

# Nye styringsinstrumenter i sundhedssektoren

---

## Magt, management, målbarhed og marked

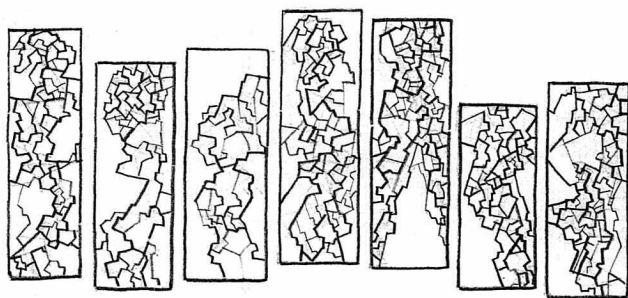
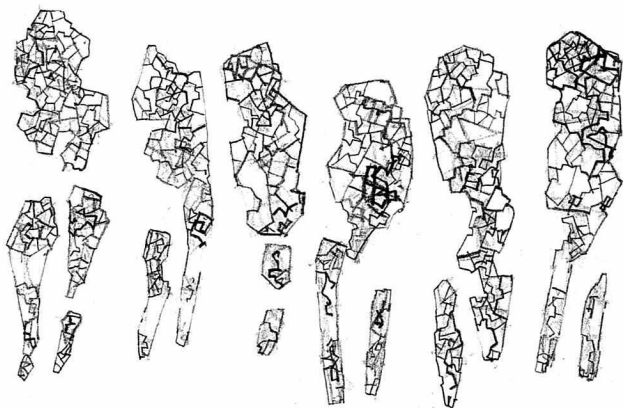
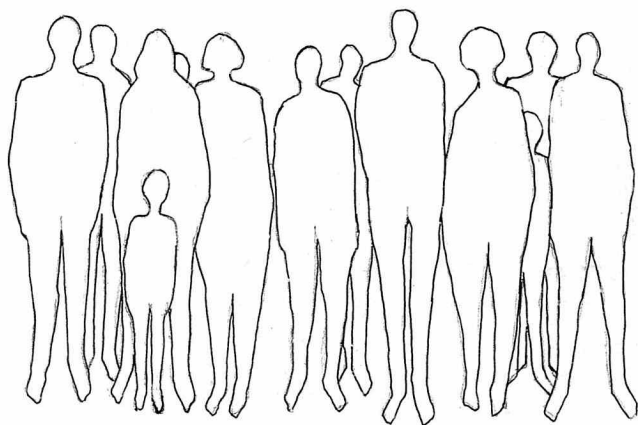
Udviklingen af skemaer og vejledninger er helt klart en tidsrøver fra det uformelle og mere personlige i den fagprofessionelle kontakt med patienten – men det er også en tanketyv, idet det nu er de formelle, rationelle retningslinjer, der tæller, og tænsksomheden, den personlige involvering, en intuitiv omsorgsdel, kan tankemæssigt frakobles.

Af Torben Heinskou

**D**er er ingen tvivl om at det første 10-år efter årtusindskiftet bl.a. vil blive husket for de store forandringer, der finder sted indenfor den offentlige sektor. Strukturreformen er et helt kapitel for sig, hvor kun de første blade indtil videre er blevet vendt. I sig selv vil reformen ændre på kravene til samarbejde mellem de ansatte i nye regioner og kommuner. Men sideløbende er der andre forandringsspres på de fagprofessionelle roller i store dele af den offentlige sektor, hvilket er et andet kapitel, hvis konsekvenser er underbelyst.

Inden for sundhedssektoren er det tydeligt at en række initiativer, som tegner sig fra politisk administrativt hold, i høj grad netop vil kunne ændre på de fagprofessionelles (læger, sygeplejersker m.v.) funktioner og roller i det daglige arbejde. Der er p.t. sat flere hurtiggående skibe i søen. Et aktuelt projekt er eksempelvis den elektroniske patientjournal (epj), som hovedstadsregionen har investeret 1- 2 milliarder danske kroner i at få søsat. Epj skal i øvrigt på landsplan være effektiv i løbet af tre år... Dette skal presses igennem efter at der i forskellige udviklingsforløb har været store vanskeligheder med netop at få den til at fungere som en hjælp for de fagprofessionelle og medvirke til kvalitetsløft, men i stedet for af mange – indtil videre – har kunnet føles som en klods om benet. Det, og lignende kuldsejlede initiativer minder os om at før maskiner og teknologi kan tale sammen, skal mennesker have tid til og mulighed for at tale sammen i et samarbejde. Et er selvfølgelig at få dokumenthåndtering m.v. til at fungere noget mere smidigt, men noget andet er at den elektroniske patientjournal lægger op til en række registreringer, systematiseringer og ensretninger i arbejdet, som kan medvirke til at minimere det intuitive præg, som journaler ofte har, og som har været en torn i øjet for planlæggere og administratorer med ønske om at kunne styre de fagprofessionelles handlinger og begrundelser.

Et andet meget stærkt styringssystem er blevet iværksat i forbindelse med



regeringens og amternes forhandlingsaftale 2002, hvori det er blevet besluttet at der skal foretages en såkaldt "akkreditering" af alle danske hospitaler inden 2006/07. At "akkreditere" betyder egentlig at betro eller at autorisere, men i den konkrete version, som har udviklet sig inden for sygehusvæsenet, væsentligst fra USA inden for de sidste årtier, drejer det sig om at få et firma eller en institution ude fra til at foretage en samlet vurdering af kvaliteten i sygehuset, gennem en form for eksamen med jævne mellemrum. Det er ikke gratis at blive akkrediteret. Der er tale om stærke internationale strømninger, omfattet af en væsentlig økonomi. Dels skal der betales for den ydelse, og det diplom som firmaet leverer. Det nævnes at et af de store firmaer på akkrediteringsområdet (JCHAO) – som bl.a. har akkrediteret sygehuse i hovedstadsområdet (H:S) – har en omsætning på omkring 100 mill. dollars hvert år pga. aktiviteter rundt omkring i verden. Desuden koster selve vurderingsarbejdet på sygehuse en del mandetimer, formentlig op imod 1% af det, det koster at drive sygehuset. Akkreditering består i princippet af to elementer, dels den nævnte ydre vurdering af kvaliteten på sygehuse, og dels er akkreditering implementering af et ledelsesredskab, som fremmer beslutninger og prioriteringer på sygehuse. Det, der er i fokus for akkrediteringen er procedurer, organisatoriske aspekter, struktur og processer, sikkerhed i journalstandarder osv., og det synspunkt, der har været for akkrediteringen er at hvis man strammer op om disse organisatoriske ting, vil det nok få betydning for behandlingskvaliteten. Den kvalitative forbedring har imidlertid ikke kunnet dokumenteres. Og det er sjældent at en aktivitet, som ikke med sikkerhed bedrer resultatet af hovedydelsen får en så stor pose penge med.

Tegninger Gert Hansen

Akkreditering betyder konkret at man fastsætter en række standarder for hvad der skal nås i organisationen og hvornår osv., og det bliver så et administrativt styringsredskab at kunne minimere forskellen mellem den praksis der er og den standard, man har etableret. På den måde er akkreditering en form for adfærdsregulering af de fagprofessionelles egen organisering af samarbejde. Der bliver vejledninger til stort set alle processer i dagligdagen, i et vist omfang også nede på det kliniske niveau, hvornår patienter skal kontaktes, hvad de skal spørges om hvornår og hvordan behandlingens forholdsmæssige aspekter skal indrettes.

Der er ingen tvivl om, at de beslutninger, der ligger til grund for akkreditering, stammer fra ønsker om at forbedre kvaliteten i arbejdet. Det er der jo ikke nogen, der vil modsætte sig. Imidlertid har akkrediterings-beslutningerne fra starten haft en klar "topdown-figur" som har været en præcisering af et magtforhold, og som et politisk og administrativt instrument der ikke primært er baseret på et fagprofessionelt klinisk engagement i arbejdet. Det har altid været svært at styre især lægers prioritering, og alene det at styringsinstrumenter som dette er introduceret, kan ses som et modtræk mod kompleksiteten for at få orden i behandlingstiltag, som bliver tiltagende omkostningsfulde. Lægeforeningen har grundlæggende været positiv overfor akkrediteringen, formanden har været ude med sine lovprisninger af dette styringsinstruments kræfter, men der har også været tale om en slags "take it or leave it", som det har været meget vanskeligt at problematisere. De ansatte, som bliver involverede i akkrediteringen, har således pligtskyldigst udfyldt skema efter skema uden nødvendigvis til bunds at forstå hvad akkreditering er, hvorfor det kommer, hvorfra det kommer, hvad det nytter og hvilke konsekvenser det har for de ansatte. På denne måde har akkrediteringen fået en slags autoritært præg, som et ekstremt effektivt ledelsesredskab – hvilket kan give mindelser om bureaukratiske styreformere, der på andre historiske tidspunkter har afkoblet humanisme, tænk-somhed og moralsk ansvarlighed.

Undersøgelser blandt ansatte (f.eks. i H:S) viser, at akkreditering ikke bedrer samarbejde i den behandlende afdeling eller på tværs af faggrupper. Hvis der skal etableres samarbejdsbaserede, komplekse dynamikker mellem organisation, mennesker og grupper – som en ressource – skal der øjensynlig være højere til loftet.

Grobunden har måske været gødet for at implementere effektive styreformere som ikke bliver diskuteret særligt grundigt, dels fordi der foregår så mange forandringer – og det er vanskeligt at nå at diskutere det hele, hvis patienterne også skal behandles, og dels fordi de enkelte sygehuse mht. overlevelse både nu og i fremtiden vil blive presset mere til at vise, hvad de kan, f.eks. gennem akkreditering. Strukturreformen vil kunne medføre at der kan blive rensset ud i mindre effektive dele af sygesektoren, og på andre måder nærmer sygehusene sig en firmakultur med markedselementer, som man f.eks. har set det i England. Fremtiden bliver således formentlig også økonomistyring med produktionsmål, takststyring, privatisering m.v. Det er således også politiske ideologiske forhold der er på spil, og som det kan være vanskeligt at få rum til at diskutere – og pga. udviklingen kan det være et spørgsmål om overlevelse at tilpasse sig: De ansatte bliver "comrads-in-arms" for ikke at tabe i konkurrencen med nabosygehuset – og kritik af styringsinstrumenter vil kunne betragtes som tillidsbrud. Akkreditering er blevet "branding", image-skabende, og en konkurrenceparameter i de nye regioner.

Den organisatoriske styring, som ligger i akkrediteringen, betyder som anført at der skal etableres standarder og vejledninger for stort set alle sundhedsfaglige og driftsmæssige forhold som ligger til grund for behandlingen. Kvalitet bliver således lig med det, som kan måles og standardiseres, og mere intuitive, "bløde" kliniske kvalitetsforhold, eksempelvis: "hvordan er kontakten med pt.", "er der etableret en ordentlig alliance med pt. om behandlingsprogrammet?" som kan have væsentlig betydning, er kun relevante hvis de kan skematiseres. Udviklingen af skemaer og vejledninger er helt klart en tidsrøver fra

det uformelle og mere personlige i den fagprofessionelle kontakt med patienten – men det er også en tanketyv, idet det nu er de formelle, rationelle retningslinjer, der tæller, og tænkensomheden, den personlige involvering, en intuitiv omsorgsdel, kan tankemæssigt frakobles.

I klassiske socialpsykologiske beskrivelser har skemalægninger og ritualiseringer af arbejdet ofte vist sig at opstå blandt de ansatte, når der er opstået angst i arbejdet, f.eks. ved kontakten med svært syge patienter. Opgavelister, skemaer o.l. betyder at angsten kan parkeres, så man kommer til at slippe for at tænke selv. I forbindelse med akkrediteringen er skemativering og ritualiseret tænkning imidlertid ikke opstået fra de fagprofessionelle, men er kommet primært fra politisk administrativt hold, som en slags officiel orden i en kompleks sektor, hvor der naturligvis for en manager vil være mange risici for at miste kontrollen.

En ofte beskrevet forskel mellem management og ledelse er at førstnævnte først og fremmest indeholder forvaltning og administration, sidstnævnte indebærer som en afgørende forskel at man også får sikret et følgeskab blandt sine ansatte. Godt lederskab er også i stand til at finde og stimulere arbejdsgrupperes kreative kræfter ved at styrke relationer i og mellem grupper.

Frygt og forsimpning er ikke gode redskaber i en sådan sammenhæng. Mere visionært må man tænke på at dialog og respektfulde forklaringer fremmer forståelsen og sikrer de fagprofessionelles personlige engagement i arbejdet. I forbindelse med arbejdet i en sektor, hvor hovedressourcen er menneskelig arbejdskraft og i mindre grad teknologiske arbejdsredskaber, er tænkensomhed, fleksibilitet og samarbejdet i det der kan kaldes de "intersubjektive felter" helt afgørende. Dette afspejler også at i organisationer, hvor en væsentlig ingrediens består i at arbejde med mennesker, vil produktionen i modsætning til en almindelig vareproduktion, foregå indlejret i en relation mellem den fagprofessionelle og patienten. Standardiseringen og vareproduktionskarakteren vil kun kunne udvikles til en vis grænse i

en sådan sammenhæng, fordi muligheden for at fortolke patientens behov og etablere et skøn herefter, har et grundlag i den udveksling, der foregår i relationen. Standarder skal kunne afviges, der skal være plads til tvivl, ellers kan der ikke etableres skøn – og ikke alt kan måles og vejes i denne sammenhæng. De mønstre, der er for udveksling i samarbejdet mellem fagprofessionelle, vil ofte være erfaringsbaserede og indimellem usystematiske, subjektive og i vist omfang selvorganiserede. Der bliver aldrig tale om samlebåndproduktion, og hvis visse af styringsredskaberne fra en sådan tankegang skal implementeres, kræver det at der etableres nye, supplerende mønstre for udveksling, både mellem patient og behandlere og mellem behandlere. Hvis dette skal gøres tager det tid, og det er muligt at rationelt tænkende managere har vanskeligt ved at forstå at nye tænkemåder, relationer og respekt i forhold til arbejdet kun vanskeligt vil kunne bankes igennem med et diktat.

Der er ingen tvivl om at alle, også ansatte der arbejder med hovedydelsen, ønsker at forbedre kvaliteten af behandlingen, men risikoen er hvis magt, management, målbarhed og marked tromles igennem, at man så – også på længere sigt – i sektoren passivt tilpasser sig til de faste, forenklede dispositioner. Og det kan koste mht. engagement, videreudvikling og samarbejde. Hvis kvalitetsbegrebet for alvor skal kunne nå en dybde med betydning bør det allerede kritisk kunne diskuteres og få grundlæggende plads i uddannelserne til fagprofessionerne: Hvad er kvalitet? Kan det mærkes? Skal det måles? Må det koste? Hvordan udvikles kvalitet i samarbejde? Og hvilken type ledelse vil *det* kræve?

At sundhedsvæsenet i øjeblikket befinder sig i et "Point of no return" mht. pålagt, og nu næsten selvbekræftende organisatorisk kvalitetsforståelse, kan ikke have gjort kvalitetsbegreber vedrørende behandlings- og samarbejds-kvalitet immune for bedømmelse og udvikling.

*Torben Heinskou er psykiater.*