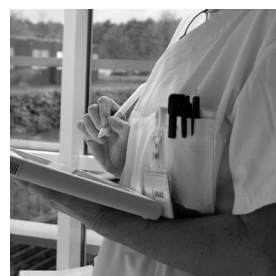
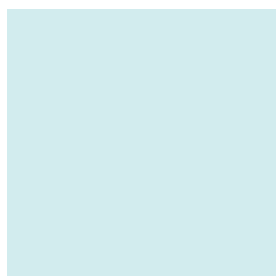
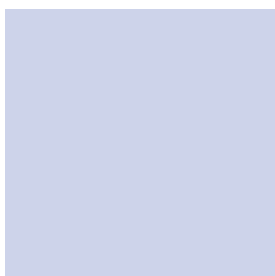
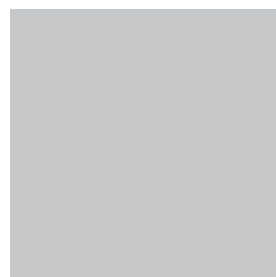
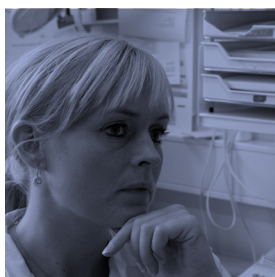
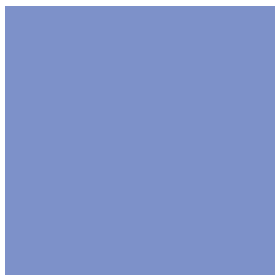
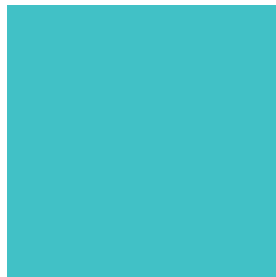
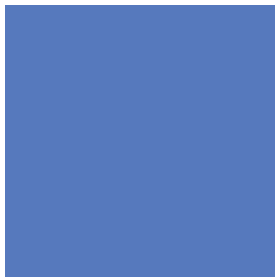

- En kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers opfattelser af Den Danske Kvalitetsmodel

MAJA STENDER

SPECIALE I KOMMUNIKATION

ROSKILDE UNIVERSITET # AUGUST 2010



KVALITETSKOMMUNIKATION



Kvalitetskommunikation

- En kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers opfattelser af Den Danske Kvalitetsmodel

Maja Stender

Speciale i Kommunikation
Roskilde Universitet
August 2010

Vejleder Pernille Eisenhardt

Formalia Afhandlingens omfang er 81,7 normalsider af 2400 anslag pr. side inkl. mellemrum. Optællingen er ekskl. forside, titelblad, indholdsfortegnelse, resumé, abstract, litteraturliste, bilag og formidlingsprodukt.

Skrifttypen er Soho (9 pkt.)

FORORD

Fem års studier på Roskilde Universitet er med denne afhandling ved at tage sin ende. Jeg vil gerne udtrykke min dybeste taknemmelighed overfor de personer, som har hjulpet mig på vej og som har bidraget til, at denne afhandling er blevet en realitet.

Allerførst vil jeg gerne takke ledelse og medarbejdere på kardiologisk afdeling ved Roskilde Sygehus for jeres samarbejde og åbenhed. En speciel tak til interviewpersonerne for at I ville dele jeres oplevelser og tanker med mig.

Tak til Pernille Eisenhardt, Marianne Tegllus Møller, Janne Sichlau, Jane Jacobsen, Camilla Schmidt, Gitte Vinther-Andersen, Lotte Raaschou og Milena Michaelsen for gode råd, givtige diskussioner, gennemlæsning og lækkert design.

Tak til Region Sjælland og Peter Zeuten fra Visualstory for tilladelse til brug af billeder fra kunstbogen 'Vores fantastiske arbejde'.

Til sidst vil jeg gerne takke min kæreste, Christian for at kunne holde mig ud i de sidste par måneder og for at styre flytning og rejseplanlægning uden min nærværende deltagelse.

RESUMÉ

Formålet med denne afhandling er at undersøge, hvordan intern kommunikation kan bidrage til at reducere barrierer ved implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og fremme relevansen af sygeplejerskers opfattelser af kvalitetsmodellen på en kardiologisk afdeling på Roskilde Sygehus.

Afhandlingen er baseret på kvalitative interviews med syv sygeplejersker, en afdelingssygeplejerske og en ledende oversygeplejerske. Med afsæt i teori om forandringskommunikation, relevansbegrebet og målgrupper analyseres og diskuteres ledelsens brug af intern kommunikation i forbindelse med implementeringen af kvalitetsmodellen op mod sygeplejerskernes modtagelse af kommunikationen og deres opfattelser af kvalitetsmodellens relevans.

Resultaterne viser, at de afgørende faktorer for sygeplejerskernes opfattelser af kvalitetsmodellen som enten meget relevant eller ikke så relevant, primært afhænger af hvilke værdier, de bygger deres arbejdspraksis på, samt hvor meget viden de har om den. Analysen viser, at ledelsens antagelser om, hvordan sygeplejerskerne opfatter kvalitetsmodellen, ikke altid holder stik. Det er derfor vigtigt, at ledelsen tager udgangspunkt i sygeplejerskernes opfattelser af kvalitetsmodellen, og hvad sygeplejerskerne ser af udfordringer i den og ikke i ledelsens egne antagelser, hvis budskaberne skal forekomme nærværende og relevante

Barrierer i implementeringen af kvalitetsmodellen kan reduceres ved, at ledelsen i den interne kommunikation tager afsæt i den afdelingsspecifikke kontekst og så vidt muligt relaterer budskaberne til sygeplejerskernes hverdag, da det for dem ellers er svært at se meningen med kvalitetsmodellen. Endvidere må ledelsen tage højde for, hvem der kommunikerer i organisationen, da accepten af budskaberne om kvalitetsmodellen er højere, hvis afsenderen ligeledes er en fra den lokale kontekst, og i værdier minder om sygeplejerskerne selv.

Sygeplejerskernes opfattelser af kvalitetsmodellens relevans kan højnes ved at fokusere på budskaber om, hvordan kvalitetsmodellen på sigt kan frigøre mere tid til patienterne, og hvordan den er et redskab, som ikke bare højner kvaliteten i patientforløbene, men også højner sygeplejerskernes faglighed. Endvidere må implementeringen af kvalitetsmodellen, så vidt det er muligt, bygge på dialog mellem ledelse og sygeplejersker, i stedet for massekommunikation, så sygeplejerskerne derved får mulighed for medindflydelse.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to investigate how in-house communication can contribute to reducing barriers concerning the implementation of The Danish Quality Model and to encourage the relevance of nurses' opinions of The Quality Model at a cardiology department at Roskilde Hospital.

The dissertation is based upon qualitative interviews with seven nurses, one ward nurse and a head nurse. With a background in theory concerning change communication, the conception of relevance and target audiences, the management of the cardiology department's use of in-house communication in connection with the implementation of The Quality Model is analyzed and discussed and then held in comparison to the nurses' reception of the communication and their opinions of the relevance of The Quality Model.

The results show that the decisive factors for the nurses' opinions of The Quality Model as being either very relevant or less relevant primarily depend on which values the nurses built their working practice upon, along with how much they know about The Quality Model. The analysis shows that the managers' assumptions of the nurses' perception of The Quality Model not always proves to be correct. Therefore, it is important that the management, if the messages have to be perceived as existing and relevant, takes a starting point in the nurses' perceptions of The Quality Model and what the nurses believe to be challenging about the model rather than in their own, at times faulty, assumptions.

Barriers regarding the implementation of The Quality Model can be reduced by the management, if the in-house communication takes a starting point in the specific context of the department and tries, as far as possible, to relate the messages to the everyday life of the nurses. Otherwise, it is difficult for the nurses to see the point of The Quality Model. Furthermore, the management should take into account who in the organization communicates the messages of The Quality Model to the nurses, as these messages will be received and accepted much better if the person who passes them on is someone from the local context and in values resembles the nurses themselves.

The nurses' opinions of the relevance of The Quality Model can be improved by focusing on the messages about how The Quality Model in the long term can result in more time to the care of patients and how it is a tool, which not only improves the quality of the course of the patients but also improves the nurses' qualifications. Furthermore the implementation of The Quality Model should, as far as possible, be based upon dialogue between the management and the nurses instead of mass communication, resulting in the nurses getting the possibility of co-determination.

“Der sidder nogle kompetente mennesker og prøver at lette vores hverdag og prøver at højne kvaliteten. Jamen, det kan man jo ikke vende ryggen til.”

- Sygeplejerske, Roskilde Sygehus



“Altså, det er mig, der skal blive bedre, jeg skal ændre mine vaner. Men det er ikke lige gjort med to timers undervisning en dag med kaffe og kage.”

- Sygeplejerske, Roskilde Sygehus

INDHOLD

FORORD	3	KAPITEL 5 # ANALYSE & DISKUSSION	47
RESUMÉ	4	Analysedesign	47
ABSTRACT	5	Baggrund for analysedesign	47
INDHOLD	7	Ledelsens syn	48
KAPITEL 1 # INDLEDNING	9	1. Ledelse - hvorfor og hvordan?	48
Motivation	10	2. Kvalitet	48
Introduktion til afhandlingens case	10	3. Relevans og forventninger til medarbejderne	49
Formål	11	4. Formål, ulemper og forventninger	51
Fokusområde	12	5. Implementeringsprocessen	53
Problemformulering	14	6. Kommunikationen om DDKM	55
Arbejdsspørgsmål	14	7. Temadagen	59
Design	15	Målgruppeanalyse	60
KAPITEL 2 # CASEBESKRIVELSE	17	1. Sygeplejerske - hvorfor og hvordan?	60
Den Danske Kvalitetsmodel	17	2. Kvalitet	61
Akkreditering	18	3. Tanker, relevans og forventninger	64
Roskilde Sygehus, kardiologisk afdeling	19	4. Formål, fordele og ulemper	70
KAPITEL 3 # METODE	21	5. Implementeringsprocessen	73
Videnskabsteoretisk ståsted - Fænomenologi	21	6. Kommunikation om DDKM fra ledelsens side	76
Empiriproduktion og bearbejdning	22	7. Temadagen	79
Et casestudie	22	8. Motivation hvordan?	80
Adgang til casen - personlig relation som døråbner	22	KAPITEL 6 # RESULTATER	83
Forståelser	23	Fokusområder	83
Kvalitative interviews	24	Konklusion	86
Udvælgelse af interviewpersoner	24	LITTERATURLISTE	89
Udarbejdelse af interviewguides	25	KAPITEL 7 # FORMIDLINGSARTIKEL	91
Forløb af interviews	27	Refleksioner bag formidlingsartikel	91
Behandling af empiri og analysedesign	28	Formidlingsartikel	93
Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet	30	KAPITEL 8 # BILAG	97
KAPITEL 4 # TEORI	33		
Model over anvendt teori	33		
Operationalisering af teori	33		
Forandringer	34		
Forandringskommunikation	35		
Forandringsstrategi	38		
Relevans	39		
Afsenderrelevans og modtagerrelevans	39		
Emnerelevans og formidlingsrelevans	39		
Relevans er betinget af livsverdenen	40		
Målgruppens forudsætninger for adoption af innovationer	40		
Handlingens parametre	41		
Diffusion af innovationer	42		

KAPITEL 1 # INDLEDNING

Siden midten af 90'erne har store dele af den sundhedspolitiske debat i Danmark omhandlet udvikling og dokumentation af kvalitet (Kousholt & Kousholt, 2009:15). Resultatet af bestræbelserne på at øge kvaliteten via gennemsigtighed og dokumentation er blevet Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Modellen er den objektive udlæggelse af 'høj kvalitet' inden for offentlige såvel som private sygehuse, apoteker samt det kommunale sundhedsvæsen.

Den 1. udgave af 'DDKM for sygehuse' blev en realitet i august 2009 og indeholder 104 standarder, som på nationalt plan skal implementeres med det formål at understøtte og fremme den systematiske kvalitetsudvikling på alle landets sygehuse (Kousholt & Kousholt, 2009:15).

Den forhenværende formand for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow, påpegede tilbage i 2008¹ nogle meget væsentlige pointer omhandlende DDKM:

"En faktor, der har betydning for, at Den Danske Kvalitetsmodel bliver en succes, er at Kvalitetsmodellen skal give mening for medarbejderne og fungere i den kliniske hverdag. (...) Det er også klart, at det koster at registrere og dokumentere kvaliteten. Det koster ressourcer og teknologi. Det koster tid hos klinikerne, der går fra tiden hos patienterne. Og det koster på den faglige interesse og engagement, hvis dokumentationen er meningsløs (...)"

Spørgsmålet er, hvilken opfattelse sygeplejerskerne har af kvalitetsmodellen. Giver den mening for dem, eller finder de den ikke relevant? Ser de mening i at afsætte tid og engagement til at implementere den på bekostning af tiden hos patienterne? Og, hvordan kan ledelsen kommunikere internt, så den bliver relevant for sygeplejerskerne? Analyser viser netop, at hvis man vil nå bestemte mål via sådan et generelt koncept som DDKM er, kræver det et stort ledelsesarbejde, der er forankret tæt på den lokale praksis. *"Der skal være nogen, der evner at oversætte koncepterne til lokale forhold, og som formår både at få de relevante aktører med og tage de nødvendige konflikter (...)"*. (John Dam Scheuer i FLOS, 2004:19).

Det er betragtninger som ovenstående, denne afhandling behandler med ønsket om at generere mere viden om, hvordan en forandring som DDKM modtages og behandles hos de mennesker, der skal arbejde med den i deres hverdag, og hvordan intern kommunikation kan anvendes fra ledelsens side til at fremme relevansen af den og reducere eventuelle barrierer. For én ting er, hvordan ambitionerne, forventningerne og fordelene tager sig ud på papiret hos politikerne og ledelserne på sygehuse, noget andet er, hvordan det tager sig ud hos medarbejderne.

¹ Tale ved Årsmødet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 11. januar 2008

Motivation

Jeg finder det interessant at undersøge, hvordan opfattelserne af fænomenet DDKM og implementeringsprocessen af ledelse og sygeplejersker italesættes, fordi jeg fra tidligere projekter inden for sygehusvæsenet har erfaret, at forandringer ofte opfattes meget forskellige alt efter hvem i organisationen, du taler med. Dette er netop et centralt emne, når ledelsen står overfor at skulle engagere medarbejderne i noget nyt og gennem kommunikation bevirke at, en forandring opfattes som relevant og vedkommende. For opfattelsen på ledelsesniveau er ikke nødvendigvis sammenfaldende med opfattelsen hos medarbejderne - og hvad gør man så?

Kommunikationsforsker Helle Petersen² påpeger i sit forskningsprojekt³ opstartet i 2005 at "(...) *den store opmærksomhed og kvalitetsbevidsthed, der hersker omkring patientkommunikation, sjældent kan genfindes, når det drejer sig om den interne kommunikation (...) mellem ledelse og medarbejdere (...)*" (Helle Petersen, 2005:3). Det synes jeg er ærgerligt og en u hensigtsmæssig skævhed. For hvis ikke den interne kommunikation fungerer og har ledelsens opmærksomhed, hvordan kan det så forventes, at medarbejderne kan yde en god patientkommunikation?

Nu handler denne afhandling ikke om patientkommunikation, men om noget, som alligevel i sidste ende berører patienterne og har med kommunikation at gøre; den interne kommunikation omkring DDKM. Mit ærinde er ikke at be- eller afkræfte Helle Petersens udsagn, altså at undersøge, om den interne kommunikation på landets sygehuse får den fornødne opmærksomhed eller ej. Men jeg giver med min opbyggede viden om det danske sygehusvæsen, Helle Petersen ret i sit udsagn og vil ligeså slå et slag for, at den interne kommunikation skal være genstand for den samme opmærksomhed som patientkommunikationen og som begrebet kvalitet. Jeg vil med denne afhandling give et indblik i, hvilken rolle den interne kommunikation spiller i en proces, hvor der skal implementeres et nyt fænomen, DDKM, og herunder også hvilken rolle den interne kommunikation spiller i forbindelse med nye måder at gøre tingene på - og dermed også noget nyt at sætte sin egen faglighed og forforståelse om kvalitet i forhold til.

Jeg har valgt at fokusere på sygeplejersker, da jeg synes, de er en spændende faggruppe, hvis dagligdag er præget af mangel på ressourcer og stigende krav om effektivitet og kvalitet. Jeg er derfor interesseret i, hvordan sygeplejerskerne under disse omstændigheder tager imod endnu et politisk tiltag, som kræver deres opmærksomhed og ressourcer.

Introduktion til afhandlingens case

Ideen til DDKM opstod midt i 1990'erne, da der kom fokus på negative historier om det danske sundhedsvæsen. Medierne havde travlt med at skrive om fejloperationer, sygehusinfektioner og dårlig kommunikation sektorerne imellem. Det blev derfor klart, at der var behov for at arbejde mere med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

² Forfatter til bl.a. *'Det kommunikerende hospital'* og *'Forandringskommunikation'*.

³ *'Strategisk kommunikation i hospitalsvæsenet. Intern kommunikation i relation til patienttilfredshed, kvalitet og om-dømme.'*

Inspireret af kvalitetsprojekter i udlandet begyndte nogle danske amter og sygehuse hver især at opbygge egne individuelle kvalitetssystemer. Derfor indgik staten, de daværende amter og H:S⁴ en aftale om at skabe et fælles nationalt kvalitetsudviklingssystem, som skulle dække alle offentligt finansierede sundhedsydelser på tværs af sektorer. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) blev etableret i 1995 og fik til opgave at udvikle DDKM. Man valgte, stærkt inspireret af bl.a. USA, Australien og Canada, at bygge modellen på den metode, der hedder akkreditering. En form for blåstempling hvis man lever op til nogle bestemte standarder⁵. At følge standarder og instrukser i sygehusvæsenet er absolut ikke noget nyt, men det nye med DDKM er, at det nu er nationale standarder, der overordnet skal følges og munde ud i en akkreditering.

Nærværende afhandling er casebaseret og er blevet til i et samarbejde med en kardiologisk afdeling⁶ på Roskilde Sygehus. Jeg har, med fokus på den interne kommunikation ledelsen⁷ og sygeplejersker imellem, spurgt ind til den ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejersken og syv sygeplejerskers opfattelse af DDKM og deres oplevelser med implementeringen af den.

Afdelingen har nogle generelle træk, som kan overføres til andre afdelinger på andre sygehuse, bl.a. den måde ledelsen er delt op med leder og mellemlider på det sygeplejefaglige område og det faktum, at DDKM skal indføres på alle sygehuse i Danmark. Derfor har jeg valgt denne case som et eksempel på en afdeling, der står midt i implementeringen af DDKM, og den repræsenterer derved nogle af de udfordringer, som med stor sandsynlighed også kan findes på andre afdelinger. Jeg ser det derfor muligt, at overføre mine resultater om de kommunikative udfordringer til andre afdelinger vedrørende deres implementering af DDKM⁸.

Formål

Det er kendt inden for kommunikationsforskning i sygehusvæsenet, at der i forandringsprojekter og navnlig ved implementeringen af DDKM, kan opstå barrierer hos sygeplejerskerne på baggrund af manglende kommunikation og dermed manglende oplevelse af relevans, der hindrer implementeringen eller i hvert fald trækker den ud tidsmæssigt (Yde, 2000), (Petersen, 2008). Afhandlingens formål er derfor overordnet at undersøge både ledelsens og sygeplejerskernes opfattelse af DDKM og ud fra en målgruppeanalyse af sygeplejerskerne at opstille nogle fokusområder, der omhandler, hvordan der internt kan kommunikeres mere hensigtsmæssigt med målgruppen i forhold til deres opfattelse af DDKM og kvalitet. Herigennem vil eventuelle barrierer omkring modellen kunne reduceres og relevansen af den højnes.

⁴ Hovedstadens Sygehusfællesskab

⁵ Se endvidere kapitel 2

⁶ Egentligt kun et såkaldt sengeafsnit, men afdeling er den term, der internt benyttes, så den benytter jeg ligeledes.

⁷ Ledelsen anvendes som en samlet betegnelse for den ledende oversygeplejerske og afdelingssygeplejersken velvidende, at disse to ikke opererer på samme niveau. Hvis jeg skelner mellem disse to, vil det tydeligt fremgå.

⁸ Se endvidere afsnittet 'Generaliserbarhed'

Der er så vidt jeg ved kun ganske få⁹, der indtil nu har anlagt ovenstående vinkel på implementeringen af DDKM. Det er derfor også med tungen lige i munden at jeg entrerer denne sundhedsfaglige og -politiske arena med min humanistiske vinkel, men med en tro på, at resultatet må kunne anvendes som udgangspunkt for andre til at undersøge, hvilken rolle den interne kommunikation spiller i forhold til medarbejdernes oplevelse af forandringsprocesser og implementeringen af nye tiltag i sygehusvæsenet.

Fokusområde

Jeg er nysgerrig efter at få at vide, hvordan DDKM, som en forandring, opleves hos sygeplejerskerne set fra et kommunikationsfagligt perspektiv. Nysgerrigheden er vagt af følgende udsagn fra Helle Petersen:

" (...) Som moderne mennesker forfølger vi aldrig regler uden først at vurdere dem - og deres konsekvenser. Denne udvikling har indflydelse på både patienter og medarbejdere, som nu i langt højere udstrækning stiller spørgsmål og søger forklaringer. (...) For medarbejdernes vedkommende tager man ikke automatisk ledelsens udmeldinger for pålydende. Et eksempel på det er de store udfordringer man på flere hospitaler oplever ved at få medarbejderne til at indgå konstruktivt i dialog om implementering af kvalitetssystemer. Som moderne menneske handler vi ikke, før vi ser en mening, og mening skabes i interaktion og i de mellem menneskelige relationer - altså i kommunikationen." (Petersen, 2005:1,2).

Udgangspunktet for denne afhandling er netop de forskellige problematikker, Petersen opstiller i citatet. Citatet understreger vigtigheden i at spørge ind til sygeplejerskernes opfattelser af DDKM og kvalitet. Netop fordi, som Petersen påpeger, at der skal være mening med 'reglen', og der skal for sygeplejerskerne være relevante forklaringer på, hvorfor implementeringen af DDKM er en god idé set i forhold til deres hverdag. Hvis vi antager, at DDKM er lig med 'regler' i ovenstående citat, så vil medarbejderne naturligt nok stoppe op og vurdere, hvorvidt den egentlig er en relativ fordel for dem i deres daglige arbejde, et forstyrrende element eller noget, der ikke er dem vedkommende. Det er derfor vigtigt for ledelsen at vide, hvilke opfattelser af DDKM sygeplejerskerne går rundt med og sætter deres arbejde i forhold til, så de i den interne kommunikation kan tage udgangspunkt i disse og søge at skabe overensstemmelse mellem opfattelserne og de budskaber, de kommunikerer.

Kirsten Yde¹⁰ har i masterafhandlingen *'Nurses' perceptions of quality development and the management of change at a Danish psychiatric hospital: a qualitative study'* fra 2007 ud fra

⁹ Se 'Fokusområde'

¹⁰ Kirsten Gjernø Yde skrev sin masterafhandling tilknyttet School of Nursing Deakin University, Australien og Sygeplejerskolen i Viborg. Hun er uddannet sygeplejerske og ansat som kvalitetskonsulent i Psykiatri og Social, Region Midtjylland. Kendskabet til masterafhandlingen har jeg fået via en artikel fra dknyt.dk skrevet d. 17/12 2007. Selve afhandlingen er købt via personlig kontakt til Kirsten Yde efter henvendelse hos VIA University College - Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg/Thisted (<http://www.viborg-sygeplejerskole.dk/content.asp?submenu=8&secsubmenu=103&id=151>).

problemformuleringen *'Within the framework of an established quality development organization, how do nurses explain their reluctance to implement quality standards for nursing activities?'* behandlet sygeplejerskers egen forklaring på modvillighed overfor kvalitetsstandarderne i DDKM. Målet med afhandlingen er, at undersøge sygeplejerskers opfattelse af kvalitetsudvikling indenfor sygepleje for at diskutere deres engagement i kvalitetsprocesser (Yde, 2007:6).

Ydes resultater viser bl.a., at sygeplejerskerne er modstræbende over for kvalitetsmodellen, fordi de føler, at kvalitetsstandarderne er udtryk for en form for tvang eller kontrol (Yde, 2007:44). Endvidere konkluderer hun, at sygeplejerskerne finder det problematisk, at de skal bruge mere tid på at dokumentere, uden at der samtidigt er bevilliget flere ressourcer til opgaverne. Hendes resultater viser dog samtidig, at sygeplejerskerne har stor forståelse for kravet om høj kvalitet, men at de frygter, at dokumenteringen vil gå ud over tiden med patienterne.¹¹

På baggrund af dette understreger hun, at hospitalsledelsen¹² skal lægge en strategi, så sygeplejerskerne bliver inddraget mere i arbejdet med DDKM.¹³ Desuden anbefaler hun, at ledelserne på sygehusene skal give plads til en åben, tværfaglig dialog om fordele og ulemper ved modellen.

Min undersøgelse er stærkt inspireret af Yde, selv om hendes fokus er at undersøge *hvorfor*, der er modvillighed mod modellen og ikke, *om* der eventuelt er en modvillighed. Hendes udgangspunkt omkring *hvorfor*, stammer fra hendes eget arbejde med implementeringen af DDKM og udviklingen af kvalitet som sygeplejerske og kvalitetskonsulent. Forskellen på hende og mig som 'forskere' er, at hun er en del af feltet selv, og derfor på baggrund af hendes viden fra feltet er gået tættere på problemet omkring modvilligheden og ikke så meget opfattelsen af DDKM, da hun kendte til denne i forvejen og derfor vidste, at der måtte være nogle barrierer.

Gennem mine samtaler med sygeplejerskerne om deres opfattelser af DDKM vil jeg forsøge at spore mig ind på, om modvilligheden mod DDKM på grund af frygten for tab af kontakt til patienterne og manglende ressourcer stadig trives her tre år efter. Således anser jeg min afhandling som et bidrag til at give et billede af, hvordan opfattelserne er i dag. Jeg vil endvidere gå til undersøgelsen og mit fokus på den interne kommunikation, med afsæt i Ydes anbefalinger om, at *inddragelse* og *dialog* ledelse og medarbejdere imellem er vejen frem for at implementere DDKM.

¹¹ Artikel dknyt.dk, 17/12 2007.

¹² Den øverste ledelse, se model side 20

¹³ Artikel dknyt.dk, 17/12 2007.

Disse opstillede problemstillinger vil jeg besvare ud fra følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvordan kan intern kommunikation bidrage til at reducere barrierer ved implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og fremme sygeplejerskers opfattelse af modellens relevans på en kardiologisk afdeling på Roskilde Sygehus?



Arbejdsspørgsmål

Jeg har valgt at udarbejde nogle arbejdsspørgsmål, der udtrykker de forskellige områder, jeg vil belyse, for at kunne besvare min problemformulering.

Teori

- Hvad er formålet med Den Danske Kvalitetsmodel?
- Forandringskommunikation: Hvordan kommunikeres om et fænomen, så det giver mening og opleves som relevant hos målgruppen?

Analyse (ledelsen)

- Hvilke opfattelser har ledelsen af DDKM?
- Hvilke forventninger har ledelsen til DDKM, samt hvilke udfordringer fremhæver de i forbindelse med implementeringen af DDKM?
- Hvordan kommunikerer ledelsen budskaber om DDKM, og hvilke virkemidler inddrager de i implementeringen af DDKM?

Analyse (sygeplejerskerne)

- Hvilke opfattelser har sygeplejerskerne af DDKM?
- Hvilke forventninger har sygeplejerskerne til DDKM, samt hvilke udfordringer fremhæver de i forbindelse med implementeringen af DDKM?
- Hvordan oplever sygeplejerskerne den interne kommunikation i forbindelse med implementeringen, samt hvilken effekt har den interne kommunikation?

Analyse (kommunikation og relevans)

- Hvilke faktorer ved den interne kommunikation gør sig gældende for sygeplejerskernes adoption af DDKM? Herunder hvilke barrierer, kan der reduceres, samt hvordan kan relevansen af DDKM fremmes?
- Hvilke fokusområder kan afdelingen med fordel arbejde med for at fremme sygeplejerskernes adoption af DDKM?

Design

KAPITEL 1 # INDLEDNING

Indføring i fokus og problematikker

KAPITEL 2 # CASEBESKRIVELSE

Hvad er DDKM, og hvordan arbejder afdelingen med implementeringen af den?

KAPITEL 3 # METODE

Videnskabsteori

Adgang til casen

Empiriindsamling og bearbejdning

Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

KAPITEL 4 # TEORI

Forandringer

Afsender/modtager

Handlingens parametre

Innovationer

KAPITEL 5 # ANALYSE

Diskuterende analyse

KAPITEL 6 # RESULTATER

Fokusområder

Konklusion

KAPITEL 2 # CASEBESKRIVELSE

Den Danske Kvalitetsmodel

DDKM er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. Modellen skal understøtte og fremme den systematiske nationale strategi for kvalitetsudvikling på landets sygehuse såvel offentlige som private, på apoteker og inden for det kommunale sundhedsvæsen. Parterne bag modellen er centrale aktører i det danske sundhedsvæsen, bl.a. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Ansvaret for at udvikle DDKM er placeret ved Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS, 2009:8).

Visionen for DDKM er at:

"(...) skabe ensartet høj kvalitet i alle ydelser - fra læge til sygehus, til apotek og til hjemmesygepleje og genoptræning, skabe sammenhæng i patientens oplevelse af forløbet, skabe gennemskelighed og gennemsigtighed i forhold til ydelserne i det danske sundhedsvæsen og skabe en kultur, hvor alle medarbejdere og institutioner løbende lærer af sig selv og hinanden og dermed skaber kontinuerlig kvalitetsudvikling"¹⁴

IKAS skriver i den 1. version af DDKM for sygehuse (2009)¹⁵, at DDKM ikke skal være "unødigt normativ". Med dette menes, at der skal være et lokalt råderum for det enkelte sygehus. "Modellen fastsætter således ikke, hvordan man skaber kvalitetsudvikling - men den opstiller mål, der skal fremme den gode kvalitet". (IKAS, 2009:7). Der vil derfor være en række områder, hvor både det enkelte sygehus, men også de enkelte afdelinger må udarbejde lokale præciseringer af standarderne.

I alt indeholder DDKM for sygehuse¹⁶ 104 standarder, som breder sig over flere aspekter af sygehusene. Overordnet er de organiseret i 3 kategorier: Organisation, generelle patientforløbsaktiviteter og sygdomsspecifikke patientforløbsaktiviteter (IKAS, 2009:9). Der udsendes reviderede versioner af standarderne ca. hvert 3. år - svarende til længden af en akkrediteringsperiode (IKAS, 2009:7). Når standarderne er indført, skal sygehusene løbende vurdere, om de lever op til dem. Dette indebærer bl.a., at det tages op til revision, om der læres af de kvalitetssvigt, der konstateres. Derfor er hensigten med metoden også at skabe en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling bliver en integreret del af det daglige arbejde.

For at måle om de enkelte sygehuse lever op til DDKM, skal de opnå en såkaldt akkreditering, hvor det kontrolleres, om standarderne opfyldes.

¹⁴ <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx>

¹⁵ Pt. den eneste version

¹⁶ Betegnelsen DDKM henviser i afhandlingen fremover til DDKM for sygehuse medmindre andet oplyses.

Akkreditering

Akkreditering er kort fortalt *"en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre deres opgaver"*¹⁷.

Inden udgangen af marts 2011 skal alle sygehuse i Region Sjælland være akkrediteret - og alle landets øvrige offentlige sygehuse inden udgangen af juni 2012. Det vil altså sige, at der skal foretages en ekstern kvalitetsvurdering af en tredjeparts organisation (i sygehusenes tilfælde IKAS), der giver en samlet vurdering af kvalitetsniveauet baseret på en gennemgang af centrale funktioner. For at opnå en samlet vurdering af kvaliteten, sammenstilles og integreres en lang række vurderinger, der relaterer sig til sygehusets strukturer, processer og resultater (ECS, 2000, 8).

Akkrediteringen foretages med den hensigt, at når et sygehus indfører et sæt fælles standarder, skabes der samtidig et fælles beslutnings- og prioriteringsgrundlag, ligesom der skabes ens praksis og ens rutiner¹⁸. Evalueringen vil altid bygge på, om sygehuset lever op til standarderne. Dette måles på ud fra nogle *indikatorer*, som kan bestå af en lang række forskellige tiltag. En indikator kan fx være, om en afdeling har gennemgået en række journaler fra det seneste år (til det formål gennemføres en række interne surveys) og kontrolleret, om kvaliteten har levet op til de relevante standarder i forhold til patienterne.

Fra indførsel af standarder til akkreditering

I følgende afsnit forklares akkrediteringsprocessen i en forenklet udgave.

Alle sygehuse modtog DDKM den 17. august 2009 og akkrediteringsprocessen er dermed i gang. Det anbefales af IKAS, at der gennemføres en basisvurdering inden for en afgrænset tidsperiode, efter at akkrediteringsstandarderne er modtaget, for at få et samlet overblik over sygehusets status i forhold til opfyldelsesgraden af indikatorerne i standarderne. På baggrund af basisvurderingen kan sygehuset iværksætte generelle tiltag og prioritere handleplaner for den videre proces. IKAS anbefaler desuden, at sygehuset løbende foretager selvevalueringer (audits) for at kunne følge udviklingen i opfyldelsesgraden af indikatorerne.

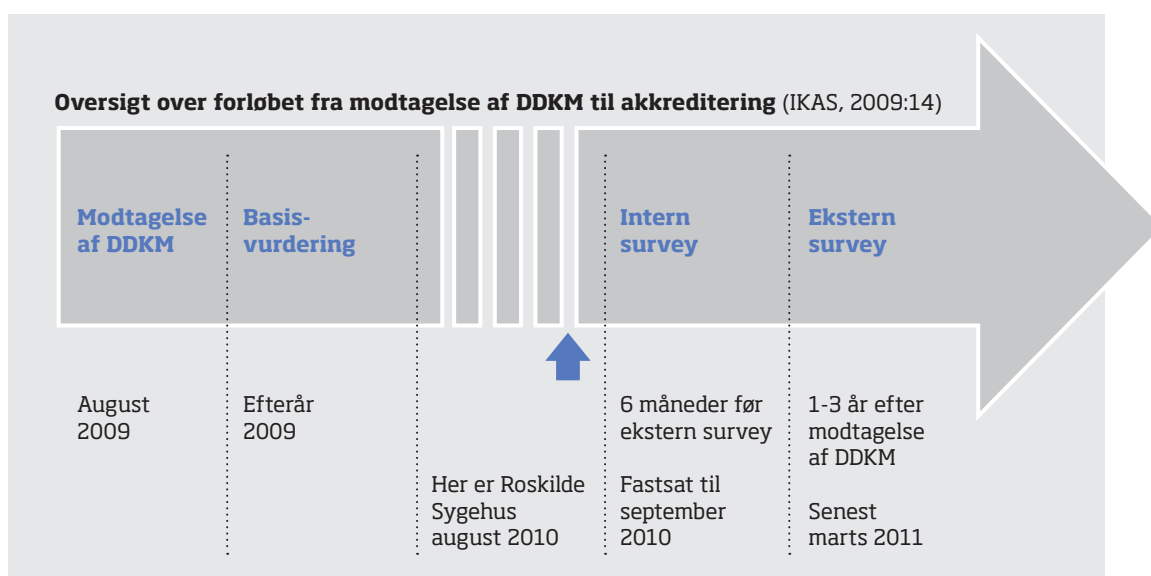
Det anbefales at afholde en intern survey¹⁹ ca. 6 måneder før den eksterne survey. Intern survey er en proces, hvor personer fra andre enheder i organisationen eller en samarbejdende organisation gennemfører survey. Den interne survey kan ses som en slags generalprøve på den eksterne survey.

¹⁷ <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx>

¹⁸ <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx>

¹⁹ <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx>

Ved ekstern survey kommer et antal surveyors²⁰ (uvildige fagfolk) og udfører survey. Den eksterne survey vil variere i antal dage alt afhængig af sygehusets størrelse. Surveyorene er udvalgt blandt erfarne fagfolk og ledere og alle har gennemgået en særlig uddannelse i IKAS for at kunne varetage opgaven. Der skrives en rapport, som danner baggrund for sygehusets akkrediteringsstatus. Metoderne til vurdering vil være gennemgang af dokumentation, interview og observation (IKAS, 2009:13-15).



Roskilde Sygehus, kardiologisk afdeling

Roskilde Sygehus hører under Region Sjælland og er en del af Sygehus Nord, som består af sygehuse i Roskilde, Køge, Holbæk, Kalundborg og Fakse. Roskilde Sygehus' kardiologiske regi består af to sengeafsnit, et ambulatorium og et laboratorium. Casen er det ene sengeafsnit, som fremover betegnes som *afdelingen*, da det også er den term, der anvendes internt.

Kardiologi er en fællesbetegnelse for sygdomme i hjerte og kredsløb. Afdelingen udfører bl.a. undersøgelser af hjertets kranspulsårer, anlægger pacemakere, kontrollerer løbende patienter med pacemakere og foretager ballonudvidelser²¹. Der behandles akutte og planlagte patienter med kort indlæggelsestid - ca. et par dage.

Afdelingen er nyoprettet pr. januar 2010 som en afstikker af medicinsk kardiologisk afdeling, men har selvstændig ledelse og økonomi. Afdelingen har ti sengepladser og ca. 19 ansatte i plejeregi; 15 sygeplejersker (hvoraf én er souschef), tre social- og sundhedsassistenter samt én afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken er fysisk placeret på afdelingen og er kun til stede i dagvagterne. Hun er en del af mellemlidergruppen. Ledelsen for hele kardiologisk regi på sygehuset består af en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Disse er fysisk

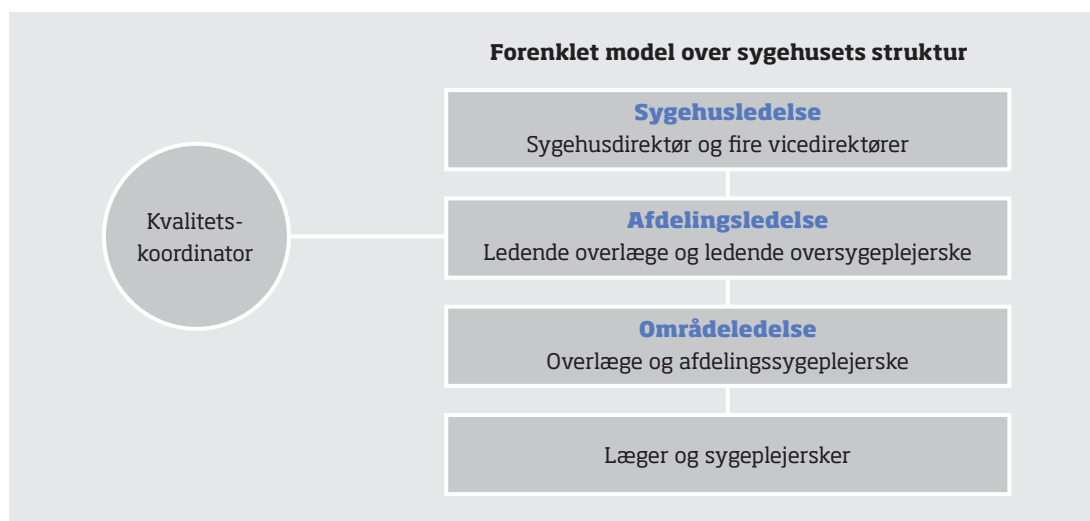
²⁰ <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx>

²¹ Udvidelse af forsnævrede pulsårer.

placeret i en anden bygning, end hvor selve afdelingerne ligger. Til det kardiologiske regi er der tilknyttet en kvalitetskoordinator, som sidder i samme bygning som den ledende overlæge og -sygeplejerske og varetager den administrative, overordnede del af implementeringen af DDKM.

Sygeplejerskernes vagter er inddelt i dag-, aften- og nattevagter, hvorfor det aldrig sker, at alle medarbejdere er samlet. Derfor er den mest benyttede kommunikationsform fra afdelingslederen til sygeplejerskerne e-mails og info på opslagstavler.

Nedenstående er en meget forenklet model af sygehusets ledelsesfordeling. Jeg har kun medtaget de for afhandlingen relevante lag og stillingsbetegnelser og er således bevidst om, at den ikke er et retvisende billede for hele sygehusets struktur. Modellen skal udelukkende visualisere, hvor i organisationen, de personer jeg har valgt at inddrage, befinder sig i forhold til hinanden.



Afdelingens arbejde med DDKM

De 104 nationale standarder fungerer som overordnede skabeloner. Disse skabeloner bliver af regionerne tilpasset hver region. Når de er tilpasset for regionen, sendes de videre til sygehusene, som har til opgave at tilpasse dem et helt sygehusområde (fx kardiologien) og dernæst, hvis det er et afdelingsspecifikt område, skal den tilpasses lokalt på afdelingerne. Der er ikke nogen konsistent brug af ord for tilpasningerne på sygehusene og afdelingerne, men jeg har valgt at holde mig til de tre niveauer: Standarder (nationalt/region), retningslinjer (sygehus) og lokale instrukser (afdeling). For Region Sjællands vedkommende samles alle disse beskrivelser i en elektronisk database, D4, hvor det er muligt via søgeord at slå alle retningslinjer og instrukser op.

På afdelingen er der en kvalitetsnøgleperson, en sygeplejerske, der også indgår i den almindelige vagtordning, som varetager beskrivelserne af de lokale instrukser, lægger dem ind i D4 samt informerer sine kolleger på afdelingen. Kvalitetsnøglepersonen er på nuværende tidspunkt ved at uddelegere nogle af de lokale beskrivelser til andre sygeplejersker på afdelingen som et led i at inddrage flere i DDKM. Dette giver mulighed for en bredere indflydelse. Disse sygeplejersker er typisk nøglepersoner indenfor fx hygiejne eller ernæring.

KAPITEL 3 # METODE

”Hvis man gerne vil vide, hvordan folk forstår deres verden og deres liv, hvorfor så ikke tale med dem?”

Steiner Kvale & Svend Brinkmann (2009)

Videnskabsteoretisk ståsted - Fænomenologi

Min tilgang til undersøgelsen er fænomenologisk. Fænomenologi betyder bogstavelig talt ’videnskab/læren om fænomenerne’ og betegnes ofte som en bevidsthedsfilosofi, da fokus er på verden, som den erfares af subjektet (Zahavi, 2003:13,16) (Kvale & Brinkmann, 2009:44). Dermed er der ikke en objektiv verden, som kan afdækkes, men udgangspunktet er, at forståelse er styret af subjektivitet; at vi lever i en verden, der har mening og betydning for os.

Fænomenologien anser alle individer for at danne deres livsverden ud fra egne erfaringer og inden for egne rammer og strukturer (Dahl, 1993:26). Livsverdenen er den verden, vi lever i til daglig, og som vi er fortrolige med, og som vi ikke stiller spørgsmålstejn ved (Zahavi, 2003:30). Kvalitativ forskning i et fænomenologisk perspektiv handler om at *“(...) forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves af informanterne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er den, mennesker opfatter.”* (Kvale & Brinkmann, 2009:44). Fokus er dermed sygeplejerskernes perspektiv og relevansopfattelse af DDKM, som jeg med denne optik ønsker en forståelse af.

Fænomenologien ønsker *”at gå til sagen selv.”* (Zahavi, 2003:25). Derfor bør fænomenologiske undersøgelser være styret af det, der faktisk foreligger, og ikke af fordomme eller holdninger. Men trods fokus på sygeplejerskernes eget perspektiv er jeg, som forsker, en essentiel del af processen og kan ikke undgå at påvirke undersøgelsen. Ej heller kan jeg gøre mig helt fri af mine forforståelser, men kan som en vigtig del af den metodiske tilgang gøre mig mine forforståelser bevidst (se afsnit ’Forforståelser’). Selvom jeg gennem interviewene prøver at opnå forståelse af deres livsverden, er dialogen alligevel konstrueret i samspil med interviewpersonerne. Endvidere påvirker jeg også undersøgelsen ved mine valg af emner og spørgsmål, som jeg finder interessante, og dermed bliver det min subjektive holdning til, hvad der er vigtigt og relevant at fremhæve, der er afgørende for undersøgelsens resultater.

Udgangspunktet for fænomenologiske undersøgelser er kvalitative, erfaringsnære meningsbeskrivelser fra målgruppen - i dette tilfælde meningsbeskrivelser omhandlende DDKM (Kvale & Brinkmann, 2009:47). Den kvalitative metode er således nødvendig for at komme i dialog med sygeplejerskerne og dermed opnå forståelse af deres opfattelse af fænomenerne kvalitet og DDKM.

Empiriproduktion og bearbejdning

Et casestudie

Et casestudie kan anvendes til at gå fra enkelte udsagn til generelle synspunkter. Det anvendes til at undersøge fænomener, som de foregår i den 'virkelige verden' (Ramian, 2007:22). En kvalitativ undersøgelse er en metode, der anvendes til at "(...) beskrive og forstå dybden i et problemkompleks og dets sammenhæng med den helhed, det er en del af." (Launsø & Rieper, 2005:129). En metode som netop er god til at studere fænomener i kommunikationen om DDKM og sygeplejerskers opfattelser heraf, fordi det er gennem dialog, man får forståelse for folks livsverden, og hvilke værdier de anskuer verden ud fra.

Et kvalitativt casestudie anvendes til at undersøge, om resultaterne understøtter eller svækker bestemte teorier om fænomenerne (Ramian, 2007:23). *"Teoretisk generalisering drejer sig om at søge at drage paralleller fra virkelighed til teori og fra teori til virkelighed, og dermed bidrage til at øge vores viden om fænomeners eksistens"*. (Neergaard, 2001:41). Min tilgang til undersøgelsen er, at jeg søger en forklaring på eller forståelse på en organisationssituation (den interne kommunikation om DDKM) og analyserer og forklarer den helt eller delvist ud fra flere teorier. Herigennem vil jeg forsøge, at generalisere resultaterne til gældende for andre sygehuse, der står i samme situation og derfor måske har lignede udfordringer (Neergaard, 2001:18).

Jeg har anvendt netværksudvælgelsen til at komme i kontakt med casen. Jeg fik kontakten gennem en veninde fra mit studie, som er sygeplejerske dér (benævnes fremover som kontaktpersonen). Dette er også af garvede forskere en ofte benyttet metode (Neergaard, 2001:34). Da kontakten var etableret, og casen var diskuteret nærmere med min kontaktperson, udvalgte jeg bestemte analyseområder - nemlig opfattelserne af DDKM og den proces at implementere den med brug af intern kommunikation. Afdelingen har arbejdet med DDKM et stykke tid og er derfor anvendelig til at opfylde mit formål med at undersøge, hvordan fænomenet DDKM egentlig bliver opfattet i forhold til, hvordan der fra ledelsens side bliver kommunikeret omkring den.

Adgang til casen - personlig relation som døråbner

Som undersøgelsesenhed har jeg valgt den ene afdeling og ikke hele det kardiologiske regi på sygehuset. Dette er der flere grunde til: For det første det forhold, at min kontaktperson hurtigt kunne formidle min interesse videre til hendes nærmeste leder (afdelingssygeplejersken). Dette gjorde, at jeg hurtigt fik sat et møde op med afdelingssygeplejersken og den ledende oversygeplejerske. Ved dette møde stod det klart, at en undersøgelse baseret kun på den ene afdeling ville være metodisk forsvarligt, da op til 15 sygeplejersker er tilknyttet, og der derfor ville være en god chance for metodisk at få viden nok, til at afdække undersøgelsens formål (Kvale & Brinkmann, 2009:134).

Afdelingssygeplejerskens kendskab til medarbejderene, hendes engagement i afdelingens udvikling og arbejdet med DDKM bevirkede, at jeg kunne bruge hende som tillidsskabende mellemlid og derfor ikke selv skulle 'sparke døren ind' til interviewpersonerne. Hun kunne stå inde for mig og undersøgelsens formål og dermed på forhånd skabe tillid mellem interviewpersonerne og mig.

Efter første møde med ledelsen udarbejdede jeg et mere konkret formål med undersøgelsen, og hvilken tilgang jeg havde tænkt at anvende i forhold til empiri. Dette samt en samarbejdsaftale (se bilag 1) blev via den ledende oversygeplejerske godkendt af sygehusledelsen. For at få yderligere viden om DDKM og afdelingens implementering af den, afholdte jeg et kort møde med den ledende oversygeplejerske og kvalitetskoordinatoren og fik derefter skriftligt materiale tilsendt. Bl.a. afdelingens nyhedsbrev fra januar/februar, invitation til en forstående temadag om DDKM for hele det kardiologiske regi (afholdt 20. maj 2010)²² og en oversigt over kvalitetsorganisationen for det kardiologiske regi. Samme dag fik jeg også en god uformel samtale med afdelings-sygeplejersken om indsnævring af undersøgelsens fokus, bl.a. hvilke aspekter af kommunikationen og DDKM der evt. kunne være spændende at undersøge nærmere. Disse aspekter har været med til at tegne mit fokus, og udgør samtidig nogle af mine forforståelser.

Forforståelser

Mine forforståelser omkring casen og DDKM stammer primært fra samtaler med min kontaktperson, men også fra samtaler med den ledende oversygeplejerske og med afdelings-sygeplejersken. Desuden fra artikler²³, undersøgelser²⁴, tidligere projekter på RUC og personlige relationer til personer, der arbejder i sygehusvæsenet.

At min adgang til casen og min forhåndsviden om afdelingens arbejde med DDKM primært stammer fra min kontaktperson, er selvfølgelig med til at præge mine forforståelser om emnet. Jeg har i første omgang fået fremstillet afdelingens udfordringer med implementeringen af DDKM set gennem hendes øjne og kan ikke undgå at være farvet af dette. Jeg er derfor gået til undersøgelsen bl.a. ud fra nogle forforståelser om, at det opleves som svært at gå fra en 'vi-plejer-at-gøre' kultur til et fælles standardiseret udgangspunkt, og at DDKM muligvis berører sygeplejerskernes faglighed negativt.

Endvidere havde jeg en forforståelse af, at begrebet kvalitet, er svært at eksplicere og derfor må opfattes meget forskelligt både hos ledelsen og medarbejderne, og at der i kommunikationen om DDKM må ligge nogle udfordringer vedrørende opfattelserne af modellens relevans, idet disse synes at have en sammenhæng med de forskellige opfattelser af, hvad der er kvalitet. På baggrund af mine indledende samtaler med ledelsen og mine få observationer gjort til et præsentationsmøde (se afsnittet 'Udvælgelse af interviewpersoner') og på interviewdagene antog jeg endvidere, at DDKM fylder meget hos begge ledere, men at den ikke fylder lige så meget hos medarbejderne. Der må her gemme sig udfordringer i den interne kommunikation særligt omkring motivation. Specielt i dette afsender/modtager forhold med fokus på motivationen til at implementere DDKM havde jeg en antagelse om, at elefanten, som fra ledelsens og kvalitetskoordinatorens side er valgt som metafor for implementeringsprocessen, måtte spille en stor rolle.

²² Se bilag 6. Implementeringen af DDKM bliver i denne invitation udlagt som en udfordring, der er stor som en elefant. Når der gennem afhandlingen refereres til 'elefanten' er det denne invitation, der henvises til.

²³ Bl.a. Ugeskrift for Læger, 'Sygeplejersken' - tidsskrift for sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråds hjemmeside og nyhedsbrevet 'Synergi' (bl.a. artikel om Helle Petersens forskningsresultater), 'Dagens Medicin', dknyt: Den kommunale verdens nyhedsbureau (artikel om Kirsten Ydes masterafhandling).

²⁴ Bl.a. Kirsten Ydes masterafhandling

Kvalitative interviews

Det kvalitative interview anvendes til at *"indfange, hvordan mennesker beskriver, opfatter, konstruerer mening og udtrykker deres forståelse af dem selv, deres erfaringer og deres omgivelser"*. (Launsø & Rieper, 2005:129). Med denne interviewform sigtes der mod en nuanceret beskrivelse af forskellige aspekter af den interviewedes livsverden, hvor formålet er, at få beskrivelser af interviewpersonernes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale & Brinkmann, 2009:45,48).

Jeg valgte at afholde individuelle interviews med den ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejersken og syv sygeplejersker. Valget af individuelle interviews bygger på flere overvejelser. Jeg er interesseret i sygeplejerskernes meninger, opfattelser og erfaringer af og med DDKM og forandringstiltag idet jeg vil undersøge, hvad der betinger deres forståelser og handlinger (Launsø & Rieper, 2005:129). Sygeplejefaget er præget af høj selvstændighed i arbejdspraksisserne, og derfor finder jeg det vigtigt at få forståelse af, hvordan den enkelte opfatter kvalitet og DDKM. Sociale forhandlinger, der skal bidrage til en enighed om opfattelsen af begreberne, og sociale normer og social interaktion omkring, hvad der er 'rigtigt' og 'forkert' kvalitet, som fx fokusgrupper kan anvendes til at undersøge (Halkier, 17/9 2009) synes derfor i denne forbindelse ikke at være den rette tilgang. Individuelle interviews giver mulighed for 'privathed' og dermed en mere tryk atmosfære, hvor interviewpersonerne kan ytre deres holdninger, hvilket ikke ville være en mulighed, hvis de sad samme med deres kolleger (Halkier, 16/9 2009). Desuden var der den praktiske omstændighed at omgås, at interviewene skulle foregå i arbejdstiden, og det ikke er muligt at tage fire sygeplejersker ud af vagt i to timer til fx at afholde fokusgrupper.

Udvælgelse af interviewpersoner

Udvælgelsen af interviewpersonerne blev foretaget af afdelingssygeplejersken og min forventning til interviewpersonerne var, at der ville være en spredning i erfaring fra både faget og i alder ud fra maksimum variation, selvom jeg ikke eksplicit havde givet udtryk for dette ønske (Neergaard, 2001:28). Metodisk er dette ikke optimalt, eftersom det ikke var mig, der analytisk udvalgte deltagerne, og det kan derfor siges at lægge sig op ad en bekvemmelighedsudvælgelse, da interviewpersonerne blev valgt ud fra, om de var på arbejde de to datoer, interviewene skulle foretages (Neergaard, 2001:34). Det skal understreges, at sygeplejerskerne deltog på frivillig basis.

Der blev til at starte med udvalgt otte sygeplejersker (alle kvinder), der havde dagvagt de to dage, interviewene skulle finde sted. Nogle uger efter afholdte jeg sammen med afdelingssygeplejersken et lille møde, hvor jeg præsenterede mig selv og afhandlingens formål, og hvor sygeplejerskerne kunne møde mig og stille spørgsmål til undersøgelsen. Jeg havde på forhånd sendt en skriftlig præsentation (se bilag 2), som afdelingssygeplejersken havde distribueret, så de vidste, hvem jeg var og hvorfor, jeg var der. Jeg gjorde meget ud af at fortælle, at undersøgelsen ikke var en opgave, jeg havde fået stillet af ledelsen, men som jeg selv, på baggrund af min interesse, havde opsøgt. Min oplevelse var, at de fandt undersøgelsen spændende og jeg fik positive tilkendegivelse om medvirken i interview fra flere af sygeplejerskerne med det samme.

Præcis hvem, der skulle deltage i interviewene, vidste jeg først de dage, hvor jeg afholdt interviewene. Ideelt ville jeg gerne have spredning på kriteriet omkring erfaring, og faktisk viste det sig, at der blev en meget bred spredning på dette punkt, til trods for at den ikke var tilsigtet. Efter jeg havde afholdt syv interviews, vurderede jeg, at jeg havde nået et mætningspunkt i deres svar, og at yderligere interviews ikke ville tilføre afgørende nyt. Desuden kunne jeg her læne mig op ad Kvale & Brinkmanns betragtning om, at det ikke forholder sig således, at jo flere interviews - desto mere videnskabelighed, og at et overskueligt antal interviews også levner mere tid til at analysere dem (Kvale & Brinkmann, 2009:134).

Jeg valgte også at afholde individuelle interviews med ledelsen (begge kvinder) for at høre om deres opfattelser af DDKM, samt om hvad de forventede omkring medarbejdernes reaktioner. Der var to formål med disse interviews: dels at få afdækket hvor meget DDKM egentlig bliver vægтет fra ledelsens side, så jeg kunne danne mig et billede af, hvor meget eller hvor lidt fokus den fik set i forhold til, hvordan sygeplejerskerne opfattede den. Jeg var nervøs for, at jeg kunne komme til at analysere mig frem til noget helt forkert, hvis jeg ikke havde den viden, men bare antog, at DDKM fyldte ekstremt meget og måtte være topprioritet hos alle eller det omvendte. Dels var formålet også, at kunne danne mig et billede af ledelsens opfattelser af DDKM til at holde op mod sygeplejerskerne. Herigennem kunne jeg afdække eventuelle kommunikationsudfordringer ved forskellen i afsender og modtagers opfattelse.

Udarbejdelse af interviewguides

Mine interviewguides er inspireret af Kvale & Brinkmanns fremgangsmåde, min teori om målgrupper og min viden om DDKM samt viden om den interne kommunikation på afdelingen (Kvale & Brinkmann, 2009:151-161), (Se kapitel 4), (Se bilag 3 og 5). Jeg udarbejdede nogle temaer, som var baseret på nogle overordnede forskningsspørgsmål, og udarbejdede hertil specifikke spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2009:153). Mine forskningsspørgsmål anvendt i interviewguiderne er ikke så brede, som Kvale & Brinkmann anbefaler. Dette skyldes, at jeg på det tidspunkt endnu ikke var helt klar over fokus, men derimod havde flere forskellige områder, hvor jeg antog, at der måtte være nogle udfordringer qua læsning af litteratur og tidligere nævnte uformelle samtaler med ledelsen og min kontaktperson. Fokus trådte først rigtigt frem efter interviewene, da jeg kunne se, hvilke af mine antagelser, der enten havde noget på sig eller ej. Jeg vil kategorisere min interviewform som semi-struktureret, selvom interviewguiden er præget af mange specifikke spørgsmål. Men dukkede der undervejs i interviewet et nyt emne op, så forfulgte jeg det, hvis jeg vurderede, det bidrog til undersøgelsens formål.

Inden jeg afholdt interviewene, afprøvede jeg guiderne på to, som begge er sygeplejersker (ikke tilknyttet Roskilde Sygehus), for dels at sikre mig, at spørgsmålene var forståelige, og at emnerne synes relevante og vedkommende for sygeplejersker. Interviewguiden blev også læst og kommenteret af min kontaktperson, for at sikre, at jeg ikke havde misforstået noget omkring afdelingen som den konkrete kontekst. Interviewguiderne præsenteres i korte træk herunder. Se bilag 3 og 5 for de detaljerede interviewguides.

Jeg startede ud med nogle indledende spørgsmål, hvor jeg bad interviewpersonerne fortælle om dem selv, hvorfor de valgte at blive sygeplejersker, hvad de vægter i deres arbejde som sygeplejersker, og hvordan deres dagligdag på afdelingen forløber. Disse spørgsmål tjente dels det formål at få interviewpersonerne til at føle sig vigtige og trygge, og dels at vise dem min interesse i dem og deres fag. Dels også til at få viden om, hvilke værdier de bygger deres arbejde på.

Dernæst fulgte spørgsmål om deres opfattelse af god kvalitet i sygehusvæsenet, og i hvilke situationer kvalitetsbegrebet var i fokus på afdelingen. Fokus blev derefter DDKM generelt, kommunikationen om DDKM på afdelingen og opfattelsen af kulturen på afdelingen²⁵. Disse emner fyldte mest i interviewguiden, idet jeg ønskede at få afdækket så mange forhold som muligt, der kunne influere på interviewpersonernes opfattelse af selve DDKM og kommunikationen herom.

Sidste punkt var en temadag afholdt d. 20. maj 2010 omhandlende DDKM. Jeg var ikke med til temadagen, men har af ledelsen og sygeplejerskerne fået at vide, hvordan den forløb: Formiddagen blev i afdelingsregi anvendt til at tale om sygehusets værdier, mens eftermiddagen var fælles for hele kardiologisk regi og bestod af diverse oplæg om DDKM, afrundet med en time til gruppearbejde om standarderne i DDKM.

Temaerne i interviewguiderne til ledelsen er næsten de samme som i den til sygeplejerskerne. Dette er helt bevidst, for at afdække forskelle og ligheder i opfattelserne af emnerne. Jeg havde i den til ledelsen dog mere fokus på, hvordan de tror, medarbejderne opfatter bl.a. DDKM og ledernes overvejelser omkring deres kommunikation. Dette fokus var anlagt for at få et billede af, hvordan afsenderne af kommunikationen opfatter modtagerne og modtagernes brug af kommunikationen.

Billedøvelse i de sidste tre interviews med sygeplejersker

Jeg havde inden de første fire interviews overvejet at anvende billeder til nogle af spørgsmålene for at have 'hjælper' til tale kvalitet og forventninger til DDKM ud fra. Hensigten var, at billeder er gode til at kalde associationer og historier frem og kan repræsentere mange betydninger (Pedersen, 2004:44). Jeg valgte dog, dels på grund af manglende erfaring med metoden og dels på grund af betænkeligheder ved deltagernes reaktioner, ikke at gøre det i de første fire interviews. Betænkelighederne bundede i, at jeg var bange for, hvordan en faggruppe som sygeplejersker, med udgangspunkt i naturvidenskaben, ville reagere på at skulle tale om begreber fra deres dagligdag ud fra mere eller mindre abstrakte og meget forskellige billeder (Pedersen, 2004:42).

Dog fandt jeg i dagene imellem interviewene med sygeplejerskerne via Regions Sjællands hjemmeside frem til en bog med billeder taget af sygeplejersker fra hhv. Køge og Roskilde Sygehus. Bogen er resultatet af en workshop omkring dagligdagen som sygeplejerske og hedder 'Vores

²⁵ Jeg havde en formodning om, at kulturen på afdelingen ville spille en stor rolle for den sociale accept af DDKM. I mit arbejde med analysen fremgik det dog, at det sociale aspekt af implementeringen pt. er svært at afdække, da de endnu ikke er så langt i implementeringsprocessen, og at interviewpersonernes opfattelser af DDKM ikke er kulturelt betinget, men mere betinget af personlige værdier. Derfor arbejder jeg ikke med kulturaspektet i analysen.

fantastiske arbejde'. Da jeg fandt denne kunstbog med konkrete situationer fra sygeplejerskernes hverdag, gjorde jeg op med mig selv, at disse billeder simpelthen var for gode til ikke at anvende og et eksperiment måtte finde sted. Jeg udvalgte 28 billeder (se bilag 4) ud af 56²⁶ til at hjælpe interviewpersonerne til at tale om kvalitet, forventninger til DDKM og oplevelse af kulturen på afdelingen i de sidste tre interviews (disse er tydeligt markeret i interviewguiden). Interviewpersonerne skulle til hvert emne udvælge fire billeder, som de mente, repræsenterede emnet.

De udvalgte billeder repræsenterer sygeplejerskernes dagligdag i situationer med patienter, i situationer med kolleger eller situationer, hvor de er alene. De repræsenterer både administrative situationer og mere praktiske situationer. Jeg har søgt at udvælge billeder, som sygeplejerskerne kender fra deres hverdag og har derfor eksempelvis udeladt billeder fra operationssituationer.

Med bevidstheden om, at fremgangsmåden i interviewene med sygeplejerskerne dermed ikke ville være konsistent, og at eventuelle 'afvigelse' måtte forekomme, valgte jeg at gennemføre de sidste tre interviews med brug af billeder. Jeg kan dog efterfølgende se, at interviewpersonernes svar er meget ens, uanset om de havde billeder til rådighed eller ej. Men omvendt kan jeg jo ikke vide, hvordan udtalelserne ville have været, hvis alle havde haft billeder til rådighed. Jeg tillægger ikke dette metodiske 'sidespring' nogen større betydning for undersøgelsens reliabilitet.

Forløb af interviews

Jeg interviewede først fire sygeplejersker, dernæst de to ledere og til sidst tre sygeplejersker - fordelt på tre dage. Denne rækkefølge gjorde, at jeg imellem interviewene med sygeplejerskerne fik indsigt i ledelsens tanker og opfattelser og derfor skulle passe på ikke at lade den viden influere på mine sidste tre interviews. Undervejs søgte jeg at få mine antagelser enten be- eller afkræftet, og nogle enkelte spørgsmål i interviewguiden til sygeplejerskerne blev droppet efter få interviews, da de viste sig ikke at være relevante (se bilag 3). Interviewene med sygeplejerskerne blev afholdt i et mødelokale på sygehuset, og interviewene med lederne blev afholdt på deres kontorer.

Min oplevelse af mødet med sygeplejerskerne og deres modtagelse af mig som 'fremmed' fortjener plads i dette afsnit, da det helt klart har påvirket mine interviews på en positiv måde. På første interviewdag blev jeg mødt på afdelingen af flere sygeplejersker, som kendte mit navn og vidste, hvorfor jeg var der til trods for, at det langt fra var alle, jeg havde mødt til præsentationsmødet. De virkede meget imødekommende og havde allerede internt fundet en rækkefølge på, hvem der skulle interviewes hvornår. Jeg følte mig meget velkommen og mit ærinde respekteret, hvilket, jeg ved, skyldes afdelingssygeplejerskens arbejde med at informere om mig og mit formål.

²⁶ Billednumrene, der henvises til i interviewene, refererer til det sidetal i kunstbogen, de er fra. Derfor refereres de ikke kun til som billede 1-27 (to billeder står på samme side).

Med sådan en velkomst i bagagen kunne jeg mærke, at både interviewpersonerne og jeg havde en god oplevelse at bygge videre på i selve interviewet, og at starten med de indledende spørgsmål ikke var præget af samme 'afstand' og 'se hinanden an', som jeg tidligere har oplevet i interviewsituationer. Det er mit indtryk, at alle interviewpersoner havde det godt med at fortælle om deres oplevelser. Som tak for deres hjælp modtog de en flaske vin, og én kvitterede sågar med et knus! En gestus jeg tager som en kompliment og langt fra havde ventet fra et fremmed menneske, som jeg kun havde tilbragt 45 minutter sammen med.

Reaktionerne fra alle interviewpersonerne var, at de efter interviewet følte, at det havde været godt for dem at reflektere over DDKM og dagligdagen på afdelingen, og at det også havde været en læreproces for dem (Kvale & Brinkmann, 2009:49). Det rum som blev skabt og var deres mulighed for at fortælle mig, hvem de er både med og uden kitlen greb de med stor iver, hvilket jeg efterfølgende kan se, er et lige så stort resultat som besvarelse af selve afhandlingens problemformulering.

Behandling af empiri og analysedesign

Alle interviews blev optaget på diktafon, transkriberet fuldt ud med alle pauser og "øh'er", og alle interviewpersoner har siden hen læst transskriptionerne igennem og godkendt dem. Efterfølgende er interviewene meningskondenseret inspireret af Giorgis metode fremlagt af Kvale & Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2009:227-230). Meningskondensering er anvendelig til at analysere omfattende interviews, fordi det indebærer, at de meninger (eller opfattelser), interviewpersonerne udtrykker, gives en kortere formulering og udlægges i hovedtemaer (Kvale & Brinkmann, 2009:227-228).

- Først læste jeg alle interviews igennem for at få en fornemmelse af helheden.
- Dernæst markerede jeg de udsagn om deres opfattelse af fænomenerne, jeg stillede spørgsmål til - også kaldet 'meningsenheder'.
- Disse udsagn blev forkortet og samlet under de temaer, som jeg på forhånd havde opstillet, eksempelvis 'Kvalitet', 'Opfattelsen af DDKM's relevans', 'Kommunikationen om DDKM' osv. - og selvfølgelig, hvis nye temaer dukkede op, blev de også registreret.
- Temaerne grupperede jeg derefter i henhold til mine arbejdsspørgsmål og mit formål.
- Til slut knyttede jeg temaerne sammen i ét samlet udsagn.

Se kapitel 5 for præsentation af anvendt analysedesign.

Præsentation af interviewpersoner

Ledelsen

Alle interviewpersoner undtagen den ledende oversygeplejerske og afdelingssygeplejersken er anonyme. Gennem resten af afhandlingen fremtræder den ledende oversygeplejerske som LO og afdelingssygeplejersken som AS. Jeg har valgt ikke at anvende deres navne for bedre eksplicit at fremhæve overfor læseren, hvilket ledelsesniveau udsagnene knytter sig til, da dette forhold er

vigtigt for de to ledes perspektiv på visse emner. Begge har siddet i deres stillinger ca. 1½ år. Ved henvisning til sidetal i interviewene skriver jeg fx (LO:8), som henviser til side 8 i interviewet med den ledende oversygeplejerske.

Sygeplejerskerne

Interviewpersonerne har mellem 1-15 års erfaring fra sygeplejen, og de har været mellem 1½ måned - 7 år på afdelingen (dvs. nogle også var tilknyttet den 'oprindelige' medicinske, kardiologiske afdeling). Inspireret af Yde ville jeg gerne kunne dele interviewpersonerne op i 'yngre' og 'ældre', alt efter hvor mange års erfaring fra faget de har. Yde begrundet sin opdeling med, at yngre, nyuddannede sygeplejersker kan have bedre forståelse for kvalitetsudvikling, fordi de kan være mere influeret af undervisningen omkring kvalitetsudvikling fra sygeplejeskolen end af deres nuværende arbejdsplads (Yde, 2007: 23)²⁷. Sygeplejersker, der har arbejdet på det samme sygehus eller måske samme afdeling i mere end fem år, kan have et mere fast/ufravendt adfærdsmønster og holdninger²⁸ til, hvordan kvalitet tilvejebringes og udøves (Yde, 2007:23-24)²⁹.

Da jeg først blev klar over denne mulige forskel, efter jeg havde foretaget mine interviews, har jeg ikke bevidst kunnet inddrage spredning i erfaring som et af mine udvælgelseskriterier. Men under gennemlæsningen af mine interviews kunne jeg se, at 'erfaring' er mere komplekst at fastslå end som så, fordi specialerne³⁰ inden for sygehusvæsenet har stor betydning for erfaringen: Bare fordi man er uddannet sygeplejerske, er det ikke ensbetydende med, at man kan begå sig lige godt i alle specialer. Det kræver specialisering, ligesom en læge kan være specialiseret i mave-tarm kirurgi eller som en revisor, der kan være specialiseret i skatteret. Derfor betegner flere af interviewpersonerne sig selv som 'nye' med henvisning til at være ny i *specialet kardiologi*, selvom de har flere års erfaring i selve sygeplejefaget fra andre specialer. At være ny i selve sygeplejefaget har jeg ligeledes af interviewene erfaret, at man stadig kan være - eller i hvert fald føle sig - efter 6 år (B:6). Endvidere er der det forhold at have i baghovedet, at afdelingen har mange nyansatte (inden for de sidste 6 måneder), og en, som har været ansat på afdelingen i 5 måneder og er på nattevagt med en³¹, som kun har været der i 2 måneder, kan pludselig være den 'erfarne' af de to. Så det at være 'erfaren' er mig ikke i dette tilfælde muligt at afgøre ud fra antallet af år i faget eller længden af ansættelse på afdelingen.

I mit arbejde med analysen er jeg nået frem til, at det, der hovedsageligt er gældende for deres opfattelser af relevansen af DDKM, er de værdier, de bygger deres arbejdspraksis på. Dog fremgår der af interviewpersonernes udtalelser nogle steder en eksplicit skelnen mellem 'ny' og 'erfaren' ud fra deres egen italesættelse af enten sig selv eller andre. Disse vil være de eneste tilfælde, hvor jeg kommer ind på en skelnen mellem interviewpersonerne.

²⁷ Egen oversættelse fra engelsk

²⁸ Oversat fra "fixed behaviour patterns and beliefs"

²⁹ Egen oversættelse fra engelsk

³⁰ Med speciale henvises til fx anæstesi (bedøvelse), onkologi (cancer) eller kardiologi (hjertet).

³¹ Der er to sygeplejersker på nattevagt (F:11)

Omstændighederne omkring anonymitet gør, at jeg ikke kan præsentere interviewpersonerne yderligere. Jeg henviser derfor blot til interviewpersonerne som én af sygeplejerskerne/flere af sygeplejerskerne osv. med henvisning til bilag og sidetal fx (A:2) osv. Af dokumentationsmæssige årsager er jeg nødt til at henviser til interviewene som separate bilag, men disse bliver ikke tilgængelige for sygehuset.

Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet

Generaliserbarhed

"Hvis resultaterne af et interviewundersøgelse vurderes som rimeligt pålidelige og gyldige, står et spørgsmål tilbage, om resultaterne primært er af lokal interesse, eller om de kan overføres til andre interviewpersoner og situationer." (Kvale & Brinkmann, 2009:287). Således tænker jeg det samme: I hvor høj grad kan mine resultater også være gældende for en hvilken som helst anden afdeling, på et hvilket som helst andet sygehus? For er det de kontekstspecifikke faktorer i min case, der har ført mig til mine resultater, eller vil de samme udfordringer ved implementeringen af DDKM kunne findes andre steder?

Selvom mine resultater er baseret på en case, mener jeg, det er muligt at generalisere dem analytisk - ikke statistisk - da jeg ikke kan være sikker på, at mine interviewpersoner udgør et statistisk udsnit af sygeplejefaglige ledere og medarbejdere. Det vil sige, at jeg på baggrund af analysen kan sige noget om en række typiske opfattelser af DDKM og dermed en række typiske udfordringer ved den interne kommunikation i implementeringen heraf, men ikke at det altid forholder sig sådan. Jeg mener, mine resultater er brugbare for andre afdelinger, uanfægtet kontekstspecifikke faktorer som speciale, størrelse eller antal af år som afdeling, da DDKM må opleves som en forandring for alle sygehuse.

Reliabilitet

Reliabilitet vedrører konsistensen og troværdigheden i mine resultater og forbindes ofte til spørgsmålet om, hvorvidt resultaterne kan reproducere af andre forskere på andre tidspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009:271). For at øge reliabiliteten af mine resultater har jeg gennem undersøgelsen bestræbt mig på at udvise så høj gennemsigthed som muligt ved at redegøre for de overvejelser og forforståelser, der ligger til grund for undersøgelsen, samt detaljeret at beskrive kriterierne for valg af teori, metode, empiriproduktion og analyse- og tolkningsprocessen.

Validitet

Validitet er et udtryk for, hvorvidt en metode undersøger det, den har til formål at undersøge (Kvale & Brinkmann, 2009:272). Validitet hæfter sig traditionelt set til undersøgelsens resultater, men ved brug af den kvalitative metode må den gennemsyre forskningsprocessen som helhed, og således må der være en kvalitetskontrol i alle faser af processen (Kvale & Brinkmann, 2009:274). Jeg har således løbende især stillet spørgsmål til, hvorvidt min analyse svarede på det, jeg ønskede at ville sige noget om.

Fokus har utroligt nok ikke ændret sig undervejs, og min problemformulering har kun fået foretaget minimale nuanceændringer fra den oprindelige. Min største udfordring har været, at jeg efter jeg fik kendskab til Ydes afhandling og hendes opdeling af interviewpersonerne i 'ung' og 'gamme' var meget forhoppet på også at foretage denne inddeling i min undersøgelse, for ligesom at have nogle rammer for, hvem, hvordan og hvorfor nogle ville finde DDKM mere relevant end andre. Men efter lang tids arbejde med empirien måtte jeg som beskrevet erkende, at jeg ikke på samme måde kun kunne kæde erfaring sammen med relevans, idet der lå mere nuancerede perspektiver bag, som bl.a. den enkeltes livsverden.

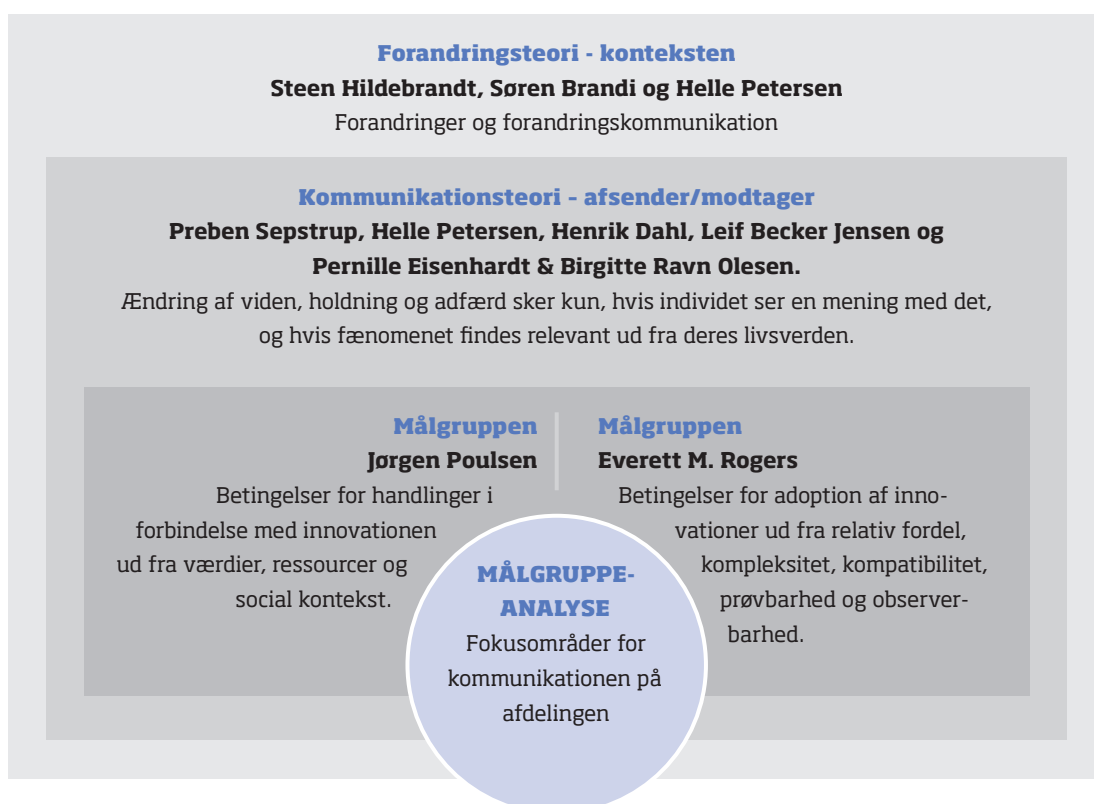
Af samme grund valgte jeg undervejs at opgive at lave en inddeling af målgruppen i yderligere målgrupper ud fra deres opfattelse af DDKM's relevans, da bevæggrundene er så mange og så nuancerede, at det stort set ville være umuligt og en falsk forenkling af empirien for at nå et bestemt mål. Jeg ville ikke føle, jeg var tro mod empirien, hvis jeg forsøgte at 'mase' sygeplejerskerne ned i nogle kasser, bare fordi jeg på forhånd havde et billede af, at dette måtte være 'den rigtige' måde at fremstille mine resultater på. Derfor har jeg valgt at lade de nuancerede opfattelser af DDKM fremgå af analysen og har ikke gjort yderligere for at kategorisere dem.

Da jeg har søgt efter en dybde i min undersøgelse frem for en bredde, har jeg afgrænset mig fra at undersøge andre sundhedsfaglige grupper opfattelser af DDKM og andre sygeplejerskes opfattelser fra andre afdelinger. Det ville være nærliggende at inddrage fx en afdeling, som har et andet speciale for at undersøge, om opfattelserne af DDKM er de samme her, eller om der er helt andre faktorer, der gør sig gældende. Min undersøgelse favner således ikke bredt, men er til gengæld meget koncentreret omkring denne ene afdeling og de kontekstspecifikke faktorer, der gør sig gældende for netop den. Jeg ser dette som en styrke ved undersøgelsen, da Flyvbjerg mener, at fordi menneskelig virksomhed er situeret i lokale praksiskontekster, er kontekstafhængig viden mere værdifuld end en søgen efter en universel viden (Flyvbjerg i Kvale & Brinkmann, 2009:291).

KAPITEL 4 # TEORI

I nedenstående model præsenteres de teorier, afhandlingen bygger på. Efterfølgende følger en operationalisering af dem og dernæst en uddybende redegørelse af dem hver især. Af modellen fremgår det, at jeg har valgt at opbygge min teori som et slags æskesystem, hvor hver æske repræsenterer en ramme, som den næste æske ligger inden i.

Model over anvendt teori



Operationalisering af teori

Den yderste æske anvendes som en overordnet ramme, der har til formål at indkredse, hvad forandringer og forandringskommunikation er.

I næste æske opstiller jeg nogle kommunikationsteorier, som har til formål at skabe en forståelse for afsender og modtagerforhold samt, for hvad man skal være opmærksom på, når der skal kommunikeres til en bestemt målgruppe (sygeplejerskerne) om et bestemt emne (DDKM), så målgruppen finder emnet relevant. I forhold til forrige æske forstået som: Hvordan kommunikerer til sygeplejerskerne om DDKM, når den har status som en forandring?

De inderste æsker er teorier omhandlende målgruppen og deres forhold til innovationer. Igen relateret til de to yderliggende æsker og dermed underlagt teori om kommunikation ud fra rele-

vans, afsender/modtagerforhold og teori om forandringskommunikation. I forhold til de to forrige æsker: Hvordan kommunikeres til målgruppen om DDKM som en innovation³² ud fra målgruppens relevansopfattelse? Betinget af, at jeg inden da svarer på: hvordan ser målgruppen ud, hvad er deres opfattelse af DDKM, og hvordan modtager de kommunikationen omkring DDKM?

Forandringer

Afsnittet har til formål at opridse en ramme, hvor jeg kigger på, hvilke komplikationer DDKM som en forandring kan afstedkomme, og hvad man som ledelse skal være opmærksom på, når man har med forandringer i organisationer at gøre.

DDKM - en forandring og en innovation

Indenfor organisationsteorien deler man typisk organisationsforandringer op i to typer: de små, løbende tilpasninger og de større, mere radikale forandringer (Petersen, 2000:28). Så egentlig ville det være mest korrekt, at omtale DDKM som en 'tilpasning', da den er en løbende tilpasning til ændringer i omgivelserne (en politisk beslutning om standarder for kvalitet) (Petersen, 2000:29). Men jeg anskuer DDKM ud fra forandringskommunikation og vælger derfor i dette afsnit at benævne den som en forandring. Senere i teorien vil jeg omtale DDKM som en innovation og anvende innovationsteori. Begrundelsen for dette er, at DDKM er en innovation for sygeplejerskerne på afdelingen i det øjeblik, de skal *anvende den i praksis*. For det er vigtigt at huske på, at modellen ikke er ny for dem - de har hørt den omtalt i mange år både i medierne og under deres uddannelse (bl.a. AS:6, B:6).

Forandringers kompleksitet

Forandringsprocesser har en kompleks natur, da der ofte ikke kun er tale om én forandring, men om flere samtidige og forbundne forandringer som ofte stikker dybere end først antaget (Brandi, 2010:47). Hvad der fra ledelsens perspektiv kan virke som en overfladisk ændring af måden at gøre tingene på, kan i virkeligheden betyde, at de medarbejdere, hvis hverdag berøres af forandringen, må lægge nogle vante måder at gøre tingene på fra sig og gentænke måderne at arbejde på for at lære på ny (Brandi, 2010:49). Det kan betyde grundlæggende ændringer i værdier, normer, statusfølelse og ikke mindst adfærd (Brandi, 2010:49). I forandringsprocesser er der næsten altid noget, der gør lidt ondt. Medarbejdere kan blive presset ud af deres bekvemhedszone, tvunget til at arbejde med færre ressourcer eller opfordret til at lære nye færdigheder eller adfærd. Netop derfor er det vigtigt som ledelse at kunne motivere medarbejderne ud fra et klart formål for at minimere eventuel modstand mod forandringen.

"Når forandringens vinde blæser bygger nogle læhegn, andre bygger vindmøller"

Modstand mod forandring opstår ikke blot, når forandringen udgør en umiddelbar trussel for medarbejdernes job eller væsentlige arbejdsforhold. Modstanden vokser også, hvis formålet med forandringen ikke er klart for medarbejderne, og hvis der er tvivl om ledelsens engagement. For

³² Bemærk at DDKM tidligere blev omtalt som en forandring, men nu som en innovation. Se forklaring i afsnittet 'Forandringer'

de fleste medarbejdere er den nærmeste leders reaktion og måde at tale om forandringen på målestok for, om der er fuld opbakning til det, der skal ske (Petersen, 2008:107). Men vigtigst for ledelsen er det dog at forstå, at forandring ikke opnås gennem analyse og tænkning, men ved at mennesker vælger at bidrage til gennemførelsen af forandringer og at det er ledelsens opgave, at få dem til at bidrage.

Det svære for især større organisationer, som fx sygehuse, er dog at arbejde med forandringen på en meget direkte og involverende måde, hvorfor nogle ofte kommer til at føle sig udenfor, ikke forstår, hvad der skal ske, eller ikke føler, det er vedkommende for dem. Her handler det om at arbejde med kommunikation på en måde, hvor man kan informere med meget høj effekt og involvere lokalt på afdelingen (Hildebrandt, 2005:109).

En modstand mod forandring kan dog også være et udtryk for engagement fra medarbejdernes side - at de tager stilling til forandringen og har en holdning til den, fordi de er engageret i deres arbejde (Hildebrandt & Brandi, 2006:25). Her gælder det om at udnytte dette engagement, da denne form for 'modstandsengagement' gennem dialog ofte kan vendes til noget positivt. Læhegnet behøver ikke kun være et udtryk for decideret modstand. Det kan - måske værre endnu - også være et udtryk for passivitet og en forhåbning om, at 'faren nok snart driver over igen' eller at man ikke interesserer sig for forandringen.

Forandringskommunikation

Det er vigtigt med en grundig forståelse af forandringen for at kunne forvente, at medarbejderne bidrager. Her kommer kommunikation ind som et af de vigtigste redskaber til at skabe succesfulde forandringsprojekter. Som Hildebrandt udtrykker det:

"Kommunikation - eller formidling om man vil - handler i høj grad om at overføre og viderebringe informationer, viden og meddelelser fra en gruppe af personer til en anden. Afgørende er det, at det budskab, der formidles, forstås på samme måde af afsender og modtager." (Hildebrandt i Petersen, 2000:37).

Gennem kommunikation skal medarbejderne få viden om forandringen, indsigt i dens betydning og forståelse for, hvad det kræver af den enkelte medarbejder at bidrage til, at forandringen bliver en succes og frem for alt at sikre overensstemmelse hos afsender og modtager i forståelsen af budskabet. Brandi påpeger, at: *"Enhver medarbejder og leder vil se forandringen igennem sin egen optik i form af følelser, drømme og begreber, og her er den rationelle, logiske forståelse ikke tilstrækkelig overbevisende."* (Brandi, 2010:217). Han mener, at ledere også skal huske at tale til hjertet og forklare den mere emotionelle side af forandringen, da enhver medarbejder, der står over for noget nyt, altid vil tænke: *"Hvad betyder det her for mig?"* Forandringskommunikation handler derfor i høj grad om at *"(...) hjælpe organisationen til at forstå (...) behovet for ændringerne"*. (Hildebrandt i Petersen, 2000:37). Det vigtigste for afdelingens ledelse er derfor at skabe forståelse blandt sygeplejerskerne for behovet for at implementere DDKM.

Det er umuligt at kommunikere en forandring én gang for alle. Specielt en så langvarig proces som implementeringen af DDKM kræver, at der kommunikeres om den gentagne gange og på forskellige måder gennem forskellige medier, fx nyhedsbreve og afdelingsmøder, for både at skabe opmærksomhed gennem massekommunikation og for at gå mere i dybden med eventuelle spørgsmål via interpersonel kommunikation. Petersen opstiller en række punkter for forandringskommunikation, som bygger på erfaring fra forskere og virksomhedsledere (Petersen, 2000:38):

- Skab mere, og ikke mindst regelmæssig, formidling.
- Inddrag en bred, men egnet kreds af formidlere i organisationen.
- Brugen af forskellige, også mere utraditionelle formidlingsformer er med til at fremme medarbejdernes forståelse for og engagement omkring fornyelsesprojekter.
- Virksomheder har forskellige kulturer mht. formidling. - En dialogpræget, gruppebaseret form er ofte central for gennemførelsen af fornyelsesprojekter.

Den kreds af formidlere hun henviser til, er dem, man i den amerikanske litteratur kalder for 'supervisors' (Larkin og Larkin i Petersen, 2000:38). Det er det nederste lederlag - i min case altså afdelingssygeplejersken. At bruge dette lederlag som formidlere af den øverste ledelses budskaber bygger på, at det ikke er kommunikationen i sig selv, som får medarbejderne til at ændre adfærd, det er derimod deres nærmeste leder (Petersen, 2000:38).

Denne tankegang stammer fra Rogers'³³ arbejde med udviklingsprojekter i u-lande. Han erfarede, at myndigheder og hjælpeorganisationer havde tradition for at kommunikere fordelen ved fx ny teknologi direkte til lokalbefolkningen via eksperter og professionelle præsentationer (Petersen, 2000:39). Men denne kommunikationsstrategi havde ingen effekt, da de lokale indbyggere så eksperterne som fremmede, der brugte nye, svære termer og ikke havde respekt for landets traditioner. Rogers hovedkonklusion var, at man ikke skal sende eksperter for at kommunikere, men i stedet skal anvende lokale opinionsdannere til at kommunikere face-to-face med indbyggerne. Omsat til min case vil det betyde, at den 'lokale opinionsdanner' fx kan være afdelingssygeplejersken.

Viden, holdning og adfærd

Petersen argumenterer for, at forandringskommunikation skal tilrettelægges på en sådan måde, at den får medarbejderne til at ændre *holdning* og *adfærd* ved at imødekomme deres behov for *relevans* og *mening* (Petersen, 2008:43). Dette fordi, som tidligere nævnt at: "*Som moderne menneske handler vi ikke, før vi ser en mening, og mening skabes i interaktion og i de mellem-menneskelige relationer - altså i kommunikationen.*" (Petersen, 2005:2) Slutmålet for strategisk kommunikation er uden undtagelse altid en adfærdsændring (Sepstrup, 2007:58). I dette tilfælde omhandler adfærdsændringen, at sygeplejerskerne på afdelingen skal implementere DDKM i deres hverdag og anvende den som et fælles udgangspunkt og reference for kvalitet,

³³ Se uddybende afsnit om Rogers senere i teorikapitlet.

hvor der tidligere har været mere tradition for, at handle ud fra erfaringer på baggrund af fælles diskussion (bl.a. LO:4). Forud for denne adfærdsændring ligger en kommunikationsopgave i form af at ændre sygeplejerskernes viden (formålet med DDKM) med henblik på ændring af holdning (DDKM er det fælles udgangspunkt).

Lokal, interpersonel kommunikation

Petersen slår fast, at man ikke kan *informere* sig ud af en given problemstilling, men at man må kombinere den rene videnformidling med *interpersonel kommunikation* (Petersen, 2000:51-52). Hendes tankegang er, at videnformidling i organisationer i form af massemedier (præsentationer på stormøde, nyhedsbrev mv.) er gode nok til at skabe opmærksomhed, men at denne formidling altid skal følges op ved lokal interpersonel kommunikation:

“Ved at inddrage det lokale aspekt undgår man, at videnformidling står alene. Man kombinerer derimod oplysning (viden) med konkrete ideer og støtte til handling (holdning og adfærdsbearbejdning i det lokale miljø, hvor forandringerne skal implementeres).” (Petersen, 2000:53).

Lokal opfølgning er vigtigt, fordi budskaberne om forandring kun opnår en effekt, hvis de sættes ind i en konkret og velkendt dagligdag (Petersen, 2000:55). Netop fordi, som før påpeget, det vigtigste spørgsmål ved både små og store forandringer altid er betydningen for den enkeltes hverdag, som kan være svært at få svar på via massekommunikation.

Elefanten og de seks blinde mænd

Kommunikation er især vigtig for at dæmme op for de forskellige perspektiver, der kan være på forandringen, og for at sikre, at alle ved, hvad formålet med forandringen er. For alle parter i organisationen lægger forskellige perspektiver på den samme forandring. Brandi illustrerer dette ved at anvende den gamle fabel om seks blinde mænd, som, ved at føle på en elefant, skal definere hvad en elefant er:

“Omfanget af en sådan elefant - dens højde og bredde og dens forskellige ekstremiteter - gør selvfølgelig, at én blind får fat i øret, én i et ben, én i snablen osv., hvorfor de seks blinde mænd aldrig når frem til samme opfattelse af, hvordan en elefant ser ud.” (Brandi, 2010:225).

Det er på samme måde med forandringer. Alle ser på det samme, men fra forskellige vinkler ud fra forskellige livsverdener. Selv samme elefant skal senere i afhandlingen vise sig også at trampe rundt på Roskilde Sygehus, men det gemmer vi lidt.

At der er forskellige perspektiver på samme forandring, er ikke umiddelbart et problem i sig selv. Problemerne opstår, når ledelsen, eller dem, som Brandi kalder de ‘forandringsansvarlige’ (Brandi, 2010:225), ikke er opmærksomme på disse forskellige perspektiver og måske negligerer dem og dermed ikke forholder sig til, hvad der skal til, for at den enkelte person støtter op om den fælles

forandring (Brandi, 2010:225). Det er altså vigtigt som leder at holde sig for øje, at den *betydning*, forandringen har for de involverede parter og hvordan den opleves - også af ledelsen selv - kan skabe problemer, hvis den overses.

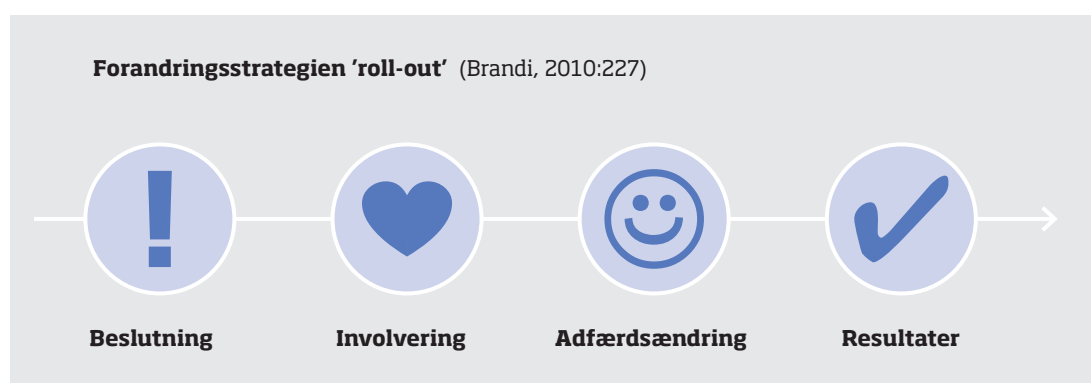
Forandringsstrategi

En sluttelig bemærkning om forandringer skal handle om forandringsstrategier.

“Valg af forandringsstrategi afgøres af behovet for involvering af organisationen. (...) Graden af involvering af medarbejderne vil dels afhænge af behovet for medarbejdernes energi og engagement, men også hvilken type virksomhed og medarbejdere man beskæftiger.” (Brandi, 2010:229).

I dette tilfælde, må det kunne konstateres, at hvis DDKM skal implementeres, og akkreditering og løbende læring skal opnås, er det en forudsætning, at medarbejderne er involveret i høj grad, da det er en ændring i deres adfærd, der er betingelsen for, at DDKM kan implementeres.

DDKM er en politisk beslutning, og implementeringen af den bliver af den ledende oversygeplejerske erkendt som værende en 'top-down' måde at gøre det på. Dog er man i gang med at inddrage flere medarbejdere, som kan få indflydelse på de lokale instrukser (LO:6). Den forandringsstrategi, ledelsen anvender, er den, som Brandi kalder 'roll-out'. Strategien anvendes, hvis der er behov for organisatorisk engagement, fx hvis man er afhængig af medarbejdernes holdninger og adfærd, hvilket i høj grad må siges at være tilfældet her. Beslutningen og rammerne for forandringen træffes stadig af top-ledelsen (i dette tilfælde er nogle beslutninger truffet helt oppe på politisk niveau), men medarbejderne inddrages efterfølgende i udformningen og 'udrulningen' af forandringen (Brandi, 2010:228). Det er typisk at involvere nøglemedarbejdere og mellemledere. Denne involveringsproces sikrer, at resultater skabes på baggrund af en egentlig adfærdsændring hos medarbejderne, men Brandi påpeger dog, at strategien stadig er båret af en 'top-down' tilgang. En illustration af 'roll-out' strategien ser efter Hildebrandt og Brandi således ud:



Relevans

I dette afsnit opstiller jeg forskellige former for relevans, som kan have betydning i kommunikationen mellem ledelsen og sygeplejerskerne.

Relevansbegrebet, som det er skitseret i kommunikationslitteraturen, stammer oprindeligt fra den fænomenologiske sociolog Alfred Schutz. Leif Becker Jensen og Henrik Dahl m.fl. har udviklet begrebet og sat det ind i en kommunikationssammenhæng. Da jeg beskæftiger mig med en kommunikationskontekst, har jeg favoriseret Beckers og Dahls teoriapparat frem for Schutz' originale skrivelser om relevans.

Afsenderrelevans og modtagerrelevans

Becker Jensen siger: *"Det er en grundlov i al kommunikation og formidling, at vi kun tilegner os den viden, vi oplever som relevant, dvs. den viden vi kan bruge til noget."* (Becker Jensen, 2001:59). Relevansbegrebet er derfor en afgørende faktor i vores selektion og tilegnelse af kommunikation. Det, der styrer, om vi gider læse, se eller høre noget er styret af vores relevansopfattelse. Becker Jensen skelner mellem *afsenderrelevans* og *modtagerrelevans*³⁴, forstået som relevans opfattet fra henholdsvis afsenderens og modtagerens synsvinkel (Becker Jensen, 2001:58). Afsenderen af et emne kan have en opfattelse af, at emnet er vigtigt eller interessant og dermed også vurdere, at det opleves som relevant for målgruppen - altså afsenderrelevans. Modsat er modtagerrelevans, som er de aspekter ved emnet, som målgruppen finder relevante set ud fra deres livsverden.

Det optimale set fra afsenderens side er selvfølgelig, hvis der er sammenfald mellem de to relevanser. Modtagerens oplevelse af relevansen af et kommunikationsprodukts indhold er central for forløbet af kommunikationsprocessen. Jo mere relevant emnet opfattes, jo større er sandsynligheden for opmærksomhed (Sepstrup, 2006:146).

Emnerelevans og formidlingsrelevans

Becker Jensen har endnu to centrale begreber, når vi taler relevans: *emnerelevans* og *formidlingsrelevans* (Becker Jensen, 2001:133-135). Målgruppen kan interessere sig for kommunikationen, fordi de er styret af en bestemt emnerelevans. Emnerelevans kan eksemplificeres ved, at sygeplejerskerne læser en artikel omhandlende fyringer, fordi de er interesseret i at vide, om de mister kolleger, og hvordan fremtiden ser ud (en almen interesse). Det kan også være emnerelevans, hvis de slår op i D4 for at finde ud af, hvordan en bestemt sygeplejefaglig instruks ser ud (specifik viden).

Selve formidlingen af et emne kan også være afgørende for modtagerens relevansopfattelse. Formidlingsrelevans drejer sig derfor om at tilføre funktioner til sit emne, som måske nok kan være fagligt irrelevante, men som er relevante for formidlingen, fordi de sikrer, at det faglige

³⁴ Becker Jensen har oversat Anker Brink Lunds begreber *objektiv relevans* og *subjektiv relevans* til *afsenderrelevans* og *modtagerrelevans*.

indhold når frem til modtageren. Modtageren forholder sig nemlig både til indholdet og formen af kommunikationen. Vi kender det alle sammen fra skoletiden: det var sjovere at se en film om et emne end at læse om det. Formidlingsrelevansen kan for nogen være meget afgørende for, hvor interesserede de bliver i kommunikationen, eller hvor troværdigt de oplever kommunikationen og måske afsender (Eisenhardt & Ravn Olesen, upubliceret).

Kommunikation er en balancegang: at skabe interesse for et emne ved brug af formidlingsvirkemidler og samtidig skabe troværdighed om sig selv og emnet. I formidlingen af faglige emner ligger ofte den udfordring, at emnet kan være nok så relevant, men formidlingen fejler. Selvfølgelig skal dette ses i forhold til, hvilken målgruppe man henvender sig til.

Jo mindre emnerelevans, jo større formidlingsrelevans kræves der - og omvendt. Så når man skal formidle, må man altid overveje, hvor relevant emnet er for modtageren. Hvis svaret er negativt, må man prøve at gøre det relevant (Becker Jensen, 2001:135).

Relevans er betinget af livsverdenen

Relevans er ikke en ting, der enten eksisterer eller ikke eksisterer hos målgruppen. Relevans er en proces, der afgør, hvilke temaer vi vil fæste vores opmærksomhed ved, hvorledes og hvor intenst vi vil gøre det, samt hvornår vi vil vælge at koncentrere os om noget andet (Poulsen, 1999:136), (Eisenhardt & Ravn Olesen, upubliceret). Relevansen af et emne bestemmes af vores livsverden, som *"(...) bliver konstrueret i takt med vores levede liv, og skabes ud fra vores erfaringer - både vores egne, og dem der er blevet overleveret til os fra andre som værdier, normer, holdninger mm."* (Eisenhardt & Ravn Olesen, upubliceret).

Livsverdenen er så at sige den underforståede 'horisont', vi oplever ud fra (Andersen og Kaspersen, 2005:203). Vi deler alle den samme fælles hverdagsverden: vi står op, spiser morgenmad, tager i skole eller på arbejde osv., men vi har alle hver vores livsverden, hvor vores drømme, erfaringer og interesser ligger i, og det er ud fra disse, vi betragter verden. Her er vi tilbage ved afsender/modtagerforholdet: Der kan være forskellige opfattelser af det samme emne, alt efter parternes livsverden. Dette kan muligvis i kommunikationen mellem afsender og modtager skabe problemer, medmindre man bevidst arbejder på at få indsigt i forskellen på synsvinklen, så deres horisonter nogenlunde smelter sammen, og de opnår samme opfattelse af både størrelse, tidsforbruget og forandringsgraden (Dahl, 1993:22). For heldigvis er vi ikke fastlåste i vores horisont. Vi kan reflektere og udvikle os og tilegne os ny viden eller ændre opfattelse af et emne. Vores livsverden ændrer sig i takt med, at vi lever.

Målgruppens forudsætninger for adoption af innovationer

Skal man kommunikere noget til en målgruppe og oven i købet få målgruppen til at indgå i en proces med at implementere nye tiltag i deres hverdag, er det vigtigt, at man får tegnet et nogenlunde billede af målgruppen: Hvem er de? Hvad er deres værdier? Hvad tænker de om

forandringen? Hvad er deres erfaringer med forandringer? Til at opnå indsigt i sygeplejerskernes opfattelse af DDKM, gør jeg brug af dels Poulsens teori om handlingens parametre, samt Rogers' teori om innovationer.

Handlingens parametre

Da vores livsverden skabes igennem livet i forhold til en konkret kontekst, anvender jeg Poulsen til at forstå relationerne mellem sygeplejerskerne i den sociale kontekst som afdelingen udgør, og deres handlinger omkring DDKM. Handlinger skal i denne undersøgelse forstås som i hvor høj grad sygeplejerskerne finder DDKM relevant. Handlingen er altså i hvor høj grad de accepterer den, og de tre parametre værdier, ressourcer og social kontekst, afgør, hvad der ligger til grund for graden af accept. Jeg anskuer dermed parametrene som medbestemmende for skabelsen af livsverdenen, hvor også holdninger til fænomener dannes.

Poulsen siger:

*“Den enkelte handling bestemmes af de **ressourcer**, som individet har til rådighed eller bringer i anvendelse i handlingsøjeblikket, de **værdier** som vedkommende bevidst eller ubevidst lader styre sammenhængen mellem målet for handlingen og de ressourcer, som skal inddrages, og endelig **den sociale kontekst**, hvori der handles.”* (Poulsen, 1999:66).

Handlinger

Handling har Poulsen valgt at lade være en fællesbetegnelse for al adfærd (Poulsen, 1999:67). Handlinger kan være både synlige og usynlige. Altså enten fysiske handlinger, der involverer bevægelser med kroppen, eller det kan være indre, bevidsthedsmæssige handlinger såsom at tænke og drømme. Endvidere kan handlingerne være både bevidste og ubevidste. Handlingens art og retning, dens forklaring og fortolkning bestemmes ud fra de tre parametre: værdier, ressourcer og social kontekst (Poulsen, 1999:68). Beslutningen om at handle foregår ud fra en samlet afvejning af situationen og dens mulige betydning for individet og omfanget af relevans for individet - tilsammen kaldet relevanssystemer.

Værdier

Værdier er en samlet betegnelse for alle typer af moralske og etiske forestillinger, ideologier og myter, der kan tænkes at præge individets handlinger: *“Hvorfor blev handlingen i det hele taget foretaget, og hvorfor fik den den styrke og retning, som den gjorde?”* (Poulsen, 1999:66). Poulsen deler værdierne op i fem værdigrupper: 1) Værdier som udtryk for en moralsk eller etisk forestilling, 2) værdier som et sæt af normer, grænser, internaliserede magtstrukturer, 3) værdier betragtet som det generelle kit, som får ideologi, myter, fantasier og personlige ambitioner til at hænge sammen, 4) værdier betragtet 'værdineutralt', det vil sige som operative strategimål i hverdagen (med henblik på at opnå noget bestemt) og 5) værdier som udtryk for og del af den sociale placering og dens materielle og immaterielle attributter (Poulsen, 1999:83).

Ressourcer

Ressourcer er en betegnelse for alle materielle og immaterielle forhold, der kan have betydning for det enkelte individs handlinger. Det er den samlede virkning af individets sociale placering, økonomiske status, magt, uddannelsesmæssige forhold, sum af erfaringer og viden (Poulsen, 1999:66, 81).

Social kontekst

Den sociale kontekst skal forstås som de regler og normer, der gælder for individet, når han eller hun befinder sig i forskellige grupper. Poulsen opdeler de sociale kontekster i fire forskellige grupper: 1) den primære - familien, 2) den sekundære - venner eller fx at være en del af en gruppe skatteborgere, 3) arbejdspladsen og 4) virtuelle grupper. Fokus i denne undersøgelse ligger på arbejdspladsen, som af Poulsen betegnes som en markant og stabil gruppe.

Hver enkelt af de fire parameter, er også underlagt en tidsdimension. Individets ressourcer, værdier, sociale kontekster og handlinger forandrer sig over tid. Poulsen sætter tid lig med erfaringer gjort over tid og mener, at erfaringer gjort tidligere i livet både bevidst og ubevidst påvirker de handlinger, individet foretager i dag, og tiden således er med til løbende at forandre de fire parametre.

Diffusion af innovationer

Diffusionsteori handler om individers adoptionsmønstre af innovationer. Med innovationer mener Rogers alt fra ideer, praksisser og genstande, som opleves som nye af modtageren. I dette tilfælde er innovationen *anvendelsen* af de lokale instrukser, der udspringer af DDKM. I hans værk 'Diffusion of Innovations' (1995) er hans fokus på teknologiske innovationer, mens Sepstrup i bogen 'Tilrettelæggelse af information' (2007) anvender Rogers' teori i forbindelse med kampagner. Derfor finder jeg ligeledes teorien anvendelig til at undersøge forhold omkring sygeplejerskernes adoption af DDKM set i lyset af den interne kommunikation på afdelingen.

Rogers definerer diffusion således:

"(...) the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system. It is a special type of communication, in that the messages are concerned with new ideas." (Rogers, 1995:5).

Fem faktorer for adoption af innovationer

Rogers opstiller fem faktorer ved en innovation, som, han vurderer, er vigtige for, om den er let eller svær at få adopteret og om det går hurtigt eller langsomt. Faktorerne påvirker målgruppens relevansopfattelse og dermed deres adoptionsvillighed af innovationen.

Innovationens relative fordel (relative advantage):

Den relative fordel ved innovationen er, i hvor høj grad den opleves som bedre end den idé, den afløser. Hvor stor den relative fordel er, kan måles i økonomiske termer (om den er billigere eller

dyrere), men også social prestige, bekvemmelighed og tilfredsstillelse er vigtig. Det har ikke nogen betydning, hvorvidt innovationen opleves som havende mange objektive fordele - det vigtige er nemlig, om individet opfatter innovationen fordelagtig ud fra dets opfattelse af graden af innovationens relevans. Jo større relativ fordel innovationen opfattes som - jo hurtigere vil den blive adopteret (Rogers, 1995:15).

Innovationens kompatibilitet (compatibility):

Kompatibilitet er udtryk for, hvorvidt innovationen af individet opfattes som værende i overensstemmelse med eksisterende værdier, erfaringer og behov. En innovation, som er inkompatibel med et socialt systems normer og værdier, vil ikke blive optaget så hurtigt, som hvis den var kompatibel med disse (Rogers, 1995:16). Hvis en inkompatibel innovation skal optages i det sociale system den ikke umiddelbart passer ind i, kræver det, at systemet opbygger et nyt sæt af værdier og normer, hvilket er en langsom proces (Rogers, 1995:16).

Innovationens kompleksitet (complexity):

Kompleksitet er udtryk for, hvor vanskelig innovationen er at forstå og anvende for den enkelte. Des vanskeligere innovationen er at forstå og anvende - des vanskeligere og langsommere går det med at få innovationen adopteret hos den enkelte og dermed også i et socialt system som fx arbejdspladsen (Rogers, 1995:16).

Innovationens prøvbarhed (trialability):

Prøvbarhed er udtryk for, om innovationen kan eksperimenteres med på begrænset basis. Nye ideer og tiltag, som kan prøves i mindre omfang, vil generelt blive hurtigere adopteret end innovationer, hvor dette ikke er muligt. En innovation, som har prøvbarhed, repræsenterer mindre usikkerhed for den enkelte, som overvejer at anvende innovationen, da det er muligt at afprøve den og dermed vurdere den ud fra de øvrige fire faktorer (Rogers, 1995:16).

Innovationens observerbarhed (observability):

Hvorvidt innovationens resultater er synlige for andre, er et udtryk for dens observerbarhed. Jo mere synlig resultatet af en innovation er for andre, og jo lettere det er at observere et resultat af innovationen, jo lettere og hurtigere vil nyheden blive adopteret (Rogers, 1995:16).

Sammenfattet vil det sige, at innovationer, som af den enkelte opfattes som værende af større relativ fordel, forenelig med eksisterende værdier, nemme at forstå og anvende, mulige at afprøve og resultatet af dem er nemme at observere, hurtigere adopteres i sociale systemer.

Kommunikationskanaler: massekommunikation og interpersonel kommunikation

Rogers arbejder ud fra følgende definition af kommunikation:

“Communication is a process in which participants create and share information with one another in order to reach a mutual understanding. This definition

implies that communication is a process of convergence (or divergence) as two or more individuals exchange information in order to move toward each other (or apart) in the meanings that they give to certain events.” (Rogers, 1995:6).

Massekommunikation (medieformidlet kommunikation) er ofte den hurtigste og mest effektive i forbindelse med formidling af kendskabet til eksistensen af en innovation eller informationer omkring innovationen (fx oplæg på temadagen om DDKM). Interpersonel kommunikation derimod involverer en ansigt-til-ansigt udveksling mellem to eller flere individer og er på den anden side mest effektivt, når det gælder dannelse af en holdning og overtalelse til og realisering af en beslutning vedrørende accept af en innovation (Rogers, 1995:18). De fleste mennesker stoler mest på en subjektiv evaluering af innovationen, som er formidlet til dem af personer, som i værdier og sociale karakteristika ligner dem selv, og som allerede har adopteret innovationen (Rogers, 1995:18). Diffusion af innovationer er derfor en meget social proces, der involverer interpersonelle kommunikationsforhold som dem, man finder i de sociale systemer³⁵ på fx arbejdspladsen.

Rogers' teori anvendes til at undersøge den proces, hvorved innovationen kommunikerer både gennem massekommunikation (kommunikationsprodukt, fx info på opslagstavle eller temadag) og gennem interpersonel kommunikation (kolleger imellem, fx afdelingssygeplejerske til medarbejdere eller ledende oversygeplejerske til afdelingssygeplejerske). Målet er at undersøge sygeplejerskerne opfattelser af DDKM og kvalitet, og hvordan de opfattelser stemmer overens med den måde, hvorpå der bliver kommunikeret fra ledelsens side.

Innovationsbeslutningsprocessen

Innovationsbeslutningsprocessen forløber i fem trin 1) *kendskab* til en innovation, 2) dannelse af en *holdning* (som ifølge Rogers involverer overtalelse (Rogers, 1995:20)), 3) *beslutningen* om adoption eller forkastelse, 4) *realisering/ implementering* og 5) *bekræftelse* af denne beslutning (Rogers i Sepstrup, 2007:99). Beslutningen om at adoptere eller forkaste en nyhed kræver, at personen kommer igennem de foregående trin. Uden bevidsthed om innovationens eksistens kan der ikke dannes en holdning, uden holdning kan der ikke træffes en beslutning, og uden en sådan kan der ikke ske en realisering (Rogers i Sepstrup, 2007:99).

Mit ærinde er ikke at vurdere, hvor i innovationsbeslutningsprocessen afdelingen formelt befinder sig - for der er ikke frivillighed omkring en accept af implementeringen af DDKM - det er besluttet, at sådan skal det være. Derfor kan det godt tænkes, at sygeplejerskerne mentalt måske endnu ikke er ved vejs ende i beslutningsprocessen og det spændende er så, hvad der evt.

³⁵ Et socialt system definerer Rogers som et sæt af indbyrdes enheder, som er engageret i fælles problemløsning for at opnå et fælles mål (Rogers, 1995:23). Men som beskrevet i metoden er jeg ikke interesseret i at undersøge de sociale interaktioner, der foregår på afdelingen om DDKM, men at få klarlagt de forskellige opfattelser af DDKM, der hersker blandt sygeplejerskerne, og hvordan den individuelle adoption foregår. At diffusion af innovationer er en social proces er jeg således bevidst om, men jeg fokuserer på adoptionen af DDKM ud fra et individuelt syn, hvorfor jeg ikke gør mere ud af de sociale aspekter af innovationen.

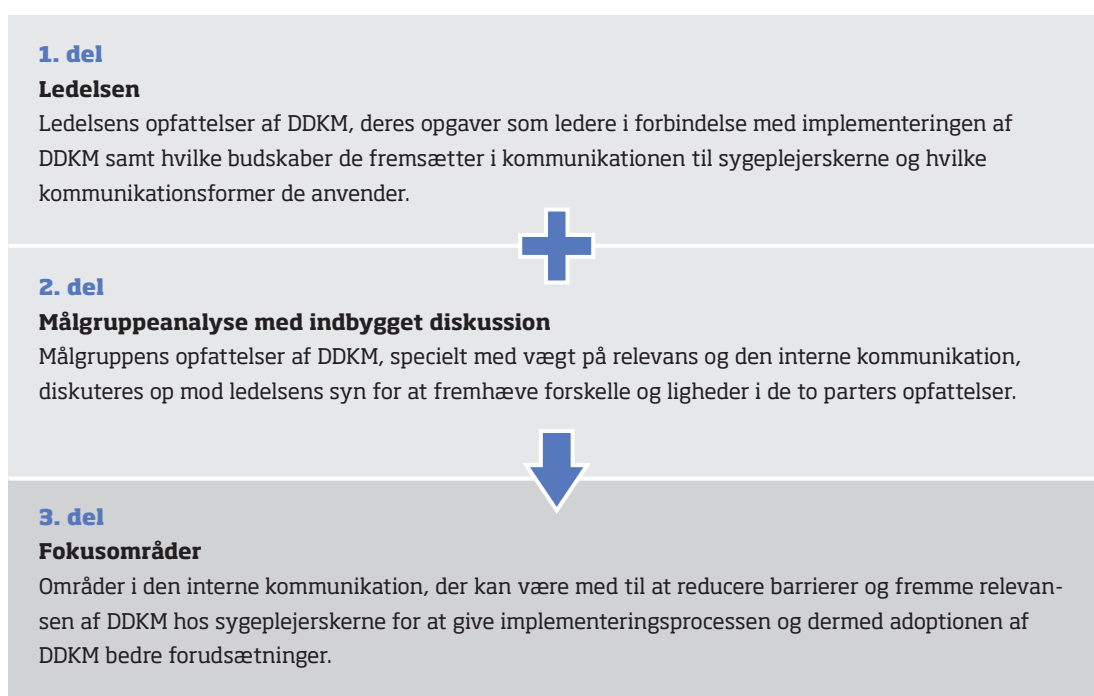
blokerer for en adoption af DDKM. Rogers argumenterer dog for, at det er svært at dokumentere mentale processer og indplacere dem i innovationsbeslutningsprocessen (underforstået empirisk kvantitativt) (Rogers 1995:187). Ikke desto mindre er det alligevel det, jeg prøver (kvalitativt): at få tegnet et billede af en mental proces udtrykt som sygeplejerskernes opfattelse af DDKM og herunder undersøge eventuelle barrierer, der kan have betydning for accepten og dermed adoptionsprocessen. Ved hjælp af Rogers undersøger jeg, hvorvidt den kommunikation, der anvendes i implementeringen af DDKM, opfylder de behov og faktorer, der er nødvendige, for at sygeplejerskerne adopterer DDKM som en positiv innovation.

KAPITEL 5 # ANALYSE & DISKUSSION

”Hvis det skal lykkes mig at føre et menneske mod et bestemt mål, må jeg først finde derhen, hvor han befinder sig, og begynde lige der.”

Søren Kierkegaard

Analysedesign



Baggrund for analysedesign

Jeg har i analysen valgt at starte med at redegøre for ledelsens opfattelser af kvalitet, DDKM, deres syn på deres ansvar som ledere i implementeringen af DDKM og de kommunikative tiltag, de anvender hertil. Jeg mener det er vigtigt, for senere i analysen at koble ledernes tilgang til kommunikation sammen med medarbejdernes modtagelse af den, at afdække hvilke afsenderforhold, der gør sig gældende. Afsnittet tjener også som formål at give indblik i de interne kommunikative processer og medier, som knytter sig til implementeringen af DDKM på afdelingen.

Dernæst følger målgruppeanalysen, hvor fokus er på sygeplejerskernes opfattelse af kvalitet, DDKM og den interne kommunikation i forbindelse med implementeringen af DDKM. Målgruppeanalysen afdækker hvilke modtagerforhold, der gør sig gældende ved den interne kommuni-

kation om DDKM på afdelingen. Undervejs i målgruppeanalysen inddrages ledelsens opfattelser, således at de to parter opfattelser løbende diskuteres med udgangspunkt i ligheder og forskelle og afdækker afsender- og modtagerforhold ved den interne kommunikation. Diskussionen har til formål at kaste lys over, hvilke forudsætninger implementeringen af DDKM har på afdelingen, og over hvorfor der eventuelt i implementeringen af DDKM opstår barrierer, men også at understrege, hvor den interne kommunikation kan styrkes for at fremme relevansen af DDKM hos sygeplejerskerne. Undervejs bidrager jeg med mine løsningsorienterede fortolkninger, som er rettet mod de kommunikative udfordringer, jeg fremhæver i analysen.

Den løbende diskussion i målgruppeanalysen fører frem til fire fokusområder inden for den interne kommunikation, som jeg mener, afdelingen kan arbejde med for at reducere eventuelle barrierer i implementeringen af DDKM og for at styrke sygeplejerskernes relevansopfattelse af DDKM.

Ledelsens syn

1. Ledelse - hvorfor og hvordan?

"For jeg er helt sikker på at mennesker, der er glade, de arbejder godt."

Faglighed frem for alt

Ledernes motiv for at besidde deres stillinger er meget ens. De fremhæver begge fagligheden, men på to måder. LO taler om at udrette *"god service og god kvalitet i de faglige ydelser"* (LO:1) og har især fokus på kommunikationen til mellemlidergruppen, hvor hun ser den vigtigste opgave som opgaven at motivere og stimulere dem, fordi, *"(...) det faktisk er det vigtigste overhovedet i forhold til, hvis ting skal lykkes i praksis."* (LO:2). AS fremhæver ligeledes fagligheden, men som betinget af hendes ønske om at *"skabe et godt miljø, som giver os muligheden for at yde den allerfornemste sygepleje."* (AS:1). AS ser sin vigtigste opgave som at skabe en arbejdsplads, hvor folk trives og kan udvikle sig, og hvor de sammen kan udvikle sygeplejen (AS:2).

Det fremgår her tydeligt, at ledelsen vægter den form for værdier, som betragtes som operative strategimål. De sigter gennem deres kommunikation og deres handlinger mod at påvirke medarbejderne, så målet om god sygepleje nås.

2. Kvalitet

"Selvom jeg synes, jeg har udført et arbejde med høj kvalitet, er det ikke sikkert, at patienten, som er min målgruppe, synes det samme."

Det afhænger af øjnene der ser

Begge er enige om, at der ikke er én måde at anskue kvalitet på. De skelner mellem to opfattelser af kvalitet: den patientoplevede og den internt oplevede kvalitet set fra et fagligt synspunkt.

Begge er særdeles bevidste om, at de to former for kvalitet ikke nødvendigvis altid hænger sammen (LO:2), og AS udtrykker det sådan:

“Der er mange forskellige opfattelser undervejs. Selvom jeg synes, jeg har udført et arbejde med høj kvalitet, er det ikke sikkert, at patienten, som er min målgruppe, synes det samme. Det kan sagtens være, han synes, det er et værre forløb, han har været igennem, og han har været bange og utryk, og det har jeg ikke nået at fange eller gøre noget ved. Så er det ikke høj kvalitet. Så det kommer an på hvilke øjne, man spørger.” (AS:2)

Specielt AS bruger i interviewet lang tid på at forklare det subjektive i ordet kvalitet samt den kompleksitet, der er forbundet med sygeplejen og i dette regi at kunne benævne noget som ‘god kvalitet’: *“Det er jo ikke bare, at den røde knap lyser, når man trykker på den. Eller at produktet er intakt eller kommer godt ud af den anden ende. Det kan man ikke måle på den måde.” (AS:2).*

For AS bringes kvalitet i hverdagen på banen ud fra konkrete situationer omkring patienterne fx i diskussioner om patienternes behov, hvordan der kommunikeres med patienterne, og hvordan der prioriteres i opgaverne i en hektisk hverdag (AS:3). For LO bliver kvalitet et samtaleemne, når hun sammen med andre ledere på samme niveau skal forholde sig til undersøgelsesresultater, viden fra kongresser eller patienttilfredshedsundersøgelser, så praksis bliver tilrettelagt efter den nyeste viden (LO:3). Dette viser tydeligt hvert ledelsesniveaus fokus ud fra, hvor i organisationen de er placeret og dermed hvilke ansvarsområder, de har. Da LO's opgaver ligger på et mere strategisk plan, er det naturligt, at hun antager et perspektiv på kvalitet, som ikke er så afdelings-nært som det, AS taler ud fra. Endvidere er deres syn på kvalitet afhængigt af, hvilke ressourcer de hver især har opbygget gennem deres status, uddannelse, erfaringer og viden.

3. Relevans og forventninger til medarbejderne

“Nogle har helt klart nået at vide nok om det, til de kan se, at det er da relevant.”

Relevant?

Både LO og AS er enige om, at DDKM er relevant. LO påpeger især sikkerheden for patienterne og det, at modellen giver en ensretning i behandlingen over hele landet og noget at måle sin egen standard op imod (LO:3). Men især AS lægger vægt på, at den også giver nogle rammer for medarbejderne, som giver en sikkerhed for, at man har gjort, hvad der forventes, selvom en patient måske har mistet livet under indlæggelsen (AS:3).

Tvivl om roller

De forventer begge, at medarbejderne overordnet ved, hvad DDKM går ud på (LO:4), (AS:5). Dog påpeger AS, at hun ikke tror, de ved, hvad deres rolle er i det lige nu (AS:5). Dette kan hænge sammen med, at hun et andet sted i interviewet giver udtryk for, at hun er i tvivl om, hvad hendes egen rolle oprigtigt er (AS:10). Denne tvivl fra mellemlederens side om egen rolle kan blive problematisk, da hun som formidler af den øvre ledelses budskaber til medarbejderne og som lokal opinionsdanner måske kan bremse kommunikationsprocessen, fordi tvivlen om egen rolle kan sløre forskellige faktorer som fx at kunne se den relative fordel i DDKM.

Opdeling af sygeplejerskerne

På spørgsmålet om de tror, at medarbejderne opfatter DDKM som relevant, er de meget enige om, at der vil være nogle, som gør, og nogle, som ikke gør (LO:3), (AS:4). LO begrundet sit svar med, at *"Nogle har helt klart nået at vide nok om det, til de kan se, at det er da relevant, fordi vi bruger meget tid og ressourcer på at spørge hinanden: 'Hvordan er det nu, vi gør med det?(...)'"* (LO:3). Andre, tror hun ikke, er nået langt nok i processen til, at de har nået at se den store mening med det (LO:4).

AS begrundet sit svar ud fra, at nogle bedst kan lide at arbejde efter regler, mens andre måske ikke kan se, hvorfor der skal laves om på den måde, man plejer at gøre tingene på (AS:4). Hun tror især, at de unge sygeplejersker finder det rart, at der er nogle regler, fordi: *"Det er utrygt at arbejde uden regler."* (AS:4). Hun mener ikke, man kan tale om et generationsspørgsmål i forhold til, hvorvidt medarbejderne finder DDKM relevant, men mere om et mentalitetsspørgsmål (AS:5). I den forbindelse nævner hun dog, at de unge er mere velbevandrede i IT, som er en stor del af DDKM i kraft af D4 systemet, og at de derfor har lettere ved det, hvorimod *"(...) min generation plus måske synes, det er et tungt apparat at skal til at lære at kende, hvor det tidligere har været i mapper."* (AS:5)³⁶. AS bekræfter her min antagelse om, at graden af relevans ikke (nødvendigvis) handler om erfaring, men om mentalitet - altså om hvilke værdier, man bygger sig selv og sin arbejdspraksis på.

FORTOLKNING

Ledelsen har altså 'opdelt' sygeplejerskerne i to grupper: 1) Dem, der finder DDKM relevant, fordi de har opnået tilstrækkelig viden omkring den eller fordi, de kan lide at arbejde efter regler, og 2) dem, der ikke finder DDKM så relevant, fordi de ikke har opnået tilstrækkelig viden om den eller ikke kan lide at skulle lave om på deres arbejdspraksis. Udover dette ligger IT aspektet, som måske kan udgøre en barriere for 'de ældre'. Det er således en meget sort/hvid anskuelse af medarbejdernes bevæggrunde for at finde DDKM relevant. Et vigtigt punkt, hvor ledelsen selv kan medvirke til at påvirke relevansen, er omkring viden i form af en begrundet forklaring af DDKM's formål og dens fordele for sygeplejerskerne. Viden er netop ifølge Rogers første punkt i innovationsbeslutningsprocessen og uden den, er det ikke muligt for sygeplejerskerne at skabe sig en holdning til DDKM og dermed en beslutning om deltagelse i implementeringen. Set fra dette synspunkt kan medarbejdernes relevansopfattelse af DDKM ændres ved hyppigere at kommunikere og skabe dialog om formålet og behovet for DDKM, så også de nyest ansatte (ej at forveksle med nyuddannede) hele tiden inddrages og ikke må vente på næste massekommunikationsprodukt for at få mere viden. Nogle af sygeplejerskerne befinder sig ifølge ledelsen stadig på første trin i innovationsbeslutningsprocessen, mens andre dermed må befinde sig på trin 2-4 og enten er ved at danne sig en holdning til DDKM, ved at beslutte sig for at involvere sig i implementeringen, mens nogle (her må i hvert fald kvalitetsnøglepersonen befinde sig) er ved at tage DDKM i anvendelse. Jeg mener, det stadig er for tidligt at tale om, at nogle på afdelingen befinder sig på trin 5.

³⁶ Med 'tidligere' refererer hun til de instrukser, der altid har været på afdelingen, men ikke omfattet af DDKM.

4. Formål, ulemper og forventninger

“Vi skal ikke bare blindt modtage en standard, fordi nu har man valgt, sådan skal det være. Så er det nemlig, at det bliver trukket ned over hovedet på os. Og bliver meget, meget lidt nærværende for os.”

Formål

Ifølge begge ledere er formålet med DDKM, at få noget kontrol, sikkerhed og kvalitet via standardisering og måle, om der leves op til standarderne (LO:4), (AS:6). AS påpeger, at sikkerheden både er for patienterne, men også for medarbejderne jf. tidligere afsnit. LO forventer, at modellen med tiden udbygges, så den kommer til at indeholde mere sygepleje, end den gør på nuværende tidspunkt (LO:4,5), mens AS påpeger, den er en *ordentlig* maskine, og at den derfor skal arbejdes meget igennem for at blive konkret brugbar for afdelingen (AS:6). Men dette ser hun som en fordel, da man har den som et redskab til at sige, hvordan *bør* det være, og så selv kan 'krydre' de lokale instrukser, så de bliver mere konkret forankret i afdelingens værdier og måder at gøre tingene på (AS:7). AS tager ikke bare DDKM uforbeholden til sig som en færdig 'pakkeløsning', der er lige til at gå til, men ser derimod en mulighed i at præge den og at relatere den til noget, som netop er relevant for hverdagen. Dette er en god mulighed for at gøre DDKM mere nærværende for sygeplejerskerne. AS viser, at hun ved, hvor vigtigt det lokale aspekt er i forhold til medarbejdernes adoption.

Forventninger

Som et redskab til at højne kvaliteten, forventer de begge, at DDKM giver synlighed og overblik i deres arbejde og angiver et minimumsniveau, som man skal leve op til (LO:4), (AS:7). Synligheden betragtes hos begge som den største relative fordel, og kommer til udtryk som nogle håndgribelige nedskrevne fælles aftaler for, hvad man gør i konkrete situationer *“(...) så man ikke skal bruge så meget krudt på igen at diskutere med hinanden: “Hvad er det nu i denne situation?””* (LO:4). Det er det samme, de tror, medarbejderne forventer af DDKM. Specielt mener AS, at DDKM bliver et kærkomment redskab for afdelingen, fordi den er så ny, og mange af medarbejderne er nye i det kardiologiske speciale (AS:7).

Reel højnelse af kvaliteten?

Men om DDKM reelt kommer til at højne kvaliteten, er der delte svar på. LO svarer uden tøven ja (LO:5), mens AS stiller sig mere kritisk over for modellens evner til reelt at højne kvaliteten: *“Det er jeg ikke sikker på, men den kommer i hvert fald i fokus. (...) DDKM er dybest set ikke nogen garanti for, at kvaliteten højnes.”* (AS:8). Hvad, der ligger bag hendes udsagn, kan jeg kun gætte mig til kan hænge sammen med hendes tidligere beskrivelse af subjektiviteten og kompleksiteten i at tale om god kvalitet i sygehusvæsenet - at det afhænger af øjnene, der ser. I kraft af sin mulige rolle som opinionsdanner i afdelingen, kan hendes tvivl muligvis forplante sig videre til medarbejderne, men hun påpeger dog et andet sted i interviewet at hun er meget pro forandringen, så hendes engagement mener hun ikke, medarbejderne er tvivl om (AS:10).

Ulemper

Af ulemper ved DDKM nævner LO, at der i den kommende periode, vil blive lagt mange kræfter i beskrivelser og dokumentationsprocesser, og at der dermed går meget tid med papir, og dermed tid fra patienterne, men hun håber, at det på et tidspunkt vender (LO:4). Hun viser her, at hun mener, at tiden hos patienterne er en vigtig værdi at bygge sygeplejen på - også for hende - og at DDKM i starten ikke vil være kompatibelt med dette. AS ser som en ulempe ved DDKM, at det faktisk, at alle ikke kan være lige aktive i beskrivelsen af de lokale instrukser, vil kunne få betydning for, at nogle måske føler, at DDKM bliver trukket ned over hovedet på dem uden mulighed for indflydelse. Dette kan afstedkomme endnu en risiko, som AS frygter, nemlig at de bliver passive og ikke viser initiativ og tager stilling (AS:8). Det er netop her, hun i kraft af sin mellemlederposition har en stor rolle i at kommunikere og involvere på lokalt plan. Men fordi afdelingen stadig er så ny, og DDKM på nuværende tidspunkt stadig kun har spredt sig til nøglepersonerne og endnu ikke er kommet helt i gang med 'roll out' strategien, kan hendes bekymring være berettiget. Der vil nemlig stadig gå noget tid, før det er muligt at involvere flere af sygeplejerskerne. Omvendt er der heller ikke nogen garanti for, at medarbejderne vil vise initiativ og tage stilling, hvis eller når de bliver involveret. Dette kan henvises til relevansopfattelsen af DDKM: fordi man bliver involveret, er det ikke ensbetydende med, at man finder modellen relevant og derfor udviser initiativ til fx at medvirke i beskrivelserne af de lokale instrukser.

Fortsat faglig diskussion

Selvom begge ledere ser frem til at kunne parkere mange såkaldte 'how-to-do' spørgsmål med det fælles afsæt i de lokale instrukser under DDKM, så mener de, at det stadigvæk nogle gange kan være nødvendigt at diskutere, hvad der er det bedste at gøre i specifikke situationer. AS holder meget bestemt på, at holdningsmæssige diskussioner omkring faglige emner aldrig må forsvinde fra afdelingen, ud fra det synspunkt, at det naturligvis ikke er hver en sten, der skal vendes:

"Jeg kan ikke forestille mig, at vi holdningsmæssigt skal gå ind og diskutere alting, men omvendt håber jeg ikke, at vi holdningsmæssigt holder op med at diskutere ting. Vi skal ikke bare blindt modtage en standard, fordi nu har man valgt, sådan skal det være. Så er det nemlig, at det bliver trukket ned over hovedet på os. Og bliver meget, meget lidt nærværende for os." (AS:9).

AS viser, hun er bevidst om, hvad det kræver, hvis forandringsprocesser skal have gode forudsætninger; her påpeger hun nærvær og holdningsmæssig involvering. Hun udviser en vis skepsis overfor bare at køre efter fastlagte regler og mener, at en diskussion omkring standarderne kan være med til at gøre DDKM nærværende. Netop ordet 'nærværende' skal senere i målgruppearbejdet vise sig at være meget centralt i forhold til motivationen af medarbejderne.

Påvirkning af faglighed

Begge ledere svarer, at de tror, at sygeplejerskernes faglighed vil blive påvirket i en negativ retning, men ud fra vidt forskellige argumenter. LO mener, at DDKM kan påvirke fagligheden, fordi den ikke indeholder så meget sygepleje, og sygeplejerskerne måske vil føle sig lidt oversete

(LO:5). AS læner sig mere op ad, at DDKM som en forandring må være hårdt for de ældre sygeplejersker, som har været i faget i mange år, og som mener: "(...) Er det ikke godt nok, det jeg går og gør?" (...) "Hvorfor skal vi nu til at gøre det anderledes?" (AS:9). Det skal hertil nævnes, at AS mener, at det ikke altid er godt nok, det de har gået og gjort, men at valg af behandling skal begrundes og være velovervejet, og at DDKM kan være en hjælp hertil. I samme åndedrag kommer hun ind på det kontrollerende aspekt af DDKM, og siger: "Det kan der også være behov for nogle gange, så det synes jeg ikke er farligt." (AS:9). I forlængelse af kontrol-diskussionen anlægger AS et hidtil ikke nævnt perspektiv på DDKM som en 'spare-knap', der på længere sigt kan frigøre tid til fx patienterne:

"Jeg vil sige det på den måde, at det er en hjælp til os fagligt at sige, nu har vi en gang tygget igennem, hvordan vi synes, den her skal klares. Og hvis vi følger den, så kan vi ligesom spare på energien med at tænke os om hele tiden. Men selvfølgelig skal man så alligevel reflektere over, hvordan man så agerer i det. Så den sparefunktion, den er jo sund for os. Så bliver der jo tid til at sprælle i nettet og gøre en masse andet sjovt." (AS:9).

FORTOLKNING

Denne 'spare-funktion' kan altså ligge som resultat efter den lange proces med beskrivelse og implementering af de lokale instrukser. Dette kunne være en god vinkel at fremlægge DDKM ud fra, specielt i det stadie, de befinder sig på nu, hvor involveringsgraden af sygeplejerskerne stadig er meget lav, og 'guleroden' i form af den relative fordel måske er svær for dem at få øje på. Mere tid kunne derfor anvendes som et godt incitament fra ledelsens side til at underbygge DDKM's relevans overfor sygeplejerskerne, hvis det altså viser sig, at være noget, sygeplejerskerne efter-spørger.

Ingen af lederne nævner, at de tror, at medarbejderne føler deres faglighed vil blive påvirket på en positiv måde af DDKM. Dette stiller jeg mig lidt undrende overfor, da begge tidligere har givet udtryk for, at DDKM i høj grad også er for sygeplejerskernes skyld som en sikkerhed og som et redskab til, at de kan blive bedre til deres arbejde. At de begge tror, at sygeplejerskerne kun ser skeptisk på DDKM i forhold til deres faglighed, kan smitte af i kommunikationen til dem, ved at dermed ikke vælger at basere den på antagelser om, at sygeplejerskerne også kan se den som en positiv højnelse af deres faglighed.

5. Implementeringsprocessen

"Altså, få dem til at gå i den samme retning. Det er helt klart den største udfordring."

LO beskriver, implementeringen af DDKM som et forløb i flere faser. Første fase var at få organiseret kvalitetsteams og udpege nøglepersoner - herunder også at ansætte kvalitetskoordinatoren. LO betegner denne proces som værende meget top-down, hvorimod næste fase, som de er i starten af nu, mere lægger op til inddragelse af medarbejderne, fordi det er nu, de lokale instrukser skal udarbejdes (LO:6). For AS har processen indtil nu været meget turbulent, da tidspunk-

tet, hvor DDKM for sygehusene udkom, også var tidspunktet, hvor den gamle, fælles medicinsk kardiologiske afdeling var ude i nedskæringer i antal sengepladser og i personale samtidig med, at en løsrivelse til to afdelinger var i gang. Dette påvirkede implementeringen af DDKM, som ikke blev prioriteret, og afdelingen mistede også sin tidligere kvalitetsnøgleperson. Afdelingen er derfor kommet sent ind i arbejdet med DDKM (AS:9).

Ledelsens fokusområder

Hos LO vægtes økonomien som første prioritet, mens DDKM og arbejdsmiljø deles om at have anden prioritet. Hun føler sig godt klædt på gennem seminarer og uddannelsesdage til at implementere DDKM (LO:7).

Det er AS's fornemmelse, at der bliver gjort meget i de nedsatte udvalg og fra kvalitetskoordinatorens side for at 'for-tygge' DDKM for resten af afdelingen. AS er ikke direkte tovholder i forbindelse med implementeringen af DDKM, men *"Det betyder ikke, at de der standarder ikke vedrører mig, og at jeg heller ikke har en funktion i at få dem implementeret (...)"* (AS:10). Afdelingen er stadig påvirket af den turbulente tid, hvor man ikke vidste, om den stod på udvidelse eller nedskæringer, og dette har ifølge AS affødt en meget stor skepsis over for ledelsestiltag (sygehusledelsen) og en naturlig fokusering på andet end DDKM (AS:10). Dette har afstedkommet, at AS's engagement ikke har ligget hos DDKM, og at hun derfor føler, at hun ikke er særlig godt klædt på til at være med til at implementere den (AS:10). Men hun udtaler samtidig, at:

"Altså, jeg vægter den meget højt. På den måde at forstå, at jeg vil det meget gerne. Og jeg er fortaler for den, og når vi taler om kvalitetsmodellen her i afdelingen og D4 dokumenterne, som er et af arbejdsredskaberne i det, er jeg meget varm fortaler for det og prøver, så vidt jeg overhovedet kan, at lære folk at bruge de her ting." (AS:10).

AS tillægger arbejdet med instrukserne mere værdi end selve slutproduktet; en fyldestgørende samling af lokale instrukser samt akkrediteringen i marts 2011 (AS:12). I sig selv er det altså en udfordring at få afdelingen til at acceptere at implementere noget nyt, som pt. kører efter en top-down strategi pga. skepsis overfor ledelsestiltag. Det kan derfor også være grunden til, at AS finder processen vigtigere end slutresultatet, da hun måske ved, at arbejdsprocessen med små skridt trods alt bevæger sig i retningen af en adoption af DDKM og dermed accept af en form for ledelsestiltag. En fokusering på processen med at udarbejde de lokale instrukser frem for på slutresultatet kunne være et brugbart redskab i kommunikationen om DDKM til at fremlægge den motivation, at DDKM også skal bidrage til løbende intern læring.

Største udfordring

Begge ledere ser den største udfordring i at få motiveret folk til at være med og få dem til at gå i samme retning: *"Det er vores udfordring altid over for alle tiltag. Så det er en udfordring at så den, så den bliver nærværende og god."* (AS:11). LO vægter først og fremmest at involvere mellemledergruppen, da de er hendes 'talerør' til medarbejderne. Kommunikationen foregår gen-

nem møder i mellemlidergruppen, medarbejderudvalgsmøder, kvalitetsteam møder (hvor alle de medarbejdere, som er kvalitetsnøglepersoner, er med) samt gennem et månedligt nyhedsbrev, hvor der hver gang er et 'kvalitetsindlæg' (LO:8). Det nyeste tiltag i implementeringen af DDKM er at indføre 'Ugens standard' eller 'Ugens fokusområde':

"(...) hvor vi tager de standarder, der lige hører til en givent emne og så kører det en uge i alle fora, alle møder kommer det med på, simpelthen, (...) så det kommer ud lige som sådan en, hvad skal man sammenligne det med, et edderkoppespind, ikke? Hvor man starter med nogle få, det er typisk mellemlidergruppen, og så skal det spredes." (LO:8).

På spørgsmålet om, hvordan man så motiverer medarbejderne, svarer AS, at hun er bevidst om, at hun selv er rollemodel (AS:11). Hun prøver at udlægge DDKM som en sikkerhed for medarbejderne, fordi hun mener, det kan motivere medarbejderne til at se modellen som en måling for, at de har gjort deres arbejde tilstrækkeligt:

"Jeg er ret sikker på at det, der gør folk kede af at gå på arbejde, er, hvis de ikke føler sig tilstrækkelige. Det er en meget stor fare i vores fag. Og vi når heller ikke altid det, vi gerne vil, men det når man jo ikke i mange fag, men i vores fag, der ligger der jo nogle patienter i sengene, som er kede af det. Og når vi så går fra dem og ikke har nået det, vi egentlig havde måske oven i købet lovet dem, og i hvert fald selv forventet, der kan man måske med en kvalitetsmodel sige: "Jamen, standarden er sådan her. Og har vi opfyldt den, så betyder det, at vi har gjort et godt stykke arbejde."" (AS:11).

Dette citat viser tydeligt, at AS's fokus er på sine medarbejdere, og hvad DDKM kan gøre for dem, og ikke så meget på, hvad DDKM kan gøre for patienterne. Patienterne er derimod mere LO's fokus i forhold til DDKM. Dette viser en klar fordeling mellem de to ledelsesniveaers fokusområder på nuværende tidspunkt i implementeringsprocessen, fordi LO's opgave er at sprede budskaber til mellemliderne, og mellemliderens opgave er at sikre, at budskabet bliver relevant for medarbejderne. Hvis ikke kommunikationen kører i denne lige linje og måske springer et led over, fx AS, kan det dog tænkes, at der forekommer situationer, hvor kommunikationen af medarbejderne ikke opfattes som relevant, fordi den måske mangler at blive forankret i en afdelingsspecifik kontekst. Dette vender jeg tilbage til senere i analysen.

6. Kommunikation om DDKM

"Så det er noget med at spise den der store klump i små bidder"

Flere forskellige medier

Det månedlige nyhedsbrev, som LO og den ledende overlæge er afsendere på, har tilknyttet et bilag, som omhandler de nyeste retningslinjer, hvor det er op til medarbejderne selv at læse det,

der er relevante for deres arbejde³⁷. Endvidere mailer kvalitetskoordinatoren til alle, når der er nyt i forbindelse med DDKM, og nye retningslinjer kan ses i D4 (AS:12). Afdelingen er også i gang med at få etableret en 'kvalitetstavle', så kommunikationen om kvalitetsområde er samlet og synligt (LO:10). LO ser mellemlidergruppen og kvalitetsnøglepersonen som en slags oversættere, der skal forbinde det overordnede standard-niveau med den kliniske praksis i hverdagen (LO:12). LO bestræber sig på at skabe en regelmæssig formidling om DDKM gennem flere medier og forventer, at mellemliderne sætter emner omkring DDKM i tale og drøfter dem med medarbejderne.

I sit arbejde med at kommunikere om DDKM anvender AS meget mundtlig og situationsbestemt kommunikation, da hun mener, at det bliver så fjernt med mails og der i øvrigt er alt for meget information, som hun så prøver at være filter på for sine medarbejdere (AS:13). Hun er opmærksom på, at hendes medarbejdere godt kan blive lidt fjerne i blikket, når hun taler om DDKM. Hun prøver derfor at gøre det mere relevant for dem ved at anvende standarderne på personalemødet til at drøfte faglige problemstillinger ud fra, og hun opfordrer sygeplejerskerne til at slå op i D4.

Inkompatibel IT

AS påpeger dog netop omkring den elektroniske instruksdatabase, D4, at den til tider kan være tidskrævende at anvende. Der er på IT plan opstået nogle uhensigtsmæssige udfordringer om placeringen af de forskellige instrukser, da databasen er fælles for Region Sjælland. Det tager for det første tid at finde frem til emnet, man søger efter, men det kan også være forvirrende, når man skal finde ud af, hvilken instruks, man skal forholde sig til, da instruksen kan være tilknyttet flere forskellige sygehuse (AS:12). At så grundlæggende et redskab i implementeringen af DDKM ikke fungerer optimalt, kan bevirke, at DDKM anses som komplekst og som en innovation, hvor prøvbarheden kompliceres, og den relative fordel kan være svær at få øje på.

Budskaber

De budskaber, der fremsættes fra LO's side og fokuseres på omkring DDKM, er bl.a.:

"Altså, at den er der og prøver hele tiden at se, om vi kan finde det gode i, at vi nu har den som fælles standard - beskrevet. Og (...) prøver at sætte fokus på det, vi allerede egentlig har gjort og har succes med, for meget af det gør vi jo, det har bare ikke været skrevet ned. Og så at vi skal have taget os af det, der ikke bliver gjort.

I: Er der en speciel grund til, du siger det gode? Er der så også noget, der er det dårlige?

K: Det er min egen filosofi. (Griner). At det er god pædagogik at sætte fokus på, hvad vi faktisk gør, frem for at tro, at det hele det er én stor ny opgave. Det er det ikke. Vi gør rigtig meget af det allerede, og vi gør det også rigtig godt. Så det synes jeg lige, man skal have på plads. Og så selvfølgelig tage fat i det, vi ikke gør." (LO:10).

³⁷ Dette er fremgangsmåden, som den står i nyhedsbrevet for kardiologisk afdeling januar/februar 2010.

AS opfatter den øvre ledelses budskab om DDKM, som at den er en stor opgave, men ment anerkendende på den måde, at de i fællesskab godt kan løse den (AS:13). AS giver ikke i samme grad udtryk for, at hun ser DDKM som en videreudvikling af noget allerede kendt, og specielt for hendes afdeling, som på mange områder er ny og endnu ikke har så faste rutiner, kan DDKM måske virke som noget større og mere nyt, end den egentlig er. Der kan derfor forekomme risiko for, at budskaberne fra den øvre ledelse bliver påvirket af, hvordan AS selv opfatter DDKM set i forhold til situationen på afdelingen.

Stor som en elefant

Opgaven med at implementere DDKM er 'stor som en elefant'. Det har været en metafor for afdelingen fra starten, og det var også budskabet i invitationen til temadagen (Se bilag 6), (LO:13). Baggrunden for lige netop det billede, mener LO, stammer fra ét af de første seminarer (for ledere på samme niveau som LO), hvor fabeln om elefanten og de seks blinde mænd blev fremlagt:

"Og derfor så førte vi den så til at sige: "Jamen, bindet for øjnene, af." Vi skal helst se nogenlunde, hvad det er, den samlede elefant går ud på, ikke? Men man kan tage fat forskellige steder. Og man kan tage den i små bidder. Altså, så når man har taget snablen, så er man faktisk et pænt stykke af vejen, ikke? Men der er altså lige resten af kroppen også. Så det er noget med at spise den der store klump i små bidder. (Griner)." (LO:13).

Fabeln er altså blevet twistet på afdelingen og anvendes nu på en ny måde, men AS kender ikke baggrunden for elefanten (AS:16). Ingen af lederne har tænkt nærmere over, om elefanten reelt er en hjælp for medarbejderne til at anskue DDKM, men LO udtrykker, at hun håber, at medarbejderne vil se den på en sådan måde, at det ikke forventes, de skal kende til alle områder i DDKM på én gang. Hun mener, det er motiverende, at medarbejderne i starten får lov at arbejde med DDKM ud fra deres egne interesser, fx hygiejne eller apparatur, så man får nogle ambassadører, der brænder for områderne, og så skal de nok være med til at sprede det (LO:14). AS tror hverken, at elefanten skræmmer sygeplejerskerne eller er dem til nogen hjælp, for ingen af dem har spurgt ind til meningen bag elefanten (AS:17).

Elefanten bliver af ledelsen selv angivet som et forsøg på, uden større succes, at højne formidlingsrelevansen af et emne, som de ved primært anses som afsenderrelevant. At baggrunden for elefanten oven i købet ikke kendes af AS gør den svær at arbejde med på lokalt plan. Et eksempel på at kommunikationen, hvis den springer et led over (elefanten kom direkte fra LO og kvalitetskoordinatoren til sygeplejerskerne), ender hos modtagerne uden større effekt.

I mål hvornår?

AS svarer, at hun tror, at der går flere år før DDKM er en naturlig del af afdelingens hverdag og begrunder det med, at de er en lille afdeling og derfor ikke har så mange ressourcer til at anvende på DDKM (AS:16). LO mener at, at de ikke er halvvejs endnu og udtrykker i den forbindelse bekymring omkring, om deadline marts 2011 holder (LO:13). - Ikke kun på afdelingens vegne, men

på hele Sygehus Nord's vegne. Hun påpeger en væsentlig faktor i arbejdet med DDKM, nemlig ventetid og afhængighed af Regionen. Der mangler stadig en del overordnede standarder fra regionsniveau, og før de er i hænde, kan de ikke beskrives og udmøntes i retningslinjer for sygehuset (LO:13). Nogle af faktorerne i implementeringsprocessen er ledelsen således ikke herre over.

Et fælles ansvar

At implementere DDKM anses som et fælles ansvar af begge ledere, og LO deler her AS's tidligere udsagn omkring frygten for manglende engagement fra medarbejdernes side, hvis man ikke får alle med, og de bare 'lader sig fodre' (LO:12), (AS:16). På spørgsmålet om, hvordan de tror medarbejderne oplever implementeringsprocessen, svarer LO, at de nok oplever den 'top-down', som noget, der er kommet oppefra, og som man skal forholde sig til, men at denne anskuelssvinkel ikke nødvendigvis er negativ (LO:12). AS tror, at medarbejderne synes, det bliver spændende at arbejde med DDKM, og at mange forventer noget af processen. Hun påpeger dog, at de måske synes, at implementeringsprocessen er lidt fjern lige nu (AS:15), hvilket dels kan hænge sammen med, som AS tidligere har nævnt, at den ikke har fået så meget fokus, men også, at den ikke af alle opfattes som lige relevant.

Forventer feedback

Begge forventer, at deres medarbejdere giver mundtlig feedback på deres oplevelser med DDKM enten i de daglige drøftelser på afdelingen eller ved at gå direkte til dem eller kvalitetsnøglepersonen (LO:12), (AS:15). AS nævner, at medarbejderne aldrig vil gå til afdelingens tilknyttede kvalitetskoordinator. Hun tvivler på, at de ved, at kvalitetskoordinatoren overhovedet er der, "(...) *at der var nogle, der ikke lige havde opdaget det.*" (AS:15), selvom koordinatoren pt. har en del af en opslagstavle på afdelingens personalestue udelukkende til kvalitetsområdet.

FORTOLKNING

Ledelsen påpeger her, at de i afdelingen har en betydningsfuld ressource siddende i form af kvalitetskoordinatoren, som sygeplejerskerne ikke er bevidste om og derfor ikke kan drage nytte af. At hun fysisk og organisatorisk er placeret ved siden af ledelsen, er jeg fuldt bevidst om, men da faktum er, at hun kommunikerer direkte til sygeplejerskerne, har hun så at sige 'et ben på hver side' og er altså ikke kun en ledelsesressource. Usynligheden af kvalitetskoordinatoren kunne nære min mistanke om, at kommunikationen fra hende opfattes som lige så usynlig - jf. bl.a. elefanten. Der tegner sig et billede af, at ledelsen kunne gøre mere ud af at få gjort kvalitetskoordinatoren synlig overfor sygeplejerskerne, hvis altså det er tanken, at hun fremover også skal kommunikere udenom AS. Et godt DDKM implementeringsteam kunne være AS og kvalitetskoordinatoren - en overordnet strateg og en lokal opinionsdanner. Dette ville formentlig også fjerne AS's usikkerhed om egen rolle i implementeringsprocessen og medvirke til, at kvalitetskoordinatorens kommunikation blev opfattet som mere relevant, fordi AS kunne være med til at sætte den i en afdelingsmæssig og dermed relevant kontekst.

7. Temadagen

"Så det er meget blandet, hvor meget de fik ud af de mere teoretiske input, fordi nogle synes, det var dødssygt kedeligt."

Forløb

Temadage i hele kardiologisk regi på sygehuset er en halvårlig tilbagevendende begivenhed. Formiddagen er op til afdelingsledelsen selv at planlægge, mens eftermiddagens emner er fastlagte. Temadagen omhandlede sidste gang DDKM, hvor AS om formiddagen fokuserede på Roskilde Sygehus' fire værdier: *Professionalisme, ansvarlighed, respekt* og *tillid*. Afdelingen (uden LO) talte om, hvordan værdierne kan anvendes som anerkendende i hverdagen til at skabe energi (AS:19). Hendes oplevelse var, at der bredte sig en euforisk stemning i medarbejdergruppen efter værdi-snakken, og at dette var tiltrængt efter en turbulent tid som ny afdeling søgende efter en samlet adfærd. Afdelingen har altså i værdierne et kommunikationsredskab, som AS tillægger stor betydning.

Første del af eftermiddagen gik med diverse oplæg fra bl.a. en læge og kvalitetskoordinatoren, mens den sidste time blev anvendt til samarbejde om specifikke standarder i små grupper. Det overordnede formål med temadagen om DDKM var at informere om nogle enkle, grundlæggende ting om DDKM, som LO mener, det er ledelsens ansvar at fortælle om:

"Fordi det ikke er sikkert, at det lige er det, de opsøger. Det er jo sådan de lidt de mere tørre, teoretiske ting, kan man sige, ik', som de skal vide, men som på den anden side jo ikke er strengt taget nødvendigt for at de kan agere efter standarderne." (LO:15).

Formålet

AS anser formålet med temadagen som et startskud og en synliggørelse og bevidstgørelse om, at det er et fælles arbejde, de skal i gang med (AS:18). Det virker som en noget kort tidsplan at have til at sætte noget så stort i gang og kun have 10 måneder til første milepæl, akkrediteringen. Jeg er bevidst om, at tidsplanen er udenfor Roskilde Sygehus' rækkevidde, da det er fra Regionens/ regeringens side, denne er fastlagt. Men under alle omstændigheder virker det sent at kommunikere hovedbudskabet, som ifølge LO var: *"Hvorfor er det vi skal det her og hvorfor tror vi på, det virker?"* (LO:16). Denne opfattelse bakkes op af LO's tidligere bekymring om, hvorvidt deadline holder.

AS er i tvivl om det vigtigste budskab på denne dag, men regner med, at det var at gøre det nærværende (AS:19). Et eksempel på, at kommunikationen er sprunget AS over, og at muligheden for lokal opfølgning derfor besværes.

Blandede reaktioner

Begge ledere har fået tilbagemeldinger fra medarbejderne, så de er bevidste om, at reaktionerne var blandede:

”Så det er meget blandet, hvor meget de fik ud af de mere teoretiske input, fordi nogle synes, det var dødssygt kedeligt. (Griner). Det er helt ærligt! Og nogen, som godt vil vide noget mere om det, synes at det var okay at blive opdateret på det. Så der er begge tilbagemeldinger.” (LO:16).

Reaktionerne på gruppearbejdet om eftermiddagen har været, at det var spændende, fordi medarbejderne kunne prøve at have standarderne i hænderne, og DDKM dermed blev mere nærværende (AS:19) - et udtryk for prøvbarheden af innovationen. De blandede reaktioner overrasker tilsyneladende ikke ledelsen. De ved godt, at *information* om DDKM ikke fænger nær så meget som *kommunikation* om den. Der ligger altså fra ledelsen side en opgave i at overveje, hvordan der i fremtiden kan kommunikeres om 'de tørre ting', så de bliver knap så tørre, og hvordan prøvbarheden kan inddrages noget mere, hvilket tilsyneladende har en god effekt hos medarbejderne.

FORTOLKNING

Ledelsen fremhæver her igen, at de er sig bevidst, at der findes to målgrupper hos sygeplejerskerne: De, der synes, at DDKM er spændende, og de, der ikke synes, at den er spændende. Det kunne derfor være oplagt at udtænke en måde, hvorpå de medarbejdere, som synes DDKM er spændende, i højere grad kan anvendes som formidlere i et forsøg på at gøre dem til lokale opinionsdannere. Disse kunne bl.a. kommunikere om 'de tørre ting', når nu man er sig bevidst, at der i forvejen er skepsis overfor ledelsestiltag, hvorfor lydhørheden over for dem måske er nedsat. Den viden ledelsen selv fremkommer med, at de kommunikerer til flere målgrupper, skal de i langt højere grad gøre sig bevidst for ikke at 'skære alle over én kam' og dermed kommunikere budskaber, som kun genkendes hos den ene målgruppe.

Målgruppeanalyse

1. Sygeplejerske - hvorfor og hvordan?

”Nej, jeg skal ud på gulvet, jeg skal ud blandt patienterne.”

Faglighed frem for alt

Sygeplejerskerne har alle et meget ens udgangspunkt for, hvorfor de har valgt at være sygeplejersker: De kan lide at arbejde med mennesker og få udfordringer af både menneskelige og intellektuel art (G:1), (B:1). De vil frem for alt gerne udvikle sygeplejen og være med til at holde et højt fagligt niveau ved at være nysgerrige og selv opsøge viden (A:1), (E:1). De vægter den holistiske sygepleje og at 'være noget' for patienterne (A:1), (D:1), som kommer til udtryk gennem værdier som *tillid, respekt, ærlighed, kommunikation, funktionalitet, omsorg, professionalisme*

og synlighed (B:2), (D:2), (E:2), (F:2), (G:1). Specielt at kommunikere med patienterne anses som en af de vigtigste ressourcer at kunne bringe i spil i dagligdagen. Én udtrykker dette som: "At de skal vide, hvor de har mig og hvad, der kommer til at ske. (...) At sætte mig ind i, hvor de er lige nu og på en ordentlig og redelig måde fortælle, hvad de skal vide. Så i et sprog, de kan forstå. På en måde de kan forstå det skriftligt og verbalt og så tage højde for, hvad de forstår og hvad, de ikke forstår og så gentage det igen." (B:2).

Der ses et sammenfald mellem ledelsens og sygeplejerskernes værdier for, hvad sygeplejen bør bygge på, hvilket som udgangspunkt giver et godt grundlag for forståelse af det fælles mål i det sociale system, som afdelingen udgør.

Flere slags sygeplejerske

Én slår fra starten fast, at hun udpræget er en sygeplejerske på gulvet:

"Jeg er ikke til dem, der sidder og laver øh... ja alt det der... akkreditering og forskning og udvikling osv. Nej, jeg skal ud på gulvet, jeg skal ud blandt patienterne, og øh... ligesom være noget for dem!" (D:1).

Hun indikerer dermed, at der kan være flere forskellige slags sygeplejersker: Nogle, som er til den mere administrative del af sygeplejen, og nogle, som er til den mere praktiske del af sygeplejen. Disse grupperinger er oplagte at sidestille med de to målgrupper, ledelsen påpeger, der eksisterer: Dem, der finder DDKM meget spændende, og dem, der ikke finder den så spændende.

2. Kvalitet

"Kommunikation er god kvalitet."

Tre af sygeplejerskerne udtrykte 'god kvalitet' gennem billeder og fire af dem uden brug af billeder. Jeg har valgt at kategorisere begge gruppers udtalelser om kvalitet samlet. Dette har jeg gjort, fordi jeg i begge gruppers udtalelser, kan se nogle gennemgående temaer til trods for, at udtalelserne fra dem, der anvendte billeder, er kortere end dem, der ikke anvendte billeder. Forstået på den måde at de, der ikke havde billeder til rådighed, anvendte flere ord til at forklare sig, og derfor blev deres udtalelser mere 'brede', mens de, der havde billeder til rådighed lod billederne tale mere for sig selv, men med en kort udtalelse omkring, hvad de mente, billedet repræsenterede. Jeg har valgt at præsentere de billeder, sygeplejerskerne valgte ud samt alle de udtalelser, der knytter sig til billederne.

Deres udtalelser om kvalitet synes at fordele sig i tre forskellige kategoriseringer: 1) Kvalitet er fokus på patienten, 2) Kvalitet er faglighed i fællesskab og 3) Kvalitet er gode rammer og styringsredskaber. De tre kategoriseringer præsenteres uddybende nedenfor.

1) Kvalitet er fokus på patienten



"Hvad sygeplejen handler om" - holde i hånd og passe på (A:2).



Pleje og omsorg, det menneskelige syn (C:3).



Medindflydelse på eget patientforløb (A:2).



Sikre den rette behandling (B:3).

Information, "Kommunikation er god kvalitet"(C:3).

Kvalitet handler under dette tema om pleje og omsorg ud fra det menneskelige syn. Det er at have patienten i fokus, så både de og de pårørende føler sig tilpasse og føler, de får en behandling og et forløb, der er struktureret og tilpasset dem (D:2), (G:2), (E:2). En mener, det er vigtigt, at patienterne møder nogle venlige og kompetente mennesker, og at dette, sammen med opdaterede faciliteter, giver de bedst mulige omgivelser og den bedst mulige service (G:2).

God kvalitet er for sygeplejerskerne i høj grad, at: "Der er tid til, at de kan forstå, hvad vi siger, og der er tid til, at vi kan forstå, hvad de siger." (F:2). Deres vægtning af kommunikation med patienterne er meget tydelig, og én siger endda direkte: "Kommunikation er god kvalitet." (C:3). Billede nr. 10 gik igen hos to af sygeplejerskerne, men med to forskellige udlægninger (se udtalelser under billedet), som jeg synes, en tredje samler så fint i følgende citat:

"Når man er indlagt og oplever, at det giver mening. At der er sammenhæng. At det giver mening, det, vi går og gør ved dem. At de forstår, hvorfor vi gør, det vi gør. Altså, højt informationsniveau og høj faglighed, at vi er dygtige til det, vi gør, og at vi kan forklare dem, hvorfor vi gør, som vi gør." (E:2).

Kvalitet i denne kategorisering er meget koncentreret om de former for værdier, som er operative strategimål - at patienterne skal have det godt. Værdierne, der kommer til udtryk i denne kategorisering, ligger også som noget mere generelt, der synes at være essensen i sygeplejen og det, der for sygeplejerskerne giver mening til - og skaber sammenhæng i deres handlinger.

2) Kvalitet er faglighed i fællesskab



Sygeplejefaglig udvikling via teamspirit (A:2).

At man fagligt står sammen på en afdeling (B:2).



Samarbejde, ligeværdighed i kommunikation, respekt, ansvarlighed (A:2).



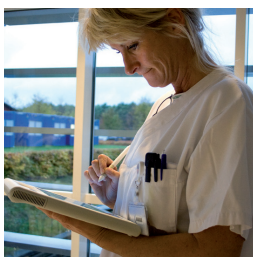
Refleksion, fordeling, sparing, undervisning (B:3).

Undervisning, videreudvikling, kvalitetssikring (C:3).

Faglighed synes at gøre sig gældende i alle de forhold sygeplejerskerne omtaler i deres dagligdag. Kvalitet er at have en høj faglighed, som udvikles i samarbejdet på afdelingen ved at reflektere, sparre og modtage undervisning (B:3), (A:2) (G:2). God kvalitet er også at have teamspirit og stå sammen og vise respekt overfor hinanden (A:2), (B:2).

Denne kategorisering bygger på nogle værdimæssige normer omkring, at faglighed er lig med fællesskab og at fællesskab, som en værdi, er en nødvendighed for at opnå målet om faglighed.

3) Kvalitet er gode rammer og styringsredskaber



Synlig ledelse (C:3).



Dokumentation (B:3).

Den tredje opfattelse af kvalitet er her forstået som de rammer, der er forudsætninger for, at afdelingen fysisk og psykisk fungerer godt (F:2). En anden nævner dokumentation som en forudsætning for hele tiden at kunne gøre tingene bedre: *"Altså, det at vi skriver ned, hvad vi gør og kan holde det op mod hinanden, så kan vi jo også gøre det bedre. Så for at A kan føre til B må vi nedskrive, hvad vi laver."* (B:3). Synlig ledelse bliver også nævnt i denne kategori.

DDKM lægger især op til kategorierne 2) og 3), hvor kategori 1) kan blive den, der i starten af implementeringen vil være mindst tid til. Dette er både ledelse og medarbejdere klar over (A:8), men det strider mod deres værdier. Det kan derfor tænkes, at dette kan give anledning til noget modstand og en sløring af, hvad DDKM på længere sigt kan bidrage med i forhold til den 'bløde

del' af sygeplejen. Fx at der kan frigøres mere tid til patienterne. I forhold til ledelsen havde sygeplejerskerne nemmere ved at sætte ord på, hvad, de mener, er god kvalitet, og kompleksiteten i begrebet synes ikke at spille nogen rolle for dem.

I hvilke situationer tales der om kvalitet?

Begrebet 'kvalitet' er for mange af sygeplejerskerne ikke noget, der eksplicit tales om i hverdags-situationerne. For, som en udtrykker det: *"Det er nok sådan noget, vi gør, uden rigtig at tænke over, at det er kvalitet, vi snakker om."* (E:2). Kvalitet kommer til udtryk, når de taler om patientrelaterede situationer. *"Og ved at man åbent snakker om det og reflekterer over det, så højner man forhåbentligt også kvaliteten"* (B:3). Men oftest sker det, at talen falder på det, der kan være med til at nedbringe kvaliteten, nemlig: *"At man godt kan bruge noget mere tid og nogle bedre rammer"*. (F:2) bl.a. fordi, der mangler hænder i forhold til antallet af sengepladser og dermed i forhold til *"de forventninger, der stilles til plejepersonalet generelt. Så falder kvaliteten"*. (C:4). Sygeplejerskerne er meget bevidste om, hvornår noget falder ind under kategorierne kvalitet eller ikke-kvalitet og bruger megen tid på nuværende tidspunkt på at reflektere over, hvordan kvalitet udføres, og om de gør det rigtige (A:3). DDKM kan blive en hjælp til ikke at skulle reflektere så meget over, om det er det rigtige, der gøres for at udføre kvalitet jf. AS's udsagn om at være tilstrækkelig. Men i og med at forventningerne til sygeplejerskernes involvering og initiativ i forbindelse med DDKM er høje, kan de måske føle, at DDKM i starten vil medvirke til at nedbringe kvaliteten, da den vil tage mange ressourcer specielt i form af tid fra patienterne.

3. Tanker, relevans og forventninger

"Der sidder nogle kompetente mennesker og prøver at lette vores hverdag og prøver at højne kvaliteten. Jamen, det kan man jo ikke vende ryggen til."

Første tanker

"Åh, hvad er det for noget?!", "Nu er det en af de der påfund, som bare kommer til at stå på hylden", "Det kommer ikke mig ved.", "Tørhed" var nogle af de reaktioner, sygeplejerskerne havde første gang, de hørte om DDKM (A:5), (F:4), (D:4). Andre udtrykker, at de ikke tænkte videre over, hvad det var, men accepterede, at: *"Sådan er det. Der sidder nogle kompetente mennesker og prøver at lette vores hverdag og prøver at højne kvaliteten. Jamen, det kan man jo ikke vende ryggen til. Jeg tror bare, jeg tænker: Sådan er det!"* (B:6), (C:7). Nogle hørte første gang om DDKM under uddannelsen, nogle hørte om det i medierne, nogle da de startede på sygehuset eller fra tidligere ansættelser.

Tanker i dag

Tanker om DDKM er i dag noget anderledes, hvor sygeplejerskerne har mere viden om, hvad den indeholder. De fleste forbinder DDKM med akkreditering (G:2), (F:2), (E:2), og nogle forbinder den med deres tidligere erfaringer med akkreditering fra Region Hovedstaden. De billiger ideen om retningslinjer og dokumentation, der kan være med til at øge opmærksomheden på nogle problemstillinger omkring kvalitet, og betyde, at der ikke længere skal diskuteres så meget om, hvad der er mest hensigtsmæssigt at gøre: *"(...) Ellers kan man jo blive ved at diskutere i tid og*

evighed, men så er der nogen, der har sagt, det er sådan her, det skal være, okay fint... Så kan vi jo blive enige om det." (G:2). Men der er også forbehold overfor DDKM. Flere nævner, at de synes, det er top-styret, pålagt og "lidt sådan, det er noget, der bliver trukket over hovedet på én." (F:2), (D:2), (B:3). To giver udtryk for (B:3), (F:3), at de især tænker på reaktionerne fra de 'gamle garvede' sygeplejersker, hvilket kommer til udtryk via den enes udtalelse:

"Man kan jo diskutere, hvorvidt man synes, det er funktionelt eller ej, at man topstyrer det så meget, fordi der jo også er noget, der hedder modstand mod forandring. Når man ikke selv får noget at sige, så tror jeg måske, der er nogle, der er rigtig garvede og gamle, der ikke kan se, hvorfor man skal gå ind og bruge computeren så meget og finde de her vejledninger og prøve at rette sig, fordi de kører på det erfaringsbaserede." (B:3).

De laver her en skelnen mellem dem selv og 'de garvede' sygeplejersker og fremhæver IT aspektet og tanken om ikke længere at anvende den erfaringsbaserede fremgang som mulige barrierer for adoptionen af DDKM, akkurat ligesom AS gjorde. Ved at lave denne skelnen, siger de indirekte, at de ikke har noget problem med at bruge computeren og gerne vil følge vejledninger.

FORTOLKNING

Noget kunne tyde på, at sygeplejersker som disse to umiddelbart ville være gode at anvende som formidlere (jf. afsnit 7 'Temadagen' i analysen af ledelsen), men jeg tror, en anden udfordring vil dukke op i denne forbindelse: Vil 'de garvede' acceptere at blive undervist af de 'yngre' sygeplejersker? Nok påpeger AS, at relevansopfattelsen af DDKM er et mentalitetsspørgsmål mere end et generationsspørgsmål, men en mentalitet i sygehusvæsenet er og har altid været, at 'de yngre' lærer af 'de ældre'. Dette er ganske vist mest ubredt hos lægerne, og LO påpeger da også, at der hos sygeplejersker hersker en højere grad af social tænkning og gruppementalitet, hvorfor undervisning af hinanden frem mod fælles bedste ikke ville stride mod lige netop den mentalitet (LO:16). Refleksioner som disse, mener jeg, ledelsen må være sig bevidst, for ikke at skabe eventuel modstand, når implementeringsprocessen fordrer flere medarbejdere i spil.

Relevant?

På spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejerskerne finder DDKM relevant, svarer de alle, at det gør de. Men igen med forbehold, som viser deres interesse i deres fag og i at yde høj kvalitet til patienterne. En synes absolut, DDKM er relevant, men mener, at det skal ned på et niveau, hvor det 'kan bruges til noget':

"Jamen, det betyder, at det ikke bare skal være noget, vi snakker om. Det skal være noget konkret, som... som den enkelte sygeplejerske kan forholde sig til. Og som kan bruges til noget. Lige nu flyver det. Altså, bare det når vi snakker om det i afdelingen, så er det jo halvdelen, der lytter og halvdelen de smalltalker. Så vi skal jo have gjort det til noget, vi bruger, ikke? Og det må være det første skridt, altså..." (A:3-4).

Hendes udtalelse viser, at hun ikke synes, at der på nuværende tidspunkt er gjort nok, for at få gjort DDKM relevant for alle. Også hun mener, afdelingen er delt op i to: Dem, der finder DDKM meget relevant, og dem, der ikke finder den så relevant. En mener, at hun ved mere om DDKM end nogle af de 'ældre' sygeplejersker, fordi hun stadig ser sig selv som forholdsvis ny og hørte om modellen under sin uddannelse. Hun deler holdningen om, at nogle finder den mere relevant end andre, men mener, at relevansen afgøres af, hvorvidt man kan se formålet med DDKM eller ej:

"F: Ja, jeg kan da mærke det, når man nævner for de andre, DDKM, så står de lidt sådan lidt uforstående og ligner et spørgsmålstejn i hovedet og: "Åh nej, er det nu det der? Og skal du nu til at snakke om det igen?"

I: (Griner). Tror du, det er fordi, de ikke finder det relevant eller...?

F: Nej, jeg tror mere, det er fordi, de ikke forstår formålet med det. " (F:4).

Nogle finder DDKM relevant, fordi: "Det er en sikring af patienter og samtidig personale" (C:4), (G:2) og savner noget mere håndfast at forholde sig til, så man kan sige: "Det er det, der er gjort og det er det, man gør." (C:4). Der kan hos nogle også spores en vis skepsis, bl.a. fordi, som en af dem påpeger, at det ikke er alle ting, der "kan måles og vejes på den måde" (D:3). En udtrykker skepsis omkring ensretningen: "For du vil aldrig have to afdelinger, der kører 100 % ens, fordi personalet er forskelligt og gør tingene forskelligt." (B:4). Hun synes samtidig, at det er relevant at bruge DDKM som et udgangspunkt, og bekræfter AS's udsagn om, at det er nemmere at være ny, hvis man har et arbejdsredskab som DDKM:

"(...) i stedet for man skal hægte sig på en erfaren rotte og sige: "Hvordan plejer I?" (...) Man får både noget skriftlig information her, som man kan gå hjem og læse og stille spørgsmål til i stedet for, man hele tiden bare skal lytte. Så jeg synes, det er relevant, men jeg er jo også forholdsvis nyuddannet i forhold til mange af de andre, der render rundt på afdelingerne." (B:4).

Her trækkes igen en linje mellem 'de yngre' og de 'mere erfarne' sygeplejersker, som kan henvises til Ydes antagelse om, at sygeplejersker, som er 'forholdsvis nyuddannede' finder DDKM mere relevant i forhold til dem på afdelingen, som ikke er nyuddannede. Relevansen mener sygeplejerskerne, ligesom ledelsen, kan afgøres af, hvor meget viden man har om DDKM, hvor dem, der har mest viden, ifølge sygeplejerskerne selv, er de mest nyuddannede. Viden skal ses som klarhed over formålet med DDKM, som er en nødvendighed for, at innovationsbeslutningsprocessen kan ske og nødvendigt for, at der skabes den forventede adfærdsændring: at følge retningslinjerne frem for erfaringen.

FORTOLKNING

Til trods for, at der begynder at tegne sig et billede af, at relevans hænger sammen med erfaring kan jeg ikke drage en endelig konklusion på dette, da jeg ikke fra 'de erfarne' har direkte tilkendegivelser om, at det forholder sig således, at de ikke finder DDKM nær så relevant, fordi de ikke har viden om den fra deres uddannelse. Det er vigtigt i denne forbindelse at hæfte sig ved, jeg

ikke bare anvender begreberne 'relevant' og 'ikke relevant', men fx 'mere relevant' og 'ikke nær så' relevant, for alle sygeplejersker har tilkendegivet, at de finder DDKM relevant, og at de kan se den relative fordel i at have et fælles afsæt. Der, hvor skepsissen især kan træde ind, er i forbindelse med kompatibiliteten - at DDKM ikke opfattes som værende i overensstemmelse med sygeplejerskernes værdier, erfaringer og behov, altså deres livsverden. Dette bekræftes af AS, som tidligere påpegede, at de erfarne måske ikke synes, de har behov for at gøre tingene anderledes, end de plejer, fordi netop deres erfaring spiller ind. En fælles faktor, som kan spille ind på begge 'gruppers' grad af adoption, er, at observerbarheden af DDKM pt. ikke er synlig på afdelingen, selvom de på temadagen hørte om resultater fra andre sygehuse. Men så længe resultaterne ikke er forankret i den lokale kontekst, vil observerbarheden ikke være nær så synlig - og derfor ikke nær så relevant.

Forventninger til DDKM

På spørgsmålet om, hvad sygeplejerskerne forventer af DDKM, svarede tre af dem ud fra billeder og fire svarede på spørgsmålet uden brug af billeder. Jeg har ligesom tidligere kategoriseret alle syv udtalelser sammen. Der fremgik tre kategoriseringer ud fra sygeplejerskernes forventninger til DDKM. Forventningerne omhandler overordnet: 1) Mere tid, 2) Ensretning, effektivisering og færre fejl og 3) Interne medarbejderforhold.

1) Mere tid



Nemmere og mere direkte dokumentation = mere tid til patienten (A:4).



Mere frirum, mere tid (B:4).



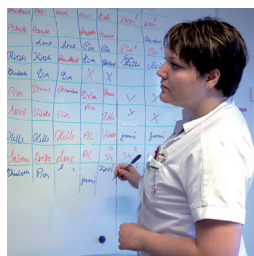
Tid til at udføre arbejdet på en forsvarlig måde og tid til patienterne (C:5).

Forventningerne til DDKM er, at der bliver en nemmere og mere direkte måde at dokumentere på, så der undgås dobbeltarbejde, og at der derved bliver mere tid til patienterne (A:4). En udtrykker, at hun forventer, at der kan spares tid på at søge efter svar, fordi svarene ligger der i form af D4 dokumenter (B:4).

2) Ensretning, effektivisering og færre fejl



Effektivisering af undersøgelser (B:4).



Retningslinjer så procedurer bliver ens (A:4).



At patienterne kommer hurtigere på benene (B:4).



Undgå fejl i medicinering, kvalitetssikring af medicin ved udlevering, organisering af dagligdagen (A:4).



Klare retningslinjer om formidling og behandling (C:8).



Mere målrettet i stuegangsføreløb og tavlemøder, ud med kaffestuesnak (A:4).

Mere læring (C:8).

Der er hos sygeplejerskerne flest forventninger til, at DDKM kan bidrage til at effektivisere dagligdagen via de klare retningslinjer om formidling og behandling og dermed opnå mere målrettede forløb, så patienterne hurtigere kommer på benene (B:4), (C:5). De forventer mere læring, og at der med DDKM sker færre fejl (C:8), (A:4).

Nogle er mere kortsigtet fokuseret på selve akkrediteringen og det, at der kommer eksterne og påpeger fejl og mangler, end på det mere langsigtede kontinuerlige arbejde for at opnå løbende læring (E:3), (D:5). I denne forbindelse taler flere af dem om en manglende konsekvens, hvis standarderne ikke bliver fulgt. Dette udspringer af deres erfaringer med de interne selvevalueringer, som der har været nogle stykker af på afdelingen (D:5), (G:4). Savnet efter konsekvens udspringer for en af sygeplejerskerne af, at: *"(...) hvis vi skal bevæge os, så er man nødsaget til at skulle have noget kritik en gang imellem."* (G:4). Selvom de i det daglige taler meget om målsætninger og at blive bedre, så er det ikke nok. Hun efterlyser, at det bliver påpeget, når noget skal gøres bedre. Hun har en forventning om, at der til de interne evalueringer vil blive stillet flere krav, *"Men der er ikke nogen, der sådan kommer og banker mig i hovedet (...). På den måde måtte der gerne være noget mere 'kæft, trit og retning', men uden at det skal kamme over."* (G:5).

Noget kunne tyde på, at formålet med DDKM på længere sigt, nemlig at *"skabe en kultur, hvor alle medarbejdere og institutioner løbende lærer af sig selv og hinanden og dermed skaber*

kontinuerlig kvalitetsudvikling” (jf. kapitel 2), ikke rigtig står alle klart. Kvalitetsforbedring sker for dem via kontrol fra eksterne og med en form for konsekvens til følge og er ikke en løbende afdelingsrelateret proces, hvor læringen består i sammen at udvikle sig hen mod en opfyldelse af de lokale instrukser. Som det bliver nævnt, er det dog en balancegang for både ledere og medarbejdere at arbejde med et værktøj som DDKM for:

”Det er meget selvstændigt arbejde, så vi skal også kunne leve op til den tillid som vores ledelse har til os. Altså, at vi varetager opgaven ordentlig, så det er selvfølgelig en balance imellem, at jeg ikke gider kontrolleres i alle ender og kanter, men øh... men nogen gange skal man også have en puf.” (G:5-6).

3) Interne medarbejderforhold



Et 'høje-billede': storkontor med meget larm og aktivitet (C:5).



Et arbejdsredskab som bruges til at stå sammen (B:5).

Den tredje kategorisering af forventninger handler om de interne medarbejderforhold. En udtrykker, at hun er urolig for, at DDKM vil medføre, at der vil blive etableret stor-kontorer på afdelingen, hvor der vil være meget larm. *“(...) det er ikke sikring af nogen ting (...). Vi er på vej derhen. (...) Så det er nedgang, men det er det, jeg forventer, der sker.” (C:5).* En anden forventer, at DDKM vil medvirke til, at de internt vil blive bedre, fordi de får et fælles arbejdsredskab, som kan bruges til at stå sammen om at få tingene til at fungere (B:5). Alle forventer, at DDKM med tiden bliver et fælles afsæt (A:8), (B:9), (C:8), (D:7), (E:6), (F:8), (G:8), hvor man slipper for at diskutere, hvad der vil være bedst at gøre i den aktuelle situation.

De forventninger sygeplejerskerne har til DDKM, er de samme som ledelsens. Det er positivt, at der ikke forventes vidt forskellige udfald af modellen, og det kunne tyde på, at der alligevel hos alle sygeplejersker eksisterer en vis viden om modellens formål.

Reel højnelse af kvaliteten?

Der er hos sygeplejerskerne enighed om, at DDKM vil bidrage til en højnelse af kvaliteten, men de har nogle forbehold. En påpeger, at alle skal favne modellen, og det skal være tilladt at påpege overfor hinanden, hvis man synes, nogle ikke gør det (B:5). To andre fremhæver, at de med implementeringen af DDKM godt kan blive bekymret for den del af sygeplejen, der ikke handler om den instrumentelle pleje, for: *”Det er jo svært at lave standarder om og kvalitetsmodeller for, hvordan*

du er til stede, hvordan du er nærværende, hvordan du holder i hånd, ikke? Øhm... Og det er de bløde værdier, som vi som sygeplejersker arbejder med, der er så svære at dokumentere." (A:8). De frygter den humanistiske del af sygeplejen drukner i DDKM, fordi det ikke er den, der fra politisk side er fokus på (C:9). Netop den manglende fokusering på de bløde værdier i DDKM, som vi ved, sygeplejerskerne vægter meget, kan udgøre en barriere for kompatibiliteten.

4. Formål, fordele og ulemper

"Nå, men vi skal gøre det sådan her, fordi det er det, der står, færdig slut, og så lad os komme videre."

Formål

Der hersker enighed om, at formålet med DDKM er at højne kvaliteten, ved at sikre de bedst mulige patientforløb og ved at lære af sine fejl (A:3), (C:4), (F:3). Men også at der bliver gennemsigtighed og bedre sammenhæng i hele det kommunale system, og at der sikres kvalitet i behandlingen lige gyldigt på hvilket sygehus i landet, man er patient (G:3), (E:3). Det er bemærkelsesværdigt, at kun én direkte påpeger, på spørgsmålet om formålet, at DDKM også er en sikring for personalet og ikke bare patienterne, når det især er den vinkel, AS har på DDKM (C:4).

FORTOLKNINGER

Der tegner sig efterhånden et billede af, at DDKM har mange formål, hvorfor det kan være svært blot at tale om 'formålet'. Sygeplejerskerne er tilsyneladende bevidste om formålet relateret til patienterne, men ikke så meget i forhold til dem selv. Dette vidner om, at der fra ledelsens side ikke i vid udstrækning er blevet kommunikeret, at modellen i høj grad er til gavn for sygeplejerskerne selv, fordi standarderne bliver et udtryk for, hvad der forventes for at udføre et 'tilstrækkeligt' arbejde, og at DDKM på længere sigt vil frigøre mere tid til patienterne, som sygeplejerskerne også forventer. Simple budskaber, som ville være nærliggende at kommunikere for at højne modellens relevans hos sygeplejerskerne, jf. at det vigtigste i forandringsprocesser altid er spørgsmålet: Hvad betyder det her for mig?

Fordele og ulemper

Da DDKM endnu ikke er fuldt implementeret på afdelingen, er det svært for sygeplejerskerne at påpege fordele og ulemper ved modellens funktion i praksis. Dog ser de allerede nu en stor fordel i, at hverdagen bliver nemmere, fordi man ved, hvad der skal arbejdes hen imod, og man har retningslinjerne til at sige: *"Nå, men vi skal gøre det sådan her, fordi det er det der står, færdig slut, og så lad os komme videre."* (G:9), (D:6). Endvidere er det en fordel, at man ved, hvor man kan finde retningslinjerne, og at de altid er opdaterede (B:8), (C:8).

Problemer med D4

I samme åndedrag bliver det igen påpeget, at D4 systemet kan være komplekst at søge i, og at dette kan blive en barriere for implementeringen af DDKM - hos både 'nye' og 'ældre':

“Ulempen er så, man skal mange genveje ind for at finde den. Du skal virkelig kende det præcise søgeord, for at kunne finde den. Så det tager tid. Og det er der, rigtig mange mister gnisten, fordi, altså... Jeg er ikke ansat til at sidde og lege med IT. Jeg gider ikke arbejde foran en computer. Det er ikke det, jeg skal. Min plads er et andet sted, og det er der rigtig mange, der går kolde i.” (B:8).

At D4 ikke fungerer optimalt og tager meget af sygeplejerskernes tid kulminerer dels med sygeplejerskernes værdier om, at tid til patienterne er noget af det vigtigste og dels med sygeplejerskernes syn på egen faglighed - at de ikke har valgt at blive sygeplejersker for at sidde foran en computer. De tekniske problemer med D4 udgør en kæmpe risiko i forhold til kompleksiteten og prøvbarheden af DDKM. D4 kan være vanskeligt at anvende, og derfor nedsættes muligheden for at eksperimentere med DDKM på begrænset basis, hvorfor en mulig reducere af usikkerheden ved brug af innovationen falder bort.

Frygt for hyldeprojekt

I værste fald frygtes det, at DDKM, bliver spild af tid, og *“(...) bare bliver et af de der hyldeprojekter igen (...) Det ville sgu’ være ærgerligt, men det er jo set før. Jeg er ikke skeptisk på den måde, at jeg tænker, den bare kommer til at stå der, men hvis det værste...” (A:7).* Sygeplejersken trækker her på sine tidligere erfaringer med forandringsprojekter i sygehusvæsenet, og udsagnet vidner om engagement fra sygeplejerskens side. Det er netop ressourcer som disse, som er så vigtige som leder at gøre sig bevidst, så man ved, hvad en eventuel modstand eller skepsis skyldes, men også for at disse ressourcer kan anvendes som en positiv drivkraft; arbejdet for, at DDKM ikke bare ender på hylden.

Ressourcer

Ad forskellige veje kom flere af sygeplejerskerne ind på ressourcemangel, som en udfordring i forbindelse med implementeringen af DDKM. En påpeger, at der i forvejen ikke er mange ressourcer i form af tid og overskud til at fokusere på DDKM, fordi afdelingen stadig er så ny, og at kommunikation er redskabet, der skal finde de ekstra ressourcer frem:

A: “Så der skal virkelig noget kommunikation til, før det bliver implementeret i afdelingen. For at der er overskud, tid og der vi lægger fokus.

I: Hvad mener du med kommunikation?

A: (...) Det skal være noget, som bliver præsenteret som om: “Wow, det kan jeg bruge til noget!” Altså, det er den kommunikative del, jeg tænker, at det skal virkelig være en sælger, der sælger det her. Det skal ikke bare være nogen, der kommer fra oven og siger: “Det er det her, vi skal!”. Fordi så magter folk det ikke, fordi ressourcerne er brugt op”. (A:7-8).

Hun mener, at DDKM skal ‘sælges’ og tager det derfor ikke som en selvfølge, at afdelingen finder det relevant. DDKM skal give mening for dem, og de skal føle, at de kan bruge det til noget. En følelse, som endnu ikke er at finde hos alle sygeplejerskerne, for det mest relevante for sygeple-

jerskerne er at have tid til patienterne nu og her, og så ryger DDKM ud i periferien, hvis ikke der er decideret afsættelse af tid til den. Dette er ikke nødvendigvis et udtryk for manglende interesse, men simpelthen et spørgsmål om prioritering af ressourcer:

“De (nye retningslinjer) bliver hængt op på opslagstavlen, jeg kan sådan sidde halvanden meter fra og sige: “Nå, er der en ny standard... (griner) den læser jeg nok, når jeg får brug for den.” Jeg går ikke lige... Det er ikke det, jeg vægter højt i min hverdag, når jeg lige er der, altså... Fik jeg nu en halv dag til rådighed: “Se nu skal du sætte dig ind i D4”, så ville jeg... Det ville jeg med glæde gøre, men det er bare ikke det, der bliver prioriteret.” (G:7).

D4 bringes igen på banen som noget, der pt. er ikke er kompatibelt med sygeplejerskernes hverdag, fordi det dels kræver, at der er tid til at sætte sig ind i det, og dels at der er computere til rådighed. En foreslår, at der udnævnes en D4 nøgleperson, som bliver ekspert i at anvende søgeord, og at der altid skulle stå en computer åbent på D4, så man ikke skal til at logge ud af et andet program og på D4³⁸ (G:15). Dette ville give prøvbarheden bedre muligheder og mindske kompleksiteten. Tidsforbrug kommer her igen ind som en vigtig faktor: *“Vi skal jo synes, det kan betale sig for at bruge den tid for at åbne det. Det er jo hele tiden opvejning: Den tid jeg bruger på det, er den forenelig med det jeg får ud af det?” (G:15).* Hvorvidt det er muligt at frigøre ressourcer i form af tid til implementeringen har jeg en stærk fornemmelse af, ikke er nemt for afdelingen. Ikke desto mindre påpeger sygeplejerskerne, at det er det, der bl.a. skal til, da der hverken er tid til det eller relevansbelæg for det i det daglige arbejde, sådan som det ser ud pt. Således handler DDKM og brug af D4 i høj grad om omlæggelse af vaner, hvilket sygeplejerskerne er bevidste om, tager lang tid, som følgende citat udtrykker: *“Altså, det er mig, der skal blive bedre, det er sådan meget, jeg skal ændre mine vaner, øhm... Men det er ikke lige gjort med to timers undervisning en dag med kaffe og kage.” (G:5-6).* Her henvises til den (frivillige) undervisning, sygeplejerskerne modtager i brug af D4, de såkaldte D4-cafeer, og sygeplejersken synes tydeligvis ikke, at denne undervisning giver fyldestgørende viden til, at hun ændrer sine vaner, men at der også skal andre midler i brug.

Påvirkning af faglighed

Synet på DDKM som en form for kontrol, der påvirker sygeplejerskernes opfattelse af deres egen faglighed på en negativ måde, ser ud til at være vendt siden Yde i 2007 spurgte ind til det samme. Ingen af interviewpersonerne ser DDKM som kontrol på en negativ måde (A:8), (B:9), (C:8), (D:7), (E:6), (F:7), (G:10), og flere af dem efterspørger tilmed mere kontrol (jf. afsnit 'Forventninger til DDKM'). Tværtimod opfatter de fleste DDKM som en højnelse af egen faglighed:

³⁸ I løbet af en uge er der en gennemsnitlig ventetid ved log-in på computerne på over 10 minutter. På en gennemsnitlig 12 timers vagt logges på computeren ca. 20 gange. (Artikel 'Langsomme computere er tidsrøvere i sundhedsvæsenet' www.dsr.dk, 9/6 - 2010).

"Jeg tror, den højner den ved at sætte min faglighed på prøve. At man bliver testet lidt, ikke? (...) Og ved at man gør det, så højner man jo kvaliteten, fordi jeg kommer til at reflektere over, hvad jeg gør. Og det kan jo kun være godt." (F:7).

"Der sidder nogle kloge mennesker og sætter det her sammen for min skyld. Så kan jeg da kun blive bedre. Det må da være det, de laver det for. Jeg har da en forventning om, at jeg bliver bedre, hvis jeg følger det." (B:8).

En af de 'nye' sygeplejersker påpeger endvidere, som AS også mente, at: *"Jeg har stadig meget at lære, så jeg synes jo bare, det er rart, at der er noget at holde sig til."* (G:10). DDKM opfattes her som et positivt redskab til læring og ikke som et negativt kontrolredskab.

FORTOLKNING

Udtalelserne viser, at ledelsen sidder med et skævvredet billede af, hvordan sygeplejerskerne egentlig ser DDKM i forhold til deres faglighed. Et væsentligt punkt i forandringskommunikation er netop bevidstheden om, hvilke forskellige opfattelser af forandringen der eksisterer. Sygeplejerskerne tillægger DDKM en betydning, oven i købet en meget positiv betydning, som ledelsen ikke er klar over og derfor desværre ikke kan anvende bevidst i deres kommunikation. De kommunikerer i stedet ud fra, hvordan de tror medarbejderne opfatter DDKM, og kan således skabe misforhold eller i værste fald påvirke relevansen den gale vej. Lidt paradoksalt er det, at fabeln om elefanten og de blinde mænd i denne forbindelse ikke er blevet fulgt mere til dørs af ledelsen, fordi den netop er et billede på de forskellige opfattelser, der kan være af samme emne. Den måde, elefanten anvendes på, viser, at ledelsen tror, at de er afsendere af et modtagerrelevant budskab, som i virkeligheden måske kun er et udtryk for ledelsens egen opfattelse af DDKM.

5. Implementeringsprocessen

"Men i hverdagen der er der ikke sådan en D4-ånd hen over det hele."

Jeg havde en formodning om, at sygeplejerskerne, ligesom LO, så implementeringsprocessen fra august 2009 til i dag som opdelt i nogle faser, men der tog jeg fejl. Faktisk var det for de fleste slet ikke muligt at sætte ord på processen af flere årsager bl.a. fordi, at der på afdelingen ikke er en opfattelse af, at der specifikt bliver taget fat om DDKM (E:4), (B:6), og at: *"Det er sådan et ord, der sådan... Det bliver nævnt lidt i flæng hist og pist, men det... (...)"* (E:5). Observerbarheden af arbejdet med at implementere DDKM synes pt. ikke at være til stede, men én tror, at det snart begynder at blive mere synligt, da det er ved at blive seriøst for lederne, da deadline for akkrediteringen nærmer sig, og *"at de gerne vil have det skal være godt og vi skal... Hvad hedder det? At vi får et hak - bliver godkendt."* (F:5). Her fremhæves, at der hos sygeplejerskerne fokuseres på, at akkrediteringen er selve målet, og det er lederne, der gerne vil have akkrediteringen i hus, frem for at DDKM lægger op til løbende læring som en succes på alle niveauer og ikke blot er en tilbagevendende kontrol af en uges varighed hvert 3. år. En sætter ord på processen, om end den hverken er inddelt i faser eller andre håndgribelige elementer. Også her ses målet som akkredite-

ringen: *"Så det synes jeg, er den der proces i det, at vi har snakket om det. Vi har undret os og vi har stillet spørgsmål ved det, vi gør, er godt nok eller det skal laves om i forhold til, vi skal have den akkreditering. Det må være processen."* (A:5).

Hvor meget fylder DDKM?

Mange af sygeplejerskerne svarer, at DDKM ikke fylder noget i deres hverdag, forstået på den måde, at de ikke tænker over, at det arbejde de gør, kan hægtes op på en specifik standard (A:6), (B:7), (E:5), (F:6). En siger direkte: *"Altså, selve det at modellen skal implementeres, og vi skal akkrediteres der i 2011 øhm... det fylder ikke."* (A:6). Men D4 systemet bliver anvendt til at slå retningslinjer op forud for fx en operation, så på den måde fylder den (D:5). Brugen af D4 medvirker til, at der bliver talt om standarderne, og at der på den måde er blevet mere fokus på kvalitet (A:7).

Der er meget delte meninger omkring, hvor meget der indbyrdes tales om selve implementeringsprocessen, fordi den som sådan ikke verbaliseres på afdelingen. Nogle mener, at de slet ikke har talt om den, mens andre mener, at DDKM og retningslinjerne er på tale dagligt (C:11), (G:12). Dette kan evt. have noget at gøre med, at nogle har flere aften- og nattevagter end andre, hvor AS ikke er til stede til at gå i dialog med sygeplejerskerne om DDKM, og derfor opfatter de verbaliseringen af DDKM som fraværende. Måske kan det også skyldes, at dem, der finder DDKM mere relevant er mere opmærksom på, hvornår der tales om den.

Da 'roll out' strategien endnu ikke omfatter alle sygeplejerskerne, føler de ikke, at de på nuværende tidspunkt har arbejdet med standarderne som sådan, men at det kun er kvalitetsnøglepersonen, som har (G:7), (D:5). Meningen er, at kvalitetsnøglepersonen med tiden skal uddelegere opgaverne i forhold til at få skrevet de lokale instrukser, hvilket af nogen opfattes som positivt: *"(...) så man får et forhold til det, ikke? At det ikke bare er nogle andre, der tager sig af det, men at man bliver involveret."* (F:6). Ellers består implementeringen af undervisning i D4 og så vidt muligt anvendelse af D4 i dagligdagen, hvis der er tid til at slå op i det, og det ikke er hurtigere at spørge en kollega. Desuden tales om *"(...) hvordan får vi det ned fra hylden og bliver gjort jegenært?"* (A:6), (E:5). Det ligger i det hele taget sygeplejerskerne meget på sinde, at DDKM skal være synligt og føles relevant for dem (B:7). Dette må tolkes som et udtryk for, at de gerne vil medvirke i implementeringen af den, men det forudsætter, at den er mere synlig for dem.

Største udfordring

Sygeplejerskerne mener, ligesom ledelsen, at den største udfordring med DDKM netop er at få gjort den synlig og få motiveret dem til at bruge den, og *"Få os til at inddrage det og føle, at det giver mening."* (G:8), (F:7), (A:7). Motivationen er til dels den lokale ledelses ansvar at finde frem, men hver har også et ansvar for at gøre en indsats (G:8). Der ligger et stort arbejde for medarbejderne i at skulle *"(...) gå fra den erfaringsbaserede til at sige: 'Jamen, der findes en standard, der siger, vi gør sådan og sådan, fordi sådan og sådan.' I dag hedder det: 'Vi plejer at gøre sådan.'"* (B:7). Det er positivt, at der hos sygeplejerskerne findes denne bevidsthed, fordi det viser, at de ved, at implementeringen ikke bare er et spørgsmål om at anvende et nyt værktøj, men at der ligger meget mere bag.

En svarer, at hun ikke ved, til hvem eller hvordan hun kan give feedback, hvis hun har spørgsmål eller kommentarer i forbindelse med DDKM (D:8). Det er vigtigt, at man ved, at der er feedback kanaler for at kunne føle nogen indflydelse over implementeringen af DDKM, så det netop ikke bare føles som om, det bliver trukket ned over hovedet på én. Andre svarer, at de ved, at de kan gå til AS eller kvalitetsnøglepersonen, og flere giver udtryk for, at hvis man vil, så er der mulighed for indflydelse (A:10), (B:10). Jeg vil i denne forbindelse igen fremhæve, at viden om muligheden for feedback kan hænge sammen med, hvorvidt man finder DDKM meget eller mindre relevant. At kunne give feedback og stille spørgsmål til personer, der har større viden om DDKM, er en slags prøvbarhed, da svar på spørgsmål kan minimere usikkerheden ved anvendelse af DDKM, hvilket er med til at fremme adoptionen af den.

I mål hvornår?

På spørgsmålet om, hvornår DDKM er en naturlig del af hverdagen, svarer næsten alle, at de mener, at det ikke ligger så fjernt ude i fremtiden (A:6), (B:7), (C:7), (G:8). En påpeger, at de er tæt på, men folk bare ikke ved det, fordi, som tidligere omtalt, man ikke i dagligdagen går og tænker over, at hægte arbejdet op på en standard (B:7). En tillægger det meget værdi, at afdelingen er så ny, og de derfor har lettere ved at implementere DDKM: *"Nej sådan umiddelbart er vi ikke så langt derfra. Også fordi vi er så ny, så nyt et team. (...) Vi higer jo efter at få noget at læne os op ad, ikke? Dels viden, faglighed, procedurer dit og dat, så jeg tror faktisk ikke, det bliver svært hos os"*. (A:6).

Bemærkelsesværdigt falder én anskuelse meget udenfor de andres og står i direkte kontrast til ovennævnte citat og tidligere udsagn fra 'de yngre' sygeplejersker om, at DDKM er et kærkomment værktøj, når man netop er ny: *"Jeg tror, vi er langt fra det. Øh... og det hænger nok sammen med at øh... Vi er en afdeling med mange nyansatte, øh... (...) De vil hellere spørge os andre, ikke, end at gå ind og selv slå op, fordi at de er så usikre lige sådan..."* (D:6). Der fremtræder igen et skel mellem 'nye' og 'gamle', og der hersker tilsyneladende meget forskellige opfattelser af, hvorvidt DDKM og tankegangen om at slå instrukser op i D4 er en hjælp eller noget besværligt. Tidligere har vi set, at 'de nye' mener, at D4 ville være et problem for 'de ældre', men her kommer det frem, at 'de ældre' mener, at det tværtimod er besværligt for 'de nye'. Det er anskuelser som disse, som lægger til grund for, at jeg ikke ser det muligt, at tillægge erfaring som afgørende betydning for opfattelsen af DDKM som meget eller mindre relevant.

Endnu mere bemærkelsesværdigt er det, at hovedparten af sygeplejerskerne er af den opfattelse, at DDKM snart er en naturlig del af hverdagen, hvor ledelsen tværtimod mener, der går op til flere år. Mit bud er, at dette kan skyldes, at ledelsens fremsættelse af DDKM som 'stor' og 'uoverskuelig' ikke deles af sygeplejerskerne, og de derfor finder den nemmere at implementere. Måske skal begrundelsen findes i, at målsætningerne er formuleret uklart overfor sygeplejerskerne eller, at udsagnet 'naturlig del af dagligdagen' af parterne opfattes vidt forskelligt alt efter, hvilke opgaver og ansvar de har i implementeringsprocessen. Det kan også skyldes, at sygeplejerskerne holder så meget fast i marts 2011, måneden for akkrediteringen, og forventer eller tror, at det

forventes, at DDKM på det tidspunkt er fuldt implementeret: *“Det er igen det der med, at den bliver præsenteret og ligesom målsætningen er, at vi skal til eksamen. Det er fælles eksamen, ikke?”* (A:9).

FORTOLKNING

At de fleste sygeplejersker svarer, som de gør, må betyde, at de er bevidste om deres rolle i implementeringsprocessen, og dette nedbryder AS's tese om, at deres rolle står dem uklart. Den store forskel i de to parter udsagn vidner under alle omstændigheder om, at der indtil nu ikke er gjort meget ud af at forventningsafstemme omkring, hvornår DDKM kan opfattes som værende en naturlig del af dagligdagen på afdelingen, og hvilken rolle hver især har. Velvidende at læring er en proces, der aldrig ender, finder jeg det nødvendigt, at der på afdelingen med inddragelse af AS, LO og evt. kvalitetskoordinatoren afsættes tid til at undersøge, hvorfor der er så stor uenighed på dette punkt og skabe klarhed over, hvilke opfattelser der hersker om DDKM. Ved at skabe klarhed over disse punkter, kan muligheden for en hurtigere adoption af DDKM fremmes.

6. Kommunikation om DDKM fra ledelsens side

“Altså, jeg synes, hvis det blev sagt noget oftere, jamen så bliver det jo også mere tydeligt på en eller anden måde, ikke?”

Kommunikationsveje

Der er tilsyneladende ikke helt klarhed over, hvordan eller hvem, der kommunikerer ud, når der er kommet en ny retningslinje eller instruks, som vedkommer sygeplejerskerne. Nogle mener, at de får en mail fra kvalitetskoordinatoren, mens andre mener, at kvalitetsnøglepersonen sender en mail ud eller kommunikerer det mundtligt til tavlemøderne om morgenen. En mener, at det er D4, der automatisk giver besked, og en mener, at de nye retningslinjer bliver hængt op på opslagstavlen i personalestuen. Nogle mener, at de får det at vide mundtligt af enten souschefen eller AS, mens en slet ikke er klar over, hvorfra informationen burde komme (B:9), (C:9), (D:7), (E:6), (F:8), (G:7). Forvirringen kan skyldes, at afdelingen stadig er så ny, og at arbejdet med DDKM er startet op lidt turbulent. Det kan også skyldes, det tidligere nævnte faktum, at AS er usikker på sin rolle i implementeringsfasen, og har endnu ikke fået fastlagt kommunikationsvejene og fået fordelt ansvaret. Ligesom med muligheden for at give feedback, er det dog klart nemmere som medarbejder at tilslutte sig noget nyt, hvis man kan mærke, at der er styr på kommunikationsvejene og man ved, hvem man kan gå til.

Vægtning af DDKM fra ledelsens side

Der er hos sygeplejerskerne spredte opfattelser af, hvor meget ledelsen, LO og AS, vægter DDKM i det daglige. Mange henviser til temadagen som eneste konkrete kommunikation om DDKM fra ledelsens side, og nogle oplever slet ikke, at ledelsen taler om DDKM i hverdagen (D:8), (G:11). Sygeplejerskerne har ikke så meget med LO at gøre, men nogle fornemmer, at hun vægter den meget højt (A:9), (B:9). Der er ikke besluttet tvivl om AS's engagement i DDKM, men der gives udtryk for, at hun ikke nævner det så meget i hverdagen, og nogle svarer, at de tror nok, at hun brænder meget for det (F:9), (B:10).

Igen står det klart, at sygeplejerskerne oplever, at det vigtigste er selve akkrediteringen: *"(...) Det er ikke noget hun har sagt, kan man sige, men man kunne gå ud fra, at som leder, når akkrediteringen kommer, at så vil man gerne have ens afdeling går igennem med UG+ (...)"* (B:9). En giver i denne forbindelse igen udtryk for ressourceproblematikken og mener, at AS og kvalitetsnøglepersonen forsøger at formidle information til sygeplejerskerne, men at der 'på gulvet' ikke er tid til at fokusere på DDKM, fordi fokus er på patienterne (A:10).

FORTOLKNING

Det lader til, at kommunikation om DDKM er noget, der kommer meget 'oppefra' (fra LO og kvalitetskoordinatoren) og ender hos AS, som har en stor opgave i at formidle det videre. Dog har hun svært ved at få det ind som en naturlig del af hverdagen, fordi det kræver, at der afsættes tid til at kæde DDKM og det daglige arbejde sammen. Samtidig er der det betydelige faktum, at hun ikke føler sig klædt ordentligt på til denne opgave, hvilket heller ikke giver den interpersonelle kommunikation de bedste kår. Dette er i høj grad problematisk, da den interpersonelle kommunikation netop er den, der er mest effektiv til at danne en holdning til DDKM og få medarbejderne til at adoptere den.

Budskaber

Budskaberne fra ledelsens side om DDKM opfattes af sygeplejerskerne som både meget brede og konkrete. Det mest hyppige svar er, at akkrediteringen er målsætningen, men én nævner: *"Det budskab jeg har fået ud af det, det er, at nu skal vi være fælles om at gøre det her til et super godt sygehus, øhm... og gøre det rigtig godt for vores patienter."* (G:11). Det fremgår her igen, at budskabet om DDKM enten ikke præsenteres eller ikke opfattes som havende sygeplejerskerne i fokus, men at patienterne er i fokus. Det er der for så vidt heller ikke noget i vejen med, da vi ved, at sygeplejerskerne vægter patienternes oplevelse meget højt, men i forandringsbudskaber er det vigtigt at tage udgangspunkt i dem, der berøres af forandringen; dem, der skal ændre adfærd.

En anden henviser til budskabet fra AS om, at de skal huske at gå ind i D4 og læse instrukserne. Her så hun gerne, at de oftere blev mindet om det: *"Men det er bare ikke så tit, det bliver sagt som det måske skulle. Eller... Altså, jeg synes, hvis det blev sagt noget oftere, jamen så bliver det jo også mere tydeligt på en eller anden måde, ikke?"* (F:9). Hun savner således noget tydelighed af DDKM fra AS's side, til trods for, at AS selv mener, at hun gør meget ud af at lære fra sig bl.a. i forbindelse med D4. Forskellen i opfattelserne af hyppigheden af kommunikationen fra AS's side, kan måske ledes tilbage til hendes uklarhed om egen rolle, og at hun ikke er bevidst om den interpersonelle kommunikations betydning for diffusion af innovationer. Dette kan være baggrunden for, at hun lader massekommunikationen fra LO, kvalitetskoordinatoren og sig selv stå meget alene.

Mere kommunikation?

På spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejerskerne ønsker mere kommunikation fra ledelsen om DDKM, svarer de fleste nej, for de ikke kan se, hvad den kommunikation skulle handle om (A:10), (B:10), (E:7). En giver udtryk for, at det jo også er ens eget ansvar at sætte sig noget mere ind i

DDKM, og at de jo er blevet præsenteret for det, og: *”Vi ved, hvad det handler om. Vi ved, hvad formålet er osv.”* (A:10). Det er der dog nogle, der ikke er enige i, for de efterlyser noget mere synliggørelse og fokus på DDKM - gerne via tiltag som 'Ugens standard' (G:9), (F:9). En af dem udtrykker endog direkte, at hun mener, at formålet ikke står klart hos alle:

”Ja, altså, der tror jeg godt, de (kollegerne) kunne bruge nogle informationer om formålet. Men mig personligt har jeg ikke brug for det. Jeg ved godt, hvad det er. Men altså, jeg tror da godt at de... Jeg tror da også, at der er mange af dem, når man siger akkreditering og standarder, så tænker de også: ”Hvad er det for noget?” ”Hvad er akkreditering lige?”” (F:10).

FORTOLKNING

At der er så forskellige opfattelser af, hvorvidt formålet med DDKM står klart eller ej, samt om der er behov for mere synliggørelse af den, mener jeg, er en af de største udfordringer for ledelsen at tage hånd om. Men også det faktum at nogle ser det som ledelsens opgave at motivere og informere, mens andre ser det som eget ansvar. Det ville gavne implementeringsprocessen at skabe nogle klare rammer for, hvad der forventes af medarbejderne og omvendt, hvad der forventes af ledelsen. At spørge ind til sygeplejerskernes behov for kommunikation frem for ud fra et afsenderperspektiv at antage, at det bliver dækket, ville også være en god måde at involvere dem mere i implementeringen på.

Elefanten

Elefanten, som et billede på DDKM, er der blandede reaktioner på. Nogen synes, det er en sød tanke, men de fleste har ikke tænkt så meget over, at det lige er en elefant og ikke en kamel eller et andet dyr. Ingen blev afskrækket af metaforen, men heller ingen synes, at den er til nogen hjælp: *”Næ, så det er fint nok, hvis de kan bruge tid på at opfinde en elefant. Det hjælper ikke mig så meget.”* (B:11), (D:9), (E:7). Men budskabet, som ligger bag elefanten, at det er ok at spise DDKM i små bidder, kan alle slutte op om og synes, at det er rart med forståelse fra ledelsens side: *”Altså, vores ledelse har forståelse for, at det ikke lige er noget, der er gjort i et snuptag, at det tager lang tid at implementere det her redskab for så mange mennesker, og så det synes jeg er en meget god idé, sådan at bruge lidt humor.”* (G:12). Ingen af sygeplejerskerne har givet udtryk for, at de synes, at DDKM virker stor og uoverskuelig at implementere, og som tidligere nævnt, føler langt de fleste, at de er godt på vej. At bringe en elefant på banen og dermed 'pådutte' medarbejderne en opfattelse af forandringens omfang kan være farligt, især hvis man ikke kender til deres umiddelbare opfattelse og forventninger. Som en af sygeplejerskerne udtrykker det:

”(...) Det kan da godt være nogen synes: ”Nej, det var dog et forfærdeligt stort dyr! Skal jeg nu sidde og tygge mig igennem den? Det bliver tungt, og det bliver hårdt”. Men det er jo igen: Hvor forudindtaget er man og hvilke forventninger har man? Hvis man nu synes, at det her, det er det mest fantastiske, der nogen siden er sket for landet, så ville jeg synes, det var den mest åndssvage tegning, jeg nogensinde har set, ikke?” (C:11).

Sygeplejersken udtrykker her, at hun er opmærksom på to vigtige faktorer, nemlig forforståelser af og forventninger til DDKM samt det førnævnte faktum, at man ikke altid kan kommunikere på samme måde til alle medarbejdere, fordi der er forskel i deres opfattelse af DDKM's relevans.

Konklusionen på elefanten må være, at den hverken gør fra eller til for at gøre DDKM mere relevant for medarbejderne, og at den fremover blot kan erstattes af budskabet om, at ingen forventer, at alle standarderne bliver implementeret på én gang. Dermed ikke sagt, at ledelsen ikke behøver at tænke i formidlingsrelevans, når de kommunikerer om DDKM, for det ved vi, at der er behov for jf. grupperingerne i målgruppen. Der efterspørges direkte en mere visuel kommunikation om DDKM og en 'keep it simple' tilgang (F:11), (A:14), som ikke indeholder så meget skrift, hvilket er et udtryk for bevidsthed fra sygeplejerskernes side om ressourcer i form af tid til at læse og hvilken formidlingsform, der motiverer dem.

7. Temadagen

"Igen så mener jeg, at det skal sgu være én, der kan sælge sand i Sahara, der gør det her."

Det er ingen hemmelighed, heller ikke overfor ledelsen, at oplæggene på temadagen af flere blev opfattet som kedelige (F:11), (D:11), (A:3). At emnerne var relevante, giver de fleste udtryk for, især fordi: *"(...) hvis man skal stå sammen, så er det jo vigtigt, at alle ved noget om alt"*. (B:13). Der, hvor det faldt, var på formidlingen. Mange kan ikke huske, hvad der blev fortalt om, før de selv fik lov til at sidde med standarderne i mindre grupper: *"Jeg kan huske, da vi selv fik det der i hænderne. (...) Ja, der kom det jo igen ned, så man kan forholde sig til det, ikke? Der havde vi noget konkret."* (A:13).

Fra ledelsens side valgte man massekommunikation, i form af oplæg, til at formidle kendskabet til eksistensen af DDKM, og hvorfor, den skal implementeres. Massekommunikation er til dette formål også den mest effektive kommunikationsform, men man havde ikke overvejet at tilføre funktioner for at højne formidlingsrelevansen, til trods for i hvert fald LO vidste, at sygeplejerskerne kunne finde emnerne 'tørre'. Derfor nåede det faglige indhold ikke frem til modtagerne. Det gjorde det til gengæld i gruppearbejdet, der som tidligere nævnt var et udtryk for DDKM's prøvbarhed. Gruppearbejdet tog udgangspunkt i interpersonel kommunikation, som blev understøttet af formidlingsrelevansen i form af konkrete standarder, som sygeplejerskerne kunne sætte deres hverdag i forhold til.

FORTOLKNING

Temadagen fik ingen konkret lokal opfølgning, som ellers ville have været en god afrunding. Her kunne AS sammen med sygeplejerskerne diskutere temadagens emner, og gennem denne dialog kunne hun få indsigt i dyrebare viden i form af deres opfattelser af DDKM. Men igen støder vi ind i et ressourceproblem, for hvad er vigtigst at bruge tid på: Patienterne eller den interne kommunikation?

Arbejdet med værdierne

Formiddagen derimod, som omhandlede afdelingens brug af værdierne, synes de var bedre, fordi: *”Det var meget mere sådan noget, man kan forholde sig til. Igen de bløde ting. Noget der omhandlede det, som vi gør i vores hverdag i relation til patienter og kolleger.”* (A:3). At der blev anvendt dialog i stedet for monolog som om eftermiddagen gjorde, at det blev nærværende og at værdierne kom ned på *”fod-niveau”*, hvor de ellers godt kan virke lidt højtflyvende (B:13). Værdierne blev anvendt som et redskab til at fortælle hinanden, hvornår de synes, de er professionelle, ansvarlige osv. Men som én påpeger, så mener hun, at *”(...) det er lige så vigtigt at lave nogle begrebssamtaler, altså: Hvad forstår man med hvad?”* (B:13). Hun efterlyser her noget dialog omkring, hvordan hver især forstår værdierne, fordi værdier er så fundamentale for os, hvad enten de er personlige eller kommer ovenfra (B:13). En giver i denne sammenhæng udtryk for en problemstilling, der kan være forbundet med brug af fastlagte værdier:

”Altså, det er jo kun sygehusets værdier, det er jo ikke øh... værdier og holdninger... det er jo kun en rammeaftale, altså øh... Mine værdier de passer måske ikke helt altid med de værdier, sygehuset egentlig gerne vil have, vi skal have.” (D:11).

Netop derfor er det vigtigt for afdelingen at tale om, hvordan sygehusets værdier opfattes, og hvordan de kan komme i spil på en måde, så de ikke samtidig strider mod sygeplejerskernes personlige værdier. For en af opfattelserne om at tale om værdier er, at *”(...) at det kan skabe noget fællesskab.”* (E:10), hvilket i høj grad er vigtigt for en ny afdeling.

8. Motivation hvordan?

”Du skal jo motivere personalet til denne her kæmpe eksamen, vi skal til alle sammen, ikke? Det er jo det, det handler om”.

Jeg har valgt at lave et ekstra afsnit i målgruppeanalysen i forhold til analysen af ledelsen. Dette har jeg gjort, fordi sygeplejerskerne undervejs i interviewene kom med mange forslag til, hvordan de selv mener, de kan motiveres til at implementere DDKM. Disse udsagn er vigtige og yderst værdifulde for ledelsen, da det er min opfattelse, at ledere alt for sjældent spørger medarbejderne, hvad de mener, og i stedet arbejder ud fra antagelser. Vel at mærke antagelser, som ikke altid holder stik. Samtidig vil jeg gerne vise, at sygeplejerskerne er meget bevidste om, at det faktisk kræver motivation fra deres side, og at DDKM ikke bare er noget, der kan sluses ind ad bagdøren uden videre opfølgning.

’Jeg-relevant’

En af sygeplejerskerne anvender gentagne gange ordet ’jeg-relevant’, som hun sætter i modsætning til ’hylde-relevant’ - altså noget, som bare kommer til at stå på en hylde og ikke bliver brugt (A:11). Hun anvender bl.a. begrebet i forbindelse med budskabet om, at DDKM skal spises i mindre bidder, for hvis ikke det var tilfældet, så blev det for stor en mundfuld og dermed blot ’hylde-relevant’. Hendes to begreber kan også opfattes som hhv. modtagerrelevant og afsenderrelevant, hvor oplæggene på temadagen bar præg af at være afsenderrelevante, og qua den svage formid-

ling ikke blev 'jeg-relevante' for sygeplejerskerne, altså modtagerrelevante. At kommunikere, så DDKM bliver konkret og nærværende for den enkelte, er vejen frem, hvis man ønsker at fremme relevansen og holde motivationen oppe (A:4). Dette gøres, som det da også på sigt er ledelsens hensigt, ved at inddrage sygeplejerskerne og give dem medindflydelse på udformningen af de lokale instrukser og ved at starte dialog omkring, hvad der er kvalitet for den enkelte, så der også i kvalitetsbegrebet bliver dannet et fælles udgangspunkt.

Lokalforankret kommunikation

Jeg spurgte i samme interview, hvor 'jeg-relevant' begrebet opstod, med Rogers' landsby-eksempel i baghovedet, ind til, om det kunne have nogen betydning, at meget af kommunikationen på temadagen kom fra kvalitetskoordinatoren, som ikke er en del af afdelingen til hverdag. Til dette svarede interviewpersonen, at: *"Det tror jeg helt klart. Ja, og så bliver det sådan noget informationsagtigt noget, og så bliver det jo ikke 'jeg'. Så handler det jo ikke om mig."* (A:14). Citatet vidner om, at så snart der kommer information fra 'en fremmed', som ikke er en del af afdelingens hverdag, så stilles der spørgsmålstegn ved relevansen af informationen, fordi den ikke serveres i en lokal afdelingskontekst eller af en 'lokal'. Én belyser vigtigheden af det lokale aspekt i kommunikationen, da hun taler om temadagen, hvor LO også talte: *"(...) det smitter jo i en vis grad af, når en fagperson står og er engageret, ikke?"* (B:9). Derfor er lokal opfølgning ved dialog ude i afdelingen ét af de allervigtigste punkter i implementeringen af DDKM. AS har en vigtig rolle som oversætter af budskaber fra den øvre ledelse og dels fra kvalitetskoordinatoren, fordi hun er 'lokal'. Temadagene har ingen af dem noget imod, men *"Det var ikke noget, der skulle gentages tit, tror jeg, men det skal ske ude på afdelingsniveau. For det andet bliver for flyvende. Jeg kan ikke bruge, hvad de gør i laboratoriet, hvordan de implementerer der."* (B:14). Igen henvises til, at det ikke findes relevant og ikke 'rykker noget', hvis det ikke specifikt kan relateres til afdelingen (D:11).

Anvende værdierne mere bevidst

Flere giver udtryk for, at det kunne være en god idé at koble værdierne sammen med DDKM for at højne relevansen, men at det ikke er noget, der skal gøres 'ovenfra' (B:14), (A:14). I første omgang handler det om, at der på afdelingsniveau bliver skabt mere dialog om værdierne, end den, der relaterede sig til temadagen. En foreslår, at der på afdelingen laves en lokal værdibeskrivelse (F:12). En anden udtrykker, at netop værdier er noget, man kan forholde sig til, hvorfor hun mener, det ville være godt at hægte DDKM mere op på dem: *"Om formiddagen var jeg med til at give min mening med. Og så bliver det jo noget andet. Så helt klart, det kunne være en god kombination."* (A:14).

Værdierne behøver ikke direkte at blive kædet på DDKM, men de kan være med til, at *"(...) man bliver guidet til at... gøre de rigtige ting."* (G:14). Dette skal forstås som, at hvis hver enkel er sig værdierne bevidst og handler ud fra dem, så skal DDKM nok komme med tiden: *"For det er jo professionelt at kende retningslinjerne. Og du yder jo ansvar, hvis du handler efter de retningslinjer, der er. Så man skulle forhåbentlig gerne kunne koble de to ting (...)"* (B:14).

KAPITEL 6 # RESULTATER

”Jamen, alle er jo nødt til at være sig bevidste om, hvad end man ønsker DDKM eller ej, at det er noget, der er blevet pålagt os, og så er man ligesom også ansvarlig for at tage stilling til: ”Hvad kan den gøre for mig? Hvad kan den gøre for os?” Nu er den her, og så skal vi arbejde med den. Og hvis alle gør det, så kan vi jo også få nogle fælles fora, hvor at man kan få sig nogle diskussioner, nogle refleksioner, nogle handlemuligheder til at stå sammen og blive bedre. Og øge kvaliteten, idet, det jo er det, der er meningen.”

- Sygeplejerske, Roskilde Sygehus

Fokusområder

I dette afsnit vil jeg samle op på de væsentligste udfordringer, der fremgik af de løbende diskussioner i de to analyser. Jeg opstiller nogle fokusområder, som er konkrete bud på, hvordan afdelingen kan arbejde med den interne kommunikation, så eventuelle barrierer ved implementeringen af DDKM reduceres og relevansen af den fremmes. De fleste af fokusområderne kræver, at der afsættes ressourcer i form af tid til dem, og derfor kan de af afdelingen muligvis opfattes som en smule ’utopiske’, da tid i forvejen er en mangelvare i dagligdagen. Alligevel er det mit håb, at afdelingen vil finde områderne brugbare og kan arbejde med nogle - eller dele af dem - ud fra de ressourcer, der er tilgængelige.

1) Forventningsafstemning om formål og mål

Af analysen fremgår det, at formålet med DDKM af sygeplejerskerne meget opfattes som selve akkrediteringen og ikke så meget som den løbende interne læring. Det ville derfor fra ledelsens side være godt at gå i dialog med sygeplejerskerne om netop formålet, så billedet af DDKM bliver mere nuanceret, og den fremgår mere som et brugbart værktøj til i fællesskab at højne fagligheden, som netop er en af opfattelserne af, hvad der er god kvalitet. Jeg foreslår, at fokus fjernes fra fremmedordet ’akkreditering’, og flyttes til ’processen’ med udformningen af de lokale instrukser, som har til formål at skabe ’faglig udvikling’ til gavn for både medarbejdere og patienter. Derved involveres sygeplejerskerne på baggrund af noget, de selv finder vigtigt og ikke på baggrund af, at nogen ’fra oven’ siger, at de skal akkrediteres. Dermed arbejdes der alligevel hen imod en akkreditering, men på baggrund af sygeplejerskernes egne værdier.

Desuden viser min analyse, at der hersker uenighed mellem ledelsen og sygeplejerskerne om, hvornår det forventes, at DDKM er en naturlig del af dagligdagen. Også her må ledelsen via dialog

få opklaret, hvad der ligger bag uenigheden. Det er vigtigt, at der bliver skabt et fælles mål som begge parter føler, er realistisk, og at der bliver talt om, hvad der skal til fra begge parter side for at nå dette mål.

Dialogerne om formål og mål har også som hensigt, at ledelsen får indsigt i hvilken viden, der hersker om DDKM og dermed hvilken viden, sygeplejerskerne mangler. Viden om DDKM har i analysen vist sig, at være en af de afgørende faktorer for, hvor relevant DDKM opfattes. Hvis relevansen skal fremmes, er det derfor vigtigt at sørge for muligheder for, at sygeplejerskerne kan stille spørgsmål og at de ved, til hvem de kan gøre det. Omvendt må ledelsen ikke have en forventning om, at viden om DDKM nødvendigvis fører til en aktiv involvering, men at der altid vil være nogle, der deltager mere i forandringsprocesser end andre. Derfor er det godt, som der pt. lægges op til, i første omgang at involvere kvalitetsnøglepersonen og de sygeplejersker, som finder DDKM meget relevant, i stedet for at prøve at favne alle fra starten af, og så med tiden lade disse 'opinionsdannerne' sprede budskaberne. I forlængelse af ledelsens bekymring om passivitet, er det vigtigt, at de har i baghovedet, hvilke værdier implementeringen af DDKM er oppe imod, for at forstå en evt. passivitet eller direkte modstand. Værdier som 'nærværende', 'holde i hånd' og 'at være noget for patienterne' hænger ikke for alle sammen med DDKM, men ses af nogle som en direkte trussel mod disse værdier, hvorfor viden om DDKM ikke løser alle problemer.

2) Opnå bevidsthed om de forskellige opfattelser

Ledelsen skal have indsigt i hvilke opfattelser af DDKM der hersker hos sygeplejerskerne, så kommunikationen kan tage udgangspunkt i denne frem for i ledelsens antagelser om, hvordan de tror, sygeplejerskerne opfatter den. Med andre ord må ledelsen opnå indsigt i målgrupperne, hvilket denne afhandling er et skridt på vejen til: at få klarhed over, hvad der ligger til grund for deres opfattelser og dermed, hvad der adskiller de forskellige målgrupper.

Opfattelserne bunder i hvilke værdier, sygeplejerskerne anvender i deres arbejde, samt hvilke forventninger de har til DDKM som et værktøj til at højne kvaliteten. At bruge tid på at tale om hinandens forventninger ikke bare ledelse og sygeplejersker imellem, men også sygeplejerskerne imellem, kan være med til at få indsigt i, hvorfor der er forskellige opfattelser af DDKM, og dermed hvilke værdier og ressourcer, der ligger til grund for kollegernes holdninger til DDKM. Disse 'forventningsdialoger' kunne være med til at dæmme op for de antagelser, der hersker mellem 'de yngre' og 'de mere erfarne', så de kunne få mere gavn af hinanden i implementeringen af DDKM.

3) Fokusering på det positive

Af analysen fremgår det, at sygeplejerskerne ikke kan relatere til ledelsens budskab om, at DDKM er en uoverskuelig elefant, hvorfor jeg anbefaler, at denne metafor ikke anvendes og i stedet udskiftes med budskabet om 'at løfte i flok', hvilket relaterer direkte til sygeplejerskernes mentalitet og opfattelse af måden at udføre kvalitet på. Generelt anbefaler jeg, at der fra ledelsens side fokuseres mere på de positive sider af DDKM og særligt med udgangspunkt i, at sygeplejerskerne anser DDKM som en højnelse af deres faglighed - ikke som en underkendelse af deres nuværende arbejdspraksis.

Særligt tre budskaber, mener jeg med fordel kan inddrages endnu mere for at fremme sygeplejerskernes opfattelse af DDKM's relevans:

- DDKM som en 'sparefunktion' der på længere sigt giver mere tid til patienterne
- DDKM som en sikkerhed for medarbejderne - ikke kun for patienterne
- DDKM som en måling af 'tilstrækkelig, forventet indsats'

Budskaberne er alle enten i tråd med sygeplejerskernes forventninger til DDKM eller deres udtalelser om frustrationer omkring ressourcemangel, hvorfor de opfylder kravene om at være nærværende og relevante.

4) Klare kommunikationsveje og mere synlighed

Der hersker hos sygeplejerskerne tvivl om kommunikationsvejene, hvorfor jeg anbefaler, at der arbejdes på at klarlægge disse og specielt, at AS og kvalitetskoordinatoren laver klarere skel mellem, hvem der kommunikerer hvad, og hvordan det gøres. Optimalt set ville det være en fordel at anvende mere interpersonel kommunikation frem for massekommunikation, men da AS's interpersonelle kommunikation kun når de sygeplejersker, der er i dagvagt, er massekommunikation at foretrække i en organisation som et sygehus. Dog kan der arbejdes på, at gøre massekommunikationen bedre og på at lægge sig mere op af den interpersonelle kommunikations egenskaber, ved at være meget bevidst om, hvem der er afsender, og hvordan sygeplejerskerne opfatter denne afsender. Derfor foreslår jeg, at der sigtes mod at gøre kvalitetskoordinatoren til en mere synlig og lokal del af afdelingen, så hun ikke opfattes som den 'fremmede' med de 'ikke-relevante budskaber'. Kvalitetskoordinatoren er en stor ressource, som, jeg har en opfattelse af, kan udnyttes bedre. Jeg mener derfor, at et tættere samarbejde mellem AS og kvalitetskoordinatoren kunne være givtig for at fremme relevansen af DDKM og for at forbedre massekommunikationen. Kvalitetskoordinatoren kan bruge AS's viden til at gøre sine budskaber om DDKM mere nærværende og sørge for, de bliver forankret i en lokal kontekst - og dermed opnå højere effekt af den kommunikation, hun er afsender af. Omvendt kan AS trække på kvalitetskoordinatorens viden om DDKM og dermed stå stærkere i rollen som opinionsdanner og dialogpartner overfor sygeplejerskerne.

For at gøre budskaberne om DDKM mere synlige og håndgribelige, mener jeg, at det ville være nyttigt at tænke i mere kreative baner for at imødekomme sygeplejerskernes ønske om en mere visuel og simpel kommunikation. Opslagstavlerne er der i forvejen, hvorfor det er op til formidlingsrelevansen at få sygeplejerskerne til at kigge på dem fx ved brug af billeder, farver og minimal tekst, fx i forbindelse med udarbejdelsen af 'Ugens standard'. Mht. opslagstavlerne er det også værd at gøre sig bevidst om, hvilke budskaber 'kvalitetshjørnet' er oppe imod, så budskaberne om DDKM ikke drukner i andre budskaber. Når den nye kvalitetstavle, som er på vej, skal opsættes, anbefaler jeg, at der tænkes i konteksten for modtagelsen af budskaberne. Derfor mener jeg, den bør opsættes på kontoret og ikke som nu i personalestuen, da budskaberne om DDKM vil have meget trænge vilkår for at nå frem i denne 'pausekontekst', men vil findes mere relevante i en såkaldt 'arbejdskontekst'.

Jeg er meget forsigtigt med at anbefale værdierne som et brugbart værktøj i implementeringen af DDKM, selvom sygeplejerskerne synes, dette ville være en god idé. Det er et stort arbejde at anvende værdibaseret kommunikation hensigtsmæssigt og på en måde, så det giver mening for medarbejderne. Det vil kræve meget af AS, som jeg mener, pt. har udfordringer nok.

Men et af sygeplejerskernes andre forslag vil jeg derimod kraftigt anbefale, nemlig at der altid står en computer åben på D4. At databasen ikke virker hensigtsmæssigt, står ikke i afdelingens magt at ændre, men at man ikke skal bruge kostbar tid på at vente på en ledig computer og logge på, mener jeg, ville være med til at fremme prøvbarheden af DDKM og dermed relevansen.

Konklusion

Besvarelsen af problemformuleringen: *Hvordan kan intern kommunikation bidrage til at reducere barrierer ved implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og fremme sygeplejerskers opfattelse af modellens relevans på en kardiologisk afdeling på Roskilde Sygehus?* har jeg detaljeret beskrevet i foregående afsnit, hvorfor jeg her vil konkludere på problemformuleringen på et mere overordnet plan.

At få sygeplejerskerne til at adoptere en forandring som DDKM kræver overordnet, at de finder den relevant. Relevansen afhænger i høj grad af, om de værdier, de bygger deres arbejdspraksis på, er kompatible med DDKM's formål, og af, hvor meget viden, de har om DDKM. Det er vigtigt, at den interne kommunikation tager udgangspunkt i sygeplejerskernes opfattelse og ikke i ledelsens antagelser om, hvordan de tror, den opfattes, da disse antagelser ikke altid holder stik og dermed ikke bidrager til at højne relevansen.

For at reducere barrierer i form af skepsis eller direkte modstand over implementeringen af DDKM, er det vigtigt, at budskaberne om den fremsættes med udgangspunkt i den lokale kontekst som afdelingen udgør og med relation til sygeplejerskernes hverdag, så de finder budskaberne nærværende og konkrete for lige netop dem. Afsenderen af budskaberne skal ligeledes være 'lokal' og forankret i værdier, der ligner deres egne, fx afdelingssygeplejersken. Afsenderen bør ikke være en 'fremmed' fra et andet sted i organisationen, der ikke tager udgangspunkt i afdelingens hverdag, men blot taler på et overordnet niveau. Er dette tilfældet, sker det i værste fald, at budskaberne går tabt, fordi sygeplejerskerne ikke kan relatere dem til deres egen hverdag.

Sygeplejerskernes opfattelse af DDKM's relevans kan højnes ved, at formålet af ledelsen fremlægges med udgangspunkt i, hvordan sygeplejerskernes faglighed på sigt kan højnes ved brug af den, fordi de vægter faglig udvikling meget højt, og budskaberne dermed relateres direkte til dem og deres værdier. Endvidere kan relevansen højnes ved, så vidt det er muligt i en organisation som et sygehus, at anvende interpersonel kommunikation frem for massekommunikation, så sygeplejerskerne i dialog med ledelsen kan stille spørgsmål eller ytre deres holdninger om DDKM, så de involveres i implementeringen. Dette vil også minimere følelsen af, at DDKM er noget, der

bliver trukket ned over hovedet. Kommunikationen må endvidere kræve minimalt af ressourcer at modtage, så sygeplejerskerne ikke skal gå for meget på kompromis med en af de værdier, de vægter højest i deres arbejde, som er tiden hos patienterne.

På baggrund af dette foreslår jeg, at ledelsen retter opmærksomheden mod fire fokusområder:

- 1) Første skridt er, at der må afstemmes forventninger ledelse og sygeplejersker imellem om formålet med DDKM og hvornår, målet skal nås samt ikke mindst, hvad målet indebærer.
- 2) Dernæst må ledelsen gøre sig klart, at der eksisterer mange opfattelser af DDKM blandt sygeplejerskerne. Derfor kan ledelsen i kommunikationen ikke bare tage udgangspunkt i antagelser, men må tage udgangspunkt i de opfattelser, der faktisk hersker blandt sygeplejerskerne.
- 3) Skal relevansen af DDKM fremmes, er det endvidere vigtigt, at ledelsen fokuserer på det positive ved kvalitetsmodellen. Igen må udgangspunktet være sygeplejerskerne, og hvordan DDKM er en hjælp for dem og bidrager til at højne deres faglighed.
- 4) Endeligt må der skabes klare kommunikationsveje og opnås bevidsthed om, hvor vigtigt det er, at budskaberne om DDKM er synlige, og afsenderen af dem er en person, som sygeplejerskerne kender fra hverdagen og kan relatere til.

LITTERATURLISTE

Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (red.) (2005):

Klassisk og moderne samfundsteori.

3. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag

Brandi, Søren (2010):

Forandrings vaner. Lederskab i tider med forandringer.

1. udgave, 1. oplag. L&R Business Egmont

Dahl, Henrik (1993):

Har du overvejet at ændre hele dit liv?

Artikel i kompendiet Kommunikation - Teorier og Metoder, Del 1, Kommunikation, 1. modul, Forår 2008, Roskilde Universitet. Oprindeligt fra Dansk Sociologi, 1993, 4(1), s. 20-34

Evalueringcenter for sygehuse (ECS) i samarbejde med DSI - Institut for Sundhedsvæsen (2000):

Akkreditering af hospitaler. Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada.

Schultz Information

Eisenhardt, Pernille & Ravn Olesen, Birgitte:

Upubliceret materiale om målgruppeanalyse

FLOS - Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet (2004):

Forskning i sygehuse under forandring.

1. oplag. Nyt fra Samfundsvidenskaberne, Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen København

Halkier, Bente:

Individuel interviewning.

Power Point slides fra forelæsning, Kommunikation 2. modul, Roskilde Universitet, 16. september 2009

Halkier, Bente:

Fokusgrupper.

Power Point slides fra forelæsning, Kommunikation 2. modul, Roskilde Universitet, 17. september 2009

Hildebrandt, Steen (2005):

Hildebrandt om ledelse.

Ledelsesforlaget

Hildebrandt, Steen & Brandi, Søren (2005):

Ledelse af forandringer.

2. udgave, 1. oplag, 2008.

Hildebrandt, Steen & Brandi, Søren (2006):

Forandringsledelse.

1. udgave, 1. oplag. Børsens Forlag.

Jensen, Leif Becker (2001):

Den sproglige dåseåbner - om at formidle faglig viden forståeligt.

1. udgave. Roskilde Universitetsforlag

Kousholt, Christine & Kousholt, Henrik Breiner (2009):

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

4. udgave, 1. oplag. COK - Center for Offentlig Kompetenceudvikling, Grenaa, Kommuneforlaget A/S

Kvale, Steiner & Brinkmann, Svend (2009):

InterView. Introduktion til et håndværk.

2. udgave. Hans Reitzels Forlag

Launsø, Laila & Rieper, Olaf (2005):

Forskning om og med mennesker.

5. udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S

Neergaard, Helle (2001):

Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser.

1. udgave, Samfundslitteratur

Pedersen, Christina Hee (2004):

Billedet som anker. Metodisk inspiration til kvalitativ kommunikationsforskning.

Artikel i kompendiet Kommunikation - Teorier og Metoder, Del 2, Kommunikation, 1. modul, Forår 2008, Roskilde Universitet. Oprindeligt fra NordicomInformati-on, Medie og kommunikationsforskning i Norden, 2004 nr. 1 årgang 26, s. 41-57

Petersen, Helle (2000):

Forandringskommunikation.

1. udgave 2000, 4. oplag 2008. Forlaget Samfundslit-teratur

Petersen, Helle (2008):

Det kommunikerende hospital.

1. udgave, 1. oplag. Børsens Forlag

Poulsen, Jørgen (1999):

Kultur og betydning - kommunikation som kulturel og social praksis.

1. udgave. Forlaget Samfundslitteratur

Rogers, Everett M. (1995):

Diffusion of Innovations.

4. udgave, The Free Press New York

Sepstrup, Preben (2007):

Tilrettelæggelse af information.

3. udgave, 2. oplag. Academica

Yde, Kirsten Gjerner (2007):

Nurses' perceptions of quality development and the management of change at a Danish psychiatric hospital: a qualitative study.

Master of Health Science (Nursing), School of Nursing Deakin University, School of Nursing Viborg

Zahavi, Dan (2003):

Fænomenologi.

1. udgave. Roskilde Universitetsforlag

Internethenvisninger

Tilgængelige pr. 29/7-2010

Dansk Sygeplejeråd (2010):

Nyhedsbrevet Synergi nr. 19, 6. årgang, artiklen 'Langsomme computere er tidsrøvere i sundhedsvæsenet'.

<http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=273>

Connie Kruckow, tale ved Årsmødet i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren Hotel Nyborg Strand, 11. januar 2008: 'Ensartet høj kvalitet - hvorfor, hvordan og til hvilken pris?'

<http://www.dsr.dk/portalpage.aspx?MenuItemID=1154&M1502=aXRlbWtleQ%3D%3D%3ANDAS5Mzc2MQ%3D%3D%26bW9kZQ%3D%3D%3AMzAw>

dknyt (2007):

Sygeplejersker skeptiske over for kvalitetsmodel.

<http://dknyt.dk/sider/artikel>

[php?id=30557&s=sygeplejersker%20skeptiske](http://dknyt.dk/sider/artikel.php?id=30557&s=sygeplejersker%20skeptiske)

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) (2009):

Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 1. version.

<http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>

Hvad er akkreditering?

<http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel>

<http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Hvad-er-akkreditering.aspx>

Petersen, Helle (2005):

Strategisk kommunikation i hospitalsvæsenet. Intern kommunikation i relation til patienttilfredshed, kvalitet og omdømme. Forskningsbeskrivelse.

<http://www.hellepetersen.dk/UserFiles/File/Strategisk-kommunikationihospitalsvsesnet.doc>

Region Sjælland:

Roskilde Sygehus, Kardiologisk afdeling

<http://www.regionsjaelland.dk/roskildesygehus/Afdelinger/Kardiologisk/Sider/default.aspx>

Anvendte billeder

Billederne anvendt i afhandlingen er fra kunstbogen 'Vores fantastiske arbejde', som er en billedfortælling af sygeplejersker fra Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge sygehuse. Bogen er blevet til i et samarbejde mellem Region Sjælland, Lene Bornemann fra ARTSinBUSINESS.dk og Peter Zeuthen fra Visualstory.dk. Tilladelse til brug af billederne er hentet hos kommunikationsenheden ved Region Sjælland og Peter Zeuthen. Bogen kan downloades her, tilgængelig pr. 29/7-2010:

<http://regionsjaelland.dk/PresseOgNyt/nyheder/Documents/Kunstbog%20%27Vores%20fantastiske%20arbejde%2712.05.2010.pdf>

KAPITEL 7 # FORMIDLINGSARTIKEL

Refleksioner bag formidlingsartikel

Formål

Artiklens formål er at udbrede kendskabet til de kommunikative virkemidler, som ledere i sygehusvæsenet kan benytte sig af for at højne relevansen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for både sig selv og deres medarbejdere. Det er mit håb, at læseren vil kunne genkende de kommunikative og organisatoriske udfordringer, artiklen bearbejder, og vil reflektere over, hvordan disse kan løses på deres egen arbejdsplads med hjælp fra de fokusområder, artiklen fremhæver.

Afhandlingens resultater løftes i artiklen ud af den case-specifikke kontekst, hvoraf de udspringer, og fremstilles som generelle brugbare råd i forbindelse med implementeringen af DDKM.

Valg af målgruppe og medie

Jeg mener, at resultaterne af undersøgelsen om sygeplejerskers opfattelser af DDKM kan være relevante for ledere på flere niveauer i sygehusvæsenet, men også for både sygeplejersker og andre sundhedsfaglige grupper. Afhandlingens resultater henvender sig især til mellemledere i sygehusvæsenet, der har en betydningsfuld rolle i implementeringen af DDKM, hvorfor jeg har valgt en kommunikationspraktisk vinkel på artiklen frem for en mere kommunikationsteoretisk vinkel.

Jeg har valgt at målrette artiklen mod læserne af det elektroniske nyhedsbrev Synergi, som udgives af Dansk Sygeplejeråd. Synergi udkommer to gange om måneden og har cirka 12.000 faste abonnenter både i og udenfor Dansk Sygeplejeråd³⁹. Synergis målgruppe er primært ansatte i sygeplejen og sekundært alle med interesse i den sundhedsfaglige sektor. Den redaktionelle linje har fokus på sundhedsvæsenet, sygeplejerskernes arbejdsforhold og faglige udvikling samt udviklingen af Dansk Sygeplejeråds organisation.

Valget af medie bygger især på, at Helle Petersens⁴⁰ forskningsresultater om strategisk kommunikation i hospitalsvæsenet bl.a. er fremsat i en artikel i Synergi⁴¹. Da min undersøgelse lægger sig meget op ad Helle Petersens forskningsområde, mener jeg, at Synergi ligeledes er det rette medie at benytte til at fremsætte mine resultater.

³⁹ www.dsr.dk

⁴⁰ En af afhandlingens hovedteoretikere

⁴¹ Artiklen 'Kommunikation med klare mål' er skrevet af Anna Bridgwater 10 /5 - 2006, http://www.dsr.dk/dsr/nl_vis.asp?intType=5&NLID=167&id=4088514

Vinkling og virkemidler

Artiklerne i Synergi er hovedsageligt præget af nyhedskriterierne identifikation, aktualitet og væsentlighed - altså, at artiklerne vækker genkendelse hos læseren, omhandler aktuelle emner og bringer dem i en væsentlig kontekst. Artiklerne er præget af mange citater fra interviewpersoner, hvor der enten er tilknyttet en indledende eller afsluttende kommentar. Citaterne er i høj grad med til at skabe identifikation og gøre budskaberne nærværende for målgruppen.

Jeg har ligeledes valgt at vægte identifikationen højt og lade den komme til udtryk ved at benytte citater fra mine interviewpersoner - også for at anvende viden fra min undersøgelse om, at relevansen af et emne højnes, hvis den præsenteres i en kontekst, som læseren kan identificere sig med. Artiklen er skrevet i et let tilgængeligt sprog med korte afsnit og flere overskrifter. I slutningen benytter jeg mig af to faktabokse. Den første omhandler de fire fokusområder, som er afhandlingens primære resultater, præsenteret i en kort og praktisk anvendelig udgave, som læseren enten møder som afslutning efter at have læst artiklen, eller som det eneste, der læses. Jeg har med denne faktaboks søgt at give den travle læser et højt udbytte af artiklens budskab. Den anden boks omhandler afhandlingens problemfelt, samt hvor afhandlingen kan rekvireres, hvis læseren ønsker at vide mere.

Omstændigheder

Da Synergi er et elektronisk nyhedsbrev, er det svært at vide, under hvilke omstændigheder målgruppen forventes at modtage artiklen. Mit bud er, at Synergis abonnenter læser nyhedsbrevet under private omstændigheder, da jeg via min undersøgelse ved, at de ofte har travlt på jobbet og ikke har tid til at læse det der. Der kan ligge flere bevæggrunde bag at læse Synergi, men jeg mener, at særligt to grunde gør sig gældende: 1) At man som sundhedsfaglig ansat er interesseret i at vide, hvad der rører sig i sit fag, eller 2) at man benytter Synergis artikelsøgning som led i litteraturstudier fx inden for sundhedsfaglige videreuddannelser.



DEN DANSKE KVALITETSMODEL

Intern kommunikation essentiel for implementering

Der er brug for nærværende og relevant kommunikation fra den nærmeste ledelse, hvis medarbejderne skal engageres, og implementeringen af DDKM skal lykkes. Sådan lyder budskabet i en ny undersøgelse, der omhandler sygeplejerskers opfattelser af DDKM.

Af: Maja Stender, majaste@ruc.dk

Mange ledere i sygehusvæsenet står i disse tider med en stor opgave med at få engageret medarbejderne i implementeringen af DDKM, så akkrediteringerne opnås inden sommeren 2012. Flere kommunikative tiltag er igangsat, men det er ikke altid, den ønskede effekt opnås.

Men der er gode råd at hente i en ny undersøgelse fra RUC, som sætter fokus på, hvordan den interne kommunikation kan opnå højere effekt ved at tage udgangspunkt i medarbejdernes opfattelser af DDKM. Undersøgelsen er lavet i samarbejde med sygeplejefaglige ledere og medarbejdere på kardiologisk afdeling på Roskilde Sygehus.

Det skal give mening

En af de største udfordringer ved implementeringen af DDKM er at få medarbejderne til at føle, at det giver mening.

”At få os til at inddrage det og føle, at det giver mening. Det skal være noget, som bliver præsenteret som om: ”Wow, det kan jeg bruge til noget!” Det skal ikke bare være nogen, der kommer fra oven og siger: ”Det er det her, vi skal!”. Fordi så magter folk det ikke, fordi ressourcerne er brugt op”, siger en af undersøgelsens deltagere.

Undersøgelsen viser, at meningsfuld kommunikation opnås ved at tage udgangspunkt i afdelingen og gå i dialog med medarbejderne. Især mellemlederne er vigtige, fordi det er dem, der skal oversætte den øvre ledelses budskaber. Springes mellemlederne over i kommunikationen, mister budskaberne ofte deres effekt, fordi de ikke er forankret i den lokale hverdag.

Det er heller ikke lige meget hvem, der kommunikerer med medarbejderne. Igen pointeres vigtigheden af mellemlederne, fordi det er dem, medarbejderne har tillid til og kender fra hverdagen. En, som ikke til daglig er kendt på afdelingen, vil opfattes som fremmed, og vil ofte blive mødt med skepsis. Budskabet, der kommunikerer, vil derfor som oftest heller ikke blive modtaget.

Nærværende kommunikation

Langt de fleste hilser DDKM velkommen og ser frem til at få et fælles udgangspunkt i form af fastlagte standarder, så man ikke længere skal bruge så meget tid på at diskutere, hvordan der gøres i forskellige situationer.

”Der sidder nogle kompetente mennesker og prøver at højne kvaliteten. Jamen, det kan man jo ikke vende ryggen til”, siger en af sygeplejerskerne fra undersøgelsen. Og det gør de heller ikke, sygeplejerskerne, for opfattelsen er, at DDKM er relevant, men de savner synlighed og nærværende kommunikation om den.

”Jamen, det betyder, at det ikke bare skal være noget, vi snakker om. Det skal være noget konkret, som den enkelte sygeplejerske kan forholde sig til. Og som kan bruges til noget,” understreger en af sygeplejerskerne fra undersøgelsen.

Nærværende kommunikation er fx dialog på afdelingsmøder, hvor medarbejderne har mulighed for at stille spørgsmål og give deres holdning til kende. Udgangspunktet for dialogerne kan være aktuelle standarder, så medarbejderne får noget konkret at forholde sig til.

Dialog er også med til at skabe holdninger og involvere medarbejderne på en måde, så de ikke føler, DDKM er noget, der bliver trukket ned over hovedet på dem.

Tag udgangspunkt i medarbejderne

Undersøgelsen understreger sit hovedbudskab med et citat af Søren Kierkegaard: ”Hvis det skal lykkes mig at føre et menneske mod et bestemt mål, må jeg først finde derhen, hvor han befinder sig, og begynde lige der.”

Budskabet henviser til, at mange ledere tager udgangspunkt i antagelser om, hvordan de tror, medarbejderne opfatter DDKM. Antagelser som vel at mærke ikke altid vækker genkendelse hos medarbejderne og derfor kan besvære eller bremse kommunikationen.

Derfor understreger undersøgelsen, at det er vigtigt, at lederne tager sig tid til at få indsigt i de forskellige opfattelser af DDKM, der hersker på afdelingen. Hvis der ikke tages udgangspunkt i, hvordan medarbejderne opfatter DDKM, vil implementeringen nemlig opfattes som meningsløs, og engagementet vil udeblive.

Kommunikative fokusområder i forbindelse med implementeringen af DDKM

1) Forventningsafstemning om mål og formål

Skab dialog om det forventede formål med DDKM og skab et fælles realistisk mål om, hvornår det forventes, at DDKM er en naturlig del af afdelingens hverdag. Uden fælles mål og formål er det svært at få alle til at gå i samme retning.

2) Opnå bevidsthed om de forskellige opfattelser

Byg ikke kommunikationen på antagelser om, hvordan du tror, medarbejderne opfatter DDKM, men tag udgangspunkt i de opfattelser, der faktisk hersker. Ellers er der ingen identifikation, og effekten af kommunikationen udebliver.

3) Fokuser på det positive ved DDKM

Nok kan DDKM være en ordentlig mundfuld i en hårdt presset hverdag, men sigt mod at fokusere på de positive budskaber, der tager udgangspunkt i, hvordan medarbejderne på sigt får glæde af DDKM. Fx ved at den tid, der spares på diskussioner ved at følge standarderne, går til patienterne.

4) Klare kommunikationsveje og mere synlighed

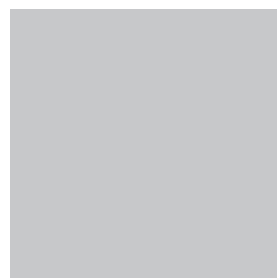
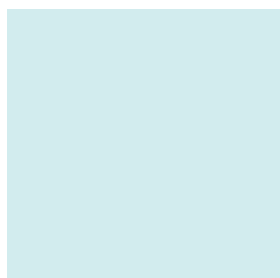
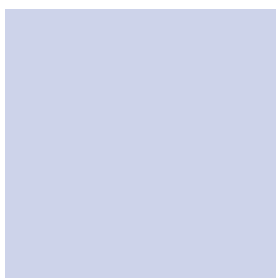
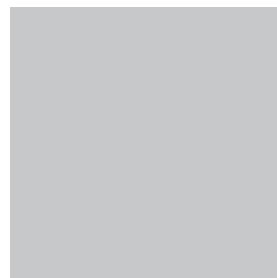
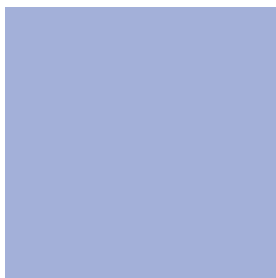
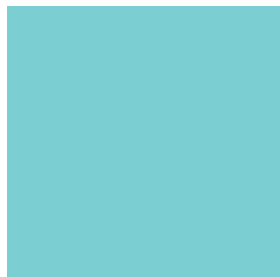
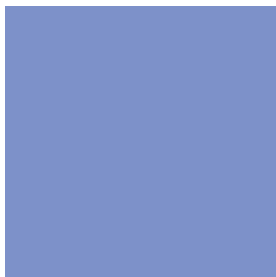
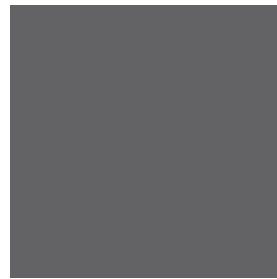
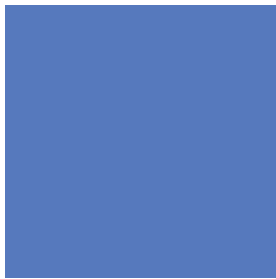
Skab klarhed over, hvem på afdelingen, der kommunikerer hvad, og sørg for, at mellemlederne inddrages. Anvend dialog hvor det er muligt og gør DDKM synlig på afdelingen med visuelle tiltag fx på opslagstavler på kontoret.

Kvalitetskommunikation – En kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers opfattelser af Den Danske Kvalitetsmodel

Afhandlingen omhandler, hvordan ledere i sygehusvæsenet i højere grad kan anvende intern kommunikation til at reducere eventuelle barrierer i implementeringen af DDKM samt til at højne sygeplejerskers opfattelse af DDKM's relevans. Undersøgelsen bygger på et samarbejde med kardiologisk afdeling på Roskilde Sygehus og kan rekvireres via e-mail til: majaste@ruc.dk

Kvalitetskommunikation

- En kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers
opfattelser af Den Danske Kvalitetsmodel



KAPITEL 8 # BILAG

Oversigt over bilag

Bilag 1: Samarbejdsaftale

Bilag 2: Præsentationsbrev

Bilag 3: Interviewguide sygeplejerskerne

Bilag 4: Fotos fra interviewøvelser

Bilag 5: Interviewguide ledelsen

Bilag 6: Invitation til temadag for kardiologisk afdeling 20. maj 2010 (elefanten)

Bilag A: Interview med sygeplejerske

Bilag B: Interview med sygeplejerske

Bilag C: Interview med sygeplejerske

Bilag D: Interview med sygeplejerske

Bilag E: Interview med sygeplejerske

Bilag F: Interview med sygeplejerske

Bilag G: Interview med sygeplejerske

Bilag H: Interview med den ledende oversygeplejerske

Bilag I: Interview med afdelingssygeplejersken

Samarbejdsaftale

Denne samarbejdsaftale er indgået mellem ~~medicinsk~~ kardiologisk afdeling B32 (afdelingen) på Roskilde Sygehus (sygehuset) og specialestuderende ved Roskilde Universitet, Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologier (CBIT), Maja Stender (den studerende).

Tidsperiode:

Samarbejdet forløber i tidsperioden 20. april 2010 til og med d. 31. august 2010. Samarbejdet kan forlænges med tre måneder, såfremt specialet ikke er færdiggjort i ovennævnte tidsrum.

Specialets formål:

Samarbejdet indgås for at den studerende kan undersøge problemstillinger omkring hvordan personalet tilknyttet afdelingen oplever implementeringen af kvalitetsstandarder.

Specialets omfang:

Specialet er afslutning på cand.comm. uddannelsen ved Roskilde Universitet. Det er et krav fra universitets side, at specialet også omfatter en artikel omhandlende specialets resultater henvendt til en relevant målgruppe. Fremover vil speciale og artikel blive omtalt som specialet.

Interviews:

Den studerende har fået lov til at interviewe ledende oversygeplejerske Karin Johansen, afdelingssygeplejerske Anne Munk samt fået tilladelse til (via Karin Johansen og Anne Munk) at spørge plejepersonalet og kvalitetskoordinator Lone Jespersen fra afdelingen, om de ønsker at deltage i et interview.

Alle interviews bliver foretaget på sygehuset i medarbejdernes arbejdstid. Interviews kan finde sted både i dag- og aftenvagter.

Hvis ikke andet aftales med interviewpersonerne, bliver alle interviewpersoner anonymiseret. Alle interviews vil starte med at klarlægge dette forhold. Interviewpersonerne kan ønske at ændre dette forhold indtil 1. august 2010.

Alle interviews bliver optaget via diktafon.

Hensynstagen:

Den studerende skal søge at foretage sine undersøgelser og sin tilstedeværelse på afdelingen og sygehuset generelt med mest mulig hensynstagen til medarbejdere, patienter og pårørende.

Tavshedspligt:

Den studerende har tavshedspligt omkring alle hændelser på hele sygehuset, medmindre det udtrykkeligt fra begge parter er aftalt, at en bestemt hændelse må benyttes i specialet, såfremt den styrker specialets formål.

Offentligt speciale:

Specialet er offentligt – dvs. det efter endt bedømmelse (senest 2 måneder efter d. 31. august 2010) kan rekvireres af alle. Specialet vil være tilknyttet Roskilde Universitetsbiblioteks digitale søgedatabase og vil kunne findes via internettet.

Brug af sygehusets og afdelingens navn:

Det er aftalt, at specialet gerne må indeholde sygehusets og afdelingens navn. Dette forhold kan ændres indtil 1. august 2010.

Ejerforhold:

Forfatteren til specialet er Maja Stender. Det endelige speciale tilhører den studerende og sygehuset. Dvs. sygehuset må anvende og distribuere det som eget materiale, såfremt forfatterens navn fremgår.

Dato og underskrift (afdelingen)

7. maj 2010 Karin Johansen, ledende oversygepl.

Dato og underskrift (den studerende)

7/5-2010 Maja Stender

Kære medarbejdere på kardiologisk afdeling, afsnit B32, Roskilde Sygehus

Mit navn er Maja Stender, jeg er 27 år og er specialestuderende i kommunikation ved Roskilde Universitet. Min store interesse er kommunikation, forandringer og ledelse indenfor det offentlige sygehusvæsen.

Min interesse stammer fra min familie og vennekreds, hvor der både er læger og i særdeleshed sygeplejersker. Jeg lytter intenst, hver gang de taler om udfordringerne på deres arbejdspladser og jeg tænker tit: ”Hvorfor mon det er sådan?” eller ”Det må man da kunne gøre anderledes?” Jeg har tidligere i forbindelse med mit studie skrevet to opgaver i samarbejde med Regionshospitalet Viborg. Den ene omhandlede debatten om lægefaglig ledelse vs. professionel ledelse og den anden omhandlede følgevirkninger af hhv. regionsdannelsen og oprettelsen af et fælles akut modtageafsnit. - Begge set fra de ledende overlægers og hospitalsdirektørens synspunkt. Disse opgaver gav mig blod på tanden til at dykke yderligere ned i sygehusvæsnet og se, hvad jeg med mine kompetencer kan kaste et nyt lys over.

Jeg ønsker med mit speciale at dykke et lag længere ned end jeg tidligere har gjort, og ikke så meget diskutere problemstillingerne på et politisk/ledelsesmæssigt plan, men på et mere ”jordnært” plan. Derudover skifter jeg også vinkel fra lægerne til plejepersonalet (jer). Derfor har mit speciale som overordnet formål at undersøge, *hvordan intern kommunikation influerer på medarbejdernes (dvs. jeres) oplevelse af implementeringen af kvalitetsstandarder i forbindelse med akkreditering.*

Og hvorfor synes jeg så netop, at jeres oplevelse af implementeringen af kvalitetsstandarder er spændende? For det første fordi, jeg anskuer kvalitetsstandarderne som en form for forandring, der skal implementeres på jeres afdeling – og forandringer er altid spændende set fra et kommunikativt synspunkt. For det andet fordi, jeg synes, der mangler at blive afdækket et område under overskriften ”kvalitet i sygehusvæsnet” - nemlig jeres oplevelser af emnet. Hvordan er det for jer, at skulle arbejde med og ud fra kvalitetsstandarder? Og hvad ligger der egentlig for jer i ordet kvalitet? Og måske vigtigst af alt, fordi jeg mener, det offentlige sygehusvæsen i Danmark er noget vi skal værne om og sammen – på tværs af fag – gøre alt hvad vi kan for at gøre attraktivt for både medarbejdere og patienter. Dette mener jeg, gøres ved bl.a. at spørge ind til jeres oplevelser som medarbejdere og deraf opnå anvendelig viden til forbedring.

Jeg håber, I synes det lyder spændende, og at I vil deltage i et individuelt interview af ca. 45 minutters varighed. Det er vigtigt for mig at slå fast, at jeg udelukkende er interesseret i at høre om jeres oplevelser og ikke i at pege fingre af nogen eller vurdere noget som fungerende godt eller dårligt. I vil optræde anonyme i specialet. (Se endvidere uddybende forhold omkring samarbejdet i samarbejdskontrakten hos Karin Johansen).

Jeg glæder mig meget til at møde jer!

Venlig hilsen
Maja Stender

Bilag 3

Interviewguide sygeplejersker

Overordnet spørgsmål	Tema	Spørgsmål
Introduktion	Personlige informationer <i>Allerførst vil jeg gerne høre lidt om dig</i>	- Navn, stilling, hvor længe på afdelingen, hvor længe på Roskilde, erfaringer fra andre sygehuse?
- Hvordan påvirker parametrene den enkeltes handlinger i forbindelse med sit arbejde og i forbindelse med impl. af DDKM?	Livsverden, værdier mv. (undgå klicheer)	- Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske? Hvad vil du med dit job? - Kan du beskrive din hverdag som sygeplejerske her på afdelingen? - Hvad vægter du i dit arbejde som sygeplejerske? Kan du sætte nogen konkrete ord på?
- Hvordan opfattes kvalitet hos den enkelte? - Hvad opfattes som kvalitet på afdelingen?	Kvalitetsbegrebet: <i>Der er jo i medierne meget snak om kvalitet i sygehusvæsenet. Så nu vender vi lige kvalitetsbegrebet</i>	- Kan du beskrive, hvad der for dig er god kvalitet i sygehusvæsenet? Sæt gerne nogle konkrete ord på. (Billedøvelse: Vælg fire billeder ud, der beskriver, hvad dig for dig er god kvalitet i sygehusvæsenet) - Når du taler om kvalitet med dine kolleger her på afdelingen, hvad taler I så typisk om og i hvilken situation?
- Finder den enkelte impl. af DDKM relevant? - Hvilke forventninger har den enkelte til impl. af DDKM?	DDKM <i>Nu skal vi tale lidt om DDKM...</i>	- Når jeg siger DDKM, hvad tænker du så? (Standarder, retningslinjer, instrukser, D4?) - Hvad ser du som det vigtigste formål med DDKM? - Synes du, det er relevant med DDKM? Hvorfor? - Hvordan synes du, DDKM hænger sammen med din opfattelse af god kvalitet? - Hvad er dine forventninger til DDKM som redskab til at højne kvaliteten? (Billedøvelse: Vælg fire billeder ud, der beskriver, hvad du forventer af DDKM)
- Hvilke forventninger har den enkelte til impl. af DDKM?	Den umiddelbare reaktion på akkreditering Forventninger til DDKM	- Kan du beskrive, hvad du tænkte, første gang du hørte om DDKM? - Hvordan fik du det at vide? Af hvem? - De forventninger du havde i starten til arbejdet med DDKM - Har de ændret sig?

<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke barrierer/ fordele kan den enkelte se i impl. af DDKM og hvordan påvirker dét det sociale systems adoption af DDKM? - Påvirkning af arbejdet 	<p>Arbejdet på afdelingen med implementeringen</p> <p>Kvalitetsstandardernes påvirkning af arbejdet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive den proces, I har været igennem fra I først fik DDKM i august 2009 til, hvor I er nu? (vis evt. pil) (Snak evt. om faser, nogle konkrete ord, hvad har processen ikke været?) - Kan du beskrive, hvordan I her på afdelingen arbejder med at få kvalitetsstandarderne implementeret som en naturlig del af jeres dagligdag? (hvem gør hvad og hvorfor) - Hvor meget fylder DDKM i din hverdag? (anvendelse) - Hvor langt mener du, I er fra, at standarderne er en naturlig del af hverdagen? - Hvad ser du som den største udfordring ved implementeringen? - Er der forskel på hvordan du udfører dit arbejde i dag i forhold til før DDKM blev inddraget?
<ul style="list-style-type: none"> - Gør impl. af DDKM noget ved den enkeltes faglighed? 	<p>Målgruppe: Rogers og Poulsen</p> <p><i>Spørgsmålet blev slettet efter de første tre interviews, da det viste sig ikke at være hverken relevant eller aktuelt.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad ser du af fordele og ulemper ved DDKM som en del af din dagligdag? - <i>Har du oplevet eksempler på, hvor standarderne kun fungerer i teorien og ikke i praksis? (Hvad med det holistiske syn på patienten?)</i> - Føler du, at DDKM med alle standarderne påvirker din opfattelse af din faglighed som sygeplejerske? (Fx højner den, underminerer den, sætte fokus vis medierne, sætter den i et nyt lys, opfattelse af kontrol?) - Føler du kvaliteten reelt højnes ved at anvende standarderne? - Føler du, at I med DDKM har et fælles afsæt for patientplejen mod før en mere "hvad vi mener, er bedst/hvad vi plejer" tilgang? Eller hvad mener du, DDKM har givet jer som sygeplejersker?
<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er kommunikationskulturen på afdelingen omkring impl. af DDKM? 	<p>Kommunikation omkring impl. – ledelse til medarbejdere: <i>Nu skal vi tale lidt om, hvordan I anvender kommunikation her på afd.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan foregår kommunikationen omkring implementeringen af DDKM her på afdelingen? Hvordan får du ny information om DDKM? (hvem, hvilke medier, hvor ofte)

<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan giver komm. omkring impl. af DDKM mening hos den enkelte? - Hvilken rolle spiller elefant-metaforen? - På hvilke måder bliver der talt om implementeringsprocessen? Hvilken mening bliver der skabt om processen via kommunikationen? 	<p><i>Jeg sidder her med en kopi af jeres elefant – faktisk er det jo invitationen til den temadag, I lige har været på... (Tager de ejerskab)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan kommunikerer den nærmeste ledelse (Anne og Karin) og kvalitetskoordinatoren (Lone) til jer?(hvilke medier) - Hvilke budskaber er det, de fremsætter? - Hvordan oplever du vigtigheden af at anvende DDKM bliver vægtet fra ledelsen? (Karin og Anne – måske øverste?) - Har du mulighed for at give feedback på dine oplevelser af implementeringen af DDKM? (Hvordan kommer sygeplejersken i tale?)(Til hvem, gennem hvilke medier) - Er der noget i forbindelse med DDKM du gerne vil høre mere om fra ledelsens side? - Hvad tænkte du, første gang du så elefanten? - Synes du, det er en hjælp at anskue implementeringsprocessen, som en elefant, der skal spises i små bidder?
<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke værdier hersker på afdelingen? (temadag) - Hvordan italesætter afdelingen impl. af DDKM? - Hvilken rolle spiller social læring ifm. afdelingens holdning til og dermed adoption af DDKM? - Hvordan påvirker parametrene den enkeltes handlinger i forbindelse med sit arbejde og i forbindelse med impl. af DDKM? - Har disse parametre ændret sig? - Hvordan oplever den enkelte impl. af DDKM? 	<p>Kommunikation omkring implementeringen medarbejdere imellem (Er det et fælles projekt?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taler du meget med dine kolleger om denne implementeringsproces, I står midt i? - Hvad taler I om? - Taler du mest med Anne om det eller med dine andre kolleger? - Går der nogle historier her på sygehuset omkring andre, der har været igennem sådan en akkrediteringsproces? - Tror du, dette rygte har påvirket jeres opfattelse her på afdelingen af sådan en proces? - Kan du kort beskrive, hvordan du oplever kulturen her på afdelingen? (formel, uformel, humor, alvorlig, sociale arrangementer) (Billedøvelse: Vælg fire billeder, der beskriver hvordan du oplever kulturen)

<p>Intern kommunikation Værdier, artefakter, kultur</p>	<p>Temadag 20. maj: <i>I har jo lige haft en temadag om værdier og om impl. af DDKM – altså om at nedbryde elefanten i små bidder.</i></p> <p>Værdierne: Ansvar Tillid Respekt Professionalisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du uddybe, hvilke emner, du syntes var relevante? (og ikke) - Hvordan talte I om værdierne? Og hvilke? - Hvad synes du generelt om værdier som udgangspunkt for at skabe noget fællesskab på afdelingen? - Er der andre måder, du hellere ville have information på end på en temadag?
<p>Debriefing</p>	<p>Refleksion om refleksionerne: <i>Jeg er jo lidt nysgerrig, så jeg vil gerne høre dig ad...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er der noget, du gerne vil spørge om eller tilføje her til sidst? - Hvordan følte det for dig, at blive interviewet om de emner, vi lige har været igennem? - Synes du, at du selv fik noget ud af det?

Bilag 4









Bilag 5

Interviewguide til ledelsen

Overordnet spørgsmål	Tema	Spørgsmål
Introduktion	Personlige informationer <i>Allerførst vil jeg gerne høre lidt om dig</i>	- Navn, stilling, hvor længe på afdelingen, hvor længe på Roskilde, hvor længe i ledende stilling, erfaringer fra andre sygehuse?
- Hvordan påvirker parametrene den enkeltes handlinger i forbindelse med sit arbejde og i forbindelse med impl. af DDKM?	Livsverden, værdier mv. (undgå klicheer)	- Hvorfor valgte du at blive sygeplejerske? - Hvad vil du med dit job som leder i sygehusvæsenet? - Kan du beskrive dine vigtigste opgaver som leder her på afdelingen? - Hvad vægter du i dit arbejde som leder? Kan du sætte nogen konkrete ord på? (fx værdier)
- Hvordan opfattes kvalitet hos den enkelte? - Hvad opfattes som kvalitet på afdelingen?	Kvalitetsbegrebet: <i>Der er jo i medierne meget snak om kvalitet i sygehusvæsenet. Så nu vender vi lige kvalitetsbegrebet</i>	- Kan du beskrive, hvad der for dig er god kvalitet i sygehusvæsenet? - Når du taler om kvalitet med dine kolleger her på afdelingen, hvad taler I så typisk om og i hvilken situation?
- Finder den enkelte impl. af DDKM relevant? - Hvilke forventninger har den enkelte til impl. af DDKM? Eventuelle barrierer - Hvilke barrierer/ fordele kan den enkelte se i impl. af DDKM og hvordan påvirker det det sociale systems adoption af DDKM? - Kvalitetsstandardernes påvirkning af arbejdet	DDKM <i>Nu skal vi tale lidt om DDKM...</i> (Søge at opklare om relevansen er et generationsspørgsmål)	- Når jeg siger DDKM, hvad tænker du så? (Standarder, retningslinjer, instrukser, D4?) (Hvad tænkte du i starten?) - Synes du, det er relevant med DDKM? - Tror du, medarbejderne opfatter DDKM som relevant? - Forventer du, medarbejderne ved, hvad DDKM indeholder? - Hvad ser du som det vigtigste formål med DDKM? - Hvordan synes du, DDKM hænger sammen med din opfattelse af god kvalitet? - Hvad forventer du DDKM skal bidrage med?(Hvad er dine forventninger til DDKM som redskab til at højne kvaliteten?) - Hvad tror du, medarbejderne forventer af DDKM? - Hvad ser du af fordele og ulemper ved

		<p>DDKM som et dagligt værktøj?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Føler du, kvaliteten reelt højnes ved at anvende DDKM? - Føler du, at I med DDKM har et fælles afsæt for patientplejen mod før en mere "hvad vi mener, er bedst/hvad vi plejer" tilgang? - Tror du, at DDKM påvirker sygeplejerskernes opfattelse af deres faglighed? (kontrol?)
<p>Vægtning af DDKM Er DDKM vigtig lige nu? (vigtigt for mig at vide, så jeg ikke skævvrider ledelsens beslutninger om, hvor meget fokus DDKM skal have)</p>	<p>Arbejdet på afdelingen med implementeringen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive den proces, I har været igennem fra I først fik DDKM i august 2009 til, hvor I er nu? (vis evt. pil)(sæt gerne nogle konkrete ord på) - I forhold til, at akkrediteringen skal ske senest marts 2011 er DDKM så et vigtigt fokuspunkt for dig/ier/ledelsen lige nu? (Hvis nej, hvad vægtes så lige nu?) - Hvordan er du blevet klædt på at være med til at implementere DDKM? (tiltag fra øverste ledelse, IKAS, andet?) - Hvor højt vægter du som leder at fokusere på DDKM? - Hvor højt vægter du at involvere dine medarbejdere i implementeringen af DDKM? - Hvad ser du i kraft af din stilling som leder som den største udfordring ved implementeringen af DDKM? - Ser du rammerne - både de strukturelle og fysiske - som en udfordring for, at DDKM kan implementeres tilfredsstillende på afdelingen? (fx tid, computere, komm. både til dag/nat vagter)
<p>Implementering af DDKM og kommunikationen herom</p> <p>- På hvilke måder bliver der talt om implementeringsprocessen?</p>	<p>Kommunikation omkring implementeringen - ledelse til medarbejdere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive hvordan I fra ledelsens side (Karin, Lone, Anne) arbejder med at få kvalitetsstandarderne implementeret? (som en naturlig del af dagligdagen) (hvem gør hvad og hvorfor?) (mails, temadag, møder) - Hvordan foregår kommunikationen omkring implementeringen af DDKM her på afdelingen? (hvem, hvilke medier,

<p>- Hvilken mening bliver der skabt om processen via kommunikationen?</p>		<p>hvor ofte, hvad vægtes, nøglepersoner)fx når der kommer nye retningslinjer, der er relevante for jer? - Hvilke budskaber fremsætter I omkring DDKM? - Hvad vægter du ved kommunikationen omkring implementeringen? (mediet, fagligheden, relevansen for medarbejderne, bred info) - Tænker du/refererer til sygehuse/regionens værdier ind i kommunikationen? – Hvordan? - Hvad forstår du ved "at det er i kommunikationen, meningen skabes"? - Hvordan forventer du, medarbejderne anvender kommunikationen, du producerer omkring DDKM? (grundigt, ud fra relevans, overfladisk, snakker om med kolleger, stiller spørgsmål og reflekterer) - Forventer du, at medarbejderne giver feedback på deres oplevelser af implementeringen af DDKM? - Hvordan og til hvem? - Anskuer du implementeringen af DDKM og den fortsatte læring og udvikling af kvalitet som hver enkelt medarbejders ansvar eller som et fælles ansvar? - Hvor langt mener du, I er fra, at DDKM er en naturlig del af hverdagen – nær målet?</p>
<p>Kommunikation til medarbejderne - Hvilken rolle spiller elefant-metaforen?</p>	<p>Elefanten</p>	<p>- Hvad er baggrunden for at benytte elefanten? - Hvorfor tror du, det er en hjælp for medarbejderne hvis de anskuer implementeringsprocessen, som en elefant, der skal spises i små bidder?</p>
<p>Historier fra andre sygehuse - Hvilke faktorer kan påvirke opfattelserne af DDKM?</p>		<p>- Går der nogle historier her på sygehuset omkring andre, der har været igennem sådan en akkrediteringsproces?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Tror du, disse historier har påvirket medarbejdernes opfattelse her på afdelingen af sådan en proces? - Hvordan prøver du som leder at tage højde for disse historier, når du kommunikerer omkring implementeringen af DDKM?
<p>Intern kommunikation Fælles temadag d. 20. maj om DDKM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke betydning tillægges temadagen? 	<p>Formål og forventninger til temadagens output</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor valgte I at afholde en temadag om DDKM? - Hvorfor valgte I at inddrage alle de kardiologiske afdelinger? (og ikke fx pr. afdeling) - Hvad var formålet med temadagen? - Hvad var de vigtigste budskaber omkring DDKM? - Hvad forventer du, medarbejderne fik ud af temadagen?
<p>Temadag for afdelingen om formiddagen om værdier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken betydning tillægges værdi-snakken? 		<p>KUN TIL ANNE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken hensigt havde du med at fokusere på værdier denne dag? - Hvilke værdier tale I om? - Hvordan talte I om værdierne? - Hvad forventer du, medarbejderne fik ud af denne formiddag med værdier? - Hvorfor synes du, værdier er et godt udgangspunkt for medarbejder arrangementer?
<p>Lederens opfattelse af kulturen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har kulturen indflydelse på opfattelserne af DDKM på afdelingen? 	<p>Kulturen på afdelingen</p>	<p>KUN TIL ANNE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive, hvordan du oplever kulturen her på afdelingen? (formel, uformel, humor, alvorlig, sociale arrangementer) - Hvad gør du for at bidrage til denne kultur?
<p>Debriefing</p>	<p>Refleksion om refleksionerne:</p> <p><i>Jeg er jo lidt nysgerrig, så jeg vil gerne høre dig ad...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er der noget, du gerne vil spørge om eller tilføje her til sidst? - Hvordan følte det for dig, at blive interviewet om de emner, vi lige har været igennem? - Synes du, at du selv fik noget ud af det?

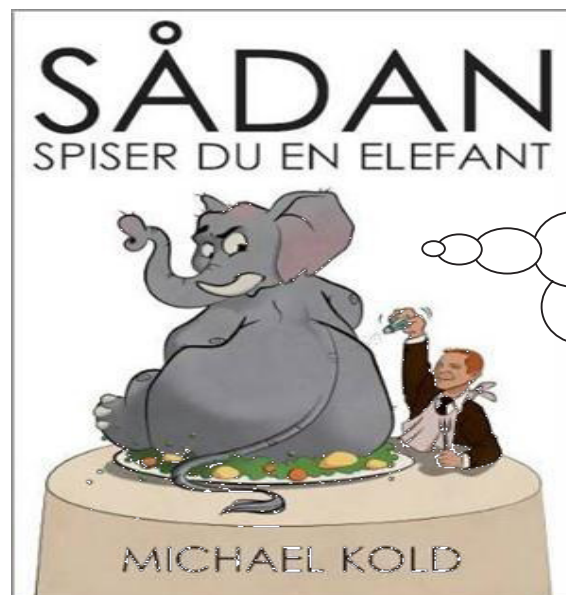
TEMADAG I KARDIOLOGISK AFDELING

D. 20. MAJ 2010 (KL. 13-16)

Har du nogensinde spist en elefant?

Begrebet bruges som metafor for at løse de store udfordringer og opgaver, vi har i vores hverdag – f.eks.

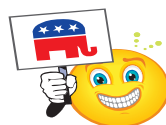
**implementeringen af DDKM
som godt kan virke uoverskuelig**



**Den Danske
Kvalitetsmodel
”smager godt”
i små bidder!**

Temadagen vil bestå af små præsentationer samt praktisk arbejde med DDKM standarderne.

Vi glæder os!!!!!!!!!!!!!!



Kvalitetsteamet

(Karin, Gunnar, Rikke, Heidi, Klaus, Birthe, Kristina, Lisbeth, Janne og Lone)