

*Ditte Høgsgaard*

# Spændingsfyldt *top-down* og *bottom-up* orienteret styring af tværsektorielle samarbejdsprocesser i det danske sundhedsvæsen

*Denne artikel viser de forskellige betydninger som forbedringsprocesser tillægges, når sundhedsprofessionelle arbejder med at forbedre deres tværsektorielle samarbejde om udskrivelse af ældre patienter fra hospital. Med eksempler fra et gennemført ph.d. aktionsforskningsprojekt viser jeg, hvordan forskellige diskursers magtfulde vidensformer får betydning for sundhedsprofessionelles måder at forstå, tale om – og skabe handlerum for at forbedre deres tværsektorielle samarbejdspraksis.*

*På trods af, at det danske sundhedsvæsen anno 2017 er præget af en stærk diskurs om at forbedre de sundhedsprofessionelles praksis, så viser jeg, hvordan det synes umuligt for sundhedsprofessionelle, der arbejder i direkte kontakt med patienterne at bidrage til forbedringsarbejdet med deres faglige viden og erfaringer. Især har de seneste årtiers fokus på forbedring gennem anvendelse af evidensbaseret viden, dokumentation, effektivitet og standardisering fortrængt de sundhedsprofessionelles muligheder for at bidrage med deres specifikke professionsfaglige viden i arbejdet med at forbedre praksis.*

*Formålet med artiklen er således at vise de kompleksiteter og spændingsfyldte dilemmaer, der har betydning for sundhedsprofessionelles arbejde med forbedringsprocesser i et sundhedsvæsen under pres. Gennem analysen viser jeg, hvordan at forbedre er infiltreret af en top down styringskultur, hvor incitamentet er effektivisering, et øget flow af patienter og hurtige udskrivelser – og af bottom up ideologiens forestilling om, at hvis bare de, der er tæt på problemstillingen deltager i forbedringsarbejdet, så vil det lykkedes. Afslutningsvis reflekterer jeg over den absurditet og det åbenlyse ressourcespild, der er forbundet med, at de to styringslogikker fortrænger hinanden og jeg argumenterer for at skabe nye og tværsektorielle samarbejdes og kommunikationsrum.*

**Nøgleord:** forbedringsdiskurser, tværsektorielt samarbejde i sundhedssektoren, aktionsforskning, inklusion, eksklusion.

## **Introduktion**

At forbedre kvaliteten i pleje og behandling beskrives ofte som noget positivt og noget vi alle ved, hvad indebærer. Få klik med musen

på søgeordene: forbedre og sundhedsvæsen viser et utal af links til artikler og hjemmesider, der alle har fokus på at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet til gavn for både patienter, pårørende og borgere. For eksempel henvises der på den danske sundhedsstyrelses hjemmeside til dokumenter som: *“Udvikling af værktøjer skal forbedre behandlingsvalg for patienter”*<sup>1</sup> og *“Forløbstider for hjertepakker: Et fortsat arbejde med forbedringer ...”*<sup>2</sup> – og i et fagligt oplæg: *“Styrket indsats for den ældre medicinske patient: ... anbefalinger der vil forbedre indsatsen for ældre patienter ... sker ved at: Skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse”* (Sundhedsstyrelsen, 2016b:4). Begrebet at forbedre har altså en central plads i retorikken om at forbedre kvalitet og praksis i pleje- og behandlingsforløb – også i forhold til at forbedre det tværsektorielle samarbejde om patientens indlæggelse og udskrivelse. Med denne selvfølghed er min nysgerrighed som poststrukturalistisk inspireret forsker vakt, og jeg bliver optaget af spørgsmål som: Hvilke forståelser af viden og handlemåder synes at kunne inkluderes i dette arbejde – og hvad må ekskluderes i én eller måske flere diskurser om forbedring? Hvilke kompleksiteter og spændinger træder frem når de sundhedsprofessionelle forsøger at etablere mulige handlerum for at forbedre deres praksis? Disse spørgsmål er formet af en grundlæggende antagelse om, at der i samarbejdsprocesser også generes spændinger i magtfulde forhandlinger om viden, og hvor bestemte vidensformer dominerer eller udelukkes (Høgsgaard, 2017; L. Phillips, 2011; L. Phillips, Kristiansen, Vehviläinen, & Gunnarsson, 2013b; Louise Jane Phillips, 2016). Arbejdet med at forbedre kvaliteten i pleje

og behandling har siden 1990'erne været på dagsordenen i såvel management- som i organisationslitteraturen (Williams, 2017). Mange forskellige tilgange til at arbejde med forbedring har været afprøvet. Forbedringsarbejde inden for sundhedsområdet kan, ifølge Stewart et al (2016) groft deles i en forbedringstiltag, der er influeret af en top down styringstilgang som ofte er ledet af nationale mål og direktiver, politiske initiativer – og en bottom up tilgang som primært trækker på professionsorienteret motivation (Stewart, Bray, & Buckingham, 2016). Arbejdet med at forbedre praksis er således viklet ind i et spændingsfelt mellem en top down orienteret styringslogik på den ene side og en bottom up forbedringsdiskurs på den anden.

I denne artikel er det mit ærinde at udfolde de komplekse spændinger, der er knyttet til forskellige forbedringsdiskurser. Jeg ser på, hvilke muligheder og begrænsninger spændingsfeltet åbner og lukker for, når sundhedsprofessionelle arbejder med at forbedre deres praksis i en kontekst, der er præget af både top down og bottom up styringslogikker. Artiklens empiriske materiale er hentet fra otte workshopsdage i et aktionsforskningsprojekt, der handlede om at forbedre og forandre det tværsektorielle samarbejde imellem de sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives fra hospitalet (Høgsgaard, 2017). Fire eksempler analyseres og jeg viser, hvordan forskellige diskurser om at forbedre praksis bliver fastholdt i en praksis, hvor der cirkulerer særlige former for forståelser og logikker. Det giver, de sundhedsprofessionelle muligheder, men også begrænsninger i forhold til deres måder at kommunikere og handle på i det tværsektorielle samarbejde omkring ældre patienters udskrivelse. Jeg viser således, hvordan arbejdet med at forbedre praksis både er spændingsfyldt og komplekst, og jeg reflekterer afslutningsvis over, hvordan forståelsen af spændinger og kompleksitet kan bidrage til en kritik af en forbedringsdiskurs i sundhedsvæ-

1 <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/udvikling-af-vaerktoejer-skal-forbedre-behandlingsvalg-for-patienter>, hentet 30.9.2016

2 <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/forloebstider-for-hjertepakker-fortsat-arbejde-paa-forbedringer-i-4-kvartal-2014> hentet 30.9.2016

senet, som synes at ekskludere de sundhedsprofessionelles bidrag til det at forbedre praksis.

Men før jeg går til det egentlige analysearbejde, introducerer jeg læseren for de top down og bottom up styringslogikker, som er repræsenteret i den styringskontekst forbedringsarbejdet i det danske sundhedsvæsen foregår i. Desuden udfolder jeg de teoretiske grundantagelser analysen trækker på.

### **Top-down og bottom-up styringslogikker i det danske sundhedsvæsen.**

Både top down og bottom up styringslogikker har betydning for, hvordan forbedringsprocesser i offentlige institutioner kan forstås. (Mazmanian & Sabatier, 1989; McDonald, 2005; Sabatier, 1986, 1999; Sørensen, 1998; van Rossum, Aij, Simons, van der Eng, & Ten Have, 2016). Jeg henviser her til en top-down styringslogik, som henviser til, at beslutninger om at implementere forandringer tages oppefra i fx en politisk eller ledelsesmæssig kontekst. Udgangspunktet er typisk lovgivning eller politiske strategier, hvorudfra der beskrives bestemte målsætninger og teknologier (Stewart et al., 2016). Ud fra politiske målsætninger og strategier defineres konkrete mål, og der indrages gerne velkendte teknologier, som skal kunne gøre det let at måle om det ønskede resultat blev nået. Det er en mål-middel betragtning, som primært er baseret på en lineær årsag-virknings sammenkædning, og hvor der er en forventning om, at hvis man skal implementere forandringer er det helt centralt med en præcis målformulering (Bogason, 1998:20). Det betyder, at der i en top-down styringslogik tilstræbes at have et klart, konsistent og veldefineret objekt. Samtidig er der en forståelse af, at generelle teorier skal kunne legitimere og forklare, hvilke effekter og ændringer, der kan forventes i organisationen og hos medarbejderne, hvis en bestemt strategi følges (Cloutier, Denis, Langley, & Lamothe, 2016; Mazmanian & Sabatier, 1989; Sabatier, 1986). Denne klassiske top-down styringslogik er også velkendt

i det danske sundhedsvæsen. Især har der igen de seneste årtier været et øget fokus på at forbedre kvaliteten i praksis netop ved at implementere evidensbaserede standarder og retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2014, 2016b). Lad mig give et eksempel på en top-down forbedringsstrategi i en dansk kontekst, når en politisk strategi skal implementeres i sundhedsvæsenet. Når der af sundhedsstyrelsen er udviklet en strategi fx: "*Skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse*" oversættes disse strategier til målsætninger og hensigter (Sundhedsstyrelsen, 2016b, Sundhedsstyrelsen, 2009, 2014, 2016a). Disse målsætninger oversættes efterfølgende af de fem regioner og kommunerne til konkrete kliniske retningslinjer. Næste step er, at hospitalernes og kommunernes kvalitetskonsulenter oversætter sundhedsstyrelsens retningslinjer til lokale dokumenter, der beskriver, hvordan den tværsektorielle kommunikation og samarbejdet om patientens udskrivelse skal foregå. Jeg forstår således processen som en række af oversættelser, hvor der sker transformationer/konkretiseringer af det oprindelige dokument. De teknologier, som skal bidrage til at målsætningen udmøntes, er ofte redskaber eller modeller der er hentet i New Public Management (NPM)-kulturen – altså en form for teknologier, der knytter an til en markedsorienteret logik (Hood, 1991), hvor styring af markedet sker gennem detaljerede styringsredskaber, standardiseringer og dokumentationsredskaber, som skal sikre, at kunden får, hvad kunden betaler for (Hood & Dixon, 2016).

### **Bottom up styringslogik og aktionsforskning**

Som Sørensen (1998) illustrerer, repræsenterer en bottom up logik en anderledes forståelse af, hvordan der kan skabes forandringer og forbedringer i offentlig styret organisationer. Det er et brud med at forstå styring som en lineær, målstyret top down proces, som er uafhængig

af konteksten. Der har siden 80'erne været fokus på at udfordre den offentlige forvaltnings bureaukratiske top-down styringslogik, når det handler om at skabe forandringer i den offentlige sektor. Det skyldes bl.a. erkendelsen af at centraliserede lederskab, bureaukratisk lederskab og hierarki har vist sig ikke at leve op til den mål – og resultatstyring, som blev stillet i udsigt (Sørensen, 1998). Bottom-up tilgangen er altså et opgør med forestillingen om, at en organisation er en rationel handlende og sammenhængende enhed, hvor veldefinerede mål kan sikre en bestemt adfærd. Det er et fællestræk for bottom up, at den beskæftiger sig med konkrete praksisnære problemer fremfor centralt definerede mål (Bogason & Sørensen, 1998:9). Der er altså tale om et andet orienteringspunkt, hvor fokus er at afgrænse én eller flere problemstillinger, som de opleves af enkeltpersoner eller grupper. Fokus er primært rettes mod det *der nede*, som skal forstås som det lokale og det styrede. Det er et opgør mod *“hvordan en ledelse bedst muligt fastholder kontrollen med kollektive handleprocesser”* (Sørensen, 1998:44). I en bottom-up tilgang begynder processen ikke med en politisk beslutningsstrategi eller fra på forhånd udviklede teorier og begreber, men med at identificere konkrete praksisnære problemstillinger, som de opleves af- og giver mening for aktørerne. En bottom up tilgang giver mulighed for at inddrage flere centrale praksisnære dimensioner og forskellige relevante aktører og netværk (Cloutier et al., 2016; Mazmanian & Sabatier, 1989). Aktionsforskning repræsenterer på mange områder en sådan bottom-up logik. I aktionsforskning er det de aktører, som kender praksis, der i fællesskab formulerer mål, forbedringsstrategier og initiativer (Coghlan & Brannick, 2014; Marrow, 1969; B. S. Nielsen & Nielsen, 2010; Reason & Bradbury, 2008). Det aktionsforskningsprojekt, som jeg sammen med seks sundhedsprofessionelle har gennemført (i perioden 2014-2015) (Høgsgaard, 2017), havde en

typisk bottom up tilgang. Vi arbejdede med forandrings- og forbedringsinitiativer ud fra en fælles definerende af deltagernes erkendelse og beskrivelse af problemstilling, proces og forbedringsforslag (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). Det var således deltagernes forståelse af- og involvering i den konkrete problemstilling, der var med til at udvikle viden/praksis, der “kan bruges” direkte og “være til gavn” med det formål at forbedre aktørernes praksis (Krøjer, 2006).

### **Teoretisk grundantagelse**

For analytisk at kunne forstå det at forbedre, som et spændingsfyldt, mangetydigt og komplekst begreb trækker jeg på Michel Foucaults forståelse af viden og magt (Foucault, 1982, 2012). I diskurser om at forbedre praksis opnår bestemte former for viden særlige privilegier og magt, hvor der er implicite grænser for aktørernes handlerum. Der er således særlige handlemåder, der i bestemte kontekster og situationer kan betragtes som værende passende og rigtige. Men diskurser udfordres altid – og ofte samtidigt – af andre diskurser. Det betyder, at viden ikke kan forstås som hverken afgrænset eller statisk. Den er derimod flydende og omformes konstant i mødet med andre former for viden og bliver til gennem forhandlinger og kampe om retten til at definere, hvad der bør betragtes som sandt og falsk eller det rigtige at gøre (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005; Krøjer, 2010; Stormhøj, 2006; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Da mit ærinde i denne artikel er at få fat på, hvordan det at forbedre praksis forstås og artikuleres af feltets praktikere, har jeg i analysen fokus på bevægelser og spændinger mellem bottom-up og top-down forståelser af forbedringsbegrebet. Med inspiration af Phillips (L. Phillips, 2011; L. J. Phillips, 2011; L. Phillips, Kristiansen, Vehviläinen, & Gunnarsson, 2013a) forstår jeg spændingsbegrebet som et åbent begreb, der anerkender forskellighed som dynamisk grænsesættende i betydnings-

dannelse. Netop ved at fokusere på forskelle og forskellighed åbnes der op for nye erkendelser. Spændinger er således ikke noget, som nødvendigvis er konfliktfyldt eller en barriere for at kunne dele viden og forståelse. Tværtimod må spændinger løftes frem og forstås som dynamiske, positive og nødvendige for den fælles menings- og betydningsdannelse (L. Phillips, 2011). Fx viser Krøjer (2006), at når mennesker handler med den intention at ville forbedre praksis, indebærer det altid, at de gennem sprog og handlinger aktualiserer bestemte diskurser om at forbedre egen praksis, som også indebærer en udfordring og en forstyrrelse af deres egne forestillinger af "virkeligheden". Processen skaber altså kontinuerlige spændinger, kampe og forhandlinger om retten til at definere de "rigtige" forståelser – og de passende handlinger. Det åbner for en multiplicitet, som ikke er et udtryk for flere forskellige versioner af en objektiv eller naturgiven virkelighed, men derimod, at virkeligheden konstant bliver forstået og udført på forskellige måder – og dermed ikke bliver passivt beskuet (Søndergaard, 2009:84). Den teoretiske grund, jeg står på, implicerer således ikke en a priori forestilling om, hvordan en bestemt top down eller bottom up tilgang bliver styrende for hvad, der er passende handlinger. Med denne tilgang analyserer jeg, hvordan forskellige vidensformer flyder sammen og åbner op for nye forståelser. Når det at forbedre antages som et åbent, mangetydigt og bevægeligt begreb, så må de sundhedsprofessionelles praksisser også anskues som usikre og ustabile alt efter, hvilke situationer arbejdet med at forbedre indgår i. Jeg har således arbejdet med et teoretisk afsæt, som *både* kan rumme fleksibiliteten, spændingerne og samspillet imellem top down og bottom up forbedringstiltag. Mit teoretiske ståsted indebærer altså en indbygget kritik af at tale om forbedring som et entydigt positivt begreb, som bevæger praksis fra noget dårligt til noget bedre, som om det er en lineær proces uden spændinger, magt eller kompleksitet.

### Introduktion til analysen

Det empiriske materiale er transskriberet lydoptagelser fra otte aktionsforskningsdage og en evalueringsworkshop fra et tværsektorielt aktionsforskningsforløb (Høgsgaard 2017). Det var et aktionsforskningsprojekt, der handlede om at forbedre det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen, når ældre patienter udskrives fra hospitalet til eget hjem. Som en del af aktionsforskningsforløbet arbejdede en tværsektoriel aktionsforskningsgruppe på seks sundhedsprofessionelle over et halvt år intensivt med projektet. Gruppen bestod af tre personer fra et kommunalt hjemmeplejeområde og tre personer fra en hospitalsafdeling. Forskellige faglige netværk – og aktionsforskningsgruppens kollegaer fra hospitalsafdelingen og kommunen var også involverede i flere af arbejdsprocesserne. De deltog bl.a. i aktionsforskningsgruppens første undersøgende del og i at gennemføre de eksperimenter som aktionsforskningsgruppen foreslog som forbedringstiltag.

Det empiriske materiale, består primært af transskriberet lydoptagelser fra aktionsforskningsgruppens arbejdsdage. Mine logbogsnotater fra arbejdsdagene fungerer som et slags bagtæppe, og repræsenterer mine umiddelbare refleksioner over dagene. I mit analyse arbejde har jeg hentet inspiration fra Dorte Marie Søndergaards måder at arbejde analytisk med sit empiriske materiale på (D. M. Søndergaard, 1996, 2006). Som Søndergaard foreslår, kan man gå til sit materiale med en første umiddelbar gennemlæsning (D. M. Søndergaard, 2006:256 ff). Denne første gennemlæsning gav mig en fornemmelse af hvilke betydninger, der synes at være på spil i forhold til min tematik: at forbedre praksis. Denne første læsning kan, som Søndergaard fremhæver, give et indtryk af, hvilke selvfølgeligheder, der er i spil på et første umiddelbart betydningsniveau. Derefter læste jeg efter passager, der synes energi – og spændingsfyldte, bl.a. ved at hæfte mig ved de temaer som gruppen igen og igen vendte

tilbage til, når der blev talt om at forbedre praksis. Jeg arbejdede systematisk med mine analysestrategiske spørgsmål, hvor jeg især havde fokus på aktionsforskningsgruppens artikulation af, hvordan de oplevede, at de kunne bidrage til at forbedre praksis – samt hvilke spændinger og modsætninger de talte frem i deres forestillinger om det gode tværsektorielle samarbejde. Med disse spørgsmål “redte” jeg så at sige mit materiale igennem (D. M. Søndergaard, 2006) for at få frem, hvad det er for vidensformer og handlemåder, der var bestemmende for, hvad der kunne inkluderes, hvad der måtte ekskluderes samt hvilke spændinger, der cirkulerede mellem de forskellige vidensformer.

### Fire analyseeksempler

Som grundlag for analysen er valgt fire eksempler. De fire eksempler viser på hver deres måde, hvordan både kompleksitet og spændinger tales frem, og hvordan der åbnes for flertydige forståelser af forbedringsarbejdet. De to første eksempler “*Et håb om at indflydelse, kan bidrage til at forbedre*” og “*Når de nu endelig får mulighed for deltagelse. Et demokratisk dilemma*” viser især, hvordan ønsket om en demokratisk proces er spændingsfyldt, og hvordan de to logikker: topdown og bottom up kontinuerligt har betydning for de sundhedsprofessionelles måder at forstå- og agere på i deres handlerum. Eksemplet “*Når faglig viden ikke er passende og bliver ekskluderet i forbedringsarbejdet*” viser, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever at deres erfaringer og professionsorienterede viden ekskluderes. I det sidste eksempel “*Driften passer ikke sig selv*” viser jeg, hvordan en markedsorienteret logik infiltrerer talen om “*at passe patienten*”, men også hvordan *driften* bliver til et forsvar overfor den kontinuerlige strøm af krav om forandring og forbedring.

### “Et håb om at indflydelse kan bidrage til at forbedre”

På aktionsforskningsgruppens første mødedag talte vi om, hvilke forventninger og håb vi havde til hvordan aktionsforskningsprojektet kunne bidrage til forbedring af det tværsektorielle samarbejde. Det blev til en snak om, hvordan de som frontmedarbejdere oplevede at skulle være med i et forskningsprojekt om forbedring af praksis:

Bente (hosp)<sup>3</sup>: Hvad jeg glæder mig til? Jamen, det er det her med at blive hørt i de rigtige sammenhænge.

Ditte (forsk): Ja. Hvad mener du?

Bente (hosp): Det, som jeg tror er styrken ved det her [aktionsforskningsprojekt] er, at det er os, der samarbejder til daglig, og som har de her problemer med samarbejdet ... hmm ... at det er os som deltager i et projekt om at forbedre vores praksis. Mit indtryk er, at når tværsektoriel kommunikation bliver evalueret i regioner og kommuner, så sidder der nogle ledere og laver nogle evalueringer og forslag til forbedringer på baggrund af vores udmeldinger. Det vil sige, at lederne får en masse andenhåndsberetning, altså fra os, som de formidler videre op i systemet. Så mødes de [lederne] og udveksler vores synspunkter, og laver nye forslag. Bagefter skal deres [ledernes] forslag så oven i købet oversættes af kvalitetskonsulenterne og sendes tilbage til os. Så jeg synes det klæder dem [ledelsen], at vi nu er direkte involverede i et projekt, der netop handler om at forbedre vores praksis. Man kan jo også tydeligt høre på vores snak i gruppen, at der er et behov for, at der gøres noget – så det kan blive bedre.

(...)

3 Alle navne er opdigtede. (Hosp) er en forkortelse for hospital, (kom) for kommune og (forsk) er forkortelse for mig som forsker.

Line(kom): ... ja, vi burde også have en lille finger med i evalueringen af den regionale samarbejdsaftale, så det ikke kun er lederne, der har en finger med i spillet (Aktionsforskningsdag 2.9.2014).

Bente og Line viser i dette uddrag, at de har en forventning om, at aktionsforskningsprojektet kan bidrage til, at de som frontmedarbejdere bliver involverede og hørt på en anden måde, end de plejer. For det første er projektet et ph.d. projekt, som er initieret og støttet af deres ledelse. Det giver i sig selv deltagerne en legitim position at tale ud fra. De forventer dermed, at det bliver vanskeligere for både deres ledere og kollegaer at overhøre, hvad de i en forskningsgruppe kommer frem med. Projektet havde altså på forhånd en stærk position, fordi det var et ph.d. forskningsprojekt, som der både var investeret økonomi og tid i.

For det andet er det deltagernes håb, at de gennem fællesskabet med de øvrige i aktionsforskningsgruppen, som alle har aktuelle praksiserfaringer med problemstillingen, kan bidrage til forbedring i en klar bottom up tilgang. Det er netop afgørende at *det er os der sidder og samarbejder til daglig, og som har de her problemer- at det er os som deltager i et projekt om at forbedre vores praksis*. Med udtalelsen: *“Så jeg synes det klæder dem, at vi kan sidde her og tale sammen direkte”* værdsætter Bente, at medarbejderne på tværs af sektorerne kan tale direkte med hinanden om deres fælles sag, og at de ikke skal igennem ledelsen. Projektet gav dem mulighed for at tale direkte med dem i den anden sektor om, hvordan de oplevede problemerne i forbindelse med en patients udskrivelse. Bente bruger formuleringen, at det *“klæder dem” [ledelsen]*. Jeg tolker hendes formulering som en understregning af, hvor vigtigt hun oplever det er, at hun, som er direkte involverede i problemstillingen, involveres i at udvikle og forbedre den fælles praksis. Selvom deres viden som

praktikere efterspørges af lederne, så oplever Bente ikke at den viden de leverer til ledelsen er passende. Det bliver således deres oplevelse, at det er nødvendigt for lederne at omformulere og ‘oversætte’ deres = praktikernes viden og erfaringer, så det kan passe ind i de evalueringsmanualer, som lederne skal udfylde. Jeg ser dette som en spænding imellem de to logikker (top down og bottom up). Bente og Line oplever, at der *oppefra* er en interesse for deres erfaringer og vurderinger. Men de oplever også, at deres bidrag ikke kan fremstå i sin egen ret, fordi den viden de repræsenterer ikke umiddelbart passer ind i den evalueringskontekst lederne indgår i. Med inspiration fra Duttas kultur-teoretiske begreb ‘cultural sensitivity’, bliver det til et forsøg på at få deres kultur – og professionsorienterede viden til at passe ind i det dominerende paradigme. Så selvom om praktikernes viden efterspørges, så bliver den fastholdt af et dominerende top down perspektiv med klart definerede kriterier. Dutta skriver:

“The expertise remains in the hands of the dominant external experts who determine the objectives, determine the relevant cultural characteristics, configure the messages to fit these characteristics, and evaluate the messages? based on externally defined criteria” (Dutta, 2007:308-309).

Det kommer fx frem når Line fremsætter ønsket om at have en finger med i spillet. Her udtrykker hun ikke kun et håb om at blive hørt, men også et ønske om at hendes viden inkluderes. Hun føler sig sat ud af spillet ved, at evalueringen, som hun oplever det, så at sige ikke har noget med dem at gøre. Dette stemmer overens med Duttas fremhævnings af, at de eksterne definerede kriterier kommer til at være distancerende og undertrykkende, fordi det, der egentlig er på spil for de sundhedsprofessionelle, og som har betydning for dem, undertrykkes gennem en bestemt forståelse af hvilke svar, der anses som passende.

De sundhedsprofessionelles informationer og forståelse af, hvordan det konkret foregår i praksis bliver således ekskluderet fra den konkrete evalueringskontekst, fordi den skal 'omformuleres' og 'oversættes', så den passer ind i den kontekst, hvor lederne skal bruge den – og som efterfølgende opleves som ukendelig for de sundhedsprofessionelle.

### Betæneligheder ved at deltage i forbedringsarbejdet

Både Bente og Line udtrykker samtidig også deres betæneligheder ved at deltage i aktionsforskningsprojektet om at forbedre praksis:

Bente (hosp): Det, jeg gruer for, er det med tiden ... jeg må tage mine kollegaer i ed (...) Det [aktionsforskningsprojektet] må ikke bringe uro ... for det skaber en masse uro, når én af os er meget fraværende (...) – og det påvirker dagligdagen, for der er jo nogen, der skal tage mine patienter. Så jeg håber på, at det her projekt virkelig kommer til at forbedre vores kommunikation. (...)

Lise(kom): Ja, det der bliver svært er at skabe det overskud, der skal til for at indgå i projektet. Lige nu kan vi simpelthen ikke se søen for bare skibe, og der er simpelthen ingen ressourcer. Så de her forbedringer, som jeg jo håber vi skal ud og have i gang, det bliver en stor udfordring.

Ditte (forsk): Så, du tænker det [aktionsforskningsprojektet] bliver et skib, der skal kæmpe om at komme til havn, ligesom de andre skibe du talte om før?

Lise (kom): Ja, vi skal virkelig sælge varen ... men det må vi så prøve. Men sådan er det. Det er jo ikke noget ondt om mine kollegaer, men jeg kan godt forstå de ikke har overskud lige nu. Sådan er det. (Aktionsforskningsdag 2.9.2014).

Her fremhæver Lise bekymringen over, at kollegaerne vil have vanskeligt ved at prioritere

tid til at deltage i dette projekt. Hun anerkender, at de ikke har overskud til at *søsatte* endnu et projekt. Så selvom dette projekt havde en særlig status som et praksisnært ph.d. projekt med ledelsesopbakning, prioriterede midler og tid, så var projektet alligevel i fare for at blive set som endnu ét i rækken af mange projekter. Lise forventer, at der skal en særlig overtalelse til overfor kollegaerne, og hun betragter det som en udfordring at få deres opbakning: *Ja, vi skal virkelig sælge varen ... men det må vi så [min fremhævelse] prøve*. Hun har således en forståelse af, at selvom projektet er formuleret som et bottom up projekt og har prestige som et forskningsprojekt, så skal der alligevel kæmpes om kollegaernes opmærksomhed. Lise bruger det lille ord '*så*', hvilket jeg ser som en fremhævelse af, hvor svært det er. Der er således en spænding mellem på den ene side et håb om reel indflydelse på forbedringsarbejdet i et praksisnært bottom up aktionsforskningsprojekt – og på den anden side erkendelsen af en travl hverdag i et presset sundhedsvæsen, hvor dette aktionsforsknings*skib* bliver til ét blandt mange.

### “Når de nu endelig får tilbud om deltagelse” – Et demokratisk dilemma

Den første sekvens i nedenstående citat er fra aktionsforskningsgruppens indledende diskussioner om planlægningen af aktionsforskningsforløbet. Vi diskuterede, hvordan vi kunne inddrage kollegaerne fra både hospitalsafdelingen og hjemmeplejen i projektet.

Bente(hosp): ...for hvis der er noget folk hader hos os, så er det når nogen kommer og siger: Værsgo! [så skal det her projekt implementeres]. Mine kollegaer vil gerne have indflydelse.

Linda (kom): ... Ja, jeg tror altså ... jeg tror, det går ikke bare at smække noget nyt på bordet, og sige det er noget nyt ... det er sgu lidt eksemplets magt. Det er vigtigt at kunne sige: “Ved du hvad – når vi gør det



på den måde, så har jeg faktisk en erfaring med, at så er det lidt lettere”.

Lise (kom): Jeg tror ... hmm ... vi skal have en større involvering af kollegaerne end, at vi afprøver det og siger, at det har vi erfaringer for, og at det er en god idé. Jeg tror vi skal ... et eller andet sted i mit hoved vil jeg starte med at gå tilbage [til kollegaerne] og sige: Vi har udskrivelser og vi har indlæggesler. Hvordan opfatter I samarbejdet om det? Hvad tænker I fagligt og følelsesmæssigt? Hvad er jeres forventninger? Hvad kunne I tænke jer blev anderledes og bedre? Og så når vi så ligesom har indsamlet den viden, så kan vi sige: Okay, det her er de vigtige problemstillinger. Vi kan garanteret nikke genkendende til de fleste af dem, men så er det de problemstillinger som også vores kollegaer ser, dem kan vi så gå tilbage og arbejde med – for så bliver de taget alvorligt, og så vil de gerne projektet (Aktionsforskningsdag 3.9.2014).

Her er der en tydelig fremhævelse af, at hvis kollegaerne bliver inddraget og får indflydelse på projektet, så vil de gerne deltage i projektet. Men Bente, Linda og Lise har forskellige strategier for, hvordan de vil gribe det an. Bente taler om, at *kollegaer vil gerne have indflydelse*, underforstået, at de ikke bare vil lade sig styre rundt uden at have indflydelse. Så udover at kollegaerne skal have mulighed for at deltage, skal de, ifølge Bente, også have indflydelse. Linda fremhæver, hvordan hun *gennem det gode eksempel* kan vise sine kollegaer, hvad der virker, og hvad der vil kunne forbedre deres praksis. Lise *vil give kollegaerne mere indflydelse* og involvere dem direkte i processen. Håbet er, at det vil give dem en fornemmelse af ejerskab og deltagelse i projektet. De vægter alle tre involvering af kollegaerne som en del af en vigtig demokratisk proces – og de har en “selvfølgelig” forståelse af at kollegaerne gerne *vil* deltage – hvis de havde tid. Det var tydeligt, at de på forhånd ikke havde forestillet

sig, at det kunne være vanskeligt at få kollegaernes opmærksomhed. Derfor var det en stor overraskelse for aktionsforskningsgruppen, da det viste sig at det faktisk var vanskeligt for dem at få kollegaerne til at deltage i aktionsforskningsgruppens spørgeskemaundersøgelse og i deres fokusgruppeinterview.

Line (kom): Jamen altså, jeg fik ikke nogen besvarelser [på spørgeskemaundersøgelsen] tilbage ....Jeg tænkte: Nu har I muligheden for at komme med idéer og forslag til, hvordan vi kan gøre det her bedre. For når de sidder og siger: “*Hvorfor udfylder de den [planen] ikke som de skal*” ...og bla bla. – altså når de brokker sig, må de også bidrage. Jeg måtte hive fat i dem onsdag omkring kl. 12 og sige: Kan du ik’ lige få udfyldt det [spørgeskemaet] Jeg skal bruge det i morgen (Aktionsforskningsdag 12.9.2014).

I mine logbogsnotater har jeg noteret, at der er meget energi i deres tale om, hvor svært det var for dem at få kollegaerne til at svare på spørgeskemaundersøgelsen og til at deltage i interviewene. Jeg skriver:

Logbogsnotat: I dag er det Lise og Linda, der kommer først. De virker glade, og de begynder straks at tale om, hvor svært det havde været at få kollegaerne til at svare på deres spørgeskemaundersøgelse. Derefter kommer Line. Hun ser lidt opgivende ud, men virker glad. Hun deltager hurtigt i diskussionen om, at det var meget svært at få kollegaerne til at svare på spørgsmålene (...) Så kommer Signe og Trine. Også de falder hurtigt ind i snakken om, hvor svært det havde været at få kollegaerne til at deltage (Logbogsnotat fra 11.9.2014).

Og mine notater fra dagen efter:

(...) Bente [der ikke var der dagen før] siger, da hun kommer, at det var vildt svært at få

interviewtid med kollegaerne. Det fylder meget for hende, ligesom det gjorde for de andre i går. Det griner vi lidt af, fordi hun ikke kan forstå, at de andre ikke også er “oppe at køre” over dette. Det, at det var svært at få kollegaerne til at deltage fylder rigtig meget i den indledende smalltalk (Logbogsnotat fra 12.9.2014).

Som jeg skriver i min logbog, så er spørgsmålet om at få kollegaerne til at deltage i projektet helt centralt for gruppen. Det optager dem virkelig, at deres kollegaer er vanskelige at få til at deltage i deres undersøgelse. Det bliver en form for de-romantisering af den selvfølgelighed, som der synes at være i, at når det er et demokratisk bottom-up projekt, hvor det er kollegaer der spørger – og ikke ledere eller konsulenter – så er forventningen at: selvfølgelig *vil* kollegaerne deltage. De bliver overraskede over kollegaernes fravalg. Måske var det også overraskende for gruppen at opleve, at de nu ikke længere var én af medarbejdergruppen, men nu opleves som én fra aktionsforskningsgruppen, der med sine spørgsmål også er med til at rejse en kritik af en fælles praksis. Altså nye – og spændingsfyldte relationer træder frem. Så selvom aktionsforskningsgruppen repræsenterer et bottom-up og praksisnært projekt, så var det svært for dem at involvere deres kollegaer i processen. Aktionsforskningsgruppen kommer, på trods af deres gode intentioner, til at fremstå som *en anden* – altså også som en der med deres spørgsmål stiller krav til kollegaerne.

Senere ved den afsluttende evalueringsworkshop vender Bente tilbage til vanskelighederne med at få kollegaerne involverede i projektet:

Bente (hosp): ... Hvad var det også for en apati, der breder sig? ... undskyld jeg lige tager den her. .... at folk ikke vil gå ind i et projekt, når de endelig bliver tilbudt indflydelse (...). Jeg sagde til dem: Nu er I tilsagt til

møde. Ellers var de ikke kommet til interviewet. Det er da tankevækkende.

Lise(kom): Nu, siger du apati, men det kan jo lige så godt være, at i og med du deltager, får du et ansvar, og du kan måske ikke rumme mere – den ligger der altså også – det er ikke nødvendigvis kun apati, men det kan også være: “*Jeg vil godt svare dig, bare jeg ikke skal være med i det*”

Lotte(kom): Jeg vil sige, der er i hvert fald i primærområdet [den kommunale hjemmepleje], jeg ved ikke hvordan det er inde på hospitalet, men der er i kommunen rigtig mange projekter og rigtig mange ting at tage stilling til. Medarbejderne ved godt at mange af de her projekter, de bliver ikke til en skid. Så de gider ikke svare eller blive ved med at svare på noget, som er uden betydning for dem. Det bliver mere mit behov for det projekt, jeg er involveret i, end det er kollegaernes interesse i at få indflydelse. (Evaluerings workshop 25.2.2015).

I dette uddrag er der særligt fokus på de betingelser, som har betydning for kollegaernes deltagelse i udviklingsopgaver. Bentes “*hvad er det for en apati, der breder sig?*” henviser til en taget-for-givet-viden om, at man *bør* deltage i den demokratiske og deltagerorienterede proces. Det er en forståelse af, at man ikke kan melde pas, *når de endelig bliver tilbudt indflydelse*. Det problematiseres af både Lise og Lotte, der peger på de vilkår, deres kollegaer har for at deltage i projekter. Det har betydning, at der er en mæthed over at deltage i tidligere års mange andre udviklingsprojekter, og at der er en erfaring for, at det at deltage i projekter alligevel ikke kommer til ‘at forbedre’ deres konkrete praksis, fordi de *ved godt at mange af de her projekter, de bliver ikke til en skid*.

Uddragene viser altså, hvor vanskeligt det var at inkludere kollegaerne i en demokratisk og bottom-up orienteret projektproces. På trods af intentionerne om at give kollegaerne en stemme ind i projektet, vælger kollegaerne det

fra af forskellige årsager. Det handler altså ikke blot om at blive inviteret og at få mulighed for at deltage, det handler også om hvilke vilkår og betingelser, der er for deltagelse i aktionsforskningsprojekter. Jeg ser her en spænding i arbejdet om at inddrage kollegaerne i en demokratisk proces, hvor gruppen på en måde, på trods af deres gode hensigter kommer til selv at repræsentere et oppefra perspektiv – der stiller krav til kollegaernes deltagelse. Det vidner om, at arbejdet med at inddrage kollegaerne er langt mere omfattende og kompliceret end blot at inddrage kollegaerne i en forundersøgelse.

#### **“Når faglig viden ikke er passende og bliver ekskluderet i forbedringsarbejdet”**

Dette eksempel handler om den spændingsfyldte dynamik der viste sig mellem erfaring, personlige værdier og faglighed. Disse tre elementer var hele tiden var i spil når forbedring kom på tale. I nedenstående uddrag kommer aktørernes personlige og erfaringsbaserede faglige viden til at stå i stærk kontrast til de forbedringstiltag, der kommer ‘oppefra’, fra ledelse eller konsulenter, og som ofte var knyttet til evidens, standarder og institutionelle retningslinjer.

Trine (hosp): Vi bruger ikke vores faglighed godt nok. Vi bør sige: Stop Sofie, den går ikke. Rent fagligt kan jeg godt sige, jeg skal ind og bosse, [måle puls, temperatur og blodtryk] og at jeg skal lave det og det, men ved du hvad, jeg har altså en patient, og den patient har brug for mig nu, og det har de tre andre ikke, så det her prioriterer jeg. Hvad er risikoen? Risikoen er, at vi som offentlig ansatte bliver fyret. Men hvor mange offentligt ansatte bliver fyret, fordi de har udført deres arbejde?

(...)

Bente (hosp): Vi må ikke slippe vores faglighed. Netop det er vigtigt. Vi gør meget en dyd ud af at sige: Det er meget muligt at lægen siger at patienten kan udskrives, men

jeg går ind og forhandler og siger: Patienten er ikke klar til udskrivelse. Så kan de vælge at sige: Det er vi ligeglade med, patientens skal udskrives – og så dokumenterer vi det og siger: Her er en faglig uenighed, og det er fint nok, men jeg vil bare gerne have det står i journalen, lige så vel som vi skal kunne dokumentere alt andet. Vi må holde på fagligheden, ellers holder vi op med at tænke, fordi der er nogen, som har skrevet det ned for os i forudbestemte planer. (Aktionsforskningsdag 24.11.2014).

Også Trine har fremhævet dette på en tidligere aktionsforskningsdag:

Trine (hosp): Flere sagde deres stilling op, for lige pludselig blev det sådan noget med, at der var patienter der skulle bosses [målt puls, temperatur og blodtryk] flere gange om natten (...) nattevagterne var inde og vække patienterne og de nåede ikke alt deres andet arbejde. De kunne ikke nå noget som helst for det hele blev gjort op i, om vi rettidigt havde gjort tingene – i stedet for hensynet til patienten. Vi er jo uddannet til at have det kliniske blik, vi ved godt når patienten er dårlig, så er vi opmærksomme på patienten. Det er ikke noget med at vi fralægger os et ansvar (Aktionsforskningsdag 2.9.2014).

Alle tre uddrag viser deres frustrationer over ikke at kunne inkludere deres faglige vurderinger i arbejdet omkring patienten. Her synes den faglige viden at blive ekskluderet af systemer og standarder og det opleves som frustrerende. Som Tanggaard fremhæver giver netop det at kunne mestre et håndværk og at kunne lave en faglig vurdering en form for livsglæde for den enkelte medarbejder samtidig med, at det også er værdifuldt for samfundet (Tanggaard, 2008). Med henvisning til Sennett argumenterer Tanggaard for, at vores samfunds bæredygtighed er på spil, hvis ikke vi anerkender betyd-

ningen af håndværkerens indgående kendskab til arbejdet (ibid:6). At forbedre kvaliteten af pleje og behandling indbefatter nemlig ikke kun indførelsen af nye standarder og procedur beskrivelser, men også de sundhedsprofessionelles oplevelse af de reelle muligheder for at kunne udføre dem. Indvendingen synes at være, at standarder og retningslinjer, for hvordan de ansatte skal handle, ikke giver mening for den enkelte fagperson, og i sidste instans heller ikke giver en bedre pleje og behandling. De oplever det problematisk at der ikke skabes plads til de professionsfaglige erfaringer og viden, der tager afsæt i den professionsfaglige og praksisnære forståelse af, hvad det indebærer at forbedre praksis. De generelle regler står således i kontrast til aktørernes erfaringsbaserede og praksisnære viden. For aktørerne bliver forbedring af praksis båret af den enkeltes evne til at lære at reflektere og være åben overfor, hvad der bliver sagt. Derved bliver forbedring i praksis også knyttet til, at det også skal komme "nedefra" – fra en kontekstnær faglig vurdering. Som Bente fremhæver: *vi må holde på fagligheden, ellers holder vi op med at tænke, fordi der er nogen, som har skrevet det ned for os*. Der er altså en tendens til, at et øget fokus på dokumentation af diverse målinger betyder en forskydning af det faglige kliniske arbejde, som netop har betydning for de sundhedsprofessionelles følelse af værdighed og selvværd.

Når der samtidig bliver færre ressourcer, som citatet fra Trine, viser, så opstår der et pres på den side af fagligheden, som kan betegnes som *upåagtet faglighed*. Inspirationen til at se på *upågtet faglighed*, som den del af det faglige arbejde, der ikke let lader sig beskrive eller dokumentere, henter jeg fra Ahrenkiel (2011). Ahrenkiel har i sin forskning fra daginstitutionsområdet, med inspiration fra Birte Bech-Jørgensen, hverdagslivsteori vist, hvordan pædagogernes *upågtede faglighed* kommer til syne i de praktisk-konkrete aktiviteter, der fylder dagligdagen (Ahrenkiel, Nielsen, Schmidt, Sommer, & Warring, 2011).

Hun definerer 'upågtet' som den faglighed, det arbejde der ofte lever i rutiner, i praktiske og selvfølkelige opgaver, som er absolut nødvendig for det professionsfaglige arbejde, men som er vanskeligt at dokumentere (ibid, 31). Som citatet viser oplever de sundhedsprofessionelle at deres faglige vurderinger og det *at passe sit arbejde* fortrænges af kravet om at prioritere dokumentation, registrering og udførelse af definerede standarder og dermed ikke giver plads eller anerkendelse af de arbejdsopgaver, der ofte *upågtet* får arbejdsprocesser til at fungere.

### Professionsfaglighed bliver et privatnagende

I nedenstående uddrag viser jeg, hvordan det at skaffe sig nødvendige tværfaglig – og tværsektoriel viden, bliver til en form for et privatnagende, som foregår i fritiden:

Bente (hosp): En tidligere kollega, – hun har arbejdet et halvt års tid hos os- hun kom tilfældigvis forbi nede på fodboldbanen for at se ungerne spille bold. Hvad vi ikke når at udveksle af viden og erfaringer på en halv time, når vi ser på ungerne, er utroligt. Altså sådan en masse ting, hvor vi bare bliver klogere på, hvordan vi kan gøre det bedre, hvor hun også siger: Gud ja, det kan jeg da godt se (...) Vi må mødes noget mere ... det bliver der bare ikke noget af ... det er der ikke afsat tid til i det daglige (Aktionsforskningsdag 2.9.2014)

I dette citat fortæller Bente, at hun tilfældigt møder en kollega i fritiden, og at de dér har tid til at udveksle vigtige informationer, som gør hende klogere på, hvordan de på hospitalet kan gøre udskrivningssituationen bedre. Det foregår, mens ungerne spiller bold. Der er således en spænding mellem Bentes personlige ideal om at kunne gøre sit arbejde bedst muligt, som blandt andet inkluderer vigtig viden fra den anden sektor, og på den anden side arbejds-

betingelser hvor *der ikke er afsat tid til det i det daglige*. Eksemplet viser, hvordan Bente gennem sine private kontakter får viden om, hvad der foregår i den anden sektor og hvordan det har betydning for hendes praksis. Det viser også, at det er der ikke prioriteret tid eller ressourcer til, derfor må den foregå i den private sfære – på boldbanen. Når de sundhedsprofessionelles faglige erfaringer og kontekstuelle viden på den måde ekskluderes og ikke kommer i spil i arbejdet med at forbedre praksis, så betyder det, at vi som samfund mister både vigtig og nyttig professionsbåret viden. Det synes som åbenlyst ressourcospild, hvis vi ikke inkluderer de sundhedsprofessionelles kontekstuelle viden og erfaringer i forsøget på at forbedre kvaliteten af patienternes pleje og behandling. Og ikke mindst prioriterer tid til denne tværsektorielle udveksling af erfaringer og nødvendig viden.

#### “Driften passer ikke sig selv”

Spændingen mellem at passe driften og at deltage i forbedring af praksis er tydelig i nedenstående citat, hvor Lise og Bente diskuterer mulighederne for at skabe forandringer og forbedringer i dagligdagen:

Bente (hosp): ...det jeg prøver er at udbrede meget ro hos mine kollegaer, ved at sige: Okay, nu er vi i en forandring – i en forandringsproces, der er dybt afhængig af, at der er nogen, som der kører daglig drift. Det er os, der kører den daglige drift, vi sørger for at det her, det fungerer – så kan de ændre alt det de vil oppe, som de vil, og når de er klar ... kan de få tingene ned til os. Hvis vi begynder før det er klart og prøver at overskue det oppefra – det kan vi jo ikke. Vi kan bare nogen gange sige: Christ – lad os køre daglig drift, for det er vores kerne[opgave], så har vi noget at holde fast i indtil forandringen begynder hos os.

– og det suppleres af:

Lise (kom): Forbedring afhænger af daglig drift – det er vores kæphest –at have noget at holde fast i. Når forslagene er klart beskrevet oppefra, kan vi begynde at se på det. Hvis vi begynder at tage deres [ledernes/konsulenternes] perspektiv giver det kaos (Aktionsforskningsdag 25.11.2014).

Her fremhæves det både af Bente og Lise, at driften af kerneopgaven i sig selv er et argument for at modstå forandrings-skibene. Det giver mulighed for en slags ‘helle’ som bliver en måde at skabe ro og stabilitet på ved at holde sig til sine driftsopgaver. Samtidig er driftstedet en magtfuld platform, hvor den der har retten til at kunne prioritere og handle også har magten til at holde nye forslag ude. Det bliver tydeligt i citatet: *Forandringsprocessen er dybt afhængig af, at der er nogen som der kører daglig drift – det er os der kører den daglige drift, vi sørger for at det her, det fungerer.*

Her fremhæver Bente nemlig, at driften giver dem en form for stabilitet – noget at kunne holde fast i for at undgå at være i kaos. Der sker altså en adskillelse og en spænding imellem det at udføre den daglige drift/kerneopgaverne – og kravet om implementeringen af forbedringstiltag. Det er en diskursiv kamp, mellem på den ene side en driftsdiskurs, hvor aktørerne skal skabe ro, stabilitet og sikre at driften fungerer og diskursen om at implementere forbedringsforslag, hvor agens er knyttet til kontinuerligt at forandre og forbedre praksis. Forbedringsforslag, der kommer oppefra, og som er formuleret af konsulenter og ledelse, er altså ikke noget, der umiddelbart kan give ro eller stabilitet. Tværtimod virker de forbedringsforslag, aktørerne oplever kommer oppefra, som forstyrrende elementer. Det kan der være flere grunde til. Der er tidspresset, hvor oplevelsen af at passe driften synes at tage al tiden. Dertil kommer deres erfaringer med at forbedringsforslagene er vanskelige at forankre og fastholde. Som Bente fremhæver i nedenstående citat, gør den daglige drift

det vanskeligt for hende at anvende sine nye kompetencer:

Bente (hosp): Det er virkelig svært at komme igennem med Lean-processer. Alle de lean-agenter, som jeg har mødt, de bruger det ikke, det er der ikke tid til! Det er jo selvmodsigende (...)vi vil egentlig gerne være positive, men vi passer driften, så må forandringen komme til os på et tidspunkt – for driften passer ikke sig selv, det er det, der sker nu, som har betydning. Jeg har fået en fin lean-agent-uddannelse, men jeg bliver nødt til at passe driften i første omgang. (...) vi bruger tusindvis af timer og en masse penge på sådan nogle ting – det samme gør sig gældende med TSM [det elektroniske kommunikationssystem], det bliver bare sprøjtet ud (...). Og der er jo rigtig mange ting som er guldkorn ... der sidder nogen et eller andet sted ude fra og pumper nye tiltag ned i systemet uden at tænke på, at det er nogens liv, altså det er patienterne, det går udover ... så bliver man bare nødt til at sige: det der leanskib – lad det da sejle, og det der TSM-skib – lad det sejle – og lige pludselig har vi investeret milliarder i noget, hvor folk lader det sejle, for vi har altså også nogle kerneydelser som i sidste ende skal passes (Aktionsforskningsdag 25.11.2014).

Når driften som i det forrige citat blev fremstillet som en slags 'helle' og en magtfaktor; noget som legitimerer, at man nu ikke mere engagerer sig i forbedringsprojekter, så er der i dette citat andre følelser i spil. Det er frustrationer over, at det at passe driften så at sige spænder ben for nye initiativer og udviklinger: *vi vil egentlig gerne være positive* og som også betragtes som *guldkorn*. Det viser at der er en interesse for at være positiv over for forandringer, men det at passe driften kan ikke fraviges: *vi passer driften så må forandringen komme til os på et tidspunkt*. Bente oplever det også

frustrerende at have fået en *fin lean-agent uddannelse*, men som hun oplever er vanskelig at have tid til at implementere og anvende på grund af at driften skal passes. Frustrationerne er rettet mod de opgaver, der kommer udefra, og dermed kan man se, at driften også her kommer til at fremstå som det faste, stabile og det urørlige. Det bliver på en måde "det hellige" – det der ikke kan stilles spørgsmålstegn ved. Bente udtrykker også en magtesløshed overfor alle de projekter, hun oplever, der sprøjtes ud i systemet. En magtesløshed over at bruge tid og økonomi på noget, der synes meningsløst og dyrt for samfundet. Også her synes driften at blive en slags redningskrans-det man kan overleve på. Driften bliver således både en barriere for at kunne initiere forandring – og forbedringsprojekter – OG samtidig et 'helle' der giver mulighed for ro og stabilitet i det daglige arbejde, der kan holde det forstyrrende forandrings- og forbedringsarbejde på afstand.

#### Når "at passe patienten" bliver til "at passe driften"

Afslutningsvis reflekterer jeg over, hvordan driften bliver til en magtfuld markør, der har magt til både at sætte af forbedre på 'helle' og til at legalisere, at når driften tager al tiden, så kan man sætte de forventninger, der kommer til at forbedre oppefra på 'helle'. Jeg hæfter mig her ved anvendelsen af ordet *drift*, som henviser til markedsorienteret logik. Det er interessant, at det bliver så vigtig en markør, som kommer til at fremstå som en slags "redningskrans" og et værn mod oppefra-forandringer. Phipps (2016) har, med henvisning til Wendy Browns forskning, netop vist, hvordan markedsorienterede og neoliberale begreber infiltreres i sproget:

"Political and social problems are converted into market terms, becoming individual issues with consumption-based solutions" (Brown, 2006: 704, In:Phipps, 2016:307).

Det der tidligere blev betegnet som “*at passe patienten*” bliver på en måde oversat til “*at passe driften*”. Før var det vigtigste “*at passe patienten*” nu er det “*at passe driften*”. Det betyder, at de løsninger, som så knyttes til *driften*, er løsninger, som er knyttet til opgaver, der kan måles, dokumenteres og registreres, ligesom varer i et marked, der kan sælges – altså en markedsorienteret sprogbrug. Jeg aner dog en finurlighed i både Bente og Lises måder at anvende *driften* på, fordi de på en raffineret måde forsøger at få “*at passe patienten*” ind som en del af “*at passe driften*” ved at bruge deres magtfulde position som: *Det er os der kører den daglige drift, vi sørger for at det her, det fungerer.*

### Afslutning

Det har været en bærende idé i denne artikel, at se på hvordan top down og bottom up forbedringslogikker har betydning for de sundhedsprofessionelles bestræbelserne på at forbedre det tværsektorielle samarbejde. Jeg har med eksempler fra et aktionsforskningsforløb vist, at dette forbedringsarbejde både er komplekst, spændingsfyldt og langt mere kompliceret end blot et spørgsmål om at kombinere top down og NPM-styringslogik med en bottom up og aktionsforsknings styringslogik. Det er komplekst, fordi det på den ene side handler om at implementere top-down styret evidensbaserede standarder og retningslinjer, som skal kunne bidrage til udviklingen af og forbedring af praksis – og at på den anden side handler det også om en erkendelse af, at de sundhedsprofessionelles bottom-up praksisnære viden om den konkrete patient eller borger også er afgørende for kvaliteten af forbedringsarbejdet.

I arbejdet med at forbedre synes der således at være en adskillelse mellem det at deltage i top down styret forbedringsarbejde og det daglige – og ofte ‘upågtede’ arbejde med at pleje og behandle patienterne. I de sundhedsprofessionelles bestræbelser på ‘at passe driften’ (=patienten) bliver det absurd, at det

at forbedre opfattes som forstyrrende og som noget, der ikke er en del af den daglige drift – altså at passe patienterne. Overraskende nok viste mit aktionsforskningsprojekt, at selvom udgangspunktet var et bottom-up perspektiv, hvor de sundhedsprofessionelles forventedes at deltage i at forbedre praksis, så ønskede eller måske snarere orkede de faktisk ikke at engagere sig i endnu et projekt. Jeg mener, at der er flere forklaringer på kollegaernes manglende engagement. Som jeg viser oplever de en stigende mængde af projekter, som enten ikke giver mening eller som efterfølgende ikke kan implementeres – og dermed bliver uden betydning for dem i deres daglige arbejde. Deres erfaringer med, at projekterne ikke bliver til noget, og at deres investering af tid og energi i diverse projektet opleves som spildt og er frustrerende for de sundhedsprofessionelle. Så selvom der i mange af de projekter der etableres i sundhedsvæsenet både er et bottom-up og topdown perspektiv så synes de to styringslogikker at fortrænge hinanden. På den ene side er der en stærk bottom-up tradition, hvor de sundhedsprofessionelle sætter dagsorden for det faglige forbedringsarbejde som synes at blive fortrængt af en delvis top down styringslogik der også er repræsenteret i det at passe driften.

Jeg forholder mig i artiklens indledning kritisk til en romantisering af det at forbedre praksis. Jeg kan hurtigt konstatere, at der i projektet ikke blev talt direkte om *ikke-at-forbedre*. Det betyder ikke, at modstand overfor at forbedre var fraværende – tværtimod. Netop fastholdelse af at passe driften bliver til en slags modmagt overfor det kontinuerlige krav om at deltage i de mange forbedringsprojekter. På trods af denne forbedringstræthed, mener jeg, det er afgørende for forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet, at den praksisnære viden og de sundhedsprofessionelles erfaringer inddrages i forbedringsarbejdet. Udfordringen er hvordan der etableres tværsektorielle samarbejdsfora, hvor der også er tillid til, at

de sundhedsprofessionelle kan træffe kvalificerede faglige beslutninger på baggrund af deres faglighed. Jeg vil argumentere for at der er yderligere behov for forskning i hvordan vi kan inkludere et bottom up styringsperspektiv, hvor der skabes plads til at forbedre gennem fordybelse og engagement, som det kræver at opøve et håndværk – en god tværsektoriel samarbejdspraksis (Tanggaard 2008). Som Malene Friis Andersen skriver (Andersen, 2016), er der brug for arbejdsbetingelser i sundhedsvæsenet, som gør det muligt for de sundhedsprofessionelle at arbejde i et gensidigt fællesskab, hvor der er tillid til, at de faktisk kan træffe kvalificerede beslutninger. Desuden vil jeg argumentere for, at det er nødvendigt at skabe fælles rum for udveksling af faglig viden og erfaringer på tværs af sektorerne. Og det haster. De sundhedsprofessionelles professionsfaglige viden er i fare for at forsvinde i NPM-selvledelses-teknologier, hvor et markedsorienteret sprogbrug ikke inkluderer betydningen af det daglige arbejde, driften eller det som Ahrenkiel (2011) kalder det upåagtede arbejde.

## Referencer

- Ahrenkiel, A., Nielsen, B. S., Schmidt, C., Sommer, F., & Warring, N. (2011). Faglighed og interessevaretagelse i velfærdsarbejde. *Tidskrift for Arbejdsliv*, (1), 31-46.
- Andersen, M. F. (2016). Arbejdsrelateret stress løses ikke med flere buzzwords. *Information*.
- Bogason, P. (1998). Bottom-up og nyere samfundsanalyser. In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Bogason, P., & Sørensen, E. (1998). Bottom-Up analyser – en introduktion. In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Cloutier, C., Denis, J. L., Langley, A., & Lamothe, L. (2016). Agency at the Managerial Interface: Public Sector Reform as Institutional Work. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 259-276.
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2014). *Doing Action Research in Your Own Organization* | SAGE Publications Ltd (4 e-book). SAGA Publications Inc.
- Dutta, M. J. (2007). Communicating About Culture and Health: Theorizing Culture-Centered and Cultural Sensitivity Approaches. *Communication Theory*, 17(3), 304-328.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Roskilde Universitetsforlag.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power on JSTOR.
- Foucault, M. (2012). *The Birth of the Clinic*.
- Hood, C. (1991). A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Hood, C., & Dixon, R. (2016). Not What It Said on the Tin? Reflections on Three Decades of UK Public Management Reform. *Financial Accountability & Management*, 32(4), 409-428.
- Høgsgaard, D. (2017). *Tværspektorielt samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives. Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres*. Roskilde Universitet.
- Krøjer, J. (2006). Kritisk forskning og forskellige forandringsperspektiver. *Nordiske Udkast*, (2).
- Krøjer, J. (2010). Lever følelser i arbejdslivet?, (1), 9-21.
- Marrow, A. J. (1969). *The practical theorist*. Basic Books.
- Mazmanian, D. A., & Sabatier, P. A. (1989). *Implementation and public policy*. University Press of America.
- McDonald, R. (2005). Shifting the balance of power? Culture change and identity in an English health-care setting. *Journal of Health Organization and Management*, 19(3), 189-203.
- Nielsen, B. S., & Nielsen, K. A. (2010). Aktionsforskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog* (1. udg. 5.). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, K. A., & Nielsen, B. S. (2005). Kritisk-utopisk aktionsforskning. Demokratisk naturforvaltning som kollektiv dannelsesproces. In T. B. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykolo-*



- giske og pædagogiske metoder. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Phillips, L. (2011). *The promise of Dialogue* (1st ed.). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Phillips, L. J. (2011). Analysing the dialogic turn in the communication of research-based knowledge: An exploration of the tensions in collaborative research. *Public Understanding of Science*, 20(1), 80-100.
- Phillips, L. J. (2016). Exploring difference as a dynamic of dialogue.
- Phillips, L., Kristiansen, M., Vehviläinen, M., & Gunnarsson, E. (2013a). Knowledge and Power in Collaborative Research: A Reflexive Approach.
- Phillips, L., Kristiansen, M., Vehviläinen, M., & Gunnarsson, E. (2013b). Tackling the Tensions og Dialogue and Participation. Reflexive Strategies for Collaborative Research. In L. Phillips, M. Kristiansen, M. Vehviläinen, & E. Gunnarsson (Eds.), *Knowledge and Power in Collaborative Research*. New York: Routledge.
- Phipps, A. (2016). Whose personal is more political? Experience in contemporary feminist politics. *Feminist Theory*, 17(3), 303-321.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). The SAGE handbook of action research. SAGE.
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21-48.
- Sabatier, P. A. (1999). *Theories of the policy process*. Westview Press.
- Stewart, K., Bray, B., & Buckingham, R. (2016). Improving quality of care through national clinical audit. *Future Hospital Journal*, 3(3), 203-206.
- Stormhøj, C. (2006). *Poststrukturalismer*. Samfundslitteratur.
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *Sammenhæng mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser*.
- Sundhedsstyrelsen. (2014). *Implementering af Nationale kliniske retningslinjer*.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Håndbog i rehabiliteringsforløb*.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handleplan*.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Styrket Indsats for Den Ældre Medicinske Patient National Handlingsplan 2016*.
- Søndergaard, D. M. (1996). *Tegnet på kroppen*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Søndergaard, D. M. (2006). At forske i komplekse tilblivelser. In B. T. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder*. Frederiksberg C: Roskilde universitetsforlag.
- Søndergaard, K. D. (2009). Bevægelige styringsteknologier og deres effekter for professionelle subjektiveringsmuligheder. *Nordiske Udkast*, (1), 81-96.
- Sørensen, E. (1998). Hvad er bottom-up forskning for noget og hvad skal vi med den? In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Tanggaard, L. (2008). Håndværket som identitetsoase i videnssamfundet? *Nordiske Udkast*, (1), 3-15.
- van Rossum, L., Aij, K. H., Simons, F. E., van der Eng, N., & Ten Have, W. D. (2016). Lean healthcare from a change management perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), 475-93.
- Williams, S. J. (2017). Improving Healthcare Operation (pp. 15-27).
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde universitetsforlag.