

Lise Dam Rasmussen

(H)vide verden - om relationer mellem
professionsidentiteter og kvalitetssikring

Ph.d.-afhandling fra Institut for Samfund og Globalisering,
Roskilde Universitet

Ph.d.-afhandling nr. 69/2012

ISSN 0909-9174

Forord

Vil jeg dette teoretiske univers, som stiller store krav til mig og stjæler min fritid?

Sådan skrev jeg i min forskningsdagbog kort efter min ansættelse som ph.d. studerende. Spørgsmålet afspejler den tvivl, som har været min ledsager gennem de sidste tre år. En tvivl, der for mig har handlet om en slidsom og ensom proces, om høje krav i academia og om alt det skønne i livet i øvrigt, som passerede. Passerede forbi derude i verden, mens jeg sad og skrev lange tekster, som altid kunne blive bedre.

Det viste sig, at jeg ville dette univers. I hvert fald har jeg fået slidt mig igennem og har endda haft glimtvis oplevelser af autentisk tilstedeværelse i skriveprocessen. Stunder, hvor det skønne i livet smeltede sammen med det videnskabelige arbejde, og jeg glemte tid og sted. Stunder, hvor jeg tænkte, at jeg da er meget god til at forske, og at jeg med min forskning kan bidrage til denne verden. Så vær's'go'; her er mit bidrag – med blot fjorten dages forsinkelse.

Mange mennesker har haft betydning for, at jeg fortsatte trods min tvivl, at jeg har mange gode oplevelser med mig ud i verden og ikke mindst, at afhandlingen her er blevet realiseret.

Tak til afdelingerne, og især de sundhedsprofessionelle, som stillede op i forbindelse med mit feltarbejde. Nogle uden forbehold, andre med en forståelig skepsis og enkelte med en imponerende evne til at forsvinde. Tak fordi I lukkede mig ind og gav mig indblik i jeres (h)vide verden.

Tak til min vejleder Hanne Marlene Dahl for et fantastisk samarbejde, hvor mine ideer med projektet var i centrum, for konstruktiv og velkvalificeret vejledning og for troen på mit projekt og mig. Tak til Jette Kofoed fra DPU for et inspirerende samarbejde, som gav mig overblik, skarphed og håb, da jeg havde allermest brug for det. Tak til Hanne Warming, som på bedste lyttende facon hjalp til vigtige erkendelser omkring feltarbejdet. Tak til mine ph.d. kollegaer, der på forskellige måder har bidraget til en god hverdag på RUC. Tak for fagligt samarbejde til Claus Drejer, Naja Vucina, Michael Christensen, Ann-Karina Henriksen, Ida Hammen samt Pernille Tufte. Og tak til mange

andre, for at vi kunne dele glæder, sejre og bekymringer undervejs. Tak til Nina Hein for dejlige stunder på DPU. Tak til kollegaer fra Socialvidenskab og ISG i øvrigt, som bød mig velkommen i forskningens verden og interesse-ret har fulgt min vej.

En stor tak til Pia Ramhøj fra Sygeplejerskeuddannelsen Nordsjælland, som gjorde dette projekt økonomisk muligt og havde tillid til mine ideer. Tak til mine kollegaer fra sygeplejerskeuddannelsen, som har engageret sig i projektet, og diskuteret det med mig ved forskellige lejligheder. Tak til min svigermor, Line Vestergård for tålmodig oversættelse af mine snørklede tekster fra dansk til engelsk i starten af forløbet. Tak til min mor, Harriet Jørgensen som har lavet research på eventyreren og de middelalderlige afstraffelsesmetoder. Tak til skønne kollegaer og venner, som stod klar til at hjælpe i den sidste slutspurt mod målet: Jesper Frederiksen, Diana Højlund Madsen, Christel Trøstrup, Carsten Juul, Anne Precht, Malene Bolding, Lisbeth Gade Thygesen, Christian Ringsmose, Marie Gertz og Sisse Brink. Teamwork er fantastisk.

Især en kæmpe tak til Marlene Spanger og Kristian Fahnøe, som har været både fagligt og menneskeligt uundværlige for mig de sidste tre år. To skarpe hjerne, som altid har været klar til at svare på spørgsmål, diskutere processer, kommentere på tekster og ikke mindst at drikke kaffe og tale om livet derude.

Den allerstørste tak til min familie. Tak til Robert, som har støttet dette projekt hele vejen fra idefasen til færdig afhandling. Tre år, hvor han vedholdende har prædikeret om tidsplaner, om at neddele store opgaver til små, overskuelige opgaver og om at jeg skulle søge om hjælp i stedet for selv at gruble. Jeg tror, jeg har lært det. Tre år, hvor jeg ikke altid har været lige nærværende og sprudlende. Tak til Sarah, Mads og Wilma, som er blevet tre år ældre og fantastisk selvstændige, huslige og vidende om ph.d. forløb. Jeg glæder mig til at blive mere vidende om jeres liv igen.

Jeg tilegner afhandlingen til Sarah, Mads og Wilma, som har været både rummelige og tålmodige med mit fravær og som vist også synes, at det er lidt sejt, at deres mor har skrevet en bog.

Roskilde Universitet 12. maj 2012

Indholdsfortegnelse

DEL 1 INTRODUKTION	7
<i>Kapitel 1 Professioner og kvalitetssikring – hvad er problemet?</i>	8
Den (h)vide verden	8
NIP's rejse i den (h)vide verden	9
Perspektiver på eventyret og inspirationer til afhandlingen	10
Forskningsspørgsmål	13
Afhandlingens struktur	14
<i>Kapitel 2 Forskning i relationen mellem professioner og kvalitetssikring</i>	16
Forskning i kvalitetsstyrings udfordringer og effekter	17
Forskning i professioner, professionsidentiteter og kvalitetsstyring	21
<i>Kapitel 3 Kvalitetssikring i hospitalsvæsenet</i>	24
Sundhedsvæsenets forandringer mod kvalitetssikring	25
Kvalitetssikringsprojektet NIP	35
Sammenfatning af kapitlet	42
DEL 2 METODOLOGI	45
<i>Kapitel 4 Teoretisk orientering</i>	46
Governmentality	47
Tre magtformer og udvalgte styringsteknologier	49
Sociale styringsteknologier	54
Professionernes rolle i styringen	57
Professionsidentitet	60
Professionsdiskursernes afgrænsning gennem tilblivelsen med staten	62
Professionsdiskursernes afgrænsning gennem uddannelse og virke	65
Professionsidentiteter formet på tværs af de professionsfaglige diskurser	66
Sammenfatning af kapitlet	68
<i>Kapitel 5 Metodologi og metode</i>	69
At forske i " eget " felt	70
Situering som forsker i den (h)vide verden	72
Metodiske overvejelser	86
<i>Kapitel 6 Analysestrategier</i>	104
Analyseprocessens veje	104
De analysestrategiske greb og veje igennem de fire empiriske kapitler ...	107
Overblik over analysestrategien	117

DEL 3 ANALYSE.....	123
<i>Kapitel 7 NIP's rationaliteter og betydning i professionsdiskurserne</i>	124
Fem dominerende rationaliteter i NIP	125
Rationaliteternes betydning for afgrænsning af de sundhedsfaglige professionsdiskurser	132
Sammenfatning af kapitlet	145
<i>Kapitel 8 Vedståelsesrelationer: Skulle, ville, burde, kunne</i>	147
Professionsidentiteter, som formes gennem bekendelse.	149
Vedståelsesrelationer skaber rammer om de sundhedsprofessionelles samarbejde.....	162
NIP-møder som formaliserede vedståelsesrelationer	169
Sammenfatning af kapitlet	186
<i>Kapitel 9 Æren og gabestokken</i>	188
Styring gennem straf	189
Styring gennem belønninger	200
Indpiskeren.....	210
Sammenfatning af kapitlet	216
<i>Kapitel 10 Indpiskeren og NIP-slaven</i>	217
Subjektpositioner, som etableres gennem overvågningen som teknologi	218
Selvovervågning	231
Sammenfatning af kapitlet	245
DEL 4 KONKLUSION	249
<i>Kapitel 11 Konklusion</i>	250
De sundhedsprofessionelles betydning for styringen	251
Professionsidentiteter, som formes gennem NIP-styringen	253
<i>Resume af afhandlingen</i>	260
<i>Abstract</i>	262
<i>Litteratur</i>	264
BILAG	277
<i>Bilag 1 NIP-skema</i>	278
<i>Bilag 2 Præsentation til afdelingen</i>	279
<i>Bilag 3 Interviewguide</i>	286
<i>Bilag 4 Kategorier i NVivo</i>	288

DEL 1

INTRODUKTION

Kapitel 1

Professioner og kvalitetssikring – hvad er problemet?

Den (h)vide verden

Denne afhandling handler om den hvide verden. En verden, som har et helt eget præg, som markeres med det hvide. Menneskene klædt i hvidt, det hvide sengetøj, de hvide gardiner, hvide vægge, hvidt inventar. Den hvide verden markeres også med lydene. Mekaniske lyde af klokker, der ringer; mennesker, der taler på gangene; bippende lyde fra elektronisk overvågningsudstyr; døre, der smækker, når de hvidklædte går ind og ud af dem. Og med lugtene. En samling af alle de forskellige lugte, som karakteriserer den hvide verden – hospitalet. I den hvide verden arbejdes der med grænserne mellem liv og død – det er her, liv reddes, det er her, mennesker dør. Her handler det om det absolutte, det definitive, som gør den hvide verden til noget særligt. En verden befolket af eksperter, som har specialiseret sig i at redde liv, forbedre liv, lindre liv og forberede død. En specialisering, som er baseret på bestemte vidensformer, bestemte rationaliteter og bestemte metoder. Og en specialisering, som fungerer i et samarbejde mellem forskellige professioner. I den hvide verden skabes der med specialiseringen professionslogikker, som er med til at differentiere mellem professionerne og etablere professionshierarkier. I den hvide verden etableres og forhandles professionsgrænser på bestemte måder, som afspejler de rationaliteter, der bringes i spil, når den kliniske ekspertise råder. Det er professioner, professionsgrænser og professionslogikker i den hvide verden, som udgør den centrale interesse i denne afhandling med fokus på professionerne social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger.

Afhandlingen handler også om den vide verden. Om at det særprægede i den hvide verden også er præget af den vide verden. Præmisserne for arbejdet med liv og død afspejler nogle mere generelle tendenser fra den vide verden. Altså kan den hvide verden ikke anskues isoleret, men må forstås og betragtes i relation til de tendenser og idekomplekser, som dominerer den vide verden. Idekomplekser, som fulgte med New Public Management i 1980'erne (Hood 1991), og som introducerer både kvalitet og styring i den vide verden på nye

måder. Patienterne bliver brugere, og hospitalerne bliver konkurrenter, mens kvalitet og effektivitet bliver centrale konkurrenceparametre. Idekomplekserne omsættes på mange forskellige måder i den hvide verden. Afhandlingen handler om et af disse idekomplekser fra den hvide verden, kvalitetssikring. Om handlinger, registreringer, målinger og tilbagemeldinger af professionernes praksis *i, fra og til* den hvide verden. Med kvalitetssikring udveksles informationer. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er ét af kvalitetsprojekterne i den (h)vide verden, som netop registrerer, måler, vurderer og rangerer den hvide verden, og dermed kan NIP belyse, hvad kvalitetsstyring betyder i den (h)vide verden. Afhandlingen sætter fokus på dette projekt, som jeg nu vil fortælle om gennem et eventyr. Med eventyret ønsker jeg at eksperimentere lidt med måden at formidle pointer på, for at illustrere NIP's indhold og livagtige virkemåde. Eventyrets hovedperson er NIP-skemaet (Bilag 1). Et blandt utroligt mange skemaer, som cirkulerer i den (h)vide verden. Men alligevel er det, som om at det er et helt særligt skema. Det er, som om at der med skemaet skabes et helt eget liv, som sætter noget i gang i den (h)vide verden – noget, der handler om andet end liv og død.

NIP's rejse i den (h)vide verden

Der var engang nogle vise sundhedsprofessionelle med stor lyst til at hitte på. De besluttede at etablere en klinisk database, som skulle indsamle viden om behandlingen af hjerneblødninger og blodpropper i hjernen i kongeriget Danmark. Man fantaserede om en klinisk database med den vigtigste viden om den bedste og mest effektive behandling. I det lille kongerige har de hospitaler spredt over det ganske land, og de vise sundhedsprofessionelle fandt det uoverskueligt selv at rejse rundt og indsamle den vigtige viden. De tænkte meget og længe, overvejede forskellige modeller og blev enige om at udarbejde registreringsskemaer, som de kunne sende på rejse i hospitalsvæsenet. ”Et skema for hver patient, som kan indsamle de vigtige data – data, som kan registreres elektronisk og sendes tilbage til os,” sagde de til hinanden. Som sagt, så gjort. Skemaet fik navnet NIP-skemaet, og snart var NIP-skemaer på rejse til nær og fjern.

På rejsen oplever NIP-skemaet mangt og meget. Det møder læger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og andre grupper af medarbejdere. Nogle af disse kaldes nøgleprofessionelle, og de har et særligt ansvar for skemaets rejse – at det kommer af sted til tiden, at det bliver genkendt på sin vej, at det

følger ruten planmæssigt, og at det får det forventede udbytte af rejsen. Det møder måske ledere, der ligesom de nøgleprofessionelle er optaget af, at alle tager godt imod det og arbejder sammen om at give det en udbytterig rejse. Undervejs på rejsen kan det dog hænde, at skemaet bliver sendt tilbage til en tidligere destination. Ofte af en nøgleprofessionel, men det kan såmænd også hænde, at en sundhedsprofessionel opdager, at skemaet enten ikke har fået det rette udbytte ud af rejsen, eller endnu værre: at det er blevet bildt løgnehistorier på ærmet. Så må det turen om igen, så det forhåbentlig kommer retur med det rette udbytte. Måske møder skemaet en sekretær, som skal hjælpe det med at få omsat rejsens oplevelser til elektroniske data, som kan sendes tilbage til de vise sundhedsprofessionelle. De sidder nemlig altid klar til at modtage data, systematisere dem og sende dem rundt i det ganske land, så alle kan glæde sig over, hvor godt det går, og hvor dygtige de er på hospitalerne i Danmark. NIP-skemaets rejse ender brat i hospitalets skraldespand, når udbyttet af rejsen er godkendt af nøgleprofessionelle og omsat til elektroniske data til de vise sundhedsprofessionelle. Det hænder, at skemaet inden denne triste skæbne må ligge i en bunke sammen med andre NIP-skemaer, og det fortælles, at der er uro på hylden, for alle vil ligge øverst. Bunkerne kan nemlig blive enormt høje, når de nøgleprofessionelle har travlt med andet end at kontrollere skemaer. Men de vise sundhedsprofessionelle kender til problemet og udsender derfor direktiver med deadlines for den elektroniske indrapportering til databasen. Til glæde for både de fagprofessionelle, som får opdateret databasen, og såmænd også til glæde for NIP-skemaet, som foretrækker det frie liv i skraldespanden. Men NIP-skemaer er både legeme og sjæl. Og mens legerne ender deres dage i skraldespanden, svæver sjælene over det ganske land og drysser deres vurderende støv, som kategoriserer hospitaler, afdelinger og sundhedsprofessionelle i de gode og de dårlige.

Perspektiver på eventyret og inspirationer til afhandlingen

NIP medfører forskydninger i den (h)vide verden fra liv og død mod registrering og kontrol. Men hvorfor sker denne forskydning? Hvad betyder den for praksis? Hvad betyder det for de sundhedsprofessionelle, som agerer i praksis? Hvad betyder den for forandringerne i praksis? Det er spørgsmål som disse, der har været drivkraften i denne afhandling. For noget vigtigt er på spil i den (h)vide verden, når der er udpeget nøgleansvarlige, ledelsen har fokus på skemaet, og også andre sundhedsprofessionelle tager ansvar. Opmærksomheden

er rettet mod de informationer, som udveksles med skemaet. Informationerne kontrolleres undervejs i processen, såvel som inden de indtastes i databasen. Og et helt system er etableret omkring NIP med deadlines for indrapportering i database, ekspertgrupper, som analyserer data, tilbagemeldinger til hospitalerne og rangering af hospitalspraksis.

Også andre typer af spørgsmål rejser sig med eventyret om NIP-skemaet. Spørgsmål, som taler til forskellige forskningsfelter. Fra evalueringsfeltet vil man spørge til konsekvenser af indikatorer, og evalueringsforskningen har vist, at evaluering ikke er entydig, men fungerer som kontrol, læring, oplysning, strategisk, taktisk, symbolsk og konstitutivt (Dahler-Larsen 2008).

Fra implementeringsfeltet vil man fokusere på sammenhængen mellem indikatoropfyldelse og kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser (Mainz et al 2011) (Ingeman et al. 2008) og på faktorer, som fremmer og hæmmer implementeringen af kvalitetssikringssystemer (Knudsen et al. 2008) (Mainz og Rohde 2011). Fra forskningen i velfærdsledelse kan NIP være med til at afspejle nogle betingelser for ledelse, som karakteriserer den offentlige sektor (Sløk og Villadsen 2008), hvor der findes et todelt styringspres: på den ene side et pres fra centraladministrationen om at anvende bestemte styringsredskaber såsom kvalitetsstyring, og på den anden side en frihed nedefra, som afkræver lederne at beslutte deres egne valg af ledelsesværktøjer (Thygesen og Tangkjær 2008). Fra professionsforskningen kan der sættes fokus på kvalitetsstyringens betydning for professionernes autonomi (Jespersen 2008) og på reformers betydning for grænser mellem professionerne og inden for professionerne. Litteraturen viser, at der med reformer sker forskydninger af magten mellem professioner (Kirkpatrick et al. 2011), men resultaterne er ikke entydige. Fra en anden position i professionsforskningen elimineres spørgsmålet om professionernes autonomi gennem en forståelse af den tætte relation mellem professioner og stat (Blank og Bureau 2010).

Forskningen inden for disse forskellige felter har inspireret i processen mod afgrænsningen af den erkendelsesledende interesse i denne afhandling. Men min interesse for fænomenet kvalitetssikring i sygehusvæsenet rækker tilbage til min uddannelse til sygeplejerske i 1995, og jeg har siden fulgt udviklingen fra forskellige positioner som både ansat og bruger af sundhedsvæsenet. I debatten om kvalitetssikring ses en tendens til at fremstille kvalitetssikring som et selvfølgelig fænomen, der ikke kan problematiseres. For hvem kan

være imod sikring af kvaliteten? Med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel er der for alvor sat skub i systematisk kvalitetsstyring i sundhedsvæsenet, hvilket understreger fænomenets udbredelse som tendens. Det understreger behovet for en granskning af fænomenet, der hvor det bringes i spil. For kvalitetssikring er ikke bare et neutralt fænomen, men som eventyret illustrerede en styringstendens, som sætter noget i gang og skaber forandringer – ikke bare på det retoriske plan, men også på handlingsplanet i praksis (Hansen 2009).

Den australske sociolog og professor Mitchell Dean skriver, at ved at gøre klart, hvad der står på spil, når vi forsøger at styre på en bestemt måde og anvender bestemte former for tænkning og handling, bliver det muligt for os at påtage os et ansvar for konsekvenserne af at tænke og handle på bestemte måder (Dean 2006 s. 81). NIP-skemaet gør noget på sin rejse gennem den (h)vide verden. Det er afhandlingens ambition at bidrage med viden om de professionsidentiteter, som skabes med kvalitetsstyringen. Forskningsprojektet kan altså placeres inden for feltet af professionsforskning¹, men bidrager med noget nyt. Nyt, fordi der sættes fokus på etableringen af professionsidentiteter såvel som etableringen af grænser imellem professionerne. Dette med afsæt i professionsgrupperne social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger.

Altså fokus på interaktioner mellem tre professioner, hvor der i forskningen er en tendens til at fokusere på enten en eller to professioner. Nyt, fordi professionsstudier typisk fokuserer på læger og sygeplejersker, hvorfor jeg bidrager med viden om social- og sundhedsassistenter og deres interaktioner i styringen. Nyt, fordi jeg anskuer problemstillingen fra et mikrosociologisk governmentality-perspektiv. Her ses en tendens til at fokusere på analyser af de dominerende diskurser på makroniveau (Thomas og Davies 2005:685), mens få studier fokuserer på oversættelsen i praksis på mikroniveau (Dahl 2009:7). Mit afsæt i governmentality betyder, at jeg ikke betragter problemstillingen fra et top-down-perspektiv, hvor kvalitetsstyringen er noget, som ”lægges ned over” de sundhedsprofessionelle og begrænser deres autonomi, men anskuer de sundhedsprofessionelle som indskrevet i styringen på forskellige måder og derfor må belyses i denne gensidighed. I eventyret afspejlede det sig ved, at

¹ I kapitel 2 udfolder jeg forskningsfeltet og diskuterer afhandlingens mere specifikke bidrag til feltet.

både de vise sundhedsprofessionelle, de nøgleprofessionelle og de sundhedsprofessionelle var involverede i styringen i den (h)vide verden.

Afhandlingen henter inspiration i den poststrukturalistiske tradition, blandt andet fra den franske professor og filosof Michel Foucaults begreb om governmentality (Foucault 2008a) og den engelske professor i sociologi Terry Johnsons videreudvikling af professionsperspektivet (Johnson 1995). Det medfører et blik på den gensidige relation mellem kvalitetssikring og professioner, og på at professionsidentiteter og kvalitetsstyring formes i disse gensidige styringsprocesser. Det betyder, at afhandlingen sætter fokus på magten som produktiv, hvor det er gennem magten, at subjekter formes og udvikles (Foucault 1982). For at forstå subjektet retter jeg blikket mod de praksisser, som gør subjektet muligt. I afhandlingen anskues professionsidentiteter ikke som stabile størrelser, men som udgangspunktet for og resultatet af de forhandlinger, som pågår i de sundhedsprofessionelles praksis og dermed afspejler sig i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Samtidig er det også i disse praksisser, at ambitionerne om styring i NIP formes gennem de sundhedsprofessionelles italesættelser, forhandlinger og handlinger.

Når afhandlingen sætter fokus på de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis i et feltstudie på to hospitaler i en region i Danmark, så er det for at belyse, hvordan offentlig styring foregår i en gensidig relation. Denne gensidighed er en grundlæggende antagelse i afhandlingen, som afspejler sig i forskningsspørgsmålet. Det er fra dette perspektiv, at jeg kan bidrage til forskningen i professionsfeltet såvel som relaterede felter, fordi mine poststrukturalistisk inspirerede analyser lægger op til nye typer af svar og dermed også giver andre perspektiver på kvalitetsstyring og professionelle i sundhedsvæsenet.

Forskningsspørgsmål

Min forskningsmæssige interesse er i denne afhandling styret af et overordnet forskningsspørgsmål med to underspørgsmål. Her fungerer underspørgsmålene som en uddybning af det overordnede forskningsspørgsmål og afspejler den gensidige relation mellem kvalitetsprojektet NIP og professionsidentiteter, som er det blik, jeg anlægger i undersøgelsen. Afhandlingens forskningsspørgsmål er:

Hvordan etableres, vedligeholdes og forandres relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP i hospitalsvæsenet?

- Hvorvidt og hvordan er NIP med til at forme de forskellige sundhedsprofessionelles faglige identiteter?
- Hvorvidt og hvordan har de forskellige sundhedsprofessionelle betydning for NIP-kvalitetsstyringen?

Forskningsspørgsmålene belyses gennem et feltstudie på neurologisk afdeling på to hospitaler i en region i Danmark. De sundhedsprofessionelle afgrænses til tre store professionsgrupper i hospitalsvæsenet, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger, mens NIP-kvalitetsstyringen tager sit afsæt i sygdomsområdet apopleksi.

Afhandlingens struktur

Jeg har valgt at strukturere afhandlingen i fire dele:

I første del introduceres afhandlingen. I kapitel 1 introduceres afhandlingens problemfelt, og forskningsspørgsmål præsenteres. I kapitel 2 præsenteres og diskuteres tidligere forskning om relationer mellem sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. Kapitel 3 introducerer til det forskningsfelt, som jeg undersøger, med fokus på afhandlingens blik på kvalitetssikring i moderne hospitalspraksis.

Anden del præsenterer de metodemæssige og metodologiske valg og fravalg. Kapitel 4 rammesætter afhandlingens teoretiske orientering, organiseret omkring afhandlingens tre teoretiske hovedbegreber *styring, professioner og professionsidentiteter*. Kapitel 5 belyser afhandlingens overordnede metodologiske refleksioner såvel som mere metodeteoretiske overvejelser om de empirigenererende metoder i afhandlingen. I kapitel 6 præsenteres analysestrategien, og kapitlet afsluttes med en præsentation af de fire analysekapitler.

Afhandlingens tredje del rummer de empiriske analyser og består af kapitlerne 7, 8, 9 og 10. I kapitel 7 er fokus på rationaliteter i NIP, mens de sidste empiriske analysekapitler er organiseret omkring centrale styringsteknologier, som

NIP virker igennem. Kapitlerne belyser hvordan både professionsidentiteter og professionsgrænser etableres gennem styringen. I kapitel 8 med fokus på, hvordan styringen virker igennem en form for bekendelse. I kapitel 9 belyses, hvordan styringen virker gennem straf og belønning, mens analyserne i kapitel 10 er organiseret omkring overvågning og selvovervågning.

I afhandlingens fjerde del besvares forskningsspørgsmålene, og hermed fremstilles afhandlingens samlede konklusion i denne del.

Kapitel 2

Forskning i relationen mellem professioner og kvalitetssikring

I dette kapitel tager jeg tråden op fra indledningen og udfolder de forskningskomplekser, der er centrale for min afhandling, og som jeg bidrager til. Forskningskomplekser, som er tæt relateret til professioner og kvalitetsstyring. Kapitlet er baseret på viden og forskning udvalgt på baggrund af forskellige snitflader til min afhandling. I forskningsprocessen har jeg lavet forholdsvis brede søgninger efter forskningsbaseret viden af flere omgange. Til udarbejdelsen af dette kapitel har jeg blandt mine mange søgeresultater udvalgt artikler, som belyser *forskning om relationen mellem sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet*.

Det betyder, at jeg har begrænset mig til forskningen, som vedrører sundhedsvæsenet. Det betyder også, at jeg har begrænset mig til de sundhedsprofessionelle. Altså har jeg afgrænset mig fra forskningen omkring relationen mellem de professionelle og kvalitetssikring/evaluering i uddannelsesfeltet og i andre relaterede felter i den offentlige og private sektor. Det betyder også, at jeg har afgrænset mig fra styringens ledelsesmæssige dimension, fordi jeg i projektet har mit fokus på de sundhedsprofessionelle og deres involvering i styringen. Desuden har jeg afgrænset mig fra et omfattende forskningsfelt, som vedrører kvalitetssikringens kliniske effekter – et felt, hvor der sættes fokus på relationen mellem kvalitetssikring og patienter samt på relationen mellem kvalitetssikring, sundhedsprofessionelle og patienter. Når jeg nævner disse tre afgrænsninger, betyder det ikke, at det er de eneste forskningskomplekser, jeg har afgrænset mig fra. Når jeg er eksplicit i min afgrænsning fra dem, er det, fordi forskningskomplekserne på den ene side ligger tæt op ad min afhandling og derfor har haft betydning for min afgrænsning af problemstillingen og forståelse af forskningsfeltet, men på den anden side ikke er dimensioner, som jeg har fokuseret på og bidrager med viden til.

Kapitlet er struktureret omkring to overordnede forskningskomplekser. Det ene kalder jeg *forskning i kvalitetsstyringens udfordringer og effekter*. Dette forskningskompleks er fokuseret omkring implementering, udvikling og ved-

ligeholdelse af kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. Her belyses barrierer, muligheder, effekter og transformationer, som følger med kvalitetssikringen, og forskningens formål er typisk at forklare de mekanismer, som følger med styringen. Altså forskning, som sætter fokus på styringens udvikling mere end på de sundhedsprofessionelles udvikling. Men forskning, som er interessant, fordi det sætter fokus på styringen. Der er to overordnede positioner inden for dette forskningskompleks. Fra den ene position anlægges et top-down-perspektiv på styringen, som skaber et professionsblik på styringens betydning for de sundhedsprofessionelles autonomi. Fra den anden position belyses de sundhedsprofessionelles rolle i styringen, hvor især lægeprofessionen fremhæves som central aktør.

Det andet forskningskompleks, som belyses i kapitlet, kalder jeg *forskning i professioner, professionsidentiteter og kvalitetsstyring*. Her sætter forskningen fokus på kvalitetsstyringens betydning for de sundhedsprofessionelle, fokuseret omkring professionsidentiteter. Også her ses to overordnede positioner, som afspejler forskellige aspekter af styringens effekter på professionsidentiteter. Fra den ene position belyses styringens effekter på professionsgrænser, både i forhold til grænser mellem de forskellige professioner, grænser inden for professionerne og etablering af nye professioner. Fra den anden position sættes fokus på evidenshierarkiets privilegerede position i videnshierarkiet, og på at kvalitetssikring privilegeres, fordi det baseres på evidens som sandhedsrationalitet. Forskningskomplekset søger altså at give svar på spørgsmålet om styringens mekanismer og samtidig også et svar på, hvordan styringen har betydning for de professionsidentiteter, der skabes.

Forskning i kvalitetsstyringens udfordringer og effekter

En forskningsmæssig interesse samler sig omkring de sundhedsprofessionelles betydning for, at kvalitetsprojekter kan implementeres og udvikles i sundhedsvæsenet. Her sætter nogle forskere på, at kvalitetssikring har betydning for de sundhedsprofessionelles autonomi og påvirker autonomien på forskellige måder (Salter 2007) (Thomas og Hewitt 2011) (Jespersen 2008). Salter viser, at interessekonflikter udspiller sig med det politiske krav om implementering af klinisk kvalitetssikring. Her viser det sig, at lægeprofessionens eventuelle gevinst med et samarbejde, i form af politisk indflydelse gennem deltagelse i processen omkring udvikling af kliniske standarder, afvises på

grund af de professionsinterne hensyn til autonomi (Salter 2007). Et andet studie viser, at klinisk kvalitetssikring repræsenterer en udfordring for de professionelles autonomi for en gruppe af privatpraktiserende læger, men samtidig at effekten er mere en retorisk ændring end en reel ændring i den enkelte læges arbejdspraksis (Thomas og Hewitt 2011). Brown (2011) viser, hvordan de sundhedsprofessionelle har mulighed for både at afvise og følge de krav, som følger med kvalitetsstyring. Især afvises den bureaukratisering af praksis, som følger med kvalitetssikringen, ligesom det problematiseres, at kvalitetssystemet har en blindhed over for sociale normer og værdier (Brown 2011). Afhandlingen sætter fokus på kompleksiteten i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og styringen, som mere end et spørgsmål om autonomi eller ikke-autonomi, og som noget der ikke kun vedrører relationen mellem den enkelte profession og styringen, men også etableres i relationerne mellem professionerne.

Jespersen (2008) er ligeledes optaget af de professionelles autonomi. Men hvor de andre satte fokus på, hvorvidt kvalitetssikring er med til at indskrænke autonomien, fokuserer Jespersen på forskellige typer af autonomi, og hvordan den institutionelle såvel som den nationale kontekst har betydning for de ændringer i de professionelles autonomi, som følger med kvalitetsstyringen. I en komparativ analyse af lægeprofessionen i Danmark og Norge konkluderer han, at professionerne i begge lande har oplevet forandringer væk fra den *traditionelle* professionsfaglige autonomi. I Danmark i retning af *framed* autonomi, en *framing*, som er skabt gennem standardiseringen af sundhedsydelserne. I Norge ses en udvikling i retning af en *konkurrencepræget* autonomi, hvor konkurrencen både kommer fra andre slags professionel viden end den medicinske og fra patienternes ønsker og normer. Variationen forklares med de transnationale forskelle i kvalitetssystemernes involvering af patienterne. Her er den danske kvalitetsmodel ikke baseret på direkte patientinddragelse i det enkelte forløb, mens der i den norske kvalitetsmodel er krav om patientinddragelse i forhold til behandling og pleje i det enkelte forløb (Jespersen 2008:19). Med afhandlingen kan jeg bidrage med indsigt i kvalitetssikring i Danmark, hvor mine konklusioner om de professionsidentiteter, som skabes med kvalitetsstyringen, kan udgøre et andet blik på den udvikling af lægeprofessionen.

Sammenfattende kan siges, at top-down-perspektivet på kvalitetsstyringen giver et blik på professionsudvikling, som er fokuseret omkring de sundhedsprofessionelles autonomi. Resultaterne peger i retning af, at autonomien indskrænkes eller transformeres til andre former for autonomi. Samtidig er forskningen fokuseret omkring lægeprofessionen, hvorfor jeg med mit fokus kan bidrage med viden om kvalitetsstyringens effekt på forskellige professioner såvel som på grænserne mellem professionerne.

Andre (Kuhlmann og Bureau 2008) (Kuhlmann og Allsop 2008) (Blank og Bureau 2010) fremhæver den tætte relation mellem profession og stat. Fra denne position kan den professionelle autonomi og magt ikke forstås uafhængigt af en implicit kontrakt mellem profession og stat. Her er de professionelle autonomi en del af resultatet af den legitimering af statens udbud af sundhedsydelser, som sker med de professionelle involvering med specialiseret viden (Blank and Bureau 2010:140). Kuhlmann og Allsop konkluderer, at barrierer i forhold til styring af de sundhedsfaglige ydelser ikke kun kan tilskrives de professionelle styrke til selvregulering, men er indlejret i de nationale politiske tendenser (Kuhlmann og Allsop 2008:184). I en anden undersøgelse understøttes denne pointe, når det konkluderes, at det, de kalder sundhedsstaten, forbliver en del af nationalstaten, til trods for den medicinske tendens til at definere og udvikle de sundhedsfaglige ydelser i internationalt medicinsk samarbejde (Kuhlmann og Bureau 2008:630).

Med perspektivet på den tætte relation mellem stat og profession sættes der fokus på, at udviklingen i professionen er tæt relateret til de nationale politiske tendenser. Ikke som en styring, der ”lægges ned over et felt”, men som forhandlinger mellem profession og stat, der er rammesat af de politiske tendenser. I min afhandling lægger jeg mig op ad denne forståelse af den gensidige afhængighed mellem stat og profession, men hvor disse undersøgelser bidrager med viden om sundhedspolitik på nationalt såvel som internationalt niveau, bidrager jeg med viden om sammenhænge på hospitalsniveau. Jeg bidrager altså med et blik på sundhedspolitik i et mikrosociologisk perspektiv, som giver andre typer af indsigter omkring den gensidige relation mellem profession og stat i styringen.

Implementering er et andet forskningsområde i forhold til sundhedsvæsen og kvalitetssikring. Her sættes fokus på faktorer, som fremmer og hæmmer im-

plementeringen af kvalitetssikring (Addington et al. 2010) (Wardhani et al. 2009), og på de implikationer, som kvalitetssikringssystemer har (Dahler-Larsen 2008b) på sundhedsfeltet (Mathiasen et al. 2010). Det konkluderes i et review om fremmende og hæmmende faktorer i forbindelse med implementering, at kvalitetssikring kan implementeres i private såvel som offentlige hospitaler, uafhængigt af hospitalets størrelse. Der identificeres seks faktorer, som har betydning for implementeringen, nemlig organisationskulturen, kvalitetsdesignet, kvalitetsledelsen, lægernes involvering, kvalitetsstrukturer og tekniske kompetencer. I forhold til ledelsen af kvalitetsarbejdet peges der på, at topledelsens engagement er vigtigt, men at lægerne er centrale for udbredelsen af kvalitetsledelsen. Her fremhæves især lægernes involvering som en forudsætning for implementeringen, på grund af lægernes dominerende position, hvor den medicinske subkultur påvirker organisationskulturen såvel som beslutningsprocesser (Wardhani et al. 2009).

En anden undersøgelse kommer til et lignende resultat, når det konkluderes, at implementeringen af kvalitetsmålinger fremmes, når det, som måles, har værdi for individerne, eller når læger, andre medarbejdere eller administrativt personale gøres ansvarlige (Addington 2010). Dahler-Larsen bidrager til implementeringsforskningen, når han belyser konsekvenserne af indikatorerne fra et kritisk perspektiv. Han peger på forskellige tendenser i kvalitetsmålinger. Her kan være en tendens til, at indikatorer og kvalitetsmålinger måske ikke registrerer kvaliteten, men i stedet konstruerer og definerer kvalitet. Denne tendens kaldes *performance paradox*, hvor den organisation, som måles, på forskellige måder begynder at tilpasse deres praksis til målingerne – et paradoks, fordi det betegner en situation, hvor mere måling af kvalitet ikke følges af øget kvalitet (Dahler-Larsen 2008b:16).

Dahler-Larsen kalder indikatormålinger for konstitutive, fordi de sætter sig igennem på forskellige måder og med forskellige effekter i forskellige kontekster (Dahler-Larsen 2008b:17). Han sonder mellem fire forskellige reaktionsmønstre, når indikatorer skal implementeres – fra afvisning til kolonisering (Dahler-Larsen 2008b:23).

En undersøgelse af, hvordan NIP er integreret og virker i udvalgte sygehusafdelinger i Danmark, viser, at et præstationsmålingssystem kan fremme kvalitetsudvikling, som ikke har de negative bivirkninger, som litteraturen peger på

(Mathiasen et al. 2010:2). Her fremhæves især to styrker ved NIP-designet, nemlig at indikatorudvælgelsen er evidensbaseret og foregår i en bottom-up-proces, og at der udføres audits. Begge dele har en god effekt i en sygehus-kontekst med stærke fagprofessioner. Undersøgelsen peger dog også på lokale forskelle mellem hospitalsafdelinger, med yderpunkterne kolonisering med fuld integration af NIP i det daglige arbejde, til afvisning, hvor NIP kører parallelt med afdelingens virke og ikke bruges (Mathiasen et al. 2010:32). Undersøgelsen peger på, at lokal ledelsesmæssig adaption og overensstemmelse mellem NIP og afdelingens faglige normer og holdninger er faktorer, som fremmer fuld integration af NIP (Mathiasen et al. 2010:33).

I afhandlingen har jeg ikke fokus på implementeringsdimensionen. En af mine overvejelser om at vælge NIP var netop, at NIP er et projekt tilbage fra 2000, som derfor formodes at være implementeret på hospitalsvæsenet. Jeg har derfor heller ikke fokus på faktorer, som fremmer og hæmmer udviklingen af NIP. Samtidig mener jeg dog, at min undersøgelse kan bidrage til at forstå de mekanismer, som etableres med NIP, og dermed producere viden, som kan bidrage til implementeringsforskningen.

Forskning i professioner, professionsidentiteter og kvalitetsstyring

En del af forskningen i relationen mellem professioner og kvalitetsstyring er orienteret mod grænserne mellem professionerne (Vikkelsø og Kjær 2008), blandt andet hvordan der med reformer sker forskydninger i de sundhedsprofessionelles magtrelationer (Kirkpatrick et al. 2011), og hvordan specialisering og ændringer i arbejdsopgaverne har betydning for grænserne (McMurray 2011) (Vinge 2010) (Jespersen 2008).

En undersøgelse (Kirkpatrick et al. 2011) sætter fokus på sundhedsreformerne ændringer, hvis effekter har afspejlet sig i tendenser i styringen mod rationalisering, standardisering og effektmålinger. Som jeg viste i forrige afsnit, er der meget viden og fokus på, hvordan disse styringstendenser har betydning for de professionelles autonomi, mens Kirkpatrick et al. (2011) retter opmærksomheden mod betydningen for grænserne mellem professionsgrupper og for relationen mellem professionerne (Kirkpatrick et al. 2011) – et perspektiv på relationen mellem reformer og professionsidentiteter, som er et udforsket

felt. Undersøgelsen viser, hvordan en administrativ elite inden for professionerne etableres med reformerne. Der ses tendenser til, at en sådan elite er med til at forskyde magtbalancen mellem professionerne, hvor professioner, som er underordnede i professionshierarkiet, styrker deres position ved at indgå i det administrative arbejde. Undersøgelsen viser, at sundhedsreformer i en dansk kontekst skaber forandringer i rollefordelingen og medfører en magtforskydning mellem læger og sygeplejersker (Kirkpatrick et al. 2011). Andre (Mo 2008) (Jespersen 2008) peger på, at også magtbalancen inden for lægeprofessionen forskydes. Mo (2008) viser, at den medicinske logik har en dominerende position i sygehusvæsenet, men at der med NPM-reformer sker en transformation af den lægefaglige professionsidentitet, når de lægefaglige ledere balancerer de ledelsesmæssige og professionelle hensyn på nye måder (Mo 2008). Jespersen taler om en professionel elite, som privilegeres gennem deres arbejde med udviklingen af kvalitetsarbejdet (Jespersen 2008:19). I afhandlingen bidrager jeg, dels ved at inddrage tre professioner i mine analyser, og dels ved at vise, at der i de sundhedsprofessionelles praksis pågår forhandlinger om positionen som privilegeret, hvor positionen som privilegeret ikke entydigt kan relateres til den administrative funktion som nøgleprofessionel. Afhandlingen illustrerer, at magtforskydningerne er flertydige, og at professionsidentiteter, som følger med kvalitetsstyringen, etableres både i professionerne og på tværs af professionerne.

Også en anden tradition samler sig om professionsforskningen i hospitalsvæsenet (Holmes et al. 2006, 2008) (Murray et al. 2008) – en tradition, som er inspireret af det poststrukturalistiske idekompleks. Her leverer blandt andre Foucault og Deleuze inspiration til analyser, hvor evidensbegrebet dekonstrueres og problematiseres. Diskursen om evidensbaseret har en privilegeret position i sundhedsvidenskaben, og disse forskere viser, at den er med til at forme professionerne såvel som de sundhedsfaglige ydelser på bestemte måder. Det er, fordi evidenshierarkiet privilegerer nogle kundskabsformer og undertrykker andre. Med evidenshierarkiet privilegeres den naturvidenskabelige tradition, mens humanistiske kundskaber rangeres nederst i hierarkiet. Når sundhedspolitikken samtidig er domineret af NPM-diskursen, med fokus på markedslogikker som effektivitet og økonomisk rentabilitet, sætter det evidensstænkningen i forgrunden, som en metode, der leverer og privilegerer det, der virker. Og dermed privilegeres de lægevidenskabelige metoder og forsk-

ningstraditioner, mens sygeplejeforskning relateret til den humanistiske tradition rangeres lavt i evidenshierarkiet (Holmes et al. 2006, 2008).

Sammenfattende kan siges, at afhandlingen bidrager på flere måder til forskningsfeltet omkring professioner, professionsidentiteter og kvalitetsstyring. Jeg bidrager med viden om kvalitetsreformers indflydelse på professionsidentiteter, hvor jeg nuancerer forståelsen gennem en analyse af de faglige identiteter, som skabes. Desuden bidrager jeg til forståelsen af de magtforskydninger, som sker mellem professionerne, når de indgår i styringen på forskellige måder. Forskningen viser resultater af forskydninger i magtbalancen, hvor nogen privilegeres. Jeg sætter fokus på kompleksiteten i disse forskydninger ved at anskue denne ”privilegerethed” som en position, der forhandles og formes på forskellige måder. Med min poststrukturalistiske tilgang bidrager jeg med viden om, hvordan de magtstrukturer, som skabes med NIP, har betydning for de professionsidentiteter, som skabes. Når jeg undersøger professionsidentiteter inden for en poststrukturalistisk optik, er det ligeledes et bidrag til kvalitetsforskningen, fordi jeg anlægger et andet snit og dermed producerer bestemte typer af svar, som sætter fokus på sammenhængen mellem magt, viden, styring og professionsidentiteter.

I dette kapitel præsenterede og diskuterede jeg forskning om relationen mellem sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. Præsentationen var struktureret omkring to forskningskomplekser, det ene fokuseret omkring kvalitetsstyringens udfordringer og effekter, det andet om professioner, professionsidentiteter og kvalitetsstyring. I kapitlet havde jeg en løbende opmærksomhed omkring denne afhandlings bidrag til de to forskningskomplekser og dermed også afhandlingens bidrag til forskning om relationen mellem sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring i sundhedsvæsenet.

Kapitel 3

Kvalitetssikring i hospitalsvæsenet

Formålet med dette kapitel er at introducere til det felt, jeg undersøger. I kapitlet sætter jeg fokus på de udviklingstendenser, som jeg ser som centrale i forhold til at forstå kvalitetsstyringens betydning for moderne hospitalspraksis og dermed også for de professionsidentiteter, som formes med etableringen, vedligeholdelsen og forandringen af relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP. Kapitlet kan ses som en introduktion til den kontekst, som afhandlingens problemstilling udspiller sig inden for – en kontekstualisering, som afspejler min konstruktion, mit blik og min betydningstilskrivning af sundhedspolitiske tendenser. Kapitlet er en introduktion til min forståelse af sammenhænge mellem historiske, nutidige, nationale og internationale tendenser inden for politik, styring og kvalitet i sygehusvæsenet. Altså et kapitel, som belyser relationen mellem den vide verden og den hvide verden.

Kapitlet er todelt, hvor jeg i den første del sætter fokus på de nationale og internationale idekomplekser, som har haft betydning for udviklingen af den offentlige sektor og præget udviklingen på sundhedsområdet, her med fokus på internationale tendenser med NPM som idekompleks og OECD som spredter af ideer, der har haft betydning for reformarbejdet i det danske sundhedsvæsen. Tendenser, som afspejler sig nationalt, når reformarbejdet blandt andet har udmøntet sig i kvalitetsreformen (2007), og i etableringen af den danske kvalitetsmodel. I kapitlets første del belyses kvalitetsudvikling også fra andre perspektiver, nemlig med et kort historisk blik på kvalitetsarbejdets udvikling i sundhedsvæsenet og på kvalitetsbegrebets historiske udvikling. Med et opmærksomt blik på disse forskellige perspektiver bliver det muligt at tegne et billede af de idekomplekser, som har domineret i udviklingen frem mod styringen af hospitalsvæsenet, som det ser ud i dag.

I kapitlets anden del præsenteres NIP – som en tendens, der afspejler den udvikling, jeg beskriver i kapitlets første del, og som et kvalitetsstyringsredskab, som er en integreret del af Den Danske Kvalitetsmodel. NIP fremstilles som et kvalitetsstyringsredskab, hvor styringen foregår gennem fire processer. Gennem disse fire processer introduceres til de dele af NIP, som er centrale i af-

handlingen. De fire styringsprocesser er prioritering af sundhedsydelse, standardisering af sundhedsydelserne, monitorering af kliniske indikatorer og sammenligning og performance mellem afdelinger og hospitaler. Styringsprocesserne beskrives med afsæt i administrative dokumenter om NIP, ligesom der introduceres til de grupper af sundhedsprofessionelle, som er involveret i styringen i de forskellige faser. Dermed skal kapitlets anden del ses som en introduktion til NIP og til den måde, som NIP er anskuet på i denne afhandling.

Sundhedsvæsenets forandringer mod kvalitetssikring

I kapitlets første del belyses kvalitetssikring som et fænomen, der er en del af den generelle udvikling i den offentlige sektor. En udvikling, som afspejler nationale såvel som internationale tendenser, der har haft betydning for kvalitetssikringens indtog i hospitalsvæsenet. Tendenser, som kan ses i lyset af NPM-diskursens internationale og nationale betydning, udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel og forskydninger i forståelsen af begrebet kvalitet.

Det danske sundhedsvæsen

Der findes ikke en entydig definition af det danske sundhedsvæsen, men i daglig tale vil det oftest være relateret til de institutioner og personalegrupper, som undersøger, plejer og behandler syge mennesker samt forebygger sygdomme. De opgaver, som sundhedsvæsenet løser, varierer over tid, med en tendens til at stadigt flere områder er blevet inddraget i sundhedsvæsenet (Vallgård og Krasnik 2010:139).

Etableringen af sundhedsvæsenet kan spores tilbage til 1700-tallet, hvor det blev til på baggrund af nye ideer om, at arbejde og mennesker, mere end sølv og guld, beriger et land. Indsatsen var karakteriseret ved statens mange initiativer til at forbedre befolkningens sundhedstilstand – især i forhold til de fattige, for at forhindre spredning af smitsomme sygdomme. Behandlingen var både tvungen og gratis (Vallgård og Krasnik 2010:140). Sundhedsvæsenet var organiseret omkring sygehusene, som opførtes lokalt af amter og købstæder, og i slutningen af 1800-tallet fandtes sygehuse i de fleste danske byer (Vallgård og Krasnik 2010:141). Sygehusene var karakteriseret ved at være offentlige og blev finansieret af både skatter og patientbetaling, hvor oprettel-

sen af sygekasserne var med til at sikre alle adgang til sygehusene². Parallelt med dette fandtes dog også velgørenhedsfinansiering, ligesom katolske non-neordner i anden halvdel af 1800-tallet opførte sygehuse (Vallgård og Krasnik 2010:143). Siden 1932 har sundhedsstyrelsens erklærede mål været at reducere og specialisere sygehusene (Vallgård og Krasnik 2010:145). Antallet af sygehuse er i dag væsentligt reduceret og organiseret i landets fem regioner, hvor hver region har ansvaret for at sikre sundhedsydelserne til regionens beboere. Sygehusbehandlingen skal ydes uden vederlag for regionens egne beboere, ligesom den også har andre sundhedsfaglige opgaver uden for sygehusene. (Vallgård og Krasnik 2010:157).

Sundhedssystemer forandrer sig til stadighed, i form af mindre løbende justeringer såvel som større gradvise forandringer lokalt og nationalt. I nyere tid har ønskede forandringer i sundhedsvæsenet medført udarbejdelse af reformer. Sundhedsreformer kan ses som "[...] stabile og dybtgående institutionelle forandringer gennemført af en regering på grundlag af eksplicite politiske mål" (Vallgård og Krasnik 2010:117). Reformerne har forskelligt indhold til forskellige tider i forskellige regioner og lande. Dog har der det seneste halve århundrede været tendenser til, at bølger af reformer med fælles temaer er slået igennem internationalt (Vallgård og Krasnik 2010:117). Siden 1980'erne har reformerne især hentet inspiration fra New public management-diskursen (Christensen og Lægred 2007:1), mens OECD har spillet en central rolle med at konkretisere værktøjer fra ideer til styring (Marcussen 2002:11)

NPM-diskursens betydning for forandringer i sundhedsvæsenet

NPM kan ses som et idekompleks, som henter inspiration i den brede neoliberale ideologi, trækker på specifikke økonomiske teorier og normative værdier og har øget effektivitet som centralt mål (Christensen og Lægred 2007:4). Hood sætter i sin berømte artikel fra 1991 fokus på både de principper, som NPM bygger på, og på de grundlæggende ideer, som NPM trækker på. NPM kan ses som en kompleks diskurs, som trækker på forskellige elementer og principper, og som udvikler sig over tid. Hood opstiller en liste med syv komponenter, som udgør syv forskellige dogmer, som går igen i de diskussioner, der pågår på det tidspunkt omkring NPM, og som afspejler tenden-

² I 1933 blev det gjort obligatorisk for alle borgere, som tjente under et vist beløb, at være medlem af sygekassen (Vallgård og Krasnik 2010:142).

serne i styringen af den offentlige sektor³. Komponenterne kan placeres i forhold til to typer af reformer, nemlig administrative og institutionelle reformer, hvor de administrative reformer skaber rammerne for nye ledelsesformer og sætter fokus på dokumentation og output-kontrol (Hood 1991:4). De institutionelle reformer skaber nye former for organisering af den offentlige sektor med opsplitting af den offentlige sektor i mindre enheder, med henblik på konkurrence og markedsliggørelse gennem dannelsen af selvstændige resultat-enheder (Greve 2003:81).

NPM kan ligeledes forankres i to forskellige teoretiske skoler og kan ses som en kombination af disse to teoretiske retninger. Den ene teoretiske retning, som NPM trækker på, er ledelsesteorier og ledelseskoncepter fra den private sektor. Her er fokus på Human Resource Management, hvor individualisering og selvansvarliggørelse er centrale begreber. Tilgangen giver lederne i den offentlige sektor brede beføjelser og frihed til at lede, med bedre organisatorisk performance som mål. Den anden teoretiske retning er den nyinstitutionelle økonomi, som havde fokus på "public choice", transaktionsanalyse og principal-agent-teori. Fra dette teoretiske afsæt udvikles administrative reformer, som bygger på ideer om borgernes frie valg mellem ydelser, gennemsigtighed i ydelserne og styring gennem incitamenter. Her er altså et stærkt fokus på markedsliggørelse af de offentlige ydelser. Som en del af denne logik er også formalisering og standardisering, som skal ses som metoder til at sikre frit valg og gennemsigtighed. Dette perspektiv er meget forskelligt fra den traditionelle bureaukratiske forståelse af den gode offentlige administration, hvorfor der her præsenteres noget grundlæggende andet end det, der var før (Hood 1991:6).

OECD tilskrives en central rolle som formidler af ideer om offentlig ledelse og forvaltning og fremstår dermed som en central aktør i globaliseringen af NPM (Greve 2003:72). Her fungerer OECD både som "ide-opfinder", hvor OECD-sekretariatet egenhændigt opfinder nye ideer, og som "ide-mellemmand", hvor ideerne enten opfindes af andre organisationer eller medlems-

³ De opstillede dogmer er decentralisering af ledelsesansvar, styring gennem mål og indikatorer, stort fokus på output og resultater, opsplitting af den offentlige sektor i mindre enheder, større konkurrence mellem de offentlige institutioner, fokus på markedsliggørelse af den offentlige sektor med inspiration fra den private sektor samt fokus på at udbyde det, der efterspørges, samt udnytte ressourcerne effektivt (Hood 1991:3)

lande, og hvor ideerne så spredtes via OECD (Marcussen 2002:84). OECD betragtes som en autoritativ kilde til objektiv og saglig viden, hvorved OECD er med til at præge, hvad danske embedsmænd, politikere og journalister skal mene om forskellige politiske spørgsmål (Marcussen 2002:7). Aktuelle politiske og forvaltningsmæssige tendenser er altså ikke et udtryk for et isoleret nationalt fænomen, men et fænomen, som ligeledes er præget af den internationale dagsorden, hvor OECD spiller en rolle – både i forhold til at udvikle ideer og i forhold til at sprede ideer mellem landene om sundhedsvæsenets organisering og styring. Hermed afspejler de danske reformer og tiltag de internationale tendenser på området.

Fælles for landene i den vestlige verden er, at de alle siden begyndelsen af 1980'erne har gennemført reformer, som er inspireret af NPM. Tankerne om NPM vandt indpas i sundhedspolitikken i 1990'erne, hvor reformerne i mange lande satte fokus på at øge sundhedsvæsenets effektivitet med indførelse af markedslige principper som led i den generelle liberalisering af den offentlige sektor. I det seneste årti har sundhedsområdet været præget af nye reformer, som sætter fokus på patientrettigheder og kvalitetssikring (Vallgård og Krasnik 2010:121). Reformerne i det danske sundhedsvæsen har altså mange fællestræk med de overordnede internationale og politiske udviklingstendenser, men har samtidig en lokal forankring med afsæt i de specifikke nationale forhold, inden for hvilke reformarbejdet præges og formes (Vallgård og Krasnik 2010:128).

NPM i en dansk kontekst

Højlund (2004) sætter fokus på markedsliggørelsen i en dansk kontekst, når han undersøger, hvad der opstår, når det politiske danner marked, i perioden 1990 til 2003. Han understreger, at den offentlige sektor ikke lader sig opløse eller afløses med markedsliggørelsen, men at den derimod stiller sig nye opgaver med henvisning til markedet. I starten af perioden handler den politiske og forvaltningsmæssige debat primært om udlicitering som metode til markedsliggørelse, og i forlængelse af denne tilgang rejser sig et spørgsmål om synlighed. Dette spørgsmål om synlighed udpeges som problem i den offentlige sektor og udkrystalliserer sig i tre reformdiskurser, som bliver styrende for de reformtiltag, man vælger i bestræbelserne på en markedsliggørelse af den offentlige sektor. De tre reformdiskurser relaterer sig til forskellige dimensioner af synlighedsproblemet – synlighed i indholdsdimensionen, synlighed som

relationsproblem og synlighed som et værdimæssigt problem. Som relationsproblem kommer synlighed til at handle om ekspliciterede enheder og strukturer, hvorfor løsningen kommer til at omhandle kontraktstyring. I den værdimæssige dimension handler synlighed om værdier og helhedsorientering, og partnerskab bliver formuleret som svaret. I indholdsdimensionen kommer synlighed til at handle om dokumentation, og kvalitet formuleres som løsning (Højlund 2004:3).

Synligheden i indholdsdimensionen relaterer sig til synlighed i velfærden og bliver derfor et centralt redskab til værdisættelse og sammenligning af velfærdsydelserne – som ses som et vigtigt omdrejningspunkt for markedsliggørelse af de offentlige ydelser. Tilbage i 1991 fremhæver finansministeriet specifikt certificerings- og standardiseringssproget ISO 9000, mens der mere generelt tegnes et billede af et behov for kvalitetsinstrumenter (Højlund 2004:97). Højlund finder altså, at udfordringerne i forhold til markedsliggørelsen af den offentlige sektor rejser tre grundlæggende spørgsmål om synlighed, og at reformarbejdet i forlængelse heraf placerer sig inden for tre hovedområder, nemlig kvalitetssikring, kontraktstyring og partnerskab. Samtidig ses der en tendens til, at der inden for forskellige sektorer har været tendens til primært at implementere løsninger inden for et af områderne, hvor tendensen inden for sygehusvæsenet i mange år har været fokuseret omkring kvalitetssikring – en udbredelse som afspejler en national såvel som international tendens (Flynn 2002:155).

Regulering af kvalitet – fra Nightingale til akkreditering

Regulering af kvalitet i sundhedsvæsenet har haft en stadigt stigende politisk bevågenhed – en interesse, som fortsætter ad det spor, som blev lagt med NPM. Kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen kan anskues inden for tre perioder, med forskellige bærende ideer om organisering og ansvar. Systematisk kvalitetsudvikling kan ledes tilbage til enkelte sundhedsprofessionelles systematiske arbejde med en given problemstilling, eksempelvis Florence Nightingales arbejde med at forbedre hygiejnen ved behandling af de tilskadekomne soldater under Krim-krigen i midten af 1800-tallet (Mainz et al. 2011:24). Karakteristisk for disse tidlige kvalitetstiltag er, at de sundhedsfaglige initierer tiltagene med afsæt i en konkret klinisk udfordring, samt at kvalitetsudviklingen baseres på systematiske undersøgelser af en patientgruppe eller patientforløb. Forskningsmetoderne udvikles gennem perioden, men

organiseringen forbliver et professionsinternt anliggende, uden særlig politisk interaktion.

Med tiden får kvalitetssikring som systematisk aktivitet i sundhedsvæsenet stigende opmærksomhed og formaliseres i 1991 med etableringen af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, efterfulgt af Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriets udarbejdelse af en national strategi for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Her sker altså et brud med professionernes monopol på kvalitetsudviklingen, og sundhedsstyrelsen udstikker retning for kvalitetsudvikling. Et af strategiens bærende elementer var, at kvalitetsudvikling skulle baseres på bottom-up-processer, initieret af ildsjæle blandt de sundhedsprofessionelle. Strategien medførte mange aktiviteter og kvalitetsudviklingsprojekter, initieret af myndigheder, amter og faglige og videnskabelige sammenslutninger. NIP kan ses som et konkret udviklingsprojekt inden for rammen af denne tidlige kvalitetsstrategi (Mainz et al. 2011:27). Strategien satte rammer for kvalitetsudviklingen, men strategiens decentrale budskab medførte, at der ikke blev iværksat målrettet kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Med etableringen af Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i 2001 skete en større koordinering, og nationale kvalitetssikringsinitiativer blev etableret – bl.a. det nationale indikatorprojekt. I 2002 præsenterede sundhedsministeriet og sundhedsstyrelsen en ny strategi for kvalitetsudvikling, med indvarslingen af Den Danske Kvalitetsmodel som hovedbudskab (Mainz et al. 2011:28).

Næste større politiske initiativ var kvalitetsreformen i 2007 – en reform, som også Den Danske Kvalitetsmodel blev defineret inden for. Med kvalitetsreformen ønskede regeringen at give den offentlige sektor et markant løft ved at sikre fortsat fornyelse og udvikling af kvaliteten inden for alle dele af den offentlige velfærdsservice (Finansministeriet 2007:4). I reformen defineres kvaliteten inden for tre dimensioner som henholdsvis den organisatoriske, den faglige og den brugeroplevede kvalitet. Den organisatoriske kvalitet relateres til arbejdsprocesser, ledelse, medarbejdere og organiseringsformer. Den brugeroplevede kvalitet fokuserer på brugerens erfaringer om information, medinddragelse og respekt – en kvalitet, som måles i tilfredshedsundersøgelser. Om faglig kvalitet står der: ”God faglig kvalitet betyder, at serviceydelsen lever op til høje, faglige standarder” (Finansministeriet 2007:8). Her præsentere-

res en forståelse af kvalitet, ikke blot som noget, der lever op til en given faglig standard, men til en høj faglig standard.

Under overskriften ”Institutionerne skal tænke nyt og udvikle kvaliteten” (Finansministeriet 2007:92) opstiller regeringen seks mål, hvoraf de to er særligt interessante for sundhedsområdet. Blandt de erklærede mål er, at alle institutioner på velfærdsområderne senest fra 2015 skal arbejde med en anerkendt akkrediteringsmetode eller kvalitetsudviklingsmodel, og at sammenlignelige oplysninger om brugertilfredshed og kvalitet skal understøtte den faglige udvikling (Finansministeriet 2007:92). Her bliver kvaliteten relateret til akkreditering og sammenligninger, mens fokus for kvaliteten flyttet fra kvalitet i ydelser og genstande til kvalitet som noget, enhver institution må have styr på. I kvalitetsreformen fremhæves Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet som første step i udbredelsen af kvalitetssystemer i hele den offentlige sektor. Undersøgelser af institutionernes kvalitetsniveau skal ikke ses som kontrol, men som et redskab til faglig udvikling. Akkreditering bliver dermed relateret til faglig udvikling mere end kontrol, og regeringen forventer, at akkreditering og kvalitetsudviklingsmetoderne på sigt vil reducere behovet for tilsyn og kontrol (Finansministeriet 2007:93) – en konklusion, som ikke nødvendigvis er umiddelbart logisk, medmindre der tænkes på en meget snæver forståelse af kontrol, som statens kontrol med institutionerne, som jo med akkreditering og kvalitetsstyring forskydes til akkrediteringsorganisationernes kontrol med institutionernes egne kontrolsystemer. Så med akkrediteringssystemerne sker der en forskydning af kontrolfunktionen mod institutioner, som etableres til bl.a. at overvåge kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser.

Udviklingen i kvalitetsarbejdet frem mod Den Danske Kvalitetsmodel

Udviklingen i kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet er altså gennem perioderne gået fra at være lokale initiativer, drevet først af fagprofessionelle og decentrale sundhedsmyndigheder, til med den seneste kvalitetsstrategi og reform at orientere arbejdet mod nationalt initierede tiltag. Det betyder, at den centralt udmøntede regulering er blevet mere omfattende, mens den lokale ledelsesmæssige og faglige autonomi er blevet begrænset (Knudsen et al. 2008:47). Beslutningen om udvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel kan altså ses i lyset af denne udvikling. Tilbage i 2003 lå det første danske akkrediteringsprogram for modellen, og i 2005 blev modellen institutionaliseret med en direktør og et institut, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sund-

hedsvæsenet (IKAS), til etablering og videreudvikling af modellen såvel som til gennemførelse af akkrediteringer (Institut for Kvalitet og Evaluering i Sundhedsvæsenet 2008). Hensigten med Den Danske Kvalitetsmodel er, at den skal være *et samlet, integreret og fælles system til kvalitetsudvikling og vurdering af strategisk vigtige ydelser og aktiviteter i sundhedsvæsenet. Overordnet skal modellen understøtte og fremme systematisk, kontinuerlig selvregulering og kvalitetsvurdering i de omfattede institutioner* (Institut for Kvalitet og Evaluering i Sundhedsvæsenet 2008).

Modellen er altså karakteriseret som et nationalt fælles system, som har vurdering og dermed synlighed i fokus, og den bygger på selvregulering såvel som ekstern kvalitetsvurdering. Modellen er på mange områder i overensstemmelse med den generelle tilgang til akkreditering – baseret på prædefinerede standarder, udviklet af fagfolk og med ekstern akkreditering såvel som med krav om selvevaluering med gennemførelse af løbende interne audits. Modellen adskiller sig dog på en række områder fra den generelle tilgang og fremstår derfor som en særlig dansk oversættelse, bl.a. ved at akkrediteringen er obligatorisk, at data fra akkrediteringen skal offentliggøres, at omfanget af målinger er betydeligt, at modellen inddrager eksisterende nationale projekter, samt at akkrediteringsmyndigheden IKAS, på trods af formel uafhængighed, er tæt koblet til sundhedsmyndighederne (Knudsen et al. 2008:107).

I lyset af ovenstående perspektiver omkring NPM kan modellen ses som et styringsredskab, der trækker på principper fra NPM, med øget synlighed og central kontrol gennem obligatorisk deltagelse, offentliggørelse af data samt mange kvalitetsmålinger. Samtidig indeholder modellen elementer, som karakteriserer moderne styring (Foucault 2008a:118), når Den Danske Kvalitetsmodel initierer styring på afstand, særligt den kontinuerlige kvalitetsovervågning og akkreditering. Styring på afstand er en teknologi, som kan forklares inden for den teoretiske ramme af governmentality. Den tætte sammenkobling mellem IKAS og sundhedsmyndighederne kan ligeledes forklares inden for governmentality, især i lyset af de sundhedsprofessionelles centrale placering i udvikling og drift af kvalitetsmodellen. Her afspejles den tætte sammenhæng mellem profession og stat – en organisering, som karakteriserer governmentality som moderne styringspraksis. Med Den Danske Kvalitetsmodel er styringen ikke baseret på love, men på særlige principper, som defi-

neres og udvikles gennem de sundhedsprofessionelles produktion af viden (Foucault 2008a) (Johnson 1995).

I afsnittet har jeg belyst kvalitetssikring inden for rammen af den bredere politiske, administrative diskurs. Udviklingen af kvalitetssikringen i det danske sundhedsvæsen har været præget af internationale tendenser og ideer inspireret af NPM, men er samtidig formet som noget særligt, med afsæt i de nationale traditioner og tendenser. Jeg vil nu slippe de brede politiske tendenser for at komme tættere på kvalitet som begreb – ikke isoleret fra den politiske dagsorden, men med fokus på kvalitetsbegrebets historiske udvikling og transformation fra at være tæt knyttet til egenskaber ved en genstand til at være en superstandard, som fungerer efter en helt særegen logik. En superstandard, som afspejler, at kvalitetssikring i sundhedsvæsenet er blevet et politisk kerneområde i sig selv, hvor politikere, ledere og sundhedsprofessionelle har en fælles ambition om at placere det danske sundhedsvæsen i toppen af den internationale arena (Knudsen et al. 2008:21).

Kvalitetsbegrebet forskydninger – fra det sublime til superstandard
Ifølge Dahler-Larsen er der sket tre væsentlige forskydninger angående kvalitet i vores tid. Kvalitet er i dag ikke en sjælden oplevelse, men forventes at være allestedsnærværende. Desuden er kvalitet blevet et fælles anliggende, således at offentlige problemer nu synes at løses bedst som kvalitetsproblemer. Endelig er kvalitetsbegrebet ikke længere noget, vi selv definerer, men det defineres udefra med kvalitetsmålinger, evalueringer og benchmarking (Dahler-Larsen 2008b:11).

I et historisk blik er kvalitetsbegrebets udvikling tæt knyttet til den samfundsmæssige udvikling. Oprindeligt anvendtes kvalitet til beskrivelse af en egenskab ved en ting, i modsætning til kvantitet, som beskriver omfanget (Dahler-Larsen 2008b:20). I processen med at forene genstand og egenskab indtog mennesket en aktiv rolle ved at tillægge genstanden værdifulde egenskaber. Hermed spillede mennesket en central rolle i kvalitetsbestemmelsen som ansvarlig for at tillægge de forskellige genstande forskellige egenskaber (Dahler-Larsen 2008b:22). Fra 16-1700-tallet tog kvalitetsdefinitionerne form af at være moralske pejlemærker, hvorved kvalitet ikke længere ”blot” var et spørgsmål om at give genstande egenskaber, men at konnotere kvalitet med det fine, fornemme og anerkendelsesværdige (Dahler-Larsen 2008b:24). Med industrialiseringen fik mennesket en dobbelt relation til kvalitet, som både

bedømmer og producent. Kvalitet var ikke længere noget, som var iboende i tingene, men fremtrådte som fabrikeret. Dermed opstod tendensen til og behovet for, at kvalitet skulle styres. Kvalitet mistede sin konnotation til det særlige og sublime og blev i stedet indskrevet som en del af enhver produktion og levering af varer og ydelser, relateret til at definere en minimumsstandard (Dahler-Larsen 2008b:26).

Kvalitetsbegrebet var nu tæt forbundet med kvalitetskontrol – en udvikling, som var stærkt præget af den industrielle produktionsform- og fokus. Men snart skete der endnu en forskydning i forståelsen, fra kvalitetskontrol mod kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, idet det var uhensigtsmæssigt blot at finde og eventuelt kassere varer og ydelser af en lavere kvalitet. Dette særligt i et forbrugerperspektiv, hvor kvalitet bliver tæt relateret til kundens ønsker og behov. Kvalitet var nu ikke længere noget, der er iboende i tingene, og kvalitet var ikke noget, der kunne måles med en videnskabelig metode, men derimod noget, som afspejlede kundens ønsker, forventninger og efterspørgsel (Dahler-Larsen 2008b:27). Kvalitetsparadigmet blev skiftet ud – fra teknisk kontrol til styring og udvikling. Snart omhandlede kvalitetsarbejdet ikke kun produktionen, men blev indskrevet i den producerende organisation som system. Særligt i 80'erne og 90'erne indførtes forskellige kvalitetskoncepter, ligesom kvaliteten blev internationaliseret, i og med at kvalitetskoncepterne blev udviklet i internationale organisationer – en tendens, som stadig dominerer kvalitetsforståelsen. Tendensen er her, at kvaliteten styres gennem styring af de organisatoriske processer (Dahler-Larsen 2008b:28). Kvaliteten knytter sig altså nu hverken til produktion eller brug, hvorved der sker en abstraktion af begrebet. Kvalitet skubbes væk fra tingene selv og indskrives i organisationerne på et metaniveau i processer og procedurer, hvorved kvalitet nu er noget, man har styr på, mere end noget, man har. Kvalitetsprocesserne bliver interessante i sig selv, og for organisationerne bliver overholdelsen af regler og procedurer et mål i sig selv (Dahler-Larsen 2008b:30).

Kvalitetsbølgen har vist sig ikke bare at være et kortvarigt modefænomen, som andre organisationskoncepter, men at være robust og mere eller mindre intenst til stede siden 1980'erne. Der findes flere typer af forklaringer på denne robusthed (Dahler-Larsen 2008b:66). En forklaring findes i kvalitetsbølgens form af en superstandard, der på et overordnet abstrakt plan er konsistent med store, kulturelle temaer i den vestlige verden – temaer relateret til

projekter om individualisering, rationalitet og effektivitet, og altså temaer, som kan relateres til NPM. Kvalitetsbølgens robusthed handler altså om dens karakter af at være en bred kvalitetsopskrift, som kan relateres til centrale politiske dagsordener, men samtidig handler dens robusthed også om dens åbenhed med og brug af andre opskrifter, som ikke har kvalitet som grundbegreb, men hvis grundideer kan sættes i relation til kvalitetsarbejdet. Her er målstyring, revision, performance management og evaluering fire organisationsopskrifter, som kan defineres og anvendes inden for kvalitetskonceptet, hvilket er med til at fastholde kvalitetsbølgen. Lægger man oven i disse forklaringer, at der i samfundet er oprettet en lang række institutioner, som skal overvåge andre organisationers kvalitet, og dertil oprettet institutioner, som skal overvåge kvalitetsinstitutionernes kvalitet, så har kvalitetsbølgen fået en egen selvforstærkende logik (Dahler-Larsen 2008b:66). Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet er en af disse institutioner, som overvåger kvaliteten i sundhedsvæsenets institutioner, hvor kvalitetsprocesserne i Den Danske Kvalitetsmodel er i fokus.

I kapitlets første del har jeg vist, at kvalitetssikring er et fænomen, som er en del af mere generelle udviklingstendenser i den offentlige sektor, og som afspejler kvalitetsbegrebets forskydning fra det sublime ved en genstand til styring af processer. Den Danske Kvalitetsmodel er sundhedsvæsenets svar på det politiske krav om at demonstrere kvalitet i sundhedsydelserne gennem styring af kvalitetsprocesserne. Når NIP er blevet integreret i Den Danske Kvalitetsmodel, kan det ses som et udtryk for, at NIP har en struktur og organisering, som gør det velegnet til at efterleve de politiske krav til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. Dermed er NIP et projekt, som afspejler kvalitetsstyringens tendenser, og derfor også et projekt, som er interessant i en undersøgelse af etablering, vedligeholdelse og forandring af relationen mellem de sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring. Jeg vil nu vende blikket mod NIP og præsentere de styringstendenser, som afspejles i NIP, såvel som den forståelse af NIP, som denne afhandling baseres på.

Kvalitetssikringsprojektet NIP

NIP er et kvalitetssikringsprojekt, som blev iværksat i 1999 på baggrund af et politisk og ledelsesmæssigt ønske om at udvikle en model til dokumentation og løbende overvågning af den sundhedsfaglige kvalitet på grundlag af evi-

densbaserede kvalitetsmål og indikatorer (Mainz et al. 2001:6404). Indikatorprojektet er et fagligt kvalitetsudviklingsprojekt, men har ligeledes til formål at opfølge politiske mål om gennemskuelighed af offentlige ydelser samt skabe rammen for de fagprofessionelles ønske om etablering af en ligeværdig dialog med beslutningstagerne i sundhedsvæsenet. NIP er etableret i samarbejde mellem de fagprofessionelle sammenslutninger og relevante politiske parter⁴, og Danske Regioner sikrer rammerne for drift og prioritering af projektets opgaver. NIP har i 2006 leveret data til Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet i forbindelse med udarbejdelse af sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder, og NIP er nu en integreret del af den danske kvalitetsmodel (NIP-sekretariatet 2007a:6). Gennem NIP belyses den del af kvalitetsprocessen i Den Danske Kvalitetsmodel, som handler om den kliniske praksis. NIP sætter altså fokus på standarder og indikatorer, som er rettet mod den patientrelaterede behandling og pleje.

Det Nationale Indikatorprojekt er ikke et enstrengt styringsredskab, men benytter sig af forskellige former for styring, hvorved der rejses et spørgsmål om, hvordan der styres i NIP. At opdele projektet i delprocesser kan derfor være en metode til at komme tættere på en indholdsmæssig såvel som procesmæssig afklaring af projektet. I dette afsnit opdeles NIP i fire processer – en opdeling, som skal skabe overskuelighed og systematik i forhold til at vise systematikken i NIP's flerstrengede styringssystem. Opdelingen er altså primært et greb til præsentationen af NIP, mens jeg i kapitel 6 redegør for min analysestrategiske tilgang til NIP. De fire styringsprocesser er: *prioritering af sundhedsydelserne, standardisering af sundhedsydelserne, monitorering af kliniske indikatorer og tilbagerapportering og sammenligning af performance mellem afdelinger og hospitaler i Danmark*. Jeg vil nu beskrive de fire processer, som kan ses som et empirisk eksempel på, hvordan kvalitetssikring i sundhedsvæsenet omsættes i et konkret kvalitetsprojekt. Afhandlingen bidrager især med viden om de to sidste processer i styringen, men jeg vil i nedenstående præsentation af de fire processer redegøre for, hvordan undersøgelsen fokuserer på processerne.

⁴ De videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger, fysioterapeuter og ergoterapeuter, de daværende amter og H:S, Sundhedsstyrelsen samt Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Som tidligere skrevet er NIP nu integreret i Den Danske Kvalitetsmodel, men samtidig adskiller NIP sig også fra kvalitetsmodellen. Det særlige ved NIP er den hyppige monitorering af indikatorer, som medfører en kontinuerlig overvågning af praksis med månedlige eller kvartalsmæssige opgørelser af NIP-data. I Den Danske Kvalitetsmodel foretages akkrediteringer hvert tredje år, hvormed der er længere intervaller mellem den eksterne overvågning. Det anbefales dog i Den Danske Kvalitetsmodel, at de enkelte institutioner foretager løbende interne selvovervågninger i perioderne mellem de eksterne akkrediteringer (Rasmussen 2011:44).

Prioritering af sundhedsydelserne

Karakteristisk for NIP er, at ikke alle sundhedsfaglige ydelser er inkluderet i projektet. Projektet inkluderer otte sygdomsområder⁵ – sygdomsområder, som er udvalgt, fordi de anses for at være væsentlige, ud fra kriterier som hyppighed, alvorlighed, sværhedsgrad, klinisk interventionsgrad og brug af ressourcer (Mainz et al. 2001:6401). Denne afhandling sætter fokus på NIP inden for sygdomsområdet apopleksi. I kapitel 5 redegør jeg for mine overvejelser om valg af netop det sygdomsområde. Styringsprocessen omkring de udvalgte sygdomsområder er ikke central i mine analyser, men er dog vigtig, fordi denne type af prioritering er en præmis i kvalitetsstyringen – en præmis, som er virksom i den kliniske praksis, når den kategoriserer patienter, som er inden for og uden for kategorien af patienter, som sikres særlige privilegier. Disse særlige privilegier er relateret til de standarder, som er defineret inden for hvert af sygdomsområderne. Inden for sygdomsområdet apopleksi er det eksempelvis CT-scanning af hjernen inden for det første indlæggelsesdøgn.

Standardisering af sundhedsydelserne

Standardiseringen af sundhedsydelserne er en central proces i NIP, da standardiseringen er en forudsætning for præstationsmålinger og auditing. Standarderne betegnes i NIP også som kvalitetsmål, og disse fastsættes på baggrund af ”[...] *god klinisk praksis og gode kliniske resultater*” (Sundhedsstyrelsen 2000:7), som er med til at sikre det højeste mulige evidensniveau på et givent område. Såfremt der ikke findes evidens, sikres det, at standarder fastsættes på baggrund af konsensus blandt erfarne klinikere – det, som sundhedsstyrelsen

⁵ Sygdomsområderne er akut mave-tarm-kirurgi, apopleksi, diabetes, hjerterinsufficiens, hoftenære frakturer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungecancer og skizofreni.

kalder god klinisk praksis. Projektet bygger på et grundlæggende princip om klare og gennemskuelige processer, hvor fastsættelsen af kvalitetsmål og udvælgelsen af indikatorer foretages af fagfolk, defineret som det sundheds-personale, der i den daglige, kliniske praksis arbejder inden for det pågældende sygdomsområde (Mainz et al. 2001:6401).

De sundhedsprofessionelle er altså aktivt involveret i projektet – i udviklingen af projektet såvel som i den løbende drift af systemet. Inden for hvert af sygdomsområderne er der nedsat en indikatorgruppe, hvis medlemmer er fagpersoner med ekspertise inden for behandling og pleje af apopleksi (NIP-sekretariatet 2007a:10). Indikatorgrupperne består af 8-15 medlemmer og er udpeget af de faglige selskaber⁶ og er tværfagligt sammensat. Det er disse indikatorgrupper, som fastlægger standarder og indikatorer⁷ (NIP-sekretariatet 2007a:10).

Inden for sygdomsområdet apopleksi anvendes 10 standarder⁸. For hver af standarderne er der defineret en indikator til måling af standarden, som definerer, hvad der skal gøres, og inden for hvilken tidsramme det skal gøres, for at indikatoren er opfyldt. Desuden er der for hver standard angivet en procent-sats, som indikerer, hvornår indikatoren er opfyldt. For indikator IV lyder det eksempelvis sådan: Patienter med symptomer på apopleksi bør hurtigst muligt (på indlæggelsesdagen) udredes med CT- eller MR-scanning. Standard er 80 % af patienterne (NIP-sekretariatet 2010a:6).

I afhandlingen sætter jeg ikke specifikt fokus på udvælgelsen og udviklingen af standarder, men på de forhandlinger og relationer, som pågår i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis omkring de standarder, der er i NIP. Altså fokus på den betydning, som standarderne tillægges i praksis, og på hvordan

⁶ Faglige selskaber som eksempelvis lægevidenskabelige selskaber, de faglige sammenslutninger på sygeplejeområder, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter (NIP-sekretariatet 2007a:10)

⁷ Strukturindikatorer beskriver forudsætninger for behandling, såsom de sundhedsprofessionelles kompetenceniveau og tilgængelighed til udstyr, teknologi og faciliteter. Procesindikatorer sætter fokus på det konkrete patientforløb samt belyser konkrete elementer og giver dermed en vurdering af, om givne procedurer er anvendt i klinisk praksis. Resultatindikatorer sætter fokus på patientens helbredsstatus, bl.a. i relation til overlevelse, symptomer og fysiske og psykiske formåen og reaktioner (Mainz 2001: 6401-6402)

⁸ I 2011 er sættet af standarder for apopleksi revideret, og der er tilføjet flere standarder. Men i denne afhandling tages afsæt i det tidligere sæt af standarder, fordi det var de aktuelle standarder under feltarbejdet.

standarderne i NIP har forskellig betydning for de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis.

Kontinuerlig monitorering af de faglige indikatorer

Kontinuerlig monitorering af de faglige indikatorer er et centralt styringsredskab i NIP. I den kliniske praksis skal de sundhedsprofessionelle lave løbende registreringer i NIP-skemaet. NIP-håndbogen indeholder en beskrivelse af NIP med henblik på optimal gennemførelse af processer vedrørende dataindsamling og auditafvikling (NIP-sekretariatet 2007a:3). Her anføres, at der i forbindelse med hvert enkelt patientforløb sker en løbende registrering af de kliniske observationer hos patienten i et registreringsskema, og at når patienten er udskrevet, skal data rapporteres via et internetbaseret it-system til den centrale NIP-database (NIP-sekretariatet 2007a:8). Denne monitorering relateres til datakvalitet, som i NIP-håndbogen omsættes i konkrete anbefalinger. En konkret anbefaling er, at den enkelte afdeling udpeger NIP-nøglepersoner (som i afhandlingen er de professionelle, jeg betegner som nøgleprofessionelle, nøg-lelæger og nøglesygeplejersker). De nøgleprofessionelle skal i relation til de faglige indikatorer indberette til og modtage data fra NIP, sikre datakomplet-hed og introducere nyansatte til NIP-projektet (NIP-sekretariatet 2007a:13). De nøgleprofessionelles ansvar indgår i NIP-håndbogens redegørelse for ansvarsfordelingen mellem de nøgleprofessionelle, afdelingsledelsen og sygehusledelsen. Her fremgår, at afdelingsledelsen har ansvaret for at udpege og uddelegere opgaver til de nøgleprofessionelle såvel som sikre rammerne for de nøgleprofessionelles arbejde. Hospitalsledelsens opgaver i forbindelse med NIP er ikke relateret til monitoreringen, men til opfølgning af resultaterne i forbindelse med audit (NIP-sekretariatet 2007a:14).

I denne fase af NIP kan de sundhedsprofessionelle inddeles i to grupper. Alle sundhedsprofessionelle, som er involveret i patientforløb, er også involveret i monitoreringen, når de registrerer NIP-data i NIP-skemaet. Registreringen har karakter af selvovervågning, hvor de sundhedsprofessionelle skal dokumentere egen praksis omkring NIP. Samtidig udpeges en gruppe af sundhedspro-fessionelle som særligt ansvarlige nøgleprofessionelle. De nøgleprofessionelle skal bl.a. overvåge de sundhedsprofessionelle omkring monitoreringen af NIP – om handlingerne udføres, og om skemaerne udfyldes på den rigtige måde.

Karakteristisk for denne gruppe er, at deres ansvar i forhold til NIP ikke er relateret til en særlig stillingsbetegnelse omkring kvalitet. Det er altså ikke

nødvendigvis sundhedsprofessionelle, som er ansat til at varetage en særlig kvalitetsfunktion eller ledelsesfunktion, men kan også være sundhedsprofessionelle, som udpeges til at have NIP som ansvarsområde som en del af deres arbejde som sundhedsprofessionelle. I mit feltstudie på afdelinger var de nøgleprofessionelle udpeget fra begge grupper, men i analyserne betragter jeg dem primært som en gruppe, fordi deres funktion er den samme.

Denne fase af NIP-styringen er central for analyserne i afhandlingen, fordi NIP-styringen i denne fase er meget synlig og derfor også er indgribende i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Det gælder både den overvågning og selvovervågning, der styres igennem, når praksis skal dokumenteres i NIP-skemaer.

Audits og sammenligning af performance

Afdelingerne får forskellige typer af tilbagemeldinger på deres indsats – dels månedlige, dels kvartalsvise afrapporteringer i relation til egne indberettede data, ligesom der årligt udarbejdes en rapport, Den Nationale Auditrapport for sygdomsområder, som beskriver kvaliteten af behandling og pleje i regioner og afdelinger – både i forhold til tidligere år og i forhold til hele landet (NIP-sekretariatet 2007a:9).

I forbindelse med opgørelse og offentliggørelse af NIP-resultater skal de nøgleprofessionelle formidle resultaterne i afdelingen. Desuden skal de nøgleprofessionelle være opmærksomme på muligheder for at bruge data til kvalitetsudvikling i egen afdeling (NIP-sekretariatet 2007a:13). I NIP-håndbogen er hverken afdelingsledelsen eller hospitalsledelsen fremhævet som ansvarlige for formidlingen af NIP-resultater, hvorfor de nøgleprofessionelle har en central funktion i forhold til formidling.

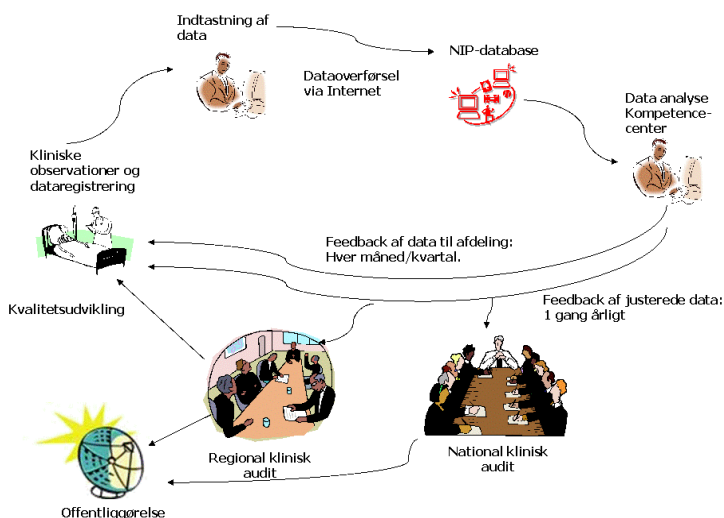
De nøgleprofessionelle skal også deltage i den regionale tværfaglige audit om fortolkning af de indsamlede resultater fra den pågældende region. Den regionale kliniske audit har til formål at vurdere datakvaliteten for regionens NIP-data. Desuden skal auditgruppen diskutere, om variationer i resultaterne mellem forskellige afdelinger har klinisk betydning. De skal også forholde sig til indsatser, som er iværksat for at leve op til standarderne, blandt andet om aftaler om indsatser fra det forrige auditmøde er gennemført. Gruppen skal ligeledes vurdere, om der er mulighed for kvalitetsudvikling og læring ved benchmarking med afdelinger med best practice (NIP-sekretariatet 2007a:19).

Resultaterne af de regionale tværfaglige audit overbringes til den nationale auditgruppe, som gennemfører den nationale kliniske audit og på den baggrund udarbejder den årlige rapport af NIP-resultater. Den nationale auditgruppe skal på samme måde som de regionale grupper tage stilling til datakomplethed. Desuden skal gruppen konkludere og komme med anbefalinger i forhold til den enkelte indikator og komme med anbefalinger til de regionale auditgrupper, afdelinger og regioner. Den nationale auditgruppe er altså en gruppe af udpegede eksperter inden for NIP, som udarbejder de endelige konklusioner og anbefalinger i forhold til de nationale NIP-resultater.

I analyserne sætter jeg primært fokus på den praksis omkring NIP-processen, der omhandler den regionale audit, og hvordan den kan belyses i en styringsoptik. Desuden sætter jeg fokus på, hvordan sammenligninger af NIP-resultater har indflydelse på de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis og virker forskelligt på forskellige grupper af sundhedsprofessionelle. I analysen sættes altså fokus på, hvordan styringen foregår gennem sammenligninger af afdelinger og hospitaler, gennem den kategorisering af enheder, som følger med sammenligningerne.

Dataindsamlingen og organisering af kvalitetsprocessen i NIP

Nedenstående figur er fra NIP-håndbogen og illustrerer organiseringen og processerne i NIP.



Figur 1. Organisering og processer i NIP (NIP-sekretariatet 2007a:8).

Den første af de fire styringsprocesser i NIP-processen for prioritering af sundhedsydelse er gået forud for det forløb, som fremgår af figuren. Den sundhedspolitiske beslutning om, at eksempelvis apopleksi skal indgå i projektet NIP, er taget forud for NIP-organiseringen. Den anden proces, processen for standardisering og løbende revidering og udvikling af standarder og indikatorer, varetages af den nationale kliniske auditgruppe, som består af landets førende specialister inden for apopleksi. Her kan den regionale auditgruppe komme med input til processen, men standarderne udarbejdes af den nationale gruppe. Processen for monitorering af de kliniske indikatorer er på figuren illustreret ved den sundhedsprofessionelle ved sengen med patienten. Processen tager ikke meget plads i figuren, hvilket måske afspejler, at det ikke er den væsentligste og vigtigste proces i NIP, men samtidig en proces, som fylder meget i mine empiriske analyser, fordi det er i denne proces, at styringen er meget synlig. Den sidste proces, processen for tilbagerapporteringer og sammenligninger, foregår dels i det lukkede, cirkulære system, som på figuren er tegnet fra de kliniske data til feedback til afdelingerne, og dels via auditgrupperne og offentliggørelsen, hvor der sættes eksplicit fokus på sammenligninger mellem hospitaler og afdelinger.

I kapitlets anden del har jeg sat fokus på fire processer i NIP og relateret hver af processerne til de sundhedsprofessionelle, som er involveret i dem, og til de dele af processerne, som afhandlingen især søger at bidrage til. Her er afhandlingen især fokuseret omkring de sundhedsprofessionelle og nøgleprofessionelles involvering i styring, hvor det især er processerne omkring kontinuerlig monitorering, audit og sammenligninger, som er centrale i de empiriske analyser. Det hænger dels sammen med min forskningsmæssige interesse for styringens implikationer på de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis, og dels sammen med mit empiriske fokus, som primært er orienteret omkring den konkrete praksis på afdelingsniveau.

Sammenfatning af kapitlet

I dette kapitel har jeg skitseret kvalitetssikring som et fænomen, som er en del af mere generelle udviklingstendenser i den offentlige sektor. Jeg har vist, hvordan kvalitetssikring er inspireret af NPM, hvis ideer har spredt sig gennem blandt andet OECD. I en dansk kontekst kan kvalitetssikring i sundheds-

væsenet relateres til et krav om synlighed i sundhedsydelserne. Fra et sundhedsfagligt perspektiv belyste jeg, hvordan kvalitetsarbejdet har udviklet sig fra at være initieret af konkrete kliniske udfordringer til at være initieret af et krav om kontrol over kvalitetsprocesserne.

I kapitlet demonstreres altså, at kvalitetssikring er et fænomen, som er en del af mere generelle udviklingstendenser i den offentlige sektor, og som afspejler kvalitetsbegrebets forskydning fra det sublime ved en genstand til styring af processer. Den Danske Kvalitetsmodel kan ses som sundhedsvæsenets svar på det politiske krav om at demonstrere kvalitet i sundhedsydelserne gennem styring af kvalitetsprocesserne. Dermed bliver kvalitetssikring tæt forbundet med styring, hvilket er grundlaget for, at denne afhandling tager afsæt i kvalitetssikring som styringspraksis. NIP ansues som et projekt, der opfylder de politiske krav til hospitalerne omkring kvalitetsarbejdet. Derfor er NIP blevet integreret i Den Danske Kvalitetsmodel, og derfor er NIP et interessant projekt i forhold til at forstå tendenser og betydninger af kvalitetsstyring i sygehusvæsenet.

DEL 2

METODOLOGI

Kapitel 4

Teoretisk orientering

I dette kapitel sættes fokus på afhandlingens teoretiske orientering, organiseret omkring de centrale teoretiske begreber. Afhandlingens forskningsspørgsmål henter hovedinspiration fra Foucault. Men fordi mit arbejde er empirisk funderet, og fordi jeg i min forståelse af viden-magt-komplekserne er specifikt interesseret i professionerne, har jeg suppleret min tilgang med andre teoretiske perspektiver. Jeg tager derfor mit teoretiske afsæt i Foucault, som jeg supplerer med en professionsteoretisk optik såvel som et perspektiv på styringsteknologiers sociale dimension. Når jeg supplerer med disse perspektiver, er det for at skabe et teoretisk fundament, som kan begribe den empiriske kontekst, som afhandlingen er rettet imod.

Kapitlet er struktureret omkring afhandlingens tre hovedbegreber, nemlig *styring*, *professioner* og *professionsidentiteter* – begreber, som har udviklet sig gennem arbejdet med afhandlingen, og dermed også begreber, som er formet af mine forskningsspørgsmål, mit videnskabsteoretiske afsæt og mit empiriske materiale. Det betyder, at begreberne primært er teoretisk funderet, men samtidig også er empirisk informeret. Især har jeg i udviklingen af begrebet professionsidentiteter haft opmærksomheden rettet mod det empiriske felt og de særlige betingelser, som karakteriseres der.

Kapitlet har primært til hensigt at præsentere min teoretiske orientering gennem en redegørelse for mit teoretiske afsæt. Samtidig er nogle af kapitlets teoretiske begreber tæt relateret til de analytiske greb, hvorfor jeg i nogle dele af kapitlet har valgt at sætte fokus på operationaliseringen af begreberne i direkte forlængelse af den teoretiske præsentation. Andre steder relaterer jeg de teoretiske redegørelser til mit genstandsfelt, for på den måde at sætte fokus på, hvordan jeg forstår og anvender de mere generelle teoretiske optikker på det konkrete forskningsfelt.

Kapitlet indledes med afgrænsning af begrebet styring, med afsæt i governmentality og suppleret med et perspektiv om styringsteknologiernes sociale dimension. Dernæst defineres professionsbegrebet – en definition, som har sin

udgang fra Foucault, men videreudvikles i en nutidig, professionsteoretisk optik. Begrebet professionsidentiteter tager sit afsæt i professionsteori og udvikles i tæt relation til afhandlingens empiriske fokus.

Governmentality

Foucault introducerer i sit sene forfatterskab begrebet *governmentality*. Governmentality kan oversættes som ”politisk styringsrationalitet” eller ”moderne regeringsrationalitet” (Kristensen og Hermann 2009:797) og er et begreb, som sætter fokus på den måde, som moderne vestlige samfund fungerer på. Ifølge Foucault har styringen udviklet sig fra en styring rettet mod et territorium til en styring rettet mod en befolkning. Begrebet er interessant for mig, fordi det introducerer et blik på en styringstendens, hvor styringen er rettet mod individer, og en styringstendens, som baserer sig på en hel række teknologier og vidensformer. Det giver mig ét perspektiv på NIP-styringens måde at fungere på, måde at rette sig mod de sundhedsprofessionelle på, og måde at etablere, vedligeholde og forandre relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP på. Samtidig er der tale om en styring, som ikke bare er rettet mod de sundhedsprofessionelles handlinger, men mod de sundhedsprofessionelles faglige identiteter. I dette afsnit sætter jeg fokus på, hvordan jeg har ladet mig inspirere af Foucaults tanker, og hvordan jeg har suppleret det med andre perspektiver, frem mod min teoretiske optik på NIP-styringens effekter. Dette er med henblik på at omsætte Foucaults filosofisk og historisk orienterede begreb om governmentality til mit forskningsprojekt, som er empirisk og nutidigt orienteret.

Min læsning af Foucaults begreb om governmentality er blevet til i et gensidigt samspil med mit empiriske felt, fordi jeg i tråd med Søndergård mener, at empiriske analyser inden for den poststrukturalistiske tradition bliver til og udvikles i en gensidig relation mellem de teoretiske og empiriske perspektiver (Søndergaard 2000:64), og fordi jeg i tråd med Raffnsøe et al. anskuer Foucaults begreber som fleksible, åbne og ufærdige (Raffnsøe et al. 2009:283) – bl.a. fordi Foucault pga. sin tidlige død aldrig nåede en afklaring af begrebet, der kunne udgives i en samlet bogform. Det betyder, at jeg i afklaringen af begrebet governmentality også er inspireret af andres udlægninger og fortolkninger af begrebet. Ambitionen er altså ikke at fremstille den *rigtige* udlæg-

ning af Foucault, men at fremstille min teoretiske læsning, som er informeret af mit empiriske felt og afhandlingens undersøgelsesspørgsmål.

Rose et al. har beskrevet governmentality som en analytisk værktøjskasse (Rose et al. 2006:100). Med afsæt i denne metafor vælger jeg nogle redskaber fra kassen og lader andre ligge – valg, som også har været styrende for denne fremstilling af Foucault og governmentality. Jeg arbejder med governmentality som en samlebetegnelse for magtformerne *suverænen*, *disciplinen* og *regeringen*, samt fokuserer på de styringsteknologier, som governmentality benytter sig af. Styringsteknologierne har deres udspring i og kan ledes tilbage til en eller flere af de tre magtformer, ofte i en transformeret form. Karakteristisk for teknologierne er deres specifikke stræben efter at forme adfærden for på den måde at producere bestemte ønskede resultater og undgå andre uønskede effekter (Foucault 2008a:177). Med denne læsning af governmentality får jeg blik for de forskellige teknologier, der anvendes og styres igennem i NIP; ikke med henblik på at finde ud af, om NIP-styringen foregår igennem en magtform mere end andre, men med henblik på at finde ud af, hvordan styringen fungerer gennem mangfoldige teknologier, som har betydning for de subjekter, som skabes gennem styringen, og dermed for det, der er i spil og har betydning for relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP.

Med governmentality henviser Foucault til flere forhold⁹. I min teoretiske optik har jeg ladet mig inspirere af forholdet om governmentality som en meget lang tendens i den vestlige verden til at give magttypen regering forrang for andre magttyper (Foucault 2008a:117). Dette er både for at stille skarpt på, at moderne styring har et bestemt mål med styringen, men også for at vise, hvordan governmentality-styringen ikke kun benytter sig af regering, men også fungerer igennem de andre magtformer, om end i transformeret form. I

⁹ For det første den mængde af institutioner, beregninger, analyser, refleksioner og taktikker, som gør det muligt at udøve den specifikke og meget komplekse magt, som primært sigter mod befolkningen. Dette med den politiske økonomi som den vigtigste vidensform, og sikkerhedsforanstaltninger som det væsentligste tekniske redskab. Desuden omhandler governmentality den meget lange tendens i den vestlige verden til at give magttypen regering forrang for andre magttyper såsom suveræniteten og disciplinering. Denne magttype har ført til udviklingen af både en hel række specifikke regeringsapparater og til udviklingen af en hel række vidensområder. Endelig redegør Foucault for, at denne governmentalisering af staten skal ses som en historisk proces, en proces, som kan spores tilbage til det 16. århundrede (Foucault 2008a:117).

Foucaults analyser ser jeg en tendens til, at regeringsmagt og governmentality både bliver sidestillet og afgrænset fra hinanden. I min teoretiske optik ser jeg governmentality som et overbegreb/samlebegreb, der dels adskiller sig fra begrebet regeringsmagt ved at rumme flere karakteristika ved moderne styring, og dels adskiller sig ved at være et begreb, der samler alle de magtformer, som han beskriver i sine historiske analyser. Jeg ser governmentality som et begreb, der rummer de brede neoliberale tendenser i moderne styring, som kan relateres til en politisk-økonomisk styring, som søger at fremme markedsliggørelse, individualisering og ansvarliggørelse i alle livets forhold (Larner 2000:7) Regeringsmagten, derimod, ser jeg som et mere praksisnært begreb, som er tæt knyttet specifikt til styring og styringsteknologier, som søger at forme subjekter på bestemte måder.

Tre magtformer og udvalgte styringsteknologier

Foucault analyserer og beskriver tre magtformer, henholdsvis suverænenes magt, pastoralmagten og regeringsmagten – magtformer, som udvikler sig parallelt såvel som erstatter eller infiltrerer hinanden. Man skal derfor ikke forstå udviklingen på den måde, at et suverænitetsfund afløses af et disciplineringsfund, som så afløses af regeringssamfundet (Foucault 2008a:116). Magtformerne har forskelligt fokus og mål og benytter sig af forskellige teknologier. Her følger en kort beskrivelse af de tre magtformer og for pastoralmagten og regeringsmagten også en introduktion til styringsteknologierne overvågning, det dobbelte system af belønning og sanktion samt bekendelse – styringsteknologier, som har været en væsentlig inspirationskilde til de konkrete analyser i analysekapitler 8, 9 og 10. Det betyder, at jeg i dette afsnit præsenterer den teoretiske optik og samtidig supplerer med overvejelser omkring operationalisering til analytiske greb.

Suverænen som magtform

Suverænen er en magtform, hvor magtens fokus er på forholdet mellem suverænen (udøveren af magten) og dennes undersåtter (subjekterne). Suverænen som magtform handler om og sigter mod to forhold, nemlig territoriet og de folk, der bebor territoriet. Suverænenes magt er karakteriseret ved at benytte det juridiske princip, hvorfor dens styringsteknologier er formet omkring lovgivning og myndighedsudøvelse. Lovgivningen forstået som bl.a. love, regler og fastsatte procedurer, og myndighedsudøvelsen forstået som tæt knyttet til til-

deling af straf og privilegier, fordi sanktionering er en forudsætning for, at suverænmagten fungerer. Foucault understreger, at suverænenes mål i sidste ende ikke er andet end underkastelse og korrekt opførsel i forhold til lov og andre forskrifter, som udstikkes af suverænen. I suverænen virker magten altså gennem teknologien dominans (Foucault 2008a:106).

Disciplinen som magtform

Ligesom suverænen virker *disciplinen* gennem dominans. De betegnes begge som ”technologies of domination” (Foucault 1994a:225). Disciplinen som magtform er rettet mod at skabe medgørlige og produktive individer. Den disciplinære magt afkræver ikke og aflokkes ikke, men har som sin vigtigste opgave at afrette – og vel at mærke at afrette for bedre at kunne kræve og drage fordele (Foucault 2008b:186). Disciplinen er altså, ligesom suverænen, rettet mod kroppen, men i disciplinen forstås kroppen som vejen til sjælen, fordi disciplinens mål er at påvirke sjælen og ad den vej forme subjekter. Viden om individerne er vigtig i disciplineringen, fordi det er gennem den viden, at subjektet bedømmes. Disciplineringen fungerer igennem en definerende/objektivering og rangordning af individer i forhold til hinanden. Disciplinen benytter sig af to overordnede styringsteknologier: den hierarkiske overvågning og den normaliserende sanktion. Det er i kombinationen af disse to teknologier, at det bliver muligt at organisere individer hierarkisk i forhold til hinanden (Foucault 2008b:201).

Overvågning som disciplinens teknologi

Disciplinering gennem overvågning er en af de teknologier, som NIP-styringen benytter sig af, og er omdrejningspunkt for analysen i kapitel 10. Foucault påpeger, at overvågning gør det muligt at holde opsyn, hvor det ideelle overvågende disciplineringsapparat gør det muligt med et enkelt blik at se det hele, hele tiden (Foucault 2008b:191). Magten i overvågningen er diskret, når den fungerer permanent og i stilhed, og ligeledes indiskret, fordi den overvåger og kontrollerer alle, selv dem, der har til opgave at kontrollere (Foucault 2008b:193). Den fungerer som en automatisk og anonym mangesidet magt, hvor overvågningen godt nok hviler på individerne, men samtidig virker i et netværk af relationer, som på samme tid både er oppefra og ned, nedefra og op samt sidelæns. Med magtens virkninger gennem dette netværk skabes overvågere, som overvåger (Foucault 2008b:193). Foucault understreger, at denne overvågning også fører til individernes selvovervågning. Når magten virker

gennem overvågning, sættes den overvågede i en permanent tilstand af synlighed. Og individet, der befinder sig i synsfeltet, og som er klar over det, tager magtens tvang på sig. Dermed indskrives individet sig selv i en magtrelation som både overvåger og overvåget gennem selvovervågning, hvorved individet bliver oprindelsen til sin egen underkastelse (Foucault 2008b:221). Analyserne i kapitel 10 tager afsæt i dette perspektiv, hvor jeg viser, hvordan styringen i NIP foregår igennem både overvågning og selvovervågning, og hvordan magten virker gennem netværk, hvor forskellige professionelle indskrives i styringen som både overvågere og overvågede, hvorved analysen også sætter fokus på overvågningen af overvågerne.

Det dobbelte system af belønning-sanktion som disciplinens teknologi

Styring gennem disciplinens dobbelte system af belønning og sanktion er en anden dimension, som NIP-styringen virker igennem. Disciplinen foregår gennem det, Foucault kalder en ”under-strafferet”, som kontrollerer det rum, som loven lader være tomt (Foucault 2008b:194). Rummet kontrolleres over tiden, aktiviteten, talen, kroppen osv., hvor den minutiøse opdeling af adfærd gør det muligt at straffe selv de mindste ting. Med NIP etableres en styring med netop dette potentiale, når NIP opdeler den sundhedsprofessionelles praksis i aktiviteter med både en specifik indholdsmæssig og tidsmæssig inddeling. I de empiriske analyser i kapitel 9 viser jeg, at denne opdeling består af mange underopdelinger, som forstærker styringen gennem det dobbelte system af belønning og sanktion. Straffen er det ene element i det dobbelte system, hvor adfærd og præstationer kvalificeres ud fra de modsatrettede værdier godt og dårligt. I NIP benyttes den talmæssige kvantificering gennem bl.a. NIP-resultaterne, som betyder, at adfærd kan placeres ret præcist, med dertil knyttede straffe og belønninger (Foucault 2008b:197).

Regering som magtform

Regering er en magtform, der er rettet imod individet og dets mulighed for at handle på sig selv. Foucault fremhæver regeringsmagten som den centrale magtform i vores samfund, men understreger samtidig, at dens succes og virkningsfuldhed er betinget af samspillet med de andre to magtformer og de teknologier, som de virker igennem (Foucault 2008a:117). Regering retter sig ikke mod handlinger, men mod styring af handlinger på handlinger. Han specificerer styringen af handlinger på handlinger med begrebet ”conduct”. ”To conduct” er både at styre andre og en måde at handle på inden for et forholds-

vis åbent felt af muligheder. Udøvelsen af magt er derfor at styre (to conduct) den mulige handling (conduct). Samtidig skal styring set som conduct of conduct også ses i relation til “to conduct oneself” – altså at magtformen regering også er rettet mod, hvordan man styrer sig selv, hvorfor magtens teknologier er rettet mod styring gennem selvstyring (Dean 2006:43). Her fungerer styringen igennem selvteknologier (technologies of the self), som Foucault definerer som følgende: *“Technologies of the self, which permit individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thought, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality”* (Foucault 1994a:225). Styring i denne magtform vedrører altså selvets praksisser, og hvordan man styrer sig selv. Det er karakteristisk for magtformen, at den – modsat suverænen og disciplinen – retter sit fokus mod sjælen i stedet for kroppen.

Bekendelse som regeringens teknologi

Teknologien bekendelse er en anden af de dimensioner, som NIP-styringen virker igennem. Her er styringen rettet mod handling på handling og kan dermed relateres til magtformen regering.

Foucault skriver om bekendelsen:

”Nu er bekendelsen et diskursens ritual, hvori det talende subjekt er det samme som udsagnet subjekt; det er tillige et ritual, der udspilles inden for et magtforhold, for man bekender ikke uden, at en samtalepartner er i det mindste virtuelt til stede, en partner, som ikke slet og ret er samtalepartneren, men den instans, som forlanger, pålægger, værdsætter bekendelsen, og som træder ind for at dømme, straffe, tilgive, trøste, genforene; det er et ritual, hvori sandheden står sin prøve over for den modstand, den måtte nedkæmpe for at kunne formulere sig; endelig er det et ritual, hvor alene udtalelsen, uafhængigt af alle dens ydre konsekvenser hos den, der fremfører den, producerer indre modifikationer: Udtalelsen uskadelliggør den, der taler, løskøber ham, renser ham, løser ham fra hans fejltagelser, frigør ham og lover ham frelse” (Foucault 1994b:69).

Ud fra dette citat kan jeg opliste nogle forhold, som er med til at karakterisere bekendelsen. Bekendelsen foregår ved, at den, der bekender, skal tale. Bekendelsen forudsætter en samtalepartner, som godt kan være virtuel. Samtalepart-

neren skal ikke tale, men lytte. Samtalepartneren er katalysator og forudsætning for, at bekendelsen kan ske, og derfor kan samtalepartneren også relateres til de mekanismer, som bekendelsen virker igennem, som at dømme, at straffe, at tilgive osv. Bekendelsen er indskrevet i et magtforhold. Gennem fremførelsen af den sande fortælling om sit eget indre produceres indre modifikationer, hvorved bekendelsen bliver en teknologi til selvstyring. Subjektet formes, når det lærer sig selv at kende gennem dets egen fortælling samt forholder sig til såvel som handler på fortællingen (Foucault 1994b:66).

Bekendelsen kan altså ses som en bestemt type af samtale med to positioner: positionen som den, der skal tale, fortælleren, og positionen som den, der skal lytte, lytteren. Foucault siger om magtstrukturen i bekendelsen: *"Til gengæld befinder dominansinstansen sig ikke hos den, der taler (thi det er ham, der er tvunget), men hos den, der lytter og tier; ikke hos den, der er bekendt med og nævner svaret, men hos den, der spørger og ikke formodes at vide besked. Og denne sandhedstale virker faktisk ikke hos ham, der modtager den, men hos ham, den aftvinges"* (Foucault 1994b:70). Bekendelsen karakteriseres altså ved, at det, ulig mange andre sammenhænge, ikke er fortælleren, men lytteren, som har dominansen. Magten virker gennem bekendelsen, når subjektet på samme tid bliver positioneret og positionerer sig som velvillig til at fortælle de inderste tanker og hemmeligheder. Fortællingen handler derfor ikke kun om at forklare sine indre tanker og handlinger, men er samtidig også en måde at præsentere sig selv på (Foucault 1994a:163).

I analysen i kapitel 8 tager jeg afsæt i begrebet bekendelse. NIP skaber styring, som på nogle måder ligner bekendelsen, men på andre måder adskiller sig fra bekendelsen i en mere traditionel form. Situationerne for bekendelse opstår, når de sundhedsprofessionelle skal samarbejde om NIP, når NIP ikke fungerer. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle skal bekende sig til NIP, som er en abstrakt autoritet, hvorfor bekendelsen foregår via stedfortrædere. Andre sundhedsprofessionelle indgår som disse stedfortrædere. Når NIP ikke fungerer, opstår nogle særlige typer af samarbejdsrelationer, som skaber de to positioner, hvor den ene sundhedsprofessionelle skal bekende, at der ikke er styr på NIP, mens den anden positioneres som lytteren. Denne del er i god tråd med Foucaults begreb, hvor der i bekendelsen etableres to positioner. Min brug af begrebet adskiller sig fra Foucaults, når det i NIP ikke er en de indre

hemmeligheder, men dårlige NIP-resultater, som etablerer bekendelsesrelationen. Bekendelsen handler derfor om faglige refleksioner, mere end indre hemmeligheder. Her lader jeg mig inspirere af Fejes, som påpeger, at Foucaults begreb om bekendelse også er anvendeligt i analyser af professionelles faglige refleksioner, hvor der gennem refleksionen produceres diskursive effekter, som former subjekter (Fejes 2008:247), og skaber professionsidentiteter.

Moderne regeringsrationalitet

Når jeg tager afsæt i begrebet *governmentality*, de tre magtformer, magtformernes teknologier og tilblivelsen af subjekter gennem magten, er det den ramme, inden for hvilken jeg sætter fokus på NIP-styringen og dens effekter. Opsummende kan siges, at de tre magtformer benytter sig af styringsteknologier, som fungerer forskelligt. Så ved at tage mit teoretiske afsæt i magtformerne og udvalgte teknologier får jeg nuanceret mit blik på, hvordan styringen i NIP virker gennem forskellige slags teknologier, som retter sig mod styringen af de sundhedsprofessionelle på forskellige måder, nogle direkte mod den enkeltes sundhedsprofessionelles handlinger, og nogle indirekte mod handlinger på handlinger. Suverænen er en magtform, som fungerer gennem forbud, og har teknologier, som er rettet direkte mod menneskets mulighed for at handle, gennem en strukturering af feltet for mulige handlinger. Disciplinen fungerer gennem vurderinger og sammenligninger af det normale, hvorfor teknologierne også her er rettet mod menneskets handlinger, men på en mere indgribende og direkte måde. Regeringsmagten adskiller sig, fordi styringens teknologier ikke er rettet mod menneskers handlinger, men mod handlinger på handlinger, for på den måde at skabe styring gennem selvstyring. I alle tre magtformer skabes subjekter gennem styringen, men styringen retter sig mod forskellige mål, og subjekterne skabes gennem forskellige teknologier. Her er teknologierne overvågning, det dobbelte system af belønning og sanktion samt bekendelse især relevante, fordi de har vist sig dominerende i NIP-styringen.

Sociale styringsteknologier

Dean fremhæver, at styringens *hvordan*, og dermed den tekniske side af magtudøvelsen, er en central dimension i *governmentality*-analyser. Styringen anvender tekniske midler for at opnå mål og indfri værdier, hvorved de tekniske midler både er en betingelse for og sætter grænser for, hvad der er muligt at

gøre – og dermed også grænser for styringen (Dean 2006:69). I litteraturen er både teknologier og teknologier i spil som begreber, der sætter fokus på styringens tekniske side. Foucault bruger begge begreber, men ikke konsekvent. Fra ham kan jeg altså ikke få en definition og afklaring af forskellene, men se den manglende stringens som et udtryk for, at sondringen ikke er så central for ham. Heller ikke Dean sondrer mellem begreberne, men definerer styringsteknologier og styringsteknologier som: ”*De forskellige og heterogene midler, mekanismer og instrumenter, styringen udøves med. Begreberne understreger styringens praktiske karakter – den kan benytte sig af notationsteknikker, metoder til at indsamle, fremvise, opbevare og transportere information, bestemte arkitektur-former og opdelinger af rummet, forskellige typer af kvantitative og kvalitative former for kalkulation, diverse former for træning osv.* (Dean 2006:340). For Dean synes det vigtige at være, at styringens tekniske dimension fungerer på mange måder og tager mange former.

I min afklaring af begrebet om styringens tekniske side har jeg været inspireret af antropologerne Jöhncke, Svendsen og Whyte (2004). I artiklen ”løsningsmodeller” søger de at give et bud på en etnografisk analytisk tilgang, som er inspireret af bl.a. Foucault. Artiklens fokus er på de konsekvenser, som styringens praktiske løsninger kan få. I artiklen er indgangen til styringen, at løsningsmodellernes indbyggede rationaliteter definerer problemer og problembærere¹⁰ (Jöhncke et al. 2004:386). Her er det med en forståelse af, at bestemte løsningsmodeller er i spil i forhold til bestemte policyproblemer. I artiklen (Jöhncke et al. 2004:388) introduceres også begrebet *sociale teknologier*, et begreb, som jeg bruger til at udfolde og skærpe min forståelse af styringens tekniske side. Hvor jeg ser begreberne styringsteknikker og styringsteknologier som forholdsvis diffuse begreber, som anvendes bredt og forskelligt i litteraturen, leveres der med begrebet sociale styringsteknologier et bud på et begreb om styringens tekniske side, som er mere præcist afgrænset. Samtidig er begrebet velegnet, fordi det med betoningen af det *sociale* retter opmærksomheden mod gensidigheden mellem styringens tekniske side og dens aktører – at styringens teknikker etableres, vedligeholdes og forandres i og af den sociale praksis, som de udøves i.

¹⁰ Denne betoning af indbyggede rationaliteter har inspireret mig i den empiriske analyse i kapitel 7. I analysestrategien i kapitel 6 redegør jeg nærmere for mit blik på rationaliteterne.

Ifølge Jöhncke et al. kan begrebet sociale styringsteknologier anspore til at se forbindelserne mellem teknologiens rationaliteter og dens praktiske konsekvenser i sociale sammenhænge. Dermed er begrebet anvendeligt som forklaringsramme for professionernes interaktion i kvalitetsstyringen, ligesom det er egnet som analytisk greb til at belyse styringen fra dette perspektiv. Sociale styringsteknologier relateres til praktisk regeringskunst. Teknologierne kan have form af redskaber, teknikker, apparater, metoder, organisationsformer og fremgangsmåder – altså ”redskaber” af både konkret og metaforisk art (Jöhncke et al. 2004:388). I forrige afsnit præsenterede jeg tre styringsteknologier. Jeg ser disse tre teknologier som overordnede teknologier, som samtidig fungerer sammen med og igennem andre teknologier, eksempelvis i overvågningen, hvor NIP-skemaet er en konkret teknologi, mens mødeaktiviteter omkring NIP-resultater kan ses som en teknologi i bekendelsen, som har en mere metaforisk karakter. I forlængelse af denne brede definition af sociale styringsteknologier understreges to forhold omkring teknologiernes sociale aspekter:

For det *første* at de udøves og realiseres i sociale relationer. Det vil sige, at den professionelle viden og kunnen er en forudsætning for teknologierne – eksempelvis kræver det sundhedsfaglig viden både at udfylde NIP-skemaet og at reflektere over NIP-resultaterne ved møderne. Karakteristisk for teknologierne er også, at de rummer magtsprog og magtformer, som inkluderer nogle typer af handlinger og forståelse og ekskluderer andre, eksempelvis til møderne om NIP-resultaterne, hvor argumentet om dårlige resultater pga. andre prioriteringer end NIP ekskluderes. Den sociale dimension handler altså om, at teknikkerne i udgangspunktet har en eller anden form, men det er først, når teknikernes rationaler, muligheder og ideer indlejres i social interaktion og handling, at de bliver vedkommende og tager form (Jöhncke et al. 2004:389). Sociale teknologiers styringsmåder kan altså ikke belyses uafhængigt af den kontekst, de fungerer i, ligesom de formes forskelligt i forskellige kontekster. Når teknologierne formes i den sociale interaktion, giver det i forhold til min problemstilling blik for gensidigheden mellem de sundhedsprofessionelle og styringen.

Det *andet* aspekt omkring teknologiernes sociale dimension vedrører teknologiernes hensigt med at forme det sociale – forme den enkelte, den enkeltes handlinger, relationen mellem mennesker, befolkningens tilstand. Disse hen-

sigter ekspliciteres typisk i programmer og procedurer, som fremgår af policy-dokumenter (Jöhncke et al. 2004:389)¹¹. Det er med afsæt i dette aspekt af styringen, at jeg i analysekapitel 7 belyser NIP's intenderede effekter gennem en analyse af policy-dokumenter om NIP.

Med begrebet sociale styringsteknologier bliver min analytiske opmærksomhed altså rettet mod, at NIP styrer igennem forskellige teknologier, som både former og formes i den sociale interaktion, som afspejler sig i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Dermed er begrebet velegnet til at belyse etablering, vedligeholdelse og forandring af relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP.

Professionernes rolle i styringen

Mit blik på professioner og disses rolle i styringen er inspireret af Foucault og hans opmærksomhed på sammenhængen mellem viden og styring. Foucault kan altså hjælpe mig et stykke ad vejen mod *et* professionsblik, nemlig til at få øje på viden som det, der er omdrejningspunkt for styringen. Men han er ikke professionsteoretiker og interesserer sig ikke for professioner specifikt, hvorfor jeg skærper mit blik ved at supplere med den engelske sociolog Terry Johnson (1993, 1995), som relaterer den viden, som styringen forudsætter, til professionerne. Når jeg supplerer med Johnson, er det, fordi han giver et bud på videreudvikling af Foucaults magtperspektiv i en optik, som er rettet mod professionsperspektivet i en nutidig optik.

Som tidligere beskrevet foretager Foucault en historisk analyse af udviklingen i statens styring og styringens mål, relateret til de magtformer, som styringen fungerede igennem i forskellige historiske perioder. Her sætter Foucault fokus på magtformen regerings fremkomst med og gensidige afhængighed af den videnskabelige erkendelse, og på at regering, som ikke inddrager den videnskabelige erkendelse i sin styring, er dømt til fiasko. Han tilføjer: *"Der findes altså en videnskabelig erkendelse, der er absolut nødvendig for regeringen, men det, der er meget vigtigt her, er, at det ikke er regeringens egen erkendelse, en erkendelse, der er regeringen iboende"* (Foucault 2008a:380). Jeg mener, at Foucault her understreger noget centralt ved regeringskunsten, og

¹¹ Det er med afsæt i dette aspekt af styringen, at jeg i analysekapitel 7 belyser NIP's rationaliteter og hensigter gennem en analyse af policy-dokumenter om NIP.

dermed også ved moderne styring, nemlig at dens succes er både afhængig af og forskellig fra videnskaben. Regeringskunsten er ikke både magt og viden, men fremstår i to poler, hvor videnskaben kræver at blive taget i betragtning i regering og er en forudsætning for, at regering kan lykkes. Han siger om regeringskunsten (government) som magtform, at "[...] *this type of power which may be termed government, resulting, on the one hand, in the formation of a whole series of specific governmental apparatuses, and, on the other, in the development of a whole complex of savoirs*" (Foucault, citeret i Burchell et al. 1991:103). Foucault indkredser altså videnskabelig viden og komplekser af viden (savoirs) som et centralt element i regering som styring. Foucault relaterer ikke til professioner, men til ekspertisen: "*Normalitetsdommerne er til stede overalt. Vi lever i et professor-dommer, læge-dommer, lærer-dommer, "socialarbejder"-dommer samfund. De sørger alle sammen for, at det normative almengyldighed hersker, og hver enkelt i den grad, at han ser, at hans krop, fagter, adfærd, opførsel, evner, præstationer er underlagt denne*" (Foucault 2008b:325).

Johnson identificerer denne ekspertise og viden, som Foucault taler om, med professionerne, hvor nye typer af eksperter inden for forskellige vidensområder opstår og udvikles i tæt relation til denne politiske styringsform. Hermed bliver professionerne medvirkende i fastsættelsen af politiske mål, hvor de indkredser sociale problemer, udformer midler og metoder til løsningen af problemerne og uddanner personale til de institutioner, som er skabt til at tage sig af dem. I denne optik opstår en gensidig afhængighed mellem stat og profession. Staten disciplinerer sine borgere gennem professionernes ekspertise, idet professionerne producerer viden om det normale og det sunde – en viden, som borgeren efterhånden tilegner sig og agerer i forhold til (Johnson 1995:22).

Som jeg læser Johnson, har hans videreudvikling af Foucaults tanker om viden og ekspertise altså som formål at sætte eksplicit fokus på professionernes tætte relation til og tilblivelse i sammenhæng med staten. I et historisk perspektiv viser Foucault i sine studier af klinikken og fængslet, hvordan eksperterne, som vidensproducenter og vidensbærere, var afgørende i udviklingen og vedligeholdelsen af den moderne styringskapacitet, og at organiseringen af denne ekspertise som uafhængige professioner var tæt forbundet med fremkomsten

af den moderne stat (Johnson 1993:142). Johnson peger på, at perspektivet ikke kun er historisk, men også afspejler en nutidig tendens, hvor de professionelle er en kerneressource i styringen i de vestlige, liberale stater, ved at gøre sociale aktiviteter styrbare – det være sig inden for forskellige områder som sundhed og uddannelse såvel som i forhold til at producere teknikker til borgernes selvregulering som styring til selvstyring (Johnson 1993:151). Og når jeg i min undersøgelse tager afsæt i den professionsteoretiske optik, betyder det, at jeg ser sundhedsprofessionerne som centrale for at gøre samfundet styrbart og for at sikre befolkningens sundhed – når det handler om at producere ny viden om sygdom og sundhed, når det handler om at identificere risikogrupper, som er potentielt usunde, og når det gælder om at indgå i konkrete relationer med borgere om sundhedsfremmende, forebyggende eller behandlende tiltag. De sundhedsprofessionelle indgår på alle mulige måder i komplekse sammenhænge og bidrager med professionsfaglig viden, statistikker, teknikker og metoder til regeringskunsten som styringsform.

Relateret til afhandlingens fokus ser jeg NIP som et styringsredskab, der kan placeres inden for rammen af regeringskunst, fordi NIP gør sundhedsvæsenet styrbart og har en befolkningsgruppes sundhed som sit mål. Det er, fordi NIP har en erklæret hensigt om at sikre ensartet og optimal behandling hos gruppen af mennesker, der indlægges til behandling for en apopleksi, primært for at minimere risikoen for komplikationer og dødsfald (NIP-sekretariatet 2006:9). Sundhedsprofessionerne er involveret i styringen, fordi de har leveret evidensgrundlaget for udviklingen af standarder og indikatorer i NIP. Det er en gruppe af sundhedsprofessionelle, som tog initiativ til at opstarte konceptet for NIP, ligesom de sundhedsprofessionelle er involveret i udvikling og vedligeholdelse af projektet (NIP-sekretariatet 2007a:13). Men i NIP er det ikke kun patienten, men også de sundhedsprofessionelle, som er styringens mål. Som jeg viste i kapitel 3, er både standardisering, monitorering og sammenligning af præstationer omkring NIP rettet mod styringen af de sundhedsprofessionelle. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle i forhold til NIP kan ses i en dobbeltposition, som både dem, der styrer, og dem, der skal styres. Det betyder, at jeg i afhandlingen anskuer governmentality-styringen fra en anden vinkel end Johnson, når jeg sætter fokus på, at NIP ikke har befolkningen, men de sundhedsprofessionelle som styringens mål. Det betyder også et blik på den dobbelthed, som følger med styringen. En dobbelthed, hvorigennem de sundhedsprofessionelle former og formes – ikke i relationerne til patienterne,

men i relationerne til andre sundhedsprofessionelle og i relationerne til arbejdet med NIP. Med dette blik kan jeg altså belyse de styringsteknologier, som NIP-styringen foregår igennem, med fokus på hvordan de sundhedsprofessionelles position som både styrende og styrede foregår i de sundhedsprofessionelles sociale praksis; altså hvordan denne NIP-styrings dobbelthed er i spil i praksis og former professionsidentiteter på forskellige måder.

Professionsidentitet

Foucault og Johnson er mit afsæt for mit valg af professionsperspektiv, som er centralt for min analytiske opmærksomhed på etableringen af, vedligeholdelsen af og forandring i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP. I deres optik er produktionen af videnskabelig viden central i forståelsen af professionernes tilblivelse og legitimitet. Fra deres perspektiv er professioner altså særlige grupper, der har en særlig rolle inden for forskellige felter som f.eks. uddannelsesfeltet og sundhedsfeltet. Men som jeg læser dem, bidrager de ikke til afgrænsning og sondring mellem forskellige professioner inden for samme felt og heller ikke til sondring mellem professionelle inden for samme profession. Altså gives der ingen bud på en teoretisk forståelse, som kan fungere som afsæt for et analytisk blik på, hvordan tilhørsforholdet til en bestemt profession har betydning for den sociale interaktion omkring styringen.

Men hvorfor overhovedet dette supplement omkring professionsidentiteter? Når jeg i afhandlingen betoner styringens sociale dimension, betyder det, at jeg vægter, at styringen foregår i interaktion med de sundhedsprofessionelle, hvor både de sundhedsprofessionelle og NIP skaber og skabes gennem interaktionen. De sundhedsprofessionelles identiteter har betydning for denne interaktion, fordi professionsidentiteterne er med til at sætte rammerne for den enkeltes mulighedsrum i interaktionen. Mulighedsrummet udgør de positioner, som er mulige at indtage for den enkelte i interaktionen. Med det mener jeg, at mulighedsrummet er med til at afgrænse den enkeltes mulighedsbetingelser i interaktionen. Dette er, fordi subjekternes valg af positioner ikke er "frie valg", men valg, som er præget af bl.a. forskellige identiteter (Søndergaard 2003:36). Ved at sætte fokus på, at de sundhedsprofessionelles mulige positioner også er betinget af deres professionsidentiteter, kan jeg vise eventuelle mønstre i relationen mellem de sundhedsprofessionelle – mønstre, som kan relateres til identiteter inden for den enkelte profession eller identiteter skabt

på tværs af professionerne; det vil sige mønstre, som handler om grænsedannelser mellem professioner.

Åkerstrøm et al. (1995) foreslår, at man retter opmærksomheden mod formulering af grænser. Inspireret af dette perspektiv sætter jeg fokus på grænsedannelse som konstitutiv magt, hvor magten analyseres som evnen til at konstituere et felt, hvori man konstitueres som subjekt. I denne optik er det selve det at sætte grænserne, der etablerer muligheden for diskurs og handlen. Konstitueringerne af grænser og subjekter kan relateres til diskurser, fordi det er i diskurserne, at relationerne etableres gennem italesættelse. Grænsedannelse ikke er det samme som begrænsning (Åkerstrøm et al. 1995:92). Tværtimod bliver aktørernes mulighedsrum for handlen konstitueret i og med grænsedannelsen, fordi "[...] grænsedannelse præcist handler om at formulere og sanktionere en forskel mellem, hvad der henregnes til et felt, og hvad der henregnes til feltets omverden (Åkerstrøm et al. 1995:89). I afhandlingen er jeg optaget af grænsedannelsernes konstituering af mulighedsrum. I de følgende afsnit fokuserer jeg på, hvordan grænsedannelserne mellem de tre professioner er konstitueret historisk med velfærdsstatens udvikling og konstitueret gennem udpegningen af professionernes virke. Derigennem sætter jeg fokus på grænsedannelserne mellem de tre professioner og viser, hvordan professionstilknytningen er med til at konstituere mulighedsrum. I afsnittet om professionsidentiteter, som er formet på tværs af professionsdiskurserne, belyser jeg, hvordan der med moderne styring også etableres grænser på tværs af professionsdiskurserne og dermed skabes andre mulighedsrum for de sundhedsprofessionelle.

I det følgende sætter jeg fokus på grænsedragninger mellem de tre professionsdiskurser såvel som på tværs af diskurserne. Afsnittet indledes med et historisk perspektiv, som er inspireret af Brante (2005), og derefter belyses professioners virke i et nutidigt perspektiv. Med det viser jeg, hvordan jeg i afhandlingen sonder mellem de tre sundhedsprofessioner, med fokus på deres tilblivelse med statens udvikling og nutidige virke. Herefter følger et afsnit, hvor jeg i min læsning af Freidson (2001) og Hjort (2002) sætter fokus på, at professionerne ikke kun er homogene grupper, men at der også er forskelligheder inden for diskurserne og dermed på, at professionsidentiteter ikke kun skabes professionsinternt, men ligeledes skabes på tværs af professioner.

Professionsdiskursernes afgrænsning gennem tilblivelsen med staten

I artiklen ”Staten og professionerne” (Brante 2005) anlægger Brante et diakront perspektiv på professionernes tilblivelse og vækst, hvor han forklarer, hvordan forskellige typer af professioner udvikles som følge af forandringer i statsapparatet (Brante 2005:17). Perspektivet ligger altså i forlængelse af Foucault og Johnsons forståelse af den gensidige afhængighed mellem stat og profession, og at professionerne opstår med staten. Ved at forfølge denne ide kan jeg få øje på, at de tre sundhedsprofessioner opstår med tre forskellige faseskift i statens udvikling, og at de ”skabes” til at løse forskellige opgaver. Dermed sætter Brante fokus på, at professionerne er afgrænset i forhold til varetagelse af forskellige opgaver, og at de derfor er forskellige.

Brante opererer med forskellige faseskift i opbygningen af den svenske velfærdsstat, men mener, at periodiseringen, i de grove linjer, også kan overføres til andre vesteuropæiske lande. Han relaterer det første faseskift til dannelsen af et geografisk afgrænset Sverige i 1500-tallet. Næste skift sker med industrialiseringen i sidste halvdel af 1800-tallet, som følge af især dannelsen af en infrastruktur til transport og industri, mens det tredje faseskift kom med konstruktionen af velfærdsstaten i første halvdel af 1900-tallet (Brante 2005:18). I 1970’erne sker et skift til den forhandlende stat og den politiske profession, hvor der med statens, amternes og kommunernes ekspansion blev skabt et behov for den politiske/repræsenterende profession (Brante 2005:26). Slutningen af 1980’erne markerede en ny fase, som kaldes den nyliberale stat og markedsprofessionerne. Det betyder, at professionernes vilkår ændres, og at de i højere grad må agere på markedsvilkår – i konkurrence og med økonomi som pejlemærke (Brante 2005:31).

I en dansk kontekst kan etableringen af professionen af læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter forklares med afsæt i Brantes fremstilling. Dels ligner statsudviklingen mod velfærdsstaten på mange måder hinanden i de to nordiske lande, og dels er faserne bredt afgrænsede. Jeg mener, at tilblivelsen af de tre professioner kan relateres til tre forskellige perioder, hvor lægerne opstod med de klassiske professioner i den tidlige periode, sygeplejerskerne med velfærdsstatens udvikling, mens social- og sundhedsassistenterne blev etableret med den nyliberale stat. Et historisk blik på de tre professioner i

en dansk kontekst afspejler, at professionernes tilblivelse kan relateres til de tre faser, som er med til at afgrænse dem som forskellige fra hinanden.

Lægediskursens historiske tilblivelse

Lægeprofessionen har en lang historisk tradition, hvor det formodes, at lægekunsten havde monopol på at behandle syge helt tilbage i 1700-tallet – dengang med tre typer af behandlere, nemlig de universitetsuddannede medicinere, de håndværksuddannede kirurger og de kloge mænd og koner. Indførelsen af lægeløftet i 1815 satte skub i professionaliseringen af lægestanden. I 1838 blev lægegerningen samlet i en uddannelse, og lægetitlen blev titelbeskyttet (Jacobsen og Larsen 2007:13). Den lægefaglige profession kan altså spores tilbage til perioden for nationalstaten og den professionelle statsembedsmand (Brante 2005:18). I den periode oprettedes et bureaukratisk statsapparat, hvortil der krævedes kompetent personale, bl.a. til drift af hæren. Et kirurgisk akademi blev oprettet, og de kirurgiske læger i Danmark knyttet til statsapparatets krigsførelse. Hermed blev den gensidige afhængighed mellem staten og lægeprofessionen etableret, og da lægeprofessionen i 1934 fik monopol på behandling (Jørgensen 2003:138), knyttedes lægeprofessionen til velfærdsstatens opståen i 1930'erne – en periode, som betegnes ”Velfærdsstaten og de behandlende professioner” (Brante 2005:23). Lægeprofessionen kan altså relateres tilbage til den tidlige statslige udvikling, men bliver med velfærdsstaten defineret inden for rammen af at sikre befolkningen behandling.

Sygeplejediskursens historiske tilblivelse

Sygeplejeprofessionens oprindelse flyder hen i gråzoner mellem pleje af syge og sygepleje samt mellem familie, vågekoner og professionelle. I 1901 udkom for første gang et tidsskrift i sygepleje i Danmark. Det betyder ikke, at der ikke var sygepleje inden 1901, men derimod at der med tidsskriftet blev skabt et medium, hvor diskursen for sygepleje kunne italesættes (Beedholm 2003:87). I 1934 fik sygeplejerskerne deres statsanerkendelse med retten til at betegne sig som sygeplejersker, men dog stadig efter at være uddannet som lægens assistent i lægernes klinik. I 1957 blev den første formaliserede uddannelse til sygeplejerske oprettet, med eget lovgrundlag og med fokus på teoretiske eller videnskabelige fag (Jørgensen 2003:138). Statsanerkendelse til at betegne sig som sygeplejerske i 1934 kan ses i lyset af velfærdsstatens opståen og udvikling (Brante 2005:23). Her er sygeplejerskernes funktion tæt relateret

til lægernes behandlingsfunktion. Sygeplejerskerne uddannes i lægernes klinik i praktiske færdigheder, hvorfor deres funktion var en hjælpefunktion til lægerne, mere end et selvstændigt erhverv. Men med titelbeskyttelsen, og formalisering af uddannelsen i 1957, konstrueres sygeplejersken sammen med de behandelende professioner med udviklingen af velfærdsstaten (Brante 2005:23).

Social- og sundhedsdiskursens historiske tilblivelse

I 1992 blev de første social- og sundhedsassistenter uddannet – altså er social- og sundhedsassistenterne en relativt ny faggruppe, som har eksisteret i 20 år (Banke et al. 2007). Med uddannelsen reduceredes antallet af faggrupper inden for området¹², og en ny trinopdelt uddannelsesstruktur blev skabt¹³. Samlingen af de fem faggrupper i en to-trins-uddannelse kan ses inden for rammen af den nyliberale stat og markedsprofessionerne (Brante 2005:31). Med tiltaget øges generaliseringsgraden i uddannelsen, og de uddannede møder arbejdsmarkedet med brede kompetencer inden for mange områder. De brede kompetencer betyder fleksibilitet i både arbejdsfunktioner og arbejdsområder, hvilket er i tråd med markedslogikkens krav om omstillelighed og tilpasning til markedets efterspørgsel.

Med dette historiske blik rettet mod statens udvikling med skiftende mål og problematiseringer har jeg nu forklaret fremvæksten af de tre professionsdiskurser i tre forskellige faser i statens udvikling. Professionernes opståen med statens forskellige behov giver blik på deres forskellighed – at de er forskellige slags eksperter, der er ”sat i verden” til at løse forskellige opgaver.

¹² Social- og sundhedsuddannelserne blev oprettet i 1991 under overskriften: "De grundlæggende social- og sundhedsuddannelser", som vedrører uddannelse af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Overskriften samlede fem faggrupper, hvis uddannelser blev nedlagt med oprettelsen af social- og sundhedsuddannelserne. De nedlagte uddannelser er: hjemmehjælpere, sygehjælpere, plejehjemsassistenter, plejere og beskæftigelsesvejledere.

¹³ Det gav mulighed for at stoppe efter første del som social- og sundhedshjælper (trin 1) eller fortsætte uddannelsen til social- og sundhedsassistent (trin 2), med mulighed for optagelse på sygeplejerskeuddannelsen med merit.

Professionsdiskursernes afgrænsning gennem uddannelse og virke

Jeg vil nu flytte blikket fra professionernes historiske tilblivelse med staten til et nutidigt perspektiv på sundhedsprofessionernes uddannelse og virke. Dette er for at vise, hvad der karakteriserer hver af professionerne og dermed også er med til at forme professionsidentiteter på bestemte måder. I afsnittet opridses jeg de primære forskelle mellem de tre professioner.

De tre professionsuddannelser har alle patienten som fokus, hvorfor professionerne i deres samarbejde har patientens helbred som det fælles mål. Samtidig er deres opgaver omkring patienten rettet mod forskellige forhold, hvilket er med til at definere de opgaver, de udfører i forhold til patienten, og med til at afgrænse professionerne som forskellige. I den lægefaglige profession er fokus rettet mod diagnosticering og behandling af patienten (BEK nr. 338 af 06/05/2004). Sygeplejefprofessionens fokus er på komplekse sygeplejefaglige opgaver (BEK nr. 29 af 24/01/2008). Den social- og sundhedsfaglige profession har fokus rettet mod aktivering af patienten såvel som udøvelse af elementære sygeplejeopgaver (BEK nr. 163 af 07/03/2008). Samtidig italesættes den social- og sundhedsfaglige profession som fleksibel og omstillingsparat og forventes derfor at flytte sig med velfærdsstatens skiftende behov¹⁴.

Organiseringen af arbejdet udgør en anden forskellighed mellem de tre professioner. Just (2005) peger i sin ph.d.-afhandling på forskelle i lægernes og sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Lægernes arbejdsmiljø er præget af disciplin og selvstændighed – selvstændighed, fordi lægerne træffer mange beslutninger og udfører mange arbejdsopgaver alene, og disciplin, fordi de følger lægegruppens faglige værdier gennem den daglige deltagelse i konferencer¹⁵. Lægernes arbejdsdag er præget af bevægelse mellem mange rum, hvor de træffer beslut-

¹⁴ Her med en politisk dagsorden, der er rettet mod bevægelser til andre arbejdsopgaver inden for deres kompetenceområde såvel som til arbejdsopgaver, som ligger uden for deres kompetenceområde, og som de derfor skal videreuddannes til.

¹⁵ Lægernes arbejde er fokuseret på at foretage analyse og træffe beslutninger – en proces, som primært er styret af lægegruppens fælles værdier, som især reproduceres ved de daglige lægekonferencer. Dermed skaber lægegruppens organisering et stærkt fagligt miljø, hvor vanskelige vurderinger diskuteres med henblik på at sikre, at man vælger den rigtige behandling. Samtidig kan organiseringen også producere en faglig kultur præget af kontrol og eksklusion af det, som umiddelbart ligger uden for diskursen (Just 2005:320).

ninger om diagnosticering og behandling af patienter. Sygeplejerskerne arbejdsmiljø er karakteriseret ved det, Just kalder henholdsvis *orden/kaos* og *de åbne rum*. Orden/kaos er relateret til at skulle håndtere det flow af patienter, opgaver, informationer, faggrupper fra andre afdelinger, besøgende og pårørende, som findes i afdelingen. De åbne rum relateres til sygeplejerskens fysiske placering på sengeafdelingen. Orden/kaos og det åbne rum er tæt relaterede og betyder, at sygeplejersken altid er til stede, hvorved arbejdets grænser er flydende – opgaverne har en tidsmæssig og afgrænsningsmæssig struktur, som er uden for sygeplejerskens påvirkningsfelt (Just 2005:313). Social- og sundhedsassistenterne arbejder i de samme åbne rum som sygeplejerskerne, hvorfor organiseringen af deres arbejde minder om sygeplejerskernes. Samtidig udfører sygeplejersken typisk flere administrative, koordinerende opgaver, som er knyttet til den komplekse sygepleje, mens social- og sundhedsassistenten typisk udfører flere grundlæggende plejeopgaver hos patienten.

Med det korte oprids af de tre professioners uddannelse og virke ville jeg vise konturerne af tre professioner, inden for hvilke de professionelle bliver til på professionspecifikke måder, som er med til at definere og afgrænse professionsidentiteter. I lægeprofessionen formes den lægefaglige identitet, hvor lægen er specialisten, som arbejder med diagnosticering og behandling af patienterne. I sygeplejefprofessionen formes den sygeplejefaglige identitet, hvor sygeplejersken kan ses som koordinatoren, som løser de komplekse sygeplejeopgaver. I social- og sundhedsprofessionen formes den fleksible medarbejder, der løser de grundlæggende sygeplejeopgaver samt fokuserer på aktivering. Med afsæt i sondringen mellem professionspecifikke identiteter bliver det muligt i de empiriske analyser at sætte fokus på, hvordan identiteterne har betydning for de sundhedsprofessionelles mulighedsrum i den sociale interaktion, relateret til NIP.

Professionsidentiteter formet på tværs af de professionsfaglige diskurser

Inden for det professionsteoretiske felt er der en tradition for, at professioner italesættes som homogene grupper defineret gennem professionernes ligheder og forskelligheder fra hinanden såvel som forskelligheder fra andre grupper på arbejdsmarkedet – en tendens, som også Brante understøtter i sit perspektiv. Freidson og Hjort bryder med blikket på professionerne som homogene grup-

per gennem deres fokusering på forskelligheder inden for professionen. Freidson sondrer mellem en gruppe af professionelle, som har ansvar for uddannelse og udvikling, og en gruppe, som udfører professionens arbejdsopgaver. Den første gruppe er medlemmer af professionen, som er ansat på uddannelsesinstitutionerne til at forske og udvikle nye teorier og metoder til praksis samt til at uddanne nye medlemmer til professionen med basis i den nyeste viden, mens den anden gruppe udfører arbejdsopgaverne med basis i den viden, som produceres i uddannelsesinstitutionerne (Freidson 2001:101). Freidsons pointe om den vertikale arbejdsdeling er et vigtigt bidrag til mit perspektiv¹⁶.

Hjort ser med moderniseringen af den offentlige sektor en generel tendens til øget fragmentering i professionerne, hvor nogle professionelle arbejder med forskning, udvikling og ledelse, altså med fokus på at definere og udvikle professionsydelserne, mens andre udfører opgaverne. Der skabes, hvad hun kalder et A-hold og et B-hold, hvor A-holdet er udviklingsagenterne, som tager nye udfordringer og opgaver på sig, mens B-holdet er banalarbejderne, som tager sig af de dagligdags, rutineprægede opgaver (Hjort 2002:29). Hun ser altså den vertikale arbejdsdeling i et bredere perspektiv, som i forhold til mit projekt kan begribe de professionsidentiteter, som skabes på tværs af de professionsfaglige diskurser, af forskelligartede arbejdsopgaver omkring udvikling, ledelse, kontrol og udøvelse af NIP. Et analytisk blik på A-holdet og B-holdet retter opmærksomheden mod, at mulighedsrum ikke kun skabes og afgrænses inden for de professionsfaglige diskurser, men at mulighedsrum også bestemmes af den vertikale arbejdsdeling.

I dette afsnit satte jeg fokus på, hvordan jeg i afhandlingen har blik for grænsedragningernes betydning for professionsdiskurser og professionsidentiteter, hvor identiteterne både etableres inden for professionsdiskurserne og på tværs af professionsdiskurserne. Til denne sondring har jeg været inspireret af forskellige professionsteoretiske blik og fra disse perspektiver vist, hvordan de tre professionsdiskurser afgrænses gennem professionernes historiske tilbli-

¹⁶ Dog kan han ikke hjælpe mig hele vejen, idet hans projekt er en idealtypisk fremstilling, hvor han fremhæver, at forskningen skal være isoleret fra praksis for at sikre, at udviklingen baseres på den professionelle ekspertise og ikke på krav fra marked eller bureaukrati (Freidson 2001:98). Her er vores optikker forskellige, fordi det fra min optik ikke er muligt at betragte de professionelle ekspertise som noget, der er isoleret fra staten og samfundet i øvrigt.

velse med statens udvikling og afgrænses gennem professionernes nutidige virke. Andre perspektiver retter fokus på afgrænsninger på tværs af professioner, gennem etableringen af et A-hold og et B-hold. Disse to forskellige slags afgrænsninger af professioner er væsentlige for mit blik på, hvordan professionsidentiteter skabes både inden for og på tværs af professioner, og for mit blik på professionernes mulighedsrum i styringen, som skabt af mulighedsbetingelser både inden for og på tværs af professionsdiskurserne. Med denne tilgang til grænsedragninger som magt-produktive får jeg blik for NIP's potentiale til at skabe mulighedsrum og forme professionsidentiteter på tværs af gængse magthierarkier.

Sammenfatning af kapitlet

I dette kapitel satte jeg fokus på afhandlingens teoretiske orientering. Kapitlet var struktureret omkring hovedbegreberne styring, professioner og professionsidentiteter. Med begrebet governmentality satte jeg fokus på, hvordan jeg anskuer styringen som relateret til forskellige magtformer, på mit blik på subjekternes tilblivelse gennem magten og på afhandlingens blik på styringens sociale dimension. I kapitlets anden del redegjorde jeg for afhandlingens fokus på de sundhedsprofessionelles rolle i styringen og på, at min interesse for styringen ikke er rettet mod styringen i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og borgerne, men hvordan styringen foregår i relationerne mellem de sundhedsprofessionelle. I afsnittet om professionsidentiteterne redegjorde jeg for afhandlingens blik på tilblivelsen af professionsidentiteter med grænsedragningerne mellem professionsdiskurserne og på tværs af professionsdiskurserne.

Kapitel 5

Metodologi og metode

I dette kapitel sætter jeg fokus på afhandlingens overordnede metodologiske afsæt såvel som på de mere metodiske refleksioner, som har dannet grundlag for feltarbejdsprocessen. Feltarbejdet omfattede deltagende observationer, fokusgruppeinterviews og dokumentindsamling på fire neurologiske afdelinger på to hospitaler i en region i Danmark. Feltarbejdet strakte sig over en periode på tre måneder i efteråret 2010.

Kapitlet diskuterer, hvordan positionering og situering i feltet fik betydning for den viden, jeg fik adgang til i feltarbejdet. Her tager mine metodiske refleksioner afsæt i en observation fra mit feltarbejde – en samtale med en læge, som skulle hjælpe mig med at planlægge et interview. Observationen er valgt, fordi den afspejler nogle af de dynamikker, der har været centrale for mit feltarbejde, og som derfor har potentiale til at åbne op for en række refleksioner over præmisserne for produktionen af mit empiriske materiale. Hermed har observationen en dobbelt funktion, fordi den både illustrerer metodiske refleksioner med afsæt i den konkrete observation og afspejler de mere generelle metodiske og metodologiske refleksioner i mit empiriske arbejde. At skabe gennemsigtighed i forskningsprocessen handler om også om dels de konkrete og tekniske valg, men også om overvejelser og metoder til afgrænsning af undersøgelsesfeltet og produktion af empiri. Kapitlet belyser ligeledes disse mere konkrete metoder, som jeg har anvendt i forskningsprocessen.

Kapitlet består af tre dele: først en kort introduktion til projektets overordnede blik på viden og videnskab. Herefter bringes den konkrete feltobservation i spil for at illustrere sammenhængen mellem afhandlingens metodologiske afsæt, feltarbejdets konkrete udmøntning og produktionen af de empiriske data. Her belyser jeg centrale metodiske refleksioner over forskersituering, forskerpositionering, deltagerpositionering, vidensproduktion gennem deltagelse samt etiske dilemmaer. I kapitlets sidste del belyses de mere metodetekniske greb og refleksioner, som har været centrale i produktionen af empirisk materiale. Denne del af kapitlet er struktureret omkring overvejelser om cases som metode til afgrænsning af feltstudiet såvel som overvejelser om planlæg-

ning og gennemførelse af deltagende observationer, fokusgrupeinterviews og dokumentindsamling.

At forske i "eget" felt

Min teoretiske fundering inden for poststrukturalismen har betydning for mit syn på viden, sandhed og forskning. Esmark et al. (2005) peger på en grundpræmis, hvor der: *"I poststrukturalisme gælder, 'at det, man siger om den anden, er man selv'. En undersøgelse af formeringen af diskurser er selv diskursiv. En dekonstruktion skal selv dekonstrueres. En genealogi har selv en genealogi"* (Esmark et al. 2005:10). Det betyder, at også jeg som forsker inden for denne tradition formes og positioner på en bestemt måde. Jeg sættes i en position, hvorfra hverken jeg som forsker eller det, jeg iagttager, kan ses som uafhængigt af den position, som jeg iagttager fra. Det betyder, at jeg i forskningsprojektet løbende har reflekteret over min position som forsker, forstået som forholdet mellem mig som forsker og den genstand, jeg undersøger.

Det har for mig især handlet om, hvordan jeg kunne forstå min position som forsker i "eget" felt, hvor mit blik på min genstand ikke kun har været formet af teoretiske optikker, men også af mine tidligere erfaringer som bl.a. sygeplejerske, underviser og censor ved sygeplejerskeuddannelsen. Mine refleksioner har også handlet om, hvordan mine erfaringer skaber forskellige positioner – et repertoire af mulige positioner, som har haft betydning for produktionen af data, men som samtidig ikke kun afspejler min vilje og forskningsstrategier alene, men er blevet til i et samarbejde og i interaktioner mellem mig og den genstand, jeg har undersøgt. Jeg har ikke noget privilegeret sted, hvorfra jeg kan anskue genstanden uafhængigt, men min forskningsposition og mit udbytte af feltarbejdet er formet af interaktionen med afdelingen, ledelsen, de sundhedsprofessionelle, patienterne, fysiske rammer, instrumenter, skemaer, lyde, organiseringsformer, lugte, samarbejdsformer osv. Alt dette og meget mere har også været med til at forme min position som forsker, det, jeg har været medproducent af, og det, jeg har haft blik for i mit feltarbejde (Hasse 2011).

Men hvad er forskning egentlig, hvis det ikke er en opsamling og afrapportering af viden fra en privilegeret position? Jeg ser forskning som en proces,

organiseret omkring, initieret af og udviklet igennem forskerens læreprocesser, som er situeret i kontekster, forstået på den måde at både konteksten og forskerens position i konteksten er afgørende for det, der læres. Når jeg anskuer forskning fra en bestemt læringsteoretisk position, medfører det samtidig et bestemt blik på viden som situeret. Fra andre videnspositioner kan det hævdes, at et sådant perspektiv er med til at undergrave det videnskabelige og understøtte en relativistisk position, hvor al vidensproduktion bliver lige gyldig og dermed lige gyldig (Lykke 2008:17). Inspireret af Lykke (2008) kan gyldighed sikres fra en position, hvor forskning, forskeren og viden er situeret. Lykke skriver: *"Videnskab består ifølge Barad i at etablere snit og afgrænse en forskersubjektposition (inklusive et observationsapparat, en forskningsteknologi, en række begreber etc.) over for et objekt, der ønskes analyseret. Uden at etablere sådanne snit og definere grænser kan man ikke arbejde videnskabeligt, siger Barad"* (Lykke 2008:151). Således er det gennem refleksion over min forskerposition samt refleksion over de valg og implikationer, det har haft gennem forskningsprojektets forskellige faser, at jeg producerer gyldighed og videnskabelighed.

I forskningsprocessen har jeg især arbejdet med min situering som forsker i fire faser i forskningsprocessen. Jeg har arbejdet med at eksplicite de teoretiske og metateoretiske antagelser, som har været vigtige for mit forskningsmæssige blik og afgrænsning. Ligeledes har jeg arbejdet med min forskningsposition, altså hvordan jeg som forsker er positioneret af andet end Foucault, positioneret af det, jeg i øvrigt forstår min forskningsgenstand igennem – mine forskellige erfaringer med feltet gennem ansættelser, uddannelse, undervisning mm. I forbindelse med planlægning og produktion af empiri har jeg også arbejdet med min forskerposition, ligesom jeg i analyserne har forholdt mig til situering og situeringens betydning for mit analytiske blik. I kapitel 4 satte jeg fokus på de teoretiske antagelser, som en eksplicitering og udpegning af det sted, hvorfra mine resultater er produceret. I resten af dette kapitel belyser jeg, hvordan forskningsprocessen ikke kun blev formet af den teoretiske orientering, men også blev skabt i interaktioner med et felt, hvor mine forskellige erfaringer konstituerer mulige positioner. I kapitlets sidste del viser jeg, hvordan også mere metodetekniske overvejelser og valg har haft betydning for vidensproduktionen. Dermed har kapitlet til formål at skabe klarhed om og gennemsigtighed af det sted, hvorfra viden i denne afhandling er skabt, og

omkring de præmisser og valg, som har været medskabende i forskningsprocessen.

Situering som forsker i den (h)vide verden

I denne del af kapitlet sætter jeg fokus på metodologiske refleksioner over min situering som forsker i feltarbejdet. Afsnittet indledes med et feltnotat, hvor jeg forhandler med en læge om afvikling af fokusgruppeinterviews med lægerne i den ene afdeling. Situationen illustrerer, hvordan interaktioner og forhandlinger er en præmis i feltarbejdet (Warming 2005) (Hasse 2011). Afsnittets forskellige dele tager afsæt i feltnotatet for på den måde at vise, hvordan jeg i feltarbejdet har reflekteret over forskellige dimensioner omkring situeringens betydning for produktionen af empirisk data. Dimensioner omkring forskersituering, forskerpositionering, deltagerpositionering, vidensproduktion gennem interaktion samt forskning mellem liv og død.

Et feltnotat om den vrangvillige læge

På den ene afdeling skulle jeg planlægge interview med lægerne i samarbejde med lægen Lars. Jeg havde i dagene op til situationen i dette feltnotat forsøgt at få talt med Lars. Men enten var han forsvundet, eller også var han optaget. Dagene gik, og for mig var der noget på spil – jeg skulle have lavet en aftale om interview. Det afspejles i feltnotatet, som indledes med denne refleksion:

Dagen for den store forhandling med lægen Lars. Jeg vidste, at han var i afdelingen, og jeg havde på fornemmelsen, at det ikke ville gå så let, men jeg håbede (måske lidt naivt), at han ville sige ok til gruppeinterview med seks læger (feltnotat 13). Jeg var altså klar over, at det kunne blive vanskeligt, men jeg samlede alt mit mod og gik på afdelingens kontor, hvor der var fuld aktivitet ved bordene.

”...Lægen Lars sidder ved et skrivebord og taler med en forvagt om en patient. Han har desuden en yngre læge siddende ved sin side, som formodentlig er en, der følges med ham. Jeg venter pænt, og da han er færdig med forvagten, spørger jeg, om jeg må forstyrre ham kort. Han tænker lidt og siger: ’Kan det ikke vente til et andet tidspunkt, da jeg i dag har stuegang på afdelingen og meget at lave?’. Jeg siger, at jeg ikke tænker at interviewe ham nu, men blot vil drøfte mulighederne for at lave et gruppeinterview med flere læger. Jeg foreslår, at det kan være i deres undervisningstid om mandagen, hvor lægerne

alligevel er samlet. Lars trækker lidt på det og spørger så, hvor mange jeg forestiller mig, at der skal deltage. Da jeg siger, at det ideelle vil være seks læger, bliver han helt tavs. Han mener ikke, at det kan forsvares at trække de unge læger ud af undervisningen for at tale om NIP. Han forestiller sig, at lægerne vil finde det urimeligt, at de ikke kan deltage i den undervisning, som er planlagt for dem, når nu de er under uddannelse. Altså kan han ikke forsvare at trække en lille gruppe ud af den store gruppe. Han mener heller ikke, at interview af den store gruppe er en løsning, for så afskæres alle fra undervisningen.

Lars spørger uddybende ind til, om jeg vil interviewe forvagterne, og siger, at hvis jeg skal interviewe dem, tænker han, at det vil blive korte interviews i løbet af dagen – evt. i de små pauser, de har. Forvagterne har nemlig meget travlt med enten indlæggelse, tilsyn i skadestue eller akutte opgaver i afdelingen. Han spørger også, hvad jeg vil spørge forvagterne om. Jeg siger, at jeg vil spørge dem, hvad NIP betyder for deres arbejdspraksis, samt hvilke udfordringer, styrker og svagheder det har. Han siger, at han kender det svar, jeg får, nemlig at NIP er et pisse irriterende nødvendigt onde, som de udfylder, fordi Lars siger, at de skal. De mener ikke, at NIP kan bruges til noget – det er spild af tid og har ingen værdi. Lars vil gerne vide, hvad jeg ellers vil spørge dem om, og opfordrer mig til at skrive spørgsmålene ned, så han kan se dem. På den måde kan han bedre danne sig et overblik over mulighederne. Jeg siger, at jeg selvfølgelig vil udarbejde en specifik interviewguide for hvert af de interviews, jeg gennemfører, og at han da gerne må se den.

Lars foreslår, at jeg kan sætte mig i frokoststuen i ambulatoriet og interviewe lægerne, når de går til frokost. Han kan ikke garantere, at de holder en halv times frokost, for de har ikke betalt frokost, men han oplever, at der sidder mange læger i ambulatoriet. Han kommer også i tanker om, at apopleksilægerne holder møde hver anden torsdag fra klokken tre til fire. Klokken fire begynder folk at gå, fordi de skal hjem og hente børn. Han fortæller, at der her er en lang dagsorden, så jeg ikke vil kunne få tid under selve mødet. Til gengæld foreslår han, at jeg kan deltage i mødet og så interviewe efter mødet. Jeg skal så ikke regne med, at de yngre læger kan deltage, men han forestiller sig, at nogle af de ældre læger godt vil blive længere” (Feltnotat 13)

Efter denne præsentation af en af de mange forhandlinger med feltets aktører vil jeg nu belyse metodologiske refleksioner, som har været centrale i feltarbejdet.

Adgang til praksisfællesskabet

Inspireret af Hasses ide om at anskue forskningsprocessen som en læreproces (Hasse 2002, 2011) rettes der blandt andet opmærksomhed mod forskerens viden om det felt, der forskes i. I situationen med lægen Lars bruger jeg min fagspecifikke viden såvel som min viden om hospitalskulturen. Jeg venter på, at Lars har talt færdig, jeg spørger pænt, om jeg må forstyrre, jeg fastholder, at jeg gerne vil tale med ham, jeg foreslår, at interviewet kan afvikles i lægernes undervisningstid, og jeg indvilliger ikke i en aftale om alternative interviewseancer. Disse strategier afspejler, at jeg kender feltet og kender risikoen for eksklusion – eksempelvis at jeg ville have forringet mine interviewmuligheder, hvis jeg havde indvilliget i de alternative interviewseancer, fordi læger er utrolig svære at få i tale om andet end patienter og altid har travlt med patienter, møder, undervisning, faglig sparring, konferencer og så videre. Også den viden, jeg ikke har, og det, jeg ikke forstår, har betydning for observationen. Således er der noget på spil, siden lægen på forskellige måder forsøger at verfe mig af vejen med de alternative rammer for at interviewe lægerne. Men jeg ved ikke, hvad der er på spil, og jeg mangler viden om, hvordan jeg skal agere i situationen.

Social læringsteori (Lave og Wenger 2003) betoner, at læreprocesser er forudsat af både mulighed for adgang og mulighed for deltagelse i fællesskabet. Det betyder, at også forskningsprocessens udbytte er relateret til adgang og deltagelse. I organisationer findes både døråbnere og dørvogtere, som kan fremme eller hæmme forskerens adgang til feltet (Hasse 2011:225), afhængig af blandt andet de uformelle dørvogteres personlige holdninger til forskningsprojektets validitet og værdi (Reeves 2010:317). I feltobservationen fungerer lægen Lars som en uformel dørvogter, som ikke vil give adgang til et interview. Anderledes havde jeg sikret en formel adgang gennem afdelingsledelserne, der fungerer som formelle dørvogtere. Kontakten var etableret gennem oversygeplejerskerne meget tidligere i forskningsprocessen. Den formelle adgang gik forholdsvis let, men i forbindelse med planlægning af interviews møder jeg denne uformelle dørvogter (Reeves 2010:322), som ”spærrer døren”, til trods for at jeg har fået lov at gå igennem den.

I feltarbejdet mødte jeg flere af disse uformelle dørvogtere, som jeg måtte forhandle med om adgangen til feltet. Eksemplet med lægen Lars var ikke unikt. Flere gange havde jeg vanskeligheder med at få planlagt interviews med

lægerne. En anden læge havde ikke de samme forbehold som Lars. Hun var åben, imødekommende, fremhævede NIP som et vigtigt projekt og fandt min forskning interessant – altså umiddelbart en døråbner. Men da det kom til den konkrete planlægning med at tage kontakt til lægerne om aftale for interview, var det, som om hun bakkede ud af samarbejdet og overdrog ansvaret til mig. Ikke gennem forhandling, som Lars, men gennem undvigelses- og forsvindingsstrategier. Eksemplerne med de to læger viser, at adgangen kan vogtes på forskellige måder – nogle spærrer døren, mens andre forsvinder med nøglen. Dørvogtningen kan således være aktivt konfronterende. Denne position giver mulighed for verbal forhandling med dørvogteren. Den passive og ligefrem forsvindende position betød, at jeg som forsker måtte tage andre metoder end verbal forhandling i brug. Situationen med lægen Lars illustrerer en af disse metoder. Gennem min vedholdende insistens på, at vi skulle tale sammen, presser jeg Lars til at skifte til den konfronterende strategi. Lars havde i dagene op til situationen benyttet både undvigelses- og forsvindingsstrategier, ligesom han også i feltnotatet forsøger at undvige med henvisning til stuegangen. Men gennem min fastholdende insistens får jeg adgang til en forhandling med en af de uformelle dørvogtere, som gennem min vedholdenhed presses til at skifte strategi. Forhandling af positionen som legitim perifer deltager er et eksempel på en anden strategi, som jeg anvendte til at få adgang til feltet via de forsvundne uformelle dørvogtere.

I mit feltarbejde mødte jeg overvejende dørvogtere, som benyttede forsvindingsstrategien. Især sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter forsvandt i forbindelse med observationerne, mens lægerne var helt anderledes tilpasse med at have mig ”i hælene”. Jeg anvendte forskellige metoder til at få adgang – metoder relateret til min viden om feltet, min mulighed for at indtage forskellige positioner og min mulighed for at deltage. Her viste især positionen som ny i afdelingen sig at være en mulig og genkendelig position for både de sundhedsprofessionelle og mig. Jeg serverede mad for patienterne, gik efter remedier, som de sundhedsprofessionelle manglede på stuerne, hjalp med at rydde op på stuerne, gav en hjælpende hånd i arbejdet med patienterne osv. Relateret til Lave og Wengers perspektiv på læringens sociale dimension (Lave og Wenger 2003:77) var disse handlinger en strategi til at få adgang, fordi jeg gennem handlingerne blev genkendelig som ny i afdelingen, hvilket var med til at positionere mig som legitim perifer deltager i praksisfællesskabet (Lave og Wenger 2003:80). En position, hvorfra jeg fik adgang til feltet, netop

som perifer deltager med mulighed for at lære fra denne perifere position. En position, som jeg kender fra min praksis som sygeplejerske, hvor jeg har indgået i praksisfællesskaber i positioner til både perifer og central legitim deltagelse. At skifte mellem positioner var en egnet strategi. Samtidig var den også vanskelig og gav anledning til etiske refleksioner relateret til balanceringen i positionen som perifer deltager med central viden om praksisfællesskabet – et perspektiv, som jeg relaterer til etiske dilemmaer senere i kapitlet.

Positioner i afdelingen

At få adgang til feltet handler altså om position og positionering. Hasse forklarer det sådan: ”Det er et vilkår for feltarbejderens læreproces, at man tilskrives en strukturel identitet af feltets øvrige deltagere – og det er fra denne position, der læres i fysiske rum” (Hasse 2002:52). I feltarbejdet blev min identitet forhandlet, konstitueret og formet af de mange positioner og relationer, som blev bragt i spil i interaktionen med subjekterne, rum og materialitet på hospitalet. I situationen med lægen Lars er forskellige positioner i spil, der fungerer som forskellige mulighedsbetingelser for min læreproces og dermed for produktionen af empiri. Forskellige faglige magthierarkier bringes i spil i min forhandling med lægen. Disse magthierarkier aktiveres og reproduceres i min interaktion med feltets forskellige aktører.

Når lægen Lars ”stiller sig i døren”, mens sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne ”forsvinder med nøglen”, kan det ses som en afspejling af feltets faglige magthierarkier, som etablerer forskellige positioner. I organisationerne møder forskeren ofte personer med høj status, som fortolker deres egen rolle som at instruere forskeren i de aspekter, som de finder væsentlige (Hasse 2011:125). I hospitalet har lægerne høj status, og i forhandlingen om interviews indtager Lars positionen som bedrevidende – en position, hvorfra han søger at udfordre, kontrollere og omdefinere undersøgelsens design. Han ved, hvad de andre læger mener om NIP, så hvorfor forstyrre seks læger, når jeg kan spørge ham? Han ved, at de unge læger ikke vil gå glip af hverken undervisning eller fritid, så hvorfor besvære dem med et interview? Han ved, at nogle af de ældre læger nok vil blive lidt længere, hvis jeg deltager i deres tirsdagsmøde og stiller nogle spørgsmål, efter at mødet er slut kl. 15.30. Og han søger at kontrollere interviewprocessen, når han beder om mere specifikke spørgsmål for interviewet som en del af vurderingen af mulighederne. Gennem udfordringen af undersøgelsens design udfordrer han ligeledes min posi-

tion som forsker. I forlængelse heraf kan siges, at magthierarkier forhandles gennem positioneringen af forskeren og lægen.

Det kan hævdes, at observationen også afspejler en anden forhandling af positioner i magthierarkiet. Lægen ved, at jeg er uddannet sygeplejerske, ligesom han ved, at min formelle adgang til feltet er foregået via afdelingens oversygeplejerske. Fra det perspektiv kan observationen ses som en forhandling om positionerne sygeplejerske og læge, hvor jeg fra min position som både forsker og sygeplejerske udfordrer det professionsfaglige magthierarki. Denne udfordring forstærkes af, at jeg ikke har fået adgang til feltet via den lægefaglige, men den sygeplejefaglige chef. I det lys kan lægens behov for kontrol og løsningsanvisninger ses som konstituering af lægens position som sundhedsfeltets ekspert, der stiller spørgsmålene og kender svarene i lægens samarbejde med de andre professioner. Fra denne position må lægen nødvendigvis også vurdere og kontrollere sygeplejerskens arbejde – især fordi min position er uklar og udfordrer lægens position. Hvis Lars giver adgang til interviews med lægerne, kan det samtidig ses som en legitimering af andre typer af magtstrukturer mellem professionerne.

Som en del af forhandlingerne af professionshierarkiet er også forhandlingen af det faglige hierarki. I mit forskningsprojekt sætter jeg fokus på samfundsvidenskaben, ligesom NIP kan ses inden for en administrativ diskurs. Med projektet belyses sundhedsfeltet altså fra et andet perspektiv, og projektet søger at sætte en anden type af dagsorden. Lægen Lars, derimod, italesætter den naturvidenskabelige og lægevidenskabelige faglighed som det vigtige og væsentlige. Lægerne vil ikke gå glip af den lægefaglige undervisning, har travlt med de lægefaglige opgaver og vil ikke bruge deres arbejdstid på at diskutere et projekt, som er spild af tid og ikke har nogen værdi. I arbejdstiden kan lægerne altså ikke bruge tiden på andet end lægevidenskaben, hvorfor samfundsvidenskab og administration er noget, der kan drøftes efter endt arbejdstid.

Også sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne udfordrede min position, men på en anden måde, nemlig gennem den tavshed, der fulgte, når de forsvandt. Relateret til professionshierarkiet kan deres tavshed i stedet for konfrontation skyldes, at de også kendte til min baggrund som veluddannet sygeplejerske og som forsker. Positioner, som indskrev mig over dem i hierarkiet. Det gjorde det vanskeligt for dem direkte at udfordre min position i hie-

rarkiet, men til gengæld ekskluderede de mig fra fællesskabet ved at forsvinde. I dette lys kan deres positionering af mig som ny i praksisfællesskabet ses som en forhandling om positioner i magthierarkiet, fordi de nye i afdelingen ofte tildeles positionen nederst i professionshierarkiet. Ved at deltage i arbejdsopgaver, som udføres af studerende, vikarer, nyansat plejepersonale og social- og sundhedsassistenter, fik jeg altså både adgang til feltet og blev genkendelig som ufarlig gennem min placering nederst i hierarkiet. Igennem denne praksis nedtoner jeg magthierarkiet og gør mig mere uskyldig.

I afsnittet har jeg reflekteret over nogle af de mange positioner, som blev skabt gennem forhandlinger med feltets aktører – positioner, som havde betydning for min adgang til feltet, min mulighed for at lære af feltet såvel som for min mulighed for at producere viden om feltet. Refleksionerne afspejler, at positionerne blev skabt gennem forhandlinger, hvor feltets aktører tilskriver mig bestemte positioner, som jeg kan tage på mig eller forhandle på andre måder, eksempelvis i forhandlingen med lægen Lars, hvor jeg ikke ”vendte om på hælene” og kontaktede mine formelle dørvogtere fra positionen som legitim forsker – en løsningsmodel, jeg overvejede, og en refleksion, jeg vil dvæle ved, fordi den kan illustrere, hvordan jeg brugte min deltagerposition som en metode i feltarbejdet.

Deltagerpositioner som metode

Når jeg anskuer forskningsprocessen som en social læreproces, fordrer det, at jeg som forsker engagerer mig i det sociale møde med dem, som lever i kompleksiteten. Som forsker går jeg i dialog for at lære, og her er det en pointe, at de dialogiske aspekter for at lære også ligger i de møder og diskussioner, som opstår i forbindelse med konkretisering af forskningsinteressen, tilrettelæggelse af forskningen, afvikling af feltarbejde og i interviews samt møder og diskussioner i forbindelse med afslutning af undersøgelsen (Staunæs og Søndergaard 2005:55). Produktion af viden om feltet er altså ikke isoleret til de formelt etablerede og konstruerede rum som eksempelvis interviewsituationer og deltagelse i møder (ibid.). Viden om feltet produceres derimod i alle forskerens interaktioner med feltet. Relateret til situationen med lægen Lars er der et læringspotentiale forbundet med at indgå i forhandlingerne om adgang til feltet. Når jeg i situationen indtog positionerne, som jeg fik udpeget, fik jeg adgang til og indsigt i feltet – viden, som jeg ellers ville have afskåret mig fra. At indtage de udpegede positioner var altså en metode til produktion af viden.

Optrapning eller nedtoning af deltagelse er en strategisk anvendelse af deltagerposition til vidensproduktionen i feltarbejde (Kristiansen og Krogstrup 1999:156). Jeg benyttede denne strategi i mange forskellige situationer. I nogle situationer som en konsekvens af interaktionen i feltet, og i andre situationer som en bevidst strategi for at få et mere nuanceret blik for feltet. Jeg valgte i nogle situationer at trække mig fra interaktionen, eksempelvis når mange sundhedsprofessionelle gik sammen ind til en patient i forbindelse med samtaler om alvorlig sygdom og i forbindelse med samtaler med vrede og utilfredse patienter og pårørende. Andre gange nedtonede jeg min deltagelse ved blot at betragte den sundhedsfaglige praksis, en mere tilbagetrukket, betragtende position uden aktiv interaktion med feltet. Nogle gange satte jeg mig på kontoret eller i kaffestuen, og andre gange stillede jeg mig på gangen. Fra disse positioner fik jeg andre typer af indsigter, som var med til at nuancere min produktion af empiri. Gennem optrapning af min deltagelse, som hjælper i forbindelse med diverse opgaver omkring patienten, fik jeg adgang til feltet og skabte samtidig uformelle rum for at tale om de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis – i forhold til NIP og mere generelt.

I den antropologiske metode fokuseres på tilgangen til feltet og positionen i feltet, som blandt andet handler om deltagerobservatørens evige balancering af nærhed og distance i deltagelsen, der kan anskues som et kontinuum med yderpunkterne ”going native” med feltet eller ”getting excluded” fra feltet (Steffen 1995). Min baggrund fra forskellige positioner i sundhedsvæsenet havde betydning for denne balancering, og som jeg har vist, var det hverken entydigt en fordel eller en ulempe, at jeg selv har en baggrund som sundhedsprofessionel. Det var en fordel, fordi jeg kunne bruge min viden og erfaring i forhandlinger og til at skabe genkendelighed, men samtidig havde min placering i det faglige hierarki en betydning for min mulighed for at få adgang. En løbende opmærksomhed på feltstudiet som en læreproces hjalp mig til at fastholde min position som observerende deltager og fra at ”go native”. Både ved at fastholde, at jeg skulle lære noget bestemt og noget andet end de andre deltagere i praksisfællesskabet, og ved at fastholde min position som perifer deltager i fællesskabet. I mit feltstudie havde jeg altså en overordnet opmærksomhed, som måske kunne kaldes en metametodisk opmærksomhed på min position i praksisfællesskabet.

Viden gennem interaktion

Forhandlingen med lægen Lars gav mig forskellige typer af indsigter omkring forskningsfeltet og dets aktører. Jeg fik viden om lægernes arbejdsforhold (de har travlt, de må ikke forstyrres), deres interne hierarki (afdelingslægen tror, hun ved, hvad de yngre læger mener, prioriterer og vil lære), deres faglige prioriteringer (kun lægevidenskaben på arbejdet) og deres position i feltet (øverst i hierarkiet). Jeg fik viden om lægernes holdning til NIP (det har ingen værdi, er spild af tid og ikke noget, de yngre læger forstår). Jeg fik indsigt i magtstrukturer og hierarkiseringen i feltet og i den position, som jeg fik udpeget i interaktionen med lægen. Desuden fik jeg indsigt i, at kontrol har en betydning i forhandlingerne af positioner, og dermed at reguleringen i feltet blandt andet sker igennem kontrol. En observation, som jeg vil udfolde, fordi kontrollen havde mange facetter og var i spil på mange forskellige måder og niveauer i mit feltarbejde, og fordi jeg i feltarbejdet indgik i interaktionerne i positionen som potentiel kontrollør.

Lægen Lars søger at kontrollere, når han vil se min interviewguide til lægerne. Kontrollen er rettet mod min forskningsproces, men også mod de yngre læger. At tjekke spørgsmålene kan ses som en kontrol af deres arbejdstid og læreproces. Han kontrollerer, at de lærer det rigtige og bruger tiden på det vigtige. Lægens behov for at kontrollere mig kan også sættes i relation til de hierarkier, som kontrollen er organiseret omkring. Han bliver nemlig også kontrolleret, blandt andet igennem NIP. Med NIP kontrolleres han både i sin funktion som læge og i sin funktion som nøgleansvarlig i NIP. I det perspektiv kan et interview med lægerne ses som kontrol af ham. Hans opgave som nøglelæge er især rettet mod de yngre læger, fordi de er på gennemrejse. Så når det er særligt vanskeligt for mig at få adgang til interviews med de yngre læger, kan det relateres til min potentielle position som kontrollør af hans arbejde. En position, som styrkes af min formelle adgang via ledelsen, som signalerer en ledelsesmæssig interesse i min undersøgelse. Kan ledelsens interesse for mig og mit projekt relateres til deres interesse i at kontrollere? At kontrollere mine interviewspørgsmål kan i dette lys ses som lægens forsøg på at kontrollere en potentiel kontrollør og kontrolproces.

NIP er et blandt mange projekter i hospitalet, som fungerer gennem kontrol. Kontrollen har tidligere været baseret på registreringer og audits af skriftligt materiale, men med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel er der

sket en forskydning i kontrollen fra kontrol af dokumenteret praksis til kontrol af praksis. I mit feltstudie afspejlede tendensen sig i, at mit projekt var det tredje på afdelingen inden for en ganske kort periode. Forud for mit feltarbejde havde afdelingen i forbindelse med en forundersøgelse til akkrediteringen af det danske hospitalsvæsen haft et korps af eksterne akkrediteringsfolk på besøg – folk, som stillede dem spørgsmål, fulgte dem i deres praksis og tjekkede dokumenter. I forbindelse med et hygiejnetema havde personalet haft internt besøg af den kliniske oversygeplejerske. Hun fulgte dem i deres arbejdspraksis, observerede og registrerede deres håndhygiejne og registrerede korrekt og ukorrekt håndhygiejne i et skema. I forlængelse af denne relation mellem observationer og kontrol er positionen som kontrollør genkendelig i feltet. De sundhedsprofessionelles tendens til at forsvinde kan ses i lyset af denne tendens, fordi jeg blev positioneret og gjort genkendelig som kontrollør, dog i en anden version af kontrolløren – en version som kontrolløren uden den formelle legitimitet i positionen, hvorfor de kunne forsvinde fra mig.

Etiske refleksioner omkring forskning mellem liv og død

Kvalitativ forskning inden for det sociologiske felt er forskning, som involverer mennesker. Brinkmann og Kvale beskriver det således: “*When we observe and talk to people, analyze what they do and say, and publish our interpretations to a larger public, we are engaged in a process with inescapable ethical aspects*” (Brinkmann og Kvale 2008:263). Mit forskningsprojekt involverer mennesker. De sundhedsprofessionelle er i fokus i undersøgelsen, men samtidig rejser sig også etiske problemstillinger i relation til hospitalsvæsenet som forskningsfelt – dilemmaer omkring det at bedrive forskning mellem liv og død.

Der findes etiske kodeks, guidelines og komiteer, som kan rette blikket mod de forskningsmæssige bestræbelser på at bedrive etisk forsvarlig forskning. Jeg har set den kvalitative forskning som en løbende proces med stadige etiske udfordringer. Derfor har jeg gennem hele forskningsprocessen været åben for konflikter, dilemmaer og ambivalens som pejlemærker for de etiske dilemmaer. Guidelines og etiske kodeks er ikke svaret på denne type etiske udfordringer, men stiller derimod krav til forskernes etiske kapacitet som en forskningskompetence (Brinkmann og Kvale 2008:265).

De etiske dilemmaer gav jeg blandt andet opmærksomhed gennem løbende refleksioner over dilemmaer mellem faglige og personlige positioner eller

dilemmaer mellem forskellige faglige positioner. Som deltagende observatør kan man komme i etisk svære situationer, hvor man fagligt ønsker at bevare en god relation til informanten, men personligt reagerer på noget, informanten siger eller gør – en reaktion, som ændrer observationsforløbet. Disse situationer er vigtige at holde sig for øje og få noteret, da disse personlige erfaringer gennem analyse kan transformeres til viden. Transformationen fra personlig til faglig erfaring tilbyder et alternativt blik på empirien, hvorved refleksion over følelser af etisk karakter kan tilføje et yderligere lag til den antropologiske analyse, og give viden omkring normer (Fangen 2004:59).

Dilemmaer mellem liv og død

Samtalen med lægen Lars var en forhandling om adgang til interviews med lægerne. Jeg har tidligere vist, hvordan forskellige positioner blev etableret gennem forhandlingen, og hvordan disse positioner var med til at skabe grænserne for det mulige. Forhandlingen rummer dog også en anden dimension, som er relateret til lægens position i feltet – positionen som den, der gør en forskel mellem liv og død, den, der redder liv. Når jeg forhandler med lægen, er denne dimension i spil på flere måder. Den er i spil, da han spørger, om vi kan tale en anden dag, fordi han går stuegang. Den er i spil, da han siger, at det er meget at samle seks læger, og at forvagterne har travlt med akutte opgaver i afdelingen og skal gå til deres undervisning. Det rejser et etisk dilemma i forskningsprocessen. Det rejser et spørgsmål om de umiddelbare konsekvenser, det kan have for patienterne, at jeg forstyrrer feltet. På en neurologisk afdeling handler det om grænserne mellem liv og død. Det handler om lægernes tid og om lægernes kompetencer, og i forhandlingen med lægen Lars er denne overvejelse også i spil. Jeg har den formelle adgang og tilladelse til at interviewe de seks læger. Jeg har en faglig interesse og gode faglige argumenter for mit undersøgelsesdesign, men har også døden som den ultimative konsekvens af mine forstyrrelser. Forskningsprocessens interaktioner med feltet skal altså balanceres på en måde, som ikke medfører forskydninger mellem liv og død. Og dermed etableres en gråzone for forhandlingerne omkring adgangen til feltet, hvor det asymmetriske informationsniveau mellem dørvogteren og forskeren kan gøre det vanskeligt at få adgang. I feltobservationen afspejlede det sig i, at jeg ikke kunne vurdere, om et interview med seks læger udgjorde en risiko for patienterne, eller om lægens modvilje mod interviewet mere handlede om magthierarkier og kontrolprocesser. Måske handlede det

både om kontrol og risiko, hvilket samtidig giver blik for, at risikoen for patienternes liv udgør en legitim magtudøvelse i feltet.

Andre etiske dilemmaer i min forskningsproces er relateret til min position som både forsker og sundhedsprofessionel. Det, jeg tidligere i analysen, kaldte *balanceringen i positionen som perifer deltager med central viden om praksisfællesskabet*. Jeg har vist, hvordan jeg blev perifer legitim deltager i positionen som ny i afdelingen. Men positionen skabte dilemmaer som ny, med en sundhedsfaglig baggrund, som hverken kunne eller skulle agere i positionen som sygeplejerske. Jeg serverede mad for at få adgang, hvilket bestod i at bringe bakkerne på stuen til patienterne. Sådan gør mange perifere deltagere i fællesskabet, og det ville jeg også gøre som ny sygeplejerske i afdelingen. Dog ville mine handlinger som ny sygeplejerske være baseret på viden om patienterne – en viden, som jeg ikke havde som ny i afdelingen fra positionen som forsker. Samtidig havde jeg viden om symptomer i form af pareser i mund og svælg og den medfølgende risiko ved indtagelse af væske og føde, og denne kombination skabte dilemmaer relateret til ansvar og kompetence og relateret til utilsigtede hændelser hos patienterne. Jeg serverede ikke maden på baggrund af min viden om patienten, men på baggrund af de sundhedsprofessionelles vurdering af patienten. Men hvad nu, hvis vurderingerne var forkerte, og patienten fik en livstruende komplikation? Eller hvis de forventede, at jeg på baggrund af mine erfaringer som sygeplejerske selv kunne foretage vurderingerne?

Fra positionen som sygeplejerske ville jeg have spurgt til lammelse i mund og svælg og til specialkost. Og netop derfor kunne jeg ikke stille den type af spørgsmål, fordi det ville medføre, at jeg skiftede position til sygeplejerske – en position, som ville ændre min mulighed for at få adgang til feltet, og en position, som jeg i situationen ikke ønskede. Jeg vurderede, at jeg fra positionen som sygeplejerske ville risikere en forskydning i magthierarkiet, som ville vanskeliggøre min adgang.

En anden type af etiske dilemmaer kan relateres til min position som både forsker og underviser, især i observationerne af de nyuddannede sygeplejersker, hvor jeg i interaktionerne fra position som observatør ikke handlede, men ville have handlet fra positionen som underviser. Dette var eksempelvis tilfældet en dag, hvor jeg fulgtes med den nyuddannede sygeplejerske Sisse, og vi

sad og drak formiddagskaffe. Inden pausen havde jeg observeret, at Sisse ikke havde overblik over sine patienter, og hun sagde også, at hun faktisk ikke havde tid til pause, men trængte til det. I pausen talte vi om børn, familie og livet i øvrigt, hvilket for mig var en mulighed for adgang til praksisfællesskabet – en døråbner. Pausen var lang, og flere sundhedsprofessionelle kom ind og spurgte til forskellige forhold omkring sygeplejersken Sisses patienter, men det betød ikke, at hun afbrød pausen. Situationen satte mig i et etisk dilemma.

Fra positionen som forsker var situationen ikke problematisk, men derimod gunstig for produktionen af viden, hvad angår viden om relationer mellem sundhedsprofessionelle, om samarbejdet mellem patienter og personale og om grænserne for ansvarlighed og uansvarlighed i feltet. Fra positionen som sygeplejerske var situationen heller ikke problematisk, fordi de kollegaer, som kom og spurgte til dette og hint, lod til at have overblik over Sisses patienter. Dilemmaet blev skabt fra positionen som underviser, fordi jeg fra den position er den nytilkomnes allierede og fra positionen søger at støtte den nye i læreprocessen fra perifer til central legitim deltager i praksisfællesskabet. Jeg fornemmede, at denne sygeplejerske, Sisse, havde en perifer position, som jeg var med til at forstærke, når jeg drak kaffe med hende fra positionen som forsker, mens jeg fra positionen som underviser kunne hjælpe hende med at få skabt overblik og få løst de mange opgaver – handlinger, som ville understøtte en mere central position i fællesskabet.

De etiske dilemmaer opstår altså i forskellige situationer. I feltarbejdet har min opmærksomhed på de etiske dilemmaer været en metode til at arbejde med forskningsprocessens etiske aspekter. De etiske dilemmaer, som opstod i interaktionen med lægen Lars, sygeplejersken Sisse og serveringen af mad, opstod ikke på baggrund af den samme etiske forpligtelse. Tværtimod illustrerer dilemmaerne, at der er forskellige etiske fordringer forbundet med at være forsker, sygeplejerske og underviser.

Anonymiseringens begrænsninger

Anonymisering er en vigtig dimension af de etiske overvejelser i forhold til de mennesker, som har indvilliget i at deltage i undersøgelsen. Overvejelser om anonymisering er helt overordnet at forholde sig til spørgsmålet om, hvilke informationer der skal være tilgængelige for hvem? Det er vigtigt, at dette spørgsmål er afklaret og kommunikeret til undersøgelsens deltagere i feltarbejdets indledende fase. I min undersøgelse rejser spørgsmålet om anonymise-

ring sig på forskellige niveauer, som anonymisering af hospitalet, anonymisering af den enkelte afdeling såvel som anonymisering af deltagerne. Disse niveauer hænger sammen, idet en anonymisering af deltagerne kun kan lade sig gøre, hvis der finder en anonymisering sted på andre niveauer, særligt i forhold til de små grupper af deltagere, nemlig ledelsen, de nøgleansvarlige og eventuelt gruppen af læger. NIP-indikatorerne er centrale for min undersøgelse, hvor jeg i projektets forskellige faser argumenterer for mine valg med afsæt i de konkrete indikatorer, hvorfor det er vigtigt, at jeg kan fokusere specifikt på det udvalgte sygdomsområde.

Det betyder, at jeg må anonymisere på hospitalsniveau, hvorfor jeg kan specificere mine cases til to afdelinger i en region i Danmark med NIP-patienter inden for sygdomsområdet apopleksi. Med denne anonymisering sikrer jeg mig en form for eksternt anonymisering, men efterlader udfordringer omkring den interne anonymisering, idet det vil være muligt for ledelsen såvel som de ansatte at identificere nogle deltagere – særligt de små grupper. For deltagerne selv, såvel som aktører som har indgående kendskab til afdelingerne, vil det være muligt at genkende de to hospitaler på baggrund af kendskab til ligheder og forskelle i organiseringen og specialfunktionerne i de neurologiske afdelinger i regionen. Det betyder, at mit valg af to hospitaler i den samme region i forskningsprocessen fremstår som et tveægget sværd, idet det har hjulpet mig til at få øje på mangfoldigheden og kompleksiteten i NIP som styringsredskab både inden for og mellem hospitaler, men samtidig har svækket mine muligheder for at anonymisere. Under feltarbejdet var min strategi, at jeg ikke udvekslede informationer på tværs af hospitalerne, ligesom jeg svarede: *"Det kan jeg ikke kommentere på"*, når nogen begyndte at gætte på, hvilket hospital det andet mon var. De fortalte mig også, at jeg ikke kunne skjule det for dem, fordi ledelserne holder regionale møder. Alt dette til trods holdt jeg fast i min strategi, hvorfor hospitalernes eventuelle viden om hinandens medvirken er noget, de selv har formidlet til hinanden på tværs af hospitalsgrænser.

Jeg kan ikke illuminere problemet omkring anonymisering, men ser fokusgruppeinterviews som en metode til anonymisering, idet denne interviewform ikke i så høj grad tager afsæt i personlige erfaringer og meninger, men i højere grad i at forhandle sig til en form for konsensus. Hermed er fokus ikke på den enkelte, men på relationerne i gruppen. Et andet vigtigt valg omkring anonymisering handler om de transskriberede interviews og feltnotater. Disse er

udelukkende anvendt som basis for analysen og er ikke læst af andre end mig¹⁷, hvilket også har været en strategi til at sikre informanternes anonymitet.

I de empiriske analyser har alle informanter fået andre navne, titler mv., ligesom nogle fakta om afdelinger og hospitaler er ændret. Når de sundhedsprofessionelle hverken præsenteres med de hospitalsspecifikke titler eller med informationer omkring, hvor længe de har været uddannede, og hvor længe de har været i afdelingen, har det også været en metode til anonymisering. Beskrivelser af de fire afdelinger er udeladt af samme grund. I arbejdet med anonymisering har jeg afvejet hensynet til informanterne med hensynet til vidensproduktionen. Det betyder, at empiriske pointer er udeladt, enten fordi pointen var så afdelingsspecifik, at den ikke kunne sløres, eller fordi det ikke var muligt at anonymisere, uden at det ville ændre på den indholdsmæssige dimension af de empiriske data. I anonymiseringen har jeg altså balanceret hensynet til informanterne og hensynet til projektets validitet.

I denne analysedel satte jeg fokus på metodologiske refleksioner over, hvordan situering, positioner, deltagelse, interaktioner og etiske aspekter har haft betydning for den viden, der blev skabt i feltarbejdet. Jeg forlader nu Lars og Sisse for i stedet at vende blikket mod min konstruktion af undersøgelsesfeltet.

Metodiske overvejelser

I kapitlets sidste del sætter jeg fokus på de mere metodetekniske overvejelser i forbindelse med observationer, interviews og indsamling af dokumenter som metode til produktionen af empirisk materiale. Men først præsenteres her mine refleksioner over valg af cases som en metode til afgrænsning af undersøgelsesfeltet.

Konstruktion af feltet med inspiration fra casestudiet

I den fortløbende proces omkring udviklingen af mit forskningsdesign har jeg været inspireret af casestudiet som metode (VanWynsberghe og Khan 2007) (Stake 2006) (Ramian 2007). Arbejdet med cases skal ses mere som min konstruktion af undersøgelsesfeltet end som et strategisk valg af noget, som er derude, som blot skal indfanges. Dette er i overensstemmelse med den post-strukturalistiske tradition, hvor enhver iagttagelse er en iagttagelse et ”sted”

¹⁷ Og så selvfølgelig de to studentermedhjælpere, som har transskriberet dem.

fra (Esmark et al. 2005:11). Hermed mener jeg, i lighed med andre poststrukturalistiske forskere, at virkeligheden aldrig kan fremtræde for os i en ren og prædiskursiv form. Casestudiet er altså ikke så meget et studie, som skal afsløre casen selv, men et studie af de analyseenheder, som udvikles og konstrueres. Dermed har mine overvejelser om cases handlet om og været et metodisk greb til konstruktion og afgrænsning af mit empiriske felt (VanWynsberghe og Khan 2007:2).

Med casestudiet er det muligt at studere mange forskellige typer af fænomener. Det beskrives i litteraturen som både en styrke og en svaghed. En styrke, fordi det giver mange perspektiver og fleksibilitet i forskningsdesignet, som kan lede til andre typer af erkendelser og konklusioner end dem, man i udgangspunktet havde forventet, men en svaghed, fordi man som forsker kan risikere at producere data om alt og intet, uden noget fokus og mål (Ramian 2007). Og hermed er der i casestudiet en vigtig opgave i at definere og afgrænse case, analyseenheder og observationsenheder (Ramian 2007) (Andersen og Bureau 2007).

Mine tre cases er gruppen af social- og sundhedsassistenter, gruppen af sygeplejersker og gruppen af læger. Det er tre professionsgrupper, som på den ene side er velafgrænsede og genkendelige, men på den anden side er konstrueret i de sociale relationer i den kontekst, de indgår (Järvinen og Mik-Meyer 2005:102). Samtidig er der en mangfoldighed af institutioner, hvor de tre professionsgrupper arbejder, og her har litteraturen om casestudiet vist sig egnet som refleksionsramme for valg af regioner, hospitaler, afdelinger og medicinske specialer.

Apopleksi på neurologisk afdeling på to hospitaler i en region i Danmark

Mit casestudie er afgrænset til tre grupper af sundhedsprofessionelles arbejdspraksis omkring patienter med diagnosen apopleksi, som er indlagt på to neurologiske afdelinger på to hospitaler i en region i Danmark. Hospitalerne er valgt ud fra et kriterium om NIP-resultater, hvor det ene hospital scorer højt i forhold til NIP, og det andet hospital scorer lavt i forhold til NIP. Nu følger mine overvejelser og kriterier for de konkrete valg – især fokuseret omkring casenes potentiale for at skabe forskellighed på tværs af kontekster og om casenes potentiale til at lære om kompleksitet og kontekst (Stake 2006:23).

Når jeg har valgt to hospitaler i samme region, er det i tråd med *maksimal variation cases*, hvor der varieres på én dimension (Flyvbjerg 2003:150). At fokusere på en region reducerede variationen i den regionale organisering og de regionale politiske tendenser omkring NIP. Det betyder, at de valgte afdelinger er underlagt de samme regionale rammer, deltager i de samme regionale møder og har samarbejde om både NIP og om neurologi mere generelt. Samtidig skabte det mulighed for at få indblik i, hvordan NIP ikke bare er et styringsredskab, som fungerer lokalt på afdelinger, men at styringen også foregår på tværs af hospitaler i forskellige typer af regionale samarbejder. De to udvalgte neurologiske afdelinger er anonymiseret som neurologisk afdeling på hospital 1 og neurologisk afdeling på hospital 2.

Diagnosen apopleksi er valgt blandt otte mulige diagnoser, som på det tidspunkt var inkluderet i NIP. Valgt, fordi det er et af de største sygdomsområder, som er inkluderet i NIP, og fordi det er en diagnose med potentielt høj involvering af læger og sygeplejersker, mens det er interessant, hvor meget social- og sundhedsassistenterne er involveret i NIP.

Valg af to neurologiske afdelinger er relateret til, at størstedelen af patienterne med apopleksi indlægges eller overflyttes til neurologisk afdeling. I udvælgelsen af afdelinger har jeg lagt vægt på både variation og lighed – variation gennem valg af en afdeling, som var gode til at omsætte NIP i praksis, forstået som en afdeling, der scorede højt i opgørelserne for NIP, og en afdeling, som havde mindre succes med at omsætte NIP til gode resultater. Valget er inspireret af Flyvbjerg (2003), som fremhæver *maksimal variation cases* som velegnede til at opnå information om betydningen af forskellige omstændigheder ved *cases* (Flyvbjerg 2003:150). Med valg af disse to *cases* blev det muligt at belyse kompleksitet og mangfoldighed i styringen, ud fra en formodning om at jeg på afdelingen med de gode resultater havde gode muligheder for at belyse den måde, som styringen foregår på, når styringen fungerer. På sådanne afdelinger ville jeg øge chancen for, at mine feltstudier kunne sætte fokus på det, jeg vil undersøge, nemlig hvordan styringen fungerer. I afdelingen, som scorer lavt, kunne jeg risikere, at de sundhedsprofessionelle ikke arbejdede med projektet, hvorved der vil være risiko for, at mit feltstudie mere ville blive et implementeringsstudie af barrierer og muligheder for NIP end et studie af, hvad styring gennem indikatorer betyder for de sundhedsprofessionelle. Samtidig formodede jeg, at sådan en afdeling ville være velegnet til at give andre typer

af svar på relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP, relateret til ambivalens og modstand i de sundhedsprofessionelles praksis.

Denne konstruktion af casestudiet har været mit afsæt for feltarbejdet. De tre niveauer for konstruktionen af casen var med til at give retning og form for mit feltarbejde. Ved at vælge afdelinger på to forskellige hospitaler med forskellige NIP-resultater skabte jeg en mangfoldighed i materialet, som har været med til at belyse, hvordan styringen foregår på mangfoldige måder i de lokale kontekster. De fire afdelinger er altså ikke valgt med henblik på at sammenligne, men med henblik på at skabe en mangfoldighed i de empiriske data. Når hospitalerne var i samme region, gav det mulighed for at få blik for, hvordan styringen ikke kun er lokal, men også fungerer gennem samarbejde mellem hospitalerne.

Jeg vil nu vende blikket mod mine overvejelser omkring produktionen af empiri på de fire neurologiske afdelinger på de to hospitaler i en region i Danmark.

Produktion af empiri som interaktionistisk proces

Med mit metateoretiske afsæt inden for det poststrukturalistiske idekompleks er empiri ikke noget, som indsamles, men noget, som produceres i forskningsprocessen. I forskningsprocesserne omkring produktion af empiri har jeg ladet mig inspirere af den interaktionistiske etnografi. Her søges ikke mod beskrivelser af essentielle egenskaber ved verden, men mod at studere de sociale aktiviteter ud fra et specifikt forskningsperspektiv. Inden for denne tilgang er intentionen ”[...] *at analysere den objektiverede virkelighed, dvs. den sociale virkelighed, som konstant bliver produceret gennem menneskelig interaktion*” (Järvinen og Mik-Meyer 2005:105). Forskeren observerer altså den objektiverede virkelighed, som den er konstrueret i sociale relationer i en given kontekst, og ikke de individuelle, levede erfaringer. Inspireret af interaktionismen har jeg anskuet den sociale virkelighed som konstrueret og skabt i de sundhedsprofessionelles forhandlinger *i og af* deres arbejdspraksis.

Her har både mit forskningsperspektiv og, som jeg viste tidligere i kapitlet, min interaktion med feltet været medskabende – både af den sociale virkelighed og det empiriske materiale. Det betyder, at de empiriske data er produceret i interaktion med mit forskningsfelt. Metodens fokus er på forhandlinger,

hvorfor metoden er med til at understøtte min forskningsmæssige undersøgelse af de sundhedsprofessionernes forhandlinger og interaktioner omkring NIP. Den interaktionistiske etnografi fokuserer ikke på den enkeltes oplevelser, men derimod på de sociale identiteter og aktørernes positioneringer (Järvinen og Mik-Meyer 2005:102), hvilket gør metoden velegnet til at producere viden om de identiteter, som skabes i de sundhedsprofessionelles forhandlinger, handlinger og strategier. Metoden er ligeledes i overensstemmelse med min teoretiske inspiration, når Foucault foreslår at studere magten lokalt – der, hvor den producerer effekter (Foucault 1980:97).

Jeg vil nu sætte fokus på observationer, fokusgruppeinterviews og indsamling af dokumenter, som udgør afhandlingens tre empirigenererende metoder. Hvor jeg tidligere i kapitlet havde fokus på refleksioner af mere reflekteret, metodologisk karakter, vil jeg nu sætte fokus på mere redegørende, metodiske overvejelser omkring afhandlingens empirigenererende metoder. Sidst i afsnittet findes et skema, som skaber overblik over det samlede empiriske materiale.

Observationer som empirigenererende metode

Med det interaktionistiske perspektiv som afsæt for min tilgang til observationsstudierne i feltet afspejler positionen som deltagende observatør bedst mine intentioner og afsæt. Fra denne position lægges vægten på engagement og subjektivitet, samtidig med at mit formål og min identitet er kendt af feltets aktører (Kristiansen og Krogstrup 1999:103). Jeg valgte at sende en præsentation af mit projekt og min tilstedeværelse i afdelingerne, et par uger før jeg startede (Bilag 2). Når jeg valgte at sætte et foto på, var det med intentionen om at give projektet et personligt præg, såvel som et forsøg på at blive genkendt.

Forhandling af deltagerposition har haft betydning for mine umiddelbare oplevelser såvel som for mine feltnotater og fortløbende analyse. Det enkelte observationsforløb ses som en af flere mulige konstruktioner, hvilket er et uundgåeligt grundvilkår inden for den interaktionistiske ramme. I mit feltarbejde vekslede jeg mellem forskellige deltagerpositioner for på den måde at producere forskellige perspektiver på og beskrivelser af observationsfeltet (Warming 2005:157). Dette var selvfølgelig ikke uafhængigt af de sundhedsprofessionelle, men som jeg allerede har vist, foregik det i en forhandling og genforhandling med feltets aktører. Dette betyder både, at deltagerpositionen ændre-

de sig, i takt med at jeg som forsker blev legitim deltager i feltet, men også at jeg blev positioneret forskelligt af forskellige aktører (Kristiansen og Krogstrup 1999:113).

Under feltarbejdet fulgtes jeg med forskellige sundhedsprofessionelle. På den ene afdeling lavede jeg selv aftaler med de sundhedsprofessionelle, når jeg mødte om morgenen. Jeg orienterede mig på patienttavlen for at få overblik over de indlagte patienter, som var inkluderet i NIP, og dernæst prøvede jeg at finde patienternes kontaktpersoner for en aftale om, at jeg måtte følge dem. På den anden afdeling havde jeg i samarbejde med en forskningssygeplejerske lagt en plan for perioden, så alle vidste, hvornår jeg var i afdelingen, og hvem jeg skulle følges med. De to tilgange til feltstudiet havde forskellige fordele og ulemper og satte også på forskellig måde begrænsninger for min position og de sundhedsprofessionelles mulige positioneringer af mig. På hospitalet, hvor jeg selv lavede aftalerne, havde jeg større frihed til at forfølge perspektiver, som optog mig, hvorved jeg kunne indtage en ustruktureret forskerposition (Kristiansen og Krogstrup 1999:47) – med alt hvad dertil følger af udfordringer omkring adgang til deltagelse i praksisfællesskabet. Når jeg fulgtes med forskellige sundhedsprofessionelle fra alle tre professioner, var det bl.a. for at understøtte strategien om at skifte position. Ved at følges med de forskellige professioner fik jeg blik for, hvordan professionslogikker sammen med arbejdsopgavernes indhold og organisering havde betydning for de sundhedsprofessionelles måde at forholde sig til og arbejde med NIP. Og jeg fik mulighed for at konstruere og producere empirien fra forskellige positioner.

Jeg har allerede nævnt nogle af de metodiske overvejelser og metodiske teknikker, som jeg anvendte i mit feltarbejde – at veksle imellem forskellige deltagerpositioner, at anskue forskningsprocessen som en læreproces fra positionen som legitim perifer deltager, at fokusere på positioneringers betydninger i forhandling med feltets formelle og uformelle dørvogtere og at fokusere på, at alle forhandlinger *i* og *om* feltarbejdet producerer viden om feltet.

Desuden var jeg i mit feltarbejde opmærksom på brud og skift i den sociale interaktion, fordi sådanne brud eller overgange giver væsentlig information om den sociale struktur, som studeres: ”*Situationer som disse kan bruges til at identificere grænser, normer og værdier, som er centrale for forståelsen af den pågældende organisation eller gruppe.*” (Kristiansen og Krogstrup

1999:151). Inddragelsen af et perspektiv på tid og rum var en metode, som bidrog med væsentlig information om det undersøgte. (Kristiansen og Krogs-
trup 1999:147) (Silverman 2001:71).

Opmærksomheder under feltarbejdet

Mit feltarbejde strakte sig over tre måneder, først seks uger på hospital 1 og dernæst seks uger på hospital 2. Jeg var fortrinsvis på afdelingerne i dagvagterne, men var der også enkelte aftener. Jeg søgte at variere tidspunkterne, for at se efter eventuelle døgnmæssige variationer. Ligeledes planlagde jeg i forhold til særlige aktiviteter omkring NIP eller særlige aktiviteter omkring udviklingsprojekter. Eksempelvis møder omkring NIP og undervisning i afdelingen. Der var ikke mange af den slags aktiviteter i perioden, hvorfor mange af mine observationer var fokuseret omkring de sundhedsprofessionelles daglige arbejdspraksis. Her prioriterede jeg at følges med sundhedsprofessionelle fra hver af de tre professioner. Lægernes funktioner er meget forskellige og tæt relateret til deres stillingsbetegnelse. Derfor valgte jeg for denne gruppe at følge både forvagter og afdelingslæger/ overlæger. En anden strategi var mere frie observationer, hvor jeg ikke fulgtes med en sundhedsprofessionel, og derfor var mere fri til at kunne fokusere på de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis fra andre perspektiver – eksempelvis fra gangen, kontoret, patienternes opholdsstue og personalets kaffestue. Med den strategi fik jeg også mulighed for et mere frit rum til at fokusere på det, der optog mig såvel som rum til at søge situationer og sundhedsprofessionelle, som kunne give andre perspektiver på NIP. Eksempelvis uformelle samtaler med ledere, nøgleansvarlige og kvalitetsansvarlige.

Nedenstående er en liste over de formaliserede aktiviteter, jeg deltog i:

- Stuegang
- Indtastning af NIP-skemaer i database
- Tværfaglige konferencer
- Lægefaglige konferencer
- Aktiviteter omkring den daglige behandling og pleje af patienter
- Observationer af patienter
- Undervisning om sygeplejefaglighed
- Indlæggelse af patienter
- Udskrivelse af patienter

- Samtaler med pårørende
- Kaffepauser
- Administrativt arbejde omkring patienter
- Møde i den lokale NIP auditgruppe
- Møder i den regionale NIP auditgruppe

Jeg har deltaget i et bredt udsnit af aktiviteter i afdelingerne, men samtidig var der også aktiviteter, som jeg ikke deltog i. Enten fordi jeg ikke ønskede det, ikke fik adgang til det eller at aktiviteterne ikke var planlagt i perioden for feltarbejdet.

- Personalemøder
- Samtaler med patienter, hvor mange sundhedsprofessionelle deltog
- Samtaler med vrede og utilfredse patienter og pårørende
- Samtaler med pårørende til døende patienter

Ingen personalemøder blev afviklet under mit feltarbejde. Jeg kompenserede ved at spørge til de emner, som blev diskuteret på møderne – især, hvorvidt NIP og andre udviklingsprojekter blev diskuteret. De tre typer af samtaler blev fravalgt af etiske årsager, hvor hensynet til at værne om en eller anden form for privat rum for patienter og pårørende vejede tungest.

Under mit feltarbejde havde jeg to fokusområder. Mit ene fokus var på processer, redskaber, rutiner, procedurer, arbejdsformer, samarbejdsformer, forhandlinger og informationer omkring NIP-skemaer, NIP-handlingerne og NIP-resultaterne. Mit andet fokus var på andre dele af praksis, som havde parallelle til NIP eller var meget forskellige fra NIP, eksempelvis andre udviklingsprojekter, andre skemaer, andre handlinger, andre samarbejdsformer og andre samtaleformer. Gennem denne fokusering på det særlige ved NIP, det generelle ved NIP og det adskillelige fra NIP fik jeg indblik i kompleksiteten omkring NIP i relation til de sundhedsprofessionelles øvrige praksis.

Et sidste og vigtigt aspekt af mine observationer i feltarbejdet var feltnotater, som både blev brugt som et redskab til dokumentation, fastholdelse af erindring og refleksion over mine interaktioner med feltet.

Feltnotater

Feltnotater er observatørens væsentligste datakilde. I mit feltarbejde har jeg kontinuerligt nedskrevet mine observationer, erfaringer og refleksioner. Jeg har forsøgt at være både grundig og systematisk, da jeg ser feltnotaterne som observationernes grundstamme. Notaterne havde både til hensigt at dokumentere min metode og at genskabe situationer i erindringen til brug i det videre arbejde med forskningsprojektet. Det anbefales, at feltnotater nedskrives så hurtigt som muligt, mens de stadig er i frisk erindring. Jeg forsøgte mig også med den strategi, men det viste sig i mange situationer vanskeligt, fordi det påvirkede og forstyrrede de sundhedsprofessionelle, når jeg tog blokken frem og skrev stikord. Derfor fandt jeg en form, hvor jeg noterede i situationer, hvor det ikke forstyrrede – enten fordi det at skrive var en naturlig del af konteksten, eksempelvis på kontoret, hvor alle skriver, eller fordi jeg fandt et rum, hvor der var ro til at notere stikord. Mere sammenhængende og udtømmende feltnotater skrev jeg, når jeg kom hjem – et arbejde, som jeg satte meget tid af til, da processen med at nedskrive observationerne er lige så tidskrævende som at observere. (Kristiansen og Krogstrup 1999:151).

Feltnotaterne skal indeholde beskrivelser af: *”hvad der sker, hvornår det sker, for hvem det sker, samt hvem der siger hvad til hvem”* (Kristiansen og Krogstrup 1999:152). I arbejdet med at nedskrive observationerne sondrede jeg mellem beskrivelse og tolkninger og søgte i feltnotaterne at holde disse to niveauer adskilt ved at skrive tolkninger, inspirationer og ideer i kursiv. Ved at adskille beskrivelse og tolkninger har det været muligt at give plads til en bredere og mere nuanceret analyse af datamaterialet, idet de ”neutrale” beskrivelser åbnede op for alternative forståelser af de observerede situationer, mens de umiddelbare tolkninger af stemninger, tanker, følelser og foreløbige fortolkninger og ideer til analyser kunne fastholde erindringen og være en vigtig proces for den videre forskning (Kristiansen og Krogstrup 1999:153). Intentionen med at adskille beskrivelse og fortolkning er god, men beskrives samtidig også som en slags umulighed. Fortolkningen er ofte sammenvævet med sansningen, hvilket gør det vanskeligt at adskille – eksempelvis i forhold til sindsstemninger som glæde og vrede. Samtidig er mange af de begreber, som anvendes i beskrivelserne af oplevelserne, ikke neutrale, hvilket også gør det vanskeligt at beskrive uden at fortolke (Warming 2005:159).

Jeg forsøgte alligevel med adskillelsen i de to niveauer. Det gjorde det muligt at udnytte det fleksible design, hvor jeg løbende kunne justere og raffinere det oprindelige udgangspunkt med afsæt i de ideer, der opstod undervejs i feltarbejdet (Kristiansen og Krogstrup 1999:160). Nogle anbefaler at supplere feltnotaterne med en forskningsdagbog for på den måde at få et samlet overblik over forskningsprocessens udvikling og dermed et overblik over de elementer, som har haft betydning for produktionen af empiri. Jeg startede også op på en forskningsdagbog, med de bedste intentioner. Men for mig er det med dagbøger som med nytårsforsætter – de opsluges af alt muligt andet i en spændende hverdag. Derfor besluttede jeg at indskrive mine refleksioner over forskningsprocessen i feltnotaterne. Det betyder, at tekst i kursiv i mine feltnotater er refleksioner, som både handler om den bredere forskningsmæssige proces og de mere konkrete refleksioner over de empiriske observationer. Efter denne redegørelse for de centrale metodetekniske overvejelser og greb i forbindelse med produktion af empiri gennem observationer sætter jeg nu spot på mine overvejelser omkring interviews.

Interviews som empirigenererende metode

Med afsæt i interaktionismen ser jeg interviewmaterialet som formet af interviewer og interviewpersonen i fællesskab og præget af interaktionen i interviewsituationen (Järvinen og Mik-Meyer 2005:28). Jeg har derfor gjort mig mange overvejelser og refleksioner før, under og efter afviklingen af interviews, bl.a. metodisk-strategiske spørgsmål om interviewform, interviewpersoner, interviewsituation og interviewguide. Her følger udvalgte overvejelser for forskningsprocessen fra gruppeinterviews til empirisk data.

Fokusgrupper

Jeg var interesseret i, *hvordan* de professionelle forholdt sig til NIP, hvilket det kvalitative interview var velegnet til at afdække (Fogh 2004). I litteraturen om fokusgrupper fremhæves forskellige karakteristika, hvor jeg især var optaget af to elementer. Fokusgruppeinterviews er velegnede til at producere data om sociale gruppers interaktioner, fortolkninger og normer, og fokusgrupper er en metode til at producere koncentreret data om et bestemt fænomen eller emne (Halkier 2002:16). Ved at vælge fokusgruppeinterviews kunne jeg altså sætte fokus på sociale konstruktioner af mening, normer, værdier og praktikker i professionsfeltet, i tæt relation til NIP som styringsteknologi. Variation af meninger og forhandlinger skabes, når de sundhedsprofessionelle spørger til

hinandens erfaringer og kommenterer og diskuterer problemstillingen inden for den konkrete praksis (Halkier 2002:12).

Men er det fokusgrupper, jeg udfører, eller snarere semistrukturerede gruppeinterview? Jeg ser det ikke som et "enten-eller", men er inspireret af begge traditioner. Jeg har været inspireret af litteraturen om fokusgrupper (Halkier 2002) (Wibeck 2000:23), når jeg i planlægningen og gennemførelsen af interviewene lagde vægt på, at interviewpersonerne skulle forhandle, diskutere og tale med hinanden mere end med mig. Jeg lod mig også inspirere af ideen om at understøtte interviewpersonernes indbyrdes forhandlinger ved undervejs i interviewet at præsentere en opgave, som gruppen i fællesskab skulle løse (den vender jeg tilbage til). Halkier siger, at målet med opgaven er, at gruppen skal blive ved med at diskutere, til det står klar for dem, hvor de er enige, og hvor de er uenige (Halkier 2002:47). Forhandling mod enighed fremhæves af Halkier, men er ikke et element, jeg har betonet. Jeg var interesseret i at producere en mangfoldighed i perspektiver på NIP, hvilket var mit mål med opgaven. Derfor valgte jeg at nedtone elementet om konsensus. Hermed kan interviewet også ses inden for rammen af det semistrukturerede gruppeinterview, men med vigtig inspiration fra litteraturen om fokusgrupper, med mine bestræbelser på, at gruppen skulle interagere, diskutere og positionere sig i forhold til NIP.

Sammensætning af grupper

En eksplicit strategi for udvælgelse af deltagere til fokusgruppeinterviews er samtidig en strategi til at undgå at producere data fra et bestemt perspektiv (Halkier 2002:30). Med sammensætningen af monofaglige grupper med variation i ansættelsesperioden balancerede jeg princippet om maksimal variation for at undgå skævheder i de empiriske data med princippet om homogenitet for at undgå reproduktion af magthierarkier i fokusgrupperne (Halkier 2002:31). Grupperne var sammensat af sundhedsprofessionelle, som deltog i den daglige arbejdspraksis med behandling af patienterne – nogle grupper med sundhedsprofessionelle og nogle grupper med nøgleprofessionelle. En intention som viste sig vanskelig, især i fokusgrupperne med lægerne, hvor der ses en sammenhæng mellem taletid og titel. Under interviewene forsøgte jeg at kompensere ved at stille spørgsmål til de yngre læger. Det betød dog samtidig, at jeg brød med strukturen i fokusgruppen og etablerede en form for enkeltinterview i gruppeinterviewet – en interaktion, som ødelagde dynamikken i

fokusgruppen, hvorfor jeg lod hierarkiet råde. Det lægefaglige professionshierarki blev altså bragt ind i interviewet og var medkonstruerende for, hvem der talte, og hvad de talte om.

Ligesom sammensætningen af deltagere har antallet af deltagere betydning for produktionen af empiriske data. (Halkier 2002:38). Mit valg blev truffet på baggrund af både metodiske og praktiske overvejelser – metodiske gennem balancering af kravet til en dynamisk interaktion og krav om at alle involveres (Halkier 2002:39), og praktiske som en balancering af hensynet til afdelingerne og hensynet til sårbarheden i forhold til afbud. Grupperne blev sammensat af seks sundhedsprofessionelle, hvilket i forhandlingerne i praksis endte i fokusgrupper, som svingede fra tre til ni deltagere. Planlægningen af fokusgrupper for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter blev arrangeret i samarbejde med afdelingssygeplejerskerne. Planlægningen af disse interviews gik nemt, hvorimod planlægningen af interviews med lægerne var en anderledes udfordrende opgave. På begge hospitaler var en læge udpeget til at planlægge fokusgrupperne med mig, men det viste sig at være et vanskeligt samarbejde – som illustreret i feltnotatet om forhandlingen med lægen Lars. Vanskelighederne medførte, at den ene fokusgruppe bestod af tre læger, mens den anden fokusgruppe bestod af ni læger.

De udvalgte interviewpersoner fik information om interviewet i et brev, som både havde til formål at sikre, at deltagelsen var frivillig, og at informere om interviewet. Også i forbindelse med afvikling af interviews lagde jeg vægt på dimensionen af frivillighed. Interviewene blev afviklet i mødelokaler, som lå afsides i forhold til afdelingerne. De fleste interviews blev afviklet i tidsrummet fra 13.30 til 15.00. Både tidspunkt og lokaliteter var valgt for at skabe tid, ro og fokus på interviewet, fordi patienterne og opgaver var overdraget til kollegaer, som ikke havde mulighed for at forstyrre med afklarende spørgsmål. Interviewet med lægerne blev afviklet i arbejdstiden og med forstyrrelser af diverse personsøgere, mobiltelefoner og læger, der kom og gik – interview-situationer, som på glimrende vis afspejlede lægernes position i feltet, ligesom interviews med de to andre professioner afspejler deres positioner som dem, der agerer og får tingene til at fungere inden for de definerede rammer.

Interviewguide

Interviewguiden angiver emner og rækkefølge i et interview, men kan derudover udformes på utallige måder. Den endelige form vil afhænge af interviewtype, hvor det strukturerede interview vil indeholde mange, specifikke interviewspørgsmål, som skal sikre specifikke svar, mens det ustrukturerede interview vil indeholde få og brede interviewspørgsmål (Kvale 1998:136). Jeg tilrettelagde fokusgrupperne efter den blandede tragtmodel, hvor man indarbejder fordelene ved begge modeller ved at starte åbent og slutte mere struktureret. Disse to interviewteknikker blev suppleret med introduktionen af en konkret øvelse, som interviewdeltagerne skulle løse i fællesskab. Ved at kombinere disse tre interviewteknikker blev det muligt at understøtte min forskningsmæssige ambition om at producere både specifik og generel viden gennem de professionelle forhandlinger om deres arbejdspraksis i forhold til NIP.

I den løst strukturerede del kan deltagernes perspektiver og interaktioner udfoldes, mens den stramme del sikrer de forskningsmæssige interesser (Halkier 2002:45). Jeg tilpassede interviewspørgsmålene til interviewtypen. Når jeg ønskede at starte åbent, benyttede jeg mig af spørgsmål, som understøtter denne strategi, såsom: *"Vil I fortælle mig om dengang [...]"*, *"Kan I sige noget om [...]"* – spørgsmål, som jeg samtidig relaterede til problemstillingen. I denne interviewdel stillede jeg f.eks. spørgsmålet: *"Hvad betyder NIP for jeres hverdag? Fortæl gerne helt konkret, hvordan I arbejder med det."* Disse spørgsmål gav mange forskellige perspektiver på de professionelle rolle i såvel som strategier i forhold til NIP og fungerede dermed som temaer og perspektiver til videre diskussion (Bilag 3, punkt 3).

I den sidste del af interviewet, hvor jeg ville styre mere stramt på emner, benyttede jeg mig af andre typer af interviewspørgsmål, såsom opfølgende og specificerende spørgsmål på de forskellige temaer (Kvale 1998:137). Til denne del havde jeg i interviewguiden oplistet en række spørgsmål. Spørgsmålene skal mere ses som min egen tjekliste, som jeg brugte til at få overblik over de temaer, som var bragt i spil under interviewet. Spørgsmålene skal derfor ses inden for et fleksibelt design, hvor forskellige spørgsmål blev bragt i spil i forskellige interviews – afhængig af de temaer, som fokusgruppen havde bragt i spil, i kombination med interaktionen i fokusgruppen. Dette var balanceret med min interesse for gruppens forhandlinger og interaktioner, da for mange opfølgende spørgsmål kan forstyrre gruppens interaktioner (Bilag 3, punkt 5).

Med introduktionen af øvelsen blev det muligt at fremme interaktionerne i gruppen. I introduktionen af øvelsen lagde jeg op til, at deltagerne skulle blive enige om løsningen af opgaven for på den måde at fremme de sociale forhandlinger (Halkier 2002:49) og sætte fokus på spændingsfelter, som producerer viden om positioner og afgrænsninger af professionsdiskurser. I øvelsen præsenterede jeg fem påstande om NIP, hvor hver påstand var skrevet på en lamineret seddel. Interviewdeltagerne skulle diskutere og placere påstandene i prioriteret rækkefølge. Jeg havde udarbejdet de fem påstande på baggrund af min viden om NIP og kvalitetssikring som et styringsredskab med forskellige aspekter og mål. Med øvelsen ønskede jeg altså at sætte fokus på de sundhedsprofessionelles meningstilskrivelser og positioneringer i forhold til NIP. Øvelsen rummede også muligheder for at tilføje påstande, når jeg havde en sjette seddel, hvor de selv kunne skrive en påstand til øvelsen (Bilag 3, punkt 4).

Optagelse og transskribering

Jeg valgte at optage fokusgruppeinterviews på lydfiler. Det betød, at jeg i forbindelse med planlægningen og afviklingen af interviews var opmærksom på de særlige udfordringer forbundet med kvaliteten af lydfilerne (Kvale 1998:163). Lydfilerne blev transskriberet, hvor al tale nedskrives ordret, suppleret med markering af kortere og længere pauser, steder, hvor deltagerne afbryder hinanden, steder, hvor en eller flere deltagere griner, og steder, hvor der er andre afbrydelser i interviewet, f.eks. deltagere der kommer og går, telefoner, der ringer, og papir, der rasler. På den måde søgte jeg at sikre, at de transskriberede udskrifter ikke kun formidler tale, men ligeledes afspejler stemninger og aktiviteter som en del af interviewsituationen, som også giver vigtig indholdsmæssig viden om interaktionen i interviewet som en præmis for fokusgrupper som empirigenererende metode.

Efter disse metodiske overvejelser om valg, planlægning og gennemførelse af interviews som empirigenererende metode vil jeg nu redegøre for mine overvejelser om dokumenter som empirigenererende metode.

Dokumenter som empirigenererende metode

Dokumenter er den tredje type af empirisk materiale, som mit forskningsprojekt er baseret på. I forbindelse med mit feltarbejde samlede jeg en række

dokumenter. Jeg var interesseret i forskellige typer af dokumenter, som overordnet kan opdeles i klinisk- administrative dokumenter og dokumenter om organisering af NIP.

Min tilgang til og forståelse af tekster er inspireret af Foucault. Det betyder, at jeg mener at tekster produceres indenfor diskurser og relaterer sig til andre tekster, bøger og sætninger. Dyrberg et al uddyber: "*Tekster er nemlig indlejret i et intertekstuel netværk, hvor de hele tiden gensidigt trækker på og refererer til hinanden*" (Dyrberg et al. 2000:325). Jeg ser altså den enkelte tekst som en diskursiv snitflade af en større diskurs, hvor tekstens forfatter ikke har den fulde kontrol over teksten, idet teksten er indlejret i det diskursive netværk.

Klinisk – administrative dokumenter: Jeg var interesseret i dokumenter, som både kunne relateres til NIP, og som var med til at strukturere de sundhedsprofessionelles arbejde omkring NIP. F.eks. skemaer til registrering af udførte NIP-indikatorer samt vejledninger, som vedrører NIP-indikatorer og journalark til dokumentation omkring NIP. Desuden var jeg interesseret i dokumenter om kvalitetssikring i et bredere perspektiv, eksempelvis dokumenter omkring patientsikkerhed og medinddragelse af patienterne. Disse dokumenter var interessante i et komparativt perspektiv, fordi de kunne give mig en ide om, hvorvidt det følger en helt egen administrativ logik, eller det er en integreret del af registrerings- og dokumentationsmaterialet i afdelingerne. Jeg var også interesseret i afdelingens kliniske retningslinjer. Her udvalgte jeg retningslinjer omhandlede kvalitet og/ eller retningslinjer, som havde emner relateret til NIP-indikatorer. Mange af dokumenterne lå på hylder på afdelingens kontorer, hvorfra jeg kunne orientere mig og indsamle de relevante dokumenter. De kliniske retningslinjer er samlet i en database på hospitalets intranet. Jeg fik adgang til databasen gennem den kliniske oversygeplejerske, og kunne selv orientere mig og udvælge dokumenter. De klinisk- og administrative dokumenter har primært haft status som baggrund i analyserne i forhold til at forstå NIP i en sammenhæng med den kliniske og administrative praksis i øvrigt.

Dokumenter om organisering: Dokumenter om afdelingernes lokale organisering har jeg primært indsamlet på hospital 1. Her havde de en mappe med diagrammer og skemaer omkring organiseringen. I mappen var også referater fra møder i den lokale auditgruppe; både møder med deltagelse af sygeplejer-

sker, møder med deltagelse af alle professionsgrupper og møder med deltagelse af hospitalsdirektionen. På hospital 2 havde de ikke noget skriftligt materiale som specifikt omhandlede NIP. Drøftelser omkring NIP foregik på møder med deltagelse af afdelingsledelsen, hvor NIP nogle gange var et punkt på dagsorden - ét blandt alle mulige andre ledelsesmæssigt interessante punkter. Disse dokumenter om organisering af NIP har været med til at danne baggrund i analyserne.

Jeg har også inddraget *nationale dokumenter om NIP* i form af politiske og administrative dokumenter om NIP, kvalitet og Den Danske Kvalitetsmodel. Dokumenter som er offentlige, og som består af overordnede politiske dokumenter, som beskriver politiske målsætninger og processer omkring kvalitetsudvikling og mere specifikke dokumenter, som beskriver målsætninger og processer omkring NIP og Den Danske Kvalitetsmodel. Jeg udvalgte dokumenter, som er offentligt tilgængelige, dokumenter, som omhandler det danske hospitalsvæsen generelt, og dokumenter, som omhandler den valgte region. Dokumenterne har haft forskellig status i mine analyser – nogle i forgrunden, mens andre har fungeret som baggrundsmateriale til at forstå den politiske og administrative kontekst, som har betydning for feltet.

Materiale fra møder i auditgruppen består både af feltnotater fra auditmøder, som jeg har deltaget i som en del af mit feltarbejde, og af dokumenter i form af dagsorden og bilag til møder såvel som referater fra møder, som jeg ikke har deltaget i. I analyserne er feltnotater om møder i forgrunden og materiale fra de andre møder i baggrunden.

Medlemsblade fra Dansk Selskab for apopleksi og nyhedsbreve fra NIP-sekretariatet er primært anvendt til at belyse rationaliteterne i NIP. For begge typer af dokumenter har det været muligt at basere analysen på den samlede periode, idet første medlemsblad udkom i 2003, mens NIP-nyhedsbrevet udkom første gang i 2001. De to typer af dokumenter har været i forgrunden i en analyse af rationaliteterne i NIP

Forskningsprojektets empiriske materiale

Som afslutning på dette kapitel, følger nu et skematisk overblik over forskningsprojektets empiriske datamateriale. Materialet, som er produceret gennem en læreproces, er blevet til i interaktion mellem feltet og jeg. Det er forskelligartet og kan dermed bidrage med forskellige perspektiver på mit forsk-

ningsspørgsmål. Materialet består af feltnotater, interviewtransskriptioner samt skriftligt materiale fra afdelingerne, fra regionen, fra NIP-sekretariatet og fra statslige ministerier.

Type materiale	Hospital 1	Hospital 2
Feltnotater	Fra 16 dages observationer	Fra 13 dages observationer
Transskriberede interviews	4 Fokusgrupper	5 Fokusgrupper
Klinisk-administrative dokumenter	20	20
Dokumenter om organisering af kvalitetsarbejdet	15 dokumenter	–
Materiale fra møde i lokal auditgruppe	25 dokumenter	–
Materiale fra møder i regional auditgruppe	4	
Nationale dokumenter om NIP	30	
Medlemsblad fra Danske Selskab for apopleksi. 2003-2010	16	
Nyhedsbreve fra NIP-sekretariatet 2001-2010	20	

Tabel 1. Projektets samlede empiriske materiale

Kapitel 6

Analysestrategier

Dette kapitel handler om mine analysestrategiske overvejelser – først med refleksioner over den endelige analysestrategiske fremgangsmåde, som afspejling af en proces med forskellige veje ind i og ud af empirien. Der er flere grunde til, at jeg vælger at beskrive processen. For det første har processen haft betydning for de endelige analytiske snit, og for det andet illustrerer den forskellige mulige veje ind i det empiriske materiale. Men mest af alt er det for at sætte fokus på, at selv analyseprocesser, som umiddelbart ikke ser ud til at føre nogen vegne, også bidrager med erkendelser, som ”skubber” processen videre. Refleksionerne over processen efterfølges af en præsentation af mine analysestrategiske greb. Jeg tager altså fat, hvor jeg slap i kapitel 4, og fortsætter med at definere, afgrænse og beskrive de begreber og analyseveje, som har været styrende i analysekapitlerne 7, 8, 9 og 10. Analysestrategierne illustreres i et overbliksskema, hvorefter jeg introducerer til de fire analysekapitler, som følger.

Analyseprocessens veje

Mit arbejde med analysestrategien har haft mange dimensioner og fulgt mange processer, dels fordi analyseprocessen ikke har været lineær, men er blevet udviklet i et komplekst samspil og ad stier og afkroge ind i, ud af og på tværs af forskningsprojektets forskellige elementer, og dels fordi forskellige perspektiver blev bragt i spil, behandlet som perspektiver hver for sig, men også indtænkt i den samlede helhed. Forsknings spørgsmål er genereret af den overordnede problemstilling, og arbejdsspørgsmål genereret af det teoretiske afsæt, forskellige typer af empiriske data, analysekapitler samt teoretiske perspektiver. Alle disse perspektiver er relateret til projektets poststrukturalistiske tradition.

Jeg gik altså ikke til analysen som en lineær proces. Dog havde processen ét lineært element, nemlig at analyseprocessen har været gennemgående fra projektets start til slut. I projektets indledende faser forholdt jeg mig analytisk til mit forskningsfelt, forsknings spørgsmål og mit forskningsdesign, mens jeg

senere i processen primært havde blik for det empiriske analyseniveau – altså processerne fra empirisk materiale til pointer og konklusion. Det er dette sidste analyseniveau, jeg nu vil beskrive, fordi analyseprocesserne har været udfordrende og været genstand for løbende refleksion.

Dorte Marie Søndergård skriver, at man gennemarbejder sit materiale med analytiske vinklinger, og videre at "[...] det gør man ved at gennemse og gennemlæse materialet gang på gang – for langsomt og gradvist fra empirien at fremarbejde analytiske pointer, der til sidst kan sammentænkes på tværs af alle de perspektiver, man har anvendt, hæves til overordnede pointer og abstraheres og profileres i mere omfattende sæt af pointesystemer" (Søndergaard 2005:253). Analyseprocesser kræver altså tålmodig vedholdenhed (at arbejde sig ned i det empiriske materiale) og et køligt overblik (at tro på og langsomt arbejde sig igennem til de overordnede pointer). Dette er processer, som jeg har arbejdet mig igennem ad forskellige veje – veje, som har haft betydning for forskningsprojektets empiriske delpointer og projektets endelige konklusioner. Nu følger en rundvisning til nogle af analysens vigtige udsigts- og indsigtspunkter.

Fra nysgerrigt gensyn til fokuseret analytisk blik

Jeg indledte analyseprocessen med det, jeg har valgt at kalde "*et nysgerrigt gensyn*" med mit feltarbejde. Det gjorde jeg ved at læse alle feltnotater og lytte alle interviews igennem. Jeg startede med at lytte interviewene igennem, hvilket skærpede mine erindringer og sanser omkring mine oplevelser på de to hospitaler – derfor en slags gensyn. Denne første analyserunde var præget af det umiddelbare, og af at der var mange muligheder og veje at gå. En strategi, som med den åbne tilgang stod i kontrast til de følgende læsninger.

Næste analysestep var *kategorisering med Nvivo*. Her gennemlæste jeg hele interviewmaterialet med et orienterende og tematisk kategoriserende formål. Hertil anvendte jeg Nvivo, som er et program til elektronisk håndtering af kvalitative data. Jeg brugte primært Nvivo til systematisk kodning af mit empiriske materiale og som en database, hvor jeg har haft samling på alle mine empiriske dokumenter. Med kodningen ønskede jeg at skaffe det, som Søndergaard beskriver som "et overblik ved hjælp af empirinære kategorier og emne-inddelinger" (Søndergaard 2005:253). Mine kategorier var primært drevet af empirien, men selvfølgelig også informeret af mine teoretiske inte-

resser og mine forskningsspørgsmål. Det betyder, at nogle kategorier var primært teoretisk inspireret, som eksempelvis kategorien *ansvarliggørelse*, mens andre kategorier var empirisk drevet, som eksempelvis *kampen om patienterne*. Jeg havde også kategorien *metodeovervejelser*, som var empiriske eksempler på min interaktion og position i feltet. Gennem kodningsarbejdet fremkom 35 overordnede kategorier – nogle med underkategorier (Bilag 4).

Med kodningen fik jeg overblik over væsentlige kategorier såvel som kategoriernes tyngde, hvilket gav mig et afsæt i forhold til næste analyseproces, nemlig at lave en analyse af en af de tyngdemæssigt og forskningsmæssigt centrale kategorier. Jeg valgte at lave en prøveanalyse af kategorien *ansvarliggørelse*.

Herefter fulgte en analysevej med *empiri som forgrund (og teori i baggrunden)*. Jeg gik i kast med prøveanalysen af kategorien *ansvarliggørelse*. Jeg havde en overordnet løs og lidt diffust afgrænset teoretisk tilgang, der var inspireret af governmentality, og som betød, at jeg fokuserede på, hvordan NIP kunne ses eller ikke kunne ses som et styringsredskab, der medførte selvansvarliggørelse af de sundhedsprofessionelle og dermed en styringsform, der benytter sig af styring til selvstyring. Analysen var stærkt empirisk orienteret og havde samtidig en teoretisk forankring, som manglede en skærpelse i forhold til operationalisering.

Analysen gav mig en fornemmelse af, hvad materialet kunne og ikke kunne, men samtidig også, at jeg manglede redskaber til at give analysen retning.

Jeg skiftede perspektiv med analysevejen *NIP som forgrund (og operationalisering af teori i fokus i processen)*. Det betød, at jeg gik i gang med et oversættelsesarbejde fra NIP-processer til analytiske greb. De fire styringsprocesser i NIP var *prioritering* af sundhedsydelse, *standardisering* af sundhedsydelse, *monitorering* af kliniske indikatorer og *sammenligning* af performance mellem landets afdelinger og hospitaler. Her fulgte et større arbejde med at få overblik over sammenhængen mellem de fire styringsprocesser i NIP, de mulige teoretiske begreber og de empiriske kategorier. Denne tilgang gav et større overblik og mere afgrænsede analytiske greb. Jeg gik i gang med styringsprocessen *monitorering af de kliniske indikatorer* og kunne af det empiriske materiale se, at processen *monitorering* bestod af fem delprocesser – altså fem delprocesser i bare den ene af de fire styringsprocesser i NIP. Her gik det op for mig, at jeg var i gang med at konstruere en analyse, som var præget af en enorm uoverskuelighed og kompleksitet. Jeg havde skabt et ”ana-

lytisk fængsel”, hvor kreativiteten blev fikseret i og elimineret af NIP-styringens processer af processer.

Jeg præsenterede min problematik og blev udfordret på min struktur med de fire styringsprocesser – måske var det svært, fordi analysestrukturen lå for tæt på mit forskningsobjekt? Måske reproducerede jeg NIP’s logikker – logikker, som jeg ønskede at gå på tværs af og belyse i kreative og skæve analyser? Jeg ønskede at belyse styringsprocesser i NIP, men måske blev jeg gennem min konstruktion af analysen selv underlagt NIP-styringen – den, jeg ville forholde mig kritisk til?

Det førte mig ad en ny vej ind i materialet, som kan kaldes *empiriske pointer i forgrund (og teori som medkonstruerende)*. Denne vej gik via de empiriske pointer. Pointerne fik arbejdstitlerne *bekendelse*, *gabestokken* og *NIP-slaverne*, og de belyste forskellige aspekter af NIP-styringen. *Bekendelse* var inspireret af Foucaults pointe om bekendelsen som en moderne styringsform, *gabestokken* også inspireret af Foucaults analyser og af en oplevelse fra min første dag på feltarbejde, mens *NIP-slaverne* er et begreb, som lægerne introducerede mig for i en fokusgruppe. Ad disse forskellige analyseveje skabte jeg et analytisk blik, som var i overensstemmelse med min ambition om kreative analyseprocesser, som kunne give skæve vinkler og nye typer indsigter omkring kvalitetsstyring i hospitalsvæsenet.

De analysestrategiske greb og veje igennem de fire empiriske kapitler

Efter disse refleksioner over de måder, jeg i de tidlige faser af mit projekt forsøgte at finde vej i analyserne, vil jeg nu redegøre for analysestrategien, som den endte med at se ud, og dermed også strategien, som har været medkonstruerende – særligt i forskningsprojektets analysefase fra empiriske data til svar på forskningsspørgsmål og dermed til konklusioner. Også processen mod afklaring af den endelige strategi har været præget af interaktionen med empirien, i tråd med Søndergaard, som påpeger, at poststrukturalistiske analyser bliver til i et samspil med empirien, hvor der ikke er ”[...] nogen bageopskrift på kreative analyser inden for denne genre.” Det kreative analysearbejde opstår, når man har integreret tankegangen og det overordnede perspektiv og derpå selv finder sig måder at udnytte den kapacitet til at nuancere, vitalisere,

overskride, dekonstruere, etc., som perspektivet rummer (Søndergaard 2000:65).

Nu følger analysestrategien, som den endeligt kom til at se ud. Her vil jeg redegøre for min forståelse af og analytiske brug af begreberne diskurser, subjekter, subjektpositioner, og professionsidentiteter.

Diskurser

Begrebet diskurs er på ingen måde entydigt, men defineres forskelligt inden for forskellige traditioner. Bacchi påpeger, at begreberne diskurs, diskurser og det diskursive bruges i mange forskellige sammenhænge med forskellige betydninger, hvorved det har en tendens til at blive flertydigt og skaber ambivalens (Bacchi 2005:198). Ifølge Bacchi udkrystalliserer sig to overordnede tilgange i det diskursanalytiske felt, henholdsvis *diskursanalyse* og *analyse af diskurser*. I den første tradition er diskursen tæt relateret til sproget, og i analysen identificeres, hvordan individuelle subjekter forhandler deres praksis gennem udbredte, men modstridende diskursive strukturer og meninger. *Analysen af diskurser* har derimod som mål, inden for en tekst, at identificere de diskurser, som producerer specifikke forståelser af emner og handlinger (Bacchi 2005:199).

Tidsdimensionen er en relevant faktor at fremhæve i sondringen mellem de to tilgange. Her kan analysen af diskurser relateres til diskursers robusthed og forandring over tid, mens diskursanalysen fokuserer på forhandlinger af forskellige og modsatrettede diskurser i en konkret praksis. Traditionernes forskelligartede afsæt leder til et forskelligartet blik på subjekternes agens/handlemuligheder som enten brugere af diskurserne eller konstituerede af diskurserne. Foucaults analyser placeres oftest inden for den anden position, hvor subjekterne er den primære effekt af magten, mere end undertrykt af den (Bacchi 2005:200). At være eksplicit afklaret og stringent i forhold til afsæt for brug af diskursbegrebet er vigtigt. Som Bacchi skriver: “[...] *slippage in the use of the term 'discourse' produces confusion. It becomes difficult to understand just what the word is supposed to mean. Most importantly it becomes unclear to what extent political subjects shape discourse(s) or are delimited by their location within discourse(s)*” (Bacchi 2005:203).

Diskursanalyse og analyse af diskurser – en sontring

Afkræver denne sontring mellem *diskursanalyse* og *analyse af diskurser* nødvendigvis et valg om enten-eller, eller kan diskursanalyser baseres på både-og? Umiddelbart vil et valg af både-og medføre inkonsistens i tilgangen til agency, idet udstrækningen af subjekters agency bliver uklar, når den ene tilgang tillægger subjekterne magt til at handle, mens den anden tilgang ser diskurserne som konstituerende for subjekternes handlinger. Jeg mener, at denne problemstilling er central og egner sig godt i en sontring mellem forskellige tilgange. I min optik kan sontringen relateres til det niveau, som analysen foretages på. *Analyse af diskurser* er en velegnet strategi på makroniveau, som kan sætte fokus på afgrænsningen af kvalitetsdiskursen gennem en analyse af politiske og administrative dokumenter. Her er argumentationen ofte mere eksplicit, fordi dokumenterne er gennearbejdet og udviklet i en kontinuerlig tidsmæssig proces, hvorved det er sikret, at budskaberne går klart igennem og afspejler den ønskede politiske dagsorden.

At fokusere på analyse af diskurser giver altså blik for de regelmæssigheder, logikker og rationaliteter, som produceres i diskurserne. Jeg lader mig inspirere af denne analytiske tilgang, når jeg identificerer de dominerende rationaliteter i NIP. I kapitel 4 beskrev jeg, med afsæt i Jöhncke et al. (2004), rationaliteterne som løsningsmodellernes implicite antagelser. Relateret til analysen af diskurser kan rationaliteterne ses som diskursers dominerende logikker. Hermed sætter jeg med analysen fokus på kvalitetsdiskursens dominerende rationaliteter gennem en analyse af politiske, administrative og faglige dokumenter om NIP. Denne analysedel er altså ikke fokuseret på en afgrænsning af kvalitetsdiskursen, men af de dominerende rationaliteter i NIP.

Derfor anvender jeg *analysen af diskurser*, når jeg i kapitel 7 identificerer fem dominerende rationaliteter i NIP. Tilgangen kan betegnes som traditionel inden for den diskursanalytiske tradition – knyttet til en bestemmelse af diskurs som ”alvorlige talehandlinger” (Dyrberg et al. 2000:140).

At de har karakter af alvorlige talehandlinger, forstår jeg, som at rationaliteterne har betydning for det, de sundhedsprofessionelle kan sige og gøre, samt for organiseringen af sundhedsydelserne, fordi rationaliteterne producerer nogle sandheder, som er selvfølgelige i feltet og svære at afvise. Eksempelvis er evidensbaseret praksis en sandhed i NIP, som dominerer de sundhedspro-

fessionelles tilgang til deres praksis. Men samtidig ser jeg ikke disse overordnede diskurser som determinerende, men derimod karakteriseret ved, at de *også* bliver forhandlet lokalt i de sundhedsprofessionelles interaktioner i deres arbejdspraksis.

På den måde kommer *analysen af diskurser* i kapitel 7 til at fungere som en kontekstualisering eller ramme for de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Analysen af diskurser kan give noget af svaret omkring professionsidentiteter, fordi der i NIP-dokumenterne udpeges subjektpositioner – eksempelvis at sundhedsprofessionelle skal basere deres praksis på evidens. Til gengæld giver analysen af diskurser ingen svar på, hvordan de sociale teknologier, som NIP-styringen virker igennem, omsættes i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. For at komme nærmere de subjektpositioner og identiteter, som formes med NIP, vil jeg i min analyse lade mig inspirere af den anden analysetilgang, *diskursanalysen*. Her vil jeg analysere empiriske dokumenter, som er produceret i forskningsprocessen, nemlig fokusgruppintervjuer og observationer, med fokus på at identificere, hvordan de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis forhandles gennem udbredte, men modsatrettede diskursive strukturer og meninger, og hvordan der i disse forhandlinger tilbydes, udvikles og skabes subjektpositioner, som er med til at forme professionsidentiteter. Der er ikke tale om forhandlinger, der skal forstås som subjekternes frie muligheder, men forhandlinger, som er betinget af den kontekst/det diskursive felt, som de sundhedsprofessionelle agerer inden for. Diskursanalysen er en gennemgående strategi i kapitlerne 8, 9 og 10, og jeg vil senere i dette kapitel præsentere de centrale analytiske begreber i min anvendelse af diskursanalysen.

Med dette dobbeltblik eller både-og-blik på diskursanalysen og analysen af diskurser ønsker jeg at overskride dualiteten mellem de to overordnede tilgange til diskurser, i god tråd med Bacchis svar på et af diskursanalysens udfordringer: *"We need attention both to the ways in which we are all in discourses, understood as institutionally supported and culturally influenced interpretive and conceptual schemas and signs, and to the active deployment of language, including concepts and categories, for political purposes"* (Bacchi 2005:207).

Gennem dobbeltblikket udvides diskursbegrebet fra de alvorlige talehandlinger til det generelle felt af mening. Det betyder ifølge Hansen, Dyrberg og

Thorning også, at mit empiriske valg ikke er begrænset til analyse af dokumenter, som ikke er produceret i forskningsprocessen. Med mit analysefokus på det generelle felt af mening i *diskursanalysen* kan jeg supplere med empirisk materiale, som er produceret i forskningsprocessen; altså et argument for det rimelige i at inddrage materiale fra både observationer og interviews i undersøgelsen – materiale, som kan give andre typer af svar, og som kan belyse andre dele af det studerede felt (Dyrberg et al. 2000:140).

Relateret til Foucaults diskursbegreb

Men hvordan kan dette dobbelte analytiske blik ses i relation til Foucaults diskursbegreb? Hans begreb er, ligesom så mange andre af hans begreber, omkranset af flertydighed, kompleksitet og transformation over tid (Raffnsøe et al. 2009:37). Dertil kan føjes, at Foucault i sine analyser har fokuseret på diskursers udvikling over tid og på at afdække reglerne for, hvilke udsagn der accepteres som meningsfulde og ”sande” i bestemte historiske epoker – i sit tidlige forfatterskab gennem de arkæologiske analyser og senere i genealogien (Jørgensen og Philips 1999:21). Jeg har i mine analyser et andet fokus, idet jeg ikke har et diakront fokus på diskursers udvikling over tid, men derimod et synkront blik (Dyrberg et al. 2000:323) på diskursers betydning for det, der kan siges og gøres i de sundhedsprofessionelles hverdagspraksis, og hvordan der inden for disse diskursive betingelser skabes subjektpositioner og formes professionsidentiteter. Jeg afgrænser mig altså fra det historiske perspektiv, fordi mit forskningsmæssige fokus er på et ”her og nu”-nedslag på de diskursive systemer. Det betyder ikke, at jeg ikke mener, at diskurserne er historisk betingede, men derimod at det ikke er den historiske dimension, som er omdrejningspunktet for mine analyser.

Foucault definerer en diskurs på følgende måde: “*We shall call discourse a group of statements in so far as they belong to the same discursive formation; it does not form a rhetorical or formal unity, endlessly repeatable, whose appearance or use in history might be indicated (and if necessary, explained); it is made up of a limited number of statements for which a group of conditions of existence can be defined*” (Foucault 1972:117). Diskursen træder altså frem gennem ytringer, som udgår fra samme formation, hvilket vil sige, at det er ytringer, der følger diskursens regler og logikker. Ikke alt kan siges og gøres inden for diskursen, hvorved diskursen er med til at sætte rammerne for det ”sande”, det ”rigtige” og det ”naturlige”. Diskursen sætter rammerne for de

ytringer, som kan siges inden for diskursen og sætter dermed også mulighedsbetingelser for det, som kan siges. Diskurs er hos Foucault tæt forbundet med viden og magt. Christensen skriver: *"Ifølge Foucault etableres diskursens rammer af magt-videns komplekser"* (Christensen 2008:15). Det sker, når diskursens grænser skabes med de vidensformer, som diskursen benytter sig af, og når disse vidensformer samtidig har betydning for de subjekter og objekter, som formes inden for diskursen.

I mit diskursanalytiske afsæt er jeg inspireret af Foucault, når jeg ser diskurserne som noget forholdsvis regelbundet, der sætter grænserne for det, der giver mening at sige og gøre, og når jeg er interesseret i den tætte sammenhæng mellem magt, viden og diskurs. Foucault har i sine analyser tendens til at ville vise, hvordan *en* diskurs er den dominerende i en given historisk periode (Jørgensen og Philips 1999:22). Her er jeg til dels inspireret af Foucault, fordi jeg argumenterer for, at kvalitetssikring er en dominerende styringsform i sygehusvæsenet og derfor også er en dominerende diskurs i sygehusvæsenet. Jeg har dog ikke et eksplicit analytisk blik på kvalitetsdiskursen, men på de rationaliteter, som følger med NIP og på deres virkemåder i de sundhedsprofessionelles praksis.

Nogle diskursteoretiske perspektiver sonderer imellem det diskursive og det ikke-diskursive. Foucault er en af dem, der især i sit tidlige forfatterskab i sine analyser tog afsæt i denne sondring. Laclau og Mouffe ser derimod alt som diskursivt – som Thorfing skriver: *"As Laclau and Mouffe (1985:107) note, the more we analyse the so-called non-discursive complexes – political interventions, technologies, productive organizations, etc. – the clearer it becomes that these are relational systems of differential identities, which are not shaped by some objective necessity (God, Nature or Reason) and which can only therefore be conceived as discursive articulations"* (Thorfing 1999:90). Her præsenteres altså en forståelse, hvor vi kun har adgang til verden gennem det diskursive. Jeg tager i mine analyser afsæt i forståelsen af, at alt er diskursivt medieret. Jeg ser altså både tale og handlinger som diskursivt formet, sådan at handlinger, italesættelser og materialitet er diskursivt formet.

Subjekter

Min forståelse af subjekter tager afsæt i Foucaults forståelsesramme, men supplerer med andres bidrag til og arbejder med at oversætte fra de abstrakte

poststrukturalistiske teorier til konkrete empiriske analyser. Jeg har ladet mig inspirere, men har samtidig et lidt andet fokus end Søndergaard. Som jeg læser Søndergaard, er hendes fokus på subjektivering og subjektiveringsprocesser, hvorved det analytiske blik rettes mod den enkelte aktør og dennes identitetsdannelse, mere end grupperes mulige positioneringer og identitetsdannelse. Min interesse er ikke primært på den enkelte sundhedsprofessionelle, hvorfor mit analytiske blik er gruppen af sundhedsprofessionelle og de identiteter, der formes inden for såvel som på tværs af de tre professioner. Jeg bruger Davies og Harre som afsæt for min afklaring af begrebet subjektposition, som jeg, sammen med begrebet identitet, i analysen anvender for at skærpe blikket på identitetsprocesser inden for og på tværs af professioner, mere end på den enkelte professionelle.

Indledningsvist vil der fokuseres på Foucault og hans blik på subjekterne. Jeg har valgt et citat, som for mig at se illustrerer, at skabelsen af subjekter er forankret i en praksis, som mennesker indgår i, og er tæt knyttet til viden og magt. Foucault forklarer:

"This form of power applies itself to immediate everyday life which categorizes the individual, marks him by his own individuality, attaches him to his own identity, imposes a law of truth on him which he must recognize and which others have to recognize in him. It is a form of power which makes individuals subjects" (Foucault 1982:781).

Foucault forklarer her, hvordan der med magten skabes kategorier og viden om individerne, hvorigennem individerne anerkender og bliver anerkendt. Subjekter skabes altså i en proces, som forudsætter både viden om individet og individets refleksion over sig selv i forhold til den tilstedeværende viden. Og subjektet skabes både i forhold til dets forholden sig til sig selv og i forhold til andres genkendelse af individet på en bestemt måde, som er diskursivt medieret. Foucault taler ikke her om diskurser, men om viden. I min analyse vælger jeg at lægge mit snit på diskurser og rationaliteter i stedet for vidensformer – ikke fordi vidensformerne ikke er centrale, men for at reducere kompleksiteten i analysen og dermed styrke analysens stringens. Jeg ser samtidig, at viden og diskurser konstituerer hinanden, når viden skabes, formes, ekskluderes og inkluderes forskelligt i forskellige diskurser. Som jeg tidligere har beskrevet, er diskurserne med til at afgrænse, hvad der er acceptabel viden inden for diskursen, og dermed også med til at forme objekter og subjekter på bestemte

og forskellige måder. Samtidig virker denne proces tilbage på diskurserne, som ligeledes påvirkes af subjektivering. Søndergaard forklarer det som subjektbegrebets dobbelte betydning: "[...] der peger på subjektets samtidige underkastelse og kommen til eksistens (genkendelse, identitet, handling og orientering) gennem diskursiv indlejring" (Søndergaard 2003:211). Subjektet er altså på den ene side formende og konstituerende, men er på samme tid et subjekt, som selv er formet og konstitueret.

Subjektpositioner

Når jeg sætter fokus på subjektpositioner, er det for at sætte fokus på, at mennesker hverken er kulturelle "dopes" eller frit handlende. Derimod ser jeg mennesker som aktivt engagerede i deres liv, men samtidig er det, der kan siges, gøres og tænkes, præget af det diskursive felt. Diskurserne har betydning for muligheder og positioner og etablerer subjektpositioner (Staunæs 2003:103). Altså kan begrebet om subjektpositioner give mig blik for det felt af mulige positioner, som er med til at forme de sundhedsprofessionelles faglige identiteter. Subjektpositioner er dermed et analytisk greb, som jeg ser i relation til identiteter, som jeg vender tilbage til i næste afsnit. Først vil jeg præsentere min læsning af subjektpositioner, hvor jeg især har været inspireret af Davies og Harres (2000) artikel om "Positioning".

Deres udgangspunkt var at udvikle et begreb, som kunne sætte fokus på det dynamiske aspekt på interaktioner, som et alternativ til rollebegrebet, som de påpeger repræsenterer statiske, formelle og rituelle aspekter. Positionering er altså et begreb, som er tænkt til at give blik for de dynamiske aspekter af selvets tilblivelse (Davies and Harre 2000:87). Selvet bliver til i processer af social interaktion, formes og omformes i/af den varierende diskursive praksis, som vedkommende er en del af. Davies og Harre forklarer det sådan: "*Accordingly, who one is always an open question with a shifting answer, depending upon the positions made available within one's own and others' discursive practices and within those practices, the stories through which we make sense of our own and others' lives*" (Davies and Harre 2000:89). Hvem man er, er altså tæt relateret til de positioner, som er til rådighed inden for den diskursive praksis, som man selv og andre deltager i. Mennesker eksisterer i samlingspunkter for talrige diskursive praksisser, og det er disse samlingspunkter, som de kalder subjektpositioner (Davies og Harre 2000:90).

Det betyder, at subjekterne både positionerer og positioneres, forstået sådan at subjektet ikke frit kan vælge mellem forskellige positioner. Tværtimod er det en pointe, at subjekternes ”valg” af positioner er påvirket af den kontekst, som de opstår i – tilstedeværende diskurser (f.eks. medicinske diskurser, sundhedsdiskurser, professionsdiskurser mm.), diskurser, som er bragt ind i konteksten (af de andre tilstedeværende), og diskurser fra andre aktuelle arenaer (f.eks. familier, alternativ behandling, andre sygdomsområder mm.) (Søndergård 2003:36). Positionerne kan enten opstå gennem *interaktion*, hvor det, en person siger, positionerer en anden, eller gennem *refleksion*, hvor det, man selv siger, positionerer sig selv. Davies og Harre relaterer positionering til den narrative tradition og det at fortælle historier, hvor subjektpositionerne skabes ved, implicit eller eksplicit, at gøre mennesker (sig selv eller andre) til en del af fortællingen på bestemte måder.

I min analytiske tilgang er jeg inspireret af ideen om, at subjektpositioner skabes gennem diskursiv praksis, og i mine analyser fokuserer jeg på de subjektpositioner, som skabes gennem de sundhedsprofessionelles italesættelser om praksis såvel som de forskellige versioner, som den enkelte subjektposition fremtræder i. Derimod forfølger jeg ikke det narrative perspektiv. Jeg mener, at det narrative perspektiv er velegnet til at få blik for den enkeltes subjektiveringsprocesser, forstået som den måde, hvorpå fortællingen gennem udpegningen af subjektpositioner er med til at definere og forme den enkeltes identitet som afgrænset og sammenhængende. Min interesse er ikke på den enkelte, men på professionen. Når jeg er interesseret i de subjektpositioner, i forskellige versioner, der skabes og tilbydes, er det for mig en måde til at forstå de faglige identiteter, som formes med NIP. Jeg vil nu vende blikket mod de faglige identiteter, og hvordan jeg ser sammenhængen mellem subjektpositioner og identiteter.

Identiteter

Dyrberg siger om relationen mellem identitet og subjektpositioner: *”Identity takes shape in processes of identification which are conditioned by subject positions whilst at the same time pointing beyond them”* (Dyrberg 1997:137). Her påpeges, at identiteter formes i en kompleks, gensidig proces med subjektpositionerne, hvor skabelsen af identiteter er både konstitueret af og konstituerer subjektpositioner. For at reducere kompleksiteten og skabe et muligt analytisk blik vælger jeg at fokusere på subjektpositioner som et mulighedsfelt

for identitetsprocesser. Dermed bliver subjektpositioner et underbegreb til identitet. I mine analyser ser jeg identitet som summen af de subjektpositioner, som subjektet indtager i de diskurser, som det indgår i – en definition, som er inspireret af Krøjers blik på sammenhængen mellem subjektpositioner og subjektivering (Krøjer 2007:186).

Det er vigtigt at bemærke, at identiteter ikke ”bare” er summen af subjektpositioner, men positioner, som subjektet indtager. Subjektet har altså et mulighedsrum for at gøre/forme identiteter gennem valg af subjektpositioner – uden det dog er at vælge ”frit”, og uden at identiteterne har form af noget sammenhængende, essentielt og vedvarende, som er en del af subjektet. Jeg er i min forståelse af identiteternes form inspireret af Hall, som understreger identiteternes ufuldstændighed og forankring i det diskursive felt (Hall 1996:4). Identiteter er aldrig helstøbt afgrænsede, men fragmenterede og brudte, De er ikke entydigt, men flertydigt konstrueret omkring forskellige og ofte modsatrettede diskurser, praksisser og positioner.

Hall ser identiteter som mødestedet mellem subjekt og det diskursive: *”Identities are thus points of temporary attachment to the subject positions which discursive practices construct for us”* (Hall 1996:6). I citatet fremhæver Hall to forhold, som er centrale for det analytiske snit, jeg lægger på identiteter: for det første, at identiteter kan ses som informeret af og relateret til subjektpositioner (i tråd med Dyrberg og Krøjer), og for det andet, at identiteter formes i processer og skal ses som midlertidige fikseringer. Hertil vil jeg tilføje et tredje karakteristikon, nemlig at identitet hverken er en passiv, deterministisk proces eller en aktiv, ”fri” proces. Identitet skabes gennem italesættelser og handlinger, men i en skabende proces, som samtidig er begrænset af de subjektpositioner, som er udpeget diskursivt. I min optik er identitet derfor et analytisk greb, som kan give blik for de måder som styringen fungerer på, forstået som de identiteter, som formes gennem de sundhedsprofessionelles tilbøjelighed til at italesætte deres faglighed i forhold til de subjektpositioner, som skabes og stilles til rådighed med styringen. Med begrebet identitet ønsker jeg altså at sætte fokus på de identiteter, som ”virkelig” formes, ud af de mange mulige, som subjektpositionerne udpeger.

Med disse to analytiske niveauer bliver jeg i stand til (1) at sætte fokus på, hvilke subjektpositioner som skabes med styringen, og (2) at sætte fokus på,

hvordan de sundhedsprofessionelles identiteter formes forskelligt i tæt relation til de subjektpositioner, som de ”vælger”, og hvordan og hvorvidt deres ”valg” er relateret til den enkelte professions egen logik eller til logikker på tværs af professionsgrænser. Med optikken bliver det altså muligt at belyse, både hvorvidt og hvordan NIP er med til at forme de forskellige sundhedsprofessionelles faglige identiteter.

Ambivalens

Søndergaard siger: ”Mennesker tilbydes diskursive konstitueringsvilkår” (Søndergaard 2003:212) og understreger: ”at sådanne konstitueringsvilkår altid er i proces og bevægelse, fulde af modsætninger og paradokser, de udgør lag på lag af kodesystemer, som agerer med og mod og igennem hinanden; som ydermere transformerer hinanden” (Søndergaard 2003:212). Det forstår jeg, som at Søndergaard sætter fokus på subjektets mulighed for at vælge – ikke som at vælge frit, men at der i konstitueringsvilkårene er mange mulige konstitueringer, som selvfølgelig er diskursivt afgrænset, og derfor også er begrænsende for konstitueringsmulighederne. Det betyder i mine analyser, at jeg ser efter de konstitueringsvilkår eller de positioner, som stilles til rådighed for de sundhedsprofessionelle – positioner, som er diskursivt formet. Konstitueringsvilkårene rummer komplekse spændingsforhold, som skabes i det diskursive felt med de mange modsatrettede diskurser. En analytisk opmærksomhed på disse modsætninger og ambivalenser i de sundhedsprofessionelles italesættelser og handlinger kan skabe blik for, at positionerne ikke skabes gennem forudsigelige, stabile, entydige og lineære processer, men skal ses som midlertidige fikseringer blandt mange mulige, som samtidig er diskursivt konstitueret.

Overblik over analysestrategien

Dette kapitel afrundes med en oversigt over afhandlingens analytiske strategier og greb samt en introduktion til de fire analysekapitler. Afsnittet er en opsamling i forhold til den teoretiske orientering og analysestrategier og har til hensigt at skabe overblik over de analytiske snit. Referencerne til de teoretiske perspektiver, som har inspireret frem mod afgrænsning af mit analytiske blik, har jeg allerede redegjort for.

Oversigt over analytiske strategier og greb

Diskursanalyse sætter fokus på den diskursive praksis, som er til rådighed, og hvordan den har betydning for det, der kan siges og gøres såvel som for de positioner og identiteter, som udpeges, forhandles og etableres i italesættelser og forhandlinger af de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Her er mange, ofte modsatrettede diskurser i spil, som skaber en kompleks, *ambivalent* og foranderlig praksis.

Identiteter og subjektpositioner anskues som ufuldstændige og foranderlige i det diskursive felt. Identiteter ses som summen af subjektpositioner, hvorfor analyserne fokuserer på de subjektpositioner, som etableres gennem styringen, og hvordan identiteter og positioner formes i en gensidig proces.

Rationaliteter anskues som løsningsmodellens implicite antagelser. Rationaliteterne i NIP analyseres med inspiration fra *analyse af diskurser*, hvor de kan relateres til diskursens dominerende logikker.

Sociale styringsteknologier betoner styringens sociale dimension, hvor styringen præges af de sociale relationer, som styringen realiseres i. Styringsteknologier har i udgangspunktet en form, men først når rationaliteter, ideer og muligheder indlejres i social interaktion og handling, bliver de vedkommende og tager form.

Overvågning og selvovervågning sætter fokus på, hvordan styringen fungerer igennem kontrol. Overvågningen fungerer som en automatisk og anonym mangesidet magt, hvor mange er involveret i overvågningen. Med NIP-styringen gennem overvågning og selvovervågning etableres subjektpositioner og identiteter.

Bekendelse belyser, hvordan styringen virker gennem selvansvarliggørelse, hvor der i samarbejdet omkring dårlige NIP-resultater etableres relationer med to positioner. Relationerne har karakter af faglige refleksioner, hvor der gennem refleksionerne produceres diskursive effekter, som konstituerer subjektpositioner og identiteter.

Belønning og sanktionering betoner styringen gennem en opdeling af praksis i aktiviteter med både en specifik tidsmæssig og opgavemæssig inddeling.

Med denne inddeling muliggøres styringen gennem uddeling af straf og belønning.

Grænsedannelser mellem de tre professioner etableres og forhandles i den daglige arbejdspraksis med NIP. En analytisk tilgang som ligeledes demonstrerer, hvordan styringen i NIP ”skubber til” de professionsgrænser, som er etableret historisk og kompetencemæssigt, og hvordan styringen medfører forandringer i professionernes mulighedsrum. Dermed er begrebet med til at vise, hvordan styringen konstituerer subjektpositioner og former professionsidentiteter på nye måder, gennem den diskursive afgrænsning mellem professionerne.

Introduktion til de fire analytiske kapitler

I kapitel 7 sættes fokus på de dominerende rationaliteter i NIP med afgrænsning af rationaliteterne *sandhed, synlighed, risiko, sammenligning og kategorisering*. Analysen er inspireret af *analyse af diskurser*, hvor jeg igennem en dokumentanalyse af nationale dokumenter om NIP, medlemsblade fra Dansk Selskab for Apopleksi samt nyhedsbreve fra NIP-sekretariatet udpeger og afgrænser de fem dominerende rationaliteter. Analysen er ikke fokuseret mod rationaliteternes indbyrdes dominansforhold. I stedet har den til hensigt at demonstrere, hvordan forskellige rationaliteter bringes i spil og er virksomme i forskellige diskurser. Analysens anden del demonstrerer, hvordan det i de tre professionsdiskurser er forskellige rationaliteter, som har en central placering i diskursen. Og i forlængelse heraf, at professionstilknytningen har betydning for de sundhedsprofessionelles mulighedsrum og ansvarlighed i forhold til NIP-styringen.

Kapitel 8 belyser, hvordan NIP-styringen virker gennem bekendelse med etablering af særlige relationer, som udpeger to positioner. I analysen kaldes disse relationer for *vedståelsesrelationer*, som opstår i situationer, hvor de sundhedsprofessionelle samarbejder om NIP, når det ikke fungerer. Analysen sætter ligeledes fokus på, hvordan de sundhedsprofessionelle gennem bekendelsen såvel som de strukturer, som bekendelsen skaber i vedståelsesrelationerne, viser deres vilje til at ville NIP. Samtidig demonstrerer analysen, at styringen også har et element af tvang til at skulle NIP. Også forskellige varianter af denne styringens virkning gennem dobbeltheden at *skulle-ville* NIP er et af analysens omdrejningspunkter. Her med fokus på, hvordan der med dette dob-

belte krav i styringen, etableres professionsidentiteter på forskellige måder i de tre professioner. Feltnotater, transskriberede interviews og referater fra møder i den lokale auditgruppe har været i forgrunden i dette analysekapitel.

I kapitel 9 demonstreres, hvordan NIP-styringen foregår gennem straf og belønning. Analysen viser, at det dobbelte system af straf og belønning forudsættes af den hierarkisering og udpegning af det gode og det dårlige, som følger med NIP-resultaterne. Straf og belønning er ikke modsatrettede størrelser, men hinandens gensidige forudsætninger. Med dette for øje belyses først, hvordan styringen fungerer gennem staf, for dernæst at demonstrere, hvordan den også fungerer gennem belønning. Her viser det sig, at der gennem straf og belønning etableres en række subjektpositioner, som er med til at konstituere professionsidentiteter – nogle professionsspecifikke, mens andre etableres på tværs af professionerne. Gennem analysen afgrænses blandt andet subjektpositionerne *indpiskeren* og *den skrøbelige sundhedsprofessionelle*. Analyserne i dette kapitel er primært baseret på transskriberede interviews, feltnotater og referat fra møde i den regionale auditgruppe.

Kapitel 10 viser, hvordan der med styringen gennem overvågning og selvovervågning udpeges subjektpositionerne *indpiskeren* og *NIP-slaven*. Det viser sig, at der er forskellige lag af overvågningen, ligesom den foregår på mangfoldige måder i praksis. Analysen sætter fokus på de sundhedsprofessionelle, som indskrives i styringen og demonstrerer, at de fleste indskrives i styringen, men at der samtidig forhandles om feltets privilegerede positioner. I analysen af styring gennem selvovervågning som teknologi er analysen fokuseret omkring de sundhedsprofessionelles registrering i NIP-skemaet. Disse registreringer er en central teknologi, som selvovervågningen fungerer igennem. Analysen demonstrerer, hvordan der med selvovervågningen etableres en logik, som er modstridende med den professionsfaglige logik. Her viser det sig, at professionsidentiteter har betydning for de sundhedsprofessionelles mulighedsrum, som skabes med den ambivalente praksis. Feltnotater og transskriberede interviews har været i forgrunden i dette analysekapitel.

DEL 3

ANALYSE

Kapitel 7

NIP's rationaliteter og betydning i professionsdiskurserne

Kapitlet sætter fokus på de dominerende rationaliteter i NIP, og hvordan de forhandles i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Hermed demonstreres, at forskellige rationaliteter er i spil i de tre professionsdiskurser, og at den forskellighed, det medfører, har betydning for de sundhedsprofessionelles forpligtethed såvel som mulighedsrum i arbejdet med NIP. Kapitlet består af to dele, hvor jeg i kapitlets første del afgrænser de fem dominerende rationaliteter i NIP, mens jeg i anden del sætter fokus på rationaliteternes betydning i de tre professionsdiskurser.

Min forståelse af rationaliteter er inspireret af Jöhncke et al. (2004), hvor rationaliteter beskrives som de implicite antagelser, som tages for givet og fremtræder som simpel sund fornuft i løsningsmodeller som eksempelvis NIP. Rationaliteterne har ofte en politisk og kulturspecifik karakter, som er skjult gennem en fremtræden som noget naturligt, nyttigt og nødvendigt (Jöhncke et al. 2004:390). Det betyder, at jeg i analysekapitlets første del fokuserer på de fremtrædende måder for italesættelse af problemer og løsninger i NIP. Analysen er inspireret af *analyse af diskurser*¹⁸, hvor jeg gennem en dokumentanalyse af politiske og administrative dokumenter om NIP, nyhedsbreve fra NIP-sekretariatet samt faglige dokumenter om apopleksi afgrænser fem dominerende rationaliteter i NIP. Det er rationaliteterne *sandhed, synlighed, risiko, sammenligning og kategorisering*. Rationaliteterne præsenteres i tilfældig rækkefølge. Analysen er nemlig ikke fokuseret på de forskellige rationaliteters eventuelle indbyrdes dominans. Til gengæld demonstrerer analysedelen, hvordan nogle rationaliteter understøtter, forstærker og i nogle sammenhænge også forudsætter andre rationaliteter. Det betyder, at rationaliteterne er effektfulde hver for sig, men især når de gensidigt understøtter hinanden.

I kapitlets anden del sætter jeg fokus på forholdet mellem de dominerende virkelighedsbilleder, som italesættes med NIP, og den hospitalspraksis, som

¹⁸ Som jeg beskrev i kapitel 6 om analysestrategi.

de fungerer i. Jöhncke et al. (2004) taler om (mis)forholdet mellem de dominerende beskrivelser og menneskers faktiske liv (Jöhncke et al. 2004:386). Med den dobbelte betydning af forholdet og misforholdet rettes opmærksomheden på, at rationaliteterne ikke altid er i overensstemmelse med den hverdagspraksis, som de skal fungere i. De sundhedsprofessionelles hverdagspraksis er præget af kompleksitet og ambivalens, som har betydning for rationaliteternes fremtræden eller fortielse. Med afsæt i denne interesse for og forståelse af relationen mellem rationaliteter, praksis og professionsdiskurser sætter jeg i analysens anden del fokus på, hvordan forskellige rationaliteter er i spil i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Ved at rette det analytiske blik mod de tre professioners italesættelser såvel som tavsheder om rationaliteterne, sættes fokus på de tre professionsdiskursers afgrænsning og adskillelse. Analysen handler altså ikke om rationaliteternes generelle dominans i feltet, men mere om, at det både er forskellige rationaliteter, som er virksomme, og at de er virksomme på forskellige måder i de tre professionsdiskurser. Analysen demonstrerer, hvordan rationaliteterne har betydning for professionsdiskurserne, og i forlængelse heraf også for de sundhedsprofessionelles potentielle mulighedsrum i forhold til NIP.

Fem dominerende rationaliteter i NIP

Jeg starter analysen med et blik på de overordnede intentioner og hensigter med NIP for at stille skarpt på NIP som løsningsmodel – for hvad er egentlig hensigten med NIP?

NIP's formål angives som:

"[...] at sikre et fælles grundlag og en fælles metode til måling og forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Dette med henblik på dokumentation af kvaliteten og kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets ydelser til gavn for patienterne" (NIP-sekretariatet 2009:5). Med NIP ønskes altså en forbedring og udvikling af kvaliteten i de sundhedsfaglige ydelser – en forbedring, som er rettet mod patienterne og skal komme dem til gavn. Målinger og dokumentation fremhæves som de to metoder, der kan understøtte NIP's intenderede effekt om kvalitetsforbedring og kvalitetsudvikling.

I NIP fremhæves tre overordnede mål for projektet:

1. *Dokumentere og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet ved hjælp af sygdomsspecifikke indikatorer og standarder for de sundhedsfaglige ydelser*
2. *Skabe et kvalificeret grundlag for dialog med henblik på faglig, ledelsesmæssig og politisk prioritering*
3. *Skabe indsigt for borgerne i den sundhedsfaglige kvalitet*

(NIP-sekretariatet 2009:5)

Formålet med NIP er udfoldet i tre overordnede mål, hvor første mål er tæt relateret til formålet om kvalitetsforbedring. De næste to mål handler om at etablere gennemsigtighed i sundhedsydelserne. I det andet mål etableres en kvalificeret dialog om prioritering af sundhedsydelserne, mens det tredje mål handler om borgernes indsigt i kvaliteten.

Disse overordnede formål og mål udfoldes i politiske og administrative NIP-dokumenter såvel som i faglige dokumenter om NIP. I en analyse af disse dokumenter udkrystalliserer sig fem dominerende rationaliteter – rationaliteter, som jeg nu vil sætte fokus på.

Rationaliteten sandhed

Rationaliteten sandhed fremkommer i to varianter, hvor sandhed handler om både evidens og validitet.

Validitet kommer til udtryk, når det fremgår, at målepunkterne i NIP skal defineres på et videnskabeligt og gennemskueligt grundlag, og at indikatorresultaterne skal fortolkes i en videnskabeligt baseret gennemskuelig proces (NIP-sekretariatet 2007a:5). Her understreges kombinationen af gennemskuelighed og videnskabelighed som en vigtig dimension i NIP. Processerne skal være gennemskuelige, for at andre kan vurdere deres rigtighed, hvorfor gennemskuelig kan ses som en dimension af rationaliteten sandhed. Det ses også, at kravet om validitet er rettet både mod de indikatorer, der defineres og anvendes, og mod de resultater, som fremkommer med NIP. I NIP italesættes et krav om anvendelighed, hvor indikatorerne bl.a. skal kunne forstås af det kliniske personale (NIP-sekretariatet 2009:6). Denne understregning af de sundhedsprofessionelles forståelse af indikatorerne kan relateres til validiteten, da de sundhedsprofessionelles handlinger og registreringer omkring NIP udgør grundlaget for NIP-resultaterne. Hvis de sundhedsprofessionelle ikke for-

står indikatorerne, er det ikke systematik, stringens og gennemsigtighed, men tilfældighederne, som råder i NIP. I forhold til resultaterne relateres validiteten til databasekompletheden, hvor hver region skal give en samlet tilbagemelding ”[...] til NIP-sekretariatet om vurdering af datakomplethed i forbindelse med klinisk auditering og offentliggørelse” (NIP-sekretariatet 2007a:12). De regionale auditgrupper skal altså vurdere validiteten af egne data. Validiteten italesættes også nationalt, som en national klinisk audit, der gennemføres med fokus på systematiske fejl, statistiske tilfældigheder og reelle forskelle (NIP-sekretariatet 2007a:15). Her understreges NIP-resultaternes statistiske dimension gennem en sondring mellem forskellige måder at forstå data på, hvor den statistiske analyse af NIP-resultaterne netop er rettet mod arbejdet med validiteten af NIP-resultaterne og dermed mod vurdering af resultaternes gyldighed i relation til rationaliteten sandhed.

Sammenfattende kan siges, at validitet er en dimension af rationaliteten sandhed, hvor validiteten bidrager med metoder, processer og en begrebsliggørelse, som kan understøtte rationalitetens bestræbelser på at fremstå som et projekt, som kan bruges til at fremstille den sande virkelighed om kvaliteten i hospitalsydelse.

Den anden dimension i rationaliteten sandhed er relateret til evidens. Her er det ikke NIP-resultaterne, men NIP-indikatorerne, som er i spil. De enkelte indikatorer er først og fremmest udvalgt under hensyntagen til faglig evidens (NIP-sekretariatet 2006:3). Evidensgrundlaget tilvejebringes gennem systematiske søgninger i internationale databaser, suppleret med informationer fra bl.a. lærebøger og rapporter (NIP-sekretariatet 2006:8). Den indsamlede litteratur gennemgås kritisk og klassificeres efter et evidenshierarki, hvor hver enkelt artikel klassificeres i evidenshierarkiet, i en evidensskala fra A til D (NIP-sekretariatet 2006:8). Med evidensen sættes fokus på sandheden om indikatorernes effekt, sådan at der tilstræbes den bedste mulige grad af bevis for, at den enkelte indikator har positiv effekt på patientforløbet. Her er logikken med evidenshierarkiet, at jo højere grad af evidens, jo bedre. Deraf følger, at jo højere grad af evidens i NIP-indikatorerne, jo bedre, hvilket understøtter sandhed som rationalitet i NIP, fordi der med evidens føres bevis for, at indikatorerne i NIP virker efter hensigten.

Rationaliteten synlighed

I NIP ses mange facetter af rationaliteten synlighed. I det første nyhedsbrev om NIP fremgår det, at et mål med NIP er "[...] at udvikle viden om den sundhedsfaglige kerneydelses kvalitet således, at denne kan indgå i en politisk-ledelsesmæssig prioritering" (NIP-sekretariatet 2001). Altså skal NIP skabe en synlighed, som kan danne grundlag for prioriteringer på det sundhedspolitiske felt. Det fremhæves, at NIP har et bredere formål end kun at være et fagligt kvalitetsudviklingsprojekt. Videre står der: "[...]et dækker såvel opfølgning af politiske mål om gennemsigthed af offentlige ydelser, som fagprofessionelles ønske om ligeværdig dialog med beslutningstagerne i sundhedsvæsenet" (NIP-sekretariatet 2007a:5). Synligheden italesættes her inden for en bredere ramme, som handler om gennemsigthed i de offentlige ydelser. Med denne gennemsigthed bliver det muligt dels at vurdere kvaliteten i sundhedsydelserne og dels at skabe et fælles grundlag for en bredere dialog mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører. Synligheden etableres gennem den webbaserede offentliggørelse af NIP-rapporter på hjemmesiden sundhed.dk.

Den årlige auditrapport, baseret på opgørelse af NIP-data, udgives i to versioner. Den ene version er en sundhedsfaglig rapport, som er målrettet fagpersoner, mens den anden er en borgerversion, som henvender sig til patienter, pårørende og andre borgere (NIP-sekretariatet 2009:7). Disse rapporter kan ses som en dimension af synligheden, hvor der med rapporterne etableres et grundlag for dialog om kvaliteten af sundhedsydelserne, en dialog, som kan foregå på tværs af sundhedsvæsenets forskellige aktører. I NIP-projektet er der stort fokus på formidlingssiden, sådan at NIP-resultaterne fremstår på en forståelig og overskuelig måde (NIP-sekretariatet 2005). Her ses det, at synligheden i NIP også har en formidlingsdimension, som ikke kun er fokuseret på resultaternes validitet, men også deres formidlingsmæssige karakter.

Rationaliteten synlighed er ligeledes i spil i relation til validitet. Her viste jeg i analysen af rationaliteten sandhed, at validiteten er relateret til gennemsigthed. Der betyder, at rationaliteten synlighed bringes i spil, når både udviklingen af indikatorer og vurdering og fortolkning af resultater skal foregå i en videnskabeligt baseret gennemskuelig proces (NIP-sekretariatet 2007c). Rationaliteten synlighed er altså i spil på mange forskellige måder i NIP, hvorved rationaliteten synlighed er dominerende i NIP.

Rationaliteten risiko

I Medlemsbladet Apopleksi forklares, at opmærksomheden omkring behandlingen af patienter med apopleksi er øget, fordi apopleksi er en af de store folkesygdomme i Danmark med den tredje hyppigste dødsårsag og den hyppigste årsag til alvorlig funktionsnedsættelse hos de overlevende (Ingeman og Johnsen 2005:15). Her er rationaliteten risiko i spil som en forklaring på interessen for behandling af apopleksi og dermed også for NIP. I rapporten ”*standarder, indikatorer og prognostiske faktorer*” (NIP-sekretariatet 2006) fremgår det, at rationaliteten risiko er virksom i NIP. I rapporten sættes fokus på evidensen for hver af indikatorerne i NIP. Her fokuseres på den risiko, som er forbundet med, at NIP-indikatorerne ikke opfyldes. Risikoen præsenteres som sammenligninger mellem patienten, som ikke får opfyldt indikatorer, og patienten, som får opfyldt indikatorer. Eksempelvis i indikatoren om indlæggelse på et apopleksiafsnit senest 2. indlæggelsesdøgn kommer rationaliteten risiko til udtryk på følgende måde: ”[...] *for at forhindre ét dødsfald skal 32 patienter (95% CI 18-200) behandles på apopleksiafsnit i stedet for at modtage standardbehandling. For at forhindre at én patient bliver afhængig af hjælp til dagligdags gøremål, skal der behandles 18 patienter (95% CI 11-45), mens 16 patienter (95 % CI 10-43) skal behandles for at undgå en institutionsanbringelse*” (NIP-sekretariatet 2006:9).

Her sættes fokus på en risikovurdering i forhold til den statistiske patient, hvor statistiske beregninger gør det muligt at opgøre den statistiske risiko og gensidighed mellem den enkelte NIP-indikator og forhold som død, institutionsanbringelse og graden af selvhjælp. Rationaliteten risiko er altså tæt forbundet med den risiko, som patienterne udsættes for, når NIP-indikatorer ikke opfyldes. Risikoen er ikke kun i spil som en sondring imellem patienter, som behandles og ikke behandles, men også som en sondring mellem risikoen ved at opfylde indikatoren sammenlignet med risikoen ved ikke at opfylde indikatoren, eksempelvis med standarden omkring behandling med blodfortyndende medicin. Her vurderes den statistiske risiko for blødninger i hjernen pga. behandlingen med den blodfortyndende medicin som 2 af 1000 patienter, hvilket dog modsvares af en større reduktion i risikoen for skader i hjernen pga. iltmangel eller død (NIP-sekretariatet 2006:10). NIP er fokuseret omkring en risikovurdering af den enkelte indikator, men samtidig er der sket et paradigmeskift i gennemførelsen af kvalitetsaktiviteter. Det betyder, at fokus flyttes fra opfyldelsen af de enkelte indikatorer til opfyldelsen af ”den samlede pak-

ke”. Det beskrives, at forskningen entydigt peger ”[...] på betydningen af et samlet sæt af ydelser og genoplivning af et kompromisløst perfektionskrav som det realistiske kvalitetsmål” (NIP-sekretariatet 2007b:9). Indikatoren, som måler antallet af patientforløb, hvor alle indikatorer er opfyldt, kaldes All-or-None-indikatoren og er en indikator, som også forankres i rationaliteten risiko, fordi ”det kompromisløse perfektionskrav” relateres til den patientrisiko, der er forbundet med, at indikatoren All-or-None ikke er opfyldt.

Rationaliteten risiko er altså i spil på forskellige måder, som alle er fokuseret mod forskellige typer af risikovurdering for den statistiske patient.

Rationaliteten sammenligning

Rationaliteten sammenligning er ikke en eksplicit erklæret hensigt i NIP som f.eks. synlighed, sandhed og risiko. Til gengæld bringes rationaliteten sammenligning i spil, når forskellige typer af data analyseres og diskuteres. Sammenligningen kan ses som en måde at tale om NIP-resultaterne på og er dermed med til at skabe gennemsigtighed i sundhedsvæsenet, men i NIP-dokumenterne italesættes sammenligning af hospitaler og afdelinger ikke som hverken formål eller mål med NIP. Til gengæld er rationaliteten sammenligning virksom, når der i NIP-dokumenterne sættes fokus på forskellige typer af forudsætninger, som skal være til stede i NIP – forudsætninger, som kan relateres til muligheden for at sammenligne. Her beskrives datakvalitet og ensartethed i definitionerne af indikatorerne som en forudsætning for, at NIP-resultater kan sammenlignes på tværs af afdelinger over tid (NIP-sekretariatet 2007a:28). Når NIP-håndbogens kapitel 6 handler om national og regional klinisk audit, og kapitel 7 om datakvalitetssikring (NIP-sekretariatet 2007a:15), sættes der fokus på forudsætningerne for rationaliteten sammenligning i form af overvejelser og handlinger, som de NIP-ansvarlige må gøre sig, når NIP-data skal analyseres og omsættes til sammenlignelige NIP-resultater. Sammenligning er altså en rationalitet, som ikke er eksplicit italesat, hvilket dog ikke betyder, at den er mindre produktiv i styringen.

Rationaliteten kategorisering

Ligesom sammenligning er kategorisering en rationalitet, som ikke er eksplicit italesat i NIP-dokumenterne, men alligevel en virksom rationalitet. Kategoriseringen er en forudsætning for den orden og systematik, som søges skabt med NIP. Her kategoriseres patienterne med apopleksi, her kategoriseres patienternes risikofaktorer, her kategoriseres handlinger i indikatorer, her kategoriseres

indikatorer i evidensstyrke, her kategoriseres de sundhedsprofessionelle som særligt ansvarlige, og her kategoriseres afdelinger, hospitaler og regioner. I NIP nævnes kategoriseringen af handlingerne, hvor det har vist sig nødvendigt at ”[...] præcisere kriterierne for indikatoren ”ikke relevant”, idet der synes at være lokal variation i anvendelsen af denne kategori” (NIP-sekretariatet 2006:3). Her ses det, at kategoriseringen er italesat og er relateret til rationalitetens sandhed. Lokale variationer i kategoriseringerne betyder nemlig, at validiteten reduceres. Hvis kategoriseringen ikke foregår på samme måde, er data ikke valide. Rationalitetens sandhed er også relateret til kategoriseringen, hvor der med validiteten sættes fokus på de kategoriseringer, som foretages – om det er de rette elementer, som placeres i de rette kategorier i de kategoriseringer, som foregår i NIP.

Med kategoriseringen bliver det muligt at systematisere både patienter og de sundhedsprofessionelles praksis, og på den måde er rationaliteten en grundlæggende forudsætning for, at NIP kan fungere. Rationaliteten kategorisering er ligeledes en forudsætning for rationaliteternes sammenligning og synlighed. Sammenligning, fordi den ikke baseres på sammenligninger af enkeltelementer, men på sammenligninger af kategoriserede enheder. Det samme gælder for synlighed, hvor synligheden også er relateret til kategorier mere end enkeltelementer.

I første analysedel viste jeg, hvordan der i NIP kan afgrænses fem dominerende rationaliteter. Rationaliteterne sandhed, synlighed og risiko var eksplicit italesat i dokumenterne om NIP, mens sammenligning og kategorisering var mere implicite. Rationaliteterne fremstår naturlige, nyttige og nødvendige, fordi de på forskellige måder leder tilbage til forskelle mellem liv og død, baseret på ekspertviden og på at skabe de bedste betingelser for den alvorligt syge, statistiske patient. Samtidig er rationaliteterne produktive i styringen, hvor de former professionspraksis og professionsidentiteter på bestemte måder. Jeg vender nu blikket mod de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis og viser, hvordan forskellige rationaliteter er i spil i de tre professionsdiskurser og på den måde er med til at afgrænse dem.

Rationaliteternes betydning for afgrænsning af de sundhedsfaglige professionsdiskurser

I denne del af kapitlet sætter jeg fokus på, hvordan rationaliteterne omsættes og er virksomme i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Analysen tager afsæt i de tre professionsdiskurser og fokuserer på, hvordan rationaliteterne er med til at afgrænse professionsdiskurserne på forskellige måder. Ved at fokusere på rationaliteternes forskellige betydning i professionsdiskurserne demonstreres, hvordan rationaliteterne er med til at skabe forskelle og ligheder mellem de tre professioner – forskelle og ligheder, som følger med NIP-styringen, og som har betydning for professionernes mulighedsrum i forhold til NIP. Jeg starter analysen med at sætte fokus på afgrænsningen af den lægefaglige professionsdiskurs, fulgt af samme type analyse af den sygeplejefaglige professionsdiskurs såvel som den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs.

Den lægefaglige professionsdiskurs

Lægernes italesættelser af NIP er især fokuseret omkring rationaliteterne synlighed og sandhed. Her er det karakteristisk, at rationaliteterne enten omdefineres eller søges ekskluderet fra diskursen. Jeg vil nu vise hvordan.

Rationaliteten synlighed i diskursen

Blandt lægerne er der enighed om, at NIP-målingerne ikke har nogen indflydelse på deres praksis. En læge forklarer, hvordan en læge tænker:

Mie: Nej, han vil tænke på behandlingen af patienten, og det er ikke en floskel; det er virkelig sandheden (**Interviewer:** Ja, ja) så jeg behandler ikke patienten anderledes, fordi jeg bliver målt på det. Det er meget individuelt – det er en meget individuel relation, man har i forhold til patienterne (Læger, hospital 1).

Argumentet om den individuelle relation til patienten har en central plads i diskursen. Den individuelle relation er afsæt for alle prioriteringer i forhold til patienterne – med den vurderes, hvem der har mest brug for hjælp først (Læger, hospital 1). Her understreges det, at de lægefaglige prioriteringer baseres på patienternes behov mere end kravet om at skulle udføre arbejdsopgaver omkring NIP og dermed også hensynet til NIP-resultaterne. I den lægefaglige professionsdiskurs tillægges den forudsigelighed og synlighed, som følger med NIP, ikke nogen særlig betydning. Tværtimod er det vigtigt, at lægen har

mulighed for at foretage egne prioriteringer. Det betyder, at rationaliteten synlighed udfordres og placeres perifert i diskursen.

Lægerne udfordrer også synligheden, når de diskuterer, hvad kvalitetssikring er, og her sonderer mellem kvalitetssikring som formaliseret og mere uformel. De ser NIP som formaliseret kvalitetssikring, og en siger: *”Jeg mener bare ikke, man skal undervurdere alt det andet som kvalitetssikring. Man kan ikke sige, at det kun er kvalitetssikring, hvis det bliver registreret med nogle tal”* (Læger, hospital 2). De fremhæver den faglige og kollegiale sparring som kvalitetssikring – hvor kvaliteten sikres ved at fremlægge og diskutere patienterne på konferencer for på den måde at opnå konsensus om kvalitet i behandlingen. Dermed definerer de synlighed på en anden måde; som den synlighed, der er til stede i den kollegiale sparring, som foregår på forskellige måder i løbet af arbejdsdagen. Lægerne nævner morgenkonferencen, men på afdelingerne ses, at den kollegiale sparring foregår i mange sammenhænge. Det ses altså, at rationaliteten synlighed har en perifer placering i diskursen, når den synlighed i forhold til kvalitetsudvikling ikke tillægges særlig værdi. Lægerne fremhæver derimod det kollegiale samarbejde som der, hvor kvalitet forhandles og udvikles – i det lægefaglige kollektiv, som ikke er gennemsigtigt og synligt for aktører uden for lægeprofessionen.

Rationaliteten sandhed i diskursen

Lægerne forklarer, at den faglige og kollegiale sparring suppleres med kliniske retningslinjer for behandlinger, og en siger: *”Der findes jo kliniske retningslinjer for stort set alt, hvad der foregår, ikke? [...] undtagen kaffebrygning”* (Læger, hospital 2). At arbejde efter kliniske retningslinjer bliver altså italesat inden for den lægefaglige professionsdiskurs og ses som et vigtigt redskab i det lægefaglige arbejde. Samtidig kan kommentaren om kaffebrygning som undtagelsen fra reglen om retningslinjer ses som en ironisk distancering til mængden af retningslinjer i hospitalet. På afdelingerne er en generel tendens til, at lægerne fremhæver retningslinjer som et vigtigt arbejdsredskab, som de kan bruge, når de er i tvivl om deres praksis. Men citatet indikerer, at lægerne finder både mængden og detaljeringsgraden af retningslinjer overflødig.

Når NIP definerer standarder og indikatorer for kvalitet i behandlingen af apopleksipatienter, kan NIP ses som et sæt af kliniske retningslinjer. Men

lægerne mener ikke, at NIP kan bruges som en klinisk retningslinje for praksis, som man kan bruge i patientbehandlingen. Lægerne forklarer, at de ikke bliver klogere af at registrere i skemaet, for de ting, som registreres, er noget, de godt ved og alligevel gør (Læger, hospital 1). Her understreges retningslinjernes funktion som et redskab, lægerne kan bruge i forhold til dele af praksis, som de er i tvivl om – altså retningslinjer som et muligt opslagsværk for perifere dele af deres praksis. Indikatorerne adskiller sig på den måde fra retningslinjerne, fordi indikatorerne omfatter de centrale dele i behandlingen af apopleksi. Indikatorerne afspejler altså central neurologisk ekspertviden, som neurologer derfor ikke har brug for retningslinjer til, fordi indikatorerne afspejler speciallægens kernefaglighed. De angiver også en anden grund til, at NIP ikke kan bruges som retningslinje. Det illustreres i en læges svar på spørgsmålet om NIP's egnethed som retningslinje for den kliniske praksis:

Ole: Nej, det er helt håbløst. Det er, fordi guidelines, altså de kan ændre sig fra år til år, hvad de gør. Altså, stort set alle guidelines er forældede, den dag de går i trykken, ikke – det er ikke helt rigtigt, men næsten rigtigt. Man har nogle handlingsparametre, ikke, og så har man en klinisk praksis, som er opdateret, og så har man selvfølgelig en kvalitetsnorm, men kvalitetssikring er, hvad det nu engang skal bruges til. Sådan ser jeg det. Det skal man ikke prøve at stikke sig selv i øjnene, at man kan få noget, om man så må sige, forørende på den måde” (Læger, hospital 1).

I citatet beskriver lægen kompleksiteten og foranderligheden i den lægefaglige praksis. Når de forældede guidelines italesættes, er evidensbaseringen som argumentationsform i spil. Når lægen siger, at guidelines må suppleres med en opdateret klinisk praksis, så er argumentationsformen om evidens i spil – at den kliniske praksis skal baseres på den nyeste viden om, hvad der virker i behandlingen. Og når der sættes fokus på kravet om at agere i den komplekse verden med den konstante vidensproduktion, fremhæves den opdaterede kliniske praksis som det centrale – en opdateret klinisk praksis, som initieres af og i det lægefaglige samarbejde i hverdagen. Dermed defineres NIP som et projekt, som fikserer kvaliteten i behandlingen i statiske parametre, mens lægen italesætter den opdaterede kliniske praksis som det, der skaber kvalitet.

I den lægefaglige professionsdiskurs er evidens altså en rationalitet, som har en central placering, men her med fokus på evidens som noget bevægeligt,

som forandrer sig hele tiden, og dermed noget, som er tæt relateret til lægernes kollegiale samarbejde i den kliniske praksis. NIP, derimod, defineres som noget statisk og dermed som et projekt, der ikke kan opfylde kravet om omskiftelighed. Dermed afviser lægerne NIP som en velegnet metode til at sikre evidens og kvalitet i de lægefaglige ydelser.

Når lægerne diskuterer NIP, bringes også validitet i spil. En af lægerne mener, at det, man får ud af NIP, ikke altid er værdifuldt, og validiteten er lav, fordi det er sjusket lavet og bærer præg af: ”[...] *at man har sat nogen, der ikke ved, hvad de laver, til at udfylde noget, de ikke ved, hvad er, og hvor går hen*” (Læger, hospital 1). Andre læger er enige i kritikken omkring den lave validitet, om end knap så bastante i deres kritik. De nævner motivation, prioritering af opgaver, travlhed, udformningen af NIP-skemaet og diffuse datadefinitioner som årsager til deres vurdering af lav validitet. Lægernes italesættelse af validitet kan ses som et udtryk for, at rationaliteten sandhed er central i den lægefaglige professionsdiskurs. Lægernes praksis er forskningsbaseret, hvorfor de har tradition for at vurdere validiteten af egne og fagfællers forskningsresultater – bl.a. ved at forholde sig kritisk til data. Lægerne vurderer NIP ud fra lignende kriterier, når de vurderer NIP som en database. En læge forklarer, at man ikke kan bruge NIP-data til forskning, fordi:

Ole: [...] det er validiteten af data alt for dårlig til – at give vigtig viden. Det kan ikke... der er nogen, der skriver og regerer om det, men det er ikke vigtig viden. Det har indtil videre været sådan noget, kan man sige, støj, videnskabelig støj (**Interviewer:** Støj? Nå) Altså, ja, fordi man tager nogle data ind, som ikke er valide og fortolker på dem, og så laver man nogle fine publikationer af det – det er frygteligt” (Læger, hospital 1)

I citatet italesættes forskning, som er baseret på NIP-data som videnskabelig støj, fordi data ikke anses for at være valide. Lægen her siger, at det er frygteligt, når fine publikationer baseres på NIP-data, fordi man fortolker på data, som ikke er valide. Hermed defineres NIP i periferien af den diskursive professionsdiskurs, når NIP-databasen italesættes som en database, som ikke kan opfylde kriterierne for en videnskabelig database. Samtidig pågår her en forhandling i den lægefaglige diskurs om videnskabelighed, fordi nogle læger publicerer artikler på baggrund af NIP-data, mens lægerne i dette interview prøver at ekskludere denne form for forskningsmetode fra diskursen. Der på-

går altså en diskursiv kamp i diskursen, som forstærkes af den potentielt mulige forskningsdatabase, som er etableret med NIP.

Dominerende rationaliteter i den lægefaglige professionsdiskurs

Rationaliteterne sandhed og synlighed italesættes i den lægefaglige diskurs. Rationaliteten sandhed har en central placering i diskursen. Analysen viste, at der i diskursen pågår en kamp om at meningstilskrive videnskabelighed. På afdelingerne afvises NIP som et projekt, som kan levere data til videnskabelige artikler – NIP reduceres til videnskabelig støj, med afsæt i rationaliteten sandhed. Men samtidig findes der lægefaglige eksperter, som baserer videnskabelige artikler på NIP. Dermed udfordres den lægefaglige professionsdiskurs af NIP, fordi der med NIP skabes potentielle forhandlinger om videnskabelighed.

Også rationaliteten synlighed er i spil i diskursen, men defineres som noget andet end NIP. Og når rationaliteten synlighed defineres på en anden måde i diskursen, er det også med til at reducere NIP til et projekt, som ikke er vigtigt, hvilket er med til at svække NIP. Her ses at rationaliteternes centrale placering i diskursen medfører en reduktion og eksklusion af NIP som et projekt, fordi NIP ikke rummer rationaliteterne på den rigtige måde. Rationalitetens risiko er central i den lægefaglige diskurs, men italesættes ikke i forhold til NIP. Det kan forklares med rationalitetens risikofulde relation til rationaliteten sandhed, hvor risiko kun bringes i spil i sammenhænge, hvor validiteten er høj. I forhold til NIP betyder det, at risiko ikke italesættes, fordi det ikke giver mening at tale om risikoen omkring behandlingen af apopleksi, når der med den lave validitet i NIP ikke er noget videnskabeligt grundlag for vurderingen af risiko. Heller ikke rationaliteten sammenligning er i spil, hvilket ligeledes kan tilskrives lægernes afvisning af projektet. For hvis resultaterne ikke er valide, er sammenligningerne heller ikke valide.

Den sygeplejefaglige professionsdiskurs

I den sygeplejefaglige professionsdiskurs bringes rationaliteterne synlighed, kategorisering, sandhed og sammenligning i spil. Her er det karakteristisk, at synlighed og kategorisering har en perifer placering i diskursen. Rationaliteten sandhed placeres centralt, når sygeplejerskerne fokuserer på den evidensbaserede praksis, mens diskursen ligeledes afgrænses gennem rationaliteten sammenligning.

Rationaliteten synlighed i diskursen

Rationaliteten synlighed anvendes, når sygeplejerskerne diskuterer deres praksis i forhold til NIP. De har fokus på kravet om synlighed, men problematiserer synlighedens entydighed i NIP – at noget synliggøres, mens andet forbliver usynligt. En sygeplejerske forklarer det sådan:

Helle: Men der er også masser af andre ting, vi gør, som ikke nødvendigvis fremgår (**Nete:** Jo, jo) så derfor har jeg det da godt med jeg [**Helle** og **Nete** taler i munden på hinanden] Så jeg går hjem med en god følelse, selvom jeg har gjort alt muligt, som ikke fremgår nogle steder. Men jeg ved, at min patient har det godt, ikke – jamen, så er jeg glad. Men nogle gange så kan det godt være lidt irriterende; hvorfor skal alting være så smaddersynligt, ikke (**Nete:** Mm) (Sygeplejersker, hospital 1).

Her er det patientens velbefindende, som ikke er synliggjort, men sygeplejerskerne nævner også døgnrytme, mobilisering og omsorg for patienter og pårørende som vigtige arbejdsopgaver, som er mere diffuse og usynlige. En sygeplejerske forklarer, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem synlighed og kvalitet: ”*At man ikke har fået det skrevet ned, er jo bare ærgerligt, fordi man har lavet pisse god sygepleje, og det er ikke blevet synliggjort, men det er jo ikke nødvendigvis et kvalitetssvig*” (Sygeplejersker, hospital 1). Her problematiseres den sammenhæng mellem synlighed og kvalitet, som følger med NIP. Rationaliteten synlighed er altså i spil i den sygeplejefaglige professionsdiskurs, men ikke som en central rationalitet i diskursen, men tværtimod som en logik, som der opponeres imod. Kvaliteten i sygeplejen baseres på sygeplejerskens faglige vurdering af at have gjort det godt mere end på de synlige kriterier i NIP.

De synlige kriterier defineres som tal, mængder og krydser, og det er problematisk, for ”[...] *der går nemlig en masse andet tabt i alt det der virvar*” (Sygeplejersker, hospital 1). Hvor lægerne problematiserede synlighedens tendens til at reducere kompleksiteten, hvor guidelines ikke kan afspejle den komplekse praksis, beskrives synligheden her som et virvar. Det betyder, at synligheden ikke skaber orden i praksis, men tværtimod skaber uorden og forstyrrer, så noget går tabt. Og det, som går tabt, er vigtigt, når sygeplejersken italesætter det som problematisk. Der er altså noget, som placeres centralt i den sygeplejefaglige professionsdiskurs. I sygeplejerskernes italesættelser af deres arbejdspraksis fremhæves omsorg for patienter og pårørende, de mellemmenne-

skellige aspekter i pleje og behandling samt muligheden for at tilrettelægge og prioritere i forhold til den enkelte som forhold, der er centrale i diskursen. Det er alle aspekter, som ikke er en del af NIP. Med NIP vil nogle af disse centrale aspekter gå tabt, som uhåndterbart virvar i alt det, der kan måles og vejes. Hermed placeres rationaliteten synlighed perifert i den sygeplejefaglige diskurs, når det, som gøres synligt i NIP, usynliggør aspekter, som italesættes som vigtige i den sygeplejefaglige praksis.

Rationaliteten kategorisering i diskursen

Kategorisering er en anden argumentationsform, som er i spil i sygeplejerskernes italesættelser. Med NIP-skemaet produceres forskellige kategorier. Hvor lægerne stiller diagnosen og dermed kategoriserer patienterne inden for eller uden for NIP, skal alle faggrupper kategorisere handlingerne for den enkelte patient i kategorierne ”ja”, ”nej” eller ”ikke fagligt relevant”. Et kryds i nej defineres i NIP som et kvalitetsbrist, en pointe, jeg sætter fokus på i kapitel 10. I denne analyse er det interessante sygeplejerskernes forklaringer på, at det er svært for nogle sygeplejersker at definere handlingerne inden for kategorien ”ikke fagligt relevant”. En nøglesygeplejerske forklarer det sådan:

Nanna: Jeg tror, det handler lidt om, og det er bare sådan en ide, jeg har, at hvis man sidder som ny sygeplejerske og skriver ikke fagligt relevant, det vil sige, så er det min faglige vurdering, der går ind og siger, at den patient ikke skal have noget. Og det kan være rigtig, rigtig svært, når man er ny, grøn novice, at tro på ens faglige vurdering og sige, det her, det er godt nok (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

Med NIP afkræves en prioritering, som kan være en udfordring for de mindre erfarne sygeplejersker. En anden forklaring på, at ”ikke fagligt relevant” er en svær kategori, er, at sygeplejersker altid finder det fagligt relevant at opfylde indikatorerne. Hvis det relateres til professionsdiskursen, er kategoriseringen som argumentationsform produktiv, men problematiseres og placeres perifert i diskursen. Kategorien ”ikke fagligt relevant” fremstår uafgrænset som kategori, hvilket er med til at ekskludere den. En nøglesygeplejerske siger:

Nanna: Det handler også lidt om – nu kommer jeg tilbage til min kæphest – men det der med, at man ikke lader det sygeplejefaglige skøn, at det skal være noget meget eksakt, at man skal begrunde sine handlinger ud fra. Man må ikke lade, altså man må ikke be-

grunde sine handlinger ud fra ens eget skøn længere, vel? (Nøgle-sygeplejersker, hospital 1).

Denne sygeplejerske taler om et sygeplejefagligt skøn, som tilsyneladende står i kontrast til kategoriseringen i NIP. En kontrast, fordi der i kategoriseringen kræves eksakte begrundelser for de sundhedsfaglige handlinger, mens begrundelserne i det faglige skøn er mere implicite. Hun taler om det sygeplejefaglige skøn som noget, der var engang – noget, som man ikke må mere, bl.a. på grund af de eksplicite krav om valg og kategorisering, som følger med NIP. Her ses det altså, at også rationaliteten kategorisering placeres perifert i den sygeplejefaglige professionsdiskurs, fordi eksplicite kategoriseringer og det faglige skøn er modsætningsfyldte og gensidigt udelukkende. Med NIP's krav om eksplicit kategorisering udfordres den sygeplejefaglige professionsdiskurs. I kapitel 8 udfolder jeg denne pointe og viser, hvordan sygeplejerskernes forpligtethed på NIP betyder, at de ikke kan afvise kategoriseringen i NIP. Det betyder også, at NIP skaber forandringer i den sygeplejefaglige diskurs mod kategorisering og eksplicite argumentationer for den sygeplejefaglige praksis.

Rationaliteten sandhed i diskursen

Sygeplejerskerne italesætter også deres praksis med afsæt i rationaliteten sandhed, men hvor lægerne primært relaterede sandhed til validitet, defineres den sygeplejefaglige praksis i forhold til evidens. En sygeplejerske forklarer, at "[...] mange af de ting, der står i NIP, og det, vi skal udfylde, er jo baseret på det grundlag, at det skal være evidensbaseret. Så på den måde, for at højne niveauet i vores sygepleje, er det jo godt, at vi arbejder med det" (Sygeplejersker, hospital 1). Når sygeplejersken fremhæver evidensbaseringen i NIP-indikatorerne som en styrke for det sygeplejefaglige niveau, betyder det, at rationaliteten sandhed placeres centralt i den sygeplejefaglige professionsdiskurs. Det betyder også, at opfyldelsen af sygeplejefaglige indikatorer i NIP er med til at legitimere sygeplejerskernes arbejdspraksis som videnskabelig. Når sygeplejersken siger, at det højner niveauet af sygeplejen, kan det relateres til den medicinske diskurs, hvor kvalitet i sundhedsydelserne er baseret på den medicinske logik omkring evidens. At arbejde evidensbaseret er altså at efterleve de kvalitetskrav, som udpeges i den medicinske diskurs, og som afspejler lægernes professionslogik. Sygeplejerskens sammenligning er altså relateret til den hierarkisering af sundhedsydelser, som følger med den medicinske diskurs. Et sygeplejefagligt afsæt, som samtidig placerer de lægefaglige handlinger øverst i professionshierarkiet.

Rationaliteten sammenligning i diskursen

Når sygeplejerskerne taler om NIP-resultaterne, taler de typisk om resultaterne i forhold til andres resultater, hvorfor de trækker på rationaliteten sammenligning. En sygeplejerske forklarer, at det er blevet så moderne at sammenligne. En anden siger: ”Jeg tror, at det handler om stolthed, at vi gør det godt og alt det der. At andre skal også vide, er det ikke sådan, at du tænker?” (Nøglesygeplejersker, hospital 2). Sammenligningen er her tæt relateret til synligheden – ikke kun stoltheden over at gøre det godt, men også, at andre ved, at sygeplejerskerne gør det godt. En anden sygeplejerske uddyber: ”Jeg ved ikke om [...] men jeg kan godt følge det der med stoltheden, at vi vil have, at vi skal give nogle gode resultater og have nogle gode forløb, og NIP er med til, at det der med, at det standardiserer, og at det sørger for, at vi optimerer plejen, og at de får de der undersøgelser inden for kort tid. At de bliver scannet rimelig hurtigt, så de ikke bare ligger og venter på, at det bliver gjort, så... ja”. (Nøglesygeplejersker, hospital 2). Denne sygeplejerske italesætter NIP som et redskab, der kan levere resultater, optimere pleje og behandling, og som afspejler gode patientforløb. Når sygeplejerskerne italesætter gode resultater som noget, der giver faglig stolthed, bliver synlighed og sammenligning rationaliteter, som præger og former den sygeplejefaglige professionsdiskurs. NIP er altså et projekt, som kan ses som katalysator for organisering og udøvelse af en sygeplejefaglig praksis, som baseres på centrale værdier i den sygeplejefaglige professionsdiskurs.

Dominerende rationaliteter i den sygeplejefaglige professionsdiskurs

Rationaliteterne synlighed, kategorisering, sandhed og sammenligning italesættes i den sygeplejefaglige diskurs. Sygeplejerskerne problematiserer den måde, som synligheden fungerer på, fordi centrale sygeplejefaglige opgaver ikke gøres synlige, og fordi væsentlige elementer i den sygeplejefaglige praksis går tabt i mængden af krydser og tal, som følger med synligheden. Det betyder, at synligheden har en perifer placering i den sygeplejefaglige diskurs. Også rationaliteten kategorisering placeres perifert, fordi kategoriseringen kræver eksplicite argumenter for praksis, som udelukker en sygeplejefaglig praksis baseret på det faglige skøn. Rationaliteterne sandhed og sammenligning har en central placering i diskurserne – sandhed, fordi diskursen relaterer kvalitet i ydelserne til evidensbaseret praksis, og sammenligning, fordi gode NIP-resultater relateres til faglig stolthed i den sygeplejefaglige professionsdiskurs.

Analysen demonstrerer, at fire ud af fem dominerende rationaliteter i NIP også er i spil i sygeplejediskursen. Her ses det, at rationaliteterne er virksomme og har betydning for diskursen på forskellige måder. Rationaliteterne sandhed og synlighed er med til at styrke diskursen, når den understøtter sygeplejepraksis baseret på videnskabelighed og høj faglighed. I den optik bliver NIP et styringsredskab, som er med til at styrke sygeplejefprofessionen og dens placering i det professionsfaglige hierarki. Rationaliteterne synlighed og kategorisering, derimod, udfordrer den sygeplejefaglige diskurs, når der gennem rationaliteterne udpeges fokusområder og arbejdsmetoder, som ikke er i overensstemmelse med de metoder og prioriteringer, som udpeges i diskursen. Dermed er NIP både med til at understøtte og udfordre den sygeplejefaglige praksis.

Den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs

I social- og sundhedsassistenternes italesættelse af NIP er rationaliteterne synlighed og sammenligning i spil.

Rationaliteten synlighed i diskursen

Synlighed er en dominerende rationalitet, som bringes i spil på forskellige måder. To social- og sundhedsassistenter forklarer, hvad det betyder, at afdelingen har et godt ry pga. gode NIP-resultater:

Sisse: Det er et kvalitetsløft. Det giver stolthed i ens arbejde.

I: Det betyder noget for jer.

Janni: Jamen, det gør det, hvis du sidder, er vi ikke alle sammen. Vi vil gerne have en høj faglig standard. Hvis du begynder at pille ved min faglighed, ikke også, så kan jeg love dig for, at så kommer kløerne også frem, fordi så rammer du jo altså et ømt punkt. Så er det ligesom, at du fortæller mig, at det, jeg går og laver, det er faktisk ikke en skid værd. Det er da ikke rart at få at vide, vel, men bare det, at du tager på arbejde om morgenen og ved, at du gør noget hver dag, som er godt, og går glad hjem og møder glad igen i morgen. Det højner da ens faglighed (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Social- og sundhedsassistenterne italesætter en sammenhæng mellem NIP-resultater og faglighed, og samtidig er den ydre vurdering af arbejdet med til at give glæde og bekræftelse i at gøre noget godt. En anden forklarer, at gode resultater ikke kun giver en personlig glæde, men også styrker arbejdspladsen

”[...] at man jo er glad, når det går godt for afdelingen, og der er jo mange, der søger til vores afdeling, altså, det er et sted, man gerne vil arbejde, så [...]” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2). Altså kan NIP-resultaterne både skabe arbejdsglæde og en attraktiv arbejdsplads. Det ses af citaterne, at arbejdsglæde og arbejdsmiljø har en central position i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs. Her er rationaliteten synlighed i NIP med til understøtte begge dele, når der med synligheden sættes fokus på de gode resultater.

Social- og sundhedsassistenterne på hospital 2 relaterer synligheden til økonomi. Det er et gennemgående tema i interviewet, at dårlige NIP-resultater sanktioneres økonomisk. Der er ingen indvendinger mod denne opfattelse, som samtidig kun er til stede i dette interview. Temaet diskuteres også i andre interviews, men i modsætning til det ene interview med social- og sundhedsassistenterne ender det i de andre interviews med en konsensus om, at økonomiske sanktioner er et potentielt og sandsynligt fremtidsscenario, men ikke gennemføres aktuelt. En social- og sundhedsassistent siger, at det desværre er sådan, at der er økonomiske sanktioner, og fortsætter: *”Jo, jeg synes bare, et eller andet sted burde det jo ikke være politisk, vel. Det burde jo være en selvfølge, at man bare fik det, man skulle have til at pleje og passe nogle patienter. Men hvis vi ikke afleverer et NIP-skema, så får vi ikke de penge. Og det er det, jeg synes, der er forkert, ikke”* (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Social- og sundhedsassistenten mener altså, at pengene bør følge patienterne og ikke NIP-skemaerne, hvorfor denne form for synlighed placeres perifert i professionsdiskursen.

Synligheden bringes også i spil, når social- og sundhedsassistenterne ser NIP som en god guideline for praksis. Her er NIP med til at skabe synlighed om arbejdsopgaverne. De er enige om, at det er godt at have NIP til at minde om vigtige opgaver i hverdagen. De diskuterer, hvorvidt NIP har betydning for kvaliteten, og den ene siger:

Janni: Det kan vi jo ikke komme uden om, i og med at man er tvunget til at skulle udfylde et skema på vores patienter, hvor at de ting er med – jamen, så tvinger det jo en til at huske at gøre det. Jeg skal huske at gøre det nu og ikke lige 25 minutter, inden de

skal udskrives igen. Det er klart, det gør det jo – det holder en til ilden. Så jeg er helt sikker på, at det højner kvaliteten på en eller anden måde på den led, så gør det, ja. (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Social- og sundhedsassistenterne definerer altså NIP som et arbejdsredskab, som skaber synlighed om de vigtige arbejdsopgaver. Her ses det, at synlighed er relateret til social- og sundhedsassistenternes forpligtethed på NIP-projektet, her med en dimension af tvang, hvor det er gennem kravet om, at de skal og ikke kan slippe, at kvaliteten hæves. I kapitel 8 udfolder jeg denne pointe om, at der er et krav til at skulle NIP, men at NIP-styringen også base-res på at ville. Dimensionen at ville afspejler sig her i social- og sundhedsassistentens anerkendelse af, at det højner kvaliteten – hun viser, at hun vil NIP, når hun fremhæver NIP's positive betydning for kvaliteten.

Synligheden placeres centralt i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs. Samtidig fremhæves NIP som både en retningslinje og et prioriteringsredskab, som kan udpege tid og form for de vigtige opgaver i social- og sundhedsassistenternes arbejdspraksis. Disse funktioner fremhæves som centrale i diskursen, hvor det er godt at blive holdt til ilden og få udpeget prioriteringer i praksis. Dette står i modsætning til de to andre diskurser, hvor NIP's involvering i de sundhedsprofessionelles praksis problematiseres og på forskellige måder placeres som noget perifert i diskurserne.

Rationaliteten sammenligning i diskursen

Sammenligning er et gennemgående tema i interviewene. Social- og sundhedsassistenterne kender deres afdelingers plads på ranglisten og har udvalgt deres konkurrenter – dem, de måler sig med. En apopleksiafdeling i en anden region italesættes som den bedste og som den afdeling, det ene hospital er i skarp konkurrence med. Det andet hospital omtales som dem med de dårlige NIP-tal. Det er noget, de sundhedsprofessionelle på hospitalet selv siger, såvel som noget, de sundhedsprofessionelle på det andet hospital siger om dem. En social- og sundhedsassistent siger om at have gode NIP-tal: ”*Nå jo, men man bliver jo også ligesom anerkendt udefra, hvorved at man siger, at jeg har blandt andet en gang haft en sygeplejerske i røret ude fra [hospital 1], der ringede til mig og sagde, Sig mig lige en gang: Hvordan søren får I implementeret det der NIP, for de er dårlige, skal jeg hilse og sige, ikke*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2). Af citatet ses, at der med sammenligningerne mellem hospitalerne sker en kategorisering i de gode og de dårlige afdelinger

og hospitaler. Her ses det, at rationaliteten sammenligning er placeret centralt i den social- og sundhedsfaglige diskurs. Her relateres gode tal til dygtige sundhedsprofessionelle, hvilket betyder, at der er noget på spil med NIP-resultaterne.

Omsorg og den personlige kontakt italesættes som centrale værdier i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs. På det ene hospital kan patienterne skrive et postkort til afdelingen, når de skal udskrives. Social- og sundhedsassistenterne taler om, hvad der betyder mest for dem, gode NIP-tal eller evalueringer på postkort. De er enige om, at NIP-resultaterne giver en følelse af tilfredshed og bekræfter dem i at være dygtige sundhedsprofessionelle, mens de personlige tilbagemeldinger ”[...] *sådan, åh, det går lige lidt længere ind og sådan, så nytter det alligevel noget*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 1). De personlige tilbagemeldinger skaber altså meningsfuldhed i deres arbejde og bekræfter dem i, at deres arbejde er vigtigt for patienterne. De mener i forlængelse af det, at det er vigtigt, at de er imødekomende og skaber en god stemning på afdelingen, når patienter og pårørende kommer ind i afdelingen (Social- og sundhedsassistenter, hospital 1). Hermed placeres omsorgsarbejdet centralt i diskursen, hvor mellem menneskelige relationer såsom imødekommenhed og tilstedeværelse er centrale værdier. Social- og sundhedsassistenterne er altså orienteret både mod gode NIP-resultater, men også mod et godt miljø for patienterne. Og på samme måde som positive vurderinger gennem NIP-resultater styrkede deres faglighed, er også patienters og pårørendes personlige vurderinger værdifulde for dem.

Dominerende rationaliteter i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs
I den social- og sundhedsfaglige diskurs er rationaliteterne synlighed og sammenligning i spil. Synlighed afspejler sig på forskellige måder i diskursen. Andres anerkendelse af arbejdet italesættes som en central dimension af fagligheden, som skaber arbejdsglæde. Også i prioriteringen af opgaverne er synligheden i spil, når metoder som udpeger og forpligter på det vigtige i praksis, italesættes som centrale i den social- og sundhedsfaglige diskurs.

Rationaliteten sammenligning virker sammen med rationaliteten synlighed, hvor rationaliteten sammenligning forstærker den faglige vurdering, fordi synligheden baseres på sammenligning med andre. Social- og sundhedsassistenternes understregning af personlig respons fra patienter og pårørende retter

opmærksomheden mod, at sammenligninger og synlighed i NIP etableres på baggrund af få, udvalgte parametre.

Analysen viser, at to rationaliteter er placeret centralt i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs, og at anerkendelse fra andre er med til at etablere fagligheden. NIP er et projekt, som har potentiale til anerkendelse gennem NIP-resultaterne. Dermed har NIP-resultaterne betydning for og er med til at forme social- og sundhedsassistenternes faglighed. Det betyder også, at social- og sundhedsassistenterne forpligtes på NIP og for alvor har noget på spil i relation til NIP-resultaterne. Analysen afspejler også, at den faglige anerkendelse, som følger med NIP-resultaterne, har et bestemt fokus og en bestemt form. Formen afspejler den naturvidenskabelige fokusering på den statistiske patient, mens social- og sundhedsassistenternes relaterer anerkendelsen til en omsorgsdiskurs og placerer denne form for anerkendelse centralt i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs.

Sammenfatning af kapitlet

I dette kapitel satte jeg fokus på de dominerende rationaliteter i NIP, såvel som hvordan disse rationaliteter er virksomme på forskellige måder i de tre professionsdiskurser.

Gennem analyserne demonstreres, at professionstilknytningen har betydning for de sundhedsprofessionelles forpligtethed på NIP og mulighedsrum i deres arbejdspraksis i forhold til NIP. I den lægefaglige diskurs blev NIP reduceret til et projekt uden værdi, med afsæt i rationaliteterne sandhed og synlighed, mens social- og sundhedsassistenternes forpligtes på projektet gennem rationaliteterne synlighed og sammenligning. Analysen viste også, at rationaliteterne i NIP er med til at udfordre professionsdiskurserne – i den sygeplejefaglige diskurs gennem rationaliteterne kategorisering og synlighed, mens der i den lægefaglige diskurs blev skubbet til grænserne mellem det videnskabelige og ikke-videnskabelige i diskursen. Disse udfordringer repræsenterer en potentiel mulighed for forandring i diskursen, hvorfor de udgør interessante opmærksomhedspunkter i forhold til at belyse relationen mellem sundhedsprofessionerne og NIP.

Analysen belyste ligeledes andre potentielle udviklingstendenser. Der er nemlig også tendenser til, at NIP understøtter de professionsfaglige diskurser. For

sygeplejerskerne viste det sig som øget faglighed gennem evidensbasering, mens det for social- og sundhedsassistenterne kom til udtryk i den potentielle anerkendelse af professionsfaglighed, som følger med gode NIP-resultater. For begge professioner gælder det, at der med NIP etableres bestemte måder at definere og anerkende faglighed på, hvorfor en styrkelse af professionsfaglige diskurser samtidig er med til at forme diskurserne på bestemte måder. Hermed sker der med NIP en professionsfaglig udvikling, hvor noget inkluderes, og andet ekskluderes – udviklingstendenser, som tager afsæt i den naturvidenskabelige og medicinske diskurs.

Kapitel 8

Vedståelsesrelationer: Skulle, ville, burde, kunne

Kapitlet sætter fokus på, hvordan styringen i NIP virker igennem forskellige varianter af bekendelse som styringsteknologi (Foucault 1994b:69). Her tegner der sig et mønster i samarbejdet mellem de forskellige sundhedsprofessionelle – en systematik, en praksis, hvor der opstår en bestemt type af relationer. Relationer, hvor de sundhedsprofessionelle skal fortælle om alt det, de ikke gør. På afdelingerne sker styringen på mange måder. Kvalitet skal defineres og sikres gennem NIP, og det ser ud til at ske. Men samtidig sker der også noget andet. Især andre typer af samtaler finder sted. De handler om NIP, men ikke om hvad som helst med NIP. Samtalerne handler om NIP, når det ikke lykkes, noget mangler, noget er forsvundet. De samtaler er der særligt mange af. De foregår mellem og på tværs af de tre professionsgrupper. De foregår mellem ledelse og direktionen, på møder om NIP og mellem forskellige sundhedsprofessionelle.

I analysen kalder jeg disse samtaler for *vedståelsesrelationer*. Bekendelsen er det centrale element i vedståelsesrelationer. Altså er der i vedståelsesrelationerne også bekendelse, og styringen i vedståelsesrelationerne former subjekter gennem selvstyring, ligesom i bekendelsen (Foucault 1994b:163). Når jeg bruger begrebet vedståelsesrelation, er det, fordi begrebet kan stille skarpt på den form for bekendelse, som er i spil i NIP, og samtidig markerer jeg med begrebet, at det er forskelligt fra Foucaults begreb om bekendelse. Begrebet vedståelsesrelationer er blevet til i en løbende proces i analysearbejdet. I relationerne handler det ikke om at tilstå, da tilståelse er forbundet med at synliggøre noget usynligt og afsløre sig. Det er ikke det, som er i spil i relationerne; tværtimod er den synlige tilstedeværelse af det, der ikke lykkes, det, der mangler, eller det, der er forsvundet i NIP, med til at etablere relationerne. Begrebet vedståelse rummer en dimension af at stå ved sine fejl og mangler – og som en del af den vedståelse at forpligte sig på at gøre det bedre. Dermed virker styringen i vedståelsesrelationerne som en selvteknologi, som styring til selvstyring (Dean 2006:43). Vedståelsen er nogle gange rettet mod egne handlinger, men ofte handler det om at vedstå på vegne af egen professionsgruppe, andre sundhedsprofessionelle eller en hel afdeling.

I dette kapitel belyser jeg altså, hvordan NIP-styringen virker gennem bekendelsen, med etableringen af særlige relationer, vedståelsesrelationer, hvor to positioner udpeges. Kapitlet sætter også fokus på, at styringen virker ved, at man viser sin vilje. I den oprindelige kristne form for bekendelse udmøntede det sig i viljen til at leve efter de givne normer, viljen til at ville forandre sig og viljen til at tilsidesætte det, der er uden for normen, for at opnå frelse (Foucault 2008a:137). I NIP udmønter det sig i de sundhedsprofessionelles vilje til at arbejde målrettet og seriøst med NIP. Gennem bekendelsen og de strukturer, som den skaber i vedståelsesrelationerne, viser de sundhedsprofessionelle, at de vil NIP, bl.a. gennem deres vilje til at bekende dårlige resultater og som en del af det også deres forandringsvilje. De sundhedsprofessionelle skal vise, at de vil NIP. Samtidig er bekendelsen ikke frivillig, ligesom NIP ikke er frivilligt. Analysen demonstrerer, at de sundhedsprofessionelle også *skal* arbejde med NIP. Dermed opstår en dobbelthed, som er en præmis i NIP, og som også afspejler sig i bekendelsen – at *skulle* og at *ville*. I analysen kalder jeg denne dobbelthed for *skulle-ville* NIP¹⁹, og det er et begreb, som jeg i analysen bruger til at belyse dobbeltheden, og hvordan den fungerer på forskellige måder.

Kapitlet er struktureret omkring tre empiriske analysedele, hvor jeg i den første analyse sætter fokus på professionerne hver for sig, og hvordan de professionspecifikke måder at bekende sig på afgrænser professionsdiskurserne og former professionsidentiteter. Herefter følger en analyse af de spontane vedståelsesrelationer, som opstår i samarbejdet omkring NIP, og hvordan vedståelsesrelationerne er struktureret omkring to positioner, hvor den ene skal vedstå, mens den anden positioneres som lytter og som den, der giver gode råd. Jeg demonstrerer, at de mange sundhedsprofessionelle indskrives i styringen gennem positioneringerne i vedståelsesrelationerne og omkring forskellige dele af NIP. I sidste analysedel forlader jeg de spontane vedståelsesrelationer og viser, hvordan formaliserede møder omkring NIP også er struktureret som vedståelsesrelationer, hvor organiseringen af møderne afspejler strukturen i vedståelsesrelationen, men også har betydning for det, der tales om. Her belyser jeg, hvordan rationaliteterne i NIP rammesætter det, der kan siges, og det, der gøres tavst i vedståelsesrelationerne omkring NIP.

¹⁹ Et begreb, som er udviklet gennem samtaler med Lektor Jette Kofoed om mit empiriske materiale.

Professionsidentiteter, som formes gennem bekendelse.

I denne analyse sætter jeg fokus på de professionsspecifikke identiteter, som formes gennem bekendelse. Jeg starter med at belyse den sygeplejefaglige identitet, hvorefter der følger en analyse af den lægefaglige såvel som den social- og sundhedsfaglige professionsidentitet.

Den sygeplejefaglige professionsidentitet

Sygeplejerskerne taler om, at der nu er flere, der tager ansvar for NIP, end der var tidligere. Når de siger, at de tager ansvar, kan det anskues som en dimension af bekendelsen, at de sundhedsprofessionelle tager NIP til sig og arbejder med det. Det kan iagttages i følgende citat fra et interview med sygeplejerskerne på hospital 2:

Dorte: Ja, men generelt synes jeg, vi er flere om at tage ansvaret nu end førhen.

Ulla: Ja, det synes jeg også.

Sarah: Jo, jo, der er nogen, der er blevet bedre til, som hvis den stadigvæk lå hos os, ikke.

Marie: Jeg synes, jeg var lidt for dårlig til at prioritere NIP før i tiden, og det synes jeg ligesom, at det blev sådan lidt påpeget, at man skulle synes, at det er vigtigt, det her – og så synes jeg, det stresser mig lidt nu (**Dorte:** Nu skynder man sig), at, åh, så skal de op og veje TCI²⁰-manden der, og det gør vi jo, og han bliver udskrevet i morgen, men det skal jeg gøre (Sygeplejersker, hospital 2).

Sygeplejerskerne taler her både om at tage ansvar for NIP, at prioritere NIP og at skulle synes, at NIP er vigtigt. Når de tager ansvar for NIP, kan det ses som en forpligtelse til NIP – ikke kun snævert i forhold til deres egen praksis, men bredere i forhold til at få NIP til at fungere i afdelingen. Når de taler om at prioritere NIP, italesættes det specifikt i forhold til de konkrete patientforløb, hvor sygeplejerskerne med NIP bliver forpligtet på at prioritere de handlinger, som defineres med NIP. Her ser det ud, som om sygeplejersken Maries mulighed for at prioritere de opgaver, som hun synes er vigtige i situationen, svækkes, fordi der med NIP udstikkes rammer for prioriteringen. I den konkrete

²⁰ TCI er diagnosen på en forbigående blodprop i hjernen, hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer. Disse patienter udskrives ofte samme dag eller dagen efter indlæggelsen.

situation prioriterer hun at veje en patient med diagnosen TCI, en diagnose, som betyder, at patienten har haft en forbigående blodprop og et kort indlæggelsesforløb. Sygeplejersken italesætter en ambivalens omkring situationen, hvor hun på den ene side vejer patienten, fordi det er en del af NIP, og fordi ”*man skal synes, at det er vigtigt, det her*”. På den anden side siger hun, at det stresser hende lidt, at hun skal veje en patient, som skal udskrives dagen efter. Det stresser hende, fordi hun skal prioritere en arbejdsopgave, som hun skal synes er vigtig, men som hun ikke synes er den mest vigtige. Prioriteringen er vanskelig, fordi det er en TCI-mand, og fordi han skal udskrives næste dag. Hun siger altså ikke, at det aldrig er relevant at veje patienterne, men fremhæver denne situation – med en forholdsvis rask mand med kort indlæggelsesforløb og snarlig udskrivelse – som stressende.

Sygeplejerskerne taler om, at der nu er flere, der tager ansvar for NIP, end der var tidligere. Sygeplejersken Marie giver med patienten med TCI et eksempel på, hvordan hun tager ansvar, men samtidig ser det ud, som om der er ambivalens forbundet med at tage ansvaret. Hun vejer patienten, fordi hun *skal* NIP, og hun viser sin vilje til at *ville* NIP, når hun i interviewet fortæller, at hun prioriterer det. Det kan se ud, som om ambivalensen opstår, når det generaliserede krav i NIP om at veje alle patienter møder den komplekse og mangfoldige praksis, hvor der er mange parametre, som er af betydning for prioriteringerne. Sygeplejersken positioneres som ansvarlig i forhold til NIP mere end i forhold til den komplekse praksis, hun agerer i, når hun vejer patienten og tilsyneladende ikke ser nogle muligheder for at prioritere anderledes.

En anden sygeplejerske taler om at afvige fra NIP-skemaet. Hun italesætter muligheden for at afvige fra skemaet, men samtidig fortæller hun, at det er svært.

Helle: Der, hvor jeg synes, skemaet, det kan være svært at udfylde, det er der, hvor man, når man gerne vil afvige fra det. Altså der, hvor man gerne vil få formuleret tingene, sådan så det er okay, at det ikke er fagligt relevant, at man gør de her ting. Der kan det være lidt svært nogle gange. Hvordan skal man lige præcis argumentere, så det ikke bliver opfattet, som om at man ikke passede sit arbejde agtigt (Sygeplejersker, hospital 2).

I modsætning til sygeplejersken, som ikke så det som en mulighed at undlade at prioritere NIP, taler denne sygeplejerske om muligheden for at afvige fra skemaet – eller måske om, at hun ville ønske, at hun kunne afvige fra NIP, og ønske, at hun kendte de faglige argumenter for at afvige fra NIP. Sygeplejersken ved ikke, hvordan hun præcist skal argumentere, hvilket afspejler, at det kræver bestemte formuleringer og bestemte argumenter at afvige fra skemaet og dermed at afvige fra NIP. Argumenter, som kan godtgøre, at det ikke er fagligt relevant at følge NIP. Det ser ud, som om der for sygeplejersken er noget på spil – hun kan risikere at blive opfattet som en, der: ”[...] ikke *passee sit arbejde agtigt*”. Hvis hun afviger fra NIP og ikke leverer de accepterede argumenter risikerer hun at blive positioneret som en sygeplejerske, der ikke passer sit arbejde – som en, der ikke vil. Denne sygeplejerske ser det altså som en mulighed at afvige fra NIP. Samtidig er hun opmærksom på, at nogen vurderer hendes argumenter, og at ikke alle argumenter accepteres. Der er altså nogle argumentationsmåder, som ekskluderes, og her er sygeplejersken tilsyneladende usikker på, hvilke argumenter der er gyldige.

Denne sygeplejerske har, ligesom de andre sygeplejersker, fokus på NIP. Hun siger i modsætning til sygeplejersken Marie, at det er muligt at argumentere for en afvigelse fra NIP. Det er altså en mulighed, men samtidig også lidt en umulighed, fordi kun nogle argumenter tæller, og fordi hun skal være villig til at sætte sin faglighed på spil. Med NIP formes altså en sygeplejefaglig professionsidentitet, som skal prioritere NIP, og som har enten ingen eller få muligheder for at afvige fra NIP-indikatorerne. Denne positionering af sygeplejerskerne som dem, der ikke passer deres job, hvis de ikke udfylder NIP, er gennemgående i det empiriske materiale, ligesom det er gennemgående, at sygeplejerskerne er usikre på argumenterne for at undvige NIP.

Den lægefaglige professionsidentitet

Ligesom med sygeplejerskerne ser det ud, som om lægerne mødes med implicite forventninger om at bekende sig til NIP, både når nye patienter indlægges med diagnosen apopleksi og i forbindelse med den videre behandling. Jeg vil her fokusere på indlæggelsen, fordi der på afdelingerne er en tendens til, at der i denne fase også er noget andet på spil – at lægerne i nogle situationer positioneres som de travle, der kan undlade at prioritere NIP, mens de i andre situationer, ligesom sygeplejerskerne, risikerer at blive positioneret som dem, der forsømmer deres job.

Lægerne indlægger patienterne, og på hospitalerne ses en organisering, hvor lægerne i forbindelse med indlæggelsen også opstarter NIP-skemaet. Som en grov opdeling af fordelingen af lægernes arbejdsopgaver kan man sige, at de uerfarne, nyuddannede læger foretager den første vurdering af mennesker, som ankommer til hospitaler, mens de erfarne læger med høj specialiseringsgrad inden for egne specialer overtager behandlingen af de indlagte patienter. De mindre erfarne læger kaldes forvagter, og det er dem, der indlægger patienter. Forvagterne beskrives som en gruppe af læger, som man ikke må forstyrre, for ”[...] forvagterne har nemlig meget travlt med enten indlæggelse, tilsyn i skadestue eller akutte opgaver i afdelingen” (Feltnotat 13). Her er det især i forbindelse med indlæggelse og tilsyn i skadestuen, at diagnosen stilles, og forvagten skal bekende sig til skemaet. En forvagt fortæller, hvad NIP betyder i hverdagen:

Palle: Ja, altså der, hvor jeg støder på det, det er jo [...] ja, altså det er jo, når man indlægger apopleksipatienter, så skal man jo huske at få udfyldt NIP-skemaet, som siden så bliver lagt om i journalen, så [...] altså, man må da sige, at for mig er det ikke sådan så meget et redskab; jeg bruger det mere som noget, jeg skal huske at få udfyldt, så det er noget, der lige tager et par minutter – så jeg har ikke [...] jeg har ikke sådan brugt det meget sådan konstruktivt, kan man sige. Det er egentlig mest noget, som har taget tid sådan umiddelbart, vil jeg sige (Læger, hospital 1).

I citatet forstås NIP som et skema, man skal huske at udfylde, når man indlægger patienter med apopleksi. Der er et skema, som kan udfyldes på et par minutter, hvilket fremhæves som det særlige ved skemaet – at det tager tid at udfylde. Når forvagten taler om NIP, italesættes dels en pligt og dels en pragmatisk tilgang: en pligt, fordi skemaet *skal* udfyldes, og pragmatisk, fordi skemaet samtidig objektiviseres som noget ukompliceret, som ikke har betydning for forvagtens praksis. På en måde siges der ganske mange ting samtidig. Skemaet kan ikke bruges til noget fagligt, fylder ikke så meget og forstyrrer heller ikke rigtigt. Det giver et indtryk af, at det ikke har nogen faglig betydning for indlæggelse og vurdering, og at det samtidig accepteres som en del af indlæggelsesproceduren, til trods for fraværet af umiddelbar nødvendighed og faglighed. Det er tilsyneladende ukompliceret for lægen at arbejde med skemaet, men det har samtidig karakter af en pligt, som er påbudt ham, og som

han følger, fordi han skal. Denne situation rummer ingen ambivalens. NIP synes ikke at forstyrre lægen, ud over at det tager lidt af hans tid.

Denne læge har en pragmatisk tilgang til NIP. Pragmatisk, fordi han gør, hvad han bliver bedt om, uden at tillægge det nogen særlig betydning og uden at lade sig forstyrre af at skulle prioritere og bruge tid på noget, som han ikke bruger konstruktivt. Positionen som den pragmatiske sundhedsprofessionelle er gennemgående i det empiriske materiale, men dog mest tydelig hos netop forvagterne. Det afspejler deres arbejdsopgaver i øvrigt – at de med deres brede kompetencer skal løse mangeartede opgaver på mange forskellige afdelinger, som de ikke har meget indflydelse på. Relateret til de sundhedsprofessionelles mulighedsrum kan positionen som den pragmatiske relateres til en arbejdspraksis, hvor mange opgaver er fastlagt af andre, hvorfor NIP ikke har en særlig betydning for forvagternes mulighedsrum.

En anden forvagt behandler og forstår NIP-skemaet lidt anderledes. Han er angiveligt også pragmatisk, men samtidig ser han NIP-skemaet som et redskab til at huske at fokusere på risikofaktorer. NIP-skemaet er ”[...] *bare et skema ligesom så mange andre skemaer, og jeg har da udfyldt skemaer, som var værre, mere besværlige og mere tidskrævende,*” siger han (Feltnotat 9) og fortsætter med at fortælle, at han faktisk synes, at det er positivt, at man skal forholde sig til forhold omkring risikofaktorer, fordi det er et vigtigt fokus, som han bliver mindet om og husker at spørge til, fordi han skal bruge det, når han udfylder skemaet. Jeg spørger ham, om det kun er på NIP-patienterne, at han er opmærksom på at spørge til risikofaktorer, hvortil han svarer, at det er det ikke. Han sondrer ikke mellem NIP-patienter og ikke-NIP-patienter, men derimod betyder det, at han spørger til risikofaktorer hos alle patienter (Feltnotat 9). Af feltnotatet ses, at der gennem NIP-styringen skabes en faglig opmærksomhed, som medfører en forskydning fra en særlig opmærksomhed for NIP-patienter til en generel opmærksomhed for alle patienter, der indlægges.

I dette feltnotat er NIP mere end et skema, som skal udfyldes. På NIP-skemaet findes spørgsmål om alkohol, rygning og kendte sygdomme fra tidligere eller i forbindelse med den aktuelle indlæggelse, og det er disse spørgsmål med tilhørende svarkategorier, ”ja”, ”nej” eller ”uoplyst”, som forvagten refererer til. Her ses det, at der med NIP-skemaet foregår en styring, hvor sygdom objekiveres som noget, der er tæt relateret til risikofaktorer. Når der i skemaet foku-

seres på risikofaktorer, medfører det, at lægen ikke blot kategoriserer i forhold til diagnose, men også i forhold til patientens livsførelse i øvrigt, og samtidig at kategoriseringen generaliseres til alle patienter, som indlægges. Altså rækker styringen ud over den kategori af patienter, som NIP er rettet mod – og former en mere generel lægefaglig identitet, som tillægger risikofaktorer betydning for sygdomsforløb. Det ses, at denne læge tillægger NIP-skemaet en positiv betydning og mener, at han med skemaet bliver mindet om en vigtig faglig opmærksomhed. For denne læge er NIP altså mere end et skema, som udfyldes af pligt, men i øvrigt ikke tilfører noget konstruktivt til praksis. NIP er et arbejdsredskab, som giver skærpet fokus på et vigtigt område i behandlingen af patienten. Samtidig kan også denne læge siges at have en pragmatisk tilgang til NIP, når han siger, at det bare er et skema som så mange andre skemaer, og at han har udfyldt nogle, der er værre. Skemaet er altså et skema blandt mange, men samtidig et skema, som tilfører et vigtigt opmærksomhedspunkt i hans daglige arbejdspraksis – ikke kun for NIP-patienter, men for alle de patienter, som han indlægger.

Citatet rummer også en anden dimension af bekendelse. Når lægen gennem sit arbejde med skemaet fokuserer på risikofaktorer, og når den lægefaglige identitet præges af spørgsmål omkring patientens livsstil, kan det se ud, som om der skabes en relation mellem lægen og patienten, som kan forstås inden for rammen af bekendelse. Lægen bekender sig til NIP, når han tager NIP's fokusering på risikofaktorer på sig, og bliver dermed afhængig af, at patienten bekender sig til lægen om sin livsstil. Hermed etableres en gensidighed mellem lægen og patienten, hvor udfyldelse af NIP-skemaet forudsætter en relation mellem patienten og lægen, hvor patienten faktisk beretter om sin livsførelse og i en eller anden forstand bekender til lægen, hvad livet, maden og motionen består i. Lægen kan ikke udfylde NIP-skemaet uden sådanne beretninger fra patienterne. Man kunne hævde, at det er et generelt vilkår i sygdomsbehandlingen, at patientens bekendelser er en forudsætning for, at lægen kan forstå patientens sygdom – og dermed for at patienten kan blive behandlet. Når NIP-skemaet i tillæg bliver det instrument, som lægen ved indlæggelsen betjener sig af, så bliver denne gensidighed særlig tydelig, og den tilføjes en gensidighedsdimension, som består i, at ikke bare kan patienten ikke behandles uden adækvate beretninger om livsførelse, men lægen kan heller ikke gøre den del af sit arbejde, som handler om at dokumentere vha. NIP. Han skal – som altid – behandle, men han skal også dokumentere behandlingen.

Den pragmatiske læge fremtræder som en, der gør sin pligt og ikke gør det til et problem at arbejde med NIP – det tager kun få minutter at udfylde skemaet. Der er tilsyneladende ingen forbehold i forhold til at få opstartet skemaet, og NIP har endda nogle positive effekter. Gennemgående i det empiriske materiale er dog også, at der er situationer, hvor forvagterne kan fravælge NIP. Hvor det for sygeplejerskerne krævede de rigtige faglige argumenter, som ikke var eksplicitte for sygeplejerskerne, italesætter lægerne både travlhed og forsvundne skemaer som legitime grunde til at afvige fra NIP. Jeg vil altså nu vise, hvordan forvagterne i nogle situationer kan undvige NIP uden at positioneret som sundhedsprofessionelle, der ikke passer deres job. Det forklares sådan:

Gurli: Ja, problemet er – hvis skemaerne ikke ligger der, fordi så skal man igen i en travl situation gå ud og lede et eller andet sted for at finde et NIP-skema, og så bliver det ikke udfyldt, eller det bliver så meget nedprioriteret.

Jette: Ja, det er klart. Det bliver det jo også nødt til, ikke (Læger, hospital 2).

Lægerne er altså enige om, at de nødvendigvis må nedprioritere og måske helt droppe at opstarte NIP, hvis de ikke kan finde skemaet. Med travlheden formes altså en position, hvorfra det er muligt at fravælge NIP-skemaet. Af citatet ses også, at forvagterne ikke føler sig forpligtede ud over at udfylde skemaet. De taler, i modsætning til sygeplejerskerne, ikke om at tage ansvar for NIP. Og noget tyder på, at de kan prioritere andre opgaver højere end NIP – især hvis de i en travl situation ikke kan finde nogen NIP-skemaer. Dette står i modsætning til eksempelvis sygeplejersken, som følte sig stresset af at skulle prioritere NIP. Lægerne taler heller ikke om risikoen for at blive positioneret som dem, der ikke gør deres arbejde, som det var risikoen for sygeplejerskerne. Tværtimod ser det ud, som om lægerne synes, de gør deres arbejde, når de i travle situationer prioriterer andre opgaver end NIP. Men taler lægerne mon om en generel accept af en sådan praksis? I interviewet med nøglelægerne på hospital 2 taler de om travlhed. Nøglelægerne har et særligt ansvar for NIP, og derfor er det interessant at finde ud af, hvordan de forholder sig til NIP og travlhed. I interviewet med nøglelægerne diskuterer de udfordringerne i forhold til at få udfyldt NIP, og her relaterer de bl.a. til travlhed. Den ene siger:

Ditte: Men det er vel også et eller andet med, at hvad kan man forlange på de forskellige niveauer, ikke. Vi får jo også forvagter, som skifter hvert halve år, og de kommer ind i en travl neurologisk afdeling, så vi er nogle og 50 læger her, så de skal forholde sig til, ja, 500 journaler, ikke, altså, og så skal de huske alting, og hvis de så har skullet indlægge 13 patienter i døgnnet, så kan man ikke komme og slå dem i hovedet over, fordi de har glemt et skema, så det er lidt, at vi gør nogle gange det, at når vi opdager, at det er de samme, der ikke gør det, så begynder vi at returnere journalerne til dem, fordi de skal lære, at de skal gøre det – men hvis det er nogen, der ikke har gjort det, fordi de har haft sindssygt travlt, eller der har været dårlige patienter, så går vi ind, og så gør vi det selv. Men den der fælles ansvarlighed er jo særdeles vigtig i apopleksi-afsnittet, ikke [...] (Nøgletæger, hospital 2).

I citatet italesættes forvagterne som en broget skare på gennemrejse, som skal huske rigtig meget og forholde sig til rigtig mange patienter, dokumenter og kolleger. Forvagterne er en gruppe af sundhedsprofessionelle, der agerer i en kompleks arbejdspraksis, hvor der er rigtig meget at skulle holde styr på, og hvor der også tit er rigtig travlt. Dertil kan man tilføje, at forvagterne er forholdsvis nyuddannede læger, som derfor heller ikke har samme viden og erfaring – hverken omkring specialet eller omkring organiseringen af den neurologiske afdeling. Af citatet ses, at det for forvagterne betyder, at travlhed er et legitimt argument for ikke at udfylde NIP skemaet, for under de vilkår "[...] *kan man ikke komme og slå dem oven i hovedet over, fordi de har glemt et skema.*" Det ser altså ud, som om der er en generel accept af forvagten som den travle sundhedsprofessionelle, der kan styre uden om NIP. Forvagterne har tilsyneladende travlt på en anden måde end sygeplejerskerne – en måde, som giver dem mulighed for at overlade NIP til andre. Det er i situationer, hvor "[...] *de har haft sindssygt travlt, eller der har været dårlige patienter*". Nøgletægen siger, at i disse situationer "[...] *så går vi ind, og så gør vi det selv*". Samtidig er der også situationer, hvor nøgletægerne ikke udfylder skemaerne for forvagterne. Der er altså ikke altid muligt at styre uden om NIP i travle situationer. Det beskrives som de situationer, hvor nøgletægerne opdager "[...] *at det er de samme, der ikke gør det*". Det betyder, at systematisk undladelse ikke accepteres, men sanktioneres med, at skemaerne sendes retur til forvagterne, som selv må udfylde dem "*fordi de skal jo lære, at de skal gøre det*".

Det kan se ud, som om der tegner sig et mønster, hvor forvagterne i nogle situationer kan undvige NIP, mens det i andre situationer ikke er muligt. I situationer med travlhed og dårlige patienter bliver forvagtten positioneret som enten den travle sundhedsprofessionelle eller den forsømmende sundhedsprofessionelle. Grænsen mellem positionen som den travle og positionen som den forsømmende drages med systematikken – systematisk forsømmelse medfører repressalier. Hvis nøglelægerne vurderer, at der tegner sig en systematik i ikke at opstarte NIP-skemaet, defineres det ikke som udtryk for travlhed, men som udtryk for forsømmelse, hvilket medfører, at den enkelte læge gøres ansvarlig for at udfylde skemaet.

Tematikken om forsømmelse, som defineres af andre gennem vurdering, gælder ikke kun lægerne, men ses som et element i styringen af både læger og sygeplejersker i forhold til NIP. Samtidig adskiller de to professionsgrupper sig, når det for lægerne er legitimt at fravælge NIP, når de har travlt, mens det for sygeplejerskerne er mere uklart, hvilke argumenter der er gyldige i forhold til at fravælge NIP. Grænsen mellem den forsømmende og den travle læge er ikke klart defineret, men det er ikke noget, lægerne italesætter som et problem. Sygeplejerskerne fremhæver derimod, at det er et problem, at de er usikre på de argumenter, som er legitime i forhold til NIP – altså er NIP også her forbundet med uklare grænser. Men hvordan kan det være, at de to professionsgrupper forholder sig forskelligt til de uklare grænser? Det kan se ud, som om der er mere på spil for sygeplejerskerne end for lægerne; at det betyder mere for sygeplejerskernes professionsidentitet at blive positioneret som forsømmende sundhedsprofessionelle. Lægerne taler om NIP som en arbejdsopgave, men taler ikke om, at de ikke gør deres arbejde, hvis de ikke udfylder NIP. Sygeplejerskerne, derimod, taler om at være ansvarlig for NIP og om risikoen for at blive defineret som dem, der ikke gør deres arbejde, hvis de prioriterer NIP.

Den social- og sundhedsfaglige professionsidentitet

Social- og sundhedsassistenterne taler om NIP som en opgave, der skal løses. Det kommer eksempelvis til udtryk i et interview, hvor de diskuterer implementering af NIP. Den ene fortæller, ”*at det var et papir, de fik i hånden, og som de så satte ind i karded: ...Og så var det det*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2)

NIP relateres her til det konkrete skema og objektiveres som et stykke papir, som sættes ind i kardex til de andre papirer. Det betyder ikke, at NIP ikke er vigtigt – tværtimod ser det ud, som om det er vigtigt for social- og sundhedsassistenterne, at NIP bliver udfyldt. Når social- og sundhedsassistenten taler om det som et stykke papir som alle andre, ser jeg det nærmere som et udtryk for, at de ikke ser NIP som en særlig udfordring, men mere som en arbejdsopgave ligesom de arbejdsopgaver, der er med alle de andre skemaer. Italesættelsen af NIP som en arbejdsopgave er tæt relateret til en fortælling om at gøre, hvad der bliver sagt – en forståelse, som er gennemgående hos social- og sundhedsassistenterne. Eksempelvis siger den ene: ”*Vi er vant til at gøre, hvad der bliver sagt [griner]*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2), og en anden forklarer, at ”*Vi tænker ikke så meget [griner]*”, hvortil en siger ”*Vi gør det*”, og den anden fortsætter: ”*Vi gør det bare – vi gør, hvad der bliver sagt*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 1). Udtalelserne udløser grin, hvilket er interessant. Når de griner, kan det være med til at ”bløde lidt op” på den markante italesættelse af social- og sundhedsassistenter som en gruppe af sundhedsprofessionelle, der er vant til at gøre, som der bliver sagt, uden at de forholder sig kritisk til det.

Det kunne se ud, som om det at gøre, som der bliver sagt, hænger sammen med ikke at reflektere og dermed, at der for dem er ambivalens forbundet med at basere sin praksis på egne refleksioner, viden og vurderinger. For social- og sundhedsassistenterne er NIP altså tæt relateret til *at skulle*. Men samtidig italesættes kravet om at *skulle* som en mere generel tilgang i den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs – altså ikke et krav, som er specifikt knyttet til NIP. Social- og sundhedsassistenterne er enige om, at de næsten altid gør, hvad de får besked på, fordi ”[...] *det ikke kan nytte at stille op og brokke sig, hver gang der kommer et nyt skema*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2). På spørgsmålet, om der da er nogen, der gør det, siger den ene social- og sundhedsassistent: ”*Ja, men ved du hvad, så skal de da tage at blive voksne, ikke*” (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2) – en bemærkning, som ikke udløser grin eller protester.

Når social- og sundhedsassistenten her trækker på dikotomien voksen-barn, kan det ses som endnu en dimension af ambivalensen. De forbinder voksenattituden med at høre efter og gøre, hvad de bliver bedt om, mens ulydighed hører barndommen til. Citatet kan også ses som en afspejling af hospitalsvæ-

senet som et autoritært regime, hvor man skal lytte og parere ordre. Her er positionen som barn relateret til at undre sig og gøre modstand, mens regimet søger at etablere afrettede voksne, som indpasser sig og accepterer de regler og positioner, som regimet udpeger. Den social- og sundhedsfaglige professionsidentitet relateres til den voksne, ansvarlige medarbejder, som tilpasser sig de opgaver, som skal løses.

I analysen i forhold til social- og sundhedsassistenternes arbejdspraksis, har jeg vist, hvordan bekendelsen er relateret til at *skulle* og *burde* - mere end at *ville*. Denne tendens er gennemgående i de to interviews med social- og sundhedsassistenterne. Social- og sundhedsassistenterne på hospital 2 relaterer det til at både fordi der er stor politisk bevågenhed på projektet, og fordi der er økonomiske sanktioner forbundet med dårlige NIP-resultater. (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2). De forklarer det sådan:

Janni: Det handler om kroner og ører, jeg er ked af at sige det, men det gør det. Derfor så begrænser vi os ikke i vores faglige standarder, uanset om det er der eller ej. Men det er det, det bunder og grunder i, at hvis de er udfyldt forkert, og de ikke er tastet ind, jo så er det klart at ledelsen kommer ned og siger: ”Hallo, nu må I tage jer sammen”, fordi at [der tales i munden på hinanden].

Interviewer: Så det er simpelthen økonomi, siger I?

Sanne: Det er faktisk den, der er efter der så, ledelsen.

Janni: Ja

Mia: Ja, desværre (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2)

Citatet afspejler, hvordan NIP er noget social- og sundhedsassistenterne gør, fordi de skal. Den økonomiske rationalitet er i spil, når de siger, at det handler om økonomi. De ser ikke ud til at være enige i perspektivet, når Mia siger *ja*, *desværre*. Samtidig taler social- og sundhedsassistenterne om NIP som skemaer, der skal udfyldes, og at det er den del af NIP, som de skal gøre, og det er den del som ledelsen forlanger af dem. De siger samtidig, at det ikke begrænser dem i deres faglige standard, *uanset om det er der eller ej*. Her italesættes NIP altså ikke som noget, der kan øge kvaliteten af plejen, men tvært imod som noget, der truer deres faglige standard. Det kan relateres til ambivalens i social- og sundhedsassistenternes arbejdspraksis, hvor der med NIP stilles krav om at være på kontoret, imens social- og sundhedsassistenternes faglighed er tæt relateret til arbejdet med patienterne ud på stuerne.

Social- og sundhedsassistenterne diskuterer NIP og kontorarbejde:

Mia: Lidt svaghed er også tid.

Sanne: Men det er jo også fordi, al form for dokumentering - det tager tid. Det ene med det andet til sammen.

Mia: Og det er ikke spor interessant at sidde inde på det kontor [griner]

Interviewer: Nej, det er ikke det, du synes, der er vigtigt

Mia: Nej, selvom der er andre, der synes det, så synes jeg det ikke.

Interviewer: Synes alle andre det?

Janni: Det skal jo gøres, ikke? [mumlen]

Interviewer: At dokumentere?

Janni: Ja, det skal jo gøres. Jamen det skal jo også gøres, fordi at så kan du jo bevise sort på hvidt, at det er det, det er gjort (social- og sundhedsassistenter, hospital 2)

I dette citat er flere forhold i spil. For det første ses også her, at social- og sundhedsassistenterne er en profession, som forholder sig til arbejdsopgaverne som nogle, der skal gøres. Eksempelvis når Janni slutter med at sige *Ja, det skal jo gøres*, – en kommentar som ingen tilsyneladende er uenige i. Samtidig er der noget på spil i forhold til kontorarbejdet, når Mia siger, at det ikke er interessant at sidde inde på kontoret. Samtidig siger hun, at andre finder det interessant at sidde på kontoret, hvorved der med ambivalensen pågår en kamp om afgrænsning af den social- og sundhedsfaglige professionsdiskurs om det centrale i diskursen. Analysen viser, at det i professionsdiskursen er centralt at løse de arbejdsopgaver, man bliver sat til. Men samtidig er det også centralt at være ude ved patienterne, mens arbejdsopgaven NIP italesættes som kontorarbejde. Dermed opstår en ambivalens omkring NIP, som kan forklare at social- og sundhedsassistenterne understreger, at NIP ikke reducerer deres faglige niveau. De håndterer ambivalensen ved at fokusere på NIP som at *skulle-burde* NIP som en arbejdsopgave, de har pligt til at udføre, mens de samtidig sikrer sig, at det ikke tager tid fra patienterne.

Citatet kan også ses som en forhandling om social- og sundhedsassistenters kernefaglighed. I afdelingerne udpeges to positioner: En position hvorfra social- og sundhedsassistenterne har pleje af patienter som kernefaglighed, og en position hvorfra den fleksible medarbejder formes. Den fleksible medarbejder løser de opgaver, der er behov for, fordi, som Janni siger,

ja, det skal jo gøres. Når hun fortsætter med at sige *at så kan du jo bevise sort på hvidt at det er det, det er gjort*, så afspejler det også, at social- og sundhedsassistenterne er i en position, hvor de skal bevise deres faglighed og deres handlinger.

Sammenfattende kan det siges, at social- og sundhedsassistenterne er en profession, som forhandler om deres faglighed. I denne forhandling er der to positioner i spil. Deres italesættelser af NIP er orienteret mod *at skulle* og *at burde*, og ikke imod *at ville*. Analysen afspejler således, at deres bekendelse til NIP er relateret til *skulle-burde*. Dermed ses der med denne analyse en variation i formen for bekendelse, som ikke var i spil hos lægerne og sygeplejerskerne.

I analysen fokuserede jeg på, hvordan de tre professioner alle bekender sig til NIP, men på forskellige måder. Desuden viste jeg, at der med NIP skabes forskellige rum for bekendelse – at spørgsmål i NIP-skemaet både skabte et rum, hvor lægen *skulle* bekende sig til NIP, og et rum, hvor patienten *skulle* bekende sig til lægen. Analysen afspejlede dobbeltheden i bekendelsen til NIP, hvor de sundhedsprofessionelle både *skulle* og *ville* NIP. Her tegnede sig et mønster af, at professionsdiskurserne afgrænses i professionernes måde at bekende sig til NIP på. For sygeplejerskerne handlede det om at *skulle-ville* NIP. For social- og sundhedsassistenterne virkede styringen igennem at *skulle-burde*, som en styring, der relateres til pligt, skyld og skam – at *burde*. Lægerne skal også vise deres vilje til NIP gennem at *skulle-ville*, men samtidig i nogle situationer ikke at *skulle*, fordi de er forpligtet på andre vigtige opgaver. Jeg vil nu bevæge mig tættere på disse vedståelsesrelationer, hvor de sundhedsprofessionelle bekender sig til NIP. Nogle vedståelsesrelationer opstår spontant i den daglige praksis, mens andre skabes i samarbejdet omkring overflyttelse af patienterne.

Jeg vil i den næste analysedel vise, hvordan bekendelsen, *at skulle-ville*, har betydning for det, der sker i de forskellige relationer, og samtidig at det, der sker i vedståelsesrelationerne, har betydning for styringen på forskellige måder. Analysens hovedfokus vil være på bekendelse, men samtidig vil jeg også fokusere på de ambivalenser, som produceres med NIP, og som er i spil i de forskellige relationer.

Vedståelsesrelationer skaber rammer om de sundhedsprofessionelles samarbejde

I første analysedel viste jeg, hvordan der opstod en gensidighed mellem lægen og patienten, og hvordan gensidigheden har betydning for, at lægen kan forstå patienten, og derfor også for, at patienten kan få en adækvat behandling. I afdelingerne opstår der også i samarbejdet omkring NIP nogle relationer mellem de sundhedsprofessionelle. På et område ligner relationerne, der opstår mellem de sundhedsprofessionelle, den relation, som opstod mellem lægen og patienten, nemlig at relationerne baserer sig på en eller anden gensidighed. Med NIP skabes gensidighed mellem sundhedsprofessionelle på tværs af afdelinger og hospitaler. Når NIP-resultaterne er i spil, etableres gensidigheden gennem sammenligning af resultater – at de sundhedsprofessionelle ikke kun er fokuseret på egen praksis og ikke kun vurderes på egen praksis, men på egen praksis i relation til andres praksis. Gensidigheden i relationerne, som handler om skemaer eller krydser, som mangler, opstår, fordi afdelingen, som overtager patienten, også overtager NIP-skemaet og de dårlige NIP-resultater. Det betyder, at hvis indikatorerne ikke er opfyldt inden for tidsfristerne, eller hvis handlingerne ikke er dokumenteret for en patient, som overflyttes, så er det den afdeling, som modtager patienten, som skal indtaste resultaterne, hvorved det kommer til at få betydning for resultaterne for den afdeling, som har modtaget patienten og de dårlige resultater.

Gensidigheden er med til at karakterisere relationerne, men de har også andre karakteristika i forhold til både indhold og form. I indledningen til dette kapitel kalder jeg disse relationer for vedståelsesrelationer, et analytisk blik, som er inspireret af bekendelsen.

Jeg vil i denne analysedel fokusere på den struktur, som karakteriserer vedståelsesrelationerne, her med fokus på de spontane vedståelsesrelationer som etableres med styringen. Dette er for at vise både mønstre og mangfoldighed i den måde, som relationerne udspiller sig på i afdelingerne. Jeg vil især fokusere på, hvordan relationerne er med til at forme subjekter på forskellige måder. I vedståelsesrelationerne positioneres nogle sundhedsprofessionelle til at bekende sig om forhold omkring NIP, som ikke fungerer, mens andre positioneres som dem, der bekendes til. Positionerne er ikke relateret til bestemte professioner eller bestemte funktioner, men skabes i relation til samarbejdet omkring NIP – til krydser, til skemaer, til resultater.

Dårlige NIP-tal skaber vedståelsesrelationer

I afdelingerne viser sig en mangfoldighed af opmærksomhed omkring NIP-resultaterne. De sundhedsprofessionelle har både øje for egne og andre resultater, og der sammenlignes mellem afdelinger, hospitaler og regioner. Hospitalerne har typisk udvalgt sig en konkurrent, som de sammenligner sig med – en konkurrent, som har bedre resultater, men samtidig en konkurrent, som afdelingen har en realistisk mulighed for at nå. Hospital 1 sammenligner sig typisk med hospital 2, som i en længere periode har haft bedre resultater, mens hospital 2 sammenligner sig med et hospital i en anden region, som ifølge hospital 2 har landets bedste resultater for NIP.

I et interview med social- og sundhedsassistenter fra hospital 2 taler de om, hvad det betyder at have gode NIP-tal, og den ene fortæller om en telefonsamtale med en sygeplejerske fra hospital 1:

Janni: Nå jo, men man bliver jo også ligesom anerkendt udefra, hvorved at man siger, at jeg har blandt andet engang haft en sygeplejerske i røret udefra [Hospital 1], der ringede til mig og sagde: ”Sig mig lige engang: Hvordan søren får I implementeret det der NIP?” For de er dårlige, skal jeg hilse og sige, ikke. Og så sagde jeg til hende, jamen, jeg kan faktisk ikke sige dig det, for det er en naturlig arbejdsgang, og hvis man betragter det som en naturlig arbejdsgang, så er det ikke noget problem.

Mia: Det var derfor, du fik en sparegris i år, sidste år, i julegave [griner].

Janni: Nej, men altså, der undrede det mig, at hun kunne finde på at ringe og spørge, hvordan man gør det. Og så er man jo glad. (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Social- og sundhedsassistenten Janni taler her om den anerkendelse, som hun oplever, at der følger med de gode resultater. Her lægger hun vægt på, at anerkendelsen kommer udefra, altså at NIP ikke bare gør det muligt at sammenligne, men at der også foregår sammenligninger mellem hospitalerne, som betyder, at nogle hospitaler bliver de gode, og andre de dårlige. Når hun fortæller om samtalen med sygeplejersken fra hospital 1, bekræftes det, at de sundhedsprofessionelle har styr på både egne og andres NIP-resultater. Sygeplejersken ved, at de på hospital 1 har dårligere tal end hospital 2, ligesom social- og sundhedsassistenten også har helt styr på de dårlige resultater på hospital 1, når hun siger ”[...] for de har dårlige tal, skal jeg hilse og sige, ikke”. Samta-

len mellem de to sundhedsprofessionelle er en samtale om dårlige NIP-resultater og kan derfor ses som en variation af en bekendelsesrelation. Her er det karakteristisk, at de to sundhedsprofessionelle positioneres med NIP-resultaterne, hvor sygeplejersken i samtalen vedkender sig afdelingens dårlige resultater. Social- og sundhedsassistenten positioneres både som hende, der skal lytte, og som hende, der skal give gode råd, når sygeplejersken spørger: ”*Hvordan søren får I implementeret det der NIP?*”. Begge sundhedsprofessionelle ser ud til at acceptere deres positioner og den struktur, som det giver på relationen. Når social- og sundhedsassistenten undrer sig over, at sygeplejersken kan finde på at ringe og spørge, kan det samtidig pege på, at der ikke er tale om hverdagspraksis, men om en særlig situation.

Med eksemplet ses altså, hvordan der med NIP skabes flere positioner, og at de sundhedsprofessionelle positioneres på bestemte måder, som kan relateres til NIP. Karakteristisk for positionerne i denne situation er, at de foregår i forhold til kategorierne ”god til NIP” og ”dårlig til NIP”. Den ene er god til NIP og positioneres som den, der skal lytte, og den, der kan give gode råd, mens den anden er dårlig (eller dårligere) til NIP og dermed positioneres som den, der skal fortælle og vedstå de dårlige resultater. Det betyder, at kategoriseringen af de gode og de dårlige virker på tværs af andre kategoriseringer – her den professionsfaglige kategorisering. Det betyder, at kategoriseringen i de gode og de dårlige er dominerende og medfører forskydninger i andre typer hierarkiseringer af kategorier, som eksempelvis hierarkiseringer i professioner, kompetencer og funktioner.

I det konkrete eksempel kan det se ud, som om der sker en forskydning af den traditionelle hierarkiske kategorisering af professionerne – både når sygeplejersken spørger social- og sundhedsassistenten om hjælp, og når social- og sundhedsassistenten svarer i stedet for at henvise til en sygeplejerske eller en sygeplejefaglig leder. Samtidig kan det se ud, som om der også sker en forskydning af det traditionelle ledelsesmæssige ansvar for implementering, hvor sygeplejersken tager ansvar for implementeringen af NIP, når hun spørger sygeplejersken, hvordan de bærer sig ad.

Forsvundne NIP-skemaer skaber vedståelsesrelationer

NIP-skemaerne kan ses som den materialiserede og konkrete udmøntning af NIP. Alle patienter med diagnosen apopleksi skal have et NIP-skema, og de

fleste patienter har et skema. Viser det sig, at patienter bliver indlagt i afdelingen uden et skema, så startes skemaet op på afdelingen. I afdelingerne er der eksempler på, at det ikke kun er lægerne, men alle sundhedsprofessionelle, som opstarter skemaet, når de opdager, at patienten ikke har et skema. Det ser altså ikke ud, som om der opstår vedståelsesrelationer omkring skemaerne internt i afdelingerne. Jeg har ikke nogen eksempler på, at den læge, som har indlagt patienten, bliver kontaktet med henblik på at opstarte skemaet. Godt nok viste jeg i første del af analysen, hvordan lægerne fra positionen som den forsømmende læge fik skemaet retur, men den proces adskiller sig fra vedståelsesrelationen, fordi de returnerede skemaer typisk er en administrativ proces, hvor skema og journal lægges til lægen efter patientens udskrivelse. Der er altså ingen relation forbundet med processen, hvorfor processen omkring at sende skemaet retur til den forsømmende læge mere kan ses som en administrativ rutine end en vedståelsesrelation.

Til gengæld er der en tendens til, at vedståelsesrelationerne skabes, når patienter overflyttes mellem afdelinger på samme hospital eller mellem afdelinger på forskellige hospitaler. Her tegner sig et mønster, hvor vedståelsesrelationerne især opstår, når patienterne overflyttes mellem hospitaler – i nogle situationer opstår relationerne mellem sygeplejeledelsen på hospitalerne, men ofte mellem de sundhedsprofessionelle, som henholdsvis udskriver og modtager den konkrete patient, eksempelvis i nedenstående uddrag af et feltnotat, hvor hospital 2 har modtaget en patient fra et andet hospital:

Det viser sig, at der ikke er medsendt et NIP-skema på patienten. Fysioterapeuten opdager det, da hun vil dokumentere, at hun har været hos patienten og vurderet, at fysioterapeutisk træning ikke er fagligt relevant. Overlægen siger til hende: *”Den klarer jeg; det skal glæde mig at ringe til dem og sige det”*. Overlægen kender rigtig mange sundhedsfaglige på de forskellige hospitaler, fordi han har været ansat på mange hospitaler. Det lyder også, som om han kender hende, han taler med, og da han ringer, er det med et smil på læben. Han siger: *”Jamen, det er jo meget vigtigt, at I medsender NIP-skemaet”*. Da han havde lagt røret på, siger han, at han næsten ikke kan holde det ud, at skulle bruge tid og energi på at ringe efter sådan noget – at han skal have fokus på det (Feltnotat 21).

Feltnotatet rummer ambivalens. På den ene side melder lægen sig til at ringe til hospitalet, som patienten kommer fra, og på den anden siger han, at han næsten ikke kan holde det ud. Men hvordan kan denne ambivalens forstås, og hvordan kan samtalen ses som en vedståelsesrelation? Når overlægen melder sig til at ringe efter skemaet, kan det ses som en dimension af at *skulle* NIP. Der er noget, som gør, at lægen vurderer, at han i situationen skal handle, selv om der umiddelbart kunne være andre løsninger, som at fysioterapeuten ringer, eller at de opstarter et nyt skema. Men hvorfor?

Lægen er overlæge for to afsnit og må formodes at have en vis frihed til at træffe egne beslutninger. Men måske er det netop i sin position af overlæge, at han er nødt til vise sin velvilje til NIP i samarbejdet med de andre professionsgrupper? En overlæge på hospital 1 siger i et interview, at det er endnu værre, hvis en overlæge ikke har udfyldt skemaet, end hvis en forvagt ikke har gjort det (Læger, hospital 1). Det kan tyde på, at overlægerne positioneres som særligt forpligtede på NIP. Når overlægen melder sig til at ringe, kan det også ses i lyset af en generel tendens til, at de sundhedsprofessionelle skal ringe og gøre opmærksom på, hvad NIP mangler, eller hvad der ikke er korrekt. Især på hospital 2 er en af nøglelægerne meget eksplicit omkring det krav til de sundhedsprofessionelle. Ved møderne i den regionale auditgruppe har nøglelægen fra hospital 2 i flere sammenhænge understreget, at hospitalet, som overflytter patienten, har ansvar for at medsende NIP-skemaet, og at hospitalet, som modtager patienten, er forpligtet på at ringe, hvis der ikke er sendt et NIP-skema med patienten (Regional auditgruppe, nov. 2010). På det regionale auditmøde fremførte andre samme typer af argumenter, og tilsyneladende var ingen uenige – i hvert fald var der ingen protester, modsigelser eller betragtninger, som kom på tværs af denne praksis.

Vedståelsesrelationen skabes med lægens opringning til den afdeling, som patienten er overflyttet fra. Lægen siger, at han ikke kan holde ud at skulle bruge tid og energi på at ringe om sådan noget, men det er først noget, han siger efter samtalen. Under samtalen udtrykker han ikke denne frustration, men indtager positionen som lytteren i vedståelsesrelationen – både når han melder sig til at ringe, og når han viderebringer budskabet om, at NIP er vigtigt. Når han ikke giver udtryk for sin ambivalens, kommer han til at fremstå tydelig i positionen, hvilket er med til at konstituere positionen såvel som positionere den sundhedsprofessionelle, som han taler med. Denne sundheds-

professionelle skal vedstå ikke at have gjort det godt nok i positionen som den, der skal tale om fejl og mangler. Altså ses her, at en sundhedsprofessionel involverer sig i en problemstilling omkring NIP, til trods for at han giver udtryk for, at det ikke er meningsfuldt, og at der skabes en vedståelsesrelation, som ikke er præget af ambivalens, men derimod af tydeligt udpegede positioner.

For en sikkerheds skyld (i offensiv mod vedståelsesrelationen)

På afdelinger sker det også, at de sundhedsprofessionelle udfylder NIP-skemaet ”for en sikkerheds skyld”. Vedståelsesrelation ser ud til at have en betydning, når NIP-skemaet udfyldes ”for en sikkerheds skyld”, fordi det betyder, at de sundhedsprofessionelle så undgår en vedståelsesrelation. Men når NIP-skemaet udfyldes for en sikkerheds skyld, skaber det uklarhed og ugenkendelighed i kategoriseringen – ugenkendelighed af patienten og tvetydighed i NIP-skemaet. Det ses bl.a. i et feltnotat, hvor jeg følges med en sygeplejerske, som skal overflytte to patienter:

Den ene patient skal overflyttes til et andet hospital, og nøglesygeplejersken siger, at sygeplejersken skal huske at udfylde NIP-skemaet, som skal sendes med patienten. Sygeplejersken går i gang med at sætte krydser, men siger til mig, at hun ikke rigtig kan forstå, hvorfor hun skal udfylde skemaet, for patienten er indlagt med en krampeproblematik og ikke en ny apopleksi – hun har en apopleksi fra tidligere, som giver hende symptomer. Hun konfronterer nøglesygeplejersken med den problemstilling flere gange, men nøglesygeplejersken fastholder, at der skal udfyldes NIP-skema. Første gang holder nøglesygeplejersken fast i, at patienten har haft et nyt infarkt [en ny blodprop i hjernen], men anden gang siger hun, at patienten måske ikke har haft et nyt infarkt, men at skemaet skal sendes med for en sikkerheds skyld. Hun siger, at det hospital, som skal modtage patienten, selv kan bestemme, hvad de vil, fordi ellers ”[...] så ringer de bare” (Feltnotat 10)

I denne situation er nøglesygeplejersken på banen for at minde sygeplejersken om, at hun skal huske at udfylde NIP-skemaet. Sygeplejersken har i denne situation svært ved at genkende patienten som en patient med en ny apopleksi. Det afspejler sig i, at hun har svært ved at udfylde NIP-skemaet. Men hvad er mon i spil her? I hvert fald er rationaliteten kategorisering i spil – ikke at den ikke har været i spil i analysen indtil nu, men her fremstår den tydeligt. Patien-

ten befinder sig i gråzonen af diagnosen apopleksi, når hun har nogle symptomer på en apopleksi, men det samtidig er en gammel apopleksi. Det ser ud til at betyde, at patientkategorien bliver uklar, og at sygeplejersken har svært ved at genkende patienten som en patient med apopleksi, hvilket betyder, at hun har svært ved at udfylde NIP-skemaet. Der er uoverensstemmelse mellem svarmulighederne i NIP-skemaet og det konkrete patientforløb.

Sygeplejersken forsøger flere gange at undslå sig at udfylde NIP-skemaet, men nøglesygeplejersken insisterer på, at skemaet skal udfyldes. Når det er svært for sygeplejersken at bekende sig til NIP i situationen, ser det ikke ud til at være, fordi hun vil undgå NIP – altså ikke fordi hun ikke *vil* NIP, men fordi hun ikke kan NIP. I NIP-skemaet er nogle implicite kategoriseringer, som passer til de patienter, som skal inkluderes i NIP. Kategoriseringen trækker på det medicinske diagnosesystem og trækker på den medicinske diskurs, med spørgsmål, som er orienteret om patientens symptomer. Sygeplejersken kan ikke genkende patienten inden for kategorien, og det gør det vanskeligt for hende at udfylde skemaet. I situationen er nøglesygeplejersken vedholdende, først med henvisning til at patienten har apopleksi og derfor er placeret inden for diagnosen og senere med henvisning til det hospital, som skal modtage patienten, for ellers ”[...] så ringer de bare”. Nøglesygeplejersken fastholder altså en placering af patienten inden for kategorien apopleksi, først med afsæt i lægevidenskabens diagnosesystem og derefter med afsæt i organisatoriske samarbejdsrelationer med andre hospitaler. Skemaet bliver udfyldt, patienten inkluderes i NIP, og afdelingen, som overflytter patienten, viser, at de har styr på tingene og medsendt skemaet.

Sygeplejersken positioneres i denne situation som den sundhedsprofessionelle, der *skal kunne* NIP og *skal ville* NIP. Når patienten har et NIP-skema med ved overflyttelsen, betyder det, at de sikrer sig imod positionen som dem, der ikke har gjort deres job. Og der er tilsyneladende noget på spil for nøglesygeplejersken, siden hun fastholder, at sygeplejersken skal udfylde skemaet, også efter at hun selv har udtrykt en tvivl om diagnosen. Her tager hun afsæt i en administrativ, mere end en medicinsk diskurs, når der fokuseres på at få sendt et udfyldt skema med mere end at få afklaret, om patienten faktisk skal inkluderes i NIP. Hverken sygeplejersken eller nøglesygeplejersken overvejede at kontakte en læge for afklaring af diagnosen. Dermed forstærkes den administrative diskurs – her gælder det mere om at få udfyldt et skema og dermed

sikre, at alle papirer kan sendes med patienten, mere end om at afklare diagnosen. Samtidig er det også med til at konstituere de sundhedsprofessionelle i afdelingen, som overflytter patienten, i positionen som potentielle lyttere i vedståelsesrelationen.

I denne analysedel har jeg vist, hvordan der med strukturen i vedståelsesrelationerne sker en forskydning i feltets etablerede hierarkier, både mellem afdelinger, professioner og ledelse. De sundhedsprofessionelle er konstitueret i de to positioner, som etableres i vedståelsesrelationerne, til trods for at der med positionerne skabes ambivalens. Analysen viste, at ikke alle sundhedsprofessionelle bryder sig om positionen som lytter, ligesom den potentielle risiko for at blive positioneret som den, der skal vedstå, medførte forskydninger i praksis fra en medicinsk logik til en administrativ logik omkring overflyttelsen af patienter. Vedståelsesrelationerne er samtidig et rum for at vise egen, andres og afdelingens villighed til NIP, hvor de sundhedsprofessionelle gennem samarbejdet om NIP viser, at de prioriterer NIP og er villige til at skabe orden omkring NIP, når de ringer efter skemaer og medsender skemaer for en sikkerheds skyld. Her demonstrerer analysen, hvordan styringen fungerer gennem alles villighed til at ville NIP og villighed til at positioneres i vedståelsesrelationerne. I eksemplet med patienten, der skal overflyttes, har det betydning for nøglesygeplejerskens handlinger, at afdelingssygeplejersken på den afdeling, der skal modtage patienten, vil ringe, hvis NIP-skemaet ikke er medsendt. Altså har den modtagende afdelings villighed til at indtage positionen som lytter i samarbejdet omkring overflyttelse betydning for nøglesygeplejerskens villighed til at vise, at hun vil NIP, for at undgå positionen som den, der skal vedstå. Altså konstituerer villigheden til den ene position også andre positioner.

NIP-møder som formaliserede vedståelsesrelationer

Hvor sidste analysedel var struktureret omkring de spontane vedståelsesrelationer, som opstår i samarbejdet omkring NIP, vil jeg nu rette blikket mod en anden variant – vedståelsesrelationer, som opstår ved de formaliserede møder på forskellige niveauer. På møderne sættes fokus på samarbejde omkring NIP, og møderne afvikles både lokalt i afdelingerne og i den regionale auditgruppe. På møderne tages der blandt andet stilling til NIP-resultaterne, og en nøglelæ-

ge beskriver strukturen af møderne i NIP, når hun fortæller om styrken ved NIP. Hun forklarer det på denne måde:

Ditte: [...] at det er jo noget ekstra arbejde, og sådan i dagligdagen. Nu ser jeg det nok også meget sådan oppefra – hvad hedder det – og der er det nødvendigt. Og det, der har været godt ved NIP, har jo hele tiden været, at man har krævet, at der skulle tages stilling til tallene, først i apopleksienhederne, så på afdelingsniveau, så på hospitalsdirektionsniveau og så ind i amtet, nu regionerne, og det står indskrevet i NIP, og det synes jeg har været rigtig godt, helt fra starten af, fordi ellers så sidder aben ligesom altid på afdelingens personale og klinikernes skuldre – at vi ikke gør det godt nok – men her, der er sådan en analyse over, jamen, hvorfor er det godt, og har vi overhovedet mulighed for at gøre det godt nok, og det er indbygget i NIP – at det så ikke altid bliver fulgt, kan man sige[...] (Nøglelæger, hospital 2).

Nøglelægen ser det altså som en styrke, at der i NIP er et krav om, at der skal ”*tages stilling til tallene*” på de forskellige organisatoriske niveauer. Jeg vil fortsætte denne analysedel med at se på, hvad der sker på møderne, som jeg inden for min analytiske ramme kalder de formaliserede vedståelsesrelationer. Her vil jeg vise, hvordan der også på disse møder er en særlig form og struktur, og vise, at der også i de formaliserede vedståelsesrelationer udpeges subjektpositioner, som sætter rammer for, hvem der kan sige hvad – processer, som er tæt relateret til NIP-resultater.

Forskydning af NIP fra ritual til handling

I citatet fremhævede lægen Ditte det som en god intention, at der i NIP skal tages stilling til tallene på alle niveauer, mens hun tilføjer, at det er en god intention, som ikke altid bliver fulgt op. Det er en kommentar, som er interessant at dvæle ved, fordi kommentaren rummer en pointe omkring NIP ”før og nu”, hvor tendensen er en stærk insisteren på, at NIP nu skal tages alvorligt og fungere. Jeg tænker, at lægen her refererer til en problemstilling, som blev rejst ved et møde i den regionale auditgruppe. På mødet påpegede repræsentanten fra det regionale kvalitetsråd, at der gennem tiden er udarbejdet mange velskrevne planer, som dog ikke er blevet realiseret (Regional auditgruppe, nov. 2010). Altså er der afholdt møder, hvor NIP-resultaterne er diskuteret, og alle har bekendt deres velvilje og gode hensigter, men møderne har haft karakter af noget rituelt og har ikke været fulgt op af handling.

Det afspejler en udvikling i retning af, at det ikke længere er nok at vedstå sig dårlige NIP-resultater, men at vedståelsen skal føre til handling og ændringer af praksis – ændringer, som afspejler sig i forbedrede NIP-tal. Af referatet fra et møde mellem det regionale kvalitetsråd og den regionale auditgruppe angives baggrunden for mødet som følgende: ”Resultaterne i den seneste rapport vedrørende NIP har været utilfredsstillende på en række indikatorer. Sammenholdt med de tidligere år er resultaterne i det væsentlige uændrede,” og videre om den fremadrettede plan står bl.a., ”at regionen vil understøtte og iværksætte initiativer, der forbedrer resultaterne væsentligt i løbet af de kommende år” (Regional auditgruppe, maj 2010). Beskrivelsen af regionens jævnt dårlige NIP-tal er gennemgående i mødereferaterne, ligesom der er en gennemgående fortælling om, at nu skal tallene forbedres. Dette skift tilskrives især regionens øgede interesse for og krav til NIP-resultaterne – en interesse, som har forplantet sig hos hospitalsdirektioner og afdelingsledelser.

En fysioterapeut forklarer tidligere tiders dårlige resultater og manglende handlinger, når hun siger, at den politiske bevågenhed heller ikke har været der tidligere, og at der ikke har været ledelsesmæssig opbakning, til trods for at det altid har været indbygget i NIP, at der har været et ansvar fra ledelsesniveauet over (NIP-sekretariatet 2010b:2). Hvis tendenserne ses i lyset af bekendelse, har bekendelsen tidligere haft karakter af et kollektivt ritual, hvor udvalgte nøgleprofessionelle har bekendt sig til NIP og produceret velskrevne planer for NIP. I 2010 kommer der politisk bevågenhed på NIP, og regionen og hospitalsdirektionerne viser nu også deres vilje til NIP. I vedståelsesrelationerne er bekendelsen ikke længere blot et kollektivt ritual. Repræsentanter fra direktion og region indtræder i NIP-grupperne for at sikre, at planerne omsættes i handlinger. I den regionale auditgruppe indsættes en repræsentant fra det regionale kvalitetsråd, og i den lokale auditgruppe på hospital 1 indsættes en repræsentant fra hospitalsdirektionen.

Dårlige NIP-tal skaber vedståelsesrelation mellem hospitalsdirektion og afdeling

Jeg vil nu tage afsæt i et møde på hospital 1 – et møde mellem hospitalsdirektionen og den neurologiske afdeling, som er blevet til på initiativ fra direktionen. Jeg vil vise, hvordan mødet kan ses som en vedståelsesrelation, hvor de forskellige sundhedsprofessionelle positioneres forskelligt, men ligesom tidli-

gere positioneres i forhold til NIP – her primært NIP-resultater – hvor afdelingernes specifikke NIP-resultater sætter rammer for de sundhedsprofessionelles positioner under mødet. Og dermed får det betydning for, hvem der kan tale om hvad, og desuden hvordan rationaliteterne er i spil og har betydning for det, der kan siges og gøres.

Hospitalsdirektionens villighed til NIP

Først lidt om baggrunden for mødet: Mødet er et i en række af møder mellem den neurologiske afdeling og hospitalsdirektionen, møder, som arrangeres på direktionens initiativ, og som har NIP-resultater som omdrejningspunkt. Mødet kan ses i lyset af den øgede politiske interesse for NIP, som også har en afsmittende effekt på de enkelte hospitaler. Tidligere var møderne omkring NIP interne på den neurologiske afdeling, men den øgede interesse for NIP betyder, at direktionen har taget initiativ til disse møder med afdelingen. Direktionen har lavet en kontrakt med afdelingen, hvor målet er at 90 % af alle apopleksipatienter skal have opfyldt alle indikatorer inden for tidsfristerne i NIP (Lokal auditgruppe, okt. 2010). Indikatoren om opfyldelse af alle indikatorer inden for tidsfristen kaldes All-or-None i NIP. I 2010 fik ca. 20 % af patienterne opfyldt alle indikatorer, hvorfor målet på 90 % kan ses som ganske ambitiøst. Når direktionen indgår denne kontrakt, viser de deres velvilje til NIP ved at sætte mål for behandlingen, som ligger ud over, hvad der kræves i NIP og langt ud over tidligere resultater. I NIP er der ingen fastsat standard for indikatoren All-or-None. I årsrapporten fra 2010 står der: ”Der er ikke fastsat standarder for, hvor mange patienter der bør have den komplette behandlingspakke, men resultaterne viser, at mens der opnås store forbedringer, er der fortsat forskelle i behandlingskvaliteten mellem regionerne”. (NIP-sekretariatet 2010b:2). Det er altså en indikator, som hospitaler og regioner måles på, og hvor resultaterne opgøres i årsrapporten. Når direktionen samtidig arrangerer møder, som har karakter af vedståelsesrelationer, viser direktionen, at deres velvilje til NIP ikke bare er retorisk, men også følges op af handling – direktionen vil NIP, også langt ud over grænserne for, hvad de skal i NIP.

Mødebilag som strukturerende for vedståelsesrelationen

Efter denne korte intro til NIP-mødet, er det nu tid til at bevæge sig tættere på bekendelsesrelationen, hvor jeg vil tage afsæt i et feltnotat fra et konkret møde, som er et i en række af møder.

I et uddrag af feltnotatet fra mødet skrev jeg:

På dette møde deltager to afdelingssygeplejersker, to nøglesygeplejersker, den administrerende overlæge, to nøglelæger, den ledende lægesekretær, den administrerende oversygeplejerske, den kliniske oversygeplejerske og en konsulent fra kvalitetsafdelingen (en repræsentant fra direktionen, som deltog på vegne af hospitalets lægelige direktør, som havde meldt sin deltagelse i mødet, men ikke dukkede op).

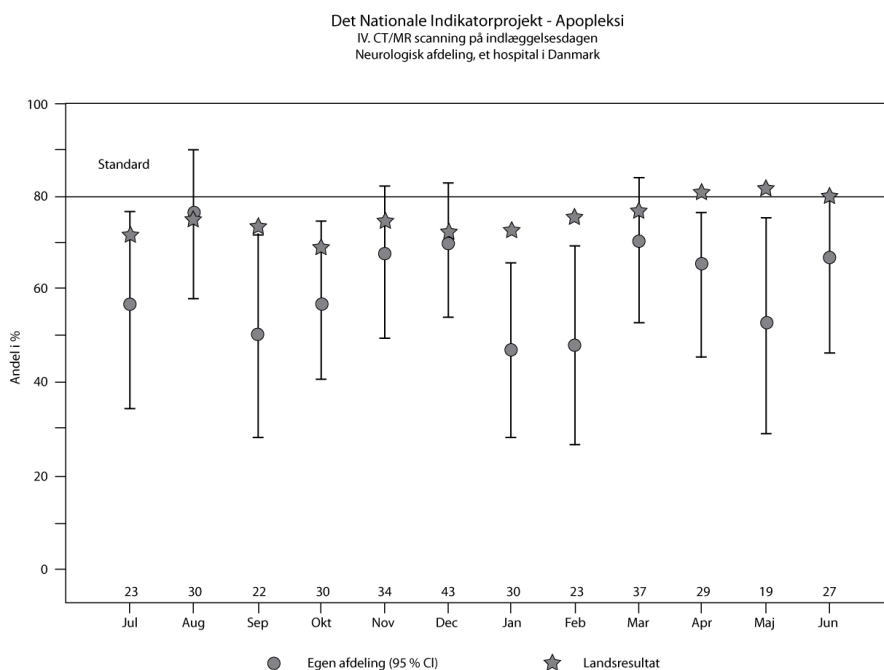
Mødet var struktureret omkring det skriftlige materiale, som den kliniske oversygeplejerske havde udarbejdet som bilag til mødet. Bilaget indeholdt primært resultater fra NIP-databasen, som viste status nu sammenlignet med maj måned for alle NIP-indikatorer, samt mere detaljerede skemaer for hver NIP-indikator, hvor man kan følge udviklingen. Desuden indeholdt bilaget også et skema for landsgennemsnittet, så man på den måde kunne sammenligne hospitalet med regionens øvrige neurologiske afdelinger. Disse tal strukturerede den første del af mødet, hvor konsulenten fra direktionen spurgte til indikatorerne en efter en, lyttede til deltagernes forklaringer, analyser og handlingsforslag i forhold til forbedring og egenhændigt besluttede, hvornår det var relevant at gå videre til næste punkt.

I forbindelse med nøglesygeplejerskens gennemgang af atten patientforløb med specifikke forklaringer på, at de atten patienter ikke havde fået foretaget scanninger inden for tidsrammen, foreslog en af afdelingssygeplejerskerne at gå videre i mødet, da alt det, nøglesygeplejersken sagde, var skrevet ind i et skema, som de alle havde fået tilsendt som bilag til mødet. Hertil svarede konsulenten, at han gerne ville høre om forløbene et efter et (Lokal auditgruppe, okt. 2010)

I feltnotatet er der især to perspektiver, som er interessante i analysen inden for rammen af bekendelse – et perspektiv omkring det skriftlige materiale, som mødet er struktureret omkring, og et perspektiv omkring den samtaleform, som karakteriserer mødet. Jeg vil først vise, hvordan det skriftlige materiale afspejler/reproducerer rationaliteterne i NIP, og derefter vise, hvordan materialet er med til at strukturere mødet som en vedståelsesrelation.

Den kliniske oversygeplejerske har udarbejdet det skriftlige materiale, som er udgangspunktet for mødet. Inden for rammen af bekendelse kan materialet ses som afdelingens skrifte til direktionen, når afdelingen præsenterer NIP-resultaterne i deres helhed – altså både de gode og de dårlige resultater. Det skriftlige materiale indeholder både grafiske illustrationer af NIP-resultaterne og et oversigtsskema over patienter, som ikke er blevet scannet. Jeg vil dvæle et øjeblik ved de to typer af materiale for at illustrere, hvordan rationaliteterne i NIP er virksomme i de sundhedsprofessionelles arbejde med NIP.

Først den grafiske illustration for indikatoren for CT/MR scanning:



Figur 2. Grafisk fremstilling af NIP-indikator (Lokal auditgruppe, okt. 2010).

Oversygeplejersken har udarbejdet en grafisk illustration for hver indikator, og med disse grafer fremviser afdelingen egne resultater i forhold til landsgennemsnittet og i forhold til den fastsatte standard for NIP. Resultaterne er opgjort med en måneds interval i en periode på 12 måneder. Når resultaterne fremstilles på denne måde, bliver resultaterne synlige på en bestemt måde. De fremtræder ikke isoleret, men i forhold til noget andet. Afdelingens resultater

fremstilles ikke isolerede, men relateret til andres resultater og til den fastsatte standard. Hermed fremstår resultaterne i forhold til en eksakt grænse for at udføre egen praksis på den rigtige måde (når standarden er opnået) og i forhold til en mere kontekstuel grænse (landsgennemsnittet), som kan ses som en værdi, der er funderet i den konkrete hospitalspraksis for gennemsnittet af landets apopleksiafdelinger.

Når NIP-resultaterne fremstilles på denne måde, er flere rationaliteter i NIP i spil. Med den grafiske fremstilling bringes synligheden i spil som en forudsætning for at kunne diskutere NIP. Når materialet fremstilles i en form, hvor både afdelingens egne resultater i en periode på 12 måneder, resultater for landsgennemsnittet i samme periode og den fastsatte standard for indikatorerne fremgår af de grafiske illustrationer, bringes også rationaliteten sammenligning i spil i forhold til at forstå og diskutere NIP. Det skriftlige materiale afspejler altså rationaliteter i NIP – rationaliteter, som sætter rammer for over-sygeplejerskens udarbejdelse af bilag til mødet, og rationaliteter, som dominerer såvel som reproduceres, når mødet med direktionen tager sit afsæt i materialet.

I det skriftlige materiale findes et skema med overskriften: ”Blodfortyndende behandling som overskrider 2. indlæggelsesdøgn”.

Skemaet er udarbejdet af en nøglesygeplejerske og udgør gennemgangen af de 18 patientforløb, som jeg beskrev tidligere – patientforløb, hvor patienterne ikke er blevet scannet inden for den fastsatte tidsgrænse i NIP. Skemaet er opbygget på følgende måde:

Patient	Indlagt på hospital	Indlagt i apopleksi-afsnit	Påbegyndt behandling	Udskrevet	Kommentarer i øvrigt
351708 -1240	230710 på intensiv afdeling	260710	250710 efter ordination på intensiv	280710	Har ligget 3 dage på intensiv
551399 -8750	010410	010410	040410	130410	Påske

Tabel 2. Skemastruktur over gennemgang af patientforløb.

Dette skema kan ligeledes ses i lyset af bekendelse. Når nøglesygeplejersken forud for mødet har brugt tid og energi på at gennemgå forløbene for de pati-

enter, som ikke er blevet scannet, fremtræder afdelingen i al sin utilstrækkelighed og viser viljen til at ville NIP. Med skemaet skabes et grundlag for at bekende sig til NIP og tale om NIP-resultaterne på en anden måde end med de grafiske illustrationer. Også her er rationaliteten synlighed i spil, men her i samspil med rationaliteten sandhed, hvor skemaet kan ses som et forsøg på at komme tættere på sandheden og den rette sammenhæng mellem NIP-resultaterne og den konkrete praksis – tættere på kausaliteten mellem patientforløb og scanninger, som ikke er udført inden for tidsfristen. Af skemaets kolonner fremgår det, at nogle forhold er i fokus i gennemgangen. Det er forhold vedrørende overgange i patientforløbet (indlæggelse, overflytning og udskrivelse) og processer i undersøgelsesforløbet (ordineret, bestilt og udført). I kolonnen ”kommentarer” er det muligt at supplere med andre typer af oplysninger, som kan være med til at forklare, at patienten ikke er scannet inden for tidsfristen. Skemaet tilbyder altså specifikke typer af forklaringer, som er fokuseret på forløb, men giver samtidig plads til andre typer af forklaringer. Af de kommentarer, som nøglesygeplejersken har anført i skemaet, ses to gennemgående forklaringer, nemlig at patienterne var på orlov, og at patienterne var indlagt i påsken.

Forhandling af positionerne i vedståelsesrelationen

Hvor jeg i analysen indtil nu har vist, hvordan udarbejdelsen af det skriftlige materiale til mødet med direktionen kan forstås inden for rammen af bekendelse og trækker rationaliteter i NIP, vil jeg nu vise, hvordan materialet bringes i spil og er med til at strukturere mødet mellem direktionen og afdelingen – og med til at skabe en struktur for mødet, som giver mødet karakter af en vedståelsesrelation, som har bekendelsen til NIP som omdrejningspunkt.

Mødet er blevet til på initiativ fra hospitalsdirektionen, men den kliniske oversygeplejerske står for alt det praktiske omkring mødet, såsom mødeindkaldelse, dagsorden, udarbejdelse af bilag, kaffebrygning og referat. Mødet afvikles ikke hos direktionen, men i et mødelokale på den administrationsgang, hvor oversygeplejersken har kontor (Lokal auditgruppe, okt. 2010). Det betyder, at der er en klar ansvarsfordeling af opgaver i forbindelse med mødet, men en fordeling, som samtidig giver en uklarhed i forhold til afviklingen af mødet. Oversygeplejersken er dagsordensættende i forberedelserne til et møde, som er blevet til på opfordring fra direktionen, og hvor direktionen har sat den overordnede dagsorden om 95 % målopfyldelse af All-or-None. Mødet indledes af

repræsentanten fra direktionen, som siger: ”*Nå, hvordan foreslår I så, at vi griber dette møde an?*” (Lokal auditgruppe, okt. 2010).

Med denne indledning italesættes en dobbelttydig position, som er i god tråd med dobbelttydigheden i mødeforberedelsen. Repræsentanten fra direktionen fremstår som mødets ansvarlige, men gør det samtidig på en særlig måde, når han opfordrer de øvrige deltagere til at være aktive deltagere. Deltagerne skal ikke blot deltage, men vise deres vilje til at deltage ved at komme med forslag til formen for mødet. Inden for rammen af bekendelse kan siges, at repræsentanten fra direktionen positioneres som den, der skal lytte og som den, der forudsætter, at de andre indtager positionen som dem, der taler, gennem deres villighed til at samarbejde under mødet og til at redegøre for de dårlige NIP-resultater

Mødedeltagerne blev enige om, at mødet skulle tage afsæt i det skriftlige materiale, som den kliniske oversygeplejerske havde udarbejdet. Dermed blev materialet strukturerende for mødet, med gennemgang af indikatorerne en for en med afsæt i de grafiske illustrationer. Af feltnotatet fremgår det, at ”[...] konsulenten fra direktionen spurgte til indikatorerne 1 for 1, lyttede til deltagerens forklaringer, analyser og handlingsforslag i forhold til forbedring og egenhændigt besluttede, hvornår det var relevant at gå videre til næste punkt” (Lokal auditgruppe, okt. 2010). Altså positioneres konsulenten som den, der lytter og vurderer, hvornår de sundhedsprofessionelles har redegjort tilstrækkeligt og givet tilstrækkelig viden, samtidig med at de sundhedsprofessionelle skal bekende sig til NIP og vedstå de dårlige resultater. Mødet er ikke bare en gensidig orientering og forventningsafstemning mellem afdelingen og direktionen, men netop en vedståelsesrelation, hvor de sundhedsprofessionelle skal fortælle om fejl og mangler. Inden for rammen af Foucault kan vedståelsesrelationen ses som en selvteknologi – en styringsteknologi til de sundhedsprofessionelles selvstyring i forhold til NIP (Foucault 1994a:163).

Når de sundhedsprofessionelle skal redegøre for NIP-resultaterne – og især fokusere på de dårlige resultater – kan det få betydning for deres vurdering af egen praksis og for deres prioriteringer i egen praksis. Dermed kan det se ud, som om der med formen på møderne initieres en proces, som øger ansvarligheden for resultaterne, og at styringen dermed virker gennem ansvarliggørelse af de sundhedsprofessionelle.

At der under mødet er mere på spil end orientering, bliver især tydeligt, da nøglesygeplejersken gennemgår skemaet med de 18 patienter, som ikke er blevet scannet inden for tidsfristen, og konsulenten afslår afdelingssygeplejerskens forslag om at gå videre til næste punkt på dagsordnen. Når afdelingssygeplejersken foreslår, at de går videre, kan det være, fordi hun ser nøglesygeplejerskens gennemgang som en orientering om fakta, som er anført i skemaet, og som deltagerne derfor selv kan læse. Når konsulenten gerne vil høre om forløbene et efter et, understøttes mødets form og struktur som en vedståelsesrelation, hvor verbaliseringen anvendes i en form, hvor konsulenten lytter, og de sundhedsprofessionelle taler. Nøglesygeplejersken positioneres som den, der skal bekende sig til NIP – først skriftligt gennem udarbejdelsen af skemaet og derefter mundtligt med vedståelsen af de forfejlede patientforløb. Nøglesygeplejersken vedstår sig de dårlige NIP-resultater for patientforløb, som hun ikke har været involveret i²¹. Hun vedstår altså på vegne af den samlede afdeling, samtidig med at hun viser sin vilje til NIP både på vegne af sig selv og afdelingen.

I denne analysedel har jeg vist, at der med NIP skabes samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle omkring NIP, og vist, hvordan dette samarbejde kan ses som vedståelsesrelationer, som benytter sig af verbalisering som styringsteknologi. Det viser sig, når relationer er karakteriseret ved, at to eller flere sundhedsprofessionelle positioneres til at tale om noget bestemt (NIP) på en bestemt måde (som den, der vedstår, og den, der lytter og giver gode råd). Men hvad betyder denne verbalisering? Hvordan kan den forstås i den konkrete analyse? Verbaliseringen ser ud til at rumme flertydighed, hvor den virker på flere forskellige måder på samme tid og dermed virker gennem flere forskellige processer på samme tid. Verbaliseringen afspejler en gensidighed i relationen mellem de sundhedsprofessionelle, når eksempelvis den ene afdeling er afhængig af, at den anden afdeling sætter krydser og medsender NIP-skemaet, og når konsulenten fra direktionen er afhængig af, at afdelingen har gode NIP-resultater.

Verbaliseringen kan også ses som en teknologi til selvstyring, når de sundhedsprofessionelle skal tale om alt det omkring NIP, som de ikke er gode til,

²¹ Denne nøglesygeplejerske arbejder kun med administrative opgaver vedrørende NIP og andre kvalitetsprojekter.

og tale om, hvordan de vil gøre det bedre. I den proces forholder de sig til deres praksis på en helt bestemt måde og forpligtes på at forbedre den samme praksis. Og denne proces kan ses som en selvansvarliggørelse af den enkelte sundhedsprofessionelle. Nøglelægen fremhævede det som en styrke, at NIP er organiseret sådan, at der tages stilling til NIP-resultaterne på de forskellige organisatoriske niveauer. Analysen viser, at der bliver taget stilling, og at det udmønter sig i vedståelsesrelationer, som former subjekter, som skal vise deres vilje til NIP og gøres ansvarlige for NIP på forskellige måder. Dermed bliver det forholdsvis neutrale krav om at skulle tage stilling til en teknologi, som NIP-styringen virker igennem.

NIP sætter rammer for det, der kan tales om i de formaliserede vedståelsesrelationer

Jeg vil nu lægge et andet analytisk snit på mødet mellem direktionen og afdelingen. Jeg har vist, hvordan mødet har en særlig struktur og form, som skaber relationer mellem de sundhedsprofessionelle på bestemte måder, som understøtter bestemte typer af subjektiveringsprocesser for relationens forskellige aktører. Men hvor jeg indtil nu har haft fokus på mødets struktur, form og overordnede krav om at vedkende sig NIP gennem vedståelsen af NIP-resultaterne, vil jeg nu sætte fokus på mødets mere specifikke indhold. Dette er for at belyse nogle af de mere specifikke forhold, som de sundhedsprofessionelle skal bekende sig til, og dermed også, hvad det er for forhold i praksis, som søges styret gennem NIP.

At skabe orden i den uordentlige praksis

Uorden er et gennemgående tema i mødet mellem direktionen og afdelingen. Der er uorden i dokumentationen af de sundhedsprofessionelles handling, der er uorden i de sundhedsprofessionelles vurderinger af handlingernes relevans, der er uorden i de kausale relationer, der er uorden i prioriteringerne, der er uorden i samarbejdsaftalerne mellem afdelingerne, der er uorden i professionernes ansvarsfordeling, der er uorden i tidsfristerne, der er uorden i kvalitetsdefinitionerne, der er uorden i mødedeltagelsen og der er uorden i døgnrytmen (Lokal auditgruppe, okt. 2010). Al denne uorden italesættes af de sundhedsprofessionelle på mødet. De sundhedsprofessionelle vedstår sig denne uorden og viser deres velvilje til at bringe orden i praksis, når de diskuterer årsager og handlingsforslag.

At skabe orden i den praksis, der er relateret til NIP, er tæt forbundet med at skabe viden om de kausale sammenhænge mellem de variabler, som skønnes involveret i den uorden, som eksisterer. De sundhedsprofessionelle må eksempelvis vide, om dårlige resultater er et udtryk for, at handlingen ikke er udført, eller at handlingen ikke er dokumenteret. En afdelingssygeplejerske tager afsæt i denne forståelse, da oversygeplejersken siger noget om, at når afdelingen nu ikke får lavet den vandtest, så [...] – en udtalelse, som bliver korrigeret af afdelingssygeplejersken, som gør opmærksom på, at det ikke er sikkert, at det forholder sig sådan. Hun tilføjer, at så længe hun ikke ved, om det er handlingen eller registreringen, som ikke bliver udført, kan hun ikke gå tilbage til personalet og komme med ændringsforslag (Lokal auditgruppe, okt. 2010). I denne samtale er rationaliteten sandhed i spil, hvilket kan ses som et eksempel på, at rationaliteter, som er i spil i NIP, spreder sig til andre områder og til en mere dominerende position i praksisfeltet. I analysen af rationaliteterne i kapitel 7 var sandhed relateret til evidensbaseret praksis og validiteten af NIP-data, mens rationaliteten sandhed her italesættes i relation til forandringsprocesser. Hermed bliver der med NIP initieret forandringsprocesser, som er tæt relateret til kausalitet – afdelingssygeplejersken kan først sætte forandringsprocesser i gang i afdelingen, når hun har sikker viden om de rette sammenhænge mellem den konkrete praksis og de dårlige NIP-tal. Det giver en bestemt retning og form på de metoder, som kan anvendes i forandringsprocesserne, hvor kravet om kausalitet inkluderer nogle metoder og ekskluderer andre metoder. Systematisk registrering af patientforløb er en metode, som blev anvendt af nøglesygeplejersken i eksemplet tidligere i analysen; en metode, som ofte anvendes i forbindelse med NIP; og en metode, som kan være med til at skabe den efterspurgte synlighed og gennemsigtighed i praksis. Det sker typisk gennem systematisk registrering af de patientforløb, hvor NIP-indikatorer ikke er opfyldt.

Af det empiriske materiale fremgår, at det kan være en både vanskelig og tidskrævende opgave at konstruere viden om kausaliteten i den kliniske praksis, dels fordi nogle data registreres i forskellige typer af databaser, mens andre data ikke registreres i databaser, og dels fordi de sundhedsprofessionelle dokumenterer i forskellige typer af skemaer, kardex og journaler. Opgaven vanskeliggøres også af, at både patienter og dokumenter overflyttes mellem afdelinger og hospitaler, og af at de systematiske registreringer udføres, når patienten er udskrevet, og journal og andre dokumenter af en eller anden grund er flyttet fra afdelingen. Det synes altså både vanskeligt og tidskræven-

de at blotlægge de kausale sammenhænge omkring vandtesten. Det betyder ikke, at metoden forkastes, men at der forhandles om formen. På mødet mellem direktionen og afdelingen er det beskrevet sådan: ”*Herefter udspiller der sig et lille drama om formen på dette fokus. Skal nøglesygeplejersken lave journalaudits på patienterne i en periode, og hvorvidt kan hun det? Eller skal afdelingssygeplejerskerne i sving i forhold til at finde ud af, om problemet skyldes manglende handling eller manglende registrering? Det ender med, at nøglesygeplejersken skal tage sig af sagen, men først efter at hun havde fået diskuteret med sig selv og de andre om, hvordan det kan lade sig gøre på en måde, som er arbejdsmæssigt overkommelig for hende*” (Lokal auditgruppe, okt. 2010). Her ses, at det hverken er nemt eller populært at gennemføre de systematiske registreringer. Men det ændrer ikke på de sundhedsprofessionelles vilje til at vise, at de vil NIP – her gennem bekendelsen til en af de dominerende metoder i NIP, som tager afsæt i rationaliteten sandhed

Det flertydige kvalitetsbegreb – fire varianter.

Som jeg har vist, vil NIP gerne skabe orden og gennemsigtighed i den uordentlige kliniske praksis. De sundhedsprofessionelle positioneres som velvillige til at skabe denne orden – en orden, som forudsætter viden om de kausale sammenhænge mellem specifikke variabler. Et gennemgående spørgsmål i det empiriske materiale handler netop om kausaliteten mellem NIP-resultater og praksis, hvor de sundhedsprofessionelle diskuterer, om resultaterne skyldes manglende handling eller manglende registrering. I afdelingerne betyder det, at der med denne optagethed af kausalitet konstrueres fire kategorier for NIP-resultater, som udmønter sig i fire kvalitetsbegreber eller fire måder at tale om kvalitet på. NIP-resultater, som opfylder standarden, defineres inden for kategorien kvalitet, mens NIP-resultater, der ikke opfylder standarden, kan defineres inden for kategorierne kvalitetsbrist, registreringsbrist eller forsinket kvalitet. NIP-resultater, som kan begrundes i manglende handlinger, defineres som kvalitetsbrist. Resultater, som ikke skyldes manglende handling, men manglende dokumentation, defineres som registreringsbrist, mens resultater, som kan begrundes i handlinger, som er udført efter den fastsatte tidsgrænse, defineres som forsinket kvalitet. I de formelle vedståelsesrelationer anvendes kategorierne meget eksplicit, og kategoriseringen forhandles mellem de sundhedsprofessionelle. Især de tre kategorier for NIP-resultater, som ikke opfylder standarden, er i spil, fordi det, som jeg allerede har vist, er disse resultater, som de sundhedsprofessionelle skal vedstå sig og diskutere.

Kategorierne bringes blandt andet i spil på mødet mellem direktionen og afdelingen, i forbindelse med dårlige NIP-resultater for scanning af hjernen inden for det første indlæggelsesdøgn. Her diskuterer de mulighederne for at forbedre NIP-resultaterne – en diskussion, som relateres tæt til to mulige og typiske veje at gå, når NIP-resultaterne skal forbedres, nemlig at fokusere på registreringen eller på den kliniske praksis. I næste afsnit demonstrerer jeg, hvordan det foregår.

At ændre registreringspraksis eller klinisk praksis.

For at nå en indikatoropfyldelse på 80 % kræves det, at der er mulighed for scanning aften/nat, hvilket ikke er muligt med røntgen-normeringen, som den er nu. De sundhedsprofessionelle diskuterer en problemstilling omkring registreringen af denne indikator, nemlig at scanningen skal registreres i forhold til et kalenderdøgn og ikke et klokkedøgn. Det er en problemstilling, som jeg er blevet præsenteret for i forskellige sammenhænge i mit feltarbejde. I NIP-databasen starter døgnnet ved midnat, hvorfor patienterne skal scannes i det kalenderdøgn, hvor de indlægges, for at opfylde indikatoren. Det betyder, at en patient, som indlægges kl. 23.30, skal scannes inden kl. 24. Nogle sundhedsprofessionelle argumenter derimod for et klokkedøgn, hvilket giver større fleksibilitet, idet der så er 24 timer til at gennemføre scanningen, fra det tidspunkt hvor indlæggelsen registreres – en registrering, som vil være uafhængig af kalenderdøgnnet.

Problemet om registrering af døgnnet rejses her, idet nogle patienter jo faktisk bliver scannet inden for 24 timer, men ikke i første indlæggelsesdøgn, som skiller ved midnat²². Derfor spørger konsulenten, om det er et registreringsproblem eller et kvalitetsproblem. Den ledende overlæge siger, at CT-scanning er en indikator, som vil være i fokus i det næste år, hvorfor det er et problem for afdelingen – lige meget om det er et registreringsproblem eller kvalitetsproblem. Herefter lader det til, at der samler sig en stemning om, at det er et

²² Her henviser de til en problemstilling, som jeg er blevet præsenteret for i forskellige sammenhænge i mit feltarbejde, nemlig sondringen mellem et kalenderdøgn og et klokkedøgn. I NIP-databasen starter døgnnet ved midnat, hvorfor patienterne skal scannes i indlæggelsesdøgnnet for at opfylde indikatoren. Det betyder, at en patient, som indlægges kl. 23.30, skal scannes inden kl. 24. Nogle sundhedsprofessionelle argumenterer derimod for et klokkedøgn, hvilket giver større fleksibilitet, idet der så er 24 timer til at få foretaget scanningen – uafhængig af tidspunktet for indlæggelsen.

registreringsproblem, og man taler om, hvorvidt nøglesygeplejersken kan registrere anderledes, således at hun sætter kryds i første indlæggelsesdøgn, så længe patienten er scannet inden for de sidste 24 timer efter indlæggelsen. De bliver enige om, at det kan være en løsning at snyde og lave lidt kreativ bogføring, idet der jo ikke er tale om et kvalitetsbrist, men et registreringsbrist. Den kliniske oversygeplejerske siger flere gange, at det kan være o.k., men at det er vigtigt at tilføje en kommentar til disse inddateringer af data, omkring at det er på denne baggrund, at krydset er sat, idet det ellers er umuligt at sammenligne data. Men inden denne praksis besluttet, bryder en overlæge ind og siger, at det er et kvalitetsbrist, når patienterne først bliver scannet i andet døgn, idet der er evidens for, at man bør scanne inden for to timer – som jo godt nok ikke er den evidens, som standarden er baseret på, men overlægens rationale er, at jo bedre de kan geare systemerne til hurtig scanning, jo mere kvalitet. Derfor mener han ikke, de skal ændre registreringspraksis, men kræve akutbemanding på røntgen, med henblik på hurtig scanning af alle patienter, som indlægges til observation for apopleksi (Lokal auditgruppe, okt. 2010).

Også her bringes kausaliteten i spil, når konsulenten spørger, om det er et registreringsproblem eller et kvalitetsproblem – et spørgsmål, som dog ikke her fører til en beslutning om systematisk registrering. I forhold til denne indikator er der tilsyneladende mere på spil, når den ledende overlæge påpeger, at det under alle omstændigheder er et problem for afdelingen, fordi denne indikator er prioriteret i år. Prioriteringen ser ud til at betyde, at systematiske registreringer med henblik på at udrede kausaliteten ikke er en løsning her, men at der skal handles på formodninger om sammenhængene. Når det er en prioriteret indikator, skal de sundhedsprofessionelle altså bekende til resultaterne mere end til metoderne i NIP. De vælger at anskue problemet som et registreringsbrist og ser en potentiel mulighed for at forbedre resultaterne ved at ændre registreringspraksis ved at registrere inden for klokkedøgnet i stedet for kalenderdøgnet. Det italesættes på den ene side som ”fake” og ”kreativ bogføring” og på den anden side som en legitim handling. Handlingen legitimeres, når de dårlige resultater defineres inden for kategorien ”registreringsbrist” – et brist, som skyldes nøglesygeplejerskens registrering i databasen i forhold til kalenderdøgnet i stedet for klokkedøgnet.

Hvor de sundhedsprofessionelle i nogle sammenhænge ikke kan handle uden sikker viden om de kausale sammenhænge, ser det ud, som om det i andre sammenhænge er muligt at forhandle sig frem til kausaliteten. Der synes at

være enighed om, at det er inden for rammerne af det rimelige og legitime at ændre praksis for indtastning i databasen for denne indikator. Når oversygeplejersken siger, at det er vigtigt at skrive en kommentar om præmisserne for registreringen, bringes rationaliteterne sammenligning og sandhed i spil. Rationaliteten sandhed er i spil, når det skal noteres, at afdelingen afviger i registreringen, og rationaliteten sammenligning, når sammenligning af data fremhæves som et vigtigt slutmål for registreringerne.

Analysen viser en vedståelsesrelation, hvor de sundhedsprofessionelle beklager sig til NIP-resultaterne og viser deres villighed til at imødekomme kravene om bedre NIP-resultater – en velvillighed, som tager afsæt i en administrativ diskurs mere end en medicinsk diskurs. Overlægen trækker på den medicinske diskurs, når han definerer kvalitet i forhold til evidens og ikke i forhold til standarden i NIP. Han bekender sig altså til NIP for på den måde at præge prioriteringerne af ressourcer på røntgenafdelingen. Her ses altså et eksempel på, at NIP er et styringsredskab, som kan bruges strategisk i hospitalernes interne forhandlinger om fordeling af ressourcer. I eksemplet er den tidsfaste indikator om scanning i hjernen et legitimt argument for at få adgang til scanneren uden for røntgenafdelingens åbningstid. I kapitel 10 udfolder jeg dette perspektiv, når jeg viser, at lægerne også forhandler om den potentielle mulighed for at få adgang til hurtig scanning gennem diagnosen apopleksi, altså at NIP bruges strategisk i forhold til den statistiske patient (at alle patienter, som indlægges til observationen for apopleksi, skal have adgang til scanning inden for første klokkedøgn) og i forhold til den konkrete patient (at diagnosen observation for apopleksi giver adgang til akut scanning).

Styring gennem prioritering

Prioriteringer er et gennemgående tema i afdelingerne. De sundhedsprofessionelle skal agere i en arbejdspraksis, som kræver, at der foretages mange valg mellem opgaver, som alle kan synes relevante og vigtige. I kapitlets første analysedel viste jeg, hvordan både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter *skal ville* NIP og derfor prioriterer NIP-indikatorer, til trods for at de nogle gange mener, at andre opgaver er vigtigere. Dermed kan NIP ses som et styringsredskab, som er med til at skabe klarhed over de vigtige prioriteringer for de sundhedsprofessionelle i hverdagen. Prioriteringerne er ikke kun i spil i den daglige praksis, men også på de formaliserede vedståelsesrelationer. På mødet mellem afdelingen og direktionen italesættes prioriteringerne af den

administrerende overlæge, eksempelvis når hun i den foregående analyse sagde, at det under alle omstændigheder er et problem for afdelingen, fordi CT-scanning er en indikator, som er prioriteret dette år. Samme type af argument fremkommer i forhold til vandtest og ernæringscreening. Her vil oversygeplejersken gerne fortsætte en registrering af indikatoren for scanning af patienternes blodårer i halsen i endnu to måneder for at have datamateriale for et helt år, fordi det er interessant i en statistisk sammenhæng. Der opnås dog enighed om, at registreringerne i stedet skal fokuseres omkring vandtest og ernæringscreening, fordi det er to indikatorer, som er prioriteret og derfor må have bevågenhed. Da resultaterne for fysioterapi og ergoterapi diskuteres, spørger en deltager, om ergoterapi i weekenden kunne være et indsatsområde. Men også her er prioriteringerne i spil, når det afvises, fordi ergoterapi ikke er en af de prioriterede indikatorer (Lokal auditgruppe, okt. 2010).

En bekendelse til NIP er altså også en bekendelse til bestemte prioriteringer – prioriteringer, som ikke foretages i situationerne, men er givet på forhånd. Det betyder, at de indikatorer, som er prioriteret i NIP, har betydning for det, der tales om, den måde, der kan tales om det på, og de handlingsorienterede beslutninger, der kan træffes. Med prioriteringerne udstikkes rammerne for de sundhedsprofessionelles bekendelse til NIP, altså hvilke dele af NIP, de skal bekende sig til hvornår. På afdelingerne er der en gennemgående tendens til, at de sundhedsprofessionelle bekender sig til prioriteringerne, hvorved NIP kan ses som et styringsredskab, der er med at forme professionsidentiteter og professionspraksis på en måde, som er rettet mod rationaliteter, prioriteringer og krav i NIP.

I denne analysedel satte jeg fokus på, hvordan styringen fungerer gennem de formaliserede vedståelsesrelationer. Analysen demonstrerede, at der også på dette niveau er fokus på at *skulle-ville* NIP – endda ses der en stor villighed til at ville NIP i de formaliserede vedståelsesrelationer. Men dimensionen af forpligtethed på at *skulle* er også produktiv i styringen, blandt andet gennem konsulenternes deltagelse og positioneringer i de formaliserede vedståelsesrelationer ved regionale og lokale auditmøder. Med konsulenternes deltagelse viser også hospitalsledelsen og regionen deres villighed til NIP. I afsnittets sidste del viste jeg, hvordan rationaliteterne i NIP bringes i spil og har betydning for det, der kan siges og gøres i vedståelsesrelationerne såvel som i de nøgleprofessionelles og ledelsernes praksis omkring NIP. I de formelle ved-

ståelsesrelationer bringes rationaliteten prioritering i spil – en rationalitet, som ikke er dominerende i NIP, men som er aldeles virksom i vedståelsesrelationerne, og som dominerer en anden dominerende rationalitet i både NIP, vedståelsesrelationerne og den lægefaglige såvel som sygeplejefaglige professionsdiskurs. Når rationaliteten prioritering bringes i spil og dominerer rationaliteten sandhed, kan det ses som en potentiel forskydning af projektet NIP fra et sundhedsfagligt kvalitetsprojekt til et politisk prioriteringsprojekt.

Sammenfatning af kapitlet

I dette kapitel lod jeg mig inspirere af bekendelse som styringsteknologi. Indledningsvist redegjorde jeg for mit analytiske blik på den styring gennem bekendelse, der foregår i NIP, som var orienteret mod vedståelsesrelationer og mod at *skulle-ville* NIP. De spontane vedståelsesrelationer etableres på alle niveauer og udpeger to positioner, som konstituerer de sundhedsprofessionelle i relationerne. Og gennem relationerne sker der forskydninger i feltets etablerede hierarkier. I de formaliserede vedståelsesrelationer har rationaliteterne i NIP betydning for det, der kan siges, og det, der gøres tavst.

Her var rationaliteten sandhed i form af kausalitet i nogle situationer produktiv i forhandlingerne om NIP. I andre situationer blev den domineret af prioritering. Hermed bringes en rationalitet i spil, som ikke er en af de rationaliteter, som jeg har afgrænset som dominerende i NIP, men som i disse vedståelsesrelationer fremstår som den mest dominerende rationalitet i vedståelsesrelationerne – en rationalitet, som formår at udkonkurrere rationaliteten sandhed, som er en af de centrale rationaliteter i den lægefaglige professionsdiskurs. Her ses altså et eksempel på, hvordan styringen i NIP forskydes fra primært at handle om kvalitet i sundhedsydelserne til også at handle om deltaljerede prioriteringer i sundhedsydelserne. Dermed kan NIP's organisering i nationale, regionale og lokale auditgrupper ses som en metode til en potentiel politisk og forvaltningsmæssig styring af sundhedsydelserne.

En styring, som vedrører prioriteringer af indikatorer, som legitimeres, fordi styringen foregår gennem et klinisk projekt, der er udviklet og vedligeholdes af landets førende sundhedsfaglige ekspertise: Et projekt der baseres på valide resultater. I den optik kan NIP ses som et styringsredskab, med potentiel mulighed for adgang til den hvide verden, ikke kun gennem den synlighed, som

NIP-dokumenterne fremhæver, men gennem den adgang til prioriteringer, som følger med opbygningen og organiseringen af NIP. Gennem NIP bliver det muligt at foretage løbende politiske prioriteringer af de vigtige indikatorer. Hermed illustreres, hvordan grænserne mellem professionerne og staten bliver flydende, med professionernes involvering i NIP med bestemte rationaliteter, mens prioritering kan ses som en politisk dominerende rationalitet, som bringes i spil i NIP.

Analysen viste også, at styringen foregår gennem dobbeltheden at *skulle-ville*. Analysen demonstrerer kompleksiteten i forhold til denne dobbelthed, hvor de sundhedsprofessionelle på mange måder indskrives i styringen gennem at *skulle*, men at de samtidig er meget villige, som viser, at de ikke bare *skal*, men også *vil* NIP. Her ses professionsfaglige varianter, hvor lægefaglige og sygeplejefaglige professionsidentiteter afspejler en tendens til at *skulle-ville* NIP, mens der for social- og sundhedsassistenterne etableres relationer om at *skulle-burde* NIP. I analysen fremkom også en tredje variant, at *skulle-kunne* NIP, som ikke er professionsspecifik. Det afspejler, at de sundhedsprofessionelle indskrives i styringen på forskellige måder, hvor social- og sundhedsassistenterne *skal* NIP, sygeplejerskerne har svært ved at slippe for NIP, mens analysen viste, at lægerne nogle gange kan undslippe NIP. Analysen demonstrerede, at de sundhedsprofessionelles tilbøjelighed til at *skulle-ville* både kommer til udtryk gennem deres deltagelse og positionering i vedståelsesrelationerne og gennem deres vilje til at skabe orden i den uordentlige hospitalspraksis – en uordentlighed, som NIP er med til at definere, fordi projektet er virksomt i en hospitalspraksis, som er meget kompleks.

Kapitel 9

Æren og gabestokken

I dette kapitel sættes fokus på, hvordan NIP-styringen foregår igennem straf og belønning. I kapitlet anskues straf og belønning som det dobbelte system, som Foucault kalder belønning-sanktion. Det er et system, som benyttes og har en central placering i magtformen disciplinering (Foucault 2008b:196). Det dobbelte system af belønning-sanktion muliggøres i NIP af de kontinuerlige opgørelser og offentliggørelser af NIP-resultater. Det betyder, at de straffe og belønninger, som er i fokus i dette kapitel, på forskellige måder kan relateres til gode og dårlige NIP-resultater.

I det dobbelte system belønning-sanktion skal belønning og straf ikke ses som modsatrettede størrelser, men som hinandens gensidige forudsætninger, som styringen fungerer igennem. Det dobbelte system er en teknologi, som virker igennem kategoriseringen af det gode og det dårlige, hvor tilstedeværelsen af det gode samtidig konstituerer og kategoriserer det dårlige. I NIP foregår det gennem den sammenligning og hierarkisering, som skabes med registrering og offentliggørelse af NIP-data. En hierarkisering af eksempelvis afdelingerne, hvor nogle afdelingers kategorisering som de gode forudsættes af andres kategorisering som de dårlige. Belønning og straf fordeles i forhold til denne opdeling i det gode og det dårlige. Her muliggøres med NIP en præcis placering af afdelingernes adfærd gennem NIP-resultaternes talmæssige kvantificering – en kvantificering, som disciplinen virker igennem (Foucault 2008b:196).

På hospitalerne er det dobbelte system af belønning-sanktion en teknologi, som har betydning for de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. I kapitlet sætter jeg fokus på denne styring og på, hvordan der med styringen gennem straf og belønning etableres forskellige subjektpositioner. Desuden demonstrerer jeg, at der er mønstre i den måde, som der med positionerne konstitueres professionsidentiteter på – mønstre af nogle positioner som professionsspecifikke, mens andre positioner er virksomme på tværs af professionerne.

Kapitlet indledes med en analyse af den måde, som straffen fremtræder, forhandles og virker på. Analysen er struktureret omkring korporlig afstraffelse

som styringens metafor samt omkring en nutidens gabestok. Dernæst belyses styring gennem belønning med en analyse af fire forskellige typer af belønninger, der spænder fra æren som symbolsk belønning til økonomi som konkret belønning. I kapitlets sidste del sættes fokus på ”indpiskeren”, en figur, som betragtes som både en subjektposition og en teknologi og som et initiativ som den regionale auditgruppe har taget på grund af dårlige NIP-resultater på mange af regionens hospitaler.

Styring gennem straf

I denne analysedel belyser jeg, hvordan styringen virker igennem straf, her med fokus på de former for straf, som fremkommer i de sundhedsprofessionelles forhandlinger, samt med fokus på, at der er et mønster i den betydning, som professionerne tillægger straffen. Straffen er relateret til dårlige NIP-resultater, men relateret på forskellige måder. I afsnittet vil jeg demonstrere, hvordan styringen fungerer igennem straffen, og vise, hvordan styringen ikke kun er virksom i forbindelse med den konkrete tildeling af straffe, men også virker igennem straffens potentielle tilstedeværelse og mulighed. Afsnittet indledes med en analyse af styringens virkning gennem de sundhedsprofessionelles italesættelser af NIP-systemet med metaforen om korporlig afstraffelse. Dernæst følger en analyse af, hvordan straffen indgår som en del af styringen igennem den teknologi, som kaldes ”en nutidens gabestok”.

Korporlig afstraffelse som styringens metafor

På afdelingerne ses en gennemgående tendens til at tale om NIP-tal og NIP-skemaer på en måde, som henleder tankerne på ”den sorte skole”. De sundhedsprofessionelle anvender en metafor om afstraffelse, når de diskuterer, hvordan NIP fungerer. Der ses forskellige varianter, men beskrivelserne er fokuseret omkring straffe, som er rettet mod fysisk og kropslig afretning. Og beskrivelserne er alle relateret til forsømmelser omkring NIP-skemaer eller til dårlige NIP-resultater. De sundhedsprofessionelle bruger metaforen, når de eksempelvis taler om: at få skemaer i hovedet, blive banket på brillen, skulle stå skoleret for direktionen, blive dunket oven i hovedet, blive holdt i ørerne, få skemaerne tilbage i hovedet, blive pisket, få med hammeren og få skældud. Systemet i afstraffelserne er karakteriseret ved, at ingen går fri. De sundhedsprofessionelle sanktioneres af de nøgleprofessionelle, som sanktioneres af lederne. Men heller ikke afdelingslederne går fri, for som en nøglesy-

geplejerske forklarer, bliver afdelingslederne: ”[...] *jo også holdt i ørerne af direktionen, fordi det jo i bund og grund også falder tilbage på dem, hvis vi ikke får udfyldt*”. (Nøglesygeplejersker, hospital 1). Sygeplejersken peger her på, at heller ikke direktionen går fri, for de holdes også ansvarlige for NIP-resultaterne. NIP beskrives altså som et system, som udøver pres på alle organisatoriske niveauer, og hvor der på de forskellige niveauer ikke kun ansvarliggøres i forhold til egne præstationer, men også i forhold til præstationerne på underordnede organisatoriske niveauer. Karakteristisk for de sundhedsprofessionelles beskrivelse af sanktioneringerne er, at alle er potentielt skyldige og kan drages til ansvar – enten for egne eller for andres handlinger (eller manglende handlinger). Samtidig ses en tendens til, at nogle sundhedsprofessionelle er mere tilbøjelige til at anvende metaforen om fysisk afstraffelse end andre. I interviewene er det især lægerne og nøglesygeplejerskerne, som relaterer NIP til metaforen om fysisk afstraffelse. Sygeplejerskerne gør mindre brug af metaforen, mens social- og sundhedsassistenterne kun sporadisk bruger metaforen om korporlig afstraffelse. Til gengæld vil jeg senere vise, hvordan social- og sundhedsassistenterne i deres interviews relaterer NIP til forskellige dimensioner, som kan ses i relation til belønning.

Der tegner sig et mønster af, at især læger og sygeplejersker italesætter straf som en central dimension i styringen – eller sagt på en anden måde, at der med styringen formes en subjektposition, som har straf, afstraffelse og ”forurettethed” som omdrejning – en position, som konstituerer professionsidentiteter. Når den korporlige afstraffelse bruges som metafor for styringen, kan det ses som de sundhedsprofessionelles måde at tage afstand fra NIP på. Men samtidig med at de distancerer sig fra straffen, ses der også en generel accept af, at der må rangordnes og straffes – nærmest som en naturlig præmis i NIP. I interview med lægerne på hospital 2 diskuterer de, hvorfor NIP er vigtigt, og det medfører en snak om ledelsens rolle i NIP:

Gurli: [...] det kunne da godt være, at hvis ikke vi blev slået oven i hovedet med alle de skemaer, der ikke er blevet udfyldt, at vi så ikke ville gøre det.

Lonnie: Nå, men det tror jeg også.

Ludvig: Ja, ja – hvis ledelsen ikke sagde, vi skulle, så ville vi ikke gøre det.

Lonnie: Ja, og vi bliver slået i hovedet sådan en gang i hvert kvartal, og så går der lige en periode, hvor vi er lidt bedre til det, og så

falder vi ned igen, og så bliver vi slået igen, sådan (Læger, hospital 2).

Her ses det, at lægerne taler om to forhold omkring NIP – for det første, at de ikke ville udfylde NIP-skemaer, hvis ledelsen ikke sagde, at de skulle, og for det andet, at de ikke ville udfylde NIP, hvis de ikke ”blev slået oven i hovedet” med skemaerne. Af citatet fremgår det, at det ikke er ledelsens prioritering alene, som holder NIP i gang, men at NIP fungerer gennem teknologien straf, og at fraværet af straf betyder, at NIP ikke fungerer – det, Lonnie forklarer ved, at der efter et slag i hovedet følger en periode, hvor de holder fokus på NIP. Det afløses af en periode, hvor de glemmer det, hvilket udløser det næste slag. NIP-styringen fungerer altså i en cyklus, som har straffen som teknologi. Beskrivelsen af NIP-styringens cirkulære form er gennemgående i det empiriske materiale, ligesom der i materialet er en generel accept af, at straffens tilstedeværelse er en forudsætning for, at der holdes fokus på NIP. Samtidig virker styringen ikke kun gennem straffen, men også gennem dens potentielt mulige tilstedeværelse – især taler de sundhedsprofessionelle om, at de udfylder skemaerne, fordi at de ellers får dem i hovedet igen senere. Disciplineringen foregår altså ikke kun igennem straffen, men også igennem straffens potentielle tilstedeværelse, hvor de sundhedsprofessionelle udfylder NIP-skemaer på baggrund af udsigten til straf. Straffens potentielle tilstedeværelse forudsættes af den kontinuerlige overvågning, som pågår med registreringen i NIP-skemaerne, en overvågning, som sætter den sundhedsprofessionelle i en permanent tilstand af synlighed (Foucault 2008b:221). Det er i kombinationen mellem den sundhedsprofessionelles viden om den kontinuerlige overvågning og viden om straffens potentielle tilstedeværelse, at NIP-styringen fungerer.

Den cykliske tendens i styringen kan ses som det, Foucault kalder en ”mikro-strafferet”, og som er en af disciplinens teknologier. Mikro-strafferetten kontrollerer det rum, som loven lader være tomt, og strafbarhed er tæt relateret til ulydighed (Foucault 2008b:194). I NIP foregår mikro-strafferettens styring gennem kravet om registrering i skema og gennem opgørelse af NIP-resultater. Ulydigheden vurderes, og straffe fordeles i forhold til de sundhedsprofessionelles arbejde med skemaer og i forhold til de sundhedsprofessionelles præstationer, som afspejler sig i NIP-resultaterne. Dog foregår vurderingen og uddeling af straf ikke udelukkende ud fra præstationer. I kapitel 8 viste jeg, hvordan professionsidentiteter havde betydning for de sundhedsprofessionelles mulighed for at undvige NIP. Her viste jeg, at lægerne havde større mulig-

hedsrum til at prioritere andre opgaver end NIP, mens jeg i forhold til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter så en højere grad af ansvarliggørelse. Det betyder, at uddelingen af straffe ikke kun baseres på vurderinger af handlingen, men også på professionstilknytning gennem en hierarkisering af arbejdsopgaver. Lægerne udfører opgaver, som antages for at være vigtigere end NIP og dermed placeres over NIP i arbejdsopgavernes hierarki, mens sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes arbejdsopgaver hierarkiseres lavere end NIP. Lægerne har altså større mulighedsrum for at vige uden om NIP, uden at det sanktioneres. Derfor kan det undre, at det i interviewene er lægerne, der taler mest om NIP som et styringsredskab, der er forbundet med straf, mens social- og sundhedsassistenterne, som ikke har noget mulighedsrum til at afvise NIP, relaterer NIP til belønninger mere end straf.

Det er altså noget forskelligt, som træder frem og virker i NIP-styringen, noget, som kan relateres til professionsidentiteter. For læger og sygeplejersker virker styringen igennem straf, mens jeg senere vil vise, hvordan social- og sundhedsassistenterne fremhæver den belønning, som følger med NIP. Desuden ses det, at styringen også for den lægefaglige profession fungerer gennem straf, til trods for at lægerne har et større mulighedsrum for at afvise NIP. Lægerne taler på den ene side om NIP med metaforer om korporlig afstraffelse, når skemaerne ikke er udfyldt; på den anden side siger de, at de ikke får skemaerne retur (Læger, hospital 2). Denne ambivalens kan ses som udtryk for, at styringen ikke foregår igennem straffen, men igennem straffens potentielle tilstedeværelse – en tilstedeværelse, som produceres og reproduceres i de sundhedsprofessionelles italesættelser af NIP. Den potentielle tilstedeværelse synliggøres af de sundhedsprofessionelle selv gennem deres metaforer om korporlig afstraffelse i arbejdet med NIP. Ambivalensen kan også ses som et udtryk for, at NIP i sig selv fungerer som en potentielt mulig indskrænkning af lægernes mulighedsrum, bl.a. gennem indskrænkning af deres mulighed for selv at vurdere, definere og prioritere mellem arbejdsopgaverne i en travl hverdag.

Gabestokken

På afdelingerne foregår styringen også gennem en teknologi, som jeg har valgt at kalde gabestokken – gabestok, fordi straffen virker igennem offentlig udstilling. Jeg indleder med en analyse af en af de konkrete måder, som gabestokken kommer til udtryk på i NIP – et initiativ, som er taget af en nøglesygeple-

jerske, og et initiativ, som en sygeplejerske i et interview netop kalder en gabestok. Derefter sætter jeg fokus på, både hvordan gabestokken som teknologi anvendes i NIP-styringen på andre måder, og hvordan subjektpositioner konstitueres gennem gabestokken som teknologi.

Listen på tavlen – en nutidens gabestok

Analysen af en nutidens gabestok tager sit afsæt i et feltnotat. Her står der:

Da vi kommer ind på afdelingens kontor, tager en nøglesygeplejerske os straks med over til whiteboardtavlen som giver overblik over alle patienter. Her viser hun os sit nyeste initiativ til optimering af NIP – en liste over sygeplejersker, som ikke har udfyldt NIP-skemaet korrekt. Af listen fremgår både navn og antallet af skemaer, som den enkelte sygeplejerske ikke har udfyldt (Feltnotat 2).

På kontorets opslagstavle hænger altså en liste, som udpeger og udstiller sygeplejersker til offentligt skue. En liste, som får karakter af straf, når den hænger et offentligt sted. I 1400-tallets Danmark var gabestokken anbragt på et befærdet sted, og straffen bestod i den offentlige ydmygelse og udsættelse (Andersen 1968:46). En nutidens gabestok på en dansk hospitalsafdeling er anbragt på kontorets whiteboardtavle. Tavlen er både bred og høj. Der står ingen møbler foran tavlen. Der er altså både god plads og godt udsyn til tavlen. Tavlen har flere funktioner for både ansatte i afdelingen og ansatte fra andre afdelinger. Det er her, man skaber det hurtige overblik over de indlagte patienter, hvorfor den fungerer som et knudepunkt. Det er også her, de daglige rapporter gennemføres, hvorfor tavlen også er et samlingspunkt. Mange orienterer sig løbende på tavlen, og her samles læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talepædagoger, studerende, ledere, psykologer, og hvem der eller på en eller anden måde er involveret i patienternes indlæggelsesforløb, og udveksler informationer om forløb og planer for de indlagte. Alle står de altså og ser på tavlen. Tavlen, som skaber overblik over patienterne, men også over de forsømmende sygeplejersker, opført på listen, som er hængt op med en rød magnet i højre side af tavlen.

I 1400-tallets Danmark kunne gabestokken idømmes i op til tre dage. Straffen blev udøvet nogle timer om formiddagen og nogle timer om eftermiddagen, så forbryderen kunne passe sit arbejde (Andersen 1968:46). I den moderne gabestok er straffen længere; den berammes til ca. en måned. Den slutter, når listen udskiftes med en ny opgørelse. Pauser er ikke nødvendige i denne moderne

udgave af gabestokken. Den skriftlige form gør det muligt at kombinere straffen med både arbejde og fritid.

Listen – administration eller udstilling?

I 1400-tallet bestod straffen i den offentlige ydmygelse og ikke mindst udsættelsen for pøbelens latterliggørelse og forhånelse (Andersen 1968:46). Jeg vil nu belyse, hvorvidt og hvordan straffen fungerer i denne nutidige udgave af gabestokke, gennem en analyse af italesættelser af listen på opslagstavlen.

Nøglesygeplejerskerne udveksler erfaringer om sygeplejerskernes måde at forholde sig til NIP på, hvor den ene har oplevet, at sygeplejerskerne lover at udfylde skemaet den næste dag, hvis de går hjem uden at have nået at udfylde det. Nanna svarer:

Nanna: Ja, de tager det personligt. Også den der liste, jeg havde sat op i sommermåneden. Dem, der havde, den der bunke af NIP-skemaer, der manglede. Da jeg sådan havde gået igennem dem og set, hvilke af sygeplejerskerne der manglede, altså hvem det var, der ikke havde fået det husket, så havde jeg skrevet navnene op, og hvor mange de havde glemt at udfylde, og sat op på vores fælles tavle [Christina griner]. Jamen, der var en af vores sygeplejersker, der sagde: 'Jeg lover, at jeg næste gang ingen streger har'. Nå, men det er fint. Det var åbenbart det, der var vigtigt for hende. Hun ville sateme ikke op på den tavle.

Christina: Nej, hun ville ikke udstilles.

Nanna: Nej. Altså, selvfølgelig skal det gøres i en god ånd (Christina: Ja, ja). Det skal ikke være sådan noget diktatur.

Christina: Nej, nej, men det finder man jo også [ud af], hvordan kan man gøre tingene i en afdeling. For nogle ville tage det meget nært, hvis de blev udstillet på den måde, ikke (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

Her fortæller nøglesygeplejersken om sit initiativ, som udsprang af, at hun havde siddet med en hel bunke NIP-skemaer, som ikke var udfyldt, lavet en liste over de sygeplejersker, der havde glemt det, og hængt den på whiteboardtavlen. Altså er der tale om en ide, der udsprang af en administrativ opgave med at kontrollere NIP-skemaer. Når hun siger ”*vores fælles opslagstavle*”, kan det være, fordi der er flere opslagstavler på afdelingen. Hun kunne også have valgt at hænge listen andre steder, eksempelvis på opslagstavlen i personalerummet, et rum, som primært plejepersonalet og andre med fast til-

knytning til NIP benytter i deres pauser, og dermed et rum, som er mindre offentligt. Det peger i retning af, at den offentlige udsættelse er en intenderet effekt med listen. Nøglesygeplejersken er opmærksom på effekten, når hun fortæller om sygeplejersken, som lover at forbedre sig, fordi hun ikke vil hæn-ge til offentligt skue. Nøglesygeplejersken har ikke umiddelbart nogen forbehold i forhold til at hæn-ge listen op.

Det er i modsætning til Christina, som arbejder på en anden afdeling og ser ud til at indtage en anden position. Hun udfordrer nøglesygeplejerskens italesæt-telse af listen inden for det, man kunne kalde en administrativ diskurs, hvor listen afspejler en opgørelse af nogle sammentællinger, mere end vurderinger af professionsidentiteter. Hun definerer flere gange listen som *at udstille*, hvorved hun relaterer listen til den form for straf, som gabestokken fungerer igennem – eksempelvis, når hun tilføjer: ”*Hun vil sateme ikke op på den tavle*” til ”*Nej, hun ville ikke udstilles*”. De to nøglesygeplejersker fremhæver ele-menter ved listen, som kan relateres til gabestokken. Nøglesygeplejersken, som har lavet listen, fokuserer på listens administrative karakter og på dens forebyggende effekt. Den anden fokuserer på listens straffende element – den udstiller til offentligt skue. Hun siger endvidere ”*at den enkelte afdeling må vurdere, om det er en gangbar teknik*”, fordi ”*nogle ville tage det meget nært, hvis de blev udstillet på den måde, ikke*”. Her siger hun noget om professions-identiteter, som ser ud til at afspejle noget mere generelt ved NIP, som skaber ambivalens i feltet.

De stærke og de skrøbelige professionsidentiteter

NIP stiller ganske få teknologier til rådighed, hvilket giver et stort muligheds- rum for NIP’s organisering lokalt. Men samtidig pågår en løbende monitore- ring af afdelingernes evne til at skabe effektfulde metoder, teknikker og sy- stemer til at styre. Det betyder, at ledelser og nøgleansvarlige hele tiden må tilpasse og justere deres måder at gøre det på – justeringen, som bliver for- handlet inden for rammerne af den lokale, diskursive kontekst, og måder, som løbende kan vurderes gennem monitorering²³. Samtidig skabes der med NIP forskellige rum for udveksling af erfaringer. I kapitel 8 viste jeg, at der med

²³ Jeg har tidligere vist, at der er forskellige positioner i måden at forstå sammenhængene mellem indsats og resultater. Men i hvert fald antages i NIP-logikken en kausalitet, som afdelingsledelser og nøgleprofessionelle i høj grad accepterer. Og en præmis, som mange af styringsteknikkerne i NIP også tager deres afsæt i.

NIP skabes vedståelsesrelationer, hvor nogle skulle tale, og nogle skulle lytte, og at man i positionen som lyttende også fik retten til at vejlede og dele ud af de gode erfaringer – det, som i feltet kaldes best practice. Best practice udpeges af NIP-resultaterne. Afdelingerne opsøger best practice, når eksempelvis oversygeplejersken på det ene hospital besøger det andet hospital for at få inspiration til forbedringer omkring arbejdet med NIP i egen afdeling (Regional auditgruppe, nov. 2011).

Det er i disse møder mellem forskellige afdelinger og forskellige hospitaler, at ambivalensen udfolder sig – den ambivalens, som også kommer til udtryk i nøglesygeplejerskernes snak om listen på whiteboardtavlen. Ambivalens, som opstår i spændingsfeltet mellem virksomme teknologier som eksempelvis gabestokken og de skrøbelige sundhedsprofessionelle. Den måde, som nøglesygeplejerskerne håndterer ambivalensen på, er gennemgående i det empiriske materiale, nemlig at relatere det til afdelingskulturer. Det betyder, at der i feltet er en forestilling om, at professionsidentiteter er tæt knyttet til den lokale kontekst, når nogle sundhedsprofessionelle ”ville tage det meget nært” at blive udstillet. Ledelsen og de nøgleansvarlige må altså foretage deres valg af styringsteknologier med øje for de sundhedsprofessionelle, man har i sin afdeling.

I eksemplet med gabestokken kommer det til udtryk, når Christina siger, at man finder ud af, hvordan man kan gøre tingene i afdelingen. Det kommer ligeledes til udtryk, når nøglelægen ved det regionale auditmøde svarer, at nogen nok vil føle sig overvåget, og at det derfor må afhænge af afdelingens personale, på spørgsmålet om, hvorvidt hun vil anbefale, at alle indfører ideen om at skrive initialer på NIP-skemaerne (Regional auditgruppe, nov. 2011). Der er altså en generel rummelighed for, at afdelingerne benytter forskellige teknologier i styringen. Ambivalensen opstår, når det viser sig, at disciplinerings teknologier, som eksempelvis listen på tavlen og initialerne på NIP-skemaet, defineres som best practice og dermed det mulige alternativ i afdelinger med dårlige NIP-resultater og skrøbelige professionsidentiteter.

De udstilledes perspektiv

Jeg har vist, hvordan ambivalensen kommer til udtryk hos nøglesygeplejerskerne, og vil nu vise, hvordan ambivalensen også ses hos de sundhedsprofes-

sionelle, med afsæt i et interview, hvor sygeplejerskerne diskuterer listen på whiteboardtavlen:

Katrine: Det [den ophængte liste] synes jeg faktisk er godt, fordi/
Nete: Ja, men der er mange, der ikke synes, at det er godt hos os.

Altså, der er mange/

Interviewer: Hvad tænker I om det?

Nete: Jeg synes, det er fint.

Helle: En gabestok [griner]

Laila: Men der går vel også konkurrence i

Nete: Ej, måske behøvede det ikke hænge på opslagstavlen. Måske var det fint nok, hvis folk fik det at vide. Prøv at høre – du udfylder ikke dine NIP-skemaer ordentligt, og det skal du altså, eller hvordan folk vil sige det.

Laila: Ja, for der kan da være en grund til, at man ikke lige har udfyldt det.

Nete: Ja, er det, fordi du ikke forstår, hvad det er, du skal. Og det synes jeg er fint nok, så man kan få gjort et ordentligt. Men jeg ved, at der er mange, der har stået på den liste, der har været kede af at skulle hænge på listen (Katrine: Jeg står faktisk), at blive udstillet, som at de ikke kunne finde ud af at udfylde dem.

Katrine: Men jeg står faktisk på den liste, men det har gjort, at jeg gør det mere grundigt nu.

Laila: Ja, det er jo klart.

Nete: Så det er jo, så man lige tænker, ej, jeg vil heller ikke på den liste (Katrine: Ja) næste måned, fordi den hænger oppe på opslags-tavlen, så jeg må hellere få udfyldt det her NIP-skema.

Katrine: Ja, ligesom skræmmepropaganda [der grines]

Interviewer: Så, det er ikke rart at stå på listen.

Nete: Nej.

Katrine: Nn, nn

Interviewer: Fordi det afspejler, at man er en dårlig sygeplejerske, eller hvad?

Katrine: Ikke dårlig, men at man ikke sådan prioriterer tingene rigtigt, måske [flere siger ja] (Sygeplejersker, hospital 1).

I denne samtale er der flere ting i spil. Dels taler sygeplejerskerne om, hvorvidt det er i orden at benytte listen på tavlen som teknologi i styringen, og dels taler de om, at teknologien virker – og hvordan. Flere af sygeplejerskerne har ikke noget imod, at listen hænger der. Nete er en af dem, men hun tilføjer samtidig, at der er mange af hendes kollegaer, som ikke synes om listen. De er kede af, at deres navn bliver hængt op, fordi det udstiller dem som nogle, der ikke kan finde ud af at udfylde skemaerne. Med listen sker en kategorisering

af sygeplejerskerne i de fagligt stærkt funderede og de fagligt svagt funderede. Sygeplejerskerne siger også, at listen ikke afspejler, at man er en dårlig sygeplejerske, men en sygeplejerske, som prioriterer forkert. Og Katrine siger, at hun er blevet mere grundig, efter at hun har stået på listen. Sygeplejerskerne synes godt om den del af princippet for listen, der handler om at registrere fejl og mangler, for at gå tilbage til de sygeplejersker, som ikke udfylder skemaerne på den rigtige måde. Men den del af princippet, som handler om det offentlige skue, ser de som en gabestok og en skræmmekampagne. Det betyder samtidig, at gabestokken bliver en virkningsfuld teknologi, når sygeplejerskerne definerer det som en straf at figurere på den ophængte liste.

Sygeplejerskerne berører også ambivalensen i styringen, når Nete siger, at hun synes, det er fint nok, men at der er mange af hendes kollegaer, der er kede af at stå på listen. Her relateres, ligesom tidligere, til den skrøbelige professionsidentitet. Mens der er uenighed om, hvad sygeplejerskerne synes om teknologien, bringes der i citatet ingen tvivl om, hvorvidt teknologien virker. Listen på opslagstavlen øger deres opmærksomhed på NIP-skemaerne og at få udfyldt dem på den rigtige måde – det, Nete forklarer sådan her: ”*Så det er jo, så man lige tænker, ej, jeg vil heller ikke på den liste (Katrine: Ja) næste måned, fordi den hænger oppe på opslagstavlen, så jeg må hellere få udfyldt det her NIP-skema*”. Det tyder altså på, at listen fungerer, og at den fungerer som en straf, der er tæt relateret til at blive udstillet offentligt som en sygeplejerske, der ikke har gjort sit arbejde godt nok – en sygeplejerske, som er fagligt svag eller har en faglig brist i forhold til enten at udfylde skemaer eller at prioritere det rigtige i sin arbejdspraksis.

1.2.5. Gabestokkens andre former i NIP

Jeg har nu vist, hvordan der i NIP anvendes teknologier, som benytter sig af offentlig udstilling som en form for straf, som styringen virker igennem. Jeg belyste, hvordan styringen virker med afsæt i listen på whiteboardtavlen, men i det empiriske materiale ses det, at det er en teknologi med en mere generel udbredelse. Med NIP-resultaternes kategorisering af hospitaler og afdelinger i de gode og de dårlige leveres grundlaget for den offentlige udstilling. Med offentliggørelsen af resultaterne på sundhed.dk udstilles resultaterne offentligt, ligesom udstillingen også initieres af medierne. Nu følger nogle empiriske eksempler på, hvordan teknologien virker, med fokus på de sundhedsprofessionelles italesættelser af denne offentlige gabestok.

Nøglerlægerne taler om, hvad gode og dårlige NIP-resultater betyder, og Malene fortæller, hvad det betyder at ”gå ud i verden” med gode tal:

Malene:[...] nu er vi jo fra [en afdeling], som ikke har de dårligste tal. Altså, på den måde er det da dejligt, at der kommer fokus på det, ikke, fordi vi har i nogle år gået og produceret de der gode tal, hvor der ikke var nogen, der interesserede sig specielt for det. Altså, der er det da rart, at der, hvor man så bare, og der er så også en ledelsesopgave de lokale steder med at snakke med personalet, når de kommer, når man bliver banket på forsiden af aviserne med, at man er for dum, at man ikke kan finde ud af det, og nu, og det synes jeg er hårdt, hvis man så har haft en periode, hvor personalet virkelig har ligget vandret, og de gør alt, hvad de kan. Og nogle gange er de presset så rimelig langt ud, og de går meget op i at holde faglighed, og så bliver man udstillet i pressen, som om man er nogle halvhjerner, der ikke kan finde ud af det, ikke – men der er det så vores opgave internt at forklare, jamen, det er det politiske spil, der ligger i det, ikke, og vi gør det godt, og det, vi ikke gør godt, skal vi gøre bedre, ikke, så [...] (Nøglerlæger, hospital 2).

Gennem eksemplet er det tydeligt, hvordan styringen fungerer igennem dette dobbelte system belønning-sanktion, hvor den potentielle tilstedeværelse af både straf og belønning er en forudsætning for, at teknologien virker. Straffen fungerer gennem offentlig udstilling, når afdelingen bliver ”banket på forsiden af aviserne” som ”nogle halvhjerner, der ikke kan finde ud af det”. Denne læge, som også har ledelsesansvar, synes især, at offentlige udstillinger som denne er problematiske, hvis tallene afspejler en periode med travlhed, hvor personalet har ydet det optimale under pressede forhold. Lægen kalder det et politisk spil og prøver som leder at ruste de sundhedsprofessionelle til at se det som et spil mere end som et udtryk for lav faglighed. For denne læge gælder det altså om at oversætte en offentlig kritik til den lokale kontekst og forstå, at den offentlige udstilling kan forankres i en politisk diskurs mere end en faglig diskurs. Samtidig fremhæves bevågenheden på NIP-resultaterne som en styrke for afdelinger, som, ligesom hendes, har gode resultater. Her italesættes gevinsten ved den offentlige udstilling, som følger med NIP, hvor opmærksomheden på resultaterne også er en belønning for de afdelinger, der producerer gode tal. Så der er altså en dobbelthed indbygget i NIP-resultaterne, hvor styringen foregår gennem dette dobbelte system af straf og belønning.

Styring gennem belønninger

Jeg vil nu vende blikket mod systemets anden dimension for at belyse, hvordan styringen også foregår gennem belønning, her med fokus på de former for belønning, som fremkommer i de sundhedsprofessionelles forhandlinger, samt på, at der er et mønster i den betydning, som professionerne tillægger belønning. Hvor jeg tidligere i analysen viste, hvordan især lægerne fokuserede på straffeelementerne i NIP, så er der i det empiriske materiale forskel på den måde, som de forskellige professioner italesætter belønning. Her er det især social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, som italesætter belønningen som noget, der tillægges betydning, mens der ses en tendens til, at lægerne forholder sig ironisk distancerende til de belønningsformer, som styringen virker igennem. Belønningerne er tæt relateret til gode NIP-resultater, men relateret på forskellige måder. Afsnittet består af tre dele, hvor jeg først sætter fokus på, at en type af belønninger kan relateres til æren ved gode NIP-resultater, altså en belønning, som konstituerer den dygtige sundhedsprofessionelle. Dernæst viser jeg, hvordan NIP-tallene influerer på positionen i feltet, og til sidst, hvordan belønninger også italesættes som noget, der tilfalder andre.

Æren som symbolsk belønning

Meget belønning er relateret til glæde og stolthed over gode NIP-resultater. Her handler det både om egen glæde og glæden ved at glæde andre – handlinger, som er tæt forbundet med ros. En sygeplejerske siger, at gode NIP-resultater betyder en glad leder og egen glæde ved at kunne leve op til de krav, der stilles af andre (Sygeplejersker fra hospital 2). At kunne leve op til de krav, der stilles, er også at være en dygtig sundhedsprofessionel. Sygeplejerskerne taler videre om, at de godt kan mærke det på ledelsen, når det er gået godt med tallene. En sygeplejerske forklarer: ”*Det er jo også altid rart at få at vide, at man er god til noget, ikke – eller at man har gjort noget godt, altså, det kan alle vel godt lide at få at vide, altså*” (Sygeplejersker, hospital 2). Belønningen ved NIP er her tæt relateret til at kunne leve op til de krav, der stilles, hvorved der gennem belønningen udpeges en subjektposition som den dygtige sundhedsprofessionelle, der bestræber sig på at leve op til de krav, som andre stiller til den professionelle. Positionen italesættes her af sygeplejerskerne, men det er også en position, som er med til at forme den social- og sundhedsfaglige identitet. Det er karakteristisk for måden at tale om resultater

på, at gode resultater udgør en belønning i sig selv gennem den tilfredsstillelse, det er at kunne leve op til kravene – det giver faglig stolthed (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2). I hvert fald for de to professioner, men til gengæld ikke for lægerne. Lægerne adskiller sig gennem deres distancering til NIP's belønningssystem, bl.a. når de fremhæver belønningens symbolske karakter.

Lægerne relaterer NIP-resultaterne til æren, men som udpegning af en subjektposition, som de ikke identificerer sig med, men derimod forholder sig ironisk distancerende til, både ved at fremhæve, hvad de betyder for andre end dem selv, og ved at underkende æren som en belønning i sig selv. Det fremgår af citatet, hvor lægerne på hospital 2 diskuterer resultaterne, og den ene fortæller, at hun har oplevet, at det betød meget for personalet, at de havde bedre resultater end den anden afdeling. En læge spørger:

Jette: Men får man nogle penge for, hvem der er bedst?

Lonnie: Nej, det tror jeg ikke.

Gurli: Nej, det kan jeg ikke tænke mig – altså, i virkeligheden så er det selvfølgelig meget fint.

Lonnie: Jeg tror, at i apopleksikredse betyder det sikkert noget.

Jette: Jamen, er det kun æren, man får?

Lonnie: Ja, man får kun æren.

Gurli: Æren.

Ludvig: Men det er også noget [grines].

Lonnie: Ej, men hørte du ikke, at de sad og godtede sig over, at de var bedre i NIP-tallene, end de var på [den anden afdeling].

Jette: Ja, ja.

Lonnie: Sygeplejerskerne og [nøglelægerne] sad og godtede sig over, at [deres afdeling] var bedre end, ja

I: De benægter ellers, at I sammenligner.

Jette: [grines] Det er forkert.

I: Nå, ok, så det betyder noget for afdelingerne, men det er æren?

Gurli: Det er æren, ja.

Jette: Ok, men får man guldøl?

Gurli: Nej.

Lonnie: Nej, det tror jeg ikke, man gør – ligesom alt andet i sundhedsvæsenet, så er det æren og arbejdsglæden og alt muligt andet; der er ikke nogen indpakning (Læger, hospital 2).

I citatet kredser lægerne om belønningens form. I deres italesættelser er gode NIP-resultater belønning for nogen – for afdelingen, der ”godter sig over” at

være bedre end den anden afdeling, og i apopleksikredse ”betyder det sikkert noget”. Her udpeges subjektpositioner for andre sundhedsprofessionelle, positioner, som disse læger ikke selv indtager, men derimod afgrænser sig fra igennem deres italesættelse af de andre. Altså formes lægernes professionsidentiteter af noget andet end NIP-resultater som belønning. De siger ikke, hvad det andet er, men med afsæt i analysen af straf kunne det for lægerne være relateret til deres udvidede mulighedsrum, at deres professionsidentitet konstitueres af subjektpositionen som den autonome. Fra denne position er NIP-resultaterne ikke en mulighed, men snarere en trussel. Gode NIP-resultater er forbundet med at prioritere NIP, hvilket er en trussel mod den autonomes frihed til selv at prioritere arbejdsopgaverne. Dermed er æren en belønning, som ikke kan opveje det mulighedsrum, som er med til at konstituere subjektpositionen som den autonome.

Efter at have positioneret sig selv som noget andet diskuterer lægerne æren som belønning. Da Ludvig siger, at ”*Det er da også noget,*” griner de andre. Et grin, som kan relateres til udtalelsens ironiske karakter – enten at de ikke forbinder det med noget særligt ærefuldt at have gode NIP-tal, eller at de ikke mener, at æren er en belønning i sig selv. Især Jette fokuserer på belønningens symbolske karakter, når hun siger: ”*Jamen, er det kun æren, man får?*” for derefter flere gange at spørge til materielle belønninger som penge og guldøl. Spørgsmål og svar giver samtalen et ironisk præg, især da hun spørger til guldøl, fordi guldøl som belønning bryder med både en hospitalsdiskurs, en sundhedsdiskurs og en offentlig forvaltningsdiskurs. Alkohol er ikke en mulig belønning i sundhedsvæsenet, og når hun siger guldøl og ikke rødvin, understreger det den ironiske karakter, da guldøl kan relateres til en stigmatisering af alkoholikere i de lavere sociale klasser. Her italesættes ”manden på bænken” – ikke som en identitet, som lægerne identificerer sig med og deler belønning med, men ham, som de taler risikoadfærd med og behandler for hans følgevirkninger af ”livet på kanten”.

Lonnie definerer sundhedsvæsenets belønninger som dem, der ikke har nogen indpakning, og understreger dermed belønningens symbolske karakter som en generel tendens i sundhedsvæsenet. Altså relateres her til den symbolske belønning som en genkendelig teknologi, men samtidig lægger lægerne ironisk distance til tekknologien, hvorfor denne teknologi ikke tillægges værdi og former professionsidentiteter, som straffen gjorde.

En anden læge peger på belønningens symbolske karakter som dens svaghed:

Ole [...] I får 500 kr. for at udfylde alle skemaerne, det ville jo være til at tage at føle på, eller du får en fridag, for hver gang du har lavet 50 skemaer korrekt [griner], så ville det være en positiv belønning, ikke – i det øjeblik at det er en arbejdsopgave, der ligger belønningen jo i. Det er jo lidt ligesom, at man prøver at bilde os ind, at hvis vi opfører os ordentligt og lever et godt liv, så kommer vi i himlen, ikke? Det er jo på det niveau – det har sådan en indre dimension, men det er den samme arbitrære belønning, som de nu prøver at sælge os (Lægerne, hospital 1).

Lægen siger her, at belønningen ved at udfylde NIP-skemaerne har samme karakter som kristendommens belønning om et komme i himlen – der er noget diffust og indbildsk over begge belønninger. Belønningen er noget, ”*man prøver at bilde*” de sundhedsprofessionelle ind, noget, som ikke er til at ”*tage at føle på*”, men netop symbolsk. Med udtalelsen udpeges en subjektposition, hvor den sundhedsprofessionelle udfører konkrete opgaver, som kan måles, tælles og belønnes i forhold til disse ”ydre” forhold, som er håndfaste og afgrænsede. Det håndfaste og afgrænsede kan relateres til lægeprofessionens afsæt i den naturvidenskabelige tradition – en videnskab, der netop er forankret i det, der er konkret, det, der kan forklares, og det, der kan bevises. Gennem lægens italesættelse af den arbitrære belønning udpeges en anden position, som lægen afviser. Fra denne position udfører de sundhedsprofessionelle handlinger, som er styret af belønninger, som hverken er konkrete eller garanterede – belønninger, der er baseret på tro. Man kunne sige, at det er en type belønning, som søger at virke gennem selvstyring, det, som lægen taler om, som at ”det har sådan en indre dimension” – en dimension, som han afviser, ligesom de andre læger også afviste NIP-resultaterne som belønning.

På afdelingerne fremkommer også en anden form for belønning, som er relateret til den anerkendelse, som følger med gode NIP-resultater. De sundhedsprofessionelle taler om, at NIP-resultaterne ikke kun er et internt anliggende, men også tegner afdelingen udadtil. En nøglesygeplejerske forklarer det sådan: ”*Altså, jeg må indrømme, at jeg tænker meget på vores billede udadtil. Jeg gider sgu ikke ligge skidt over for, når man sidder der i den regionale gruppe, altså, det gider jeg da ikke. Men det er også en eller anden faglig stolthed*” (nøglesygeplejersker, hospital 1). Sygeplejersken taler her om den kategorisering, som foregår med NIP-resultaterne, med inddeling af afdelinger i de gode

og de dårlige. Hun vil ikke kategoriseres som dårlig, fordi det krænker hendes faglige stolthed – især når hun sidder til de regionale auditmøder. Når det krænker hendes faglige stolthed, kan det ses i relation til analysen i kapitel 8 om vedståelsesrelationerne, hvor man med dårlige NIP-tal bliver positioneret som den, der skal vedstå. I kapitlet viste jeg, hvordan bekendelse er den teknologi, som styringen foregår igennem. Men samtidig ses det her, at positioneringerne i bekendelsen samtidig betyder, at styringen også kan fungere igennem disciplineringen. Her er altså et eksempel på, at to magtformer flyder sammen og betyder, at to teknologier, det dobbelte system af straf og belønning og bekendelsen, kan virke sammen eller hver for sig. For nøglesygeplejersken er der med NIP-resultaterne noget på spil, som ligger uden for den enkelte afdeling – noget, som handler om afdelingens renommé og position i hospitalsvæsenet i øvrigt. På afdelingerne ses det, at der for både social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og nogle af de nøgleprofessionelle er en belønning forbundet med at have bedre resultater end de andre hospitaler. En belønning, som er relateret til positionen som den lyttende i bekendelsen og til begrebet best practice. Begrebet om best practice er informeret af feltet og er et begreb, som er med til at kategorisere afdelingerne, så nogle fremstilles som eksperter, og andre som dem, der har brug for ekspertise.

Best practice-afdelingen som belønning

I et feltnotat taler de sundhedsprofessionelle om NIP-resultaternes betydning i deres samarbejde med andre hospitaler:

Dagen starter med en uformel snak i frokoststuen, hvor tre sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent fortæller noget om NIP. Den ene siger, at de [på hospital 2] vist nok er meget gode til NIP – det blev de i hvert fald fortalt for ikke så længe siden. De andre bekræfter og siger, at det er rigtigt nok. Ikke fordi de går meget op i det, men NIP er en del af deres arbejdspraksis, så derfor gør de det. Den ene fortæller videre, at hun havde talt i telefon med en sygeplejerske fra hospital 1 om en overflytter, og så var sygeplejersken begyndt at spørge ind til NIP, hvordan de gjorde på [hospital 2], siden de er så gode til det. Denne sygeplejerske synes, at det var noget mærkeligt noget at spørge om, også fordi de ikke gør noget specielt for det, så hun vidste ikke helt, hvad hun skulle sige. De andre lod til at være enige i den betragtning, at NIP-organiseringen er et lokalt anliggende (Feltnotat 21).

Af feltnotatet ses det, at hospital 2 er kategoriseret som et hospital med gode NIP-resultater. Det gør afdelingen til en best practice-afdeling. Det betyder i dette tilfælde, at sygeplejersken på hospital 2 positioneres som eksperten, der skal dele ud af sine erfaringer omkring NIP. Af notatet ses det, at sygeplejersken ikke indtager positionen som eksperten, dels fordi hun ikke ved, hvordan hun skal udfylde den – hun ved ikke hvad hun skal sige, for hun mener ikke at de gør noget specielt – og dels fordi hun og de andre i dette feltnotat mener, at NIP-organisering er et lokalt anliggende. Med sin forespørgsel forsøger sygeplejersken på hospital 1 at forhandle samarbejde mellem sundhedsprofessionelle på hospitaler på nye måder – at udvide relationerne fra samarbejde om overflyttelse af patienterne til samarbejde om organisering af NIP. Her ses altså et eksempel på, at NIP-styringen virker igennem netværker og organisationsformer som allerede er etableret.

Med NIP-styringen formes samarbejdsrelationer altså på nye måder og med et andet mål. Det nye er, at fokus flyttes fra patienten til kvalitetssystemet. Når en sygeplejerske på hospital 2 siger, at hun ikke ved, hvad hun skal sige, fordi de ikke gør noget specielt, peger det i retning af, at det for det første ikke er et spørgsmål, som hun plejer at blive stillet, og for det andet, at organisering af NIP ikke er noget, hun har fokus på i sin hverdag. Der findes flere typer af svar på spørgsmålet om organiseringen på hospital 2, bl.a. at de lægger vægt på, at alle ansvarliggøres for alle rubrikker i NIP-skemaet, og at den enkelte er ansvarlig gennem kravet om at skrive initialer på skemaet. Svarene er givet af de nøgleprofessionelle og ledelsen, som på den måde positioneres som de ansvarlige for NIP på afdelingen med de gode resultater.

Samtidig afviser de sundhedsprofessionelle på hospital 2 deres position som NIP-eksperter, mens sygeplejersken på hospital 1 udpeger og indtager positionen som ansvarlig for organiseringen af NIP, når hun spørger til deres praksis på hospital 2.

Det tegner et billede af, at NIP-resultaterne er en teknologi, hvorigennem nogle sundhedsprofessionelle ansvarliggøres, og andre ikke. I eksemplet fremgår en mere generel ansvarliggørelse af sygeplejersken fra afdelingen med de dårlige NIP-resultater, mens de sundhedsprofessionelle på hospital 2 ikke identificerer sig med positionen, men derimod synes, det er mærkeligt, at sygeplejersken spørger. Men hvordan kan positionerne relateres til resultaterne som belønning? Gennem udpegningen af positionen som eksperten skabes en

potentiel symbolsk belønning. Jeg har tidligere i afsnittet vist, at den faglige stolthed og ære, som følger med de gode resultater, af nogle sundhedsprofessionelle fungerer som en belønning. På samme måde skaber positioneringen, som følger med best practice og NIP-ekspert, en form for belønning, der kan relateres til faglig stolthed. En social- og sundhedsassistent siger: ”*Og så bliver man jo glad*” (social- og sundhedsassistenter, hospital 2). På afdelingerne er der altså dels en tendens til, at der med NIP-resultaterne udpeges positioner for afdelingerne, som er relateret til best practice. Her positioneres de sundhedsprofessionelle i afdelingen som eksperter – positioner, som bidrager til styringen gennem belønning som teknologi. En belønning, som har karakter af at være symbolsk, og en belønning, som tillægges forskellige betydninger af de forskellige professioner.

Økonomisk belønning

I det empiriske materiale kredses der om den økonomiske dimension af NIP. Her er der i interviewene enighed om, at der ikke er økonomiske sanktioner og belønninger forbundet med NIP-resultaterne. Dog adskiller interviewet med social- og sundhedsassistenterne på hospital 2 sig fra denne generelle enighed. Her er det især én social- og sundhedsassistent, som taler om de økonomiske konsekvenser, men de andre er tilsyneladende enige, for de siger hende ikke imod. En social- og sundhedsassistent mener, det er vigtigt at arbejde seriøst med NIP, fordi projektet er højt prioriteret af ledelsen. Hertil siger Janni:

Janni: Men det handler jo også om, at så får vi ikke de penge, vi skal have. Det er hele tiden et spørgsmål om penge, for hvis vi ikke udfører dem rigtigt (Sisse: Så får vi ikke nogle pæne tal), og det ikke bliver talt med, så får vi heller ikke nogen penge.

Mia: Kroner og ører, det handler kun om kroner og ører (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

De tre social- og sundhedsassistenter er enige om, at NIP handler om penge mere end tilfredse ledere. Mia siger endda, at det kun handler om penge. Her italesættes altså penge som en belønning for gode NIP-resultater, eller måske mere om reduktion i budgettet, hvis de ikke får pæne tal. I modsætning til æren er penge en meget konkret belønning, som tillægges stor betydning, når de siger, at ”*det hele tiden er et spørgsmål om penge*” og ”*det handler kun om kroner og ører*”. Penge som straf og belønning ser altså ud til at være en teknologi, som former professionsidentiteter, som prioriterer NIP. Samtidig er det

vigtigt at understrege, at det *ikke* er en teknologi, som anvendes i NIP. Afdelingerne bliver i stigende grad gjort ansvarlige for NIP-resultaterne, da der ses en tendens til, at kvalitetsdata indgår i regionens dialogaftaler med afdelingerne (Regional auditgruppe, nov. 2010), men NIP sanktioneres ikke direkte økonomisk.

Hvor lægerne er meget kritiske omkring NIP og de belønninger, som følger med NIP, ses det her, at social- og sundhedsassistenterne ikke på samme måde forholder sig kritisk til NIP. NIP bliver her reduceret til et spørgsmål om penge – det ultimative argument for NIP. På den måde bliver social- og sundhedsassistenterne en profession, som accepterer præmisserne for NIP, og dermed også en gruppe af sundhedsprofessionelle, som positioneres som de ansvarlige. De fokuserer ikke på NIP's svagheder fra et professionsperspektiv, som eksempelvis lægerne gør, men fokuserer på NIP's konsekvenser fra et økonomisk perspektiv. Fra positionen som den ansvarlige sundhedsprofessionelle bliver det muligt for social- og sundhedsassistenterne at udvide eget mulighedsrum gennem arbejdet med NIP. For social- og sundhedsassistenterne kommer NIP derfor til at fungere som en potentiel mulighed for at opnå anerkendelse som vigtige medarbejdere, hvorved NIP kan ses som en social teknologi, som virker gennem forskydninger i professionernes magthierarkier. Gennem NIP konstitueres social- og sundhedsassistenterne som ansvarlige og dygtige sundhedsprofessionelle.

Patienternes belønning

De sundhedsprofessionelle taler også om belønningen ved gode NIP-resultater som noget, der tilfalder andre. Lægerne talte f.eks. om belønningen som noget, der tilfaldt specialisterne inden for apopleksi. Også patienterne fremhæves som en gruppe, der belønnes gennem NIP. Belønningen har for patienterne form af bl.a. højere overlevelsesprocent. En læge forklarer det sådan:

Vagn: Jeg har et meget splittet forhold til NIP. På den ene side irriterer det mig, at jeg skal bruge tid på at udfylde endnu et skema i en travl hverdag, hvor man som forvagt ofte har akut dårlige patienter og meget travlt. Men når [nøglelægen] så på den anden side kan berette for mig, at de patienter, som får hele NIP-pakken, faktisk klarer sig bedre og har større overlevelsesprocenter, så kan jeg jo godt se, at det er godt for noget. Men grundlæggende generer det mig, at jeg skal det (Læger, hospital 2).

Her opridses et dilemma i den daglige arbejdspraksis, som især italesættes af gruppen af læger – at vælge at udfylde endnu et skema eller at gå ind til den næste akut dårlige patient. Dilemmaet opstår mellem hensynet til den konkrete patient, som har brug for hjælpen akut, og hensynet til den statistisk konstruerede patient, som overlever og får et bedre liv gennem arbejdet med NIP. At den statistisk konstruerede patient belønnes gennem NIP, skaber dilemmaet og gør det svært for lægen at afvise NIP. Lægernes fokus er på diagnosticering og behandling af patienten, og når NIP italesættes som et projekt, der forbedrer behandlingen, er det svært for lægerne at afvise det. Her er altså et eksempel på en belønning, som ikke er rettet mod den sundhedsprofessionelle selv, men som former professionsidentitet gennem belønningen til andre.

En nøglelæge siger, at det er vigtigt at anerkende personalets indsats i NIP – eksempelvis at forskere, som anvender data fra NIP, også husker at skrive en tak til alle de afdelinger, der har leveret data til NIP. Hun forklarer:

Ditte: [...] jeg synes, man skal gøre sig umage for at have den respekt, sådan så man får den der fællesskabsfølelse, for det er jo hele faget, eller hele området, der hæfter, ikke, og der tror jeg, det er rigtig vigtigt, at personalet hele tiden ved, hvor vigtigt det egentlig er. Og det, synes jeg, det gør vi da noget ud af – det prøver vi i hvert fald at gøre noget ud af, også da Annette Ingemanns tal kom der, altså, at det virkelig nytter noget – at det ikke bare er for at tilfredsstille alle mulige økonomer eller ledere, at man skal lave det; det gør faktisk, at patienterne klarer sig bedre (Nøglelæger, hospital 2).

Også nøglelægen sætter fokus på den statistiske patient og NIP som patienternes belønning, og at det derfor nytter noget at bruge tid og energi på NIP – ikke til glæde for økonomer eller ledere, men netop for patienterne. Ingemann har i sin ph.d.-afhandling (Ingeman 2010) bl.a. vist, at NIP har klinisk effekt. Nøglelægen taler om sammenhængen mellem dataregistreringen i NIP og de forskningsresultater, der gavner patienterne. En sammenhæng, der påvises, enten gennem forskning, der viser, at NIP redder liv og giver bedre liv, eller gennem forskningsresultater, som kan kvalificere behandlingen af patienter med diagnosen apopleksi. Nøglelægen siger, at de gør noget ud af at fortælle, at det faktisk er patienterne, som får belønningen for de sundhedsprofessionelles arbejde med NIP. Her foregår disciplineringen gennem det dobbelte system af straf og belønning, når dårlige NIP-resultater medfører dårlige prognoser

for patienterne. I det empiriske materiale ses en tendens til, at netop dette dobbelte system af straf og belønning forpligter de sundhedsprofessionelle på NIP, ved at udpege en position, hvorfra NIP knyttes til de professionelles arbejdspraksis. Men hvorfor er det så svært at skabe orden og kontinuitet omkring NIP, når NIP kan relateres til bedre prognose for patienterne?

I det empiriske materiale fremkommer to typer af forklaringer på, at patientens forbedrede prognose ikke skaber ordentlighed omkring arbejdet med NIP. En type af forklaring kan relateres til validiteten i NIP, hvor jeg i kapitel 7 viste, at NIP blev defineret som noget perifert i den lægefaglige professionsdiskurs gennem lægernes italesættelser af NIP-datas lave validitet. Når NIP-data defineres som ikke-valide, betyder det også, at forskningsresultater, som er baseret på NIP-data, ikke er valide, hvilket fjernes grundlaget for at tale om NIP som en belønning for patienten. I det empiriske materiale ses det ved, at lægerne er forbeholdne, eksempelvis når en læge siger, at det som slutbruger er svært at vurdere konsekvenserne, og at det er meget vanskeligt at gennemskue nøglelægens påstand om, at det går patienterne bedre på de afdelinger, hvor de har gode NIP-resultater (Læger, hospital 2).

Samme læge siger også, at det er vanskeligt at gennemskue, hvad NIP skal bruges til (Læger, hospital 2) – et spørgsmål, som går igen i interviews med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. En sygeplejerske forklarer det sådan: *Nete ”...altså, når man ikke kan se rigtigt, hvad det bliver brugt til, altså, når man ikke kan se resultatet af det, så kan man heller ikke forstå den større mening med, at man skal sidde og udfylde de her papirer, vel”* (Sygeplejersker, hospital 1). Citatet viser, at sygeplejersken umiddelbart ikke er opmærksom på gevinsten for patienten, når hun efterlyser resultater af NIP. Samtidig efterlyser hun resultater, som er konkrete resultater, som hun kan se.

I interviewene kredser de to grupper af professionelle om det konkrete vs. det abstrakte, som måske kan relateres til den statistiske patient. De sundhedsprofessionelle efterlyser mere konkrete transformationer af NIP-data – beviser for, at NIP-data inddrages og bidrager til udviklingen af pleje og behandling af patienten, eksempelvis at nye retningslinjer, vejledninger eller standarder er udviklet på baggrund af NIP-data. Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker efterlyser denne type af initiativer som en metode til at motivere til NIP. Lægerne har mere viden om, hvad NIP-data bruges til, men samtidig

mener de ikke, at udviklingen af klinisk praksis kan baseres på NIP-data, pga. at validiteten af data er for lav. Altså efterlyser nogle sundhedsprofessionelle viden om, hvad NIP-data bruges til, samt at NIP-data anvendes i udviklingen af klinisk praksis, mens gruppen af læger afviser, at NIP-data overhovedet er egnede til udvikling.

Indpiskeren

I den foregående analyse satte jeg bl.a. fokus på, hvordan styringen fungerer cyklisk, og hvordan det dobbelte system af straf og belønning er en teknologi, som styringen fungerer igennem. Ikke kun de sundhedsprofessionelle, men også afdelingsledelserne, de nøgleprofessionelle, den regionale auditgruppe og hospitaler uden for regionen er opmærksomme på NIP's cykliske struktur. Jeg har vist, hvordan professionsidentiteter konstitueres på forskellige måder med de positioner, som udpeges gennem straf og belønning. Professionsidentiteter formes gennem styringen, men de dårlige NIP-resultater i regionen betyder, at styringen ikke er effektiv nok, hvorfor andre typer af initiativer må implementeres. Jeg vil nu sætte fokus på indpiskeren, som skal ses som et af svarene på de dårlige NIP-tal. Begrebet indpiskeren er empirisk informeret og antager forskellige former i hospitalspraksis. I dette afsnit sætter jeg fokus på indpiskeren som en figur, der går på tværs af positioner og teknologier, idet indpiskeren anskues og analyseres som både en position og en teknologi – en position, som afspejles i de sundhedsprofessionelles praksis omkring NIP-styringen, og en teknologi, når der bevilliges 2 mio. i regionen til indpiskere. Jeg starter med en analyse af indpiskeren som position og som teknologi for derefter at sætte fokus på indpiskerens forskellige versioner, som forskellige måder at blive omsat og at fungere på i praksis.

Indpiskeren som position

De særligt NIP-ansvarlige er en gruppe af sundhedsprofessionelle, som kan relateres til positionen som indpisker. I NIP-håndbogen står der, at de skal skabe opmærksomhed omkring NIP ved at *"[...] bruge data til kvalitetsudvikling i egen afdeling samt formidle og motivere for projektet"*, og videre *"[...] ved at modtage kvartalsvise standardrapporter med henblik på fortløbende kvalitetsovervågning og identifikation af indikatorområder, der kræver kvalitetsforbedrende tiltag"* (NIP-sekretariatet 2007a:13). De særligt ansvarlige skal altså skabe opmærksomhed og motivation for projektet, men også over-

våge og identificere områder med lav kvalitet – som i den empiriske praksis i arbejdet med NIP typisk bliver relateret til dårlige NIP-tal. En nøglesygeplejerske fra hospital 1 taler om den indsats, det kræver at bryde styringens cykliske karakter. Hun siger:

Nanna: Nej, men jeg synes, jeg oplever meget det der med, at hvis man ikke, der skal hele tiden være en, der minder folk om det, ikke, og det falder jo for det meste tilbage på os (**Judith:** Ja). Altså, at hvis man ikke er den der indpisker, hvis man ligesom slipper tøjlerne bare en kort periode, så kan man sådan rimelig hurtigt se, mm, at det daler (**Judith:** Ja). At man hele tiden skal være på omkring det. Og hver gang at man ser, okay, der er en apopleksipatient, der skal udskrives, så må jeg hellere lige få fat i den sygeplejerske, der har med patienten at gøre og høre, om hun har fået udfyldt NIP (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

Nøglesygeplejersken sætter også her fokus på det cykliske, og at det kræver en kontinuerlig indsats at holde NIP-tallene. Hun beskriver en tæt sammenhæng mellem sin indsats ”ved tøjlerne” og NIP-tallene. Det gør hun bl.a. gennem overblik over patienterne og kontinuerlige påmindelser til og kontrol af de sundhedsprofessionelle. Sygeplejeren sætter altså her fokus på, at NIP er et projekt, hvor styringsteknologierne ikke i sig selv styrer godt nok, og hvor kontrolteknikker ikke i sig selv kontrollerer godt nok. Ydermere er skemaer og resultater ikke nok. Styringen kræver en indpisker.

Ifølge ordbogen er en indpisker ”*en person, der sørger for disciplin i et politisk parti*” (Gyldendal 2012). Indpiskerne er altså en person, som har en særlig position i fællesskabet, en position, hvorfra fællesskabets regler og normer bliver påpeget og håndhævet. Indpiskeren skal altså sikre gruppens homogenitet og loyalitet over for politikken. I afdelingerne skal indpiskeren sikre loyaliteten over for NIP. Her er disciplinen knyttet til at holde fast i tøjlerne og rette en vedholdenhed og uendelig opmærksomhed på NIP. Indpiskeren skal ikke selv udføre opgaverne, men sikre disciplineringen af de sundhedsprofessionelle gennem påmindelser og kontrol. Men indpiskeren skal ikke bare kontrollere, men bliver også selv disciplineret gennem kontrol. Gennem NIP-tallene afsløres det, om hun har fat i tøjlerne og indpisker godt nok. Det er vigtigt for hende, at tallene er gode, ”*for det falder jo for det meste tilbage på os,*” siger hun. I dette eksempel etableres indpiskeren på en bestemt måde – som en nøg-leprofessionel, hvis professionsidentitet formes af de subjektpositioner, som

skabes gennem italesættelser og forhandlinger om indpiskeren. Det ses, at ikke alle nøgleprofessionelle indtager positionen som indpisker. Dermed formes identiteten som nøgleprofessionel også på andre måder, hvilket jeg vender tilbage til i næste kapitel om NIP-slaverne. I det kapitel vil jeg holde fokus på indpiskeren som både en position og en teknologi.

Indpiskeren som teknologi

At anskue indpiskeren som teknologi tager sit afsæt i den regionale auditgruppe. Her besluttes det på et møde, at gruppen vil søge penge til at ansætte en sygeplejefaglig nøgleperson i hver større NIP-indberettende afdeling. Initiativet er taget på baggrund af regionens dårlige NIP-resultater, som har været stort set uændrede i de senere år. Auditgruppen har derfor søgt ”best practice” på landsplan, hvor de inviterede en overlæge på et hospital, som er kendt for deres gode NIP-resultater (Regional auditgruppe, nov. 2010). Denne overlæges mest markante anbefaling var, ”[...] at der bør være en sygeplejerske, som er indpisker for dataregistreringen, herunder oplæring af nyt og gammelt personale. Kvaliteten, herunder af registrering, skal løftes til mål-niveau, og vedligeholdes ved inddragelse af denne indpisker. Det er en kontinuerlig kvalitetsproces, hvorfor vedligeholdelse er nødvendig. Nyt personale skal stedse introduceres til det, og faste medarbejdere skal holdes til ilden” (Regional auditgruppe, nov. 2010).

Indpiskeren italesættes her som en styringsteknologi, der kan løfte og vedligeholde kvalitetsniveauet. Det understreges, at en indpisker er nødvendig, fordi kvalitetsprocessen i NIP er kontinuerlig. Også her spørger det, som jeg efterhånden vil tillade mig at kalde ”den cykliske styringsnatur” i NIP, når det fremhæves, at kvalitetsprocessen er kontinuerlig. Det er til stedse en opgave at ”holde medarbejderne til ilden”. Ifølge denne anbefaling om best practice er gode NIP-resultater tæt forbundet med kontinuerlig disciplinering. Og disciplineringen ser ikke ud til at kunne fungere ved overvågning alene, men fungerer i en kombination med straf – en teknologi, som jeg mener kan ses som sammenvævet med teknologien som indpisker. Det er bl.a., når det i beskrivelsen af indpiskeren fremhæves, at indpiskningen vedrører dataregistrering. Relateret til min tidligere analyse er dataregistrering tæt knyttet til udfyldning af skemaer – et af de områder, som flere grupper af sundhedsprofessionelle relaterer til straffemetaforen.

Indpiskerens forskellige versioner

Indpiskeren kan ses som både en position og en teknologi i NIP. Med inspiration fra analysens fokus på mikro-strafferetten, har jeg i analysen af indpiskeren indtil nu fokuseret på den version af indpiskeren, som er orienteret mod uddeling af straf. Men hvad gør indpiskeren ellers? Altså hvordan formes indpiskeren som styringsteknologi i den sociale interaktion i hospitalspraksis? Den regionale auditgruppe fik bevilliget 2 mio. kr. til indpiskning, et beløb, som blev fordelt på regionens seks hospitaler med apopleksiafsnit (Regional auditgruppe, nov. 2010). Jeg vil nu vise, hvordan indpiskeren blev defineret og omsat i styringen i de lokale hospitalsafsnit. Her skal indpiskeren ikke forstås som en person, men som en position, som kommer til udtryk i flere versioner af positionen som indpisker. Det afspejler sig også i afdelingernes måder at omsætte ressourcerne og ideen om indpiskeren i praksis, hvor nogle afdelinger har valgt at ansætte en sygeplejerske, mens andre afdelinger har fordelt funktionen mellem flere sundhedsprofessionelle. Indpiskeren positioneres forskelligt på de forskellige afdelinger, men samtidig tegner der sig nogle mønstre. Initiativerne kan grupperes inden for tre områder, som skal ses som tre versioner, der tilsammen eller hver for sig tegner positionen som indpisker. De tre versioner af positionen er kontrolløren, PR-skaberen og dataanalytikeren.

Kontrolløren

At der med NIP-styringen formes en version som kontrolløren har jeg fokuseret på tidligere i analysen. Her fandt jeg, at det er en, der har ”fat i tøjlerne”, påmindrer og kontrollerer processerne omkring NIP i forhold til hver enkelt patient. På de fleste afdelinger er kontrollen relateret til arbejdets processer, hvor indpiskeren sørger for, at indikatorerne opfyldes, og skemaerne udfyldes i arbejdsprocesserne med og omkring patienterne. Men et hospital beskriver, at de ”går hårdere til værks” (Regional auditgruppe, nov. 2011). En læge siger, at de selvfølgelig underviser, men at det i deres afdeling handler om, at NIP er alles fælles ansvar såvel som den enkeltes personlige ansvar. For at fastholde det personlige ansvar skal de sundhedsprofessionelle skrive deres initialer ud for de krydser og datoer, som de sætter i NIP-skemaerne. Initialerne gør det muligt for indpiskeren at kontrollere den enkelte på endnu en måde. Lægen forklarer, at med initialerne er det muligt at rette op på det, når noget skrider, og at finde frem til de sundhedsprofessionelle, som altid udfylder NIP-skemaerne forkert (Regional auditgruppe, nov. 2011). Med denne praksis retter afdelingen opmærksomheden mod systematiske fejl, hvilket er en ma-

tematisk, statistisk tilgang til kontrollen – en tilgang, som har paralleller til indpiskeren som dataanalytiker.

Dataanalytiker

På flere af afdelingerne fremhæves dataanalytiker som en af versionerne af subjektpositionen indpiskeren. En læge siger, at det handler om at gå bag om tallene for at få øje på det, som er uden for skærmen. Indpiskeren skal altså fokusere på det statistiske materiale for at få øje på eventuelle systematiske fejl i registrering og indtastning af data, som har betydning for NIP-resultaterne. Dataanalysen handler altså ikke om at finde systematiske fejl og uhensigtsmæssigheder i behandlingen af patienter med apopleksi, men om fejl i registrering og indtastning af data i databasen. Og hvis jeg relaterer til den logik, som NIP virker inden for²⁴, så handler kontrollen om at finde systematiske fejl i den del af de statistiske data på en bestemt måde. Nemlig at lede efter de fejl, som påvirker NIP-resultaterne negativt, og ikke at fokusere på de fejl, der påvirker resultaterne positivt. Der er altså et systematisk fokus i dataanalytikerens arbejde, som handler om at skabe gode NIP-resultater mere end at sikre validiteten i det samlede datamateriale. Hermed ses en tendens i NIP-styringen, hvor der sker en forskydning i kvalitetsarbejdet fra at have kvalitet på hospitalerne som mål til at have kvalitetssystemet som mål i sig selv. Kvalitet handler her om at vise, at man kan styre processerne omkring kvalitetssikringsredskabet mere end at styre processerne omkring den patientrettede behandling og pleje.

PR-skaberen

I versionen som PR-skaber er formålet med indpiskerne at skabe og bevare fokus på NIP med andre teknologier end kontrol af det enkelte patientforløb. Her søges synligheden skabt på forskellige måder. Når jeg kalder denne version af indpiskeren for PR-skaberen, er det for at understrege, at styringen søger at virke igennem former for synlighed, som ikke fungerer igennem kontrol. Meget af den synlighed, som indpiskeren skaber, er relateret til kontrol og straf, f.eks. når skemaer sendes retur til de sundhedsprofessionelle, og når de sundhedsprofessionelle i deres arbejdspraksis får påmindelser om at opfylde indikatorer og udfylde skemaer hos konkrete patienter. Versionen PR-skaber

²⁴ En logik, hvor datakontrol er rettet mod de data, som har en negativ indvirkning på NIP-tallene – hvor jeg eksempelvis viser i kapitel 10, at kun krydser sat i rubrikken "nej" kontrolleres.

er derimod karakteriseret ved at etablere synlighed gennem andre teknologier end kontrol. Synligheden skabes på forskellige måder. Ved det regionale auditmøde (nov.2011) berettes om forskellige initiativer, som kan relateres til den synlighed, som er i spil med PR-skaberen.

En afdeling har lavet en temauge, hvor NIP er i fokus – et initiativ, som afdelingen har taget før, og som en nøglesygeplejerske beskriver som ”[...] *NIP-temauger, hvor vi alle sammen gik i gult, og [en nøgleansvarlig] havde bagt gule boller*” (Nøglesygeplejersker, hospital 1). Med temaugen skabes PR gennem en happening, hvor de nøgleprofessionelle skaber opmærksomhed omkring NIP ved at bryde med hverdagens rutiner og måder at betragte NIP på. Den gule farve skal associere til det gule NIP-skema.

På en anden afdeling har de skabt opmærksomhed omkring NIP ved at sætte sedler op strategiske steder, som skal minde de sundhedsprofessionelle om NIP, og ved at sætte sedler på døre til lægernes kontor med teksten ”Har du ’Nippet’ i dag”? Denne form for synlighed kan ses som en slags aktivisme, hvor der bl.a. skabes opmærksomhed om en sag ved at videregive budskaber på plakater, som er ophængt på strategiske steder.

En afdeling har etableret det, de kalder en ”NIP-bande”. Banden er tværfagligt sammensat og består af både medarbejdere og ledere. Ved mødet understreges det, at pointen med NIP-banden er, at det ikke kun er de opgaver, som banden udfører, som skal skabe synligheden, men at også navnet ”NIP-banden” skal skabe synlighed omkring NIP. Derfor er de opmærksomme på også i afdelingen at kalde sig og vedkende sig som NIP-banden (Regional auditgruppe, nov. 2011). Her kan synligheden relateres til ideen om branding, hvor NIP søges fremstillet som vigtigt ved at etablere en tværfaglig bande, som har NIP som fælles mission. Samtidig skabes også her synligheden gennem brud med hverdagens selvfølgeligheder, især fordi ”bande” er et begreb, som typisk forbindes med grupper, som er på kant med loven, mere end ansvarlige sundhedsprofessionelle.

Eksemplerne viser, hvordan varianten af indpiskeren som PR-skaber udfolder sig på forskellige måder. Med PR-skaberen anvendes hverken kontrol eller undervisning, men kreativitet, leg og fiktion som de teknologier, der styres igennem.

Sammenfatning af kapitlet

I kapitlet har jeg vist, hvordan NIP-styringen fungerer gennem teknologierne straf og belønning. Igennem det dobbelte system belønning-sanktion etableres en række subjektpositioner, som er med til at konstituere professionsidentiteter. Her demonstrerede jeg, at nogle positioner konstituerer positioner på tværs af professionerne, mens andre positioner er professionspecifikke. Hvor den social- og sundhedsfaglige identitet etableres af positioner, som udpeges gennem belønning som teknologi, etableres den lægefaglige identitet gennem straffens potentielle tilstedeværelse. Den sygeplejefaglige identitet konstitueres af positioner omkring både straf og belønning.

Kapitlet satte ligeledes fokus på, at professionsidentiteternes udpegede subjektpositioner skaber og udvikler teknologier. Her blev positionen som den stærke og den skrøbelige sundhedsprofessionelle udpeget, og de enkelte afdelingers mulighedsrum for organisering af NIP blev afgrænset i forhold til enten den skrøbelige eller den stærke. Er afdelingen ”befolket” af stærke sundhedsprofessionelle, kan nogle teknologier anvendes, mens andre teknologier må anvendes på afdelinger med skrøbelige professionelle. Ved at vende dette perspektiv kan analysen også bidrage til at forstå, hvordan styringsteknologier former professionsidentiteter. Fra dette perspektiv vil teknologier som gabestok og initialer på skemaerne forme professionsidentiteter på nogle måder, mens NIP-banden og gul uge vil forme professionsidentiteter på nogle andre måder. Det betyder, at styringsteknologierne former professionsidentiteter på forskellige måder, hvor gabestokken former identiteter, som kan forene sig med risikoen for at blive udstillet, og initialerne på skemaerne former identiteter, der kan forene sig med overvågningen.

Kapitlet satte også fokus på NIP’s cykliske struktur, og at teknologierne straf og belønning søger at bryde med den cykliske tendens. Her viste analysen, at straf og belønning bidrager til at bryde med strukturen. Men NIP-resultaterne viser, at straf og belønning ikke er virksomme nok. At bryde med den cykliske kræver flere initiativer. Indpiskeren er den teknologi og subjektposition, som på hospitalerne blev svaret, hvor indpiskeren skulle synliggøre og holde fokus på NIP. I analysen vises det, at indpiskeren ikke kun styrer gennem straf og belønning, men også fremkommer i andre versioner, versioner, som kan relateres til kreativitet, leg og fiktion.

Kapitel 10

Indpiskeren og NIP-slaven

I dette kapitel sætter jeg fokus på, hvordan der med styringen udpeges forskellige subjektpositioner, positioner, som jeg kalder indpiskeren og NIP-slaven. Indpiskeren og NIP-slaven er begge begreber, som bliver italesat og eksplicit brugt af informanterne, hvorfor det er empirisk inspirerede begreber. Indpiskeren præsenterede jeg i forrige kapitel som en subjektposition, som skal synliggøre og holde fokus på NIP, blandt andet for at bryde med NIP's cykliske struktur. I kapitlet viste jeg, hvordan positionen blev etableret i forskellige versioner. I dette kapitel belyser jeg de versioner af indpiskere, som konstitueres, når der styres igennem teknologien overvågning. NIP-slaven præsenteres og er relateret til en position, hvorfra man er tvunget til at udføre arbejde, som har lav status, og som andre burde have gjort. Analysen sætter fokus på, hvordan disse to positioner skabes i de sundhedsprofessionelles italesættelser af deres praksis, og på hvordan forskellige professionsidentiteter konstitueres i de to positioner, her med opmærksomhed på de mønstre, som tegner sig omkring ligheder og forskelle mellem professioner og på tværs af professioner, og med fokus på de forskydninger i professionshierarkierne, som følger med styringen.

Kapitlet sætter endvidere fokus på styring gennem overvågning og selvovervågning, som er to centrale styringsteknologier i NIP. Analysen viser, at der er forskellige lag af overvågningen, og den foregår på forskellige måder i praksis, men samtidig at den overordnede strukturering af overvågningen er baseret på monitorering af NIP-indikatorer. Det er denne monitorering, som gør det muligt at overvåge. I NIP er monitoreringen rettet mod de sundhedsprofessionelles handlinger i relation til NIP-indikatorer – handlinger, som registreres i NIP-skemaet. Det betyder, at NIP-skemaet er centralt i overvågningen af den sundhedsfaglige kvalitet. Styringen foregår altså både gennem den overvågning, som følger med monitoreringen, og med den selvovervågning, som følger med de sundhedsprofessionelles registrering af egen praksis i NIP-skemaet. I kapitlet belyses, hvordan overvågning og selvovervågning som sociale styringsteknologier virker forskelligt og konstituerer og former subjektpositioner –

positioner, som samtidig har betydning for den måde, professionsidentiteter skabes gennem styringen.

I kapitlets første del sættes fokus på overvågning som styringsteknologi, og på hvordan subjektpositionerne indpiskeren og NIP-slaven italesættes og udpeges i relation til de nøgleprofessionelle og sundhedsprofessionelle. I analysens anden del sættes fokus på selvovervågning som styringsteknologi, og på hvordan der med selvovervågningen etableres en NIP-logik, som er modstridende med den faglige logik, hvilket medfører ambivalens. Her demonstreres, hvordan professionsidentiteter har betydning for de sundhedsprofessionelles mulighedsrum i denne modsatrettede praksis og dermed for de sundhedsprofessionelles positioner i kvalitetssikringsspillet.

Subjektpositioner, som etableres gennem overvågningen som teknologi

I kapitlets første del sættes fokus på, hvordan styringen foregår gennem overvågning som teknologi. Analysen demonstrerer, hvordan subjektpositionerne indpiskeren og NIP-slaven etableres, og viser, at både de sundhedsprofessionelle og nøgleprofessionelle indskrives i styringen gennem konstitueringen inden for de to positioner. Analysen indledes med en analyse af henholdsvis de nøgleprofessionelles og de sundhedsprofessionelle involvering i styringen fra positionen som indpisker for derefter at lave en lignende analyse af positionen som NIP-slave.

De nøgleprofessionelle som indpiskere

I denne del af analysen sætter jeg fokus på, hvordan subjektpositionen indpiskeren udpeges og formes i forskellige versioner gennem styringsteknologien overvågning, og hvordan forskellige professionsidentiteter konstituerer og konstitueres i styringen gennem de sociale interaktioner og italesætter omkring denne position. Jeg starter min analyse med at sætte fokus på de nøgleprofessionelle, og på at der i de administrative dokumenter om NIP udpeges en position for de nøgleprofessionelle. I NIP-håndbogen udpeges den nøgleprofessionelle i en position, hvor NIP-nøgelpersonen skal repræsentere en erfaring, som gør, at vedkommende kan varetage et selvstændigt klinisk ansvar og være en vigtig fagperson i relation til patientforløb og dataindsamling i forhold til NIP. Nøgelpersonen skal have fokus på indberetning, modtagelse og datakomplet-

hed for data fra NIP, anvende NIP-data til kvalitetsudvikling i afdelingen, introducere NIP til nyt personale, formidle resultater, og endelig, sammen med afdelingsledelsen, overvåge kvaliteten og identificere områder, som kræver kvalitetsforbedrende tiltag (NIP-sekretariatet 2007a:13). Ifølge håndbogen skal nøglepersonen altså både kontrollere data, formidle NIP og udvikle den kliniske praksis i relation til NIP-data. Nøglepersonen positioneres altså forskelligt fra de andre sundhedsprofessionelle og positioneres som den erfarne, selvstændigt ansvarlige, som skal kontrollere, undervise og udvikle i forhold til NIP. Men hvordan forhandles og afgrænses de nøgleprofessionelle? Jeg vil nu sætte fokus på de versioner af subjektpositionen indpiskeren, som etableres i de sundhedsprofessionelles italesættelser af den kliniske praksis.

En læge taler om, hvad der kræves af registreringsprocesser, som at udfylde NIP-skemaer, og sammenligner med den registrering, der foregår i kliniske projekter:

Ole: [...] hvor man laver registrering ift. projektarbejde f.eks., ved man også godt, at hvis – et projekt bliver aldrig bedre end den energi, der lægges i at validere og sikre, at ens data er gode, og – der ved man også godt, at det kræver monitorering, altså; det kræver en piskesvinger, der sidder og sørger for, at tingene er i orden, ikke. Det har vi jo selvfølgelig så også, kan man sige, på et eller andet niveau i organisationen, ikke – vi har en sygeplejerske, der sidder og tjekker, om vi har sendt skemaerne. (Læger, hospital 1).

Han sammenligner NIP-registreringen med projektarbejde, hvor registreringens kvalitet er afhængig af den energi, der lægges i valideringsarbejdet. Han siger, at det kræver en ”*piskesvinger*”, der sørger for, at tingene er i orden og relaterer denne funktion til nøglesygeplejersken i NIP. Denne læge positionerer altså den nøgleansvarlige som både indpiskeren, der skal ”svinge pisken”, og som en vogter, der skal tjekke op på, at skemaerne er sendt, og at processen foregår på en måde, som sikrer valide data. Han taler altså om nøglepersonen som en, der skal sørge for, *både* at de sundhedsprofessionelle udfylder deres arbejdsopgaver i forhold til NIP og sørge for at kontrollere data – altså to versioner af indpiskeren, hvor den ene version kan kaldes piskesvingeren, og en anden version kontrollør. Kontrolløren er en version, som jeg præsenterede i kapitel 9. Samtidig sidestiller han en nøgleansvarlig i NIP med en projektansvarlig i udviklingsprojekter mere generelt. På den måde italesættes den nøgleansvarlige i forhold til en funktion, som er vigtig for alle projekter, mere end relateret til et bestemt projekt – her NIP.

En oversygeplejerske positionerer nøglepersonen, når hun fremhæver en nøglelæge, som har været en gevinst for NIP. Nøglelægen er ”meget regelret og stringent. Og hun er dejlig at have i afdelingen, for når hun først er overbevist og har committed sig til noget, så gennemfører hun det” (Feltnotat 11). Her ses det, at regelretted og stringens er kontrollørens force, mens evnen til at gennemføre det, som man har sat sig for, er et centralt element i versionen som piskesvinger.

Nøglesygeplejerskerne på hospital 1 identificerer også nøglepersonen med kontrolløren og piskesvingeren. Dog udpeges der også en tredje version, som jeg kalder pædagogen:

Nanna: [...] en det er jo den pædagogisk korrekte måde at gøre tingene på, og det er det, jeg mener, det har vi prøvet i et par år, og at nu bliver man måske nødt til at indse, at det er meget den der bussemandsfunktion, at der er en, der skal være indpisker, eller hvad man nu skal kalde det (**Christina:** Ja, ja), eller kontrollant, som nogle også ville vælge at definere det som (**Christina:** Der er nogle, der skal holde). Fordi det bliver ikke gjort af lyst, eller fordi de kan se en højere mening med det, det tror jeg ikke.

Judith: Men... nej, det er jeg egentlig også i tvivl om, for det har vi jo prøvet i rigtig mange år. Og det blev ikke gjort (**Nanna:** Nej). Vi er blevet lidt skrapere, eller det forventes, at det skal man gøre, og man kan jo faktisk på ingen måder komme udenom. Men de siger jo så også, når vi har haft undervisning, så siger de jo, at det var rart at få at vide hvorfor ikke (**Christina og Nanna:** Ja). Altså, det siger de jo, altså dem, som er irriterede, de kan ikke forstå, hvorfor de skal udfylde det. De synes bare, at det er irritation (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

I dette citat udpeges versionen pædagogen, som af sygeplejerskerne afgrænses som ”den rigtige måde”. Fra den position søges styringen fremmet gennem motivation, undervisning, meningsfuldhed, helhedsforståelse og lyst. Nøglesygeplejerskerne fremhæver denne tilgang som den pædagogisk rigtige tilgang, men også som et ideal, der ikke virker i praksis. Derimod italesættes piskesvingeren og kontrolløren som effektfulde versioner. Når de virker, er det, fordi styringen foregår igennem teknologier, som ikke forudsætter lyst eller forståelse fra dem, som styringen retter sig imod. Hvor piskesvingeren og kontrolløren tager afsæt i disciplinering som magt-

form, der virker gennem tvang, trusler og kontrol, tager pædagogen afsæt i regering som magtform, der virker gennem viden, når styringen søger at virke gennem de sundhedsprofessionelles vilje til at styre sig selv (Foucault 1994a:225). Altså at styringen fungerer igennem selvteknologier.

Af citatet ses det ligeledes, at de sundhedsprofessionelle ikke er afrettede og disciplinerede. De udfører ikke bare handlingerne, fordi de skal, men afkræver forklaringer på, at de skal arbejde med NIP. Men samtidig har nøglesygeplejerskerne også erfaringer for, at heller ikke den pædagogiske tilgang har effekt, hvorfor versionen piskesvingeren har italesættes som den dominerende og virksomme version.

Citatet afspejler en ambivalens omkring de to forskellige måder, som styringen foregår på. Judith siger, at de er blevet skrappe – fordi det andet ikke virker, fordi ”*det forventes*”, og fordi ”*man kan jo faktisk på ingen måder komme udenom*”. Her ses det, at versionerne som piskesvinger og som kontrollør formes og styrkes med kravene til gode NIP-resultater. Judith siger dog samtidig, at teknologien etablerer eller fastholder irritationen over for NIP hos de sundhedsprofessionelle. Her italesættes pædagogen som en tilgang, der kan reducere irritationen, fordi denne version leverer de forklaringer, som de sundhedsprofessionelle mangler, og som samtidig skaber frustrationen. Nøglesygeplejerskerne mener altså, at versionen pædagog kan bidrage til NIP-styringen på en anden måde end piskesvingeren og kontrolløren. Pædagogen fremhæves som en version, der er vigtig i den kliniske praksis, som noget, der er inkluderet i professionsdiskursen. Dermed italesættes også en sundhedsprofessionel arbejdspraksis, som er baseret på at forstå baggrunden for opgaverne, baseret på refleksion over praksis, mere end på blot at ”*gøre, hvad der bliver sagt*”. Samtidig italesættes versionerne som gensidigt udelukkende, sådan at nøglesygeplejerskerne ikke på samme tid kan konstitueres som både pædagogen og piskesvingeren. Det skaber ambivalens, når positionen som pædagogen fremhæves som den rigtige og som en position, hvorfra det er muligt at reducere de sundhedsprofessionelles frustrationer. Men ambivalensen håndteres, når den ene position italesættes som dominerende, og nøglesygeplejerskerne konstitueres af versionerne som piskesvinger og kontrollør – to versioner af positionen indpiskeren, som kan ses som gensidigt understøttende, og versioner, som understøtter en praksis, som italesættes som det, der

skaber gode NIP-resultater. I disse versioner fungerer styringen gennem overvågning, hvor piskesvingeren er baseret på viden om den enkelte sundhedsprofessionelles præstationer i forhold til NIP, viden, som produceres fra versionen som kontrollør, gennem kontrol af bl.a. NIP-skemaer.

En nøglelæge taler om kontrollørens bidrag til overvågningen, når hun fortæller, at de på hospitalet har lavet et system, som betyder, at alle NIP-skemaer kontrolleres, når patienterne er udskrevet. Hun siger: ”[...] og så bliver de i hvert fald i [vores afdeling] lagt til mig, hvor jeg så dels kontrollerer, at alle rubrikker er krydset af [...]” (Nøglelæger, hospital 2). Hun forklarer videre, at hun også kontrollerer datoer og krydser i rubriken ”nej” for at få en opsamling på, om tingene er, som de skal være (Nøglelæger, hospital 2). Kontrollen handler altså ikke kun om, at skemaet er udfyldt, men også om, hvor krydser og datoer er sat. Kontrolløren overvåger altså skemaer, datoer og krydser i NIP, hvor jeg senere i kapitlet vil vise, hvordan datoer og krydser kontrolleres på en måde, som retter opmærksomheden mod registrering af kvalitetsbrist – altså mod data, som indikerer, at tingene på afdelingen ikke er, som de skal være.

Piskesvingeren og kontrolløren er versioner, som dominerer på begge hospitaler og dermed er med til at forme de nøgleprofessionelles identiteter, som fokuserer på ansvarliggørelse i forhold til NIP gennem tvang og kontrol. Pædagogen, derimod, italesættes som betydningsfuld og har status på det ene hospital, mens versionen har lavstatus og ekskluderes som version på det andet hospital. Versionen ekskluderes primært gennem en italesættelse af pædagogen som en position, der ikke er virksom i praksis – altså her et eksempel på, hvordan styringens lokale udfoldelse betyder, at teknologierne virker forskelligt og konstituerer, fremmer og ekskluderer forskellige versioner af indpiskeren som subjektposition. Det er altså positioner, som samtidig har betydning for den måde, som professionsidentiteter formes gennem styringen.

De sundhedsprofessionelle som indpiskere

Foucault beskriver, at overvågning som teknologi organiserer sig som en automatisk og mangesidet magt, hvor overvågningen godt nok udføres af subjekterne, men samtidig virker i netværk af relationer, som både foregår oppefra og ned, nedefra og op samt sidelæns – en magts virkning som overvågere,

der overvåges (Foucault 2008b:193). Nu sættes fokus på, hvordan dette netværk af relationer betyder, at også nogle sundhedsprofessionelle positioneres i versionen kontrollør og dermed indskrives i styringen som overvågere, der overvåges. Jeg sætter altså i denne del fokus på, hvordan ikke kun nøglepersonerne, men også sundhedsprofessionelle positioneres i en version af indpiseringen – positioner, som konstituerer nogle professionsidentiteter, mens andre identiteter afgrænses fra dem.

På det ene hospital italesættes NIP som alles ansvar. Det fremgår eksempelvis af et feltnotat af en samtale med en overlæge: ”[...] og videre sagde jeg, at [afdelingslægen] jo var NIP-ansvarlig.” Til det svarede hun [overlægen] temmelig bestemt, at det var jo ikke rigtigt, fordi på [hospital 2] havde de valgt, at der ikke var nogen særligt ansvarlige, fordi de mener, at NIP kun kan fungere, hvis de alle har ansvar for det (Feltnotat 16) – altså NIP som ingens ansvar og alles ansvar – som jeg nu vil belyse med fokus på de sundhedsprofessionelle.

En sygeplejerske får i en telefonsamtale med en læge informationer om en patient, som skal indlægges i afdelingen:

Hun [sygeplejersken] beder om CPR og hændelsesforløb fra debut, og hun skriver ned. Herefter spørger hun, om patienten har fået magnyl 100 mg., forebyggende for blodpropper. Læge svarer nej, hvorefter [sygeplejersken] beder om, at de får givet patienten denne behandling med det samme, og inden patienten flyttes på afdelingen. Herefter siger [sygeplejersken] – ok, så sørger du for magnyl, NIP, røntgen af brystkassen, og de andre undersøgelser skal sættes i værk. Lægen siger ”ja”, og de afslutter. (Feltnotat 15).

Af feltnotatet ses, at sygeplejersken positioneres som kontrolløren, når hun kontroller lægens arbejde. I modsætning til den tidligere analyse kontrollerer sygeplejersken her ikke krydser og datoer, men de lægefaglige handlinger. Altså sker her en forskydning i de professionsfaglige strukturer, hvor professionshierarkiet destabiliseres, når sygeplejersken kontrollerer lægens arbejde. Versionen som kontrollør af handlinger formes af to teknologier, som NIP-styringen benytter sig af, nemlig kategorisering og standardisering. Med kategoriseringen gøres patienten genkendelig, ligesom hver enkelt patient kategoriseres enten inden for eller uden for en given kategori. Med NIP placeres

patienterne i forhold til diagnosen apopleksi. Med diagnosen apopleksi følger et standardforløb i relation til NIP, som er defineret af NIP-indikatorerne. Det er den standardisering af behandlingsforløbet af patienter med apopleksi, der er mulighedsbetingelsen for sygeplejerskens positionering som kontrollør. I feltnotatet spørger hun til NIP-skemaet, men minder ligeledes om andre opgaver, som skal udføres. Blandt andet beder hun lægen om at sørge for, at patienten får opstartet medicinsk behandling med blodfortyndende medicin. Denne behandling er en af indikatorerne i NIP, hvor ”mindst 95 % af patienterne med apopleksi og uden atrieflimmer bør sættes i medicinsk behandling med henblik på forebyggelse af nye blodpropper senest 2. indlæggelsesdøgn” (NIP-sekretariatet 2010). Denne indikator ligger inden for det lægefaglige område, fordi det er lægerne, som har retten til at ordinere. Så når sygeplejersken beder lægen om at sørge for, at patienten får behandlingen, positioneres hun som piskesvinger, der sørger for, at NIP-indikatorerne bliver opfyldt. Med denne positionering skubbes der til grænserne mellem de to professioner, og professionsidentiteter formes på nye måder. Dermed kan sygeplejerskens positionering i versionen som kontrollør og piskesvinger også ses i et bredere perspektiv, hvor den standardisering, som følger med NIP, er med til at forme sygeplejersken inden for en lægefaglig identitet som det, man kunne kalde den behandlende sygeplejerske.

Standardiseringen betyder også, at lægens mulighedsrum forandres gennem den potentielle mulighed for kontrol, som følger med standardiseringen. Gennem NIP-styringen skabes der altså forskydninger i grænserne mellem professionerne og i de to professioners mulighedsrum.

Samtalen forløber uden konflikter eller protester fra hverken læge eller sygeplejerske, hvilket indikerer, at lægen indtager positionen som den overvågede. Når lægen indtager positionen, er han med til at konstituere forskydningerne af grænserne og positionerne som kontrollør, svingepisker og overvåget. Hvor der på afdelingerne ses en tendens til, at både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter positioneres som især kontrollører af NIP, er det for lægerne kun de udpegede nøglelæger, der konstitueres i versionen som kontrollør. Ligesom hos lægerne er der nogle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som afviser positionen som kontrollører. Det ses i nedenstående citat, hvor sygeplejerskerne diskuterer samarbejde med lægerne:

Ulla: Nej, ikke på den måde, men hvis jeg sidder med det [NIP-skemaet], og lægen laver noget andet, som lægen ikke kan, så

tjekker jeg det igennem, og hvis der er nogle ting, jeg ikke kan svare på, eller hvis det er sådan, at nu har jeg siddet med de første fem NIP-skemaer, og nu gider jeg ikke mere, værsgo, nu, læge, nu er det din – så får de den bare kastet over, og så

Marie: Ja – men også på de områder, som I skal vurdere?

Ulla: Nej, nej – det kan de selvfølgelig ikke, altså, det kan de selvfølgelig ikke svare på.

Sarah: Nå, ok, det var det, jeg troede, for vi udfylder ikke andet end vores – det gør vi ikke.

Ulla: Vi udfylder, så meget vi kan, fordi så bliver det gjort, fordi igen, vi har startet med, at lægerne var fuldstændig ligeglade med det NIP-skema, og så falder det tilbage på os, hvor det er sådan, jeg kan ikke sidde og [taler i munden på hinanden]

Marie: Der ryger det serviceniveau lidt ned, for der har vi sgu nok at lave – det må de altså selv tage sig af (Sygeplejersker, hospital 2).

Sygeplejerskerne diskuterer her arbejdsfordeling mellem læger og sygeplejersker i forhold til den praktiske udmøntning af NIP gennem NIP-skemaer. Den ene sygeplejerske mener, at NIP skal løses i et tværfagligt samarbejde, og hvis lægen har travlt, og hun ikke laver noget, tjekker hun skemaerne igennem, svarer på det, hun kan, og giver skemaet videre til lægen. Det positionerer sygeplejersken som både kontrolløren og piskesvingeren, der tager ansvar for skemaerne og minder lægen om sit ansvar. Sygeplejersken sondrer ikke imellem sygeplejerskernes og lægernes del af skemaet, men siger, at hun udfylder, så meget hun kan, fordi ”så bliver det gjort”. Samarbejdet fungerer dog ikke den anden vej, når sygeplejersken siger, at lægerne selvfølgelig ikke kan svare på den del, som sygeplejerskerne skal vurdere. Marie og Sarah er ansat på en anden afdeling, og på den afdeling udfylder de kun deres egen del af NIP-skemaet. Marie siger, at sygeplejerskerne har nok at lave, hvorfor lægerne selv må tage sig af deres del af NIP-skemaet. På den måde afviser disse to sygeplejersker positionen som kontrollører, med henvisning til at de ikke har tid til at servicere lægerne. De italesætter altså ikke NIP som afdelingens fælles projekt og alles ansvar, men som en arbejdsopgave, som har klart definerede faglige grænser, som hver professionsgruppe må opfylde. Gennem denne afvisning af positionen som kontrollører er sygeplejerskerne med til at definere professionsgrænserne på bestemte måder, som reproducerer den og fastholder hierarkiet mellem professionerne og konstituerer traditionelle professionsidentiteter.

I analyseafsnittet har jeg vist, hvordan det ikke kun er de nøgleprofessionelle, men også sundhedsprofessionelle uden særlige NIP-funktioner, der indskrives i styringen, når de overvåger andre sundhedsprofessionelle som kontrollører – altså at de overvågede også overvåger fra positionen som kontrollører. Men ikke alle konstitueres i positionen som kontrollører. Nogle sundhedsprofessionelle afgrænser sig fra positionen med henvisning til professionernes faggrænser. Både i gruppen af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker er der nogle, som indtager positionen som kontrollører, mens gruppen af læger uden NIP-ansvar ikke konstitueres i den position. Et forhold, som synes ganske naturligt for nogle, eksempelvis sygeplejerskerne i det forrige citat, som siger, at lægerne ikke kan udfylde de dele af skemaet, som handler om sygeplejefaglige indikatorer. Det er forhold, som af andre udpeges som et problem, eksempelvis når de på det ene hospital er begyndt at fokusere på det tværfaglige samarbejde omkring NIP for at få lægerne til også at huske de andre faggrupper på NIP, og ikke kun omvendt (Regional auditgruppe, nov. 2011). Kontrollører og piskesvingere ser ud til at være vigtige versioner af subjektpositionen indpiskeren i relation til vedligeholdelsen af NIP. På nogle afdelinger er positionen som indpisker relateret til en stillingsstruktur, mens det på andre afdelinger er en position, som alle skal og bør påtage sig, fordi NIP italesættes som et fælles ansvar, hvor det kræves, at de sundhedsprofessionelle indtager positionen som indpisker.

Positionen som indpisker i versionerne som kontrollører og svingepiskere kan ses som en privilegeret position, hvorfra de sundhedsprofessionelles mulighedsrum udvides – eksempelvis når sygeplejersken i telefonen tager initiativ til behandling af patienten. Ikke alle indtager positionen, men den er potentielt til stede for de sundhedsprofessionelle. Men samtidig bliver der i italesættelsen af disse særligt ansvarlige også udpeget og afgrænset en anden subjektposition, nemlig den position, som jeg kalder NIP-slaven – et begreb, som lægerne bruger i deres beskrivelse af nøglelægerne, og et begreb, som jeg i næste afsnit analyserer som en position, for at belyse hvordan positionen italesættes og afgrænses i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis. Position som NIP-slave italesættes især af sundhedsprofessionelle, som ikke påtager sig en særlig forpligtelse i forhold til NIP. Positionen er karakteriseret ved at være en, som udpeges til andre – en position, som relateres til arbejdsopgaver, som har lav status, og arbejdsopgaver, som de sundhedsprofessionelle ikke kan slippe for, men de søger at afgrænse sig fra igennem italesættelsen af andre som NIP-

slaver – for dermed selv at fremstå som de frie. Dette er til trods for, at alle sundhedsprofessionelle kan ses som slaver for NIP, fordi NIP ikke er en mulighed, men et krav i de sundhedsprofessionelles praksis.

De nøgleprofessionelle som NIP-slaver

Lægerne på hospital 2 taler om, at de nok ville være mere opmærksomme på NIP, hvis de fik skemaer retur, som ikke var udfyldt korrekt. Den ene fortæller om et hospital, hvor de fik skemaerne tilbage. Hun siger videre:

Lonnie: [...] det gør man ikke her [grines], og det er jo en af grundene til, at det bare er rarere at arbejde her, på en eller anden måde [grines] – altså ikke for dem, der skal sidde og lave det der.

Gurli: Nej, jeg har også meget ondt af [nøgletægen], der sidder der og

Lonnie: [en anden nøgletæge] – det er de to, tror jeg

Gurli: Ja – NIP-slaver (læger, hospital 2),

Lægerne taler her om hospital 2 som et sted, hvor der er rart at være, fordi de ikke får de skemaer retur, som de ikke har udfyldt. At udfylde NIP-skemaer anses ikke for at være en attraktiv arbejdsopgave, hvilket afspejler sig i, at det er synd for de to læger, som udfylder skemaerne. De to læger positioneres som ofre, nogle, det er synd for, og som de andre har ondt af. Det er NIP-slaverne, som laver det arbejde, som de andre læger ikke får gjort, og som på den måde gør arbejdslivet behageligt for deres kollegaer. Og det er NIP-slavernes forpligtelse på NIP, som giver større mulighedsrum til de andre læger – mulighed for at prioritere andre opgaver, som de finder vigtigere – og et mulighedsrum, som forudsættes af NIP-slaverne. Også sygeplejerskerne positionerer de nøgleprofessionelle som ofre, hvilket er med til at afgrænse positionen som NIP-slave. De taler om, at det er rigtig rart med disse nøglepersoner, fordi de udfylder det, som sygeplejerskerne glemmer. De er glade for, at de har valgt de sødeste mennesker i hele afdelingen som nøglesygeplejersker, fordi ”så sidder de og laver det [grines]” (Sygeplejersker, hospital 2). Nøglesygeplejerskerne positioneres som de søde, der udfører sygeplejerskernes arbejde og lige bliver en time ekstra for at få udfyldt skemaerne (Sygeplejersker, hospital 2) – karakteristika, som kan relateres til slaven, der ikke har noget valg, men selv må udfylde skemaerne på overarbejdstid og endda udfylde de andres skemaer.

Sygeplejerskerne taler også om lægerne, og siger:

Sarah: Der ligger mange [NIP-skemaer] til lægerne stadigvæk – de har en stabel i sekretariatet.

Marie: Ja, som [nøglelægen] kan få lov at udfylde (ja).

Ulla: Ja [nøglelægen], den stakkel –

Marie: Stakkels mand, når han trombolyserer.

Ulla: Han bliver helt skeløjet nogle gange, når han sidder og laver NIP (Sygeplejersker, hospital 2).

Her positioneres en nøgleprofessionel som en stakkel, der bliver helt skeløjet af at udfylde bunken af NIP-skemaer. Positionen som NIP-slaven styrkes, når de fremhæver stablen af NIP-skemaer, lægens skelende øjne og indikationen af lægens dobbelte arbejdsfunktion, hvor han både trombolyserer og udfylder skemaer. Gennem positioneringen af NIP-slaven afgrænses sygeplejerskernes position som noget andet. Sygeplejerskerne indtager positionen som frie, og ikke bare som mere frie end deres sygeplejefaglige kollegaer, men også som mere frie end lægen. Her ses en magtforskydning i professionshierarkiet, hvor sygeplejerskernes mulighedsrum synes større end lægens, når lægen er bundet af to arbejdsopgaver på samme tid – opgaver, som kræver hans opmærksomhed, og som binder ham til NIP, som slaven er bundet til sin herre.

Fra positionen som NIP-slaver indskrives de nøgleprofessionelle i overvågningen som teknologi – dog fra denne position ikke i form af overvågning af de andre sundhedsprofessionelle, men i form af overvågning af NIP-skemaerne. Denne overvågning forudsætter, at der er både en journal og et NIP-skema. På afdelingerne bruger de nøgleprofessionelle tid på at finde journaler og NIP-skemaer for at rekonstruere forløb til indrapportering i NIP-databasen. En nøglesygeplejerske fra hospital 1 forklarer det sådan:

Nanna: Men jeg må da også indrømme. For et år siden der stod jeg oppe på et loft og skulle finde nogle journaler på nogle tidligere patienter, hvor der manglede NIP-skemaer, og jeg stod og tænkte: Jamen, hvorfor fanden står jeg heroppe på et støvet loft og kigger efter journaler og skal udfylde sådan et skema, altså, det er da fuldstændig absurd. Det er da ikke derfor, at jeg blev uddannet [griner]. Det er igen, så går tiden fra patienterne (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

Af citatet ses det, at funktionen som nøglesygeplejerske medfører arbejdsopgaver, som ligger uden for hendes professionsfaglige identitet, når hun kalder det fuldstændig absurd. Hun er uddannet til at tage vare på patienterne og ikke til arbejdsopgaver, som tager tiden fra patienterne. Når hun siger, at det er fuldstændig absurd at lede efter NIP-skemaer, er det også en italesættelse af NIP som et projekt, der har lav status og ikke er særlig vigtigt. Sygeplejersken italesætter sin professionsfaglighed som rettet mod den indlagte patient, men ikke mod den statistiske patient. Hvis hun havde rettet sin professionsfaglige identitet mod de statistiske patienter, ville hun ikke tale om handlingen som fuldstændig absurd, men som en arbejdsopgave, som betyder noget for den fremtidige patient. Når hun siger: ”*Jamen, hvorfor fanden står jeg heroppe på det støvede loft?*” kan det i relation til identiteten som NIP-slave ses som en tendens til, at der er noget i NIP-styringen, som påtvinger, som i dette tilfælde kommer til udtryk ved, at det ikke er muligt at lade være med at lede efter journalerne og at lade være med at udfylde skemaerne, bl.a. fordi styringen foregår igennem overvågning af overvågerne. Denne nøglesygeplejerske har en særlig funktion i styringen, hvor hun skal overvåge, om NIP-skemaerne er udfyldt korrekt forud for indtastning i databasen. Hvis der mangler krydser og datoer i NIP-skemaerne, er journalen en forudsætning for, at skemaet kan rekonstrueres. Hvis nøglesygeplejersken ikke skaffer journalen, vil de manglende data afspejle sig i afdelingens NIP-resultater. Dermed fungerer opgørelsen af NIP-resultaterne som overvågning af overvågerne, fordi dårlige resultater kan relateres til nøglesygeplejerskernes arbejde som overvågere af NIP-processen.

Mange sundhedsprofessionelle mener, at tiden til NIP går fra patienterne, men en nøglesygeplejerske har også et andet perspektiv på tiden. Hun ser, at tiden til kvalitetsprojektet NIP også går fra kvalitetsarbejdet. Denne nøglesygeplejerske er ansat i en funktion som kvalitetskoordinator for to apopleksiafdelinger, en funktion, som betyder, at hun ikke har den direkte patientkontakt og dermed kan formodes at have et andet perspektiv på NIP end de andre nøgleprofessionelle såvel som de sundhedsprofessionelle. Hun siger, at hun bruger 2/3 af sin arbejdstid på NIP, hvilket ifølge hende er for meget, og som er ”[...] *tid, som går fra andre vigtige kvalitetsopgaver*” (Feltnotat 5). Her italesættes NIP som et kvalitetssikringsprojekt, der fylder meget i landskabet for kvalitetssikring i hospitalsafdelingen, og som tager tiden fra de andre kvalitetstiltag, som nøglesygeplejersken også synes er vigtige. Relateret til positionen

som slave ses det her, at denne nøglesygeplejerske forpligtes på at bruge sin tid på NIP, hvilket indskrænker hendes mulighedsrum for andre kvalitetsopgaver.

De sundhedsprofessionelle som NIP-slaver

Ikke kun de nøgleprofessionelle, men også nogle af de sundhedsprofessionelle positioneres som NIP-slaver. Lægerne på hospital 2 siger: ”*Altså, hvis lægen sørger for at udfylde det [NIP-skemaet] med det samme, så gør det sygeplejerskernes job nemmere – jeg tror, de stakkels sygeplejersker på [en afdeling] bruger meget tid på at opspore skemaer [...]*” (Lægerne, hospital 2). Lægerne positionerer her sygeplejerskerne som nogle, det er synd for, fordi de bruger en masse tid på at opspore NIP-skemaer. Opgaven med at lede efter NIP-skemaer anses for at være unødigt tidsspilde. Lægen positionerer her sygeplejerskerne som NIP-slaver, der er tvunget til at udføre disse tidskrævende arbejdsopgaver, hvis lægerne ikke har gjort det, de skal. I positionen som NIP-slave kan man ikke selv vælge, men skal gøre det, som andre ikke har fået gjort. Det, lægerne her taler om, kunne også relateres til versionen som kontrollør, fordi der i beskrivelsen af det, som sygeplejerskerne gør, indgår en eller anden form for overvågning af skemaerne – overvågning som en forudsætning for, at sygeplejerskerne kan vide, hvilke skemaer de skal opspore. Men versionen kontrollør af subjektpositionen indpisker adskiller sig fra positionen som slave gennem meningstilskrivningen af offeret, som er tvunget til at udføre de opgaver omkring NIP, som de andre sundhedsprofessionelle har forsømt. Gennem italesættelsen af ”*de stakkels sygeplejersker*” positioneres de som ofre uden mulighedsrum til at prioritere andet end skemaerne – og dermed positionen som NIP-slave mere end kontrollør. Gennem italesættelsen af sygeplejerskerne som NIP-slaver positioneres lægerne som dem med mulighedsrum og endda som dem, der har mulighed for at påvirke sygeplejerskernes mulighedsrum, fordi det bliver indskrænket, når lægerne ikke udfylder deres NIP-skemaer. I modsætning til tidligere, hvor jeg viste, at sygeplejerskernes mulighedsrum blev udvidet gennem positioneringen af kontrolløren, ses her, at også den modsatte tendens er i spil, når sygeplejerskerne positioneres som NIP-slaver.

Også sygeplejerskerne positionerer andre sundhedsprofessionelle som NIP-slaver, når en sygeplejerske fra den ene afdeling siger til sygeplejerskerne fra en anden afdeling: ”*Ja, stakkels jer, at I sidder og udfylder alt andet [rubrik-*

ker i NIP-skemaet, som er lægefaglige] også – altså, det synes jeg er forfærdeligt” (Sygeplejersker, hospital 2). Her er positionen som NIP-slave relateret til at udføre lægernes arbejde. Også her positioneres NIP-slaverne som nogle stakler, der skal udføre arbejdsopgaver, som dels har lav status, og dels er nogle andres opgaver. Sygeplejerskens italesættelse afspejler en monofaglig tilgang til NIP-skemaerne, hvor hver profession har ansvar for hver en del af skemaet, hvorfor det defineres som ”forfærdeligt”, at nogle sygeplejersker udfylder den del af skemaet, som lægerne er ansvarlige for.

I denne analysedel belyste jeg, hvordan subjektpositionerne indpiskeren og NIP-slaven blev udpeget og etableret gennem overvågning som teknologi i NIP-styringen. Indpiskeren formede sig i versionerne piskesvingeren, kontrolløren og pædagogen. Her viste det sig, at nogle versioner var gensidigt udelukkende. Her blev versionen som pædagog domineret af de gensidigt relaterede positioner som indpisker og kontrollør. Forskellige positioner konstituerede forskellige professionsidentiteter, både inden for og på tværs af professionerne. Her tegnede sig et mønster af, at også nogle sundhedsprofessionelle uden særligt ansvar i forhold til NIP blev indskrevet i styringen i positionen som indpisker, ligesom både nøgleprofessionelle og sundhedsprofessionelle blev positioneret som NIP-slaver. Dermed kan NIP ses som en teknologi, som virker gennem manges involvering i styringen og ansvarlighed for NIP – et perspektiv, som kan relateres til overvågnings hierarkiske organisering, som fungerer gennem overvågning af overvågerne.

Analysen demonstrerede også, at privilegerede positioner forhandles af de sundhedsprofessionelle. Gennem udpegningen af de nøgleprofessionelle som NIP-slaver udfordres de nøgleprofessionelles privilegerede position. Når de nøgleprofessionelle positioneres som NIP-slaver, former det samtidig en privilegeret position for andre sundhedsprofessionelle, hvor de konstitueres som frie.

Selvovervågning

I denne del af kapitlet vil jeg flytte fokus fra overvågning til selvovervågning, hvor jeg ser NIP-skemaet som en teknologi, der ikke kun understøtter styringen gennem overvågning, men også gennem selvovervågning. De sundhedsprofessionelle overvåger sig selv gennem registrering af de handlinger, som er relateret til NIP-indikatorer og forhold, som er oplistet i NIP-skemaet. Jeg viste i kapitel 8, hvordan alle tre professionsgrupper er forpligtet på NIP, på at

skulle-ville NIP. Her belyste jeg, hvordan der er forskel på de sundhedsprofessionelles mulighedsrum i forhold til prioritering af NIP, samt hvordan de sundhedsprofessionelles forpligtethed og tilbøjelighed til forpligtelse både varierer mellem professionerne og inden for professionerne.

I denne analysedel demonstrerer jeg, hvordan selvovervågningen foregår gennem de sundhedsprofessionelles dokumentation af egen praksis – men en selvovervågning, som også styres i en bestemt retning. Selvovervågningen skal ikke bare afspejle handlinger og krydser, men handlinger og krydser på den rigtige måde, nemlig som krydser i rubrikken ”ja” eller rubrikken ”ikke fagligt relevant”. Krydser i rubrikken ”nej” bliver i NIP defineret som en kvalitetsbrist, forstået som at patienten ikke har fået den rigtige behandling, og den sundhedsprofessionelle ikke har gjort sit arbejde. Det er disse krydser i ”nej”, som giver dårlige NIP-tal. Jeg vil nu vise, hvordan styringen udspiller sig omkring skemaerne, krydserne og rubrikkerne – især omkring rubrikkerne ”nej” og ”ikke fagligt relevant”, hvor en lille forskel i registreringen gør en stor forskel i NIP. I sidste del sætter jeg fokus på registreringens grænser, associeret til spillenes verden og en analyse af spillets regler.

Selvovervågning på en bestemt måde

To nøglesygeplejersker taler her om deres funktion i forhold til de sundhedsprofessionelles registrering i NIP-skemaerne. Den ene forklarer om forskelle i registreringen:

Nanna: Det er også noget med, for eksempel, at jeg synes, at jeg kan blive ved med at gentage mig selv. Det der med, at når I sætter kryds i nej, så er det, fordi I ikke har gjort noget, som bør gøres, og de kan ikke se, at det er en kvalitetsbrist (**Christina og Judith:** Nej). Altså, det er, som om at den kan simpelthen ikke trænge ind (nøglesygeplejersker, hospital 1).

Nøglesygeplejersken fortæller her, at hun ofte gentager pointen omkring, at et kryds i rubrikken ”nej” er det samme som at registrere en kvalitetsbrist – en pointe, som tilsyneladende er svær for de sundhedsprofessionelle at forstå, når hun siger ”*den kan simpelthen ikke trænge ind*”. Problemstillingen opstår, fordi de sundhedsprofessionelles krydser i ”nej” positionerer de sundhedsprofessionelle som fagligt svage, der ikke lever op til de sundhedsfaglige krav. På afdelingerne har de nøgleprofessionelle fokus på pro-

blemstillingen omkring krydserne i NIP-skemaet, men der ses ligeledes en generel tendens til, at det er svært omsætteligt i de sundhedsprofessionelles praksis. Der findes flere typer af forklaringer på, at denne forholdsvist lille og samtidig meget vigtige forskel er så vanskelig. En social- og sundhedsassistent peger på en af vanskelighederne, som hun fremhæver som en svaghed ved NIP: ”[...] altså, jeg synes godt, det kunne være nemmere udført, eller mere ligetil – f.eks. har der jo været store misforståelser omkring ”ikke faglig relevant”- og ”nej”-spørgsmålene, ikke, og på den ene side er det noget, og på den anden side er det noget andet” (social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Når hun siger, at det på den ene side er noget, og på den anden side er noget andet, så er det en forklaring, som er tæt relateret til skemaets opbygning og spørgsmål. Nogle steder er rubrikken ”nej” relateret til patientens helbredsmæssige status ved indlæggelsen, eksempelvis om patienten har diabetes eller tidligere apopleksi. Rubrikken ”nej” er i forbindelse med disse spørgsmål ikke et udtryk for en kvalitetsbrist og derfor et legitimt nej, som de sundhedsprofessionelle må sætte kryds i. Andre steder i skemaet er rubrikken ”nej” relateret til de sundhedsprofessionelles handlinger under indlæggelsen, eksempelvis om patienten er ernæringsscreenet eller ultralydsscannet. Det er i forbindelse med denne type spørgsmål, som omhandler indikatorerne i NIP, at et kryds i rubrikken ”nej” er en kvalitetsbrist. Men at rubrikken ”nej” har to forskellige betydninger, er noget, som forvirrer de sundhedsprofessionelle, såvel som optager de nøgleprofessionelle, fordi der er noget på spil i forhold til de nej’er, som udpeger en kvalitetsbrist.

Kvalitet som professionsfaglig eller kvalitetssikringsfaglig logik
Også sygeplejerskerne taler om de to mulige svarkategorier i NIP-skemaet, som de har svært ved at sondre imellem. Den ene siger:

Katrine: Men jeg synes faktisk heller ikke, det er tydeligt nok, fordi at jeg ved, at der er flere sygeplejersker, som altså misforstår, når vi skal [...] altså, det her med fagligt relevant og ikke fagligt relevant, der ved jeg, at der er flere, som har lavet fejl flere gange, fordi det ikke er tydeligt nok [flere siger ja].

Note: Så har de skrevet nej, og det var ikke (Katrine: Ja), de mente bare, at det var irrelevant, og det var derfor, det ikke blev gjort.

Katrine: Ja, og hvis man skriver nej, så er det jo en fejl.

Nete: Ja, fordi man ikke har taget stilling til det (Sygeplejersker, hospital 1).

Sygeplejerskerne taler her om forskellen mellem ”nej” og ”ikke fagligt relevant”. Begge er kategorier, som definerer, at opgaven ikke er udført, eksempelvis at patienten ikke er scannet eller ikke er ernæringscreenet. De to kategorier adskilles af den faglige vurdering, hvor ”ikke fagligt relevant” indikerer, at scanningen eller screeningen er fravalgt på baggrund af den sundhedsprofessionelles faglige vurdering, det, Nete forklarer som *”Så har de skrevet nej, og det var det ikke – de mente bare, at det var irrelevant, og det var derfor, det ikke blev gjort”*. Kategorien ”nej” betyder derimod, at indikatoren ikke er opfyldt, og der ikke er taget stilling til, at det ikke er relevant. Sygeplejersken siger, at hvis man skriver nej, så er det en fejl, fordi de ikke har taget stilling til det. Forskellen mellem ”nej” og ”ikke fagligt relevant” er altså en eller anden form for faglig vurdering af, at det for den konkrete patient ikke er relevant at opfylde en given indikator, eksempelvis at den bevidstløse patient ikke skal tilbydes ernæringscreening eller fysioterapeutisk vurdering.

For nogle professionsgrupper er denne sondring svær. Især fremhæves fysioterapeuter og ergoterapeuter som professioner, som har det svært med kategorien ”ikke fagligt relevant”, men problematikken afspejler sig også hos sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne og kan være en anden type af forklaring på, at det synes vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at sondre mellem kategorierne. En nøglesygeplejerske forklarer det sådan:

Christina: Altså, nu ved jeg, især fysser og ergoer, ikke, de har jo, der kommer også noget fagstolthed ind over der, fordi de har jo haft ekstremt svært ved at skrive ”ikke fagligt relevant”, fordi de simpelthen ikke når det inden for tidsgrænsen, og det ikke er vores egne patienter, så skal de skrive ikke fagligt relevant, selvom det er en, der har en parese, og jeg ved ikke hvad, eller der egentlig har behov for en fysioterapeutisk vurdering eller et eller andet, så skal de stadig skrive ikke fagligt relevant, og det har de haft ekstremt svært ved.

Judith: Det skuer jo også, ikke?

Christina: Ja, ja, for det er relevant, og så bliver det et eller andet mismask mellem det rigtige og så et skema, man skal udfylde (Nøglesygeplejersker, hospital 1).

I dette citat er tidsdimensionen i centrum. Samtidig er citatet tvetydigt og kan forstås på to måder. Den ene måde afspejler en ambivalens, som skabes i spændingsfeltet mellem en professionsfaglig forståelse af kvalitet og en kvalitetssikringsfaglig forståelse af kvalitet. I en anden forståelse af citatet rettes opmærksomheden mod en organisatorisk systematik i forvaltningen af kategorierne ”nej” og ”ikke fagligt relevant”.

Ambivalensen skabes, når kvalitet defineres forskelligt. I NIP er kvalitet noget eksakt, som er klart defineret både i forhold til indhold og form. Eksempelvis angives kvaliteten i den fysioterapeutiske behandling med standarden om fysioterapeutisk vurdering, hvor 90 % af patienter med apopleksi skal have foretaget en fysioterapeutisk vurdering senest 2. indlæggelsesdøgn (NIP-sekretariatet 2006:7). En kvalitetsforståelse, som er i tråd med kvalitetsbegrebets udvikling fra at handle om det sublime til at være tæt relateret til styring af processer, som jeg beskrev i kapitel 3. Med NIP defineres kvalitet altså som noget, der afgrænses i tid. Den fysioterapeutiske vurdering har en tidsgrænse inden for de første to indlæggelsesdøgn. Hvis vurderingen ikke er relevant inden for de to døgn, kategoriseres handlingen som ”ikke fagligt relevant”. Denne definitivt afgrænsede kvalitetssikrings-kvalitet udfordrer den professionsfaglige kvalitetsforståelse, hvor patienternes behov ikke er definitive, men vurderes i en løbende proces. Dette er en forståelse, som sygeplejersken udtrykker i forhold til fysioterapeuter og ergoterapeuter som ”[...] *de har jo haft ekstremt svært ved at skrive ”ikke fagligt relevant”, fordi de simpelthen ikke når det inden for tidsgrænsen*”. Det er, fordi det fra et professionsfagligt perspektiv altid er fagligt relevant at foretage en vurdering, og fordi den faglige relevans derfor ikke er mindre efter andet indlæggelsesdøgn.

Citatet viser også en anden dimension, som adskiller de to kvalitetsforståelser, når der med indikatoren defineres en afgrænset arbejdsopgave, en vurdering. Sygeplejerskerne italesætter fysioterapeutens opgave som sammensat, når de problematiserer, at det ikke er fagligt relevant ”[...] *selvom det er en, der har en parese, og jeg ved ikke hvad, eller der egentlig har behov for en fysioterapeutisk vurdering eller et eller andet [...]*”. Med italesættelsen illustreres den professionsfaglige tilgang, som er præget af kompleksiteten i arbejdsopgaverne med patienterne, som gør det vanskeligt at adskille vurderingen fra handlingen og apopleksien fra paresen. De to forskellige kvalitetsforståelser udgør

et spændingsfelt, som er med til at skabe den ambivalens, som de sundhedsprofessionelle italesætter.

Citatet kan også belyses som en organisatorisk systematik i forvaltningen af kategorierne ”nej” og ”ikke fagligt relevant”. En sygeplejerske siger, at fysioterapeuterne har haft ”[...] *ekstremt svært ved at skrive ”ikke fagligt relevant” fordi de simpelthen ikke når det inden for tidsgrænsen*”. Her indikeres, at fysioterapeuterne ikke har sat kryds i ”ikke fagligt relevant” ud fra en vurdering af patienten, men fordi de ikke har haft tid til at vurdere patienten inden for tidsfristen – altså en forskydning i kategoriseringen fra ”ikke fagligt relevant” til ”ikke fagligt muligt” (pga. arbejdspress). Sygeplejersken siger, at det sætter fysioterapeutens faglige stolthed på spil, og Judith medgiver, at hun er enig, når hun siger: ”*Det skuer jo også, ikke?*”. Hertil svarer Christina: ”*Ja, ja, for det er relevant, og så bliver det et eller andet mismask mellem det rigtige og så et skema, man skal udfylde*” (Nøglesygeplejersker, hospital 1). Sygeplejersken sondrer her mellem noget, der er rigtigt, og noget, der er et skema, og siger, at det er med til at skabe ”[...] *et eller andet mismask*”. Mismask kan her ses som den ambivalens, som opstår i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis, når de på den ene side skal sætte kryds på en bestemt måde for at tilgodese NIP, og på den anden side agerer med afsæt i en professionspraksis, hvor handlingers relevans ikke defineres og afgrænses af tid, isolerede opgavetyper eller patienternes afdelingsmæssige tilhørsforhold.

Relateret til selvovervågningen ses det, at kravet om, at de sundhedsprofessionelle skal overvåge deres praksis på en bestemt måde skubber til deres professionsidentitet. Der sondres mellem ”*det rigtige*” og ”*noget, der er et skema*”, men samtidig betyder det, at to kvalitetsforståelser er i spil, hvoraf den ene kvalitetsforståelse kan have en tendens til at dominere gennem den kontinuerlige synlighed, som bl.a. skabes gennem versionerne slavepiskeren og kontrolløren og gennem krav om gode NIP-resultater – her især igennem styringsmæssige tiltag i forhold til at fremme de sundhedsprofessionelles tilbøjelighed til at kategorisere NIP-indikatorer som ”ikke fagligt relevante” frem for som en kvalitetsbrist, som følger med svarkategorien ”nej”.

NIP's egenlogik

Det ses altså, at der med bestræbelserne skabes en logik omkring NIP, som fungerer i sig selv og er afkoblet fra den praksis, som NIP afspejler. En syge-

plejerske forklarer det sådan: ”*Det er jo sådan en indforståethed, der ligger, når du sætter et kryds i nej. Så det skal man jo så forstå. Det er underforstået*” (Sygeplejersker, hospital 1). Med svarkategorien ”nej” følger altså noget, som de sundhedsprofessionelle skal forstå. Når det italesættes som både underforstået og indforstået, kan det ses som et udtryk for en NIP-styringens egenlogik – den logik, som nøglesygeplejersken bliver ved med at gentage, men som ikke kan ”*trænge ind*”; måske fordi den skaber ambivalens i de sundhedsprofessionelles praksis og leder til forvirring.

En sygeplejerske forklarer, at de altid forholder sig til NIP, men at hun bliver i tvivl:

Ulla: [...] om det nu er det der, fordi så hører man ”Nå, men du skal krydse ikke fagligt relevant i det her”, og så andre gange så hører man ”Du må aldrig krydse i ikke fagligt relevant”, og så synes jeg bare, at man bliver smadderharm og lidt forvirret over, om man skal gøre det ene eller det andet bare, fordi jeg synes altid, vi forholder os til de ting, altså SIK og obstipation og mobilisering. Det gør vi jo, når vi modtager patienterne med det samme, ikke (Sygeplejersker, hospital 2).

NIP-logikken skaber tvivl i sygeplejerskens arbejdspraksis; hun ved ikke, hvor hun skal sætte krydserne. Samme tendens ses hos social- og sundhedsassistenterne, mens jeg senere viser, at lægerne kan manøvrere i forhold til NIP-logikken. Afkrydsningen af skemaet er tilsyneladende en arbejdsopgave, som ikke afspejler logikkerne i arbejdet med patienterne. Det skaber ambivalens og uigennemskuelighed i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis, fordi NIP-logikken og professionslogikken er modstridende. Hos denne sygeplejerske skaber det forvirring, når hun mener, at hun modtager patienter på samme måde hver gang, samtidig med at hun får at vide, at hun nogle gange skal gøre det ene, og andre gange det andet. Samtidig afspejles her, at afkrydsningen kan ses som noget, der er baseret på instruktion, repetition og indpiskning mere end viden og forståelse for logikkerne i NIP.

Også for social- og sundhedsassistenterne er afkrydsningen forbundet med misforståelser. Social- og sundhedsassistenterne taler om svagheder ved NIP, og den ene siger:

Janni: Der er kun en gang imellem, når det går måske lidt for hurtigt med at få sat kryds i ”nej” eller ”ikke fagligt”. Og jeg må ikke

sætte det i ”ikke fagligt”. Jeg skal altid sætte det i ”nej”. Det er den eneste svaghed (social- og sundhedsassistenterne, hospital 2).

I dette citat er tre forhold på spil. For det første får social- og sundhedsassistenten byttet rundt på kategorierne, en forveksling, som hun i den videre samtale fastholder, indtil hendes kollegaer korrigerer hende. Det tyder på, ligesom jeg tidligere har vist, at sondringen mellem de to kategorier er baseret på det, som de sundhedsprofessionelle har fået at vide, at de skal (instruktioner), mere end på en forståelse af forskellene. Dernæst italesættes et forbud, når hun siger: ”*jeg må ikke sætte det i ”ikke fagligt”* – et forbud, som kan relateres til suverænmagten mere end disciplineringen. Suverænmagt, fordi den magtform netop er karakteriseret ved at opsætte regler og procedurer for handlinger, som sanktioneres, hvis de ikke følges (Foucault 2008b:106). For det tredje forstærkes indtrykket af, at styringen her ser ud til at fungere gennem suverænen magt, når social- og sundhedsassistenten ser det som NIP’s eneste svaghed, at hun ikke selv kan vælge, hvor hun skal sætte sine krydser – altså italesættes forbuddet (mod noget), og dermed også påbuddet (om noget andet), som en svaghed ved NIP. Der sker altså en indskrænkning af den sundhedsprofessionelles mulighedsrum i forhold til at udfylde NIP-skemaer og dermed også i forhold til selvovervågningen.

Jeg har belyst, hvordan selvovervågningen skal foregå på en bestemt måde, og at der for både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter opstår forvirring omkring kategorierne ”nej” og ”ikke fagligt relevant” i NIP-skemaet. Den kvalitetssikringsfaglige kvalitetsforståelse i NIP udfordrer den professionsfaglige kvalitetsforståelse, hvilket skaber ambivalens i sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes arbejdspraksis. Krydserne bliver sat på baggrund af forbud og påbud samt følger ikke den professionsfaglige kvalitetslogik og skaber derfor en masse forstyrrelser i praksis. Med afkrydsningen skal de sundhedsprofessionelle overvåge deres egen praksis, men selvovervågningen synes afkoblet fra den patientrettede praksis, som selvovervågningen handler om, og dermed er der etableret en egen logik omkring NIP.

Også lægerne taler om afkrydsning i skemaet, hvor de kan fortælle, at de nogle gange på konferencen får at vide, at de skal sætte kryds i ”kontraindiceret” i stedet for ”nej”. I andre tilfælde skal de huske at skrive ”ikke fagligt relevant” i stedet for ”nej”. Hertil siger den ene: **Jette:** ”*Ja, for hvis der står nej, så er det, som om det burde have været gjort og ikke er blevet gjort...*” (Lægerne,

hospital 2). Lægerne taler om skemaerne på to forskellige måder. Fra den ene position italesættes skemaerne i forhold til validitet, og her fremhæves skemaet som meget komplekst med mange fejlmuligheder. Her fremhæves det også, at når de på konferencerne diskuterer, hvordan de skal sætte krydserne i skemaet, så ender det altid i en enighed om, at det er ”[...] *nogle meget kryptiske spørgsmål*” og at det er formuleret, så de tænker: ”*Hm, er det det ene eller det andet?*” (Læger, hospital 1). De synes altså, at spørgsmålene er meget tvetydige, hvorfor deres besvarelser bliver tilfældige. Fra denne position problematiseres skemaet – en problematisering, som betyder, at lægerne forholder sig kritisk til NIP og dermed afviser NIP-resultaterne pga. lav validitet. Fra en anden position afvises, at lægerne ikke kan finde ud af at udfylde skemaet. En læge forklarer det sådan:

Jette: Vi kan da finde ud af det. Det er ikke sådan, hvor skal jeg sætte krydset, hvor skal jeg sætte krydset [grines]. Altså, selvfølgelig kan man finde ud af at udfylde papiret; problemet er bare, hvor god motivationen er til det, ikke, altså – det er jo også det.

Lonnie: Altså, alting er jo prioriterede opgaver, man har, ikke også, altså, og det er jo ikke sådan, at fordi at når man så er færdig med at, at man så tænker, hvad skal jeg nu lave, hvad skal jeg nu lave (læger, hospital 2).

Fra denne position handler det altså ikke om lægernes evner, for ”[...] *selvfølgelig kan man da finde ud af at [...]*” men om lægernes motivation. NIP er ikke et projekt med høj status i den lægefaglige professionsdiskurs, hvilket afspejler sig i deres manglende prioritering af NIP. I kapitel 8 belyste jeg positionen som den travle læge, en position, som kan betegnes som privilegeret, fordi det er en position, som kun lægerne kan indtage, og fordi det er en position, hvorfra det er muligt at afvise eller nedprioritere NIP – og dermed gøre det til et spørgsmål om motivation mere end viden og forståelse.

Sammenfattende kan siges, at sondringen mellem svarkategorierne ikke skaber samme forstyrrelse i lægernes arbejdspraksis, som det gør for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Men det betyder ikke, at selvovervågningen foregår uproblematisk for lægerne, da lægerne i stedet for forvirring retter deres kritik mod NIP-spørgsmålenes tvetydige formuleringer og hverdagens travlhed, som betyder, at lægerne prioriterer andet end NIP. Når lægerne fremhæver skemaets tvetydighed mere end deres faglige utilstrækkelighed som årsag til, at NIP-skemaerne ikke er udfyldt eller udfyldt forkert, giver det

mulighed for at afvise NIP og NIP-resultater som noget, der afspejler kvaliteten i deres arbejdspraksis.

NIP-spillet

I analysen af selvovervågning har jeg demonstreret, at selvovervågningen skal foregå på en bestemt måde, hvor de sundhedsprofessionelle ikke må sætte kryds i ”nej”. Denne praksis udspringer af en kvalitetssikringsfaglig logik – en logik, som er afkoblet fra de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis hos patienterne, og en logik, som nogle sundhedsprofessioner afkoder bedre end andre. Ydermere er professionslogikkens kvalitetsforståelse i spil, og analysen viste, at det skaber ambivalens. Analysens pointer kan associeres til spillenes verden, hvor man med afsæt i en spille-metafor kunne hævde, at der i hospitalet spilles to spil, som de sundhedsprofessionelle deltager i.

Det ene spil er professionsspillet, og det andet spil er kvalitetssikringsspillet. På den ene side finder spillene sted på forskellige præmisser og har forskellige regler. På den anden side handler spillene om det samme, men bliver meget forskellige på grund af de forskellige regler. Kvalitetssikringsspillet *skal* alle deltage i, mens professionsspillet er et spil, som de sundhedsprofessionelle gerne vil deltage i – de kan slet ikke lade være, fordi professionsspillets regler er integreret i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis i øvrigt. Analysen viste, at sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne er aktive spillere i professionsspillet. De deltager også i kvalitetssikringsspillet, men her har sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne svært ved at forstå spillets regler. De prøver, om reglerne fra professionsspillet kan bruges, men det virker ikke. Så prøver de at lære reglerne udenad, hvilket også er vanskeligt for dem. Anderledes spiller lægerne kvalitetssikringsspillet godt. De kender spillets regler, som har mange sammenfald med reglerne i deres professionsspil. At kende spillets regler skaber også et mulighedsrum for at omgås spillets regler og at omdefinere spillets regler. Det gør lægerne blandt andet ved at reducere NIP til et spil, der ikke er vigtigt – et spil, som de i nogle situationer kan lade være med at spille, eller et spil, som ikke egner sig til at udpege vindere og tabere. Her viste jeg i kapitel 7, at lægerne afviser med afsæt i rationaliteten sandhed.

Men hvem definerer spillets regler, og er det et spil, hvor man kan snyde? Og må man snyde? Og hvordan trækkes grænserne mellem at spille kvalitetssik-

ringsspillet efter reglerne og at snyde? I kapitlet har jeg indtil nu vist, hvordan der både i styringen gennem teknologien overvågning og selvovervågning fokuseres på nogle svarkategorier mere end andre. Er det snyd, eller er det en af spillets regler? I næste afsnit sætter jeg fokus på snyd. Det interessante ved analysen er ikke, hvorvidt der snydes eller ej, men at vise, hvordan reglerne i NIP-spillet italesættes og forhandles – forhandlinger, som er med til at afgrænse professionsdiskurser og forme professionsidentiteter. Altså en analyse, som har fokus på de grænsedragninger mellem professionerne, som konstitueres gennem de sundhedsprofessionelles italesættelser af spillets regler og grænserne for snyd.

Forhandlinger om spillets regler

De sundhedsprofessionelle forholder sig på forskellige måder til NIP-systemets logik, hvor nogle svarkategorier er inkluderet, mens andre søges ekskluderet, når NIP-skemaerne skal udfyldes. I afsnittet om kvalitet som professionsfaglig eller kvalitetssikringsfaglig viste jeg, hvordan kategorierne ”nej” og ”ikke fagligt relevant” skabte forvirring for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Sygeplejerskens udtalelse om, at der er det rigtige, og så er der et skema, som skal udfyldes, kunne defineres som snyd, idet der peges på en uoverensstemmelse mellem ”det rigtige” og det skema, som udfyldes. Men det gør de sundhedsprofessionelle ikke. Hverken sundhedsprofessionelle eller nøgleprofessionelle relaterer den systematiske overvågning og kontrol af kategorien ”nej” til snyd, hvorfor der er enighed om, at denne fokuserede opmærksomhed mod en bestemt kategori i NIP-skemaet er en af spillets regler. En sygeplejerske siger, at det ”*skurrer lidt*” (Sygeplejerskerne, hospital 1), men det giver ikke anledning til at betragte det som forbudte eller uacceptable handlinger.

Til gengæld udpeges en anden del af skemaet som en potentiel mulighed for at bryde spillets regler. At angive forkerte datoer i skemaet italesættes som en handling, der ikke følger spillets regler, og betragtes dermed som snyd. Her er der en tendens til, at de sundhedsprofessionelle udpeger de andre som dem, der snyder, eksempelvis når en sygeplejerske siger, at lægerne snyder:

Ulla: Jeg tror altså også, der er nogle, der fuser med de datoer [grines]. Det tror jeg.

Marie: Men det er jo også påfaldende, at de lige pludselig er 100 % efter en screening.

Ulla: Jeg har set flere læger, der ”nå ja, ja, d. 28.” og så har jeg det også bare lidt sådan, at så er det jo til grin – det giver jo slet ikke noget tydeligt billede af (Sygeplejersker, hospital 1).

Sygeplejerskerne mener, at lægerne snyder med datoerne – dels har den ene sygeplejerske set flere læger, der har en tilfældig omgang med datoer, som skrives ind i skemaet, og dels beskrives en tendens, hvor der er sammenhæng mellem gode NIP-resultater og screeninger af NIP-data. Efter en kontrol i form af screening følger 100 % målopfyldelse, hvilket skaber mistænksomhed. På afdelingerne ses en generel tendens til, at resultatstyringen skaber mistænksomhed og mistillid mellem afdelinger og mellem hospitaler. Både afdelinger, som leverer gode NIP-resultater over en længere periode – dem, jeg tidligere har kaldt best practice-afdelinger – og afdelinger, der pludselig præsterer markant bedre resultater, bliver gennem mistænkeliggørelsen udpeget som potentielle snydere. Også de nøgleprofessionelle italesætter de potentielle snydere, da de til et lokalt NIP-møde sammenligner egne NIP-resultater med resultaterne fra andre hospitaler. De diskuterer, hvordan de kan forbedre egen praksis, men er samtidig enige om, at ”der er nogle kreative derude [på de andre hospitaler], som forholder sig lidt letsindigt til krydserne og laver kreativ bogføring” (Feltnotat 8). Også på dette møde bliver den kreative bogføring relateret til gode NIP-resultater, idet de nøgleprofessionelle, som deltog i mødet, anser det for at være urealistisk med en 100 % målopfyldelse på NIP-indikatorer (Feltnotat 8).

Gennem denne italesættelse af fusk og kreativ bogføring i relation til gode NIP-resultater defineres både en specifik regel og en mere generel karakteristika ved NIP-spillet. En regel i NIP-spillet er, at man skal være præcis med datoerne. At ændre på datoerne defineres som snyd. Samtidig synes NIP-spillet at baseres på en præmis om, at det ikke er muligt at forbedre resultaterne markant over en kort periode, og at det ikke er muligt at holde et konstant højt niveau med NIP-resultaterne. Afdelinger og hospitaler, som præsterer konstant eller markant, defineres som spillere, der ikke følger spillets regler. I afdelingerne ses også en tendens til, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på spillet og udpeger og positionerer de spillere, som formodes at snyde. Sygeplejerskerne siger, at lægerne snyder, og de nøgleprofessionelle, at de andre hospitaler snyder. Det ser altså ud, som om snyd er en del af NIP-spillet, men noget, som de sundhedsprofessionelle søger at afgrænse sig fra ved at italesætte snyd som noget, de andre gør. Ved at italesætte snyd som en

del af spillet reduceres værdien af NIP, eksempelvis når sygeplejersken siger ”[...] *at så er det [NIP] jo til grin*”. At opnå hurtige resultater eller have vedvarende gode resultater defineres altså som snyd, og som en form for snyd, som ikke accepteres.

En sygeplejerske bryder med tendensen til at udpege de andre som snydere, når hun siger, at hun kommer til at snyde:

Sarah: Ja, og det er gerne i de der rigtig belastede perioder, hvor vi virkelig har travlt, så begynder den der, sådan, tone nemlig at komme, nej, hvorfor er den ikke NIP’et, og nej, og nu er det uden for tidsfristen, ja og [...].

Marie: Ja, og så kommer man til at sætte en dato, som ikke rigtig passer [grines].

Sarah: Nej, nej, nej, det synes jeg så altså ikke [grines] (Sygeplejersker, hospital 1).

Denne sygeplejerske fremhæver situationer, hvor snyd bliver den mulige vej ud af arbejdssituationer, som er præget af et krydspres mellem høj arbejdsbelastning og forventning om høje NIP-tal. Hermed fremhæver hun situationer, hvor hun mener, det er legitimt og inden for spillets regler at sætte en dato, som ikke rigtig passer. Altså defineres her en anden grænse for det acceptable og uacceptable i forhold til snyd, hvor det i situationer med virkelig travlhed er legitimt at være kreativ med datoerne, mens det i andre situationer ikke er legitimt. NIP-spillets regler er altså ikke universelle, men kontekstafhængige og lokalt forhandlet. Når Sarah svarer ”*Nej, nej, nej,*” kan det ses som et udtryk for, at noget vigtigt er på spil. Relateret til tidligere er ændringer af datoer uden for spillets regler noget, de andre gør, hvorfor sygeplejersken søger at afgrænse sig fra det ved at sige ”*Nej, nej, nej*”. Relateret til subjektpositioner kan det siges, at positionen som snyder er en, som udpeges til andre, og en position, som Sarah afviser. Marie, derimod, indtager positionen i nogle situationer. Når der grines, kan det betyde, at der er noget på spil, som ikke italesættes – måske fordi det ikke er legitimt at tale om egne definerede grænser mellem at snyde og at spille efter spillets regler?

Social- og sundhedsassistenterne taler om, at dokumentation er en sikkerhed i deres arbejdspraksis, fordi det er et bevis på, at opgaverne er udført. Videre diskuterer de:

Janni: Ja, det [NIP] er jo så en sikkerhed overfor, hvad skal man sige [Mia griner], at vi udfører de der ting, vi skal, ikke. Så det kan man jo godt kalde for en sikkerhed.

Mia: Ja, man kan jo også bare sætte nogle krydser, ikke.

Sisse: Det kan man også godt.

Mia: Vi kan jo også bare skrive, at man har vasket fru Jensens hår, og man ikke har gjort det, vel (Social- og sundhedsassistenter, hospital 2).

Her italesættes en anden dimension, som kan relateres til spillet og spillets regler. Her fremhæves det som en mulighed at sætte nogle krydser, uden at det er relateret til, at opgaverne er udført. Social- og sundhedsassistenterne italesætter altså muligheden for, at spillet slet ikke handler om den kliniske praksis, men om at spille spillet, som det forventes. Når Mia siger, at man jo også bare kan skrive, at man har vasket fru Jensens hår, betyder det, at der også er andre spil i den kliniske praksis, som baseres på samme præmis omkring dokumentation, og på, at der er en potentiel mulighed for at udnytte denne præmis. Social- og sundhedsassistenterne problematiserer ikke denne mulige praksis, men anerkender den heller ikke – konstaterer blot, at det er en mulighed. Social- og sundhedsassistenterne forhandler altså ikke grænserne omkring snyd med dokumentationen, eller hvorvidt og hvordan de selv sætter krydserne. Heller ikke andre steder i interviewene kommer social- og sundhedsassistenterne nærmere grænserne mellem det legitime og det, som er snyd.

Heller ikke lægerne taler om grænserne for NIP-spillets regler. Til gengæld forhandler de grænserne for en anden dimension af at kende spillets regler og spille strategisk, for på den måde at få adgang til sundhedsfaglige ydelser, som følger med NIP. En læge forklarer: ”[...] jeg tror også, det frister nogen til at sige, altså, der er i hvert fald nogle gange, hvor jeg tænker, altså, hvorfor er alle de her mennesker her på apopleksiafsnittet – var det, fordi folk [lægerne] tænker, så får vi sgu en scanning i aften?” (Læger, hospital 2). Lægen undrer sig over alle de patienter, som bliver indlagt til observation for apopleksi, og mener, at det er for at få adgang til scanning inden for et døgn, som NIP foreskriver. Her ses altså et eksempel på, hvordan man gennem kendskab til spillets regler omkring sammenhængen mellem kategorien apopleksi og scanning kan fremskynde en scanning. Lægerne er uenige om, hvorvidt det er legitimt at agere strategisk. En læge mener ikke, det er et problem at fremskynde scanninger på den måde, fordi resultatet af scanningen vil afkræfte diagnosen apopleksi og samtidig betyde en hurtigere afklaring af den reelle diagnose. En

anden læge finder det derimod problematisk, fordi diagnosen apopleksi er svær at afkræfte, når den først er stillet, og samtidig medfører en livslang medicinsk behandling mod blodpropper (Læger, hospital 2).

Her ses det, at lægernes forbehold mod strategisk diagnosticering ikke problematiseres i forhold til spillets regler, men i forhold til konsekvenserne for patienten. En sådan strategisk brug af NIP ser altså ud til at være legitim og inden for rammerne af det tilladte i lægernes arbejdspraksis med NIP.

I denne analysedel satte jeg fokus på NIP-spillets regler i forhold til registreringer i NIP-skemaet. Jeg demonstrerede, at grænserne forhandles i de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis, hvor grænserne for spillets regler er fleksible og relateret til både professioner og arbejdssituationer. Gennem formuleringen af grænser etableres feltet for konstituering af subjektpositioner (Åkerstrøm et. al. 1995:89). Her viste det sig, at snyd søges ekskluderet fra den sygeplejefaglige professionsdiskurs ved at italesætte snyd som noget, de andre gør. Lægerne og social- og sundhedsassistenterne italesætter ikke eksplicit grænserne for snyd, men social- og sundhedsassistenterne så snyd som en af spillets potentielle muligheder. Lægerne definerede ikke strategisk kategorisering af patienter som snyd, men som en legitim strategi. Med afsæt i de grænser, som blev formuleret af professionerne omkring spillets regler, kan siges, at der for sygeplejerskerne formes en position som spillets kontrollører, for social- og sundhedsassistenterne en position som neutrale deltagere i spillet, mens lægerne positioneres som strategiske spillere.

Sammenfatning af kapitlet

I dette kapitel har jeg vist, hvordan styringen fungerer gennem teknologierne overvågning og selvovervågning. I kapitlet viste jeg, hvordan subjektpositionerne indpiskeren og NIP-slaven blev etableret, og hvordan positionerne var med til at forme professionsidentiteter for både de nøgleprofessionelles og sundhedsprofessionelle. Det er, fordi overvågningen foregår i et netværk af relationer, som betyder, at mange indskrives i styringen – en styring, som ligeledes viste sig at virke igennem overvågning af overvågerne.

Analysen demonstrerede, at subjektpositionen indpiskeren blev konstitueret gennem versionerne kontrolløren, piskesvingeren og pædagogen. Kontrolløren og piskesvingeren var de gensidigt relaterede og dominerende versioner, mens

versionen pædagog kun blev italesat som betydningsfuld på det ene hospital. Alle tre grupper af nøgleprofessionelle blev konstitueret i positionerne som piskesvingere og kontrollører, ligesom også nogle sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter uden særligt ansvar i forhold til NIP indtog positionen. Samtidig viste analysen, at andre sundhedsprofessionelle fra de to professioner afviste positionen, og at ingen læger uden særligt ansvar i forhold til NIP blev konstitueret af versionerne. Positionen som indpisker viste sig i nogle situationer at være en privilegeret position, som var med til at udvide mulighedsrummet for nogle sundhedsprofessionelle og medførte forskydninger i professionshierarkiet.

NIP-slaven var en position, som både var med til at forme professionsidentiteter på tværs af de nøgleprofessionelle og de sundhedsprofessionelle. Fra denne position sås også en forskydning af magthierarkier, men her med afsæt i en indskrænkning af mulighedsrummet. Det er, fordi NIP-slaven er forpligtet på NIP – en forpligtethed, som samtidig konstituerer andre sundhedsprofessionelle som frie. Dermed demonstrerer analysen, at privilegerede positioner ikke er entydige, men komplekse og foranderlige, fordi de forhandles i de sundhedsprofessionelles praksis.

I analysens anden del var blikket rettet mod selvovervågning som styringsteknologi. Her belyste jeg, hvordan der gennem overvågningen stilles bestemte krav til selvovervågningen i NIP-skemaet – krav, som kunne relateres til kvalitetsfaglig mere end professionsfaglig logik, og krav, som skabte forstyrrelser og ambivalens i sygeplejerskernes og social- og sundhedsassistenternes arbejdspraksis. Med associationer til spillenes verden viste jeg, at lægerne kendte spillets regler og var gode til at spille kvalitetssikringsspillet. Spillets regler blev forhandlet forskelligt af de tre professionsgrupper, hvor grænserne for snyd var afhængige af både situationer og professioner. Gennem definitionen af grænserne blev der for sygeplejerskerne formet en position som spillets kontrollører, for social- og sundhedsassistenterne en position som neutrale deltagere i spillet, mens lægerne blev positioneret som strategiske spillere.

DEL 4

KONKLUSION

Kapitel 11

Konklusion

I denne afhandling har jeg sat fokus på kvalitetssikring som styringspraksis i hospitalsvæsenet, og hvordan styringen former de sundhedsprofessionelles identiteter. Afhandlingen tager afsæt i en forståelse af offentlig styring som tæt relateret til professionernes ekspertise, og afsæt i at styringsredskaber forhandles i den konkrete arbejdspraksis. Afhandlingen tilbyder altså ét blik på offentlig styring ved at anskue styring som noget, der forandres og forhandles. I afhandlingen belyses styringen gennem det kliniske kvalitetssikringsprojekt (NIP), mens de sundhedsprofessionelle er afgrænset til tre store professioner i sundhedsvæsenet, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger. Afhandlingen søger at svare på følgende spørgsmål:

Hvordan etableres, vedligeholdes og forandres relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP i hospitalsvæsenet?

- Hvorvidt og hvordan har de forskellige sundhedsprofessionelle betydning for NIP-kvalitetsstyringen?
- Hvorvidt og hvordan er NIP med til at forme de forskellige sundhedsprofessionelles faglige identiteter?

Det overordnede forskningsspørgsmål afspejler den gensidige relation mellem professionerne og styringen, som har været afhandlingens optik. Under spørgsmålene illustrerer samtidig to indgange til at belyse gensidigheden, som også afspejler tilgangen i afhandlingen – hvad betyder styringen for professionerne, og hvad betyder professionerne for styringen? Konklusionen er struktureret omkring disse to indgange til problemstillingen. I første del konkluderes omkring NIP-styringen, og hvordan de sundhedsprofessionelle har betydning for styringen, mens konklusionens anden del svarer på, hvordan og hvilke faglige identiteter der formes med kvalitetsstyringen.

De sundhedsprofessionelles betydning for styringen

Gennem afhandlingens analyser har jeg vist, hvordan NIP-styringen fungerer gennem forskellige teknologier, og hvordan de sundhedsprofessionelle har betydning for NIP-styringen. Styringen kan relateres til to overordnede principper for styring, nemlig styring gennem selvansvarliggørelse og styring gennem kontrol. Her viser det sig, at kontrollen afspejler sig i en overvågning såvel som en selvovervågning, som pågår i NIP.

Styring gennem selvansvarliggørelse

Begrebsparret orden og uorden er et passende sted at starte konklusionen omkring NIP-styringen. Analyserne viser, at en af styringens udfordringer er at skabe den orden i praksis, som NIP forudsætter. NIP er nemlig baseret på rationaliteter, som søger at skabe orden. Rationaliteterne synlighed og sammenligning skal skabe gennemsigtighed i hospitalspraksis, rationaliteten kategorisering skal skabe overskuelighed og systematik i praksis, mens rationaliteterne sandhed og risiko skal skabe pålidelighed i praksis. Men styringens ambition om og krav til orden skaber også uorden – eller kaster lys på den uorden, som hersker i hospitalspraksis. Det skyldes, at hospitalspraksis afspejler periodiske mere end lineære tendenser, som afspejler den vide verden udenfor, hvor både nat, påske og weekend betyder ændrede betingelser for hospitalspraksis. Også sygdomme er periodiske med tilstødende komplikationer og måske død. Professionernes prioriteringer afspejler også periodiske tendenser, når forskellige professionelle vurderer forskelligt i forskellige situationer, og når ikke alle professionelle vil tage ansvar for NIP. Disse periodiske tendenser udpeges med kvalitetsstyringen som problematiske, hvorved NIP gennem ambitionen om at skabe orden på en bestemt måde også skaber uorden.

Styring gennem selvansvarliggørelse er især virksom i samarbejder om patienter og resultater i NIP – samarbejder, som opstår, når noget mangler omkring NIP, og samarbejder, hvor strukturen er defineret, og positionerne er udpeget. I afhandlingen kaldes disse samarbejder for *vedståelsesrelationer*, og i disse relationer sker der en selvansvarliggørelse gennem vedståelsen af ikke at have gjort det godt nok. Både resultater og processer i NIP er med til at etablere grænserne mellem orden og uorden, ligesom det er med disse grænser, at positionerne i vedståelsesrelationen udpeges. Fra den ene position skal man vedstå den utilstrækkelige praksis omkring NIP, mens man fra den anden position

kan lytte, stille spørgsmål og give gode råd for fremtidig praksis. Gennem NIP konstitueres de to positioner for både sundhedsprofessionelle, afdelinger, hospitaler og regioner. *Best practice* er et begreb, som afspejler vedståelsesrelationerne og understøtter positionerne i relationen. Hospitaler med gode NIP-resultater positioneres som best practice, hvilket konstituerer dem som eksperterne, som de andre hospitaler skal lære af. Best practice-hospitaler positioneres som dem, der lytter og giver gode råd – en position, som samtidig udpeger andre hospitaler i positionen som dem, der skal vedstå.

I vedståelsesrelationerne virker styringen altså gennem de sundhedsprofessionelles velvillighed til at vedkende egne fejl og mangler, lydhørhed og imødekommenhed over for råd fra andre og villighed til at ændre praksis. I analysen kaldes denne selvansvarliggørelse for *at skulle-ville*, som blandt andet afspejles i vedståelsesrelationerne, hvor dobbeltheden fremtræder, fordi NIP er mere end tvang, men samtidig har et element af tvang. Hospitalets forskellige aktører positioneres og skal vise deres vilje fra de tildelte positioner, hvilket afspejles i deres tilbøjelighed til *at skulle-ville*.

Styring gennem kontrol

NIP-styringen foregår igennem kontrol, hvor kontrollen etableres både i form af overvågning og selvovervågning. Overvågningen er især rettet mod at skabe orden i den uorden, som følger med den periodiske tendens i praksis. En tendens, som også afspejler sig i det, der i afhandlingen kaldes *NIP's cykliske struktur*. De periodiske tendenser og den cykliske struktur skaber uorden. Analyserne viser, at de sundhedsprofessionelle deltager i kontrollen, når overvågningen foregår på mange niveauer og fra mange positioner. Overvågningen etableres på tværs af professionshierarkier såvel som ledelseshierarkier og medfører dermed forskydninger i magten. Samtidig demonstreres, at det især er fra positionen som indpisker, at orden søges skabt. Her er det især nogle versioner af indpiskeren som dominerer, versioner, som blandt andet konstitueres i vedståelsesrelationer omkring best practice. Det medfører en udvikling i styringen mod kontrol i form af instruktioner, påmindelser og straf mere end pædagogiske tiltag relateret til viden og forståelse for NIP. De sundhedsprofessionelle benytter metaforen om korporlig straf, når de taler om NIP – en metafor, som retter opmærksomheden på, at straf og belønning er centrale teknologier i styringen, men også at metaforen i sig selv er effektiv, når de

sundhedsprofessionelle gennem deres fremhævelse af straffen konstituerer straffens potentielle tilstedeværelse i NIP.

De sundhedsprofessionelles arbejde med NIP-skemaet afspejler styring gennem selvovervågning. Her viser det sig, at megen styringsmæssig fokus er rettet mod krydserne i skemaet, hvor selvovervågningen bliver styret mod de kategorier i skemaet, som ikke defineres som kvalitetsbrist. Samtidig pågår der en forhandling om tal og krydser i skemaet – forhandlinger internt i spillet og forhandlinger om NIP-spillets regler. De tre professioner har forskellige forudsætninger for at indgå i spillet om selvovervågning, ligesom de spiller spillet på forskellige måder. Også i andre sammenhænge forhandles spillets regler. Med NIP etableres en grænse mellem det, der er kvalitet, og det, der ikke er kvalitet. Det, som er uden for grænsen af kvalitet, bliver i NIP defineret som et kvalitetsbrist. Men i de sundhedsprofessionelles praksis forhandles spillets regler, når begrebet kvalitetsbrist udkrystalliseres i versionerne kvalitetsbrist, registreringsbrist og forsinket kvalitet. Forhandlinger om spillets regler skabes med styringen og giver de sundhedsprofessionelle nye perspektiver på deres praksis. Samtidig er forhandlingen om spillets regler med til at forme NIP på bestemte måder, som har betydning for styringens effekter.

Professionsidentiteter, som formes gennem NIP-styringen

Konklusionen omkring de professionsidentiteter, som etableres med NIP, er tosidet. Her viser analyserne på den ene side, at der gennem styringen udpeges positioner, som er med til at forme professionsidentiteter. På den anden side viser analyserne, at professionstilknytningen har betydning for de sundhedsprofessionelles mulige mulighedsrum i forhold til NIP og dermed også for etableringen af professionsidentiteter. Dermed har konklusionen om de professionsidentiteter, der skabes med styringen, både et professionsspecifikt perspektiv og et perspektiv, som går på tværs af professionstilknytningen. Jeg starter med den del af konklusionen om professionsidentiteter, som er professionsspecifik, for derefter at konkludere omkring professionsidentiteter på tværs.

Social- og sundhedsassistenterne

Social- og sundhedsassistenterne er en professionsgruppe, som på mange måder er aktive omkring NIP og tager ansvar for NIP. De beskriver NIP som et

projekt, der er vigtigt og skal prioriteres. Projektet er vigtigt, fordi NIP-resultaterne kategoriserer regioner, hospitaler, afdelinger og sundhedsprofessionelle i de gode og de dårlige, hvorfor gode resultater giver arbejdsglæde og faglig stolthed hos social- og sundhedsassistenterne – en tendens, der blandt andet former en professionsidentitet omkring pligten til at gøre det, man bliver bedt om. Kombinationen af, at både NIP-resultater og pligten over for udpegede arbejdsopgaver tillægges værdi, indskriver social- og sundhedsassistenterne i NIP-styringen gennem selvansvarliggørelse.

Det betyder samtidig, at dårlige NIP-resultater konstituerer social- og sundhedsassistenter som professionelle, der ikke er dygtige til deres arbejde. Ansvarliggørelsen er ikke isoleret til deres egen praksis omkring NIP, men betyder, at de også tager ansvar for NIP mere generelt, blandt andet ved at kontrollere andre sundhedsprofessionelles arbejde med NIP, udfylde dele af NIP-skemaet, som vedrører lægernes arbejde, eller minde lægerne om, at det skal udfyldes. Gruppen af social- og sundhedsassistenter er delt i to, hvor den ene halvdel påtager sig det generelle ansvar for NIP, mens den anden halvdel ikke ser det som deres pligt at udføre lægernes arbejdsopgaver. Fra positionen som generelt ansvarlig for NIP opnår social- og sundhedsassistenterne anerkendelse som vigtige medarbejdere, hvorved der med NIP skabes en potentiel mulighed for gruppen af social- og sundhedsassistenter. Samtidig kan det ses som en udsat position, fordi det betyder, at dårlige NIP-resultater vil positionere dem som sundhedsprofessionelle, der ikke lever op til deres forpligtelser, til trods for at mange sundhedsprofessionelle er ansvarlige, og til trods for at social- og sundhedsassistenterne er den professionsgruppe, som har vanskeligst ved at agere og forhandle NIP.

Med NIP skabes altså et potentielt mulighedsrum for social- og sundhedsassistenterne, muligheden for at indtage positionen som en vigtig sundhedsprofessionel. Mulighedsrummet er ikke formelt skabt, idet kun en enkelt social- og sundhedsassistent var udpeget som nøgleprofessionel. Dermed er det en position, som formes i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP, og en position, som har betydning for både social- og sundhedsassistenterne og NIP. Men samtidig er det en position, som kun er med til at forme nogle social- og sundhedsprofessionelle identiteter, mens andre afviser positionen med henvisning til, at arbejdsopgaverne er professionsfagligt afgrænsede.

Sygeplejerskerne

Sygeplejerskerne er en professionsgruppe, som også er indskrevet i NIP-styringen; nogle sygeplejersker i en formelt udpeget position som nøgleprofessionel, andre i de uformelle positioner, som etableres med styringen. Sygeplejerskerne fremhæver NIP som vigtigt, fordi indikatorerne er evidensbaserede, hvilket er med til at højne niveauet i sygeplejen. På den måde kan NIP ses som en metode til at legitimere sygeplejerskernes professionsfaglighed. Sygeplejerskerne problematiserer NIP, fordi den synlighed i praksis, som skabes omkring NIP-indikatorerne, samtidig skaber en usynlighed om andre vigtige sygeplejefaglige perspektiver. Også kategorisering, som følger med NIP-styringen, problematiseres, fordi der i NIP afkræves eksplicite begrundelser for at afvige fra kategorierne i NIP, mens begrundelser med afsæt i det sygeplejefaglige skøn har en mere implicit karakter. Med NIP formes altså en sygeplejefaglig professionsidentitet, som skal fokusere på fokusområder, som bliver udpeget, og som skal argumentere eksplicit for afvigelser fra de udpegede fokusområder i praksis.

Sygeplejerskerne er også en profession, som tillægger arbejdet med NIP såvel som NIP-resultaterne en professionsfaglig betydning, men på en anden måde end social- og sundhedsassistenterne. For sygeplejerskerne afspejler dårlige NIP-resultater forkerte prioriteringer mere end dårlig sygepleje. Dermed etableres en position, hvorfra man kan være en fagligt kompetent sundhedsprofessionel som sikrer kvalitet i behandling og pleje, på trods af dårlige NIP-resultater. Fra den position udvides sygeplejerskernes mulighedsrum i forhold til NIP. Positionerne som den skrøbelige og den stærke sundhedsprofessionelle konstitueres i sygeplejefprofessionen, når nogle sygeplejersker ikke tillægger det nogen særlig betydning at blive udstillet offentligt omkring mangler med NIP, mens andre sygeplejersker er sårbare over for den slags offentligt fremslåede sanktioner – sanktioner, som NIP-styringen på forskellige måder fungerer igennem. For sygeplejefprofessionen fungerer NIP-styringen også igennem belønning, når også sygeplejerskerne relaterer gode NIP-resultater til faglig stolthed.

Sygeplejerskerne er en professionsgruppe, som tildeles mange formelle opgaver omkring NIP, og som på den måde indskrives centralt i styringen, blandt andet fra positionen som *indpisker*, som er en position, hvorfra processerne omkring NIP kontrolleres og vedligeholdes. Også sygeplejersker uden særligt

ansvar indskrives i styringen, både ved at kontrollere andre sundhedsprofessionelle omkring udfyldelsen af NIP-skemaet og i en mere aktiv position i samarbejdet med lægerne. Her betyder den standardisering, der følger med NIP-styringen, at der sker en opblødning af grænserne i samarbejdet mellem den lægefaglige og den sygeplejefaglige profession, når sygeplejersken beder lægen om at udføre lægefaglige opgaver. Analyserne viser, at det i den sygeplejefaglige profession kun er nogle, som positioneres som kontrollører i NIP, mens andre afviser positionen med henvisning til professionsfaglige ansvarsområder.

Lægerne

Lægerne er den professionsgruppe, som er mindst forpligtede på NIP. Det kan relateres til lægernes position i feltet som dem, der er vigtige og travle – dem, der redder liv. Fra denne position er det muligt at undvige NIP. Analyserne viser, at lægeprofessionen og NIP baseres på samme typer af rationaliteter. Det betyder, at lægerne har en god forståelse for NIP – en forståelse, som de bruger strategisk i forhandlinger af NIP, og en forståelse, som bruges til at reducere NIP til et projekt, som ikke rummer rationaliteterne på de rigtige måde. Det betyder, at NIP-resultaterne ikke tillægges nogen særlig betydning i den lægefaglige profession, fordi resultaterne ikke er valide og derfor ikke egner sig til at kategorisere i de gode og de dårlige. Dog ses der også i lægeprofessionen en anden position, hvorfra NIP defineres som et projekt med stor validitet og et projekt, som forbedrer patienternes prognose og redder liv. Nøgletægernes identitet konstitueres fra denne position, mens lægerne uden særligt ansvar reducerer NIP til et administrativt projekt uden klinisk værdi.

Lægernes privilegerede position i feltet afspejler sig altså i lægernes mulighed for at undvige NIP og deres mulighed for at indtage en position, hvorfra NIP kan reduceres til noget uvedkommende. Og den afspejler sig i nøgletægernes måde at kontrollere og forvalte forsømmelser på. Her udpeges positionerne som den travle sundhedsprofessionelle og den forsømmende sundhedsprofessionelle. Nøgletægerne konstituerer lægerne i enten den ene eller den anden position, hvilket privilegerer lægerne på to måder – både fordi de har adgang til positionen som den travle læge, og fordi nøgletægerne har en position, hvorfra de har et mulighedsrum for at kontrollere positionerne. Nøglesygeplejerskerne udpeger ikke et sådant mulighedsrum.

Når lægerne reducerer NIP til et projekt med lav validitet, indtager de en position, hvorfra det er muligt at afvise NIP-resultaterne. I den lægefaglige profession er der derfor ingen sammenhæng mellem NIP-resultater og faglighed, ligesom lægerne afviser den belønning, som både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker forbinder med gode NIP-resultater. Lægerne, derimod, fokuserer på den straf, som følger med NIP – en fokusering, som kan ses i lyset af den potentielle risiko for indskrænkning af lægernes mulighedsrum, som følger med NIP-styringens mange kontrol- og overvågningsmekanismer. Lægerne adskiller sig også fra de andre professionsgrupper, når ingen af lægerne uden særligt ansvar indskrives i styringen i positionen som kontrollør. Og i modsætning til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som eksplicit afgrænsede sig fra positionen, behøver lægerne ikke at afgrænse sig fra positionen, hvorfor lægerne tilsyneladende ikke genkendes i den position.

Identiteternes betydning for professionshierarkier og privilegerede positioner

Konklusionerne om de faglige identiteter for de tre professioner demonstrerer det særlige for de professionsidentiteter, som blev formet for hver af professionerne, men peger ligeledes på nogle af de positioner, som etablerer identiteter på tværs af professionsgrænser. Disse identiteter er interessante, fordi de udpeger opmærksomhedspunkter for de steder med potentiel mulighed for etablering af professioner på nye måder, for etablering af professionsgrænser på nye måder, for ændringer i de sundhedsprofessionelles mulighedsrum, for forskydninger i professionshierarkierne – og dermed mulighed for at belyse kvalitetssikringens betydninger for hospitalspraksis.

Positionerne som den stærke og den skrøbelige sundhedsprofessionelle kan lede på sporet af et hospitalsvæsen i forandring; et hospitalsvæsen, som skal befolkes af sundhedsprofessionelle, som har forståelse for hospitalsvæsenets regler, og som har robustheden til at blive stillet til offentlig skue. Positionerne er tæt relateret til NIP-styringens udfordring, som følger de periodiske og cykliske tendenser, og med NIP-styringens ambitioner om at skabe orden. Her udpeges indpiskeren som positionen, hvorfra der kan skabes orden, en orden, som især versionerne kontrolløren og piskesvingeren kan sikre, men som samtidig er versioner, som fordrer eller former sundhedsprofessionelle i positionen som stærke.

Med NIP-styringen etableres nogle særlige samarbejdsrelationer omkring dårlige NIP-resultater og omkring NIP-processer, som ikke fungerer. Også her udpeges positioner, som former identiteter på tværs af professionerne. Analyserne viser, at de to positioner etableres på tværs af både ledelsesmæssige og faglige hierarkier. Det betyder, at der med NIP sker forskydninger i hierarkierne, fordi de sundhedsprofessionelle positioneres af NIP-resultater og handlinger omkring NIP og ikke af de formelle identiteter i sundhedsvæsenet. Dermed defineres faglighed på en ny måde, hvilket giver mulighed for, at også andre professioner kan indtage positionen som betydningsfulde medarbejdere.

Positionen som NIP-slave er et passende sted at afrunde denne konklusion om relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP, fordi der fra positionen som NIP-slave kan rejses et spørgsmål om forhandlingen af privilegerede positioner omkring NIP. Med NIP skabes et krav om at deltage i NIP – et krav til alle sundhedsprofessionelle om *at skulle-ville* NIP. Fra dette perspektiv kan siges, at alle positioneres som NIP-slaver gennem kravet om involvering i NIP. De sundhedsprofessionelle skal opfylde indikatorer og udfylde skemaer, mens de nøgleprofessionelle skal tage ansvar for NIP-processen og fremme gode resultater. Jeg har i konklusionen fremhævet NIP-styringens tendens til at forskyde hierarkier og etablere mulighedsrum på nye måder. Men samtidig sker der med udpegningen af NIP-slaven en forhandling om den privilegerede position – en position, som udpeges af de sundhedsprofessionelle uden særligt ansvar for NIP, og som de afgrænser sig fra ved at relatere den til de nøgleprofessionelles arbejdsopgaver og særlige funktioner. Gennem konstitueringen af de nøgleprofessionelle som NIP-slaverne positionerer det samtidig de sundhedsprofessionelle som de frie medarbejdere med et større mulighedsrum end de nøgleprofessionelle. Dermed sker en destabilisering af de nøgleprofessionelles formelt udpegede privilegerede position, hvorved de sundhedsprofessionelle konstitueres som de privilegerede.

Forbløffende forskning

Fra mit perspektiv på forskningsprocessen som læreproces rejser sig et spørgsmål om mit læringsudbytte og mest overraskende resultater. I ph.d.-forløbets indledende fase havde jeg mange overvejelser om valg af professioner, både hvor mange og hvilke. Jeg var interesseret i gruppen af social- og sundhedsassistenter som en profession, der ikke er meget viden om, og som en profession, der er interessant i et professionsteoretisk styringsperspektiv, fordi

det er en forholdsvis ny profession, der er defineret som fleksibel. Samtidig var jeg i tvivl om social- og sundhedsassistenternes rolle i NIP, blandt andet fordi de ikke er nævnt i NIP-skemaet²⁵. Tidligt i processen søgte jeg at afdække social- og sundhedsassistenternes involvering gennem et fokusgrupperview med social- og sundhedsassistenter fra forskellige specialer – et interview, som ikke overbeviste mig om deres involvering. Jeg besluttede at inkludere dem, med afsæt i at også spørgsmålet om deres manglende involvering ville være et forskningsmæssigt interessant spor at forfølge. Gennem analyserne viser jeg, at social- og sundhedsassistenterne er indskrevet centralt i styringen. Denne forpligtethed er i sig selv overraskende. Ydermere skaber forpligtetheden på NIP en ambivalens, når NIP på den ene side giver muligheder for professionen, men på den anden side giver usikkerhed om den social- og sundhedsfaglige professionsidentitet.

Forhandlingen af privilegerede positioner har også overrasket. Hvor professionslitteraturen (Hjort 2002:29) (Freidson 2001:101) udpeger nogle formelt definerede privilegerede positioner defineret som et A-hold, tegner mine analyser et mere komplekst billede, hvor privilegerede positioner ikke følger formelt udpegede funktioner, men forhandles i de professionelle praksis. Det tegner et muligt billede af professioner i forandring – mod kerneydelsen som det bestræbelsesværdige og eftertragtede, i et hospitalsvæsen, som er fokuseret på alt muligt andet.

En sidste refleksion er rettet mod NIP som styringsredskab. Her har dobbeltheden i NIP overrasket. Dobbelttheden, fordi NIP på den ene side er et meget velorganiseret projekt med klar struktur, klar proces, løbende monitorering af effekten og med mange sundhedsprofessionelle involveret i vedligeholdelsen af projektet. På den anden side skabes der også meget andet i bestræbelserne på at organisere praksis i forhold til NIP, hvilket afspejler den kompleksitet og mangfoldighed, som præger hospitalsvæsenet. Det understøtter en teoretisk pointe om at styringsredskaber, som henter inspiration i NPM, ikke kun genererer effekter, men også paradokser (Hood og Peters 2004:269) – blandt andet paradokset om den uorden, der følger med bestræbelserne på at skabe orden i hospitalsvæsenet.

²⁵ I NIP-skemaet er der angivet med farvekoder, hvilke professioner der har ansvar for hvilke dele af skemaet. Faggrupperne er: sekretær, læge, tværfaglig, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut.

Resume af afhandlingen

Ph.d.-afhandlingen (*H*) *vide verden - om relationer mellem professionsidentiteter og kvalitetssikring* er en undersøgelse af kvalitetssikring som styringsredskab i hospitalsvæsenet og hvordan professionsidentiteter formes gennem styring. Her tages afsæt i debatten om den offentlige sektor, hvor kvalitetssikring fremstilles som et selvfølgelig fænomen, der ikke kan problematiseres. For hvem kan være imod kvalitet? Det er afhandlingens ambition at vise, hvordan denne styring på bestemte måder har betydning for de sundhedsprofessionelles arbejdspraksis og deres professionsidentiteter.

Undersøgelsen er baseret på et tre måneders sociologisk feltstudium på neurologisk afdeling på to hospitaler i en region i Danmark. Undersøgelsen sætter fokus på professionerne social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger, og deres arbejdspraksis såvel som forhandlinger omkring kvalitetssikringsprojektet: 'Det Nationale Indikatorprojekt' (NIP) for sygdomsområdet apopleksi. Undersøgelsen er baseret på syv fokusgruppinterviews, feltobservationer samt administrative og politiske dokumenter.

Afhandlingens teoretiske orientering henter inspiration hos den poststrukturalistiske tradition med afsæt i idéhistorikeren Foucaults begreb om governmentality og sociologen Terry Johnsons videreudvikling af Foucaults governmentality i forhold til professionernes tætte relation til staten, og dermed til professionernes rolle i styringen. Afhandlingens teori-informerede forsknings spørgsmål, der har fokus på den gensidige relation mellem de sundhedsprofessionelle og styringen, lyder som følger: Hvordan etableres, vedligeholdes og forandres relationen mellem de sundhedsprofessionelle og NIP i hospitalsvæsenet?

Afhandlingen er baseret på fire analysekapitler, som belyser, hvordan styringen virker gennem forskellige styringsteknologier. Analyserne demonstrerer, hvordan det ikke er de samme rationaliteter i NIP, der tillægges betydning for professionerne. Desuden viser analyserne også, hvordan styringen foregår gennem teknologierne: Straf og belønning, overvågning og selvovervågning samt bekendelse. Analyserne demonstrerer, hvordan de sundhedsprofessionel-

le indskrives i styringen på mange forskellige måder, som både omfatter ansatte, der har og ikke har et særligt ansvar for NIP.

Afhandlingen konkluderer, at NIP-styringens udfordring er at skabe orden, hvilket også lykkes. Men styringens ambition og krav om orden sætter samtidig fokus på den uorden, som hersker i hospitalspraksis – hvilket er et paradoks i NIP-styringen. Der konkluderes også, at styringen foregår som styring gennem kontrol og selvansvarliggørelse. Her er alle tre professionsgrupper indskrevet i styringen gennem deres vilje til at *'skulle-ville'* NIP. Afhandlingen viser, at social- og sundhedsassistenterne er den professionsgruppe, hvor der sker den største grad af selvansvarliggørelse gennem styringen, mens lægerne har det største mulighedsrum i forhold til at prioritere andre arbejdsopgaver. Overvågning og selvovervågning er begge teknologier, som virker igennem kontrol. Her vises, at sundhedsprofessionelle – både med og uden særligt ansvar – deltager i overvågningen, mens selvovervågningen forhandles i praksis. Endelig konkluderes det, at der med kvalitetsstyringen formes professionsidentiteter på tværs af professionsgrænserne, hvilket medfører forskydninger i professionshierarkiet. Samtidig ses det, at hospitalsvæsenets privilegerede positioner ikke er formelt udpegede, men etableres gennem forhandling om subjektpositionen NIP-slaven.

Abstract

This Ph.D. dissertation, *The whole white world – about relations between professional identities and quality assurance / (H)vide verden – om relationer mellem professionsidentiteter og kvalitetssikring*, is an analysis of quality assurance as a management tool in the health-care system, and how professional identities are formed through supervision. Point of departure is taken in the debate of the public sector where quality assurance is presented as a matter-of-fact phenomenon that cannot be problematised. For who can be against quality? It is the ambition with this dissertation to show how supervision in certain ways has an effect on the work practice and professional identities of the health-care professionals.

The analysis is based on a three-month sociological field study in the neurology departments of two hospitals in a region in Denmark. The analysis focuses on the professions of social and health-care workers, nurses and doctors, and their work practice, as well as negotiations of the quality assurance project ‘Det Nationale Indikatorprojekt’ (NIP) for apoplexy. The analysis is based on seven focus-group interviews, field observations as well as administrative and political documents.

The theoretical orientation of the dissertation is inspired by the poststructuralist tradition with point of departure in historian of ideas Michel Foucault’s concept of governmentality and sociologist Terry Johnson’s further expansion of this concept, pertaining to the close relation between these professions and the government, and hence to the role of the professions in the supervision. The theory-based research question of the dissertation, which is focused on the mutual relationship between the health-care professionals and supervisions, is as follows: How is the relation between health-care professionals and NIP established, maintained and transformed in the health-care system?

The dissertation consists of four analysis chapters which illuminate how supervision works through different supervision technologies. The analyses demonstrate how the importance assigned to specific rationalities in NIP vary between the different professions. Furthermore, the analyses show how supervision is enacted through the following technologies: punishment and reward,

surveillance and self-surveillance, and confession. The analyses demonstrate how the health-care professionals are engaged in supervision in many different ways that entail both employees who have and who do not have a special responsibility for NIP.

It is concluded in the dissertation that the challenge of NIP supervision is to create order, which it accomplishes. But, concurrently, the ambition and demand of order puts focus on the lack of order that is prevalent in the health-care practice – which is a paradox in NIP supervision. It is moreover concluded that the supervision is carried out through control and self-responsibility. Here, all three professions are engaged in supervision through their will to ‘should-would’ NIP. The dissertation shows that the social and health-care workers exhibit the highest degree of self-responsibility through supervision, while the doctors have the widest range of options for prioritising other work tasks. Both surveillance and self-surveillance are technologies that work through supervision. It is shown that health-care professionals, with or without special responsibility, engage in surveillance, while self-surveillance is negotiated in practice. Lastly, it is concluded that quality assurance forms professional identities across professional demarcations, which leads to shifts in the professional hierarchy. At the same time, it is seen that the privileged positions of the health-care system are not formally appointed, but established through negotiations on the subject position ‘the NIP slave’.

Litteratur

Addington, D., Kyle, T., Desai, S. & Wang, J. (2010) "Facilitators and Barriers to Implementing Quality Measurement in Primary Mental Health Care" *Canadian Family Physician*. 56 (12) s. 1322-31

Andersen, K. (1968) *Historiebogen for 5. klasse*. København: P. Hasse & Søns Forlag

Andersen, L. og Burau, V. (2007) "Komparativ forskning i statskundskaben" *Politica*. 93 (3)

Bacchi, C. (2005) *Discourse, Discourse Everywhere: Subject "Agency" in Feminist Discourse Methodology*. NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research. 13 (3) s. 198-209

Banke, P., Wendelboe, L., Nørholm, M., Nørskov, E.C. og Sasser, S. (2007) 'Social- og sundhedsassistent – en profil i bevægelse. EPOS
[http://www.epos-amu.dk/media\(572,1030\)Sosuassistent_Jobprofiler.pdf](http://www.epos-amu.dk/media(572,1030)Sosuassistent_Jobprofiler.pdf) (Tilgået 10. maj 2012)

Beedholm, K. (2003) *Forandring og træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Viborg: Forlaget PUC

BEK nr. 338 af 05/05/2004. 'Bekendtgørelse om bachelor- og kandidatuddannelser ved universiteterne (uddannelsesbekendtgørelsen)' *Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling*.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=29192> (Tilgået 10. maj 2012)

BEK nr. 29 af 24/01/2008. 'Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje' *Undervisningsministeriet*.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493> (Tilgået 10. maj 2012)

BEK nr. 163 af 07/03/2008. 'Bekendtgørelse om uddannelserne i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik'. *Undervisningsministeriet*.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=115223> (Tilgået 10. maj 2012)

Blank, R og Bureau, V. (2010) *Comparative Health Policy*. 3. ed. Hampshire: Palgrave Macmillan

Brante, T. (2005) Staten og Professionerne. I: Jørgensen, A. og Eriksen, T. (Red.) *Professionsidentitet i forandring*, s.16-35. København: Akademisk Forlag

Brinkmann, S. og Kvale, S. (2008). Ethics in Qualitative Psychological Research. I Willig, C og Stainton-Rogers, W. (red.) *The Sage Handbook of qualitative Research in Psychology*. London: Sage

Brown, P. (2011) 'The Concept of Lifeworld as a Tool in analysing Health-care work: Exploring Professionals' Resistance to Governance through Subjectivity, Norms and Experiential Knowledge' *Social Theory & Health*. 9 (2) s. 147-165

Burchell, G., Gordon, C. og Miller, P. (1991) *The Foucault Effect Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press

Christensen, G. (2008) *Individ og disciplinering*. Frederiksberg C: Forlaget samfundslitteratur

Christensen, T og Lægried, P. (2007) Theoretical Approach and Research Questions. In Christensen, T. og Lægried, P (eds.) *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. Aldershot UK: Ashgate

Dahl, H. (2009) New Public Management, Care and Struggles about Recognition. *Critical Social Policy*. Vol. 29(4) 634-654

Dahler-Larsen, P. (2008a) 'Konsekvenser af indikatorer' *KREVI*
<http://kreivi.dk/publikationer/rapporter/konsekvenser-af-indikatorer> (Tilgået 3. maj 2012)

Dahler-Larsen, P. (2008b) *Kvalitetens beskaffenhed*. Odense: Syddansk Universitetsforlag

Davies, B. og Harre, R. (2000) Positioning: The Discursive Production of Selves. I *A Body of Writing*. Walnut Creek: Alta Mira Press

Dean, M (2006) *Governmentality: Magt og Styring i det Moderne Samfund*. Frederiksberg: Sociologi

Dyrberg, T (1997) *The Circular Structure of Power: Politics, Identity, Community*. London: Verso

Dyrberg, T. , Hansen, A. og Thorfing, J (2000) Metodiske refleksioner i Dyrberg, T., Hansen, A. og Thorfing, J. *Diskursteorien på arbejde*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Esmark, A., Lausten, C. og Andersen, N. (2005) *Poststrukturalistiske Analysestrategier*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Fangen, K. (2004) *Deltagende observation*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Fejes, A. (2008) Governing Nursing Through Reflection: A Discourse Analysis of Reflective Practices. *Journal of Advanced Nursing* (64), 3, 243-250

Finansministeriet (2007) *Bedre velfærd og større arbejdsglæde – Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige service*. <http://www.kvalitetsreform.dk/> (Tilgået 3. maj 2012)

Flynn, R. (2002) 'Clinical Governance and Governmentality' *Health, Risk & Society*. 4 (2) s. 155-173

Flyvbjerg, B. (2003) *Rationalitet og Magt*. Århus: Akademisk Forlag 2003

Fogh, J. (2004) *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forsknings-interview*. København: Akademisk Forlag

Foucault, M. (1972) *The Archaeology of Knowledge*. London: Routledge

Foucault, M. 1980 "Two Lectures" I Gordon, C. (ed.) *Power/ Knowledge. Selected Interviews & Other Writings (1972-1977)*. New York: The Harvester Press

Foucault, M. (1982) *The Subject and Power*. I: Dreyfus, H. og Rabinow *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: Harvester Wheatsheaf

Foucault, M. (1994a) *The Technologies of the self*. I: Rabinow, Paul (Red.): *Michel Foucault. Ethics. Subjectivity and Truth. Essential works of Foucault 1954-1984*. Volume one. London: Penguin Books

Foucault, M. (1994b) *Viljen til viden. Seksualitetens historie 1*. Frederiksberg: Det lille Forlag

Foucault, M (2008a) *Sikkerhed, territorium, befolkning*. København: Hans Reitzels Forlag

Foucault, M. (2008b) *Overvågning og Straf*. Frederiksberg: Det lille Forlag

Freidson, E. (2001) *Professionalism*. Cambridge: Polity Press

Greve, C. (2003) *Offentlig Ledelse: Teorier og temaer i et politologisk perspektiv*. København: Jurist- og Økonomforbundet

Gyldendals åbne encyklopædi. Den Store Danske (2012)
http://www.denstoredanske.dk/Kunst_og_kultur/Bog-_og_bibliotek (Tilgået 8. maj 2012)

Halkier, B. (2002) *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

- Hall, S. (1996) *Questions of Cultural Identity*. London: Sage
- Hansen, H. (2009): Forvaltningspolitiske reformer: ”Kontinuitet eller brud?”, i *Tidsskriftet politik*, nummer 1, Årgang 11: 6-17
- Hasse, C. (2002) *Kultur i bevægelse*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur
- Hasse, C. (2011) *Kulturanalyse i organisationer*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur
- Hjort, K. (2002) *Modernisering af den offentlige sektor*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Hood, C. (1991) ‘A Public Management for All Seasons’ *Public Administration*. 69 (1) s. 3-19
- Hood, C. og Peters, G. (2004). The Middle Ageing of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of public Administration Research and Theory* 14(3): 267-282
- Holmes, D. og Gastaldo, D. (2002) ‘Nursing as means of Governmentality’ *Journal of Advanced Nursing*. 38 (6) s. 557-565
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A. og McCabe, J. (2008) ‘Nursing Best Practice Guidelines: Reflecting on the Obscene Rise of the Void’ *Journal of Nursing Management*. 16 (4) s. 394-403
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A. og Rail, G. (2006) ‘Deconstructing the Evidence-based Discourse in Health Sciences: Truth, Power and Fascism’ *International Journal of Evidence-Based Health Care*. 4 s. 180-186
- Højlund, H. (2004) *Markedets politiske fornuft: Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*. Ph.d.-serien. Handelshøjskolen i København

Ingeman, A. (2010) *Medical Complications in Patients with Stroke: Data Validity, Processes of Care, and Clinical outcome*. PhD thesis from Aarhus University: Faculty of Health Science

Ingeman, A. og Johnsen, S. (2005) 'Sammenhængen mellem kvaliteten af behandling og pleje og 30 dages Case Fatality hos patienter med apopleksi i Det Nationale Indikatorprojekt' *Medlemsbladet Apopleksi*. Apopleksi 2005 nr. 2 side 15. <http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/artikler.htm> (Tilgået 3. maj 2012)

Ingeman, A., Pedersen, L., Hundborg, H., Petersen, P., Zielke, S., Mainz, J., Bartels, P. og Johnsen, S. (2008) 'Quality of Care and Mortality Among Patients with Stroke - A Nationwide Follow-up Study' *Medical Care*. 46 s. 63-69

Institut for Kvalitet og Evaluering i Sundhedsvæsenet (2008), Den Danske Kvalitetsmodel. 2. Version. Høringsmateriale
<http://www.regionsyddanmark.dk/dwn51863.doc> (Tilgået 10. maj 2012)

Jacobsen, K. og Larsen, K. (2007) *Ve og velfærd – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*.
København: Lindhart og Ringhof

Jespersen, P. (2008) *Changing Professional Autonomy? Qualitative Development in Hospitals and the Medical Professions in Denmark and Norway*. Ålborg University

Johnson, T. (1993), *Expertise and the state in Foucault's new domains*. London: Routledge

Johnson, T (1995) *Governmentality and the Institutionalization of Expertise in Larkin, G. og Saks, M. (Ed.), Health Professions and the State in Europe*. London: Routledge

Just, E. (2005) *Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber. Fortællinger om lægers og sygeplejerskers læring i praksis. Et feltstudie*. Ph.d.-afhandling. Ålborg Universitet: Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi

Järvinen, M. (2005) Interview i en interaktionistisk begrebsramme i Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N (2005) Observationer i en interaktionistisk begrebsramme i Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Jöhnke, S. , Svendsen, M. og Whyte, S. (2004) ”Løsningsmodeller”. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I Hastrup, K (Red.) *Viden om verden*. København: Hans Reitzels Forlag

Jørgensen, E (2003) Sygeplejeerhvervet i historisk belysning. Weicher, I og Laursen, P. *Person og profession - en udfordring for socialrådgivere, sygeplejersker, lærere og pædagoger*. Værløse: Billesø & Balzer Forlagene

Jørgensen, M. og Philips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Kirkpatrick, I., Dent, M. og Jespersen, P. (2011) ‘The Contested Terrain of Hospital Management: Professional Projects and Healthcare Reforms in Denmark’ *Current Sociology*. 59 (4) s. 489-506

Knudsen, J., Christensen, M. og Hansen, B. (2008) *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*. Århus: Ny Nordisk Forlag Arnold Busck

Kristensen, J. og Hermann, S. (2009), Michel Foucaults studier af magt og politiske rationaliteter i Gammeltoft, O., Hansteen, M. og Laurberg, M. *Klassisk og moderne politisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag

Kristiansen, S. og Krogstrup, H. (1999) *Deltagende observation*. København: Hans Reitzels Forlag

Krøjer, J. (2007) Relationel subjektivering – socialkonstruktivistisk teori om relationer i Ritchie, T. (2007) *Relationer i psykologien*. 2. udgave. Værløse: Billesø & Baltzer

Kuhlmann, E. og Allsop, J. (2008) 'Professional Self-regulation in a Changing Architecture of Governance: Comparing Health Policy in the UK and Germany' *Policy & Politics*. 36 (2) s. 173-89

Kuhlmann, E. og Burau, V. (2008) 'The Healthcare State in Transition' *European Societies*. 10 (4) s. 619-633

Kvale, S. (1997) *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels forlag

Laclau, E. og Mouffe, C. (1985) *Hegemony and Socialist Strategy*. London, Verso

Larner, W. (2000) Neo-liberalism: Policy, Ideology and Governmentality *Studies in Political Economy* 63 (3):5-26

Lave, J. og Wenger, E. (2003) *Situeret læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag

Lykke, N (2008) *Kønnsforskning. En guide til feministisk teori, metode og skrift*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur

Mainz, J., Bartels, P., Laustsen, S., Jørgensen, T., Marie, T., Fakultet, D., Linneberg, A og Thomsen, T. (2001) 'Det Nationale Indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser' *Ugeskrift for Læger*. 163 (46) s. 6401-6406

Mainz, J., Bartels, P., Bek, T. Pedersen, K., Krøll, V. og Rhode, P (2011) *Kvalitetsudvikling i praksis*. Viborg: Munksgaard Danmark

Mainz, J. og Rohde, P. (2011). Akkreditering i sygehusvæsenet i Mainz J, Bartels B, Bek, T et al: *Kvalitetsudvikling i praksis*. 1 udgave. 1. oplag. Munksgaard, Danmark, København

Marcussen, M. (2002) *OECD og Idespillet Game over?* København: Hans Reitzels Forlag

Mathiasen, S., Nøhr, K.; Pedersen, H. , Rasmussen, L. og Tietze, J. (2010) 'Når nationale indikatorer bliver lokale' *KREVI*
http://kreivi.dk/files/NIP_FINAL.pdf (Tilgået 10. maj 2012)

McMurray, R. (2011) 'The Struggle to Professionalize: An Ethnographic Account of the Occupational position of Advanced Nurse Practitioners' *Human Relations*. 64 (6) s. 801-822

Mo, T. (2008) 'Doctors as Managers: Moving Towards General Management?: The Case of Unitary Management Reform in Norwegian Hospitals' *Journal of Health Organization and Management*. 22 (4) s. 400-415

Murray, S., Holmes, D. og Rail, G. (2008) 'On the Constitution and Status of 'Evidence' in the Health Sciences' *Journal of Research in Nursing*. 13 (4) s. 272-280

NIP-sekretariatet (2001) *Nyhedsbrev nr. 1, september*
<http://www.nip.dk/forside/publikationer/nyhedsbreve> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2005) *Status for det Nationale Indikatorprojekt*
<http://www.nip.dk/forside/publikationer/nyhedsbreve> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2006) *Apopleksi: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer* <http://www.nip.dk/forside/sygdomsområder> (Tilgået d. 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2007a) *Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. NIP-håndbogen.*
<http://www.nip.dk/forside/manualer> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2007b) *NIP All-or-None. Fremstilling og formidling af NIP-data med udgangspunkt i det perfekte patientforløb*
<http://www.nip.dk/forside/manualer> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2007c) *Status for det Nationale Indikatorprojekt*
<http://www.nip.dk/forside/publikationer/nyhedsbreve> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2009) *Manual for udvikling af sygdomsspecifikke indikatorer, standarder og prognostiske faktorer i Det Nationale Indikatorprojekt*. <http://www.nip.dk/forside/manualer> (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2010a) *National auditrapport 2010, Apopleksi* https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_2010_apopleksi_nat_sfa.pdf (Tilgået 3. maj 2012)

NIP-sekretariatet (2010b) *National rapport for borgere om kvaliteten i behandlingen af patienter med apopleksi (1. januar 2010 – 31. december 2010)* www.sundhed.dk/find.aspx?id=3589110426124342 (Tilgået 3. maj 2012)

Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M. og Thaning, M. (2009) *Foucault*. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Ramian, K. (2007) *Casestudiet i praksis*. Århus: Akademica

Rasmussen, L. (2011) Kvalitetsudvikling i et sundhedspolitisk og samfundsmæssigt perspektiv i Holen. M. , Voight, J og Sørensen, L (red.), *Kliniske metoder i sygeplejepraksis – perspektiver og positioner*. København: Munksgaard

Reeves, C. (2010) A Difficult Negotiation: Fieldwork Relations with Gatekeepers. *Qualitative Research* 10: 315

Rose, N. O'Malley, P. og Valverde, M. (2006): 'Governmentality' *Annual Review of Law and Social Science* (2) s. 83-104

Salter, B. (2007) 'Governing UK Medical Performance: A Struggle for Policy Dominance' *Health Policy*. 82 (3) s. 263-275

Silverman, D. (2001) *Interpreting Qualitative Data - Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: SAGE Publications

Sløk, C. og Villadsen, K (2008) (Red.) *Velfærdsledelse*. København: Hans Reitzels Forlag

Stake, R. (2006) *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guilford Press

Staunæs, D (2003) *Where have all the Subjects gone? Bringing together the Concepts of Intersectionality and Subjectification*. NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research., 11:2, 101-110

Staunæs, D. og Søndergaard, D (2005) Interview i en tangotid. I Jarvinen, M. og Mik-Meyer, N. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Steffen, V. (1995) Hinsides forestillingen om det forudsigelige – at være drikende ikke-alkoholiker blandt ikke-drikkende alkoholikere. *Tidsskriftet Antropologi*. 31

Sundhedsstyrelsen (2000) 'Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet – Metoder til kvalitetsmåling i sygehusvæsenet'
<http://www.sst.dk/publ/publ2000/kvalitetsmaaling/kap06.html> (Tilgået 5. maj 2012)

Søndergaard, D. (2000) ”Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspireret empirisk analyse” i Haavind, H (red.) *Kjøn og fortolkende metode: metodiske muligheder i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Søndergaard, D. (2003) ”Subjektivering og Nye Identiteter – En psykologi i et pædagogisk felt” *Kvinder, Køn & Forskning*. 4

Søndergaard, D. (2005) At forske i komplekse tilblivelser. I Jensen, T. og Christensen, G. (red.) *Psykologiske og pædagogiske metoder. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Thomas, P. & Hewitt, J. (2011) “Managerial Organization and Professional Autonomy: A Discourse-Based Conceptualization” *Organization Studies*. 32 (10) pp. 1373-93

Thomas, R. & Davies, A. (2005) 'Theorizing the Micro-politics of Resistance: New Public Management and Managerial Identities in the UK Public Services' *Organization Studies* 26 (5) pp. 683-706

Thorning, J. (1999) *New Theories of Discourse*. Oxford: Blackwell Publishers

Thygesen, N. & Tangkjær, C. (2008) "Ledelse af styringspresset: To normative nedslag" i Sløk, C. og Villadsen, K. (red.) *Velfærdsledelse. Ledelse og styring i den selvstyrende velfærdsstat*. København: Hans Reitzels Forlag

Vallgård, S. & Krasnik, A. (2010) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. København: Munksgaard

VanWynsberghe, R. & Khan, S. (2007) "Redefining Case Study" *International Journal of Qualitative Methods*. 6 (2)

Vikkelsø, S. & Kjær, P. (2008) "Redrawing Boundaries within Healthcare: Scandinavian Experience" *Journal of Health Organization and Management*. 22 (4) pp. 325-330

Vinge, S. (2010) "Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet" *Dansk Sundhedsinstitut*. <http://dsi.dk/udgivelser> (Tilgæet 3. maj 2012)

Wardhani, V., Utarini, A., Pieter van Dijk, J., Post, D. & Groothoff, J. (2009) "Determinants of Quality Management Systems Implementation in Hospitals" *Health Policy*. 89 (3) pp. 239-251

Warming, H. (2005) "Erkendelse gennem oplevelse: Når indlevelse ikke er mulig" i Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper - Om fokuserade Gruppintervjuer som Undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Åkerström, N., Born, A. & Majgaard, K. (1995) Grænser og magt, GRUS nr. 45. 16. årgang 1995

BILAG

Bilag 1

NIP-skema

Patientens cpr.nr: _____

Symptomdebut _____ uoplyst _____ uoplyst
d d m m å å t t m m

Akut indlagt _____ uoplyst _____
d d m m å å t t m m sygehus afd

Apopleksiafsnit ja nej uoplyst

Dato for evt. overflytning _____ **Sygehus** _____
d d m m å å sygehus afd

Apopleksiafsnit ja nej uoplyst

Civilstand (kun et kryds)	Boligform (kun et kryds)	Erhverv (kun et kryds)
<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Egen bolig	<input type="checkbox"/> Erhvervsaktiv/arbejdsløs
<input type="checkbox"/> Bor alene	<input type="checkbox"/> Plejebolig	<input type="checkbox"/> Pensionist
<input type="checkbox"/> Andet	<input type="checkbox"/> Uoplyst	<input type="checkbox"/> Andet
<input type="checkbox"/> Uoplyst		<input type="checkbox"/> Uoplyst

Modified Rankin Scale
før symptomdebut (kun et kryds)

0-ingen symptomer
 1-lette symptomer
 2-mindre handicap
 3-moderat handicap
 4-behøver megen hjælp
 5-behøver konstant opsyn
 Uoplyst

(vejledning se bagsiden af skema 3)

Alkohol (antal genstande pr.uge kvinde/mand) (kun 1 kryds)

14/21 eller færre Over 14/21 genstande Uoplyst

Ryging (kun et kryds)

Ryger Tidligere ryger Aldrig ryger Uoplyst

Kendt (tidligere eller i forbindelse med aktuelle indlæggelse): (gerne flere krydses)

Ja Nej Uoplyst **Diabetes mellitus** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Atriefimren** (dokumenteret af lægelige akter. Både paroxystisk og kronisk AF)

Ja Nej Uoplyst **AMI** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Hypertension** (nuv. eller tidl. behandling dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Tidl. apopleksi** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Tidl. TCI** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Claudicatio intermittens** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Hyperlipidæmi** (anamnese eller dokumenteret af lægelige akter)

Ja Nej Uoplyst **Karotis stenose** >50% >70% 100% Uoplyst
 (anamnese dokumenteret af lægelige akter)

S S Scale (1.døgn)	uopl
Dato:	
Bevidsthed (6-4-2-0)	
Øjenmotorik (4-2-0)	
Arm (6-5-4-2-0)	
Hånd (6-4-2-0)	
Ben (6-5-4-2-0)	
Orientering (6-4-2-0)	
Tale(10-6-3-0)	
Facialis parese(2-0)	
Gang (12-9-3-0)	
Se scoringssystem bilag s. 5	
Total	

Barthel Indeks (dag 7+/-2)	uopl
Dato:	
Spisning	
Forflytning	
Pers. hygiejne	
Toiletbesøg	
Tage bad	
Gangfunktion/kørestol	
Trappegang	
Påklædning	
Tarmkontrol	
Blærekontrol	
Total	

Pt. lille etikette

Apopleksiskema 1

Pt. lille etikette

Apopleksskema 2

INTERVENTIONER UNDER INDLÆGGELSEN

Undersøgt med CT/MR-scanning:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Vurdering ved en ergoterapeut:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Vurdering ved en fysioterapeut:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Vurdering af ernæringsrisiko (ved indlæggelse):

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Body Mass Index Højde (cm): _____ Vægt (kg): _____ Ernæringsrisiko (2->3): _____

Vurdering med vandtest

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Individuel ernæringsterapi (ved indlæggelsen):

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Vurdering af obstitutionsrisiko (ved indlæggelsen):

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

1. Mobilisering:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

SIK regime (steril intermitterende kath.):

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Behandlet med trombolyse

Ja Ikke indiceret Nej anden årsag Uoplyst

d d m m å å

Venes tromboprophylakse (heparin):

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst

d d m m å å

Trombocythæmmende behandling (påbegyndt eller genoptaget *):

Ja Ikke indiceret Nej anden årsag Uoplyst

d d m m å å

Oral antikoagulationsbehandling (påbegyndt eller genoptaget *):

Ja Ikke indiceret **
 Nej anden årsag end ikke indiceret Uoplyst

d d m m å å

*Påbegyndt eller genoptaget: Hvis patienten er påbegyndt behandling inden det aktuelle indlæggelsesforløb og 1) behandlingen ikke pauseres, angives samme dato som for symptomdebut eller 2) behandlingen pauseres, men genoptages, da angives datoen for, hvornår behandlingen blev genoptaget.

**Hvis "ikke indiceret" angiv da manglende indikation/kontraindikation(er)

(det er muligt at angive mere end én kontraindikation):

- Patienten har ikke atrieflimren
- Aspirinbehandling
- Demens/alkoholisme
- Graviditet (1. trimester)

- Nylig kirurgi/blødning
- Ukontrolleret hypertension/hæmorrhagisk diatese
- Manglende patientaccept
- Andet (omfatter patienter som er moribunde samt relative kontraindikationer herunder graviditet i andet og tredje trimester, faldtendens, tidligere gastrointestinal/gynækologisk/urologisk blødning, trombocythæmmerbehandling, biologisk alder over 80 år, kendt medikamentel non-komplians, betydelig lever- eller nyreinsufficiens samt endocarditis på native klapper og større infarkt evt. med ødem, hvor blødningsrisikoen skønnes stor)

Undersøgt med Ultralyd/CT-angiografi af holskar:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

d d m m å å

Vurdering ved en logopæd:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

Vurdering ved en neuropsykolog:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

Vurdering ved en socialrådgiver:

Ja Nej Ikke faglig relevant Uoplyst

Sygdomsrelaterede symptomer:

Ja Nej Uoplyst **Depression** (behandlingskrævende)

d d m m å å

Ja Nej Uoplyst **Patologisk gråd**

d d m m å å

Ja Nej Uoplyst **Urineretention**

d d m m å å

KOMPLIKATIONER UNDER INDLÆGGELSEN

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Pneumoni
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Urinsvejsinfektion (D+R positiv)
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Decubitus
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Faldtraume
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Dyb venetrombose
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Lungeembolisme
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst	Obstipation

UDSKRIVELSE

Udskrevet:

d	d	m	m	å	å

Sygehus	Afdeling	Afdeling	Afdeling

Status ved udskrivelsen: Levende Død

Udskrivelsesdestination:

Egen bolig
 Plejebolig
 Andet
 Uoplyst

Ja
 Nej
 Ikke faglig relevant
 Uoplyst
 Indstillet til plejehjem under indlæggelsen

Plan ved udskrivelsen

Ja
 Nej
 Ikke faglig relevant
 Uoplyst
 Udskrevet til ambulant kontrol

Ja
 Nej
 Ikke faglig relevant
 Uoplyst
 Udskrevet med genoptræningsplan

Ja
 Nej
 Ikke faglig relevant
 Uoplyst
 Udskrevet til hjemmetræning

Ja
 Nej
 Ikke faglig relevant
 Uoplyst
 Udskrevet til træning i daghospitalet

Udskrivelsesdiagnose:

Hjerneblødning (I61)

Hjerneinfarkt (I63)

Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (I64)

Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og beslægtede syndromer (TCI) (G45)

Funktionsniveau/tilstand (ved udskr., 3 uger, 3 mdr.)

Modified Rankin Scale, 3 mdr													
Uoplyst	<input type="checkbox"/>												
Dato:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">å</td><td style="text-align: center;">å</td></tr></table>							d	d	m	m	å	å
d	d	m	m	å	å								
<input type="checkbox"/> 0-ingen symptomer													
<input type="checkbox"/> 1-lette symptomer													
<input type="checkbox"/> 2-mindre handicap													
<input type="checkbox"/> 3-moderat handicap													
<input type="checkbox"/> 4-behøver megen hjælp													
<input type="checkbox"/> 5-behøver konstant opsyn													
<input type="checkbox"/> Uoplyst													
(Gælder kun pt. der er indlagt ≥3 mdr)													

Barthel indeks v. udskr													
Uoplyst	<input type="checkbox"/>												
Dato:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">å</td><td style="text-align: center;">å</td></tr></table>							d	d	m	m	å	å
d	d	m	m	å	å								
Spisning	<input type="checkbox"/>												
Forflytning	<input type="checkbox"/>												
Pers. hygiejne	<input type="checkbox"/>												
Toiletbesøg	<input type="checkbox"/>												
Tage bad	<input type="checkbox"/>												
Gangfunktion/kørestol	<input type="checkbox"/>												
Trappegang	<input type="checkbox"/>												
Påklædning	<input type="checkbox"/>												
Tarmkontrol	<input type="checkbox"/>												
Blærekontrol	<input type="checkbox"/>												
Total	<input type="checkbox"/>												

Vurdering af ernæringsrisiko

3. uge													
Uoplyst	<input type="checkbox"/>												
Vægt (kilo)	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
Ernæringsrisiko:													
Dato:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">å</td><td style="text-align: center;">å</td></tr></table>							d	d	m	m	å	å
d	d	m	m	å	å								
Udsk.													
Uoplyst	<input type="checkbox"/>												
Vægt (kilo)	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
Dato:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">d</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">m</td><td style="text-align: center;">å</td><td style="text-align: center;">å</td></tr></table>							d	d	m	m	å	å
d	d	m	m	å	å								
(Gælder kun patienter der er indl i 3 uger eller længere)													

Pt. lille etikette

Apopleksiskema 3

sekretær
læger

tværfaglig
sygeplejerske 3 måneders kontrol (efter symptomdebut)

Apopleksi Skema 4(4)

fysioterapeut
ergoterapeut

skema ajourført
Sign:

(vejledning se bagsiden)

EFTER UDSKRIVELSE

Dato for kontrol udeblevet

Data indsamlet

I ambulatoriet Pr. telefon Daghospitalet/udgående hospital

Civilstand (kun et kryds) Boligform (kun et kryds) Erhverv (kun et kryds)

Samboende Egen bolig Erhvervsaktiv/arbejdsløs
 Bor alene Plejebolig Pensionist
 Andet Andet Andet
 Uoplyst Uoplyst Uoplyst

Modified Rankin Scale (kun et kryds)

0-ingen symptomer
 1-lette symptomer
 2-mindre handicap
 3-moderat handicap
 4-behøver megen hjælp
 5-behøver konstant opsyn
 Uoplyst

Sygdomme/tilstande diagnosticeret efter udskrivelsen

Ja Nej Uoplyst Død

Ja Nej Uoplyst Ny apopleksi (anamnese og/ eller lægelige akter som dokumenterer diagnosen)

Ja Nej Uoplyst AMI (anamnese og/ eller lægelige akter som dokumenterer diagnosen)

Ja Nej Uoplyst Atrieflimren (anamnese og/ eller lægelige akter som dokumenterer diagnosen)

Ja Nej Uoplyst Karotis stenose >50% >70% 100 % Uoplyst

Behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Gennemført eller planlagt karotisendartektomi

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Trombocythæmmende behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Oral antikoagulans behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Antihypertensiv behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Antidiabetisk behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Lipidsænkende behandling

Ja Nej Kontraindiceret Uoplyst Antidepressiv behandling (evt. givet kortvarigt)

Livsstilsændringer / helbredstilstand efter udskrivelsen

Rygeopfer

Ja Nej ikke faglig relevant Uoplyst

Alkohol (antal genstande pr. uge kvinde/mand)

14/21 eller færre over 14/21 genstande Uoplyst

Symptomer på depression

Ja Nej Ved ikke

Blodtryk

systolisk diastolisk

Ernæringsstilstand

Over middel middel under middel Uoplyst

Er kostvejledning givet under indlæggelsen fulgt?

Ja Nej ikke faglig relevant Uoplyst

Er genoptræningsplanen fulgt?

Ja Nej ikke faglig relevant Uoplyst

Pt. lille etikette

Apopleksiskema 4

Scandinavian Stroke Scale
Bevidsthed
6 vågen ved fuld bevidsthed
4 somnolent, kan vækkes til vågen tilstand
2 reagerer på verbal opfordring
0 dybt bevidstløs
Øjenmotorik
4 ingen blikparese
2 blikparese tilstede
0 konjugeret blikdeviation
Arm
6 løfter arm med normal kraft
5 løfter arm med nedsat kraft
4 løfter arm med fleksion af albuen
2 bevæger arm, men ikke mod tyngden
0 paralysé
Hånd
6 normal kraft
4 nedsat kraft, men normal bevægelighed
2 nogen bevægelse, kan ikke knytte hånden
0 parese
Ben
6 løfter ben med normal kraft
5 løfter strakt ben med nedsat kraft
4 løfter ben med fleksion af knæet
2 bevæger benet, men ikke mod tyngden
0 paralysé
Orientering (måned, hospital, fødselsdato)
6 alle
4 2 ud af 3
2 1 ud af 3
0 0 ud af 3
Tale (dysatri vurderes ikke)
10 ingen afasi
6 begrænset ordforråd/usammenhængende tale
3 mere end ja og nej, men korte sætninger
0 højest ja og nej
Facialis parese
2 ingen eller tvivlsom
0 tilstede
Gang
12 går 5 m uden hjælpemidler
9 går med hjælpemidler
6 går med personstøtte
3 går ikke, sidder uden støtte
0 seng eller kørestolsbunden
Teksten er vejledende. Ved scoring anvendes officiel scoringsnøgle

Barthel Indeks
0 kan ikke
5 med hjælp
10 uafhængig af hjælp
Spisning
10 spiser uden hjælp, hvis maden er indenfor rækkevidde
5 skal have hjælp
0 skal have megen hjælp
Forflytning
15 klarer forflytning fra seng til stol uden hjælp
10 skal have lidt hjælp eller opsyn
5 kan selv komme op at sidde, skal have hjælp til forflytning
0 kan ikke sidde
Personlig hygiejne
5 kan vaske hænder, ansigt, rede hår og børste tænder
0 behøver hjælp til flere funktioner
Toiletbesøg
10 kan selv klare toiletbesøg
5 behøver nogen hjælp
0 skal have megen hjælp
Tag e bad
5 kan selv tage kar-/brusebad eller vaske sig med vaskeklud
0 skal have megen hjælp
Gangfunktion/kørestol
15 kan gå mindst 50 m uden hjælp eller opsyn
10 behøver nogen hjælp
5 kan ikke gå frit, men håndterer kørestol uden hjælp
0 kan ikke håndtere kørestol uden hjælp
Trappegang
10 kan gå op og ned til 1. sal uden hjælp
5 behøver hjælp
0 kan ikke gå på trapper
Påklædning
10 kan selv klare påklædning inkl. sko og snørebånd
5 behøver hjælp, må selv kunne klare halvdelen
0 skal have megen hjælp
Tarmkontrol
10 kan kontrollere afføring uden uheld
5 har uheld af og til, behøver hjælp til afføringsmiddel
0 har ingen kontrol eller har hyppige uheld
Blærekontrol
10 kan kontrollere blæren dag og nat
5 har uheld af og til
0 har ingen kontrol eller har hyppige uheld
Teksten er vejledende. Ved scoring anvendes officiel scoringsnøgle

Modified Rankin Scale
0 Ingen symptomer overhovedet
1 lette symptomer (ingen helbredsgener i det daglige trods symptomer. Udfører samme gøremål som tidligere)
2 mindre handicap (overkommer mindre end tidligere. Opgivet gøremål p.g.a. helbredet. Klarer sig selv uden hjælp)
3 moderat handicap (behøver let hjælp til ADL)
4 behøver megen hjælp (til personlig hygiejne, toiletbesøg og andre ADL-for nødenheder)
5 behøver konstant opsyn (er sengeliggende, inkontinent, er afhængig af, at der er nogen næsten hele tiden)

Bilag 2

Præsentation til afdelingen

Et projekt om Det Nationale Indikatorprojekt, NIP

Jeg hedder Lise Dam Rasmussen og er ansat på Roskilde Universitet, hvor jeg er i gang med et ph.d.-projekt om kvalitetssikring i sygehusvæsenet. Jeg tager afsæt i NIP, som et eksempel på kvalitetssikring, og har fokus på, hvordan NIP fungerer som styringsredskab. Jeg er særligt interesseret i, hvad det betyder for medarbejdernes arbejdspraksis i hverdagen - altså hvad det betyder for jer som social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger.

Det vil jeg undersøge både ved at følges med nogen af jer i jeres hverdag på afdelingen, og ved at interviewe nogen af jer, for at høre mere om jeres erfaringer og tanker om kvalitetssikring. Jeg vil være til stede i afdelingerne i uge 46 til 50, hvor jeg vil spørge om lov til at følges med nogle af jer. Jeg vil planlægge interviews i samarbejde med afdelingsledelsen, og derefter kontakte jer for en aftale, for at sikre mig, at I ønsker at deltage.

Jeg laver notater af mine observationer, og interviews vil blive optaget. Notater og udskrifter af interviews vil danne grundlag for mine analyser, og vil kun blive læst i en sammenhæng af mig. I den endelige ph.d.-afhandling vil udvalgte citater forekomme, men både hospital, afdeling og personer vil være anonymiseret. Citater vil blive præsenteret som eksempelvis: "En læge på et neurologisk sengeafsnit på et hospital i en region siger".

Jeg ønsker med mit projekt at kaste et kritisk perspektiv på kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet, hvor jeg tænker, at jeres erfaringer, tanker og praksis er vigtig i den sammenhæng. Så del dem med mig, så jeg bedre kan forstå, hvad det betyder for jer at arbejde med kvalitet på denne måde. Som sagt vil jeg være at finde i afdelingerne, men når jo nok ikke at møde jer alle, da jeres arbejdstider strækker sig over hele døgnet og hele uge. Derfor er I meget velkomne til at kontakte mig, hvis I har kommentarer, erfaringer, spørgsmål, glæder, frustrationer og tja.... med kvalitetssikring og NIP. Ring eller mail endelig.

Jeg håber på et godt samarbejde.

Med venlig hilsen

Lise Dam Rasmussen
Mobil: 46 74 30 86
mailto:lisedam@ruc.dk



Bilag 3

Interviewguide

1. Tidsramme for interviewet
2. Intro om emne, tavshedspligt og anonymisering
3. Runde, hvor de siger navn, hvornår uddannet (årstal), hvor længe i specialet.
4. Indledende, brede spørgsmål (løs styring)
5. Øvelse (løs styring)
6. Opfølgende spørgsmål (stram styring, prioriteret i forhold til emner og temaer, som deltagerne har bragt på banen i første del af interviewet).
7. Afrunding (uddel visitkort med henblik på at deltagerne kan kontakte mig)

Spørgsmål til punkt 4

- Hvad betyder NIP for jeres hverdag? Fortæl gerne helt konkret, hvordan I arbejder med det.
- Hvordan ville jeres hverdag se ud uden NIP? Ville noget være anderledes?

Øvelse til punkt 5

En øvelse med påstande, som skal prioriteres. De 5 påstande er:

- Det er vigtigt at arbejde seriøst med NIP, fordi man dermed opbygger en database, som kan give vigtig viden om behandling og pleje af apopleksipatienter
- Det er vigtigt at arbejde seriøst med NIP, fordi der er stor politisk bevågenhed på NIP-resultaterne og de dermed kan ses som en vigtig brik i det politiske spil om hospitalerne
- Det er vigtigt at arbejde seriøst med NIP, fordi NIP er et projekt som er højt prioriteret af ledelsen og som ledelsen kan kontrollere, om vi følger.
- Det er vigtigt at arbejde med NIP, fordi det er en standardisering af sundhedsydelserne, som sikrer en ensartet behandling og pleje som er vigtigt i det moderne sundhedsvæsen

- Det er ikke særlig vigtigt at arbejde seriøst med NIP, da det primært er et registreringsskema som ikke afspejler praksis.

Lav evt. selv en der passer bedre!!

Opfølgende spørgsmål til punkt 6

- Hvem er afsender af NIP –hvis projekt er det?
- Hvem har ansvaret for at NIP fungerer? Hvad er jeres andel i ansvaret?
- Når NIP-skemaerne ikke er udfyldt, er praksis i stor udstrækning, at I får skemaet retur til udfyldelse. Hvad tænker I om det? Hvad betyder det for jer?
- Hvad betyder NIP-resultaterne for jer? – for afdelingen? – for hospitalet?
- Hvilke styrker og svaghed ser I ved NIP?
- Med NIP fremhæves nogle handlinger som særligt vigtige i behandling og pleje af patienter med apopleksi – er I enige i de områder som NIP sætter fokus på? Hvad mangler, hvad er ikke relevant?
- Hvilke muligheder har I for at være med til at påvirke og ændre NIP?
- Hvad betyder NIP for jeres prioriteringer i arbejdet med behandling og pleje af patienterne?
- Hvilke andre kvalitetssikringsprojekter er I involveret i? Hvordan ligner de NIP? Hvordan er de anderledes end NIP?
- Jeg tænker at NIP kan ses som et projekt med indbygget kontrol af jeres arbejde.
 - Ser I det også sådan?
 - Oplever i kontrol andre steder i jeres arbejde – giv gerne eksempler?
- Jeg har hørt, at apopleksiafdelingerne på jeres hospital har gode resultater i NIP-scoringerne. Hvad betyder det for jer?

Bilag 4

Kategorier i NVivo

Nodes

Name	Sources	References	Created On	Created By	Modified On
○ politisk diskurs	14	38	26-01-2011 10:41	LDR	15-02-2011 14:43
○ Q projekter	7	12	26-01-2011 11:26	LDR	16-02-2011 09:24
○ NIPs afsender	8	11	26-01-2011 11:36	LDR	15-02-2011 15:34
○ Reaktion på obser	1	1	26-01-2011 14:11	LDR	26-01-2011 14:11
○ Organisering af NI	22	71	26-01-2011 14:22	LDR	16-02-2011 09:35
○ database	8	20	26-01-2011 14:31	LDR	15-02-2011 10:33
○ Ledelsen	17	39	26-01-2011 15:03	LDR	16-02-2011 08:58
○ brug af resultater	17	61	26-01-2011 15:20	LDR	16-02-2011 08:59
○ konkurrence	8	27	01-02-2011 14:32	LDR	16-02-2011 09:04 LI
○ patientforløb	17	26	26-01-2011 15:24	LDR	16-02-2011 09:04
○ mellem profession	23	54	31-01-2011 09:19	LDR	16-02-2011 09:35
○ praksis pga. NIP	14	22	31-01-2011 10:55	LDR	16-02-2011 09:30
○ supplerende indika	10	14	31-01-2011 11:44	LDR	16-02-2011 09:13
○ Indflydelse på NIP	4	7	31-01-2011 11:48	LDR	15-02-2011 10:59
○ kategorisering	11	20	01-02-2011 10:45	LDR	16-02-2011 09:16
○ metode-overvejels	23	41	02-02-2011 15:28	LDR	16-02-2011 09:32
○ Kampen om patien	7	8	07-02-2011 09:49	LDR	11-02-2011 11:15
○ fysiske forhold	8	9	07-02-2011 11:00	LDR	16-02-2011 09:29
○ skema	7	9	25-01-2011 11:50	LDR	16-02-2011 09:07
○ tidsdimension	15	48	25-01-2011 12:59	LDR	16-02-2011 09:35 LI
○ at sætte X	24	63	26-01-2011 11:17	LDR	16-02-2011 09:33 LI
○ arbejdsopgave	21	45	25-01-2011 11:50	LDR	15-02-2011 14:57
○ Pligt	3	5	25-01-2011 13:04	LDR	04-02-2011 14:32 LI
○ registrering	15	33	25-01-2011 13:08	LDR	16-02-2011 09:21 LI
○ Rutine	12	13	31-01-2011 10:49	LDR	15-02-2011 09:25 LI
○ Gavner	7	12	25-01-2011 13:58	LDR	15-02-2011 13:15
○ Standard	18	39	25-01-2011 14:02	LDR	15-02-2011 14:43
○ validitet	9	22	25-01-2011 14:09	LDR	15-02-2011 14:39
○ Kontrol	17	56	25-01-2011 14:12	LDR	09-10-2011 08:35
○ belønning	12	17	25-01-2011 14:13	LDR	16-02-2011 08:58
○ praksis uden regsit	12	26	26-01-2011 09:04	LDR	15-02-2011 14:34
○ registrering uden p	15	25	26-01-2011 09:13	LDR	16-02-2011 09:31
○ Virkeligheden er fo	4	5	26-01-2011 09:14	LDR	16-02-2011 09:04
○ ansvarliggørelse	18	74	26-01-2011 09:25	LDR	16-02-2011 09:29
○ professionsfremm	24	88	26-01-2011 09:27	LDR	16-02-2011 09:13