoriske og generelle forhold, men blot skal varetage kvalitetsforbedrende tiltag, som ligger indenfor "deres område" – nemlig den kliniske behandling, må man gå ud fra, at lægerne vil forsøge at kæmpe for, at de primært skal interessere sig for de sygdomsspecifikke standarder i akkrediteringsprocessen i DDKM, og at andre professionelle skal tage sig af de resterende typer af standarder.

Hvis sygeplejerskerne omvendt ser ud til at være stærkt interesseret i akkrediteringsstandarderne, fordi disse omhandler organisatoriske og generelle forhold, må man formode, at de har samme interesse i at inddrage sådanne typer af standarder under deres profession i akkrediteringsprocessen med DDKM.

Ligeledes, hvis der har været professionelle kampe i akkrediteringsprocessen i H:S, når akkrediteringsprocessen har åbnet op for ændringer i arbejdsgange og rutiner, som ligger i grænsefladerne mellem de professionelles arbejdsområder,

---

må man også formode, at dette vil kunne gøre sig gældende i forbindelse med DDKM.

Vi tager udgangspunkt i Hvidovre Hospital, da dette har status som et områdehospital og omfatter den sydlige del af Region Hovedstaden med nærhospitalerne, Amager og Glostrup. Hospitalet kan karakteriseres som et stort hospital. Man må derfor formode, at de resultater, vi får kendskab til, både har mulighed for at kunne genfindes på et universitetshospital, men også kan gøre sig gældende på fx et central sygehus. Hvidovre Hospital vælges dermed, idet hospitalet er fordelagtigt i forhold til at undersøge de ledelsesmæssige udfordringer, som kan komme til udtryk på andre sygehuse i Danmark.

#### **4.1.2 Valg af komparativt casedesign**

Projektets casedesign tager udgangspunkt i et multipelt komparativt casedesign, nærmere bestemt et most similar casedesign. Et mest ens design vælges ud fra den begrundelse, at det er den bedste strategi, når målet er at teste robustheden af en mulig sammenhæng, som man på forhånd har en forventning om, påvirker det fænomen, der undersøges. I dette tilfælde har vi en teoretisk forventning om, at afdelingsledelsen har en betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, når tværfaglig kvalitet skal udvikles. Forventningen om denne sammenhæng bunder i Eriksens teoretiske antagelse om, at ledelsen gennem udbredelsen af en værkstedsmodel kan påvirke de professionelle samarbejde og dermed skabe mulighed for udvikling på tværs af professionsgrænser, i dette tilfælde tværfaglig kvalitet. Med en mest ens strategi vil vi i dette projekt vælge to cases, nærmere betegnet to afdelinger, hvor alle andre forhold end ledelsens ageren, der kan påvirke de professionelle tværfaglige samarbejde, ideelt set er udeladt – fx typer af opgaver, omgivelser, teknologiniveau osv. Hermed får vi skabt en situation, hvor andre forhold, som kan påvirke vores forventede sammenhæng, i høj grad er de samme. Det betyder, at variationen i det tværfaglige samarbejde med en vis sikkerhed kan tilskrives en variation i de to afdelingsledelsers måder at agere på (Antoft & Salomonsen 2007:48).

Grundet informanternes ønske om anonymitet har vi ikke mulighed for at fortælle, hvilke afdelinger vi konkret har valgt som cases. Vi benævner derfor afdelingerne, afdeling Y og afdeling X. Vi kan dog fortælle at casene ikke blot er

---

ens i den forstand, at der er tale om to relativt store somatiske afdelinger, indeholdende ambulatorier, dagafsnit og sengeafsnit mv.; de har også det tilfælles, at de ofte behandler patienter, som fejler meget forskelligt, og at det i den sammenhæng er nødvendigt med høj interaktion mellem de forskellige typer af professionelle. Dette tilsammen betyder, at afdelingerne sjældent har nedskrevet standardiserede og detaljerede procedurer for medarbejdernes arbejdsgange, dvs. hvilke grupper af professionelle der gør hvad. Implementeringen af akkrediteringsstandarderne må dermed særligt for disse afdelinger betyde, at der skal åbnes for diskussion af arbejdsgange, hvor der kan opstå strategiske aktiviteter, status- og domænekonflikter mellem de professionelle. På disse afdelingerne synes der således at eksistere særlige udfordringer, når et tværfagligt samarbejde i forbindelse med tværfaglig kvalitetsudvikling skal etableres. Casene må således betragtes som best cases, idet de kan give mest mulig information om, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende samt hvordan disse udfordringer kan håndteres. Da vi befinder os i et felt, hvor man endnu ikke har den store forskningsmæssige indsigt, kan det netop siges at være særlig fordelagtigt at vælge cases, der er særligt informationsrige.

Et modstykke til de valgte afdelinger kunne være en mikrobiologisk afdeling eller anæstesiaafdeling, der i det daglige har mere erfaring med standardiseret arbejdsgange og dermed har klare arbejdsfordelinger. Disse typer af afdelinger kan dog ikke formodes at være særlig informationsrige omkring de ledelsesmæssige udfordringer ved udvikling af tværfaglig kvalitet, idet de i forvejen standardiserede arbejdsgange og klare arbejdsfordelinger betyder, at der ikke nødvendigvis åbnes for diskussion af arbejdsgange under implementeringen af standarderne. Placeres de valgte afdelinger på et kontinuum, hvor en medicinsk afdeling og en mikrobiologisk afdeling er hinandens poler med hensyn til at arbejde efter standardiserede arbejdsgange, ville afdeling Y være placeret mod polen, hvor en medicinsk afdeling på kontinuummet ligger. Afdeling X antages at placere sig i midten, dog med vægt til polen "ikke-standardiserede arbejdsgange".

## 4.2 En eksplorativ integrativ metodologi

I dette projekt vil der overvejende benyttes elementer fra det teorifortolkende perspektiv, der er placeret i spændingsfeltet mellem det teoritestende perspektiv

---

og det teorigenerende perspektiv (Antoft & Salomonsen 2007:33). I projektet vil teorien bidrage med at strukturere analysen ved at fokusere på specifikke tematikker, som undersøgelsesoptikken rettes imod. Derudover anvendes teorien til at fremfinde eventuelle mønstre i det indsamlede empiriske materiale, når dette analyseres. Med teorien vil vi således danne en fortolkende ramme om casestudiet. Abbotts professionssociologiske model skal som nævnt hjælpe til med at forstå og forklare de professionelles tværfaglige samarbejde i en akkrediteringsproces, og skal benyttes som en hjælp til at pege på, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der har gjort sig gældende afdelingsniveau i de udvalgte cases. Eriksen værkstedsmodel vil i projektet blive anvendt til at gå ind i diskussionen om, hvordan man ledelsesmæssigt kan sikre et gunstigt tværfagligt samarbejde. Eriksens model vil dog også anvendes som analytisk kategori til at beskrive måden, hvorpå samarbejdet er imellem de professionelle, når de arbejder med standarderne og den ledelsesmæssige indsats i forhold til at sikre dette. Med en sådan teorianvendelse organiseres de studerede cases, hvorfor de må betragtes som analytiske og sociale konstruktioner (Antoft & Salomonsen, 2007:31f).

Med det teorifortolkende perspektiv kan der endvidere finde en teoriudvikling sted. Eventuelle nye opdagelser i lyset af empiriske fund kunne formodes at bidrage til en ny- og genfortolkning af de allerede etablerede teoretiske antagelser, når casene analyseres i forhold til den teoretiske ramme. Projektet vil således tage udgangspunkt i den eksplorative integrative metodologi (det man i brede videnskabelige kredse kalder en abduktiv tilgang), hvor en større forståelse for det studerede fænomen forsøges opnået gennem afvisning, bekræftelse og udvikling af teori. Hermed kan der opnås en større forståelse for allerede velkendte begreber og/eller udvikles nye begreber, hvilket fx kan ske, når man som forsker erkender de grænser, der implicit måtte ligge i den teoretiske ramme (Maaløe 2002:97, Antoft & Salomosen 2007:42f). Denne form for metodologi bevæger sig således i to retninger. Det åbner sig fremad med sit fokus på at identificere mønstre og sammenhænge, når undersøgelsesfeltet studeres, men rummer et bagudsøgende element, idet blikket også rettes mod den anvendte teoretiske ramme med henblik på at få øje på eventuelle utilstrækkeligheder. Et eksplorativt element kunne fx formodes at komme til udtryk ved, at der i undersøgelsen findes indikatorer på særlige forhold, der ikke umiddelbart er beskrevet i teorien, men som synes at influere på den problemstilling, som vi ønsker at belyse. I denne forbindelse synes anvendelsen

---

af denne form for metodologi og anvendelsen af et casestudie at stemme fint overens. Et casestudie er netop velegnet til at identificere grænsebetingelserne for de anvendte teories gyldighedsområde ved at sammenkæde de valgte cases med de på forhånd fastlagte teoretiske forestillinger (Antoft & Salomonsen 2007:43f, Maaløe 1996:22, Yin 2003:10).

## 4.3 Metode

### 4.3.1 Valg af forskningsinterview approach

I forhold til at belyse vores undersøgelsesspørgsmål har vi valgt at anvende kvalitative forskningsinterviews. Med kvalitative forskningsinterviews vil vi opnå mulighed for at indfange og få indsigt i de valgte teoretisk definerede tematikker; kampe mellem professionelle; værksstedsmodellens udbredelse og ledelsens ageren, som de professionelle oplever dem (Kvale 1997:38ff). Det er således informantens meningskonstruktioner, der udforskes, idet vi antager, at disse vil give det klareste billede af, hvordan implementeringsprocessen forløber.

Nærmere bestemt anvendes en semistruktureret interviewform, hvori der fokuseres på de udvalgte læger og sygeplejerskers egne synspunkter i forbindelse med de ovenfor nævnte tematikker. Der vil både benyttes på forhånd formulerede spørgsmål, så væsentlige teoretiske elementer ikke overses, samtidig med at der spontant spørges uddybende ind, hvor det vurderes relevant i den konkrete interviewsituation. Ved at stille "brede" spørgsmål inden for rammerne af den valgte teoretiske ramme samt komme med opfølgende spørgsmål hertil, bliver det endvidere muligt at forfølge nye og uventede aspekter, og der kan i tilknytning hertil også lettere bevares en kritisk distance til de teoretiske forudsætninger. Anvendelsen af en semistruktureret interviewform, der er åben over for nye elementer, som den konkrete interviewsituation måtte frembringe (Kvale 1997:33ff), stemmer fint overens med den anvendte eksplorative integrative metodologi, idet der herved skabes mulighed for ny- og videreudvikling af det teoretiske apparat.

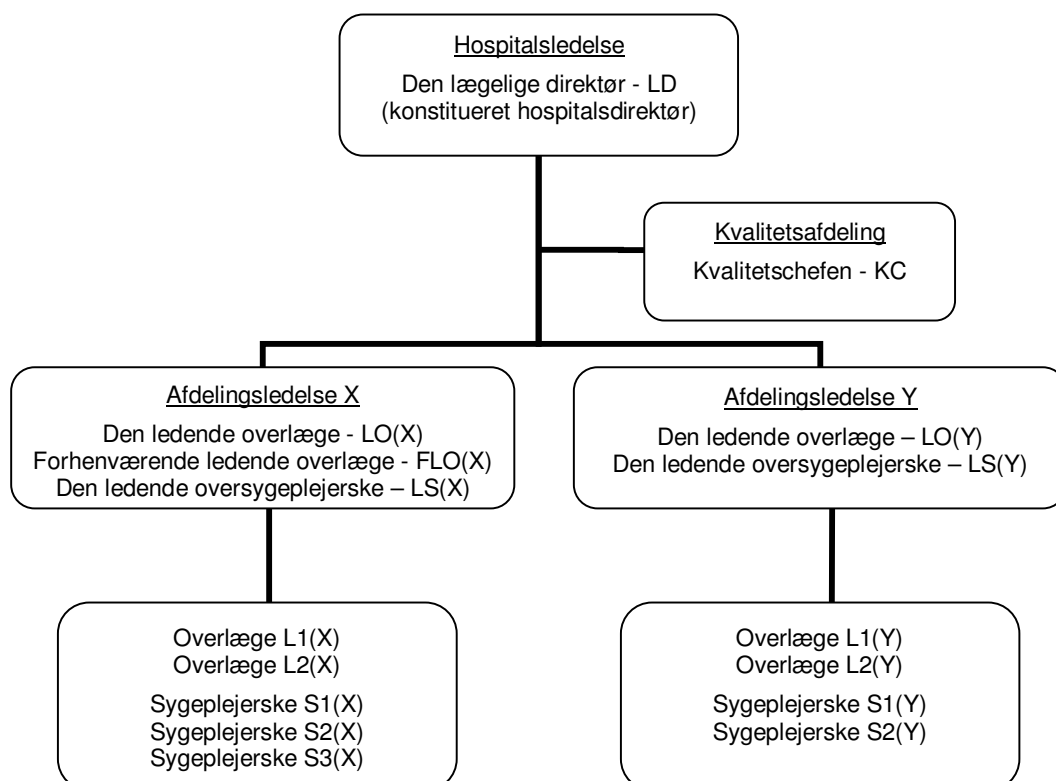
Inden indsamlingen af empirien har vi foretaget pilottest af vores interviewsguides med andre læger og sygeplejersker end de adspurgte med henblik på at forsøge at sikre, at de ønskede temaer bliver indfanget med de stillede spørgsmål og at forståelsesmæssige vanskeligheder mindskes.



### 4.3.2 Informanter

Vi har foretaget interviews med læger og sygeplejersker samt ledelsen på de to afdelinger. Selve udvælgelsen af informanterne er forløbet ved, at vi, efter henvendelse til kvalitetschefen omkring adgang til typer af afdelinger med ikke-standardiserede arbejdsgange, blev henvist til X og Y, hvorefter afdelingsledelserne tilkendegav deres accept. Herefter henviste afdelingsledelserne os til hhv. læger og sygeplejersker, der herefter indvilgede i et interview. Fordelen ved denne type af udvælgelse er, at vi netop kommer til at beskæftige os med afdelinger på den side af kontinuummet, som vi er interesserede i. En ulempe kan være, at informanterne, i og med at de har takket ja, er særligt positive eller negative omkring den undersøgte problemstilling, hvilket kan betyde en vis informantbias, da billedet af, hvordan der på den specifikke afdeling arbejdes med akkreditering, kan være farvet. Nedenstående figur giver en oversigt over de interviewede informanter på afdeling X og Y.

**Figur 3 Informanter på Hvidovre Hospital**



---

Da den ledende overlæge på afdeling X blot har haft denne funktion nogle få år, har vi også valgt at interviewe den forhenværende ledende overlæge for at få beretninger fra akkrediteringsprocessens start.

At interviewe afdelingsledelsen på begge afdelinger giver os mulighed for at få indsigt i ledelsens vurdering af de ledelsesmæssige udfordringer, som de har stået overfor i forbindelse med deres ansvar for at implementere akkrediteringsstandarder. De kan også give indblik i, hvordan de konkret har valgt at håndtere implementeringsprocessen og udviklingen af det tværfaglige samarbejde, samt konsekvenserne af deres valg over tid.

Selvom overlæger og afdelingssygeplejersker har ansvar for bestemte fagområder, kan det argumenteres for, at de stadig kan betegnes som tilhørende "almindelige" læger og sygeplejersker, idet de stadig indgår på lige fod med de andre læger og sygeplejersker i det daglige behandlingsfaglige og sygeplejefaglige virke. På hver afdeling har vi valgt at interviewe overlæger og afdelingssygeplejersker, der har været i afdelingerne siden akkrediteringsprocessens begyndelse, da de kan give os indsigt i, hvordan de igennem en længere årrække har oplevet implementeringen af akkrediteringsstandarder på den enkelte afdeling, samt hvordan de har oplevet afdelingsledelsens ageren. Det må således forventes, at disse "ældre" informanter vil have et indgående indblik i de divergerende verdensanskuelser og forståelseshorisonter de professionelle imellem og dermed har oplevet eventuelle juridiske kampe.

Endvidere har vi på begge afdelinger valgt at interviewe overlæger, som blot har været i afdelingen i de senere år af akkrediteringsprocessen. Som nyt organisationsmedlem må man formodes at være særlig følsom overfor modstridende verdensanskuelser de professionelle imellem, og kan således give et indblik i eventuelle latente forståelser som en læge, der har været i afdelingen i mange år, ikke vil være opmærksom på. De valgte informanter er dog ikke så nye, at de ikke kender noget til den daglige praksis og arbejdsrutine.

Valget af overlæger og afdelingssygeplejersker som informanter skyldes endvidere, at de besidder en mellemliderfunktion, hvorfor de har ansvar for bestemte fagområder/afsnit og beskæftiger sig mere konkret med at få akkrediteringsprocessen ført ud i livet. Dette betyder, at de kan have særligt øje

---

for kampe imellem professionelle, og kan dermed se eventuelle problematikker, der gør sig gældende, når tværfaglig kvalitet skal udvikles.

Vi kunne også have valgt "helt almindelige læger" i form af yngre læger for at få indsigt i, hvorledes disse har oplevet processen. Informanter i form af yngre læger har vi imidlertid fravalgt, da de som følge af deres uddannelsesforløb sjældent befinder sig på en specifik afdeling i en længere tidsperiode, og derfor ofte kun vil have et overordnet kendskab til afdelingen, herunder eksistensen af eventuelle kampe mellem professionelle og den ledelsesmæssige ageren. Endvidere har de som følge af deres funktion som yngre læger ikke oplevet akkrediteringsprocessens forløb fra start og indtil nu, hvorfor de vil have svært ved at berette om en eventuel udvikling i de professionelles samarbejde. I relation til denne diskussion om almindelige læger, skal det også nævnes, at de fleste af de valgte overlæger i akkrediteringsprocessens opstartsfasen var almindelige afdelingslæger, hvorfor de også kan berette ud fra en synsvinkel som almindelige læger.

Slutteligt har vi valgt at interviewe basissygeplejersker ud fra den betragtning, at deres beretninger kan gives os indsigt i, hvordan de oplever det tværfaglige samarbejde med lægerne samt hvordan de betragter afdelingsledelsens ageren i implementeringsprocessen. De valgte basissygeplejersker har alle været i afdelingerne i mange år, hvorfor de også kan give indsigt i oplevelsen af akkrediteringsprocessen over tid og eventuelt pege på kampe mellem professionelle over tid. En af disse sygeplejersker arbejder særligt med kvalitetsudviklingsopgaver, hvilket kan give os indsigt i, hvilke udfordringer sådan en nøgleperson står overfor i forbindelse med det daglige arbejde med akkrediteringsprocessen, når de professionelle på tværs skal samarbejde. Vedkommende kunne dermed forestilles at være en god observatør på sidelinjen.

Ud over ovennævnte informanter har vi fået mulighed for at interviewe kvalitetschefen på hospitalet, hvilket kan give os indblik i, hvordan kvalitetsafdelingen opfatter afdelingernes akkrediteringsarbejde og om nogle typer af afdelinger har haft særlig svært ved at implementere akkrediteringsstandarder. Kvalitetschefen kan således siges at være en god observatør på sidelinjen. Endelig har vi fået adgang til at interviewe den lægelige direktør/konstitueret hospitalsdirektør, hvilket kan give os mulighed for at få

---

indsigt i de overordnede ledelsesmæssige udfordringer, som hospitalet har stået overfor.

### **4.3.3 Individuelle interviews**

Vi har foretaget individuelle interviews, idet at foretage gruppeinterviews med hhv. læger og hhv. sygeplejersker ikke har kunnet lade sig gøre i praksis, da det har været for ressourcekrævende for afdelingerne at undvære så meget personale på samme tid.

Professionsspecifikke gruppeinterviews kunne have været en særlig gunstig form for interviews, idet informanterne kunne etablere en dialog med hinanden foruden dialogen med interviewer. Det kunne i forlængelse heraf forventes, at der i et gruppeinterview vil kunne opstå en dynamisk effekt, der kunne fremme enstemmigheden omkring professionernes vurdering af de teoretisk definerede tematikker, hvorved der gennem interviewet kunne generes en løbende validering af de enkelte udsagn, hvilket ikke på samme måde kan opnås ved individuelle interviews. Anvendelse af gruppeinterview vil således kunne benyttes til at forfølge nye væsentlige og uventede aspekter, som det individuelle interview ikke nødvendigvis vil fremkalde, idet den kommunikative interaktion mellem informanterne ofte fører til spontane og emotionelle udsagn om det diskuterede emne. Ulempen ved anvendelse af denne interviewform kan dog være en relativ kaotisk dataindsamling og vanskeligheder med systematisk analyse af de sammenblandede stemmer (Kvale 1997:108). Yderligere kan et problem ved gruppeinterview være, at de udsagn informanterne kommer frem med i overvejende grad er socialt acceptable, da de er under konstant kollegial bevågenhed.

Vi mener dog at kunne overkomme problematikken omkring løbende validering af udsagn, ved at spørge ind til informanternes holdninger og oplevelser i almindelighed, så det klarlægges, om den enkelte informants udsagn er alment gældende i hans/hendes respektive profession, eller om den professionelles opfattelse i almindelighed afviger heraf. Vi forsøger således rent spørgeteknisk at kompensere for denne problematik. Til trods for, at vi lader den enkelte informant vurdere, hvad hans/hendes profession i almindelighed mener om dette og hint, er det dog vigtigt at påpege, at der stadig er tale om den enkelte informants fortolkning/konstruktion heraf. Der er dog også fordele ved at foretage

---

individuelle interviews. Formodentlig vil vi lettere kunne skabe en intim stemning i interviewssituationen, hvorved der kan opnås en mere nuanceret forståelse af det studerede felt fx i kraft af at få informanten til at reflektere noget dybere.

#### 4.3.4 Dokumentstudie

I analysen studeres også officielle dokumenter fra Hvidovre Hospital omhandlende implementeringen af akkrediteringsprocessen. Vi vælger et dokumentstudie ud fra to begrundelser. For det første kan dokumenterne benyttes som et supplement til informanternes udsagn i interviewene. For det andet kan der med et dokumentstudie, opnås en validering af både de officielle dokumenter og informanternes udsagn. Det essentielle i denne sammenhæng er, at dokumenterne giver indsigt i den formelle håndtering af implementering af akkrediteringsprocessen i de to afdelinger, hvorimod interviewene leverer en mere uformel indsigt i den konkrete håndtering af akkrediteringsprocessen. Af dokumenter undersøger vi Hvidovre Hospitals Kvalitetsstrategi 2007-2009 og en elektronisk Kvalitetshåndbog på Hvidovre Hospitals Intranet, som indeholder gældende politikker, vejledninger og instrukser, som beskriver hvordan akkrediteringsstandarderne opfyldes på Hvidovre Hospital. På afdelingsniveau granskes afdeling X's ledelsesgrundlag 2009-2010, der indeholder afdelingens kvalitetsplan, og afdeling Y's kvalitetsplan for 2007-2009. Den sidstnævnte afdeling har desuden udarbejdet pjecen: "*Værd at vide om akkreditering*", der indeholder korte resuméer af udvalgte vejledninger omkring akkreditering i afdeling Y, hvilken også vil blive inddraget i analysearbejdet.

#### 4.4 Afrunding

I overensstemmelse med ønsket om gennem casestudiet at opnå en dybdegående forståelse for, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på afdelingsniveau, samt hvordan ledelsen kan gribe disse udfordringer an, beror projektet på kvalitative metoder, der kan skabe indlevelse og indføling. Nærmere bestemt, er der tale om metodetriangulering, idet der anvendes to forskellige former for datakilder; interviews og dokumentstudie, som henholdsvis kan give uformel og formel indsigt i akkrediteringsprocessen. Netop denne tilgang er en kilde til styrkelse af undersøgelsens interne validitet, fordi datakilderne åbner op for at mulighed for at krydstjekke og validere de indhentede data. Hvis resultaterne fra de anvendte metoder ikke understøtter

---

hinanden, er det dog ikke nødvendigvis et problem, men måske blot et udtryk for mangfoldighed.

I og med at casesdesignet og vores anvendte metodologi har en åben tilgang til undersøgelsen, sikres det, at ingen plausible forklaringer afvises, og at vi kan holde os åben over andre forhold end de teoretiske antagelser, der på forhånd tillægges en betydning. Dog kan casesdesignet og den valgte metodologi have den ulempe, at der opnås mange forklaringer, der måske ikke alle er lige plausible. Metodetriangulering kan her anvendes til at pege på de mest plausible forklaringer.

De valgte metoder har dog den ulempe, at de ikke kan frembringe virkelighedsnært billede af de professionelles kommunikative adfærd og interaktion, som det rent faktisk udspiller sig. Her kunne en observationsmetode over tid netop have været fordelagtig. På grund af projektets snævre tidsramme synes dette dog ikke muligt. Den udvalgte problemstilling undersøges derfor "over tid", gennem informanternes refleksioner herover. Denne metode vil uvægerligt rumme den bias, at informanternes udsagn bærer præg af efterrationaliseringer eller forglemmelser.

---

## 5 Teoretisk ramme

I dette kapitel beskrives projektets teoretiske ramme, som kort blev skitseret i det indledende kapitel.

### 5.1 Professionssociologi

Sociologien om professioner fremstår ikke som en entydig størrelse, men er i stedet præget af et fælles tankegods, hvorfra begrebsdannelser har bevæget sig i flere forskellige retninger. Derfor argumenteres der indledningsvist for, hvorfor projektets teoretiske fokus rettes mod Abbotts professionssociologiske perspektiv "*Systemet af professioner*" (Abbott 1988). Herefter følger en mere dybdegående beskrivelse af de centrale begreber inden for dette perspektiv.

#### 5.1.1 Valg af Andrew Abbotts teoretisering

Traditionelt har professionssociologien haft fokus på at studere og definere nogle få professioners magtfulde position. Disse studier tog udgangspunkt i én profession ad gangen og fokuserede på de træk og egenskaber, der karakteriserede disse. Denne tidlige tradition udviklede sig oprindeligt i de angelsaksiske lande i 1930'erne og blev navngivet funktionalismen (Tolbert 1990:411, Kragh Jespersen 2008:2).

Som reaktion på den funktionalistiske tradition opstod den symbolske interaktionistiske tilgang i 1960'ernes USA. Interessen skiftede til at omhandle professionel identitet og professionelt arbejde. Med andre ord blev fokus vendt mod individer og grupperes handlinger og interaktion; hvordan de som deltagere konstituerede deres sociale verdener og konstruerede deres karriereforløb (MacDonald 1995, Kragh Jespersen 2008:3). Ud fra den interaktionistiske tilgang fremsprang "magttilgangen", hvilket var en position, hvor professioner blev studeret i et magtperspektiv, og hvor deres egeninteresse og ønske om kontrol kom i centrum. Således blev professionerne ikke længere udelukkende anset som kræfter, der var bærer af etiske standarder, men også kræfter, der ville fastholde og udvide deres profession (Abbott 1988:15, McKenna 2006:141). For dette speciale er interessante forskere inden for denne symbolske interaktionistiske magttilgang: Eliot Freidson, Magali S. Larson og Andrew

---

Abbott. Til trods for det fælles tankegods, har deres begrebsdannelser dog bevæget sig i mere eller mindre forskellige retninger. Nedenfor redegøres der for fravalg af Freidson og Larson og for valg af Abbott.

### **Eliot Freidson**

Freidson fokuserer på professionel magt og dominans (Freidson 1970, 1988). Han etablerer sin argumentation omkring magt gennem det, han kalder "organiseret autonomi" (Freidson 1988). Med "organiseret autonomi" kan en faggruppe ifølge Freidson opnå status som en profession og kan opretholde, organisere og udvikle sig som selv samme (Antoft 2006:89). Den samfundsmæssige kontekst hvori en given profession eksisterer, har ifølge Freidson, netop tildelt professionen et mandat til selvkontrol og regulering samt monopol på bestemte vidensområder og dermed også arbejdsområder. Denne legitime ret eller "organiseret autonomi" får som konsekvens, at professionen kan praktisere en form for "social closure", hvor professionen udelukker lavere rangerede og mindre kvalificerede fra at få adgang og monopol på et givent arbejdsområde. Professionen kan både praktisere dette på det samfundsmæssige niveau, men også på lokale arenaer, hvor konkret arbejde organiseres i samarbejde eller konkurrence med andre, hvorfor man kan tale om en "dobbelt social closure".

Freidsons begrebsapparat er et relevant bud på en teoretisk tilgang, idet fokus ligger på magt og det konkrete arbejdes indhold. Selvom at retningen koncentrerer sig om forskellige faggruppers forskellige grader af organiseret autonomi, er fokus dog primært på, hvordan den enkelte profession kan overbevise omverdenen om værdien af professionens arbejde og dermed opnå organiseret autonomi (Antoft 2006:93). Freidson har således ikke megen fokus på interaktionen mellem de professionelle på mikroniveau, hvilket er mindre hensigtsmæssigt i forhold til vores projekt, da fokus er på samspillet mellem professionelle på mikroniveau i udviklingen af tværfaglig kvalitet, når akkrediteringsstandarder implementeres.

### **Magali S. Larson**

Larson tager afsæt i Freidsons tidlige tanker om professionalisering, men fokuserer specielt på, hvordan professioner søger at organisere sig, sådan at de kan opnå kontrol og dermed magt over et givent marked (Larson 1977). Med marked menes de brede sociale strukturer, der former sociale behov for en



---

bestemt ydelse/service og derfor definerer professionens reelle, men også potentielle klientel. For at indfange professioners forsøg på at opnå kontrol over dette marked konstruerer Larson begrebet "Det professionelle projekt". Med dette begreb forsøger Larson at indfange en given professions konstante bestræbelse efter kognitivt at legitimere retten til at praktisere "social closure". "Det professionelle projekt" indbefatter netop retten til at opnå samt udvide monopol på et specifikt arbejdsområde, samt at have en bestemt viden, som af lægmand opfattes som utilgængelig. Det indbefatter opnåelse samt bevarelse af social anerkendelse gennem relationer til statsapparatet samt andre professioner. Det indbefatter sikring af professionens værdier og normer samt etablering af disse som selvfølgeligheder i den offentlige diskurs. Endelig indbefatter "Det professionelle projekt" etablering, fastholdelse eller udvidelse af den sociale status, og omgivelsernes respekt og tillid (Antoft 2006:93f, Larson 1977). Det professionelle projekt gør sig både gældende på samfundsmæssige arena, men er også repræsenteret lokalt på arenaer for arbejde (Sognstrup 2003).

Med "det professionelle projekt" omhandler Larsons teoretisering også monopolisering af arbejdsområde, men det er dog kontrollen med arbejdsområdet der er i fokus (Antoft 2006:96). Begrebsdannelsen om "det professionelle projekt" forholder sig således ikke til det professionelle arbejde, der udføres i praksis på mikroniveau, hvilket vi ønsker at sætte fokus på. Endvidere fokuserer Larson ikke på interaktionen mellem de professionelle, som netop er omdrejningspunktet for dette projekt. På baggrund heraf findes Larsons teori findes derfor mindre anvendelig i projektet.

### **Andrew Abbott**

Til forskel fra Freidson og Larson er Abbotts fokus på interaktionen mellem professioner. Dette ved at hævde, at alle professioner indgår i et system, der er præget af et gensidigt afhængighedsforhold. Abbott ændrede dermed synet på professioner indenfor den interaktionistiske tilgang.

Ifølge Abbott sker professionaliseringsprocessen i interprofessionelle relationer, hvor de enkelte professioner forsøger at fastholde og udvide deres arbejdsområder, hvorfor der konstant er konkurrence mellem professionerne. Professionernes konkurrence og deres succes i systemet af professioner reflekterer i lige så høj grad konkurrenternes situation og systemets struktur, som

---

det reflekterer professionens egen indsats. Professioner eksisterer således også i kraft af systemet.

Abbott beskæftiger sig særligt med, hvad der sker i interaktionen mellem professionelle, når professionssystemet forstyrres. Dette kan fx være, når lovgivningsmæssige ændringer på området betyder, at nye arbejdsgange skal etableres. Ifølge Abbott giver sådanne eksterne forstyrrelser anledning til at balancen i professionssystemet undermineres, hvilket leder til, at konkurrencen om arbejdsområder professionelle imellem blusser op. Når nye arbejdsgange fx skal etableres, vil professionelle forsøge at erobre, udvide eller fastholde nye arbejdsområder, hvorfor der kan opstå hård konkurrence professionelle imellem (Abbott 1988).

Ifølge Abbott skal interaktionen mellem de professionelle studeres i de konkrete arbejdssituationer. Hans teoretisering kan derfor benyttes til at fokusere på, hvad der foregår i de interprofessionelle arenaer for handlingspraksis, og hvad der kæmpes om i grænsefladerne, når der fx sker en ekstern forstyrrelse, som giver anledning til at arbejde og arbejdsområder kan fordeles på ny mellem de involverede parter (Antoft 2006:97). I forhold til dette projekt er en forstyrrelse naturligvis, at det er eksternt bestemt, at de professionelle skal modtage en stor række akkrediteringsstandarder, som skal implementeres ude på de enkelte afdelinger. Dette kan ses som en ekstern indgriben i det danske sundhedsfaglige professionssystem, idet tildelingen af akkrediteringsstandarderne åbner for, at nye arbejdsgange og rutiner skal etableres (Hatting 2007:263). Tildelingen af akkrediteringsstandarderne betyder således, at den daglige arbejdsgang brydes, hvilket kan give anledning til at konkurrencen om arbejdsområder blusser op.

### **5.1.2 Systemet af professioner**

I følgende afsnit uddybes Abbotts teori om et system af professioner. Herefter forsøges det identificeret, om der på baggrund heraf kan forventes ledelsesmæssige udfordringer, når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces.

Abbott argumenterer for, at professioner indgår i et system, hvor professionelle er gensidigt afhængige af hinanden. I systemet foregår der mellem de involverede professionelle konstant kampe om jurisdiktion, altså den situation, hvor

---

en profession har retten til at definere aktiviteter, og hvad der er rigtig og forkert indenfor et givent arbejdsområde (Hatting 2007:145). Det er således kravet om jurisdiktion, som er drivkraften i organiseringen af den enkelte profession, således dens drivkræfter kan organiseres. Professionerne forsøger konstant at definere deres grænser samt positionere sig i forhold til hinanden i professionernes grænseflader, når arbejdet og arbejdsområder skal fordeles mellem de involverede aktører. Pointen er, at de jurisdiktionelle bånd ikke er absolutte eller faste. Grænserne for jurisdiktion er til stadighed genstand for uenigheder/disputser (Abbott 1988:86, DiMaggio 1989:534).

De gensidige relationer mellem professionerne er bestemt af måden, hvorpå de kontrollerer deres professionsspecifikke viden og evner. Der er tale om to typer af kontrolmekanismer; teknik per se, dvs. kontrollere arbejdsteknikkerne inden for arbejdsområdet, samt kontrollere den abstrakte viden. Arbejdsteknikkerne opstår på baggrund af det abstrakte vidensystem. Kontrollen for professionen ligger således i at besidde den abstrakte viden, der ligger grund for de praktiske arbejdsteknikker. Dette betyder, at en dominerende profession kan lade andre professioner overtage den konkrete tekniske udførelse af et givent stykke arbejde, dog så længe at professionen selv har kontrol over den abstrakte viden. Kontrollen af den abstrakte viden er netop helt afgørende for, at professionen kan overleve i konkurrencen med andre professioner. Den abstrakte viden anvendes til at definere de problemer, som den enkelte profession skal løse, og ligeledes formulere gamle problemer på nye måder, således retten til problemløsning kan beskyttes. Professioner kan også anvende den abstrakte viden til at reducere andre professioners arbejde til blot en version af deres eget. Der er således en stærk sammenhæng mellem professionernes overlevelse og evne til abstraktion (Abbott 1988:8ff).

### **5.1.2.1 Professionelt arbejde**

Det professionelle arbejde har nogle gange en karakter, som åbner muligheden for genfortolkning og overtagelse af andre professioners jurisdiktioner. Nedenstående skitseres det kort, hvordan de problemer eller opgaver, som professioner arbejder med, kan have forskelligt indhold, fx et objektivt eller subjektivt indhold. Formålet hermed er at give en fornemmelse af, hvilke muligheder professionerne har for at forsvare eller udvide deres jurisdiktioner. Det kan være svært at identificere forskellen i indholdet af problemer eller

---

opgaver. Forskellen i til gengængeligheden af problemer eller opgaver er dog et forhold, der kan pege på en forskel (Antoft 2006:100). Som nævnt er en grundlæggende mekanisme i den interprofessionelle konkurrence, at professioner anvender deres abstrakte viden til at reducere andre professioners arbejde til blot en version af deres eget. Det objektive indhold af en arbejdsopgave vil typisk være de forhold, som modsætter sig en sådan rekonstruktion af arbejdsopgaven. Det objektive er således en træghed, som skal overkommes i rekonstruktionen af problemer. Der er flere typer af objektivt indhold i problemer. De kan være teknologiske, organisatoriske og de kan ligge i naturlige objekter og facts samt være langsomt forandrende kulturelle strukturer, som har en objektiv karakter (Abbott 1988:38ff).

En opgave kan endvidere have en subjektiv karakter, som også er følsom over for forandring ligesom de objektive forhold. Forandringer kommer dog her fra et andet sted. De objektive egenskaber forandres ofte som følge af eksterne kræfter, hvorimod det er andre professioners aktiviteter, som påvirker de subjektive egenskaber. Det objektive indhold af opgaver kan diskuteres, som om de har en selvstændig eksistens. De subjektive indhold derimod opstår i den aktuelle konstruktion af et problem, som en given profession på det pågældende tidspunkt har jurisdiktion over. Det er således det subjektive indhold, der studeres, når mekanismerne i selve det professionelle arbejde analyseres. Kravet om jurisdiktioner, der skaber de subjektive egenskaber og kernen i det professionelle arbejde, sker gennem tre faser: Krav om at klassificere et problem, at drage slutninger over det og handle på det (Abbott 1988:38ff).

### **5.1.2.2 Kampe mellem professioner på forskellige arenaer**

Ovenfor blev det forklaret, hvordan de opgaver, som professioner arbejder med, har en karakter, som giver mulighed for genfortolkning og overtagelse af andre professioners jurisdiktioner. Det er dog imidlertid ikke tilstrækkeligt, at en profession blot udfører handlinger ud fra en kognitiv retfærdiggørelse. Når en profession kræver jurisdiktion, er det nødvendigt at få samfundets anerkendelse af de kognitive strukturer. Dette gennem opnåelsen af eksklusive rettigheder, fx i form af fuld monopol på det pågældende arbejdsområde, udførelsen af de hertil knyttede opgaver osv., således andre har svært ved at agere på området og være med til at definere problemet. Kampene om jurisdiktioner foregår på flere

---

arenaer; i den offentlige opinion, på den lovgivende arena og på arbejdspladsen (Abbott 1988:59).

På arenaen, hvor den offentlige mening flourer, forsøger professionerne at få offentligheden til at anerkende professionen, fx gennem medier, og gøre den bekendt med nogle af professionernes terminologier og viden. Formålet er at tiltrække offentlighedens sympati for professionens egne opgavedefinitioner og approach til at løse dem samt etablere et billede af virkeligheden, der kan lægge pres på det lovgivende system (Abbott 1988:60ff).

Professionerne udøver også kampe om jurisdiktion direkte på den lovgivende arena, hvor de forsøger at opnå formel kontrol over et arbejdsområde. Kampene for jurisdiktion kan foregå på tre forskellige trin: Lovgivningen, domstolene samt den administrative planlæggende struktur (Abbott 1988:60ff).

Endelig er der en arena i form af arbejdspladsen, hvor forsøg på grænsedragninger og hvor kampe om jurisdiktion også finder sted. Da Abbotts teoretiske position netop er udvalgt som følge af hans inddragelse af sidstnævnte arena, koncentrerer fokus på de magtkampe, der udspiller sig her omkring de professionelles opgavevaretagelse.

### **5.1.2.3 Fokus på arenaen for arbejde**

På den retlige arena og arenaen for den offentlige opinion er der klare grænser mellem professionelle jurisdiktioner og professionerne betragtes som homogene grupper, hvorfor der ikke er øje for den reelle kompleksitet i det professionelle liv, som det udspiller sig i arbejdspladssituationerne. Kompleksiteten indtræder imidlertid på arenaen for arbejde, hvor det faktiske arbejde udføres, idet professionelle sjældent er ens eller en homogen gruppe. Hvis en professionel fx fremstår inkompetent, kræver den organisatoriske funktion, at personens arbejde løftes af en anden. Hvis der fx er overskud af professionelt arbejde, som skal udføres, vil andre professionelle få tildelt nogle af disse arbejdsopgaver. Endvidere kan kampene om jurisdiktion blive tilsidesat for at få løst den konkrete arbejdsopgave, og grænserne for hvem, der gør hvad, bliver således mere flydende, og de mere opgavenære interesser får umiddelbart betydning for handlingspraksis. Der kan således optræde forskellige mekanismer, som medfører, at grænserne mellem jurisdiktioner kan have en tendens til at blive

---

opløst på arbejdspladsen. Der opstår en vidensoverførsel, som kan kaldes juridisktionel arbejdspladsassimilation og virkeligheden for de juridisktionelle relationer i en arena for arbejde er dermed en fuzzy virkelighed. Det betyder i praksis, at andre professionelle end professionen selv kan lære en håndterlig udgave af arbejdsopgaven og derved kan udføre arbejdet (Abbott 1988:61ff).

Selvom der sker en sådan assimilation i det praktiske arbejde, betyder det ikke, at grænserne mellem professionerne formelt udviskes. Hvis grænserne udviskes, kan professionerne nemlig have meget svært ved at opretholde juridisktionen for det pågældende område. Hvis professionelle på arbejdspladsen overtager andre professionelles opgaver, kan det senere resultere i, at grænserne mellem professionerne justeres i den offentlige sfære og konsolideres på det lovgivende niveau, og professionen, der hidtil har opretholdt juridisktionen, mister den. Der er således tale om en proces, hvor kampene om juridisktion så at sige starter nedefra, på arenaerne for arbejde og derefter bevæger sig op på det samfundsmæssige niveau. Ifølge Abbott er det således ofte i det lokale niveau for handlingspraksis, dvs. arbejdspladserne, forandringerne sker, hvorfor der skal tages udgangspunkt heri ifølge Abbott, når interprofessionelle relationer og konkurrencer studeres (Abbott 1988:19). I kampene på arbejdspladserne vil det også ofte være her, at professionen, som opretholder juridisktionen, vil argumentere ud fra en teoretisk abstrakt viden overfor andre professionelle, således grænserne ikke udviskes. Abstraktionen er netop den faktor, som adskiller den pågældende profession fra andre professioner. Her vil det fremførte argument være, at professionelle, som har opnået færdighederne gennem juridisktionel assimilation, ikke besidder den teoretiske abstrakte viden, men blot lært en håndterlig udgave.

De juridisktionelle konflikter kommer ofte til udtryk, når grænsefladerne mellem professioner forandres af den ene eller anden årsag (Antoft 2006:102). Som det senere vil blive forklaret, vil dette ske når professionssystemet udsættes for forstyrrelse. De juridisktionelle konflikter i interprofessionelle relationer kan afgøres ved, at der mellem de involverede professioner etableres ordninger. Fx kan en juridisktionel konflikt løses ved, at en profession opnår fuld juridisktion og en anden underordnes denne. Dette uddybes nedenfor.

---

#### 5.1.2.4 Jurisdiktionstyper – fordeling af arbejdsområder

*Fuld jurisdiktion* er den ønskværdige position for alle professioner. Enhver profession vil søge et centralt arbejdsområde over hvilket, det har fuldkomment og lovgivningsmæssigt anerkendt kontrol til at definere og udføre opgaver indenfor jurisdiktionen. I teorien om systemet af professioner eksisterer der dermed den implicite antagelse om, at opnåelsen af fuld jurisdiktion er det evige mål for professionerne og det er efter dette, professionerne tilrettelægger sine handlinger. Ejerskab over et arbejdsområde er m.a.o. drivkraften i organiseringen af den enkelte profession. En professions krav på fuld jurisdiktion baseres på den magt, der ligger i, at professionen besidder abstrakt viden, som anvendes til at definere og løse en bestemt række problemer. En profession kan godt kræve fuld jurisdiktion over en række områder, som besiddes af en konkurrerende profession, hvis sidstnævnte ikke fremstår effektivt eller har manglende abstrakt funderet viden. Professionerne med fuld jurisdiktion forsøger dermed ikke kun at besidde jurisdiktionen, men også konstant at forsvare og udvide denne (Abbott 1988:70f).

Et almindeligt resultat, som følge af begrænsningen af, at ikke alle professioner kan besidde fuld jurisdiktion, kommer til udtryk gennem *underordning som jurisdiktion*. Underordningen hænger ofte sammen med en professions mislykkede forsøg på at underopdele en eksisterende fuld jurisdiktion. En underopdeling af en fuld jurisdiktion kan fx opstå som følge af en arbejdspladsassimilation, hvor den underordnede profession mener at være blevet lige så kompetent til at varetage arbejdet som den profession, der hidtil har opretholdt jurisdiktionen, idet den via den konkrete opgavevaretagelse på arbejdspladsen har lært den nødvendige viden, der skal til for at løse opgaven. Det klassiske eksempel er det sygeplejefaglige område indenfor sygehusvæsenet. Læger har succesfuldt gennem historien argumenteret for, at omsorg, pleje og administration af et sygehus er sekundært eller underordnet det medicinske arbejde, hvorfor sygeplejerskerne ikke har formået at fungere som andet end en underordnede profession i forhold til lægerne. Underordnede professioner udfører således arbejde, som er underordnet en profession med fuld jurisdiktion. Underordningen har stor betydning for professionen besiddende fuld jurisdiktion, da uddelegeringen af arbejdsopgaver til underordnede professioner gør det muligt for professionen at udvide sit felt, uden at arbejdsbyrden bliver så stor, at jurisdiktionen bliver svækket og den dominerende position svækkes.

---

Underordningen skal i høj grad ses i forhold til den offentlige overbevisning om, at læger ved mere om medicin end sygeplejersker, hvorfor læger kan opretholde den fulde jurisdiktion. Virkeligheden på arbejdspladsen kan dog være en anden, idet der kan eksistere en kompleks fordeling af arbejdsopgaver præget af arbejdspladsassimilation. Da professionen med fuld jurisdiktion kan være afhængig af, at de underordnede udfører forskellige typer af opgaver, men der samtidig er fare for, at jurisdiktionen gøres usikker som følge heraf, er det nødvendigt for professionen med fuld jurisdiktion at fastholde underordningen. Dette kan fx ske ved, at underordningen anerkendes i det offentlige og lovgivningsmæssigt. Underordningen af en profession på en arbejdsplads kræver således en kompleks symbolsk orden, hvor det interprofessionelle forhold understreges. Den kræver ekskluderende og tvangsmæssige handlinger. At fastholde en sådan relation bliver en kontinuerlig proces, hvor arbejdet med at undertrykke er konstant (Abbott 1988:71ff, Antoft 2006:103).

Fuld jurisdiktion og underordning som jurisdiktion synes at være de to former, vi tydeligt vil kunne identificere, da vores fokus netop er på læger og sygeplejersker. I stedet for at redegøre nærmere for de andre former for jurisdiktioner: Deling af jurisdiktion, intellektuel jurisdiktion, rådgivende jurisdiktion og klient differentiering (Abbott 1988:73ff), vil vi rette blikket mod disse to typer af jurisdiktioner. Hertil knytter sig der netop en forståelse af interaktionen mellem læger og sygeplejersker som professionelle, og hvilke kampe det forventes, at der udspiller sig på arbejdspladsen. Det er netop således interessant, hvordan de professionelles grænseflader kolliderer, og i hvilken udstrækning den underordnede profession agerer som en sådan, eller om der kan spores tendenser til at gøre op med denne underordning.

### **5.1.2.5 Eksterne og interne forstyrrelser**

Da professioner indgår i systemet af professioner, hvor der er et afhængighedsforhold, får det konsekvenser for professionerne, når blot én bevæger sig. Dette kan fx ske ved, at der opstår en forstyrrelse i systemet af professioner. Pointen er, at disse forstyrrelser underminerer balancen mellem arbejde og professioner og leder frem til en bred vifte af justeringer for at genetablere balancen mellem eller den sociale orden. Denne proces vil lede frem til, at de forskellige dele af systemet absorberer forstyrrelserne, og balancen genopstår. I følge Abbott er der tre generelle stadier: Forstyrrelserne,



---

jurisdiktionelle konkurrencer og transformation. I praksis kan disse stadier være svære at observere tydeligt, men vigtig er den pointe, at det er i disse systemforstyrrelser, at konflikterne udfolder sig og magtudøvelsen kan observeres (Abbott 1988:85ff). Når der sker en forstyrrelse i systemet af professioner, kan kilderne hertil søges i såvel interne som eksterne forhold.

Når en ekstern forstyrrelse, fx når ny lovgivning eller ny teknologi optræder, undermineres balancen i professionssystemet, da professionerne skal tilpasse sig denne forandring. Forstyrrelsen kan ligefrem gøre en profession overflødig, eller der kan opstå et nyt område, hvor professionerne forsøger at opnå jurisdiktion. Ved eksterne forstyrrelser skal man således forestille sig, at forskellige forstyrrelser "bumper" ind i professionssystemet, som generer denne ubalance mellem arbejde og professioner, som skaber jurisdiktionelle konkurrencer, hvor professionerne forsøger at forsvare eller udvide arbejdsområder (Abbott:1988:91).

En kilde til forstyrrelse af systemet kan også findes internt i selve professionerne. De interne forstyrrelser gør ikke hele professioner overflødige, men kan være en kilde til, at jurisdiktioner svækkes eller styrkes. Der kan fx være tale om udviklingen af ny viden eller nye færdigheder, som kan konsolidere jurisdiktionelle krav eller facilitere en udvidelse på bekostning af andre professioner. For det andet kan det være udviklingen af den interne sociale struktur af en profession inklusiv den forandring, som normalt kaldes professionalisering. Fx en profession, der hæver deres arbejdsstandarder eller organisatoriske effektivitet og derved truer den offentlige og muligvis den lovgivningsmæssige jurisdiktion, som besiddes af konkurrerende professioner (Abbott 1988:90ff).

---

## 5.2 Mulige udfordringer i udviklingen af tværfaglig kvalitet

Efter at have redegjort for Abbotts teori om systemet af professioner, vil vi forsøge med afsæt i denne teori at identificere mulige udfordringer, når der med akkrediteringsprocessen på Hvidovre Hospital skal udvikles tværfaglig kvalitet.

Da det i det daværende H:S blev vedtaget, at de professionelle skulle modtage en stor række akkrediteringsstandarder fra JCI, som skulle implementeres og efterleves ude på de enkelte afdelinger, kan det argumenteres for, at der skete en forstyrrelse af systemet af professioner, som indebar, at nye arbejdsgange og rutiner skulle etableres. Med tildelingen af standarderne opstod der mulighed for diskussion og forandringer i arbejdsgange og rutiner (Hatting 2007:263).

Denne kan som udgangspunkt sætte spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden ved de professionelles allerede etablerede arbejdsgange, hvis disse arbejdsgange ikke synes hensigtsmæssige set i forhold til de beskrevne arbejdsgange i akkrediteringsstandarderne. Dette kan i yderste instans betyde, at professionernes legitimitet i opretholdelse af jurisdiktion trues. Den eksterne tildeling af akkrediteringsstandarder kan således give anledning til, at balancen i professionssystemet undermineres, idet de professionelles position svækkes, hvilket åbner op for interprofessionel konkurrence. De andre professionelle kan netop sin chance for at positionere sig, fremstå godt og øve indflydelse i håbet om at opnå større chance for at erobre eller bevare jurisdiktionen.

Da lægeprofessionens primære opgave er behandling af patienter, kan det forestilles, at lægerne vil kæmpe for, at de skal tage sig af kvalitetsforbedringer i relation til det behandlingsfaglige område. Med afsæt i Abbotts teori vil lægerne kæmpe for, at det behandlingsfaglige område forbliver et udelukkende lægefagligt område, og vil derfor forsøge at tage monopol på kvalitetsforbedringer indenfor dette område. I og med at JCI's standarder kun indeholder organisatoriske og generelle standarder, og ikke kliniske standarder, må det formodes, at lægerne vil arbejde for, at dette ikke skal genere deres arbejde og profession.

Omvendt kan sygeplejerskerne formodes at være interesseret i at inddrage de organisatoriske og generelle standarder under deres professionsområde. Disse standarder har netop fokus på kvalitet indenfor organiseringen af en service og

---

procedurer, hvilket ligger i god forlængelse af de opgaver, som sygeplejerskerne traditionelt varetager. Sygeplejerskerne er først ved at etablere den akademiske baggrund for professionen og i gang med at udvikle klassifikationer for arbejdsopgaverne, dvs. hvilke arbejdsopgaver de skal tage sig af som profession (Hatting 2007). Sygeplejerskerne øjner måske chancen for at få et område, hvor de netop som profession kan gøre sin viden gældende og dermed manifestere sig som en profession med vigtige arbejdsopgaver på højde med lægernes. Måske øjner sygeplejerskerne også chancen for ligefrem at være med til at definere kvalitetsforbedringer indenfor det behandlingsfaglige område.

Ovenstående juridiske kampe kan med afsæt i Abbotts teori også formodes at komme til udtryk, når akkrediteringsstandarderne åbner op for ændringer i arbejdsgange og rutiner, som ligger i grænsefladerne mellem de professionelle arbejdsområde. Fx kan det formodes at lægerne vil kæmpe for at opretholde retten til at definere arbejdsgange inden for det behandlingsfaglige område, hvis en organisatorisk eller generel standard kommer til at indeholde ændringer, der får indflydelse på det behandlingsfaglige område. Her bliver det lige pludseligt vigtigt for de professionelle at markere sig, positionere sig og øve indflydelse, således vigtige arbejdsopgaver fastholdes, udvides eller erobres. Her vil de professionelle netop deltage aktivt i diskussioner.

Konkurrencen kan komme til syne, når de professionelle på de enkelte afdelinger fx skal definere, hvordan de fortolker og forstår akkrediteringsstandarderne. Hvilken forståelse og fortolkning af standarderne, der bliver gældende, kan nemlig have afgørende betydning for implementeringen af standarderne. Kampene mellem professionelle må også formodes at udspille sig, når der skal foretages løbende justeringer i arbejdsgangene i afdelingerne, således afdelingen kan opnå en bedst mulig placering, når de skal akkrediteres. Det interessante i forhold til nærværende projekt, er dermed, hvem der i de interprofessionelle relationer definerer, hvilke forslag til justeringer i arbejdsgange der skal gælde og hvilken forståelse af standarderne, der skal anlægges.

Mange af akkrediteringsstandarderne vedrører arbejdsgange, som både involverer læger og sygeplejersker. Er arbejdet med akkrediteringsstandarder dog præget af, at professionelle forsøger at abonnere på forskellige typer af akkrediteringsstandarder og konkurrerer om få hver deres forståelse og forslag til at gælde, udfordres en vellykket implementering af akkrediteringsstandarderne.

---

Implementeringen kræver netop tværfaglig kvalitetsudvikling, der som ideal kræver, at der skabes en fælles meningsforståelse og at alle er lige engageret i akkrediteringsprocessen.

Eriksen har forsøgt at give en løsning på, hvordan man ledelsesmæssigt kan nedtone professionelles strategiske aktiviteter, interessemodsætninger og status- og domænekonflikter og sikre, at ingen får en for passiv eller for dominerende rolle i beslutningsprocesser. Dette er ved at få en værkstedsmodel til at vinde udbredelse. I en værkstedsmodel finder læger og sygeplejersker netop sammen frem til de bedst mulige løsninger, som alle er tilfredse med, og der kan ske udvikling og på tværs af fagprofessionelle grænser, i dette tilfælde tværfaglig kvalitet. Eriksen leverer dermed m.a.o. en normativ model for, hvordan man ledelsesmæssigt kan håndtere de udfordringer, som kan forestilles med udgangspunkt i Abbotts teori om systemet af professioner, når kvalitet på tværs af faggrænser skal udvikles. I nedenstående afsnit vil værkstedsmodellen blive beskrevet, herunder hvordan man ledelsesmæssigt kan facilitere dennes udbredelse i tværfaglige diskussioner.

---

### 5.3 Eriksens værkstedsmodel

Ifølge Eriksen kan sygehuse analyseres ved hjælp af tre modeller, som hver især siger noget om, hvordan sygehuset er, hvordan det drives, og hvordan magt og myndighed er fordelt: Hierarkimodellen, professionsmodellen og værkstedsmodellen (Eriksen (A) 1991:2).

I *hierarkimodellen* fremstår sygehuse som et formelt hierarki. Medarbejdernes adfærd er centralt styret og hvem, som skal gøre hvad og hvornår, er klart defineret gennem programmer, rutiner og regler. Der er således klare kommandolinjer og kommunikationskanaler. Den formelle struktur letter koordineringen mellem aktører, grupper og afdelinger, fordi behovet for direkte kommunikation og kontakt mindskes. Ifølge Eriksen er ulempen ved denne model, at det vigtigste bliver at følge de nedskrevne procedurer og rutiner, og medarbejderne har tendens til at være meget lidt optaget af, om handlingerne er rigtige eller fornuftige på langt sigt (Eriksen (A) 1991:30ff, Eriksen (A) 1992:22)

I *professionsmodellen* svarer antagelserne om de professionelles ageren stort set til dem, som vi finder i Abbotts teori om systemet af professioner: Professioner har forskellige interesser, behov og forståelseshorisonter og organiserer sig ikke bare for at sikre, at faglige hensyn bliver varetaget, men også for at forsvare sin position og magt vis-à-vis andre professioner. Professionsmodellen er dermed præget af faglige konflikter og kamp mellem forskellige faggrupper. Som følge af dette er det vanskeligt at få en reel ændring og gunstig udvikling af organisationen. Ændring i adfærd, læring og udvikling er nemlig betinget af rolle- og gruppetilhørighed, hvilket begrænser synsfeltet og mulighederne for at korrigere. Aktørernes solidaritet stopper ved grænserne til sin egen profession (Eriksen (A) 1991:4ff, Eriksen 1993:22ff).

I forhold til de tre nævnte modeller er det dermed Eriksens værkstedsmodel, som er interessant for dette projekt, idet vi i dette projekt er interesserede i, hvordan man kan bevæge sig til denne model.

#### 5.3.1 Værkstedsmodellen

Ifølge Eriksen er værkstedsmodellen som nævnt en model for, hvordan gruppers strategiske aktiviteter, interesse modsætninger og status- og domænekonflikter

---

kan nedtones, således beslutninger kan tages på den mest mulige rationelle måde. (Eriksen 1993:111ff).

Grundprincippet i værkstedsmodellen er, at argumenterne selv skal afgøre beslutningsudfaldet. En beslutningsproces skal således være præget af kommunikativ rationalitet. Begrebet kommunikativ rationalitet henter Eriksen fra Jürgen Habermas, som igen tager afsæt i Max Webers forståelse af rationalitet. Med kommunikativ rationalitet menes en form for fornuft, som kommer i stand kun gennem brug af argumenter. Ved skabe en åben og fri debat kan deltagerne nå frem til et gyldigt og bindende resultat. Det er en model, som fokuserer på, at reel diskussion præger beslutningssituationen i stedet for forhandlinger og kompromisser, som ofte er resultatet i professionsmodellen (Eriksen 1993:22).

Gennem gensidig argumentationsudveksling og rollebytning tvinges de professionelle til at indtage mere fælles standpunkter. Dette er muligt, fordi modellen ifølge Eriksen ikke bygger på den forudsætning, at aktørernes deltagelse i beslutninger udelukkende er motiveret af ønsket om magt og status. De stræber også efter mening, selvrealisering, bekræftelse og efter at være til nytte (Eriksen (A) 1991:41).

En mere præcis beskrivelse af værkstedsmodellen finder vi i den engelske oversættelse – workshop, der er bedre til at få frem, at det essentielle her er forsøget på at komme frem til de bedste løsninger på problemerne ved, at alle, som har noget at bidrage med, indgår på en ligeværdig måde og det er de bedste argumenter, som vinder frem. Det gælder ikke bare at tage beslutninger, som er til at leve med. Det gælder om at finde gode løsninger, at opklare og løse ødelæggende konflikter, og at mestre praktiske problemer på en mest mulig fornuftig måde – dvs. sådan at de står mod kritik. Dette er kriteriet på rationalitet i værkstedsmodellen (Eriksen (A) 1991:5ff).

I værkstedsmodellen kan der netop opstå udvikling på tværs af professionsgrænser, idet der gives mulighed for aktiv søgning efter nye løsninger, kritiske blik på etablerede praksisser og metoder, samt åbenhed overfor modargumenter. Med en værkstedsmodel kan de professionelle nemlig se, at deres interesse kan være i konflikt med hinandens lige så retsmæssige interesser, og de kan være i konflikt med centrale værdier og mål i organisationen. Aktørerne er åbne for at de selv kan tage fejl. Det gælder om at

---

vurdere gamle rutiner, undersøge om der kan opnås forbedring i måden, tingene gøres på og generelt øge evnen til omstilling og ændring (Eriksen (A) 1991:15).

For at der skal være en reel argumentation og dermed en værkstedsmodel skal følgende forudsætninger som minimum være til stede:

- At aktørerne er interesseret i at komme til fælles forståelse og enighed med hinanden
- At alle er frie og ligeværdige og potentielt lige kompetente
- At alle må indrømme fejl og skifte opfattelse i de tilfælde, hvor de bliver mødt med bedre argumenter
- At alle optræder autentisk og sandfærdige overfor hinanden (Eriksen 1993:33)

### **5.3.1.1 Teamledelse**

Den tværfaglige kommunikation mellem professionelle fremmes ifølge Eriksen af, at ledelse på de lokale niveauer i organisationen består af en teamledelse med ledere af forskellige professionelle, som realiserer værkstedsidealene (Eriksen (A) 1991:6). I forhold til dette projekt er der her tale om afdelingsledelsen på hospitalets afdelinger.

For at finde ud af, om teamledelsen fungerer med afsæt i værkstedsmodellens idealer eller om medlemmerne i ledelsen blot orienterer mod sin egen profession, kan man ifølge Eriksen se, om teamledelsen har karakter af et lederteam som markeringsorgan eller et lederteam som kommunikationsorgan.

For at en teamledelse kan få betegnelsen markeringsorgan, er en vigtig forudsætning, at der er klare professions- og statusmarkeringer indad i lederteamet. I ledelsesteamet kommer en åben uenighed dog ikke altid til udtryk, men de forskellige medlemmer markerer i stedet sine områder og interesser på en mere subtil måde. Endvidere kan medlemmerne føle sig forpligtet af en norm om, at det er vigtigt at markere enighed udadtil, selvom der er en stærk uenighed indadtil i lederteamet. Hvis lederteamet er et markeringsorgan, fungerer møderne mere som markeringsorganer for gruppeinteresser end egentlige samarbejdsorganer. Endvidere vil medlemmerne i teamet gøre, som de altid har

---

gjort: De søger støtte hos sine respektive grupper og fagmiljøer og medlemmerne af teamledelsen fungerer meget "ved siden af hinanden" i stedet for have reelle diskussioner og samkøring. Endvidere vil der ofte være tendens til at de ledelsesmæssige opgaver uddelegeres til de medlemmer af teamledelsen, som traditionelt har varetaget sådanne opgaver som følge af deres professions-tilhørssted (Eriksen (A) 1991:90ff).

Fungerer teamledelsen derimod som et kommunikationsorgan, er samarbejdet karakteriseret af gensidig tillid og oprigtig argumentation og kommunikation, noget som manifesterer sig i en undersøgende holdning til eksisterende praksis, rutiner og arbejdsgange. Samarbejdet er karakteriseret af teamånd, helhedstænkning og ikke delegation, som vi ser et markeringsorgan. Ved at teamledelsen viser en reel samarbejdsevne motiveres medarbejderne til at gøre lige så. Beslutninger i teamledelsen skal præges af fagkyndig indsigt og fælles forståelse, i stedet for interessekampe og fagpolitiske kompromisser. Selvom medlemmerne i teamledelsen i princippet tilhører forskellige professioner, forstår de hinandens sprog godt, respekterer hinandens bidrag og kommunikerer over professions. Generelt kendetegnes situationen af en kritisk, vurderende holdning til alle dogmer, magthierarkier og privilegiestrukturer (Eriksen (A) 1991:44).

Lederskabets opgave er ikke at instruere, men at transformere både sig selv og de, som skal ledes. I denne model styres underordnede ikke ved hjælp af incitament og negative sanktioner, men gennem råd og vink, argumenter og anbefalinger. Ledelsen har særlig blik for de mulige negative træk ved gruppedannelse og netværkskontakter og for hvad den enkeltes status og prestige i gruppen betyder. Gennem en positiv holdning til uformelle netværk og kulturer på arbejdspladsen søger ledelsen at lede medarbejderne i en organisationssolidarisk retning. Eriksen henviser her til et citat af Gareth Morgan: *"Lederskab vil mer og mer bli et spørgsmål om evnen til å mobilisere folks innsatsvilje og lojalitet ved at skape felles verdier og felles forståelsesrammer."* (Morgan 1989 i Eriksen (A) 1991:44).

### **5.3.1.2 Tværfaglige organer**

Det er ikke bare ledelsen, som må samarbejde på tværs af professionsgrænser, hvis en værkstedsmodel skal vinde udbredelse og en positiv udvikling skal ske. Medarbejderne må også involveres. Det hjælper ikke meget at vedtage gode



---

beslutninger, hvis de ansatte ikke kan se en mening med dem. Hvis en værkstedsmodel skal vinde udbredelse, er det ifølge Eriksen af central betydning, at der etableres arenaer, hvor modsætninger og konflikter kan komme til udtryk, og ledelsen kan få stærkere føling med, hvad der egentlig rører sig på grundlæggende på medarbejderniveau. Dette kan fx være tværfaglige organer, såsom afdelingsråd, tværfaglige arbejdsgrupper, teams, alle-møder, personalemøder osv. Den formelle struktur er m.a.o. et vigtigt værktøj, hvis der skal ske et godt samarbejde på tværs af professionsgrænser og en helt central opgave for ledelsen er dermed at tage initiativ til oprettelsen af sådanne organer. Disse organer skal bruges aktivt til en kritisk diskussion af forslag og planer. De professionelle må have et sted, hvor de kan mødes og udveksle meninger, ikke bare udveksle information. Det gælder ikke bare om at få sagt sin mening eller oplyse om tilstanden, der skal også være meningsbrydning om, hvad der skal til for at etablere et godt tværfagligt samarbejde. De tværfaglige organer skal være med til at danne udgangspunkt for ledelsens beslutningstagen, og således fungere som et sted, hvori ledelsen kan søge råd i heri og har informationspligt herover for. Ledelsen slipper i den forbindelse også lettere for, at drive så meget problemløsning på ad-hoc-basis. De er bedre i stand til at tænke fremover og drive et fornuftigt udviklingsarbejde (Eriksen (A)1992:10ff).

Ifølge Eriksen kan man ikke tvinge nogen til at være rationel, *"Men det man kan gjøre er å tvinge mennesker inn i situasjoner hvor de må lytte til rasjonelle argumenter og levere sine motargumenter. Og hvis man tvinger andre inn i en situasjon hvor de for en kortere periode er nødt til å dele makten likt mellom sig, står vejen åpen for rasjonell argumentasjon.* (Heller 1983:9), som Eriksen udtrykker det i et citat hentet fra Heller (Eriksen (A) 1992:77).

I sådanne råd skal ledelsen blot have observationsstatus eller slet ikke indgå. På denne måde rettes fokus ikke mod ledelsen, men mod konfliktlinjerne mellem de professionelle, de forskellige funktioner og forskelle mellem de professionelle tydeliggøres. Hermed etableres en arena, hvor konflikterne ikke er vertikalt orienteret, men går mere på horisontale skillelinjer. Man får m.a.o. en arena, hvor de forskellige interesser og modsætningerne kan komme frem i dagens lys og blive diskuteret (Eriksen (A) 1992:75).

Værkstedsmodellen indebærer m.a.o., at interessegrupper inkorporeres i beslutningsprocessen, nye tværfaglige samarbejdsorganer oprettes og miljø-

---

grupper gør frem. Alle niveauer i organisationen skal aktiveres, og de skal blive mere autonome, mindre rigide og mere orienteret mod fælles forpligtende mål. Afdelingerne på sygehuset skal m.a.o. udvikles til mere selvstændige og rationelle enheder, hvor medarbejderne føler sig ligeværdige, kan samarbejde og har indflydelse over arbejdssituationen og jobudformningen (Eriksen (A) 1991:40, Eriksen (A) 1993:123).

Ifølge Eriksen ligger der i værkstedsmodellen udvikling og læring hos de diskuterende parter, hvilket også vil opstå i sådanne tværfaglige organer præget af værkstedsmodellens principper. For at forklare dette, skal der tages udgangspunkt i, hvad der ligger i, at beslutninger tages i fællesskab. I organerne må aktørerne begrunde det, som de mener, er rigtigt med henblik på at få andre i diskussionen til at blive enige med sig. For beslutningstagerne bliver det ikke tilstrækkeligt at henvise til, at sådan har man tidligere gjort i afdelingen, eller at det har man lært på medicinstudiet. De må fortælle, hvorfor en løsning er bedre ud fra en situationsbedømmelse. Når man først indfører sådan et begrundelseskrav i et organ eller en tværfaglig sammensætning, så kan man ikke bruge argumenter, som referer til gruppens interne standarder eller interesser. Det vil ikke vinde opslutning. Ved at begrundelseskrav dominerer i teamet, vil man få en nøjere eksamination af de argumenter, som ligger til grund for et standpunkt. I den grad, at man kan indse, at andre kan have bedre argumenter eller forslag til løsning, så kan man også blive i stand til at ændre og korrigere sig selv (Eriksen (A) 1992:76, Eriksen 1993:124).

### **5.3.1.3 Realismen i værkstedsmodellen**

Ideelt set, skal beslutninger tages gennem diskussion, hvor forskellige standpunkter prøves og vejes, hvor argumenter udveksles frit. Eriksen kommenterer dog også realismen i dette. Af praktiske grunde kan en afdeling eller arbejdsgruppe dog være forhindret i en rent argumentativ beslutningsmodel, hvor man til enhver tid søger konsensusbaserede beslutninger. Man står ofte overfor, at visse ting skal gøres hurtigt, aktiviteter skal koordineres uanset hvad og beslutninger må tages uden konsensus. En konsekvens bliver derfor, at kommunikationen må afbrydes ved hjælp af afstemninger, formel autoritet og hierarkisk instruktionsmyndighed. Konsensus er således mere et ideal end en realitet. Værkstedsmodellen indebærer ifølge dog Eriksen, at organisationen alligevel søger mod dette ideal. Når afstemninger bruges, eller når instruktions-

---

myndigheden træder i kraft, så er det som en afslutning på en debat, hvor der har været en reel argumentationsudveksling. Selvom konsensus ikke kan nås, præges organisationen altså af, at dette efter bedste evne er forsøgt realiseret. Det er altså en model, hvor argumenter og diskussion dominerer beslutnings-situationen frem for afstemninger, kompromisser, kommandoer osv. (Eriksen (A) 1991:45f).

---

## 6 Operationalisering

Inden indsamlingen af den ønskede empiri har vi foretaget en operationalisering af den valgte teoretiske ramme, dvs. hvorledes de valgte teoretiske tematikker søges indfanget i vores datamateriale. Se bilag 2 De operationaliserede teoretiske elementer vil blive anvendt til at strukturere vores interviewguide, således at vi har fokus på eventuelle teoretiske mønstre under interviewet.

Dog vil vi også have blik for, at empiriske fund kunne formodes at bidrage til en ny- og genfortolkning af de allerede etablerede teoretiske antagelser, når casene analyseres i forhold til den teoretiske ramme. Som nævnt formoder vi, at der også kan være lokalkontekstuelle og institutionelle kontekstuelle forhold, der kan tænkes at have en betydning for de studerede working communities. De operationaliserede teoretiske elementer anvendes således ikke som hårdt styrende for analysen, men mere som "guidelines", hvorfor operationalisering skal betragtes som havende en mere blød karakter i forhold til analysen.

Vi har valgt ikke at operationalisere de fremlagte kontekstuelle elementer jf. ovenstående kapitel herom, da vi formoder, at vi ved at lytte til, hvilke kontekstuelle elementer der synes at have en betydning for informanterne, får et mere retvisende billede af, hvilke og i hvilken grad disse kontekstuelle elementer har influeret den undersøgte problemstilling.

Ovenstående fremgangsmåde er netop begrundet i vores eksplorative intergrative metodologiske udgangspunkt jf. kapitlet *Undersøgelsesdesign og Metode*.

---

## 7 Analyse

### 7.1 Indledning

De professionelle vurderer generelt, at med akkreditering som kvalitetskoncept er kvaliteten indenfor de organisatoriske og generelle forløbsaktiviteter løftet. Der har dog været forskel på de professionelles engagement i implementeringsprocessen, bl.a. grundet forskellige forståelser og vægtninger af akkrediteringsstandarderne, hvilket kan betegnes som ledelsesmæssige udfordringer. Dette vil blive uddybet i analysen nedenfor. Angående håndtering af de nævnte udfordringer har afdelingsledelsen i afdeling X og afdeling Y grebet disse forskelligt an, hvilket har haft en betydning for graden af tværfagligt samarbejde og udvikling af tværfaglig kvalitet, hvilket også vil blive uddybet i analysen.

### 7.2 Ledelsesmæssige udfordringer i afdeling X og Y

De professionelles samspil i udviklingen af tværfaglig kvalitet bar i begge cases i begyndelsen af akkrediteringsprocessen præg af et langt større engagement hos sygeplejerskerne end hos lægerne. Ofte var sygeplejerskerne ifølge samtlige informanter bedre til at deltage i arbejdet med akkrediteringsstandarder, implementere dem og bedre til at ændre sine arbejdsgange, hvorimod lægerne havde sværere ved dette.

Lægernes manglende engagement begrundes ofte med, at de opfattede arbejdet som fjernt fra deres egentlige kerneydelse, behandlingen af patienten, da akkrediteringsstandarderne vedrørte organisatoriske aktiviteter og generelle forløbsaktiviteter. Et lignende resultat fandt Hatting, idet hun peger på, at mange læger ikke finder akkreditering brugbart, da de ikke kan se en direkte sammenhæng mellem akkreditering og den faglige kerneydelse (Hatting 2007:379).

Endvidere begrundes lægernes lave engagement ofte med, at der ikke foreligger evidens for, at sådanne akkrediteringsstandarder hæver den faglige kvalitet. I forbindelse med kvalitetsudvikling ville lægerne først og fremmest lægge deres kræfter der, hvor kvaliteten i behandlingen højnedes, hvorfor akkrediterings-

---

processen ikke blev genstand for megen opmærksomhed. Det centrale ved kvalitet var m.a.o. ud fra lægernes syn ofte behandling af patienten. Fx fremfører en overlæge, da han omtaler standardernes typiske fokus på kvalitet i organisatoriske aktiviteter og generelle forløbsaktiviteter: *"Det er altså ikke dér, hvor vores kerneydelse bliver leveret. Og den kliniske kvalitet er jo vores kerneydelser, og det er jo ikke der fokus har været i akkreditering."*(199).

Lægernes manglende engagement i begyndelsen af akkrediteringsprocessen ser med afsæt i Abbotts teori netop ud til at være et tegn på, at de forsøgte at fralægge sig ansvaret for denne proces. Ved at overlade fx sygeplejerskerne arbejdsopgaverne med akkrediteringsprocessen, som lægerne ikke syntes var relateret til behandlingen, kunne de nemlig få større mulighed for at koncentrere sig om de opgaver, som de betragtede som læge-professionens væsentligste opgaver, nemlig behandling af patienter. Sygeplejerskerne ville dog imidlertid ikke overtage opgaver, som lægerne ikke ønskede at varetage, idet de mente, at de var en profession med vigtige opgaver på højde med lægernes.

Sygeplejerskernes større engagement i begyndelsen af akkrediteringsprocessen ser ud til at hænge sammen med, at akkrediteringsstandarderne typisk vedrører arbejdsområder, som de traditionelt har varetaget. Arbejdet med akkrediteringsstandarderne lå dermed ofte ikke fjernt fra sygeplejerskerne og de følte at det, som de vurderede som det centrale ved kvalitet, højnedes. Det centrale ved kvalitet opfattes nemlig ofte af sygeplejerskerne som patientsikkerhed og *"(...) at patienten oplever, at der er kontinuitet og kvalitet i plejen (...)"*(187), hvilket kan siges at være områder, som specielt akkrediteringsstandarderne fokuserer på, idet organisatoriske aktiviteter og generelle forløbsaktiviteter er omdrejningspunktet.

Med afsæt i Abbotts teori kunne det se ud til, at sygeplejerskerne netop følte, at de havde et område, hvor de kunne gøre sin unikke fagviden gældende, og dermed som profession opnå gode chancer for at opnå jurisdiktion på et område, hvor de var "eksperterne". Hattings undersøgelse understøtter netop vores fundne resultat. I hendes undersøgelse peges der på, at nogle professionelle, fx sygeplejersker, griber anledningen til at få magt til at definere arbejdsprocesser, mens andre, fx lægerne, benytter professionens eksisterende magt til at definere sig selv ud af opgaven (Hatting 2007:382).

---

Informanternes forskellige vægtninger af, hvad der er centralt ved kvalitet, og ønsket om at abonnere på forskellige områder inden for kvalitetsudvikling, kunne se ud til at være influeret af de udmeldinger, som er kommet på samfundsniveau fra de professioner, informanterne tilhører. Som nævnt i kapitlet *Kontekstualisering* giver Lægeforeningen netop udtryk for, at lægerne først og fremmest er fortalere for at udvikle kvaliteten af den lægelige kerneydelse, dvs. behandlingen af patienten, hvilket stemmer meget overens med lægernes udsagn i casene. Endvidere kan en tydelig parallel observeres mellem sygeplejerskernes opfattelse i casene og hvad Dansk Sygeplejeråd fremhæver. Eksempelvis fremføres det af sidstnævnte, at høj kvalitet for dem særligt er; høj professionel standard, patientsikkerhed, helhed i patientforløbene, patienttilfredshed mm., hvilket ligner meget, hvad sygeplejerskerne i casene fremhæver som værende centralt ved kvalitet.

Den institutionelle kontekst, her udmeldingerne på makroniveau fra professionerne, kunne dermed m.a.o. se ud til at have indflydelse på vores studerede mikroprocesser, dvs. hvorledes samarbejdet mellem de professionelle udfolder sig på arbejdspladsniveau. Professionernes udmeldinger på makroniveau ser netop ud til at være med til at skabe en forståelse af vigtigheden for at kæmpe for forskellige områder inden for kvalitetsudvikling hos de professionelle på arbejdspladsniveau. Hermed ses netop et eksempel på, at stærke professioner i sygehusfeltet i høj grad er impliceret i dannelsen af feltets institutioner. De påvirker dermed de professionelles måde at tænke på i forbindelse med kvalitetsudvikling på mikroniveau, og er dermed med til at gøre det svært at få skabt tværfagligt samarbejde i akkrediteringsprocessen. Den specifikke institutionelle kontekst synes dermed også at have indflydelse på teoriernes forklaringspotentiale, hvilket er et aspekt, som Abbott og Eriksen ikke har øje for.

De professionelles forskellige vægtninger af, hvor de skulle lægge deres kræfter i kvalitetsudvikling og derfor et ulig engagement i akkrediteringsprocessen, var med til at skabe svære betingelser for et vellykket interprofessionelt samarbejde i begyndelsen af akkrediteringsprocessen. Der ser således ud til at være tegn på, at begyndelsen var præget af de ledelsesmæssige udfordringer, som vi i den teoretiske analyse diskuterede.

---

I ovenstående er der redegjort for de professionelles forskellige modtagelse af akkrediteringsprocessen. Det skal dog tilføjes, at i begge afdelinger ser alder ud til også at have en betydning for, hvorledes akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling opfattes. Der tegner sig et billede af, at ældre medarbejdere synes at være knap så ivrige for at engagere sig i arbejdet med akkreditering end yngre medarbejdere. Fx siger den ledende overlæge i afdeling X: *"Altså, der er sådan lidt berøringsangst. Både ved at evaluere andre og blive evalueret. Og det tror jeg er et spørgsmål om generation (...)"*(28). Omvendt ser de yngre medarbejdere ud til at være lettere at engagere og karakteriseres som en generation, der er vokset op med evaluering, hvorfor de virker mere "minded" for akkrediteringsarbejdet. Ydermere ser det ud til, at der kan være stor forskel på ældre og yngre medarbejders IT-kompetencer. Hvor det for nogle ældre er et stort spring at huske sin kode til sin arbejdsmail, er det tydeligt, at de yngre medarbejdere har en helt anden og mere "naturlig" tilgang til at arbejde med en computer. Manglende IT-kompetencer kan således også være en udfordring for afdelingsledelserne. Endnu en bemærkning til aldersfænomenet er, at flere informanter lægger vægt på, at uanset alder eller professionsspecifik tilhørssted, synes et engagement i akkrediteringsprocessen også at være personafhængigt.

Undersøges afdelingerne X og Y nærmere, synes de over tid at have bevæget sig i hver sin retning med hensyn til at skabe engagement i arbejdet med akkrediteringsstandarder:

I afdeling X udviser de professionelle i højere grad lige stort engagement i akkrediteringsprocessen. Det tværfaglige samarbejde i udviklingen af tværfaglig kvalitet under akkrediteringsprocessen er blevet mere udbredt, grænserne mellem de professionelles specifikke arbejdsområder ser ud til at være nedtonet, og interprofessionelle kampe synes ikke at florere i særlig høj grad. Omvendt præges afdeling Y stadig af en meget stor grad af ulig engagement i akkrediteringsprocessen, det tværfaglig samarbejde er forholdsvis svagt, afdelingen synes præget af stærke faggrænser, og der er mere udtalte konflikter mellem professionelle i arbejdet med akkreditering. I figuren nedenfor opsummeres de væsentligste forskelle afdelingerne imellem på nuværende tidspunkt. Hertil skal selvfølgelig nævnes, at forskellene er groft skitseret og dermed en forenkling af virkeligheden i afdelingerne.



---

**Figur 4: Afdelingerne på nuværende tidspunkt**

<b><u>Afdeling X</u></b>	<b><u>Afdeling Y</u></b>
Ofte lige engagement	Ofte ulig engagement
Ofte høj grad af tværfagligt samarbejde	Ofte svagt tværfagligt samarbejde
Ofte flydende faggrænser	Ofte stærke faggrænser
Sjældent kampe ml professionelle	Ofte tydelige kampe ml professionelle

Forskellene mellem afdelingerne kan formodes at være begrundet i afdelingernes forskellige måder at gribe akkrediteringsprocessen an på. Afdelingsledelsen i afdeling X har valgt en bottom-up-inspireret implementeringsstrategi med høj grad af tværfaglig samarbejde, og afdelingsledelsens interne samarbejde er endvidere præget af fælles ledelse, teamånd og helhedstænkning. Ledelsen fungerer dermed meget som et kommunikationsorgan jf. Eriksens ideal. Afdeling Y har modsat valgt en mere top-down-inspireret implementeringsstrategi. Endvidere har afdelingsledelsen primært valgt at varetage implementeringsopgaven inden for deres egne professioner, og har således valgt at uddelegere opgaver til hinanden indbyrdes, hvorfor ledelsen har mere karakter af et markeringsorgan. I det efterfølgende undersøges denne sammenhæng nærmere.

---

## 7.3 Afdeling X

Afdelingsledelsen i afdeling X kan karakteriseres som en fælles afdelingsledelse, da afdelingsledelsen består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Den fælles afdelingsledelse har karakter af at være et kommunikationsorgan jf. Eriksens ideal omkring teamledelse, hvilket der vil blive redegjort for i nedenstående.

### 7.3.1 Afdelingsledelsen som kommunikationsorgan

Både den ledende overlæge og den ledende oversygeplejersker giver udtryk for, at det er meget vigtigt for dem at fremstå som en fælles afdelingsledelse. Den ledende overlæge udtaler fx: *"Ledelsen, det er ikke sådan en todelt afdeling, hvor du er en der er lægernes leder og en der er sygeplejerskernes leder. Typisk til de lidt sådan større møder, der stiller vi os op begge to, og siger at det er vores udmelding."*(36). Afdelingsledelsens intention er bevidst at signalere, at de holdningsmæssigt er enige og ikke kan "opsplittes". De har netop fokus på at fremstå som én enhed, der er præget af gensidig tillid og kommunikation. Jf. Eriksen er det netop vigtigt, at ledelsen signalerer dette, hvis medarbejderne skal opfordres til tværfagligt samarbejde. Afdelingens læger og sygeplejersker opfatter ligeledes afdelingsledelsen som én enhed. En overlæge siger fx *"Helt oppe fra afdelingsledelses niveau, der fornemmer jeg at vi har et godt samarbejde med den ledende sygeplejerske og den ledende overlæge. Der foregår ikke skjulte magtkampe eller historier om "den anden gruppes fejltrin", så jeg oplever, at der er en udpræget tillid mellem grupperne."*(130). Sidste del i overlægens udtalelse indikerer, at det samarbejde, der er forankret i afdelingsledelsen, også kommer til udtryk mellem de professionelle. At det er synligt, at afdelingsledelsen agerer ikke-strategisk og betragter hinanden som værende ligeværdige, frie og kompetente i dialogen omkring akkreditering, indikerer endvidere, at ledelsen realiserer elementer af værkstedsmodellens idealer.

Afdelingsledelsen er netop et forholdsvis nyetableret ledelsesteam. Den ledende overlæge har været ansat i stillingen i halvandet år, og den ledende oversygeplejerske har været ansat i stillingen i 7 år. Den forhenværende ledende overlæge blev ansat i slutningen af 90'erne. Hun nævner, at der skete et skifte i ledelsesstilen, da afdelingsledelsen blev skiftet ud i slutningen af 90'erne: *"Vi*

---

*havde måske en lidt anden indstilling til ledelse og til samarbejde, end den forrige havde.”(44). Det kommer til udtryk i interviewet, at en mere traditionel søjle-opdelt ledelsesstil gjorde sig gældende før ledelsesskiftet, hvorimod den forhenværende ledende overlæge lagde vægt på tværfagligt samarbejde. Den nuværende ledende oversygeplejerske udtrykker, at hendes møde med afdelingen var et kulturchok: ” Og da jeg startede her, der fik jeg sådan lidt af et kulturchok, for jeg tænkte, hold da op, her har vi lægerne, her har vi sygeplejerskerne og her har osv. Snakker de aldrig sammen? Eller hvordan er det lige? Og det er blevet meget bedre ”(59). Den ledende oversygeplejerske fremfører i denne forbindelse, at baggrunden for, at det tværfaglige samarbejde er blevet bedre, er, at der er blevet stillet spørgsmålstejn ved den søjle-opdelte ledelsesstil: ”Altså et eller andet sted skyldes det måske også, jeg jo blandt andet er kommet med nogle helt andre øjne og har sat spørgsmålstejn ved alle de her søjler.”(59). I forbindelse med de nye afdelingsledelser, ser ledelsesstilen således ud til at have bevæget sig fra at være traditionelt forankret til nu at fokusere på samarbejde på tværs af ”søjlerne”. Afdelingsledelsen ser således til at have gjort op med den institutionaliserede traditionelle søjletænkning, jf. kapitlet *Kontekstualisering*. Dette opgør synes at afspejle sig i den ledelsesstil, afdelingsledelsen har udøvet i forbindelse med akkrediteringsprocessen, hvilket vil blive uddybet nedenfor.*

### **7.3.2 Bottom-up-inspireret implementeringsstrategi**

Afdelingsledelsen har primært valgt at anvende en bottom-up-inspireret implementeringsstrategi, i forhold at skabe mening og ejerskab blandt sine medarbejdere omkring akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling. Afdelingsledelsen har grebet de nævnte ledelsesudfordringer an ved bl.a. at etablere tværfaglige arbejdsgrupper for derved at imødekomme udfordringerne i at skabe et lige stort engagement blandt lægerne og sygeplejerskerne. Dette vil der i afsnittet nedenfor blive redegjort for.

#### **7.3.2.1 Tværfaglige arbejdsgrupper**

I afdeling X indledte man forberedelserne til akkreditering med at etablere en tværfaglig ”akkrediteringsgruppe” bestående af en klinisk oversygeplejerske, en overlæge og repræsentanter fra alle X’s afsnit. Den tværfaglige gruppe havde til formål at operationalisere hospitalets vejledninger til håndterbare vejledninger i

---

afdeling X, hvilket indebar at analysere afdelingens arbejdsgange, og om der i den forbindelse skulle ændres på disse. Derudover havde gruppen til opgave at videreforme vejledningen til de andre medarbejdere i afdelingen (57). Afdelingsledelsen blev dog opmærksom på, at denne selv burde forankres i den tværfaglige gruppe, da afdelingsledelsen mellem første og anden akkrediteringsrunde oplevede, at medarbejderne beklagede sig til afdelingsledelsen over den tværfaglige gruppes beslutninger. Afdelingsledelsen sad således med i gruppen både ved anden og tredje akkrediteringsrunde med ønsket om at signalere overfor medarbejderne, at ledelsen bakkede op om gruppens arbejde. "Akkrediteringsgruppen" har således været nedsat periodevis i forbindelse med akkrediteringsrunderne.

Afdeling X har dog i hele akkrediteringsperioden løbende anvendt tværfaglige arbejdsgrupper med medarbejderinvolvering. De har dog ikke altid været direkte afledt af akkrediteringsprocessen, men har været igangsat som følge af andre initiativer i afdelingen, hvilket vil blive nævnt nedenfor. De tværfaglige arbejdsgrupper har vist sig at have en betydelig indflydelse på de professionelle arbejder med akkrediteringsstandarder og dermed tværfaglig kvalitetsudvikling.

Der har været tværfaglige grupper, der har arbejdet med konkrete problemstillinger bragt op af medarbejderne selv. Den ledende overlæge i afdeling X nævner, at gruppearbejdet ofte tager udgangspunkt i emner, som de enkelte medarbejdere føler, giver mening eller emner, der er udsprunget af en given episode. Problemerne analyseres derefter nærmere i gruppen med henblik på at forbedre arbejdsgangene. De nævnte emner kunne fx være udsprunget af en logbog, afdelingsledelsen tog initiativ til i starten af akkrediteringsperioden, hvori man skulle skrive, hvis man som medarbejder havde spørgsmål, undren eller mente noget ikke var godt nok. Denne logbog fungerede både som "lynafleder", idet medarbejderne kunne nedskrive deres frustrationer, men synliggjorde også problemstillinger, som sidenhen blev bearbejdet i de tværfaglige arbejdsgrupper. Den ledende oversygeplejerske nævner, at netop denne logbog koblet sammen med tværfagligt gruppearbejde gav en mere dynamisk og konstruktiv proces. Et eksempel på et indsatsområde er fx, at der pt. er en tværfaglig arbejdsgruppe med en overlæge, en læge under uddannelse og sygeplejersker fra sengeafsnit og ambulatorium, der er ved at udarbejde en kvalitetssikringsplan i forhold til urinvejsinfektion. Andre arbejdsgrupper behandler fx emner som astmabehandling, stuegang i grupper, nye

---

arbejdsgange i modtagelsen eller nye arbejdsgange i ambulatorium funktionen. Afdelingsledelsen søger således for, at der skabes fora i form af tværfaglige arbejdsgrupper, hvor der netop kan gives "feedback" på det, der fx er skrevet i logbogen.

Som følge af at afdeling X i 2008 skulle fusioneres med Amager Hospitals "afdeling X", besluttede afdelingsledelsen i 2006 at gennemgå en Lean-proces med det formål at granske afdelingens arbejdsgange samt undersøge, hvorledes afdelingen kunne opnå en højere kvalitet for den samme eller mindre mængde arbejde. Tværfaglige arbejdsgrupper blev etableret med det formål at analysere egne arbejdsopgaver og arbejdsgange med "Lean"-briller, og forsøgte derefter at rationalisere arbejdsgangene, således effektiviteten øgedes. "Rationaliserings-effekten" af Lean-processen var ifølge den forhenværende ledende overlæge minimal. Dog synes effekten i større grad at være, at hele tankegangen omkring optimering af arbejdsgange samt anvendelse af medarbejderinvolvering slog igennem i afdelingen (31ff).

Tværfaglige arbejdsgrupper er yderligere blevet etableret i forbindelse med afdeling X's journalaudits, der er iværksat som følge af akkrediteringsprocessen. Jævnligt udtages 5 til 10 journaler tilfældigt blandt udskrevne patienter, hvorefter en til to sygeplejersker og et tilsvarende antal læger gennemgår journalerne for, om de opfylder akkrediteringskravene. I begyndelsen varetog afdelingsledelsen selv opgaven, men fandt hurtigt ud af, at det var en stor "øjenåbner" for medarbejderne, hvis de selv fik lov til at foretage journal audits, fordi de dermed fik at se, hvorvidt kravene var opfyldt. Ved at etablere tværfaglige grupper fik afdelingsledelsen udbredt en større forståelse for, hvad det drejede sig om i afdelingen og fik dermed større accept af, at kravene til journalen skulle opfyldes. Ifølge en sygeplejerske fra afdeling X skiftes sygeplejerskerne til at deltage, da de netop finder arbejdet sjovt (88).

### **7.3.3 Bevæggrund for anvendelse af tværfaglige grupper**

Afdelingsledelsen har, jf. ovenstående, løbende benyttet sig af tværfaglige arbejdsgrupper. Den ledelsesmæssige intention med anvendelse heraf er, at medarbejderne skal engageres og gennem argumentationsudveksling opnå en fælles forståelse og enighed med hinanden omkring arbejdet med akkrediteringsstandarder, herunder hvilke problemstillinger og løsninger der gør

---

sig gældende ved ændringer i arbejdsgange. Den ledende overlæge udtrykker fx i forbindelse med, hvorledes ledelsen har forsøgt at motivere medarbejderne omkring arbejdet: *"Der har vel været to måder. Den ene er at gentage, at gentage, at gentage og argumentere og forklare hvorfor er det her vigtigt. Og den anden, det er jo og gennem nogle arbejdsgrupper at finde ud af, at det her er faktisk noget der er væsentligt (...) der er ingen tvivl om, at det sidste er den langt mest effektive måde. At personalet selv finder ud af at her er et problem. Så gror det."*(30). Afdelingsledelsen er netop opmærksom på, at det er givtigt at etablere arenaer, hvor medarbejderne aktivt kan diskutere forslag og planer med hinanden, med henblik på at skabe en fælles forståelse herom.

Den ledende oversygeplejerske nævner i forbindelse med det tværfaglige gruppearbejde, at medarbejderne netop skal have et sted, hvor de kan mødes og udveksle meninger, hvis der fx er arbejdsgange, som er uhensigtsmæssige og skaber frustrationer i de forskellige faggrupper. Herved kan den bedste løsning eller arbejdsgang findes: *"Og der har vi prøvet at lave det sådan lidt, altså nedsat en arbejdsgruppe med læger og sygeplejersker og sekretærer og så startet med at sige: Jamen hvordan er det så, verden ser ud nu? Hvad er det der? Og der kan man nok godt opleve, at det kan der være rigtig mange meninger om, hvordan verden ser ud. Folk siger: "Nå, gør du sådan? Jeg gør sådan." "Nej jeg gør noget helt andet." Fordi ting har det med at skyde knopper (...) At så finder man en vej. Og det skal man også kunne. Men så får vi sådan efterhånden beskrevet, jamen hvordan ser det ud? Hvor er det problemerne er, hvad er det vi støder ind, som vi skal have ændret og så har vi så fået sat nogle ting i værk (...)"*(54). De professionelles divergerende verdensanskuelser har således mulighed for at komme til udtryk i sådant et forum. Herefter får arbejdsgruppen beskrevet, hvilken løsning man i fællesskab er kommet frem til, og løsningen virkeliggøres ofte efterfølgende med ledelsens opbakning (54).

Afdelingsledelsen har en tro på, at kvalitetsudvikling skabes med udgangspunkt i de medarbejdere, der har kendskab til de berørte arbejdsgange. Tværfagligt gruppearbejde er netop ifølge den ledende overlæge et mødested, hvor ideer kan blomstre på tværs af professionsgrænser. I forbindelse med fx Lean-processen, jf. ovenstående, kommenterer han udbyttet af anvendelsen af tværfaglige grupper samt ledelsens position: *"(...) det var tværfaglige arbejdsgrupper og det var rigtig rigtig givende. Fordi det er det jeg har mest imod topstyring. Det er den der tro på, at ledelsen har de bedste ideer. Det skulle da*

---

være en besynderlig ledelse. Altså at de lige pludselig tilfældigvis skulle have ALLE de bedste ideer. Altså, de dukker op de der fremragende ideer, og der er kommet nogle brillante ideer. Så skal de lige op, og så kan det være de skal formes til. Og så kan det være, at der skal lidt ledelse ind over, hvordan får vi nu arrangeret det her. Men det er utrolig vigtigt, at man griber det der. Dels sidder de meget meget bedre fast altså i organisationen. Og ofte er de også bedre.”(31). Afdelingsledelsen har i denne forbindelse en tilbagetrukket karakter med fokus på at skabe ledelsesmæssig opbakning samt virkeliggøre de gode ideer. De har således blot en form for observationsstatus, hvilket netop er idealet i værkstedsmodellen. En sygeplejerske fra afdeling X giver også udtryk for, at de medarbejdere, der inddrages i gruppearbejdet, netop er ”eksperter” på deres områder, og at ledelsen i realiteten har en mere neutral tovholderfunktion: ”De har været med til at sørge for at møderne blev holdt, at der blev dannet og lavet en konklusion og at tingene blev videreudviklet. Men ikke at deres ord skulle have mere at skulle have sagt overhovedet. Det er ikke dem der farver hvordan det skal være”(110). Ved at ledelsen deltager som tovholder, får ledelsen en mulighed for at få stærkere føling med, hvad der egentlig rører sig på medarbejderniveau. Den ledende oversygeplejerske peger derudover på, at der er en stor signalværdi i at nedsætte en tværfaglig arbejdsgruppe, hvor ledelsen sidder med ved bordet, idet der så er ”attention på det og folk ved okay, det er altså alvorligt”(54). Brugen af tværfaglige arbejdsgrupper illustrerer endvidere, at ledelsen er lydhør overfor medarbejdernes forslag og ideer omkring ændrede arbejdsgange.

Det kan således argumenteres for, at afdelingsledelsen qua etablering af tværfaglige arbejdsgrupper har et ”værktøj” til at give medarbejderne indflydelse på en proces, der ifølge afdelingsledelsen er topstyret. En bottom-up-inspireret implementeringsproces indgyder ifølge afdelingsledelsen nemlig til engagement og deltagelse i den konkrete udformning samt etablering af gode ideer formet af medarbejderne. Afdelingens ledelsesstil kan således karakteriseres som en procesorienteret ledelsesstil, hvor ledelsen direkte engagerer sig i arbejdet med akkrediteringsprocessen og dermed har direkte føling med, hvorledes denne udvikling forløber. Afdelingsledelsen procesorienteret ledelsesstil kommer også til udtryk ved, at afdelingsledelsen er opmærksom på opfølgning af de initiativer, de iværksætter i forbindelse med kvalitetsudvikling. Disse initiativer redegøres der for løbende i analysen.

---

### 7.3.4 Hvordan har de tværfaglige arbejdsgrupper fungeret?

Det tværfaglige gruppearbejde i afdeling X har i høj grad båret præg af opfyldelse af værkstedsmodellens idealer, hvilket i dette afsnit vil blive uddybet.

Det tværfaglige gruppearbejde danner netop en positiv ramme om løsning af problemer på tværs af professionelle. En overlæge udtrykker fx: *"Det foregår oftest sådan i vores afdeling, at vi starter med en brainstorming på, hvad er der af muligheder for at løse det her problem. Og kan vi uddybe problemet egentligt. Og ud fra det forsøger vi at lave en prioritering af, hvad er det især vi skal gå efter. Og så sidder vi og supplerer hinanden mægtig godt, fordi vi har forskellige briller på. Det virker for mig, at det er tydeligt for alle, at der ikke er nogle af parterne, som kan løse problemet selv, fordi vi er begge to indblandet i arbejdsprocessen."*(126). Oplevelsen af at dialogen er konstruktiv tilkendegiver den ledende oversygeplejersker også: *"Det er jo igen noget med ikke at stå på sit og så blive stående, men at give og tage, sådan at der bliver plads til alle. Så jeg oplever det egentlig meget konstruktivt vil jeg sige."*(54). Udsagnet indikerer også, at de professionelle netop evner i dialogen at indrømme, at de kan skifte opfattelse i tilfælde, af de bliver mødt med bedre argumenter.

Den ledende overlæge fremfører ligeledes, at tværfagligt gruppearbejdet har givet en positiv synergieffekt i afdelingens arbejde med nye arbejdsgange: *"Det, at man kan se, at man i fællesskab har kunnet opnå noget. Det har også givet sådan et selvværd og det har så styrket det. Og der er helt klart sket... Og det har så givet en synergieffekt."*(32f). Den ledende overlæge bemærker endvidere, at tværfagligt gruppearbejde har medvirket til at styrke samarbejdet og faggrænserne er nedtonet i gruppearbejdet: *"Det seneste tværfaglige arbejde, det var de her fusionsgrupper, og de bar virkelig præg af tværfaglighed. Altså, når man sad, så nogle gange så glemte man jo, hvem der egentlig var lægen og hvem der var sygeplejersken. Fordi der blev det sådan ping pong, så kunne vi gøre sådan og sådan. Og så går du lige hjem og arbejder med det og så... Og der var meget respekt om hinanden. Det var ikke at den ene skulle servicere den anden eller, at det ved du heller ikke noget om(...) Det er blevet meget meget mere fleksibelt på de senere år."*(34). I tværfagligt gruppearbejde kommer det således til udtryk, at de professionelle betragter hinanden som lige kompetente, frie og ligeværdige i dialogen omkring arbejdsgange, idet "bevidstheden" om hinandens faggrænser nedtones for netop at skabe tværfaglig kvalitetsudvikling.



---

At der er respekt om hinanden, og at man anerkender hinanden synes at betyde, at man tager modpartens udsagn alvorligt, samt at en ikke-strategisk adfærd gør sig gældende.

### 7.3.5 Det tværfaglige gruppearbejdes afsmittende effekt

Det tværfaglige gruppearbejde synes at have en afsmittende effekt på det tværfaglige samarbejde i dagligdagen, idet der i gruppeprocessen skabes indsigt og forståelse for hinandens opgaver og arbejdsområder. Den forhenværende ledende overlæge har netop observeret meningsbrydningen afføde en forståelse og indsigt for hinandens opgaver i forbindelse med det tværfaglige samarbejde i dagligdagen: *"(...) det medførte nogle diskussioner om, hvad det så er, vi skal gøre konkret i vores afdeling for fx at opfylde den og den standard. Så jeg synes, at det medførte en betydelig bedring af det tværfaglige samarbejde. Måske også en bedre forståelse for hinandens arbejdspligter."*(41).

Afdelingsledelsens syn på, hvorledes det tværfaglige samarbejde udmønter sig i dagligdagen, synes at være i god overensstemmelse med de "menige" medarbejders opfattelse af, hvordan samarbejdet fungerer. Fx opfatter en overlæge netop det tværfaglige gruppearbejde som medvirkende til at nedbryde de skarpe faggrænser imellem de professionelle i dagligdagen: *"Der mener jeg, at afdelingen her er karakteriseret af en meget stor grad af tværfaglighed. Jeg synes, og det har jeg også arbejdet meget på, at det er uhensigtsmæssigt at have alt for skarpe faggrænser. Sygeplejersker og læger har naturligvis hver deres opgaver, men hvis de arbejder sammen om dem og hjælper hinanden i mange sammenhænge, og ikke lader det være for skarpt opdelt, så kommer det til at fungere bedst. Så jeg tror, at vi i meget høj grad har opfattet det som det som et fælles projekt."*(116).

Overlægen taler ligefrem om, at samarbejdet er blevet så godt, at der er sket en arbejdsplads assimilation jf. Abbotts teori, da han argumenterer for, at sygeplejerskerne i realiteten kan besidde en viden, der bevirker, at de kan varetage den konkrete udførelse af en given arbejdsopgave, som lægerne traditionelt varetager. Omvendt er overlægen villig til at udøve traditionelt plejearbejde, hvis det bevirker, at arbejdsgangen flyder bedre: *" Hvis de føler, at de er kompetente til, så lad være med at sige, at det her er ikke en sygepleje opgave. Det er en lægeopgave. Opløst er mange af de faggrænser, hvis*

---

sygeplejerskerne skal ordinere noget astmamedicin eller hvis der skal ordineres noget astmamedicin til en patient så, ved at vide hvilken faglighed du selv har og hvis det ligger inden for det, du mener, du kan klare, så gør det dog. Jeg har da tillid til at sygeplejersker er i stand til at vurdere, hvad grænserne for deres kompetencer er, selv. Og det samme kan man da sige, jeg er da ikke anderledes, at jeg kan da sagtens lave noget sygeplejearbejde, eller noget som det er defineret som, at det er sygeplejerskernes opgave. Det har vi gjort i forskellige dele af afdelingen, hvor vi har sagt: "Det der er sygeplejerskens og det der er lægens, men herre og gud, hvis vi lige kommer på tværs af det osv., så glider det jo meget nemmere."(116). Overlægens udtalelse er netop et eksempel på, at kampene om jurisdiktion kan blive erstattet af tværfagligt samarbejde, hvilket jf. overlægen, netop er nødvendigt for at få løst en konkret arbejdsopgave; i dette tilfælde ordination af astmamedicin. Grænserne for hvem, der gør hvad, kan således karakteriseres som værende mere flydende i afdelingen, hvorfor de professionelles arbejdsområder netop har tendens til at blive opløst i afdeling X. Som der omtales i ovenstående opstår der en vidensoverførsel, der i praksis betyder, at andre professionelle end lægerne, fx sygeplejerskerne, lærer en håndterlig udgave af arbejdsopgaven og derved kan udføre arbejdet. Et vigtigt aspekt heri er, at overlægen netop har tillid til og respekt for, at den enkelte sygeplejerske selv kan vurdere, hvorvidt vedkommende kan håndtere "læge"-opgaven.

En sygeplejerske har netop samme fornemmelse af, at det er legitimt, at sygeplejersker varetager traditionelt definerede lægeopgaver, hvis de har kendskab til, hvorledes de skal håndtere opgaven: "Og der er meget respekt om, at hvis man er sygeplejerske og tager imod [red. patienten], som man kender forløbet på, så må man godt selv gå i gang med noget, uden lægen har nået at se det, fordi den respekt er der imellem os."(106f).

Ifølge den ledende oversygeplejerske er det netop forældet at fokusere på traditionelle "lægeopgaver" og "sygeplejeopgaver". Fokus bør i stedet være optimering af arbejdsgange for at udnytte ressourcerne ordentligt: "Man er blevet mere bevidst om, at man ikke bare kan køre der ud af i søjler. Man er altså nødt til at snakke sammen, fordi hvad den ene gør, påvirker den anden og den tredje og den fjerde (...) Der er jo mange af akkrediteringsstandarderne, som kræver, at man ved hvem, der laver hvad og hvorfor, så på den måde har akkrediteringsprocessen også været godt for at bedre det tværfaglige samarbejde"(58).

---

Overordnet ser det ud til, at det tværfaglige samarbejde forløber konstruktivt. Den ledende oversygeplejerske giver udtryk for, at der ikke er synlige konflikter mellem professionelle: "(...) *hvordan selve processen skal være og instruksen og vejledningerne og sådan noget. Det synes jeg ikke, jeg har oplevet de store sværdslag over. Ikke sådan så vi har siddet og råbt og skreget af hinanden.*"(52). Dog peger den ledende oversygeplejerske på, at der kan opstå frustrationer i forbindelse med efterlevelsen af de "tværfaglige aftaler": "*Og hvis og når vi så arbejder med arbejdsgange ud fra, hvordan vi bedst kan nå det hele, og hvis så den ene halvdel ikke gør de ting, der skal gøres og den anden halvdel hele oplever, at man skal samle op på det. Det skaber frustrationer. Altså, vi er efterhånden derude, altså vi er meget afhængige af at man gør, som man aftaler.*"(52f). Et konkret eksempel på disse frustrationer er fx ved indhentelse af informeret samtykke, hvor de professionelle på nuværende tidspunkt ikke har fundet frem til konsensus. Dette uddybes nedenfor.

### 7.3.6 Mislykket konsensus

Den ledende oversygeplejerske beskriver, at i flere år har sygeplejerskerne kæmpet for *ikke* at få pålagt opgaven omkring dokumentation af indhentelse af informeret samtykke jf. Hvidovre Hospitals Kvalitetshåndbog: "*Så kigger de [red. lægerne] bebrejdende på os sygeplejersker og siger det er også for dårligt. Så siger jeg ja, men vi bliver nødt til og dele den her fordi, det er jo ikke sygeplejerskerne, der skal fortælle patienterne om deres medicin. Og det er jo en lægelig opgave og jeg kan jo ikke, jeg har ikke rigtig fantasi til at forestille mig, hvordan man kan skrive, at patienten samtykker til behandling, hvis man ikke har fortalt hvad man stopper i munden på dem eller hvad man gør ved dem. Så er det er en lægelig opgave. Resten det skal vi nok tage os af. Og den har været svær at komme igennem med, men sådan, alle har da godt vist det, men det var da meget bedre, hvis sygeplejerskerne kunne skrive, at nu havde de fortalt om medicinen. Men man skal ikke købe alting. Der er nogle ting, hvor man må sige, det er ikke rimeligt.*"(57). Sygeplejersker kæmper således for ikke at opnå retten til denne arbejdsopgave, idet de ud fra en plejefaglig vurdering ikke mener, at den bør tilfalde sygeplejerske. Ifølge sygeplejerskerne ligger dokumentationsopgaven i naturlig forlængelse af lægens opgave omkring orientering af patienten.

---

Omvendt finder fx en overlæge dokumentationsopgaven omkring informeret samtykke irrelevant og meningsløs: ” *Det er jo ganske overflødigt, fordi på [red. afdeling-X], der vil du ikke foretage dig noget som helst uden at du har informeret [red. patienten] eller uden at [red. patientens pårørende] er orienteret. Og nødvendigheden af at skrive det hver eneste gang er jo dermed fuldstændigt pip og man kan for den sags skyld også sige, hvad mening har det på en medicinsk afdeling, hvor der ligger en 92-årig mere eller mindre dement dame, og så have fortalt hende om eventuelle bivirkninger til noget medicin, og så er hun informeret og samtykker, men der ligger jo ikke den fjerneste kontrol af, om hun har forstået et kvæk af det hele. Og den slags formalia bliver jeg i hvert fald træt af. Det gider jeg ikke.*”(114f). Overlægen søger ikke direkte at ”skubbe” opgaven over til sygeplejerskerne, men afholder sig i stedet for at opfylde akkrediteringskravet.

Det interessante ved dette eksempel er, at dette synes at være en situation, hvor det ikke er lykkedes for de professionelle at nå frem til konsensus, selvom de har forsøgt i flere år. Ifølge Eriksen skal de netop sætte sig ind i hinandens forskellige forståelseshorisonter og gennem udveksling af argumenter efterprøve argumenterne i forhold til hinanden. Den kommunikative rationalitet opstår i det øjeblik, de professionelle finder forståelse for hinandens forskellige forståelseshorisonter. Man kan således formode, at de netop ikke har kunnet finde nogle fælles værdier, som de har kunnet holde deres kritiske refleksioner op imod, og dermed skabe en formel rationalitet, jf. Webers rationalitets-begreber.

### **7.3.7 Opsamling på tværfagligt gruppearbejde**

Anvendelsen af tværfagligt gruppearbejde har netop i afdeling X dannet ramme om udbredelsen af elementer af værkstedsmodellens idealer. Det tværfaglige gruppearbejde har været et mødested, hvor meninger netop har kunnet brydes, og der har ofte kunnet skabes en fælles forståelse af problem og løsning af diskuterede problemstillinger gennem gensidig udveksling af argumenter. Det synes at være tilfældet, at de professionelle ikke agerer strategisk men i stedet konstruktivt i dialogen med hinanden. De betragter synligt hinanden som værende potentielt lige kompetente, frie og ligeværdige, da de giver udtryk for, at de lytter til hinanden, anerkender hinandens udsagn og tager hinanden alvorligt i forbindelse med diskussioner omkring arbejdsgange og rutiner. Der således ikke tale om store kampe eller konflikter imellem de professionelle generelt. Afdelingsledelsen har således formået at få værkstedsmodellen til at vinde

---

udbredelse, hvilket ser ud til at nedtone de professionelle evt. strategiske aktiviteter eller interessemodsætninger i beslutningsprocessen omkring ændringer i arbejdsgange, og dermed skabe gunstige rammer for at tværfaglig kvalitetsudvikling kan blomstre. En fortsat udbredelse af værkstedsmodellens idealer ser ud til at blive understøttet af afdeling X's ledelsesgrundlag for 2009-2010. Heri er der nedfældet og operationaliseret værdier for samarbejdet mellem medarbejderne i afdelingen. Værdierne er: *Faglighed, arbejdsglæde, tillid og respekt, og engagement*. Værdigrundlaget har stort fokus på, at alle er en del af helheden, at man lytter til hinanden og har viljen til at forstå hinanden, at man er lydhør overfor nye og andre måder at gøre tingene på, at der er accept af og konstruktiv brug af personlige og faglige forskelligheder osv. Se bilag 11. (Afdeling X *Ledelsesgrundlag* 2009-2010:2).

Et stort fokus på forbedring af arbejdsgange, tilstedeværelsen af værkstedsmodellens idealer, udviklingen af et stærkere tværfagligt samarbejde, nedtoning af faggrænser, og forholdsvist sjældne konflikter mellem professionelle, synes at speede processen op omkring udvikling af tværfaglig kvalitet i afdeling X.

### 7.3.8 Andre ledelsesinitiativer

I afdeling X er der også andre ledelsesinitiativer, der ikke direkte er møntet på udviklingen af tværfaglig kvalitet, men som ser ud til at influere og sætte fokus på tværfaglig kvalitetsudvikling i afdelingen generelt.

Afdeling X foretager både *journal-audits*, initieret af de enkelte afsnit i afdelingen, samt *registrerings/journal-audits*, initieret af kvalitetsafdelingen på hospitalet. Afdelingen gennemfører således ikke kun "pålagte" interne kvalitetsrevisioner, men gennemfører også egne "*som vi synes væsentlige for os*", som den ledende overlæge udtaler (29). Afdelingsledelsen søger at motivere og engagere medarbejderne i kvalitetsudvikling ved hyppigt at foretage interne audits i afdelingen. Den ledende oversygeplejerske udtrykker fx: "*Så det er simpelthen blevet en del af årets gang*."(50). Kombineret med tværfaglige diskussioner af målingernes resultater, kan det netop argumenteres for, at fokus på kvalitetsudvikling fastholdes mellem akkrediteringsrunderne.

Afdelingen har også såkaldte "*nøglepersoner*"; sygeplejersker, der udover at varetage plejefaglige opgaver har fokus på et specifikt indsatsområde, fx

---

hygiejne eller ernæring. I og med at de kender til de lokale arbejdsgange, er deres funktion at omsætte hospitalets vejledninger og instrukser til meningsfulde arbejdsgange inden for det område, de har fokus på, samt holde sig opdateret på området. Ifølge en sygeplejerske er det frivilligt at varetage sådan en opgave. Sygeplejersken lader forstå, at sygeplejerskerne motiveres, fordi det giver en faglig tilfredsstillende tilstand at se, at instrukserne implementeres meningsfuldt, og at der sker et kvalitetsløft i den forbindelse (68). Nøglepersonerne fungerer således som en slags tovholdere, der har specifikke "briller" på, fx "hygiejne-briller", og som kan vejlede både læger og sygeplejersker om vejledninger/instrukser inden for "sit" område. Nøglepersoner er således også medvirkende til at holde et vedholdende fokus på specifikke indsatsområder hos begge faggrupper, hvilket må formodes at påvirke kulturen omkring kvalitetsudvikling.

Ud fra overbevisningen om at "(...) *vi kan ikke korrigere alting hele tiden*" har afdelingsledelsen også igangsat *kampagner*, hvor der skiftevis blev sat fokus på forskellige indsatsområder. Kampagnerne har karakter af gentagelse af, men også dialog med medarbejderne om, hvorledes akkrediteringskravene skal opfyldes, hvilket synes at påvirke det interne fokus kvalitetsudvikling.

Afdelingsledelsen benytter sig også af forskellige skriftlige kommunikationsformer i forbindelse med det løbende fokus på kvalitetsudvikling i afdelingen. De anvender fx et akkrediterings-nyhedsbrev, der fx indeholder information om, løbende status eller afdelingens resultat efter en akkrediteringsrunde. Herved opnår afdelingsledelsen at give en skriftlig feedback, som når ud til alle medarbejdere i afdelingen. Derudover sendes der ofte "alle-mails" ud, hvis medarbejderne fx skal gøres opmærksomme på nye vejledninger eller ændringer mv.

Ovenstående ledelsesmæssige initiativer; anvendelsen af egen journal-audits, nøglepersoner, kampagner og mails har ifølge informanterne haft en positiv betydning for udviklingen af en tværfaglig arbejdskultur i afdelingen.

### **7.3.9 Lokale kontekstuelle elementer**

I afdeling X er der også et andet initiativ, der synes at påvirke udviklingen af en tværfaglig kvalitet i afdeling, nemlig udbredelsen af en tværfaglig elektronisk patientjournal. Afdelingen har en *tværfaglig elektronisk patientjournal*, der ifølge

---

afdelingsledelsen både giver faggrupperne indsigt i hinandens arbejdsområder, men også arbejdsgangene, idet der ikke dobbelt dokumenteres. Den tværfaglige elektroniske patientjournal er således et redskab, der kan styrke samarbejdet mellem de professionelle samt skabe forståelse for hinandens arbejdsopgaver, hvilket ser ud til at påvirke den tværfaglige kvalitetsudvikling i en positiv retning (61).

Udover den tværfaglige elektroniske patientjournal, synes afdeling Xs type af patienter at betyde, at lægerne i afdelingen har bestemte egenskaber, der netop er gunstige for etableringen af et tværfagligt samarbejde. En sygeplejerske fremfører fx: *"Jeg tror, at der er en generel forskel på forskellige afdelinger, og jeg tror, at [red. afdelings X læger] de er vant til at tænke anderledes, fordi de har med [red. X-patienter] at gøre (...) de er vant til hele tiden at være omstillingsparate og at tingene er uforudsigelige."*(93). En anden sygeplejerske beskriver typen type af læger i afdelingen således: *"Jeg tror også, at det kræver noget personlighedsmæssigt for at lægerne arbejder inden for det speciale. Og det kan godt være, at lige der adskiller det sig lidt fra andre specialer. At man er vant til at arbejde sådan lidt mere dynamisk. Også fordi det at arbejde med [red. navn patientgruppen], er også et specielt område, fordi der er mange gange, hvor du ikke bare kan sige, at nu gør vi altid sådan her. Fordi man er på mange måder nødt til at lave tingene mere individuelle og tilpassede."*(76). Begge citater tegner et billede af lægerne i afdeling X som omstillingsparate og fleksible, hvilke er egenskaber, der netop understøtter en kommunikativ dialog. I relation til denne beskrivelse af lægerne kommenteres det, at lægerne, i forbindelse med ovennævnte egenskaber, har gode "snakke-egenskaber", og at der forefindes en "snakke-kultur" på tværs i afdelingen. Den ledende overlæge siger fx: *"(...)vi snakker sammen på en anden måde. Det siger i hvert fald folk, der kommer ude fra. At kulturen i en [red. X-afdeling] er helt helt anderledes og jeg tror at den er langt mere tværfaglig og har altid været langt mere tværfaglig."*(47). Afdelingens medarbejdere og specielt lægerne, til forskel fra læger fra andre specialer, besidder en form for kommunikative kompetencer, idet disse kompetencer egner sig godt til specialets opgave-art. At have kommunikative kompetencer betyder dog også, at lægerne må formodes at have gode forudsætninger for at indgå i et tværfagligt samarbejde.

---

### 7.3.10 Et generelt skift i tiden og samfundet

Vedrørende oplevelsen af udviklingen af det tværfaglige samarbejde er der flere læger og sygeplejersker, der peger på, at akkreditering ikke nødvendigvis kan tages for indtægt at fremme det tværfaglige samarbejde alene. De peger på, at *tiden* og *samfundet* også har ændret sig, og at de traditionelle hierarkier og magtkonstellationer er blevet udvisket over tid. En sygeplejerske udtaler fx: *"Og tiden er bare, at det ikke er så formelt i sundhedsvæsenet, som det måske var for 30 år siden. Vi taler jo bare sammen. Man har måske børn i samme institution. Der er ikke så meget hierarki mellem plejepersonalet og læger, som der måske har været for nogle år siden, og det gør jo bare, at der er mange ting, som man bare snakker om foran en kop kaffe, hvor man bare lige får talt om: "Hey hvad med det, jeg forstod ikke helt det", som gør at samarbejdet bare er mere uformelt."*(80)

En overlæge kommenterer, at sygeplejerskernes "kamp" i samfundet for at blive anerkendt som selvstændigt fagområde, jf. kapitlet *Kontekstualisering*, også synes at have præget, hvorledes sygeplejerskerne i afdelingen har ageret gennem tiden: *"Da jeg kom her på Hvidovre Hospital, så var der en kultur som var meget fagopdelt. Den mest almindelige indledning på hvilken som helst sætning i [red. afdeling X], den lød som følger: "Vi fra sygeplejegruppen." Og den indledning er stort set forsvundet. Dels tror jeg, at det var en kultur som var særlig karakteristisk for Hvidovre Hospital de første år, det blev grundlagt, og dels blev den nok understøttet her på afdelingen af nogle oversygeplejersker, som var opdraget i en periode, hvor det var meget vigtigt for sygeplejerskerne at manifestere sig som et selvstændigt fagområde. Jeg er også blevet opdraget med at sygeplejerskerne skulle servicere lægerne og nu er vi jo også tilbage i 1960'erne og 1970'erne, og det kom der jo et mega oprør mod. Og de første oversygeplejersker vi havde, jeg tror, at de var opvokset i den tradition. Det værste en sygeplejerske kunne gøre var at hjælpe en læge på noget tidspunkt med noget praktisk. Der havde de også noget kvindepolitisk i det."*(117f). Ifølge overlægen udviklede det tværfaglige samarbejde sig som følge af, at det kvindepolitiske "forsvandt" og at kvinder uddannede sig til læger.

Perioden med kvindepolitik, sygeplejerskernes manifestation, samt nedtoning af de traditionelle hierarkier mellem professionelle ser således ud til at være kontekstuelle elementer, der gør sig gældende i forholdet mellem læger og



---

sygeplejersker på afdelingsniveau, og hvorledes mulighederne for tværfagligt samarbejde har udviklet sig.

### 7.3.11 Udvikling af tværfaglig samarbejdskultur

I takt med denne tværfaglige arbejdskultur er der også sket et skred i medarbejdernes holdning, specielt lægernes, til akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling. Disse forandringer vil blive beskrevet i afsnittet nedenfor.

Indledningsvist i analysen blev det beskrevet, at læger og sygeplejersker i begge afdelinger har taget akkrediteringsprocessen forskelligt til sig, hvilket ser ud til at være begrundet i, at de har divergerende kvalitetsopfattelser og prioriteringer. I afdeling X er der på trods af ovenstående beskrivelse over tid sket et skred i indstillingen til akkrediteringsprocessen blandt både sygeplejersker og læger. Fx udtaler en overlæge: *"I starten følte det meningsløst, som et eller andet påført ovenfra, som bureaukrati, som man ikke helt kunne forstå, hvad den dybere mening var med det. Men langsomt og sikkert blev det klart, at det kastede nogle gode nye arbejdsprocesser af sig, og at det faktisk var meningsfuldt det, de beskæftigede sig med. Så man kan sige, at fænomenet vandt langsomt men sikkert mere og mere respekt, også hos medarbejderne."*(124). Modstanden mod akkreditering som kvalitetskoncept er således langsomt "forsvundet" i takt med at "gode nye arbejdsprocesser" etableres.

Den forhenværende ledende overlæge har i forlængelse heraf specielt observeret en holdningsændring blandt lægerne, hvor det traditionelle fokus på udvikling af kvaliteten er blevet udvidet fra ikke blot at omhandle kvalitetsudvikling i den lægelige kerneydelse, til også at gælde mere "perifere" kvalitetsopgaver: *"Jeg vil sige, at fra den første gang, hvor vi blev akkrediteret, og til den næste gang, der var der sket en enorm udvikling, så næste gang kunne alle i personalegruppen, faktisk også lægerne, godt se at der var en hel del positive ting i det, på trods af at man stadigvæk ikke fokuserede på det, som vi kalder kerneydelsen. Men man kunne godt se, at mange af de krav der var, og som vi selvfølgelig havde opfyldt fordi det skulle vi, måske alligevel ikke var så dårlige, selvom det var perifere ting, fordi det er jo også sådan - men det kunne vi nok ikke se dengang - at hvis ikke at basis er i orden, så kan det være svært at kvalitetsudvikle og især svært at dokumentere."*(38).

---

At akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling opfattes som meningsfuldt, betyder, at medarbejderne også i det daglige arbejde har fokus på optimering af arbejdsgange, således at afdelingen på bedst mulig vis lever op til akkrediteringskravene. Den forhenværende ledende overlæge skitserer under interviewet, hvorledes medarbejderne netop over tid har fået akkrediteringstankegangen "under huden" i forbindelse med akkrediteringsrunderne: *"Men vi var vel nok, især mellem første og anden akkreditering, været for tilbøjelige til, at når det så var overstået, at falde tilbage til de gamle vaner, som vi bedst kunne lide og så glemme mere eller mindre alt om akkreditering, indtil de her prøveakkreditering kom, så måtte vi jo finde ud af det. (...)Til gengæld så mellem anden og tredje mener jeg, at vi har bibeholdt vanerne langt mere, også arbejdet mere indimellem med at få opretholdt og få videreudviklet de forskellige standarder og krav, sådan så vi faktisk kan dokumentere, men også gøre det i praksis, og egentligt også synes at det er okay."*(45f). Efter 3. akkrediteringsrunde er der også flere medarbejdere, der peger på at endnu et "holdningsskred" er sket. To sygeplejersker giver fx udtryk for, at den anstrengelse og nervøsitet, der har præget afdelingen ved de to første runder, ved 3. runde er blevet erstattet af en mere rolig og afslappet stemning, hvor alle har vidst, hvad det drejede sig om. *"Det har ikke følt helt lige som en eksamen på samme måde"* udtaler den ene af sygeplejerskerne (104). Sygeplejersken oplever i forlængelse heraf, at "pusten" omkring kvalitetsinitiativer ikke tabes af medarbejderne efter 3. runde, som før oplevet ved 1. og 2. runde (73).

### **7.3.12 Et fortløbende fokus på kvalitet**

Akkrediteringsprocessen ser ud til at have bevirket, at afdeling X i dag er præget af en "nysgerrighed" eller med andre ord "aktiv søgning" efter nye og bedre arbejdsgange. Det er både legitimt og naturligt at stille spørgsmålstejn ved den allerede etablerede praksis og metode. Akkrediteringsarbejdet synes i forlængelse heraf netop at have "gearet" afdelingen til at foretage forandringer som en naturlig del af arbejdet. En sygeplejerske udtaler fx: *"Men det gør også, at vi ikke er bange for noget nyt, synes jeg, i vores afdeling. Jeg synes lidt, at tidligere var der den holdning med: "Åh nej noget nyt igen", og det er der altså ikke: "nå nu er der noget nyt igen". Det er nærmest bare naturligt, at nu er der noget mere nyt (...) der er mange nye ting hele tiden på alle mulige planer og vi bliver bombarderet med alle de der mail hver dag: "Nu gør man sådan og nu gør man sådan."*(101). Det ser således ud til, at fokus fastholdes på den daglige

---

kvalitetsudvikling, hvor det, at kunne omstille sig til nye arbejdsgange og rutiner, opfattes som det en "naturlig" del af afdelingens arbejdskultur.

I afdeling X ser det ud til at læger og sygeplejerskers arbejde med akkreditering har bevæget sig ud over blot at fokusere på sikre, at kvaliteten har et vist minimumsniveau. Det ser ud til, at afdelingen har udviklet en tværfaglig arbejdskultur, hvor det er blevet naturligt for de professionelle konstant at have øje for optimering af arbejdsgange, hvorfor der kontinuerligt arbejdes med at udvikle kvaliteten.

---

## 7.4 Afdeling Y

Afdelingsledelsen i afdeling Y kan som afdeling X også karakteriseres som en fælles afdelingsledelse, da afdelingsledelsen består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Sammenlignet med afdeling X, har afdelingsledelsen i afdeling Y dog træk fra den type teamledelse, som Eriksen kalder et markeringsorgan. Dette uddybes nedenfor.

### 7.4.1 Afdelingsledelsen som et markeringsorgan

Medarbejderne i afdelingen giver udtryk for, at afdelingsledelsen i arbejdet med akkrediteringsstandarderne både har fremstået som en samlet enhed præget af enighed og som en afdelingsledelse, der har lagt vægt på hver deres professionsspecifikke arbejdsområder. De har fx bemærket, at den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske ofte har hver deres kæpheste i arbejdet med akkrediteringsstandarder, og disse ofte er i relation til det arbejdsområde, som deres specifikke profession har ansvaret for. Endvidere er deres opgaver meget opdelt efter hhv. sygeplejefaglige områder og lægefaglige områder. En sygeplejerske beretter om, hvorledes afdelingsledelsen har ageret i akkrediteringsprocessen: *"(...) Jeg synes vi nok er meget delt op i, at det er oversygeplejersken og afdelingssygeplejersken, som ligesom leder sygeplejepersonalet og så tager lægerne sig af deres eget [red. personale]."* (195).

Som et konkret eksempel på afdelingsledelsens opdeling af fagområder i akkrediteringsprocessen kan nævnes udarbejdelsen af afdelingens akkrediteringspjece, hvor de mest komplicerede procedurer skulle oversættes til mere alment sprog for medarbejderne (Afdeling Y- *Værd at vide om akkreditering* 2008). Her blev forskellige områder uddelegeret til de medlemmer af ledelsen, som traditionelt har varetaget sådanne opgaver som følge af deres professions-tilhørssted, hvilket er et typisk kendetegn ved et markeringsorgan ifølge Eriksen. Den ledende oversygeplejerske fortæller følgende om arbejdet med pjecen: *"(...) så sagde vi så, at det kan den lave, det kan den lave og det kan den lave, efter hvad vi havde forudsætninger for hver især (...) Jeg nappede så nogen af de lidt mere praktisk ting, som jeg var god til. Så prøvede vi bare at dele det ud."*(156).

---

Som det uddybes nedenfor, har den ledende overlæge og den ledende oversygepleje i afdeling Y ydermere hver især valgt at have ansvaret for at gennemføre implementeringen af standarderne i sine egne faggrupper, og har således i høj grad fungeret "ved siden af hinanden" snarere end at betragte implementeringen som en opgave, de skal løse fælles. Afdelingsledelsens strategi har således været modsat afdelingsledelsens strategi i afdeling X, der netop har valgt at indgå sammen i akkrediteringsarbejdet med teamånd. Manglende signalering af tværfaglighed, teamånd og helhedstænkning fra afdelingens side har ifølge Eriksens ikke en fremmede karakter på den tværfaglige kommunikation blandt de almindelige læger og sygeplejersker, hvorfor afdelingsledelsen på Y ser ud til at være med til at opretholde skarpe faggrænser blandt de professionelle.

At afdelingsledelsen i afdeling Y fungerer på denne måde, kunne se ud til at hænge sammen med at afdelingsledelsen er, hvad man kan betegne som en "ældre" afdelingsledelse, hvor opfattelsen af at ledelse skal foregå gennem adskilte ledelsessøjler stadig i overvejende grad er dominerende og dermed præger implementeringen. Den traditionelle søjletænkning, som man historisk har anvendt, jf. kapitlet *Kontekstualisering*, må således formodes at have en betydning for de working communities vi undersøger i afdeling Y. Nedenfor redegøres der nærmere for, hvordan afdelingsledelsen i afdeling Y har håndteret implementeringsprocessen.

#### **7.4.2 Afdelingsledelsens implementeringsstrategi**

Afdelingsledelsen har i modsætning til afdeling X ikke valgt at benytte samme grad af bottom-up-inspireret implementeringsstrategi med stor medarbejderinddragelse af både almindelige læger og sygeplejersker.

Som forklaret ovenfor har afdelingsledelsen valgt at udarbejde en akkrediteringspjece for afdelingen, hvor de mest komplicerede procedurer skulle oversættes til mere alment sprog for medarbejderne. Afdelingsledelsen har således i overvejende grad selv varetaget opgaven med hensyn til at finde ud af, hvordan standarder skulle forstås, og hvilke nye arbejdsgange der er nødvendige at få etableret. Afdelingsledelsen har herefter benyttet akkrediteringspjecen til at informere medarbejderne om de nye arbejdsgange, der som følge af akkrediteringsprocessen skulle etableres. Den ledende overlæge fremfører fx:

---

*"Ja, man kan sige vi fortolkede det selv og solgte dem et eller andet, eller gav dem noget, som vi syntes var let tilgængeligt."*(144). Som nævnt har personerne i afdelingsledelsen hver især haft ansvaret for at oplyse om standarderne i egne faggrupper. I lægegruppen har den ledende overlæge gennemført undervisningsseancer, hvor hver læge har fremlagt forskellige procedurer i akkrediteringspjecen for resten af lægegruppen. Den ledende overlæge fortæller: *"(...) Vi har i hvert fald på lægefronten, det har altså været monofaglige gennemgang af instrukser om morgenen. Hvad betyder det så, at folk skal have samtykke til deres respiratorbehandling, hvordan skal man forstå det."*(140). Den ledende oversygeplejerske har valgt at præsentere de vigtigste procedurer fra akkrediteringspjecen på overheads for grupper af sygeplejersker i afdelingen, fx sygeplejerskerne på sengeafsnit, ambulatoriet osv. Formålet med denne præsentation fra den ledende oversygeplejerske var at skabe mening blandt sygeplejerskerne om *"Hvad betyder akkreditering. Hvad er det for et mærkeligt ord vi har fået ind i vores sprog."*(156). Personale-fremlæggelser og præsentationer fra afdelingsleder har været de formelle initiativer, som afdelingsledelsen har igangsat i forbindelse med implementeringen af akkrediteringsstandarderne i afdeling Y. Herudover har det været op til afsnitsledelserne primært at varetage denne opgave (Afdeling Y 2007/09:2 *Kvalitetsplan*). En afsnitsledelse består i afdeling Y af en overlæge og en oversygeplejerske. Den ledende oversygeplejerske udtaler fx: *"(...) så er det jo afsnitsledelserne der skal ud og få det videre igennem."*(155).

#### **7.4.2.1 En funktionsopdelt ledelse**

Strategien hos afdelingsledelsen i afdeling Y mht. at implementere akkrediteringsstandarderne, kan ud fra ovenstående siges at indeholde to særlige kendetegn. For det første har afdelingsledelsen fokuseret på hver deres specifikke fagområde, og for det andet, har afdelingsledelsen - udover at igangsætte initiativer i form af personale-fremlæggelser og afholde præsentationer - valgt at uddelegere opgaver til nærmeste leder under sig, dvs. henholdsvis overlæge eller oversygeplejerske. Ledelsesstrategien kan således karakteriseres som funktionsopdelt ledelse, der som begrebet antyder, netop er kendetegnet ved, at hver funktion eller fagområde ledes af hver sin leder, samt en central beslutningsstruktur. Det vil m.a.o. sige, at beslutninger for det meste træffes af afdelingslederen indenfor det specifikke fagområde/profession, hvorefter arbejdsopgaverne uddelegeres til mellemlederen indenfor professionen.

---

En grundlæggende antagelse i denne ledelsesstrategi er ofte, at når arbejdsopgaverne først er uddelegeret, så klarer mellemlederne resten og medarbejderne retter ind efter, hvad der er udmeldt fra afdelingsledelsen. Denne antagelse ser da også ud til at eksistere hos afdelingsledelsen, specielt hos den ledende overlæge. Dette fremføres fx hos en sygeplejerske, som irriterer sig over, at afdelingsledelsens ene udmelding sjældent medfører en reel arbejdsændring hos medarbejderne. Ifølge sygeplejersken er løbende opfølgning og feedback netop nødvendigt, hvis dette skal ske: *"I implementeringsfasen der kræver det jo, at man er, at lederen er meget involveret og hele tiden følger op på "Ved du hvordan man gør det her og nu vil jeg gerne vise dig hvordan". Meget... Der oplever jeg at lægeverdenen er sådan, at når man har sagt det én gang, så har man en forventning om at så gør alle det. Og sådan fungerer mennesker altså ikke."*(191).

At afdelingsledelsen ofte har gjort brug af at udmeldinger fra ledelsesniveau, fremgår også af afdelingens kvalitetsplan. Her fremgår det bl.a., at afdelingsledelsen pr kvartal udmelder planen for den kommende indsats på kvalitetsområdet i afdelingen, og hvordan arbejdet hidtil har været i afdelingen. Afdelingsledelsens udmelding formidles via afdelingens intranet og printes i et antal eksemplarer, som er placeret forskellige steder i afdelingen. Denne form for formidling kan karakteriseres som en form for envejs-kommunikation, men i kvalitetsplanen beskrives det dog som "medarbejderinvolvering" (Afdeling Y 2007-2008:2 *Kvalitetsplan*).

Med denne ledelsesstil afviger afdelingsledelsen i afdeling Y en del fra afdelingsledelsen på afdeling X, da man, i stedet for at lede gennem processer, under akkrediteringsprocessen har haft en ledelsesstil, hvor afdelingsledelsen kun kommer med nye udmeldinger én gang. Endvidere kan afdelingsledelsens valg om, at arbejdsopgaverne herefter skal uddelegeres til en afsnitsleder indenfor professionen, også siges at være en strategi, som er i modsætning til afdelingsledelsens strategi på X. Ved at uddelegere arbejdsopgaver, har afdelingsledelsen på Y ledet gennem trin, hvorfor afdelingsledelsens virkemidler kan siges at være indirekte. Dette i modsætning til afdelingsledelsens på X, der har været meget synlig, der har siddet med ved bordenden og været meget bevidst om brugen af direkte virkemidler. Vendes der tilbage til Eriksens hierarkimodel, som kort blev beskrevet i teorikapitlet, kunne afdelingsledelsen på afdeling Y – udover at agere som et markeringsorgan som kendetegnet en

---

professionsmodel – netop se ud til at agere som en ledelse, som man ofte finder indenfor en hierarkimodel, jf. Eriksen. Her tages beslutningerne centralt, hvorefter opgaverne uddelegeres. Der er klare kommandolinjer ned gennem hierarkiet og direkte kommunikation og kontakt findes sjældent.

### 7.4.3 Nedprioritering af tværfagligt samarbejde

Som følge af at afdelingsledelsen har benyttet en funktionsopdelt ledelse og dermed forsøgt at skabe mening inden for hver enkelt profession, er der ikke blevet etableret arenaer, hvor de professionelles forskellige meninger og forståelser har kunnet brydes, således at en fælles meningsforståelse har kunnet skabes på medarbejderniveau. En overlæge udtrykker fx: *"Det er sjældent, at man lader de 1000 blomster blomstre osv. Og siger: "Kom med et forslag, lad os brainstorme" og medarbejderne: "Vi kunne også gøre sådan." (...) der er masser af ting, som kunne laves meget anderledes og meget bedre. Det er der ingen tvivl om, og dem der sidder og arbejder med det, er de bedste til det, kan man jo sige."*(208).

Afdelingsledelsens fravalg af etableringen af tværfaglige fora med henblik på at lade gode idéer blomstre på tværs af professionsgrænser, synes dog også at være af pragmatiske grunde. Afdeling Y er nemlig præget af stor udskiftning af medarbejdere, specielt i lægegruppen, hvorfor det har været svært at etablere tværfaglige arbejdsgrupper og lede gennem processer, som i afdeling X. Da vi i interviewet med den ledende overlæge beder ham om at vurdere den valgte strategi set i lyset af de erfaringer, de har fået efterfølgende, forklarer han, at tværfaglige arbejdsgrupper på medarbejderniveau kunne have været en fordelagtig strategi, men desværre ikke en mulighed grundet stor udskiftning blandt medarbejdere. Om tværfaglige grupper fremfører han: *"Det kunne man have gjort fra starten. Så kan du sige okay, så er det deres projekt, så får de ejerskab og alt det der. Men problemet er jo at det skifter. De skal jo videre og specielt de yngre læger har højst et halvt. Og det gør, at man kan sige, det er lidt svært. Så de får bare at vide: "Du skal gøre sådan og sådan"."*(144). En anden pragmatisk grund er, at i og med, at medarbejderne har skiftende vagter døgnet rundt, er det svært at holde møder, hvor alle kan være til stede. Den ledende overlæge peger på, at det godt kan lade sig gøre at involvere folk, hvis der fx er tale om elektive patientforløb. Det ser således ud til at være sværere at etablere



---

tværfaglige fora i afdelinger som Y, hvor patienter skal behandles og plejes døgnet rundt til forskel fra afdelinger, hvor man kan planlægge patientforløbet.

Også medarbejderne giver udtryk for, at større medarbejderinvolvering på tværs af professionsgrænser kunne have betydet, at man kunne nå frem til gode beslutninger, som både læger og sygeplejersker kan se en mening med, hvilket ville have lettet implementeringsprocessen. Som en overlæge fremfører: *"Det er dem, der sidder midt i processen, der ved hvad der kunne laves om og indse, jamen det der kunne vi lige så godt lave på en helt anden måde. Det gik det meget nemmere."*(208). Dette kan selvfølgelig godt have foregået i uformelle sammenhænge, fx at en læge og en sygeplejerske udveksler sine forståelser i forbindelse med en konkret arbejdsopgave, men formelt set har der ikke været etableret arenaer med henblik på at få forskellige meningsforståelser til at brydes, således der kan skabes én overordnet fælles forståelse i afdelingen og medarbejderne kan lade sine idéer blomstre og dermed findes frem til den bedst mulige løsning.

#### **7.4.4 Betydningen af nedprioriteringen af tværfagligt samarbejde**

Som følge af, at der ikke har været etableret formelle tværfaglige arbejdsgrupper eller diskussionsfora for de almindelige læger og sygeplejersker, er der ikke blevet givet meget rum til, at medarbejderne, som udfører kerneydelserne og som derfor er dem, der skal løfte kvaliteten sammen, har kunnet diskutere standarderne og eventuelle ændringer i arbejdsgange. Det tværfaglige samarbejde ser dermed ud til at have haft svære betingelser for rigtig at kunne blomstre, som vi ser det hos afdeling X, hvor dette netop er lykkedes gennem bl.a. brugen af tværfaglige grupper. I modsætning til afdeling X, ser afdeling Y da også ud til at have opretholdt skarpe faggrænser blandt de professionelle under akkrediteringsprocessen. En sygeplejerske udtrykker: *"Behandlingen og plejen, det er sådan lidt... Altså lægerne tager sig af deres område, og sygeplejerskerne tager sig af plejen af patienterne."*(177). En læge udtrykker: *"For sygeplejerskerne blander sig jo ikke i vores lægelige arbejdsgange (...)"*(209).

Fraværet af tværfaglige organer eller diskussionsmøder ser endvidere ud til at betyde, at lægerne og sygeplejerskerne ikke har fundet en fælles vej i etableringen af nye arbejdsgange. Afdeling Y ser netop ud til at være præget af, at lægerne og sygeplejerskerne har forskellige forståelser af, hvordan akkre-

---

diteringsstandarder skal forstås og hvordan nye arbejdsgange skal etableres. Nedenfor uddybes dette.

#### **7.4.4.1 Forskellige forståelser og forslag til nye arbejdsgange**

De forskellige forståelser dukker særligt op, når akkrediteringsstandarderne åbner for ændringer i arbejdsgange og rutiner, som ligger i grænsefeltet mellem de professionelles arbejdsområder. Som en sygeplejerske fremhæver: "(...) *der kan godt være lidt samarbejds-problemer på sådanne nogle ting, som lapper ind over hinanden.*"(196). Her forsøger sygeplejerskerne og lægerne at få hver deres professionsspecifikke forståelse til at gælde. Dette ved fx indirekte at forsøge at sætte dagsordenen eller at gøre sit forslag gældende ved at benytte evidensbaseret viden. Specielt sidstnævnte måde at påvirke og få sit forslag til at gælde benytter lægegruppen sig af. Endvidere beretter sygeplejerskerne om, hvordan lægerne ofte har forsøgt at få sine forslag til arbejdsgange til at gælde ved at forsøge at holde bestemte temaer ude af diskussionen om hvilke arbejdsopgaver, de som læger skal tage sig af. Fx fremfører en sygeplejerske: "(...) *der kan man måske godt opleve, at lægerne bare skubber det væk og det er ikke deres bord.*"(196).

Ændringerne i arbejdsgange, som ligger i grænsefeltet mellem de professionelles arbejdsområder, har dog også nogle gange givet anledning til direkte uenigheder og konflikter mellem de professionelle, hvor de kæmper for at få sit forslag til den nye arbejdsgang til at gælde. Nedenfor vil dette blive uddybet nærmere.

#### **7.4.5 Ofte kampe mellem professionelle**

Et ofte fremført eksempel er "ernæringsområdet", som har været et område, hvor man som følge af akkrediteringsstandarderne har været nødt til at etablere nye arbejdsgange i afdelingen. Standarderne har betydet, at der i afdelingen skal tages stilling til, hvilken ernæring patienten skal have under indlæggelse, fx om denne skal gives gennem blodbanen, sonde eller gennem maven osv. Dette er en arbejdsopgave, som formelt er lægernes, hvilket konkret står beskrevet i afdelingens pjece samt Hvidovre Hospitals Kvalitetshåndbog (Afdeling Y – "Værd at vide om akkreditering" 2008:3f, Hvidovre Hospital *Kvalitetshåndbogen*). Lægerne har dog ofte forsøgt at få sygeplejerskerne til at udføre opgaven, idet

---

den af lægerne ikke betragtes som en egentlig behandlingsopgave, men mere en understøttende opgave til behandlingen.

Sygeplejerskerne har omvendt kæmpet for, at denne opgave blev placeret hos lægerne, idet de ikke bare vil være den profession, som overtager de opgaver, som lægeprofession ikke ønsker at varetage. En sygeplejerske fremfører: *"Der er et område med ernæring. Det er sådan et mellemområde, hvor det faktisk også er rigtig meget lægernes ansvar, men lægerne tager ikke ansvaret for ernæring. De synes, at det er et sygeplejefagligt område (...) Jeg tror, at de synes, at de står for det der med behandlingen og det der med maden det er noget, som sygeplejerskerne ordner."*(177). En anden sygeplejerske fortæller også, at sygeplejerskerne har kæmpet hårdt for ikke at overtage denne arbejdsopgave, som lægerne ikke selv vil varetage, men dog tabt slaget: *"Der synes jeg, vi har kæmpet rigtig meget med at få lægerne med der og interessere sig for området. Men tabt slaget."*(191). Også den ledende oversygeplejerske har forsøgt at kæmpe for sygeplejerskernes sag. Under interviewet fortæller hun om, at det i praksis er sygeplejerskerne, der varetager denne opgave: *"Og ideelt set tror jeg gerne, at man vil tro på, at det er lægerne, der beslutter ernæringen, når patienten bliver indlagt, men i praksis er det sygeplejerskerne, der kommer og siger: "Nu har vi det problem, nu skal vi gøre sådan og sådan."*(166).

Konflikten mellem lægerne og sygeplejerskerne er et typisk eksempel på en konflikt, der er opstået som følge af, at akkrediteringsstandarderne har betydet nye arbejdsgange i grænsfeltet mellem lægerne og sygeplejerskernes arbejdsområder. De professionelle kæmper netop om at opnå retten til at definere arbejdsgangen, og forsøger således at sætte en grænse for sit eget arbejdsområde. Konflikten bunder således ikke i, at de professionelle kæmper for at opnå et arbejdsområde, jf. Abbotts teori, men mere i, at de forsøger at opnå retten til at definere og sætte en grænse for sit eget arbejdsområde. Dette vil der blive redegjort nærmere for i det efterfølgende.

Som forklaret ovenfor, har sygeplejerskerne tabt slaget, idet lægernes forslag til arbejdsgangen er blevet gældende i afdelingen. Lægerne har således i dette tilfælde opnået retten til at definere arbejdsgangen, og i den sammenhæng fået sygeplejerskerne til at varetage en arbejdsopgave, som i princippet er lægernes. Som det fremhæves i første citat ovenfor, er lægerne i afdeling Y mest interesseret i at varetage opgaver, der er knyttet direkte til behandlingen. De har

---

dermed forsøgt at fraskrive sig udførelsen af opgaver, der "kun" fungerer som en understøttende funktion af behandlingen, hvilket mange af opgaverne tilknyttet akkrediteringsprocessen netop kan karakteriseres som, da standarderne som nævnt vedrører generelle forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter. Ved at lade andre professionelle overtage disse opgaver relateret til akkrediteringsprocessen, som lægerne betragter som banale, kan de nemlig få større mulighed for at koncentrere sig om de opgaver, som de betragter som læge-professionens væsentligste opgaver. Her ses et tydeligt eksempel på, hvorledes lægerne har opnået retten til at definere sygeplejerskerne arbejde, hvilket typisk er et eksempel på en underordning som jurisdiktion.

Selvom beslutningen om patientens ernæring kan få indflydelse på behandlingen af patienten, opfattes denne af lægerne som en perifer opgave, som andre professioner kan overtage. I denne situation synes en arbejdspladsassimilation, hvor sygeplejerskerne netop tillærer sig en håndterlig udgave af lægeprofessionens opgavevaretagelse, således at de kan tage stilling til patientens ernæring, netop at være fordelagtigt set ud fra lægernes perspektiv. I følge Abbott er en sådan uddeling af arbejdsopgaver til underordnede professioner netop vigtigt for professionen besiddende fuld jurisdiktion. Uddelingen af sådanne arbejdsopgaver gør det netop muligt at udvide sit felt, uden at arbejdsbyrden bliver så stor, at jurisdiktionen bliver svækket og den dominerende position svækkes.

En arbejdspladsassimilation kan imidlertid ifølge Abbott også ofte give anledning til ændringer i professionernes jurisdiktioner, da sådanne ofte starter decentralt på arbejdspladsen og bevæger sig op gennem systemet, hvor sygeplejerskerne til sidst kan få tildelt jurisdiktion formelt på det samfundsmæssige niveau. I dette tilfælde ser det ikke ud til, at sygeplejerskerne kræver den formelle jurisdiktion over arbejdsopgaven. Sygeplejerskerne hævder fx ikke, at de besidder den teoretiske abstrakte viden, hvorfor de lige så godt kunne have jurisdiktionen. En sygeplejerske fremfører ligefrem: "(...) *der er rent faktisk meget lægefagligt i det jo. Ja jeg ved ikke, om vi overskrider vores kompetenceområde nogle gange.*"(191). For sygeplejerskerne handler kampen ikke om at overtage eller erobre lægernes jurisdiktion, behandlingen. Beslutningen om patientens ernæring kunne ifølge Abbotts antagelser have været et skridt mod dette, da ernæring også har betydning for patientens behandling. Sygeplejerskerne forsøger derimod at sætte en grænse for sit eget arbejdsområde, og derimod

---

gøre op med forestillingen om, at de er en profession underordnet lægerne. De ønsker derimod at manifestere sig som en profession side om side med lægerne, der har vigtige arbejdsopgaver *på højde* med lægernes, hvorfor de ikke ønsker at blive tildelt lægernes fravalgte opgaver. Sygeplejerskerne forsøger således at træde ud af rollen som en profession, som varetager opgaver sekundært eller underordnet det medicinske arbejde. En sygeplejerske beretter fx: *"(...) nogle opgaver der oplever jeg i hvert fald, at lægerne synes, at det kan sygeplejerskerne bare gøre. Det kan vi bare tage os af. (...) Det synes jeg altså ikke, vi bare kan, fordi vi har også vores arbejdsfelt, som vi også oplever som lige så vigtigt, som de selvfølgelig oplever deres arbejdsområde."*(191).

#### **7.4.6 Betydningen af andre kvalitetsprojekter i afdelingen**

I afdeling Y mener lægerne, at hvis de skal beskæftige sig med kvalitetsudvikling, vil de først og fremmest lægge deres kræfter der, hvor kvaliteten i behandlingen højnes, frem for at bruge tid på opgaver, som blot udgør en understøttende funktion af behandlingen. Lægernes forsøg på at fraskrive sig ansvaret for udførelsen af mange af arbejdsopgaverne relateret til akkrediteringsprocessen, skal derfor ses i sammenhæng med, at lægerne i stedet ønsker at koncentrere sig om at udvikle kvaliteten indenfor deres eget område, dvs. den kliniske behandling af patienter. Med udgangspunkt i Abbotts teori, kunne dette netop være et forsøg fra lægernes side at blive ved med at have afgørende indflydelse på det område, som lægerne opfatter som mest meningsfuldt i deres profession. Det mest centrale ved kvalitet synes ifølge lægerne i afdeling Y da også at være høj kvalitet i selve behandlingen og der hersker et stort ønske om, at lægegruppen koncentrerer sig om kvalitetsprojekter i relation til den kliniske behandling, såsom NIP og DGMA som afdeling Y indgår i. Fx fremfører en overlæge, at lægerne har stort fokus på den kliniske kvalitet, men at akkrediteringsprocessen i H:S ikke har haft det store fokus herpå. Endvidere fremfører han: *"Det er det meget mere i nogle andre kvalitetsprojekter end ved akkreditering. Man kan se National Indikatorprojekt, Den Gode Medicinske Afdeling osv. har jo haft meget mere fokus på klinisk kvalitet end du har haft i akkrediteringsprocessen, så det her har ikke været et hjertebarn for lægerne, altså akkreditering."*(199).

Endvidere begrundes lægernes lave engagement ofte med, at der ikke foreligger evidens for, at akkrediteringen hæver den faglige kvalitet. Denne evidens-

---

baserede tankegang bliver ofte nævnt som noget, der kendetegner specielt lægegruppen, der vil have evidens på området, inden de afsætter ressourcer. Lægerne føler til gengæld at der foreligger mere evidens for, at andre projekter, såsom NIP, hæver kvaliteten i den kliniske behandling.

Med afsæt i ovenstående ser det ud til, at de kvalitetsprojekter, man før har kørt i afdelingen, har betydning for graden af tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker. At NIP og DGMA har været så stærkt lokal forankret hos lægerne i afdeling Y ser m.a.o. ud til at betyde, at lægerne har svært ved engagere sig i andre kvalitetsprojekter, som ikke har dette kliniske fokus. De har derfor svært ved at engagere sig i akkrediteringsprocessen, og forsøger at overlade akkrediteringsopgaver til sygeplejerskerne, så de i stedet kan koncentrere sig om kvalitetsudviklingen indenfor den kliniske kvalitet, som de to nævnte projekter omhandler. Dette fører som nævnt netop til kampe med sygeplejerskerne, som kæmper for, at de ikke ønsker at overtage lægernes fravalgte opgaver. At kliniske kvalitetsprojekter, som NIP og DGMA, i høj grad har været lokalt forankret hos lægerne i afdeling Y har således givet anledning til konflikter, hvor deltagelsen i sådanne projekter netop er en medvirkende faktor til, at Abbotts teoretisering omkring kampe mellem professionelle har så stort forklaringspotentiale.

#### **7.4.7 Afdelingsledelsens orientering i akkrediteringsprocessen**

At lægerne i afdeling Y er stærkt fokuseret på disse kvalitetsprojekter omhandlende klinisk kvalitet, og dermed har nedtonet deres engagement i at indgå i et tværfagligt samarbejde med sygeplejerskerne i akkrediteringsprocessen, ser ud til at hænge sammen den ledende overlæges store engagement i disse kliniske kvalitetsprojekter. Den ledende overlæge har netop været meget fokuseret på den kliniske behandling af patienter og har desuden lagt vægt på lægegruppens engagement indenfor kvalitetsudviklingsprojekter, som beskæftiger sig med den kliniske kvalitet i behandlingen. De mere almindelige læger og sygeplejersker har fx ofte bemærket større deltagelse og større engagement i akkrediteringsprocessen hos den ledende oversygeplejerske end den ledende overlæge. Ifølge nogle af informanterne skyldes dette, at sygeplejerskerne har flere ressourcer afsat til ledelse og organisation end lægegruppen. Endvidere forklares forskellen i afdelingsledelsens deltagelse i akkrediteringsprocessen med, at den ledende oversygeplejerske og den ledende overlæge betragter deres kerneopgaver forskelligt. En overlæge beretter fx: "Så

---

*hendes kerneopgave [red. den ledende oversygeplejerske] er egentligt at få organisationen til at køre. Og der er ikke tilsvarende en læge, der har en kerneopgave at få organisationen til køre, for han sidder sgu i et ambulatorium. Han sidder og passer sin klinik og har kun det der organisatoriske som venstrehåndsarbejde.”(209). At den ledende overlæge netop er stærkt fokuseret på afdelingens behandling af patienter, interesserer mere mod kliniske kvalitetsprojekter og lægger vægt på lægegruppens deltagelse heri, ser netop ud til at betyde, at lægerne også prioriterer disse projekter højt og ønsker at lægge sit engagement her. I denne sammenhæng skal det nævnes, at afdelings Ys vægtning af de kliniske kvalitetsprojekter, både hos den ledende overlæge og de almindelige læger, netop kan være influeret af de udmeldinger, som lægeprofessionen kommer med på makroniveau. Her er det som nævnt blevet stærkt signaleret, at den vigtigste form for kvalitetsudvikling er udviklingen af kvaliteten i den lægelige kerneydelse. At lægegruppen og den ledende overlæge i afdeling Y således har indgået i disse projekter med stort engagement, behøver således ikke kun hænge sammen med, at de opfatter disse projekter som de mest meningsfulde i deres dagligdag, men også at de er påvirket af professionernes etablerede diskurs på makroniveau om vigtigheden af dette.*

#### **7.4.8 I hverdagen en form for tværfagligt samarbejde**

Ovenfor blev det beskrevet af der i afdeling Y foregår konflikter og positioneringer mellem de professionelle i akkrediteringsarbejdet. Det er dog ikke sådan, at der slet ikke foregår et samarbejde mellem læger og sygeplejersker i afdelingen.

Flere informanter fremhæver ofte, at der også er et godt samarbejde mellem de professionelle, og at der i hverdagen lyttes på tværs af faggrænser. En sygeplejerske fremfører fx: *”Det er jo et meget tæt samarbejde (...) Og på en stuegang der er man jo sammen rigtig mange timer, så det er jo et samarbejde, og det har det været hele tiden.”(179). En overlæge fremhæver ydermere, hvordan sygeplejersker ofte kan overbevise lægen med et godt fagligt argument og dermed have indflydelse på patientens behandling. Han fremfører bl.a.: *”De har også en funktion som advokater for patienterne. De passer dem og er omkring dem, og når så lægerne kommer, så forelægger man patientens sag, og sørger og kæmper for, at det her bliver gjort.”(228). I citatet fremhæves det, hvordan sygeplejersken trækker på sit kendskab til patienten og sætter sine argumenter i forhold til en holistisk vurdering af patienten. Ved at sygeplejersken**

---

fremlægger patientens sag og derfor kæmper og sørger for at noget bliver gennemført, skubbes der ved lægens jurisdiktion. Her synes sygeplejersken ikke at agere i overensstemmelse med forventningerne om en underordnet jurisdiktion, der blot udfører opgaver defineret af den professionen med fuld jurisdiktion, men udnytter i stedet de muligheder, der eksisterer for at præge definitionen. Sygeplejerskerne argumenterer netop ud fra, at de har været hele dagen hos patienten, hvorimod læger blot observerer patienten få gange. Tilsyneladende gives der i citatet udtryk for, at lægen accepterer, at professionens argumenter har sin berettigelse, da det understreges i citatet, at sygeplejerskerne kan besidde en viden lægen ikke har, fordi de har et helhedsindtryk af patientens tilstand. Et argument for, at lægen accepterer dette kan netop være, at sygeplejersken argumenterer ud fra en anden viden end lægens. Lægen besidder stadig den abstrakte viden og retten til at definere, hvilket sygeplejersken ikke sætter spørgsmålstegn ved, men forsøger blot at fremlægge patientens sag via en holistisk vurdering.

#### **7.4.9 Et generelt skift i tiden og samfundet**

Ydermere udtrykker flere informanter i afdelingen, at "samfundsudviklingen" har præget forholdet mellem faggrupperne, hvilket har betydet, at samarbejde på tværs er blevet en mere integreret del af hverdagen. Den ledende overlæge fremfører, at det traditionelle "hierarki-forhold" er en gammeldags konstellation og at udviklingen i samfundet også afspejles på afdelingen: "*Det hierarki som var for 20- 30 år siden, det er brudt ned.*"(141). Det ser således ud til, at de traditionelle hierarkier mellem læger og sygeplejersker, er blevet nedtonet, hvilket synes at have en betydning for udfoldelsen af det tværfaglige samarbejde i hverdagen på både afdeling X, men også afdeling Y.

#### **7.4.10 Tværfaglig arbejdskultur dog ikke veludviklet**

Selvom ovenstående viser, at der også finder samarbejde sted i hverdagen på afdeling Y, er de professionelles akkrediteringsarbejde ofte præget af positioneringer og konflikter. Dette ser ud til at betyde, at afdeling Y ikke har opnået samme grad af tværfagligt samarbejde som i afdeling X, hvor der har udviklet sig en form for tværfaglig arbejdskultur i forbindelse med akkrediteringsstandarder. I afdeling X er sygeplejersker og læger som nævnt blevet lige engageret, fået en positiv holdning til akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling og varetager



---

arbejdet med akkrediteringsstandarder sammen. Hos afdeling Y er der derimod ikke udviklet samme grad af tværfagligt samarbejde i forbindelse med akkrediteringsstandarder og de professionelle er ikke blevet lige engageret, hvilket synes at kunne forklares med, at lægerne ikke har oplevet samme holdningsskred i forhold til akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling over tid som i afdeling X. Lægerne har stadig ofte en tendens til udelukkende at fokusere på udviklingen af kvaliteten af den lægelige kerneydelse, i stedet for at udvide fokuset til også at gælde mere "perifere" kvalitetsopgaver.

#### **7.4.11 Fokus på opfyldelse af akkrediteringskrav**

Grundet medarbejdernes manglende engagement og holdningsskift, specielt lægerne, ser det ud til at man ikke har skabt samme "nysgerrighed" eller "aktiv søgning" efter nye og bedre arbejdsgange. For afdeling Y gælder det således om at nå over det punkt, hvor akkrediteringsstandarderne efterleves og kvaliteten opretholdes på et nogenlunde niveau. Grundet manglende engagement er det nemlig svært at bevæge sig udover blot at fokusere på at sikre, at kvaliteten har et vist minimumsniveau, som man ser det hos afdeling X.

I afdeling Y leverer medarbejderne dog den dokumentation, der forlanges, fx i form af journalaudits og afkrydsningsskemaer, til trods for at lægerne finder det det uforståeligt og overflødigt i forhold til behandling af patienten, hvorfor der ikke udvises et egentlig engagement. Sat på spidsen kan man således argumentere for, at afdelingsledelsen, kvalitetsafdelingen og direktion kan få alle de "krydser" de beder om, men ikke vil kende til de overvejelser, der ligger bag indsatsen. Det vil m.a.o. sige at de ikke vil se, om medarbejdere, som i afdeling X, føler sig fx stærkt comitted og reflekterer over dokumentationen, eller lægerne, som i afdeling, Y fx har svært ved at se formålet og bare opfylder kravene. Uanset motiveringen, er der, når krydset først er sat, og sendt videre ud af sin sammenhæng og oprindelse, ingen, der kan skelne mellem de forskellige hensigter. Det er således kun synligt, at man har "opfyldt" dokumentationskravet med sine kryds, men ikke hvilken motivation der ligger bag. Dokumentationen får således karakter af at være et "livløst talsæt", der skjuler de underliggende handlinger og divergerende grader af engagement (Hatting 2007:382). Et eksempel herpå er, at den diversitet, vi har fundet mellem afdeling X's og afdeling Y's deltagelse og engagement i akkrediteringsprocessen, ikke synes at være tydelig for direktionen, der netop modtager resultaterne af kvalitets-

---

målingerne. Den lægelige direktør giver fx udtryk for, at der ikke er nogen afdelinger, der har været mere succesfulde end andre, og at alle afdelinger har nået målet, dvs. er blevet akkrediteret: *"Det er ikke sådan, at man kan sige, at den afdeling har hængt i forhold til den afdeling"*(16). Tilfredsstillende opfyldelse af dokumentationskravene giver således det indtryk, at alle afdelinger har implementeret akkrediteringsstandarderne tilfredsstillende, dvs. opfylder minimumskravet. Dog afspejler dokumentationskravene ikke forskellen på afdelingernes motivation herfor. Ej heller om afdelingen kun sikrer, at minimumskravet opfyldes eller om afdelingen også løbende har fokus på fortsat udvikling af kvaliteten.

---

## 8 Diskussion af resultater

Projektets formål var for det første at undersøge, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. For det andet var målet at undersøge, hvordan man ledelsesmæssigt kunne gribe disse udfordringer an. Til at belyse vores problemstilling valgte vi at benytte de erfaringer, som akkreditering som koncept har givet hospitalerne i H:S, nærmere betegnet Hvidovre Hospital. Nedenfor vil vi kort præsentere vores resultater, herunder diskutere anvendeligheden af vores valgte teorier, design og metode. Da den gennemførte akkrediteringsproces i H:S ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre, vil vi herefter afslutte kapitlet med at diskutere, hvorvidt de fundne mekanismer også kan formodes at gøre sig gældende i den kommende danske kvalitetsmodel.

### 8.1 Ledelsesmæssige udfordringer

Da vi undersøgte de ledelsesmæssige udfordringer fandt vi, at der består en ledelsesmæssig udfordring i at få læger og sygeplejersker til at være lige engageret i akkrediteringsprocessen. De professionelles samspil i udviklingen af tværfaglig kvalitet bar i begge cases i begyndelsen af akkrediteringsprocessen generelt præg af et langt større engagement hos sygeplejerskerne end hos lægerne. Lægerne opfattede arbejdet som fjernt fra deres egentlige kerneydelse, behandlingen af patienten, da akkrediteringsstandarderne vedrørte organisatoriske aktiviteter og generelle forløbsaktiviteter. De ville derfor ofte hellere lægge sine kræfter i behandlingen af patienter og kvalitetsudvikling i relation hertil, og forsøgte ofte at overlade akkrediteringsarbejdet til sygeplejerskerne. Arbejdet med akkrediteringsstandarderne lå derimod ikke fjernt fra sygeplejerskernes arbejde og de følte, at det, som de vurderede som det centrale ved kvalitet, blev højnet. Sygeplejerskerne ville dog imidlertid ikke overtage opgaver, som lægerne ikke ønskede at varetage, idet de mente, at de var en profession med vigtige opgaver på højde med lægernes. At de professionelle ikke var lige engageret i akkrediteringsprocessen, men i stedet forsøgte at abonnere på forskellige områder indenfor kvalitetsudvikling, var netop med til at skabe svære betingelser for et vellykket samarbejde mellem professionelle, når de sammen skulle udvikle tværfaglig kvalitet.

---

Over tid syntes engagementet ifølge informanterne dog at have ændret sig, specielt i afdeling X, idet der tilsyneladende blev skabt et mere lige engagement i implementeringen af akkrediteringsstandarder. I denne forbindelse så det ud til, at afdelingsledelserne i begge cases netop havde en væsentlig betydning for, hvorvidt skabelsen af et lige engagement hos begge grupper af professionelle, under akkrediteringsprocessen, udmøntede sig. Afdelingsledelsen i afdeling X så ud til at have formået at få værkstedsmodellen til at vinde udbredelse med sin ledelsesstrategi, således at der blev udviklet et konstruktivt tværfagligt samarbejde mellem lægerne og sygeplejerskerne i akkrediteringsprocessen, til trods for, at denne type af afdeling ofte har særlig svært ved at udvikle et sådant tværfagligt samarbejde. Afdeling Y formåede derimod ikke at få det tværfaglige samarbejde til at lykkes i samme grad. Vores cases understøttede således vores teoretiske forventning om, at afdelingsledelsen har en betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, når tværfaglig kvalitet skal udvikles. Hertil skal også nævnes, at afdeling Y i modsætning til afdeling X har mindre standardiserede arbejdsgange, hvorfor implementeringen af standarder på denne afdeling specielt kræver en diskussion på tværs af professionsgrænser. Det kan således forestilles at, afdeling Y har haft et sværere udgangspunkt end afdeling X, hvilket kan være med til at forklare, at afdelingen ikke på samme vis har fået det til at lykkes.

Som følge af, at man på disse typer af afdelinger netop har særlig svært ved at etablere tværfagligt samarbejde, må vi formode, at vi virkelig har fået fat i de væsentligste problematikker, når tværfaglig kvalitet mellem de professionelle skal udvikles og hvad der skal til for at løse dem ledelsesmæssigt, jf. afdeling X. Dog synes kontekstuelle elementer også at have influeret det billede, som vi har af udviklingen af engagement og tværfaglig kvalitet. Først præsenteres ledelsens betydning. Herefter diskuteres betydningen af de kontekstuelle elementer nærmere.

## 8.2 Den ledelsesmæssige håndtering af udfordringerne

Nedenfor vil vi uddybe variationen i afdelingsledelsernes ledelsesstrategi og hvilken betydning det synes at have haft for det tværfaglige samarbejde, når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Vi vil i denne sammenhæng komme ind på ledelsesstrategiske elementer, som i

---

vores undersøgelse har vist sig at have været med til at nedtone de udfordringer, der lige er blevet nævnt ovenfor.

Når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces, synes det at være af central betydning, om afdelingsledelsen leder gennem processer via en bottom-up-inspireret strategi eller om afdelingsledelsen blot kommer med en udmelding om, hvilke ændringer der skal til, og derefter implementerer standarderne via en top-down-inspireret strategi.

I afdeling Y valgte afdelingsledelsen netop sidstnævnte strategi. Afdelingsledelsen fandt selv frem til ændringer i arbejdsgange og regnede med, at afsnitsledelsen tog sig af den videre implementering, efter at afdelingsledelsen udmeldte, hvilke ændringer der skulle til. Som følge af denne strategi, blev der ikke blevet givet meget rum til, at medarbejderne, som udfører kerneydelserne og som derfor er dem, der skal løfte kvaliteten sammen, selv fandt en fælles løsning, som både læger og sygeplejersker kunne se en mening med. Dette ville ifølge informanterne netop have lettet implementeringsprocessen. I afdeling Y oplevede informanterne ofte, at den af ledelsen valgte strategi ikke medførte en egentlig adfærdsændring hos medarbejderne.

Afdelingsledelsen i afdeling X valgte derimod at lede gennem processer via en bottom-up-inspireret strategi, hvor almindelige læger og sygeplejersker havde en betydningsfuld rolle i beslutninger om, hvilke ændringer i arbejdsgange, der skulle til i afdelingen. Afdelingsledelsen havde i den forbindelse etableret tværfaglige arenaer, ofte i form af arbejdsgrupper, hvor formålet netop var at skabe en udviklende proces for medarbejderne, hvor de skulle diskutere sig frem til en fælles forståelse af, hvad man skulle gøre konkret, når nye arbejdsgange skulle etableres. I afdeling X syntes netop denne ledelsesstrategi at have betydet, at medarbejderne blev lige engageret i arbejdet med akkreditering, hvorfor strategien syntes at have en fremmende karakter på det tværfaglige samarbejde og dermed graden af implementering af akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling.

Netop etableringen af lokale tværfaglige arenaer synes at være endnu et ledelsesstrategisk element, der i vores undersøgelse så ud til at have været med til at skabe et godt samarbejde på tværs af professionsgrænser og dermed nedtone de nævnte udfordringer. På sådanne arenaer kan der netop finde en

---

meningsbrydning sted mellem professionelle. Afdelingsledelsen i afdeling X etablerede fx tværfaglige arbejdsgrupper med henblik på at diskutere sig frem til en fælles forståelse af, hvilke nye arbejdsgange der skulle etableres som følge af akkrediteringsprocessen. I disse arbejdsgrupper indgik alle professionelle på en ligeværdig måde og de fik lov til at bryde med hinandens professionsspecifikke forståelser. Diskussionerne var præget af ønsket om at finde frem til den bedste løsning ved, at det var de bedste argumenter, som vandt frem. Det tværfaglige gruppearbejde synes netop at have en afsmittende effekt på det tværfaglige samarbejde i dagligdagen, når der arbejdes med akkrediteringsstandarderne, idet der i gruppeprocessen skabes en forståelse for hinandens opgaver og der findes en fælles vej. I afdeling Y etablerede afdelingsledelsen ikke tværfaglige arenaer med henblik på at diskutere sig frem til en fælles forståelse af, hvad man konkret skulle gøre, når nye arbejdsgange skulle etableres. Afdelingsledelsen benyttede, som nævnt, i stedet envejskommunikation i form af en udmelding om, hvordan de nye arbejdsgange skulle etableres. At medarbejderne i afdeling Y ikke var igennem en sådan proces, syntes også at være tydeligt i afdeling Y. I stedet for tværfagligt samarbejde, var de professionelles samspil i akkrediteringsprocessen stadig præget af, at de professionelle kæmpede for hver deres professionsspecifikke forståelse af kvalitet og dermed for retten til at definere arbejdsopgaverne, herunder at sætte en grænse for sit eget arbejdsområde.

Det synes endvidere at være af central betydning for udviklingen af samarbejde mellem professionelle, om den ledende overlæge og ledende oversygeplejerske engagerer sig direkte i arbejdet med akkrediteringsprocessen og griber implementeringsprocessen an med teamånd og helhedstænkning. I afdeling X udviste afdelingsledelsen høj grad af synlighed, "commitment" og teamånd i akkrediteringsprocessen. Dette så netop ud til at sende et stærkt signal til medarbejderne om vigtigheden af at indgå i arbejdet med akkrediteringsstandarderne og at det var nødvendigt med tværfagligt samarbejde, hvis tværfaglig kvalitet skulle udvikles. Endvidere havde ledelsen en direkte føling med, hvorledes denne udvikling forløb. Omvendt, ser det ud til, at det tværfaglige samarbejde i akkrediteringsprocessen kan hæmmes, hvis der er en udstrakt grad af funktionsopdelt ledelse. En funktionsopdelt ledelse er netop, som begrebet antyder, kendetegnet ved, at hver funktion eller fagområde ledes af hver sin leder, samt en central beslutningsstruktur. Det vil m.a.o. sige, at beslutninger for det meste træffes af afdelingslederen indenfor det specifikke fagområde/

---

profession, hvorefter arbejdsopgaverne uddelegeres til mellemlideren her indenfor. I afdeling Y var en funktionsopdelt ledelsesstil i høj grad fremtrædende. At man i afdelingsledelsen uddelegerede arbejdsopgaverne og at man ledede i søjler, frem for på tværs af professionsgrænser, så ud til at have den betydning, at der ikke blev igangsat tværfaglige initiativer og de professionelle ikke blev opmuntret til at indgå i tværfagligt samarbejde. Desuden var der ikke et stærkt signal til medarbejderne, om vigtigheden af at indgå i arbejdet med akkrediteringsstandarderne.

Afdelingsledelsen i afdeling X havde netop gjort op med den traditionelle søjletænkning og fokuserede i stedet på det ledelsesmæssige samarbejde på tværs af søjlerne, hvilket så ud til at fremme det tværfaglige samarbejde mellem de almindelige læger og sygeplejersker. Dette i modsætning til afdelingsledelsen på Y, hvor opfattelsen af, at ledelse skulle foregå gennem adskilte ledessøjler, stadig i overvejende grad dominerede, og dermed prægede muligheden for etablering af tværfaglig samarbejde.

Ud fra ovenstående ser variationen i det tværfaglige samarbejde netop ud til med en vis sikkerhed at kunne tilskrives afdelingsledelsens ledelsesstrategi. Opsummende ser følgende ledelsesstrategiske elementer ud til at have fået værkstedsmodellen til at vinde udbredelse og dermed været med til at nedtone de nævnte udfordringer, når læger og sygeplejersker skal udvikle tværfaglig kvalitet:

- Afdelingsledelsen leder akkrediteringsprocessen gennem processer via en bottom-up-inspireret strategi
- Etableringen af lokale tværfaglige arenaer
- Afdelingsledelsen engagerer sig direkte i arbejdet med akkrediteringsprocessen og griber implementeringsprocessen an med teamånd og helhedstænkning

Det er dog i denne sammenhæng væsentligt at diskutere, hvorvidt blot et eller nogle få af de ovenfor nævnte ledelsesstrategiske elementer er tilstrækkelige til at udbrede værkstedsmodellen og dermed sikre et godt tværfagligt samarbejde? Eller om værkstedsmodellens udbredelse kræver, at alle ledelsesstrategiske

---

elementer er til stede? Her må argumentet være, at hvert element ikke er nok i sig selv. Hvis værkstedsmodellen skal vinde udbredelse, er hvert element en nødvendig betingelse, men ikke en tilstrækkelig betingelse i sig selv. Forestiller man sig eksempelvis den situation, at afdeling Y indfører lokale tværfaglige arenaer, må sandsynligheden for, at værkstedsmodellen vinder udbredelse, formodes at være meget lille. For at værkstedsmodellen skal vinde udbredelse er det fx også nødvendigt med direkte deltagelse og engagement fra ledelsen side, medarbejderinvolvering i beslutningsprocesserne, at der sker idé-generering fra medarbejderne selv, at ledelsen ikke er for styrende, men udøver en tovholderfunktion og giver feedback til medarbejderne omkring beslutninger truffet i arbejdsgrupper eller lignende. Dette betyder m.a.o. at, hvis en udbredelse af værkstedsmodellen skal ske, kræver det, at alle elementer er til stede. Elementerne skal således ses i en helhed. En naturlig konsekvens heraf er selvfølgelig, at værkstedsmodellen ofte vil have et svært realiseringspotentiale.

Ovenfor har vi redegjort for, hvilke ledelsesmæssige initiativer der har betydning for, at der bliver skabt et lige engagement hos begge grupper af professionelle og et gunstigt tværfagligt samarbejde via værkstedsmodellen. Projektets resultater kan netop bidrage med, hvordan man løse nogle af de udfordringer, som man har påpeget i den internationale forskning. I den internationale forskning har man ofte påpeget, at udfordringen - men også forudsætningen for, at tværfaglig kvalitet kan udvikles gennem tværfaglige arbejdsgrupper, er engagement og deltagelse fra lægernes side. Dvs. at der kan eksistere en nok så god ledelse af processen, men hvis lægerne ikke vil deltage, vil det være svært at etablere et gunstigt tværfagligt samarbejde (Øvretveit 2003). I dette projekt har vi imidlertid fundet, hvilke ledelsesmæssige initiativer der netop kan få de professionelle, herunder lægerne, til at være engageret i arbejdet, således at et tværfagligt samarbejde kan udvikles.

### 8.3 Kontekstuelle forhold

Da vi indledte vores undersøgelse var udgangspunktet, som nævnt, en teoretisk forventning om, at ledelsen har en betydning for udvikling af tværfaglig kvalitet i akkrediteringsproces. Vi valgte derfor et most similar cases design. Som det er gennemgået ovenfor, ser denne forventning ud til at blive bekræftet. Men hvor plausibel er denne forklaring?



---

Ud fra vore resultater ser der ikke ud til at herske tvivl om, at ledelsen har en betydning for udviklingen af tværfagligt samarbejde, men undersøgelsen viste samtidigt, at graden af det tværfaglige samarbejde næppe kan forklares med udgangspunkt i én variabel, ledelse. Undersøgelsen viste, at også andre forhold (både lokale og institutionelle kontekstuelle forhold) havde en betydning:

Et af de forhold, som synes at have en væsentlig betydning for etableringen af tværfagligt samarbejde i en akkrediteringsproces er, hvilke kvalitetsprojekter der tidligere har kørt på den specifikke afdeling og i hvor høj grad disse har været lokal forankret. Disse ser nemlig ud til at sætte deres præg på, hvorledes afdelingerne kan gribe arbejdet an med kvalitetsudvikling, herunder det tværfaglige samarbejde, når man skal til at indgå i en akkrediteringsproces. Eksempelvis deltog afdeling Y i kliniske kvalitetsprojekter, der var præget af stærk lokal forankring hos lægerne, hvilket så ud til at betyde, at lægerne havde svært ved at engagere sig i andre kvalitetsprojekter, som ikke havde dette kliniske fokus. De havde derfor svært ved at engagere sig i akkrediteringsprocessen, og forsøgte at overlade akkrediteringsopgaver til sygeplejerskerne, så de i stedet kunne koncentrere sig primært om kvalitetsudviklingen indenfor den kliniske kvalitet, som de kliniske kvalitetsprojekter fokuserede på. Dette førte til konflikter med sygeplejerskerne, som ikke ønskede at overtage lægernes fravalgte opgaver.

En anden influerende faktor på det tværfaglige samarbejde kan dog også forklares ud fra de udmeldinger, som kommer fra professionerne på makroniveau. Disse udmeldinger ser netop ud til at have betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker i en akkrediteringsproces. I vores undersøgelse fandt vi indikatorer på, at professionernes udmeldinger på makroniveau ser ud til at være med til at skabe en forståelse af vigtigheden for at kæmpe for forskellige områder indenfor kvalitetsudvikling hos professionelle på arbejdspladsniveau. Som nævnt, er et fremtrædende træk ved sygehusfeltet ifølge Sognstrup netop eksistensen af flere stærke professioner, der i høj grad er impliceret i dannelsen af de institutioner, der eksisterer i samfundet. Dvs. professionerne på makroniveau har en afgørende rolle i forhold til, hvad de almindelige læger og sygeplejerske opfatter som det "rigtige, hensigtsmæssige og naturlige" måde at gøre tingene på. Undersøgelsen viste netop tegn på, at det blev svært at skabe samarbejde på tværs af læger og sygeplejersker i akkrediteringsprocessen. Den institutionelle

---

kontekst, her udmeldingerne på makroniveau fra professionerne, kunne dermed m.a.o. se ud til at have indflydelse på vores studerede mikroprocesser, dvs. hvorledes samarbejdet mellem professionelle udfolder sig på arbejdspladsniveau.

I vores undersøgelse fandt vi dog også stærke indikatorer på, at ledelse og dennes etablering af lokale initiativer kunne fremme et konstruktivt tværfagligt samarbejde præget af værkstedsmodellens idealer, hvorfor ledelse kan formodes at have en betydning for, hvorvidt udmeldingerne fra professionerne manifesterer sig og gør sig gældende i en den enkelte afdeling, når det konkrete arbejde udføres. Professionernes udmeldinger på makroniveau kan således være med til at påvirke det tværfaglige samarbejde på den konkrete arbejdsplads, når tværfaglig kvalitet skal udvikles, men det ser ud til, at påvirkningen ikke er mere stærk, end at afdelingsledelsen og lokale initiativer initieret af denne kan nedtone disse. Som vist i analysen lykkedes det netop afdeling X at opnå høj grad af tværfagligt samarbejde i arbejdet med akkrediteringsstandarder, hvor man lyttede og arbejdede på tværs af professionsgrænser. Ifølge Sognstrup er sygehusområdet som institutionelt felt netop også kendetegnet ved, at feltet er decentralt opbygget med store muligheder for fortolkning af feltets institutioner (Sognstrup 2003:38). Det vil m.a.o. sige, at de institutioner, der eksisterer i samfundet, også influerer på afdelingerne, men lokale forhold, fx afdelingsledelsen og lokale initiativer initieret af denne, gør, at feltets institutioner fortolkes på en bestemt måde, som gør, at institutionerne ikke ser ud til at påvirke de forskellige afdelinger på samme vis. Dette forhold kunne måske også være med til at forklare variationen mellem afdeling X og Y.

Endvidere synes et skift i tiden og samfundet også at bevirke, at et tværfagligt samarbejde har gode muligheder for at udvikle sig. Flere informanter i afdeling X og Y påpegede, at en generel udvikling i samfundet har medført en nedtoning af de traditionelle hierarkier mellem professioner, og at sygeplejerskerne ikke længere har samme behov for at manifestere sig som et selvstændigt fagområde. Denne udvikling i samfundet havde ifølge informanterne lettet betingelserne for etableringen af samarbejde de professionelle imellem. Tages der afsæt i den tankegang, som ligger i historisk ny-institutionalisme, kan informanternes udtalelser være et tegn på at tidligere institutioner er ved at blive de-institutionaliseret, dvs. institutioner om, at det sygeplejefaglige område er underordnet det behandlingsfaglige område. Informanter på afdelinger

---

fremhæver netop uafhængigt af hinanden denne udvikling, hvorfor man kan forestilles sig, at der er tale om dette. Da det er et helt studie i sig selv at kortlægge en sådan udviklingstendens, kan vi selvfølgelig ikke med sikkerhed konkludere, at der er sket en sådan, men ud fra informanternes udsagn synes der at være indikatorer på, at dette også kan være en influerende faktor. Vores undersøgelse viste dog, at blot fordi betingelserne herfor ser ud til at være lettet, er det ikke ensbetydende med, at det tværfaglige samarbejde i høj grad blev udviklet. I afdeling X og Y fandt vi en forholdsvis stor variation mellem afdelingerne med hensyn til graden af tværfagligt samarbejde. Denne variation så bl.a. ud til at hænge sammen med afdelingsledelsens ledelsesstrategi, etablering af lokale initiativer samt hvilke kvalitetsprojekter, der er kørt på den specifikke afdeling. Som følge af disse forhold synes at have så stor betydning for tværfagligt samarbejde, kan samfundsudviklingen dermed ikke siges at gøre det alene.

Endnu et forhold, som også synes at spille ind på muligheden for at etablere tværfagligt samarbejde i en akkrediteringsproces præget af værkstedsmodellens idealer, er hvilke patientgrupper afdelingen behandler. Eksempelvis blev det fremhævet i afdeling X, at den type af patienter, der blev behandlet her, krævede, at medarbejderne havde specielle kommunikative kompetencer. Dette betød, at afdelingen havde en speciel kultur, hvor man talte meget om tingene og dette på tværs af faggrænser. Afdelinger ser således ud til at have forskellige vilkår med hensyn til at skabe et tværfagligt samarbejde i en akkrediteringsproces, hvilket også kan være med til at forklare, hvorfor en afdeling som afdeling X netop kan få etableret tværfagligt samarbejde præget af værkstedsmodellens idealer.

Endelig synes typen af, hvilke arbejdsredskaber de professionelle får stillet til rådighed på de enkelte afdelinger, også at have en betydning for det tværfaglige samarbejde. Fx anvendtes der i afdeling X tværfaglige elektroniske journaler. Anvendelsen af sådanne journaler gav de professionelle indblik i hinandens arbejdsopgaver og var netop en "øjenåbner" for mange professionelle. Informanterne argumenterede for, at der med denne type journal kom større forståelse for og hjælpsomhed omkring hinandens arbejdsopgaver.

Da undersøgelsen viste, at også andre forhold havde en betydning, er vi endt med et lidt andet undersøgelsesdesign end det rene most similar casesdesign. Hermed ses netop styrken i at anvende kvalitative forskningsinterviews, da vi har

---

fundet indikatorer på særlige forhold, der ikke umiddelbart er beskrevet i teorien, men som synes at influere på den problemstilling, som vi ønsker at belyse. Havde vi i stedet benyttet et survey, havde vi ikke fået øje for andre elementers betydning, og en konsekvens heraf ville formodentlig have været, at ledelsesstilen måske var blevet tillagt for megen vægt. Endvidere ses fordelen i, at vi ikke har valgt at operationalisere de i kapitlet *Kontekstualisering* fremlagte kontekstuelle elementer, til senere brug i opbyggelsen af vore interviewguides. Ved netop at lytte os frem kontekstuelle elementers betydning, og ikke spørge *direkte* ind til sådanne under interviewet, har vi fået et mere reelt billede af influerende kontekstuelle elementer og dermed fået øje for elementer, som vi i første omgang ikke havde tillagt betydning.

Betydningen af andre kontekstuelle elementer synes at være særlig interessant i en eksplorativ integrativ metodologisk optik, idet hverken Eriksen eller Abbott i deres teoretiske fremstillinger gør meget ud af de specifikke kontekstuelle forholds betydning. I undersøgelsen syntes den institutionelle kontekst netop at have indflydelse på, om der eksisterede kampe eller positioneringer mellem de professionelle, eller om der kunne etableres et tværfagligt samarbejde med udgangspunkt i værkstedsmodellens idealer. Den institutionelle kontekst syntes dermed at have indflydelse på teoriernes forklaringspotentiale. Hermed har vi ikke udelukkende ladet os styre af teorierne, men også af empiriske elementer, som vores teoriapparat ikke havde øje for. På denne måde opnåede vi et mere nuanceret billede af undersøgelsesfeltet, hvorfor analysens interne gyldighed blev højnet. Dvs. at vi må formode, at vi med større sandsynlighed har opnået resultater, der stemmer overens med virkeligheden og at vi som forskere virkelig har undersøgt det, som vi ønsker.

#### 8.4 Abbott og Eriksen

Til trods for, at Eriksen og Abbott i sine teoretiske fremstillinger ikke gør meget ud af de specifikke kontekstuelles forholds betydning for værkstedsmodellens realiserings-potentiale eller hvorfor der ser ud til at eksistere kampe mellem de professionelle, viste det anvendte teoriapparat sig at være anvendelig til at analysere vores empiriske casemateriale.

Abbotts teoretiske antagelse om juridiktionelle konflikter mellem professionelle, når der sker en forstyrrelse af systemet af professioner, var netop velegnet til at

---

forstå og forklare samspillet mellem de forskellige typer af professionelle, som det udspillede sig i forbindelse med arbejdet med akkrediteringsstandarderne. Abbotts antagelser herom var derfor anvendelige til at undersøge, om der eksisterede kampe de professionelle imellem og dermed pege på svære betingelser for et godt samarbejde mellem de professionelle. Abbott gav dermed indsigt i de ledelsesmæssige udfordringer, der gjorde sig gældende på afdelingsniveau i de udvalgte cases, når læger og sygeplejersker skulle udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces.

Eriksens værkstedsmodel var anvendelig som analytisk kategori til at beskrive måden, hvorpå samarbejdet var imellem de professionelle, når de arbejdede med standarderne, og den ledelsesmæssige indsats i forhold til at sikre dette.

At Eriksens værkstedsmodel viste sig at være mere udbredt i afdeling X end afdeling Y, ser det bl.a. ud til at hænge sammen med den pågældende ledelsesstrategi afdelingsledelsen benyttede i afdeling X. Dette gør sig også gældende omvendt; Når Abbotts antagelse om kampe mellem de professionelle viste sig at florere i afdeling Y, ser dette bl.a. ud til at hænge sammen med den ledelsesstrategi, som afdelingsledelsen benyttede i afdeling Y.

Eriksens værkstedsmodel blev understøttet af både afdeling X og Y. På afdeling X var der etableret et gunstigt tværfagligt samarbejde mellem de professionelle som følge af værkstedsmodellens udbredelse, og omvendt på afdeling Y var der graden af tværfagligt samarbejde svag, hvilket i høj grad så ud til at være begrundet i en manglende værkstedsmodels udbredelse.

På afdeling Y så Eriksens hierarkimodel og professionsmodel (hvor sidstnævnte minder meget om de anvendte teoretiske antagelser fra Abbott) ud til at florere i højere grad. Som følge af at vi har fokuseret på nogle af elementer af Eriksen teori end andre, fx på værkstedsmodellen, har vi ikke har beskæftiget os i særlig grad med hierarkimodellen. En selvkritisk iagttagelse på baggrund af de resultater, vi har fået, kunne være, at hierarkimodellen netop kunne have været interessant at have inddraget i højere grad, da eksempelvis afdeling Y ser ud til i høj grad at rumme elementer fra denne. Her kunne det netop se ud til at andre elementer i Eriksens teori end værkstedsmodellen har forklaringskraft.

---

Abbotts teoretiske antagelser om jurisdiktionelle kampe mellem professionelle, når der sker en ekstern forstyrrelse af professionssystemet, så ud til at blive understøttet af afdeling Y. I forhold til hvorvidt antagelserne om jurisdiktionelle kampe understøttes af afdeling X, kan det fremføres at afdeling X måske er et grænsetilfælde i forhold til Abbotts teoretiske antagelser. Hertil skal nævnes, at Abbott i sin teori har argumenteret for, at interne forhold i organisationen, fx måden hvorpå man organiserer det professionelle arbejde, kan bryde op i jurisdiktioner, og enten ophæve eller fremme jurisdiktionelle kampe. Abbott fremhæver som eksempel, at man på multiprofessionelle arbejdspladser ofte kan se en tendens til, at de sædvanlige kampe for jurisdiktion mellem professionelle ophæves. Dvs. den sociale kontekst kan have dermed have indflydelse på i hvor høj grad jurisdiktionelle kampe flourer (Abbott 1988:153). Med afsæt i dette, betyder den lave grad af kampe mellem professioner på afdeling X ikke, at Abbotts teoretiske antagelser ikke bekræftes af afdeling X. Afdeling X ser dog blot ud til at være et grænsetilfælde i forhold til Abbotts teoretiske antagelser, hvorfor afdeling X også kan rummes inden for Abbotts teori

Selvom vores cases kan siges at understøtte vores valg af Abbott og Eriksens teoretiske antagelser overordnet set, har vi dog også, som nævnt, fundet eksempler på, at de ikke havde stor forklaringskraft i forhold til den institutionelle påvirkning, der så ud til at foregå i vores cases. Deres forklaringskraft må derfor primært siges at være i forhold til de working communities, vi har studeret. Her viste kapitlet *Kontekstualisering* til gengæld at være god til at supplere med forklaringer. Den kontekst, som vores undersøgte afdelinger indgår i, ser ud til at have betydning for etableringen af tværfagligt samarbejde eller om der eksisterede konflikter mellem de professionelle. De beskrevne kontekstuelle elementer har derfor også betydning for teoriernes forklaringskraft. Man kan netop sige, at de kontekstuelle elementer ofte sætter grænsebetingelserne for de anvendte teoretiske antagelser fra Abbott og Eriksen. På baggrund heraf, synes inddragelse af supplerende perspektiver, fx den specifikke kontekst, at være fordelagtigt, når working communities studeres med udgangspunkt i Abbott og Eriksens teoretiske antagelser.

I undersøgelsen fandt vi endvidere, at mange af de spændinger og kampe, som Abbott skitserede i sin teori, ikke flourerede i samme styrke i vores to cases. Selvom der så ud til at eksistere spændinger mellem de professionelle i akkrediteringsprocessen, var der i afdeling X og Y også høj grad af samarbejde.

---

Hertil skal også nævnes, at Abbotts teori er udviklet i forhold til angelsaksiske lande, hvor professionerne har en mere selvstændig, prestigefyldt og uafhængig status, end tilfældet er i Danmark. Abbott antager derfor, at professionerne indgår i en fri konkurrence, hvormed der ikke tages højde for eksistensen af en konkurrenceregulerende tredjepart i form af offentlige myndigheder. I en dansk kontekst synes de offentlige myndigheder og professionerne netop modsat de angelsaksiske lande i høj grad at være tæt forbundne. Fx kan de offentlige myndigheder sætte rammerne, fx gennem lovgivning, hvor indenfor professionerne kan agere. Der kan derfor argumenteres for, at de, som følge af den konkurrenceregulerende tredjepart i form af de offentlige myndigheder, ikke har samme behov for at positionere sig overfor hinanden på arbejdspladsen med henblik på at legitimere og fremme sympatien for deres jurisdiktion i den offentlige opinion. At kampene mellem de professionelle i afdeling X var knap så udtalte, som Abbott redegør for i sin teori, kan således også formodes at være påvirket af de ovenfor nævnte traditioner i Danmark.

Et andet argument for at kampene på arenaer for arbejde er knap så udtalte, kunne formodes at være, at en del af professionernes kampe flyttes til de fora, hvor de offentlige myndigheder udformer sine reguleringer af professionernes arbejde. Her ses ofte tydelige kampe. Konsekvensen af dette kunne således være, at kampene ikke i så høj grad foregår lokalt, som Abbott antager.

Endvidere fandt vi i undersøgelsen eksempler på, at Eriksens værkstedsmodel idealer i nogle tilfælde kan være svære at opnå, hvorfor modellen nogle gange kan have et mindre gyldighedsområde. Dette påpeges dog også af Eriksen selv. Eksempelvis oplevede afdeling X en situation, hvor det ikke lykkedes de professionelle at nå frem til konsensus, selvom de forsøgte i flere år. Ifølge Eriksen skal de professionelle netop sætte sig ind i hinandens forskellige forståelseshorisonter, og gennem udveksling af argumenter efterprøve argumenterne i forhold til hinanden. Den kommunikative rationalitet opstår i det øjeblik de finder forståelse for hinandens forskellige forståelseshorisonter. I eksemplet så det ud til, at de professionelle netop ikke fandt nogle fælles værdier, de kunne holde deres kritiske refleksioner op imod. De fandt m.a.o. ikke en fælles værdi, som diskussionen kunne tage udgangspunkt i. I og med at der er tale om en normativ idealmodel, kan man således diskutere, hvorvidt denne kan realiseres i alle tilfælde. I vores undersøgelse, så det således ud til, at der er

---

tilfælde, hvor fælles værdigrundlag ikke nødvendigvis konstitueres, uanset motivation herfor.

## 8.5 Kan vores resultater generaliseres til DDKM?

Da den gennemførte akkrediteringsproces i H:S ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre, vil vi nedenfor afslutte kapitlet med at diskutere, hvorvidt de fundne mekanismer også kan formodes at komme til at gøre sig gældende i den kommende danske kvalitetsmodel.

Den gennemførte akkrediteringsproces i H:S ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre, da fokus i DDKM i første omgang også skal være på akkreditering af sygehuse. Endvidere er DDKM baseret på bl.a. erfaringer fra H:S, og akkrediteringsprocessen i begge to er bygget op i overensstemmelse med den generelle tilgang til akkreditering, jf. kapitlet *Kontekstualisering*. Man kan derfor argumentere for, at den proces, som hospitalerne i H:S har været igennem siden 1999, kan indikere, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der kan forventes, når DDKM implementeres, samt hvilke tiltag, der er mere eller mindre succesfulde i forhold til at håndtere disse ledelsesmæssige udfordringer.

De mekanismer, som i undersøgelsen så ud til at have betydning, må også formodes at gøre sig gældende i andre af landets afdelinger, hvor kvaliteten og akkreditering er afhængig af et tæt samarbejde mellem professionelle, men hvor dette kan være svært som følge af, at afdelingerne sjældent har nedskrevet standardiserede og detaljerede procedurer for medarbejdernes arbejdsgange. Tildelingen af akkrediteringsstandarder vil netop åbne op for diskussion af nye arbejdsgange mellem de professionelle. Der kan således foretages en analytisk generalisering til de afdelinger, der har ikke-standardiserede arbejdsgange, og hvor implementeringen af akkrediteringsstandarder og dermed kvalitetsudvikling på disse afdelinger indebærer, at der åbnes for diskussion på tværs af professionsgrænser.

Dette betyder også, at de mekanismer, som i undersøgelsen så ud til at have betydning, ikke må formodes at gøre sig gældende med samme styrke hos afdelinger, der har høj grad af arbejdsdeling og er vant til at arbejde efter standardiserede arbejdsgange, og derfor befinder sig på modsatte side af



---

kontinuummet som afdeling X og Y. Fx en mikrobiologisk afdeling eller anæstesiaafdeling, der grundet sine standardiserede arbejdsgange og klare arbejdsfordelinger, ikke nødvendigvis i samme grad får åbnet op for diskussion af arbejdsgange under implementeringen af standarderne. Her må implementeringen af standarderne formodes at gå lettere, da arbejdet med standarder ikke nødvendigvis indebærer samme kulturskred, hvorfor der er ikke er grund til fx en bottom-up-inspireret strategi.

Man må fx formode, at lignende ledelsesmæssige udfordringer, som vi fandt indikatorer på i casematerialet, også vil gøre sig gældende, når akkrediteringsstandarderne i DDKM skal implementeres i afdelinger, som ligger på samme side af kontinuummet som afdeling X og Y. Som nævnt i *Design og metode*, indeholdte de amerikanske standarder, som hospitalerne i H:S blev akkrediteret efter, dog ikke standarder som omhandlede sygdomsspecifikke områder. Der var blot tale om standarder, som i DDKM vil placeres under hovedkategorierne organisatoriske og generelle standarder. Fraværet af sygdomsspecifikke standarder ser dog ikke ud til at have haft den betydning, at erfaringerne fra hospitalerne i H:S ikke kan benyttes til at pege på, hvilke ledelsesmæssige udfordringer, der kan forventes i implementeringen af DDKM.

Når lægerne i akkrediteringsprocessen på Hvidovre Hospital fx kæmpede for at, at de ikke skulle koncentrere sig om akkrediteringsstandarderne, fordi disse kun indebar organisatoriske og generelle forhold, men blot skulle varetage kvalitetsforbedrende tiltag i relation til den kliniske behandling, må man formode, at lægerne vil forsøge at kæmpe for, at de udelukkende skal interessere sig for de sygdomsspecifikke standarder i akkrediteringsprocessen i DDKM, og at andre professionelle skal tage sig af de resterende typer af standarder.

En modsat situation kan forestilles at gøre sig gældende hos sygeplejerskerne. Når sygeplejerskerne fx deltog med stort engagement i arbejdet med akkrediteringsstandarderne, fordi disse omhandlede organisatoriske og generelle forhold, må man formode, at de har samme interesse i sådanne typer af standarder i akkrediteringsprocessen med DDKM. I vores undersøgelse så vi dog også tegn på, at sygeplejerskerne ikke ville overtage opgaver, som lægerne ikke ønskede at varetage, idet de mente, at de var en profession med vigtige opgaver på højde med lægernes, hvorfor de ikke var interesseret i at "blot" overtage lægernes fravalgte opgaver.

---

I DDKM kunne en ledelsesmæssig udfordring således formodes at bestå i at få læger og sygeplejersker til at være lige engageret i arbejdet med alle typer af akkrediteringsstandarder og dermed nedtone de professionelles forsøg på at abonnere på forskellige typer af akkrediteringsstandarder som følge af deres professionsspecifikke kvalitetsforståelse. Den store ledelsesmæssige udfordring kan således siges at være at etablere et gunstigt tværfagligt samarbejde i udviklingen af tværfaglig kvalitet under akkrediteringsprocessen, hvor læger og sygeplejersker finder frem til de bedste arbejdsgange.

Man må formode, at de mekanismer, som i vores undersøgelse så ud til at have betydning for, om det tværfaglige samarbejde enten fremmes eller hæmmes, også kan forestilles at gøre sig gældende med nogenlunde samme styrke hos de afdelinger, der befinder sig på samme side af kontinuummet som afdeling X og Y. Disse elementer syntes netop at fremstå så fundamentale for de professionelles samspil i akkrediteringsprocessen og dermed for deres udvikling af tværfaglig kvalitet, at de også må antages at have en ekstern valid betydning i forbindelse med arbejdet med akkrediteringsstandarder i forbindelse med DDKM. Her tænkes på betydningen af:

- Om afdelingsledelsen leder gennem processer via en bottom-up-inspireret strategi eller om afdelingsledelsen er en funktionsopdelt ledelse, hvor der ledes efter en top-down-inspireret strategi.
- Om der etableres lokale tværfaglige arenaer, hvor meningsbrydning mellem professionelle kan ske.
- Om afdelingsledelsen engagerer sig direkte i arbejdet med akkrediteringsprocessen og griber implementeringsprocessen an med teamånd og helhedstænkning.
- Hvilke kvalitetsprojekter, der har kørt tidligere på den specifikke afdeling og i hvor høj grad disse har været lokal forankret.
- I hvor høj grad de professionelle påvirkes af professionernes udmeldinger på makroniveau.
- Hvilke typer af patientgrupper, afdelingen behandler.
- Hvilke typer af arbejdsredskaber, afdelingen anvender.

---

I forhold til disse elementers betydning for udviklingen af tværfagligt samarbejde, skal det dog nævnes, at professionelle sjældent er ens. Eksempelvis er de professionelle på universitetshospitaler mere specialiseret, hvorfor en formodning kunne være, at de i højere grad vogter sin autonomi og har kridtet banen skarpt op. Et modstykke hertil kunne være lokale sygehuse, hvor det i højere grad er nødvendigt for de professionelle at samarbejde på tværs af professionsgrænser. Afhængig af det konkrete sygehus' størrelse må man således forvente variationer i, hvor let det er at etablere tværfagligt samarbejde. Til trods for, at der er meget som taler for, at de samme resultater vil kunne findes på andre afdelinger, som ligner X og Y, kan der således forestilles variationer i, hvor let det lykkes at etablere tværfagligt samarbejde afhængig af det konkrete sygehus' størrelse.

### **8.5.1 Nødvendigheden af en de-institutionalisering?**

Ovenfor blev det skitseret, hvilke elementer der må formodes at have betydning for det tværfaglige samarbejde, når læger og sygeplejersker skal arbejde med akkrediteringsstandarderne i DDKM og dermed sikre tværfaglig kvalitet. Generelt kan man dog sige, at en grundlæggende forudsætning for, at et rigtig godt tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker skal etableres, er at der sker en de-institutionalisering af institutionen om, lægerne skal tage sig af kvalitet i relation til det behandlingsfaglige område og sygeplejerskerne i relation til patientsikkerhed, helhed i patientforløbene, patienttilfredshed osv., som på nuværende tidspunkt ser ud til at være dominerende i sygehusfeltet som organisatorisk felt. Det ser netop ud til, at disse opfattelser er etableret i samfundet i en sådan grad, at man kan kalde dem institutionaliseret, dvs. de ofte bliver opfattet og omtalt af mange som den rigtige, hensigtsmæssige og den naturlige måde (Dahler-Larsen & Krogstrup 2000). Man kan således tale om, at de indgår i en konstellation af allerede etablerede institutioner på sygehusfeltet. Som følge af denne dominerende institution i det danske sygehusfelt, synes det at være svært for de professionelle pludselig at skulle omstille sig til at betragte kvalitetsarbejde, som noget, man i fællesskab skal udvikle og derfor kræver tværfagligt samarbejde. Man kan således sige, at opfattelsen af, at kvalitetsudvikling skal ske gennem tværfagligt samarbejde har svære betingelser, idet der ser ud til at eksistere nogle tidligere traditioner, der spiller en større rolle i de professionelles bevidsthed og/eller kvalitetspraksis. Der er dermed en konkurrence med de historisk etablerede institutioner, og hvis disse er tilstrækkelig stærke og sedimenteret vil det være svært for nye "innovationer"

---

nogensinde at blive institutionaliseret. Man kan i den forbindelse tale om, at den veletablerede institution om, at professionerne tager sig af hvert deres kvalitetsområde, skal "de-institutionaliseres" først, før opfattelsen af kvalitetsudvikling gennem tværfagligt samarbejde kan institutionaliseres. Dette er ofte tilfældet i såkaldte modne organisatoriske felter, hvilket det danske sygehusfelt netop kan karakteriseres som, jf. Sognstrup, hvor der findes et relativt stort antal sedimenterede institutioner. Der synes dog at være tegn på at nogle af sygehusfeltets tidligere institutioner, som ser ud til at have en hæmmende karakter på det tværfaglige samarbejde, er ved at blive de-institutionaliseret. Her tænkes på institutionen om, at det sygeplejefaglige område er underordnet det behandlingsfaglige område, jf. ovenfor. Denne de-institutionalisering ser dog ikke ud til at gøre det alene. For at der netop kan etableres et tværfagligt samarbejde, kræver det ikke bare, at hierarkiet mellem de professionelle er nedtonet, men også at de er villige til at udvikle tværfaglig kvalitet i sammen, og dermed ikke blot vil tage sig af hvert deres kvalitetsområde.

Afdelingsledelsen på afdeling X ser dog imidlertid ud til at have fået det tværfaglige samarbejde til lykkes, men processen er lang - fra lokal ibrugtagen, over større udbredelse og mere sikker fortolkning i et felt - til indarbejdelse som faste og gennemgribende praksisser, der ikke længere diskuteres, men betragtes for givne. Det er således langt fra sikkert, at alle nye ideer når så langt i processen (Sognstrup 2003:40) Man kan også sige, at for at tværfagligt samarbejde netop skal ske i sådan grad som i afdeling X, ser det ud til, at institutionen om, at man som afdelingsledelse skal lede fagopdelt og via sin afsnitsledelse, også skal "de-institutionaliseres". Et tværfagligt samarbejde synes netop også at hænge sammen med en ledelsesstil præget af at lede gennem processer og via teamånd, helhedstænkning og på tværs af professionsgrænser, hvorfor der kan argumenteres for, at institutionaliseringen af en sådan er vigtig for etableringen af et tværfagligt samarbejde. I denne forbindelse er det ikke nok, at en fælles afdelingsledelse er udbredt, som vi ser det i casene - begge afdelinger har en ledende overlæge og oversygeplejerske - men en ledelse præget af teamånd, helhedstænkning og på tværs af professionsgrænser skal opfattes som den rigtige, hensigtsmæssige og den naturlige måde at bedrive afdelingsledelse på, hvis et tværfagligt samarbejde skal faciliteres.

---

## 9 Konklusion

Projektets formål har for det første været at undersøge, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der gør sig gældende på afdelingsniveau, når læger og sygeplejersker på offentlige sygehuse skal udvikle tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. For det andet var målet at undersøge, hvordan man ledelsesmæssigt kunne gribe disse udfordringer an. Til at belyse vores problemstilling har vi valgt at benytte de erfaringer, som akkreditering som koncept har givet hospitalerne i H:S, nærmere betegnet Hvidovre Hospital.

Da vi indledte vores undersøgelse var udgangspunktet, en teoretisk forventning om, at ledelsen havde en betydning for det tværfaglige samarbejde, når tværfaglig kvalitet skal udvikles i en akkrediteringsproces. Da vi ønskede at undersøge denne sammenhæng nærmere, valgte vi et most similar cases design, dvs. alle andre forhold var udeladt undtagen den ledelsesmæssige ageren. Det vidste sig af afdelingsledelsen netop havde en betydning for graden af tværfagligt samarbejde i en akkrediteringsproces. Undersøgelsen viste dog også, at den fundne variation mellem casene i det tværfaglige samarbejde næppe kan forklares med udgangspunkt i én variabel, ledelse. Andre kontekstuelle elementer ser også ud til at have influeret det billede, som vi har af udviklingen af tværfaglig kvalitet, hvorfor vi sluttede med et lidt andet design end det planlagte. Ledelsens betydning og andre kontekstuelle elementers betydning opsummeres kort senere i næste afsnit.

Da vi endvidere ønskede at opnå mest mulig information om det tværfaglig samarbejde, valgte vi to afdelinger, hvor kvaliteten og akkreditering var afhængig af et tæt samarbejde mellem professionelle, men hvor dette var særlig svært, som følge af, at afdelingerne sjældent har nedskrevet standardiserede og detaljerede procedurer for medarbejdernes arbejdsgange. Den ene afdeling viste sig at have formået at skabe et tværfagligt samarbejde præget af værkstedsmodellens idealer, til trods for, at de valgte afdelinger ofte har særlig svært ved at udvikle et sådant tværfagligt samarbejde, hvorimod den anden afdeling ikke havde formået dette i samme grad. Vi må derfor formode, at vi virkelig har fået fat i de væsentligste problematikker og hvad der skal til for at løse dem.

---

## 9.1 Vores resultater

Der er en ledelsesmæssig udfordring i at få de professionelle til at være lige engageret i akkrediteringsprocessen. Baggrunden for de professionelles forskellige engagement synes at bunde i, at de professionelle abonnerer på forskellige kvalitetsforståelser.

Afdelingsledelsen ser ud til at have en betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, når tværfaglig kvalitet skal udvikles. Ledelse gennem processer via en bottom-up-inspireret strategi, hvor almindelige læger og sygeplejersker får en betydningsfuld rolle i beslutninger af, hvilke ændringer i arbejdsgange, der skal til i afdelingen, ser ud til at have en fremmede karakter på det tværfaglige samarbejde og dermed graden af implementering af akkreditering som koncept for kvalitetsudvikling. Endvidere synes det at være af stor betydning, at ledelsen tager initiativ til etableringen af lokale arenaer, hvor der kan ske en meningsbrydning mellem de professionelle, hvor man i fællesskab kan finde frem til den bedste arbejdsgang. Endvidere synes brugen af direkte deltagelse fra afdelingsledelsens side af, at have en betydning for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker i en akkrediteringsproces. Ovenfor ledelsesmæssige elementer synes netop at være med til at skabe en læringskultur.

Kontekstuelle elementer ser dog også, som nævnt, ud til at have influeret det billede, som vi har af udviklingen af tværfaglig kvalitet. Fx er det af væsentlig betydning hvilke kvalitetsprojekter der tidligere har kørt på den specifikke afdeling og i hvor høj grad disse har været lokal forankret. Professionernes udmeldinger omkring kvalitet på makroniveau, ser også ud til at være med til at påvirke det tværfaglige samarbejde på den konkrete arbejdsplads, når tværfaglig kvalitet skal udvikles. En generel nedtoning af de traditionelle hierarkier mellem de professionelle, har ifølge informanterne også lettet betingelserne for etableringen af et tværfagligt samarbejde. Hvilke patientgrupper afdelingen behandler ser endvidere ud til at skabe forskellige vilkår med hensyn til at skabe et tværfagligt samarbejde i en akkrediteringsproces. Endelig synes typen af hvilke arbejdsredskaber de professionelle får stillet til rådighed på de enkelte afdelinger også at have en betydning for det tværfaglige samarbejde.

---

Vores cases kan siges at understøtte vores teoretiske antagelser hentet fra Abbott og Eriksen overordnet set. Vi har vi dog også fundet eksempler på, at teorierne ikke har stor forklaringskraft i forhold til den institutionelle påvirkning, der ser ud til at foregå i vores cases. Deres forklaringskraft må således siges at være primært begrænset i forhold til de working communities, vi har studeret. Her har kapitlet *Kontekstualisering* til gengæld vist sig at være god til at supplere med forklaringer. Endvidere har vi i vores undersøgelse fundet eksempler på, at Abbott og Eriksens skitserede elementer ikke altid understøttes i vores case-materiale.

Da den gennemførte akkrediteringsproces i H:S ligner den akkrediteringsproces, som man med DDKM skal til at gennemføre, må man formode at lignende ledelsesmæssige udfordringer, som vi fandt indikatorer på i casematerialet, også vil gøre sig gældende, når akkrediteringsstandarderne i DDKM skal implementeres i afdelinger, som ligger på samme side af kontinuummet som afdeling X og Y. Dvs. andre afdelinger, hvor kvaliteten og akkreditering er afhængig af et tæt samarbejde mellem professionelle, men hvor dette kan være svært som følge af, at afdelingerne sjældent har nedskrevet standardiserede og detaljerede procedurer for medarbejdernes arbejdsgange. Endvidere må man formode, at de mekanismer, som i vores undersøgelse ser ud til at have betydning for, om det tværfaglige samarbejde enten fremmes eller hæmmes, også kan forestilles at gøre sig gældende med nogenlunde samme styrke hos de samme typer af afdelinger som afdeling X og Y.

---

## 10 Konkrete anvisninger

Med afsæt i projektets resultater, kan der argumenteres for, at det er muligt forsigtigt at fremsætte anvisninger for, hvilke tiltag der kan iværksættes ved implementering af akkrediteringsstandarder på typer af afdelinger som X og Y. Hvis vi nu "spidser pinden", og bevæger os der ud, hvor vi ikke kan konkludere med sikkerhed, vil vi i det nedenstående redegøre for, hvad der skal til, for at der kan udvikles tværfaglig kvalitet i en akkrediteringsproces. Lærdommen fra specialet ser ud til at være, at nøglen til tværfaglig kvalitetsudvikling i en akkrediteringsproces ligger i få etableret følgende elementer:

- Etablering af ikke blot interaktion mellem afdelingsledelsen og de professionelle, men også interaktion imellem de professionelle.
- At afdelingsledelsen leder gennem processer, dialog og medarbejderinvolvering.
- At afdelingsledelsen leder implementeringsprocessen på tværs af professioner med teamånd og helhedstænkning.
- At afdelingsledelsen etablerer lokale tværfaglige arenaer, hvor der kan ske meningsbrydning, således at de professionelle i fællesskab kan finde frem til de bedste arbejdsgange.
- At afdelingsledelsen udviser engagement og engagerer sig direkte i arbejdet med akkrediteringsprocessen. Fx ved at udøve en tovholderfunktion i tværfagligt gruppearbejde.
- At afdelingsledelsen holder et vedvarende fokus og giver løbende feedback omkring kvalitetsudviklingstiltag og resultater heraf.
- At afdelingsledelsen er opmærksom på, at det ikke kun er ledelse, men også de professionelle centrale opfattelse af kvalitet, der har betydning for udvikling af tværfaglig kvalitet.
- At afdelingsledelsen er opmærksom på, at det har en betydning, hvilke andre kvalitetsprojekter der kører på den specifikke afdeling, og i hvor høj grad disse har været lokal forankret.
- At afdelingsledelsen er opmærksom på, at typer af patientgrupper har betydning for de professionelle kommunikative kompetencer, hvilket har betydning for udvikling af tværfaglig kvalitet.



---

## 11 Litteraturliste

**Abbott**, Andrew (1988) *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, The University of Chicago Press

**Andreasen**, Jan (2002) *H:S' hospitaler endeligt akkrediteret*, Ugeskrift for læger, nr.22

**Antoft**, Rasmus (2006) *Demenshåndtering – Magt og forhandling i interprofessionelle relationer*, Ph.d-afhandling, Institut for sociale forhold og Organisation, Aalborg Universitet

**Antoft**, Rasmus & Salomonsen, Heidi Houlberg (2007) *Det kvalitative casestudium – introduktion til en forskningsstrategi i Antoft, Rasmus m.fl. (red.) Håndværk & Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode*, Syddansk Universitetsforlag

**Afdeling X** (2009) *Ledelsesgrundlag 2009-2010*, Hvidovre Hospital

**Afdeling Y** (2007) *Kvalitetsplan for Afdeling Y 2007- 09*, Hvidovre Hospital

**Afdeling Y** (2008) *Værd at vide om akkreditering. Afdeling Y. Hvidovre Hospital. Region Hovedstaden*, Hvidovre Hospital

**Becker**, Howard S. m.fl. (1992) *Boys in White*, Transaction Publishers

**Bendix**, Henrik W. m.fl. (2008) *Hospitalsledelse*, Børsens Forlag

**Bjørnholt**, Bente m.fl. (2008) *Bag kulissen i konstruktionen af kvalitet*, Syddansk Universitetsforlag

**Brandhøj Hansen**, Marie & Albæk, Jens (2004) *Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation – et samspil*, DSI Institut for Sundhedsvæsen

**Joint Commission International** (2002) *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, USA

**Jacobsen**, Ingvar Dag (2005) *Organisationsændringer og forandringsledelse*, Forlaget Samfundslitteratur

**Dahler-Larsen**, Peter & Krogstrup, Hanne Kathrine (2000) *Evaluering og institutionelle standarder: Nyinstitutionelle betragterne af evaluering som vor tids ritual*, Polica, bind 32

**Dansk Sygeplejeråd** (2009) *Et stærkt fag i udvikling. Dansk Sygeplejeråds holdninger til sygeplejefaget*. Lokaliseret d.27-04-09 på [www.drs.dk](http://www.drs.dk)

**De Vaus**, David (2004) *Research Design in Social Research*, SAGE Publications, 2004

- 
- DiMaggio**, Paul J. (1989) *Reviewed work: The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*, *The American Journal of Sociology*, vol. 95, no. 2
- DiMaggio**, P. J. & Poweel, W.W (1991) *The iron Cage revisited: Institutional Isomorfism and Collective Rationality in Organizational Fields* i DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (Eds.) (1991) *The New Institutionalism in organizational Analysis*, University of Chicago Press
- DDKM** (2008), *Det Danske Kvalitetsmodel – Akkrediteringsstandarder for sygehuse 1. version*, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
- DDKM – Evalueringsrapport** (2008) *Den Danske Kvalitetsmodel – Evalueringsrapport – Pilottest på sygehuse*, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
- DSI** (2007) *Systematisk samarbejde om kvalitetsudvikling - erfaringer med ledelse, personalepolitik og tværfaglighed på sygehusafdelinger, der dokumenterede kvalitetsudvikling i projektet Den Gode Medicinske Afdeling*, projekt nr. 2074
- Eriksen**, Erik Oddvar & Larsen, Mai-Liss (A) (1991) *Ledelse og samarbeid i et somatisk sykehus*, FORUT Forskningsstiftelsen
- Eriksen**, Erik Oddvar & Larsen, Mai-Liss (B) (1991) *Styring og prioritering i et somatisk sykehus*, FORUT Forskningsstiftelsen
- Eriksen**, Erik Oddvar & Larsen, Mai-Liss (A) (1992) *Det selvstyrte sykehus*, NORUT Samfunnsforskning
- Eriksen**, Erik Oddvar & Larsen, Mai-Liss (1992) (B) *Sykehuset, styret og omgivelsene*, FORUT Samfunnsforskning
- Eriksen**, Erik Oddvar (1993) *Den offentlige dimensjon – verdier og styring i offentlig sektor*, TANO Forlag
- Eriksen**, Erik Oddvar (1998) *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*, Fakkbokforlaget
- Ferlie**, Ewan (2005) *The Nonspread of Innovations: The Mediating Role of Professionals*, *Academy of Management Journal*, vol. 48, nr. 1
- Finansministeriet** (2001) Aftale om amternes økonomi 2002
- Finansministeriet** (2008) Aftale om regionernes økonomi 2009
- Fizergerald L. & Dopson, S.** (2005) *Professional Boundaries and the Diffusion of Innovation*, in S. Dopson og L. Fizergerald (eds) *Knowledge to Action? Evidens-based Health Care in Context*, Oxford, Oxford University Press
- Flyvbjerg**, Bent (2006) *Five misunderstandings About Case-Study Research*, *Qualitative Inquiry*, vol. 12, no. 2, Saga Publications
- Freidson**, Eliot (1970) *Professional Dominance – The Social Structure of Medical Care*, Transaction Publishers

- 
- Freidson**, Eliot (1971) *The Professions and their Prospects*, Sage Publications
- Freidson**, Eliot (1988) *Profession of Medicine*, The University of Chicago Press
- Frølich**, Anne & Christensen, Majbritt (2002) *Akkreditering af hospitaler*, Ugeskrift for læger, nr.38
- Greenfield**, David & Braithwaite, Jeffrey (2008) *Health sector accreditation research: a systematic review*, International Journal for Quality in Health Care, Volume 20, Number 3
- Greve**, Carsten (2003) *Offentlig ledelse. Teorier og temaer i et politologisk perspektiv*, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, 1.udgave, 1. oplag
- Hatting**, Anne (2007) *Akkreditering og klinisk praksis: en STS-analyse af forandring*, Ph.d. afhandling, Institut for Samfund og Globalisering, Roskilde Universitetscenter
- Hansen**, Karin (1999) *New Public Management på det kommunale niveau: en dansk NPM-model*
- Hildebrandt**, Steen (2003) *Sygehusledelse*, Munksgaard Danmark
- Holmboe** Eric S. & Cassel, Christine K. (2007) *The Role of Physicians and Certification Boards to Improve Quality*, American Journal of Medical Quality; 22; 18
- Hood**, Christopher (1991) *A public Management for All Seasons*, Public Administration, Vol. 69 Spring
- H:S**, (2005) *Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S*, Right Kjaer & Kjerulf A/S
- H:S**, (2002) *Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S*, Right Kjaer & Kjerulf A/S
- H:S**, (1999) NYH:S, Blad for Hovedstadens Sygehusfællesskab, nr. 4
- Hvidovre Hospital** (2007) *Hvidovre Hospitals Kvalitetsstrategi 2007-09*
- Jørgensen**, Henrik Stig m.fl. (2002) *Referenceprogrammer – et redskab til kvalitetsudvikling*, Ugeskrift for læger, nr. 38
- Klausen**, Kurt Klaudi (2001) *Skulle det være noget særligt? Organisation og ledelse i det offentlige*, Børsens Forlag A/S
- Kragh Jespersen**, Peter (2008) *Changing professional autonomy? Quality development in hospitals and the medical professions in Denmark and Norway*, 24rd EGOS Colloquium
- Kragh Jespersen**, Peter (2005) *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens Forlag 2005

- 
- Krag Jespersen**, Peter (1996) *Bureaukratiet – magt og effektivitet*, Jurist og Økonomiforbundetsforlag, 1. udgave, 1. Oplag
- Kvale**, Steiner (1997) *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag
- Kvalitetsafdelingen** (2009) *Kravliste til fremtidigt tværgående dokumentstyringsystem i Region Hovedstaden*, Hvidovre Hospital
- Krøll**, Vibeke & Mainz, Jan (2008) *Behov for revidering af Den Danske Kvalitetsmodel. Skal sikre, at modellen kan dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser*, Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, nr.3
- Krøll**, Vibeke & Mainz, Jan (2007) *Den Danske Kvalitetsmodel – set i et kvalitetsudviklingsperspektiv*, Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, nr. 10
- Larson**, Magali Sarfatti (1977) *The Rise of Professionalism – A Sociological Analysis*, University of California Press
- Lehmann Knudsen**, Janne m.fl. (2008) *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Levay**, Charlotta & Waks, Caroline (2009) *Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy*, SAGE Publications
- Lægeforeningen** (2005) *Kvalitetsudvikling* Politikpapir. København. Lokaliseret d.27-04-09 på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)
- Macdonald**, Keith M. (1995) *The Sociology of the Professions*, SAGE Publications
- Maaløe**, Erik (1996) *Casestudier af og om mennesker i organisationer*, 1. udgave, Akademisk Forlag
- Maaløe**, Erik (2002) *Casestudier af og om mennesker i organisationer*, 1. udgave, Akademisk Forlag
- McKenna**, Christopher D. (2006) *Reviewed work: The System og professions – An essay on the Division of Expert Labor*, Business History review, Vol.80, No.1
- Meyer**, J. W & Rowan B. (1991) *Institutionalised Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony* i DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (Eds.) (1991) *The New Institutionalism in organizational Analysis*, University of Chicago Press
- Parker**, Victoria A. m.fl. (1999) *Implementing Quality Improvement in Hospitals: The Role of Leadership and Culture*, American Journal of Medical Quality; 14; 64
- Pedersen**, Strandgaard Jesper & Dobbin, Frank (2006) *In search of Identity and Legitimation. Bridging Organizational Culture and Neoinstitutionalism*, American Behavioral Scientist, Vol.49, No.7, SAGE Publications
- Pomey**, Marie-Pascale m.fl. (2004) *Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 17, 2/3

- 
- Scott, R.W.** (2003) *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*, 5th ed., Prentice Hall, USA
- Scott, R.W.** (1991) *Unpacking Institutional Arguments* i DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (Eds.) (1991) *The New Institutionalism in organizational Analysis*, University of Chicago Press
- Shekelle, P. G.** (2002) *Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programmes?*, *Qual. Saf. Health Care*;11;6
- Stevnshøj, Anna Louise (A)** (2004) *Sønderjylland på akkrediteringsforkant*, Ugeskrift for læger, nr. 40
- Stevnshøj, Anna Louise (B)** (2004) *Sønderjysk tyvstart kommer ikke til at afstikke ruten*, Ugeskrift for læger, nr. 48
- Sognstrup, Hanne** (2003) *Professionelle i afdelingsledelse*, Ph.d. afhandling, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet, AK Trykkeri
- Strandgaard Pedersen, Jesper & Dobbin, Frank** (2006) *In Search of Identity and Legitimation*, *American Behavioral Scientist*, Volume 49, Number 7, Sage Publications
- Sundhedsstyrelsen** (2007) *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet*
- Sundhedsstyrelsen** (2001) *Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, Del B. Baggrund for forslag til en national model*
- Tolbert, Pamela S.** (1990) *Reviewed work: The System og professions – An essay on the Division of Expert Labor*, *Administrative Science Quarterly*, Vol.35, No.2
- IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet** (2008) *Vejledning for pilottestsygehuse – Modtagelse, Basisvurdering, Fordeling*
- Walby, Sylvia m.fl.** (1994) *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. SAGE Publications
- Whittaker, Maxine** (1999) *Towards Strategic Quality Management of Health Care*, *Journal of Health Management*, 1; 215
- Yin, Robert K.** (2003) *Case study research – design and methods*, 3. udgave, SAGE Publications
- Øvretveit, John** (2003) *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Copenhagen. WHO. Lokaliseret d.27-04-09 på [www.euro.who.int/document/Hen/hospquality.pdf](http://www.euro.who.int/document/Hen/hospquality.pdf)

#### **Retsinformation:**

Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet (2004), L224

---

**Internetsider:**

**Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)**

[www.patientoplevelser.dk](http://www.patientoplevelser.dk) Lokaliseret d.30-03-09

**Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)**

[www.nip.dk](http://www.nip.dk) Lokaliseret d.30-03-09

**Det offentlige sundhedsvæsen**

[www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) Lokaliseret d. 10-04-09

**Hvidovre Hospital**

[www.hvidovrehospital.dk](http://www.hvidovrehospital.dk) Lokaliseret d.03-03-09

**Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)**

[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) Lokaliseret d.16-04-09

**Joint Commission International (JCI)**

[www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org) Lokaliseret d. 03-03-09

**Region Hovedstaden**

[www.regionh.dk](http://www.regionh.dk) Lokaliseret d.02-03-09

**Sygehus Himmerland**

[www.sygehushimmerland.rn.dk](http://www.sygehushimmerland.rn.dk) Lokaliseret d.20-02-09

**Intranet:**

**Hvidovre Hospital** *Kvalitetshåndbogen*