

Abstract

Evaluating the skills and knowledge of an expert

Due to the increasing demand from the society of access to visible and meaningful indicators of the quality of health care, the six hospitals in the former Copenhagen Hospital Cooperation engaged in the process of accreditation by the Joint Commission International, USA.

The hospital is accredited according to a number of standards that all states a goal for quality and a number of measurable elements that must be met by the hospital in order to achieve status of accreditation.

Two standards addresses the skills and knowledge of the senior physicians of the hospital, where it is required that the hospital provides records of which treatments the physician is authorized to provide and why he has this authorization.

This question led the Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet to develop a tool of competence evaluation to provide this information to the organisation.

This process raises the following questions: 1) What are the skills and knowledge of an ekspert and how are they understood, 2) Which problems in the hospital organisation gives rise to the demand of evaluation, 3) What happens in a hospital organisation when such a tool is to be implemented, a) What kind of impact on competence evaluation will the tool have and b) how can the present development of competence be perceived as based on confidence, 4) Which conflicts will arise of this attempt of controlling the level of competence among the senior physicians and last 5) Which impact on the future development of knowledge will this attempt have?

The definition and attitude toward skill and knowledge development among the physicians are analyzed in a historical, institutional perspective in relation to three areas where medical knowledge is defined, the science, the patient and the society.

The modern medical science broke through late in the 18th century where the way hospitals were organized in France was partly driven by the physicians' ambition of seeking knowledge by ways of a systematic and objective method. The patients has over many years achieved medical treatment as a public service provided by the hospitals of their geographical area, which has led to the assumption that medical skill could be taken for granted. The society provides the finance of the hospitals and the fast growing technology of the medical field has led to increasing demands of

primarily economic control but secondarily also demands of quality assessment of the health care delivery.

The problems of the hospital organisation that gives rise to the demands and the problems of handling this demand are analyzed according to the theory of the professional organisation. The organisation is developed because its products rely on the advanced skills of each associated worker, and this makes the organisation vulnerable to issues of coordination, discretion and innovation, but the theory warns against control initiatives as they probably will have no effect on quality, but will lead to ineffectiveness.

The new technology of competence evaluation is developed in accordance with the nature of the experts it is designed for, in the sense that it is the expert himself that must provide the evidence that authorizes him to certain areas of treatment. The technology is therefore very dependent on the handling of the participants of the evaluation.

The present condition of development of new knowledge is analyzed by means of the theory of confidence based leadership. This perspective visualizes the way knowledge is spread in the medical institutions independent of the organisational barriers, and how leadership is performed by the close presence of the leader, who by means of supervision supports the strategic developments of knowledge.

The conflict that arises from this collision between the long time established culture of the medical field and the demand for ongoing and documented assessment of the level of competence is analyzed in the perspective of power. The new tool provides an arena of decision where all four dimensions of the use of power is exercised, and the tool creates new positions for both the head of department and his senior physicians, which will have an impact on the ways that both in – and external participants can effect the future development of knowledge.

The perspective of the polyphone organisation emphasises the need for future leaders to have advanced skills and knowledge of leadership in complex organisations to be able to handle the further development of targeted knowledge inside a profession.

The main issues for the leadership are to maintain the support of the innovative component of the hospital organisation and at the same time secure targeted development of skill and knowledge toward the established services.

Kompetenceevaluering af eksperter

Masteropgave, MPA, CBS

af

Kim Garde

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	2
MOTIVERING	4
OPGAVENS STRUKTUR	5
DISPOSITION	7
BAGGRUND:	8
PROBLEMFOMULERING:	9
EMPIRI:	10
KAPITEL 1	11
LÆGESTANDENS VIDEN OG VIDENGENERERING	11
TEORI – HISTORISK, INSTITUTIONEL	11
VIDEN OG VIDENGENERERING	13
ANALYSE	16
KAPITEL 2	18
KONTROL I EN HYBRID – ORGANISATION	18
TEORI – FAGBUREAUKRATIET	18
KOMPETENCE VERSUS VIDENGENERERING	23
KOMPETENCEEVALUERINGSKRAVET	25
ANALYSE	30
KAPITEL 3	32
FAGPROFESSIONEL KULTUR VERSUS KONTROLFORANSTALTNINGER	32
TEORI – STYRINGSTEKNOLOGI	33
HANDLERUMMET	37
STYRING AF STYRINGSREDSKABER – ANALYSE	38
STYRINGSTEKNOLOGIENS IMPLIKATIONER	46
KAPITEL 4	48
LEDELSE OG TILLID	48
TEORI – TILLID	48
ANALYSE:	51
SOCIAL KAPITAL	51

KLINIKCHEFEN SOM STRATEGOS	54
KAPITEL 5	55
SAMMENSTØDET	55
TEORI – MAGT	55
SAMMENSTØDET – ANALYSE	59
KAPITEL 6	63
HOSPITALET SOM POLYFON ORGANISATION	63
KAPITEL 7	66
SAMMENFATNING OG FREMTIDSPERSPEKTIVER	66
BILAG	73
REFERENCER	90

Motivering

Formålet med denne masteropgave er at belyse hvilke konsekvenser, der kan imødeses, når man i en hospitalsorganisation indfører en social styringsteknologi overfor videngenerering i en gammel, akademisk profession - lægestanden, som via en lang historie har opbygget et regel – og traditionsbundet monopol på egen videnudvikling.

Opgavens problemfelt centrerer sig om en udviklings – og implementeringsopgave, der fulgte af en hospitalsorganisations indsats for at opfylde et krav, som konkretiserer sig i og med at hospitalet er en del af en hospitalsorganisation, som har besluttet sig til at benytte sig af ekstern akkreditering.

I det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab er hospitalerne – herunder Rigshospitalet – gennem en årrække blevet akkrediteret af den amerikanske kvalitetssikringsorganisation Joint Commission International (Ref. 1), og i den sammenhæng rejses der krav om dokumentation for kompetenceevaluering af hospitalernes speciallæger (Ref. 2).

Dette krav har ved de to første akkrediteringer vist sig vanskeligt at håndtere fordi der ikke i Danmark har været en tradition for ekstern kontrol af lægers kompetenceniveau. Desuden har tidligere tiders forsøg på, at indføre styringsteknologier overfor det lægefaglige kompetenceområde flere steder i udlandet været begrænset succesfyldt (Ref. 3), og tiltaget for at indføre en social styringsteknologi nu, som en konsekvens af hospitalets anvendelse af akkreditering som kvalitetssikringsværktøj antages at ville skabe en betydelig spænding i den lægefaglige institution.

Kravet om løbende kompetenceevaluering understøttes imidlertid af flere videnskabelige indicier på, at der er et dokumenteret problem med lægernes kompetenceudvikling, navnlig i den sidste del af deres erhvervsaktive periode. Der er udført studier af speciallægers viden og praktiske kunnen i forhold til deres anciennitet, som viser at udviklingen i færdigheder aftager i den sidste del af speciallægens karriere, og at dette gør sig gældende i endnu mere udtalt grad hvad angår viden. (Ref. 4, 5 & 6).

Disse omstændigheder fører dels til en udvikling af et styringsredskab, dels til en proces for at implementere dette styringsredskab på Rigshospitalet.

Opgavens fokus er rettet mod hvilke parametre der betinger at et socialt styringsredskab kan bringes til at fungerer i den fagprofessionelle organisation, og for at klarlægge dette problemfelt er opgaven inddelt i en række delanalyser med hver sit fokus.

Opgavens struktur

Opgaven er struktureret således, at udviklingen af professionens egen forståelse for viden og videngenerering belyses i et historisk, institutionelt perspektiv med udgangspunkt i den patologiske anatomis gennembrud i Frankrig i 1800 – tallet. Denne analyse skal definere lægeprofessionens kulturbestemte opfattelse af hvad viden og videngenerering er i dag.

Der foretages herefter en analyse af de forhold i hospitalsorganisationen, der betinger kravet om indførelsen af en kontrolforanstaltning ved hjælp af Mintzbergs teori om den fagprofessionelle organisation.

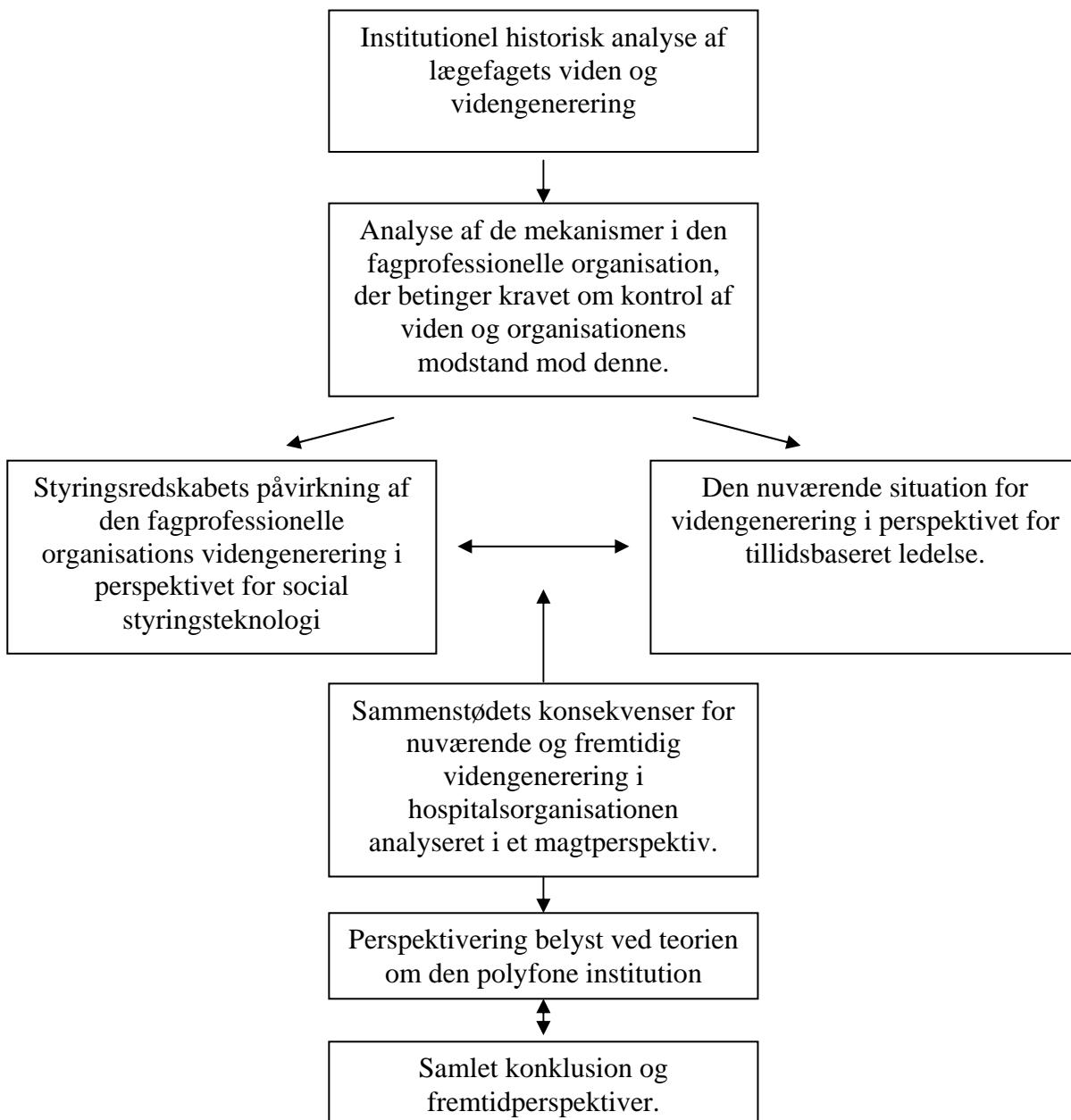
Målet med denne analyse er, via beslutningsprocessen omkring indførelsen af en styringsteknologi overfor videngenereringen i organisationen, at fremhæve de mekanismer, der modvirker forandringsprocesser i det fagprofessionelle bureaukrati når det drejer sig om eksterne kontrolforanstaltninger.

Forandringen, der indtræder som følge af, at styringsteknologien søges indført, analyseres i et socialt styringsteknologisk perspektiv, som leverer begreber, der kan synliggøre styringsteknologiens konsekvenser for det autonome forskningsmiljø, som indtil nu har skabt en betydelig videngenerering.

Med det formål at anskueliggøre fordelene i den nuværende situation i forhold til videngenerering i en hospitalsorganisation foretages en strategisk analyse af situationen før indførelsen af styringsteknologien i perspektivet for tillidsbaseret ledelse, fordi denne begrebsverden er fundet hensigtsmæssig med hensyn til at beskrive de elementer som via selvstyret forskning skaber institutionens videngenerering.

Det antages, at der vil indtræffe en konflikt i organisationen, når aktørerne i den frivilligt baserede forskning, konfronteres med akkrediteringens krav om at dokumentere målrettet kompetencestyring, og at den nye situation vil give anledning til en forandring i både nye og gamle aktørers muligheder for at øve indflydelse i forhold til at retningsbestemme videngenerering. Derfor er det fundet relevant, at analysere dette konfliktområde i et magtperspektiv, som kan levere et begrebsapparat, der kan visualisere de nye platforme for aktørerne, som herigennem kan påvirke lægestandens videngenerering både kvantitativt og kvalitativt.

Analysen suppleres før sammenfatningen med en perspektivering ud fra teorien om den polyfone organisation, fordi kompetenceevalueringskravet kan ses som et led i en større samfundsmæssig forandring, som har konsekvenser for hospitalsorganisationen.



Disposition

Opgaven er i henhold til ovenstående analysestrategi disponeret på følgende måde:

Der redegøres for baggrunden for opgaven, som fører frem til en problemformulering, hvor hvert punkt i problemformuleringen refererer til de efterfølgende kapitler.

Kapitel 1 indeholder en analyse af den lægefaglige professions definition af viden og videngenerering i et historisk, institutionelt perspektiv, med det formål at belyse en klassisk professions forståelse af det væsentligste element i deres faglige identitet.

Kapitel 2 er en analyse af de mekanismer i en hospitalsorganisation, der dels betinger et krav om kontrol af viden og kompetence dels skaber intern professionel modstand mod denne kontrolforanstaltning. Analysen udføres i forhold til det forløb, som udviklingen af et styringsredskab har givet anledning til.

Kapitel 3, 4 og 5 hænger sammen på den måde, at der først foretages en analyse af et nyudviklet styringsredskab, og dernæst beskrives videngenereringen i den lægefaglige profession i et tillidsperspektiv som udtryk for professionens nuværende vilkår. Den konflikt der opstår, når den etablerede kultur udsættes for den sociale styringsteknologi analyseres herefter i et magtperspektiv.

Kapitel 3 er således en analyse af den sociale styringsteknologi, som udvikles som følge af at kravet om dokumenteret kontrol af viden og kompetence rejses i forbindelse med, at hospitalsorganisationen akkrediteres.

Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af lægeprofessionens nuværende forståelse for og metoder til at generere ny viden, som analyseres med udgangspunkt i teorien om tillidsbaseret ledelse.

Kapitel 5 er en analyse af den konflikt, der opstår i den fagprofessionelle organisation, når dens eksperter udsættes for en social styringsteknologi, som skal skabe en synlig og evaluérbar måling af deres og organisationens tavse viden. Analysen gennemføres ved hjælp af magtperspektivet.

Kapitel 6 belyser ved hjælp af teorien om den polyfone organisation, den fremtidige situation i hospitalsorganisationer, der i tiltagende grad skal forholde sig til en omverden, som dels kræver stigende indblik i organisationens arbejdsmetoder og dens kvalitetskontrol navnlig i forhold til de lægefaglige ydelser dels forventer organisationens aktive deltagelse i pluralistiske temaer indenfor sundhedsspørgsmål i bredeste forstand.

Kapitel 7 er en afsluttende konklusion på opgaven, hvor analyseresultaterne sammenfattes.

Der er således kun en delkonklusion efter hvert kapitel.

Baggrund:

Et gennemgående tema i forsøget på at øge gennemsigtigheden i den offentlige sektor for derved at mindske videnasymmetrien, dels i forhold til borgerne dels i forhold til de bevilgende myndigheder, er registrering af proces – og outcomedata med tilhørende analyser, som så efterfølgende gøres mere eller mindre tilgængelige for offentligheden (Ref. 7). Der anvendes i stigende grad metoder som åbne portaler, hvor man kan indhente kvalitetsoplysninger om forskellige ydelser, og offentlige institutioner anvender certificeringer og akkreditering til at styre kvalitetssikringen i organisationerne.

Hospitalet i det hedengangne Hovedstadens Sygehusfællesskab (Ref. 1) har anvendt Joint Commission International (JCI) som kvalitetsstyringskonsulent. Et kapitel i JCI's kvalitetsstandarder handler om måling og dokumentation af de ansatte lægers kompetencer. Man skal dokumentere, at en given læge er kompetent til at yde de behandlinger, som han er ansat til at varetage.

Dokumentation af speciallægers/eksperter kompetence volder problemer overalt, og forskellige lande har anvendt forskellige metoder til at komme "sandheden" nærmere om end ingen synes at have fundet de vise sten. Den mest udbredte metode er regelmæssige eksamener gennem hele den erhvervsaktive karriere, en metode der aldrig har vundet udbredelse i Danmark og har været erklæret for udansk og nytteløst (Ref. 3).

Den danske speciallægekommision (Ref. 8) anbefaler, at der indføres en form for kompetenceevaluering, men fraråder eksamener, og til støtte for dette synspunkt er der nyere undersøgelser, der viser at anciennitet og kompetenceniveau blandt eksperter ikke udvikler sig ligefremt proportionalt snarere tværtimod – og det uafhængigt af de kendte kontrolmetoder. Et gammelt ord siger at forskellen på en ung og en gammel læge er, at den gamle læge gennemfører en given behandling tilsvarende inkompetent, men med betydelig større myndighed.

Kravet til dokumentation af kompetence er imidlertid kommet for at blive, idet det videreføres i den danske kvalitetsmodel (Ref. 9), og der skal dokumentationen foreligge ved akkrediteringen.

På Rigshospitalet er der i denne anledning taget et initiativ til at udvikle en kompetenceevalueringsmetode (Bilag 2 & 3), der skal bibringe klinikkerne et hensigtsmæssigt og validt instrument til regelmæssigt at evaluere og dokumentere speciallægenes kompetenceniveau.

Metoden er en nytænkning indenfor området, hvor man rejser spørgsmålet om hvem der egentlig kan evaluere en ekspert. I mindre sammenhæng – en videnskabelig artikel eller et disputatsforsvar – kan man indkalde eksperter fra andre lande/landsdele, men i en driftsmæssig sammenhæng med krav om løbende, dokumenteret evaluering er metoden uanvendelig.

Udgangspunktet for det nye initiativ er, at svaret på spørgsmålet om, hvem der skal evaluere eksperten er, at det skal eksperten selv. Med faste intervaller skal speciallægen redegøre overfor sin ledelse for, hvorfor et givent ekspertområde varetages af vedkommende. Denne redegørelse danner grundlag for en vurdering af hvilke behandlingsbemyndigelser eksperten tildeles, som han/hun bliver ansvarlig for at varetage og udvikle.

Initiativet er forelagt ledelsen, som efter en længere proces vedtog, at der skulle følges op med et seminar, hvor idéen er forelagt et antal udvalgte klinikker mhp. at fastlægge en strategi for udvikling og implementering. Seminaret blev ikke noget tilløbsstykke og blev derfor efterfulgt af et mere forpligtende møde om implementering af metoden, hvorunder der var betydelig skepsis.

I samarbejde med andre hospitaler i regionen er det lykkedes, at etablere samarbejdsaftaler med et passende antal klinikker til at skabe et datagrundlag for at evaluere metoden.

Problemformulering:

1. Hvad er den historiske baggrund for lægestandens definition af viden og videngenerering indenfor det lægevidenskabelige område?
2. Hvilke organisatoriske problemer i en hybrid hospitalsorganisation betinger krav om kontrol af organisationens ydelser?
3. Hvilke konsekvenser for kompetenceudviklingen har indførelsen af en ny styringsteknologi overfor speciallæger i en hospitalsorganisation?
 - a. Hvilke nye betingelser for kompetenceudvikling skaber indførelsen af en social styringsteknologi?
 - b. På hvilken måde er den nuværende kompetenceudvikling i hospitalsorganisationen baseret på tillid?
4. Hvordan og i hvilket omfang opstår der konflikt, og hvilke konsekvenser for magtforholdene i organisationen kan imødeses?
5. Hvilke fremtidsperspektiver for videngenereringen i en hospitalsorganisation kan imødeses?

Empiri:

Opgaven tager udgangspunkt i et litteraturstudie af den historiske baggrund for lægestandens vidensøgning og videngenererende processer og hvilken betydning videngenerering har i forhold til professionens faglige identitet og hierarkiske opbygning.

Den proces organisationens ledelse gennemgår i samspil med de fagprofessionelle medarbejdere i forbindelse med, at der rejses et konkret krav om etablering af kontrol med den lægefaglige kompetence på hospitalerne i det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) (Ref. 1), illustreres ved programmet for et seminar for de klinikker, som viste særlig interesse for at deltage i evaluering af metoden efterfulgt af et opsamlingsmøde for at finde yderligere deltagere (Bilag 1). Center for Klinisk Uddannelse (CEKU) (Ref. 31) har udviklet den nye kompetenceevalueringsmetode med udgangspunkt i et i forvejen etableret styringsredskab i H:S, der skal implementeres i hospitalsorganisationerne og anvendes i forbindelse med Medarbejder Udviklings Samtalerne, for at bibringe ledelserne dokumentation dels for kompetenceniveauet på hvilket de lægefaglige ydelser leveres dels for hvilke specialitydelser de enkelte speciallæger varetager (Bilag 2).

Det nyudviklede styringsredskab til evaluering af den enkelte speciallæges kompetenceniveau i forhold til de specialitydelser, som speciallægen varetager i klinikken er vedlagt i som bilag 3. Problemstillingen og perspektiverne for kompetenceevaluering af speciallæger er i forløbet beskrevet i en statusartikel i ugeskrift for læger (Ref. 3).

Analysen suppleres derudover med observationer foretaget i anæstesi – og operationsklinikkerne på Rigshospitalet (Ref. 27, 52 & 53), hvor kompetenceevalueringerne bl.a. skal finde sted.

Kapitel 1

Lægestandens viden og videngenerering

De historiske forhold, der betinger lægestandens definition og tradition for videngenerering og monitorering af viden – og kompetenceniveau belyses i et historisk, institutionelt perspektiv med udgangspunkt i Douglass C. Norths definition af historisk institutionsanalyse (Ref. 10) suppleret med nogle betragtninger af John Campbell (Ref. 11) om problemer med at anvende begreberne fra den historiske institutionsanalyse.

Analysen gennemføres i forhold til tre områder – videnskaben, patienterne og samfundet, fordi lægens kompetence navnlig kommer til udtryk og vurderes internt og eksternt i den lægefaglige institution i forhold til disse tre områder.

Denne indfaldsvinkel til opgaven findes relevant fordi lægefaglig viden og videngenerering er historisk og institutionelt tungt forankret i den professionelle identitet.

Teori – historisk, institutionel

Oliver C. North definerer institutioner som spillets regler, hvormed der menes de begrænsninger, som indrammer al menneskelig interaktion, og derved strukturerer menneskelig samvær i politiske, sociale og økonomiske sammenhænge (Ref. 10).

Institutioner sætter reglerne for individer både på det formelle plan via love og nedskrevne regler og på det uformelle plan som uskrevne love i organisationskulturer. Begge disse regelsæt regulerer derved den menneskelige adfærd, f.eks. via hierarkiske strukturer, som tilfører platforme for magtudøvelse via sanktionsmekanismer mellem individer. Sådanne institutionelle rammer etablerer faste strukturer for den menneskelige adfærd og medvirker derved til at reducere den usikkerhed, der ellers ville være forbundet hermed.

Individer underlagt institutionelle rammer i en organisation vil i givne situationer agere og træffe deres valg i henhold til de selv samme rammer, hvilket samtidig er med til at skabe institutionens natur, der skaber kontinuitet og stabilitet, en egenskab der omvendt også gør institutioner modstandsdygtige overfor forandringer.

Disse egenskaber ved institutioner skaber en stiafhængighed fordi de institutionaliserede regler og rammer etablerer faste handlingsmønstre for institutionernes individer. North kombinerer således institutionsanalysen med et historisk blik, som findes betydningsfuldt ud fra en betragtning om at man kan lære af historien og at nutid og fremtid er tæt forbundet med fortiden, pga. den kontinuitet som vore institutioner skaber.

Sti-afhængigheden betinger, at institutioner ofte er vanskelige at udsætte for forandringer, så udviklingsforløb fortsætter af veje, som fastsættes af initiale, ikke nødvendigvis hensigtsmæssige beslutninger. De forandringer der trods alt finder sted, indtræder ofte gradvist og bygger på de i forvejen etablerede mønstre.

Forhold der fastholder stiafhængighed er omkostninger ved forandringer, den skabte kultur og interessekonflikter, mens forhold der bryder en sti kan være forandringer i omgivelserne, politiske beslutninger eller tilbuddet af ny teknologi. Interne strategiske forandringer lider ofte en krank skæbne netop pga. en robust stiafhængighed.

Stiafhængighed har sin oprindelse i teknologihistorie, men genfindes i virksomheder, samfundsmodeller og institutioner.

John Campbell (ref. 11) definerer tilsvarende begrebet institution som det samlede sæt af formelle og uformelle regler og procedurer, som vil indvirke på aktørers beslutninger og handlinger.

I et historisk institutionelt perspektiv antages det, at beslutninger begrænses af de institutionelle rammer hvori de tages, og forandringerne derfor sker som resultat af sporafhængige processer. I disse processer kan forandringerne iagttages som mønstre af evolution og inkrementalisme affødt af det respons og den feedback, som beslutningstagerne modtager fra deres omgivelser. Forandringer i og mellem institutioner kan iagttages som en sporafhængig proces, der forstyrres af afbrudt ligevægt og afbrudt evolution. Institutionsanalysens grundbegreber er således en sporafhængighed, der tager udgangspunkt i aktørernes tillæring, og deres deraf følgende valg truffet indenfor de institutionelle rammers begrænsning.

Den historiske institutionsanalysens natur er således en inkrementalistisk tilgang til at forklare selv dramatiske og pludselige forandringer, hvilket kan volde problemer i forhold til den analytiske ramme.

Spredning udspringer af tidligere tillæring, og forandringsprocesser udfolder sig ofte som kombinationer af gamle institutionelle elementer eventuelt suppleret med nye, men processerne er betinget af de institutionelle rammer, hvori spredningen finder sted, og en given forandring optræder derfor som oftest sporafhængig.

Indenfor den historiske institutionalismes begrebsverden er nye idéer begrænset af de eksisterende politiske forhold, og de gældende anskuelser vil begrænse aktørernes handlerum. I et historisk institutionelt perspektiv vil aktørernes handlinger være en følge af instrumentelle mekanismer og aktørernes vurderinger af hensigtsmæssighed i forhold til de institutionelle rammer – regler, procedurer og principielle anskuelser – hvori handlingerne beslattes og udføres.

Viden og videngenerering

Lægestanden har gennemgået en meget lang professionaliseringsproces, hvorved man har opnået et betydeligt monopol på det lægefaglige arbejde. Lægestanden fremhæves derfor ofte som et klassisk eksempel på en veletableret profession, som via en lang historie har tilkæmpet sig eneret til et virksomhedsområde omgærdet af lovgivning og ikke mindst tradition.

Ved den patologiske anatomis gennembrud i Frankrig omkring 1800 førte en række kampe mellem politiske kræfter og fagprofessionelle og deres institutioner – først og fremmest universiteterne – til etableringen af hospitaler i regionalt og kommunalt regi i modsætning til tidligere, hvor hospitalerne var en del af fattigvæsenet (Ref. 12).

Etableringen fandt sted trods lægelig skepsis – sygdom blev efter lægernes opfattelse bedst varetaget i hjemmet, hvor den var opstået, og hospitaler blev anset for at være steder, der til tider forværrede den enkelte patients tilstand.

Lægestanden øjnede dog en række fordele ved etableringen af klinikker, hvor de syge var samlet i stort antal på et sted. Herved kunne sygdomme og behandlingsforløb studeres systematisk, hvilket var et brud med tidligere tiders metafysiske forståelse af sygdommenes essenser, der nu erstattes med en forståelse af sygdomme som processer, der finder sted i kroppens væv og organer. Den øgede adgang til og brug af obduktion var en central forudsætning for denne udvikling, der betegnes som den patologiske anatomis gennembrud. På et hospital var adgangen til patienterne før og efter døden og den deraf følgende omfangsrige videngenerering let tilgængelige og kunne videreformidles til studenter og kolleger.

Denne forandring nåede i de følgende årtier til Danmark, hvor en artikel i ugeskrift for læger i 1839 beskrev ”den numeriske metode”, som er det første danske initiativ til at indføre det systematiske, kontrollerede medicinske forsøg (Ref. 13).

Produktion af ny viden udføres og defineres af professionen selv, som også er den eneste kompetente instans, der kan vurdere og kontrollere det arbejde, der udføres. Den videnskabelige forskning er grundlaget for de kvalifikationer, der giver adgang til de relevante ansættelser, hvor den væsentligste er en uddannelsesstilling, som fører frem til speciallægestatus.

Kompetence måles i rang, videnskabelige arbejder og undervisningserfaring samt i de diskussioner, der altid føres på gange og i kaffestuer.

Således har det indtil for nylig været givet at lægen med de tungeste videnskabelige arbejder ville få den ledende stilling i en given klinik. Lægestanden har defineret en tæt relation mellem dokumenteret videngenerering og position i hierarkiet, så kompetencen direkte har kunnet aflæses af den stilling man besidder (Ref. 35).

Der har således ikke været behov for andre former for gensidig kompetenceevaluering mellem kolleger. Da den videnskabelige kvalifikation imidlertid hviler på videnskabeligt arbejde vurderet af kolleger indenfor samme grenspeciale, betyder det, at den administrerende overlæge i mange klinikker er flere af sine underordnede overlægekolleger fagligt underlegen indenfor grenspecialet, hvilket selvfølgelig er et problem i en situation, hvor lederen skal evaluere en medarbejder.

Man har som læge aflagt et løfte om at ”søge mine kundskaber fremdeles udvidede”, og det har man regnet for et bindende tilsagn om, at opretholde sin kompetence gennem hele livet.

I andre lande, navnlig lande med et mere liberalt organiseret sundhedsvæsen, som f.eks. USA er forudsætningen for, at et hospital kan varetage patientbehandling betalt af et forsikringsselskab, at hospitalet er kvalitetssikret af en anerkendt, uvildig kvalitetssikringsinstitution.

Her indgår standarder om dokumentation af lægernes kompetencer, som skal opfyldes af hospitalet (Ref. 2). I USA skærpes kravet, hvilket bunder i en amerikansk lovgivning på området, der forbyder læger at være ansat på et kommercielt hospital, fordi varetagelsen af patientens interesser ikke blev fundet foreneligt med at modtage løn fra hospitalet. Derfor modtager hovedparten af amerikanske hospitaler deres lægefaglige ydelser fra eksterne konsulenter.

Denne lovmæssige/juridiske stillingtagen til lægefaglig uafhængighed findes kun som et løfte i Danmark, men ånden i den amerikanske lov genfindes f.eks. i Niels Højbys bog ”det danske sundhedsvæsens storhed og fald” (Ref. 14), hvor han skriver ”jeg og mine 114 holdkammerater, hvoraf kun 20 % var kvinder, læste til eksamen, da studenteroprøret startede på universitetet 21-3-1968 i professor, overlæge dr. Med. Mogens Fogs rektorperiode, så det havde vi ikke tid til at tænke på”. Han citerer i øvrigt som indledning til kapitlet om det danske sundhedsvæsens storhed

Hanauske-Abel som siger: "Medicine starts with a patient stepping into your office, you have to perform professionally, and by doing your job, you don't do anything else but your job".

I disse udsagn finder man den ægte professionalisme, som en ophøjet og udtalt etisk tilgang til at bruge sin viden og kunnen til patientens bedste uden andre hensyn.

Tidligere tiders tidsbegrænsede ansættelsesvilkår for alle læger, der ikke var overlæger eller praktiserende læger sikrede i øvrigt, at lægernes kvalifikationer i vid udstrækning blev evalueret ved hver ny ansættelse. Overlægens kvalifikationer blev ikke bestridt.

Befolkningen og hospitalsstrukturen i Danmark har understøttet, at en løbende kompetenceevaluering ikke er fundet nødvendig i og med at hospitalsbehandling er en offentlig ydelse, som alle har ret til. Tidligere har det været uden konkurrence fra en privat sektor, og det lægefaglige tilbud har været defineret først og fremmest ved patientens geografiske tilhørsforhold (Ref. 15). Når der foretages patienttilfredshedsundersøgelser måles hospitalerne og deres ansatte på det, som læger – ofte med en vis foragt i stemmen – kalder for bløde værdier. Det drejer sig om kommunikation, personlig tilknytning, omsorg og empati samt servicemål – logistik, fysiske rammer og lignende, aldrig det essentielle spørgsmål om lægefaglig kompetence. Det har afstedkommet en udtalt mangel på efterspørgsel af lægefaglig kvalitet, idet den i vid udstrækning er taget for givet.

Sundhedsvæsnet har altid haft politisk bevågenhed. Kerneydelsen – behandling af syge, sårede og døende – ligger naturligvis enhver på sinde, hvilket gør befolkningens krav til disse ydelser nærmest uendelige, og samtidig er der en voldsom teknologisk udvikling indenfor området, som gør det politisk og økonomisk ustyrligt (Ref. 15).

I kampene om tiltagende politisk kontrol over professionerne, hvor lægestanden, der befolker et næsten rent offentligt område blev et indlysende mål, udtalte Ritt Bjerregaard på et tidspunkt at en politisk målsætning var en proletarisering af lægestanden.

I denne kamp mellem de politiske kræfter og professionens repræsentanter for at skabe gennemskuelse og reducere den udtalte videnasymmetri som er udgangspunktet, er det nærliggende at tage styringsredskaber overfor sundhedsvæsnet i anvendelse.

Dette har medført, at hospitalerne i et omfang har påbegyndt en systematisk kvalitetssikring, formentligt primært for at ruste sig i kampen om de knappe ressourcer. For at styre denne proces har et antal hospitaler taget eksternt kvalitetsevaluering i anvendelse i form af akkreditering (Ref. 1 & 2), og heri konkretiseres kravene til målbar, gennemskelig kompetenceevaluering af den enkelte

læge. I USA er evalueringerne offentligt tilgængelige så det er muligt for kunderne at aflæse en række kvalitetsmål på en given læge.

Denne udvikling har rejst spørgsmålet om den bedst egnede ledelse indenfor lægestanden, som over årene er blevet udfordret fra forskellig side, hvor lægerne er blevet udsat for stigende konkurrence fra sygeplejersker og økonomer. Internt blandt lægerne har man i nogen udstrækning forladt den hidtidige tætte binding mellem videnskabelig produktion og placering i ledelseshierarkiet, således at man i højere grad adskiller uddannelse i ledelsesmæssig retning og uddannelse i videnskabelig retning (Ref. 60).

Analyse

Historisk set sker der ved den patologiske anatomis gennembrud et egentligt brud med tidligere tiders praksis og opfattelse af god lægepraksis samt ikke mindst lægernes videnskabelige arbejde. Man kan sige at transaktionsomkostningerne ved videnopsamlingen pludselig blev reduceret kraftigt, ved at de syge kunne studeres både i live og efter døden i stort tal.

Den grundlæggende værdi i lægeverdenen er viden – *libido sciendi* (Ref. 12), som var drivkraften for etableringen af hospitaler – et sted hvor viden kunne genereres og formidles. Viden er lægestandens adelsmærke (Ref. 14), og nyuddannede læger aflægger ed på at udvide denne viden gennem hele livet. Læger konkurrerer på viden, både den dokumenterede og i daglige diskussioner, og det er herigennem, at man får sin faglige anerkendelse, både uformelt blandt kolleger og formelt i stillingshierarkiet.

Videngenereringen indenfor faget er tydeligt sporafhængig med en inkrementel udvikling af regler for hvordan viden genereres og formidles internt og eksternt i organisationer og institutioner. Det originale forskningsarbejde med efterfølgende publikation i tidsskrifter, der nyder anerkendelse i et uofficielt, men ikke desto mindre meget veldefineret hierarki, er hjørnestenen i en læges kompetenceniveau i forhold til hans kolleger. Der konkurreres på antal og kvalitet i originalarbejder med afhandlinger som det ypperste.

På grund af denne konkurrence på viden har der aldrig været et incitament fra standens egne rækker til at indføre dokumenteret, regelmæssig kompetenceevaluering i driftsmæssig sammenhæng. Her møder man tværtimod en udtalt skepsis overfor tiltag, der søger dokumentation og evt. diskussion af dette kerneområde mhp. styring og gennemsigtighed i forhold til omverdenen.

Eksterne forandringer truer imidlertid den stibundne videngenerering og karakteren af den viden, der indgår i den lægefaglige bedømmelse.

For det første er den tiltagende grenspecialisering et fagligt problem, som rører ved en gammel antagelse om, at lægerne dybest set må foretage de indgreb, som de tror, de mestrer. Det medfører en stigende, faglig accept af, at den enkelte læge skal udvise særlige kvalifikationer for at varetage særlige kompetenceområder og omvendt – når man ikke har kvalifikationen, må man ikke varetage funktionen (Ref. 16).

Et udtryk for den evolutionære udvikling har været en tiltagende grenspecialisering og ses i de senere år som en øget anvendelse af certificeringer, som grundlag for at dokumentere kompetence og specialviden i forhold til en særlig funktion man varetager. Eksempler herpå er gyldig certificering i forhold til et bestemt kursus i behandling af den svært tilskadedkomne patient, når man arbejder på vagtholdet i et traumecenter eller tilsvarende gyldig certificering i forhold til et bestemt kursus i avanceret, akut medicinsk behandling når man er beslutningstager på hospitalets hjertestophold.

For det andet har befolkningens prioriteringer ændret sig i retning af voksende individualisme, hvor samfundets borgere i stigende omfang er kritiske forbrugere af alle ydelser herunder sundhedsydelser. Samtidig er der et gryende udbud af private tilbud og moderne patienter ønsker i tiltagende grad frit valg, hvilket også i vid udstrækning er deres lovmæssige ret (Ref. 17).

Det frie valg stiller hurtigt krav om gennemskuelighed overfor kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse, herunder den lægefaglige kompetence. Det skærper for første gang fokus på dette (væsentlige!?) element, og gør lægefaglig kompetence til en konkurrenceparameter, som politiske kræfter, patienter og lægerne selv har en interesse i.

Oplysningen om en given læges kompetence er imidlertid fortsat relativ vanskelig at få fat i for patienterne og politikerne, i og med at de tilgængelige kvalitetsmål gælder for organisationen som et hele, hvilket mindsker drivkraften i forandringsprocessen.

For det tredje er området fortsat præget af en udtalt teknologisk udvikling, med deraf følgende pres på omkostningerne, hvilket til stadighed medfører at sundhedssektoren påkalder sig stor politisk bevågenhed, og deraf følgende krav om ekstern kontrol af udviklingen.

En række eksterne forhold øger således presset på den lægefaglige institution for indgå i en proces med at etablere en dokumenteret og gennemskuelig kvalitetskontrol af den lægefaglige kompetence (Ref. 18).

Kapitel 2

Kontrol i en hybrid – organisation

Det øgede pres på den lægefaglige institution har afstedkommet politisk fokus på at etablere kvalitetssikrende projekter indenfor sundhedssektoren, der selvfølgelig skal højne kvaliteten, men i lige så høj grad skal tjene til at øge den eksterne mulighed for at kunne gennemskue de sundhedsfaglige ydelsers kvalitet.

I dette kapitel redegøres først for den anvendte teori, og efter følgende beskrives den sag, der danner grundlag for opgaven, hvorefter organisationens reaktion på kompetenceevalueringskravet analyseres ved hjælp af Mintzbergs teori om den fagbureaukratiske organisation (Ref. 19), som er fundet velegnet til at levere de begreber, som kan perspektivere en kompliceret proces omkring et konkret krav om kompetenceevaluering af organisationens eksperter – speciallægerne - i en organisation som Rigshospitalet.

Teori – fagbureaukratiet

Teorien redegør for struktur, arbejdsprocesser og magtforhold i den professionelle organisation – fagbureaukratiet, hvor organisationen er bureaukratisk og alligevel decentraliseret. Dette afstedkommes når organisationens ydelser er komplekse, og derfor varetages af højtuddannede professionelle. Denne organisationsform genfindes i universiteter, hospitaler og indenfor håndværk hvor ydelserne beror på medarbejdernes professionelle kompetence.

Fælles for medarbejderne – i hvert fald de professionelle – i disse organisationer er, at de er højtuddannede indenfor deres felt, hvilket gør dem i stand til at varetage komplicerede procedurer i henhold til standardiserede procedurer, som medarbejderne selv har udviklet.

For at beskrive den professionelles arbejde anvendes et billede af et dueslag, hvor arbejdet består i at kategorisere opgaverne f.eks. diagnosticere sygdom hos en patient, for derefter at applicere det relevante program til at løse opgaven, f.eks. at iværksætte det relevante udredningsprogram.

Denne arbejdsstruktur skaber over tid en organisationsform karakteriseret ved Mintzbergs fem organisationselementer fordelt med en lille topledelse, en endnu mindre mellemledergruppe og en stor, flad udførende enhed. Den udførende enhed støttes dels af en stor stabsenhed dels af en

teknikenhed, der leverer alle de understøttende funktioner, der skal til at koordinere den samlede professionelle ydelse (Ref. 20).

Medarbejderne arbejder meget individuelt og decentralt og kontrollerer selv deres ydelser og hvordan disse ydelser produceres. De professionelle medarbejdere er derfor ofte medadministratorer i organisationen, gerne via stående og ad-hoc udvalg, som varetager administrative såvel som faglige spørgsmål.

Dette leder til en diskussion af ledelsens rolle i en sådan organisation, der af og til beskrives som en omvendt pyramide, med de professionelle medarbejdere øverst. Ledelsens opgaver koncentrerer sig om beslutningsprocesser vedrørende kategoriseringsprocesserne og varetagelse af opgaver og konflikter i organisationens grænseflade mod omgivelserne.

Disse opgaver løses i områderne mellem to eller flere professionelle eller mellem professionelle og omgivelserne og fordrer som oftest en forhandlingsløsning, og den leder der finder gode forhandlingsløsninger opnår også en magtposition i fagbureaukratiet, dog kun så længe de professionelle er enige i, at løsningerne tjener deres formål.

Med lederen i en position som forhandler snarere end klassisk, strategisk chef og en betydelig medarbejderindflydelse dels via de professionelles meget decentrale arbejdsstruktur, dels via de professionelles tilstedeværelse i talrige udvalg og nævn, der træffer både administrative og faglige beslutninger, er fagbureaukratiet en relativt demokratisk organisation i sin natur, i hvert fald for sine professionelle medarbejdere (Ref. 61).

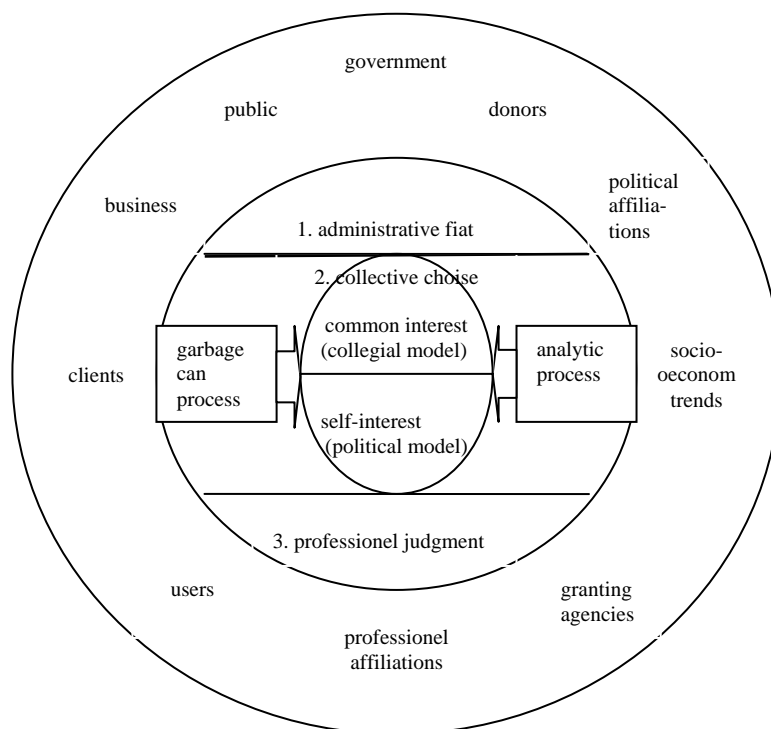
Fagbureaukratiet placerer sig med maskinbureaukratiet på den ene side, hvor ydelserne kan standardiseres i et sådant omfang, at produktionen ikke kræver uddannet personale til fremstillingen, og den innovative organisation på den anden side, hvor hvert problem finder sin egen, enestående løsning. I fagbureaukratiet er ydelserne af en sådan karakter, at de kræver varetagelse af højt uddannet personale men alligevel kan standardiseres.

På universitetshospitaler kan iagttages blandingsformer, fordi en stor forskningsaktivitet og løsning af sjældne diagnostiske og behandlingsmæssige problemstillinger tenderer til en udvikling i retning af den innovative organisationsform, mens hospitalernes høje krav til sikkerhed, hvor organisationen prioriterer velafprøvede, standardiserede procedurer trækker i retning af maskinbureaukratiet (Ref. 25).

Udarbejdning af en strategi i en professionel organisation er vanskelig at beskrive fordi strategien ikke blot tilvejebringes fra topledelsen, men snarere vokser ud af en proces blandt organisationens

professionelle. Det har ført til beskrivelser af organisationerne som organiserede anarkier og beslutningsprocesserne som garbage cans (Ref. 21).

Mintzbergs argument for, at strategi på denne måde vokser ud af de handlingsmønstre som foregår i den fagbureaukratiske organisationen er, at virksomhedens strategi vedrører dens kerneydelser, som netop kontrolleres af de enkelte professionelles arbejdsprocesser.



Three levels of decision making in the Professional organisation

Dette fører Mintzberg frem til en model (Ref. 22), der beskriver tre niveauer for beslutningstagning i den fagbureaukratiske organisation, hvor man øverst finder det administrative niveau og nederst et niveau, hvor beslutningstagning finder sted på baggrund af de fagprofessionelles vurdering.

Det administrative niveau vil typisk håndtere beslutninger, der ikke direkte relatere til organisationens kerneydelse, såsom kontrol af økonomi og stabsfunktioner der vedrører drift, vedligehold og service. Det administrative niveau kan afse tid til at administrere områder i nærheden af den faglige kerneydelse såsom etablering af udvalg og besættelse samme udvalgs pladser, hvilket kan give en betydelig indirekte indflydelse på beslutningsprocesserne.

Beslutningstagning nederst i modellen er summen af de fagprofessionelles handlinger, hvilket umiddelbart forekommer umuligt at håndtere, men handlingerne er imidlertid underlagt en betydelig grad af professionel kontrol i kraft af de fagprofessionelles fælles uddannelse og opdragelse og videre faglige udvikling overvåget af deres kolleger, f.eks. i form af artikler underkastet peer review (Ref. 22).

Hovedparten af beslutningsprocesserne udspiller sig imidlertid i området mellem de to niveauer, et felt som Mintzberg benævner niveauet for det kollektive valg. Her varetages f.eks.

beslutningsprocesser vedrørende organisationens kategoriseringer, ansættelser og budgetlægning.

Beslutningsprocesserne involverer tre faser, identifikation af behovet for beslutning, udvikling af løsningsmodeller og valg af løsning.

Identifikationen af et givet problem beror ofte på et enkelt individ, mens udviklingen af løsningsmodeller ofte involverer flere medlemmer af organisationen. Valg af løsning i fagbureaukratiet involverer ofte flere udvalg og interne og evt. eksterne aktører og i denne proces kan den fulde kompleksitet af organisationen iagttages.

I Mintzbergs model er de kollektive beslutninger ofte resultatet af to forskellige handlingsmotive delvis processer drevet af fælles interesse, hvor beslutningsvalget hviler på konsensus, delvis drevet af egeninteresse, hvor beslutningsvalget bliver resultatet af en politisk kamp med vindere og tabere. Disse beslutningsprocesser vil blive påvirket fra to sider, hvor den ene lettest beskrives af garbage can modellen (Ref. 62) med strømme af problemer, beslutningsanledninger, løsninger og aktører der på mere eller mindre tilfældig vis finder sammen over tid. Den anden påvirkning kommer fra forskellige analytiske processer som oftest udført af de fagprofessionelle selv.

Mintzberg vurderer at alle elementer forekommer i fagbureaukratiets beslutningsprocesser og er optimistisk nok til at mene, at de analytiske processer er i stand til at holde garbage can processerne i skak i et tilstrækkeligt omfang til, at de vigtigste beslutningsprocesser tilgodeses med de fleste analytiske processer, og at garbage can processer hyppigere ses i forbindelse med mindre betydningsfulde beslutninger (Ref. 23).

På denne måde er strategiudviklingen i betydningen organisationens handlingsmønstre i fagbureaukratiet resultatet af fragmenterede processer på tre forskellige niveauer, som influeres delvis af analytiske processer delvis af garbage can fænomener, hvilket kan forekomme usammenhængende, men indflydelsen af processer drevet af fælles interesse og den fælles uddannelse fulgt af ensartede procedurer for kompetenceudvikling stabiliserer organisationens handlingsmønstre og danner derved en meget stabil strategisk udvikling for den fagbureaukratiske organisation. Dette

understøttes ironisk nok af defragmenteringen og de politiske kampe, der forhindrer dramatiske forandringer. Inde i organisationens enkelte enheder opleves situationen ikke nødvendigvis uforanderlig, idet forandringsprocesser i den meget decentralt opbyggede organisation meget vel kan pågå i stort omfang uden at det umiddelbart kan spores udadtil.

Den fagbureaukratiske organisation tilbyder sine professionelle medarbejdere to enestående kvaliteter, hvor den ene er organisationens udtalt demokratiske natur, der allokerer betydelige magtbeføjelser direkte ud til medarbejderen, og den anden er tildelingen af en omfattende autonomi, som endog indebærer en fritagelse for at koordinere sit arbejde med kollegernes.

Dette resulterer som oftest i højt motiverede medarbejdere med et stort engagement i deres arbejde og i forhold til deres klienter.

Det resulterer imidlertid også i en organisation, der i sagens natur har meget vanskeligt ved at etablere eksternt kontrol af det arbejde der udføres, og dermed er der ringe mulighed for at få varetaget arbejdsprocesser, som de fagprofessionelle ikke prioriterer. Fagbureaukratiets svage led er koordination, kategorisering og innovation (Ref. 24).

Koordination eller mangel på samme ses dels i forbindelse med de fagprofessionelles forhold til stabsfunktionerne, som er underlagt organisationens hierarki, men som ofte vil modtage ordrer fra de fagprofessionelle, der mener sig berettiget hertil, dels i forbindelse med de fagprofessionelles interne relationer, hvor der udspiller sig talrige, politiske kampe om kategoriseringer og prioriteringer.

Faglige kategoriseringer og prioriteringer indebærer altid et fagligt skøn, ofte foretaget af en enkelt fagprofessionel, som således afgør hvad problemet er, og hvordan det skal løses. I kompetente hænder er dette en hensigtsmæssig varetagelse af opgaven, men hvis den fagprofessionelle er inkompetent eller er mere optaget af at yde sin behandling end af at løse klientens problem, så er mulighederne for at gribe ind små, dels fordi en fagprofessionel organisations output kan være meget vanskeligt at opstille valide kvalitetsmål for, dels fordi fagprofessionelle er loyale overfor deres profession og hinanden langt mere end de er overfor organisationen.

Innovation fordrer samarbejde, og de fagprofessionelles uvilje til at engagere sig i dette samarbejde og organisationens kompleksitet resulterer i en træghed overfor innovative processer, hvilket understøttes af at organisationen så at sige er designet til at perfektionere etablerede processer, altså det modsatte af at fremme innovative nyskabelser. Der er således en tendens til at placere nye problemer i gamle, velafprøvede løsningskategorier.

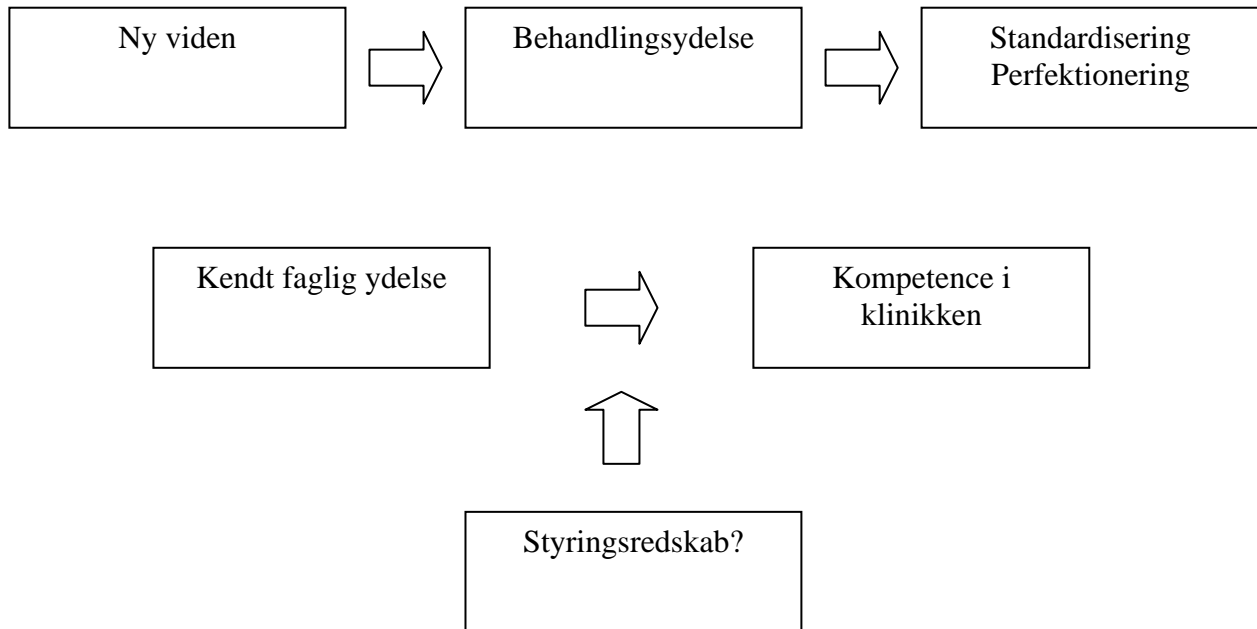
For dem der står uden for organisationen rejser disse forhold spørgsmålet om hvordan disse utilstrækkeligheder ved organisationen overkommes, og det nærliggende svar er øget kontrol. Man griber til de kendte metoder til at monitorere arbejdets processer og udkomme, men som ovenfor beskrevet er kontrol af komplekse arbejdsprocesser med et ringe defineret mål for ”det rigtige udkomme” meget vanskelige at måle, og Mintzberg vurderer, at en administrativ indsats for at måle og veje snarere vil resultere i nedgang af effektivitet end en forbedring af kvaliteten. Vejen til forandring og forbedring går den lange, processuelle vej omkring ændring i læringsprocesser, der over tid vil bibringe de fagprofessionelles accept af en given forandring fortrinsvis tilvejebragt via de faglige selskaber end via den fagbureaukratiske organisation (Ref. 29).

Kompetence versus videngenerering

Mintzberg omtaler hospitalsorganisationerne som hybrider (Ref. 25) mellem på den ene side en organisation der er skabt af højtuddannede eksperter, der dyrker deres ekspertise og herigennem videreudvikler og forfiner de ydelser, som er hospitalets ydelser i forhold til patienterne. Disse ydelser kræver høj uddannelse fordi, der skal foretages dels et fagligt skøn for at afgøre hvad klientens problem består i dels et tilsvarende fagligt skøn for at vælge hvilken ydelse der skal løse problemet – Mintzbergs pigeonhole – proces. Ydelserne er for hovedpartens vedkommende arbejdsprocesser, som det kræver omfattende, faglig træning at udføre, men samtidig processer som over tid er blevet meget standardiseret.

En anden komponent i hospitalernes virke er videngenerering, der har en historisk betinget, fremtrædende plads i hospitalsorganisationernes sfære. På Rigshospitalet har forskningsindsats en plads i hospitalets mål, værdier og vision (Ref. 26), og som beskrevet under afsnittet om lægestandens definition og udvikling af viden og videngenerering er denne funktion en institutionaliseret del af lægernes kompetencemåling, der danner en væsentlig del af grundlaget for lægernes placering i det lægefaglige hierarki.

De to tilgange til lægefaglige ydelser – på den ene side frembringelsen af ny viden via forskning og på den anden side perfektionering af en standardiseret procedure – kan illustreres således:



Figur 1: Ny viden bliver til ydelse. En kendt faglig ydelse kræver kompetence.

Den fagprofessionelle organisations svagheder består i mangelfuld koordination, kategorisering og innovation, og Mintzberg karakteriserer netop hospitalsorganisationen som en hybrid mellem den innovative og den fagprofessionelle form fordi karakteristika fra begge genfindes i strukturen.

En opgørelse over de ph.d. – og doktorafhandlinger der er udarbejdet af speciallæger ansat indenfor anæstesiområdet på Rigshospitalet viser at 38 % af lægerne ikke i dag beskæftiger sig med klinisk arbejde der relaterer til afhandlingens tema (Ref. 27).

Mintzberg fremhæver samtidig, at det faglige output er meget vanskeligt at definere nøjagtige mål for dels fordi det er resultatet af en kompliceret proces dels fordi udkommet ikke har et præcist,

veldefineret facit (Ref. 28). Der er således kun en løs kobling mellem hospitalsorganisationens to verdner, og givet at en klinik udbyder en given ydelse – en bestemt behandling overfor patienterne – er der ingen, eller kun meget svage mekanismer, der sikrer at den relevante kompetence er til stede hos medarbejderne i klinikken.

Derfor opstår kravet om kontrol af de lægefaglige ydelser (Ref. 29) og kravet kommer bastant til udtryk i den del af verdenen, som betjener sig af læger, der fungerer som eksterne konsulenter (Ref. 2). Ledelsen vil have et stærkt incitament til at etablere en kontrolforanstaltning, som sættes ind med udgangspunkt i de givne lægefaglige ydelser, som klinikkernes speciallæger leverer for at kontrollere kompetenceniveauet i forhold til disse ydelser.

Kompetenceevalueringskravet

I 1999, fire år efter at Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) blev dannet besluttede den daværende bestyrelse, at øge fokus på kvalitet og kvalitetsstyring i organisationen. Man indledte derfor en proces for de seks hospitaler i hospitalsorganisationen, som skulle føre til at der i begyndelsen af 2002 kunne gennemføres en akkreditering ved en ekstern, uvildig kvalitetssikringsinstitution af alle seks hospitaler (Ref. 1).

Akkreditering (Accreditation)

Definition: Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.

Bemærkninger: Akkreditering indeholder følgende grundelementer:

- *Vurderingen foretages af et eksternt organ.*
- *Vurderingen foretages af personer med samme kompetence som de personer, der lader sig vurdere (peer-review).*
- *Vurderingen baseres på opfyldelsen af et sæt krav til kvaliteten (standarder), som dels er forhåndsdefineret og dels er fælles for alle sundhedsorganisationer, der lader sig vurdere.*
- *Vurderingen omfatter både det faktiske resultat af sundhedsorganisationens arbejde, og hvorvidt sundhedsorganisationen har den fornødne kompetence til fortsat at kunne udføre sine opgaver tilfredsstillende. I akkrediteringsprocessen indgår anvendelse af forskellige metoder til kvalitetsudvikling.*

Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, januar 2003.

Man valgte at indlede et samarbejde med Joint Commission International (JCI), den internationale gren af den dominerende amerikanske kvalitetssikringsinstitution, som akkrediterer mere end 15.000 amerikanske sundhedsorganisationer.

Akkrediteringen foretages ved at organisationens arbejdsprocesser og i mindre omfang outcome mål holdes op imod et sæt standarder med tilhørende målepunkter, defineret af JCI. Standarderne undergår en løbende udvikling med stadigt stigende krav til organisationerne (i 1917 – syv år efter Joint Commissions dannelse fyldte standarderne 1 side, i dag er der 365 standarder opdelt i 13 kapitler, hvor hvert kapitel dækker et bestemt område af hospitalets processer og ydelser) (Ref. 2). Akkrediteringen kræver en forberedelsesproces, hvor organisationens dokumenter og arbejdsprocesser bringes i overensstemmelse med kravene defineret i standarderne, evt. med assistance af konsulenter fra JCI, som på anmodning kan gennemføre en prøveakkreditering. Selve akkrediteringen foregår ved at 3 konsulenter fra JCI besøger organisationen i op til en uge, hvorunder der initialt foretages en dokumentgennemgang. Efterfølgende aflægges udvalgte afdelinger besøg, og herunder inspiceres forholdene, personale interviewes og arbejdsprocesser gennemgås og sammenholdes med kravene defineret i standarderne.

Under besøget suppleres gennemgangen med et antal møder med hospitalets eksperter indenfor særligt betydningsfulde områder som f.eks. infektionskontrol, driftssikkerhed og faglig kompetence (Ref. 30).

Samarbejdet førte i 2002 til den første akkreditering af H:S hospitalerne, som siden er fulgt op af yderligere en akkreditering i 2005, og efter strukturreformen hvor H:S blev nedlagt har Region Hovedstaden besluttet at lade de seks hospitaler som har gennemgået den internationale akkreditering fortsætte med at opretholde akkrediteringen, som skal gentages hver 3. år for at bevare certificering.

Et særligt afsnit omkring JCI's standarder vedrører evalueringen af den lægefaglige kompetence, som defineres i kapitlet vedrørende personalets kompetence, hvor kravene til kompetenceevaluering af speciallæger er defineret i standarderne PE 7 – 8:

PE 7: Dokumentér formelle kvalifikationer for speciallæger.

PE 7.1: Fortegnelse over autorisationer/certifikater og stillingsbeskrivelse.

PE 7.2: Revurdering af kvalifikationer hvert år

PE 8: Procedure for at tildele læger givne behandlingskompetencer på basis af data.

Den tildelte "bemyndigelse" bekendtgøres for det øvrige personale, så alle er vidende om hvilke procedurer speciallægen må udføre (Ref. 2).

Dette område har den særlige implikation, at det i USA er ulovligt at ansætte en læge, som skal varetage patientbehandling i en kommerciel virksomhed, hvilket også gælder hospitaler.

Kommercielle amerikanske hospitaler samarbejder derfor med læger enkeltvis eller i grupper på konsulentbasis, hvilket selvfølgelig gør tildelingen af bestemte bemyndigelser af afgørende betydning for hospitalets sikkerhed for at de lægefaglige ydelser, hospitalet udbyder og er ansvarlige for varetages forsvarligt.

Denne standard har altid voldt problemer fordi danske hospitaler ikke arbejder med ”en procedure for at tildele speciallæger givne behandlingskompetencer”, og dermed heller ikke har data til at begrunde en sådan tildeling. Behandlingskompetencer hviler på hierarkisk baseret tildeling af fagområder superviseret af kolleger og overordnede.

Derfor havde Rigshospitalet – og andre H:S hospitaler – ved de to foregående akkrediteringer modtaget anmærkninger på dette område, og i den samme periode var kravene til evalueringen blevet skærpet med hyppigere evalueringer og øgede krav til datagrundlag for tildeling af bemyndigelse.

Man havde på denne baggrund i H:S besluttet, at udvikle et kompetenceevalueringsredskab, som skal anvendes under Medarbejder Udviklings Samtaler (MUS), som imidlertid kun forholder sig til standarderne PE 7.1 og 7.2, der stiller krav om en kortlægning af den enkelte kliniks ydelser i forhold til lægeligt kompetenceniveau. Selve kompetencemålingen begrænser sig i H:S redskabet til en opdatering af stillingsbeskrivelsen (Bilag 2).

I efteråret 2005 arbejdes der derfor med dette spørgsmål i personaleafdelingen og kvalitetssekretariatet på Rigshospitalet i København med forberedelsen til akkreditering i 2008. Problemet forelægges Rigshospitalets direktørkreds, som ønsker en ekspertudtalelse om problemet og peger på Center for Klinisk Uddannelse (CEKU), som er en forsknings-, udviklings-, og ressourceenhed for klinisk lægeuddannelse under Region Hovedstaden, Rigshospitalet og Københavns Universitet i fællesskab, der er placeret på Rigshospitalet (Ref. 31).

Ved et opfølgende møde med deltagelse af chefen for CEKU fremlægges problemet vedrørende monitorering af kompetenceniveau af speciallæger i et bredere perspektiv.

Der er grund til at formode, at der er et generelt problem med speciallægers kompetenceudvikling i den sidste del af deres karriere. En undersøgelse (Ref. 32) viser, at ældre læger optræder med større selvtillid, men er mindre vidende end yngre læger under uddannelse, og en anden undersøgelse (Ref. 33) viser at speciallæger er bedre håndværkere men er mindre vidende end yngre læger under uddannelse.

Direktørkredsen ønsker at CEKU i samarbejde med staben på Rigshospitalet udvikler et værktøj til kompetenceevaluering, som kan operationaliseres på Hospitalet i henhold til den i H:S vedtagne plan om at gennemføre evalueringen under klinikchefernes årlige medarbejdersamtaler med speciallægerne.

Evalueringsredskabet udvikles på basis af en viden om at alle tidligere forsøg på at foretage løbende, dokumenteret kompetenceevaluering, som de faglige institutioner efterfølgende har fundet valid, og som derfor har opnået anerkendelse som et faktisk udtryk for den evaluerede speciallæges kompetence, er slået fejl. Dette skal forstås sådan, at flere lande har anvendt kompetenceevalueringsmetoder, som nogen steder er lovpligtige (Ref. 34), men systemerne har ikke kunnet fjerne mistanken om, at kompetenceniveauet ikke udvikler sig positivt gennem hele den erhvervsaktive karriere, og det er fortsat lægernes historisk betingede og institutionaliserede system om kliniske ansættelser, videnskabeligt arbejde og undervisningserfaring, der stort set udelukkende styrer lægernes placering i det faglige hierarki (Ref. 35).

Alle de hidtidige kontrolforanstaltninger har været kvalitetssikrende i deres natur, og det har typisk haft karakter af certificeringer udstedt på baggrund af formel eller uformel uddannelse efterfulgt af en eksamen (Ref. 36). Disse kontrolforanstaltninger har således stået i et modsætningsforhold til den etablerede metode til videngenerering, som er videnskabelig i sin natur. Den højst rangerende type af videnskabeligt arbejde er en originalartikel publiceret i et førende, internationalt tidsskrift, og en doktorafhandling skal tilvejebringe en ny viden, for at kunne anerkendes.

Det nye redskab, som er udviklet af CEKU i samarbejde med Rigshospitalets stabsafdeling (Bilag 3), er skabt ud fra en grundlæggende tanke om, at den eneste der kan evaluere speciallægen i en driftsmæssig sammenhæng, det er speciallægen selv. Denne tanke overlader bevisførelsen for kompetenceniveau hos den evaluerede selv, hvilket er i overensstemmelse med speciallægens egen faglige opdragelse til at ”søge mine kundskaber fremdeles udvidede”, og styringsteknologien er således kvalitetsudviklende i sin natur, fordi den fordrer at ny viden frembragt – om ikke andet, så i hvert fald ny viden om speciallægens kompetenceniveau eller mangel på samme.

Med henblik på at implementere den nye teknologi i hospitalet beslutter direktørkredsen, at der skal afholdes et seminar, hvor udgangspunktet er at direktørerne indmelder et antal interesserede klinikker, hvor de forskellige lægevidenskabelige grene er repræsenteret, således at man kan udvælge et antal klinikker til deltagelse i seminaret (Bilag 1). Årsagen til denne fremgangsmåde er, at det anses for afgørende for implementeringen, at metoden præsenteres og drøftes med et bredt sammensat felt af specialer. Denne bredde er også nødvendig for en sikker validering af metoden,

hvilket vurderes til at være en væsentlig komponent i implementeringen, fordi det anses for nødvendigt for lægelig accept, at metoden umiddelbart underkastes videnskabelig kontrol. Det bliver imidlertid meget vanskeligt, at samle tilstrækkeligt med deltagere, idet klinikkerne kun melder sig til i det omfang, de er motiverede for deltagelse. For at skabe en meningsfyldt sammensætning af deltagere udvides invitationen til at omfatte hele H:S i stedet for som oprindeligt planlagt kun Rigshospitalet. Herefter kan det lade sig gøre, at gennemføre seminaret med et antal klinikker, der repræsenterer et udsnit af specialerne men ikke med den oprindeligt planlagte bredde. Seminaret evalueres i direktørkredsen, og det beslutes, at gøre endnu et forsøg på at øge rekrutteringen. Derfor indkaldes der til et mere forpligtende møde, hvor en række klinkchefer og uddannelsesansvarlige overlæger indkaldes til et informationsmøde, hvor deltagelse i implementeringen skal drøftes.

Mødet har et rimeligt fremmøde, men drøftelsen af metoden afslører at lægerne grupperer sig i to, dem der er modstandere af selve idéen, og dem der er forsigtigt positive ud fra dels en pragmatisk forventning om at systematisk kompetenceevaluering er et uundgåeligt krav som følge af akkreditering dels et mere moralsk perspektiv om at omgivelserne, herunder navnlig patienterne har et legitimt krav om større gennemsikuelighed i sundhedssektoren og dens ydelser. Der er fortsat for få klinikker til at foretage en valid undersøgelse af metoden.

Efterfølgende foretages endnu en drøftelse med direktørkredsen om mødet, og det beslutes, at CEKU og stabsmedarbejderne kan samarbejde med de øvrige H:S – hospitaler om at øge antallet af klinikker, der vil deltage i valideringen. Endvidere skal styringsredskabet færdiggøres på det foreliggende grundlag og indkoopereres i Rigshospitalets vejledning for MUS og kompetenceevaluering af speciallæger.

Vejledningen er udarbejdet og danner nu grundlaget for MUS og kompetenceevaluering op til akkrediteringen ved JCI i 2008 (Ref. 37).

Analyse

Processen omkring udviklingen og den delvise implementering af en social styringsteknologi kan perspektiveres ud fra Mintzbergs teori om den fagbureaukratiske organisation. Perspektivet findes relevant dels fordi den historiske baggrund for sociale styringsteknologiers skæbne i forhold til den lægefaglige verden er sørgelig, dels fordi teorien tilbyder en analyseramme for en beslutningsproces i en fagprofessionel verden, som et hospital er et eksempel på.

Processen tager sit udgangspunkt i et eksternt krav om dokumentation af den lægefaglige kompetence i forhold til klinikkens lægefaglige ydelser. Ifølge Mintzbergs teori er fagbureaukратиets grundlag netop en organisation skabt af en situation, hvor virksomhedens produkt er afhængig af højtuddannede personers individuelle ydelser, der leveres som standardiserede og ofte over lang tid perfektionerede løsninger eller behandlinger på de problemer, som kunden har henvendt sig til organisationen med (Ref. 38). Den valgte behandling/løsning ydes i henhold til en kategorisering foretaget af eksperter. Den viden der ligger til grund for både kategoriseringen og ydelsen er fundet og udviklet af eksperter og dennes kolleger over lang tid og ifølge eksperternes egne modeller for videnudvikling. Videnudviklingen og de tilhørende institutioner er integrerede dele af den fagbureaukratiske organisation, således at den hierarkiske placering af eksperterne er defineret ud fra den dokumenterede videnudvikling.

Processen omkring indførelsen af en styringsteknologi overfor videnudvikling, på baggrund af et akkrediteringskrav formidlet af en stabsfunktion og det administrative niveau i organisationen er langsom og møder betydelig modstand fra eksperter, der ikke er vant med, at disse niveauer blander sig i spørgsmål af denne karakter.

Beslutningsprocessen er forløbet meget i overensstemmelse med Mintzbergs teori, hvor behovet for en løsning udspringer af enkeltpersoners opmærksomhed på et givet akkrediteringskrav.

Efterfølgende iagttages udarbejdelsen og præsentationen af et løsningsforslag, som finder sted blandt et begrænset antal direktions – og stabsmedarbejdere. Dette løsningsforslag gennemgår herefter en lang og kompliceret proces i feltet for det kollektive valg, mellem direktionen og det fagprofessionelle niveau, hvor beslutningsprocessen forløber under indflydelse af dels analytiske dels garbage can fænomener, hvor aktørernes prioritering af givne beslutningsanledninger viser sig udslagsgivende for hvornår problemer og deres løsninger mødes eller ikke mødes (Ref. 23).

I overensstemmelse med Mintzberg kan organisationens fragmenterede, decentrale naturs indflydelse på de deraf følgende meget demokratiske beslutningsprocesser ses i dette forløb, hvor

flere på hinanden følgende tiltag underkastes politiske kampe mellem indflydelsesrige, professionelle medarbejdere, som derved udsætter beslutningen og hæmmer forandringsprocessen, hvilket selvfølgelig er en stabiliserende faktor for organisationen, men som også forhindrer hurtige, relevante ændringer (Ref. 25).

Her peger Mintzberg netop på, at den fagprofessionelle organisations svagheder er koordination, kategorisering og innovation, hvilket navnlig kommer til udtryk når man som her forsøger at indføre et kontrolsystem til monitorering af medarbejdernes eventuelle manglende kapacitet til især koordination og kategorisering (Ref. 24).

To forhold gør sig ifølge Mintzberg gældende i denne situation. Den ene er hospitalers tendens til at udvikle sig til organisationshybrider med på den ene side en meget innovativ komponent, hvor de fagprofessionelle medarbejdere udfører videngenerering via selvstyrede forskningsprojekter og på den anden side den klassiske fagprofessionelle komponent, som er noninnovativ i sin natur, fordi hele ånden i organisationen er arbejde med standardiserede processer, som perfektioneres over tid. Det andet forhold er at selve målet for monitoreringen er meget vanskelig at definere, fordi de komplicerede arbejdsprocesser ikke nødvendigvis har veldefinerede resultater til følge, og det kan derfor være meningsløst at opstille et relevant mål at holde resultaterne op imod.

Mintzberg peger på at en fagprofessionel organisation givetvis har kvalitetsproblemer og udpeger som eksempler herpå simpel inkompetence, men også på den fagprofessionelle medarbejders tendens til at anbringe et givet problem i en velkendt kategori med en løsning, som den fagprofessionelle har præference for.

Der er således ingen sikker, entydig sammenhæng mellem en given kliniks faglige ydelser og de kompetencer, som klinikkens speciallæger har. Det udviklede styringsredskab er netop designet til med udgangspunkt i speciallægens egen bevisførelse at visualisere en sådan sammenhæng.

Mintzberg konkluderer at de evindelige forsøg på at kontrollere fagprofessionelle organisationer ved hjælp af sociale styringsteknologier fortrinsvis fører til en nedgang i effektiviteten snarere end en forbedring af kvaliteten, og at forandring og forbedring kun tilvejebringes ved det lange, processuelle træk omkring ændring i læringsprocesser, der med tiden vil opnå de fagprofessionelles accept af en given forandring. Mintzberg er således rimelig nihilistisk indstillet overfor umiddelbare problemer med kvaliteten i en fagprofessionel organisation, hvilket i en sundhedsfaglig verden kan have alvorlige konsekvenser for den enkelte patient.

Kapitel 3

Fagprofessionel kultur versus kontrolforanstaltninger

Med baggrund dels i den historiske dels i den organisatoriske tilgang til viden og videngenerering, som lægestanden har defineret for sit eget virke, foretages i dette og de to næste kapitler tre analyser af de problemfelter, der udgør grundlaget for opgaven.

I dette kapitel 3 foretages en analyse af den nyudviklede styringsteknologi i perspektivet for social styringsteknologi med fokus, dels på hvilket handlerum der etableres ved indførelsen af et styringsredskab, dels hvilke egenskaber ved styringsteknologien, der tilgodeser målet for styring og hvilke roller, der defineres for aktørerne via styringsredskabet.

I kapitel 4 foretages, for at fremhæve kontrasterne i før – og efter situationen, en analyse af situationen før akkrediteringskravet for videngenerering indenfor den lægefaglige profession med udgangspunkt i situationen på Rigshospitalet. Perspektivet for tillidsbaseret ledelse anvendes hertil, fordi dette perspektiv tilbyder begreber, som fremhæver særlige karakteristika ved lægestandens autonome arbejdsprocesser. Desuden arbejdes i tillidsperspektivet med begreber om ledelsesaktører, som findes velegnet til at analysere situationen for den daglige leder af det kliniske arbejde. Dette findes relevant fordi det er denne aktør som skal gennemføre evalueringen, og netop denne aktør bliver således bragt på spil i et magtspil, som kan forandre de fremtidige betingelser for ledelse.

Kapitel 5 tager udgangspunkt i en antagelse om, at processen omkring udviklingen og forsøget på implementering af styringsværktøjet indtil videre har været vanskelig med politiske kampe mellem på den ene side stabsmedarbejderne og på den anden side de mange deciderede modstandere, en del skeptiker og meget få optimister blandt de fagprofessionelle. Den primære modstand består ofte i en mangel på accept af styringsværktøjets berettigelse, mens skeptikerne møder op med en vis forståelse for en mulig hensigtsmæssighed i at foretage en kompetencemåling, men en betydelig skepsis overfor målets signifikans og anvendelighed til fortsat competenceudvikling.

Der kan imødeses en lang proces, for at et styringsredskab kan opnå et niveau for accept i de lægefaglige organisationer så man kan sige at metoden er implementeret. Derfor vil sammenstødet mellem den etablerede kulturs møde med den sociale styringsteknologi efterfølgende blive analyseret ud fra teorien om magtens fire dimensioner, idet kampen om retten til at definere fagets

definition af viden og videngenerering, berører det fundamentale element i den fagprofessionelle identitet.

Det antages at en implementering af en styringsteknologi vil redefinere begreberne om viden og kontrollen kan skabe en platform for magtudøvelse i forhold til fremtidig videngenerering, som vil påvirke professionens ressourceallokering til indsamling af ny viden.

Teori – styringsteknologi

Forandringen der truer det bestående system anskues i et socialt styringsteknologisk perspektiv, dels fordi kravet til kompetenceevaluering konkret rejses i forbindelse med, at hospitalet har ønsket at lade sig akkreditere dels fordi kompetenceevalueringsproblemet tænkes løst ved hjælp af et nyudviklet styringsredskab.

Dette perspektiv (Ref. 39) tager udgangspunkt i en antagelse om, at det er nødvendigt for en organisation at anvende forskellige metoder til at strukturere og regulere de aktiviteter organisationen ønsker at frembringe. Det centrale spørgsmål er således hvordan styringsteknologi gør ledelse mulig i en verden under evig og vedvarende forandring, i et omfang så den græske filosof Heraklit allerede 500 år f. Kr. har udtalt, at alting flyder. I denne situation er ledelsen tvunget til at skabe faste holdepunkter, som organisationen kan styres i forhold til.

Styringsredskabets natur er således at opsætte et mål eller en kurs, som der kan styres i forhold til, således at styringen består i at minimere forskellen mellem det opsatte mål og den nuværende position, og styringsredskabet tilvejebringer en synliggørelse af denne forskel.

Styringen forudsætter imidlertid, at det eller de der styres har evner, vilje og midler til at styre efter det opsatte mål. Hvis ledelsen opsætter et mål for styring, som ikke kan nås med de tilstedeværende midler er styringsredskabet uden værdi.

De der styres skal således være i stand til at selvstyre i det omfang, der skal til for at minimere den etablerede styringsforskel. Dette forhold illustrerer, at det er af afgørende betydning hvilket styringsredskab ledelsen vælger til at etablere en given styring. Hvis styringsredskabet ikke visualiserer den relevante styringsforskel, eller hvis de der styres ikke har kapacitet eller vilje til at styre efter det opsatte mål, så får man ikke den ønskede minimering i styringsforskel.

Valg og design af styringsteknologi er således afgørende for hvilke holdepunkter for styring der synliggøres, og styringsredskabet vil altid være begrænset af de styredes selvstyringskapacitet.

Styringsteknologier forandres derfor ligeså hurtigt som forandringerne pågår i omgivelserne. I en offentlig, bureaukratisk organisation med udtalt regelstyring var overensstemmelsen mellem organisationens handlinger bestemt af embedsmændenes vilje og evne til at udføre arbejdet i henhold til de opsatte regler.

De moderne offentlige institutioner er imidlertid selvstændigt arbejdende institutioner, som løser deres opgaver i henhold til overordnede politiske målsætninger men ud fra egne strategiske referencer om hvad der i en given situation er mest hensigtsmæssigt og rationelt.

I denne verden er det af vital betydning hvilken styringsforskel et givet styringsredskab visualiserer, fordi den synliggjorte forskel bliver genstand for ledelsens fokus, mens andre elementer i organisationens arbejde og værdiskabelse forbliver usynlige. Tilsvarende er det den synliggjorte styringsforskel der bestemmer om man er på rette kurs, så hvis der ikke eller kun i begrænset omfang er overensstemmelse mellem den synliggjorte forskel og den styringsforskel der er genstanden for ledelsens interesse så styres organisationen i den forkerte retning.

Et eksempel herpå er ledelsens interesse for at sikre ydelser af en bestemt kvalitet, hvilket afstedkommer at der opsættes en række kvalitetsmål for ydelser, som er komplekse i deres natur. Kvalitetsmålene er alle små delelementer i den eller de processer som udgør den samlede ydelse og der er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem en høj score på hver af de enkelte mål og kvaliteten af den samlede ydelse. Tværtimod kan der være tale om at de ressourcer, som ledelsen har tvunget over i tilvejebringelsen af den dokumentation, som kræves ved anvendelsen af styringsredskabet går fra den samlede ydelse, der var det oprindelige mål for styringen, hvorved kvaliteten af ydelsen falder (Ref. 63).

Hvert eneste styringsredskab, der tages i anvendelse vil således stille et begrænset iagttagelsespunkt til rådighed for styring, som både vil påvirke den proces der måles på og ledelsens rolle i styringen. I organisationer der opererer med en høj grad af selvstyring, som det f.eks. ses indenfor hospitalsverdenen og andre videntunge institutioner, er der som følge af den meget decentrale og autonome arbejdsform rejst dels et vedvarende krav til effektivisering dels et krav om indsigt i ydelserne og deres kvalitet. En følge heraf er at der efterlyses en større professionalisering af ledelsesfunktionen (Ref. 40).

Professionaliseringen af ledelse er indtruffet som følge af en udvikling i den offentlige sektor, hvor navnlig fem forandringer formentlig har været de væsentligste faktorer, der har promoveret denne udvikling.

Der er øgede forventninger til moderne offentlige organisationer om omfattende og differentierede ydelser overfor hvert enkelt individ i samfundet, som forventer varetagelse af deres behov med udgangspunkt i individets personlige forhold.

Kombinationen af decentralisering og differentiering afstedkommer, at flere mennesker får ledelsesansvar dels fordi vækst og differentiering fordrer selvstyring dels fordi personalet gerne vil have deres forfængelighed tilfredsstillet med titel af leder.

Denne udvikling finder sted i institutionerne samtidig med at effektiviseringskravene tenderer til at skabe flere og større professionelle organisationer.

Dertil kommer at flere og flere områder gøres til genstand for ledelse. Hvor en organisation tidligere havde sin indlysende berettigelse stort set defineret ved sit produkt/sin ydelse alene, så indeholder organisationen i dag ledelse af en række stabsfunktioner der støtter produktionen og dens personale med mange forskellige ydelser rettet dels indad dels udad mod omgivelserne.

Sidst men muligvis ikke mindst er der i dag mere viden om ledelse end nogensinde før og talrige institutioner tilbyder ny viden om ledelse til institutionerne, hvorved en forventning om øget ledelse nærmest bliver en selvopfyldende profeti.

Alle disse ledere placeret fjernt fra toppen af organisationen er vedvarende udsat for pres med hensyn til at levere synlige beviser på deres præcise styring af det område, som de har ansvaret for, og dette krav vil naturligt få disse ledere til at se sig om efter redskaber, der kan hjælpe dem til at styre i den vedtagne retning, samt – lige så vigtigt – at kunne levere data, der dokumentere at deres ansvarsområde udvikler sig som vedtaget.

I denne situation står lederen overfor et valg om at anvende et styringsredskab, der hjælper ham/hende til tilvejebringe beviser på ovenstående fordringer, og der kan anlægges forskellige perspektiver på hvordan og ud fra hvilke præmisser dette valg foretages.

Et instrumentelt perspektiv (Ref. 40) tager sit udgangspunkt i en teknisk og rationel forståelse af hvordan ledelse varetages, og i denne ånd er styringsværktøjer beslutningsredskaber, der systematiserer og analyserer objektivt, hvorved lederen bliver i stand til at forholde sig suveræn til situation, middel og handling. Under givne omstændigheder kan lederen ved hjælp af værktøjet bringe situation A til den ønskede situation B.

Dette perspektiv indeholder den logik, at en given forandring beror på en vedtagen beregning af, at det er formålstjenligt at flytte sig fra et punkt til et andet og har i sit udgangspunkt en antagelse om

at dette finder sted på et rationelt grundlag, men er tilsvarende blindt overfor om andre faktorer influerer på forandringerne.

Det institutionelle perspektiv forholder sig i sit udgangspunkt til, at institutionen er formet under indflydelse af og i kamp med omgivelserne, som derfor skaber isomorfi blandt de overlevende institutioner.

En organisation er afhængig af udveksling af ressourcer med andre organisationer, hvorved omgivelserne bliver det referencepunkt organisationen definerer sig selv i forhold til.

Perspektivet tager sit udgangspunkt i en antagelse om, at organisationernes adfærd er styret af politisk/institutionelle forhold mere end af instrumentelle, og i denne forbindelse tilvælges styringsredskaber snarere som legitime løsninger på problemer, end som konsekvens af rationelle overvejelser for at gennemføre en kalkuleret forandring.

Det tredje perspektiv der kan anlægges er det radikale perspektiv, der vender situationen om og rejser spørgsmålet om hvorvidt det ikke er værktøjet, der former organisationen. Værktøjet normaliserer og disciplinerer det sociale rum og skaber derigennem det styrbare domæne.

I denne proces subjektiveres aktørerne til særlige roller, som gør det muligt for dem at varetage de planlagte opgaver, hvorved det bliver styringsredskabet der skaber lederen (og medarbejderen) og ikke omvendt. Herved skabes der gennem den omtalte subjektivering en rolle, som kan fungere som magtbase for lederen (Ref. 41).

Dermed vil en given organisationsforståelse være et resultat af de til – og fravalgte styringsværktøjer. I og med at lederen vurderes på sine handlinger, så vælger han/hun ofte ud fra en instrumentel tilgang – der er et problem, som skal løses ved at skabe en forandring fra udgangspunkt A til punkt B.

Refleksiv ledelse må imidlertid fordre, at lederen bemestrer (Ref. 42) styringsredskaberne som anvendes i en instrumentel, institutionel og radikal tilgang til valg af ledelsesværktøj for at bemægtige sig ledelsesrummet. Kun herigennem kan lederen se de slagsider og begrænsninger, som ethvert ledelsesværktøj besidder, og derved foretage sine egne tilvalg på et for organisationen optimalt grundlag, samt – hvad der formentlig er mere hyppigt – være sig tilsvarende bevidst om anvendelsen af de styringsredskaber, som lederen ikke selv har valgt.

Handlerummet

Den sociale styringsteknologi skaber i et første ordens perspektiv et redskab, hvori praktikerne kan handle og skabe konkrete resultater (Ref. 43). I et andet ordens perspektiv etablerer den sociale teknologi et handlerum, som skaber den afgrænsning af aktørernes handlemuligheder, der organiserer aktiviteterne, så de bliver styrbare og håndterlige.

Handlerummet er således den konstruerede begrænsning, der muliggør at de kaotiske aktiviteter der præger livet i en organisation kan håndteres. De komponenter der karakteriserer en social styringsteknologis handlerum er først og fremmest definitionen af en ledeforskel, som allerede nævnt ovenfor. Ledeforskellen er styringsredskabets konstruktion af et målepunkt, der kan danne reference for et givet funktionssystem udkomme, som gør en aktør i stand til at foretage en vurdering af dette udkommes værdi. Denne værdi bliver imidlertid vurderet i forhold til det konstruerede referencepunkt, som derfor bliver af afgørende betydning for målingens validitet. En anden komponent i handlerummet er objektformationen, som består i at gøre ting, processer og handlinger til genstand for ledelse. Styringsredskabet har kun sin berettigelse, hvis det skaber en mulighed for at styre et felt, der ellers ikke var styrbart.

Et tredje element i handlerummet er subjektformationen, som består i at skabe roller for aktører defineret af og ved den sociale styringsteknologi, og at disse roller udfyldes i henhold til handlerummets restringens. Subjektformationen skaber nye aktører i organisationen, og disse aktører er defineret ved styringsredskabets udformning.

Den sociale styringsteknologi skaber et output, der karakteriseres som teknologiens manifestationer. Disse kategoriseres som ritualer og artefakter, hvor ritualerne betegner de processer og handlingsmønstre der skabes eller tilpasses, for at tilgodese intentionerne med den indførte teknologi. Artefakter er de konkrete produkter, som skabes af styringsredskabets påvirkning af organisationen.

En social styringsteknologis handlerum er således defineret ved en ledeforskel, en subjektformation, en objektformation og manifestationer i form af ritualer og artefakter, som tilsammen udgør de komponenter, der skal kunne iagttages for at man kan tale om en social styringsteknologi.

Som det fremgår, er den sociale styringsteknologis handlerum en konstrueret størrelse, der skaber et rum for styring, som hviler på tilvalgte mål, roller og genstande, der igen skaber manifestationer som følge af disse valg. Andre valg af mål, roller og genstande havde altså skabt andre manifestationer.

Styring af styringsredskaber – analyse

Akkreditering er et kvalitetsstyringsredskab, hvor man holder organisationens tavse viden op imod et antal definerede standarder, som hver især er differentieret i nogle målbare elementer. Hermed etableres en ledeforskel mellem organisationens tavse viden og de målbare elementer, der kan styres efter.

Standarderne dækker hele spektret af hospitalets aktiviteter fra ledelse over administration, service og drift til detaljer i behandling og pleje og herunder mål for lægelig kompetence.

Akkrediteringsværktøjet er en styringsteknologi som etablerer kvalitetssikrings, hvorved viden i organisationen holdes op imod målbare elementer i styringsredskabets standarder. Herved sikres et minimumsniveau for kvalitet, men styringsredskabet sikrer ikke en målbar udvikling i kvalitet.

Tidligere tiders forsøg på kompetenceevaluering af læger har rummet tilbagevendende eksamener og certificeringer, som også er redskaber til sikring af et minimumsniveau. Disse redskaber har aldrig sikret den vedvarende kompetenceudvikling, som er målsætningen for den lægefaglige profession, og styringsredskabernes egenskaber som metoder til sikring af et minimumsniveau er i direkte modstrid med professionens egen videngenererende tradition. I den lægevidenskabelige konkurrence om hierarkisk placering er det den dokumenterede produktion af ny viden, navnlig i form af originalartikler og afhandlinger, der tæller.

De kvalitetssikrende egenskaber ved de tidligere anvendte styringsredskaber og akkrediteringen, som er anledningen til igen at forsøge sig med et styringsteknologisk fremstød er beslægtet med sygeplejeforskning, som ofte er en form for monitorering og evaluering af kvalitet i sundhedsfaglige ydelser. I Dansk Sygepleje Råds nationale strategi for sygeplejeforskning 2005 – 2010 (Ref. 44) udtrykkes målsætningen for sygeplejeforskning således:

Forskning i sygepleje og anvendelse af forskningsresultater er fundamentet for sygeplejens faglige udvikling. Sygeplejeforskning skal være anvendelsesorienteret for at kunne udvikle sin position i den eksisterende kvalitetsstrategi såvel som i den kommende Danske KvalitetsModel for sundhedsvæsenet. Anvendelsesorienteret forskning tager udgangspunkt i sundhedsvæsenets behov for sygeplejefaglige ydelser. Sundhedsvæsenets behov for viden er næsten uendeligt, og det er nødvendigt at afgrænse, hvilke behov der kan imødekommes gennem sygeplejeforskning.

Kvalitetssikring har altid været anset for lavere rangerende videngenerering end originalforskning, og er derfor ikke sidestillet i forhold til lægestandens traditionelle definition af videngenerering, som kan indgå i den dokumentation, der skal danne grundlag for kompetencevurdering og deraf følgende indplacering i det hierarkiske system.

Akkrediteringskravet om kompetenceevaluering af speciallægerne afstedkommer som tidligere beskrevet, at der på Rigshospitalet i samarbejde med CEKU udvikles et specifikt redskab til at foretage en årlig kompetenceevaluering, som placeres i den Medarbejder Udviklings Samtale, som klinikchefen årligt skal foretage i forhold til sine speciallæger.

I det perspektiv som teorien om konditionering af en social styringsteknologis handlerum leverer, er hensigten med at tage dette styringsredskab i anvendelse, at objektivisere organisationens lægefaglige viden og gøre den styrbar både i retning og omfang.

I konstruktionen af styringsredskabet subjektiveres klinikchefen i en nyetableret rolle som kompetenceevaluator, hvor han skal medvirke til at opstille mål for hvilke kompetencer og hvilket niveau for kompetencer klinikken med dens opgaveportefølje har brug for.

Niveauet for kompetence er imidlertid vanskeligt at definere, og tidligere forsøg på at kontrollere arbejdsprocesser i en fagprofessionel organisation har ikke blot været forgæves, de har ofte vist sig at nedsætte effektiviteten i organisationen.

Organisationernes tavse viden opstår og udvikles i udpræget autonome miljøer, hvis medarbejdere er helt selvstyrende i udøvelsen af deres arbejde. Der er således ikke entydige mekanismer, der kobler en given ydelse som organisationen leverer til et givet kompetenceniveau, hvilket nogen vil

mene er vilkårene for den fagprofessionelle organisation, navnlig fordi kvaliteten af organisationens produkter er meget vanskelig (umulige?) at definere (Ref. 29).

Disse vanskeligheder afspejles i de tidligere beskrevne problemer med at få kvalitetssikrende styringsteknologier til at fungere blandt speciallæger. Redskaberne har hverken været i stand til at sikre den kontinuerte kompetenceudvikling eller at sikre en entydig sammenhæng mellem ydelse og kompetence.

Udviklingen af styringsredskabet er således også forløbet i etaper, hvor en del af styringsredskabet er udviklet af H:S. Denne del af styringsredskabet er konstrueret med henblik på at opfylde kravene stillet i de fire standarder, men redskabet kan kun siges at fokusere på elementerne i PE 7, som kræver årlig dokumentation af formelle kvalifikationer fra hver enkelt speciallæge (se s. 27 og Ref. 2).

I et styringsteknologiske perspektiv etablerer redskabet et handlerum for kompetenceevaluering ved at tilvejebringe ledeforskelle i forhold til elementerne i PE 7. I det første skema fra H:S (bilag 2) er der udarbejdet et redskab, som synliggør forskellen mellem kompetencebehov og kompetencekapacitet i klinikken, hvorved kompetencekapaciteten kan styres i forhold til den visualiserede forskel. Den første del af skemaerne synliggør klinikkens generelle ydelser opdelt i sværhedsgrad, hvilket muliggør en kvalitetssikring af alle klinikkens ydelser ved at koble niveauet for opgaveløsning til lægernes formelle kompetenceniveau – forvagt, mellemvagt og bagvagt (speciallæge) samt vikarer.

Den anden del af skemaet i H:S – redskabet anskueliggør hvilke specialitydelser klinikken leverer, og hver enkelt ydelse skal kobles til de relevante speciallæger, og deres stillingsbeskrivelser skal opdateres i henhold til opgaveporteføljen.

I det styringsteknologiske perspektiv subjektiveres klinikchefen i rollen som kompetenceevaluator, hvilket placerer ham/hende i en position, der skaber basis for at handle i forhold til styringsredskabets genstand. Viden og kompetence er det sociale styringsredskabs objekt, og hensigten med denne objektformation er at gøre feltet tilgængeligt for ledelse.

Styringsredskabets manifestation finder sted med ritualiseringen af den redefinerede MUS. Herved er der etableret et ritual hvorunder forskellen mellem kapacitet og behov synliggøres, og der frembringes artefakter i form af fortegnelser, der synliggør dels klinikkens generelle ydelser og disse ydelsers niveau for varetagelse dels klinikkens specielle ydelser og hvilke specialister der varetager disse.

Handlerummets restringens konkretiserer sig ved at styringsredskabet fordrer en inddeling i generelle og specielle ydelser, hvor de generelle ydelser kobles til et bestemt kompetenceniveau i klinikken defineret ved det vagtlag lægen er placeret i. Samtidig skal klinikkens specialitydelser defineres og adskilles fra de generelle ydelser, og disse ydelser kobles til navngivne speciallæger i klinikken, som implicit er placeret i bagvagtslaget.

Styringsredskabet tager således sit udgangspunkt i den i forvejen etablerede hierarkiske opbygning af klinikkerne, hvor lægerne følger de traditionelle mønstre med kompetenceniveau tildelt efter anciennitet. Der er ikke i H:S – styringsredskabet indbygget en målbar sammenhæng mellem den enkelte læges kompetence og den ydelse, der skal leveres.

Klinikkens unge læger, som ikke har specialistanerkendelse anses alle implicit for at være læger under uddannelse, og de er som sådan underlagt en speciallæges løbende overvågning, hvilket på samme måde som i almindelig mesterlære indebærer at de generelle ydelser, der leveres af klinikkens unge læger kvalitetssikres ved supervision. I denne situation vurderes den uddannelsessøgende læges viden og kunnen op imod et veldefineret felt af diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer, som det kræver lige så veldefinerede færdigheder og kundskaber til at løse.

Den akkrediteringsbestemte tilgang til kompetenceevaluering af klinikkens specialitydelser er tilsvarende, at rejse spørgsmålet, om den lægefaglige kompetence overfor disse ydelser er acceptabel/optimal, formuleret i standard PE 8: *Procedure for at tildele læger givne behandlingskompetencer på basis af data*. Den tildelte behandlingskompetence, herefter benævnt ”bemyndigelse” bekendtgøres for det øvrige personale, så alle er vidende om, hvilke procedurer speciallægen må udføre.

Standard PE 8 er således kvalitetssikrende i sin natur, og hensigten med denne standard er at sikre et minimum af kompetence til en given lægefaglig ydelse dokumenteret ved hjælp af data. Der er ikke fastsat nogen krav til disse datas beskaffenhed, og der ligger ikke noget kvalitetsudviklende moment i standarden.

Lægefaglig kompetence blandt speciallæger er imidlertid ikke entydigt defineret, i modsætning til vilkårene for evaluering af læger under uddannelse. En speciallæges kompetence holdes op imod et diffust felt af viden og kunnen, som forventes dels at gøre speciallægen i stand til at løse relativt

standardiserede men teknisk avancerede opgaver dels at varetage nye, ukendte situationer, hvorunder tilpasningsevne og evne til at forandre, opsøge og udvikle ny viden og teknologi samt at kvalitetsudvikle lægefagligheden er arbejdsvilkårene.

Arbejdsopgaverne for en speciallæge er komplekse og ikke altid beskrevet i en lærebog endside en klinisk vejledning, og opgaveløsningen er ikke nødvendigvis at gøre det rigtige, men snarere at løse situationen bedst muligt givet omstændighederne (Ref. 3).

Speciallæger arbejder ofte med en ledende rolle i grupper og systemer, hvilket slører den enkeltes ydelse i forhold til resultatet, og samtidig understreger det behovet for at evaluere speciallægen på flere dimensioner end den lægefaglige ekspertise.

Udviklingen af kompetenceevalueringsredskabet tager derfor udgangspunkt i betænkning nr. 1384 fra Speciallægekommisionen udarbejdet i maj 2000 (Ref. 8), hvor man med reference til et canadisk koncept anbefaler speciallægekompetence defineret og evalueret i forhold til følgende syv roller: 1) lægefaglig ekspertise, 2) kommunikation, 3) sundhedsfremme, 4) samarbejde, 5) organisation/ledelse, 6) akademiske aspekter og 7) professionalisme (se nedenstående figur) (Ref. 8).

Denne ramme er anvendt i styringsredskabet, idet det på forhånd erkendes, at de syv roller ikke nødvendigvis kan adskilles præcist fra hinanden, og at hver rolle kan have meget forskellig relevans for en given speciallæge.

I perspektivet for social styringsteknologi er forudsætningen for, at man kan tale om et styringsredskab at der er etableret et handlerum, som defineres ved at man kan iagttage en ledeforskel, en subjektformation, en objektformation og en manifestation.

Den ledeforskel, som værktøjet skal etablere, er forskellen mellem speciallægens faktiske kompetence og den kompetence, som lægevidenskabeligt fordres for at kunne levere en given lægefaglig ydelse. Dette udgangspunkt for etableringen af et styringsredskab vanskeliggøres af ovennævnte omstændigheder, der ikke giver et præcist grundlag for at definere hverken den lægefaglige ydelses ”rigtige” udkomme eller den lægevidenskabelige ”tilstrækkelige eller optimale” kompetence. Den samme vanskelighed afkræver imidlertid også den refleksivitet, som valg og udformning af en social styringsteknologi bør fordre (Ref. 42), idet det referencepunkt der skal etableres for at synliggøre ledeforskellen kræver en kvalificeret vurdering både af lederen og medarbejderen.

FREMTIDENS SPECIALLÆGE:

Roller & kompetencer

1. MEDICINSK EKSPERT

Diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for at udføre etisk og effektiv patientbehandling

2. KOMMUNIKATOR

Kan optage anamnese og indhente information fra patient, pårørende og evt. andre; lytte effektivt og diskutere relevant information med patienter og pårørende samt kolleger og personale.

3. SAMARBEJDER

Samarbejder effektivt med andre læger og sundhedspersonale; bidrager effektivt i tværfaglige aktiviteter.

4. ORGANISATOR/LEDER/ADMINISTRATOR

Anvender og prioriterer ressourcerne effektivt og afbalancerer hensyn til patientbehandling, uddannelse og eksterne aktiviteter.

5. SUNDHEDSFREMMER

Bidrager effektivt til øget sundhed hos patienter og i samfundet; erkender og reagerer på de områder, hvor oplysning er påkrævet.

6. AKADEMIKER

Anvender en personlig strategi for kontinuerlig uddannelse; vurderer information kritisk; faciliterer læring hos patienter, yngre læger, studenter og andre personalegrupper; bidrager til udvikling af ny viden.

7. PROFESSIONEL

Yder høj kvalitet i patientbehandlingen med integritet, ærlighed, medfølelse; udviser passende personlig og medmenneskelig adfærd; praktiserer i etisk overensstemmelse med lægeløftet.

Betænkning nr. 1384 fra Speciallægekommisionen udarbejdet i maj 2000

Udgangspunktet for udviklingen af den anden del af styringsredskabet er etableringen af de syv lægefaglige roller, der definerer de væsentligste egenskaber en klinisk arbejdende speciallæge i varierende grad skal besidde for at varetage sine opgaver.

Denne anbefaling af speciallægens syv roller kompliceres yderligere af, at rollerne skal defineres individuelt til hvert af 42 specialer og grenspecialer, idet den enkelte rolle kun kan udfyldes meningsfyldt i forhold til det enkelte speciale (Ref. 8).

Kompetenceevalueringsredskabet er udviklet i forhold til denne problemstilling, idet det erkendes, at etableringen af en meningsfyldt ledeforskel er vanskelig. Derfor hviler styringsredskabets funktion på omvendt bevisførelse, som består i at speciallægen selv tilvejebringer datagrundlaget for en vurdering af det kvalitetsniveau, som fordres i forhold til de lægefaglige ydelser, han/hun leverer ifølge skema 2 i H:S – styringsredskabet (Bilag 2).

Styringsredskabets første skema (Bilag 3, skema 1) indeholder et første punkt, hvor klinikchefen foretager en generel, subjektiv vurdering af speciallægens kompetence i forhold til dennes funktionsbeskrivelse og arbejdsområde. Denne vurdering har til formål at tjene som indikator for styringsredskabets validitet. Er der en sammenhæng mellem klinikchefens generelle indtryk af speciallægens funktionsniveau og det niveau, som styringsredskabet visualiserer?

Der tildeles herefter i styringsredskabet speciallægen en given lægefaglig rolle, der er udgangspunktet for vurderingen. Denne rolle er beskrevet overordnet ovenfor, og speciallægen skal så redegøre for i hvilket omfang han/hun udfylder rollen kompetent.

Redegørelsen skal hvile på data, der dokumenterer kompetenceniveauet, hvilket f. eks. for en kirurg, der vurderes som medicinsk ekspert bl.a. kunne være årets operationsliste med tilhørende tal for komplikationer. I andre fag kan det være vanskeligere at fremskaffe helt så objektive og konkrete data.

Ledeforskellen er klinikchefens faglige vurdering af i hvilket omfang de data, som speciallægen præsenterer, overbeviser om at niveauet er acceptabelt/optimalt og hvilke områder, der evt. skal forbedres.

Det andet evalueringspunkt i styringsredskabet er en vurdering af speciallægens lægefaglige ekspertise. Punktet indeholder tre rubrikker alle opbygget med en skala fra 1 – 5 (hvor 5 er meget kompetent), som tjener til at give et mål for niveauet. De to rubrikker, der danner grundlaget for den samlede vurdering, er dels en rubrik til vurdering af omfanget af den fremlagte dokumentation, dels en rubrik til vurdering af kvaliteten af den fremlagte dokumentation, som er indsamlet og evt. produceret af speciallægen selv.

Tilsvarende foretages en vurdering af speciallægens kompetenceniveau for de seks øvrige speciallægeroller. Styringsredskabet skal anvendes med en tilvalgt vægtning af de enkelte områder, idet det erkendes, at de forskellige roller har forskellig betydning for den enkelte speciallæges funktion.

Den etablerede styringsforskel i redskabet defineres således ud fra omfanget og kvaliteten af den dokumentation, speciallægen kan fremlægge som kvalitetsmål for varetagelsen af en given ydelse i

klubben. Der er ikke i styringsredskabet skelnet mellem lægevidenskabelig dokumentation og mere generelle kvalitetsmål for ydelsens kvalitative niveau, og den samlede vurdering udmønter sig i et tal mellem 1 og 5 på en skala.

Der er udarbejdet et skema (Bilag 3, skema 2), hvor speciallægen i oversigtsform kan beskrive dokumentationen i forhold til hver af de syv lægefaglige roller. Desuden er der et skema (Bilag 3, skema 3), som klinikchefen og speciallægen sammen kan anvende til at kommentere niveauet for den fremlagte dokumentation, kvantitativt og kvalitativt.

Skema 4 (bilag 3) skal anvendes til at etablere grundlaget for ledelsesmæssig handling, som konsekvens af styringsredskabets visualiserede ledeforskel. De tiltag der skal afhjælpe fundne mangler eller områder, som kan udvikles og forbedres, aftales og dokumenteres i dette skema. Styringsredskabets ledeforskel er således etableret og defineret ved en række valg, som både foretages af klinikchefen og speciallægen. Der er foretaget skøn for, hvilke roller den enkelte speciallæge skal evalueres indenfor, den fremlagte dokumentations kvalitative og kvantitative relevans og niveau, som igen skal evalueres i forhold til et tilvalgt niveau for ”god klinisk praksis”. Ledeforskellen er således ikke veldefineret, men hviler på en række skøn over relevans, kvalitet, omfang og ydelsesmæssigt udkomme.

I styringsredskabets handlerum er klinikchefen subjektiveret som kompetenceevaluator, og speciallægen er subjektiveret i en rolle som producent af specifikke lægefaglige ydelser med ansvar for disse ydelsers kvalitet, og handlerummet manifesterer sig i ritualer omkring den redefinerede MUS, hvortil der fremover vil knytte sig nye ritualer omkring indsamling og dokumentation af data, der skal understøtte speciallægens argumentation i forbindelse med evalueringen og synliggøre forskellen mellem den tavse viden og de målbare elementer i standarden.

Redskabet er således designet med henblik på også at stimulere en retningsbestemt læringsproces, der tjener til at systematisere den spontane læring. Læringsprocessen søges stimuleret ved at anvende den omvendte bevisførelse, hvorved værktøjets styringsgrænse fortsat vil være ekspertens kapacitet til selvstyring.

Styringsteknologiens implikationer

Styringsteknologien skaber en umiddelbar forandring i aktørernes roller og begrebet kompetence som illustreret i nedenstående tabel.

	<i>Før akkreditering</i>	<i>Akkreditering</i>
<i>Klinikchefen</i>	<i>Supervisor</i> <i>(Strategos – se kapitel 4)</i>	<i>Kontrollør</i>
<i>Speciallægen</i>	<i>Entreprenør</i>	<i>Producent</i>
<i>Kompetence</i>	<i>Social kapital</i>	<i>Produkt</i>

Forandringen ændrer klinikchefens rolle fra en supervisor, der leder sin stab via procesorienterede metoder, der tager udgangspunkt i faglige problemstillinger ofte håndteret af medarbejderne, til inspektør af snævert definerede indikatorer for viden. Hans rolle forandrer karakter fra homo donans til homo controllans (Ref. 39) – klinikchefen bliver kontrollerende frem for superviserende. I stedet for at støtte og facilitere viden genereret i et autonomt, selvstyrende system, så skal klinikchefen nu kontrollere direkte og indirekte mål for kompetence holdt op imod kvaliteten af de produkter, som klinikken producerer.

Medarbejderen – speciallægen, som er den anden aktør i kompetenceevalueringen bringes i en situation, hvor han skal bevise sine evner og viden i forhold til de bemyndigelser han har eller ønsker at opnå. Han forlader sin rolle som entreprenøren, der opbygger en viden – og kompetencebank i forhold til bestemte områder indenfor diagnostik og behandling. I stedet skal han, via indirekte mål for kvalitet, redegøre for om den produktionslinie han er ansvarlig for overholder de kvalitetskrav, som standarderne for god klinisk praksis fordrer.

Kompetenceudviklingen har tidligere fundet sted i et løst koblet system, hvor videngenereringens veje har været uransalige og har kunnet lede i mange uforudsigelige retninger, som et produkt af en gaveudvekslingskultur, hvor viden flyder mellem individer og institutioner på tværs af organisatoriske og hierarkiske barrierer.

Fremover skal den specialeansvarlige speciallæge levere en varedeklaration, der dokumenterer, at en given ydelse er leveret på et passende højt kvalitetsniveau.

Speciallæge skriver imidlertid selv varedeklarationen og er således den, der vægter ingredienserne i forhold til at argumentere for sine bemyndigelser, hvilket kan stimulere speciallægen – givet de rette betingelser i klinikken – til at bruge situationen til at skabe viden om kvaliteten af sine produkter, som kan udnyttes positivt i en kamp om bemyndigelser.

Kapitel 4

Ledelse og tillid

I dette kapitel foretages en analyse af den nuværende situation for videngenerering og forskning i hospitalsklinikkerne, med anvendelse af teorien om tillidsbaseret ledelse (Ref. 49), som er valgt fordi teoriens basale antagelser om det frivilligt ydende menneske og de fordringer for god ledelse, som teorien definerer, er fundet relevant i forhold til at analysere de gældende vilkår der er for udvikling af ny viden i en hospitalsorganisation.

Teori – tillid

Det tillidsbaserede perspektiv tager udgangspunkt i det ledelsesproblem der udspiller sig når en leder på den ene side forsøger at etablere et tillidsforholde til sine medarbejdere, og samtidig udøver magtanvendelse i andre sammenhænge. Navnlig hvis de to sider af ledelsesudfoldelserne viser sig i samme sag opstår der et troværdighedsproblem i forhold til medarbejderne, der på det ene tidspunkt møder en appel om ligeværdigt ansvar for udviklingen og på et andet tidspunkt en bastant magtudøvelse f.eks. i form af en ordre som følge af en ensidig ledelsesbeslutning.

Perspektivet baserer sig på en forestilling om det givende menneske, som – givet de rette betingelser – frivilligt vil yde sit bidrag til fællesskabets bedste.

Samtidig defineres magtudøvelse som et nødvendigt element i ledelse, fordi medarbejderne forventer at ledelsen kan træde i karakter og udstikke retningslinierne for, hvor organisationen skal bevæge sig hen.

Perspektivet adskiller sig fra de traditionelle ledelsesformer, som alle ifølge teorien er baserede på ensidig magtanvendelse om end i varierende forfinet grad (Ref. 46).

Scientific management, taylorisme har ingeniøren placeret i lederrollen og anvender teknisk rationalitet som magtmiddel. Human relation management anvender omsorg for at opnå maksimal målopfyldelse, og lederen antager karakter af en terapeut, der tilfører magtanvendelsen et humant ansigt. Human resource management udnævner medarbejderen til at være virksomhedens vigtigste aktiv, hvor lederen blot fremstår som facilitator for målopfyldelse, hvorved magtudøvelsen skjules bag et tilsyneladende interessefællesskab for leder og medarbejder. En fjerde ledelsestradition er målstyring med lederen som karismatiker i spidsen for en vision. Magtudøvelsen finder sted via en

holdningsbearbejdning, der gør det muligt at udøve ledelse i meget komplekse organisationer. Sidste skud på stammen er værdiledelse, hvor lederen antager karakter af en prædikant, der kontrollerer sine medarbejdere via en moralsk tilgang, hvor virksomhedens værdisæt dikterer ledelsesretningen.

Tillidsbaseret ledelse hviler på en påstand om, at ledelse kun kan udøves hvis både magtudøvelse og tillid er til stede (Ref. 47). Man følger kun en leder, som man har tillid til, og man opfatter kun en person, der kan udøve magt som leder. Tillid og magt er således to bestanddele af ledelse, der i dette perspektiv begge er positive egenskaber ved ledelse, og som ikke udgør et modsætningsforhold.

Udgangspunktet for tillidsbaseret ledelse er, at moderne ledere skal lede medarbejdere, som har en større viden om virksomhedens kerneydelser end lederen selv. Lederen kan derfor kun lede medarbejderne gennem frihed, for videnasymmetrien vil alligevel afstedkomme at medarbejderne leder sig selv.

Dette tillidsforhold kommer i stand ved at lederen afskriver sig den kontrolmekanisme, der består i at foretage en umiddelbar afregning i forhold til ydelser overfor medarbejderne og tilsvarende afskriver medarbejderne sig kravet om umiddelbar afregning indbyrdes og erstatter systemet med et udvekslingssystem, der snarere ligner et gavesystem (Ref. 48).

Et system hvor ydelser udveksles som gaver karakteriseres ved at ydelser doneres uden umiddelbar forventning om tilbagebetaling. Ydelserne kan – analogt til gaver – ej heller prisfastsættes, de har ikke en målbar værdi, som kan afregnes med penge endsige en gave helt mage til den donerede gave.

Gaveudvekslingen indebærer en forpligtelse hos den modtagende part om, på et tidspunkt at levere en modydelse til giveren, hvorved donationen faktisk skaber begyndelsen til et varigt forhold, der hviler på gensidig forpligtelse snarere end en afslutning af en transaktion.

Herved bidrager gavesystemet til en vedvarende integration mellem parterne idet hver eneste donation øger forpligtelsen hos modparten til på et senere tidspunkt at gengælde donationen med en gave.

Donationer til fællesskabet i en organisation vil således skabe muligheder for en større fælles indsats, der tilsammen vil skabe et betydeligt større resultat end man kunne have opnået gennem flere enkeltstående transaktioner.

Dette potentiale karakteriseres som opbyggelsen af en social kapital (Ref. 49), som opstår netop pga. den gensidige forpligtelse der etableres via gavesystemet. Risikoen ved systemet er indeholdt i respekten eller mangel på samme overfor forpligtelsen uden hvilken systemet bryder sammen.

Tillid er således en besluttet, kalkuleret risiko mod en forventet mergevinst.

Tillidsperspektivet anvender bl.a. begreber fra den oldgræske æra til at beskrive den tillidsbaserede organisation, hvor den nærmeste leder analogiseres til en bestemt figur – strategos – i græske hære, som agerede blandt de kæmpende soldater i felten, hvor slagets gang kunne aflæses og strategien kunne tilpasses de løbende og ofte uforudsete hændelser, der finder sted i kampens hede. Hermed kunne uhensigtsmæssigheder imødegås og nyopståede muligheder udnyttes umiddelbart. Samtidig kunne ledelsens tilstedeværelse i kamphandlingerne visualisere lederskabet, som derved tilfører hæren en ethos, der skabte grundlaget for at den enkelte soldat blev i stand til at lede sig selv. I kombination med løbende træning – kompetenceudvikling – skabte man et system hvor de enkelte enheder kunne agere både autonomt og i koordination med andre enheder i forhold til den løbende udvikling (Ref. 50).

Et andet begreb navngivet efter en institution i det oldgræske samfund er den offentlige agora, som var en oldgræsk bys samlingssted for social omgang, udveksling af information, administration og sågar retspleje. Dette forum blev anset for så betydningsfuldt at en by kun kunne kalde sig en by hvis den havde en agora. Dette forum kan vi i dag analogisere til virksomhedernes konference, hvor viden deles og debatteres mellem ledere og medarbejdere i organisationen. Her doneres viden og information mellem organisationens medlemmer på tværs af hierarkiske skel, og hvert enkelt medlem får viden tilbudt i flerfold for den viden de selv donerer.

I de moderne organisationer er denne informationskilde suppleret med den digitale infrastruktur, der udgør en livgivende kilde af frit flydende information – gaver – mellem alle organisationens medlemmer.

I et tillidsbaseret system har lederen således påtaget sig to risici, dels har han/hun fralagt sig sine sædvanlige middel-, mål – og procesprogrammer for styring og erstattet dem med et gave – program, dels har lederen påtaget sig ansvaret for, at medarbejderens faglighed udvikles uden at der leveres specifikke kvalitetsmål for fagligheden med givne intervaller.

Det kræver en fin balance mellem at give medarbejderen rum og samtidig være tæt nok på processen til at kunne facilitere nye forbindelser.

I stedet for at tænke i tanke – implementering – praksis vendes situationen og lederen tager udgangspunkt i praksis. Han/hun er til stede i organisationens praksis – blandt fodfolket – som han/hun anvender som den strategiske grobund for videre udvikling.

I dette arbejde anvendes re-kul i stedet for kal-kul som strategi (Ref. 51). Herved forstås, at den normale tilgang for strategisk tænkning er et forsøg på fremadrettet beregning – kal-kul – af hvilke resultater, der vil opstå som følge af forskellige tiltag i forhold til et givet udgangspunkt. Overfor denne tankegang står den tillidsbaserede organisations tilgang til i stedet at aflæse og udnytte de muligheder, der løbende opstår i en organisation kendetegnet ved høj kompetence og stor autonomi. Denne metode benævnt baglæns strategi eller re-kul tilbyder også lederen muligheden for, at gribe ind overfor uforudsete uhensigtsmæssigheder, og derigennem tilpasse processerne uden for store omkostninger.

Lederen træder således ind i en superviserende rolle for sine medarbejdere, hvor han/hun i kraft af dels sin tilstedeværelse dels sin rolle som givende og superviserende i modsætning til kommanderende og kontrollerende tilfører medarbejderne en forpligtelse overfor både ledelse og hinanden, som munder ud i en synergistisk effekt på organisationens ydelser.

Analyse:

Perspektivet for tillidsbaseret ledelse er valgt, fordi det er fundet hensigtsmæssigt i forhold til en kultur, der genererer ny viden på baggrund af selvstyret forskning. I analysen anvender jeg termene kompetenceudvikling og videngenerering ligeværdigt, idet jeg opfatter de to begreber som to sider af samme sag, forstået sådan at kompetence henover en speciallæges arbejdsliv er en dynamisk størrelse, som over tid forandre karakter. Kompetence i de unge år sidestilles overvejende med viden for senere overvejende at blive forbundet med kunnen. Den gamle speciallæge forventes at løse de praktiske problemer i forhold til patientbehandlingen, både de rutineprægede og de specielle.

Social kapital

Videngenerering blandt læger kan anskues som den vedvarende opbygning af social kapital. Professionens kompetenceudvikling hviler på en grundlæggende værdi om livslang

videngenerering, som det væsentligste element i den enkelte læges faglige udvikling, hvilket illustreres af, at den nyuddannede læge aflægger ed på at ”søge mine kundskaber fremdeles udvidede”.

Videngenereringen kan iagttages i flere planer. Det indgår i universitetshospitalers mål og visioner, at der produceres afhandlinger og artikler i et vist omfang, og på Rigshospitalet er der formelle og uformelle krav til, at besættelsen af overordnede stillinger betinger en vis videnskabelig produktion hos ansøgeren.

Denne produktion finder sted både i og udenfor den daglige drift, men genereringen understøttes af netværksdannelse og etablering af videncentre, hvor information nemt udveksles.

Et eksempel herpå er etableringen af trykkammerbehandling på Rigshospitalet.

Denne behandlingsform blev formentlig introduceret i begyndelsen af 1960'erne og tilknyttet den daglige ledelse af intensivafdelingen. Det første kammer var et kammer for én person placeret i afdelingen og betjeningen blev varetaget af medicinske studenter uden formel uddannelse.

Under en omstrukturering i 1994 overtager overlæge, dr. med. Erik Jansen (EJ) ansvaret for trykkammeret, fordi det er hans interessefelt. Under centerdannelsen i 1995 placeres funktionen i HovedOrtoCentrets anæstetiklinik, og i dette regi fortsætter EJ udviklingen af konceptet. Frem til 1997 undersøges mulighederne for etablering og finansiering af et 8 – personers trykkammer, som også kan rumme patienter i respirator. I 1998 tages det nye, privat finansierede trykkammer i brug i samarbejde med forsvaret. Samme år skifter klinikken chef. I perioden 1999 – 2005 planlægges videnskabelige projekter indenfor en række sygdomsgrupper og i 2001 frem mod 2005 etableres et dyreeksperimentelt laboratorium, og samtidig forskes der i de kliniske behandlingsregimer, der varetages i kammeret. I 2006 etableres et forskningsprojekt i samarbejde med et videnskabeligt selskab og Kræftens bekæmpelse. Trykkammerfunktionen er nu landsfunktion for Danmark (Ref. 52).

Tilsvarende er der i samme anæstetiklinik varetagelse af bedøvelse af patienter til øre-næse-halskirurgi. Disse patienter er ofte syge i området omkring luftvejen (mund/svælg/luftrør) hvilket vanskeliggør håndteringen af patientens vejtrækning under bedøvelse. Denne kliniske problemstilling har ført til videreudvikling af viden og kunnen om dette problem, og i denne søgen efter viden er der etableret kontakt til et center i USA der har udviklet ekspertise på området. Over årene er dette kompetenceområde udviklet på Rigshospitalet, understøttet af kontakterne i USA og udvekslet med andre anæstesiafsnit på Rigshospitalet – anæstesiafsnittet placeret i forbindelse med

Kæbe-Tand-Mund-funktionen på den plastikkirurgiske operationsgang. Kompetencen blev institutionaliseret med etableringen af et luftvejskursus for in – og eksterne kursister (Ref. 53). Heraf ses hvordan forskning og videngenerering, med udgangspunkt i kliniske problemstillinger som interesserer forskeren i et klinisk arbejdende område, udvikles og operationaliseres, sideløbende med klinikkens drift. Videngenereringen finder imidlertid sted af andre kanaler end driftshierarkiet tilsiger, og er som sådan ikke direkte forbundet med klinikkens drift.

Videnudveksling om et givet forskningstema finder sted mellem forskere (eller klinikere) uafhængigt af tilhørsforhold til hospitaler og klinikker.

Lægerne med interesseområde indenfor et bestemt klinisk felt donerer viden til hinanden via de elektroniske medier og lægerne bruger hinanden til at formidle viden ved kongresser, konferencer og videnskabelige møder, som kan analogiseres til tillidsbegrebet agora.

I det daglige understøttes videnudvekslingen ved etableringen af mindre fora – små ”agora” – f.eks. ved, at der hver morgen afholdes ”5 minutter”. Dette er en formalisering af videnudvekslingen, hvor lægerne på skift afholder et miniforedrag om et emne efter eget valg i forbindelse med morgenkonferencen. Denne funktion er yderligere supporteret af, at der en gang om ugen er undervisning af en times varighed med et bestemt tema.

Dette tema findes af forskellige veje, dels som nyudviklet viden, der så at sige presser sig på for at blive formidlet, dels som den uddannelsesansvarlige overlæges anmodning til en kollega om at formidle viden om vedkommendes specialtområde til kollegerne, hvilket anses for en kollegial forpligtigelse. Der er således både en formel og en uformel udveksling af viden – viden deles og udvikles i afdelingen, som en del af kulturen, hvorved en social kapital opbygges.

Videnudvekslingen genfindes som tillidsperspektivets gavesystem, hvor ”donationen” afleveres uden forventning om umiddelbar tilbagebetaling, men snarere en forpligtelse om en senere modydelse fra kollegerne, hvorved videnbanken opbygges via en synergi, der er nemt iagttagelig i systemet med ”de fem minutter” – man donerer 5 minutter og får 30 gange 5 minutter tilbage.

Systemet fungerer langt overvejende på grundlag af medarbejdernes selvstyring, men der kan være anledninger for ledelsen til at engagere sig i videnudvekslingen, hvis særlige anledninger gør sig gældende, som f.eks. et kompetenceproblem, der skal adresseres, eller der er ny viden på et felt af mere generel betydning for klinikken.

I sådanne forbindelser træder den gode klinikchef gerne ind og ændrer i den ellers frivillige videnudveksling og styrer bestemte informationer i bestemte retninger, men det lader sig selvfølgelig kun gøre, hvis klinikchefen har en nøje føling med klinikkens udvikling.

Klinikchefen som strategos

I denne verden kan en klinikchefs rolle analogiseres til en strategos. Ledelse varetages ved at udnytte og understøtte den bestående kompetence, og den kompetence der løbende udvikles, snarere end at udstikke en bestemt retning, hvori videngenereringen skal foregå.

Klinikken har en skriftligt formuleret vision, men det er en overordnet målsætning om, at styre klinikken mod at opnå nogle bestemte faglige niveauer indenfor anæsthesifaget, snarere end det en målretning af specifik viden i en specifik retning. Den videngenerering, der finder sted i det daglige arbejde findes og dyrkes i overensstemmelse med det tillidsbaserede perspektivs begreb om en baglæns strategi, hvor det er den i klinikken udviklede viden og kompetence, der skaber klinikkens strategi for udvikling af behandlingstilbud til patienterne. Klinikens behandlingstilbud er således udviklet som funktion af en re-kule, en produktudvikling, der har fundet sted uden at specifikke målsætninger er stukket ud fra ledelsen.

Således gør en klinikchef en dyd af nødvendigheden forstået sådan, at den viden medarbejderne har, er udviklet uden for klinikchefens kontrol og opstår eller bringes ind i klinikken uden kalkule. Der er en viden og kompetence til stede, som kan udnyttes strategisk med udgangspunkt i kompetencen og ikke som konsekvens af en fremadrettet beregning af hvilke kompetencer, man har besluttet at udvikle.

Klinikchefen er i dette perspektiv ”en af vore egne” i forhold til klinikkens speciallæger, og derfor forventes han også at være synlig i det daglige, klinisk faglige arbejde, i modsætning til de ledere, der agerer niveauet højere oppe. Ved at deltage aktivt og med en særlig profil i klinikkens faglige ydelser kan klinikchefen tilføre klinikken en særlig ånd for, hvordan det daglige arbejde i klinikken skal foregå. Metoderne er supervisering og understøttelse af praksis, som findes eller opstår i klinikken i forvejen, hvorved klinikkens profil dannes af den praksis, som bringes til at blomstre. En strategos anerkender, at videngenerering er ustyrlig, men har tillid til at den ikke desto mindre finder sted i stort omfang, og at klinikken og det fagområde klinikken er etableret indenfor finder sit udviklingsgrundlag i den ikke – kontrollerede videngenerering.

En strategos er imidlertid også beslutningstager med magtbeføjelser til at forandre arbejdsprocesser i det omfang, det er nødvendigt for dels at forhindre uhensigtsmæssige forløb dels optimere organisationens funktionalitet.

Kapitel 5

Sammenstødet

Konsekvenserne af mødet mellem en kultur karakteriseret ved omfattende selvledelse og baglæns ledelsesstrategi og en styringsteknologi, der objektiviserer viden til en målbar størrelse, som kan kvantificeres i forhold til en forud bestemt standard vil i dette kapitel blive analyseret i et magtperspektiv.

Perspektivet er valgt, fordi det antages, at indførelsen af en styringsteknologi vil forandre nye og gamle aktørers roller og deres indflydelse på begrebet lægefaglig kompetence både kvantitativt og kvalitativt.

Teori – magt

Magtperspektivet tager udgangspunkt i en hypotese om, at menneskelig deltagelse i en proces indebærer, at individer søger deres interesser tilgodeset på bekostning af andre. I denne konflikt vil parterne anvende magt for at vinde mest terræn (Ref. 54).

Magtbegrebet er imidlertid vanskeligt at definere præcist, men det beskrives ofte som en påvirkning mellem to eller flere aktører. I moderne organisationer kommer magtudøvelsen sjældent til udtryk som synlige ordrer, men snarere ved, at en eller flere aktører gør deres indflydelse gældende overfor en eller flere andre aktører.

Denne definition af magt indbefatter kun magtudøvelse mellem personer og kan som sådan ikke rumme den påvirkning, der stammer fra institutionelle forhold, som allokterer fordele og ulemper til og fra aktører uden at magt er udøvet af personer.

Magt kan således antage mange former, så for at begrebet skal kunne fungere meningsfyldt, skelnes der mellem forskellige former for magt repræsenteret ved magtens 4 dimensioner.

Den første dimension er den direkte magt, som i sit klassiske udtryk fra Robert Dahl (Ref. 55) er A der får B til at gøre noget som B ellers ikke ville have gjort. Den direkte magt udøves i åbne konflikter mellem A og B og aktørerne har nogle på forhånd faste ønsker og præferencer. Aktørerne træder ind i en bestemt, beslutningsarena, der defineres som det sted, hvor beslutningerne træffes, og beslutningerne vedrører bestemte sager. Der udspiller sig så en beslutningsproces over tid, og den kan være mere eller mindre rationel.

Resultatet er en bestemt beslutning, hvor en af parterne i kraft af sine magtressourcer sætter sin præference igennem på bekostning af den anden part.

Den anden dimension er indirekte magt, som er magt, der udøves før en beslutningsproces finder sted, hvor A fastsætter præmisserne for B's beslutninger, så her udøves magten i kraft af beslutninger om ikke at beslutte eller gøre noget. I dette tilfælde udspiller magtudøvelsen sig overfor skjulte snarere end åbne konflikter. Aktører med forskellige subjektive interesser søger at få sat bestemte sager på dagsordenen, men andre aktører kan have held til at forhindre, at visse sager kommer på. Problemreguleringen kan finde sted gennem opstillingen af særlige formkrav, gennem forhaling, eller gennem direkte beslutninger om dagsordenens udseende eller hvad systemet kan tage stilling til. Den indirekte magtudøvelse forefindes også når trufne beslutninger ikke gennemføres, enten via tolkning eller mistolkning) eller ved direkte at blokere deres implementering. Aktører kan således etablere forskellige former for filtre, dels overfor hvilke emner der finder ind i beslutningsarenaen dels hvilke beslutninger der handles på.

I denne dimension er det mindre åbenbart, hvordan magten kommer til udtryk, fordi den synlige del af beslutningsprocessen kun omhandler de emner, der har fået adgang til beslutningsprocessen. Herved finder den væsentligste magtudøvelse sted før den synlige beslutningsproces.

Den tredje dimension er den bevidsthedskontrollerende magt – A får B til at opfatte et problem anderledes end B ellers ville have gjort. Denne magtudøvelse søger at forhindre, at der opstår konflikter mellem A og B, hvad enten de er åbne eller skjulte. Magtudøvelsen retter sig mod indholdet af aktørernes umiddelbare oplevede interesser, og ved at kontrollere andres bevidsthed, kan det sikres, at disse interesser stemmer bedre overens med magtudøverens interesser end med deres egne objektive interesser. A udøver magt over B ved at øve indflydelse på hvad B ønsker. Ved overtalelse og bevidsthedspåvirkning påvirkes en eller flere aktører til at påtage sig en bestemt idé om, hvad der tjener deres interesser.

Den fjerde dimension er institutionel magt, hvor magtudøvelsen ligger indlejret i de strukturelle rammer. Påvirkningsmuligheder ligger i de regler og rammer, der er for adfærden i institutionen, og af samme grund stiller aktørerne i organisationen ikke spørgsmål ved resultatet af påvirkningen, som netop er kommet i stand ved usynlige og uafvendelige mekanismer, der ligger indlejret i institutionens struktur. Institutionel magt udøves således gennem tilstedeværelsen af en fælles forståelsesramme, der bestemmer, hvad der er rigtigt eller forkert og godt eller ondt.

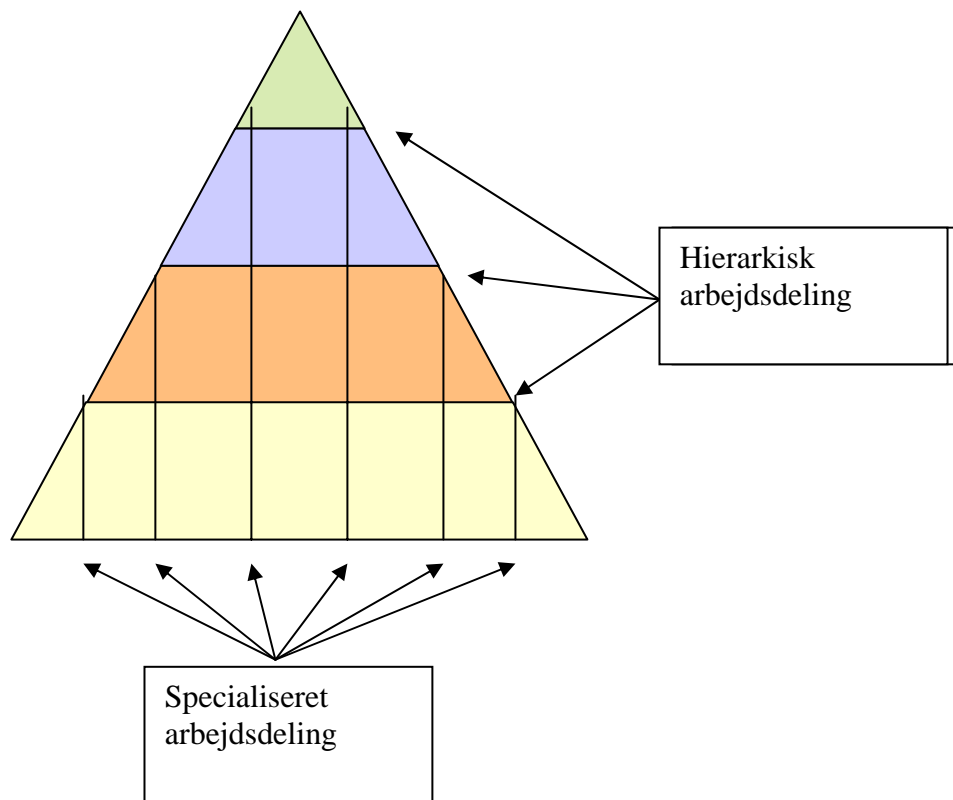
I de tre første definitioner, den direkte, den indirekte og den bevidsthedskontrollerende magt er der tale om magtudøvelse mellem aktører, hvilket vil være ensbetydende med at udøve magt over nogen, mens der i den sidste dimension, den institutionelle magt snarere er tale om magt til.

Ud fra en betragtning om at man i moderne, komplekse organisationer vil kunne observere uendelig mange faktorer, der over tid og i et kompliceret samspil påvirker individerne i disse organisationer, antages magtens fire dimensioner, at være supplerende snarere end ekskluderende i forhold til hinanden. Den enkelte magtdimension kommer ikke nødvendigvis til udtryk i et bestemt forhold til de øvrige dimensioner men kan udspille sig i sine forskellige former i forskellige situationer, hvor man i nogle situationer vil kunne iagttage alle fire dimensioner.

Den første magtdimension er en magtudøvelse, der finder sted direkte i beslutningsprocessen, og den anden magtdimension betegnes som indirekte fordi magtudøvelsen finder sted overfor beslutningsprocessens præmisser før selve processen i beslutningsarenaen, men magtens tredje og fjerde dimension er i lige så høj grad af indirekte karakter.

Magtudøvelse mellem aktører forudsætter at aktørerne handler rationelt og udøvelse af institutionel magt forudsætter en rationelt baseret struktur i organisationen, for at man kan identificere den målrettede hensigt med magtanvendelsen. I moderne, komplekse og løst koblede systemer er den rationelle model for beskrivelsen af strukturer og beslutningsprocesser imidlertid ofte utilstrækkelig. Det skal ikke forstås sådan at aktører ikke i de givne situationer for beslutningstagning handler rationelt i forhold til deres egen situation og deres givne præmisser, men da vilkårene for handling i en kompleks organisation ofte er konfliktfyldt og kaotisk, så vil beslutninger taget under disse forudsætninger meget vel være irrationelle i forhold til virksomhedens situation.

Virksomheders struktur udtænkes til at være rationelt fungerende og to væsentlige komponenter i dette design er på den ene side den hierarkiske struktur og på den anden side specialiseret arbejdsdeling i et samspil som illustreret ved nedenstående figur:



Grafisk fremstilling af den specialiserede og den hierarkiske organisationsopdeling.

Specialiseringen i organisationen tjener til at optimere udførelsen af de enkelte opgaver, hvilket øger effektiviteten og kvaliteten i produktionen, men en udtalt specialisering hæmmer mulighederne for koordinering mellem divisionerne.

Hierarkiet placerer beslutningskompetencen i henhold til niveauet i pyramiden, således at jo højere oppe man er placeret desto større kompetence er man tildelt. Denne struktur tjener til at koordinere arbejdsopgaverne mellem aktører og divisioner (Ref. 56).

En aktør med en given placering i pyramiden vil således påvirkes i de to planer dels af den hierarkiske dels af den specialiserede struktur, og de aktører der oppebærer givne funktioner i organisationen. Da disse påvirkninger kan være konfliktyldte, komplicerede og indbyrdes modstridende bliver beslutningsprocesserne ofte vanskelige at iagttage ud fra et rationelt perspektiv. I Christensen og Daugaard-Jensens perspektiv er magt en neutral, allesteds nærværende faktor, som påvirker aktører overalt i et struktureret samfund og i alle institutioner. Magtudøvelse – ofte udtrykt

som påvirkninger af mange forskellige karakterer – er forudsætningen for at samfund og institutioner kan fungere.

I disse institutioner udøves magt i alle de fire beskrevne dimensioner, hvoraf de tre udspiller sig mellem aktører og den fjerde defineres som institutionel men ikke desto mindre menneskeskabt. Det får forfatterne til at pege på væsentligheden af, at vælge de magtudøvende aktører med stor omhu, fordi konsekvenserne af uhensigtsmæssige valg af personer, der tilføres store magtbeføjelser i henhold til institutionens beslutningsstruktur vil skabe legitimitetsproblemer og sætte de etablerede strukturer under pres.

Sammenstødet – analyse

Konflikten mellem fagbureaukратиets autonome professionelle og den akkrediteringsbestemte kontrolforanstaltning analyseres i dette afsnit i et magtperspektiv, fordi det antages at den nye sociale styringsteknologi vil flytte ressourcer væk fra de fagprofessionelles prioriterede, videngenererende felter til nye områder bestemt af styringsredskabets udgangspunkt.

Det nyindførte styringsredskab tager udgangspunkt i en ydelse, som klinikken skal levere i henhold til de kontrakter, der er indgået med direktionen. Den videngenererende indsats er således bestemt af kræfter dels indenfor dels udenfor klinikken, hvilket navnlig for sidstnævnte omstændigheds vedkommende er nyt.

Med indførelsen af en social styringsteknologi overfor lægefaglig kompetence påvirkes den bestående kultur således på et område, som henhører under dens allermest fundamentale værdier. Den etablerede videnuudveksling, baseret på en gaveøkonomi, som skaber en gensidig forpligtelse mellem de fagprofessionelle til at levere ny viden til sine kolleger i henhold til disse kollegers professionelle præferencer, udsættes for en konkurrerende videngenererende proces, som efter krav fra klinikchefen skal efterkommes mindst en gang om året til MUS.

I et magtperspektiv tilfører styringsredskabet således klinikchefen en nydefineret magtposition, hvor han, med etableringen af kompetenceevalueringen som en integreret del af MUS, får umiddelbar tilgang til at kontrollere sine medarbejders kompetenceniveau og kompetenceudvikling.

Den direkte magt kommer til udtryk ved at klinikchefen tilføres en rolle, hvorfra han kan tilsige en medarbejder til MUS, som nu er en beslutningsarena, hvor klinikchefen via sin kortlægning af

klinikkens specialitydelser kan diktere hvilke speciallæger, der skal udfører dem.

Beslutningsprocessen skal føre frem til, hvem der skal tildeles hvilke bemyndigelser, og beslutningen skal bekendtgøres i hospitalsorganisationen, for at sikre implementeringen af den trufne beslutning.

Denne position for klinikchefen adskiller sig fra hans/hendes tidligere rolle i klinikken, hvor klinikchefen understøtter videngenerering og faciliterer processer om at gøre ny viden til konkrete behandlingstilbud til patienterne, til nu at bedømme og kontrollere kvaliteten af en ydelse bestemt af udefra kommende krav om levering af bestemte ydelser.

Den indirekte magtdimension kommer til udtryk ved, at klinikchefen i den etablerede beslutningsarena er i en position, fra hvilken han kan sortere i de temaer, som har adgang til beslutningsarenaen. Styringsredskabet indeholder elementer, som på forhånd sætter en ramme for mødet, konkretiseret ved flere hjælpeskemaer, som fastlægger hvilke områder, der skal evalueres. Medarbejderen vil kun i begrænset omfang have adgang til at tilføje evalueringen egne dagsordenpunkter, fordi kompetencemålingen holdes op imod på forhånd vedtagne arbejdsområder. Speciallægen kan imidlertid i en vis udstrækning etablere et filter for beslutningens implementering, selvom der i styringsredskabet ligger en kontrolforanstaltning i form af offentliggørelse af beslutningen.

I den bevidsthedskontrollerende magtdimension er den valgte styringsteknologi konstrueret på en sådan måde, at medarbejderen skal dokumentere sine færdigheder i forhold til de bemyndigelser han/hun har i klinikken. Det påhviler medarbejderen at bevise under MUS, at vedkommende er kompetent og således berettiget til at opretholde sine bemyndigelser. Herved er der skabt et incitament for medarbejderen til at performe godt i forhold til de på forhånd givne kompetenceområder under MUS, hvilket fremtvinger en aktiv tilgang til at dokumentere kompetencer for at opretholde bemyndigelse.

Der ligger således i styringsredskabet en mekanisme, der skaber et incitament hos medarbejderen til at præstere en overbevisende argumentation for at opretholde eller opnå en bemyndigelse, som primært kan tilvejebringes med fagets egne midler og metoder til at sikre det videnskabelige grundlag for at håndtere en given ydelse, men som samtidig rejser spørgsmålet om den lægefaglige ydelses kvalitet.

Omvendt har speciallægen en mulighed for med sin præstation, både at overbevise og ikke at overbevise klinikchefen om berettigelsen til en given bemyndigelse, så parterne kan gensidigt øve indflydelse på processen og hinanden, hvorunder givne præferencer kan forandres.

Den fjerde dimension er den institutionelle magt, hvor magtudøvelsen er indlejret i de institutionelle rammer for adfærd, og som der derfor ikke eller kun i begrænset omfang stilles spørgsmål ved.

Ved at placere den nyudviklede styringsteknologi i et forvejen etableret styringsredskab er kompetenceevalueringen på forhånd institutionaliseret på en sådan måde, at det er vanskeligt både for klinikchefen og speciallægen at modsætte sig. Kompetenceevalueringen foretages som en del af en allerede etableret begivenhed, som alle medarbejdere skal deltage i.

I denne institutionalisering af kompetenceevalueringen subjektiveres både klinikchefen og speciallægen i en given institutionel ramme, hvori hans magtbeføjelser udøves snarere som konsekvens af rammen hvori den foregår, end af klinikchefens egen bevidste og velvillige handling. Den hierarkiske dimension i organisationen er styrket, således at styring af processerne, der vedrører videngenerering er blevet lettere, hvilket vil have den effekt at tilsvarende processer, der finder sted indenfor rammerne af den specialiserede arbejdsdeling fortrænges og sættes under pres. Hermed er der i et magtkampsperspektiv etableret en beslutningsarena, hvor aktører kan kæmpe om bemyndigelsesprivilegier. Klinikchefen har fået tildelt en dagsorden, der tager udgangspunkt i de kontraktlige forpligtelser, som klinikken har indgået, og som der skal sikres en tilstrækkelig kompetence i klinikken til at varetage.

Med en tiltagende institutionalisering af den lægelige kompetenceevaluering skaber den etablerede magtbase mulighed for andre aktører, f.eks. hospitalets ledelse en lettere adgang til at øve indflydelsen på hvilke ydelser klinikken skal tilbyde, dels fordi der er skabt et institutionaliseret rum til at fremadrette kompetencekravet, dels fordi den hierarkiske styrkelse af organisationens struktur faciliterer styringsprocesserne. Der er lettere adgang til kalkule – til at planlægge en medicinsk ydelse, for efterfølgende at skabe kompetencen, men samtidig risikerer man at ødelægge den autonome vidensøgning og videngenerering, som den fagprofessionelle kultur finder og skaber. En anden effekt af navnlig den institutionaliserede magtdimension, kan være en udvikling i retning af at arbejde med kvalitetssikring som forskningsområde, der som tidligere nævnt ikke er en lægefaglig tradition. Denne har fokuseret meget på kontrollerede, om muligt blinde undersøgelser i rammerne af protokollerede forsøg med på forhånd fastsatte mål, og den primære hensigt med at iværksætte og gennemføre et sådant forsøg har været publicering af en artikel.

I tillidsperspektivet sætter man lid til strategos, som den person der i en fagprofessionel organisation kan øve indflydelse på kompetencen og styringen af samme. Tilsvarende fremhæves det i teorien om magt og indflydelse at ledelse i komplekse, løst koblede organisationer rejser krav

om særlige egenskaber for de ledere, der fungerer i sådanne organisationer, og det understreges, at de forkerte mennesker på ledelsesposterne kan have alvorlige konsekvenser for organisationen.

Kapitel 6

Hospitalet som polyfon organisation

Dette kapitel omhandler hvilke udviklingstendenser, der påvirker hospitalsorganisationerne til at engagere sig i kvalitetssikringsprojekter og den løbende debat om det gennemskuelige sundhedsvæsen.

Med udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori, beskriver Niels Åkerstrøm Andersen (Ref. 57) hvordan moderne organisationer bevæger sig fra homofone til polyfone organisationer. Luhmanns systemteori tilsiger, at samfundets grundbegreb er kommunikation, som udgøres af tre selektioner, information – hvad kommunikeres, meddelelsesform – hvordan meddeles information og forståelse – hvordan forstås det meddelte. Med forståelse menes hvilken tilslutning meddelelsen får og hvordan kommunikationen skal fortsættes, hvilket igen afføder nye tilslutninger.

Kommunikationssystemet bliver på denne måde autopoietisk, hvilket betyder, at systemet udelukkende består af selvproducerede elementer, som afgrænser systemet fra andre systemer. Samfundet har over tid uddifferentieret sig fra en segmentær differentiering over en stratifikatorisk differentiering til en funktionel differentiering, og i denne funktionelle differentiering er det emnet eller sagen, der afgør hvilken kommunikation der finder sted. I et sådant funktionssystem er der ingen social afgrænsning – alle kan deltage, men funktionssystemet er lukket på sagsdimensionen. Organisationssystemer er derimod åbne på sagsdimensionen og kan kommunikere indenfor flere funktionssystemer, men organisationssystemet er lukket på den sociale dimension, dvs. at organisationens medlemmer er besluttet af organisationen, og det er kun medlemmerne, der kan kommunikere via de funktionelle systemer (Ref. 58).

Hvert funktionssystem skaber sit symbolsk generaliserede medie indenfor hvilket der etableres en kode for kommunikation, som er en entydig binær præference med en positiv og en negativ værdi. For det videnskabelige funktionssystem er mediet viden og koden sand eller falsk, hvor det er positivt at være sand.

Organisationssystemer er altid strukturelt koblet til flere funktionssystemer og er således en container, der benytter sig af flere funktionelle kommunikationssystemer, men organisationerne har traditionelt haft en primær kodificering, hvilket ofte medfører at man identificerer et

funktionssystem via dette funktionssystems organisatoriske udtryk, f.eks. sundhedssystemet som hospitaler og lægepraksisser.

En homofon organisation er en organisation der har en primær kodificering, der regulerer hvornår andre kodificeringer er relevante, og en veldefineret profession med selvstændig beslutningskompetence kan være del af en sådan struktur, men et tiltagende antal organisationer har ikke denne primære opkobling til et funktionssystem.

En polyfon organisation er opkoblet til flere funktionssystemer, uden at et af dem kan siges at være primært. Udviklingen mod denne polyfoni kan anskues dels med funktionssystemet som iagttagelsespunkt dels med organisationen som iagttagelsespunkt, og i førstnævnte perspektiv skyldes udviklingen, at funktionssystemerne ekspanderer deres temaer, fordi deres medier er så generaliserede, at de står til rådighed for flere kommunikationsformer (Ref. 59).

En polyfon organisation er en organisation, der beskriver sig selv gennem flere koder, og derfor kan den polyfone organisation ikke vælge en primær kodificering, og organisationen er således tvunget til løbende at skulle vælge kommunikationsmedie, og dette rejser fire problematikker for den moderne organisation der har mistet sin primære kodificering.

Organisationens ledere er tvunget til at udvise refleksivitet i forhold til hvilken kommunikationsform og dermed hvilket funktionssystem man vil knytte an til i en given situation, og spørgsmål om etik, værdier og kommunikation f.eks. i form af viden – og personaleregnskaber er spørgsmål, som man skal forholde sig aktivt til.

I den forbindelse bliver organisationens strategiske overvejelser også ændret i og med at der ikke er en primær kodificering at forholde sig, hvilket betyder at udformningen af en strategi begynder med en overvejelse af hvilken af flere mulige selvbeskrivelser man tager udgangspunkt i, hvorved lederne tvinges til at tænke i anden ordens strategier.

I polyfone organisationer vil kommunikationens shifters, som er igangsætterne af en given sprognose, afgøre i hvilket funktionssystem en bestemt sag begynder, hvilket fordrer en ledelse, der kan kommunikere indenfor flere funktionssystemer.

I polyfone organisationer vil der optræde parasitære kodninger, som er det fænomen, at en kommunikationskode anvender positive elementer fra en anden kode til at forfølge sin egen værdi.

I sådanne polyfone organisationer skal ledelsen tilføres tilstrækkelig ledelseskraft til at udvikle organisationens strukturer, så forandringer konverteres til processer, hvor lederen og de ledede deltager, og hvor ledelse udvikler sig til at være en distribueret funktion, der sætter rammerne for en koordineret udviklingsproces.

Ledere der skal fungerer som strategos i en polyfon organisation, og som bliver krævet til ansvar for udvikling af det faglige område skal uddannes om ledelsesteoretiske positioner og ledelsesopfattelser med henblik på at kunne reflektere ledelse i organisationen og varetage løbende kompetenceudvikling inden for organisationens fagområder.

Kapitel 7

Sammenfatning og fremtidsperspektiver

Lægestanden er et klassisk eksempel på en veldefineret profession, som i høj grad lever op til de fælles træk der karakteriserer en sådan – viden, videnproduktion, egenkontrol, autonomi og en almennyttig ideologi. Man har siden den moderne lægevidenskabs gennembrud, udviklet egne regler for virke og herunder definition af kompetenceniveau, som er fastlagt i anerkendte rammer, hvor grundlaget er videnskabelig produktion, evalueret af kolleger, og lægestanden er således en etableret institution med et betydeligt sæt af formelle og uformelle regler med tilhørende overvågningsmetoder og sanktionsmekanismer.

Den helt grundlæggende værdi i lægeverdenen er viden – *libido sciendi* – som var drivkraften for etableringen af hospitaler – et sted hvor viden kunne genereres og formidles. Viden er lægestandens adels mærke som udtrykt af Niels Højby, og nyuddannede læger aflægger ed på at udvide denne viden gennem hele livet. Læger konkurrerer på viden både den dokumenterede og i daglige diskussioner, og det er herigennem, at man får sin faglige anerkendelse, både uformelt blandt kolleger og formelt i stillingshierarkiet.

På grund af denne konkurrence på viden har der aldrig været et incitament fra standens egne rækker til at indføre dokumenteret, regelmæssig kompetenceevaluering. Her møder man tværtimod en udtalt skepsis overfor tiltag der søger dokumentation og evt. diskussion af dette kerneområde mhp. styring og gennemsigtighed i forhold til omverdenen.

Der er imidlertid tre forhold der sætter professionens tidligere regelsæt for videngenerering og stadfæstelse af kompetenceniveau under pres:

1. Den tiltagende grespecialisering der følger af hurtig teknologisk udvikling afføder et fagligt problem, som rører ved den gamle antagelse om at læger må foretage de indgreb, som de tror de mestrer. Det medfører en stigende – faglig – accept af, at den enkelte læge skal udvise særlige kvalifikationer for at varetage særlige kompetenceområder og omvendt – når man ikke har kvalifikationen må man ikke varetage funktionen.
2. Befolkningens prioriteringer har ændret sig i retning af voksende individualisme, hvor samfundets borgere i stigende omfang er kritiske forbrugere af alle ydelser herunder sundhedsydelser. Samtidig er der et gryende udbud af private tilbud og moderne patienter

ønsker og har i et vist omfang ret til frit sygehusvalg. Dette frie valg stiller brugerkrav om gennemskuelig overfor kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse, herunder den lægefaglige kompetence. Det skærper for første gang fokus på dette (væsentlige!?) element, og gør lægefaglig kompetence til en konkurrenceparameter, som politiske kræfter, patienter og lægerne selv har en interesse i.

3. Hovedparten af lægestanden arbejder under offentligt finansierede forhold, og da området samtidig er præget af en udtalt teknologisk udvikling, med deraf følgende pres på omkostningerne har hele sundhedssektoren påkaldt sig stor politisk bevågenhed for at kontrollere udviklingen. Denne kamp om kontrol har presset lægestanden navnlig i ledelsesspørgsmål, hvor der er et vedvarende politisk pres for at mindske videnasymmetrien, med krav om gennemskuelig, herunder indblik i det allerhelligste – den lægefaglige kompetence.

Analysen af de organisatoriske processer og mekanismer, der gør sig gældende, da Rigshospitalet stilles overfor et akkrediteringskrav om systematisk, dokumenteret kompetenceevaluering af speciallægerne i organisationen viser ved hjælp af Mintzbergs teoretiske tilgang at 3 forhold gør sig gældende for de vanskeligheder processen har mødt.

1. Ifølge Mintzbergs er fagbureaukратиets fundament en organisation, som udspringer af en situation, hvor virksomhedens produkter skabes af højtuddannede personers individuelle ydelser i forhold til klienterne. Produktionen finder sted i standardiserede og ofte over lang tid perfektionerede processer. Den valgte ydelse vælges i henhold til en kategorisering foretaget af eksperten. Den viden, der ligger til grund for kategoriseringen af både problem og løsning er fundet og udviklet af de fagprofessionelle over lang tid og ifølge deres egne modeller for videnudvikling. Videnudviklingen og de tilhørende institutioner er integrerede dele af den fagbureaukratiske organisation, således at den hierarkiske placering af eksperterne er defineret ud fra den dokumenterede videnudvikling.
2. Mintzberg udpeger den fagprofessionelle organisations svagheder som koordination, kategorisering og innovation, hvilket imidlertid udgør en særlig implikation for hospitaler af to årsager:
 - a. Store hospitaler med forsknings – og uddannelsesfunktion udvikler sig til organisationshybrider med på den ene side den innovative komponent, hvor lægerne varetager videngenerering via selvstyrede forskningsprojekter, og på den

anden side den klassiske fagprofessionelle funktion med at arbejde i standardiserede processer, som perfektioneres over tid.

- b. Det andet forhold er, at selve målet for monitoreringen er meget vanskelig at definere, fordi de komplicerede arbejdsprocesser ikke nødvendigvis har veldefinerede resultater til følge, og det kan derfor være meningsløst at opstille et relevant mål at holde resultaterne op imod.

Mintzberg peger på at en fagprofessionel organisation givetvis har kvalitetsproblemer som f.eks. simpel inkompetence, eller den fagprofessionelle medarbejders trang til at anbringe et problem i en velkendt kategori, som har en løsning, som den fagprofessionelle foretrækker, men han konkluderer, at forsøg på at kontrollere fagprofessionelle organisationers ydelser ved hjælp af sociale styringsteknologier fører til mindre effektivitet uden at give forbedringer i kvaliteten. Forandringer tilvejebringes ved ændringer i læringsprocesser, der med tiden vil skabe fagprofessionel accept af en given forandring.

Mintzberg anerkender således tilstedeværelsen af problemer med kvaliteten i en fagprofessionel organisation som f.eks. et hospital, og at der ikke nødvendigvis er en sikker, entydig sammenhæng mellem en given kliniks faglige ydelser og de kompetencer, som klinikkens speciallæger har.

Her overfor står akkrediteringskravet om løbende, dokumenteret kompetenceevaluering af speciallægerne, og en viden om at Mintzbergs nihilistiske holdning til sådanne kontrolforanstaltninger indtil videre har været en selvopfyldende profeti, i og med at tidligere tiders forsøg på kompetenceevaluering af læger, med tilbagevendende eksamener og certificeringer aldrig har sikret den vedvarende kompetenceudvikling, som er målsætningen for den lægefaglige profession. Hidtidige kvalitetssikrende styringsredskabers egenskaber som metoder til sikring af et minimumsniveau er i direkte modstrid med professionens egen videngenererende tradition, som er den dokumenterede produktion af ny viden, navnlig i form af originalartikler og afhandlinger.

I konstruktionen af det nye styringsredskab subjektiveres klinikchefen i en nyetableret rolle som kompetenceevaluator, hvor han skal medvirke til at opstille mål for hvilke kompetencer og hvilket niveau for kompetencer klinikken med dens opgaveportefølje har brug for.

Da niveauet for kompetence imidlertid er vanskeligt at definere, har der været behov for at udvikle et nyt styringsredskab, som kan afhjælpe denne barriere.

Styringsredskabet består af tre skemaer, de to første fra H:S, som synliggør forskellen mellem kompetencebehov og kompetencekapacitet i klinikken dels for klinikkens generelle ydelser dels for klinikkens specialitydelser, hvor hver enkelt ydelse kobles til de relevante speciallæger.

Den akkrediteringsbestemte tilgang til kompetenceevaluering af klinikkens specialitydelser formuleret i standard PE 8: *Procedure for at tildele læger givne behandlingskompetencer på basis af data*. Den tildelte ”bemyndigelse” bekendtgøres for det øvrige personale, så alle er vidende om hvilke procedurer speciallægen må udføre.

Da den lægefaglige kompetence blandt speciallæger imidlertid ikke er entydigt defineret, fordi den udgøres af et diffust felt af viden og kunnen, som gør speciallægen i stand til, dels at løse standardiserede men teknisk avancerede opgaver dels at varetage nye, ukendte situationer, er der behov for et styringsredskab, der kan etablere en relevant referenceværdi.

Udviklingen af kompetenceevalueringens redskab har derfor taget udgangspunkt i Speciallægekommisionens syv lægefaglige roller, og styringsredskabets funktion hviler på omvendt bevisførelse, der består i at speciallægen selv tilvejebringer datagrundlaget for en vurdering af det kvalitetsniveau, som fordres i forhold til de lægefaglige ydelser, han/hun leverer ifølge skema 2 i H:S – styringsredskabet.

Styringsredskabet skal anvendes med en tilvalgt vægtning af de enkelte områder, idet det erkendes at de forskellige roller har forskellig betydning for den enkelte speciallæges funktion.

Den etablerede styringsforskel i redskabet defineres således ud fra omfanget og kvaliteten af den dokumentation, speciallægen kan fremlægge som kvalitetsmål for varetagelsen af en given ydelse i klinikken og styringsredskabets ledeforskel er etableret og defineret ved en række valg, som både foretages af klinikchefen og speciallægen. Ledeforskellen er ikke veldefineret, men hviler på en række skøn over relevans, kvalitet, omfang og ydelsesmæssigt udkomme. Redskabet er således designet til at stimulere en retningsbestemt læringsproces, der tjener til at systematisere den spontane læring.

Styringsteknologien risikerer at forandre klinikchefens rolle fra en strategos, der leder sin stab via procesorienterede metoder, der tager udgangspunkt i faglige problemstillinger ofte håndteret af medarbejderne, til inspektør af snævert definerede indikatorer for viden. Hans rolle kan ændre karakter fra homo donans til homo controllans og medarbejderen – speciallægen risikerer at forlade sin rolle som entreprenøren med sin opbyggede viden – og kompetencebank til at være producent af ydelser, som han/hun er ansvarlig for overholder de kvalitetskrav, som standarderne for god klinisk praksis fordrer.

Styringsredskabets subjektivering af klinikchefen som kompetenceevaluator er derfor en signifikant faktor for redskabets anvendelighed og mulige succes eller fiasko.

I perspektivet for tillidsbaseret ledelse anvises et strategisk koncept til at håndtere de vanskeligheder, som moderne ledelse står over for i fagprofessionelle organisationer, hvor produktionen er præget af udtalt autonomi blandt medarbejderne, som selv definerer og udvikler den viden, der danner grundlaget for virksomhedens produktion.

I teorien om tillidsbaseret ledelse defineres begrebet gaveudveksling som grundlaget for etableringen af virksomhedens sociale kapital, og denne gaveudveksling fremhæves som en forpligtende metode til at udveksle viden, som samtidig integrerer virksomhedens medarbejdere netop pga. gaveudvekslingens forpligtende natur.

Perspektivet ligger således i forlængelse af Mintzbergs teori om den fagprofessionelle organisation, hvor de professionelle medarbejders autonome arbejdsform medfører, at de fagprofessionelle organisationer er svage overfor koordination, kategorisering og innovation. Dette er vilkår, som ledere i fagbureaukratier må acceptere, og øget kontrol er uvirksomt og vil blot føre til nedsat effektivitet. U hensigtsmæssigheder i den fagprofessionelle adfærd ændres ved at forandre de fagprofessionelles uddannelsessystem, hvor man har mulighed for at ændre fagets kultur.

Teorien om tillidsbaseret ledelse tilsiger, at man ved at dyrke den autonome videnudveksling kan styrke virksomhedens produktive og innovative side, idet grundlaget for videngenereringen visualiseres og bevidstgøres, hvilket styrker den forpligtende og dermed integrerende effekt af gavesystemet.

I Mintzbergs perspektiv er der ikke en umiddelbar metode, der kan styre kompetenceniveauet i en verden af autonome eksperter, der ved mere end lederen, og i tillidsperspektivet er der et bevidst tilvalg af autonomi – lederen foretager det bevidste valg, der består i at ”tillid er en besluttet risiko mod en forventet mergevinst”. Heri ligger der ikke en implicit mekanisme, der kontrollerer kompetenceniveauet, men i tillidsperspektivet opereres der med en strategos, som er til stede blandt ”soldaterne” for at re-kulens vej at skabe virksomhedens strategi med en baglæns tilgang, hvor strategien tager sin form ud fra den produktion medarbejderne skaber og ikke omvendt. Strategos er imidlertid også en leder med magtbeføjelser, der byder ham/hende, at forandre de arbejdsprocesser, som kan optimeres.

Sammenstødet mellem hospitalsorganisationens fagbureaukratiske kultur og den akkrediteringsbestemte styringsteknologi er analyseret i et magtperspektiv, da formodningen er at den nye sociale styringsteknologi vil skabe omprioriteringer i de videngenererende felter betinget af ændringer i magtforholdene i organisationen.

Styringsredskabets udgangspunkt er den ydelse, som klinikken producerer, og det skaber mulighed for at ydre kræfter influerer på den videngenerende indsats, som henhører under den lægefaglige institutions mest fundamentale værdier.

Magtperspektivet visualiserer, at alle magts fire dimensioner kan iagttages i den situation som opstår, idet den etablerede kultur møder den sociale styringsteknologi.

Den direkte magt viser sig ved at klinikchefen får en rolle i en beslutningsarena, hvor han i henhold til klinikens udbud af speciallægestyrelser kan diktere, hvilke speciallæger der skal udføre dem og i beslutningsprocessen tilføje givne speciallæger bestemte bemyndigelser, som bekendtgøres i hospitalsorganisationen for at sikre deres implementering.

Den indirekte magtdimension iagttages ved, at den etablerede beslutningsarena bringer klinikchefen i en position, der skaber mulighed for at sortere de temaer, som har adgang til beslutningsarenaen, hvilket begrænser medarbejderens adgang til at tilføje beslutningsarenaen egne temaer, men speciallægen kan selv etablere et filter for beslutningens implementering.

Den bevidsthedskontrollerende magtdimension kommer til udtryk ved at styringsteknologien fordrer, at speciallægen selv skal dokumentere sine færdigheder, hvorved der skabes motivation for at fremtræde overbevisende under MUS med veldokumenterede kompetencer.

Modsat kan speciallægen undlade at overbevise om berettigelsen til en given bemyndigelse, så parterne kan gensidigt øve indflydelse i beslutningsarenaen, hvor præferencer kan forandres.

Den institutionelle magt iagttages ved at den nyudviklede styringsteknologi er etableret i et kendt styringsredskab, hvilket skaber en ramme for beslutning, som hverken klinikchefen eller speciallægen kan undslippe.

Klinikchefen og speciallægen bringes i en institutionel ramme, hvori deres magtbeføjelser udøves snarere som konsekvens af rammen hvori den foregår end af deres egne, frivillige handlinger.

Herved er den hierarkiske dimension i organisationen styrket, hvilket letter adgangen til at styre de videngenererende processer.

Denne institutionalisering af den lægelige kompetencestyring skaber en magtbase for in – og eksterne aktører til at styre ydelsestilbuddet, hvilket letter adgangen til at planlægge en medicinsk

ydelse, for efterfølgende at skabe kompetencen, men det sker på bekostning af de ressourcer, der hidtil har udgjort den fagprofessionelle kulturs autonome vidensøgning og videngenerering.

Tillidsperspektivet anviser strategos, som den figur der i en organisation kan sikre kompetencen og styringen af samme. Tilsvarende anbefaler teorien om magt og indflydelse at ledelse i komplekse, løst koblede organisationer fordrer særlige egenskaber for deres ledere, da inkompetente ledere kan skade organisationen.

I teorien om polyfone organisationer fremhæves disse organisationers udfordringer med at aflæse de mange funktionssystemers koder, og de deraf følgende vanskeligheder for ledelsen, som derfor skal tilføres ledelseskraft. Organisationens ledere og strukturer skal sikre at forandringsprocesser finder sted som koordinerede udviklingsprocesser.

Strategos i en polyfon organisation bliver krævet til ansvar for udvikling af det faglige område og håndtering af moderne virksomheders polyfoni, og han/hun skal derfor målrettet uddannes til at varetage reflektiv ledelse i komplekse organisationer.

Bilag

Bilag 1

Seminar om kompetencevurdering af speciallæger, H:S Rigshospitalet

5. April, 2006, 8.30-17.00

**Ingeniørforeningens Mødecenter, København, Kalvebod Brygge 31-33,
1780 Kbh. V**

Program

08.30-9.00	Ankomst og kaffe/the/brød	
9.00-10.00	Velkomst og orientering	
10.00-10.30	Om vurdering af kompetence	Oplæg
10.30-10.45	Pause	
10.45-12.00	Rollen som medicinsk ekspert og akademiker	Plenum/grupper
12.00-12.30	Rollen som kommunikator og sundhedsfremmer	Plenum
12.30-13.30	Frokost	
13.30-14.30	Rollen som samarbejder, organisator, professionel	Grupper/plenum
14.30-15.00	Rundt om 360 graders evaluering	Oplæg
15.00-15.15	Pause	
15.15-16.30	Konklusion og plan for min klinik	Grupper
16.30-17.00	Evaluering af dagen og opfølgning	Plenum

Oplægsholdere:

Charlotte Ringsted, Centerleder, Center for Klinisk Uddannelse, H:S Rigshospitalet

Deborah Davis, Overlæge, Center for Klinisk Uddannelse, H:S Rigshospitalet

Jette Led Sørensen, Overlæge, Uddannelseskoordinator, JMC, Rigshospitalet

Kim Garde, Overlæge, Kvalitetskoordinator, Rigshospitalet

Anne Mette Ellyton, personalekonsulent, Personaleafd., Rigshospitalet

Hospital :	Afdeling/Klinik:		Dato/år:	
<i>Opgaver for læger.</i>			Bilag 3, vejl. nr. 45-0	
Stillingskategori	Lægevikarer (Stud. med.)	<i>Forvagt niveau</i>	<i>Mellemvagt</i>	Bagvagt niveau <i>Afd. øvrige afd.læger og vagt fri speciallæger</i>
→	Her anføres medarbejdernes initialer i denne kategori	Her anføres medarbejdernes initialer i denne kategori	Her anføres medarbejdernes initialer i denne kategori	Her anføres medarbejdernes initialer i denne kategori
Visitation/omvisitation				
• Rekvirere tilsyn fra anden afd.				
• Udføre tilsyn på anden afd.				
• Udføre kliniske ydelser på andet hospital				
• Indlægge på specialafdeling/andet hospital				
•				
Udredning/diagnostik				
Billed- og nukleardiagnostik & laboratorieydelser: (oversigten justeres iht. afdelingens ydelser)				
• Konventionel radiologi				
• Specialradiologiske uss.				
• Klin.fys.nuklearmed. uss.				
• Biokemiske specialuss. ud over afd.'s rutiner				
• Patologisk uss. ud over afd.'s rutiner				
•				

•				
•				
Diagnostik – udførelse				
(oversigten justeres iht. afdelingens ydelser)				
• Invasiv diagnostik				
• Endoskopi				
○				
○				
○				
• Biopsi				
•				
•				
Behandling -Medicinering				
• Udenfor standardsortiment				
• Do og højrisikopræg.				
• Ord. & anvend. af med. specialiteter				
• Udstede recepter				
• Udstede recepter på kopieringspligtig præp. (såvel rekv. & recepter)				
•				
Blodkomponenter - – ordination				
• Af almindelige blodprodukter				
• Af specialblodprodukter				
•				
Kirurgi – udførelse Her listes afdelingens hovedtyper af indgreb				
•				

•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
Anæstesi - udførelse				
• Universel anæstesi				
• Spinal- eller epiduralanæstesi				
• Anæstesi af ptt. med ASA 5				
• Anæstesi til børn				
• Ledsage kritisk syge ptt. ved overflytning				
•				
•				
Andre højrisikoydelser (justeres iht. afdelingens definerede højrisikoydelser)				
• Intubation				
• Planlagt DC-konvertering				
• Sedation (uden medvirken af anæst. personale)				
• Start og justere respiratorbehandling				
• Anvendelse af tvang				
•				
•				
Kommunikation & vejledning pt.				
• Være personlig læge for pt.				
• Være sundhedsfaglig koord. for pt.				
• Inf. om sygdom og prognose af alvorlig/kritisk karakter				
•				

•				
<i>Afslutning, udskrivning & overflytning</i>				
•	Stillingtagen til udskrivning			
•	Stillingtagen til overflytning			
•	Se specialpatienter ambulant			
•	Godkende epikrise			
•	Stillingtagen til ophør af behandling			

Hospital:	Afdeling/klinik:										Dato/år:	
Oversigt over afdelingens specielle procedurer og behandlinger som ikke kan udføres af alle speciallægerne												
Initialer → <small>(hver speciallæges initialer)</small>												
Specielle procedurer												
•												
•												
•												
•												
•												
•												
•												
•												

Specielle behandlinger: fx indsættelse af												
• Knæproteser												
• Total hoftealloplastik												
•												
•												
•												
•												



Kompetenceevaluering af speciallæger

- INTRODUKTION, VEJLEDNING OG SKEMAER

Sept. 2007

C Ringsted, AM Ellyton, K Garde

Introduktion

Kompetenceevaluering af speciallæger

Der er i de senere år kommet fokus på den kontinuerlige evaluering af speciallægers kompetence og behovet for et redskab til denne evaluering. Som led i akkrediteringen af hospitalerne er det besluttet, at alle speciallæger skal have foretaget kompetenceevaluering i forbindelse med MUS hvert år.

Konceptet

Et færdigt koncept til en sådan evaluering findes ikke. Rigshospitalets direktion og centerdirektører har derfor udarbejdet et koncept, der tages i brug 1. oktober 2007. Samtidig iværksættes et projekt vedr. validering af konceptet i udvalgte klinikker. Baggrunden for konceptet er mere detaljeret beskrevet i en statusartikel i Ugeskrift for Læger 2007.¹

I de formelle uddannelser, den præ- og postgraduate lægeuddannelse, er det som regel en 'ekspert', som vurderer den uddannelsessøgende. Men når man skal vurdere speciallæger er det i virkeligheden den, som er genstand for vurderingen, som er 'ekspert' og i det koncept, der er valgt til kompetenceevaluering af speciallæger, er det derfor speciallægen, som har 'bevisbyrden'. Det vil sige, at speciallægen skal indsamle dokumentation, der afspejler kompetence og kvalitet i den pågældendes arbejde. Denne dokumentation præsenteres og diskuteres med nærmeste leder, som på denne baggrund foretager en kompetencevurdering og diskuterer med speciallægen, hvilke områder, der skal fokuseres på i fremtiden.

Konceptet tager udgangspunkt i de 7 roller for fremtidens speciallæge. Der vil være tilfælde, hvor ikke alle 7 aspekter er lige relevante at bedømme og over tid vil det være forskelligt, hvilke aspekter af kompetence, man fokuserer på.

Klinikchefen/lederens opgaver og ansvar (SKEMA-1)

Klinikchefen foretager en generel vurdering af speciallægens kompetence i relation til funktionsbeskrivelsen og arbejdsområdet. Klinikchefen vurderer derudover speciallægen inden for hvert af de 7 aspekter af kompetence på baggrund af speciallægens fremlagte dokumentation **og** klinikchefens generelle indtryk af speciallægens kompetence. Klinikchefen vurderer omfanget og kvaliteten af den dokumentation, som speciallægen har fremlagt.

Speciallægens opgaver og ansvar (SKEMA-2)

¹ Ringsted CV, Ellyton AM, Garde K. Kompetenceevaluering af speciallæger – den kontinuerlige professionelle udvikling. Ugeskr Læger 2007;169:2784-6.

Speciallægen indsamler dokumentation for kompetence og kvaliteten i arbejdet og beskriver i stikordsform de forskellige former for dokumentation, der forelægges klinikchefen ved MUS. Klinikchefen kan bede om, at listen over dokumentation fremsendes til ca. 1 uge før MUS. Listen gennemgås i fællesskab ved MUS og kan evt. suppleres eller revideres i forbindelse med samtalen.

Der findes utallige måder, hvorpå man kan dokumentere kompetence og kvalitet i ens arbejde. CV'et indeholder som regel en kronologisk liste over aktiviteter. På nogle områder, f.eks. vedr. akademisk kompetence indeholder et CV også oplysninger om kvalitet, idet man er bedømt af andre i forbindelse med antagelse af peer-reviewed publikationer eller tildeling af akademiske hverv eller tillidsposter. På andre områder er der imidlertid behov for supplerende med kvalitetsbedømmelse. Se 'Liste til inspiration vedr. dokumentation'.

Da kompetenceevaluering skal foretages hvert år er det en god idé, at speciallægen opbygger en portefølje af dokumentation for kompetence og kvalitet i arbejdet. Denne kan med fordel være opbygget i sektioner relateret til de 7 aspekter af kompetence.

Kommentarer til evalueringen og dokumentationen (SKEMA-3)

Kommentarer til evalueringen og dokumentationen skrives af klinikchefen og speciallæge i samarbejde ved MUS. Kommentarerne kan f.eks. være fremhævelse af specielt gode områder eller uddybning af mindre gode områder. Kommentarerne kan også være relateret til dokumentationen og f.eks. indeholde refleksioner i forhold til resultaterne, diskussion af hvorledes man også eller bedre kan indhente dokumentation for kvalitet, eller forklaringer på manglende dokumentation.

Indsatsområder (SKEMA-4)

Klinikchefen og speciallægen aftaler mindst 3 indsatsområder for perioden indtil næste MUS, således at der netop lægges vægt på den fremadrettede, kontinuerlige udvikling af speciallægens kompetencer og kvalitetsudvikling af arbejdet.

Opbevaring

De udfyldte skemaer vedr. kompetenceevaluering af speciallæger gemmes på personalesagen. Evalueringmaterialet er fortroligt, og vil derfor ikke blive udleveret i eventuelle sager om aktindsigt. De forskellige former for dokumentation, som speciallægen fremlægger ved MUS, vil derimod **ikke** skulle lægges på personalesagen.

Endvidere udfylder klinikchefen de 2 generelle skemaer vedr. kompetenceforhold i klinikken (oversigt over, hvem der må udføre almindelige og specielle procedurer i klinikken). Disse skemaer revideres ved behov – f.eks. efter afholdelse af MUS eller ved ændret opgavevaretagelse.

SKEMA-1: Kompetencevurdering af speciallæger

Navn:	Cpr.nr:
Hospital, klinik/afdeling/afsnit):	
Vurdering foretaget ved MUS dato:	
Blev stillingsbeskrivelsen revideret? (sæt kryds) nej ja hvis ja skal ny vedlægges	
Blev der ved kvalifikationsevalueringen taget stilling til evt. aftale om fratagelse eller tildeling af nye opgaver, uddannelse mv. ? (sæt kryds) nej ja	

Klinikchefen foretager først en generel vurdering af speciallægens kompetence på en skala 1-5, hvor 1 = mindre kompetent/i mindre udstrækning, og 5 = usædvanlig kompetent/i meget stor udstrækning.

<p>Generel vurdering</p> <p>Generel vurdering af speciallægens kompetence i forhold til dennes funktionsbeskrivelse og arbejdsområde.</p>	<p>Vurdering</p> <p>1 2 3 4 5 Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---

Klinikchefen foretager derefter en vurdering af speciallægens kompetence på 7 områder. For hvert område vurderes omfang og kvalitet af den dokumentation, som speciallægen har fremlagt.

<p>Lægefaglig ekspertise</p> <p>Håndterer opgaver og problemstillinger baseret på en teoretisk, klinisk og situationsbestemt viden og forståelse samt sufficente kliniske færdigheder</p>	<p>Vurdering</p> <p>1 2 3 4 5 Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Omfang af dokumentationen</p> <p>Ingen-ting Lidt ----- Meget</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Kvalitet af dokumentationen</p> <p>Mindre god ----- Meget god</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Kommunikation</p> <p>Varetager effektiv professionel mundtlig og skriftlig kommunikation, som er karakteriseret ved forståelse og respekt for modtagernes ønsker og behov for information og dialog</p>	<p>Vurdering</p> <p>1 2 3 4 5 Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Omfang af dokumentationen</p> <p>Ingen- Lidt ----- Meget</p>	<p>Kvalitet af dokumentationen</p> <p>Mindre god ----- Meget god</p>

ting 1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

Vurdering

Sundhedsfremme/forebyggelse/patientsikkerhed

Bidrager til sundhedsfremme/ forebyggelse/ patientsikkerhed lokalt i relation til enkeltopgaver/patienter og klinikken/arbejdet, samt generelt i forhold til omverdenen/samfundet

1 2 3 4 5

Ved ikke

Omfang af dokumentationen

Ingen-ting Lidt 1 2 3 4 5 Meget

Kvalitet af dokumentationen

Mindre god 1 2 3 4 5 Meget god

Vurdering

Samarbejde

Arbejder effektivt sammen med andre, internt og eksternt, med respekt og opmærksomhed på deres faglighed, situationsbestemte roller og funktion og bidrager med egen ekspertise

1 2 3 4 5

Ved ikke

Omfang af dokumentationen

Ingen-ting Lidt 1 2 3 4 5 Meget

Kvalitet af dokumentationen

Mindre god 1 2 3 4 5 Meget god

Vurdering

Organisation/ledelse/administration

Organiserer og prioriterer arbejdet med respekt for krav om effektivitet og sikkerhed i patientvaretagelsen og hensyntagen til egne, andres og organisationens ressourcer. Varetager effektiv ledelse og administration, hvor dette er behørigt

1 2 3 4 5

Ved ikke

Omfang af dokumentationen

Ingen-ting Lidt 1 2 3 4 5 Meget

Kvalitet af dokumentationen

Mindre god 1 2 3 4 5 Meget god

Akademisk kompetence

Vurdering

Udviser vilje og evne til kontinuerligt at opsøge og udvikle viden til gavn for sig selv, arbejdet og faget generelt, samt bidrager til formidling af viden og udvikling af andre – undervisning, m.m.

1 2 3 4 5

Ved ikke

Omfang af dokumentationen

Ingen- Lidt ----- Meget

ting 1 2 3 4 5

Kvalitet af dokumentationen

Mindre god ----- Meget god

1 2 3 4 5

Professionalisme

Vurdering

Udviser etisk og moralsk ansvarlighed i relation til patienter, arbejdet, organisationen, faget og omverdenen

1 2 3 4 5

Ved ikke

Omfang af dokumentationen

Ingen- Lidt ----- Meget

ting 1 2 3 4 5

Kvalitet af dokumentationen

Mindre god ----- Meget god

1 2 3 4 5

SKEMA-2: Liste over forelagt dokumentation

<p>Her beskriver speciallægen i stikordsform de forskellige former for dokumentation, som er forelagt.</p> <p>For hver type af dokumentation sættes krydser i kolonnerne til højre til angivelse af, hvilke af de 7 områder, som dokumentationen dækker. (Se vedlagte bilag: inspiration vedr. dokumentation)</p> <p>Der udfyldes flere skemaer ved behov</p> <p>Dato:</p>		1. Faglig ekspertise	2. Kommunikation	3. Sundhedsfremme	4. Samarbejde	5. Organisation/ledelse	6. Akademisk kompetence	7. Professionalisme
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

SKEMA-3: KOMMENTARERER TIL EVALUERINGEN OG DOKUMENTATIONEN
(UDFYLDES I FÆLLESSKAB AF LEDER OG MEDARBEJDER)

<i>Lægefaglig ekspertise</i>
<i>Kommunikation</i>
<i>Sundhedsfremme</i>
<i>Samarbejde</i>
<i>Organisation/ledelse</i>
<i>Akademisk kompetence</i>
<i>Professionalisme</i>

SKEMA-4: AFTALE OM INDSATSOMRÅDER FOR DET KOMMENDE ÅR

Dato:

1.

2.

3.

Underskrift klinikchef

Underskrift speciallæge

Liste til inspiration vedr. dokumentation

Denne liste beskriver i stikordsform nogle forskellige former for dokumentation, som kan danne baggrund for en kompetenceevaluering. Det skal fremgå, hvorledes dokumentationen kan relateres til speciallægens arbejde. For hver type af dokumentation sættes krydser i kolonnerne til højre til angivelse af, hvilke af de 7 områder, som dokumentationen evt. kan dække.	Faglig ekspertise	Kommunikation	Sundhedsfremme	Samarbejde	Organisation/ledelse	Akademisk kompetence	Professionalisme
• Kvantitativ opgørelse af patientkategorier og/eller procedurer, f.eks. operationslister	X						
• Kvantitativ opgørelse af funktioner, f.eks. antal dage/uge i amb., stuegang, operation, konsulenttjeneste, m.m.	X						
• Kvalitetssikringsdata vedr. funktioner, patienthåndtering og procedurer, f.eks. blodtabsregistrering, audits, benchmark m. andre internt evt. eksternt	X						
• Evidensbaserede instrukser (udarbejdet af speciallægen eller iværksat udarbejdet af speciallægen under dennes vejledning)	X				X	X	
• Skr. information/-instruks til patienter eller samarbejdsparter	X	X	X	X			
• Etablering af patientskoler, kampagner, m.m.	X		X				
• Deltagelse i eller planlægning af kurser, kongresser, symposier, m.m.	X	X	X	X	X	X	X
• Patienttilfredshedsundersøgelser		X					
• 360° grader evaluering		X		X	X	X	X
• Tilbagemeldinger fra andre, vurdering af dagligt arbejde	X	X		X	X		X
• Råd, udvalg, arbejdsgrupper, m.m.	X	X	X	X	X	X	X
• Synopsis vedr. selvstudier	X	X	X	X	X	X	X
• Netværksgrupper, medlemskaber, m.m.	X	X	X	X	X	X	X
• Akademiske grader, hverv, m.m.						X	
• Peer-reviewed publikationer						X	
• Andre publikationer						X	
• Afholdelse af konferencer, m.m.						X	
• Uddannelseshverv, UAO, vejleder, m.m.						X	
• Afholdelse af kurser, undervisning, m.m.						X	
• Håndtering af fejl og utilsigtede hændelser							X
• Indrapporteringer, anmeldelser, m.m.	X						X
• Kontrakter vedr. samarbejde med industrien, m.m.							X

Referencer

- Ref. 1: Hovedstadens Sygehusfællesskab 1995-2000 - et strejftog i en ny konstruktions besværligheder og succeser. Juni 2001.
- Ref. 2: Joint Commission International; Hospital accreditation standards 2007.
- Ref. 3: Kompetenceevaluering af speciallæger, Den kontinuerlige professionelle udvikling; Ugeskr Læger 2007;169(34):2764; Centerleder Charlotte V. Ringsted, Center for Klinisk Uddannelse, specialkonsulent Anne Mette Weng Ellyton & overlæge Kim Garde Rigshospitalet.
- Ref. 4: Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Ann Intern Med 2005;142:260-73.
- Ref. 5: The need for needs assessment in continuing medical education. Norman GR, Shannon SI, Marrin ML. BMJ 2004;328:999-1001.
- Ref. 6: Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. J Contin Educ Health Prof 2004;24:S31-7.
- Ref. 7: Sundhedsstyrelsens løbende overvågning af kvaliteten på hospitaler, som offentliggøres på www.sundhedskvalitet.dk
- Ref. 8: Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommisionen, Betænkning nr. 1384. Maj 2000.
- Ref. 9: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS): Kvalitetsmodellen er et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet. www.kvalitetsinstitut.dk
- Ref. 10: Douglass C. North, Institutions, institutional change and economic performance, 18th print, 2005, Cambridge University Print.
- Ref. 11: Campbell, John; Institutionel forandring og globalisering (2004); Kapitel 1: Institutionsanalysen som problem, Akademisk Forlag.
- Ref. 12: Foucault, Michel; Klinikens fødsel.
- Ref. 13: Carl Emil Fenger; Om den numeriske metode; Ugeskrift for Læger, nr. 20, 1939
- Ref. 14: Niels Højby, det danske sundhedsvæsenes storhed og fald.
- Ref. 15: Vrangbæk & Christiansen, Journal of Health Politics, Policy and Law Vol. 30, nr. 1-2, February – April 2005.

Ref. 16: Hans Karle, Fremtidens speciallæger, *Analyse eller politisk bestillingsarbejde?* Ugeskrift for Læger, Debat, 10. juli 2000 nr. 28.

Ref. 17: Sundhedsloven nr. 546 af 24. juni 2005 og bekendtgørelse nr. 1085 af 14. september 2007 om ret til sygehusbehandling m.v.

Ref. 18: Journal of Health Politics, Vrangbæk & Christiansen, Policy and Law Vol. 30, nr. 1-2, February – April 2005, s. 32.

Ref. 19: The strategy proces, concepts and contexts, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 20: Den velsiddende organisation: Pasform eller modefonfektion? Henry Mintzberg, Harvard Børsen nr. 1/vinter 1981-2; 43-58.

Ref. 21: Ambiguity and Choice in organisations. Bergen: Universitetsforlaget; March J.G. og Olsen, 1976.

Ref. 22: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on the strategy formation in the professional organization, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 23: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on models of collective choise, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 24: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on some issues associated with the professional organisation, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 25: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on conditions of the professional organisation, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 26: Rigshospitalets hjemmeside, forskning/forskningspolitik.

Ref. 27: Opgørelse udarbejdet af Professor dr. med. Jørgen Viby Mogensen, Anæstesi- og Operattionsklinikken, HovedOrtoCentret, Rigshospitalet over afhandlinger forsvaret af speciallæger i anæstesi ansat på Rigshospitalet, december 2007 (ikke publicerede data).

Ref. 28: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on problems of discretion, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 29: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on public responses to these problems, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 30: Joint Commission International's hjemmeside www.jointcommissioninternational.com.

Ref. 31: Center for Klinisk uddannelse's hjemmeside www.ceku.dk.

Ref. 32: Influence of Knowledge and Attitudes on the Quality of Physicians' Transfusion Practice, Susanne R. Salem-Schatz, Jerry Avorn, Stephen B. Soumerai, Medical Care, Vol. 31, No. 10 (Oct., 1993), pp. 868-878.

Ref. 33: Objective Evaluation of Clinical Performance and Correlation with Knowledge, Murali Sivarajan, MD, Elliott Miller, MD, Charles Hardy, MD, George Herr, MD, Philip Liu, MD, Robert Willenkin, MD, and Bruce Cullen, MD; Anesth Analg 1984; 63:603-607

Ref. 34: The United States Medical Licensing Examination (USMLE), hjemmeside.

Ref. 35: Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 62 af 25/07/2005.

Ref. 36: Simulationstræning af laparoskopiske færdigheder i gynækologien; klinisk assistent Christian Rifbjerg Larsen, overlæge Jette Led Sørensen & professor Bent S. Ottesen, H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centeret, Gynækologisk Klinik; Ugeskrift for Læger, 168/33; 14. august 2006.

Ref. 37: Rigshospitalets hjemmeside/vejledninger.

Ref. 38: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on the work of the professional operators, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 39: Styling af styringsværktøjer, Nordisk Administrativt Tidsskrift 1/2004, 85. årgang; Niels Åkerstrøm Andersen og Niels Thyge Thygesen.

Ref. 40: De mange ledelsesværktøjer: Hvor ligger ledelsens muligheder, Nordisk Administrativt Tidsskrift 1/2005, 86. årgang; Christian Tangkjær.

Ref. 41: Beyond structuralism and hermeneutics, second edition; Afterword; Michel Foucault.

Ref. 42: Spørgsmål om teknikken, 1999, Gyldendals forlag; M. Heidegger.

Ref. 43: Konditionering af sociale styringsteknologiers handlerum, Henrik Frimor.

Ref. 44: National strategi for sygeplejeforskning 2005 – 2010, Dansk Sygeplejeråd, 2006.

Ref. 45: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 46: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, kapitel 3, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 47: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Kapitel 1, tillidsbaseret ledelse, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 48: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Kapitel 9, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 49: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Kapitel 8, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 50: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Kapitel 11, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 51: Om ledelse på magtens og tillidens betingelser, Kapitel 10, Børsens Forlag, 2006; Sverre Raffnsøe, Steen Valentin og Niels Thygesen, CBS.

Ref. 52: Noter om trykkammerets historie, ultimo 2007, overlæge, dr. med. Erik Jansen, ikke publicerede data.

Ref. 53: Rigshospitalets hjemmeside/afdelinger/HOC/Anæstesi-og operationsklinikken.

Ref. 54: Kontrol i det stille – om magt og deltagelse, Samfundslitteratur; Søren Christensen og Poul-Erik Daugaard Jensen.

Ref. 55: Who governs? Yale University Press, New Haven 1961; Robert A. Dahl, s. 203.

Ref. 56: Kontrol i det stille – om magt og deltagelse, Kapitel 6. Perspektiveringer. Samfundslitteratur; Søren Christensen og Poul-Erik Daugaard Jensen.

Ref. 57: Niels Åkerstrøm Andersen, Polyfoniske organisationer, CCC working paper 2001, no. 6.

Ref. 58: Niels Åkerstrøm Andersen om *samfundet som kommunikation og fra stratifikation til funktionel differntiering*, Polyfoniske organisationer, CCC working paper 2001, no. 6.

Ref. 59: Niels Åkerstrøm Andersen, den homofone og den polyfone organisation, Polyfoniske organisationer, CCC working paper 2001, no. 6.

Ref. 60: Kragh Jespersen, Peter (2005) Den tredje vej? Generalister, fagprofessionelle eller hybridledere som fremtidens ledere i sygehuse? Paper præsenteret på 18th Scandinavian Academy og Management Meeting, Århus, 18-20. august.

Ref. 61: The strategy proces, concepts and contexts, chapter on the work of the professional operators, Henry Mintzberg and James Brian Quinn, Prentice-Hall International, inc., 1992.

Ref. 62: Cohen, M. D., March, J. G., and Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1): 1-25.

Ref. 63: Livet skal leves – lige til det sidste, Krop & Fysik, Fysioterapeuternes magasin, Nr. 4 - 2006 - 15. årgang, Tema: Det gode liv.

Kompetenceevaluering af speciallægen –

et overgreb mod guds forlængede arm?

Kan man være sikker på at den læge man møder i et hospital er kompetent? Hvilken sikkerhed har patienten for at lægen, der skal varetage diagnostik og behandling af patientens sygdom/skade kan varetage denne behandling kompetent og gerne bedst muligt?

Tidligere tiders antagelse om at lægefaglig kompetence kan tages for givet afløses i tiltagende grad af en amerikansk tilgang til lægefaglige ydelser, hvor patienterne ønsker adgang til at kigge lægerne i kortene. Man vil vide hvorfor lægen tilbyder den eller den plan for diagnostik og behandling, og hvis svaret ikke er overbevisende beder man om en second opinion.

Det politiske system understøtter sine vælgere i dette rimelige krav om indsigt i kvaliteten af den ydelse der leveres, og fra politisk side er der også rimelighed i at få oplyst hvad samfundets penge går til. Leverer lægerne den bedst mulige ydelse med respekt for pris og sikkerhed?

Spørgsmålene og kravene fra patienter og politikere er jo legitime og fornuftige – det er dem der lægger krop, sind og helbred til og også dem der betaler regningen, men hvordan får man de svar der efterlyses, og hvilke virkninger og bivirkninger kommer der ud af at forfølge denne ambition om det gennemskuelige og gennemsigtige sundhedsvæsen?

Alarmen går natten mellem lørdag og søndag kl. 02:30 og den vagthavende speciallæge fra anæstesiaafdelingen begiver sig til traumecentret. En af mange opgaver som hun varetager i sin egenskab af vagthavende bagvagt er lederskabet for det team, der behandler hårdt kvæstede, som indbringes til Rigshospitalet. Meldingen fra radioen fortæller at lægeambulancen er på vej fra en adresse midt i København med en ung mand, der for mindre end 10 minutter siden er stukket i brystet – formentlig i hjertet – med en kniv. Patienten har klinisk hjertestop, og der arbejdes med hjertemassage og kunstigt åndedræt, og man har anmodet om tilkald af traumeteam, 10 portioner blod og en thoraxkirurg (kirurg med speciale i brystkassekirugi). Speciallægen organiserer sit team, og ved ankomsten er man klar til at fortsætte avanceret genoplivning med anlæggelse af yderligere intravenøse adgange, medicin og respiratorbehandling samt hurtig administration af blodtransfusioner, mens thoraxkirurgen umiddelbart påbegynder en åben operation af brystkassen. Han finder hurtigt det blødende sår i hjertet som oversys, og hjertet startes med et elektroshock.

Patientens kredsløb stabiliseres med yderligere blod og væske og under fortsat respiratorbehandling overføres han til thoraxkirurgisk operationsafdeling for dér at færdiggøre operationen.

Om morgenen møder speciallægen op til morgenkonference, hvor hun afrapporterer vagtens hændelser til sine kolleger. Hun har ikke fået sovet meget på vagten, men i morgen skal hun på kursus i avanceret genoplivning, så hun vil alligevel bruge det meste af dagen på at repetere det skriftlige materiale, som hører til forberedelserne til kurset.

Hun går sammen med kollegerne ned til operationsgangen for at få en kop kaffe inden hjemturen. På vejen ned til omklædningsrummet lægger hun vejen om af taskerummet, hvor lægerne også har deres postbakker. Dér ligger en indkaldelse til MUS med tilhørende kompetenceevaluering, og hun bedes medbringe materiale, som kan dokumentere hendes kompetence i forhold til hendes funktionsområder i klinikken, herunder funktionen som akut – og traumetemleder.

Speciallægen tager træt hjem for at forberede sig til morgenens kursus.

Kompetenceevalueringen opfattes ikke umiddelbart som meningsfyldt for den trætte speciallæge, som har brugt og fortsat bruger sit erhvervsaktive liv på at udvikle sin viden og sine kompetencer til at varetage diagnostik og behandling af akut syge og tilskadekomne. Hun har ud af denne interesse for det akutte arbejde specifikt valgt netop dette hospital og sin nuværende stilling i klinikken. Nu skal hun møde op til en kompetenceevaluering, hvor hun skal retfærdiggøre sin position i klinikken.

Op til sidste akkreditering havde man på Thoraxkirurgisk klinik haft indicier på et muligt problem omkring blødning i forbindelse med hjerteoperationer, som muligvis relaterede til den enkelte kirurg. Denne problemstilling, at komplikationer relaterer til den enkelte kirurg er vanskelige at håndtere pga. det personlige islæt. Alligevel etablerer klinikken med klinikchefen som foregangsmand, et kvalitetssikringsprojekt der består i løbende at måle og registrere blødningsmængden pr. operation for hver kirurg i klinikken. Det sker ved løbende registrering og offentliggørelse af grafer, der viser hvor meget blødning hver kirurg har pr. hjerteoperation. Kirurgens navn er erstattet med et nummer, men dette forsøg på anonymisering viser sig hurtigt ikke at holde – alle i klinikken ved, hvem der har hvilket nummer. Registreringen forløber alligevel og klinikchefen selv udkommer, som den kirurg der ligger placeret som nummer tre fra bunden. Der er altså kun to andre kirurger i klinikken, der har mere blødning end ham.

Det får klinikchefen til at ændre på sine operative procedurer for at mindske den peroperative blødning, hvilket viser sig i de efterfølgende registreringer. Han kravler lige så stille op af listen, med mindre blødning pr. operation.

Dette kvalitetssikringsprojekt præsenteres ved akkrediteringen og får meget ros af den amerikanske akkrediteringsorganisation, Joint Commission International. Projektet får anerkendelse fordi det tager fat i en formodning om et klinisk kvalitetsproblem, der indeholder det prekære element i sig, at det muligvis hænger sammen med den enkelte kirurgs teknik og fremgangsmåde, hvilket berører den faglige stolthed. Klinikens personale og herunder navnlig de speciallæger der måles på slutter imidlertid aktivt op om projektet, og man accepterer både den løbende registrering og den efterfølgende offentliggørelse af data, og dette på trods af at anonymiteten forsvinder tidligt i forløbet.

Projektets succes hviler på en særlig ånd i klinikken, som understøttes og fremmes af klinikchefens aktive og risikovillige indsats som foregangsmand i et kvalitetssikringsprojekt, der rummer en meget relevant, faglig problemstilling som belyses på trods af samme problemstillings meget personlige karakter.

Hver eneste speciallæge i begge klinikker er opdraget i det samme lægevidenskabelige miljø gennem mindst 15 år, og de er gennem hele forløbet konstant blevet udfordret på deres viden og kunnen i forhold til de opgaver, de er blevet sat til at løse.

Man har forventet af dem, at de i tiltagende grad blev gode til at udføre de standardiserede opgaver, som hører til klinikernes generelle lægefaglige ydelser, og samtidig som de nærmede sig specialistanerkendelse blev i stand til at varetage en række specialitydelser. Som specialist fungerer lægen som ”bagerste mand” forstået sådan, at når der opstår et problem, som er meget specielt eller sågar ukendt for så vidt at det ikke er set før, så forventes speciallægen at finde den bedst tænkelige løsning på problemet.

For at kunne avancere i det hierarkiske system har der i hele forløbet været en forventning om en vis videnskabelig aktivitet, suppleret med undervisning af kolleger, studenter og andre faggrupper. Der er således indbygget indtil flere incitamenter for lægen til at kompetenceudvikle sig, og lægens kompetenceudvikling påvirkes af den arbejdsplads og de kolleger, som lægen arbejder sammen med og møder i faglige sammenhænge.

Derfor forventes det at speciallægen altid lever op til den bedste standard for diagnostik og behandling, men andre faktorer for menneskelig adfærd gør sig selvfølgelig gældende – er det

overkommeligt at holde sig opdateret på alt hele tiden? Det er der nogle ting der tyder på ikke er tilfældet i og med at data fra den amerikanske indsats overfor patientsikkerhed har vist, at den tid der går fra, at en bestemt behandling er anerkendt, ved de korrekte videnskabelige metoder, som den bedste til en given sygdomstilstand og indtil denne behandling er taget i brug overalt kan der gå 17 år!

Så selv om lægen har aflagt lægeløfte på fremdeles at søge sine kundskaber udvidede, så vil selv den mest tålmodige patient formentlig føle at 17 år er lang tid, og at en indsats for målrettet at sikre at de nyeste og bedste behandlinger når frem til patienterne i ordentlig tid er påkrævet.

Lægerne har i kraft af deres fags lange tradition for udvikling af ny viden og kunnen en stærk følelse af, at megen viden er bibragt dem selv og deres patienter til gavn for behandlingen, og de føler ikke den store entusiasme i forhold til at imødekomme disse krav om gennemskuelig kvalitetssikring. Når patienterne spørger vil lægen jo beredvilligt svare på alle tænkelige spørgsmål, og der er jo ingen grund til at antage at lægen går på arbejde for at skade nogen, tværtimod ligger der i hele hans/hendes opdragelse, at alle behandlinger kun må udføres efter veldokumenterede metoder og med den største omhu, og denne helt grundlæggende værdi for arbejdets udførelse er en integreret del af den kultur som lægerne arbejder i.

Den patient som får foretaget en hjerteoperation, som bløder mere end nødvendigt vil umiddelbart efter operationen være længere om at komme til hægterne end den patient der blødte mindre. Der er endvidere en sammenhæng mellem blodtransfusioner og negativ påvirkning af immunsystemet som øger risikoen for infektion. Det er derfor ikke nogen ligegyldig ting om patienten bløder mere eller mindre i forbindelse med operationen, men det er ikke let for patienten at gennemskue.

Lægen skal oplyse om kendte komplikationer til indgrebet før det finder sted, men denne information handler om operationstypen og de tilhørende komplikationer generelt og formentlig ikke om den opererende læges egen komplikationsfrekvens. Desuden er det ikke sikkert at patienten, der står foran en stor og risikabel operation har lyst til at spørge detaljeret til de risici, som operationen indebærer – hvad skal man stille op med alle disse informationer om at man kan dø af operationen, når operationen er nødvendig for at man kan overleve?

I USA blev der i Præsident Bill Clintons regeringstid gennemført et program, der indebærer at man på Internettet kan finde kvalitetsmål for de enkelte, autoriserede læger. Man kan finde indikatorer, som giver et billede af kvaliteten af de ydelser som en given læge tilbyder, og ydelserne er relateret til deres sværhedsgrad.

Bill Clinton får brug for en by-pass operation pga. fremskreden åreforkalkning, og det viser sig at være nødvendigt med en 5 – kars operation, dvs. at alle kranspulsårerne skal udskiftes, altså en meget stor operation med tilhørende øget risiko dels pga. den fremskredne sygdom dels pga. indgrebets omfattende karakter.

Bill Clinton kan om nogen vælge og vrage og otte år i det hvide hus har bibragt ham livserfaring til at håndtere kritiske situationer og viden om hvordan systemerne i det amerikanske sundhedsvæsen fungerer, samt uden tvivl al den tilgængelige rådgivning han kunne ønske sig.

Han vælger en kirurg, der i henhold til de offentliggjorte kvalitetsdata på Internettet, scorer moderat godt på moderat komplicerede operationer. Operationen forløber godt – som man kan se – men en af verdens mest magtfulde og privilegerede mennesker valgte på et meget kritisk tidspunkt i sit liv, hvad der i forhold til kvalitetsmålene var i bedste fald den næstbedste løsning. De objektive mål for kompetence der var tilgængelige blev vægtet som mindre vigtige end andre parametre, som kunne være personlige anbefalinger, tilknytning til hospital eller måske gensidig sympati og tillid mellem patient og læge.

Bill Clinton fik ikke ros af de myndigheder der har interesser i udviklingen af kvalitetsmålene, og det rejser også spørgsmålet om hvorvidt denne ambition om at kunne gennemskue alle parametre i så komplekse organisationer som hospitaler er meningsfyldt.

De to historier om kvalitetsmål og lægefaglige ydelser samt Bill Clinton – casen fortæller os følgende:

Lægestanden har gennem mange år udviklet et system til omfattende videngenerering på frivillig basis, sådan at forstå at der forskes ud af personlig interesse uden at man skal være blind for at forskning og karriere hænger sammen – nu flere artikler desto større anerkendelse og desto bedre stilling. Dette system fungerer, fordi læger opdrager nye læger i et system, som er solidt forankret i søgen efter viden.

Hospitalerne er komplekse organisationer, som leverer risikable og komplicerede behandlinger til mennesker, der som udgangspunkt kan være sårbare pga. fremskreden sygdom. I denne verden vil alle ydelsers kvalitet varierer, og forskellige læger og forskellige hospitaler vil leverer den samme type ydelse med forskellig kvalitet for både proces og slutresultat.

Den første historie viser hvilke kompetencer der opnås i det nuværende system. Lægen har uddannet sig målrettet til netop den funktion, hun varetager i denne klinik, og hun arbejder stadig aktivt på at udvikle sine kompetencer.

Den anden historie viser, at der opstår løbende kvalitetsproblemer med behandlingsydelserne, men der kan sideløbende med lægernes traditionelle videngenererende metoder etableres kvalitetssikrende processer integreret i arbejdsprocesserne, som skaber et datagrundlag for at forbedre, eventuelt udvikle de bestående metoder, dels ved at skabe bedre arbejdsprocesser dels ved at udvikle lægens faglige kompetence.

Historierne viser imidlertid også at hvis der skal skabes forandringer er det nødvendigt, at nogen efterspørger kvalitet i den lægefaglige ydelse og ikke bare tager den for givet. Denne kvalitet efterlyses af politikere, men som regel på givne foranledning, hvilket vil sige at der er offentliggjort et problem, som man så forlanger en løsning på.

I de senere år er det almindelige kvalitetsarbejde suppleret med en målrettet indsats overfor patientsikkerhed. Denne tilgang til kvalitetsarbejdet tager udgangspunkt i fejl og utilsigtede hændelser, hvilket umiddelbart skaber incitament til at rette fejlene. Denne tilgang til kvalitetsbrist skaber også en umiddelbar mulighed til at patienter og pårørende, som er ofre for disse fejl, kan og vil engagere sig aktivt i at rette fejlene.

Fremover kan man håbe på at dette engagement og efterspørgsel af kvalitetsforbedringer fra "klienternes" side vil fremme den aktive brug og dermed fremstilling af valide kvalitetsmål for de lægefaglige ydelser og kompetencen hos de læger der producerer dem.

En anden lære af historierne er at kvalitetssikringsprojekter og en løbende kvalitetsudvikling af processer og læger kræver at den lægelige chef går foran med viden og engagement, og frem for alt modet til at offentliggøre kvalitetsdata, der vedrører læger og lægers ydelser, og dermed faglige stolthed.

Navnlig systematisk evaluering af den enkelte læges kompetenceniveau med løbende målinger af lægens viden og kunnen i forhold til de behandlinger, som han udfører, kræver ledere der er uddannet og motiverede til at påtage sig det fulde ledelsesansvar for at forandre virksomheden til en systematisk og målrettet videnudviklende organisation.