

Ledelsesfortællinger

om
regulering af kvalitet



Er lederne helte eller skurke?

Copenhagen Business School

Master of Health Management
Masterafhandling 2010

Karin Højgaard Jeppesen

Lisbeth Lund Pedersen

Gitte Bachmann Thering

Vejleder:

Anne Reff Pedersen

Institut for Organisation og Arbejdssociologi
Copenhagen Business School

Indholdsfortegnelse

INDHOLDSFORTEGNELSE	1
SUMMARY	3
KAPITELOVERSIGT	5
KAPITEL 1	6
INDLEDNING	6
PROBLEMFELT	7
PROBLEMFORMULERING.....	11
<i>Afklaring af centrale begreber</i>	11
AFGRÆNSNING AF DET EMPIRISKE FELT.....	11
KAPITEL 2	13
TEORIAFSNIT	13
OVERVEJELSER OM TEORIVALG.....	13
TEORI OM OVERSÆTTELSE.....	14
<i>Oversættelse af idéer</i>	14
<i>Idé-begrebet</i>	15
<i>Objektivering af idéer</i>	15
<i>Oversættelse til handling på lokalt plan</i>	16
<i>Institutionalisering</i>	16
NARRATIV TEORI OG BEGREBER.....	17
<i>Forskellige strategier til at studere narrativer</i>	17
GENRESTRATEGIEN.....	18
<i>Den komiske fortælling</i>	19
<i>Den tragiske fortælling</i>	20
<i>Den episke fortælling/heltefortællingen</i>	20
<i>Den romantiske fortælling</i>	21
<i>Poetiske troper</i>	21
TEORI OM LEGITIMITETSSTRATEGIER.....	24
<i>Legitimitet i undersøgelser af organisationer</i>	24
<i>Legitimitetsstrategier</i>	24
<i>Opsamling på modellen</i>	25
KAPITEL 3	27
METODE OG METODEOVERVEJELSER	27
KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW.....	27
HVORDAN FÅR VI FAT I FORTÆLLINGERNE?.....	28
GENNEMFØRELSEN AF INTERVIEWUNDERSØGELSEN OG BEARBEJDELSE AF DATA.....	29
KAPITEL 4	33
ANALYSEAFSNIT	33
ANALYSESTRATEGI	33
ANALYSE AF OBJEKTIVERINGSFASEN	35
OBJEKTIVERINGSFASEN.....	36
<i>Legitimitetsstrategier i kvalitetspolitikkerne</i>	38
<i>Opsamling på oversættelse af akkreditering til objekt</i>	38

ANALYSE AF TRE BEGIVENHEDER I OVERSÆTTSELSFASEN	39
TVUNGEN OPGAVE.....	40
<i>Plot og morale vedrørende tvungen opgave</i>	<i>43</i>
ITALESÆTTE MED ANDRE ORD OG FAGLIGHED.....	43
<i>Plot og morale vedrørende italesættelse med andre ord eller faglighed.....</i>	<i>48</i>
OMGÅELSE AF REGULERING	48
<i>Plot og morale vedrørende omgåelse af regulering.....</i>	<i>51</i>
<i>Legitimitet i forhold til de tre begivenheder</i>	<i>51</i>
<i>Opsamling på analysen af de tre begivenheder</i>	<i>53</i>
KARAKTERERNE I FORTÆLLINGERNE: FAGGRUPPERNE	53
<i>Plot og morale vedrørende analysen af karakterer</i>	<i>62</i>
<i>Legitimitetsstrategier i fortællingerne om læger og sygeplejersker.....</i>	<i>62</i>
ANALYSE AF INSTITUTIONALISERINGSFASEN.....	62
<i>Plot og morale vedrørende institutionalisering</i>	<i>65</i>
<i>Legitimitetsstrategier i institutionaliseringsfasen.....</i>	<i>66</i>
<i>Opsamling på institutionaliseringsfasen.....</i>	<i>66</i>
KAPITEL 5	67
REFLEKSIONER OVER TEORIERNES ANVENDELSE.....	67
KAPITEL 6	69
KONKLUSION	69
REFERENCER	74
BILAGSFORTEGNELSE	77
BILAG I.....	77
BILAG II	79
BILAG III.....	80

Summary

This Masters thesis takes its origin in our own thoughts on the question, how middle managers in hospital departments translate and make sense of the top down regulation of quality in National Health Care in Denmark, as well as how they legitimate their actions in the translation process. As starting point of the thesis we frame our thoughts in the context in which the question is embedded and as an example of regulation of quality, the idea of accreditation is outlined.

The research question is: How do middle managers in two hospital departments translate and make sense of regulation of quality by storytelling and how do they legitimate the translations?

The aim of the thesis is to obtain insight into the above and to use the knowledge gained to understand how these managers make sense of the regulation of quality, despite the fact that standards for quality are centrally determined and the lack of evidence that efforts and resources commensurate with the returns.

In order to clarify the phases in which translation of ideas occur and give raise to organizational changes, Czarniawska and Joerges' (1996) "Travels of Ideas" is presented as a theoretical framework, as well as a model of the translation process according to their interpretation. The three phases are: 1) When an idea is objectified, 2) when the idea is translated into action and 3) - if the idea is successful - the translation into an institution. However, this framework is vague in its description of *how* people translate. Therefore a structural narrative theory and poetic modes in the interpretation of Gabriel (2000) is presented, in order to outline in which way middle managers use storytelling to make sense of regulation of quality. Finally, legitimation strategies by Vaara (2006) are outlined in order to understand in which way middle managers legitimate their action in the translation process.

The study design has an inductive approach. Data were collected by using documentary style and narrative interviews. The material consisted of quality policies and interviews with eight middle managers from a hospital in Region Hovedstaden. The managers are nurses and physicians at two managerial levels in hospital departments.

The analysis is structured using the three phases of translations as an overarching framework. In *phase one* we look into how the idea of accreditation is translated in policy documents in Region Hovedstaden and at one specific hospital in this region, and we analyze in which way the translations are legitimized as well. *Phase two* analyzes three prominent events in the narratives of the managers: a) regulation of quality as a compulsory task, b) managers verbalizing accreditation and c) managers by-passing the regulation. The analysis shows which poetic modes the managers prefer when trying to make sense of the three events and how they legitimate their translation into action. Finally the characters in the narratives are analyzed, that is in which way two groups of professionals, physicians and nurses, are presenting themselves and each other as heroes, villains or victims when it comes to interdisciplinary and managerial collaboration on quality work. Differences and similarities in translation are examined, as well as how the managers legitimate their translation into action. *Phase three* analyzes to what extent the idea of accreditation has become as an institution in the two hospital departments.

From the analysis it can be concluded, that the managers are telling epic stories as far as accreditation makes sense and when it does not, they are telling a sad and tragic story. They compensate for the tragedies by telling epic stories about conquers and quests when they translate accreditation into their own words and academic discipline. If that does not work either, they by-pass the rules of regulation and concentrate on their clinical practice: The nurses regretting that they cannot follow the rules and the physicians are as a whole still presenting themselves as heroes despite breaking or bending the rules.

When it comes to interdisciplinary and managerial collaboration on quality work, the nurses present the physicians as villains due to their lack of participation and presence. Contrary, the physicians are proclaiming the nurses as heroes due to their skills in implementing accreditation in the department. This point is especially significant at the lowest managerial level in the departments examined and one can say that these counter-stories make managerial collaboration troublesome. It is difficult to become a hero if the part is already occupied by the nurses, but it could also be of convenience performing a role as the one and only, who is able to save patient lives in the chaos of documentation demands. On the other hand, it could also be of some sort of convenience for the nurses not letting the physicians into the managerial office – they can keep control.

Finally, the thesis concludes that it might be difficult to close the “knowing-doing-gap” concerning best practice of equal patient treatment, because of a lack of dialogue between middle managers and their superiors, when accreditation does not make sense in the local departments. This lack has implications for managerial practice, because it forces middle managers in hospital departments to decide on their own how to prioritize what is important in order to fulfil the accreditation standards and it is doubtful that they will make equal prioritizations.

Kapiteloversigt

Kapitel 1 et indledende kapitel og indeholder problemfelt, problemformulering med underspørgsmål, og afklaring af centrale begreber. Derefter afgrænses det empiriske felt.

Kapitel 2 indeholder vores overvejelser om teorivalg og præsenterer Czarniawska og Joerges teori om, hvordan organisationer forandres på baggrund af idéers rejse i et organisatorisk felt. Derefter følger en præsentation af narrativ teori og begreber, herunder Gabriels genrestrategi og poetiske troper. Til slut præsenteres Vaara's teori om legitimitetsstrategier.

Kapitel 3 redegør for anvendte metoder i afhandlingen og metodeovervejelser.

Kapitel 4 indeholder analysestrategien og tre delanalyser: 1) objektiveringsfasen, 2) oversættelse til handling i lokal praksis, 3) institutionaliseringsfasen. Vi undersøger i alle tre analyser, hvilke legitimeringsstrategier lederne anvender.

Kapitel 5 indeholder refleksioner over den valgte teori i opgaven.

Kapitel 6 indeholder en konklusion ud fra analyseresultaterne, holdt op mod problemformuleringen.

Herefter følger referencer og bilag.

Kapitel 1

Dette kapitel er et indledende kapitel og indeholder problemfelt, problemformulering med underspørgsmål, og afklaring af centrale begreber. Derefter afgrænses det empiriske felt.

Indledning

De seneste to årtier er det politiske fokus på regulering af kvalitet i sundhedsvæsenet tiltaget i styrke og reguleringen skærpes. Tidligere understøttedes kvalitetsudvikling ud fra de sundhedsprofessionelles egne præmisser, hvor det nu pålægges ledelserne og de sundhedsprofessionelle at efterleve fælles standarder og sikre gennemskuelighed. Eksempler på central regulering af kvalitet er akkreditering med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (IKAS 2009), NIP (National Indikator Projekt), Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, Sundhedsstyrelses stjernesystem, hjerte- og kræftpakker. Det er interessant at evidens for, at reguleringstiltagene virker, i forhold til bedre kvalitet for patienterne, er ikke eksisterende eller i bedste fald begrænset (KREVI, notat juni 2009, Knudsen 2008: 100). Kvalitet er sundhedsvæsenets og derfor også ledelsens væsentligste legitimeringsfaktor (Bendix 2008: 206). Der er et modsætningsforhold mellem, at mellemlederne på hospitalsafdelingerne ihærdigt smøger ærmerne op og seriøst går ind i kvalitetsarbejdet samtidig med, at moderne ledelse handler om værdier, uddelegering og inddragelse, der ikke umiddelbart hænger sammen med en statslig top-down styring. Det bliver en ledelsesopgave, der kræver en fin balancekunst mellem at være tro mod eksternt definerede krav og samtidig give plads til, at disse krav oversættes, så de giver mening lokalt i den enkelte afdeling.

Formålet med denne afhandling er derfor at undersøge, hvordan mellemledere i sygehusvæsenet skaber mening med regulering af kvalitet på trods af, at standarder for kvalitet er centralt bestemt og at der er manglende beviser for, at indsats og ressourcer står mål med udbyttet. Gennem mellemlederes ledelsesfortællinger på to medicinske afdelinger ønsker vi at tilvejebringe ny viden om, hvordan de oversætter idéen om akkreditering, så den skaber mening for dem selv og deres medarbejdere og dermed fører til handling i form af implementeringen af akkrediteringskravene. Desuden undersøges, hvordan lederne legitimerer deres oversættelse i forhold til omgivelserne og dem selv.

Problemfelt

Hood (1995) beskriver, at i kølvandet af New Public Management-strategier (NPM), som gør sit indtog i den offentlige sektor i 1980'erne, kommer der øget politisk fokus på at inddrage elementer fra den private sektor i den offentlige sektor og sygehusvæsenet er ingen undtagelse. NPM-strategier kan være privatisering, økonomisk incitamentstyring, kontraktstyring og forskellige managementstyringsmodeller som f.eks. balanced scorecard, benchmarking, samt akkreditering. Fremefter bruger vi i afhandlingen *akkreditering* som empirisk eksempel på et reguleringstiltag. NPM indebærer øget decentralisering med ansvar for budgetter uddelegeret til de enkelte hospitalsafdelinger og lokale ledere. Det betyder også øget fokus på konkurrence både mellem de offentlige hospitaler og mellem offentlige og private hospitaler, samt mere kontrol med de offentlige organisationers output ved at have forudbestemte indikatorer for måling af standard og performance. Formålet er at få en mere ensartet behandling af patienterne. Samtidig med øget decentralisering med uddelegering af ansvar til den enkelte organisation og dens ledere kommer der øget kontrol med disse ledere, der opadtil skal dokumentere, at de kan forvalte selvstændigheden (Andersen 2008).

Regulering af kvalitet kan ses som en sådan kontrol og overvågning af området. Dette kan forstås som et regulerende respons på manglende eller asymmetrisk information for patienter og sygehusejere vedrørende de kliniske serviceydelser på hospitalerne (Walshe 2003: 23) og kan defineres: "as sustained and focused control exercised by a public agency over activities which are valued by a community" (ibid: 20). Det er altså i offentlighedens interesse at kontrollere, hvordan det står til med kvaliteten på hospitalerne og det kan der være forskellige grunde til: 1) Økonomiske faktorer, f.eks. risiko for monopoldannelse i forhold til, hvem der udbyder hvad. 2) Sociale faktorer, f.eks. om der er lige adgang for alle og til information om serviceydelserne, så patienten kan træffe et informeret valg. Det kan også være for at gøre de sundhedsprofessionelle ansvarlige for deres handlinger og give regulator mulighed for at adressere performanceproblemer til rette aktør. 3) Samtidig kan det være af politiske årsager, fordi øget regulering relaterer sig til, at den direkte statslige kontrol er blevet mindre med NPM-strategierne (ibid: 22-31).

Kvalitet er hospitalets eneste reelle legitimitetsfaktor. Kvaliteten skal således legitimere indholdet i det kliniske arbejde, arbejdets organisering og de prioriteringer, der sker i kraft af de begrænsede ressourcer. Politikerne er den øverste ledelse af hospitalsvæsenet, samtidig er de

den enkelte patients eller patientgruppes talsmand og det kan være en svær balance. De fagprofessionelle og ledere i hospitalet kan have svært ved at tilsidesætte egne præferencer for at sikre kvaliteten. Diskussioner om kvalitet er præget af holdninger snarere end viden og med manglende bidrag for dem det handler om, patienterne (Bendix 2008: 194-195).

Baggrunden for reguleringen af kvaliteten i sundhedsvæsenet defineres af Sundhedsstyrelsen i fem temaer: Mindst mulig risiko for patientskade, høj professionel standard, høj patienttilfredshed, helhed i patientforløbet og effektiv ressource udnyttelse (Knudsen, Christensen og Hansen 2008: 31). Med DDKM vil man forsøge at leve op til i hvert fald de fire første temaer, mens det sidste tema giver anledning til debat: ”Danske Regioner ønsker en løbende dialog med regeringen om udviklingen i antallet af dokumentationskrav og omfanget af den statslige regulering af regionerne. Det er nødvendigt for at sikre en optimal ressourceudnyttelse i lyset af de begrænsede personaleressourcer” (ibid: 25). Der er således opmærksomhed på, at det kræver ressourcer at leve op til akkreditering og den nødvendige dokumentation. DDKM er en ”one fits all” model og dette kan blive et problem i forhold til de fagprofessionelle, hvor selve professionen og fagligheden er drivkraften i lysten til at udvikle. Derfor taler Walshe (2003) om responsiv regulering, hvor der er større mulighed for forskelligheder mellem de forskellige aktører.

Akkreditering er en politisk regulering af sundhedsvæsenet, hvor man forsøger at påvirke ledelserne og de sundhedsprofessionelles adfærd i retning af en forbedret kvalitet i sundhedsvæsenet (Knudsen, Christensen & Hansen 2008: 20). På vores kontorer rundt omkring i Regionerne ligger lige nu DDKM, og der er stor aktivitet på de forskellige afdelinger for at være klar til den kommende akkrediteringsproces. For nogens vedkommende er det første gang, andre har prøvet det mange gange før, da deres hospitaler har været akkrediteret med det amerikanske Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCI). Det er ingen hemmelighed, at spørgsmålet om akkreditering til stadighed møder kritik og skepsis fra de sundhedsprofessionelle. Lægerne oplever akkreditering som en kontrolforanstaltning og et angreb på deres faglige autonomi og både sygeplejerskerne og læger er bekymrede over ressourcerne, der er forbundet med de mange dokumentationskrav, som stjæler tid fra den direkte patientbehandling og pleje. Begge faggrupper er i tvivl om, i hvor høj grad akkreditering fører til en øget kvalitet, der står mål med de ressourcer, der anvendes i processen.

Regeringen er samtidig med indførelsen af DDKM i gang med et afbureaukratiseringsprojekt og dette har på mange virket selvmodsiggende. Nogen politiske partier ser den øgede regulering som et problem, f.eks. udtaler Villum Christensen fra Liberal Alliance: "... den offentlige sektor befinder sig i dag under et kæmpemæssigt bjerg af papirer, de offentlige ansatte kan næsten ikke få luft, og antallet af nye love, regler og kontrolkrav stiger hver eneste dag" (Christensen, Berlingske Tidende 30. august 2010). Christensen udtaler ligeledes, at papirbunkerne skal afløses af ansvarlige ledere i det offentlige, der har styr på, hvad de ansatte laver, og ved kompetent ledelse undgå fejl og skandaler – ikke ved at gemme sig bag regler, kontrol og bevidstløst at sætte flueben som var det en kerneydelse i sig selv. Juhl (2007) mener at, regulering af kvalitet skal medvirke til at bygge bro over det "knowing-doing-gap", som var et fund i en analyse af sundhedsvæsenet i 2007, hvor det blev konstateret, at der var stor træghed i forhold til at lære af hinanden i sundhedsvæsenet. I rapporten konstateres yderligere, at innovation ofte synes at opstå på grund af ydre pres og at offentliggørelse af kvalitetsdata kan være kilde til konkurrence. Akkreditering og styring via incitament udpeges som konkrete værktøjer til at minimere gabet (Knudsen, Christensen & Hansen 2008: 25).

Hvordan kan man være en ansvarlig offentlig ledere, når man på den ene side skal forsøge at opnå legitimitet i forhold til alle de forventninger omgivelserne har, og samtidig skal være effektiv i forhold til sin kerneaktivitet? Peter Kjær (2002) skriver, når man tilpasser sig omgivelsernes krav, betyder det bare, at man er beskyttet mod kritik og sanktioner, ikke at man nødvendigvis er mere effektiv. For at undgå ineffektivitet, konflikt og på længere sigt tab af legitimitet, adskiller man formel struktur og aktivitet, man "dekobler". Det betyder, at man forsøger at undgå de formelle strukturer, der kan få konsekvenser for organisationens kerneaktivitet.

Der bliver således kaldt på ledelse fra alle verdenshjørner i forhold til at skabe mening med "galskaben", for som Jackson og Parry (2008) beskriver, så ses ledelse i vid udstrækning som løsningen på alle slags problemer i vores samtid og "the hunger and quest for leadership knowledge appears to be insatiable" (ibid: 9). Den institutionelle forklaring på hungeren efter ledelse, betoner betydningen af det pres, der udøves på den enkelte organisation til at efterligne andre for at bevare troværdigheden. Med andre ord, når andre har ledelse som overskrift, må vi også hellere have det. Den sociologiske forklaring fremhæver den rolle, som ledelse

kan spille for legitimering af autoritet, magt og privilegier. Ledelse bliver et socialt accepteret middel til at retfærdiggøre tingenes tilstand (ibid 2008).

I vores førsteårsopgave på MHM-studiet (Pedersen, Jeppesen, Thering 2009) indsamlede vi empiri om samarbejdet i afsnitsledelser på to hospitaler og identificerede fortolkninger af lederroller hos disse basis-managers, som Mintzberg (2009) kalder dem. En pointe fra denne ledelsesanalyse er, at afsnitslederne er enige om, hvilke ledelsesopgaver der er vigtige, men at afdelingssygeplejersker og afsnitsansvarlige overlæger oplever forskellige vilkår for deres ledelsesarbejde. I forhold til afdelingssygeplejerskernes ledelsestid på næsten 100 %, begrænses overlægernes mulighed for ledelsesarbejdet i væsentlig grad af, at 60-100 % af deres tid bruges i patientarbejdet. Disse basis-managers er ledere af maskinrummet i sygehusvæsenet og ses som meget vigtige aktører i den daglige drift og produktion. Dette blev slået fast ved et "kick off møde" på et områdehospital i Region Hovedstaden i forbindelse med den forestående akkrediteringsproces, hvor kvalitetschefen siger, at afdelings- og i særdeleshed afsnitsledere, kaldes til møde, for det er dem, der skal føre implementeringen ud i livet (Kick off møde 15.09.10, Områdehospitalet).

I denne afhandling anser vi regulering af kvalitet som en top-down proces, der kan opfattes som en socialt konstrueret proces, der finder sted inden for nogle givne rammer, og hvor den ønskede effekt afhænger af samspillet mellem regulator og aktør (Knudsen, Christensen & Hansen 2008: side 30). Om kvaliteten forbedres vil uden tvivl afhænge af om standarderne og om selve processen bliver opfattet som meningsfulde af lederne og de sundhedsprofessionelle. Mennesker er meningsskabende væsner, der hele tiden arbejder på at skabe mening i tilværelsen. I det narrative perspektiv, opnår vi viden om os selv og verden ved at historiegøre begivenheder og hændelser. Vi skaber mening for at kunne handle (Schnoor 2009: 22).

Trods tvivlen og de delte meninger er regulering i form af akkreditering en indiskutabel del af mellemlidernes hverdag i det danske sundhedsvæsen. De skal få det til at give mening – for sig selv og ikke mindst for deres medarbejdere. De skal således oversætte idéen om akkreditering, så medarbejderne kan se meningen og handle på de mange vejledninger, instrukser og politikker (VIP). Vi vil gerne undersøge, hvilke fortællinger lederne fortæller om akkreditering i to hospitalsafdelinger og hvordan de legitimerer oversættelsen af akkreditering i deres fortællinger.

Problemformulering

Hvordan oversætter og skaber mellemledere på to hospitalsafdelinger mening med regulering af kvalitet gennem fortællinger og hvorledes legitimerer de oversættelserne?

Undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvilke begivenheder, karakterer, genrer og troper fremkommer i ledernes fortællinger, når de oversætter for at give idéen om akkreditering mening?
2. Hvilke legitimitetsstrategier anvendes i de forskellige oversættelsesfaser?

Afklaring af centrale begreber

Oversætter: Det mellemlederne siger og gør for at få gjort top-down beslutninger til forståelige handlinger i praksis.

Mellemledere: Afdelingsledelser, ledende overlæge og ledende oversygeplejerske og afsnitsledelser, afdelingssygeplejerske og afsnitsansvarlig overlæge.

Regulering: Regulering forstås som en bevidst og systematisk påvirkning, der er initieret af en offentlig instans, med det formål at påvirke en nærmere bestemt gruppe af individers eller organisationers adfærd, fordi det anses for at være værdifuldt for samfundet (Knudsen, Christensen & Hansen 2008: 30).

Skabe mening gennem fortælling: Fortællinger repræsenterer en særlig kommunikationsform og en måde at forstå på. Det er gennem vores interaktion med fortællingerne, at vi skaber mening med både fortidige og fremtidige handlinger og at denne antagelse kan bruges til at vise, hvordan mennesker eller organisationer via deres fortællerrelationer indordner sig eller afviger fra de generelle billeder og forståelser, vi har af f.eks. den offentlige sektor (Pedersen 2005).

Legitimitet: Troværdigt, accepteret og i overensstemmelse med gældende regler.

Afgrænsning af det empiriske felt

Vores empiri er ledelsesfortællinger fra to afdelinger på samme områdehospital i Region Hovedstaden, som herefter benævnes *Områdehospitalet* af hensyn til vores otte interviewpersonernes anonymitet. Desuden bruges skriftligt materiale fra Region Hovedstaden og Områdehospitalet vedrørende deres kvalitetspolitikker, -handlingsplaner og -strategier.

Beskrivelse af de to afdelinger:

Alpha – afdelingen

Afdeling Alpha er en akut medicinsk afdeling på et områdehospital i Region Hovedstaden. Afdelingen har både akutte og planlagte patientbehandlinger. Afdelingen har 22 senge, der årligt har ca. 3000 udskrivninger og et ambulatorium med ca. 7000 konsultationer årligt. Nuværende ledelse har fungeret en del år og består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske med to afsnitsledelser under sig, der hver består af en afdelingssygeplejerske og en afsnitsansvarlig overlæge. Afdelingen har ca. 120 ansatte.

Beta – afdelingen

Afdeling Beta er en akut medicinsk afdeling på et områdehospital i Region Hovedstaden. Patienter, der kommer til behandling i afdelingen, er selvhenvendere, visiterede patienter og patienter til kontrol. Afdelingen behandler ca. 143.000 patienter årligt. Nuværende ledelse har sammen fungeret under ét år og består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske med to afsnitsledelser under sig, hvor den ene består af en afdelingssygeplejerske og en ny afsnitsansvarlig overlæge og den anden af to afdelingssygeplejersker og en ny afsnitsansvarlig overlæge. De sygeplejefaglige ledere har været i afdelingen i mange år. Afdelingen har ca. 120 ansatte.

Kapitel 2

Dette kapitel indeholder vores overvejelser om teorivalg og præsenterer Czarniawska og Joerges teori om, hvordan organisationer forandres på baggrund af idéers rejse i et organisatorisk felt. Derefter følger en præsentation af narrativ teori og begreber, herunder Gabriels genrestrategi og poetiske troper. Til slut præsenteres Vaara's teori om legitimitetsstrategier.

Teoriafsnit

Overvejelser om teorivalg

Vi har valgt teorien om oversættelse af Czarniawska og Joerges (1996), fordi den kan give en overordnet forståelse af, hvordan idéer generelt har mulighed for at rejse hen i andre organisationssammenhænge end dér, hvor idéen opstod i første omgang og skabe forandring, der hvor den kommer frem. Samtidig arbejder Czarniawska og Joerges med et institutionelt perspektiv på organisationsforandringer, hvilket hænger godt sammen med vores valgte organisatoriske felt, idet sygehusvæsenet er en institution. Teorien om oversættelse af idéer til handlinger er imidlertid ikke særlig konkret i forhold til, hvordan f.eks. ledere i sygehusvæsenet oversætter idéerne, så de giver mening i deres egen kontekst.

Vi vælger derfor også en narrativ teoretisk tilgang ved hjælp af genrestrategien (Gabriel 2000). Det giver mulighed for at se på, hvordan lederne i vores undersøgelse skaber mening for dem selv og andre gennem deres fortællinger om regulering af kvalitet via akkreditering, når de oversætter til handling i deres afdelinger. På dansk har vi kun et ord for fortælling – nemlig fortælling. Vi kunne vælge at bruge en fordansket udgave af ”narrative” for at imødekomme eventuel begrebsforvirring. Vi har imidlertid valgt at bruge de danske ord ”fortælling” og ”historie” og der skelnes ikke mellem dem i denne afhandling. De bruges synonymt som analytisk begreb i analysen i forståelsen af, at fokus er på fortællingens/historiens opbygning med en begyndelse, en midte og en slutning. Et fortællingsforløb der formes af begivenhedernes gang og plottet i det.

Som nævnt i problemfeltet er kvalitet sundhedsvæsenets væsentligste legitimeringsfaktor og derfor også ledernes på de enkelte afdelinger. Eero Vaara (2006) tilbyder et teoretisk perspek-

tiv på, hvordan vi kan se, hvilke legitimitetsstrategier lederne i vores undersøgelse anvender for at legitimere deres oversættelse af idéen akkreditering til deres egen hverdag på afdelingerne.

Vi ønsker således at flette tre teoretiske tilgange for at følge, hvordan ledere på to hospitalsafdelinger skaber mening med regulering af kvalitet gennem fortællinger, så det kan oversættes til handlinger, samt legitimere disse handlinger.

Teori om oversættelse

I dette afsnit præsenteres Czarniawska og Joerges (1996) teori om, hvordan organisationer kan forandres på baggrund af idéers rejser i et organisatorisk felt. Vi præsenterer Czarniawska og Joerges oversættelsesmodel, der beskriver, hvordan idéer bliver oversat og rejser ind i organisationer, hvordan de igen oversættes til handling i lokal praksis i forhold til den enkelte virksomhed og ned på afdelingsniveau, og måske ender med at blive institutionaliseret.

Oversættelse af idéer

Forandringer sker kun, hvis noget bevæger sig og er synligt, og forandringer medvirker til at synliggøre den sociale orden i en organisation. Det betyder, at i perioder med stabilitet tager medarbejderne virkeligheden for givet og de har svært ved at afsløre og dele deres opfattelse af virkeligheden med andre. I perioder med forandring derimod, kasseres gamle praksisser og nye konstrueres, som inviterer til at sætte spørgsmålstegn ved den tidligere sociale orden (Czarniawska og Sevón 1996: 1). Forandringer i organisationer kan forklares gennem de oversættelsesprocesser der foregår, når idéer oversættes til handling i lokal praksis. Oversættelse er med til at skabe mening og derved ændres idéens tidligere indhold.

I Czarniawska og Joerges (1996: 24) forståelse er oversættelse ikke blot at forstå et givent forhold. I stedet menes, at der sker glidning, forskydning, påfund, formidling og skabelse af nye bindeled, som ikke eksisterede før og som til dels omformer og ændrer de implicerede agenter. Agenterne kan f.eks. være akkrediteringskonceptet og de ledere, som skal skabe mening med akkrediteringen i deres lokale kontekst. Oversættelsen indebærer, at dels ændres indholdet af idéen eller konceptet gennem gentagende tolkninger, og dels ændrer agenterne

deres forestilling om, hvordan der kan og skal ske ændringer i praksis. Idé - begrebet er centralt i oversættelsesmodel, og gennemgås herunder.

Idé-begrebet

Idéer er mentale visioner, der kommer til live i form af billeder eller lyde og kan materialiseres gennem ting eller handlinger. En mængde idéer cirkulerer kontinuerligt mellem forskellige organisationsfelter, og først når nogen giver dem opmærksomhed, har de mulighed for at tage fast form, de bliver objektiveret, objektet er en materialisering af idéen. F.eks. cirkulerer en masse idéer om kvalitetsudvikling, en af dem er blevet materialiseret som akkreditering. Opmærksomheden på en idé er ikke tilfældig. Idéen skal relatere sig til noget, som vi gennem erfaring allerede har kategoriseret, for at vi bemærker den. Samtidig sker valg af idé også altid i specifik fysisk, psykisk og social kontekst, som giver idéen potentiale. Det sidste viser, at den institutionelle kontekst er af betydning, den gør nogle forhold mere fremtrædende og vil derfor også kunne sætte begrænsninger for oversættelse af idéen. Nogle idéer bliver fremherskende, bliver på mode. Hvis idéen ydermere relaterer sig til problemstillinger som er i fokus "lige for tiden", har den større chance for at blive opdaget. Der kan være to grunde til at en idé bliver opdaget: Et problem mangler en løsning eller løsningen på et problem mangler legitimitet (Czarniawska og Joerges 1996: 20 – 32).

Objektivering af idéer

En udvalgt idé må antage en eller anden form, for at den kan forstås af mere end en person. Den må objektiveres og materialisere sig i en form for genstand, man kan forholde sig til, som f.eks. akkreditering. Idéer i objektiveret form er på den måde kommunikerede forestillinger mellem flere individer og en kollektiv proces, der ejes af en gruppe ikke af enkeltpersoner. Netop i kraft af idéernes kollektive karakter, bliver det muligt at opfatte dem som ting og finde ud af om de kan genkendes som det samme eller noget, der er anderledes. Det er altså en fælles institutionel referenceramme, der gør objektiveringen mulig.

Efterhånden som en idé tager mere form som et objekt, tager oversættelsen fart. Idé-bærere er agenter, der overfører begreber mellem sektorer, lande eller organisationer, men som ikke selv er praktikere, der skal anvende idéen eller konceptet i en daglig praksis. Idéen kan blive et modefænomen, som har et særligt paradoks indbygget i sig, da moden på den ene side begrænses af de institutionelle rammer og på den anden side forpligter sig til undergrave eksiste-

rende rammer. Det giver ledere særlige betingelser, fordi de ser det som deres pligt at følge moden for at holde deres organisation i fremdrift, samtidig med at det også er deres pligt at beskytte organisationen mod ”døgnfluer”. De skal med andre ord på én og samme tid både være interesserede i idéen og holde distance til den. I en organisatorisk kontekst hjælper modfænomener med til at få orden på alle de variationer af muligheder, som dukker op, og at kunne vælge til og fra kræver institutionel status (Czarniawska og Joerges 1996: 32 – 38).

Oversættelse til handling på lokalt plan

En objektiveret idé alene fører ikke til forandring, idéen skal også medføre en handling. For at den objektiverede idé kan oversættes til handling på lokalt plan, må den indeholde en forestilling om, at der skal handles for at realisere den, samt en forestilling om, hvordan den kan realiseres. JCI's akkrediteringsmodel kræver for eksempel, at virksomheden lever op til standarderne på lokalt plan, de skal indeholde anvisninger på handling. Handlingen afhænger af, hvordan anvisningerne forstås og hvilken mening organisationen tillægger dem gennem oversættelse. I det øjeblik ord bliver til handling, har idéen endeligt materialiseret sig. Der skal mere end én idé til at opnå handling, og idéer har tendens til at producere flere idéer, der rejser med og bliver en del af den idé-masse, som oversættes til handling.

Det er ikke alle idéer og deres tilknyttede handlinger der fører til det forventede resultat. Årsagen er, at idéer, der egentligt ikke var tænkt som en del af processen, får indflydelse på det, der reelt sker. Erfaringen viser, at de fleste organisatoriske forandringer er et resultat af en sideeffekt af perifere idéer, der kræver deres plads. Forandringer implementeres derfor sjældent som planlagt. De reelle forandringer vil mere være et udtryk for, at forandringerne har trukket organisationen i en bestemt retning (Czarniawska og Joerges 1996: 40 – 46).

Institutionalisering

Når der sker en vellykket oversættelse, der fører til meningsfulde handlinger, sker der en institutionalisering af idéerne. Når noget bliver institutionaliseret kan det defineres som en samling af stabile regler og roller og et tilsvarende sæt af meninger og fortolkninger. Der beskrives en skandinavisk institutionalisme, som er en blødere udgave af ny-institutionalisme, hvor stabilitet og forandring kan være til stede samtidig. Czarniawska og Joerges (1996) mener ikke, at organisationer bliver mere ensartede, isomorfe, men at de som udgangspunkt reagerer forskelligt på den samme idé f.eks. regulering af kvalitet, fordi idéen oversættes i den enkelte

organisations helt specifikke kontekst. Forskellen er således, at der kan være variation mellem organisationernes respons på den samme påvirkning, hvilket er i modsætning til en ny-institutionel forståelse af, at forandringer fører til isomorfisme.

Narrativ teori og begreber

Som konsekvens af en generel interesse for at undersøge og diskutere menneskelig forståelse ud fra sproglige analyser frem for analyser af adfærd, har fortællinger siden 1980'erne fået en større plads i samfundsvidenskabelig forskning. Fortællinger repræsenterer en særlig kommunikationsform og måde at forstå på. Det er gennem vores interaktion med fortællingerne, at vi skaber mening med både fortidige og fremtidige handlinger og at denne antagelse kan bruges til at vise, hvordan mennesker eller organisationer via deres fortællerrelationer indordner sig eller afviger fra de generelle billeder og forståelser, vi har af f.eks. den offentlige sektor (Pedersen 2005).

Jerome Bruner (2009: 13) argumenterer for, at vi ikke bør afskrive den magt, fortællingen har til at forme hverdagens erfaringer, idet fortællingen giver tingene form i den virkelige verden og fælles historier skaber et fortolkningsfællesskab. Han argumenterer videre, at menneskets evne til at omsætte individuelle erfaringer til det kollektive liv skyldes vores evne til at organisere og kommunikere i narrativ form – vi får en fælles 'møntfod', som er af stor betydning for at fremme kulturel sammenhæng – men også for udformningen af lovgivning og regler (ibid: 22). Det overraskende ved fortællinger er, at selv om de er meget specifikke og lokale, så har de stor rækkevidde (ibid: 45).

Forskellige strategier til at studere narrativer

Fortællinger kan defineres ved, at de har fortællere, der har intentioner med at fortælle deres historie, andre fremstår som fragmenterede fortællingsdele, mens andre igen er litterære slutprodukter med plots og ordnede begivenheder. Der er således ikke én enkel narrativ tilgang, som dækker alle narrative studier i samfundsvidenskaben. Den autentiske strategi definerer en fortælling ud fra fortællingens form, indhold og fortællerens interaktion og undersøger, hvordan menneskets livsforståelse sker via livsfortællinger. Den polyfoniske strategi har fokus på fortællingsfragmenter, fortællingens flerstemmighed og undersøger, hvordan meningskabelse påvirkes af hverdagens kontekst og fortællinger. Den strukturelle strategi har fokus på ordnin-

gen i fortællingen via fortællingens begivenheder, plottene, som binder dem sammen, samt de karakterer, som fremstilles i fortællingerne og undersøger, hvordan der skabes mening via symbolske og mytiske fortællinger (Pedersen 2005). Det er her vi finder helte, skurke, fjolser og den evige romantiker i organisationsfortællinger.

Engelsksproget forskning skelner mellem ”narrative” og ”story”, hvor ”story” er betegnelsen for slutproduktet. ”Narrative” er derimod betegnelsen for en fortællemæssig opbygning (Borum & Pedersen 2008: 80). Fortælling er således ikke bare en populærbetegnelse, men kan defineres ved f.eks. en litterær tilgang efter fortællingens begivenheder og dens plotstruktur eller en performativ tilgang med fokus på, hvordan fortællingerne interagerer (ibid: 80).

Vi har valgt en litterær tilgang og den strukturelle strategi for vores afhandling og den fremstilles i nedenstående ved hjælp af Yiannis Gabriels (2000) genrestrategi.

Genrestrategien

Yiannis Gabriel (2000: 36) er organisationsforsker og undersøger, hvordan begivenheder bliver til fortællinger. Fortolkning er kernen i arbejdet med fortællinger, hvilket Gabriel beskriver, at mange forskere har arbejdet med. Mindre undersøgt er, hvordan der genereres mening og hvordan disse meningsskabende mekanismer kan trækkes ud. Ifølge Gabriel bidrager genrestrategien til at rette op på dette forhold og hans interesse er at undersøge, hvordan særlige former for fortællinger udgør en væsentlig del af de fortællingstyper, der forekommer i organisationer.

Ifølge Gabriel (2000: 60) er alle fortællinger ikke ’rigtige’ fortællinger. Gabriel argumenterer, at **proto-fortællinger** indeholder kim til en fortælling, men mangler forestillinger og narrativ kompleksitet, der gør dem til rigtige fortællinger. **Reports** indeholder en beskrivelse af begivenheden, som omfatter faktuel akkuratess og har ingen narrativ effekt. Den rigtige **fortælling** finder primært sin plads i et temmelig smalt interval af typer – ofte gennem fortællingens følelsesmæssige klangbund og fortælleren er optaget af fakta som erfaring – ikke som information. Fortællinger i Gabriels forståelse udfordrer ikke fakta, men skaber forbindelse til meningen med informationen ved at frigøre sig fra fakta (ibid: 31).

Gabriel (2000) definerer en fortælling via dens ordning af begivenheder, der giver et særligt plot og strukturerer fortællinger efter fire arketyperiske fortællingsgenrer, der samtidig fremstiller hovedpersonen og/eller andre i fortællingen med bestemte karakterer. Det vil således kunne undersøges, hvordan f.eks. ledere i en organisation beskriver sig selv gennem begivenheder i romancer, heltehistorier, tragedier eller komedier, hvor der optræder helte, skurke og tragiske figurer. Det giver mulighed for at iagttage, hvordan nogle organisationsfortællinger krystalliserer sig omkring særlige fortolkninger og har fået et magtfuldt greb om enten en gruppe eller en organisation (ibid: 42). Gabriels tilgang er, at organisationsforskeren er en medrejsende, som søger at udfolde fortællingen, berige den og i sidste ende frigøre dens kvaliteter. Gabriel argumenter videre, at modsat eventyrfortællinger er organisationsfortællingers primære formål ikke underholdningsværdien, men søger at uddanne, overtale, advare, berolige, retfærdiggøre, forklare og trøste (ibid: 32). Med andre ord knyttes fortællingerne til meningsskabende relationer i organisationen, hvor fortællinger med et folkloristisk element, som vi kan genkende via vores kultur og historie, indskrives i særlige fortællestrukturer.

Gabriels definitioner i den strukturelle genrestrategi kan samles i nedenstående:

Definition af fortælling	Fortællingens sociale funktion	Fortællingens funktion	Analysens genstand/metode	Iagttagelsesposition
Fokus på ordning af fortællingen via fortællingens plot	At bidrage til en særlig viden om fortællingens sociale funktion og påvirkning	Undersøge, hvordan meningsskabelse sker via symbolske og mytiske universer/fortællinger	Analyse af fortællingens karakterer, begivenheder og plot	Mytefortællinger: f.eks. romancer, tragedier etc.

(Pedersen 2005)

Gabriel (2000) beskriver således forskellige fortællingsgenrer, som en organisationshistorie fortolkningsmæssigt kan struktureres efter: Den komiske, den tragiske, den episke (heltefortællingen) og den romantiske fortælling. Klassifikationen gør det muligt at analysere, i hvilket særligt lys hovedpersonen fremstilles. Fremstillingen sker ved hjælp af bestemte poetiske metaforer og ved den respons, som fortællingen fremkalder hos publikum.

Den komiske fortælling

Den komiske fortælling har nogle basiselementer, som i mest simpel form indeholder en hovedperson, som er offer og en ubehagelig situation, der er et selvforskyldt uheld. Det komiske kan sammenfattes i ordsproget ”næst efter egen succes er andres ulykke ikke at foragte”. Vi kan med andre ord finde et vist behag ved at stå på andres skuldre og glemme vores egne små

og store uheld ved at grine af de andre, når de er uheldige eller mislykkes med noget. I den komiske fortælling ses hovedpersonen som offer for selvforskyldte uheldige begivenheder og har opblæste, overmodige og pralende karaktertræk, der inviterer til gengældelse. Plottet i sådan en fortælling er den selvforskyldt ulykke på baggrund af misforståelser, uheld og fejl. På den måde er hovedpersonen agent, om end uforvarende og offer på samme tid. (Gabriel 2000: 61).

Den tragiske fortælling

I den tragiske fortælling er hovedpersonen et uskyldigt offer og er således som i den komiske fortælling også et offer. De to fortællinger adskiller sig imidlertid ved, at størrelsen af ulykken synes at bestemme, om der er tale om komik eller tragedie. Der kan jokes med små ridser i lakken af ens ego, men ikke hvis der er tale om død og ødelæggelse – det er ikke noget man laver sjov med. Endnu vigtigere end størrelsen på ulykken er, at tragedien sjældent har elementet af ”én over næsen” til hovedpersonen, som i den komiske fortælling eller ”at ofre sig” som i heltefortællingen. Den tragiske fortælling forudsætter derimod smertefulde traumer, chok og desillusionering og de grundlæggende elementer er smerte, frygt, vrede, skyld og skam og at verden er uretfærdig og ond. Karaktererne er enten ædle og anstændige ofre eller onde og luskede skurke. Plottet i en tragisk fortælling er den uforskyldte ulykke, som fortælleren selv er en del af på baggrund af uretfærdige begivenheder (Gabriel 2000: 69-72). En variant af den tragiske fortælling er den tragisk-komiske, som tragedier ind i mellem ændrer sig til, som tiden går. Det er humoristiske fortællinger, hvor hovedpersonen nægter at overgive sig til offerrollen og fortvivlelse. I stedet improviseres en vittighed, der kan lysne den ulykkelige situation – lige som det i mange tilfælde sker med f.eks. soldaterhistorier, der hyldes ind i munter nostalgi. Plottet i denne form for fortælling er ulykken, som er både selvforskyldt og uforskyldt og på en og samme tid fører til komiske forviklinger og tragiske resultater (ibid: 73).

Den episke fortælling/heltefortællingen

I episke fortællinger er hovedpersonerne helte og fortællingerne handler om vundne kampe og stridigheder. Modsat den komiske og tragiske fortællinger, hvor hovedpersonen er offer, er fokus i heltefortællingen nobel og heltedigt handling, hvor helten overvinder udfordringer, løser kriser og kan sige ”missionen gennemført” ved hjælp af store bedrifter, stort mod, styrke eller klogskab. Karaktererne er loyale, modige og kloge. Det er fortællinger, som skaber stolt-

hed og beundring på baggrund af begivenheder, hvor heltene redder andre – og derfor også det modsatte, misundelse og usikkerhed, alt efter hvilket individ eller organisation, der er lig med fortællingens helt. Heltefortællinger i organisationer ophøjes ind i mellem til fælles mytologier, som forstærker kulturen gennem de ansattes heltehistorier om, hvordan de overvinde skurke, slås, ofrer sig og har stort mod. Heltefortællingen mangler komediens og tragediens kompleksitet og plottet drejer om én akse, sejr og nederlag, der bestemmes af den styrke, som helten besidder. At vinde ved held eller snyd er ikke en sejr (Gabriel 2000: 73-77).

Den romantiske fortælling

Den romantiske fortælling forekommer ikke så tit i organisationer som de ovenstående tre genre. Alligevel er den interessant, fordi Gabriel (2000) i sin undersøgelse finder nogle organisationsfortællinger, som ikke indeholder nogen former for konfliktmateriale, kriser eller personer, der er uheldige. Det er fortællinger, hvor tonen er blid og sentimental grænsende til det selvmedlidende, men uden en indbygget frygt, som i tragedien. Karaktererne er taknemmelige, omsorgsfulde, kærlige og sårbare. Plottet i denne genre er kærlighed, tegn på kærlighed, taknemmelighed og værdsættelse på baggrund af begivenheder, hvor karakterernes skæbne afhænger af opnåelsen af kærlighed. Romantiske fortællinger genererer følelser, som beskytter og reparerer (ibid: 80-83).

Poetiske troper

Gabriel (2000: 36) påpeger, at fortællinger involverer omsætning af hverdagserfaring til meningsfulde historier, hvor fortælleren hverken accepterer eller afviser virkeligheden. At fortælle er i sig selv meningsskabende. Der er dog nogle særlige elementer, der bidrager til meningsskabelse, hvor fortælleren modellerer, former og indgyder mening til det, som sker, gennem 8 poetiske troper:

1. **motiv** – mest typisk er motiv til at genere, skade, modsætte sig eller frustrere, men kan også være et godt motiv.
2. **årsagsforbindelser** – hvor to eller flere led i fortællinger forbindes som årsag-effekt.
3. **ansvarlighed** – især via bebrejdelse og anerkendelse bestemmes individet som enten offer, skurk eller helt. Giver fortælleren mulighed for at bestemme, hvad der er rigtigt og forkert – en moralsk ansvarlighed.
4. **enhed** – fortælleren behandler en samling af personer som én enhed – f.eks. *dem og os*.

5. **fastsatte kvaliteter** – især i forhold til modsætningsforhold (opposition) og hører sammen med generaliseringer af f.eks. dem og os. Hænger også sammen med udsagn, der f.eks. sidestiller modig med helt – kujonen med skurken osv.
6. **følelser** – her skal man skelne mellem de følelser, som karaktererne får tildelt i fortællingen og så de følelser som selve fortællingen fremkalder.
7. **handling** – hvad opfatter fortælleren, at begivenheden repræsenterer? Hvorfor skete det og det? Var det gengældelse og med vilje eller var det hele bare et tilfælde? Er karaktererne gode eller dårlige personer?
8. **begivenheden er styret af forsynet/højere magter** – er især en vigtig metafor i tragedier.

Genrestrategien sammenfattes i nedenstående skema.

	Genrer			
Karakteristika	Den komiske fortælling	Den tragiske fortælling	Den episke/helte fortællingen	Den romantiske fortælling
Hovedperson	Offer, fjols (selvforskyldt).	Det uskyldige offer for skæbnen.	Helten	Den elskende
Karaktertræk ved hovedpersonen	Hoven, pralende, nærig, grådig, grusom, overmodig, umoden - karaktertræk der inviterer til gengældelse.	<u>Offer</u> : ædel, god, anstændig, værdig. <u>Skurk</u> : ond, lusket, upålidelig.	Heroisk karakter, modig, loyal, beslutsom, klog, handler i svære situationer/store udfordringer.	Taknemlighed, omsorg, kærlighed, sårbarhed, patetisk.
Plotfokus	Ulykke, uheld.	Uforskyldt ulykke, traume.	Opnåede resultater og succes.	Kærlighed overvinder alt.
Typiske begivenheder	Uheld, fejl, eller misforståelser, kommunikationsbrist, noget uventet.	Uretfærdigheder, fornærmelser og traumer på hovedpersonen eller ofre.	Hovedpersonens modige handlinger, der redder andre.	Skæbnen afhænger af kærlighed.
Troper som bidrager til at skabe mening	1. Styret af forsynet. 2. Enhed. 3. Handling før uheld. (nægtelse af at have medvirket til det, som førte til ulykken). 4. Fastsatte kvaliteter	1. Ond skæbne. 2. Ansvarlighed (skurken bebrejdes). 3. Enhed. 4. Motiv (skurkens).	1. Handling. 2. Motiv. 3. Ansvarlighed (anerkendelse eller bebrejdelse) 4. Fastsatte kvaliteter (ære, uselvisk, nobelhed).	1. Følelser (omsorg og kærlighed). 2. Motiv. 3. Ansvarlighed (anerkendelse eller bebrejdelse).
Følelser der vækkes hos tilhørerne	Latter, morskab, hån, foragt.	Medfølelse, sorg. Tilhørerne forventes at udvise medhold og sympati med hovedpersonen.	Beundring hos tilhørerne, og stolthed hos hovedpersonen.	Kærlighed, ømhed, taknemlighed, sårbarhed.
Andet	Misforståelser m.m. er sjovere, hvis de rammer fjender frem for venner	Verden er uretfærdig	Ikke helt for egen vindings skyld. Hvis det er held, er man ikke en helt.	

Hovedgenernes karakteristika, egen oversættelse af Yiannis Gabriel (2000: 59-86).

Teori om legitimitetsstrategier

Vaara (2006) har i artiklen ”Pulp and Paper Fiction: On the Discursive Legitimation of Global Industrial Restructuring” undersøgt, hvilke diskursive legitimitetsstrategier, der er brugt i medierne i forbindelse med en fusion af to store firmaer. De ønskede at udvikle en empirisk baseret model til at forstå legitimitetsstrategier på micro-niveau, der bruges til at legitimere organisatoriske fænomener i tiden. Ved at betragte disse skabes der forståelse for den kompleksitet, ambivalens og selvmodsigelse i legitimitet, der kan være.

Legitimitet i undersøgelser af organisationer

Forfatterne skriver, at der er udtalt ambivalens mht., hvad legitimitet egentlig betyder, og hvordan det er forbundet med de forskellige processer, gennem hvilken den sociale virkelighed konstrueres. Legitimitet er tæt forbundet med magt og forsøget på at etablere legitimitet er en stor del af ledelse. Følelsen af legitimitet kan hvile på forskellig basis: 1) Den pragmatiske, en meningskabende der kan involvere egeninteresse, 2) den moralske baseret på den normative godkendelse og 3) den kognitive baseret på forståelse og selvfølghed. Legitimitet er også tæt forbundet med institutionalisering. Institutionaliserings af idéer, praksisser og ændringer kræver som en forudsætning, at de er legitimeret ved hjælp af en legitimitetsstrategi. Når disse idéer eller ændringer er institutionaliseret, legitimerer det i sig selv idéer og praksisser. Forsøget på at skaffe sig legitimitet kan involvere meget målrettet eller sågar manipulerende retorik, ligesom etableringen af legitimitet er en central del af identitetsskabende og samarbejdsrelationer inde i organisationer.

Legitimitetsstrategier

Forfatterne beskriver, at de bruger en kritisk diskurs analyse til analyse af mediernes tekster. Vi vil ikke gå nærmere ind i denne del af artiklen, men beskrive de legitimitetsstrategier der indgår i deres model. Modellen om legitimitetsstrategier indeholder fem strategier: Normalisering, autorisering, rationalisering, moralisering og narrativisering, som beskrives nedenfor.

- Normalisering kan ses som den primære form for legitimering, idet den forsøger at give legitimitet ved det gode eksempel fra den kendte kontekst. Dette kan indebære involvering af ”retrospektive” eller ”prospektive” referencer, som er vigtige for at kunne sige, at den nuværende sag eller fænomenet er normalt. Ved at omtale et

fænomen som normalt indgår konformitet og kontinuitet som en del af legitimitetsstrategien.

- Autorisering betyder, at noget opnår legitimitet ved at referere til autoriteter, disse kan være udstyret med autoritet pga., at de er blevet institutionaliserede eller det kan være kendte personer, politikere, erhvervsfolk eller professorer. Det kan også være non-humane autoriteter som love, reguleringer eller konventioner.
- Rationalisering betyder, at man opnår legitimitet ved at referere til nytten eller funktionen af specifikke handlinger eller praksisser. I rationaliseringsstrategien fokuseres der på fordele, formål, funktion eller udkomme.
- Moralisering betyder legitimitet, der opnås ved at referere til bestemte værdier. Rationaliseringsstrategier har altid en moralsk basis og de to strategier er derfor tæt forbundne. Moralisering fastholdes dog som en selvstændig strategi, da den ofte alene bruges til delegitimering.
- Den narrative eller mytologiske legitimitetsstrategi betyder, at man ved at fortælle en historie kan opnå klarhed for, hvad der er acceptabel, passende eller foretrukken opførsel. Der beskrives en speciel ”dramatisk narrativ” strategi, hvor personer eller organisationer portrætteres som vindere, tabere, helte, fjender eller skyldige. Den narrative legitimitetsstrategi er en vigtig strategi i sin egen ret, men den bruges også ofte som framing til støtte for de øvrige legitimitetsstrategier.

Det beskrives, hvorledes der i de fleste sociale sammenhænge foregår forskellige og vedvarende social-politiske kampe om legitimitet, delegitimitet og relegitimitet i forskellige sociale arenaer f.eks. medierne. Legitimitet handler ikke kun om det specifikke fænomen, handling eller praksis, der er i spil, men også om magtforholdet mellem aktørerne.

Opsamling på modellen

Forfatterne beskriver, at modellen om legitimitetsstrategier kan bruges til at se på legitimitet for alle organisatoriske fænomener. Man skal være opmærksom på, at brugen af en specifik legitimitetsstrategi ikke altid er fuldt tilsigtet eller bevidst. Og de, der bruger den, kan blive ”smittet” af andres strategier uden at have gennemtænkt selv, om den er god. Diskursive analysestrategier er ofte viklet ind i hinanden. Den normative strategi vil ofte være understøttet af den narrative strategi. Autorisering er ofte forbundet med rationalisering og moralisering. Det konkluderes, at denne måde at se på legitimitetsstrategier hjælper til forståelse af den kom-

pleksitet, ambivalens og selvmodsigelse, der kan være i en legitimitetsproces, og at det er noget, man ellers nemt kan overse.

Kapitel 3

Dette kapitel redegør for anvendte metoder i afhandlingen og metodeovervejelser.

Metode og metodeovervejelser

Formålet med afhandlingen er som tidligere nævnt at undersøge, hvordan mellemledere i hospitalsafdelinger oversætter en ovenfra kommende regulering af kvalitet til at give mening i praksis. Formålet er tillige at afdække, hvilke legitimitetsstrategier de benytter vedrørende deres oversættelse til handling lokalt i deres afdelinger.

For at få svar på ovenstående vil vi analysere de fortællinger, som lederne fortæller i forhold til akkreditering. Som dataindsamlings teknik har vi valgt at anvende primære data i form af otte narrative interviews, suppleret med sekundære data i form af dokumenter om kvalitetspolitik og -strategi i Region Hovedstaden og på et områdehospital i regionen, dette for at give os en indsigt i den meningsramme mellemlederne agerer i. Forskningsfeltet er to akutte medicinske afdelinger i Region Hovedstaden, der begge har været med fra starten i arbejdet med akkreditering via JCI. Afdelingsniveauet i sygehusvæsenet er velkendt for os som henholdsvis afdelingsledere og afsnitsleder og et kendt forskningsfelt sparer tid, og giver mulighed for at fokusere på det, der er formålet med interviewet, når der ikke skal opnås kendskab til den overordnede kontekst først. Samtidig er vi opmærksomme på, at det også kan medføre visse bias i form af blinde pletter, som f.eks. ikke at få spurgt uddybende til fortællingerne, fordi vi qua vores forforståelser tror, at vi allerede kender svaret. To af forskerne er ansat på samme områdehospital som de interviewede, men ikke i nogen af de to afdelinger.

Kvalitative forskningsinterview

Genstanden, vi ønsker at analysere, er ledelsesfortællinger, derfor har vi i indsamlingen af empiri valgt at benytte én form for kvalitativt interview, det narrative interview. I følge Kvale (2009) er formålet med et narrativt forskningsinterview, ”at indhente fortællinger, der informerer os om den menneskelige betydningsverden” (ibid: 73), fortællinger er en effektiv måde at finde mening i vores sociale virkelighed. Narrative fortællinger er ikke autentiske fortællinger, men socialt konstruerede fortællinger i en særlig kontekst. Et narrativt interview kan tjene

flere formål: At fortællingen vedrører den interviewedes livshistorie. At interviewet dækker emner, der rækker udover personens historie og dækker den fælles fortælling. Eller, fortællingen henviser til bestemte begivenheder eller handleforløb, der har betydning for fortælleren (ibid: 176). Vi har valgt sidstnævnte form, fordi den giver mulighed for at analysere, hvordan vores interviewpersoner skaber mening ved at koble begivenheder om akkreditering sammen i en særlig rækkefølge.

Hvordan får vi fat i fortællingerne?

Fortællinger er ladet med følelser og symbolik og forskeren må først og fremmest være bevidst om, at sandheden i en fortælling ligger i den meningskabelse, som den giver, og ikke om den fremstår præcis og nøjagtig. Det er paradoksalt nok unøjagtigheder, fordrejninger og måske endda løgnet i en fortælling, som kan bidrage til en dybere forståelse. Derfor er forskeren, i hvert fald midlertidigt, nødt til at fralægge sig gængs lærdom om, hvornår data er objektive og pålidelige, når man vil bruge fortællinger som undersøgelsesmetode. I stedet må forskeren engagere sig i de følelser og meninger, der ligger i fortællingerne (Gabriel 2000: 135).

Gabriel (2000: 136) beskriver, at interviewerens opmærksomhed, holdning og måde at reagere på, er af væsentlig betydning for at generere fortællinger – for de er skrøbelige, hemmelighedsfulde og sarte. De kan let skræmmes bort, dukke op uden at blive bemærket eller slås ihjel. Derfor bør intervieweren optræde som en, der rejser med fortælleren (vores mellemledere). Det gøres ved at engagere og glæde sig over at høre fortællingen. Generelt gælder det om, ikke at støde fortælleren fra sig som i et andet krydsforhør, men i stedet guide fortælleren til frit at associere og bruge sin fantasi.

Ifølge Gabriel (2000) er der flere måder at få fat i fortællinger på. Man kan indsamle fortællinger *in situ*, hvor man venter på, at de opstår, eller man kan indsamle dem ved at lokke dem frem via passende spørgsmål og forklare fortælleren, hvad undersøgelsen går ud på. Vi har valgt det sidste, fordi vi har haft en tidsfrist at overholde. Fordelen ved at lokke fortællingerne frem er, at vi får en stor mængde data, der kan sættes i rammen af vores problemformulering og vi har mulighed for at sammenligne forskellige fremstillinger af den samme historie. Ulempen er, at vi som interviewere risikerer at lægge vores egne definitioner af, hvad der er vigtigt i munden på fortælleren. Når fortællinger lokkes frem, foregår det heller ikke i fortællerenes normale kontekst, men opføres til ære for os som interviewere. Gabriel (2000) mener

dog, at fremlokkede fortællinger godt kan præsenteres for forskeren, som om de var signifikante og originale, der ikke er forandrede, selv om de præsenteres i en kontekst, der er konstrueret til lejligheden.

Forholdet mellem forskere og fortæller er således af stor betydning og forskerne må forklare, at de er interesserede i at udforske et særligt område af organisationen gennem fortællinger og beskrive, hvad fortællingsmaterialet senere vil blive brugt til. I starten vil fortælleren holde sig til fakta, men ved at spørge til, hvad disse oplysninger helt præcist betyder for fortælleren, kan den dygtige interviewer lokke fortællingen og den fri fantasi frem (Gabriel 2000: 137-139). Ovenstående har vi forsøgt at efterleve i vores interviews af de otte mellemedere.

Gennemførelsen af interviewundersøgelsen og bearbejdelse af data

Med baggrund i ovenstående har vi således valgt en kvalitativ forskningsmetode. Med udgangspunkt i Kvaales (2009) beskrivelse af faserne, når man systematisk skal planlægge en interviewundersøgelse, har vi foretaget otte semistrukturerede narrative interviews.

Tematisering

Vores formål med de narrative interviews er, at få lederne til at fortælle om, hvordan de oversætter akkreditering, så arbejdet med akkreditering bliver til handlinger, der giver mening for dem i hverdagen og med hvilke strategier, de legitimerer handlingerne. Vores problemformulering har således været styrende for udformningen af en interviewguide (Bilag I), hvor vi forud for interviewene havde udarbejdet nogle hovedområder, vi gerne ville høre fortællinger om, herunder f.eks. spørgsmål, der kunne stilles, hvis interviewpersonerne kom for langt væk fra vores interessefelt. Vi stillede som udgangspunkt åbne spørgsmål, der satte informanten i gang med at fortælle, herefter understøttende vi med nik og spørgsmål for at hjælpe informanten til at fortælle.

Design

Vores oprindelige udgangspunkt for designet var at lave individuelle interviews kombineret med fokusgruppeinterviews for at validere de individuelle. Det gik imidlertid anderledes og udvælgelse af informanter blev under hensyn til, hvad der var praktisk muligt i det korte tidsrum, vi havde til at indsamle data. Vi oplevede, at en del ikke ønskede at deltage i et interview på grund af store organisatoriske ændringer, økonomiske udfordringer og simpelthen mangel

på tid. Vi ønskede nogle informanter, der var mellemledere og havde viden om kvalitetsudvikling, herunder akkreditering og havde det som en del af deres overordnede ramme. De skulle have tid og lyst til at deltage i interviewet. På grund af tidsfaktoren måtte vi fravige det oprindelige design og udelade fokusgruppeinterview. Udvælgelsen blev det muliges kunst og vores informanter er derfor 8 ledere på to medicinske afdelinger på det samme områdehospital i Region Hovedstaden. Lederne er ansat på to forskellige niveauer i ledelseshierarkiet, som henholdsvis 4 afdelingsledere og 4 afsnitsledere, og repræsenterer to forskellige fagprofessionelle, 4 læger og 4 sygeplejersker. Afdelingslederne sidder parvis i ledelse sammen. Afsnitslederne sidder ikke i ledelse sammen. De to afdelinger er beskrevet i kapitel 1 under afgrænsning af det empiriske felt og er udvalgt i forhold til, at de er sammenlignelige med hensyn til en fælles historie i arbejdet med akkreditering. Forud for interviewene havde alle informanter fået en skriftlig invitation, der kort beskrev, hvem vi var, og hvad interviewet handlede om (Bilag II) og hvad det skulle bruges til. Den skriftlige invitation blev som udgangspunkt afleveret personligt, og fulgt op af en mundtlig uddybning af en af forskerne. Alle interviewpersoner er anonymiserede og nævnes kun ved titler og at de arbejder på et områdehospital i Region Hovedstaden.

Interview

Vi gennemførte de 8 interview på en uge og efter informanternes eget ønske foregik det på den ene af forskernes kontor og vi var alle tre til stede ved interviewene. Vi fordelte rollerne således: En var hovedinterviewer, en anden sekundær interviewer, og den tredje, tidtager og praktisk kvinde med hensyn til skifte bånd m.m. Vi varetog rollerne på skift. Alle interview blev, med de interviewedes accept, optaget på bånd og var planlagt til at vare 1½ time. Forud for interviewene gentog og uddybede vi formålet med vores undersøgelse. Vi har valgt at lave 8 interviews og mætningspunktet, hvor yderligere interviews ville tilføje væsentligt nyt, kan diskuteres (Kvale 2009: 134). Da antallet af interviewpersoner afhænger af formålet med undersøgelsen, anser vi 8 interviews som tilstrækkelige, da vores formål er at bidrage til at forstå, hvordan ledere oversætter og skaber mening med akkreditering.

Transskription

Alle 8 interview er blevet transskriberet af to sekretærer, der ansat på to forskellige hospitaler. Hvert enkelt interview fylder mellem 8 – 12 sider. Kvaliteten af de oprindelige interviews er af stor betydning for kvaliteten af de efterfølgende analyser. Derfor er vi også nødt til at for-

holde os til, at vi transformerer interviewsituationen til en fikseret skriftlig form. Vi oversætter med andre ord talesprog til skriftsprog. En konsekvens heraf bl.a., at det kan være svært, for ikke at sige umuligt, at indfange og transskribere ironi, stemmeleje, tempo og kropssprog. Vi har gjort os store anstrengelser for at huske disse tilfælde i stedet for, ved at en observatør tog noter til hvert interview om disse forhold. Men både transskriptionen og vores noter er og bliver fortolkningsprocesser (Kvale 2009: 199).

Analyse

Vores teoretiske tilgang er narrativ og hermed er fortællingerne udgangspunktet i analysen og ved anvendelse af en kvalitativ metode som det narrative interview, hvor vi lokker fortællingerne frem, vil det være naivt at tro, at vores tilstedeværelse ikke har påvirket udfaldet af selve situationen og også vores senere fortolkning af det transskriberede. Disse forhold medfører, at undersøgelsens pålidelighed afhænger af gennemsigtighed omkring valg i forbindelse med generering og bearbejdelse af data (Jordansen & Madsen 2010). Det efterfølgende er denne procesbeskrivelse.

Der måtte mange gennemlæsninger til for at få en dybdegående indsigt i de fortællinger, der kunne besvare vores problemformulering, og give en overskuelig struktur på opgaven. Først gennemlæste vi alle 8 interviews og processen med at finde fortællingerne og skabe en analysestruktur kan beskrives således:

1. gennemlæsning → udarbejdelse af et analyseskema (Bilag III).
2. gennemlæsning → her anvendes analyseskemaet og vi fik identificeret fortællinger under forskellige temaer (mening, ledelse, fagprofessionelle, oversættelse, fortællingsgenre).
3. gennemlæsning → fordybelse i temaerne, og vi fandt ud af, hvordan vi kunne strukturere opgaven ud fra vores valgte teoretiske perspektiver og empiri.
4. gennemlæsning → fandt vi fortællinger inden for de tre oversættelsefaser, disse fortællinger blev grundlaget i den endelige analyse. Ud fra fjerde gennemlæsning gav det mening, i fasen ”oversættelse til handling i praksis”, at gruppere fortællingerne i tre begivenheder, **tvungen opgave, italesættelse, omgåelse af regulering** og karaktererne i dem, læger og sygeplejersker.

Verifikation

Fortolkningen af fortællingerne i interviewene er et centralt grundlag for vores analyseresultat. For at undgå den ensidige subjektivitet, der støtter vores egen forforståelse, har vi set en stor fordel i at være tre forskere, der kommer fra tre forskellige arbejdspladser med forskellige forforståelser. Vi har brugt meget tid på sammen at diskutere og tolke analyseresultaterne. Vi mener, at det i høj grad er med til at i mødekomme validiteten af vores undersøgelse, idet vi løbende har spurgt hinanden, om vores narrative undersøgelsesmetode nu også undersøger det, som den har til formål at undersøge. På den måde har vi kunnet afstemme, i hvilket omfang vores interview i virkeligheden afspejler de fænomener, som vi interesserer os for i denne afhandling. Det ville have øget validiteten yderligere, hvis vi havde haft mulighed for at gennemføre fokusgruppeinterviewene, som det oprindeligt var planlagt.

Reliabiliteten, altså om vores undersøgelsesresultat kan reproduceres og at interviewpersonerne ville fortælle andre forskere på andre tidspunkter det samme, er mindre sandsynligt, når vi har med fortællinger at gøre. Det ligger i fortællingens natur, at den er unik hver gang og en stærk vægt på reliabiliteten kunne modvirke kreative fornyelser, der har bedre betingelser, når interviewere får lov at improvisere lidt undervejs (Kvale 2009: 272).

Vores metodevalg medfører, at vi anvender slutningsformen induktion, hvor udgangspunktet er empiriske forhold, der slutter til mere generel viden (Jordansen & Madsen 2010). På baggrund af enkelte interview er vi opmærksomme på, at vi udsiger noget mere alment om leders oversættelse og meningsskabelse med akkreditering, samt hvordan de legitimerer deres handlinger i denne oversættelsesproces. Vi er bevidste om, at når vi søger forståelse med udgangspunkt i få menneskers fortolkning af virkeligheden, så har det den konsekvens, at vi kun får adgang til ledelsesfortællingerne inden for et særligt sæt af betydninger.

Kapitel 4

Dette kapitel indeholder analysestrategien og tre delanalyser: 1) objektiveringsfasen, 2) oversættelse til handling i lokal praksis, 3) institutionaliseringsfasen. Vi undersøger i alle tre analyser, hvilke legitimeringsstrategier lederne anvender.

Analyseafsnit

Analysestrategi

Vi arbejder i en samfundsvidenskabelig ramme og inden for det konstruktivistiske paradigme, hvor det vi observerer skabes gennem mellem menneskelig meningsudveksling og fortolkning af motiver, hensigter og mening i modsætning til naturvidenskabens lovmæssigheder eller realismens forståelse af, at virkeligheden eksisterer som et uafhængigt fænomen. Et af formålene med videnskab inden for dette paradigme er at opnå forståelse for fortolkningsprocesser og heraf følgende handlinger, f.eks. ved afdækning af narrative konstruktioner. Formålet er ikke at finde frem til nogen entydig sandhed.

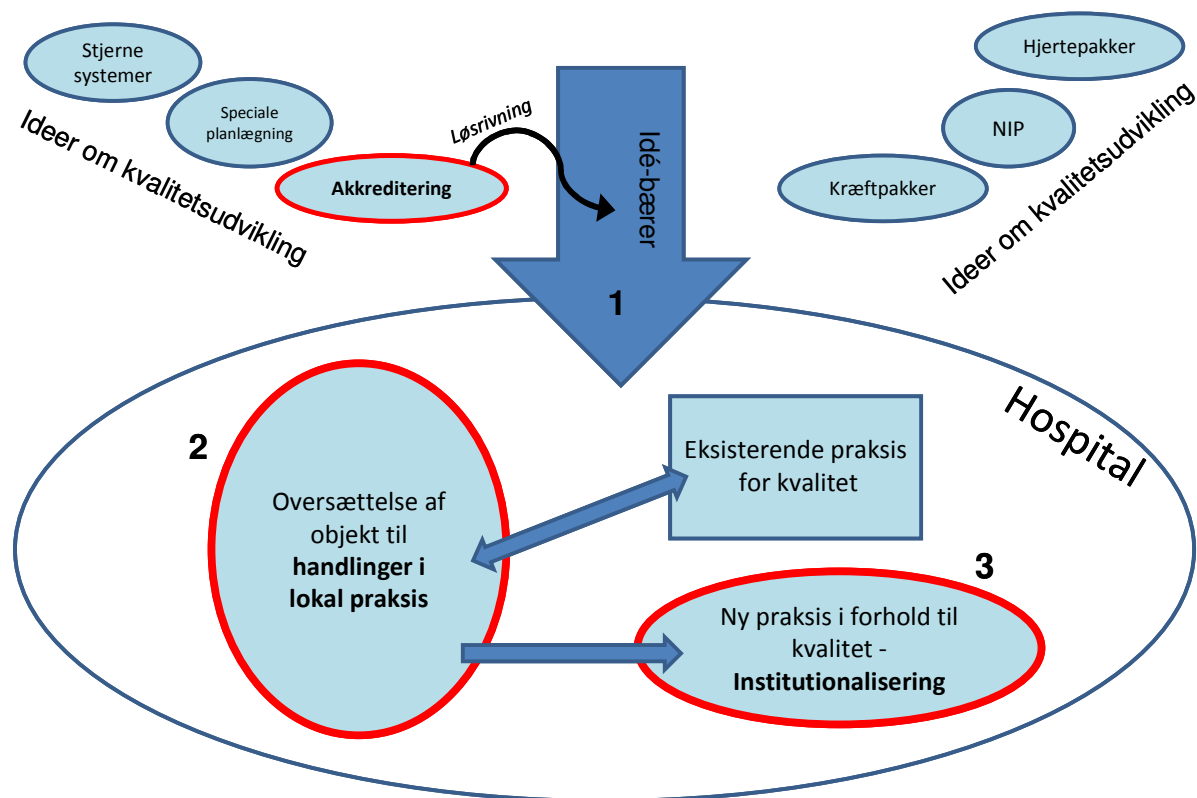
Genstanden vi vil analysere er ledelsesfortællinger, men i følge konstruktivismen afhænger tingene altid af, hvordan vi iagttager dem. Så med andre valg af teorier at analysere med kunne tingene have været set på en anden måde, hvorved der ville være andre problemstillinger, der ville være fremherskende og dermed også andre mulige løsninger (Knudsen 2009). Vi vælger således en måde at konstruere det rum, vi vil undersøge, velvidende, at det kunne have været på mange andre måder.

Vi har valgt at arbejde med det narrative perspektiv og hovedsaglig på mikroniveau, hvor vi ser på individet og organisationen frem for hele sundhedsvæsenet eller hele samfundet. Jerome Bruner (2009) siger, at historier ikke er uskyldige, de har et budskab, som dog kan være skjult, selv for fortælleren. Fortællingerne har stor magt, idet de er med til at skabe mening med hverdagens erfaringer og udgangspunktet for fortællingen er ofte et brud på tingenes forventelige tilstand. Man kan således se fortællinger som meningsskabende, når fortællingen fremhæver fortællerens mening og forståelse af kulturelle normalitetsbetragtninger, f.eks. via

undvigemanøvre og det afvigende eller via konformiteten og det normale. I den konstruktivistiske kontekst er det fortælleren, der leverer de mundtlige fortællinger (de 8 interview), mens forskeren (os) er forfatteren, der transformerer de mundtlige fortællinger til skriftlige fortællinger og også vælger sine medfortællere (Pedersen 2005).

Vores narrative analyse vil vi foretage i rammen af Czarniawska og Joerges (1996) teori om idéernes rejse som ses i nedenstående figur.

Idéernes rejse



Figur 1: Model for afhandlingens analysestruktur.

Teorien beskriver en indrejse af idéen og en oversættelse til objektiveret idé, som vi kalder fase ét. Vores analysefokus i denne fase er, når idéen er rejst ind i Regionen og derefter videre til Områdehospitalet, hvor vi analyserer, hvordan idéen *regulering af kvalitet i form af akkreditering* bliver oversat og objektiveret.

Anden fase i teorien beskriver, hvordan de objektiverede idéer oversættes inde i organisationen, i vores tilfælde de to hospitalsafdelinger, til meningskabelse for ledere og medarbejdere og dernæst fører til handlinger. Vi vil i denne fase analysere ledernes fortællinger ved hjælp af Yiannis Gabriels (2000) teori om den narrative strukturelle strategi. Denne narrative analyse bidrager med viden om, hvordan ledelsesfortællinger er med til at skabe mening for lederne selv og deres medarbejdere og hvordan de bidrager til oversættelsen og de deraf følgende handlinger. Vi vil analysere begivenheder og karakterer og finde hvilke genrefortællinger, lederne fortæller; er det episke heltehistorier eller blodige tragedier? Hvilke plot og moraler har fortællingerne? Vi vil ligeledes finde, hvilke poetiske troper lederne bruger for at skabe mening med akkreditering i deres fortællinger.

I den tredje og sidste fase af teorien sker der en institutionalisering, hvis oversættelsen og handlingerne i fase et og to har været succesfulde. Vi vil også her analysere ledelsesfortællingerne ved hjælp af genrestrategien og se, om vi finder svar på, om regulering af kvaliteten i form af akkreditering er blevet institutionaliseret i de to afdelinger.

Vaaras (2006) teori om legitimitetsstrategier, vil vi bruge til at analysere, hvilke legitimitetsstrategier den overordnende organisation og lederne i de to afdelinger bruger, når de skal legitimere regulering af kvaliteten i form af akkreditering. Vi vil undersøge det ved hjælp af dokumenterne fra fase ét og ledernes fortællinger fra oversættelses- og institutionaliseringsfasen.

Analyse af objektiveringsfasen

I vores problemfelt skriver vi, at kvalitetsudviklingen kom til det danske sundhedsvæsen med NPM-bølgen i slutningen af 80'erne, og formålet med kvalitetsudvikling var en forbedring af kvalitet og indtjening, samt kontrol og overvågning. Kvalitetsudvikling blev en fremherskende idé, den blev moderne og i en aftale mellem regeringen og regionerne er det besluttet, at det bl.a. skal ske via akkreditering (IKAS 2009). Nedenstående analyse omhandler objektiveringsfasen, hvor idéen har antaget en fast form og nu er kommunikerede forestillinger mellem flere individer og en kollektiv proces. Vi undersøger her, hvordan Region Hovedstaden og et af dens områdehospitaler oversætter objektet akkreditering, der senere rejser ud som objekter til videre oversættelse ude i vores interviewpersoners hospitalsafdelinger.

Objektiveringsfasen

Region Hovedstaden har udarbejdet dokumenter for en kvalitetspolitik og en kvalitetshandlingsplan (Region Hovedstaden 2010), som er de to objekter, vi vil analysere vedrørende regionens oversættelse af regulering af kvalitet via akkreditering. For at følge idéens rejse følger herefter en analyse af et dokument om kvalitetsudviklingsstrategi fra ét af områdehospitalerne i regionen (Områdehospitalet 2010), for at undersøge hospitalets videre oversættelse af akkreditering. Da disse dokumenter kan sammenlignes med, hvad Gabriel (2000) kalder reports og derved ikke er rigtige fortællinger i dette teoretiske perspektiv, vil de heller ikke kunne genrekkes. I denne analyse anvendes således udelukkede de teoretiske perspektiver vedrørende oversættelse og legitimering.

Region Hovedstadens oversættelse af idéen om kvalitetsudvikling

Region Hovedstaden har valgt at kalde deres kvalitetsudviklingspolitik ”Kvalitet først. Patientsikkerhed og patientinddragelse – Effektivitet og lighed i behandlingen” (Region Hovedstaden 2010) og beskriver, at:

Kvalitetspolitikken er udformet værdibaseret og retningsgivende for arbejdet med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i en årrække fremover. Politikken angiver en retning og vægtning af den vej kvaliteten skal udvikle sig.

Kvalitetsbegrebet skal forstås bredt, idet kvalitet og patientsikkerhed ses som uadskillelige indsatsområder, som begge er en del af kvalitetsudviklingen og hermed skaber forbedringer i sundhedsvæsenet – forbedringer der skal række helt ind i det daglige arbejde på Region Hovedstadens virksomheder.

Politikken er baseret på at alle hospitaler skal akkrediteres og den fokuserer på fire værdier: Patientsikkerhed, patientinddragelse, effektivitet og lighed i behandlingen og har flere understøttende strategier, der skal medvirke til at operationalisere kvalitetspolitikken. I blandt disse strategier ses akkreditering, LEAN, kommunikationspolitik, informationssikkerhedspolitik med flere. Det er i denne oversættelse af idéen om kvalitetsudvikling via akkreditering, at regionens kvalitetspolitik (objektet) rejser ud i Region Hovedstadens hospitaler.

Områdehospitalets oversættelse af regionens idé til eget objekt

Vi følger nu idéens videre rejse og hvordan et af områdehospitalerne i Region Hovedstaden, oversætter idéen om kvalitetsudvikling via akkreditering i deres kontekst.

Områdehospitalet har udarbejdet kvalitetsudviklingsstrategien ”Kvalitetsudvikling. Strategi, Plan og Mål 2010-2012” (Områdehospitalet 2010). I denne strategi beskrives:

For at gøre disse ambitiøse visioner [regionens fire værdimål] konkrete skal [Områdehospitalet] fokusere og prioritere satsområder, som tilvejebringer den ønskede kvalitetsforbedring og effekt. Kvalitetsarbejdet skal tage afsæt i patienternes perspektiv, deres krav og ret til ensartet og bedst mulig behandling. Patienterne skal involveres professionelt og med respekt. Patientsikkerheden skal kontinuerligt vurderes og forbedres.

Områdehospitalets kvalitetsstrategi ligger således tæt op ad samme oversættelse af kvalitetsudvikling via akkreditering som Region Hovedstadens. Forskellen ses mere i, hvordan Områdehospitalet oversætter udførelsen af de fire værdimål:

Strategien er en helt ny måde at arbejde med kvalitetsudvikling på. Vi prioriterer og fokuserer på få, vigtige og udvalgte satsområder ... Når der fremover skal vælges tværgående satsområder, skal disse overordnet tage afsæt i den kliniske kvalitet, den organisatoriske kvalitet, i den patientorienterede kvalitet og i patientsikkerhed. HR & Udvikling udarbejder konkrete handlingsplaner for hvert satsområde, undersøger effekten på afdelingsniveau og formidler resultaterne til alle involverede medarbejdere.

Det er i denne konkrete sammenhæng vi ser, at Områdehospitalet oversætter regionens kvalitetspolitik (objektet) til et nyt objekt, hvor hospitalet plukker få og vigtige områder ud, som skal have afsæt i den kliniske kvalitet. Den overordnede politik i regionen tager med andre ord ny form i hospitalets lokale kontekst. Fra en bredt formuleret regionspolitik, ser vi, hvordan det enkelte hospital oversætter med henblik på at kunne skabe mening med værdimålene hjemme hos dem selv og på den måde blive i stand til at handle på dem.

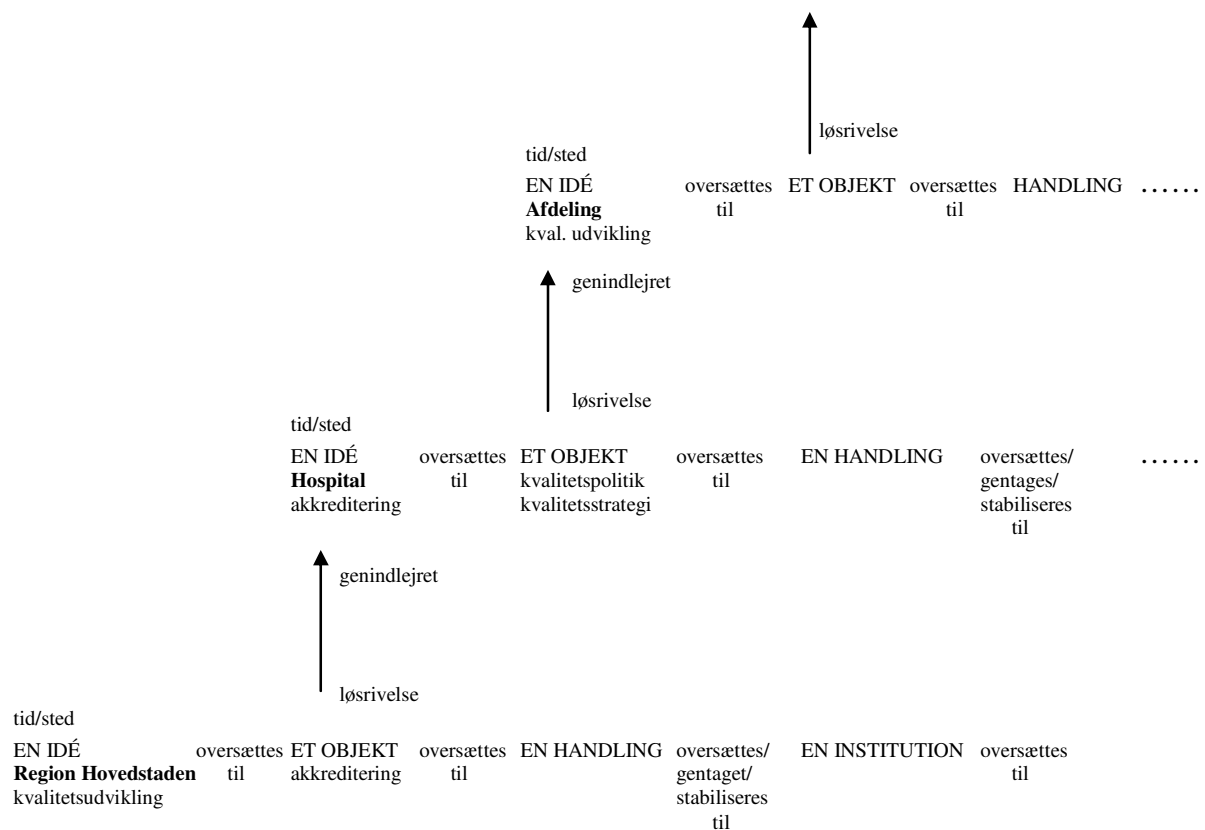
Herefter er det interessant at undersøge, hvordan oversættelserne i politikker og handlingsplaner legitimeres og fremstår som en troværdig og acceptabel oversættelse, der gør dem magtfulde inde i organisationerne.

Legitimitetsstrategier i kvalitetspolitikkerne

Ser vi samlet på Region Hovedstadens og Områdehospitalets kvalitetspolitikker, har de fælles legitimitetsstrategier. Først og fremmest hentes der legitimitet på baggrund af, at politikkerne refererer til politisk besluttede reguleringstiltag både på landsplan og regionalt. Der indhentes således legitimitet af politikken ved hjælp af autorisering. Der beskrives i begge politikker mål om patientsikkerhed, effektivitet og effekt af kvalitetsarbejde ved at måle og evaluere indsatsen. Her opnås legitimitet ved at referere til nytten af specifikke handlinger eller praksisser og det er den rationelle legitimitet. I begge politikker beskrives samtidig værdier som respekt, lighed for alle, medinddragelse, ensartet og bedst mulig behandling. De værdiladede ord er alle udtryk for, at der skabes legitimitet ved at referere til bestemte værdier og handler om moraliseringsstrategien. Ved at bruge begge strategier forstærkes legitimiteten i politikkerne. Med moraliseringen og reference til anerkendte værdier, kan rationaliseringsstrategien støttes jf. Vaara (2006) – man kan sige, at patientsikkerhed, effektivitet m.m. neutraliseres, gøres blødere og måske bedre glider ned.

Opsamling på oversættelse af akkreditering til objekt

Vi har nu vist, hvordan akkreditering oversættes regionalt og på et Områdehospital, samt hvordan oversættelserne legitimeres. For at skabe overblik over, hvordan idéen om kvalitetsudvikling via akkreditering tager form og objektiveres og hvordan objektet rejser videre i tid og rum til de lokale afdelinger på hospitalet, fremstilles processen med inspiration i oversættelsesmodellen jf. Czarniawska & Joerges 1996.



Figur 2: Egen model af oversættelsesprocessen med inspiration fra Czarniawska og Joerges (1996).

Læses figur 2 horisontalt ses udviklingen fra idé til handling og det ses, hvordan der er mulighed for, at oversættelsen til handlinger kan blive til institutioner, når og hvis handlingerne gentages og derved skaber stabilitet. Læses figuren vertikalt i pilenes retning ses udviklingen, hvor idéen om akkreditering tages ind og objektiveres af Region Hovedstaden, hvorefter den løsrives og genindlejres i Områdehospitalet til nye oversættelser og handlinger i form af politikker m.m. Herfra løsrives idéen også og rejser hen i Områdehospitalets afdelinger med deres lokale oversættelser og handlinger til følge.

Vi vil nu undersøge disse lokale oversættelser gennem tre begivenheder, som er særligt fremtrædende i vores mellemlæderes fortællinger om regulering af kvalitet via akkreditering.

Analyse af tre begivenheder i oversættelsesfasen

I oversættelsen af akkreditering til handling i den enkelte hospitalsafdeling er der nogle begivenheder, der er gennemgående og karakteristiske for de fortællinger, lederne fortæller. Her-

under vil vi analysere de tre begivenheder, **tvungen opgave, italesættelse og omgåelse af regulering**. Vi analyserer ledelsesfortællingerne fra de to afdelinger samlet, da der ikke er væsentlig forskel på fortællingerne vedrørende oversættelse til handlinger.

Tvungen opgave

Den første begivenhed handler om, hvordan lederne oversætter en tvungen opgave til handling lokalt. I denne begivenhed ser vi fortællinger om ledernes vilkår med akkreditering og den betydning det har for dem, samt hvordan de agerer som rollemodeller og oversættere af den tvungne opgave.

Ledernes vilkår

I deres fortællinger, der handler om de vilkår de arbejder under, de rammer akkrediteringen giver dem at udføre deres ledelsesjob i, siger en afdelingssygeplejerske:

Vi må simpelthen få det bedste ud af det og så sige; det er her fordi det er besluttet politisk.

En ledende overlæge:

Det er nogle vilkår vi arbejder under, og vi kan synes de ikke danner mening, men så må man bare sige; nå sådan er det!

En ledende oversygeplejerske fortæller:

Fjerde gang efter JCI standarder, det synes jeg måske ikke er besværet værd... så skulle man måske nogle andre ting.....jeg oplever det som en ting, vilkår vi har haft i mange år. Akkrediteres efter to modeller JCI og DDKM....det var for meget.. ..men jeg gør det.... jeg synes diskussioner bør foregå andre steder, bl.a. i Regionens kvalitetsråd. Det er jo ikke ideel lykke, der er jo ikke rigtig noget valg. Jeg gider ikke have organisatoriske problemer.....sige; det der går jeg ikke med til....jeg kender min organisation godt nok til at vide, at hvis de har bestemt det i Regionen, så bliver det sådan.

En afsnitsoverlæge:

Vi skal bare have det, og så kan jeg ligesom godt bare gøre det. Og så kan jeg godt sige, at jeg skal have noget fornuftigt ud af det. Jeg er underlagt min chef som igen er underlagt noget andet, vi bliver nødt til at rette ind.

Når lederne fortæller om deres vilkår, er de som udgangspunkt nogle uskyldige ofre for skæbnen, og skurken er deres ledelse, der pålægger dem nogle umulige opgaver. De har ikke noget at skulle have sagt, andre bestemmer for dem, og det kan ikke betale sig at gøre modstand, de kan virke lidt desillusionerede. De forsøger at vende fortællingerne til heltefortællinger ved at sige, vi må få det bedste ud af det. Fortællingerne bliver nogle tragiske fortællinger, men med et islæt af episke fortællinger. De poetiske troper, som de benytter sig af, er, at opgaven med akkreditering er noget skæbnen har tildelt dem og er *styret af højere magter*, det har været uden for ledernes indflydelse, at akkreditering blev indført. *Motiv*, lederne arbejder i et hierarkisk system, hvor andre har mulighed for at bestemme, hvad de skal. *Ansvarlighed*, lederne føler måske ikke nødvendigvis, at akkreditering er ”lyset”, men de føler for og tager ansvar for opgaven.

Akkrediteringens betydning for lederne

De fortæller videre om, hvad akkrediteringen betyder for dem, hvilken betydning de har for reguleringskravet om akkreditering:

En afsnitsoverlæge fortæller:

Man vil da nødig nævnes som den afdeling, der aldrig kan finde ud af hverken det ene eller andet. Det svarer jo til at få en dårlig anmeldelse.....

Vi prøver at arbejde aktivt og tage fat på det. Man får den tilfredsstillende, at man ligesom godt kan, at man gør tingene godt nok.

En afdelingssygeplejerske har følgende fortælling:

Man vil jo gerne have et godt resultat. De [sygeplejerskerne] er jo også lige så spændte på resultatet som jeg er, ikke, de vil også gerne have det bliver gjort rigtig godt.....Jeg føler også lidt det er en eksamenssituation..fordi vi gerne vil være de allerbedste og det er det vi prøver at arbejde hen imod. Høj kvalitet det giver også arbejdsglæde.

En ledende overlæge fortæller:

Det giver ensartethed i behandling og kontrol. Det giver kvalitet. Ting skal være meget struktureret for mig og derfor tror jeg også, det danner større mening for mig og jeg tror på, man bliver bedre til at tilbyde ens behandling.

En ledende oversygeplejerskes udsagn:

Vi er foran, vi kunne og det kunne de andre ikke.....det gør det da sjovt.

Ovenstående fortællinger er sammenfattet en episk fortælling, om nogle ledere der gør et godt stykke arbejde for deres patienters skyld. De gør det også for deres egen skyld, de ønsker at opnå heltestatus ved at få gode resultater, de ønsker på ingen måde at mislykkes. De poetiske troper der benyttes er *motiv*, for lederne vil være de bedste og *fastsatte kvaliteter*, da lederne i forhold til andre afdelinger, ikke vil være dem der får dårlige anmeldelser, og de vil være de bedste ved en sammenligning. *Handling* fordi lederne mener, at hvis de arbejder mod målet, så lykkes det.

Lederne som rollemodeller

Lederne fortæller om dem selv, som den rollemodel og oversætter af akkreditering de er, her siger en ledende overlæge:

Det er jo en del af min ledelsesopgave... at vi kan oversætte dem [standarderne], sådan at de danner mening ude hos dem, der skal arbejde med dem. Jo mere folk er involveret jo større sandsynlighed, er der for, at vi kan få det ud i organisationen og få folk med.....Så formidler jeg det på den måde, at jeg siger hold da op, hvor er det smadder flot. Tager de punkter jeg synes, er de vigtigste og de mest fornuftige.

En afsnitsoverlæge fortæller:

Hvis man fortæller de positive historier og hele tiden siger; nu skal I høre, hvorfor vi gør det her og nu skal I bare se resultaterne – det er da det der motiverer. Det handler om, at gå foran og ikke være bange for at sige, jo jeg synes faktisk, det er vigtigt, at du gør de ting. Hvis der er nogen, der er dedikeret til at gøre det, så lykkes det bedre end så meget andet... der må gerne være nogle indpiskere i afdelingen.

Afdelingssygeplejersken har følgende fortælling:

Man skal også rose, når det går godt og sige, hold da op, prøv lige og se, I må virkelig have oppet jer, hvor er det super flot..... Men til sidst lovede vi dem lagkage, hvis vi kom op på en eller anden procent og det virkede og så grinede vi lidt af det.

Her fortælles nogle rigtige heltehistorier om nogle ledere, der tager ansvar for kravet om akkreditering, går foran med fanen højt hævet og rydder vejen for deres personale. De involverer personalet, roser - og belønner dem, og støtter ildsjælene, så det giver resultater. De poetiske troper lederne benytter er *motiv*, at gøre akkrediteringen forståelig og spændende for deres personale. *Årsagsforbindelse*, fordi der er to agenter de sundhedsprofessionelle og akkreditering, som forbindes via ildsjæle, engagement og belønning. *Ansvarlighed*, her ses nogle ledere, der anerkender deres personale for deres handlinger, og også gør dem til helte.

Plot og morale vedrørende tvungen opgave

Den fortællergenre lederne benytter i forhold til deres tvungne opgave, akkreditering, er som udgangspunkt den episke, men når de taler om de vilkår, akkrediteringen giver dem, bliver det en tragisk fortælling. Plottet er, at lederne har en tvungen og uforskyldt opgave, som de ikke ønsker at mislykkes med, hverken for patienterne eller deres egen skyld. Den gennemgående morale er, det kan bedst betale sig at stille systemet tilfreds og hvis det skal lykkes, giver involvering, belønning og hårdt arbejde resultater.

Italesætte med andre ord og faglighed

I oversættelsen af akkreditering til handling i den enkelte hospitalsafdeling, ser vi en anden begivenhed, som fylder meget i vores interview-personers fortællinger. Den handler om, hvordan lederne bruger deres egne ord, når de oversætter konceptet og skaber mening i deres egen afdeling. Når akkreditering italesættes lokalt falder oversættelsen til handling primært i to dele: 1) Ordet akkreditering erstattes af et andet ord eller 2) Akkreditering italesættes med en sundhedsfaglig begrundelse.

Italesættelse af akkreditering med andre ord

Når akkreditering italesættes med andre ord, fortæller en ledende overlæge om, hvordan hun italesætter akkreditering for sit personale:

For at oversætte – det er jo rigtig vigtigt, at vi kan oversætte akkrediteringen til menneskesprog – var jeg lige ved at sige. Jeg synes sådan set ikke, der er nogen der behøver gå og sige akkreditering oppe i afdelingen, men så længe de kan arbejde efter de standarder der og de vejledninger, regionale og lokale, gør det sådan set ikke noget, om de ved, om det er akkrediteringsstandarder eller ej.

En anden ledende overlæge fortæller om at informere om akkreditering på møder:

Det er ikke så svært, hvis man sætter nogle andre ord på end dem der står i standarderne ... der har jeg pillet de ting ud som skal være vores fokusområder.

En ledende oversygeplejerske fortæller:

Altså, det er ikke vanskeligt for mig, at oversætte det og prøve at tegne et spiseligt billede for mine medarbejdere, om hvordan det her kan være.

En afdelingssygeplejerske fortæller om, hvordan hun fører akkreditering ind i hverdagen:

Faktisk så tænker man ikke akkreditering i de ting man går og gør i dagligdagen, men man tænker, man indfører noget nyt ... Jeg vil gerne have, det afspejler hverdagen og det er også det jeg sådan gør ... Og det er så det – så arbejder man ud fra det – og så begynder man at tænke, hvordan kan vi gøre det smart – man skal jo hele tiden gøre det på den smarteste måde.

En anden afdelingssygeplejerske fortæller, hvordan hun i hverdagen omtaler akkreditering:

Men jeg synes det er sund fornuft, jeg er meget varm fortaler for patientsikkerheden ... man ved godt, hvad akkreditering er, men jeg tror også [navn på en anden afdeling] greb det meget an som patientsikkerhed. Vi hedder faktisk også patientsikkerhedsansvarlige og patientsikkerhedskoordinatorer. Så man kan sige, det er et fokus, der er salgbart, eller hvad man nu skal sige i forhold til personalet.

Lederne oversætter således akkrediteringskonceptet til menneskesprog, piller fokusområder ud og giver dem egne benævnelser, gør det spiseligt og omtaler akkreditering som bare noget

nyt, noget smart eller patientsikkerhed, når de skal have det til at give mening for dem selv og især deres medarbejdere. Når vi ser på, hvilke fortællegrænser der foretrækkes, når lederne oversætter akkreditering med andre ord, er den episke genre gennemgående i alle fortællingerne. Det er heltefortællinger og de grundlæggende narrative elementer i denne genre er nogle hovedpersoner, der gennem deres togt med fokus på medinddragelse af medarbejderne og forklaring, opnår succes. De får ført afdelingen helskindet gennem akkrediteringskravene ved at bytte ordet akkreditering ud med ord, som de mener, medarbejderne kan forstå og forholde sig til. De poetiske troper som overvejende bidrager til at skabe mening for lederne, når de oversætter akkreditering til handling lokalt med andre ord, er: *Motivet* med at sætte andre ord og billeder på nethinden er godt og velment. *Handling*, fordi at sætte et andet ord i stedet for akkreditering repræsenterer noget godt i forhold til at skabe en fælles forståelsesramme for strukturen omkring akkreditering.

Faglig italesættelse af akkreditering

Vores interviewpersoner og deres medarbejdere er sundhedsprofessionelle og en anden måde lederne italesætter akkreditering og får det til at skabe mening for sig selv og deres ansatte på, er at give kvalitetskravene en faglig forankring.

Faglig italesættelse overfor medarbejdere

Om implementering af retningslinjer fortæller en ledende overlæge:

... og de vigtigste fokusområder er i alle inspektioner patientsikkerhed, håndtering af utilsigtede hændelser, det er patientinformation, temperaturmålinger, renlighed i medicinskabet ... der kan du altid spinde en klinisk ende på det. Ja, simpelthen, hvis du tager de køleskabe. Insulin f.eks. skal opbevares mellem 8-12 grader, så er det nemt at forklare, jamen hvis nu vi har været ude over/under den temperatur i så og så lang tid, så aner man ikke, hvordan den virker. Det er da nemt. Det kan alle forstå.

En anden ledende overlæger fortæller også om, hvordan retningslinjer formidles:

Det er jo sådan noget, vi snakker om, vi diskuterer til konference. Gør vi det på den samme måde? Behandler vi korrekt? Og jeg tror f.eks., at vi angiver tværgående ting, der nu efterhånden er standardiseret på alle de gamle H:S hospitaler med hjertestop osv. Alle de ting vi [interviewer og informant] snakkede om før –

jamen det tror jeg virkelig på, har gjort, at patienterne får en bedre behandling, hele vejen igennem, men om det sparer liv eller om det i princippet for patienterne er godt, det ved jeg ikke, men i hvert fald strukturen for personalet, der gør det på bedst mulige måde, jamen det gør, at man ikke skal tænke så meget selv.

En ledende oversygeplejerske fortæller om implementering af en ny model for vurdering af akutte patienter i forhold til den de bruger i øjeblikket:

Det der er, med den vi har, den fungerer, hvor vi er og den har bare den bagside, at patienterne blive ikke revurderet og det er det, vi godt kan se, giver en rigtig god mening og det er det, vi vil gøre på den måde den er beskrevet på [i den nye model].

En afdelingssygeplejerske fortæller om implementering af retningslinjer i sygeplejegruppen:

Jeg ved fra starten, hvordan de er – altså og de ved også, hvordan jeg er, så jeg ved jo godt, at jeg ikke bare skal komme og lægge et stykke papir og sige – det er det der nu ... det er jo fagprofessionelle vi har herovre, ikke ... Det vil sige, de har masser af erfaring, det er jo kyndige sygeplejersker, der sidder ovre ved mig. De har masser af erfaring i rygsækken og de ved godt, hvad der er godt.

Ovenstående ledelsesfortællinger viser, at lederne, ud over at oversætte akkreditering til andre ord, også kobler kvalitetskravene med faglige begrundelser i forhold til medarbejderne, når de skal oversætte kravene til handling. Sammenfattende er ovenstående fortællingerne episke, fordi lederne opnår sejr og heltestatus, fordi de får medarbejderne med på opgaven ved at tale til deres faglighed. Der er dog et enkelt tragisk-komisk element, hvor en ledende overlæge ironisk stiller spørgsmålstejn ved, om det overhovedet redder flere menneskeliv at akkreditere eller om det bare skaber en struktur, der er nem at arbejde efter på grund af standardisering. De poetiske troper som overvejende bidrager til at skabe mening for lederne, når de oversætter akkreditering til handling lokalt ved hjælp af faglig forankring, er: *Motivet* med at relatere akkreditering til den faglige kontekst er godt og giver større forståelse. *Årsagsforbindelser*, idet lederne i deres fortællinger, forbinder effekten af implementering med evnen til at sætte akkreditering i relation til medarbejdernes faglighed.

Faglig italesættelse overfor sig selv

Nogle ledere italesætter mere faglighed i forhold til sig selv end til deres medarbejdere.

En afsnitsansvarlig overlæge fortæller om brugen af et særligt skema:

Jeg syntes, at MRSA skemaet er tungt. Det er svært at huske det. Jeg skal ind på det skema hver gang for at se, hvilken retning den pil nu er. Det skal gøres. Men hvis slutresultatet er fornuftigt – hvis man kan se det fornuftige i, det man gør, så kan man sige, at det kan være lidt tungt at gøre det – men når det nu er sådan – så må man gøre det og gøre det korrekt og det kan man så få hjælp til fra den oversigt med pile, som man kan følge.

En afsnitsansvarlig overlæge fortæller om sit forhold til standarder:

Altså, man kan ikke nødvendigvis skrive sig ud af det her med, at man står med en patient og tænker nu skal vi gøre sådan og sådan og jeg tænker, at det er også OK at afvige fra det, der egentlig er, som vi plejer at gøre, hvis man så angiver en begrundelse for det. Men det synes jeg sådan set ikke er nogen hindring, det mener jeg godt, man kan, også selv om der står, der ligger en plan. Det er ikke så meget en hæmsko, at der ligger standarder, jeg oplever det som, at det gør det meget lettere.

De to ledere er enige om, at når akkreditering kan oversættes og forstås ud fra en faglig vinkel, så bliver det også fornuftigt at gøre, selv om den ene overlæge synes, det er lidt besværligt og den anden synes, at det er en hjælp at bruge retningslinjerne. Den første fortælling er derfor både episk og tragisk på samme tid, mens den sidstnævnte udelukkende er episk. Det episke element er fortællingen om to overlæger, der har succes med at oversætte retningslinjerne ved hjælp af deres faglighed. Det tragiske består i, at den ene overlæge i høj grad ser det som besværligt og noget man skal. Overlægen er ikke selv herre over situationen og er et uskyldigt offer for, at det er så tungt med de skemaer. De poetiske troper som overvejende bidrager til at skabe mening for lederne selv, når de oversætter akkreditering til handling lokalt ved hjælp af faglig forankring, er: *Motivet* med at relatere akkreditering til den faglige kontekst er godt og giver større forståelse. *Årsagsforbindelser*, idet lederne forbinder faglig fornuftighed med effekten af implementering af retningslinjer. Opgaven med akkreditering er noget skæbnen har tildelt afdelingen og er *styret af højere magter*.

Plot og morale vedrørende italesættelse med andre ord eller faglighed

Når vi ser på fortællingerne i ovenstående begivenheder, der vedrører faglig italesættelse, er den episke og tragiske genre fremtrædende i fortællingerne og særlige plot i fortællingerne fører dertil. Der ses helte- og tragiske fortællinger både, når det vedrører italesættelse over for andre og over for sig selv. I de tragiske fortællinger bliver lederne ofre for akkrediteringsarbejdet, fordi fortællingerne kædes sammen med plottet om den ulykkelige skæbne, hvor akkreditering er en pligt opgave. Samtidig ved de faktisk ikke, om akkreditering overhovedet redder liv, set med sundhedsfaglige øjne. Men lederne gør akkrediteringsarbejdet, fordi de er underlagt højere magter, selv om de nogle gange ikke kan oversætte pligten til noget fagligt fornuftigt.

Lederne er dog oftest helte og opnår succes, når det handler om at italesætte og oversætte akkreditering med både andre ord og faglighed, fordi fortællingerne kædes sammen med plottet om at finde på et sprog, som alle kan forstå og graden af, hvor fagligt fornuftigt der kan argumenteres for at bruge f.eks. skemaer, der er i udgangspunktet synes tunge at danse med. Man kan sige, at plottet i denne sammenhæng fører til en handlingsmorale om, at det nytter og kvalitetsarbejdet lykkes ved at oversætte akkreditering til andre ord og at faglig kobling løser problemet med at skabe mening med galskaben.

Omgåelse af regulering

Den tredje begivenhed undgår lederne helst at tale om, men det kommer frem i alle interviews, at når akkrediteringsstandarderne ikke giver mening, eller bliver for svære at opfylde, så finder de en eller anden kreativ måde at oversætte til handling på, så de omgås standarderne.

Luk øjnene

En af måderne er, at lukke øjnene. En afsnitsoverlæge fortæller:

Hvis det [akkrediteringen] ikke giver mening, så kan det godt ske, at man skal droppe det.....når man nu bliver ved, skubber og skubber og det ikke ændrer sig en skid, så kan det da godt være man nogen gange bare skal sige, det kan vi ikke....

Så lukker jeg øjnene. Jeg tror, man skal vælge sine kampe med omhu, og jeg tror faktisk nogen gange, at så føler jeg, at vi registrerer og tæller op, så man er ved at kaste op over det. Tænker, hvad fanden skal det her nytte. Så skal det også være tilladt at sige, det her kan jeg ikke se nogen mening med.

En ledende overlæge fortæller om noget, der ikke giver mening:

Vi skal ernæringssscreene i ambulatoriet... der er også elitesportsfolk, der er Team Danmark folk, det er olympiadefolk ... vi synes ved gud, det er åndssvagt.....så er det, man glemmer det.

Hvis akkrediteringsstandarderne ikke giver mening, så er lederne oversættelsesstrategi at lade som ingenting eller få det til at se ud som om, de har glemt det. Den fortællergenre, de benytter er den tragiske, lederne er uforskyldte ofre for en tåbelig beslutning, om en eller anden standard der ikke giver mening. Akkrediteringsstandarderne beskriver nogen ting, der ikke er mulige eller der er alt for meget dokumentation at gøre. Så må lederne selv tage affære ved at sige fra på deres egen måde. De poetiske troper som bidrager til at skabe mening for lederne er: *Motiv*, lederne ser akkreditering som en frustration, som ikke kan betale sig i forhold til deres faglighed. *Ansvarlighed*, hvor lederne udnævner akkreditering til en skurk, der ikke ved bedre, derfor må de selv tage ansvar, ved ikke at gøre som standarderne beskriver. *Årsagsforbindelse*, akkrediteringen giver ikke mening for lederne, så derfor ”lukker de øjnene”, og det medfører, at de ikke oversætter akkreditering til handling i lokal praksis.

Det må ikke gå ud over patienterne

Hvis det opleves, at det går ud over patienterne, så er det i orden at omgå akkrediteringsstandarderne og en ledende overlæge fortæller:

Vi gør vores bedste og vi arbejder på det. Vi skal nok nå det på et tidspunkt, jeg bliver hverken sur eller noget som helst andet, fordi der ikke bliver gjort noget. Men jeg siger også, vi ikke vil gøre vores bedste, hvis det så betyder, at vi ikke kan se patienterne og behandle dem.

En afsnitsoverlæge:

Så vil jeg måske prøve og nå det [akkreditering], jeg håber ikke patienterne kommer til at bøde for det.

For lederne i vores interviews er der fokus på patienterne. Det er accepteret, at man ikke opfylder en akkrediteringsstandard, hvis det sker på bekostning af patienterne. Lederne fortæller som udgangspunkt en tragisk historie, hvor patienterne og sundhedspersonalet er nogle uskyldige ofre for den onde skæbne, akkrediteringen. De sørger for, at patienten modtager behandling ved at prioritere patienterne før akkreditering, den tragiske fortælling krydres med et helteindslag. I ovenstående fortælling benytter lederne hovedsageligt følgende poetiske troper: *Motiv*, de modsætter sig akkrediteringsstandarderne for at patienterne kan få den behandling, de skal have. *Ansvar*, lederne ser sig selv, som dem der bestemmer, hvad der er vigtigst, lader akkrediteringen ligge, og ser på patienten.

Vi skriver os ud af det

I interviewene hørte vi ofte, at det skriver vi os ud af. En af overlægerne fortæller om et stykke "skrivebordsarbejde", der handler om evaluering af lægefaglige kvalifikationer:

Det er arbejde for arbejdets skyld mere end det er noget, der højner kvaliteten..... hvor man skal lave nogle skemaer, når man er den og den læge, må man lave det her.....det er papir, for papirets skyld.....vores afdeling er faktisk blevet rost for det, som jeg et eller andet sted griner af, fordi det er rent skrivebordsarbejde.

Den fortællergenre overlægen benytter i ovenstående fortælling er som udgangspunkt en heltefortælling, opgaven løses og lægen får ros. Der er dog både elementer af den komiske - og tragiske genre. Det tragiske ved, at det er arbejde for arbejdets skyld, lægen er et uskyldig ofre for skæbnen, som her er akkrediteringen. Det komiske ses, når lederen morer sig over, at de kan snyde kontrollen ved at skrive sig ud af det, derved gør de kvalitetskontrollørerne til nogle selvforskyldte fjolser, der ikke kan gennemskue det. De poetiske troper, som bidrager til ledelsens meningsskabelse er: *Motiv*, det er for at genere lederen, der har bedre ting at tage sig til. *Enhed*, der er lederne og kontrollanterne, dem mod os. *Handling*, lederen oplever at få en tåbelig opgave, så man gengælder med lidt skrivebordsarbejde, så det ser pænt ud. *Højere magter*, opgaven med akkreditering er noget skæbnen har tildelt afdelingen.

Springer over hvor gærdet er lavest

Hvis det ikke er muligt at gennemføre hele akkrediteringsstandarderne, kan man lave mellem-løsninger og en ledende oversygeplejerske fortæller:

Kontaktperson....det har vi simpelthen ikke fået til at spille.....nu bestemmer vi, at det er sådan herat afdelingssygeplejersken som er den, der er kontaktperson i en halv gruppe.....men du får jo ikke det fulde udbytte af det, så det bliver vel en mellemvare, vil jeg sige.

En anden ledende oversygeplejerske fortæller:

Jeg vil da gerne prøve at leve op til de retningslinjer der kommer....er man langt fra den, kan man måske lave den halve løsning. Man kunne gå den korte vej, måske springe over hvor gærdet er lavest i den sammenhæng.

Senere siger samme oversygeplejerske:

Vi skal have lavet en ny triage model. Vi er gået i gang med arbejdet, men vi er ikke helt med, fordi vi simpelthen ikke har ressourcer...vi har jo også en der fungerer [trriage model].

Som udgangspunkt handler fortællingerne om nogle helte, her oversygeplejersker, der har store udfordringer, som de har svært ved at løse. De tager ansvar for opgaven, og løser den så godt, det er muligt. Årsagen er bl.a., at der mangler ressourcer, som de formentlig er uden skyld i, og derfor er der også et element af den tragiske genre. De poetiske troper, de benytter for at skabe mening er; *Motiv*, vi gør vores bedste og *ansvarlighed*, de tager ansvar for deres handlinger, og lever med halve løsninger.

Plot og morale vedrørende omgåelse af regulering

Når det bliver for svært eller ikke giver mening at opfylde akkrediteringskravet, benytter lederne den tragiske fortællergenre. Der er glimtvis lidt heltefortælling i spil, men det er så nogle semihelte eller helte på andres bekostning. Plottet handler generelt om, hvordan omgåelse af akkreditering sker, når det ikke giver mening. Moralerne er, vi dropper akkrediteringen eller gøre det halvt, og det må ikke gå udover patienterne og os selv.

Legitimitet i forhold til de tre begivenheder

I det følgende ser vi på, hvordan lederne etablerer legitimitet i forhold til deres omgivelser, d.v.s. hvordan de gør deres oversættelser troværdige, så de kan få accept for deres handlinger.

En organisation overlever kun, hvis den fremstår som legitim i forhold til omgivelserne, omgivelserne i denne analyse er hospitals- og regionsdirektionerne, og de fagprofessionelle.

Det ser ud til at lederne gør, hvad der bliver sagt, de skal gøre. De accepterer de vilkår, der er og prøver at få det bedste ud af det. De påtager sig den ledelsesopgave at implementere akkreditering i organisationen, herunder vejlede deres personale. De tilpasser sig de krav og forventninger, som deres overordnede, hospitals – og regionsdirektionerne, har til dem. På den måde er de beskyttet mod kritik og sanktioner. De henter legitimitet ved at referere til autoriter, som her er deres overordnede.

De giver udtryk for, at patienterne skal have ensartet og høj kvalitet i behandlingen, det kræver, at de arbejder aktivt og bliver de bedste. Det kan opfattes som nogle grundlæggende værdier, sammenholdt med en rationel tankegang om, at det nytter at gøre sit bedste. Legitimitetsstrategien er her en kombination af den rationelle og den moraliserende.

I forhold til deres egne fagfæller oversætter de akkreditering fra et ”uforståeligt sprog” til et sprog, der er kendt og giver mening. De appellerer til medarbejdernes faglighed, de anvender f.eks. retrospektive historier, om patienterne der ikke tidligere blev revurderet, underforstået, det er ikke godt nok, det må gøres bedre. De siger, at akkreditering er en del af dagligdagen, gør det til en normaltilstand, ikke noget specielt. Den legitimitet, som de anvender i forhold til deres medarbejdere, er normalisering.

Lederne referer til nytteværdien af akkreditering, den giver mere struktur, en ensartet behandling, højere kvalitet i behandlingen, akkrediteringen er generelt anvendelig, og har en nyttefunktion i forhold til den opgave, de har ansvar for, som er behandling – og pleje af patienterne. Lederne benytter den rationelle legitimitetsstrategi. Hvis akkrediteringen ikke har nogen støttende funktion i forhold til denne opgave, giver de sig selv som sundhedsfaglige autoritet til at fravige akkrediteringsstandarderne. De glemmer, springer over og lukker øjnene, hvis de tolker, at resultatet ikke bliver bedre ved at leve op til de ovenfra kommende akkrediteringsstandarder. De sætter sig selv over den formelle autoritet, som har besluttet, at de skal anvende akkrediteringsstandarderne. Først legitimerer de akkreditering ved den rationelle legitimitetsstrategi, for derefter at delegitimere den ved at sætte sig selv over den formelle autoritet.

Lederne konstruerer nogle narrative strukturer, hvor de fortæller, at når de arbejder aktivt og struktureret med akkrediteringen, så får de ensartet og høj kvalitet i behandlingen af patienterne samt arbejdsglæde. De er selvfølgelig nødt til at fravige akkrediteringsstandarderne, når det ikke har en nytteværdi for patienterne. De portrætterer sig selv som succesfulde helte, og giver et billede til omverdenen om, at de har taget akkrediteringskonceptet til sig, og gjort det til en succes. Gennem deres fortælling giver de dem selv legitimitet ved at benytte den mytologiske legitimitetsstrategi.

Opsamling på analysen af de tre begivenheder

Den fortællergenre lederne benytter i de tre begivenheder, er som udgangspunkt den episke, hvor lederne er nogle helte, der har succes med at oversætte handlinger i praksis, så det giver mening for dem og deres personale. Når det ikke giver mening, slår de over i nogle tragiske fortællinger. Plottet, der binder fortællingerne sammen, er, at de har en tvungen opgave, de gerne vil lykkes med, derfor er der et behov for en vellykket implementering. Moralen er, seriøst arbejde med involvering og anerkendelse giver resultater. Under de tre ovenstående begivenheder benytter lederne i vores interview et bredt udvalg af poetiske troper i deres bestræbelse på at få akkrediteringen til at give mening, når de oversætter den til handling i lokal praksis. *Motiv* er dog den vigtigste poetiske trope for lederne, i deres bestræbelser på, at få akkrediteringen til at give mening. De angiver forskellige motiver f.eks., at de er underlagt et hierarkisk system, der er frustrerende og generende, som hænger tæt sammen med den poetiske trope *styret af højere magter*. De har også nogle positive motiver som, at de vil være de bedste og derfor gør de det forståeligt og spændende for dem selv og deres personale. I forhold til at opnå troværdighed og accept fra deres omgivelser benytter lederne alle Vaara's 5 legitimitetsstrategier (2006).

Karaktererne i fortællingerne: Faggrupperne

De to væsentligste karakterer i ledelsesfortællingerne er de to faggrupper, sygeplejersker og læger. Vi vil analysere, hvorledes de beskrives i fortællingerne. Hvilken rolle spiller de i forhold til oversættelsesarbejdet af akkreditering til handling i afdelingerne. Har samarbejdet betydning og hvis det har, hvordan fremgår det af fortællingerne? Hvad fortæller de to faggrupper om sig selv og hinanden? Vi analyserer ledelsesfortællingerne fra de to afdelinger

samlet, da der ikke er væsentlig forskel på karaktererne i fortællingerne, selv om lederne er fra to forskellige afdelinger.

Oversættelse og handlinger

Hvad indeholder ledernes fortællinger om, hvordan læger og sygeplejersker oversætter og efterfølgende handler på akkreditering?

En afsnitsoverlæge fortæller:

Jeg vil prøve at tage de punkter, jeg synes er de vigtigste og de mest fornuftige og så primært fremhæve dem – og så bliver jeg nødt til at nævne de andre ting, som andre synes er vigtige. Hvis vi får besked oppefra, at vi skal tage os af de ting, så må vi gøre det og så præsentere det for vores kollegaer – det skal bare køre.

Lægen fortæller her en episk historie med sig selv som helten, som prøver at skille det vigtige ud og fremhæve det, og så bare lige nævne de andre ting, kvalitetsstandarder, som andre synes er vigtige. De troper der bruges i fortællingen er; *ansvarlighed* for at videregive kvalitetsmålene og *motivet* ses som at akkreditering er både i orden og til gene.

En ledende overlæge siger:

Vi prøver at komme op i helikopteren og se på om nogle af tingene hænger sammen – så vi måske kan få noget ind af bagdøren, var jeg lige ved at sige, ved at sætte ind på det her område.

Lægen fortæller her en blanding af en episk og en komisk fortælling, om lederen der har det store overblik og kan se sammenhænge og så alligevel må liste tingene ind af bagdøren, for at undgå at medarbejderne gør for meget modstand. Troper i fortællingen er; *årsagsforbindelse* mellem at kunne hæve sig op og finde sammenhængen, *handling* i form af at liste noget ind af bagdøren.

En afdelingssygeplejerske fortæller:

Og så læser jeg det igennem og det er jo faktisk smadder godt dette her, altså det vil være godt for vores patienter.for at få folk inddraget, det virker

rigtig godt og i hvert fald halvt hen ad vejen og så kan det være jeg halvt får min vilje og de halvt får deres vilje.

Sygeplejersken fortæller en episk historie om, at akkreditering er godt og at hun søger for at få medarbejderne inddraget i arbejdet med akkreditering. De troper der anvendes i fortællingen er; *motivet*, at akkreditering er godt, men *handlingen* kan være et kompromis for at implementere standarderne og *årsagssammenhæng* mellem akkreditering og fordele for patienterne.

Men den samme afdelingssygeplejerske fortæller også:

Det gør det jo meget sværere, at der ikke er beskrivelse af, hvem der skal noget omkring lungefunktion. Det er faktisk en lægelig vurdering. Så er det jo lidt svært for mig at sige, det laver vi lige en standard på i sygeplejegruppen. Det kan vi jo ikke, det kræver jo ligesom, at man har den anden med og det gør jo så, at der måske ikke lige ligger en standard på det og der mangler nogle ting helt klart i den del. Det virker lidt bremsende.

Afdelingssygeplejerskens fortælling er her en tragedie, hvor hun og afsnittet rammes uforstyldt af lægernes manglende handlinger i form af at få lavet standarder om lægefaglig behandling, og afsnittet kan så ikke leve op til akkrediteringen og at det er irriterende. Troperne der anvendes er; lægen lever ikke op til sit *ansvar*, der er ingen *enhed* om den opgaveløsning, der burde foregå i fællesskab i afsnitsledelsen. *Motivet* er, at der mangler tid eller vilje eller begge dele fra lægens side. *Handling* som ikke sker fra lægens side.

Sammenfattende kan man sige, at der fortælles episke fortællinger af både den afsnitsansvarlige overlæge og af afdelingssygeplejersken, men de oversætter ikke ens i deres arbejde med akkreditering i deres afsnit, idet lægerne fortæller om at omgå nogle af kravene, mens sygeplejersken ser akkreditering som noget godt. Den ledende overlæge, afdelingssygeplejerskens og den afsnitsansvarlige overlægers fortællinger har det til fælles, at man kan blive nødt til at forhandle, luske ind ad bagdøren eller finde sin egen løsning på de krav som akkrediteringen stiller. Troperne er *motiv* som kan være, at akkreditering er godt eller dårligt eller en skurk, lægen, der ikke lever op til sit ansvar, *ansvar*. *Årsagsforbindelse* om at akkreditering er godt

for patienterne og mellem at hæve sig op i helikopter og skabe overblik og *handling* som kan være at liste noget ind af bagdøren, indgå kompromiser eller slet ikke at gøre noget.

Samarbejde på afsnitsniveau

Hvilke fortællinger om samarbejdet mellem dem selv og deres ledelsesmakker fortæller lægerne og sygeplejerskerne?

En afdelingssygeplejerske fortæller:

Ja, det er jo netop ved at prøve at bruge ham, så godt jeg kan i de situationer og nogen gange gå skridtet højere op, ikke. De ved jo også godt, ikke..... Det tør vi godt snakke om, ikke. Jeg kan da også sige til ham, hvor var du henne? Og så griner vi.....Jamen jeg prøver jo ihærdigt [griner] ... nogle gange kan jeg også gå lidt i stå over det, fordi jeg tænker, jeg orker ikke blive ved med dette her og så lader jeg det lige blive liggende lidt.

Afdelingssygeplejersken fortæller en tragikomisk historie og en tragedie om samarbejdet med sin afsnitsansvarlige overlæge. Lægen indgår ikke i samarbejdet med hende og nogen gange må afdelingssygeplejersken gå til sin ledelse og tale om det, det er ingen hemmelighed. Hun kan også sige det til sin ledelsesmakker og så kan de grine af det. I tragedien må afdelingssygeplejersken kaste håndklædet i ringen og i hvert fald i en periode opgive at få lægen til at samarbejde. Troper i fortællingen er; *årsagssammenhæng* mellem den akkreditering, der ikke lykkes og lægens manglende samarbejde om opgaven. De skulle have udgjort en *enhed* som afsnitsledelse, men gør det ikke. *Motivet* er, at afdelingssygeplejersken gerne vil have et ledelsesfællesskab, men skurken i historien, lægen, forhindrer dette.

En afsnitsansvarlig overlæge fortæller om samarbejdet:

Jo, det er rigtigt, at jeg måske ikke er en integreret del af den afsnitsledelse. Men jeg håber, vi kan komme det nærmere – vi har haft problemer – opdelingen af ansvaret over for sygeplejerskerne har afdelingssygeplejersken ikke villet involvere mig særlig meget i, så derfor har jeg kørt lidt for mig selv.....Det der er svært ved den delte ledelse er, at jeg jo heller ikke skal blande mig i sygeplejerskeledelsen – det er ikke mit arbejde på den måde.

En anden afdelingsansvarlig overlæge fortæller:

Megen af den læring og sparring vi har med hinanden, afdelingssygeplejersken og jeg, er til morgenmødet, hvor vi snakker sammen om, hvad med den og den patient. Bagefter kan vi lige stikke hovederne sammen. Vi skal lige have gjort det og det, når vi kan se, der er mange måbende ansigter, når vi snakker om et eller andet, ikke.....Det er umuligt at planlægge samarbejds møder, fordi der altid sker noget.

Der fortælles i den første historie en tragedie om afdelingsoverlægen som et uskyldigt offer, idet hun ikke bliver draget ind i ledelsesarbejdet og må gå rundt for sig selv, men hun har selv de bedste hensigter og håber på et bedre samarbejde i fremtiden. Den anden fortælling er en episk fortælling om hurtigt at ordne tingene på gangen, da hverdagen er for hektisk til, at der kan aftales formelle møder, men de klarer tingene. I den episke fortælling er troperne; *enhed* i ledelsen og *motivet* er, at lægen gerne vil ordne tingene selvom tiden er knap og således udviser hun *ansvarlighed*. Troperne i tragedien kan siges at være de samme, idet lægen ønsker sig sådant et samarbejde, men pga. den *årsagsforbindelse* at lægen ikke kan blive lukket ind i ledelses fællesskabet, lykkes det ikke i denne fortælling.

Sammenfattende kan det ses, at ingen af lægefortællingerne passer med sygeplejerskefortællingen. Så der er to fortællinger med hver sin historie om, hvorfor det ikke lykkes at have fælles fodslag i afdelingsledelser om akkreditering, nemlig afdelingssygeplejerskens om den modvillige læge, som ikke indgår i arbejdet med akkreditering og den læge, der ikke bliver lukket ind i ledelsesrummet, men også frasiger sig at skulle have nogen direkte ledelsesforpligtelse i forhold til sygeplejersker i afsnittet. Lægen fra den episke fortælling klarer det hele ved lige at stikke hovederne sammen med sin medleder i farten. Troperne er *enhed* eller mangel på samme, *motivet* er, at de gerne vil samarbejdet, men i tragedien lader det sig ikke gøre. *Årsagsforbindelse* og *ansvarlighed* er andre troper, der ind går.

Samarbejde på afdelingsniveau

Den ledende overlæge og oversygeplejersken fra den ene afdeling fortæller:

... jeg tror sådan set, at vi har nogle forskellige kompetencer og supplerer hinanden rigtig godt og jeg tror, vi kender hinanden efterhånden så godt, at vi no-

genlunde ved, hvad hinanden tænker om forskellige opgaver, så jeg vil sige, at vi arbejder meget tæt sammen.

Det står vi last og brast om. Vi er en afdelingsledelse og vi gør rigtig meget ud af, at vi står sammen om de ting, der skal bringes ud over rampen.

Den anden afdelingsledelse fortæller:

Vi arbejder sammen om det, via de personalemøder vi har og det jeg glemmer husker min kollega. Og vi er fælles på møderne undtaget to slags møder. Jeg har ugentlige møder med lægerne og min kollega har sit afdelingssygeplejerskemøde.

Vi er en ny afdelingsledelse – vi prøver at have en fælles holdning til, hvad vi siger videre til næste led.

Alle fortællingerne er episke fortællinger om afdelingsledelser, der arbejder godt sammen eller for den nye afdelingsledelses vedkommende prøver at finde fælles fodslag. De mener alle fire, at samarbejdet er vigtigt og at de skal agere som en enhed udadtil. *Enhed* er en vigtig trope i disse fortællinger og de to ledere i afdelingsledelsen supplerer hinanden på kompetencer eller hukommelse. De ønsker at fremstå som enige udadtil, selvom de skulle have forskellige meninger om nogle af reguleringskravene i forhold til kvalitet. *Motivet* er, at lederne nemmere får oversat de nye tiltag, hvis de står sammen og det bliver herved en *årsagsforbindelse*. De ser dette som *ansvarlighed* i forhold til deres lederjob.

Sammenfattende kan det ses, at der er forskel på de to ledelsesniveauer. For afsnitsledelserne er det rigtig svært at få samarbejdet til at fungere og en del af fortællingerne er tragiske eller tragikomiske. På afdelingsniveau er sygeplejersken og lægen indstillet på at samarbejde og fremstå som en enhed udadtil også selvom den ene ledelse er ny.

Fortællinger om den anden faggruppe

Hvordan fortæller de to faggrupper om hinanden i forhold til oversættelsesarbejdet og efterfølgende handling, når det drejer sig om akkreditering?

De ledende sygeplejersker fortæller om deres lægekolleger:

...eller om man er typen, der synes; ”det her har med mennesker at gøre, jeg gør det på min individuelle måde. Det kan jeg ikke skrive ned, hvordan jeg gør.”
Altså, det er meget svært. så tror jeg, at der nok er flere læger der er kritiske, end sygeplejersker, og så siger jeg højt [til interviewerne]; at forholde sig sådan måske grænsende til fornægtende til, hvad det er man skal.....Altså fordi du har en kvalitetsfunktion der halter, så er det tungt, ikke. Og det har vi, fordi vi sidder med nogle læger, som ikke rigtigt forstår det her kvalitetsarbejde. Hvordan det egentlig påvirker hele vejen.

Disse tre fortællinger fra sygeplejersker fra begge afdelinger og ledelseslag om læger er alle tragedier, der handler om lægernes sparsomme eller manglende indsats i forhold til akkrediteringsarbejdet. Sygeplejerskerne er de uskyldige ofre for lægernes ignorering af akkreditering og deres afdeling og afsnit får svært ved at leve op til kravene om regulering af kvalitet, selv om sygeplejerskerne gør deres bedste, når lægerne ikke vil være med til oversættelsesarbejdet. Der er *årsagsforbindelse* mellem lægernes manglende deltagelse og problemer med at leve op til kravene som en vigtig trope. Dette ses som manglende *ansvarlighed*. Der er i forhold til *enhed* en klar opdeling i læger og sygeplejersker og ikke noget fælles arbejde om denne opgave. *Motivet* er, at læger prioriterer anderledes end sygeplejerskerne og ikke har fokus på akkreditering.

En af de ledende overlæger fortæller:

Sygeplejegruppen der et eller andet sted har nemmere ved at indstille sig på standarder og få til at arbejde på samme måde. Det er afdelingssygeplejerskerne, der bringer det videre ud i afdelingen.

Dette er en episk fortælling om sygeplejerskerne som dem, der har en vigtig rolle i oversættelsen af akkreditering til handling og som er gode til at arbejde efter standarder. Troperne i fortællingen er; *handling*, hvor sygeplejerskerne gør det rigtige og udviser *ansvarlighed*.

Sammenfattende er der flere fortællinger om lægerne i sygeplejerskernes interview end om sygeplejerskerne i lægernes interview og de fleste af sygeplejerskernes fortællinger er tragedier eller tragikomiske fortællinger. Fortællingerne viser, at der er stor frustration i denne gruppe.

pe over lægernes måde at gribe arbejdet med akkreditering an. De oplever, at lægerne enten er for ligeglade eller ikke har sat sig ind i tingene, hvis de er nye. De ser sig selv som ofre for lægernes manglende engagement og der ser ikke umiddelbart ud til at være mulige løsninger i udsigt i fortællingerne. I lægefortællingen er omtalen af sygeplejerskerne mere positiv og lægen kan se, at de har gode kompetencer i forhold til oversættelsesarbejdet, der skal gøre, at akkreditering bliver til konkrete handlinger i afsnit og afdelinger.

Fortællinger om egen faggruppe

Det viste sig i analysearbejdet, at de interviewede har flere fortællinger om egen faggruppe end om den anden faggruppe, når de omtaler deres oversættelsesarbejde og deres handlinger.

En afdelingssygeplejerske fortæller:

Det er jo fagprofessionelle vi har herovre, ikke. Det er jo kyndige sygeplejersker. De har masser af erfaring i rygsækken og de ved god hvad der er godt og hvis jeg kommer med noget, de ikke synes er godt, så gør de det da bare på deres egen måde.

Dagen efter når jeg ligesom har været lidt til en eksamensagtig situation, er det da lidt – puha består vi – nå men det gik jo godt. De [medarbejderne] kan da godt forstå mig, at jeg er lidt træt efter det.

Afdelingssygeplejersken fortæller to episke fortællinger om sin egen faggruppe og sin egen indsats i forhold til netop afholdt akkreditering. Sygeplejerskerne er dygtige og erfarne og kræver, at de kan se mening i det, de bliver bedt om at gøre. Afdelingssygeplejersken får forståelse fra sine medarbejdere om, at det er en stor opgave, hun har løst i forhold til netop afholdt akkreditering, så hun fortjener at hvile lidt på laurbærrene. Troper i denne fortælling; *motivet* er at gøre akkrediteringen godt, hvis den giver mening. Fortællerne oplever *følelsen* af stolthed. Sygeplejerskerne udgør en *enhed*, uanset at fortælleren er leder for de andre sygeplejersker i fortællingen.

De ledende overlæger og de afsnitsansvarlige overlægers fortællinger om læger:

Vi har faktisk nogle meget dedikerede teamansvarlige overlæger på vores sengeafsnit og i ambulatoriet. De gør det ikke hver gang, men indimellem alt efter, hvad der skal implementeres.

Patienterne kommer før alt mulig andet og jeg skal lave mit kliniske arbejde og jeg skal hjælpe reservelægerne – og hvis jeg skal lave noget med akkreditering og jeg ikke kan nå det i arbejdstiden, så skal jeg lave det, når jeg har fri – for det skal gøres eller hvad? Det er ok, jeg har jo sagt ja til stillingen.

Så er danske læger sådan indrettet, at de tænker, nå! Det er da meget fint – lad os gøre det på den måde, det kan også være det er udmærket. - Og det er det, jeg mener. Så de gør det nødvendigvis ikke – så følger de en anden vej, som måske er lige så god. – Med det kreative mener jeg – at det måske kunne gøres på en anden måde.

Det er en stor udfordring for min egen gruppe, for lægegruppen - fordi de gerne vil gøre - de fleste vil rigtig gerne gøre det, de altid har gjort og på samme måde og er meget sværere – er min fornemmelse – end plejegruppen at få til at arbejde på samme måde.

De tre første fortællinger er episke fortællinger om lægerne, der godt vil akkreditering, hvis de har tid for det vigtige patientarbejde eller ikke har en bedre måde at gøre behandlingsarbejdet på end det, som en standard udstikker. Den sidste fortælling er nærmest tragisk komisk, idet lægen med ledelsesansvar har sin prøvelse med lægekolleger, der ikke vil rette ind efter standarder og følge nye procedure. Troperne der bruges i lægernes fortællinger; lægerne udviser *ansvarlighed* i forhold til patientbehandlingen og *motivet* er at være en god læge nogle gange på en lidt gammeldags måde. Lægerne er gode til *handling*, men det skal være den handling, de selv finder meningsfuld. Der ses en *årsagsforbindelse*, idet der først prioriteres tid til patienterne og først derefter akkreditering, hvis tiden er brugt op eller knap, prøver man at omgås nogen af kravene i forhold til kvalitetsarbejdet.

Sammenfattende ses det, at både sygeplejersker og læger i vores interview er temmelig godt tilfredse med dem selv og deres egen faggruppe, men det er forskellige ting de er stolte over, idet sygeplejerskerne er stolte over at gøre akkrediteringsarbejdet godt, mens lægerne er stolte over den prioritering de laver, som nogen gange betyder, at de ikke når til akkreditering. Dog kan disse læger med ledelsesansvar godt vedkende sig, at der er kollegaer, der ikke deltager i arbejdet med akkreditering, som de skal. De udgør en udfordring, hvis de vil prøve at få dem i med arbejdet.

Plot og morale vedrørende analysen af karakterer

Karaktererne i fortællingerne er læger og sygeplejersker og der er forskel på, hvilke genrer fortællerne bruger og dermed er plottene også forskellige. Plottene i afdelingssygeplejerskerne tragiske fortællinger, handler om lægernes manglende deltagelse i oversættelsesarbejdet i forhold akkreditering og manglende deltagelse i samarbejdet og de bliver skurkene, der forhindrer at akkrediteringen lykkes. Moralen bliver, at man ikke kan leve op til kravene i kvalitetsarbejdet, når man ikke står sammen i afdelingsledelserne. Når lægerne fortæller historier, er plottet, at man må sno sig og lave prioriteringer, som ikke altid falder sammen med tanken om akkreditering og lægerne er helte i disse historier. Moralen er, at patienten kommer først og akkreditering bagefter. Plottene i fortællingerne om samarbejde er forskellige i afdelings- og afdelingsledelsesfortællinger, i sidstnævnte er det vigtigt at samarbejde og alle er helte både læger og sygeplejerske. Moralen er, at det er vigtigt at gøre fælles front. I afdelingsledelsesfortællingerne er der tragedier med både sygeplejersker og læger i rollen som ofre for makkerens manglende deltagelse i arbejdet eller, at man ikke bliver lukket ind i ledelsesarbejdet. En morale er, at man er meget alene i afdelingsledelsesarbejdet. I fortællingerne om de andre og om sig selv, er plottene præget af, at lægerne er skurke i sygeplejerskernes fortællinger, men helte i lægernes egne fortællinger om dem selv.

Legitimitetsstrategier i fortællingerne om læger og sygeplejersker

I lægernes fortællinger om dem selv er det autoriseringsstrategien, der bruges, idet de ikke drager deres ret til selv at afgøre prioriteringerne i tvivl. Det synes også at være den strategi sammen med moraliseringsstrategien, der bruges i sygeplejerskernes fortælling, idet de affinder sig med lægernes beslutninger og adfærd, men giver udtryk for, at det er forkert, at lægerne ikke deltager mere i oversættelsesarbejdet og samarbejdet. Den narrative strategi danner rammen om lægernes og sygeplejerskernes legitimering af kvalitetsarbejdet, idet der fortælles rigtig mange historier for at legitimere deres handlinger eller mangel på samme.

Analyse af institutionaliseringsfasen

Når idéen tages for givet i den specifikke kontekst, i vores opgave de enkelte afdelinger, er den institutionaliseret. Denne analyse fokuserer på, hvilke fortællinger lederne i de to afdelinger fortæller med hensyn til, hvor langt den objektiverede idé, akkreditering, er nået på sin rejse. Vi har til forskel fra de foregående analyser valgt at opdele analysen afdelingsvis i Al-

pha og Beta, da de adskiller sig væsentligt, når vi analyserer, hvad ledelsesfortællingerne frembringer om, hvor langt akkreditering er rejst ind på afdelingerne og om idéen er blevet så stor en succes, at vi kan kalde den for institutionaliseret jf. Czarniawska og Joerges (1996).

Afdeling Alpha

I afdeling Alpha har lederne fungeret sammen en del år og en sygeplejeleder fortæller om akkreditering:

Fra starten af synes jeg nok, at det var lidt mere en belastning end en hjælp, fordi det var rigtig krævende. Senere har det så givet mere og mere mening og jeg synes i dag, at da ser jeg resultatet som et kvalitetsløft. Faktisk så tænker man ikke akkreditering i de ting man går og gør i dagligdagen, hvordan vi gør det og altså der er blevet nogle ting, der ligesom er blevet indarbejdet, hvor man ikke tænker det er akkreditering mere, og det gjorde vi jo ikke i starten.

Samme sygeplejeleder fortæller om, at akkreditering tidligere var helt blæst op og tilføjer:

Da kunne jeg også mærke på min afdelingsleder, der at hun for rundt og kravlede inde underskrivebordene for at flytte nullermænd og sådan noget. Hun sagde ”de kommer, de kommer” og var helt deroppe. Jeg synes det er vigtigt, at det afspejler hverdagen, altså, så derfor ligger jeg ikke inde under skrivebordet. Ja, nu synes jeg faktisk også, at personalegruppen er rimelig upåvirket af, at de skal komme.

En anden sygeplejeleder fortæller:

Ja, altså – det som jeg mente [og griner] det var, at vi glemmer, hvordan det var inden hospitalet blev akkrediteret – hvordan det var altså, hvordan vi brugte kræfterne, hvordan vi tænkte, fordi man kan ikke så let se, om organisationen har lært, eller hvordan man har flyttet sig, mens man er i processen, men det ser man nogle gange når, man går udenfor og ser, hvordan andre tænker, hører hvordan andre tænker om de standarder eller vejledninger, vi arbejder op imod.

Og en afsnitsansvarlig overlæge fortæller:

Jeg har jo været med gennem en del gange de her akkrediteringsprocesser og jeg kan da husk fra den gang, hvor alle sagde de der amerikanere... de skal ikke

komme og fortælle os, hvad vi skal gøre. Men jeg synes meget hurtigt, at jeg fik øjnene op for alle de ting, man kunne bruge akkreditering til, det der egentlig var meningen med det – nemlig kvalitetsudvikling og jeg synes faktisk, at jeg oplever det meget positivt.

Lederne i afdeling Alpha fortæller her en blanding af episke og komiske fortællinger, om ledere, der gik grueligt meget igennem, men vandt til sidst og fik succes med den nye idé og nu godt kan se komikken i, at nogle ledere før i tiden lå og samlede nullermænd under skriveborde, fordi man troede det gav point ved et akkrediteringsbesøg. De poetiske troper som bidrager til at give mening for lederne i afdeling Alpha er *motivet* med akkreditering som er noget godt for deres afdeling og som over tid er blevet en integreret del af deres daglige arbejde.

Afdeling Beta

I afdeling Beta har afdelingsledelsen og afsnitsledelser fungeret sammen i under ét år og modsat de lægelige ledere, har de sygeplejefaglige ledere været i afdelingen i mange år. I forhold til denne analyse om, hvor langt akkreditering er rejst ind i organisationen, kan vi ikke identificere nogen lægefortællinger i afdeling Beta, som siger noget om institutionalisering af akkreditering.

Derimod fortæller ledende oversygeplejerske om en opgave med at oplære de nye læger:

Vi andre prøver at give input til, hvad vi måske tænker kunne være en god måde, at gøre det her på. Så fandt jeg standarder....så havde vi [sygeplejersken og den nye læge] et lynkursus i, hvordan man gør.

Vi er en ny afdelingsledelse – vi prøver at have en fælles holdning til hvad vi siger videre til næste led og [afdelingens navn] er nok meget sygeplejestyret - vi har ikke haft så meget lægelig opbakning og ikke haft så meget lægelig ledelse tidligere og derfor kører vi måske lidt i sygeplejen sådan, så jeg snakker med min afdelingssygeplejerske om nogle af de der ting, hvordan skal vi implementere det, så jeg tror, den er mere stringent der.

Og afdelingssygeplejersken fortæller:

Ja, jeg havde selv lidt modstand på akkreditering da det blev indført. Jeg var jo in between jobs – så jeg var ikke med ved den første, nogen har heldigvis lavet

al forarbejdet. Det kunne jeg jo se havde været et kæmpearbejde. Men jeg er så også kommet dertil, at jeg synes det er rigtigt fornuftigt. Altså, jeg kunne ikke i virkeligheden forestille mig at arbejde et sted, hvor man ikke er så konsekvent med det. Fordi jeg synes det er enormt godt for patienterne.Jamen jeg ser det sådan, at det er min opgave, at sørge for at de her ting bliver ført ud i livet, altså hvis vi siger, at vi kører som det her patientforløb, så er det min opgave, at sørge for, at vi gør det.

De to ledende sygeplejerskers fortællinger er en blanding af episke og tragiske fortællinger om ledere, der i deres egen faggruppe med succes har oversat akkreditering til handling i deres afdeling. På den anden side er de ofre for skurken i skikkelse af de nye ledende lægers manglende kendskab til akkreditering, som gør det svært at få fælles holdninger med hensyn til oversættelse og implementering akkreditering i afdeling Beta. Den poetiske trope, som særligt bidrager til de sygeplejefaglige lederes meningsskabelse i afdeling Beta er *motivet* til at oplære lægerne, så de kan deltage i akkrediteringsarbejdet. Men det er også tropen *årsagsforbindelse*, idet sygeplejerskerne forbinder lægernes manglende forståelse for akkreditering med mangel på fælles holdninger i ledelsen.

Plot og morale vedrørende institutionalisering

De fortællergenrer lederne benytter i forhold til, hvor succesfuld oversættelsen af akkreditering er i afdeling Alpha, er en blanding af den episke og komiske genre. Plottet som binder de episke fortællingers begivenheder sammen med hensyn til, hvor godt og succesfuldt afdelingen har fået oversat akkreditering til handling lokalt, er tiden, der er gået fra den første akkreditering til nu næsten 10 år senere. Det komiske plot er, at lederne i afdeling Alpha i dag morer sig over, at have været ”sådan nogle fjolser” en gang, at de kravlede under borde og gjorde rent på grund af akkreditering – og fuldstændig havde ”misforstået” opgaven. I dag har lederne forstået, hvad det går ud på og tænker ikke længere over det – de tager akkrediteringsarbejdet for givet og moralen er, at når tiden får lov at arbejde med, så går vi alle samme vej til sidst.

I afdeling Beta falder den episke fortællingen sammen med afdeling Alphas, men kun når det vedrører sygeplejerskerne. Plottet, som binder begivenhederne i disse sygeplejerskers fortællinger sammen er, at de, på grund af en stærk interesse i at gøre det bedste for patienterne og

deres monofaglighed, har overvundet besværlighederne med akkreditering – og akkreditering er blevet oversat og stabiliseret så meget, at sygeplejelederne er i stand til at give nye læger lynkurser i det. Man kan med andre ord sige, at moralen er, at selvgjort er velgjort. Ikke desto mindre er der også en tragedie i afdeling Beta og plottet i denne fortælling er, at manglende tværfaglighed og fælles holdninger til akkreditering gør det svært at implementere. Moralens er at lære lægerne op i forhold til, hvordan akkreditering skal forstås i afdelingen.

Legitimitetsstrategier i institutionaliseringsfasen

Ser vi på afdeling Alphas ledere som helhed og afdeling Betas sygeplejeledere og de legitimitetsstrategier, lederne anvender i institutionaliseringsfasen, henter de i den episke fortælling først og fremmest legitimitet ved, at akkreditering er blevet en institution i afdelingen. Lederne tager opgaven for givet og vi ser regulering af kvalitet via akkreditering som institutionaliseret helt i Alpha og delvist i Beta. Vaara (2008) beskriver, at legitimitet er tæt forbundet med institutionalisering, fordi institutionaliseringen af idéer og handlinger som forudsætning kræver legitimering på en eller anden måde. På den måde kan vi sige, at når idéen med akkreditering er institutionaliseret, så er den på én og samme tid også legitimeret.

I den tragiske fortælling, hvor oversættelsen af akkreditering i afdeling Beta kun er institutionaliseret i sygeplejegruppen, ser vi legitimitetsstrategier i form af normalisering og moralisering. Normaliseringsstrategien anvendes, når sygeplejelederne via et lynkursus bruger deres egne retrospektive referencer til at oplære de nye læger i, hvordan de skal oversætte måden at arbejde med kvalitet på. Derimod bruger sygeplejelederne moraliseringsstrategien, når de legitimerer deres handlinger med hensyn til at arbejde monofagligt omkring akkrediteringsarbejdet, fordi de henviser til manglende fælles holdninger med de lægefaglige medlemmer. Så er man nødt til at gøre det selv.

Opsamling på institutionaliseringsfasen

Det gælder for både lederne i afdeling Alpha og sygeplejelederne i afdeling Beta, at akkreditering er blevet så tilpas en succes, at den nu er institutionaliseret og på den måde i sig selv legitimerer deres oversættelser til handling. Tilbage står skurken, lægerne i afdeling Beta, der laver rod i butikken ved ikke at forstå og have fælles holdninger med sygeplejerskerne til, hvad det hele handler om – og på den baggrund legitimerer sygeplejerskerne, at de arbejder monofagligt.

Kapitel 5

Dette kapitel indeholder refleksioner over den valgte teori i opgaven.

Refleksioner over teoriernes anvendelse

Vi har i vores analyse valgt at bruge Czarniawska og Joerges (1996) teori om *idéernes rejse*, som ramme om en narrativ analyse af mellemlederes fortællinger og deres legitimitetsstrategier fra to afdelinger på et områdehospital i Region Hovedstaden. Idéen i vores afhandling er regulering af kvalitet i form af akkreditering.

Teorien om idéernes rejse giver et godt overblik over og en forståelse for, hvordan udviklingen fra en idé opstår til den er omsat til handling i en organisation foregår og bliver institutionaliseret, hvis implementeringen har været vellykket. Vi har set teorien som bestående af tre faser, fase et som en indrejse- og objektiveringsfase, fase to som oversættelse til handling i praksis og fase tre som institutionaliseringsfasen. Det har i vores empiri givet god mening at følge idéernes rejse ind i de to afdelinger og analysere oversættelsesfaserne. Teorien er god til at skabe en struktur for forståelsen af oversættelsen fra idé til handling, men det betyder også at forståelsen kan blive lidt ufleksibel. Der er altid mange idéer i spil samtidig i organisationer, og de idéer vil indvirke på hinanden og gøre processen mere kompliceret, end den analyse vi har foretaget med kun en idé, akkreditering. Modellen beskriver heller ikke nogen feedback mulighed med henblik på om idéen virker, når den er rejst ud. Der er ikke en særlig konkret beskrivelse af, hvordan oversættelse fra den objektiverede idé til handling foregår. Vi har valgt at en af de måder, der kan oversættes på er via ledelsesfortællinger.

Fortællinger er med til at skabe mening og vi lever gennem fortællinger og forsøger derved at skabe forståelse for både vores fortid, nutid og fremtid. I en organisation som sundhedsvæsenet fortæller de forskellige aktører også for at skabe mening. Vi har valgt at analysere med Gabriels (2000) genrefortællinger og har fundet episke og tragiske fortællinger om de begivenheder og karakterer, vi har undersøgt. Genrefortællinger kan vise, hvordan mellemlederne skaber mening for sig selv og forsøger at gøre det for deres medarbejdere. I fortællingerne bidrager de poetiske troper til mellemledernes meningsskabelse og de anvender et bredt udsnit

af de poetiske troper for at skabe mening i forhold til akkrediteringen. Analysen med at identificere de poetiske troper har været tidskrævende. Troperne har givet et bidrag til en dybere forståelse af ledernes fortællinger, alligevel kan vi ikke sige noget samlet og generelt i forhold til, om lederne har nogle særligt foretrukne troper i de tre oversættelsesfaser, når de skaber mening gennem deres fortællinger. Genrefortællingerne er gode til at skabe mening for lederne, men de er også med til at fastlåse dem i en social orden, da det er svært at gå fra at være skurk eller offer til at være helt, ligesom der ofte kun er plads til én helt i en fortælling. Det efterlader de øvrige karakterer kun med mulighed for at være medhjælpere eller skurke. Meningsskabelsen i genrefortællinger er mest på det individuelle plan, og derfor kan vi ikke ud fra den indsamlede empiri og vores analyse af den sige så meget om samspillet mellem de mange aktører i feltet, politikkerne, administrationen, ledelsen og de tværfaglige personaler. Hvis aktørerne lader deres fortællinger interagere med hinanden og forhandler om at få en flerstemmig historie, en polyfoni, så giver det andre vinkler på organisationens muligheder for at skabe mening med akkreditering.

Da kvalitet beskrives som sundhedsvæsenets vigtigste eller eneste legitimitet, har det været vigtigt for os at undersøge hvilke legitimitetsstrategier, fortællerne, lederne vi har interviewet, bruger for at legitimere deres oversættelser og handlinger eller mangel på samme. Det har givet særlig god mening at bruge Vaara's (2006) legitimitetsstrategier i forhold til vores problemformulering, fordi den også præsenterer en narrativ legitimitetsstrategi. Her får fortællinger en plads som strategi for at opnå klarhed over, hvad der er acceptabel og passende adfærd og kan supplere genrestrategien, hvor dens anvendelse i forhold til legitimitetsspørgsmålet slipper op.

Det har givet god mening at anvende teorien idéernes rejse som ramme for analyse af ledelsesfortællinger og legitimitetsstrategier, som er flettet ind i de tre faser. I den første fase har vi set på de politikker fra Regionen og Områdehospitalet, som er ledernes afsæt i deres daglige ledelsespraksis. I fase to og tre har vi analyseret med ledernes genrefortællinger, og har fundet begivenheder og karakterer, der har givet god mening i forhold til at forstå deres oversættelsesarbejde.

Kapitel 6

Dette kapitel indeholder en konklusion ud fra analyseresultaterne, holdt op mod problemformuleringen.

Konklusion

Konklusionen er den samlede besvarelse af vores problemformulering og sker på baggrund af den empiriske besvarelse, som fremgår af analysekonklusionerne. Problemformuleringen lyder således:

Hvordan oversætter og skaber mellemledere på to hospitalsafdelinger mening med regulering af kvalitet gennem fortællinger og hvorledes legitimerer de oversættelserne?

På Områdehospitalet i Region Hovedstaden arbejder vores mellemledere i en meningsramme, der angiver, at det er sundhedsvæsnets vigtigste opgave at sørge for, at kvaliteten er i top. Region Hovedstadens og Områdehospitalets kvalitetspolitikker er værdibaserede, og det er svært for de otte mellemledere, vi har interviewet, at være uenige i de beskrevne værdier. Mellemledernes tvungne opgave er at tage afsæt i de ambitiøse kvalitetspolitikker og det kræver et ihærdigt oversættelsesarbejde af dem, for at få den objektiverede idé til at rejse ind på afdelingerne. Mellemlederne fortæller, at akkreditering foregår som envejskommunikation, hvor det er vanskeligt at kommunikere utilfredsheder i forhold til akkreditering opad i organisationen. Måske ønsker de øverste beslutningstagere heller ikke dialogen, fordi et væsentligt formål med reguleringen af kvalitet i sundhedsvæsenet er at kontrollere de fagprofessionelle. Dette er tankevækkende, da undersøgelser viser, at samspillet mellem regulator og aktør er vigtig for effekten af reguleringen. Mellemlederne oplever, at opgaven kommer ned fra oven, uden at de har indflydelse på den og at de objektiverede idéer i form af politikker i regionen og på områdehospitalet forventes implementeret som præsenteret. Mellemlederne anbefaler større lydhørhed og dialog om kvalitetsarbejdet i hele organisationen, da det ville mindske noget af den frustration, de oplever, når nogle af kravene ikke giver mening eller ressourcerne ikke slår til.

Fortællinger er med til at skabe mening i vores tilværelse og det er tydeligt i vores analyse, at mellemledernes genrefortællinger er stærkt meningsskabende og gentagne episke og tragiske

fortællinger er med til at fastholde den sociale orden, da det er svært at gå fra at være skurk eller offer til at være helt, når helterollerne allerede er besat i fortællingerne. Der fortælles rigtig mange heltehistorier af vores mellemledere, hvor de selv er helten, der ridder forrest i arbejdet med at få oversat akkreditering til handling i deres afdelinger og afsnit. De ser sig selv som rollemodeller og oversættere af kvalitetskravene til menneskesprog og faglige begrundelser. Arbejdet med kvalitetskravene beskrives som en tvungen opgave, men alle lederne fortæller, at de arbejder seriøst for at leve op til akkrediteringskravene. Det giver mening for lederne, at se sig selv i rollen som helten, der er modig, klog, og kan handle i svære situationer, de vil meget gerne lykkes og udøve en faglig indsats på et højt professionelt niveau. Mellemledernes mange heltefortællinger viser, at det er vigtigt for dem at performe godt både indadtil og udadtil. Heltehistorier bibringer optimisme og fremadrettethed, hvor tragedierne snarere fastlåser karaktererne og oversættelsesarbejdet i hverdagens problemer uden svar på, hvordan lederne kan komme videre med deres opgave. Sygeplejelederne kunne vælge at fortælle heltehistorier om lægernes evner udi oversættelse af kvalitetsarbejdet og deres samarbejdsevner, det ville måske blive lettere at samarbejde om opgaven, end når lægerne er fastlåst i deres skurkeroller. Der er dog situationer, hvor heltefortællinger ikke virker fremmende for oversættelsen af kvalitetsarbejdet, som når lægerne fortæller heltehistorier om, hvordan de dekobler i forhold til regulering af kvalitet i stedet for at samarbejde med deres ledelsesmakker om oversættelsen af akkreditering, som sygeplejerskerne efterspørger.

Lederne fortæller også modfortællinger om, at når de oplever, at kravene ikke giver mening eller tiden er for knap, omgår de reguleringskravene på forskellig vis, men det er ikke nogle historier, som de ønsker at skilte med. Der er forskel på lægernes og sygeplejerskernes måde at omgå kravene på. Lægerne fortæller gerne heltehistorier, hvor de må prioritere patientbehandlingen frem for arbejdet forbundet med at bevise, at de lever op til kvalitetskravene. Sygeplejersker fortæller først senere i deres fortællinger om, at de også har problemer med at leve op til kravene. De fortæller oftest tragedier om lægernes manglende indsats i kvalitetsarbejdet, og ser dette som forklaringen på, at de ikke selv eller deres medarbejdere kan leve op til kravene. Sygeplejerskerne oplever i højere grad end lægerne, at det er et nederlag, når det ikke lykkes for dem at oversætte kvalitetskravene til handling og de har det sværere med at være nødt til at dekode. Vi vurderer dette som, at sygeplejerskerne er mere vant til at skulle være "de pæne piger" og leve op til "lærerens" krav. Lægerne derimod forholder sig mere pragmatisk til, at det nogle gange er en umulig opgave at leve op til alle kravene og de "træk-

ker” sig tilbage til deres kerneydelse, patientbehandlingen. Når det bliver svært at klare akkrediteringen, er sygeplejerskerne meget indstillet på at komme i dialog med deres ledelseskollegaer og deres medarbejdere om, hvordan de sammen kan finde en løsning på problemet. Lægerne fortæller, at de lige prøver at luske kvalitetskravene ind af bagdøren for at undgå for mange konflikter med deres lægekollegaer. Dekobling er en ensom opgave, idet lederne står alene med prioriteringen af, hvad de ikke kan nå. Lederne kan ikke argumentere med manglende mening i opgaven eller mangel på ressourcer som forklaring, når kvalitetsarbejdet ikke kan nås, da det ikke er en gangbar undskyldning opadtil i organisationen. Dette betyder, at lederne ikke får en fælles prioritering i kvalitetsarbejdet i afdelingen og der sker heller ikke en fælles prioritering på hospitalsniveau.

Fortællingerne om samarbejdet mellem de to faggrupper i deres ledelsesarbejde er meget forskellige på de to ledelsesniveauer, idet de fire afdelingsledere fortæller episke historier om at stå sammen og supplere hinanden, mens afsnitsledernes fortællinger er mere blandede. Afdelingssygeplejerskerne fortæller tragedier om det fraværende samarbejde med deres ledelsesmakker, når det handler om oversættelse af kvalitetsarbejdet til handling i deres afsnit. Afsnitslægerne fortæller enten tragedier om ikke at blive lukket ind i ledelsesarbejdet af afdelingssygeplejersken eller heltehistorier om lige at klare samarbejdet i forbifarten med sin afdelingssygeplejerske. Det kan være en bekræftelse af det, vi identificerede i vores 1. årsopgave, at der på grund af overlægernes høje tidsforbrug på klinisk arbejde er en slagside i dynamikken mellem afdelingssygeplejersken og overlægens fælles ledelse i afsnittet. Det kan godt være at lægerne har de bedste hensigter, men ikke mulighederne for at deltage i oversættelsen af akkreditering til handling i praksis. Det kan også handle om ledelsesmæssig skoling, afdelingssygeplejerskerne er som regel bedre uddannet ledelsesmæssigt og tænker derfor oversættelse til handling på en anden måde. På den anden side kan det også være bekvemt for dem begge med disse positioneringer i deres fortællinger om hinanden. Det kan være en fordel for lægen at slippe for arbejdet med akkreditering og for sygeplejersken kan det være rart at have ledelseskontrollen med afsnittet for sig selv. Spørgsmålet er, om de er klar over, hvilken betydningen deres positioneringer af hinanden har for deres samarbejde.

Ledernes fortællinger om akkreditering som en institutionaliseret del af deres arbejde, indeholder to vigtige perspektiver. Det ene er, at når de nye ledende læger i Beta-afdelingen stiller spørgsmål ved, om dette nu er den rette måde at gøre tingene på, afstedkommer det stor

irritation hos deres ledelsesmakkere. Dette til trods for, at de selv fortæller tragikomiske historier om deres egen oplevelse med akkreditering, da det var nyt for dem selv. Det bliver en ledelsesopgave, at se nye medarbejdere som nogen, der kan berige kvalitetsarbejdet i stedet for nogen, der bare stiller unødvendige spørgsmål. Det andet er, at flere af lederne, der hvor akkreditering er institutionaliseret, oplever, at det ikke rigtig rykker så meget med hensyn til forbedringer af kvaliteten, nu hvor de for fjerde gang skal akkrediteres. De synes, at de bedre selv kender til brist i deres udførelse af arbejdet end surveyorne, der kommer for at kontrollere om afdelingen lever op til kravene.

Når vi ser på, hvilke legitimitetsstrategier lederne anvender, når de oversætter regulering af kvalitet, bruges moraliseringsstrategien lige fra idéen akkreditering tages ind i Region Hovedstaden over områdehospitalets videre oversættelse af idéen og til oversættelsen ude på afdelingerne. Vi ser dette som udtryk for, at der er meget lidt evidens for, at kvalitetsarbejdet rent faktisk giver patienterne en bedre behandling og derfor bliver man nødt til at bringe værdier i spil som legitimitet. Når lederne skal oversætte idéen akkreditering til handling i afdelingerne eller lederne oplever, at de må dekode, er alle fem legitimitetsstrategier på arbejde, som tegn på at det er en kæmpe opgave lederne har med at oversætte. Lederne autoriserer sig selv til at træffe beslutninger om akkreditering i deres afdeling, også når det handler om dekolpling. De bruger normaliseringsstrategien, når de siger, at kravene de skal leve op til, blot er det normale gode arbejde, de plejer at udføre. Rationaliseringsstrategien bruges med henvisning til nytteværdien af kvalitetsarbejdet. De fortæller historier og bruger den narrative legitimitetsstrategi både for at få klarhed over, hvad der er acceptabel adfærd, men også som støtte for de øvrige strategier, som skal legitimere deres handlinger. I den sidste fase af idéens rejse, hvor akkreditering er blevet institutionaliseret, virker institutionaliseringen i sig selv som legitimering.

Her mod afslutningen, hvor vi har været på rejse med idéen akkreditering ind i Region Hovedstaden og videre ud på Områdehospitalet og ud på to afdelinger på hospitalet, kan vi se nogle forhold, der har implikationer for ledelsespraksis og hvor der kan nytænkes for at komme videre med kvalitetsarbejdet. Det overordnede politiske formål med indførelsen af akkreditering er ens behandling for alle patienter og et forsøg på at lukke det ”knowing-doing-gap”, som Juhl-udvalget fandt på deres rundrejse i det danske sundhedsvæsen. Ledelsesfortællingerne viser, at det bliver vanskeligt at leve op til formålet, fordi det er den enkelte leder,

der ude i sin afdeling eller afsnit selv må prioritere, hvor de ikke kan leve op til akkrediteringen. Det er tvivlsomt, at de vælger at gøre det på samme måde, derfor vil patienterne stadig kunne opleve store forskelle i tilbuddet på de forskellige hospitaler. Den akkrediteringsmodel, der bruges er en "one-fits-all"-model, hvor alle aktører betragtes ens og reguleringen skal foregå på nøjagtig samme måde alle steder. Vi tænker, at en mere responsiv form for regulering, hvor der mere ses på den enkelte afdelings muligheder og behov kunne være en del af en løsning, der vil skabe mere mening for lederne i praksis. Ønsket om at lukke "knowing-doing-gap"-et med akkreditering, kan være vanskeligt, fordi mellemlederne fortæller om, at de meget gerne vil performe godt og kommer derved i konkurrence med andre afdelinger. Det giver en risiko for, at der ikke videndeles, fordi man gerne vil fortsætte med at være den bedste afdeling. Der er ligeledes en problematik i, at man tænker, at hullet kan lukkes ved at en god idé spredes fra en afdeling til en anden, men ud fra vores ledelsesfortællinger kan vi ikke se, at det er noget, der sker i praksis, når lederne oversætter til handling. Dette kan skyldes den omtalte konkurrence eller at en idé, der er god i en afdeling, ikke nødvendigvis virker i en anden. Der mangler således dialog i sundhedsvæsenet om en fælles prioritering mellem kvalitetskrav og ressourcer og hvordan man videndeler, når man samtidig opfatter hinanden som konkurrenter.

Hvis sundhedsvæsenet som helhed skal arbejde mod ens patientbehandling, ser det ud til, at de øverste ledere må gå i dialog med hospitalsafdelingernes ledere om deres opgaver omkring regulering af kvalitet, når det ikke giver mening. Vi forestiller os, at mellemledernes idéer kan rejse tilbage til Region Hovedstadens og Områdehospitalets kvalitetspolitikker med henblik på nye oversættelser til handlinger i praksis. Aktørerne vil på den måde opnå større forståelse for hinandens vilkår og derved ikke have behov for at låse dem selv og andre fast i helteroller uden plads til nye helte eller forbliver ofre eller skurke uden mulighed for udvikling.

Referencer

- Andersen, N.Å. (2008) ”Velfærdsledelse: Diagnoser og udfordringer”, i: Sløk, C. & Villadsen, K. (2008) Velfærdsledelse i den selvstyrende velfærdsstat. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bendix, H., Digmann, A., Jørgensen, P. & Pedersen, K. M. (2008). *Hospitalsledelse. Organisatorisk fænomen og faglig disciplin*. Børsens Forlag.
- Borum, Finn og Pedersen, Anne Reff (2008). *Fusioner, ledelse og fortællinger – integration og polyfoni i det danske sundhedsvæsen*. Handelshøjskolens Forlag.
- Bruner, Jerome (2009). *At fortælle historier i juraen, i litteraturen og i livet*. Egmont, Akademisk forlag.
- Christensen, Villum (2010). Kronikken, Berlingske Tidende 30. august 2010. Christensen er kommunalordfører for Liberal Alliance.
- Czarniawska, Barbara og Joerges, Bernward (1996). *Travels of Ideas*. I: Czarniawska, B. og Sevón, G. (Eds.) (1996). *Translating Organizational Change*. Forlaget de Gruyter.
- Czarniawska, Barbara og Sevón, Guje (1996). *Introduction*. I: Czarniawska, B. og Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. Forlaget de Gruyter.
- Gabriel, Yiannis (2000). *Storytelling in Organizations. Facts, Fictions, and Fantasies*. Oxford.
- Hood, C. (1995). *The ”New Public Management” in the 1980s: Variations on a Theme*. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 20, No. 2/3, pp. 93-109, 1995.
- IKAS (2009). *Den danske Kvalitetsmodel – akkrediteringsstandarder for sygehuse 1. version*, Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS) 2009.

- Jackson, B. & Parry, K. (2008). *A very Short, Fairly Interesting and Reasonably Cheap Book about Studying Leadership*. SAGE Publications Ltd. (Side 3-22).
- Jordansen, Birgit og Madsen, Jens Astrup (2010). *Introduktion til videnskabsteori*. I: Darmer, P., Jordansen, B., Madsen, J. A., Thomsen J. (red). Paradigmer i praksis. Handelsskolens Forlag 2010.
- Juhl, Erik (2007). *Rundrejse i det danske sygehusvæsen*. Rapport v/ Statsministerens personlige repræsentant Erik Juhl. www.kvalitetsreformen.dk
- Kick off møde vedr. akkreditering, Områdehospitalet, 15. september 2010. (Af hensyn til informanternes anonymitet tilbageholdes navnet på hospitalet, der kan verificeres ved henvendelse til forfatterne af denne afhandling).
- Kjær, Peter (2002) *Et institutionelt begreb for forandring*. I: S. Voxsted (red.) ”Forandring af organisationer”. Merko, p. 42 -50.
- Knudsen, Janne L. (red.) (2008). *Akkreditering og den danske kvalitetsmodel*. I: Knudsen, Janne L., Christensen, Mads E. & Hansen, Bente (red.) (2008). *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen* (2008). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Knudsen, Janne L., Christensen, Mads E. & Hansen, Bente (2008). *Fra decentral til central regulering af kvalitet i sundhedsvæsenet – en introduktion*. I: Knudsen, Janne L., Christensen, Mads E. & Hansen, Bente (red.) (2008). *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Knudsen, Morten (2009). *En guide til litteratur om metode, analysestrategi og videnskabsteori*. Guide udarbejdet specifikt til Master of Health Management studerende ved Copenhagen Business School.
- KREVI (2009). *Erfaringer med akkreditering i Danmark*. Notat juni 2009. www.krevi.dk

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) 2. udgave. *InterView – introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels forlag.
- Mintzberg, Henry (2009). *Managing*. Financial Times. Prentice Hall. Pearson Education Limited.
- Områdehospitalet (2010). *Kvalitetsudvikling. Strategi, Plan og Mål 2010–2012*. (Af hensyn til informanternes anonymitet tilbageholdes navnet på hospitalet, der kan verificeres ved henvendelse til forfatterne af denne afhandling).
- Pedersen, Anne Reff (2005). *Fortælling som analysestrategi*. I Esmark, A., Laustsen, C.B., Andersen, N. Å., (red). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Roskilde Universitetsforlag 2005.
- Pedersen, L., Jeppesen, K., Thering, G. (2009). *Lederroller i afsnitsledelser*. Ledelsesanalyse på MHM-studiet 2009.
- Region Hovedstaden (2010): ”Kvalitet først” - patientsikkerhed og patientinddragelse og – effektivitet og lighed i behandling 2010-2013. ” En kvalitetspolitik og en kvalitetsbehandlingsplan.
- Schnoor, M. (2009). *Narrativ organisationsudvikling – At forme fælles mening og handling*. Dansk psykologisk Forlag A/S.
- Vaara, Eero, Tienari, Janne, Laurila, Juha (2006). *Pulp and Paper Fiction: On Discursive Legitimation of Global Industrial Restructuring*. *Organization Studies* 27(6): 789-810.
- Walshe, Kieran (2003). *Regulating Health Care. A Prescription for Improvement?* Open University Press. Maidenhead and Philadelphia. Chapter 2.

Bilagsfortegnelse

Bilag I

Oplæg til interview:

Præsentation af os tre.

Lisbeth, Karin og Gitte.

Vi er i gang med vores masterafhandling på Master of Health Management på Copenhagen Business School (CBS).

Vores interview tager udgangspunkt i vores interesse for, hvordan mellemledere i sundhedsvæsenet oplever den øgede top down regulering af kvaliteten i sundhedsvæsenet med f.eks. akkreditering, NIP, hjertepakker m.m. Derfor vil vi gerne høre dine fortællinger om, hvordan du som leder får det til at give mening, for dig og dine medarbejdere i hverdagen.

Vi interviewer 8 ledere fra to medicinske afdelinger i Region Hovedstaden og resultaterne bliver anonymiseret.

Interview - Spørgsmål:

1. Fortæl; hvordan du oplever akkreditering i det danske sundhedsvæsen ?

- Fortæl, hvordan du opfatter baggrunden for, og meningen med akkreditering?
- Fortæl, hvad resultatet af en akkreditering betyder for din afdeling?
- Er det vigtigt? Uden betydning?

Prøv og kom med et eksempel på det.....

2. Fortæl; hvad akkreditering betyder i forhold til dine ledelsesopgave?

- Fortæl, hvordan du skaber sammenhæng mellem akkreditering og din ledeshverdag?
- Fortæl, hvilke muligheder og begrænsninger akkreditering giver?
- Fortæl, hvordan du arbejder med akkreditering i dit afsnit/afdeling?
- Fortæl, hvilken betydning det har i forhold til din personaleledelse?

Prøv og kom med et eksempel på det.....

3. Fortæl; hvordan du implementerer akkreditering i dit afsnit/afdeling?

- Fortæl, hvordan du motiverer personalet?
- Fortæl, hvordan du gør standarderne forståelig for dig selv og/eller dine medarbejdere?
- Fortæl, hvordan praktiserer akkreditering i din afdeling/afsnit?
- Er det vigtigt? Uden betydning?
- Fortæl, hvordan du introducerer opgaver for dine medarbejdere, der udspringer fra akkrediteringen?

Prøv og kom med et eksempel på det.....

Afslutningsvis:

Er der noget du/I tænker, der vigtigt som jeg ikke har spurgt om?

Bilag II

15 09 2010

Kære afdelingsledere og afsnitsledere

Vi er tre masterstuderende på Master of Health Management på CBS, der skal til at afslutte vores uddannelse med en masterafhandling.

Vi vil skrive om: Hvordan oversætter mellemledere i sundhedsvæsenet den øgede regulering til lokal meningsskabelse? Vi vil arbejde med narrativ teori.

Reguleringen kan være akkreditering efter DDKM, budget eller LEAN.

Vi vil gerne interviewe 8 ledere fra to medicinske afdelinger i Region Hovedstaden, gerne afdelingsledelsen og to fra afsnitsledelser, en læge og en sygeplejerske.

Vi vil gerne afholde interviewene i starten af uge 39 og regner med at det vare ca. en time. Tid og sted for interviewet kan aftales så det passer dig bedst muligt.

Resultaterne anonymiseres.

Vi håber, at du har mulighed for at hjælpe os.

På forhånd tak og

med venlig hilsen

Gitte Therning mobil XXXXXXXXX

Karin Jeppesen mobil YYYYYYYYY

Lisbeth Lund Pedersen mobil ZZZZZZZZ

Bilag III

Interview nr.

Tema		
	Mening: <ol style="list-style-type: none"> 1. motiv 2. årsagsforbindelse 3. ansvarlighed 4. enhed 5. fastsatte kvaliteter 6. følelser 7. handling 8. begivenheder styret af højere magter 	
	Ledelse: <ol style="list-style-type: none"> 1. afsnitsledelse 2. afdelingsledelse 	
	Fagprofessionelle: <ol style="list-style-type: none"> 1. læger 2. sygeplejersker 	
	Ledelsespraksis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hjælp 2. Problem 	
	Oversættelse: <ol style="list-style-type: none"> 1. Indrejse- og objektiveringsfasen 2. Oversættelsesfasen 3. institutionaliseringsfasen 	
Genre		
	Fortællinger: <ol style="list-style-type: none"> 1. Den komiske 2. Den tragiske 3. Den romantiske 4. Den episke 	
	Plot	
	Morale	