

Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab og Praksisudvikling (MHH)
Aarhus Universitet

Masterafhandling Sommer 2009

Hvordan akkrediteringens standarder får betydning for sygeplejerskens arbejdsrutiner, processer og kompetencer over tid

- En undersøgelse af hvordan sygeplejersker, der arbejder i akkrediteret praksis i Region Hovedstaden, oplever og opfatter sammenhæng mellem akkreditering, kvalitet og det at yde en god sygepleje - Og hvordan akkreditering får betydning for de konkrete arbejdsgange i praksis over tid.

Dorte Evaristi
Hold nr. 2007425
Aarskortnr. 20070495
Mail: dorte@evaristti.com

Vejleder: Lektor, Ph.d. Lisbeth Haastrup

Afhandlingen må offentliggøres

Indholdsfortegnelse:

| | |
|--|------|
| Resumé | s.2 |
| 1. Indledning | s.3 |
| 2. Problemformulering | s.5 |
| 3. Disposition | s.6 |
| 4. Teoretiske refleksioner | s.7 |
| 4.1 Aktør-netværksteori | s.8 |
| 4.1.1 ANT 's historie og teoretiske retning | s.8 |
| 4.1.2 Begreber i ANT | s.10 |
| 4.1.3 Kritik af ANT | s.11 |
| 5. Metodiske overvejelser | s.12 |
| 5.1 Valg af forskningsmetode | s.13 |
| 5.2 Valg af forskningsfelt | s.15 |
| 5.3 Udvalgelse af informanter | s.16 |
| 5.4 Egne forforståelser og etiske overvejelser | s.17 |
| 6. Akkrediteringens historie og formål | s.19 |
| 7. Fremherskende diskurs og paradigmer i sundhedsvæsenet | s.20 |
| 8. Analysen | s.24 |
| 8.1 Oplevelse af akkrediteringsprocessen over tid | s.25 |
| 8.1.1 Indførelse af akkreditering i H:S | s.25 |
| 8.1.2 Akkrediteringens betydning i hverdagens praksis | s.27 |
| 8.2 Dokumentationspraksis og teknologi i sygeplejen | s.27 |
| 8.2.1 Den indledende sygeplejevurdering | s.28 |
| 8.2.2 Teknologi og IT-systemers betydning i sygeplejen | s.32 |
| 8.3 Perspektiver på kvalitet og god sygepleje | s.35 |
| 8.3.1 Holdninger til standarder | s.36 |
| 8.3.2 Opfattelse af kompetence og værdier i sygeplejen | s.37 |
| 9. Konklusion og perspektivering | s.41 |
| Referencer | s.46 |
| Bilag 1: Interviewguide | |
| Bilag 2: Skabelon feltnotater | |
| Bilag 3: JCI's standard VU.1.1-VU.1.6 (Vurdering af patient) | |

Resumé

Formålet med denne undersøgelse er at få indsigt i hvordan akkrediteringens standarder får betydning for sygeplejerskens arbejdsrutiner, processer og kompetencer over tid.

Undersøgelsen baseres på observationsstudier kombineret med kvalitative interviews, der er bearbejdet i forhold til en aktørnetværksteoretisk (ANT) tilgang og analysestrategi. Til at give rammen om akkrediteringsprocessen og analysere relationer og interpellationsprocesser inddrages statsteori og diskursanalyse.

Undersøgelsen dokumenterer at erfarne sygeplejerskers opfattelse af akkrediteringens og standarders betydning, er præget af ambivalens og en diskurs mellem evidensbaseret og individuel sygepleje. Standarder og kliniske retningslinier spiller en minimal rolle i praksis i forhold til vurdering af individuelle behov for sygepleje – Og vanskeliggør, efter sygeplejerskens opfattelse, individuel og god sygepleje.

English Summary

The purpose of the study is to gain knowledge about, how the standards of accreditation, in time, has an influence on the working routines, processes and competences of nurses.

The study is based on observation in combination with qualitative interviews analysed with an ANT approach and strategy. The theory of State, Culture and Life-Modes and discourse analysis are used to give the frame of the accreditation process, and to analyze relations and interpellation processes.

The investigation proves that experienced nurses are ambivalent when it comes to the meaning of accreditation and standards, and the discourse is between evidence based nursing and individual care. Standards and guidelines plays a minor role in practice in the estimation of individual needs for nursing and care – And complicates, by the nurses opinion, individual and good nursing care.

1. Indledning

Akkreditering af det danske sundhedsvæsen er besluttet som led i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling (Sundhedsstyrelsen 2002). Aftalen blev truffet mellem Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amdsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) tilbage i 2002. Aftalen indeholdt planerne om i fællesskab at etablere og udvikle Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sundhedsvæsenet.

I juni 2005 etableredes Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) som selvejende institution til varetagelse af den fortsatte udvikling og drift af DDKM. Det er planen at alle sygehuse i Danmark i løbet af 2009/2010 involveres i forberedelsesprocessen til en egentlig forestående akkreditering af alle dele af sygehusvæsenet.

Akkreditering har været kendt i årtier, men vandt især i 1990'erne internationalt indpas. I 1999 besluttede man i det tidligere H:S at ansøge om akkreditering efter en amerikansk udviklet model ved Joint Commission International (JCI), og H:S opnåede akkreditering første gang i 2002.

Det bemærkelsesværdige er, at der ikke findes videnskabelig dokumentation for, at akkreditering kan sikre den sundhedsfaglige kvalitet. Det har endnu ikke været muligt at påvise en signifikant sammenhæng mellem akkreditering og en forbedret kvalitet i behandlingsforløb og – resultater, til trods for næsten 50 års erfaring med akkreditering og akkumulering af enorme mængder data gennem de seneste 15-20 år, hvor metoden for alvor har vundet indpas (Antonsen et al 2006, Frølich & Christensen 2002, Mainz et al 2002, Moth et al 2004). Akkrediteringen lever således ikke op til egne krav om evaluering og evidensbasering. Alligevel er den gennem en proces blevet til 'black boxes' - En række hændelser eller sæt af kommandoer, hvor mange elementer er bragt til at virke som ét. Hvordan er denne proces forløbet?

Akkrediteringstoget har kørt uden stop i det tidligere H:S og nu Region Hovedstaden siden indførelsen i 2000, med akkreditering af hovedstadens hospitaler forestået af Joint Commission International (JCI) i 2002, 2005 og 2008, og det er netop besluttet at Region Hovedstaden akkrediteres igen i 2011 ved JCI.

Akkreditering kan defineres som en procedure, hvor et eksternt organ vurderer, hvorvidt en ydelse, aktivitet eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at fagpersoner og organisationer er kompetente til at udføre deres opgaver.

Med sin omfattende brug af fælles standarder indebærer akkreditering en udfordring af professionernes og den enkelte afdelings og institutions autonomi - Og influerer på hvilke opgaver medarbejderne tildeles, hvordan de løses og på ansvarsfordelingen (Jespersen 2001). Akkreditering griber således ind i alle medarbejders arbejdsdag – hver dag.

Akkrediteringen har medført at der konstant inddrages nye aktører og artefakter i praksis, som fordrer nye kompetencer og ændret adfærd hos de sundhedsprofessionelle. De stadig stigende og mere og mere detaljerede dokumentationskrav kræver kendskab til de bagvedliggende standarder og retningslinier for dokumentation, for at kunne udfylde diverse standardjournaler, screenings- og scoringsskemaer og håndtere et stigende antal IT-systemer i dagligdagen. Men hvem efterspørger egentlig dokumentationskravene og for hvis skyld dokumenteres?

Det er ingen hemmelighed, at akkreditering fortsat møder kritik og skepsis fra de sundhedsprofessionelle; Lægernes kritik af akkreditering som kontrolforanstaltning og indgreb i den faglige autonomi; Sygeplejerskernes bekymring for den megen tid og de mange ressourcer der kræves, og er forbundet med de omfattende dokumentationskrav der stjæler tid fra patienten, og tvivlen på om det bringer kvalitet og for hvem. På trods af ovennævnte forhold fremstår akkreditering fortsat som en succes offentligt, og omtales som sådan af politikere, direktioner, ledelser og ofte af de sundhedsprofessionelle selv, måske især når initiativer i Region H eller H:S generelt er blevet mødt med skepsis af sundhedsprofessionelle udenfor regionen.

Trods medarbejdernes uenighed, stadige usikkerhed og skepsis mht. akkrediteringens formål og anvendelighed, så er akkrediteringen fortsat en indiskutabel del af alle medarbejders arbejdsdag og har været det i snart et årti.

2. Problemformulering

De senere år har jeg været stadig mere optaget af akkrediteringens betydning for klinisk praksis, og hvordan den øgede standardisering og de omfattende dokumentations- og evidenskrav påvirker sygeplejerskers arbejde i klinisk praksis over tid. Denne afhandlings problemformulering bliver derfor:

Hvordan får akkrediteringens standarder betydning for sygeplejerskens arbejdsrutiner, processer og kompetencer over tid? – En undersøgelse af hvordan sygeplejersker, der arbejder i akkrediteret praksis i Region Hovedstaden, oplever og opfatter sammenhæng mellem akkreditering, kvalitet og det at yde en god sygepleje - Og hvordan akkreditering får betydning for de konkrete arbejdsgange i praksis over tid.

Følgende undersøgelsesspørgsmål vil være pejlemærker:

- Hvem efterspørger dokumentationskravene? - Hvem får magt gennem translation til at gøre akkreditering til en størrelse der ikke underkastes kritik?
- Hvordan gøres denne dokumentation i sygeplejen? – Og med hvilken teknologi påvirker akkreditering sygeplejerskers arbejde i hverdagen?
- Hvordan er sygeplejerskens opfattelse af faglig og klinisk kompetence og af den gode sygepleje?
- Hvordan tænker og handler sygeplejersken for at kvaliteten i sygeplejen skal sikres og udvikles?

Mine forudsætninger for at undersøge afhandlingens problemområde er, at jeg siden år 2000 har arbejdet med kvalitetssikring gennem akkreditering som udviklingsansvarlig klinisk oversygeplejerske i en stor kirurgisk afdeling i hovedstadsområdet (tidligere H:S).

I forbindelse med min Diplomuddannelse i Klinisk Sygepleje har jeg ligeledes beskæftiget mig med akkreditering og de sundhedsfaglige standarder i forhold til sygeplejerskens møde med patienten.

Akkreditering har også været omdrejningspunktet i tidligere opgaver på masterstudiet, hvor jeg har været optaget af den globale og samfundspolitiske udvikling, bl.a. New Public Management og neoliberalisme, der har medført kravet om kvalitetssikring og akkreditering. I den seneste opgave har jeg skrevet om interpellationsbegrebets bidrag til en forståelse af de processer, der skaber overensstemmelse mellem politisk vilje og henholdsvis de

sundhedsprofessionelles og borgernes viljer, i forhold til akkreditering, og hvad der sker når der i praksis fokuseres på mål og resultater frem for formål.

Min forforståelse af de nævnte forhold er således præget af mine egne erfaringer med de problemstillinger, som jeg har arbejdet med.

Jeg vil trække på viden og konklusioner fra tidligere opgaver og lade dette indgå i denne afhandling, hvor jeg finder det relevant i forhold til problemstillingen.

Mit mål med denne afhandling er at levere et bidrag til diskussionen om kvalitet og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel.

3. Disposition

Indledningsvis vil jeg gøre rede for teoretiske refleksioner og metodiske overvejelser.

Med bl.a. Aktør-netværksteorien (ANT) som analyseramme, vil jeg undersøge hvordan akkrediteringens standarder får betydning for sygeplejerskens arbejdsrutiner, processer og kompetencer over tid. Akkrediteret praksis kan analyseres som et sammenvævet netværk af humane og nonhumane aktører. Netop ANT insisterer på at, at alt og alle, både det sociale og det materielle, skal studeres på lige fod i det netværk det indgår i. Både mennesker, teknologi, standarder og dokumentation er som aktører bestemmende for akkrediteringen. Deres rolle hænger sammen med deres indbyrdes relationer i det givne aktørnetværk.

Mit datamateriale bygger på deltagende observationsstudier kombineret med kvalitative interviews. Netop observation som metode er helt central for ANT. Deltagende observation drejer sig om observation blandt mennesker i deres naturlige omgivelser. Det der undersøges, er hvilken viden i hverdagslivet der omsættes til handling, og hvordan dette foregår.

Det etnografiske interview er valgt som interviewmetode, da det netop søger at indkredse, hvordan en bestemt informant eller en given gruppe af informanter opfatter, giver sammenhæng og tillægger mening til en given kultur eller et givent emne. (Kristiansen & Krogstrup 2002).

Afhandlingens første undersøgelsesspørgsmål; hvem efterspørger dokumentationskravene og gør akkreditering til en størrelse der ikke underkastes kritik, vil jeg forsøge at besvare gennem en fremstilling og analyse af akkrediteringens historiske udvikling, og den standardisering der foregår i sundhedsvæsenet. Bl.a. ved at se på hvilken diskurs og hvilke paradigmer der

hersker inden for sundhedsvæsenet, og hvordan de indvirker på opfattelsen af kvalitet i patientbehandlingen. Jeg vil belyse den omfattende standardisering ved at følge netværk, aktanter, translationer og stabiliseringsprocesser i et ANT-perspektiv. Til at give rammen om forandringsprocessen, og analysere relationerne mellem stat, region og professioner, inddrages tillige statsteori og diskursanalyse.

Analysen består af tre hovedafsnit som sigter på en besvarelse af afhandlingens øvrige undersøgelsesspørgsmål gennem analyse og diskussion.

I det indledende afsnit vil jeg, gennem interviewudsagn, analysere sygeplejerskernes oplevelse af akkrediteringsprocessen over tid. Dette er centralt for at forstå akkrediteringens samspil med klinisk praksis, og de oversættelser og stabiliseringsprocesser der er sket undervejs i dette netværk.

Herefter vil jeg, i et aktørnetværksteoretisk perspektiv, analysere hvordan dokumentation på baggrund af standarder gøres i sygeplejen, og med hvilken teknologi det påvirker sygeplejerskers arbejde i hverdagen. Det sidste belyses gennem kompetencebegrebet.

Det afsluttende afsnit vil være en analyse af sygeplejerskernes perspektiv på kvalitet, kompetence og god sygepleje. Undervejs inddrages statsteori og diskursanalyse, bl.a. for at belyse de interpellationsprocesser der er sket over tid.

Sidst følger konklusion og perspektivering.

4. Teoretiske refleksioner

Denne afhandling sigter ikke på at måle eller evaluere effekten af akkreditering. Snarere vil jeg forsøge at *beskrive* den praksis og det aktørnetværk sygeplejersken indgår i, og *forstå* hvilken betydning akkreditering kan få for sygeplejerskens praksis over tid og hendes opfattelse af kvalitet og god sygepleje. For at kunne beskrive og forstå dette, er det nødvendigt at observere hvordan akkreditering 'gøres' i praksis og hvad det er for et netværk af aktører og aktanter sygeplejersken er en del af. Akkrediteringen fordrer konstant implementering af ny viden, nye arbejdsgange, nyt materiel, ny teknologi og nye eller ændrede dokumentationsredskaber. Hvordan ændrer dette sygeplejerskens arbejdsprocesser, rutiner og kompetencer? Det handler om at følge aktørnetværkets mange aktører, både humane og non-humane, og udforske deres relationer for at finde ud af, hvordan de

forskellige aktører er forbundet med hinanden i det materielle-sociale system, som klinisk praksis består af.

4.1 Aktør-netværksteori

Hvordan kan man beskrive et fænomen, der i visse øjeblikke ligner en lukket kasse, men som ved nærmere eftersyn består af et uafgrænset virvar af elementer og relationer? Dette er i al sin enkelthed og i al sin kompleksitet, hvad aktør-netværksteori (ANT) beskæftiger sig med (Jensen 2003:4)

ANT er en teori om teknologi, videnskab, sociale aktører, samfund, natur og magt. Alle disse fænomener er teoriens genstandsfelt og analyseres med den samme begrebsramme, hvor det drejer sig om at tænke i *punkter og forbindelser* frem for i kasser (Jensen 2003:4).

Dette er forhold der gør ANT oplagt som analyseramme i forhold til at undersøge akkrediteringens betydning i klinisk praksis på en ny og anderledes måde, og følge de enkelte aktører og deres roller i aktørnetværket. Eksempelvis hvordan akkrediteringen fører til ændrede relationer i alle dele af netværket, og hvordan sygeplejersken indgår i relationen til andre humane og nonhumane aktører for at skabe kvalitet i sygeplejen.

4.1.1 ANT's historie og teoretiske retning

ANT er en af de teoretiske retninger der er inspireret af Thomas Kuhn og som voksede frem i 70'erne. Kuhns pointe er at videnskaben ikke erkender naturen som den er, men at videnskabens erkendelse af naturen er styret af bestemte sociale og kognitive skemaer, såkaldte paradigmer, der på forhånd sætter grænser for, hvad man kan se, og hvilke spørgsmål man kan stille. Sociologiske faktorer, i form af paradigmer, er således impliceret i selve kernen af den videnskabelige proces (Jensen 2003). Kuhn udfordrede dermed naturvidenskabens rationalitet, og skabte mulighed for at socialvidenskaben kom tættere på den naturvidenskabelige produktionsproces.

Blandt de videnskabssociologiske studier i 70'erne var laboratoriestudierne. Ideen var at studere forskeres arbejdsprocesser i vestlige forskningslaboratorier ud fra et antropologisk perspektiv. Studiernes hovedpointe var, at videnskabelige kendsgerninger hverken er givne eller resultater af opdagelser. Kendsgerninger er resultater af forhandlingsprocesser, og disse processer involverer en lang række elementer.

Den franske antropolog Bruno Latour regnes for en af de mest fremtrædende repræsentanter for laboratoriestudierne og teoretikere indenfor ANT. Hans bog *Laboratory Life* fra 1986, som han skrev sammen med sociologen Woolgar, anses som en forløber for ANT.

ANT er inspireret af flere teoretiske retninger, og har bl.a. rødder i sociologi, antropologi, etnografi, semiotik og etnometodologi¹. Den bygger på konstruktivismen, men er ikke en socialkonstruktivistisk teori, der reducerer konstruktionen til kun at operere med sociale komponenter, hvorved koblingen mellem det humane og non-humane forsvinder. Den er heller ikke en dekonstruktivistisk teori, derved at den ikke kun beskæftiger sig med at pille konstruktionen fra hinanden, hvilket iflg. ANT kun er et skridt på vejen. Latours og ANT's bud på en teoretisk retning er *realistisk konstruktivisme*. En teori der interesserer sig for hvordan og af hvad den verden, den virkelighed, som vi bevæger os rundt i er skabt (Jespersen 2007).

ANT udfordrer det traditionelle sociologiske genstandsfelt, nemlig at der findes aktører og strukturer af bestemte slags i verden, og det er forskerens opgave at finde og udforske disse. ANT hævder at verden ikke på forhånd kan deles op i regioner eller genstandsfelter, verden er ikke homogen. Forskeren skal være lige så uafklaret som de aktører de følger, om hvad verden er lavet af. "ANT er først og fremmest en metode, der sætter forskeren i stand til at lade aktører komme til orde og lære af dem uden at bedømme deres praksisser" (Latour i Gad & Jensen 2007:97).

Ved at afvise en virkelighed som på forhånd opdeler verden i forskellige rum eller områder, gør ANT op med dualismen, bl.a. med kravet om *generaliseret symmetri*; I en analyse må forskeren indtage en gennemført *symmetrisk* holdning til det område hun undersøger. ANT skelner således mellem *mikro- og makroaktører*, men dette refererer hverken til størrelse eller magtforhold. ANT afviser også det sociologiske skel mellem mikro- og makroniveauer. I en ANT analyse må konstruktionen af størrelsesforskelle beskrives, og enhver aktør må undersøges og beskrives med det samme analyseværktøj, uden forhåndsantagelser om størrelse. Herved følges Hobbess tese: At ingen aktør er større end andre undtagen gennem en translation (Olesen & Kroustrup 2007).

¹ Finn Olesen, forelæsning: "Sundhedsfaglig kompetence og teknologisk ændring af praksis" Aarhus universitet december 2007.

ANT er også inspireret af etnometodologiens analyser af hvordan orden skabes ud af uorden gennem lokale forhandlingsprocesser. ”ANT har et vist slægtskab med orden-ud-af-uorden eller kaosfilosofi og mange praktiske forbindelser til etnometodologien” (Latour 2006:210)

I løbet af 1980’erne blev ANT stadig mere udbygget og sammenhængende, men i løbet af 1990’erne blev der rejst intern og ekstern kritik af ANT. Dette gav anledning til dels at videreudvikle, bl.a. af Latour selv, og til dels at omtænke teorien. En samlet betegnelse for denne kritiske tilgang er Post-ANT. Jeg vil kort berøre dette i afsnittet om kritik af ANT uden at gøre nærmere rede for begreber i Post-ANT.

4.1.2 Begreber i ANT

I ANT-analysen ses mennesker, samfund, ting, kendsgerninger, naturen etc. som effekter af forbindelser mellem heterogene aktører (Olesen & Kroustrup 2007). Heterogene vil i den forbindelse sige mange forskellige typer af aktører, der er indbyrdes forbundne i netværket. *Aktør* er i ANT et semiotisk begreb, hvilket betyder at en aktør ikke nødvendigvis er en person. Latour definerer begrebet *aktør*, som noget der handler, eller får aktivitet fra andre. ”Det indebærer ingen særlig motivation fra menneskelige individuelle aktører eller fra mennesker generelt. En aktør kan bogstaveligt talt være hvad som helst, forudsat den anerkendes som kilden til handling” (Latour 2006:214).

Mange andre teorier anvender aktør-begrebet om menneskelige enkeltindivider. Af den grund bruger ANT ofte de alternative termer *aktant* eller *entitet* (Jensen 2003: 7). Aktørerne bliver alene aktører i kraft af de relationer og strukturer de indgår i. Æn enkelt aktør kan således ikke studeres alene.

Aktørnetværket har ikke noget naturgivent udgangspunkt eller naturligt centrum. Det er aktivitet og bevægelse, og er således uden hierarki. *Netværk* er også heterogene, dvs. at de består af mange forskellige typer af relationer. Der er heller ingen forhåndsantagelser om netværkets størrelse. Såvel det mikroskopiske som det universelle kan inkluderes.

Et fænomens betydning skabes således i kraft af de relationer, det indgår i. En analyse af fænomenet må derfor følge de relationer, der danner det og skaber dets virkning, men også de relationer der hele tiden forskyder fænomenerne (Jespersen 2007). I det relationelle tema fremkommer begreberne; *Aktør, netværk og translation*.

Translation (eller oversættelse) peger på den proces, hvormed netværket og aktøren etableres, styrkes og transformeres, det processuelle i netværket (Jespersen 2007). En aktant opnår styrke ved at denne aktant indtager en position hvor den kan tale eller virke på vegne af en anden, derved er der sket en translationsproces. Translation indebærer at noget flyttes eller erstattes, og dermed skabes et mønster som rummer både orden og uorden.

Aktøreffekten opnås ved at netværk ordnes på en bestemt måde, således at et punkt i netværket kommer til at tale eller virke på vegne af andre. Derved betegnes netværket som *stabilt* (Jensen 2003).

Iflg. ANT er der ingen principiel forskel på aktør og netværk. Aktører er netværk, som fra et givent perspektiv har opnået stabilitet og forudsigelighed, og dermed fremstår som en '*black box*'. En blackbox er en idé, påstand eller et objekt der ikke længere stilles spørgsmålstegn ved, men som tages for givet af andre aktører. Det der tidligere har været centrum for forskningsaktiviteter, bliver gjort til et trivielt eller uproblematisk element, som vi ikke behøver at beskæftige os med, det bliver til en blackbox. Jo flere ting en aktør kan placere i blackboxe, f.eks. tankebaner, vaner, kræfter og genstande, jo større konstruktioner kan han bygge (Olesen & Kroustrup 2007).

En blackbox er aldrig permanent tillukket, og der kan således aldrig opnås fuldstændig stabilisering eller black-boxing. ANT beskriver en verden af skrøbelige ordningsforsøg, hvor der foregår en stadig kamp for at indrullere og disciplinere aktanter. Hver eneste gang en aktant translaterer en anden og derigennem øger sin styrke, sker der en form for afbøjning, udnyttelse eller misbrug (Jensen 2003:9). Et aktørnetværk er en kæde af forbindelser, hvor fordelene systematisk distribueres i den ene retning, således at få aktanter opnår at tale på vegne af mange.

ANT's analysestrategi er simpelthen at følge translationerne; Hvordan lykkes det på et konkret og praktisk niveau, at noget kommer til at tale på vegne af noget andet. I denne afhandling vil jeg forsøge at studere akkrediteringsprocessen og dens betydning ved hjælp af denne analysestrategi.

4.1.3 Kritik af ANT

Som nævnt tidligere har der været rejst kritik af ANT op gennem 90'erne. Denne kritik har bygget på flere forhold (Jensen 2003:24). For det første; ANT har en tendens til beskrive verden

fra sejrherrenes, ledernes og de magtfuldes perspektiv. Kritikere hævder at man ville kunne fortælle andre historier om socio-tekniske netværk, hvis man valgte perspektiver der er undertrykte eller usynlige. For det andet; ANT producerer functionalistiske forklaringer, hvor ting kun fungerer, fordi alle dele rettes ind i forhold til et overordnet formål. Forskning har vist at projekters sammenhængskraft ofte beror på at deltagerne er ambivalente – ikke ensrettede. For det tredje; Netværksmetaforen bør suppleres med andre metaforer for relationer. ANT har ikke ophavs- eller ejendomsret til begrebet netværk. Det anvendes i mange andre teoretiske og teknologiske sammenhænge og betydninger. Latour siger om dette; ”Fremvæksten af Internettet har betydet, at alle i dag tror, at de ved, hvad et netværk er” (Latour i Gad & Jensen 2007:97).

Jeg vil i denne afhandling ikke redegøre nærmere for Post-ANT, men vil i min undersøgelse være opmærksomhed på ovenstående kritikpunkter, specielt de to førstnævnte forhold. Jeg har som udgangspunkt valgt sygeplejerskens perspektiv, velvidende at der kan være andre undertrykte eller usynlige perspektiver, som muligvis må nævnes undervejs. Jeg vil også være opmærksom på sygeplejerskernes eventuelle ambivalens, f.eks. i handling og tale, og den betydning det kan have for ’projektet’ akkreditering.

Jeg vil anvende ANT som analyseramme, hvor jeg vil gøre brug af de begreber som er beskrevet tidligere, velvidende at ANT rummer endnu flere. Aktørnetværkene består af et uendeligt sæt af relationer mellem enkelte aktører, derfor vil jeg i analysen kun inddrage de humane og non-humane aktører og aktørnetværk, som jeg mener, er relevante for besvarelsen af min problemformulering. Det vil i denne sammenhæng sige de aktanter som i det observerede felt indgår i en direkte relation til sygeplejersken og som taler eller virker på vegne af aktanten ’akkreditering’.

5. Metodiske overvejelser

En del af undersøgelsens formål er, at beskrive den praksis og det aktørnetværk sygeplejersken indgår i, og hvordan akkrediteringen får betydning for de konkrete arbejdsgange i praksis. Derfor har jeg valgt observationsstudiet som metode. Mit forskningsfelt er en akut kirurgisk afdeling i hovedstadsregionen, hvor jeg på tre aftalte dage fulgte tre sygeplejersker i deres arbejde.

Den anden del af undersøgelsens formål er at undersøge hvordan sygeplejersker, der arbejder i akkrediteret praksis i Region Hovedstaden, oplever og opfatter sammenhæng mellem akkreditering, kvalitet og det at yde en god sygepleje? Derfor blev observationsstudierne efterfulgt af kvalitative forskningsinterviews, som gav mulighed for at belyse den enkelte sygeplejerskes subjektive opfattelse. Jeg vil i det følgende redegøre for overvejelser og valg i forbindelse med forskningsmetode, forskningsfelt, udvælgelse af informanter samt etiske overvejelser og egne forforståelser.

5.1 Valg af forskningsmetode

Som allerede nævnt gjorde undersøgelsens formål, og den teoretiske analyseramme, det oplagt at kombinere observationsstudier med efterfølgende kvalitative interview. Observation giver mulighed for at observere de nonhumane aktørers tilstedeværelse i klinikken, og hvordan de integreres i aktørnetværket. Interviewet er en vigtig supplerende dataindsamlingsmetode, eftersom det ikke altid er åbenlyst, hvad der foregår blandt mennesker, eller aktanter, i bestemte situationer. Kombinationen, af observation af handling og efterfølgende interview, giver mulighed for at afdække skjulte dagsordener eller ikke italesatte handlinger. Men det har også den fordel, at det giver mulighed for at sammenholde hvad der 'gøres' med det der 'siges', og afdække eventuelle uoverensstemmelser.

Det etnografiske interview som metode bygger på en kombination af feltobservationer og interview. Det kan enten gennemføres som uformelle samtaler undervejs med deltagere i feltet, eller som regulære og mere strukturerede interview med anvendelse af interviewguide. Jeg valgte at gennemføre mine observationsstudier udelukkende som observatør og lave interviews efterfølgende, jf. ovenfor nævnte fordele.

Observationsstudierne var inspireret af den fænomenologiske, hermeneutiske tilgang, som beskrevet af bl.a. Weber og Schutz. De taler om observation *med deltagelse*, dvs. aktørerne ses som subjekter og sociale fænomener der forstås 'indefra'. Målet er at undersøge og forstå den virkelighed der undersøges. Schutz taler om en common-sense-viden som er hverdagslivets viden. Det der undersøges gennem deltagende observation i naturlige omgivelser er, hvordan og hvilken common-sense-viden der omsættes til handling (Kristiansen & Krogstrup 2002).

Jeg havde i udarbejdelsen af både feltnotater og interviewguide medtænkt ANT, da ideen var at undersøge det aktørnetværk sygeplejersken indgår i og er en del af. I forberedelserne til feltarbejdet havde jeg på forhånd afgjort, at jeg primært interesserede mig for den praktiske gøren og det materielles involvering, qua undersøgelsens formål.

Feltarbejdet er disciplineret opmærksomhed. Opmærksomheden må gives en særlig retning i den verden eller det fællesskab der studeres (Hastrup 2005). Retningen er bestemt af to ting; fællesskabets indretning eller særkende og forskerens specifikke vidensinteresse.

Den største udfordring bestod i, at undersøge og beskrive enhver aktant med det samme analyseværktøj, uden forhåndsantagelser om størrelse. Jeg var bevidst om ikke overvejende at fokusere på dialog og humane aktører, som der er tradition for - Men at tvinge og rette opmærksomheden mod netværket af humane såvel som nonhumane aktører, og på den måde give det materielle plads. Jeg valgte at inddrage og observere de aktanter som indgik i en direkte relation til sygeplejersken i det observerede tidsrum. Mine observationer har således været fokuserede, og til en vis grad selekterede, frem for beskrivende, hvor forskeren ofte ved ganske lidt og forsøger at registrere så meget som muligt.

Observationsstudierne blev gennemført med partiel deltagelse, dvs. kun en del af aktiviteterne i den sociale kontekst blev overværet. Jeg mødte ind om morgenen samtidig med den sygeplejerske jeg havde aftalt at følge, og afsluttede observationerne ved middagstid. Interviewene blev gennemført over middag, når det blev muligt for den enkelte sygeplejerske at passe det ind i arbejdet.

Det etnografiske interview er bl.a. udviklet af Spradley. Det mest præcise indtryk af det etnografiske interview får man ved at sammenligne det med en almindelig samtale, i hvilken forskeren gradvis introducerer etnografiske elementer for at hjælpe informanten til stadig at svare som informant. De etnografiske elementer introduceres stille og roligt undervejs og kan ifølge Spradley inddeles i tre hovedkategorier; *eksplicitering af formål, etnografiske forklaringer samt etnografiske spørgsmål* (Kristiansen & Krogstrup 2002).

Forskeren må klargøre formålet med interviewet og hvor det vil bevæge sig hen. Da det etnografiske interview rummer et formål, virker det mere formelt end en almindelig samtale. Den etnografiske forklaring vil sige at forskeren giver forklaringer til informanten vedrørende selve forskningen. De etnografiske spørgsmål er forskerens redskab til afdækning af en anden persons kulturelle viden og hvordan den viden er organiseret.

Andre væsentlige elementer i det etnografiske interview er at udvise kulturel uvidenhed, udvise nysgerrighed, interesse og stille de 'naive' spørgsmål, samt opmuntre informanten til at fortælle mere og give flere detaljer. Alle disse elementer indikerer et asymmetrisk forhold mellem forsker og informant, til forskel fra en almindelig samtale.

Interviewene blev gennemført som semistrukturerede forskningsinterview, og foregik i et samtalerum hvor vi kunne sidde alene og uforstyrret. Jeg anvendte en interviewguide efter inspiration fra bl.a. Kvale (Kvale 2003). I interviewguiden² er afhandlingens tematiske undersøgelsesspørgsmål, eller forskningsspørgsmål, 'oversat' til interviewspørgsmål i en mere dagligdags sprogform for derigennem at åbne op for interviewpersonens spontane og mere righoldige beskrivelser (Kvale 2003, Dyhr & Schmidt 2003) bl.a. ved at anvende hvordan-spørgsmål, der byggede videre på observationerne, før hvorfor-spørgsmål, der kan virke 'anklagende' og få informanten til at gå i forsvar. Jeg ændrede undervejs rækkefølgen af spørgsmål, da jeg ønskede så vidt muligt at tage udgangspunkt i det observerede og lade de interviewede personer tale frit ud fra dette (Dyhr & Schmidt 2003). Netop kombinationen af observation af handling og tale er vigtig for at kunne afdække og nuancere aktørnetværkets translationer. Jeg havde i mine feltnotater³ lavet en bemærkning, i de situationer, overgange eller arbejdsgange hvor jeg oplevede problemer, glæde, undren eller lignende, som jeg efterfølgende ønskede at få uddybet i interviewene.

5.2 Valg af forskningsfelt

Som forskningsfelt valgte jeg et akut kirurgisk afsnit i en stor afdeling, som jeg var bekendt med i forvejen. Det betød bl.a. at jeg var et 'kendt ansigt', men at jeg i øvrigt ikke havde min daglige gang i afdelingen eller på anden måde indgik i den daglige patientpleje. Det kirurgiske speciale valgte jeg fordi det er velkendt for mig, og grundet den forholdsvis korte tid til dataindsamling ville det komme mig til gode. Et kendt felt ville spare tid og muliggøre fokusering på andet, når der ikke skulle opnås kendskab først. Samtidig var jeg opmærksom på, at det kunne øge bias i form af blinde pletter. Dette vil jeg vende tilbage til senere. Jeg havde også grund til at antage, at måden der arbejdes med akkreditering på i forhold til dokumentationskrav og teknologi ikke væsentligt adskiller sig mellem de kirurgiske afdelinger i hovedstadsområdet (de tidligere H:S hospitaler).

² Se bilag 1; Interviewguide

³ Se bilag 2; Skabelon feltnotater.

5.3 Udvalgelse af informanter

Kriteriet for en *idealinformant* er en informant der; Har viden om emnet, har erfaring med et eller flere af forskningsemnets aspekter, kan reflektere over emnet og kan formulere sig om emnet (Maunsbach, Lunde 2003). Derudover er det hensigtsmæssigt at informanten har lyst til at deltage og har tid til at blive interviewet. Jeg ønskede at udvælge informanter der levede op til ovennævnte forhold., og samtidig var *nøgleinformanter*. Dvs. personer som i kraft af deres specielle egenskaber eller erfaringer kan give et grundigt indblik i eller forståelse af givne fænomener i det som studeres (Maunsbach, Lunde 2003).

Med udgangspunkt i ovennævnte kriterier, afhandlingens problemformulering og undersøgelsesspørgsmål valgte jeg følgende *inklusionskriterier*:

- Uddannet sygeplejerske. Fordi akkrediteringens dokumentationskrav i højere grad er rettet mod sygeplejersker, da de stilles til ansvar som profession. Modsat social- og sundhedsassistenter, hvor dokumentationspraksis varierer fra sted til sted og der hersker større vilkårlighed.
- Erfaring fra akkrediteret praksis. Sygeplejersker med lang erfaring fra akkrediteret praksis ville kunne bidrage til en refleksion af akkrediteringsprocessen over tid. H:S opnåede akkreditering i 2002. Derfor valgte jeg sygeplejersker der havde haft ansættelse i H:S fra før 2002 til i dag.
- Ansat i blandede vagter, primært dagvagter. Forudsætter kendskab til hele døgnets arbejdsrutiner og opgaver i afdelingen, hvilket bidrager til viden og informationsniveau.
- Sygeplejersker fra samme afdeling. Giver mulighed for i højere grad evt. at afdække eller spørge ind til et afgrænset netværk på en enkelt afdeling.

Jeg valgte nogle bestemte datoer ud, hvorefter jeg kontaktede afdelingssygeplejersken på den pågældende afdeling, da hun i denne sammenhæng var gatekeeper.⁴

Jeg forelagde hende inklusionskriterierne, hvorefter hun fandt de sygeplejersker der var på arbejde den pågældende dag og samtidig 'matchede' kriterierne. Jeg kontaktede de udvalgte sygeplejersker skriftligt, og informerede om baggrund, formål og at de på ethvert tidspunkt kunne trække sig ud af undersøgelsen. Jeg informerede også om at interviewene ville blive

⁴ Den eller de personer i en organisation, som har autoriteten til at give eller nægte en person adgang til organisationen med det formål at udføre forskning (Kristiansen & Krogstrup 2002)

anonymiseret og brugt som citater og ikke i deres fulde længde. Jeg bad om en skriftlig tilbagemelding hvis de ønskede at deltage.

Jeg valgte at gennemføre tre observationsstudier med efterfølgende interview. Grunden til at vælge netop det antal, var at få en mere nuanceret dataindsamling og undgå den 'sort-hvid' grøft man kan risikere at falde i, ved at have to udsagn. Jeg fik positive tilsagn fra de tre sygeplejersker som var udvalgt, og gennemførte observationsstudier og interview som planlagt. Alle interview blev efterfølgende transskriberet i deres fulde længde, med væsentlig nonverbal kommunikation skrevet i parentes.

5.4 Egne forforståelser og etiske overvejelser

Den deltagende observatør bør adskille sig fra den opmærksomme iagttagere i det almindelige hverdagsliv. Jeg vil kort redegøre for nogle af de væsentligste forskelle, i alt fire forhold (Kristiansen & Krogstrup 2002), de udfordringer det har medført og hvilke overvejelser det har ført til.

For det første er den deltagende observatør ikke involveret på forhånd i det sociale miljø der undersøges. For det andet deler hverdagens observatør en række fælles, selvfølgelige baggrundsantagelser med aktørerne i feltet, som forskeren ikke gør, men netop skal få øje på. Jeg mener at kunne forsvare og argumentere for dette, ved ikke at være involveret i afdelingens daglige arbejde og rutiner. Men jeg har dog et kendskab til personalet og hvordan der arbejdes, i kraft af min overordnede administrative stilling som klinisk oversygeplejerske.

De sidste to forskelle der kan peges på er; Forskeren har mulighed for at bruge væsentligt mere tid, modsat hverdagens observatør som har opgaver og roller i den konkrete kontekst, og den videnskabelige observatør er langt mere systematisk og grundig i gennemførelsen af sine observationer.

Jeg har i forberedelserne til mit feltarbejde været yderst opmærksom på at indtage en rolle som studerende i feltet frem for klinisk oversygeplejerske. Formålet med undersøgelsen er ikke rettet mod at løse et problem i afdelingen, som det oftest er tilfældet i arbejdsrelaterede sammenhænge. Min dagsorden som masterstuderende har således været min egen, og givet mig den nødvendige tid og forudsætning for at kunne arbejde systematisk og grundigt. Det faktum at jeg var et kendt ansigt, forsøgte jeg at imødegå ved at vælge en meget officiel adgang til feltet og undervejs i observationerne gøre brug af 'civil uopmærksomhed'. Dvs.

udvise mangel på interesse for de øvrige tilstedeværende, undgå direkte og intens øjenkontakt, i det hele taget undlade at lade min opmærksomhed trænge sig på (Kristiansen & Krogstrup 2002). I de tilfælde hvor jeg fornemmede patienters nysgerrighed, eller hvor de henvendte sig direkte, præsenterede jeg mig kort ved navn uden titel, og pointerede at jeg var der for at observere sygeplejersken og hvordan hun arbejder. Men forbløffende nok blev min tilstedeværelse oftest slet ikke bemærket af hverken patienter, sygeplejersker eller andre fagpersoner, eller fulgt op af spørgsmål . Jeg optrådte således også i civil uden kittel eller navneskilt, og holdt mig hele tiden lidt i baggrunden. Noget kan være begrundet i, at det netop var erfarne sygeplejersker jeg observerede, og at de som oftest har en tillid til og sikkerhed i egen faglighed og kunnen. I hvert fald gav de alle udtryk for, efter interviewenes gennemførelse, at de efter kort tid, overhovedet ikke havde lagt mærke til min tilstedeværelse.

Det ville imidlertid være naivt at tro, at jeg som forsker og studerende indtager en neutral rolle i feltet. I mit daglige arbejde som klinisk oversygeplejerske indgår jeg selv som en makroaktør i det netværk, der udgør akkrediteret praksis. Jeg må formodes at udgøre et væsentligt passagested for translation, som aktører nødvendigvis må gå igennem, hvorved de enten fremmer oversætterens interesser, i dette tilfælde akkrediteringens, eller får mulighed for at 'tage til genmæle'.

Da netværket i princippet er uendeligt, og alting således empiri, bliver forskeren nødvendigvis en del af feltet ved den måde empirien 'skæres' af forskeren og de praktiske omstændigheder og interesser der omgiver forskningen. Forskeren følger aktørerne for at opnå visse effekter. Dette er synspunkter som specielt har været fremherskende indenfor post-ANT. Det forholder sig ikke anderledes i mit eget tilfælde som forsker, hvor både min tilstedeværelse og efterfølgende forskningsproces bliver en del af netværket. Jeg har dog forsøgt at imødegå dette, i videst muligt omfang, ved at gøre meget for ikke at være for tæt på.

I det følgende afsnit vil jeg redegøre for akkrediteringens historie, udbredelse og formål. Ved at følge netværk, aktanter, translationer og stabiliseringsprocesser, vil jeg belyse den omfattende standardisering der foregår i sundhedsvæsenet, og hvordan fremherskende diskurs og paradigmer indvirker på opfattelsen af kvalitet i patientbehandlingen.

6. Akkrediteringens historie og formål

Akkreditering af hospitaler har internationalt fundet sted i mere end 80 år, og har sit udspring i USA, hvorfra idéen inspirerede sundhedsvæsenet i Canada og Australien. I løbet af specielt de sidste 15 år, har en række europæiske lande involveret sig i akkreditering. Selve akkrediteringsprocessen i forhold til hvorvidt den er frivillig eller obligatorisk, eller hvorvidt den varetages af private konsulentfirmaer eller offentlige myndigheder/ institutioner, varierer i Europa fra land til land. Akkrediteringens aktørnetværk er således i dag udbredt globalt. På en eller anden måde er det altså gennem translations- og stabiliseringsprocesser lykkedes dette netværk at vinde styrke internationalt.

Det ældste private konsulentfirma er det amerikanske Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (JCAHO) som akkrediterer ca. 80 % af alle sundhedsinstitutioner i det amerikanske sundhedsvæsen. I USA er akkreditering en afgørende forudsætning for hospitalernes økonomiske fundament og for samarbejdsaftaler mellem hospitaler, forsikringselskaber og myndigheder. Netop koblingen af disse institutioner i netværk betyder at akkreditering som aktør vinder styrke ved at tale eller virke på vegne af politiske og økonomiske interesser. Så selvom det fremføres at akkreditering i princippet er frivillig, betyder koblingen mellem driftsgrundlag og akkreditering, at der reelt er tale om en obligatorisk ordning.

JCAHO's internationale koncept, Joint Commission International (JCI) har været anvendt i det tidligere H:S siden 2000. De internationale standarder, som er oversat til dansk, omfattede i år 2000 i alt 365 standarder. Standarderne er inddelt i elleve områder eller hovedfunktioner. I 3. udgave af JCI's standarder fra 2008 (JCI 2008) voksede antallet af standarder indenfor hvert område betydeligt, og der blev føjet tre nye områder eller kapitler til; Internationale patientsikkerhedsmål; Anæstesi og kirurgi; Håndtering og anvendelse af lægemidler. Standarderne er typisk kvalitative med angivelse af målelige elementer⁵, der konkretiserer forudsætningerne for målopfyldelse, som hospitalernes virksomhed bliver vurderet op imod. Akkreditering præsenteres som en metode til kvalitetssikring og –udvikling baseret på standarder, dokumenterede præstationsforbedringer og eksterne audits (JCI 2008). Standarderne har fokus på, om hospitalet repræsenterer en sikker og effektiv organisation, der understøtter den kliniske indsats. Et hospital opnår status som akkrediteret, såfremt et fagligt team

⁵ Se bilag 3; Eksempel på en standard VU (Vurdering af patient)

vurderer, at hospitalet i tilstrækkelig omfang lever op til de internationale standarder (Mainz et al 2002).

I akkrediteringsprocessen undersøger eksterne, eller interne, auditører efterlevelsen af standarderne ved forskellige metoder såsom inspektion i institutionen, interview med organisationens personale, gennemgang af patientjournaler, vejledninger, instrukser, procedurer etc. Der stilles i JCI's standarder krav om anvendelse af opdaterede kliniske retningslinier, og at dette er dokumenteret.

Netop kravet til dokumentation af samtlige ydelser og alle aspekter af pleje og behandling er helt centralt i akkrediteringen, og en forudsætning for at kunne fremlægge bevis for dokumenterede præstationsforbedringer. En del af denne løbende monitorering består i såkaldte interne journalaudits, hvor journaldokumentationen lægges til grund for en procentvis målopfyldelse, som udtryk for kvalitet.

Standarderne er altså en væsentlig aktør der gennem translation i netværket taler på vegne af akkreditering og er kilden til handling. Standarderne udgør således også et obligatorisk passagested for translation. Aktørerne, i dette tilfælde hospitalerne, må nødvendigvis 'passere' disse standarder, ved at opfylde dem, hvorved de fremmer oversætterens interesser, i dette tilfælde akkrediteringens interesser, og dermed de politiske og økonomiske interesser .

Begreber som evidens, effektivitet, sikkerhed og kvalitet er andre aktører i akkrediteringens netværk og diskurs. Det er aktører som begrundes i værdier og fornuft, og som gennem translation signaliserer formalisering og orden. Men enhver translation, som indebærer at noget flyttes eller erstattes, skaber et mønster som både rummer orden og uorden. Forholdet mellem orden og uorden er komplementært, og enhver ny orden bringer sin egen uorden med sig (Berg & Timmermans 2000). Dette vil jeg vende tilbage til senere i afhandlingens analyseafsnit.

7. Fremherskende diskurs og paradigmer i sundhedsvæsenet

Det er velbeskrevet i litteraturen, at der mangler tilstrækkelig evidens for, at akkreditering overhovedet har effekt på kvaliteten af patientbehandlingen. Der er ej heller påvist nogen økonomisk gevinst (Antonsen et al 2006, Frølich & Christensen 2002, Mainz et al 2002, Moth et al 2004).

Men hvad kan da forklare den omfattende akkreditering globalt og nationalt, hvis der hverken er bevis for øget sundhedsfaglig kvalitet eller økonomisk gevinst. Er akkreditering et netværk som har opnået stabilitet og forudsigelighed, og dermed fremstår som en 'black box'? Noget kunne tyde på, at akkreditering er blevet en idé, påstand eller et fænomen der ikke længere stilles spørgsmålstejn ved, men som tages for givet af andre aktører. Det er åbenbart lykkedes med akkreditering som aktør at placere tankebaner, vaner og kræfter i sundhedsvæsenet i black boxe, og derved bygge stadig større konstruktioner og netværk. Men hvem får magt gennem translation til at gøre akkreditering til en størrelse der ikke underkastes kritik?

New Public Management (NPM) dækker over en række reformer i den offentlige sektor verden over, og er en samlebetegnelse for en række initiativer og reformer der skaber forandring (Greve 2002). NPM retter sig mod to tendenser i den offentlige sektor; Administrative reformer: Bl.a. decentralisering af ledelsesansvar, målstyring, brug af IT i sagsbehandling, output- og resultatfokus og institutionelle reformer: Opsplitning af den offentlige sektor i mindre resultatenheder, adskillelse mellem bestiller og udfører, inddragelse af private virksomheder gennem udlicitering, dannelse af statslige aktieselskaber, privatiseringer og markedsgørelse i det hele taget. (Greve 2002)

Offentlige organisationer er ikke mere dele af et stort bureaukrati. De har deres egen identitet, logo og holdning til deres mission her i tilværelsen. NPM er derfor på godt og ondt blevet lig med forandring i en bestemt retning; mere ledelse, mere opsplitning og selvstændiggørelse af offentlige virksomheder. (Greve 2002)

Akkreditering kan, som aktør, ses som et supplerende styringsredskab, der bidrager til at fremme dokumentationen af sygehusets ydelser via standarder. En nødvendig dokumentation af ydelser til brug for benchmarking og til at definere en 'vare' der kan købes og sælges i en liberal markedsøkonomisk tænkning. Politikere og hospitalsdirektioner får herved magt, gennem translation, til at gøre akkreditering til en størrelse der ikke underkastes kritik, fordi den 'tjener et højere formål', nemlig statens nødvendige krav for fortsat at kunne konkurrere internationalt i kampen om anerkendelse, og kunne eksistere som suveræn stat⁶.

⁶ Statssubjekt hvis evne til at afkræve andre stater anerkendelse betinger og betinges af de interpellationsprocesser, som er nødvendige, hvis staten skal kunne producere og reproducere sin forsvarsevne og sin eksistensmåde i statssystemet. Med andre ord; De processer som er nødvendige for, at staten fortsat kan være en suveræn stat. (Højrup 2002:388)

Statens grundlæggende mål er at opretholde sin suverænitet som selvstændigt statssubjekt. Det fordrer at den kan organisere sit civilsamfund på en sådan måde, at den kan mobilisere tilstrækkelige fysiske og moralske ressourcer til at forsvare sit suverænitetsdomæne overfor de omgivende stater. (Højrup 2002:287). Civilsamfundet bliver i dette lys et middel for staten, der må stille krav til borgerne for fortsat at kunne være en suveræn stat.

Udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel og den nationale akkreditering bliver statens bestræbelse på at gøre det danske sundhedsvæsen konkurrencedygtigt internationalt. I praksis er det ikke nok, at akkrediteringsorganet har staten i ryggen, fordi international accept er nødvendig af hensyn til samhandelen (Sundhedsstyrelsen 2000).

Lige nu uddannes et korps af nationale auditører, som skal forestå den nationale akkreditering. Som ekstern konsulent har man valgt det britiske Health Quality Service (HQS). Dette har man ifølge IKAS gjort, for at sikre en dansk kvalitetsmodel af international høj klasse. Udover at assistere med udvikling og implementering af DDKM, skal HQS også sikre godkendelse af IKAS som en selvstændig international akkrediteringsinstitution⁷.

De offentlige organisationer er blevet meget opmærksomme på hvem deres målgruppe er. Borgerne er blevet til brugere og kunder under NPM og i den liberale og neoliberalistiske politik, som retter sig mod individet frem for borgeren. 'Frit valg' er blevet en selvstændig værdi for mange brugere og kunder. Det betyder at det offentlige skal levere en vare, som både er bedre og billigere end tidligere. Der skal også være forskellige varer eller ydelser at vælge imellem. Der importeres således relationer fra det frie private marked til det offentlige 'marked'. Borgeren eller individet bliver en aktør, der gennem translation taler og handler på vegne af private markedskræfters netværk, som på denne måde vinder styrke. For at kunne imødekomme kundens ønske og være konkurrencedygtig, er det altså nødvendigt at kunne dokumentere og beskrive ydelsen. Her bliver kvalitetsstandarder og akkreditering endnu engang aktører i netværket, men denne gang i det offentlige sundhedsvæsens interesse og

⁷ Første version af DDKM og IKAS er netop blevet officielt anerkendt af ISQua (The International Society for Quality in Health Care) der udtrykker ros til IKAS (IKAS' hjemmeside)

tjeneste. Gennem translation bidrager standarder og akkreditering til den nødvendige dokumentation, og vinder endnu engang styrke ved at handle på vegne af det offentlige.

En anden forklaring, på den omfattende akkreditering, som kunne fremhæves, er ønsket om styring af de sundhedsprofessionelles, specielt lægernes magt og autonomi.

Det liberalistiske styringsrationale har gennem det 19. og 20. årh. skabt en styring som medicinen har ageret i forhold til, samtidig med at staten har respekteret etableringen og udbygningen af professionens autonomi og selvregulering. (Jespersen 2007)

I sidste halvdel af det 20. årh. er der opstået et nyt styringsrationale; 'Det neoliberalistiske', som ikke blot ændrer de eksisterende rammer for den medicinske profession, men som skaber helt nye rammer. Neoliberalismen er en sammenblanding af kliniske (medicinske) og administrative (økonomiske) beslutningsprocesser. Dermed importeres relationer fra det frie marked der overføres som organisationsprincipper, ikke kun på det økonomiske område, men også på statens aktiviteter og styring af de enkelte individer. Et vigtigt og centralt begreb i dette styringsrationale er 'audit practises' (overvågnings- og evalueringsteknologier), som indsættes som redskaber til en effektiv ledelse og styring af både staten og individerne. (Jespersen 2007)

Ifølge Uffe Juul Jensen, findes der vedvarende forskelligartede forsøg på at tæmme den ekspertmæssige kontrol og magt, det medicinske hegemoni.⁸ Allerede i 70'ernes økonomiske krise ulmede en begyndende kritik af velfærdsstatens sundhedsvæsen, som fra flere sider blev beskyldt for at forstærke forudsætningerne for medicinsk hegemoni. Kritikken kom bl.a. fra antiautoritære bevægelser, men også fra f.eks. folk som Cochrane og Feinstein, der iværksatte hele bølgen af klinisk evidens og behovet for at 'måle'. Men forsøgene på at tæmme den ekspertmæssige magt, tog for alvor til op gennem 80'erne med Thatcherisme og neoliberalisme i fremmarch, og blev forstærket gennem 90'erne med Blair, NPM og 'djøfisering'.

Der er således sket en holdningsændring blandt sundhedsfagligt personale imod en øget videnskabeliggørelse af klinisk praksis. således at de beslutninger, der træffes i patientbehandlingen, baseres på videnskabelige metoder frem for sundhedsfaglig ekspertise. I dette aktørnetværksperspektiv gøres klinisk praksis mere videnskabelig ved en øget standardisering. Evidens, standarder og kliniske retningslinier vinder styrke som aktanter, og

⁸ Uffe Juul Jensen, forelæsning: "Stat, sundhed og velfærd" Aarhus universitet november 2008.

får autoritet ved at være retningsgivende og handleanvisende i forhold til de sundhedsprofessionelles ageren i praksis.

Samtidig hersker et andet paradigme fortsat blandt sundhedsfagligt personale, nemlig at kvaliteten bygger på den enkelte medarbejders faglige og kliniske ekspertise og kompetence. Her betragtes kvalitet som det unikke samspil mellem faglighed, etik og sundhedspersonalets personlighed med udgangspunkt i den enkelte patient (Andreasen 2008, Petersen 2008, Tiedemann 2000). I dette aktørnetværks perspektiv er sundhedspersonalets faglighed, personlighed, ekspertise og etiske overvejelser væsentlige aktanter, som taler og handler i forhold til pleje og behandling.

Jeg vil i afhandlingens analyseafsnit se nærmere på, hvordan disse forskellige paradigmer, eller aktørnetværk, får betydning i klinisk praksis.

8. Analysen

Afhandlingens undersøgelsesspørgsmål har været medbestemmende for hvilke temaer jeg har inddelt mit materiale i. Men sygeplejerskernes udsagn omkring akkreditering, kvalitet og god sygepleje har også været medbestemmende for valg af emner. Den største udfordring har været at 'selektere' og 'skære' i det uendelige netværk af humane og nonhumane aktører som jeg har observeret i praksis. Her har jeg valgt at inddrage og fokusere på de entiteter som har 'fyldt' mest i det observerede og i de efterfølgende interviews.

Analysen består af tre hovedafsnit. Hvert enkelt af disse afsnit afspejler et eller flere temaer, som er relevante i forhold til en besvarelse af afhandlingens undersøgelsesspørgsmål.

De overordnede analysetemaer, som danner baggrund for analysens tre hovedafsnit, bliver således: Akkrediteringsprocessen over tid; Dokumentationspraksis og teknologi i sygeplejen; Perspektiv på kvalitet og god sygepleje.

I analysens indledende afsnit vil jeg, analysere sygeplejerskernes oplevelse af akkrediteringsprocessen over tid. Dette er centralt for at forstå akkrediteringens samspil med klinisk praksis, og de oversættelser og stabiliseringsprocesser der er sket undervejs i dette netværk. Denne proces nødvendiggør brugen af interviewudsagn, da observationer alene kun bidrager til at se det, der sker lige nu.

I det andet afsnit vil jeg, i et aktørnetværksteoretisk perspektiv, analysere hvordan dokumentation gøres i sygeplejen, og med hvilken teknologi det påvirker sygeplejerskens

arbejde og kompetencer i hverdagen. Analysen bygger på en kombination af observationer og interview-udsagn, for at kunne sammenholde hvad der gøres og hvad der siges.

Det sidste afsnit indeholder en analyse af sygeplejerskernes opfattelse af kvalitet, kompetencer og god sygepleje. Undervejs inddrages statsteori og diskursanalyse for at belyse de interpellationsprocesser der har fundet sted over tid.

8.1 Oplevelse af akkrediteringsprocessen over tid

I min analyse af sygeplejerskernes perspektiv på forløbet af akkrediteringsprocessen, vil jeg fokusere på 'dengang og nu'. Dette er centralt for at forstå akkrediteringens samspil med klinisk praksis, og de oversættelser og stabiliseringsprocesser der er sket undervejs i dette netværk. Følgende interviewudsagn vil være knyttet dels til den oplevede proces med implementering af akkreditering i forbindelse med den første akkreditering af H:S i 2002 og dels til oplevelsen af akkrediteringens betydning i hverdagens praksis i dag.

8.1.1 Indførelse af akkreditering i H:S

Fælles for de interviewede sygeplejersker er, at de alle har oplevet forberedelserne til akkrediteringen af H:S første gang i 2002 og forløbet af processen. Oplevelserne af mødet med akkreditering og dens mange 'ansigter' beskriver de på denne måde:

Jeg har jo været med fra barns ben...Jamen i forhold til mit første møde med akkreditering generelt...jeg tror at de fleste var lidt forskrækkede over den der store akkrediterings...wished...Det var sådan lidt en farlig fyr der kom ind...fordi hvad var det for noget der sku' ændres på her...

...Og lederne var meget fremme, med pudsede sko hele tiden ... især når der var besøg fra udlandet; Joint Commission ...og det der med at de skulle komme ind i afdelingen og stille alle de der forkromede spørgsmål, og der var ikke nogen, folk løb jo væk lige så snart de så en gut i jakkesæt eller noget der mindede om Joint Commission, akkreditering eller bare den prøve der var på dansk...så det var sådan den store stygge et eller andet...Det var den gang...ja.

Lige da vi fik det præsenteret tænkte vi åhh det er det derovre fra USA der kommer...nu skal vi have amerikanske tilstande...det er nok fordi så skal de have dokumentation for forsikringerne, for at de kan udbetale en masse penge osv. Det viste sig jo så, at det havde ikke noget med det at gøre...

...det var slået stort op og det var spændende og der blev udvalgt nogen til at skulle stå for akkreditering...[]...Jamen jeg vidste godt at det var i forbindelse med at måle på kvalitet ...det var jeg ikke i tvivl om...men sådan i det store og hele har jeg nok ikke vidst så meget...

Det er kendetegnende at akkreditering blev oplevet som noget udansk og synonymt med amerikansk kultur. Men det blev også opfattet som en trussel mod den faglige autonomi og handlefrihed, ved at fremstå som et kontrolelement:

Jeg tror, for mig helt personligt så handlede det om at der lå en styring, altså en styring omkring hvad var det jeg skulle tænke, hvad var det jeg skulle dokumentere – sådan helt skræddersyet projekt omkring sygeplejen som i sig selv gjorde at jeg tænkte; jeg er nok ikke helt fantastisk på tanken om at der er nogle der skal diktere hvordan jeg skal udøve min sygepleje...så jeg tror at det grimme ansigt blev for mit vedkommende sådan det, det stod og faldt på...

men jeg husker det som en ekstra arbejdsbyrde...jeg husker det som at vi var meget bange for at nu bliver der pålagt os noget ekstra igen...og så oplevede jeg også at vi var skeptiske overfor det der kontrolelement...hvorfor skal vi kontrolleres... tror de ikke på at vi gør tingene som vi skal gøre...jeg tror ikke at vi i første omgang faktisk tænkte at det kunne komme patienterne til gode...eller det måske var derfor vi skulle gøre det...mere som en slags kontrolelement for...det var det vi snakkede om...og vi var meget skeptiske...

Men akkrediteringen huskes også som et forsøg på formalisere og at indføre og skabe orden:

Der var masse standarder der skulle følges og sådan noget...og så noget med at rydde en masse meget op hele tiden... []...Det var jo det det gik ud på i starten...det var det der var ansigtet på akkreditering – Hvad er akkreditering, det er noget med at rydde op hele tiden og sørge for at tingene ligger i orden.

Det er tydeligt, at der er tale om oplevelser af et møde mellem to kulturer, to forskellige paradigmer eller to aktørnetværk med forskellige interesser og dagsordener, jf. afsnittet om fremherskende diskurs og paradigmer i sundhedsvæsenet. Mødet kan ses som ét netværks forsøg på ordning, gennem en kamp for at indrullere og disciplinere aktanter i et andet netværk. Evidens, standarder og kliniske retningslinier vinder styrke som aktanter, ved at tale på vegne af akkreditering og politisk dagsorden, og får autoritet billedliggjort ved ledelser med nypudsede sko og mænd i jakkesæt.

For at få et bedre kendskab til hvordan personalet i H:S opfattede dels forberedelserne og dels selve akkrediterings-survey, gennemførte H:S efter det første survey i 2002 en bred undersøgelse blandt personalet, som blev gentaget efter survey i 2005 (H:S 2005). Ovenstående udsagn er i overensstemmelse med undersøgelsens fund fra 2002, hvor man overvejende forbandt akkreditering med ensretning af arbejdsmetoder og retningslinier, hårdt arbejde, kontrol og kvalitetsforbedring.

8.1.2 Akkrediteringens betydning i hverdagens praksis

Der er gået syv år siden den første akkreditering af H:S. Hvilke historier fortælles i dag om akkrediteringens betydning i hverdagens praksis? Direkte adspurgt var nogle af de umiddelbare udsagn:

Tiden har jo arbejdet lidt for det...det er ikke så farligt mer...[]...Altså den der helt 100% implementering den er ikke opnået, i forhold til kimen, fra du sår noget til det vokser, så har træet ikke foldet sig helt ud – Der er en lille gren der hænger lidt der...

Jamen jeg tænker det er kommet for at blive...jeg tænker det er et nødvendigt onde...jeg tænker det er også et gode en gang i mellem...[]...Jeg lægger ikke mærke til det, det gør jeg faktisk ikke...den ligger i underbevidstheden, den ligger sådan lagret, hvad skal man sige...hov der er også lige det og det, og det må vi ikke for akkreditering...jeg høre flere gange mig selv sige; jamen det er akkrediteringsmæssigt der skal vi gøre det...de sætninger kan godt komme ind en gang imellem...

Selve akkrediteringen er ikke noget der er bevidst for mig i dagligdagen...jeg går ikke og tænker det her gør jeg for akkrediteringen...

Det er altså kendetegnende at når der spørges ind til akkreditering overordnet som begreb eller fænomen, så tillægges det ikke umiddelbart nogen særlig betydning længere i det daglige arbejde. Men når der spørges til og tales om den observerede praksis, arbejdsrutiner og opgaver, så bliver akkreditering først og fremmest synonymt med dokumentation og brugen af standarder, og der tegner sig ikke længere helt så klart og entydigt et billede.

Set i et ANT-perspektiv kan akkreditering ses som en blackbox. Det er et fænomen og en idé, der ikke længere stilles spørgsmålstegn ved, men som tages for givet af andre aktører. Et netværk, som fra ét perspektiv har opnået stabilitet og forudsigelighed. Gennem oversættelser er det således lykkedes langt hen ad vejen at lade aktanter, som standarder og dokumentation, tale på vegne af akkreditering. Men en blackbox er aldrig permanent tillukket, og der kan således aldrig opnås fuldstændig stabilisering af netværket. Dette vil jeg argumentere for igennem analysen.

8.2 Dokumentationspraksis og teknologi i sygeplejen

I dette afsnit vil jeg analysere hvordan dokumentation gøres i sygeplejen, ved at fokusere på nogle specifikke aktanter, og undersøge hvordan de mister eller vinder styrke, når de indgår i netværket med andre aktører. Jeg har valgt at se på hvordan henholdsvis den regionale

vejledning 'Indledende sygepleje-vurdering'⁹ og IT-systemer indgår som aktanter i netværket. Det er aktanter som er valgt fordi de har 'fyldt' meget i observationerne. Den indledende sygeplejevurdering er repræsentativ for dokumentationspraksis på baggrund af standarder og størstedelen af den dokumentation der stilles krav om i sygeplejen. Der benyttes mange forskellige IT-systemer i afdelingen, men jeg har her valgt at fokusere på dem samlet som én aktant. Jeg vil i det følgende ikke gøre nærmere rede for de enkelte IT-systemers opbygning og brug eller forklare dokumentations-kravene til den indledende vurdering i detaljer.

8.2.1 Den indledende sygeplejevurdering

Den indledende sygeplejevurdering af patienten, skal være dokumenteret indenfor 24 timer. Det skal dokumenteres, at man har forholdt sig til patientens fysiske og psykiske tilstand på en række områder. Dette resulterer i diverse screeninger og scoringer der skal udføres og dokumenteres i forhold til samtlige patienter. Ex. ernæringscreening, funktionsvurdering, faldscreening, screening for barrierer mod læring, smertescoring, screening af risiko for tryksår o.l. Endelig er der et omfattende krav om vejledning og information og dokumentation af denne. Er patienten indlagt under 24 timer, er dokumentationskravene mindre omfattende. Formålet er at kunne identificere patientens individuelle behov for sygepleje på baggrund af vurderingen. Dokumentation af den indledende vurdering, og dens mange elementer, lægges til grund for resultater i forbindelse med løbende journalaudits. Dokumentationen foregår endnu med pen og papir, på sygeplejelogens standardark. Men første skridt til elektronisk dokumentation tages senere på året. Netop nu finder en omfattende undervisning af alle medarbejdere sted.

I det akutte kirurgiske afsnit, hvor observationerne fandt sted, modtages der patienter døgnet rundt til indlæggelse. Den indledende sygeplejevurdering, og dokumentation af denne, er således et krav alle sygeplejersker møder i forbindelse med modtagelse af en patient. Ofte adskillige gange i en vagt med mange akutte indlæggelser.

Jeg observerede flere gange sygeplejerskernes modtagelse af patienter i afdelingen. Denne proces forekom at forløbe meget forskellig fra gang til gang. Jeg vil i det følgende komme med nogle eksempler. Undervejs vil jeg benytte enkelte interviewudsagn, i de tilfælde hvor jeg efterfølgende spurgte ind til det, jeg havde observeret.

⁹ Udarbejdet på baggrund af JCI's standard VU.1.1-VU.1.6 (Vurdering af patient). Se bilag 3

I et tilfælde drejede det sig om en kvinde, der var blevet indlagt i skadestuen sidst på natten til observation for hjernerystelse. Hun var ankommet til afdelingen tidligere på morgenen. En læge kom for at gå stuegang, men meddelte at han havde ganske kort tid, da han skulle operere. Sygeplejersken bad ham om at tilse kvinden først, hvilket han gjorde, hvorefter han noterede en plan i lægejournalen. Sygeplejersken tilså hende jævnlige i løbet af hele formiddagen, og spurgte til smerter, kvalme og andet, mens hun tjekkede de værdier, der var skrevet ned på et skema, der lå på sengebordet. Hun havde bedt en assistent, tidligere på morgenen, om at måle puls, blodtryk, pupilstørrelse hver time og notere det på skemaet sammen med bevidsthedsniveau. Sygeplejersken og assistenten talte løbende sammen om kvindens tilstand, enten ganske hurtigt på gangen eller inde på kontoret. Der blev ikke dokumenteret på andet end skemaet på stuen, samtidig med at der foregik en kort 'briefing' mellem sygeplejerske og assistent.

Først ved middagstid, da der var en pause i arbejdet, satte sygeplejersken sig ind på kontoret for at dokumentere den indledende sygeplejevurdering. Hun tog nogle papirer fra en bakke på kontoret og begyndte at skrive på dem. Kort efter tog hun de samme papirer, rev dem i stykker, smed dem ud, hentede nogle nye og begyndte at skrive på dem.

Senere i interviewet fortalte hun om forløbet:

Det første jeg gør at jeg går ind og ser hende rent fysisk, hvordan har hun det og snakker med hende osv...danner mig et indtryk af om der er noget akut, noget jeg skal tage hånd om lige nu...[]... det er ret vigtigt med sådan en patient der har ligget i skadestuen hele natten, at de tilses af en læge når de kommer herop...[]... da der er et hul lidt senere på dagen...der går jeg så ind og får fat på hendes journal, men journalen er optaget af sekretæren der er ved at skrive lægens notat, så jeg tager en kopi af de continuationer jeg skal bruge...så jeg kan få skrevet en sygeplejevurdering...jeg kunne godt have prioriteret at gå ind og snakke med hende lidt dybere omkring...det kunne jeg have haft tid til i dag...grunden til jeg ikke gjorde det...for det første prioriterer jeg at hun skal have fred og ikke stilles en masse uddybende spørgsmål... fordi mit kliniske blik i forhold til at se hende og lige de der få ting jeg spurgte og snakkede med hende om og det jeg har i journalen er rigeligt til mig ved sådan en kortvarig indlæggelse.

Da jeg spurgte til hændelsen, hvor nogle papirer blev smidt ud og erstattet af andre, forklarede hun:

Jeg tog jo først de papirer til kortvarige indlæggelser... de fleste af vores korttidsindlagte patienter bliver indlagt nede fra ambulatoriet...og det er sådan nogle papirer vi har "lånt" heroppe...fordi vi så slipper for at lave en fuld vurdering ...men vi bare kan "krydse af" at de er fuld funktionsdygtige og at de modtager information uden problemer osv...de papirer er ikke skræddersyede til alle patienter heroppe...derfor er de ikke så anvendelige hvis der skulle komme noget mere akut til... da jeg så fik fat i journalen, kunne jeg se at der tidligere havde været noget med cancer og galdesten, så der vil jeg godt have lidt mere ro på, hvis der

kommer noget senere som man kan føje til, der er bedre plads på de andre papirer... rubrikkerne der, der er lige mulighed for at man kan skrive lidt mere...

Jeg observerede i to tilfælde modtagelsen af operationspatienter fra ambulatoriet, hvor den indledende sygeplejevurdering allerede var dokumenteret i ambulatoriet, som beskrevet i citatet ovenfor. Der blev ikke gjort brug af denne dokumentation nogen af gangene.

En anden gang observerede jeg hvordan dokumentation af den indledende sygeplejevurdering, på de patienter hvor den manglede, var en opgave, plejepersonalet fordelte mellem sig. F.eks. benyttede man sig af et ophængt skema, hvorpå det var påført hvor og hos hvilke patienter, der enten helt eller delvist 'manglede' dokumentation af den indledende vurdering. Ofte patienter der havde været indlagt i mere end 24 timer. Når en sygeplejerske eller assistent havde udført opgaven, oftest den person som havde kontakten til den pågældende patient, så blev opgaven 'slettet fra listen'. En sygeplejerske sagde efterfølgende:

Altså sådan en dag hvor der er tid til det...så går jeg i gang med papirerne, ser efter om der er nogle huller, indlæggelsessamtaler eller noget ernæringscreening eller faldregistrering eller et eller andet der mangler...

En anden fortalte:

Her på afdelingen har vi ansat én [klinisk sygeplejespecialist] til at gå rundt og lappe de huller [manglende dokumentation af den indledende sygeplejevurdering] der er...

Jeg observerede kun en enkelt gang, at en sygeplejerske søgte en oplysning om patienten i den dokumenterede indledende sygeplejevurdering. Ellers var praksis at plejepersonalet enten indbyrdes spurgte og rådførte sig med hinanden eller spurgte patienten, og på den måde holdt sig ajourført om f.eks. patienternes mobiliseringsgrad, ernæringstilstand, smertetilstand o.l. Der er altså tale om forskellige praksisser og processer i forbindelse med dokumentation af den indledende sygeplejevurdering og den bagvedliggende standard. I den observerede sygeplejepsiksis var der således flere systemer og netværk af aktanter der tjente til sikring af den korrekte dokumentation. Der var udarbejdet flere 'slags' standardpapirer som blev taget i brug, afhængig af hvilken 'slags' patient der var tale om. Der var også flere netværk der sikrede at der blev 'lappet huller'.

Umiddelbart så det dog ud som, at det var muligt at identificere patientens individuelle behov for sygepleje på trods af manglende dokumentation af de mange indledende screeninger og scoringer. I tilfældet med kvinden der var indlagt til observation for hjernerystelse, var det

således den indbyrdes løbende dialog mellem aktører; sygeplejerske, patient, læge, assistent og brugen af aktanter som apparatur og redskaber til måling af puls, blodtryk, pupilforhold og dokumentation af værdier på skema og i lægejournal der udgjorde aktørnetværket.

Dokumentation af den indledende sygeplejevurdering ser altså ud til at være en aktant, der både vinder og mister styrke når den indgår i netværket med andre aktører. På den ene side vinder den styrke ved, at der skabes et netværk der tjener til en sikring af den dokumentation, der stilles krav om. På den anden side mister den styrke ved, i sin nuværende udformning, ikke at være brugbar eller 'nødvendig' i forhold til sit erklærede formål.

Der sker således en translation og fortolkning af JCI's centralt udarbejdede akkrediteringsstandard omkring indledende vurdering af patienten, der betyder udarbejdelse af en regional vejledning, som angiver 'hvordan' det bør gøres i klinisk praksis. I det lokale sker der således igen en translation af den regionale vejledning, hvor samtlige aktører modtager og oversætter vejledningen i forhold til deres egne projekter. Hvert led i kæden transformerer det modtagne, så det passer med de nærværende interesser og projekter (Latour i Markussen og Olesen 2003).

Standarder i klinisk praksis er afhængige af hvordan de magter at integrere tidligere praksisformer. Der sker en translation af dem undervejs i forløbet. Hvad der umiddelbart virker som en almengyldig standard, må om nødvendigt selv ændres for at tilpasses klinisk praksis. I et ANT perspektiv er almengyldighed ikke en ophøjet selvfølgelig kvalitet i forhold til et sæt af standarder eller procedurer. En kendsgerning eller en teknologi bliver først almengyldig, når de relevante aktører, der definerer det, er fælles om en definition. Det er 'det lokale' der langsomt transformeres fra uorden til orden og almengyldighed (Berg og Timmermans 2000).

Stabiliteten i det lokale er således et resultat af dynamiske processer og translationer, og de involverede aktørers aktive loyalitet er afgørende for stabiliteten (Markussen og Olesen 2003).

Dokumentationen af de mange indledende screeninger og scoringer var ikke umiddelbart nødvendig, eller blev tillagt nogen betydning i forhold til kunne yde en individuel sygepleje. F.eks. sagde en sygeplejerske efterfølgende om de oplysninger hun søgte i den indledende vurdering hos en patient som var utryk ved den forestående udskrivelse:

De var der ikke [oplysningerne]...jo det var der [det som der stilles krav om], for havde du lavet audit på den så var den gået igennem...men i mit audithoved så var den ikke god nok!

Det har noget at gøre med om de her screeninger og scoringer er lavet og alle krydser er sat... Det er jo fint nok men jeg tænker i forhold til... der er X antal linier [refererer til den meget sparsomme plads der er at skrive på]... hvis du skriver to ord, altså det ved jeg ikke om er fyldestgørende... når de f.eks. har været indlagt ti gange, så der er et eller andet galt proportionelt med det... i et akkrediterings/audit synspunkt kan det måske være fint nok, men det kommer an på hvem der sætter den standard i forhold til kvaliteten... jeg oplever ikke at det er godt nok når jeg skal bruge det!

Alligevel var der i klinikken etableret netværk og processer som sikrede et minimumskrav af dokumentationen, og dermed en skrøbelig stabilitet, og som vidnede om en vis grad af loyalitet fra aktørerne, om end der herskede et noget ambivalent forhold:

Vi ved at der er noget der hedder indledende sygeplejevurdering, faldscreening, ernæringscreening, , kontaktpersonordning og alle de der ting... det ved vi er der... og det hænger som en tung sort sky over os... eller jeg vil sige det er nærmere sådan en hammer man slår sig selv i hovedet med... når man ikke får gjort det ordentligt.

Der er et misforhold mellem hvad kravene er og hvad vi reelt kan nå, og det vi så gør er at vi tilfredsstiller de glubske ulve... fordi de vil have krydser og dokumentation, og de får det! Men vi er heller ikke blege for at sige det, der ligger ikke den kvalitet bag som vi gerne vil ha'...

Ethvert forsøg på at indføre en orden vil afstedkomme en ny uorden. Orden opstår ikke af eller afløser en eksisterende uorden. Tværtimod opstår der en korresponderende uorden til den orden der produceres. Orden og dens tilhørende uorden indgår i et spiralt forhold, de behøver og udformer hinanden (Berg og Timmermans 2000).

Standarden for den indledende sygeplejevurdering kan ses som et forsøg på at skabe en sådan orden, med ensretning af dokumentation og screening af samtlige patienter. Med forsøg på denne orden, skabes en uorden i arbejdsfællesskabet, fordi det ikke umiddelbart giver mening eller er brugbart, eller integrerer en tidligere praksisform. Men da det fremstår som et krav, og dermed en styrket aktant, skabes der i praksisfællesskabet, gennem nye relationer og aktørnetværk, en ny orden der sikrer dokumentationskravene.

8.2.2 Teknologi og IT-systemers betydning i sygeplejen

I den kirurgiske afdeling er der indført mange IT-systemer, jeg skal her blot nævne nogen af dem; Elektronisk medicineringsmodul; Elektronisk operations- og booking modul; Elektronisk modul for rekvirering og svar af laboratorieprøver; Elektronisk røntgenmodul hvor alle billeder bestilles og ses; Et modul for kostbestilling samt et for kørsel og transport. Alle systemer indgår i sygeplejerskens arbejde i hverdagen. Indførelsen af de mange IT-systemer udspringer måske ikke direkte af akkrediteringen. Men de stadig mere omfattende

og detaljerede dokumentationskrav i systemerne, og den udbygning af modulerne det har medført, er følger af akkreditering.

Jeg vil i det følgende komme med eksempler på hvordan nogle af disse systemer indgik i aktørnetværket.

En morgen fulgte jeg en sygeplejerske der skulle dele medicin ud. Ophældningen i medicinrummet foregår ved en PC, hvor patientens navn og den ordinerede medicin fremsøges. I medicinrummet er der tre PC'er, som denne morgen blev brugt af fire sygeplejersker. På to af PC'erne var det ikke muligt at logge på medicineringsmodulet. Der herskede en hektisk og travl stemning, og dette var uden tvivl et irritationsmoment. Man forsøgte indbyrdes at lave en aftale om på skift at bruge den ene PC. En sygeplejerske prioriterede at ty til andre opgaver og vende tilbage. En anden havde ophældt medicin til nogle patienter, som hun ville give og senere kvittere for i systemet.

Når medicinen skal gives til patienterne, bruges en lille håndholdt computer, som scanner patientens armbånd med navn og CPR, hvorefter medicinen kan fremfindes og ses på skærmen, og der kvitteres for, at den er givet til patienten. En sygeplejerske var midt i denne proces da lægen kom og ville gå stuegang, han meddelte at han havde travlt. Sygeplejersken lagde computeren til side og omdelte i hast resten af medicinen til de resterende patienter. Hun forklarede senere at hun prioriterede stuegangen fordi det betød at der blev lagt planer for patienternes videre forløb og at de blev informeret af lægen.

I et andet eksempel havde sygeplejersken kaldt en læge. Der skulle i det elektroniske medicineringsmodul sendes nogle recepter til apoteket. Det var forfejlet tidligere, derfor måtte det gøres igen. Lægen havde aldrig prøvet det før. I første forsøg havde han derfor fået slettet medicin i systemet i stedet. Sygeplejersken trådte til, og brugte længere tid på at forklare og hjælpe ham igennem processen. Efterfølgende var der problemer med printeren.

Sygeplejersken finder i samarbejde med anden sygeplejerske ud af at 'omstille' til en anden printer som dur.

I flere tilfælde observerede jeg hvordan sygeplejersken, f.eks. forud for en stuegang, 'åbnede' flere systemer på en PC, og fremfandt prøvesvar og røntgenbilleder som hun vidste skulle ses af lægen. En forklarede efterfølgende at lægerne altid havde travlt og hurtigt skulle videre, så det sparede tid.

I et tilfælde opstod der tvivl om, hvorvidt der var taget de rigtige prøver på en patient forud for operation. Det krævede, at man kunne tjekke det i det elektroniske modul, men den ene sygeplejerske vidste ikke hvordan, da hun ikke kendte systemet.

I de ovenfor nævnte eksempler indgår teknologien som aktant på forskellige måder i netværket, hvor den gennem translation enten henter styrke eller taber styrke i forhold til andre aktanter. I nogle tilfælde er teknologien indført for at højne patientsikkerheden. Men i eksemplet med de 'svigtende' PC'er i medicinrummet eller fravalget af den håndholdte scanner, sker der brud på sikkerheden. Lægens tilstedeværelse og styrke som aktør 'vinder' i forhold til sikkerheden og dermed teknologien. I andre tilfælde er teknologien som aktant 'afhængig' af sygeplejerskens kompetence for at kunne virke og dermed hente styrke. At kunne håndtere de mange IT-systemer i dagligdagen kræver altså nogle specifikke kompetencer. Manglende oplæring og login-koder eller IT-problemer hindrer adgangen til dokumentation og medfører 'inkompetence' i forhold til at udføre arbejdet.

Teknologisk ændring af praksis medfører således en ændring af de sundhedsfaglige kompetencer. I praksis er der altid kriterier for den korrekte anvendelse af begrebet om kompetence, knyttet til den givne sammenhæng. Intet kriterium er fyldestgørende i forhold til den totale spændvidde af mulige opgaver. Beauchamp skelner mellem *generel* kompetence og *specifik* kompetence (Beauchamp 1991). Generel kompetence refererer til en persons evne til at udføre opgaver i al almindelighed, opgaver som vedrører dagligdags livet. Specifik kompetence derimod er en persons evne til at udføre opgaver i specifikke sammenhænge med deres særlige opgavedefinitioner. Generel og specifik kompetence angår personens evner. Ser man derimod ikke alene på personens evner, men i stedet på hvordan personen handler, så vil man ikke alene spørge om personen er kompetent *til* at udføre, men også om han er kompetent *i* udførelsen. For sygeplejersker gælder, at de er autoriserede til deres virke. Dette vil sige, at de er kompetente *til*, og har evnen til, at udføre en profession alene ved autorisation og titel. Kompetencebegrebet i tilknytning til en profession er problematisk. Er en sygeplejerske f.eks. mindre kompetent fordi hun ikke har evner i forbindelse med håndtering af nyindført teknologi? Den teknologiske ændring af praksis afstedkommer stadig flere opgaver og sæt af kriterier, hvor sygeplejersken skal være kompetent *i* handlingen. Det er således nødvendigt,

gennem translationer, at gøre sygeplejersken til en aktør, der taler på vegne af teknologien.

Derfor stilles der konstant krav om at tilegne sig specifikke kompetencer.

Som en sygeplejerske udtrykte det:

Der bliver lagt mange mange ekstra opgaver ind... sådan et nyt system ja det skal kunne håndteres af brugerne og der kommer simpelthen så mange nye systemer hele tiden... sidste år var det måske to eller tre nye IT-systemer der blev indført, nu igen kommer der et... altså man kan jo slet ikke nå at følge med, så det er et stort problem... en stor barriere...

Flere sygeplejersker gav udtryk for at mange af de IT-systemer der indføres tilgodeser

politiske og forskningsmæssige interesser, mere end det tilgodeser klinikerens behov:

... der er en masse data lejret i de systemer, som man kan trække rent akkrediteringsmæssigt, og jeg tænker også rent forskningsmæssigt. Det er et spørgsmål om hvem der sætter dagsordenen i det danske sundhedsvæsen... det er akademikere der skal have nogle data... og det er selvfølgelig nemmere i sådan nogle IT-systemer, det er ikke lagt an på at sygeplejersker skal have en nem arbejdsgang i det daglige, for vi skal åbne syv forskellige EDB-systemer, de kan jo ikke kommunikere med hinanden...

De sygeplejersker, jeg observerede, havde dog generelt et fortroligt forhold til brugen af teknologi, og var imødekommende i forhold til implementering af nye systemer:

Jeg er fortrolig med systemerne [IT], computerne og alle de der ting det giver mig selvfølgelig en fordel i forhold til nyuddannede og nye sygeplejersker... altså der gør min erfaring en forskel... Jeg har en kompetence... jeg lærer jo i hvert fald selv folk op... men det er så igen en del af det daglige arbejde man har, hvor man hele tiden er vejledende og rådgivende, også for andre faggrupper...

Jeg tror også det det implementering... i starten sagde man implementering!!! [korslagte arme og meget bestemt] – Nu er det er bare meget nemmere, "nu skal det implementeres" det er bare sådan et ord der er blevet gængs og almindeligt, det var det ikke tidligere...

Teknologien ser således ud til at være en fuldstændig integreret og accepteret del af praksis, om end den skaber nogle problemer og udfordringer i det daglige. Det er altså lykkedes gennem en proces at skabe en stabilisering af netværket, endnu en black box, hvor ny teknologi implementeres i praksis, uden at der stilles spørgsmålstejn ved dette. Men stabiliteten er skrøbelig, da de involverede aktørers aktive loyalitet er afgørende for, hvor længe netværket forbliver stabilt og black box'en lukket.

8.3 Perspektiver på kvalitet og god sygepleje

I min analyse af sygeplejerskernes perspektiv vil jeg fokusere på de områder, der er centrale i forståelsen af akkrediteringens samspil med opfattelsen af kvalitet og god sygepleje. Det drejer sig om holdninger til standarder, opfattelse af faglig og klinisk kompetence og værdier i

sygeplejen. Jeg vil undervejs forsøge at holde fast i, hvad der fortælles om før og nu, og i forskelle mellem hvad der gøres og hvad der siges, bl.a. i forhold til at sikre og udvikle kvaliteten i sygeplejen.

8.3.1 Holdninger til standarder

I dette afsnit redegøres kort for holdninger til brug af standarder, som den er kommet til udtryk i interviewudsagn. Et af de forhold der går igen, når talen falder på brugen af standarder, er at de er medvirkende til at 'sikre' den rigtige viden og handling:

... man ved at det er det rigtige man går og gør... der skal jo være en eller anden form for evidens for at det man gør er rigtigt... så når du har patientkontakt eller pårørendekontakt, også bare kontakt med andre grupper, altså tværfagligt... at du ved at de standarder, det er nyt og det er noget der virker og der er evidens for at det virker...

... jeg selv eller nogen af mine kollegaer, hvis vi er i tvivl om noget, så vil vi søge vores svar ikke internt hos os selv, men så vil man gå ind på søgemaskinen eller på intranettet og søge en mulighed for at finde et svar... den søgemulighed, at der skal ligge nogle standarder og vejledninger bliver klart brugt... det er jeg ikke i tvivl om...

Når standarder bliver retningsgivende for viden og handling, kan de 'bruges' til at lægge pres på medarbejdere og andre faggrupper eller sætte en dagsorden. Men de kan også være medvirkende til at placere et ansvar eller klare 'frisag', alt afhængig af om standarden følges eller ej:

... det har en effekt i forhold til at sætte noget på dagsordenen og holde fokus på nogle ting... man har ligesom en tung ballast kan jeg forestille mig som afdelingsledelse til at sige; jamen det er ikke os der siger det, men akkrediteringen kræver det...

... før i tiden var det mere flagrende hvem gjorde hvad og hvem stod for det... nu lægger det sådan mere fast jamen det er dem der har ansvar for det og det vil sige hvis der er noget der ikke er gjort så er det nemmere at gå tilbage og sige; jamen... altså det er ikke noget vi andre kan klandres for...

Jeg ville bare ønske at lægerne også nogle gange... altså i forhold til de standarder og de retningslinier der ligger, at de selv var tro mod dem, fordi det er de altså ikke altid! Hvis jeg lægger mig op af en eller anden standard, så kan jeg godt få second, third, fifth opinion på at det passer ikke – Så nogen gange vanskeliggør det de der standardiseringer, som måske ikke holder vand alligevel... for de følger dem ikke selv.

Evidens, standarder og kliniske retningslinier vinder styrke som aktanter, og får autoritet ved at være retningsgivende og handleanvisende i forhold til de sundhedsprofessionelles ageren i praksis. Men der sker også en translation fra standarderne til humane aktører i praksis. Aktører som handler på vegne af standarderne, ved stadige forsøg på at indrullere og

disciplinere 'ulydige' aktører i et forsøg på at skabe orden og stabilitet. Der er altså her tale om en diskurs der hylder et optimeringsparadigme, hvor de beslutninger, der træffes i patientbehandlingen, baseres på videnskabelige metoder frem for sundhedsfaglig ekspertise. På den anden side udtrykker sygeplejerskerne på samme tid en bekymring ved brugen af standarder, på bekostning af noget andet:

Det er jo okay at have nogle regler for at informationer skal opdateres, det er også godt at køleskabene bliver tjekket efter, at de rent faktisk er kolde nok, det er også udmærket at der er fuldstændig styr på brandhalløj og alt det der... sikkerhedsmæssige ting. Så er der så en lang række ting hvor jeg tænker at det har i hvert fald ikke noget med kvalitet at gøre... det har ikke noget med kvalitet at gøre fordi det ikke går ud og gør en forskel ude i plejen...

Jeg tænker der er mange standarder og nye ting hele tiden, systemverden... og det man skal passe på er, at det ikke bare bliver sådan en fabrik hvor det køres igennem, altså effektivitet frem for alt... der kunne man nævne nogle af de værdier der er i sygeplejen, altså tid og rum og sted og være der...

8.3.2 Opfattelse af kompetence og værdier i sygeplejen

I den observerede praksis blev der ikke gjort brug af standarden for den indledende sygeplejevurdering. Her var det i stedet den enkelte medarbejders faglige og kliniske ekspertise og kompetence der var afgørende for ydelsen af sygepleje. Det kliniske blik og erfaringsudvekslinger lå til grund for vurderinger og beslutninger i plejen. Som det var tilfældet i eksemplet med patienten indlagt til observation for hjernerystelse. Om forskellige kompetencer og det klinisk blik bliver der blandt andet sagt:

Jamen det bliver jo det væsentlige, det der kliniske blik... det ligger i sygeplejeprocessen... den socialiserings- opdragelsesproces der ligger i forhold til at vurdere en patient... du ser jo med det samme patienten, og vurderer her, er der en her der er underernæret, eller er der en vi ikke skal være bekymrede for... det er jo en stor del af sygeplejen...

Jeg tror nok at jeg er rimelig velfunderet i min faglighed, jeg ved godt at jeg kan nogle ting fordi jeg har været her i så mange år... det er den ene ting rent fagligt, altså hvis nogen spø'r mig om noget... så er der den menneskelige del... hvor man møder patienten, altså det er jo også en stor del af vores faglighed, at vi kan gå ind og møde patienten omsorgsfuldt, rummeligt, kommunikativt på et højt plan osv...

Det er vigtigt for mig at de [patienterne] oplever at vi er parate til at møde dem der hvor de er, og så er det utrolig vigtigt for mig at man ser på det enkelte menneske... Kvalitet er at man kan se patienten individuelt, med de individuelle behov patienten har... og at man kan handle efter det... det er meget kort sagt... men det er det...

Ovenstående citater tyder på, at sygeplejerskerne ikke har den store tiltro til brug af standarder i forhold til omsorg og pleje. Det er derimod det *individuelle* omkring patienten der tillægges

størst betydning. Der er således også et andet paradigme der fylder i sygeplejerskernes praktiske hverdag. En diskurs hvor kvalitet betragtes som et samspil mellem faglighed, kompetencer og humanistiske værdier. Der er en skepsis og ambivalens i forhold til standardisering når det kommer til plejere relationen. Denne skepsis og ambivalens mener jeg udspringer af dilemmaet mellem de fremherskende paradigmer i sundhedsvæsenet. På den ene side er sygeplejerskerne fanget i en tænkning, hvor evidens, standarder og kliniske retningslinier bør være retningsgivende og handleanvisende for de sundhedsprofessionelles ageren i praksis. Imidlertid sker der noget andet når de selv handler i praksis. Her synes det kliniske blik, hensynet til og omsorgen for den enkelte patient vigtigere end standardiseret sygepleje.

Trods dette ideal om, at god sygepleje relateres til omsorgen og det individuelle i relationen, blev der i klinikken etableret forskellige netværk, der skulle sikre dokumentationen af den indledende sygeplejevurderings screeninger og scoringer. Hvorfor dette, hvis standarden ikke bliver tillagt nogen værdi og betydning i forhold til at yde en individuel sygepleje?

Interpellationsbegrebet repræsenterer en måde at anskue de processer på, der danner subjekter i en kultur. Begrebet dækker over den måde hvorpå et Subjekt anerkender subjekter – eller gør det muligt for en flerhed af subjekter at spejle sig i det almene subjektbegreb (Subjektet). Dannelsen af subjekter er således en proces der forudsætter et stort Subjekts medvirken. Dette Subjekt kan f.eks. være et Statssubjekt (Højrup 2002). Interpellation kan anskues som den proces, der gør det muligt at aktivere statens midler på en målrettet måde for at realisere givne mål (Buus 2000).

Jeg vil vende blikket mod praksis og prøve at anskue nogle af de interpellationsprocesser, der finder sted i forhold til akkreditering. Hospitalsdirektioner og politikere har som afhængige subjekter en interesse i at opnå anerkendelse fra Statssubjektet. En måde, at opnå denne anerkendelse på er, at kunne fremvise de gode målbare resultater der efterspørges. De sundhedsprofessionelle har en interesse i at opnå anerkendelse fra ledere og direktioner. En måde at opnå denne anerkendelse på er at levere gode resultater, f.eks. fra journalaudit i forhold til dokumentation. Dette, mener jeg, er noget af forklaringen på hvorfor der i klinikken etableres netværk der sikrer den rette dokumentation, om end behovet for anerkendelse er ubevidst. Min påstand er, at de mere erfarne sygeplejersker langt hen ad vejen også gør det for at tilfredsstille et system, der så til gengæld 'lader i fred'. På den måde kan

medarbejderne fortsætte det daglige arbejde i praksis i fred og ro, og til en vis grad efter egne præmisser og værdier:

Sygeplejerskerne mente ikke at 'systemets' og ledernes anerkendelse havde betydning, men at det derimod var patienternes anerkendelse der var vigtig. I øvrigt var det ikke noget de var særlig bevidste om eller tillagde betydning i dagligdagen:

...i kraft af at jeg er sygeplejerske, handler det om på en eller anden måde at få patientens anerkendelse...anerkendelsen ligger i at de giver udtryk for at de har haft et godt forløb...den helt fortrolige anerkendelse ligger i patient – sygeplejerske relationen, og det er den der oftest giver motivation til at fortsætte, jeg tror ikke det er hospitalet eller min institutions anerkendelse...

Akkreditering måler med nogle målesystemer og metoder som ikke tager højde for faglige færdigheder og kan derfor ikke måle faglig kompetence. Dette kan være en forklaring på sygeplejerskernes manglende tro på, at de krav der stilles til dokumentation bidrager til øget kvalitet af behandling og pleje, og følelsen af, at faglige kompetencer tilsidesættes.

...akkreditering der er man tilfreds når man kan se at dokumentationen er i orden, og den dokumentation er desværre ikke udtryk for at handlingerne er i orden... det kan ikke bevise noget som helst! Det der kan bevise noget, det er hvis vi går ud og spørger patienterne...det vil kunne bevise om kvaliteten er der...

De stadig mere omfattende krav til dokumentation medfører en øget standardisering, der resulterer i et stigende antal skemaer, screeninger og scoringer. En netop gennemført landsdækkende undersøgelse viser, at sygeplejersker bruger flere timer dagligt på dokumentation, og halvdelen oplever at det tager tid fra patienterne. Under en femtedel af de adspurgte mener, at alt det de dokumenterer bliver brugt (Rath 2008, Søndergaard 2009).

Det er påfaldende, at der endnu ikke i Region H, eller det tidligere H:S, er gennemført undersøgelser af, hvorvidt de mange screeninger og scoringer gør en forskel i forhold til f.eks. patienternes ernæringstilstand, rehabilitering, oplevelse af informationsniveau eller i antallet af fald. Akkrediteringen lever således ikke op til egne krav om evaluering og evidensbaseret.

Der rettes i dag fra flere sider en stærk kritik af arbejdet med kvalitetsstandarder i al almindelighed. Kritikere hævder at måden hvorpå der aktuelt arbejdes med kvalitetsstandarder, bl.a. i sundhedsvæsenet, fratager medarbejderne ansvar og risikerer at overflødiggøre deres faglighed (Andreasen 2008, Petersen 2008). Når der styres og handles i forhold til mål frem for formål så risikerer formål og erklærede værdier at gå fuldstændig tabt, fordi de må vige pladsen for simple operationelle mål. Derfor er en 'civil ulydighed'

nødvendig og påkrævet. At kunne afvige en standard bliver en nødvendig kompetence hvis faglighed og individuel sygepleje ikke skal tilsidesættes:

...jeg er nået til det punkt at hvis der er nogen hurdler eller nogen grænser, så tror jeg bare at jeg på en eller anden måde kommer til at omgås dem eller det bliver ikke synligt for øjet...det der, det giver ikke mening i min hverdag... så ryger det ud til højre...

standarder kan være utrolig hæmmende i forhold til at se patienten individuelt, for det kræver et kæmpe overblik, et kæmpe overskud og en kæmpe erfaring at kunne fravige de standarder...og det er man nødt til når man skal se individuelt på en patient... det er et kæmpe problem i forhold til nyansatte og nyuddannede...men også vikarer der ikke har overblikket...det kræver mod at kunne stå ved at fravige en standard.....så bliver det der kryds ikke sat, og er det så i orden det man siger om hvorfor man har fraveget den?...så der er en meget stor fare for at den individuelle sygepleje er truet af standarder hvis man ikke forstår at fravige dem, når de skal fraviges.

Erfaring, faglige og kliniske kompetencer spiller altså en afgørende rolle i forhold til hvorvidt standarder opleves som nødvendige eller der gøres brug af dem:

Akkreditering har ikke betydning for den pleje der ydes til patienterne...vi er altid gået ind og har identificeret et problem, vurderet hvad kan løsningerne være...og så handler vi på det og evaluerer på det...og så dokumenterer vi det...det er hele vores væren som sygeplejersker og erfarent personale...[]...men hvis man kommer ind i en afdeling hvor der er nyuddannet personale eller hvor der er dårligere uddannet personale, f.eks. ingen sygeplejersker der har hånd i hanke med tingene, eller hvis der er mange vikarer...så kan jeg måske bedre se en sikkerhed i akkrediteringen...

Professionaliseringen har medført en splittelse mellem yngre sygeplejersker, professionsbachelorer, og deres ældre kolleger, som resulterer i forskellige opfattelser af fagidentitet og god sygepleje (Kupferberg 1999). Der kan drages paralleller til opfattelsen af akkreditering. De yngre sygeplejersker der både er uddannede og arbejder i hovedstadsregionen kender ikke til en tid 'før akkreditering'. Denne forskel kan være afgørende for den diskurs der hersker mellem henholdsvis erfarne og nye sygeplejersker i forhold til akkreditering og de interpellationsprocesser der har fundet sted. Det er i hvert fald kendetegnende for de erfarne sygeplejersker, at deres opfattelse af akkrediteringens betydning over tid, i forhold til ændring af en kultur og kompetencer, kun angår nogle bestemte områder:

Jeg tror godt at den [akkrediteringen] kan ændre den kultur at have fokus på nogle områder og sige f.eks. det der køleskab skal være i orden og information der skal redigeres...hygiejne og sikkerhed og sådan noget... det der praktiske i en afdeling...den kultur tror jeg godt kan ændres...men sygeplejekulturen nej...

Standarder og akkreditering det er sådan meget...nogle procedurer og noget med nogle krydser hvorimod omsorg ude ved patienterne det er meget kommunikation og indlevelse

og...altså det er to forskellige ting, men de kan sagtens...altså de burde kunne passe sammen, eller de skal jo passe sammen...men den ene må bare ikke få overvægt...det skulle gerne være fifty-fifty...for ellers så bliver det bare sådan en maskine, fabrik hvor det skal køres igennem

Denne opfattelse af, at der er tale om forskellige 'kulturer', 'forskellige ting' eller forskellige områder, mener jeg endnu en gang, udspringer af dilemmaet mellem fremherskende paradigmer i sundhedsvæsenet.

Sygeplejerskerne identificerer ét område af deres praksis. Dette gælder, med deres egne ord, et mere praktisk, instrumentelt, teknologisk og specialiseret område af sygeplejen, hvor de gør brug af kliniske kompetencer. Jeg mener at der kan drages paralleller til et område af praksis, hvor der er tale om en *specifik* kompetence og evne til at udføre opgaver i specifikke sammenhænge med deres særlige opgavedefinitioner, og handle kompetent *i* udførelsen. Her hyldes standardisering og evidensbaseret i klinisk praksis, og holdningen er at det giver mening.

Samtidig identificeres et andet område af sygeplejerskernes praksis. Her er det omsorgen og det individuelle i relationen, det kliniske blik og erfaringen, der har betydning for hele ens 'væren' som sygeplejerske, og der gøres brug af nogle faglige kompetencer. Igen mener jeg, at der kan drages paralleller til et område af sygeplejerspraksis, hvor der er tale om *generel* kompetence og evne til at udføre opgaver i al almindelighed. Opgaver som sygeplejersken er kompetent *til* at udføre, alene ved det at være sygeplejerske. Her er opfattelsen at standardiseret sygepleje ikke giver mening, og den tillægges ingen betydning i forhold til at yde en individuel sygepleje. Tværtimod kan brugen af standarder true den individuelle pleje, hvis de ikke kan fraviges.

9. Konklusion og perspektivering

Denne afhandlings formål har været, at undersøge hvordan akkrediteringens standarder får betydning for sygeplejerskens arbejdsrutiner, processer og kompetencer over tid. Jeg har forsøgt at besvare dette ved at studere akkrediteringsprocessens betydning ved hjælp af en aktørnetværksteoretisk analysestrategi. Til at give rammen om processen, og analysere relationerne mellem stat, region og professioner, har jeg undervejs inddraget statsteori og diskursanalyse.

Ved at følge aktørnetværkets translationer og stabiliseringsprocesser i akkrediteringsprocessen, har jeg argumenteret for, hvordan den globale og samfundspolitiske udvikling har medført kravet om kvalitetssikring og akkreditering i det danske

sundhedsvæsen, og hvordan en markedsøkonomisk tænkning har gjort dokumentation og standardisering nødvendig. Jeg har også redegjort for, hvordan fremherskende diskurs og paradigmer i sundhedsvæsenet er medvirkende til, gennem translation, at gøre akkreditering til en størrelse der ikke underkastes kritik, men som fremstår som en black-box.

Ved, i et aktørnetværksteoretisk perspektiv, at analysere hvordan dokumentation gøres i sygeplejen, har jeg påvist, hvordan der i det lokale sker en translation af standarder, hvor samtlige aktører modtager og oversætter vejledningen i forhold til deres egne projekter, og hvordan de involverede aktørers aktive loyalitet er afgørende for stabiliteten.

Den teknologiske ændring af praksis medfører en ændring af sygeplejerskernes kompetence. Teknologien fordrer specifikke kompetencer, for at kunne hente styrke og virke som aktant, og for at sygeplejersken er kompetent i handlingen.

Jeg har undervejs påvist hvordan sygeplejerskernes opfattelse af akkrediteringens og standarders betydning, er præget af ambivalens og forskellig diskurs. Min påstand er at dilemmaet mellem fremherskende paradigmer i sundhedsvæsenet, også gør sig gældende i denne opfattelse. Erfarne sygeplejersker forholder sig til kvalitet, kompetencer og værdier i forhold til flere afgrænsede områder eller paradigmer i deres egen praksis.

Sygeplejerskerne identificerer ét område, hvor de gør brug af specifikke kompetencer for at kunne handle kompetent i udførelsen. Her hyldes standardisering og evidensbasering i klinisk praksis, og holdningen er, at det giver mening i forhold til kvalitet og udvikling.

Samtidig identificerer de et andet område af praksis, hvor der i det relationelle gøres brug af nogle generelle kompetencer, som gør sygeplejersken kompetent til at yde en individuel sygepleje, alene ved det at være erfaren sygeplejerske. Her er opfattelsen at standarder ikke giver mening, og de tillægges ingen betydning i forhold til kvalitet. Kvaliteten sikres gennem erfaring og hele ens væren som sygeplejerske.

Ved hjælp af translationer, stabiliseringsprocesser og med interpellationsbegrebets bidrag, har jeg argumenteret for hvordan der er skabt overensstemmelse mellem politisk vilje og sygeplejerskernes viljer, i forhold til akkreditering. Det er lykkedes at skabe et stabilt netværk, hvor akkreditering fremstår som en black-box. Men netværket er skrøbeligt fordi det afhænger

af aktørernes aktive loyalitet. Denne loyalitet har erfarne sygeplejersker ikke, når akkreditering og standardisering kædes sammen med individuel sygepleje.

Rejsen ind i aktørnetværksteoriens univers har været spændende og udfordrende. Med ANT som analyseramme, har jeg haft mulighed for at kaste et anderledes og utraditionelt perspektiv på en problemstilling. ANT har været en tilfredsstillende og lærerig måde at studere den proces hvori akkreditering bliver til. Ved at se på stabiliseringsprocesser undervejs, er det muligt at få øje på den sammenhængskraft som relationer mellem aktører kan opnå, uden at skulle forholde sig til det samlede projekt som aktørerne har samlet sig om. Dette har muliggjort at studere akkrediteringsprocessen i mikroprocesser, og hvordan den er blevet til black-boxe.

Det har været en særlig udfordring undervejs, ikke at falde tilbage på mere traditionelle tilgange, som jeg var bedre bekendt med. Aktørbegrebet har tvunget mig til at kigge bredere i identificeringen af aktører. Behovet for fortolkninger, for at kunne sætte sig ind i aktørernes kontekst, er en anden udfordring ved anvendelsen af ANT. Mit forudgående kendskab til akkreditering og praksis, har bidraget med viden om konteksten, men det kan også have haft den betydning at jeg har været forudindtaget og dermed været blind for nye og anderledes vinkler. Jeg har forsøgt igennem processen at være bevidst om disse forhold.

Det er nærliggende og fristende at drage paralleller mellem de translationsprocesser der sker i netværket, og de gensidige anerkendelsesprocesser, der betinger interpellationen. Men aktørernes interesser konstrueres i translationsprocessen. Det betyder at aktørernes interesser i udstrakt grad må baseres på fortolkninger. Derfor har det været en metodemæssig fordel at kombinere den teoretiske tilgang med statsteori, herunder interpellationsbegrebet, og diskursanalyse. Dette har givet mulighed for yderligere at afdække de interesser og anerkendelsesprocesser der var på spil og analysere relationerne mellem stat, regioner og professioner.

Jeg er enig i nogle af de kritikpunkter der har været rejst af ANT. Min egen interesse og forforståelse som forsker gør, at jeg let forfalder til at vælge ledernes og de magtfuldes perspektiv, selvom aktørnetværket ikke har noget naturgivent udgangspunkt. Kritikere hævder også, at ANT producerer funktionalistiske forklaringer, hvor ting kun fungerer, fordi alle dele rettes ind i forhold til et overordnet formål. Min undersøgelse påviser at erfarne

sygeplejerskers opfattelse, af akkrediteringens og standarders betydning, er præget af ambivalens. Forskning har vist at projekters sammenhængskraft ofte beror på deltagerens ambivalens. Det kunne være spændende i denne sammenhæng at forfølge det spor.

Makroaktøren vil altid handle som om en black-box er hermetisk lukket. Derved reduceres komplikationer, som ikke gavner at diskutere, og i stedet opstår selvfølgeligheder. Hvis processen lykkes, opnås en forsimpning af verden, som ingen sætter spørgsmålstegn ved, og makroaktøren kan vokse sig endnu større. Det forholder sig ikke anderledes med akkreditering som makroaktør. Meget af den nuværende akkrediteringsforskning fokuserer på at dokumentere og evaluere effekten af akkreditering, uden at kaste lys over hvad den egentlig gør ved sygeplejerskers opfattelser og måder at yde sygepleje på. Der er derfor, efter min mening, behov for mere kvalitativ forskning på området, specielt nu hvor vi står på tærsklen til en national akkreditering af sundhedsvæsenet.

Et sådant forskningsbidrag har bl.a. Rankin og Campbell leveret. Gennem årtier har de set på udviklingen i det Canadiske sundhedsvæsen og dens betydning for sygeplejen. De har undersøgt hvad der sker med sygeplejen, når den i stigende grad styres og udføres på baggrund af operationelle systemer, standarder og kliniske retningslinier (Rankin og Campbell, 2006). Rankin og Campbell hævder at sygeplejersken stille og roligt over tid, ændrer indstilling til hvordan hun praktiserer, fordi hun uden refleksion lader sig begrænse og styre af de rammer, forventninger og standarder der er, og herved risikerer at give køb på grundlæggende værdier i sygeplejen.

Auditering af praksis er forbundet med overvågning og kontrol. Med henvisning til Foucault og hans beskrivelse af Panoptikon, kan man overveje hvilke konsekvenser det vil få for den daglige praksis. Tanken bag Panoptikon var at indgyde fangerne ængstelse og uro, ved bevidstheden om en vedvarende mulig overvågning, og at denne uro ville resultere i en tilpasning til de disciplinære normer der blev efterspurgt.

Et tema, som ikke har været behandlet i denne undersøgelse, er sygeplejerskernes perspektiv på forholdet mellem akkreditering, tid og ressourcer i praksis. Dette kunne have været interessant at undersøge i forhold til afhandlingens formål, men det ville i denne sammenhæng være for omfattende.

Min undersøgelse viser at sygeplejerskers erfaring sikrer den individuelle sygepleje frem for standarder. Man kan spørge sig selv, om den politiske udvikling, der har medført en mangel på sygeplejersker, en stadig mere udbredt brug af private vikarer og uddannelse af andre faggrupper der i højere grad skal varetage sygeplejen, også har skabt en situation hvor akkreditering og standardisering er nødvendig, fordi der sker et tab af kompetencer i sygeplejen på bekostning af den individuelle pleje. Denne afhandling har kun sigtet på at undersøge erfarne sygeplejerskers perspektiv. For at kaste mere lys over denne problematik, må de nye og uerfarne sygeplejerskers perspektiv nødvendigvis også undersøges.

Mit mål, med denne afhandling, har været at levere et bidrag til diskussionen om kvalitet og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel. Det er min opfattelse, at min afhandling giver indsigt i og mulighed for at kvalificere refleksioner omkring, hvad der kan ske i andre kontekster.

Mindretallet har ikke altid ret – Men kan besidde bedre indsigt, være mere optaget af og have sat sig bedre ind i potentielle problemer, længe før flertallet overhovedet aner, at der er et problem (Petersen 2008).

Referencer

Andreasen, T. E.: "Perspektiver på pleje – værdier i praksis". Forlaget Philosophia, 1. udg., 1. oplag, Aarhus 2008. P. 13-160 & 317-374

Antonsen, K., Friis, J. & Rasmussen, H.: "Akkreditering i H:S - Oversættelser og stabilisering". Masterafhandling, Master of Health Management, Copenhagen Business School, December 2006.

Beauchamp, T.L.: "Competency" I M.A.G. Cutter & E. Shelp (eds.) *Competency – A Study of Informal Competency Determination in Primary Care*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1991. P.49-77

Berg, M. & Timmermans, S.: "Order and Their Others – On the Constitution of Universalities in Medical Work" I *Configurations*, årg. 8, The John Hopkins University Press & The Society for Literature and Science, 2000. P.31-61

Buus, H.: "Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse". Museum Tusulanums Forlag, Aarhus 2000. P. 461-486

Dyhr, L. & Schmidt, L.: "Interviewet som forskningsmetode". I: I.M. Lunde & P. Ramhøj (red.): *Humanistisk sundhedsforskning inden for sundhedsvidenskab*, Akademisk Forlag, 1. udgave, 3. oplag, København 2003. P.154-168

Frølich A. & Christensen M.: "Akkreditering af hospitaler – En gennemgang af internationale erfaringer" I: *Ugeskrift for læger* nr.38, 2002.

Gad, C. & Jensen, C. Bruun : "Post-ANT" I: C. Bruun Jensen, P. Lauritsen & F. Olesen (red.): *Introduktion til STS – Science, technology, society*, Hans Reitzels Forlag, 1. udg., 1. oplag, København 2007.

Greve, C.: "New Public Management", Nordisk Kultur Institut, København 2002.

Hastrup, K.: "Metoden. Opmærksomhedens retning". I: K. Hastrup (red.): *Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode*, Hans Reitzels Forlag, København 2005.

H:S Direktionen: "Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S". Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2005

Højrup, T.: "Dannelsens dialektik – Etnologiske udfordringer til det glemte folk". Museum Tusulanums Forlag, Aarhus 2002. Kap. 6, 8 & 11.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) hjemmeside: www.ikas.dk

Jensen, T. Elgaard : "Aktør-netværksteori – En sociologi om kendsgerninger, karakter og kammuslinger". Papers in Organization, No. 48, Department of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School, 2003.

Jespersen, A.: "Engagement i arbejdet? – Konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger". Ph.d.-afhandling, Etnologi, Saxo Institutet, Københavns Universitet 2007.

Jespersen, P. Kragh: "New Public Management reformer i det danske sygehusfelt". I: *Nordisk administrativt tidsskrift nr. 1*, 82. årg., 2001. P.22-40

Joint Commission International Accreditation: "*Internationale standarder for hospitaler*" – *Officiel dansk oversættelse*, Region Hovedstaden, 3. udg., 2008.

Kvale, S.: "Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview". Hans Reitzels forlag, 1.udg., 9. oplag, københavn 2003.

Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K.: "Deltagende observation". Hans Reitzels forlag, 1. udg., 2. oplag, København 2002.

Latour, B.: "Vi har aldrig været moderne – Et essay om symmetrisk antropologi". Hans Reitzels Forlag, 1. udg., 1. oplag, København 2006.

Mainz, J., Krog, B. R., Fog, K. & Bartels O. D.: "Sundhedsfaglige standarder i akkreditering" I: *Ugeskrift for læger nr.38*, 2002.

Markussen, R. & Olesen, F.: "Rekonfigureret medicin – Medicinskrivning i en socioteknisk praksis" I: M. Bryld & R. Markussen (red.): *Cyberkulturer & Rekonfigurationer*, Samfundslitteratur 2003, Kap.9

Maunsbach, M. & Lunde, I.M.: "Udvælgelse i kvalitativ metode" I: I.M. Lunde & P. Ramhøj (red.): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, Akademisk Forlag, 1.udgave, 3.oplag, København 2003. P.142-153

Moth, G., Stabel, H.H., Kudsk, A.Z., Hansen, L., Rask, M.T., Mainz, J.: "Akkreditering i medicinsk teknologivurderingsperspektiv". I: *Ugeskrift for læger nr.19*, 2004.

Olesen, F. & Kroustrup, J. : "ANT – Beskrivelsen af heterogene aktør-netværk" I: C. Bruun Jensen, P. Lauritsen & F. Olesen (red.): *Introduktion til STS – Science, technology, society* Hans Reitzels Forlag, 1. udg., 1. oplag, København 2007.

Petersen, V. C.: "Vildveje i velfærdsstaten – Fællesskab i opløsning, styringsillusioner, udveje". Informations forlag, 1. udg., 2. oplag, København 2008.

Rankin, J.M. & Campbell, M.L.: "Managing to nurse - Inside Canada's health care reform". University of Toronto Press, Canada 2006.

Rath, M. B.: "Dokumentation blandt sygeplejersker" – Undersøgelse udarbejdet af DSR Analyse, 2008.

Sundhedsstyrelsen: *Metoder til kvalitetsmåling*. Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet, 2000.

Sundhedsstyrelsen: *National Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, Fælles mål og handleplan 2002 – 2006*. Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, 2002.

Søndergaard, B.: ”Papirpleje” Tema: Dokumentation I: *Sygeplejersken* nr.2, 2009.

Tiedemann, E.: ”Sygeplejekunstens etik – Jubilæumsskrift” I: *Sygeplejersken* nr. 21, 2000.

Interviewguide

| Undersøgelses- og forskningsspørgsmål | Interviewspørgsmål |
|--|---|
| <p>Sygeplejerskens karriereforløb og deltagelse i akkrediteringsforløb?</p> <p>Hvordan påvirker akkreditering sygeplejersker i praksis? Hvilken rolle spiller dokumentationskrav i denne sammenhæng? Hvilken rolle spiller teknologi/ IT-systemer i denne sammenhæng? Hvem efterspørger dokumentationskravene og for hvis skyld dokumenteres?</p> <p>Hvordan er sygeplejerskens opfattelse af faglig og klinisk kompetence? Hvordan gøres der brug af den dokumentation der stilles krav om? Hvad er det sygeplejersken bærer med sig eller har 'iboende', som fastsætter hendes kriterier for god sygepleje?</p> | <p>Uddannelsesår og sted? Hvad lærte du i din uddannelse om god sygepleje? (om akkreditering/standarder/evidens og empati, omsorg osv.) Hvor længe har du arbejdet i denne afdeling? Har du erfaring med akkreditering fra tidligere? Har du oplevet proces med implementering af akkreditering?- Hvordan?</p> <p>Oplevelse af akkreditering i hverdagen /i praksis? (Uddybende spørgsmål der bygger på indledende observationer, viden om arbejdsgange og forandringer – ex. situationer, overgange hvor der opleves særlige problemer/glæder osv.)</p> <p>Hvad betyder akkreditering for dig? Hvilken betydning mener du det har for praksis/din hverdag? – Ændring? - og for patienten? – Ændring?</p> <p>Hvilken rolle spiller kravene til dokumentation i den forbindelse? Ser du en sammenhæng mellem akkreditering, dokumentation og indførelse af IT-systemer? <i>Hvis ja: Hvordan?</i></p> <p>Hvornår føler du at du yder en god sygepleje? Hvad skal der til for at du gør det/ kan gøre det? (evt. spørge ind til observationer – Oplevede du det i dag? Fornemmelse og omstændigheder tilknyttet – tage udgangspunkt i begreber der kommer frem – og spørge videre ind til dem)</p> <p>Hvilken betydning har dokumentation i den forbindelse? – Hvordan gøres brug af den?</p> <p>Hvad tænker du hvis jeg siger 'de bløde værdier i sygeplejen'/omsorgen for den enkelte patient...(evt. afrundende spørgsmål, når informanten har givet sin egen version)</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Hvordan tænker sygeplejersken, at kvaliteten i sygeplejen skal sikres og udvikles?</p> | <p>Hvordan ser du det i forhold til standarder og dokumentation? (kunne være den indledende sygeplejevurdering, afhængig af observationer)</p> <p>Hvad er kvalitet i sygeplejen for dig? (spørge ind til observationer for at afdække oplevelser/eksempler på kvalitet – Observere om der er 'fælles træk' i oplevelsen af 'god pleje' og kvalitet – måske spørge ind til dette)</p> |
|---|--|

Noter Observationsstudie Dato:

Afdeling:

Sygeplejerske:

| Mødet patient - sygepl. Kommunikation/opgave | Dokumentation Papir – IT-system | Andre aktører Kommunikation | Andre aktanter (ikke humane) | Andre 'gøremål' | Fysisk placering |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
| | | | | | |

* Særlige situationer, overgange, arbejdsgange hvor der opleves problemer/glæde eller undren som evt. uddybes i efterfølgende interview

Vurdering af patienter (VU) og vejledning af patient og pårørende (VE)
Eksempler på JCI-standarder som indgår i den indledende sygeplejevurdering

VU.1

Alle patienter som hospitalet behandler, får deres helbredsmæssige behov afklaret gennem en fastlagt proces.

VU.1.3

Den indledende vurdering identificerer patientens behov for behandling og pleje.

VU.1.3.1

Den indledende lægelige vurdering og sygeplejevurderingen af akutte patienter er i overensstemmelse med deres behov og tilstand

VU.1.4

Vurderingen afsluttes inden for den tidsfrist som hospitalet har fastsat

VU.1.4.1

Den indledende lægelige og sygeplejefaglige vurdering foretages indenfor de første 24 timer efter patienten er blevet indlagt, eller tidligere, alt efter patientens tilstand og hospitalets politik

VU.1.5

Resultaterne af vurderingen dokumenteres i patientjournalen og er tilgængelige for dem der har ansvaret for patientens behandling

VU.1.6

Patienters ernæringstilstand og fysiske funktionsevne vurderes, og hvis det er nødvendigt, henvises de til yderligere vurdering og behandling

Formål (uddrag): For at identificere de patienter som har ernæringsmæssige eller funktionelle problemer er det mest effektivt at anvende fastlagte kriterier for screening. Den indledende sygeplejefaglige vurdering kan fx omfatte sådanne kriterier og screeninger (JCI 2008:89)

VU.1.8

Som led i den indledende vurdering fastslås det om patienten har brug for yderligere specialiserede vurderinger

VU.1.8.2

Alle patienter vurderes for smerter. Hvis patienten har smerter, foretages en mere omfattende smertevurdering

VE.2

Patientens behov for information og vejledning er identificeret og dokumenteret i journalen

VE.2.1

Patienten og de pårørendes evne og vilje til at modtage vejledning vurderes

Til alle standarder er der opstillet et formål og målelige elementer. De målelige elementer opregner og konkretiserer de krav som et hospital skal opfylde for at opfylde standarden fuldt ud, og som gennemgås og bedømmes i akkrediteringsprocessen (JCI 2008:13)