

Sundhedsprofessionelle og kvalitetssikring

Lise Dam Rasmussen,
Ph.d. stud. ved ISG, RUC
Finansieret af sygeplejerskeuddannelse, UCC og RUC

I oplægget vil jeg

- Generelt introducere mit projekt
- Ikke fokusere på tilbagemeldinger, men på hvad monitorering gør ved de sundhedsprofessionelle
- Foreløbige analyseideer

Kort intro til projekt

- **Overordnet problemstilling:**
”Hvordan kan de sundhedsprofessionelle ses som centrale aktører i kvalitetsstyringen i sygehusvæsenet, hvordan påvirker kvalitetsstyringen som styringspraksis de sundhedsprofessionelle og hvordan agerer de sundhedsprofessionelle i forhold hertil?”
- **Kvalitetsstyring: Det Nationale Indikatorprojekt**
- **Sundhedsprofessionelle: Social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger**
- **Sygehusvæsenet: 2 hospitaler, 4 afdelinger (høj og middel score), apopleksi**
- **Komparativt blik på professionsdiskurser**

Teoretisk ramme

- Inspireret af Michel Foucault: Governmentality

”..en hvilken som helst form for kalkuleret og rationel aktivitet. Den udføres af en mangfoldighed af autoriteter og organer, benytter sig af en mangfoldighed af teknikker og vidensformer og søger at forme vores adfærd ved at operere gennem vores ønsker, interesser og overbevisninger. Styring udøves med henblik på specifikke, men skiftende mål og har relativt uforudsigelige konsekvenser, effekter og resultater” (Dean 2006 s. 45).

- Inspireret af Terry Johnson: Professionernes centrale rolle i governmentality som styringspraksis.

- *Staten disciplinerer sine borgere gennem professionernes ekspertise, idet professionerne producerer viden om det normale og det sunde – en viden som borgeren efterhånden tilegner sig og agerer i forhold til (Johnson 1995). At regere legitimt kræver, at man regerer i lyset af viden om de regerede objekter – eksempelvis viden om økonomi, samfund, psykologi, patologi og sundhed. Regeringskunsten bliver dermed afhængig af ”sandhedseksperter” og uløseligt forbundet med disses begreber, forklaringer og vurderinger (Rose 2003 s. 186).*



Centrale begreber og analysefokus

- Hvordan er de sundhedsprofessionelle indskrevet i kvalitetsstyringen (i opstart, vedligeholdelse og udvikling af NIP)
- Hvordan foregår styring til selvstyring, selvansvarliggørelse.
- Hvilke andre styringsformer/ magtformer er i spil
- Hvilke subjekter og objekter formes med styringen, og hvilke modmagtstrategier
- Hvordan positioneres/ italesættes NIP i professionsdiskurserne

Monitorering af sundhedsydelse

- - en af 4 styringsprocesser i NIP (Prioritering, standardisering, monitorering samt audit/ tilbagemelding)
- Organiseret omkring NIP-skemaet:
”de sundhedsprofessionelle skal lave løbende registreringer af kliniske observationer for hvert enkelt patientforløb i henhold til registreringsskemaer. Efter patientens udskrivelse indtastes disse data i en central database”(NIP-sekretariatet 2007, s. 10)
- Analysefokus:
 - hvordan foregår monitoreringen som styringsteknik?
 - hvordan forholder de sundhedsprofessionelle sig?

5 processer i monitoreringen

- På rejse med NIP-skemaet rundt i hospitalsvæsenet:
 - Introduktion/ undervisning/ opfølgning (vidensformer i spil).
Selvansvarliggørelse eller disciplinering?
 - Opstart af skema på hver patient (kategorisering af patienter)
 - Afkrydsning i skemaet (selvovervågning af praksis – objektivering af skema/ objektivering af NIP)
 - Kontrol af skemaet (overvågning af selvovervågning)
 - Retursystemer (disciplinering)

Afkrydsning i skemaet

- En læge forklarer, at læger arbejder med registreringer som journalisering – de journaliserer deres iagttagelser til gavn for kollegaer og for dem selv. Lægen siger videre: "At lave kvalitetssikring med at registrere i bestemte skemaer er jo ikke noget man opfatter, ikke noget, jeg tror ikke der er nogen, der opfatter det som særlig meningsfyldt, altså det må man sige, det spiller ingen rolle i det enkelte læge-patient forhold" (Interview 1:2)
- En læge siger om NIP" .. det er et arbejdsredskab, man gør lidt af pligt, lidt ligesom at man børster sine tænder og man holder sine negle og ører rene, og sørger for at ens børn taler pænt til deres mor" (Interview 1:2).

Afkrydsning i skemaet

- En sygeplejerske siger: "..jeg var lidt for dårlig til at prioritere NIP før i tiden, og det synes jeg ligesom, at det blev sådan lidt påpeget, at man skulle synes at det er vigtigt det her" (Interview 4:44). Sygeplejerskerne diskuterer videre, at NIP indirekte har betydning for deres prioriteringer, sådan at de altid prioriterer det akutte, men samtidig bliver nødt til at veje alle patienter, også selv om de i nogen situationer ikke kan se en mening med det (Interview 4:43).

Sygeplejerskerne taler om, at det nogen gange er de særligt ansvarlige som udfylder de halvtomme skemaer, hvortil en siger: "Med det er igen at fralægge sig ansvaret, synes jeg man kan sige, og der er det vigtigt, synes jeg, at alle føler et medansvar for at udfylde de her skemaer.

Afkrydsning i skemaet

- En social- og sundhedsassistent fortæller: "Vi går op i at tingene (Sok7: Bliver gjort) bliver gjort og at vi kan aflevere et NIP skema, der svarer overens med de data vi er informeret om, og det samme med at vi har fået gjort det inden for det første døgn af indlæggelsen. Så det, der er selvfølgelig nogle ting ikke også, hvor vi siger, det der det skal lægen lige udfylde, men ellers ikke. Så går vi ind og gør det, og krydser af" (Interview 6:2).
- På spørgsmål om, hvordan det ville være uden NIP, svares: "Så ville vi ikke vide, hvor gode vi var, eller dårlige [grines].. Plus at man bliver fastholdt i , at tingene bliver gjort.

Tendenser

Professionerne forholder sig forskelligt:

- I den lægefaglige professionsdiskurs søges NIP ekskluderet, og objektiveres som en pligt.
- I den sygeplejefaglige professionsdiskurs er NIP perifert i diskursen, men flere positioner, og NIP prioriteres.
- I social- og sundhedshjælperdiskursen er NIP mere centralt i diskursen, hvor social- og sundhedsassistenterne påtager sig ansvaret for den samlede registrering i NIP.