

# Nordiske Organisasjons- Studier

---



**1 – 2014**  
ISSN 1501-8237



**FAGBOKFORLAGET**

# Nordiske OrganisasjonsStudier

## Nordic Organization Studies

Nordiske Organisasjonsstudier utgis av Fagbokforlaget i samarbeid med Uni Rokkansenteret, med støtte fra Nordisk Publiceringsnævn for humanistiske og samfunnsvidenskabelige tidsskrifter (NOP-HS).

### Ansvarlig redaktør

Jacob Aars, Uni Rokkansenteret

### Redaksjonssekretær

Kristin Rubecksen, Universitetet i Bergen

### Lokal redaksjon (Bergen)

Simon Neby, Uni Rokkansenteret  
Lise Hellebø Rykkja, Universitetet i Bergen  
Marit Skivenes, Universitetet i Bergen

### Nordisk redaksjon

Staffan Furusten, Score, Stockholm (Sverige)  
Hanne Foss Hansen, Københavns universitet  
København (Danmark)  
Ragnhild Kvalshaugen, Handelshøyskolen BI,  
Oslo (Norge)  
Runolfur Smari Steinthorsson,  
Íslands universitet (Ísland)  
Eero Vaara, Hanken (Finland)

### Redaksjonsadresse

Uni Rokkansenteret  
Nygårdsgaten 5  
N-5015 BERGEN  
Norge  
Tel: +47 55 58 94 97  
Fax: +47 55 58 97 11  
E-post: nos.rokkan@uni.no

### Redaksjonsråd

Mats Alvesson, Lunds universitet  
Rolv Petter Amdam, Handelshøyskolen BI, Oslo  
Torben Beck Jørgensen, Københavns Universitet  
Ingmar Björkman, Aalto-univeristetet, Helsinki  
Nils Brunsson, Handelshögskolan i Stockholm  
Morten Egeberg, Universitetet i Oslo  
Lars Engwall, Uppsala universitet  
Päivi Eriksson, University of Kuopio  
Nicolai Foss, Handelshøyskolen i København  
Steen Hildebrandt, Handelshøyskolen Århus universitet  
Bengt Jacobsson, Södertörns Högskola  
Thor Øivind Jensen, Universitetet i Bergen  
Sten Jönsson, Handelshögskolan i Göteborg  
Bente Løwendahl, Handelshøyskolen BI, Oslo  
Jan Löwstedt, Mälardalens högskola  
Odd Nordhaug, Norges Handelshøyskole, Bergen  
Stefan Olafsson, Íslands universitet  
Kjell Arne Røvik, Universitetet i Tromsø

### Abonnementspriser

#### Subscription rates

Institusjoner: NOK 815,- pr. år  
Private: NOK 470,- pr. år  
Heftepris: NOK 200,- pr. nr

### Henvendelse om abonnement rettes til:

Fagbokforlaget, Kanalveien 51, 5068 Bergen, Norway  
Telefon: +47 55 38 88 00 – Faks: +47 55 38 88 01  
E-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no  
<http://www.fagbokforlaget.no/>


© Fagbokforlaget 2014

Sats: ved forlaget

Grafisk produksjon: John Grieg AS, Bergen



## Innhold

Redaksjonelt: Ny redaksjon for NOS .....	3
JACOB AARS	
 ARTIKLER	
Entreprenørskap eller institusjonaliseringsprosessar? Om mekanismer i organisasjonsendring .....	5
ODDBJØRN BUKVE OG EINAR HOVLID	
Institusjonell etnografi – ei inspirasjonskilde for den skandinaviske organisasjonsteorien? .....	30
KJETIL G. LUNDBERG OG HOGNE LERØY SATAØEN	
Akkreditering i sundhedsorganisationer – effekter på struktur, proces og outcome .....	51
ERIK RIISKJÆR, LINDA SCHUMANN SCHEEL OG VIOLA BURAU	



## Redaksjonelt: Ny redaksjon for NOS



JACOB AARS

Kjære lesere. Fra og med dette nummeret har Nordiske Organisasjonsstudier ny redaksjon. Det var med stor sorg vi i mai i fjor mottok budskapet om at tidsskriftets forrige redaktør, Paul Gerhard Roness, var gått bort. Paul var en energisk og systematisk redaktør som sørget for at NOS ble drevet på en fremragende måte, og tidsskriftet har vært inne i en svært positiv utvikling i hans redaktørtid. Etter Pauls bortgang har redaksjonssekretær Kristin Rubecksen ivarettatt redaktøroppgavene på forbilledlig vis. Hun har også hatt svært god hjelp av den lokale redaksjonen bestående av Ivar Bleiklie, Haldor Byrkjeflot og Per Læg Reid. Når den forrige redaksjonen nå trer tilbake og en ny overtar, er det en god anledning til å takke for det store arbeidet som er nedlagt av redaktør, redaksjon og redaksjonssekretær.

Foruten undertegnede, Jacob Aars, består den nye redaksjonen av Lise Hellebø Rykkja, Simon Neby og Marit Skivenes. Aars og Neby arbeider ved Uni Rokkansenteret, men Aars vil fra høsten av ha hovedstilling ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen. Rykkja og Skivenes er ansatt ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Vi har vært så heldige å kunne beholde Kristin Rubecksen i rollen som redaksjonssekretær.

Den nye redaksjonen ønsker å fortsette der den forrige slapp, ved å kunne tilby en nordisk kanal for publisering av artikler som relaterer seg til organisasjonsforskning i bred forstand. Artikkene i NOS skal som hovedregel være skrevet på et av de nordiske språkene. Et av tidsskriftets mål er således å ta vare på og videreutvikle et nordisk akademisk språk innenfor organisasjonsfaget. Det er en viktig oppgave i en tid da presset i retning av engelskspråklig publisering er så sterkt. Videre er det et mål i de kommende årene å bedre den geografiske profilen på artikkene som publiseres i tidsskriftet, slik at alle de nordiske landene vil bli godt representert.

Vi vil også de kommende årene gi ut en blanding av åpne nummer og spesialnummer viet bestemte tema. Derfor vil vi oppfordre våre lesere til å sende inn nye spennende bidrag til organisasjonsforskningen, samt å klemme

ut gode ideer til spesialnummer. Organisasjonsforskningen i de nordiske landene er levende, og dersom tidsskriftet kan tjene som en arena for utvikling av nye og interessante tema, vil det ikke kun være til glede for redaksjonen, men først og fremst til nytte for det organisasjonsfaglige miljøet.

God lesning!

Hilsen Jacob Aars, redaktør

# Entreprenørskap eller institusjonali- seringsprosessar? Om mekanismar i organisasjonsendring



Entrepreneurship or processes of institutionalization? On mechanisms in organizational change

ODDBJØRN BUKVE OG EINAR HOVLID<sup>1</sup>

**Nøkkelord:** Institusjonalisme, institusjonell teori, institusjonelt entreprenørskap, institusjonalisering, institusjonsendring

**Keywords:** Institutionalism, institutional theory, institutional entrepreneurs, institutionalization, institutional change

## INNLEIING

Ein av dei vedvarande diskusjonane i tilknytning til nyinstitusjonell teori om organisasjonar handlar om kor vidt og eventuelt korleis denne teorien er i stand til å forklare endring (Friedland & Alford 1991; Johansson 2009; Thornton & Ocasio 2008). Dette er ikkje berre eit teoretisk problem, det er også ei praktisk interesse knytt til det. Dersom vi ser på organisasjonsendring som eit verkemiddel til å forbetre organisasjonar sine prestasjonar, treng vi å forstå dei mekanismane og prosessane som leier frå konkrete reformer og endringstiltak i ein organisasjon til varige endringar i organisasjonen sin verkemåte og prestasjonsevne.

Denne artikkelen analyserer eit systemendrande forbetringsprosjekt i eit sjukehus, med utgangspunkt i institusjonell teori. Målet er å bruke funna frå forbetringsprosjektet til å drøfte korleis institusjonell teori må utviklast for å forstå og forklare den type gjennomgripande endring som vi identifiserte i vår case. Med gjennomgripande endring meiner vi at organisasjonen utviklar nye former for praksis. Desse praksisane kan vere forankra i nye forståingsrammer og organisatoriske strukturar. Med andre ord forstår vi gjennomgripande endring som institusjonelle innovasjonar, slik dette er definert av Lounsbury og Crumley (Lounsbury & Crumley 2007).

Ei avgrensing i artikkelen er at vi konsentrerer oss om endogen endring og endogene endringsmekanismer. Vi spør altså ikkje etter i kva grad endringa er i tråd med dominerande idear og tenkemåtar i det feltet som blir studert, eller med andre ord ein transformasjon av ytre påverknader. Spørsmålet er snarare korleis organisasjonar endrar seg sjølve, ikkje kor vidt denne endringa også kan vere ein respons på ytre faktorar. Ligg nøkkelen i institusjonelle entreprenørar sine strategiar og planlegging av prosjektet, eller er det andre faktorar som er avgjerande? For å belyse slike spørsmål tek vi utgangspunkt i dei retningane innan institusjonell teori som i høgast grad fokuserer aktørane sine sosiale konstruksjonar og posisjonar, og korleis desse genererer handlingar og praksisformer. Institusjonelt entreprenørskap, institusjonelle logikkar og organisasjonar som sosiale konstruksjonar er slike retningar. Men vi prøver også å plassere det teoretiske utgangspunktet vårt i høve til institusjonell teori meir generelt, og peikar på korleis nyinstitusjonell teori må utviklast for å bli i stand til å forklare institusjonell endring.

Meir generelt spør vi om korleis vi skal forstå forholdet mellom dei ulike drivarane og mekanismene i organisatorisk og institusjonell endring. Med *drivarar* forstår vi grunnleggjande forklaringsfaktorar, medan vi bruker omgrepet *mekanismer* om dei elementa som forbind årsak med verknad. Vi bruker då mekanismeomgrepet synonymt med det som ein i litteraturen gjerne kallar sosiale mekanismer (Mayntz 2004). Sosiale mekanismer syner *korleis* ein faktor påverkar ein annan, og dermed er dei ulike årsaksforklaringar som er basert på generelle lover. Sosiale mekanismer kan vere forståande når dei omfattar intensjonell handling, men dei kan også vere årsaksforklarande når dei viser til t.d. reproduserande mønster.

Når vi snakkar om endring som resultatet av eit forbetningsprosjekt, har det to sentrale implikasjonar. For det første er det i utgangspunktet tale om ei medviten og planlagt endring. Forbetningsprosjekt er ikkje tilfeldige, dei startar gjennom organisatoriske initiativ og vedtak. For det andre handlar forbetningsprosjekt om å påverke kvaliteten på organisasjonen sine system, prosessar eller resultat. Organisasjonen skal gjennomføre endringar som gjer at ein i høgare grad tilfredsstillar standardar, kvalitetskrav og målsetjingar.

Det tilfellet som vi studerer her, har begge desse kjenneteikna. Forbetningsprosjektet ved Førde sjukehus vart formelt initiert i 2007, og sjukehuset vart som resultat av dette prosjektet deltakar i eit nasjonalt pilotprosjekt for kvalitetsforbetring. Som eit element i forbetningsprosjektet la ein om til meir pasientsentrerte behandlingliner for planlagt kirurgi. Ei evaluering av kirurgiprojektet i etterkant (Hovlid 2013) synte at det skåra positivt på ulike kvalitetsdimensjonar. Talet på kansellerte operasjonar gjekk sterkt ned, og sjukehuset har forbetra sin relative posisjon på kanselleringar over tid. Prosjektet gav såleis betre ressursutnytting samstundes som behand-



lingskvaliteten vart betre og pasientane var meir nøgde. Dette er tre sentrale perspektiv for vurdering av kvalitet i helseorganisasjonar (Donabedian 1988).

Men vi såg også ei sekundær endring i sjukehusorganisasjonen. Dei tilsette snakka om sjukehusorganisasjonen på ein annan måte enn før. Dei snakka om systemsamanhengar, korleis faggrupper er gjensidig avhengige av kvarandre, og behovet for transparens i organisasjonen på ein måte som dei ikkje gjorde i forkant av prosjektet. Dette indikerer at kognitive forståingsrammer og diskursar i organisasjonen er endra, noko vi ser som ein viktig grunn til at forbetringa varte ved også over tid (E. Hovlid, O. Bukve, K. Haug, A.B. Aslaksen, & C. von Plessen 2012). I litteraturen om kvalitetsforbetring i sjukehus blir kanselleringar beskrivne som eit vedvarande systemproblem, ikkje berre eit resultat av avvik. Fordi dei endringane vi kan observere, har karakter av ei systemendring, vil vi hevde at endringane er av det slaget som i nyinstitusjonell teori har blitt omtala som divergent endring (Battilana 2006:656). Det vil seie ei endring som omfattar den grunnleggande institusjonelle logikken i organisasjonen.

Forbetringsprosjektet er dermed ein eigna case for å studere samspelet mellom ulike drivarar og mekanismar i institusjonell endring, og å halde desse opp mot dei forklaringane som vi finn i nyinstitusjonell organisasjonsteori. Nedanfor går vi først inn på nokre generelle problemstillingar knytt til å analysere endring i eit institusjonelt perspektiv, før vi presenterer dei mest aktuelle teoribidraga. Deretter presenterer vi funna i vår case, og drøfter korleis dei ulike teoribidraga kan fange viktige sider ved dette tilfellet. Til sist dreg vi nokre konklusjonar for utviklinga av nyinstitusjonell teori om endring i organisasjonar.

## OM INSTITUSJONAR OG INSTITUSJONELL TEORI

Institusjonell teori er på ingen måte eit eintydig omgrep. Vi finn ulike retningar som oppfattar institusjonar på ulike måtar. I organisasjonsteorien leverte Selznick den klassiske definisjonen då han karakteriserte institusjonar som organisasjonar som er gjennomsyra av verdier. Institusjonar er altså noko meir enn formell organisering. Innan nyinstitusjonell organisasjonsteori har ein, i motsetning til den gamle institusjonalismens fokus på organisasjonsinterne faktorar, flytt merksemda mot dominerande idear og organisasjonsformer i eit institusjonelt felt. Med felt forstås ein eit sett av organisasjonar som er knytte til kvarandre og som delar grunnleggande kognitive forståingsrammer og verdier. Nyinstitusjonell teori er kjenneteikna av eit omfattande institusjonsomgrep som omfattar både formelle organisasjonsstrukturar, kultur og kognitive forståingsrammer (Scott 1995, 2003).

Eit utgangspunkt for nyinstitusjonell organisasjonsteori er at organisasjonar er avhengige av legitimitet i omgivnadene (Parsons 1956). Dersom dei arbeider på område der det er vanskeleg å måle instrumentell effektivitet, blir det avgjerande at organisasjonen presenterer seg sjølv på ein måte som er kongruent med rådande idear og normer i feltet. Nyinstitusjonalistane meinte derfor at institusjonelle felt ville bli prega av isomorfi, dvs. tilpassing til rådande strukturar og normer (Di Maggio & Powell 1983). Problemet med eit slikt perspektiv er at det gjer det vanskeleg å forklare endring. Endring er jo nettopp avhengig av brot med den innebygde tendensen til isomorfi i institusjonelle felt.

Innan andre fagtradisjonar, som statsvitskap og økonomi, har institusjonsomgrepet blitt brukt annleis. Her har ein brukt omgrepet *institusjon* som meir eller mindre synonymt med formell organisasjon, og dermed som eit motstykke til idear og oppfatningar (Peters 1999; Stinchcombe 1997). I denne forståinga er institusjonell endring eit relativt uproblematisk omgrep. Dei drivande faktorane i endring er handlande aktørar og planlagd institusjonell design. Endring handlar om å utforme organisasjonen som reiskap eller verkemiddel for bestemte formål. Men også i desse faga har eit anna institusjonsomgrep slått igjennom. I statsvitskapen er den klassiske referansen March & Olsens artikkel om «The New Institutionalism in Political Science» (1984).

Det som kjenneteiknar dei nye institusjonalismane på tvers av faggrenser, er at ein ser på institusjonar som sosiale konstruksjonar. Fundamentalt sett inneber dette at ein også må oppfatte formell organisering som ein sosial konstruksjon. Det er i den grad dei «verkar» som sosiale konstruksjonar at formelle organisasjonsstrukturar påverkar handling eller praksis i ein organisasjon. Frå dette utgangspunktet kan vi forstå ein institusjon som eit sett av sosiale praksisar som er regulerte av underliggande tankemønster, normer, verdiar, konvensjonar og reglar. Definisjonen viser til eit sett av institusjonelle berarar som definerer høveleg åtferd i ein institusjonell kontekst. Dessutan poengterer definisjonen at institusjonar er sosiale konstruksjonar.

Sidan institusjonane kjem til synes i handlingane eller praksisane våre, er det i ein viss forstand slik at dei berre eksisterer gjennom og blir reproduserte gjennom handlingane eller praksisane til sosiale aktørar. Det paradoksale ved institusjonar er at dei likevel er overindividuelle, ved at dei eksisterer uavhengig av aktørane (Scott 2001). Det paradoksale aspektet ved institusjonar kjem klart fram dersom vi følgjer John Searle og forstår institusjonar som kollektive overeinskomstar, altså ei semje mellom aktørar om å tillegge noko eller nokon ei tyding eller ein funksjon (Searle 1995, 2010). Pengar kan vere eit døme. Pengeinstitusjonen kan ha ulike fysiske representasjonar, men den eksisterer i kraft av at vi godtek noko, anten det er eit skjel, ein mynt, ein papirlapp eller eit elektronisk spor, som eit betalingsmiddel. Slut-

tar aktørane ikkje lenger opp om den kollektive overeinskomsten, raknar også institusjonen. Organisasjonsmåtar kan få institusjonell karakter ved at dei vert oppfatta som den rette eller beste måten å organisere ei teneste eller ein prosess på. Sameleis kan profesjonar få institusjonskarakter gjennom ein kombinasjon av formell sertifisering for ein funksjon og normative element som tilskriv profesjonsutøvarane ein adekvat kompetanse på deira område. Sjukehus og andre helseorganisasjonar kan i eit slikt perspektiv vere institusjonar, ikkje berre organisasjonar.

Det prinsipielle problemet når ein skal forklare endring innan ramma av institusjonell teori, kan formulerast slik: Institusjonelle forklaringar føreset eksistensen av dei institusjonelle faktorane som skal endrast eller skapast (Johansson 2009). Ei forklaring som bygger på eksistensen av ein bestemt type institusjonar, kan såleis ikkje forklare korleis desse institusjonane oppstår. Dette forklaringsproblemet har den seinare tida blitt mykje diskutert innan nyinstitusjonell teori. Å forklare endring har ikkje vore eit typisk tema når den teoretiske ramma er nyinstitusjonell teori. Innan denne teoreiretninga har ein vore meir oppteken av å forklare kvifor organisatoriske reformer feilar enn kvifor dei lykkast (Brunsson & Olsen 1990). Eit sentralt argument går ut på at etablerte organisasjonar har med seg ei historie i form av tidlegare institusjonaliseringsprosessar. Og fastgrodde institusjonelle karaktertrekk og logikkar i form av rutinar, kultur og forståingsrammer er vanskelege å endre.

Ei løysing på isomorfi-problemet har vore ideen om at det i institusjonelle felt ofte finst ulike institusjonelle logikkar som aktørane kan orientere seg mot. Institusjonelle kontekstar er tvitydige, og det gjev eit handlingsrom (Thornton & Ocasio 2008; Thornton et al. 2012). Andre har analysert institusjonsbygging og institusjonell endring med utgangspunkt i mikronivået. Teoriar om institusjonelt entreprenørskap (Battilana 2006; Battilana et al. 2009) og om organisering som sosial konstruksjonsprosess (Czarniawska 2008; Czarniawska & Sevón 1996) er ulike døme på dette. I artikkelen vil vi diskutere kva desse tilnærmingane kan bidra med i analysen av vår endringscase, og kvar dei har sine eventuelle «blinde flekkar».

### *Institusjonelt entreprenørskap*

Nyare institusjonell teori er orientert mot å forstå det dynamiske aspektet ved organisasjonar, korleis endring finn stad, og kva som er drivkreftene. Såleis har det dei siste åra vore ei veksande interesse for å studere institusjonelt entreprenørskap. Sjølve omgrepet *entreprenørskap* rettar merksemda mot institusjonelle aktørar som aktive subjekt i prosessar som resulterer i endra strukturar. Det inviterer til ei tenking rundt relasjonane mellom aktør og struktur i institusjonaliserte kontekstar. Frå dette utgangspunktet kan

ein oppfatte entreprenørane som strategiske aktørar. Sentrale spørsmål blir: Kven er dei? Kva slags interesser, maktposisjonar og strategiar har dei? Den strategisk orienterte forskinga om institusjonelt entreprenørskap legg vekt på kampen om endring og kva som skal vere den dominerande logikken i feltet (Hardy & Maguire 2008).

Eit representativt døme på denne tilnærminga finn vi hos Julie Battilana og hennar kollegaer (Battilana 2006; Battilana, et al. 2009). Dei skil i sitt rammeverk for analysen av institusjonelt entreprenørskap mellom eigenskapar ved feltet og trekk ved aktørens sosiale posisjon som «enabling conditions» for institusjonelt entreprenørskap. Kriser og eksogent initierte sjokk er ein type vilkår som opnar for institusjonelle entreprenørar med sine visjonar og strategiar. Der ein har problem å løyse, opnar det seg eit rom for institusjonelle entreprenørar. Men rommet for entreprenørskap er ikkje berre problemdrive. Graden av institusjonalisering og fragmentering i feltet har også noko å seie. Di sterkare feltet er dominert av eit sett institusjonerte idear og aktørar med makt, di vanskelegare er det for entreprenørane å finne opningar.

Når det gjeld entreprenørane sjølve, er Battilana og medarbeidarar opp-tekne av å finne ut kva slags posisjonar i feltet det er som produserer institusjonelle entreprenørar. Dei har foreslått at det er lågstatusorganisasjonar og lågstatusgrupper som er mest tilbøyelege til å utfordre den institusjonelle orden i eit felt. Entreprenørskap kan slik sett vere ein strategi for å betre statusen til eigen organisasjon eller eiga gruppe. Dei understrekar også betydninga av interorganisatorisk mobilitet som ei kjelde til nye idear og divergerande praksis. Innad i ein organisasjon er det derimot høgstatusaktørane, dei med ein sentral formell posisjon eller sterk uformell posisjon, som er mest tilbøyelege til å handle som institusjonelle entreprenørar. Dessutan er det ein fordel med mellomlang fartstid i organisasjonen. Ein må kjenne organisasjonen, men ikkje ha stivna i etablerte rutinar.

Spørsmålet er om ein kjem nærare ei forståing av det dynamiske aspektet ved institusjonelt entreprenørskap gjennom å sjå det som produktet av gitte posisjonar i organisasjonen. Dersom ulikskap i oppfatningar, mål og strategiar primært er eit produkt av posisjonar i eit institusjonelt felt, er ein farleg nær ei strukturforklaring. Dermed vil forsøk på å forklare dynamiske endringsprosessar lett reprodusere skiljet mellom aktør- og strukturforklaringar.

Battilana viser til Bourdieu sin teori om habitus som kjelde for entreprenørskapsteorien sin (Battilana 2006). Men gjennom sin operasjonaliseringsstrategi mister ho den dynamiske sida ved habitus-omgrepet, som ligg i at det må forståast som eit sett av internaliserte reglar (Taylor 1993). Reglar har den eigenskapen at dei kan problematiserast og brytast. Derfor er spelet om ideane hos Bourdieu eit mogleg inntak til å forstå endring i ein habitus (Bourdieu 2000). Dette er det lite rom for i Battilana sin modell.

### *Institusjonelle logikkar*

Hendingar i organisasjonar er ofte tvitydige, i den forstand at dei kan bli tolka på ulike måtar avhengig av aktørane si referanseramme (March & Olsen 1979). Aktørane sine tolkingar og handlingar må dermed situerast i den sosiale konteksten som formar referanserammene deira. I Friedland og Alford (1991) sin kritikk av nyinstitusjonell teori var det eit nøkkelpoeng at samfunnet er konstituert gjennom eit sett av ulike institusjonelle ordenar eller felt. Dette poenget vart utgangspunktet for ideen om at eit sosialt felt kan vere prega av ulike og konkurrerande institusjonelle logikkar (Thornton & Ocasio 1999, 2008). På denne måten kan ein forstå at det finst eit rom for å tolke situasjonar på ulikt vis og ut frå ulike institusjonelle logikkar. Kulturelt entreprenørskap, som inneber å tolke ei hending eller ein situasjon på ein ny måte og ut frå ein alternativ logikk, blir ei sentral drivkraft i organisatorisk endring (Thornton et al. 2012). Thornton og hennar kollegaer nyttar mellom anna J.C. Penney, som grunnla ei supermarknadskjede på starten av 1900-talet, som døme. Før Penney var det vanleg at ulike kundar betalte ulik pris for ei vare; det var tale om pruting og vurdering av betalingsevna til den enkelte. Penney endra dette ved å låne ideen om rettferd frå det religiøse feltet til å forme ein ny kulturell idé om rettferdig pris, som skulle vere lik for alle. Denne ideen kom til å revolusjonære varehandel som sosialt felt.

Kulturelt entreprenørskap kan altså resultere i varig endring av praksisar og identitetar innan ein organisasjon eller eit felt, med andre ord ei endring av den dominerande institusjonelle logikken. Vi kan dermed sjå kulturelt entreprenørskap som ein formidlande mekanisme mellom aktørnivået og det institusjonelle nivået, og som ein drivar i institusjonell endring.

### *Organisering som sosial konstruksjonsprosess*

Ein alternativ innfallsvinkel til spørsmålet om institusjonelt entreprenørskap kan vere å sjå på organisering som ein kontinuerleg prosess, og legge vekt på kompleksiteten i den sosiale konstruksjonen av ein organisasjon eller eit felt (Czarniawska 2008). I tråd med Latour (Latour 2005; Latour & Woolgar 1986) oppfattar Czarniawska organisasjonsaktørane som strategiske aktørar som prøver å innrullere andre i sine prosjekt. Ein sentral strategi er å definere kva organisasjonen er og gjer gjennom organisatorisk prat og forteljingar om kva livet i organisasjonen handlar om. Czarniawska legg vekt på at gjennom kontinuerlege organiserings- og innrulleringsprosessar kjem aktørane til å inngå i meir eller mindre fastlagde handlingsnettverk. Omgrepet *handlingsnettverk* er inspirert av feltomgrepet, men Czarniawska bruker ordet *handlingsnettverk* for å understreke det dynamiske aspektet ved skapinga og gjenskapinga av feltet (Czarniawska 2008).

Eit sentralt poeng når ein som Czarniawska kombinerer nyinstitusjonell teori og aktør-nettverk-teori, er at organisatoriske narrativ og prat får ein eksistens utanfor den aktøren som ytrar dei. Dei har ein verknad hos motakaren som ikkje kan reduserast til det som er sendaren sin intensjon. Teksten blir til og verkar gjennom lesaren sin rekonstruksjon, for å bruke ein talemåte frå hermeneutikken. Den eine implikasjonen av dette er at teksten ikkje kan reduserast til det som blir ytra av eit subjekt. Den andre implikasjonen blir at ein tekst produserer aktøren som ytrar teksten, like mykje som aktøren produserer teksten. Dette er ei innsikt som har lege til grunn for ein sterk trend innan skandinavisk nyinstitusjonalisme: analyse av organisatorisk endring som ei form for omsetjing av dominerande organisasjonsidear i eit institusjonelt felt (Czarniawska & Sevón 1996, 2003; Røvik 1998, 2007).

Parallellen til grammatikalske strukturar (Greimas 1990) kan vere instruktiv når ein prøver å fange korleis aktørar i institusjonelle kontekstar både påverkar og blir påverka av konteksten. Samstundes er vi skeptiske til den måten enkelte innan aktør-nettverk-teorien har teke bokstaveleg ideen om subjekt som ikkje er personar (Callon 1986; Czarniawska & Hernes 2005). I setninga «treet fall over mannen» er treet eit korrekt grammatikalsk subjekt, og det er liten tvil om at treet påverkar mannen sine rørsler med stor tyngd. Men treet er ikkje dermed ein aktør med eigen vilje. At treet fell, må forklarast ut frå fysiske og biologiske lover. Dette er ulikt menneskeleg handling, som på mikronivået må forståast med utgangspunkt i grunnar. Forklaring av menneskeleg handling dreier seg om å finne historisk oppståtte regularitetar og mønster.

Oppsummerande vil dei som ser på organisering som ein sosial konstruksjonsprosess, oppfatte dei dominerande diskursive konstruksjonane, forteljningane eller pratet i organisasjonen (Czarniawska 2008) snarare enn spesifikke institusjonelle entreprenørar som det drivande elementet i organiseringsprosessen. Vivien Schmidt har vore inne på det same i ein artikkel der ho lanserer omgrepet *diskursiv institusjonalisme*. Diskursar og prat i organisasjonar blir nok oppretthalde av aktørane, men dei har samstundes ein overindividuell eksistens når dei nedfeller seg som diskursive strukturar i eit institusjonalisert felt (Schmidt 2008).

På bakgrunn av slike resonnement kallar Czarniawska omgrepet *institusjonelt entreprenørskap* eit oxymoron, ei paradoksal samanstilling. Personar eller grupper kan instituere, men ikkje institusjonalisere (Czarniawska 2009). Dei kan prøve å endre og skape institusjonar, men dei kan ikkje kontrollere dei komplekse prosessane som dette føreset.

For å vende tilbake til den innleiande diskusjonen om institusjonar, der vi hevda at institusjonar eksisterer og er verksame berre i den grad dei er innskrivne i sosiale aktørar sin praksis: Eit slikt perspektiv inneber at vi må rekonstruere samspelet og mekanismane som formidlar mellom entrepre-

nør-aktørane og den institusjonelle konteksten dei handlar i forhold til. I det kan vi støtte oss til Habermas sine metodiske råd for samfunnsvitskap som rekonstruksjon av historisk oppståtte regularitetar (Habermas 1990).

Det sentrale forskingsspørsmålet i vår samanheng blir om det finst drivande aktørar som kan utpeikast til institusjonelle entreprenørar, eller om det også finst drivande moment i endringsprosessen som må plasserast utanfor desse entreprenørskapsorienterte aktørane. I samband med det må vi også klargjere gjennom kva mekanismar endringsprosessen blir driven framover. Men før vi går inn på det, skal vi gje eit kort omriss av institusjonelle særtrekk i det feltet som casen vår inngår i.

### *Helsesektoren som eit fragmentert felt*

Mange offentlege tenesektorar er blitt meir og meir avhengig av å handtere samhengane i store og komplekse system. Helsesektoren er ikkje noko unntak. Mange av reformene i sektoren i den siste tida har teke mål av seg til å skape sterkare samordning og styring og dermed til å redusere fragmenteringa i eit system som er svært samansett.

Ei form for fragmentering har vore knytt til eigarskap og overordna styringsformer. Mellom 1964 og 2002 var fylkeskommunane sjukehuseigarar, medan staten stod for finansieringa gjennom eit rammefinansieringssystem. Budsjett disiplinen var svak (Carlsen 1995; Tjerbo & Hagen 2009a), samstundes som fleire av fylka var for små for å løyse alle oppgåver åleine. Etter eit mellomspel med samarbeid mellom fylka i helseregionar kom den store sjukehusreforma i 2002. Sjukehusa vart overførte frå fylkeskommunane til staten og organiserte som regionale helseføretak. Dette skulle sikre betre økonomistyring, betre kontroll med prestasjonane og betre samarbeid mellom sjukehusa. Men analysar i etterkant syner at strategiske budsjettspel finn stad også i det nye systemet (Tjerbo & Hagen 2009b), og ansvarsrelasjonane mellom politikarar og føretak er uklare (Byrkjeflot, Christensen, & Læg Reid 2013). På fleire måtar er omgivingane for helseføretaka blitt meir komplekse (Tjerbo 2009).

Overflatisk sett har dei nordiske landa forlate ein desentralisert organisasjonsmodell for helsetenester og erstatta den med ein MPM-modell, der staten har hand om dei strategiske avgjerdene kombinert med bruk av marknadsmekanismar og vide leiarfullmakter. Bak overflata er det likevel mange skilnader i organisering og utviklingsretningar mellom landa i Norden (Byrkjeflot & Neby 2008). Styringsmodellen i det norske systemet må karakteriserast som ein kompleks og hybrid modell snarare enn som ein reindyrka NPM-modell (Neby 2008; Torjesen 2008).

Profesjonsutøvarane i sektoren har vore vane med å fokusere på den faglege kompetansen som inngår i sjølve tenesteleveransen til brukaren. Profesjonsut-



danning og sosialisering har vore sett på som dei sentrale mekanismane for å sikre tilfredsstillande standard på tenestene i velferdssektoren. Management-tenkinga legg derimot vekt på utforming av leiings- og kontrollsystema og ser desse som sentrale for systemet sine prestasjonar. Mange av leiarstillingane i sjukehusa er no overtekne av sjukepleiarar. Dei ser i større grad enn legane ut til å vere eksponentar for management-tenkinga (Torjesen 2008). Dermed har vi også fått ein kulturkollisjon mellom ei management-orientert og ei profesjonsorientert oppfatning av sjukehusorganisasjonane som delvis følgjer profesjonslinjer. Dette ytrar seg rett som det er ved eit høgt internt støynivå i organisasjonane, og som profesjonskrav overfor dei som styrer.

Å skape eit meir saumlaust system for pasientbehandling har vore i fokus for mykje nyare reformarbeid. Det var på byrjinga av 1990-talet at helsetenesta for alvor tok i bruk systematiske metodar for kvalitetsforbetring. Metodane hadde tidlegare vore nytta i ein industriell samanheng, til dømes Business Process Reengineering (BPR) og LEAN (Batalden & Stoltz 1993). Helsetenesta utvikla også eigne variantar av desse metodane, til dømes Pasientfokusert redesign og Gjennombrotsmetoden (Sørås 2007). Begge desse metodane har vore nytta i norsk primær- og spesialisthelseteneste. Den interne organiseringa av sjukehusa har i stor grad blitt endra, frå tradisjonell avdelingsorganisering til klinikk- og divisjonsorganisering (Kjekshus & Bernstrøm 2010). Også denne endringa har utfordra tradisjonelle profesjonsideologiar.

I sum kan vi tale om eit system med konkurrerande og divergente institusjonelle logikkar på ulike nivå. Når det gjeld styringssystemet, er det særleg konflikten mellom ein management-logikk og ein profesjonslogikk som fell ein i auga. Innan behandlingssystemet er det ulike profesjonsideologiar og profesjonsinterne revirkampar mellom ulike spesialiseringar som lettast fell ein i auga. For at det skal finnast eit rom for institusjonelle entreprenørar, må vi føresetje at det institusjonelle feltet ikkje er heilt lukka. Det må finnast eit innslag av konkurrerande institusjonelle logikkar (Thornton & Ocasio 2008).

Vi må då ta omsyn til at det ikkje utan vidare er mogleg å trekke eit enkelt skilje mellom divergent og konvergent institusjonsendring. Det som ter seg som konvergent endring sett frå eit analysenivå, kan krevje endrande institusjonelt arbeid på eit anna nivå. Omsetjing og tilpassing av organisatoriske idear kan vere naudsynt dersom ein skal implementere dei i nye kontekstar. Ein organisasjon i eit komplekst system som helsesektoren må forståast som innskripen i eit institusjonelt felt der både idear om organisering og formelle reguleringar utgjer føringar for organisasjonen (Holm 1995). Men for å bli verksame i organisasjonens praksis må desse føringane omsetjast og tilpassast til den aktuelle organisasjonskonteksten (Czarniawska & Sevón 1996).

I vår case handlar det om å konkretisere ein framveksande idé i helsefeltet til ein organisatorisk praksis som er forankra i aktørane sine idear om eigen organisasjon. Ideen har fleire variantar og er kjend under fleire namn.



Både praksisfellesskap (Wenger 1998), pasientsentrert behandling (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America 2001) og kliniske mikrosystem (Batalden & Stoltz 1993) er omgrep som har blitt knytt til idear om ei anna organisering av helseorganisasjonar. Den står i motsats til tradisjonell organisering av behandlinga basert på arbeidsdeling mellom medisinske spesialitetar og avdelingar. Sett i ein feltkontekst kan vi sjå dette som ein idé med veksande popularitet, og den blir gjerne framstilt som bote-middel mot eit fragmentert helsestell (NOU 2005: 3). Men det er eit stykke derfrå til at den blir implementert i konkrete behandlingsorganisasjonar på ein måte som endrar dei radikalt.

## CASEN

### *Metode*

Prosjektet er gjennomført som ein intervjubasert casestudie av eit endringsprosjekt (Yin, 2009). Forbetringsprosjektet i Helse Førde var sett saman av fleire ulike delprosjekt. Eit av desse, endring av behandlinglinene innan planlagt kirurgi, vart valt ut som vår case. Den sentrale grunnen til valet var at ein innanfor dette feltet kunne påvise ein signifikant reduksjon av talet på kansellerte operasjonar i etterkant av intervensjonen. Reduksjon av kanselleringar er eit kjent kvalitetsproblem i kirurgi (Schuster et al. 2011). Det fører til dårleg ressursutnytting, og blir også oppfatta som eit problem frå pasientane si side. I etterkant av prosjektet gjennomførde ein av forfattarane intervju med 20 tilsette ved sjukehuset. Fleirtalet av desse hadde vore med i forbetringsprosjektet. Både legar, sjukepleiarar, sekretærar og prosjektpersonale var inkludert blant intervjuobjekta. Intervjua vart gjennomførde i juni og juli 2010, vel to år etter at dei sentrale intervensjonane i forbetringsprosjektet vart sette i verk. Data over kanselleringar synte at dei lågare kanselleringstala framleis heldt seg på intervjutidspunktet. Medan Førde før forbetringsprosjektet hadde høgare strykingsrater enn landsgjennomsnittet, har sjukehuset i etterkant lege langt under landet som heilskap. I 2005–2007 var landsgjennomsnittet 8,0 %, medan Førde hadde 8,5 % kanselleringar. I 2008–2009 var tala 7,4 % og 4,9 %. Den låge raten i Førde varer også ved over tid. Førde er ikkje åleine om å innføre ei eiga eining for elektiv kirurgi. I 2009 hadde 41 % av norske sjukehus ei slik eining. Men forbetringsraten er langt høgare i Førde. Dette peikar mot at vi må rette merksemda mot summen av tiltaka i casen, og ikkje berre den formelle omorganiseringa.

Vårt metodiske grep er altså å velje ut ein vellykka endringsprosess, og så undersøke kva slags aktørar og faktorar som har vore drivande i denne prosessen, og på kva måte.

*Forbetningsprosjektet, intervensjonane og resultatata*

Sjølve planlegginga og gjennomføring av endringa i behandlinglinene for planlagt kirurgi ved Førde sjukehus fann stad i siste halvår 2007 og første halvår 2008. Alt i juni 2007 hadde styret for Helse Førde gjort eit vedtak om å auke talet på dagkirurgiske operasjonar. Som ei oppfølging av dette vedtaket etablerte ein eit dagkirurgisk senter og innførte eit nytt pasientsystem som var transparent på tvers av avdelingar.

Parallelt med styrevedtaket om planlagt kirurgi og oppfølginga av dette la føretaksleiinga opp til å arbeide meir systematisk med kvalitetsforbetring og å utvikle ein felles strategi for å gjennomføre kvalitetsforbetningsprosjekt. Sjukehusleiinga etablerte ein liten prosjektorganisasjon for å støtte fagpersonalet i arbeidet med å gjennomføre forbetningsprosjekt. Det var fleire delprosjekt med. Vi har valt å studere prosjektet rundt planlagt kirurgi, fordi vi her kan påvise signifikante og varige endringar i prestasjonar (E. Hovlid, O. Bukve, K. Haug, A. Aslaksen, & C. von Plessen 2012). Etter etableringa av forbetningsprosjektet vart Førde sjukehus tildelt status som eitt av fleire pilotsjukehus. Utpeikinga av pilotsjukehus var ledd i ei nasjonal satsing på kvalitetsforbetring gjennom forsøksprosjekt i utvalde sjukehus.

Som neste ledd i forbetningsprosjektet blei det etablert ei rekke prosjektgrupper med deltaking frå fagpersonalet i sjukehuset. Forslaga til prosjektområde kom i regelen frå personalet sjølve. Prosjektgruppene sette søkelyset på moglege forbetningsområde og foreslo tiltak i forhold til ei rekke av sjukehuset sine oppgåver. Dei som vitja sjukehuset i denne perioden, kunne ikkje unngå å legge merke til dei mange møta og dei mange veggene som var dekkja av papir med analysar av organisasjonen og flyten i ulike prosessar. Forslag og kommentarar var gjerne nedteikna på gule post it-lappar festa til veggen. Inntrykket var at organisasjonen arbeidde veldig breitt med eigne prosessar og forslag til kvalitetsforbetring. Dette blir også stadfesta i våre intervju. Her er eit representativt sitat frå ein av dei involverte legane: «Det var veldig mye informasjonsmøter underveis. Folk skulle komme med innspill, kunne få skrive disse på papir som var slått opp på veggen og si hva de synes om de forskjellige trinnene i prosessen.»

Det som i neste omgang skjedde, var at arbeidet med omlegging av planlagt kirurgi vart kopla til forbetningsprosjektet. Det var dei ansvarlege nøkkelpersonane i dagkirurgiprojektet som stod for denne koplinga, og fekk prosjektet inn som ein del av forbetningsprosjektet. Parallelt med den fysiske ombygginga vart det dermed etablert ei prosjektgruppe som skulle arbeide med å forbetre pasientflyten for planlagt kirurgi.

Forslaga frå gruppa handla om så ulike ting som felles elektronisk system for operasjonsplanlegging, involvering av pasientar i fastsetjing av tidspunkt for operasjonen, etablering av eit dagkirurgisk senter og nye rutinar for samhandlinga mellom dei ulike faggruppene i førebuing av operasjonen.

Det handla også om endringar i dei fysiske fasilitetane, slik at enkelte operasjonssalar er reservert for planlagt kirurgi og ikkje vert forstyrra av akuttinngrep. Gruppa kom med ei rekke forslag til intervensjonar som skulle endre behandlinglinene ved sjukehuset. Endringane er skisserte i tabell 1.

Intervensjonane vart i hovudsak sette i verk frå mars–april 2008. Det nye senteret stod som nemnt klart i mars dette året. Månaden etter tok ein også i bruk eit nytt elektronisk system for å tinge tid til og planlegge kirurgiske tiltak. Våre analysar i etterkant av prosjektet synte klare forbetringar i kvaliteten. Talet på strokne operasjonar vart dramatisk redusert, frå 8,5 % av alle planlagde operasjonar før intervensjonen til 4,9 % etter intervensjonen. Denne reduksjonen er statistisk signifikant (Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen, & von Plessen 2012). Talet på gjennomførte operasjonar auka med 17 % utan at det vart tilført ekstra ressursar til planlagt kirurgi. Pasientane var meir fornøgde, både med at dei fekk vere med på å bestemme dag for operasjonen, og med at sjukehuset tok kontakt på førehand for å spørje om dei var klare frå operasjonen. Intervjua pasientar gav uttrykk for at dei opplevde eit sjukehus som brydde seg meir enn før. Også i fagpersonalet var vurderingane at ein hadde oppnådd ei forbetring av kvaliteten på arbeidet.

Tabell 1: Endringar i behandlinglina for planlagt kirurgi.

Fase	Behandlingsline før intervensjon	Intervensjon	Forventa forbetring
<i>Før poliklinisk konsultasjon</i>	Tilvisingar til planlagt kirurgi vart sende til ulike avdelingar. Kvar kirurgisk avdeling hadde egne lister for pasientar som venta på utgreiing og operasjon.	Ei elektronisk mottaking for alle tilvisingar til planlagt kirurgi.	Ventelister transparente på tvers av avdelingsgrenser. Meir einsarta handsaming av tilvisingar.
<i>Konsultasjon ved poliklinikk</i>	Pasientar som var ferdig utgreidde for operasjon, vart sende heim utan avtale for operasjonen og utan ei medisinsk førehandsvurdering.	Nye rutinar som klargjorde arbeidsdelinga mellom kirurgisk personale og anestesipersonale med omsyn til førehandsvurdering av pasienten (jf. neste punkt).	Tidlegare og forbetra medisinsk førehandsvurdering er kjent som ein faktor i å redusere talet på strykingar.
	Medisinsk førehandsvurdering vart gjort dagen før planlagd operasjon.	Pasienten deltek i å velje dato for operasjon og får avtalt tidspunkt med seg heim frå poliklinikken etter utgreiing.	Pasientdeltaking i planlegging av dato for operasjon kan ventast å gje meir fornøgde pasientar. Tidleg kjennskap til operasjonsdato er også ein faktor som kan redusere talet på strykingar.

Fase	Behandlingsline før intervensjon	Intervensjon	Forventa forbetring
<i>Konsultasjon ved drop in anestesiklinikk ved senteret for dagkirurgi</i>	Ikkje aktuelt.	Nytt senter for dagkirurgi etablert.  Pasientar blir sende til laboratorieprøvar og medisinsk førehandsvurdering ved dagsenteret. Vurdering skriven ut med ein gong slik at anestesipersonalet har den tilgjengeleg ved si vurdering.	Betre flyt av informasjon mellom kirurgisk personale og anestesipersonale blir forventa å forbetre kvalitet.
<i>Førebuing til operasjon</i>	Brev til pasienten med tidspunkt for operasjon. Pasienten har ikkje innverknad på tidspunkt.  Avgrensa planlegging mellom kirurgiske avdelingar. Kvar avdeling har sitt operasjonsprogram, som i prinsippet er ei tekstfil.	Pasienten får telefon to dagar før planlagt operasjon for å sikre at pasienten er frisk og klar.  Eit felles elektronisk system for å planlegge operasjonar. Utpeika koordinator overvaker planlegginga på tvers av avdelingar.	Påminning til pasienten kan redusere stryking av operasjonar pga. utegløyning eller at pasienten ikkje er frisk. Det blir tid til å kalle inn ny pasient om planlagt operasjon må endrast.  Felles oversyn blir forventa å føre til betre samordning og fleire operasjonar. Kanselleringar knytte til overbooking og liknande blir forventa redusert.
<i>Operasjon</i>	Pasienten møter til førehandsvurdering på dagen for eller dagen før operasjonen. Rutinane varierte mellom avdelingane.	Alle pasientar som skal til planlagt operasjon, blir mottekne ved dagkirurgisk senter. Nye standardiserte prosedyrar for førehandsvurdering og førebuing.	Sentralisering av pasientmottak og standardiserte rutinar blir venta å redusere variasjon og forbetre kvalitet.
<i>Etter operasjon</i>	Pasientar utskrivne frå ulike avdelingar med ulike rutinar.  Utskrivingsbrev ikkje alltid utlevert når pasienten drog.	Alle dagkirurgiske pasientar blir utskrivne via senteret gjennom nye, standardiserte rutinar  Utskrivingsbrev laga og gitt til pasienten før utskrivning.	

### *Endringsprosessen*

Sett i tilbakeblikk kan dei intervensjonane som er beskrivne i tabell 1, arte seg som eit sett av instrumentelle inngrep i organisatoriske rutinar, for å løyse eit problem med manglande samordning. Men eit slikt perspektiv vil også snevre kraftig inn forståinga av den prosessen som ligg til grunn for endringane. Då vi intervjuar dei tilsette ved sjukehuset om endringsprosessen, omtalar dei den som noko meir enn ein rasjonell problemløysingsprosess. Det ligg nok i botnen at eit samordningsproblem finst, slik det blir uttrykt av ein av informantane: «Slik det var, så var det på mange områder svikt i helheten, man jobbet så fragmentert» (lege i prosjektgruppe).

Denne mangelen på samordning blir stadfesta og utdjupa av andre: «[H]ver enkelt seksjon hadde sine bøker som de skrev i og prøvde å planlegge sine operasjonsprogram ut i fra det. Men det var ingen koordinering av det, ingen ting samlet i forhold til hvilke ressurser vi hadde tilgjengelig i avdelingen som helhet» (sjukepleiar, i prosjektgruppe).

Men erkjenninga av eit samordningsproblem er berre eit første steg. Det skaper nok ei erkjenning av at noko bør gjerast, men ikkje nødvendigvis kva som må gjerast. «[D]et var jo et ønske i organisasjonen om å prøve å gjøre pasientflyten bedre. Men hvordan det skulle gjøres var det jo uenighet om, og om det var mulig» (mellomleiar, i prosjektgruppe).

I løpet av prosessen utkrystalliserer det seg ei forståing av at for å komme vidare med forbetningsarbeidet må deltakarane i organisasjonen vere i stand til å sjå seg sjølve som aktørar i ein heilskapleg kontekst: «Jeg ser jo pasientene bare når de er hos meg, men jeg er jo avhengig av at de har gjennomført de tjenestene som de må innom først. Så en ser jo viktigheten av at det er et systematisk opplegg for hva pasienten skal igjennom» (lege, ikkje i prosjektgruppa). Fellesskapet og diskusjonane i prosjektgruppa blir framheva som avgjerande for at dei ulike deltakarane klarer å sjå seg sjølve i forhold til ein samla kontekst: «Du fikk lov å sitte i gruppe med legen, sykepleieren, direktøren og portøren og fikk belyst de ulike problemstillingen. Det er ikke bare min utfordring med pasienten jeg har fremfor meg som skal ha en time til operasjon, men det er faktisk et kompleks rundt som skal fungere» (mellomleiar i prosjektgruppe).

Den informasjonen som kjem fram i prosjektgruppene, er uventa for mange, og kjem direkte til å påverke det kognitive perspektivet som dei har på sin eigen organisasjon: «Da leder fikk adgang til å se poliklinikken sine ventelister, da åpnet det seg et hav av ting som vi så at det var nødvendig å gripe fatt i. Og dette er ting som vi ikke har visst om tidligere, for det har ikke vært transparent i systemet» (mellomleiar, i prosjektgruppe).

Ein sjukepleiar i prosjektgruppa formulerer dette slik: «Nå ser vi helheten i operasjonsprogrammet, og det betyr at vi i forkant oppdager de tilfellene vi hadde før der to pasienter plutselig skulle bruke samme utstyr, noe som førte

til at vi måtte resterilisere og fikk unødvendig ventetid.» Det same synspunktet finn vi frå legehald: «Først og fremst tror jeg vi lært at det var veldig lett å sitte og bare se sin egen sfære når man laget prosedyrer og overordnede maler for innkalling av pasienter. Da man satte seg sammen og prøvde å forfatte noe i lag så måtte man mentalt omstille seg til at dette gjelder ikke bare mitt fag, det gjelder også andre» (lege, i prosjektgruppe).

Ein deltakar i den sentrale prosjektgruppa for forbetningsprosjektet oppsummerer slik: «Du ser mer enn bare din lille arbeidsoppgave og at du kan bli en flaskehals for andres arbeidsoppgaver uten at du er klar over det. Jeg tror at det å kunne se hele linja og se at du faktisk talt er en brikke i en lang prosess, det har vært med på å få folk til å se mye mer helhet.» Samtalane i prosjektgruppa endrar altså synsvinkelen og forståingsrammene til dei som er involvert.

Ein av mellomleiarane går lenger enn til å snakke om dette som ein kognitiv endringsprosess. Vedkommande seier det slik: «[N]år vi samler alle de involverte, kirurgen, ortopedene, sjukepleieren og portøren rundt et bord for sammen å kartlegge prosessen og tegne flytskjema, så skaper det noe. Jeg tror det er med på å gjøre noe med eierskapet.» Det er altså ikkje berre ei kognitiv forståing av ein samanheng som utviklar seg, det er også eit eigarskap og ei kjensle av ansvar i forhold til det som skjer i denne konteksten. Dette temaet blir følgt opp av andre: «Vi [anestesi og kirurgi] har nok blitt tettere knyttet mot hverandre, ja det har vi. Det er ikke så sjeldent at vi nå tidlig er i kontakt om en medisinsk problemstilling for en pasient, så legger vi en plan sammen for hvordan vi skal forberede denne operasjonen» (lege, ikkje i prosjektgruppe). Den nye forståinga nedfeller seg altså i ein ny praksis og nye prosedyrar.

Korleis vert så desse prosessane drivne framover? Er det slik at deltakarane identifiserer sentrale prosjektentreprenørar som har evna til å drive prosjektet framover? Til ein viss grad er det slik at respondentane identifiserer drivande aktørar. Men det er ikkje eintydig kven som blir utpeika som drivkrefter. Enkelte framhevar styret og den sentrale leiinga med direktør og klinikkdirektør. Andre framhevar prosjektleiarane og den sentrale støttegruppa. «De som hadde prosjekt- og forbedringskompetanse var jo med i hele kartleggingsfasen og visste akkurat hva som hadde vært, hva som var bestemt og hva som var bestemt om veien videre.» Atter andre peikar på at det er avgjerande at fagfolka er med på å drive prosjektet fram. «Du kan ha en veldig god prosjektstøtte, men hvis du ikke har de gode ideene, de gode fagfolkene, de som tenker nytt, så blir det jo bare små justeringer som gjøres eller at du kopierer andre.» Det er altså langt frå eintydig i kva grad det finst bestemte prosjektentreprenørar, eller kven dei er.

Behovet for oppfølging over tid og opplæring av dei som ikkje har vore direkte involverte i prosjektet, blir derimot sterkt understreka av respon-

dentane. «Vi trodde at når folk fikk beskjed om hvordan de skulle gjøre det, så forstod de det. Erfaring viser at du nesten må være med dem og vise dem hvordan vi mener at det skal gjøres, og de må gjøre det til sitt eget før de gjør det riktig» (sjukepleiar i prosjektgruppe).

## DRØFTING

Vi vil hevde at det studerte prosjektet utgjør eit tilfelle av divergent organisasjonsendring. Dei formelle endringane går ut på at behandlinglina for planlagt kirurgi blir lagt om frå ein avdelings- og fagspesialiseringslogikk til ein pasientsentrert logikk, og dette er knytt saman med endringar i dei tilsette sine oppfatningar av samanhengar og gjensidige avhengighetar i organisasjonen. Alt i alt må det som skjer i Førde, forståast som institusjonalisering av nye praksisformer som er funderte i ein ny institusjonell logikk.

Ein føresetnad for desse endringane ligg i at den etablerte institusjonelle logikken i sjukehusfeltet er blitt utfordra. Tradisjonell avdelingsorganisering har ikkje lenger ein så sjølvsagt legitimitet at den utan vidare kan takast for gitt. Innan det institusjonelle feltet som helsesektoren utgjør, blir fragmentering oppfatta som eit vesentleg problem. Nye organisasjonsidear syner fram eit alternativ til sjukehusorganisering basert på avdelingar og fagleg spesialisering. Desse ideane har fleire utformingar og etikettar. Men kliniske mikrosystem (Batalden & Stoltz 1993), pasientsentrert behandling og praksisfellesskap (Wenger 1998) peikar alle i same retning, mot ei organisering med tverrfagleg samarbeid og pasientane i fokus. Dei er kjende også i caseorganisasjonen vår.

Eit første kjenneteikn ved den endringsprosessen vi studerer, er såleis at den er vevd inn i eit institusjonelt felt der etablerte idear om sjukehusorganisering vert utfordra av nye. Det finst dermed alternative institusjonelle logikkar i feltet (Thornton et al. 2012). Dette gjev lokale entreprenørar i ein sjukehusorganisasjon høve til å kople seg på organisasjonsidear med veksende legitimitet. Desse ideane peikar mot andre måtar å organisere sjukehuset på, men også mot ei anna sjølvforståing i organisasjonen. Førekomsten av ulike institusjonelle logikkar og organisasjonsidear i feltet utgjør dermed eit kontekstuel vilkår for dei aktørane som prøver å initiere endring. Dei endringane som skjer i vår case, må likevel oppfattast som noko meir enn imitasjon av ein generell organisasjonstrend mot pasientsentrert organisering. Forbettringsraten er langt høgare enn det vi finn på landsbasis, og dette peikar mot at vår case inneheld nokre spesifikke lokale komponentar.

Heilt konkret blir organiseringa av planlagt kirurgi oppfatta som eit problem i vår caseorganisasjon. Tiltak for å skape betre flyt i pasienthandsaminga blir utgreidde av leiing og vedtekne i styret. Men i utgangspunktet gjeld desse tiltaka i hovudsak fysisk ombygging og reorganisering; dei er



ikkje eksplisitt kopla til forbetningsprosjektet og nye organisasjonsidear. Denne koplinga skjer ved at dei ansvarlege for omlegginga av dagkirurgien tek initiativet til å la forbetningsprosjektet bli ein organisatorisk paraply også for dette prosjektet. Koplingane gjer også at vi ikkje kan redusere det som skjer ved sjukehuset i Førde til rein imitasjon av kjende idear i feltet. Tiltaka kvar for seg er omtala i litteraturen. Det nye er at Førde set i verk ein heil pakke av tiltak som til saman var retta inn mot kompleksiteten i årsaksforholda, at denne pakken samla sett har hatt god effekt på å redusere strykingar, og at effekten varer ved.

Her finn vi eit anna sentralt kjenneteikn ved endringsprosessen. Det finn stad ei lokal kopling mellom ulike element: ei ombygging av operasjonslokale og reorganisering av planlagt kirurgi på den eine sida, eit pilotprosjekt rundt forbetningsarbeid på den andre. Her ser vi ei tydeleg utøving av institusjonelt entreprenørskap blant mellomleiarar i Helse Førde, som tek initiativet til at dagkirurgiprojektet blir kopla saman med forbetningsprosjektet og dermed med den desentraliserte og involverande arbeidsmetodikken som forbetningsprosjektet legg opp til. Lokale entreprenørar si evne til å kople saman ulike prosjekt spelar ei sentral rolle i denne oppstartande eller initierande fasen av endringsprosjektet. På dette tidspunktet kan vi likevel ikkje seie at desse potensielle entreprenørane hadde ferdige og avgjerande idear om kva ein kunne oppnå og korleis ein skulle legge om prosessane rundt planlagd kirurgi. Det er heller ikkje råd å peike på andre dominerande aktørar med klare strategiar for kva som skulle gjerast i prosjektet, og korleis ein skulle mobilisere for dette. I staden er det diskursen, kommunikasjonen og samtalane mellom ulike aktørar, som står fram som den sentrale drivaren i endringa. Forteljingane om det som skjer og det som kunne skje i organisasjonen, skaper nye forståingsrammer og nye sjansar som kan gripast. Informantane sine forteljingar syner korleis dei konkrete strategiane og handlingsvegane i prosjektet gror fram som eit kollektivt prosjekt meir enn som eit produkt av individuelle entreprenørar sine handlingar.

Dersom denne tolkinga stemmer, tyder det at drivkreftene i forbetningsprosjektet i ein bestemt forstand må avsubjektifiserast. Vi kan ikkje få tak på korleis endringsprosessane i forbetningsprosjektet blir drivne framover, berre ved å leite etter entreprenørar med bestemte personlege eigenskapar og karakteristika. Endringsprosessane utspelar seg snarare i det diskursive rommet mellom aktørane. Forteljingane og diskursane er drivarar i prosessen vel så mykje som dei forteljande subjekta eller personane. Men det er også slik at forteljingane og diskursane kan berre verke som drivarar i den grad dei vert internaliserte i og reproduserte gjennom individua i organisasjonen sine kognitive rammer og forteljingar. Dette er eit poeng som betre vert fanga opp av Czarniawska og andre sine idear om organisering som kontinuerleg sosial konstruksjonsprosess enn av teoriane om institusjonelt



og kulturelt entreprenørskap. Det betyr ikkje at entreprenørskap ikkje spelar ei rolle, men at institusjonelle entreprenørar er avhengige av omstende som dei sjølve ikkje kan kontrollere fullt ut.

Her finn vi eit tredje kjenneteikn ved endringsprosessen vi studerer: Det er vekselverknaden mellom ulike typar drivarar som er karakteristisk for endringsprosessen slik den utspelar seg over tid. I denne forstand kan vi tale om ein institusjonaliseringsprosess som ikkje er styrt av institusjonelt entreprenørskap åleine, men i samspelet mellom entreprenørane sine strategiar og dei overindividuelle forteljingane, diskursane og rutinane som veks fram i løpet av prosessen. Også i denne fasen må det utøvast institusjonelt handverk i form av å skape forteljingar, arenaer for å utvikle felles diskursar og etablering av nye rutinar og prosedyrar. Men etableringa, synkroniseringa og stabiliseringa av desse prosessane kan ikkje utan vidare kontrollerast av strategiske entreprenørar i organisasjonen. Når endringsprosjektet i dette tilfellet står fram som vellykka, kan det ikkje tilskrivast at det er stramt styrt og kontrollert av institusjonelle entreprenørar. Det handlar meir om at dei ulike aktørane i prosjektet får tilgjenge til ein arena der dei kan utvikle ei felles plattform for å tolke og handle i forhold til opplevde problem i eigen arbeidssituasjon. At dei faktisk lykkast med å bygge ei slik felles forståingsramme eller plattform, heng i sin tur saman med at det i helsefeltet har vokse fram ulike omgrep og perspektiv for å snakke om pasientsentrerte behandlingliner. Heilskap, flyt og transparens er ord som går igjen i informantforteljingane.

I casen ser vi også korleis dei nye diskursane og forteljingane blir til institusjonelle drivarar ved at dei blir grunnlaget for nye rutinar og prosedyrar. Denne utkrystalliseringa i nye rutinar og prosedyrar er avgjerande for vedlikehald av endringane. Slik blir det etablert eit nytt institusjonelt regime og ein endra logikk. Dette er det fjerde sentrale kjenneteiknet ved forbettringsprosjektet som vellykka endringsprosess.

## KONKLUSJON

Hovudkonklusjonen vår kan gjerast kort. Det vi ser i vår case, er at narrativa og diskursen på mange måtar trumfar dei personlege aktørane når vi ser etter drivarane bak institusjonell endring. Det kan vere like rimeleg å sjå aktørane som medium for diskursen og konkurransen mellom institusjonelle logikkar som det er å sjå dei som drivarane bak endra logikkar. Organisering er ein kompleks sosial prosess, og den kontinuerlege skapinga og gjenskinga av organisasjonen kan ikkje reduserast til eit produkt av entreprenørane sine strategiar og posisjonar i organisasjonen. Med ein slik tilnærming får vi ikkje tak på dynamikken i den institusjonelle endringsprosessen. Her kan vi også lokalisere veikskapen ved ei tilnærming som ser

institusjonell endring primært som skapt av institusjonelle entreprenørar, slik vi finn den hos Battilana og andre. På den andre sida er funna våre heilt i tråd med Czarniawska sine idear om organisering som ein stadig pågåande sosial konstruksjonsprosess.

Eit anna poeng er at overordna og generelle organisasjonsidear i eit institusjonelt felt, som pasientsentrerte behandlingsliner og kliniske mikrosystem i helsefeltet, må takast ned og konkretiserast i lokale kontekstar for at dei skal få innverknad. Og dette blir lettare når feltet i utgangspunktet femner om divergerande institusjonelle logikkar.

Teoriar om sosiale konstruksjonsprosessar og institusjonelle logikkar kan oppfattast som komplementære i den forstand at dei fokuserer på ulike nivå. Teoriar om institusjonelle logikkar opererer på feltnivå, medan sosiale konstruksjonsprosessar er aktør- og prosessorienterte. Men sosiale konstruksjonsprosessar er alltid situerte. Dermed kan vi sjå dei som konforme med, reviderande av eller brytande med etablerte institusjonelle logikkar.

Ein måte å beskrive dei ulike mekanismane i endringsprosessen på er å følgje opp Czarniawska sitt skilje mellom instituering og institusjonalisering av endring (Czarniawska 2009). Det vi kan sjå i vår case, er at institusjonelle entreprenørar spelar ei sentral rolle for institueringa av endringsprosjektet. Dei tek strategiske grep for å etablere eit forbedringsprosjekt rundt planlagt kirurgi, og får dette vedteke i organisasjonen. I institusjonaliseringsfasen er prosjektet i større grad ein kollektivt driven endringsprosess, der felles diskursar og forteljingar skaper ei tolkingsramme for dei handlingane organisasjonsaktørane held på med. Dei instituerande entreprenørane er med også i institusjonaliseringsfasen av prosjektet, men utan at dei nødvendigvis har ein klar forrang eller autoritet til å definere kva som går for seg eller burde gå for seg. Såleis er institusjonaliseringsfasen ikkje på same måte som institueringsfasen kontrollert av formelle leiarar og institusjonelle entreprenørar. Strategiske aktørar kan nok styre hendingar, men dei styrer ikkje på same måten komplekse prosessar som rullar seg ut over tid.

I denne forstand er nok omgrepet *institusjonelt entreprenørskap* eit paradoks, slik Czarniawska peikar på. Men vi meiner likevel ikkje at vi bør slutte å bruke omgrepet eller slutte å studere institusjonelle entreprenørar. Eit liknande paradoks finn vi nemleg i sjølve institusjonsomgrepet. Institusjonar og institusjonaliserte normer er overindividuelle, men likevel kjem dei berre til synes når dei blir internaliserte i organisasjonsaktørane sine handlingar.

Tilsvarande kan vi i samtid berre studere det instituerande, strategiske entreprenørskapet. Dei institusjonelle prosessane og endringane som institusjonelt entreprenørskap er opphavet til, kan vi derimot berre forstå til fulle gjennom eit meir langsiktig prosessperspektiv. Ei forståing av institusjonaliseringsprosessane krev at vi har tilgang på dei institusjonelle resultata og institusjonaliserte avleiringane av entreprenørskapet. Men dei to nivåa er

gjensidig avhengige av og føreset kvarandre. Den sosiale konstruksjonen av organisasjonar og institusjonar skjer i samspelet mellom instituerande entreprenørar og overindividuelle institusjonaliseringsprosessar. Derfor er entreprenørskap og institusjonalisering komplementære omgrep heller enn konkurrerande. Vi må analysere både aktørnivået og prosessnivået for å gripe dei mekanismane som formidlar mellom handlande entreprenørar og institusjonaliseringsprosessar. Gjennom eit slikt grep er det råd å forstå endring gjennom det omgrepsapparatet ein finn i nyinstitusjonell teori. Men slik forståing føreset at ein ser institusjonell endring som situert endring, ikkje som ein abstrakt kategori.

## NOTER

- 1 Forfattarane takkar tidsskriftet sine to anonyme reviewerar for innsiktsfulle og konstruktive kommentarar til tidlegare versjonar av artikkelen.

## REFERANSAR

- Batalden, P. & Stoltz, P. (1993). A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv*, 19(10), 424–447.
- Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13(5), 653–676.
- Battilana, J., Leca, B. & Boxenbaum, E. (2009). How Actors Change Institutions: Towards a Theory of Institutional Entrepreneurship. *The Academy of Management Annals*, 3, 65–107.
- Bourdieu, P. (2000). *Propos sur le champ politique*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Brunsson, N. & Olsen, J.P. (1990). *Makten att reformera: intressen, institutioner och näringspolitik*. Stockholm: Carlssons.
- Byrkjeflot, H. & Neby, S. (2008). The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal Of Health Organization And Management*, 22(4), 331–349.
- Byrkjeflot, H., Christensen, T., & Lægred, P. (2013). The Many Faces of Accountability: Comparing Reforms in Welfare, Hospitals and Migration. *Scandinavian Political Studies*, n/a-n/a. doi: 10.1111/1467-9477.12019
- Callon, M. (1986). Some Elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay. I: J. Law (red.), *Power, Action and Belief – A New Sociology of Knowledge?* London: Routledge.
- Carlsen, F. (1995). Hvorfor rammefinansieringssystemet sviktet: en case studie av budsjettprosessen i Sør-Trøndelag fylkeskommune 1987–92. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 11(2), 133–149.
- Czarniawska, B. (2008). *A Theory of Organizing*. Northampton, Mass.: Edward Elgar.
- Czarniawska, B. (2009). Emerging Institutions: Pyramids or Anthills? *Organization Studies*, 30(4), 423–441.
- Czarniawska, B. & Hernes, T. (2005). *Actor-network Theory and Organizing*. Malmö: Liber.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, B. & Sevón, G. (2003). *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia*. Malmö: Abstrakt.

- Di Maggio, P.J. & Powell, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited – Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Friedland, R. & Alford, R.R. (1991). Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. I: W.W. Powell & P.J. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (s. 232–263). Chicago: The University of Chicago Press.
- Greimas, A.J. (1990). *Narrative Semiotics and Cognitive Discourses*. London: Pinter.
- Habermas, J. (1990). *Reconstruction and Interpretation in the Social Sciences. Moral Consciousness and Communicative Action* (21–42). Cambridge: Polity Press.
- Hardy, C. & Maguire, S. (2008). Institutional Entrepreneurship. I: R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & Sahlin, K. (red.), *Organizational Institutionalism* (197–217). London: Sage.
- Holm, P. (1995). The Dynamics of Institutionalization: Transformation Processes in Norwegian Fisheries. *Administrative Science Quarterly*, 40(3), 398–422.
- Hovlid, E. (2013). *Reducing cancellations of planned operations*. Ph.D., University of Bergen, Bergen.
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. & von Plessen, C. (2012). A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Services Research*, 12(1), 154.
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A.B., & von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *BMC Health Services Research*, 12(1), 235.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: Institute of Medicine.
- Johansson, R. (2009). Vid den institutionella analysens gränser: Institutionell organisationsteori i Sverige. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 11(3), 5–22.
- Kjekshus, L.E. & Bernstrøm, V.H. (2010). *Helseforetakenes interne organisering og ledelse: INTORG 2009* (Vol. 2010:4). Oslo: The Programme.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An introduction to actor-network-theory*. New York: Oxford University Press.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life: The construction of scientific facts*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Lounsbury, M. & Crumley, E.T. (2007). New Practice Creation: An Institutional Perspective on Innovation. [Article]. *Organization Studies* (01708406), 28(7), 993–1012. doi: 10.1177/0170840607078111
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1979). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- March, J.G., & Olsen, J.P. (1984). The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*, 78, 734–749.
- Mayntz, R. (2004). Mechanisms in the Analysis of Social Macro-Phenomena. *Philosophy of the Social Sciences*, 34(2), 237–259.
- Neby, S. (2008). Institutional reform and governance in the Scandinavian hospital fields: the dynamics of and between change and control. Bergen: University of Bergen.
- NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. (82-583-0719-3). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Parsons, T. (1956). Suggestions for a Sociological Approach to Theory of Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 1(1), 63–85.

- Peters, B.G. (1999). *Institutional theory in political science the «new institutionalism»*. London: Pinter.
- Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner trender i organisasjonstenkningen ved tusenårs-skiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, V.A. (2008). Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse. [Article]. *Annual Review of Political Science*, 11, 303–326.
- Schuster, M., Neumann, C., Neumann, K., Braun, J., Geldner, G., Martin, J., et al. (2011). The Effect of Hospital Size and Surgical Service on Case Cancellation in Elective Surgery: Results from a Prospective Multicenter Study. *Anesthesia and Analgesia*, 113(3), 578–585. doi: 10.1213/ANE.0b013e318222be4d
- Scott, W.R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Scott, W.R. (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Scott, W.R. (2003). Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and Corporate Change*, 12(4), 879–894.
- Searle, J.R. (1995). *The Construction of Social Reality*. London: Allen Lane.
- Searle, J.R. (2010). *Making the social world: the structure of human civilization*. Oxford: Oxford University Press.
- Stinchcombe, A.L. (1997). On the virtues of the old institutionalism. [Article]. *Annual Review of Sociology*, 23, 1.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus: forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Taylor, C. (1993). To Follow a Rule. I: C. Calhoun, E. LiPuma & M. Postone (red.), *Bourdieu: Critical Perspectives* (44–60). Cambridge: Polity Press.
- Thornton, P.H. & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958–1990. *American Journal of Sociology*, 105(3), 801–844.
- Thornton, P.H. & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Andersson & R. Suddaby (red.), *Handbook of Organizational Institutionalism*. CA: Sage.
- Thornton, P.H., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tjerbo, T. (2009). *The Multileveled Governance of Health Care: An analysis of the Norwegian health care sector* (Vol. nr. 777). Oslo: Unipub.
- Tjerbo, T. & Hagen, T.P. (2009a). Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. [Article]. *Scandinavian Political Studies*, 32(3), 337–358. doi: 10.1111/j.1467-9477.2008.00230.x
- Tjerbo, T. & Hagen, T.P. (2009b). Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting after the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies*, 32(3), 22p. doi: 10.1111/j.1467-9477.2008.00230.x
- Torjesen, D.O. (2008). *Foretak, management og medikrati: en sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Universitetet i Bergen, Bergen.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. Los Angeles: Sage.

## SAMANDRAG

Artikkelen analyserer eit systemendrande forbetningsprosjekt i eit sjukehus med utgangspunkt i nyinstitusjonell teori. Målet er å drøfte korleis nyinstitusjonell teori må utviklast for å kunne forstå og forklare den type gjennomgripande endring som vi identifiserte i vår case. Ligg nøkkelen i institusjonelle entreprenørar sine strategiar og planlegging av prosjektet, eller er det meir djuptgåande institusjonelle endringsfaktorar som er avgjerande? Og meir generelt: Korleis skal vi forstå forholdet mellom dei ulike drivarane og sosiale mekanismane i organisatorisk og institusjonell endring? Det vi finn, er at narrativa og diskursen på mange måtar trumfar dei personlege aktørane når vi ser etter drivarane bak institusjonell endring. Det kan vere like rimeleg å sjå aktørane som medium for diskursen og konkurransen mellom institusjonelle logikkar som det er å sjå dei som drivarane bak endra logikkar. Organisering er ein kompleks sosial prosess, og den kontinuerlege skapinga og gjenskinga av organisasjonen kan ikkje reduserast til eit produkt av entreprenørane sine strategiar og posisjonar i organisasjonen. Ein måte å beskrive dei ulike mekanismane i endringsprosessen på er å følgje opp Czarniawska sitt skilje mellom instituering og institusjonalisering av endring (Czarniawska 2009). Institusjonaliseringsfasen er ikkje på same måte som institueringsfasen kontrollert av formelle leiarar og institusjonelle entreprenørar. Strategiske aktørar kan nok styre hendingar, men dei styrer ikkje på same måten komplekse prosessar som rullar seg ut over tid.

## ABSTRACT

In this article we analyze a system-changing quality improvement project in a hospital by means of neo-institutional theory. The aim is to discuss how neo-institutional theory has to be developed in order to understand and explain divergent institutional change, which we identified in our case. Are the strategies and planning abilities of institutional entrepreneurs the decisive key to change, or do we need to look for other drivers of change? And a more fundamental question: How can we understand the relationships between different social mechanisms and drivers in organizational and institutional change? What we find, is that narratives and discourse in many respects trumps the individual actors when we look for the drivers behind institutional change. The actors may be viewed as carriers of discourses and competing institutional logics as well as they are the drivers behind changed logics. Organizing is a complex social process, and the continuous shaping and reshaping of an organization cannot be reduced to a product of the strategies of institutional entrepreneurs and their positions in the organization. Another way to describe the different change mechanisms is by following Czarniawska's distinction between instituting and institu-

tionalization of change (Czarniawska 2009). The process of institutionalization is not controlled by leaders and institutional entrepreneurs in the same way as the phase of instituting. Strategic actors may be able to control events, but not complex processes which unfold over time.

## FORFATTARINFORMASJON

*Oddbjørn Bukve* er professor og forskingsleiar i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Han er dr.philos. frå Universitetet i Bergen og magister i offentleg administrasjon og organisasjonsvitskap frå same stad. Forskingsinteressene hans er blant anna knytte til institusjonell teori og til samhandling og styring i fleirnivåsystem. Nylege publikasjonar er *Lokal og regional styring* (Samlaget 2012) og «Parliamentarism in Norwegian regions» (*Local Government Studies* 2013, med Hans Petter Saxi).

Høgskulen i Sogn og Fjordane,  
Postboks 133, 6851 Sogndal, Norge  
Telefon: 4805 4368/5767 6305  
E-post: oddbjorn.bukve@hisf.no

*Einar Hovlid* er førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og førsteamanuensis II ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Han er Ph.D. frå Universitetet i Bergen, cand. med. frå same stad og Master of Management frå Handelshøyskolen BI. Forskingsinteressene hans gjeld særleg kvalitet og forbetningsarbeid i helsesektoren og styring i komplekse system. Nylege publikasjonar er «Sustainability of healthcare improvement» og «A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates» (begge i *BMC Health Services Research* 2012, med Bukve, Haug, Aslaksen og von Plessen).

Høgskulen i Sogn og Fjordane,  
Postboks 133, 6851 Sogndal, Norge  
Mobilnummer: 907 99 199  
E-post: einar.hovlid@hisf.no





## Institusjonell etnografi – ei inspirasjonskjelde for den skandinaviske organisasjonsteorien?

Can Institutional Ethnography be a source of inspiration for the Scandinavian Organization Theory?

KJETIL G. LUNDBERG OG HOGNE LERØY SATAØEN

**Nøkkelord:** Institusjonell etnografi, nyinstitusjonell teori, organisasjonskonsept, omsetjing, metodologi

**Keywords:** Institutional Ethnography, neo-institutional theory, concepts, translation, methodology

### INNLEIING

Den institusjonelle organisasjonsteorien fokuserer på korleis samfunnskapte idear og konsept<sup>1</sup> på makronivå formar lokale praksisar på mikronivået (Czarniawska og Jorges 1996). Fleire forskarar peikar i dag på at nyinstitusjonalisme har blitt ei dominerande skuleretning innanfor organisasjonsforskninga (Greenwood mfl. 2008; Lawrence, Suddaby og Leca 2011:52), og at retninga særleg har hatt gjennomslag i Skandinavia (Johansson 2009). Delar av den skandinaviske nyinstitusjonalismen har handla om å setje ord på dei bearbeidingsprosessane (modifikasjonane og transformasjonane) som organisasjonskonsept går gjennom i møte med ulike konkrete organisatoriske kontekstar (sjå t.d. oversikt i Sahlin-Andersson og Engwall 2002). Samtidig har fleire uttrykt bekymring for at desse prosessane (transformasjonane, modifikasjonane) sjeldan blir studerte i praksis og in situ (t.d. Nilsen 2007:49; Johansson 2009; Scheuer 2003). Fokuset på bearbeidingsprosessane til nye organisasjonskonsept har også i stor grad handla om å finne treffande metaforar, slik som til dømes «motemetaforen», «translasjonsmetaforen», «omsetjingsmetaforen» og «virusmetaforen» (Bukve 2009:2). Delar av den skandinaviske nyinstitusjonalismen kan kritiserast for å gjere konsept, idear og oppskrifter til subjektet i analysane, heller enn dei faktiske



aktørane og aktivitetane som desse ideane verkar i. I tillegg, eller kanskje på grunn av dette, hevdar fleire at nyinstitusjonalismen har eit dårleg grep om makt (Johansson 2009:14). Desse utfordringane innanfor den skandinaviske nyinstitusjonelle retninga er utgangspunktet for denne artikkelen.

Vi drøftar korleis institusjonell etnografi (IE) kan inspirere og eventuelt vidareutvikle den skandinaviske nyinstitusjonelle organisasjonsteorien. I den institusjonelle etnografien er utgangspunktet det lokale og aktualitetar i aktørars liv og arbeidsliv heller enn globale og abstrakte organisasjonsidear og konsept i seg sjølv. Vi hevdar at IE tilbyr ein metodologi som nettopp set oss i stand til å forstå dei lokale konsekvensane av idear gjennom omgrepa *translokale koordinering* og *styringsrelasjonar*. IE har etter kvart også blitt brukt på ei rekkje empiriske felt, men det manglar systematiske og eksplisitte koplingar til organisasjonsteorien. Spørsmåla vi reiser i den følgjande artikkelen, er: Kva kan institusjonell etnografi bidra med i organisasjonsforskninga i lys av den skandinaviske nyinstitusjonelle teoriens begrensningar? Vi hevdar at det i møtepunktet mellom IE og den skandinaviske nyinstitusjonalismen ligg eit potensial for å vidareutvikle den institusjonelle organisasjonsteorien.

For å kunne setje lys på problemstillinga må denne situerast i dei to perspektiva vi diskuterer. Vi startar difor med ein gjennomgang av korleis ein bestemt retning innanfor den skandinaviske nyinstitusjonalismen handterer spørsmålet om spreining og omsetjing av organisasjonskonsept. Vi diskuterer også aktør-orienterte vidareføringar av denne tradisjonen. Deretter presenterer vi sentrale trekk ved den institusjonelle etnografiens metodologiske grep for å svare på, og å utnytte, aktør- og handlingsnivået i utforskinga av det institusjonelle. Då institusjonell etnografi sjeldan er anvendt i (den nordiske) organisasjonsforskninga, gjer vi kort greie for tradisjonens bakgrunn og utvikling. Gjennom ein studie av Lund (2012), publisert i *Scandinavian Journal of Management*, illustrerer vi også IE i bruk. Sentrale omgrep i det nokså komplekse omgrepsapparatet blir presentert etter kvart som vi nyttar dei. Avslutningsvis drøftar vi på kva måte IE kan bidra til ei produktiv vidareutvikling av skandinavisk nyinstitusjonalisme.

## MELLOM DET LOKALE OG GLOBALE: SKANDINAVISK NYINSTITUSJONALISME OG OMSETJING AV ORGANISASJONSKONSEPT

I *Nordiske Organisasjonsstudiers* temanummer om den nyinstitusjonelle teoritradisjonen (nr. 3/2009:3) heiter det at denne tradisjonen har «fått ett stort genomslag och har under de senare åren nästan blivit en dominerande teori, kanske särskilt här i Norden». Nyinstitusjonalismen tek utgangspunkt i at organisasjonar ikkje berre er rasjonelle og målorienterte, dei er også påverka av normative strukturar og verdiar (DiMaggio og Powell 1991). Det

er vanleg å skilje mellom ein «gamal» og ein «ny» institusjonalisme, der den gamle er normativt orientert og den nyinstitusjonelle retninga er kognitivt orientert (DiMaggio og Powell 1991; Scott 2003). Den gamle institusjonelle tilnærminga (i første rekkje utvikla av Selznick (1957)) oppstod i kontrast og opposisjon til dei dominerande rasjonelle, og til dels normative, organisasjonsteoriane på 1950- og -60-talet (Scott 2003).

Innanfor den institusjonelle organisasjonsteorien har det dei siste 20–30 åra også vakse fram ei retning som har fått nemninga skandinavisk nyinstitusjonalisme (Boxenbaum & Pedersen 2009). Utgangspunktet for denne retninga var ei interesse for korleis offentlege reformer verka inn på organisasjonspraksisar. Boxenbaum & Pedersen (2009:184) viser vidare korleis den skandinaviske retninga på midten av 1990-talet skilte lag med anna institusjonell teoriutvikling: «After many years of network building and academic exchange of scholars and ideas, institutionalist research in Scandinavia seems to have found a voice of its own.» I følgje Boxenbaum og Pedersen handla denne stemma blant anna om å adressere eit gap i meir tradisjonelle nyinstitusjonelle analysar – «the seemingly lack of a theory of action» (ibid.:19). Handling og «agency» var med andre ord allereie tidleg på 1990-talet identifisert som ein akilleshæl i institusjonsanalysane. Dette var også opptakta til, og sjølv grunnlaget for, utviklinga av den skandinaviske nyinstitusjonalismen.

Ein kan skilje mellom to ulike retningar innanfor skandinavisk nyinstitusjonalisme: ei retning som i hovudsak interesserer seg for lause koplingar («loose coupling»), og ei anna retning der «sense-making», omsetjing av organisasjonsidear og translasjon står i sentrum (Boxenbaum og Pedersen 2009; Lægreid 2007). Tradisjonen knytt til lause koplingar har særleg studert korleis ulike organisasjonskomponentar (t.d. avgjerder, prat, praksis, strukturarar) er frikopla frå kvarandre (sjå t.d. Engwall 2003; Borum & Westenholtz 1995). Den andre retninga, som vi særleg interesserer oss for i denne artikkelen, handlar om fortolkande prosessar i organisasjonar, og spesielt spørsmålet om korleis omsetjing og translasjon av idear skjer i spesifikke kontekstar. Ein standardreferanse i denne retninga er Czarniawska og Sevóns (1996) antologi *Translating Organizational Change*. Boka, som fokuserer på korleis idear endrar seg etter som dei entrar ulike organisasjonar, kom også til å utfordre tradisjonelle perspektiv i institusjonell teori.

Skandinavisk nyinstitusjonalisme skil seg frå tradisjonell nyinstitusjonalisme mellom anna ved at førstnemnte er meir orientert mot mottakssida til organisasjonane i analysar av spreiding og diffusjon av idear og konsept (Czarniawska og Sevón 2003). Mottakarane blir her sedde på som aktive og fortolkande, medan tradisjonelle nyinstitusjonelle analysar er makroorienterte og rettar søkelyset på mekanismar som fører til at organisasjonar over tid vert like kvarandre. Det som kjenneteiknar den skandinaviske nyinsti-

tusjonelle retninga, er at denne tradisjonen rettar merksemda mot kva som skjer med organisasjonar som tek imot globale reformidear (Røvik 2007:38). Den einskilde organisasjon forsøker ikkje å likne alle andre organisasjonar, men gjennom omsetjingsprosessar vil dei bevare ein lokal identitet (Røvik 1998; Nielsen og Jacobsen 2012). Slik kan ein, som Nielsen og Jacobsen (2012) gjer, skilje mellom *spreiingsstudiar* som er inspirert av tradisjonell nyinstitusjonalisme, og *omsetjingsstudiar* som er inspirert av den skandinaviske nyinstitusjonalismen. Omsetjingsstudiar har på ulike måtar freista å setje ord på dei bearbeidingsprosessane som (nye) organisasjonsoppskrifter går gjennom, gjerne ved hjelp av case-studiar (Bukve 2009) og prosessorienterte data (Boxenbaum & Pedersen 2009).

Trass i desse skildringane av den skandinaviske nyinstitusjonalismen som «organisasjonsnær» og «prossessorientert» har ei rekkje forskarar uttrykt bekymring for at praksis, prosess og aktørar blir undertematiserte i dagens organisasjonsstudiar (McKenley 2007; Barley & Kunda 2001; Røvik 2007:116), også innanfor skandinaviske omsetjingsstudiar (Nilsen 2007, 2008; Johnson 1998; Scheuer 2003; Morris og Lancaster 2006). Denne kritikken er også utforma innan rammene av denne retninga sjølv. Nilsen (2007:41–42) finn til dømes at delar av den skandinaviske nyinstitusjonelle tradisjonen, trass i ei eksplisitt interesse for mottakarsida i organisasjonar, ofte oppfattar organisasjonen som ein einskapleg aktør eller jamvel ein form for «super-person». Dette er også noko Johnson (1998:519) peiker på: «If an organization is seen as a collective of individuals, it is easier to see why different translations take place; because people are different» (Johnson 1998:519). Når organisasjonar blir oppfatta som einskaplege aktørar, er det analytisk sett også vanskeleg å vere open for aktørar på lægre nivå. Eit utgangspunkt der organisasjonar blir forstått som einskaplege aktørar eller super-personar, gjer også studiar av prosessar og praksis vanskeleg, fordi dette i mange tilfelle vil krevje detaljerte og meir finmaska aktørar.

Andre set fram liknande karakteristikkar om grensene for nyinstitusjonelle analysar når det gjeld å gripe aktørperspektiv og handlingsnivået i organisasjonar (f.eks. Johansson 2009 og Fries 2009): «Jo nærmare man kommer praktikens detaljer, vad folk faktisk gör, desto närmare gränsen för den institutionella teorins tillämpbarhet kommer man» (Johansson 2009:14). Lindberg og Erlingsdottir (2003) saknar rike og detaljerte skildringar av omsetjingspraksisar:

Trots att den skandinaviska skolan använder begrepp som översättningar, imitationer, redigeringar och recept för att studera och tolka komplexa förändringsprocesser och deras resultat, är emellertid ingående beskrivningar och analyser av hur själva översättandet sker fortfarande sällsynta (Lindberg og Erlingsdottir 2003, ifølgje Nilsen 2007:43).

Nilsen (2008) undrar seg difor over om skandinaviske nyinstitusjonelle perspektiv i det heile rustar oss med omgrep for å studere lokale omsetjingar:

altså om teoriene i det hele tatt adresserer mottaksfasen av ideers livssyklus. [...] Det kan hevdes at man på den ene siden har en generell tendens til å omtale skandinavisk nyinstitusjonalisme som en skoleretning med fokus på prosessene i de lokale enhetene, mens en gjennomgang av de konkrete teoretiske resonnementene i mindre grad støtter opp om et slikt syn (Nilsen 2008:8–9).

Sjølvs freistar Nilsen å vidareutvikle den skandinaviske nyinstitusjonalismens omsetjingsstudiar ved å knytte perspektivet tettare til aktør-nettverksteori (ANT), og gjennom dette studere translasjonens «mikroprosess». Dette er ein freistnad som også Røvik (2008), Czarniawska og Hernes (2005) og andre har gjort, og dei siste åra har nettopp omsetjingsstudiane henta stor inspirasjon frå ANT (Boxenbaum og Pedersen 2009). Det blir argumentert for at inspirasjonen frå ANT gjer omsetjingsstudiane meir opne for å integrere mikroprosessar i organisasjonar med makrostrukturar. ANT-inspirerte translasjons- og omsetjingsstudiar har då også vist korleis idear på reise går frå «laust» til «fast» i organisasjonar.<sup>2</sup> Nilsen (2007:114) understrekar også at «med ANT kan jeg derfor følge overføringen lenger enn om jeg skulle nøydt meg med det begrepsapparatet som skandinavisk nyinstitusjonalisme leverer». ANTs insistering på å «follow the actor» (Latour 1987) har utvilsamt dreia fokus mot eit anna nivå enn organisasjonen. På den andre sida har aktøromgrepet innan ANT problematiske sider. Konsept, idear og jamvel materielle artefaktar blir analysert som aktørar, mykje grunna aktør/aktant-omgrepet innanfor ANT. Aktøromgrepet skil ikkje her prinsipielt mellom objekt og menneskelege aktørar – «objects too have agency» som Latour (2005:65) postulerer. I ANT-inspirerte omsetjingsstudiar vert såleis konsept som blir omsette, gjevne ein svært prominent posisjon i analysane. Slike idear og konsept vert ved riktige «translasjonar» ein makro-aktørar i dei organisasjonane som er under lupa. Vi argumenterer difor for at ANT-inspirerte translasjonsanalyser held fast ved idear og konsept som sjølve subjektet i analysane.

Det finst også andre freistnader på å kombinere nyinstitusjonalisme med studiar av lokale prosessar. Barley og Kunda (2001) tek nettopp til orde for dette i den programmatisk-artikkelen «Bringing work back in». Dei slår til lyd for at arbeid og arbeidaren på nytt bør integrerast som ein del av studiar av organisasjonar og profesjonar. Det er dei daglege aktivitetane som skjer i ein organisasjon som må vere utgangspunktet for analysane. Barley og Kunda hevdar at «arbeid» i organisasjonsstudiar etter kvart har hamna i bakgrunnen, til fordel for analysar av meir abstrakte fenomen som til dømes

«strategiar», «strukturar» og «omgjenvader». På bakgrunn av dette tek dei til orde for ein reintegrasjon av arbeid og organisasjon. Til dette høyrer også ein særskilt analytisk strategi, det vil seie ei meir induktiv metodologisk tilnærming enn det som etter kvart har vokse fram som doxa i organisasjonsstudiar. Også innanfor nyinstitusjonell teori (t.d. Sahlin-Andersson & Engwall 2002) er det ei erkjenning av at konsept verkar både nedanfrå og ovanfrå. Situasjonen i dag er at vi er i ein fase som ikkje går langt nok ned i organisasjonane, og IE kan vere ein måte gjere dette på. Eit anna forsøk er den framveksande litteraturen om «Institutional work» (sjå til dømes Lawrence, Sudaby og Leca 2009, 2011). Lawrence (mfl. 2011) skildrar denne retninga som kompatibel med og ei forlenging av den institusjonelle teorien, men med ein uttalt ambisjon om å ta aktørar og handling inn att i organisasjonsstudiet. Perspektivet ønskjer dermed å re-fokusere institusjonelle studiar i organisasjonar, og ønskjer samstundes å bidra til ei betre integrering mellom aktørar og institusjonar, struktur og handling, ved å fokusere på folk i og omkring organisasjonar, og deira praksis retta mot å skape, halde ved like og utfordre institusjonar.

Utgangspunktet vårt er at IE tilbyr ein metodologi som mogleggjer den type studie som Barley og Kunda (og andre), etterlyser. Arbeidsprosessar og folks aktualitetar på det lokale nivået blir kopla med ei utforsking av det institusjonelle. Samtidig går IE lenger enn Barley & Kundas program ved å la analysane bevege seg frå mikronivået til det institusjonelle og translokale. Samanlikna med litteraturen om institusjonelt arbeid har IE andre ambisjonar: I IE er det institusjonelle arbeidet (for å nytte ordlyden til Lawrence mfl.) eit startpunkt for analysen, men ikkje endepunktet. Endepunktet er eit forsøk på å vise korleis det institusjonelle fungerer og verkar inn i folks liv på konkrete måtar, gjennom abstraherte strukturar. Perspektivet om institusjonelt arbeid har blitt kritisert for å reprodusere dualismen mellom handling og struktur (Willmott 2011), og det er uklart om det privilegerte fokuset er på institusjonar eller på arbeid/arbeidarar (Kraatz 2011:60). Willmott (2011:71) stiller seg også kritisk til kva dette perspektivet kan by på med omsyn til endringsprosessar som ikkje retningar frå kritisk sosiologi har eit betre grep om.

IEs metodologi gjer ei integrering av struktur/aktør mogleg. Den institusjonelle etnografiens understreking av å ta utgangspunkt i ståstaden til dei handlande subjekta vil etter vårt syn også bøte på nokre av utfordringane som er identifisert innan delar av den skandinaviske nyinstitusjonalismen, og sentrale sider ved IE vil difor bli gjort greie for i det følgjande, med særleg blick for korleis dette kan appliserast på studiet av organisasjonar og organisasjonstendar. Innanfor den rike metodologien i IE fokuserer vi spesielt på den analytiske statusen til tekstar. Dette oppfatar vi som eit sentralt bidrag til å gripe translasjonar og forholdet mellom idear og praksis.

## INSTITUSJONELL ETNOGRAFI – EIT UTGANGSPUNKT

Institusjonell etnografi ber med seg refleksjonar om forholdet mellom kunnskap, organisering, makt og objektivering. Dette er eit sentralt bak-teppe for korleis IEs pioner, den kanadiske sosiologen Dorothy Smith, utvikla ein metodologi som tek folks faktiske erfaringar med og i institusjonelle kontekstar på alvor. Smith utvikla IE som eit motsvar og alternativ til den Durkheimianske og Parsonianske sosiologien, gjerne omtalt som «abstrakt empirisme». Perspektivet vaks fram i lys av Smiths deltaking i kvinnerørsla, og blei definert som ein standpunkt-sosiologi, der målet var ein samfunnsvitskap som skriv inn røynda slik ho vert oppfatta av folk som verkar i denne røynda. Termen institusjonell etnografi vart første gang brukt av Smith (1987) i boka *The everyday world as problematic*. IE har sidan utvikla seg og fått ei viss utbreiing i delar av samfunnsvitskapen dei siste tiåra. Døme på institusjonelle kontekstar som er studerte, er barnevern (Swift og Callahan 2009; Brown 2006; Parada 2002), bustadspolitikk (Luken og Vaughan 2006; Turner 2001), Forsvaret (Taber 2010), sosialt arbeid (O'Neill 1998), utdanningssektoren (Griffith og Smith 2005; André-Bechely 2005; McCoy 1998), FN (Eastwood 2005), akademia (Lund 2012), kvinneorganisasjonar (Grahame 1998b), helsetenesta (Olsvold 2010; Rankin og Campbell 2006; Rankin 2001; Townsend 1997), stålproduksjon (Livingstone, Smith og Smith 2011) og arbeids- og velferdsorganisasjonar (Lundberg og Syltevik 2013; Breimo 2012; Grahame 1998a; Syltevik 1997).

IE har fleire teoretiske inspirasjonskjelder, men Smith har særleg kombinert Marx' materialistiske metode, Garfinkels etnometodologi og innsikter frå feministisk standpunkt-teori. IE blir omtalt som «ein måte å spørje på» (Smith 2006; Campbell og Gregor 2004), og sjølv omtalar Dorothy Smith IE som ein sosiologi. Vi vil omtale IE som eit empiri-retta perspektiv som ber med seg ein nokså spesifikk (men ikkje rigid, snever og ferdig avklart) metodologi. Denne metodologien, som vi gjer greie for i det følgjande, set institusjonsetnografar i stand til å gjere aktør/struktur-integrasjon på bestemte måtar og med bestemte ambisjonar. Institusjonsetnografar søkjer å utforske korleis det institusjonelle verkar inn i folks kvardagsrøynd, og å vise for dei styrte korleis aktivitetane og livet deira er vovne inn i livet og aktivitetane til andre gjennom styrande relasjonar.

IE er ein framgangsmåte som kombinerer metodar, materiale og analyser, og der intervjuing, feltstudiar og eit variert knippe av materiale kan inngå som empiri. Når Smith omtalar IE som ein måte å spørje på, handlar dette om at tradisjonen legg vekt på forskning som oppdaging heller enn hypotesetesting og teoristyrte forskingsdesign i tradisjonell forstand. Det etnografiske i prosjektet til Smith ligg i forståinga om at sosiale prosessar bør bli studert og forstått innanfor den sosiale og kulturelle konteksten som dei inngår i. Forskaren får høve til å beskrive aktørar, arbeid og aktivitetar med



eit blick innanfrå gjennom å bruke godt med tid i eit sosialt fellesskap. Smith skil likevel lag med tradisjonell etnografi i fokuseringa av det etnografiske arbeidet. Den institusjonelle etnografien vil starte i livet og situasjonane til folk som er involverte i ein spesifikk institusjonell prosess. Men i staden for å analysere desse situasjonane ved hjelp av etablerte teoretiske omgrep frå til dømes konvensjonell sosiologi eller organisasjonsteori er målet å nøste i korleis aktualitetar og problematikkar i den studerte konteksten er innvovne i større sosiale relasjonar. Studiet av det lokale nivået der folk lever og handlar, representerer såleis berre det første steget, for gjennom dette å «utforske det sosiale» og avdekke maktstrukturar og styringsrelasjonar (t.d. Smith 2005:29–34). Vi vil i det følgjande framstille dette som ein to-trinns prosess.

### **AKTØRAR, PRAKSIS OG «KVARDAGSLIVETS PROBLEMATIKK»**

Institusjonsetnografar utforskar korleis abstraherte strukturar (som til dømes styringsidear og konsept) er koordinerande og styrande for kvardagsliv – nettopp ved å starte forskingsprosessen i dette kvardagslivet. Kvardagserfaringar blir i IE forstått som grunnleggande sosiale, og derfor også berar av sosial organisering. «Det sosiale» vert dermed forstått som folks aktivitetar, og desse er koordinerte med aktivitetane til andre. Samtidig er det ikkje kvardagslivet som fenomen og objekt som er endepunktet for forskninga. Dette må heller bli forstått som eit vindauge og eit startpunkt for å studere samfunnet og det sosiale. Vi forstår også dette som eit vindauge til å analysere endringar i organisasjonar og deira omland, og det er på denne måten at IE kan vere ein fruktbar inngang til å forstå globale reformidears preging av lokale organisasjonar, og slik vere eit bidrag til vidareutvikling av nyinstitusjonell teori.

Smith vil bort frå ein sosiologi som tolkar lokale praksisar ut frå konsept og på førehand definerte omgrep. Ein bør heller ta utgangspunkt i folk sine faktiske situerte liv, og utforskinga av dessa liva og aktivitetane gjev grunnlag for å utvikle kunnskap om den institusjonelle overbygninga og korleis handling er samankopla og fungerer. Ein freistar såleis å utforske korleis dei daglege aktivitetane til folk er innvovne i sosiale relasjonar som er koordinerte på bestemte måtar. Vi hevdar at dette metodologiske standpunktet har implikasjonar for studiet av organisasjonsidears omforming og spreining til konkrete organisasjonar. Institusjonsetnografar vil starte i den lokale, observerbare kvardagsverda, anten det er innanfor eller på utsida av ein organisatorisk kontekst. Dei vil ta utgangspunkt i dei lokale praksisane, heller enn å operasjonalisere konsept, leiingsidear eller organisasjonsopp-skrifter. Ved å ta utgangspunkt i *faktiske* gjeremål kan ein utforske det som Smith kallar kvardagslivets problematikk: «[A] Problematic [...] begins in the actualities of people's lives with a focus of investigation that comes from

how they participate in or are hooked up into institutional relations» (Smith 2005:227). Smith argumenterer for at forskningstema og problemstillinger skal ta utgangspunkt i dei erfaringane som folk opplever, og bruke dette som eit høve til å utforske institusjonelle praksisar og korleis desse heng saman med handlingskjeder som kan lokaliserast til makrostruktur. IE brukar difor det lokale og spesifikke som utgangspunktet for analyser av institusjonelle forhold. Det institusjonelle og strukturelle, til dømes synleggjort gjennom organisasjonskonsept, kjem inn i analysane gjennom identifikasjon i folks kvardags erfaringar.

Eit døme på dette finn vi hjå Rebecca Lund (2012), som har utført ein institusjonell etnografi frå eit nyleg fusjonert universitet i Finland med høge ambisjonar på vegne av finske styremakters mål om å bidra til å vere ein konkurransedyktig kunnskapsnasjon. Lund blei interessert i å utforske konstruksjonen av ideal-akademikaren, blant anna synleggjort gjennom kravet om å publisere i «kvalitetstidsskrift», og korleis denne diskursen verkar inn i kvardagsrøynda til folk som arbeidar i akademien. Ho tok utgangspunkt i ståstaden til kvinnelege akademikarar. Ideal og standardar i akademien er vanskeleg å leve opp til for både kvinner og menn, skriv ho, men det kan vere vanskeleg for ulike folk på ulike måtar. Suksessfaktorar kan vere knytte til spesifikke lokale kulturelle settingar. Vidare vil ulike individuelle ståstadar synleggjere ulikheiter i kvinners materielle posisjon, dugleik med omsyn til å tale det «institusjonelle språket» og å innfri gjeldande krav og forventningar (Lund 2012:219). Lund fann ulike problematikkar knytte til å vere (kvinneleg) akademikar og ideala ein skulle leve opp til. Ho tok særleg utgangspunkt i standpunktet til akademikarar som var ugunstig stilte til å leve opp til ideal-akademikar-diskursen med omsyn til at dei hadde stor undervisningsbyrde og/eller stor omsorgsbyrde i heimen, og ho viser korleis kvinnene arbeider for å balansere ulike typar aktivitetar knytte til akademien og morsrolla.

### **STYRANDE RELASJONAR OG TRANSLOKAL KOORDINERING: UTFORSKING AV DET INSTITUSJONELLE**

Sjølv om den institusjonelle etnografien tek utgangspunkt i problematikkar, representerer altså ikkje tradisjonen ein deskriptiv empirisme. Institusjonell etnografi har som mål å utvikle kart over styringsrelasjonar som påverkar folks liv. Kartmetaforen er meint å rette merksemda mot at det er folks erfaringar og møte med det institusjonelle, og korleis desse relasjonane er koordinerte, som er utgangspunktet og som skal kartleggjast:

The work of the sociologist is to discover these relations and to map them so that people can begin to see how their own lives and work are hooked into the lives and work of others in relations to which most of us are not aware (Smith 2002:18).



Utgangspunktet til Smith er at faktisk kvardagsleg arbeid blir koordinert translokalt gjennom styrande relasjonar:

The concept of ruling relations directs attention to the distinctive translocal forms of social organization and social relations mediated by texts. [...] They are objectified forms of consciousness [...] constituted externally to particular people (Smith 2005:227).

Med denne utsegna freistar Smith å handtere eit av samfunnsvitskapens grunnproblem, nemleg forholdet mellom struktur og aktør. Meir konkret viser det translokale til «de institusjonelle, upersonlige og abstraherte strukturene som er tilstedeværende og koordinerer og strukturerer den lokale konteksten i hverdagslivet» (Lundberg 2012:82). Aktivitetar på det lokale, observerbare nivået er med andre ord samtidig strukturert av det translokale. Styringsrelasjonar er eit sentralt omgrep knytt til dette. Styringsrelasjonar er nettverk av sosiale relasjonar som gjerne blir formidla gjennom tekst, og som knyter menneske saman på tvers av tid og stad. Styringsrelasjonar er difor noko som organiserer livet og arbeidet vårt. Det er også i styringsrelasjonar at institusjonsomgrepet til Smith kjem til syne. Smith forstår institusjonar som nettverk av styrande relasjonar som er organiserte rundt funksjonar, som til dømes helse og juss (Smith 2005:225). Inkludert i institusjonsomgrepet er også ideologi, tankesett og perspektiv:

I use the terms «institutional» and «institution» to identify a complex of relations forming part of the ruling apparatus, organized around a distinctive function – education, health care, law, and the like. In contrast to such concepts as bureaucracy, «institution» does not identify a determinate form of social organization, but rather the intersection and coordination of more than one relational mode of the ruling apparatus [...] We might imagine institutions as nodes or knots in the relations of the ruling apparatus to class, coordinating multiple strands of action into a functional complex (Smith 1987:160).

Smiths forståing av institusjonar som tankesett og perspektiv har likskapstrekk med nyinstitusjonalismens institusjonsomgrep som igjen har klare referansar til Berger og Luckman (1967). Institusjonar blir i båe perspektiva forstått som sosiale konstruksjonar, der det kulturelle og kognitive er sentralt. Institusjonar er i institusjonell teori definert som opne system, sterkt influerte av sosialt betinga og konstruerte verdisystem.

Institutional theory emphasizes that organizations are open systems – strongly influenced by their environments – but that it is not only competitive and efficiency-based forces that are at work. Socially constructed belief

and rule systems exercise enormous control over organizations both how they are structured and how they carry out their work (Scott 2003:120).

Denne institusjonsforståinga har affinitetar med Smiths perspektiv. Sjølv om styringsrelasjonar er sentrale element i IEs institusjonsforståing, legg også Smith vekt på institusjonar som tanke-system og perspektiv. Dette viser at det er klare møtepunkt mellom dei to perspektiva som artikkelen kastar lys over, og det opnar vidare for å diskutere korleis IE kan inspirere nyinstitusjonelle analysar.

Som tidlegare antyda avgrensar ikkje IE seg til å skildre individuelle aktørars aktivitetar og erfaringar, *eller* reduserer det til eit system eller struktur. Det sosiale kjem inn som korleis folks aktivitetar og praksisar er koordinerte. Det er også ein eksplisitt ambisjon i institusjonell etnografi at kartlegginga av styringsrelasjonar og det translokale skal bidra til å klargjere dette for dei som er underlagt styringsrelasjonane.

Den etnografiske studien av det translokale skjer ofte gjennom analysar av tekst. Smith kallar tekstar for reproduserbart informasjonsmateriell. Dette kan for eksempel vere trykt skrift, figurar, teknologi og bilete i ulike former. Slike tekstar verkar regulerande for praksis, og blir sentrale for å forklare korleis sett av styringsrelasjonar grip inn i folks kvardag. Krefter som ikkje er direkte synlege og romleg til stades i kvardagen, blir nærverande gjennom tekstleg mediering (Gustavsson 2011:212). Tekstar er altså medierande mellom folk og samfunnsfæren. Tekst er til stades her-og-no, men er samtidig translokal. Teksten kan difor lesast i mange ulike samanhengar, av forskjellige folk og til forskjellige tider, men fordi tekstar er translokale, kan dei også produsere stabile institusjonar som kan koordinere lokal handling. Tekstar verkar som koordinerande og standardiserande verkty, til dømes for organisasjonar.

Mykje av kritikken mot kvalitative studiar er ofte at desse avgrensar seg til å seie noko om det observerbare og det avgrensa substansfeltet som blir studert. Her forsøker IE å sjå utover det observerbare gjennom å fokusere på den koordinerande funksjonen tekstar har. Det ligg ein subtilitet i IE på dette punktet: Individ og handlingar er unike og lokalt situerte, og folk forstår og fortolkar ting på ulikt vis. Men institusjonane dei samhandlar med og/eller handlar innanfor, generaliserer og objektiviserer praksis gjennom språk, tekst og standardiserande verktoy, som overkøyser folks eigne perspektiv (t.d. Luken og Vaughan 2006:301). Ein «individuell handlingsplan» i eit arbeidsmarknadsprogram vil til dømes vere innretta gjennom rubrikkar og omgrep som klientar må skildre seg sjølv gjennom, og eventuelle funksjonærar som skal hjelpe klienten å fylle ut skjemaet, vil gjere denne jobben med basis i retningslinene for denne heller enn med basis i verkelege eller uttalte behov som klienten har. Slik illustrerer dei «individuelle handlingsplanane» ein standardiseringsteknologi, representert gjennom tekst – og denne repre-

senterer ein styringsrelasjon mellom klient og system. Denne type prosedyrar underordnar folks erfaringar til det institusjonelle, ved at institusjonell handling vert utøvd lokalt.

I studien til Lund (2012), som vi introduserte ovanfor, entra dei abstraherte strukturane analysen av kvardagslivet gjennom identifiseringa av ideal-akademikar-diskursen. Lund var sjølv tilsett som doktorgradsstipendiat ved universitetet som studiet hennar tok utgangspunkt i, og ho blei møtt med denne diskursen allereie første arbeidsdag på eit introduksjonsmøte til nye doktorkandidatar. I intervju med akademikarar identifiserte ho publisering i såkalla kvalitetstidsskrift som det som blei oppfatta som eit sentralt kriterium for å innfri som ideal-akademikar. Kvalitet blei målt gjennom «impact-factor» til ulike tidsskrift. Lund (2012:222) stadfesta relevansen av slike kvalitetsmål ved å identifisere spesifikke kartleggingsskjema retta mot dei vitenskaplege tilsette og dei personlege prestasjonane med omsyn til vedtekne ambisjonar om å vere ein leiande kunnskapsinstitusjon. Vidare viser Lund korleis ideal-akademikar-diskursen blir fronta og aktivert gjennom reformprosessar ved universitetet og gjennom styringa av det nye universitetet. Ho viser til måling av prestasjonane til dei tilsette (bl.a. publisering i tidsskrift med høg «impact-factor»), så vel prioritering av prosjekt frå tilsette med god posisjonering med omsyn til desse måla. Slik viser Lund (2012) ei handlingskjede mellom problematikkar til dei utforska og balanseringa deira mellom ulike oppgåver, via universitetsstrategiar for å stige på rankingar, til OECDs anbefalingar om høgare utdannings status i OECD-landas «global competitive strategy» (Lund 2012:224). Slik blir OECDs strategi identifisert som ein styringsrelasjon i den lokale konteksten som Lund starta studien sin i.

I motsetnad til konvensjonelle spreingsanalysar startar ikkje studien til Lund med bestemte konsept eller diskursar (som t.d. «excellence»-diskursen), men slike diskursar blir oppdaga i «kvardagslivets problematikk» på det lokale nivået, som interessante trådar å forfølge. I utforskinga av den konkrete handlingskjeda som Lund skildrar, synleggjer ho relevansen av ei rekkje tekster, og desse fungerer ofte som standardiserande mediatorar av ein bestemt ideologi. Gjennom rankingsystema som har vokse fram i universiteta, vert kvalitet generalisert gjennom bestemte kvalitetsmål under dekke av å vere nøytrale, objektive og universelle, men som i røynda er skeive og som skjuler eit partikulært standpunkt som systematisk favoriserer bestemte format, metodar, teoriar, språk (engelsk) og akademiske tradisjonar (Lund 2012:225).

Tekst har aukande betydning i vestlege samfunn i post-æraen, ifølgje Smith. Tekst blir difor eit epistemologisk vindauge til å utforske styringsrelasjonar, og det blir grunnlaget for abstraksjonar. Slik kan det skape eit fundament for å forstå korleis lokalt liv og arbeid er vove inn i globale struk-

turar. Disse strukturane er vidare haldt oppe og forma av aktivitetar som vi utfører (Widerberg 2007). Tekstar blir i aukande grad brukt som eit standardiserande middel, og globalisering har ført til at livet til folk er «infiltrert av tekst» (ibid.:25). Tekst og tekstmediering er altså sentralt i IE, og Smith har sjølv omtalt institusjonell etnografi som ein undersøkingsstrategi for tekstleg mediert sosial organisering (Smith 1990). Tekst bidreg til at folk blir agentar for eigen styring, og tekstar blir også ei kopling mellom det lokale og det translokale. Smith finn difor at tekstar er særleg sentralt i dag, spesielt som administrative verkty. For IE-inspirerte forskarar er det viktig å undersøke korleis ulike tekstar er aktiverte av ulike aktorar i sosiale relasjonar. Tekst i bruk vert gjort synleg på det lokale nivået, og kan gripast gjennom etnografi og intervjudata.

Dette viser også kva relevans IE kan ha i analysar av arbeidsprosessar i organisasjonar, organisasjonstrendar og idéspreiing. Sorge og van Witteloostuijn (2004) peiker på at organisasjonsutviklinga i samtida er kjenneteikna av ein «universell management hype», og dei identifiserer ein veksande konsulentindustri som promoterer stadig nye omgrep, organisasjonskonsept og leiingsfilosofiar gjennom tekst. Denne industrien argumenterer for at det er eit permanent behov for endring i organisasjonar. Diagnosen til Sorge og van Witteloostuijn er klar: «The shelves of bookshops are piled with the next generation of management guru bestsellers for tired, bored, or frustrated managers hungry for vision and cookbook recipes» (ibid.:1207). Som vist i presentasjonen over har IE eit metodologisk rammeverk for å gripe organisasjonsidears innverknad lokalt i konkrete organisasjonar, og slik hjelpe til med utforskinga av koplingane mellom det lokale og det translokale.

## TEORI OG STYRINGSRELASJONAR

DeVault og McCoy (2006) drøftar potensialet for teoriutvikling innanfor institusjonell etnografi. Dei skriv at målet til Smith ikkje har vore å bygge teori, men heller å fokusere på «what actually happens» (DeVault og McCoy 2006:43). Heller enn å sitte på ekspertkunnskapen sjølv (og å abstrahere dei sosiale relasjonane utifrå det) har mange IE-inspirerte forskarar ein ambisjon om å utvide forståinga til folk som er underlagt (og tek del i) styringsrelasjonane.

IE-studiar som analyserer «what actually happens», kan sjølv sagt også resultere i teoribygging. Samtidig blir teori ofte forstått som ein del av styringsrelasjonane i samfunnet. For å unngå sjølv å bidra til slike styringsrelasjonar vil Smith ha ei reorientering der ein i staden for å bygge teori søker å gjere eksplisitt korleis teoretiske kategoriar verkar i tandem med institusjonelle prosessar for slik å regulere aktivitetar i lokale situasjonar og praksisar (Smith 2006:44). Heller ikkje organisasjonskonsept kan operasjo-

naliserast og «låsast inne» tidleg i analysane – dette må vere eit produkt av etnografiske undersøkingar i organisasjonane. Ein må utforske korleis sosial organisering fungerer slik folk opplever det. Berre slik kan forskaren forstå perspektivet til dei som blir styrte. Implikasjonen av dette for den skandinaviske nyinstitusjonalismen er interessant. Fokuset denne tradisjonen ofte har på spesifikke konsept (t.d. serviceleiing, teambasert leiing, endringsleiing, mål- og resultatstyring, lean, (post-)NPM m.m.) bidreg også til sirkulasjonen av dei same konseptane som blir skildra. Slik kan studiane i seg sjølv bidra til styringsrelasjonane.<sup>3</sup> Ved å identifisere korleis omgrep og «teori» blir aktivert i observerbare kontekster, kan IE skjerpe blikket for korleis institusjonar blir skapt og attskapt av menneskeleg handling, slik nettopp grunnforståinga i den nyinstitusjonelle retninga er.

### AVSLUTTANDE DISKUSJON

Kva kan institusjonell etnografi bidra med i organisasjonsforskninga, i lys av den skandinaviske nyinstitusjonelle teoriens begrensningar? Dette var problemstillinga vi reiste innleiingsvis i artikkelen. I den første delen av artikkelen diskuterte vi bestemte sider ved den skandinaviske nyinstitusjonelle teorien, særleg den retninga som interesserer seg for kva som skjer når organisasjonar tek imot globale idear. Vi hevda at på tross av at denne forskings-tradisjonen har eit «lokalt fokus», er hovudbiletet at vi ikkje blir godt nok rusta med eit omgrepsapparat som er egna til å forstå aktørar og prosessar. Vi har vidare presentert sider ved institusjonell etnografi som vi meiner kan gje impulsar til løysingar på dei identifiserte utfordringane innanfor omsetjingsstudiane. Sjølv om den institusjonelle etnografien kan verke radikal andsynes skandinavisk nyinstitusjonalisme, ber IE med seg innsikter som vi meiner det er verd å lytte til. IE kan bidra til at den skandinaviske nyinstitusjonalismen brukar andre typar materiale, tolkar materialet annleis og har større sjølvrefleksjon. Meir presist knyter dette seg til korleis vi skal forstå aktørar – korleis understrekinga av kvardagslivet mogleggjer forståinga av det lokale i det translokale, og korleis tekstar verkar strukturerande. Vi avsluttar artikkelen ved å drøfte dette nærare, og gjennom det svare på artikkelens problemstilling.

Som diskutert blir delar av den skandinaviske nyinstitusjonalismen kritisert for å gjere konsept, idear og oppskrifter til subjektet i analysane, heller enn dei faktiske aktørane og aktivitetane som desse ideane verkar på og gjennom. Kritikken er også retta mot at organisasjonar i for stor grad tenderer til å bli forstått som einskaplege aktørar. Fleire har difor slått til lyd for å få aktøren tilbake i analysane. Ved hjelp av aktør-nettverksteori har skandinaviske omsetjingsstudiar forsøkt å gje aktørane ein meir sjølvstendig status. Spørsmålet er kor fruktbart dette er. ANTs aktøromgrep kan

kritiserast for å vere ein teoretisk-analytisk konstruksjon, der «aktantar» er både menneske, objekt og idear. IE tilbyr eit alternativ til dette. Her blir aktøren – menneske i kjøt og blod – sett i sentrum. Samstundes er det ikkje desse aktørane handling i seg sjølv som blir analysert, men den institusjonelle handlinga – styringsrelasjonane – og korleis desse verkar på det lokale nivået der aktørane – menneska – oppheld seg. Perspektivet opnar difor for i stor grad å forstå handlingskjedene mellom idear/konsept og organisatorisk praksis, og korleis handlingane til folk er innvovne i handlingane til andre. Ambisjonane i konkrete IE-studier er å «følge ein tråd» og å utforske ein avgrensa flik av det institusjonelle komplekset.

IE har ein gjennomtenkt strategi for å forstå forholdet mellom lokal handling og translokal strukturering. Dette kan også vere eit innspel til omsetjingsstudiane grep om forholdet mellom globale idear/konsept og lokale praksisar. Samfunnsvitskapane har teke inn over seg internasjonalisering og spreining av globale konsept. Dette gjeld også institusjonsteorien, men kanskje er det her eit behov for å sjå dette på nye måtar. Som vi har diskutert, og illustrert med døme, startar den institusjonelle etnografens analysar med å stille spørsmål ved aktualitetar og problematikkar i folks liv. Ein tek ikkje til med å studere definerte (globale) konsept eller idear. Ved å nøste i problematikkane vert likevel det lokale nivået kopla til «det sosiale» og styringsrelasjonar. IE er etnografisk i tydinga at sosiale aktørar og prosessar blir studerte innanfor den kulturelle konteksten som aktøren og prosessen inngår i. Dette etnografiske materialet er utgangspunktet for å undersøkje institusjonelle og abstraherte strukturar som koordinerer denne lokale konteksten i kvardagslivet til aktørane. Observerte aktivitetar, handlingar og prosessar er nettopp strukturert av det translokale. Vi meiner difor at IE kan inspirere skandinavisk nyinstitusjonalisme til å skildre omsetjingsprosessar på ein meir detaljert måte. Dette skjer ved å analysere korleis nye konsept grip inn i konkret (arbeids)liv.

Tekstar spelar ei viktig rolle i måten IE freistar å skride over «gapet» mellom det lokale og det translokale. Aktørar og handlingar er situert lokalt, men dei institusjonane som aktørane samhandlar med, objektiviserer praksis gjennom tekstar. Dette blir i IE også forstått som ein rein empirisk observasjon, ved at tekstar spelar ei stadig viktigare rolle i liva våre. Tekstar blir difor ein inngang til å forstå korleis lokale aktørar er vovne inn i globale strukturar, og konkrete tekstar som koordinerer styringsrelasjonar må identifiserast i den einskilde studie. Dersom den skandinaviske nyinstitusjonelle retninga let seg inspirere av dette, vil ein også kunne opne for i større grad å integrere spørsmål om makt i analysane.

Å nytte innsikter frå institusjonell etnografi i organisasjonsanalysar vil også utvide nedslagsområdet til IE i samfunnsfaga. Tradisjonelt har mykje forskning inspirert av IE hatt utval frå kvinner og underordna og/eller underpri-

vilegerte grupper som objekt for utforskinga av det institusjonelle. Etter vårt syn kan IE langt på veg bidra til å synleggjere og kritisk drøfte korleis styrande relasjonar verkar på arbeidet i organisasjonar i samtida, slik studien til Lund (2012) er eit godt døme på. Ein studie av «management-litteraturens» innverknad på organisasjonar kunne til dømes ta utgangspunkt i kvardagsverda til nokre av dei «slitne, trøtte og frustrerte» organisasjonsleiarane som denne litteraturen ifølgje Sorge og van Witteloostuijn (2004) vender seg til for oppskrifter på leiingsfilosofi, styring og det suksessfulle livet. Ein slik studie vil kunne dra nytte av den nyinstitusjonelle ideen om spreining, men i staden for å handsame det diskursive arsenal til management-litteraturen som startpunktet for analysane vil ein med IE som inngang utnytte aktørnivået for å utforske organisasjonsidear som styrande relasjonar. I ein slik studie kan IE hjelpe til med å utvikle kunnskap og metodar for å avdekke korleis organisasjonsidear, -konsept og -trendar verkar gjennom tekstar. Dette skjer ikkje minst gjennom IEs understreking av å vise korleis det lokale blir knytt til det translokale. Ved å analysere koplingane mellom lokale kontekstar og translokale strukturar kan ein komme på sporet av korleis «samfunnet vårt virker» (jf. Widerberg 2007). I dette ligg også kimen til at IE kan bidra til at ein forstår dei prosessane delar av den skandinaviske nyinstitusjonalismen paradoksalt nok har skuggelagt – nemleg mottaksfasa av idears livssyklus. Ved å trekkje inn perspektiv frå den institusjonelle etnografien vil skandinavisk nyinstitusjonalisme også kunne vende tilbake til utgangspunktet for retninga, nemleg spørsmålet om handling og «agency» i organisasjonar.

## NOTER

- 1 Omgrepet «konsept» står sentralt i litteraturen om implementering av idear. Innanfor den nyinstitusjonelle tradisjonen blir «konsept» forstått som eit slags immaterielt objekt og ei organisasjonsoppskrift: «Et konsept tar utgangspunkt i en bestemt måte å tenke om verden på, forankret i normer, verdier, idealer osv.» (Nilsen 2007:65). Innebygd i mykje av litteraturen som brukar konseptomgrepet, er det ei forståing der konsept er «globale» og spreiar seg hurtig over heile verda (sjå t.d. Lillrank 1995 og Røvik 1998).
- 2 Prosessen der konsept og idear på reise går frå «laust» til «fast», blir ofte omtalt som «black-boxing.» og impliserer at noko blir etablert som sjølvsgagt, dvs. at ein ikkje lenger stiller spørsmål ved det, og at det «opptrer som årsak i diskursen» (Brekke, Høstaker og Sirnes 2003:49). Latour og Woolgar (1986) fokuserer i sin studie på korleis idear blir reinska for sosiale og historiske kontekstar; «black-boxing» inneber med andre ord ei form for de-kontekstualisering.
- 3 Smith (1999) kritiserer også organisasjonsteorien og nyinstitusjonalismen (representert gjennom Scott (1995) og Scott, Meyer mfl. (1994)) si forståing av institusjonar og institusjonalisering som kulturelle reglar. Desse reglane vil i neste omgang definere og føreskrive handling. Denne retninga, skriv ho, objektiverar aktørar og handling, utan å forankre analysane i folks erfaringar. Dei skriv «samfunnet» inn i teksten, utan å forankre analysen i data om «samfunnet». Slik blir teorien om institusjonar og institusjonalisering i Smiths auge ein konseptuell praksis som inngår i styringsrelasjonane.



## REFERANSAR

- André-Bechely, Lois (2005). *Could It Be Otherwise? Parents and the Inequities of Public School Choice*. New York: Routledge.
- Barley, Stephen R. og Kunda, Gideon (2001). Bringing Work Back In. *Organization Science*, Vol. 12, nr. 1:76–95.
- Berger, Peter L. og Luckman, Thomas (1967). *The Social Construction of Reality: A treatise in the sociology of knowledge*. London: Penguin.
- Borum, Finn og Westenholtz, Ann (1995). The incorporation of multiple institutional models: organizational field multiplicity and the role of actors. I: Scott, William Richard & Christensen, Søren (red.) *The Institutional Construction of Organizations – International and Longitudinal Studies*. Thousand Oaks, CA: Sage, s. 113–131.
- Boxenbaum, Eva og Pedersen, Jesper S. (2009). Scandinavian institutionalism – a case of institutional work. I: Lawrence, Thomas, Suddaby, Roy og Leca, Bernhard (red.) *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*. Cambridge: University Press.
- Breimo, Janne (2012). «Bundet av bistand» – En institusjonell etnografi om organisering av rehabiliteringsprosesser. Ph.D.-avhandling, Universitetet i Nordland.
- Brekke, Ole Andreas, Høstaker, Roar og Sirnes, Torvald (2003). *Dimensjonar i moderne sosialteori. Bourdieu, Habermas, Latour og Luhmann*. Oslo: Samlaget.
- Brown, Debra (2006). Working the system: Re-thinking the institutionally organized role of mothers and the reduction of «risk» in child protection work. *Social Problems*, vol. 53, nr. 3:352–370.
- Bukve, Oddbjørn (2009). Å forstå endring i organisasjonar – mot ein integrert institusjonalisme. *NEON-dagene 2009: Grenseoverskridende organisasjoner*. Kristiansand 19.–20.11.2009.
- Campbell, Marie og Gregor, Frances (2004). *Mapping Social Relations. A primer in doing institutional ethnography*. Plymouth: Altamirapress.
- Czarniawska, Barbara og Bernward, Jorges (1996). Travels of ideas. I: Czarniawska, Barbara og Sevón, Guje (red.) *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, Barbara og Sevón, Guje (red.) (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Czarniawska, Barbara og Sevón, Guje (red.) (2003). *The Northern Lights: Organization theory in Scandinavia*. Copenhagen: Copenhagen Business Press.
- Czarniawska, Barbara og Hernes, Tor (red.) (2005). *Actor-network theory and organizing*. Malmö: Lieber.
- DeVault, Marjorie L. og McCoy, Liza (2006). Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate ruling relations. I: Smith, Dorothy (red.) *Institutional Ethnography as Practice*. Laham: Rowman and Littlefield.
- DiMaggio, Paul J. og Powell, Walter W. (1991). Introduction. I: Powell, W.W. og DiMaggio, P.J. (red.) (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Eastwood, Lauren E. (2005). *The Social Organization of Policy: An institutional ethnography of UN forest deliberations*. New York: Routledge.
- Engwall, Lars (2003). On the origin of the Northern Lights. I: Czarniawska, Barbara og Sevón, Guje (red.) *The Northern Lights: Organization Theory in Scandinavia*. København: Copenhagen Business School Press, s. 395–411.
- Fries, Liv (2009). Framtiden för nyinstitutionalism och ANT: Gemensamma frågor och nyinstitutionell colonialism. *Nordiske organisasjonsstudier*, vol. 11, nr. 3:45–61.

- Grahame, Kamini Maraj (1998a). Asian Women, Job Training, and the Social Organization of Immigrant Labor Markets. *Qualitative Sociology*, 21:75–90.
- Grahame, Kamini Maraj (1998b). Feminist organizing and the politics of inclusion. *Human studies*, vol. 21:377–393.
- Greenwood, Royston, Oliver, Christine, Sahlin, Kerstin og Suddaby, Roy (2008). Introduction. I: Royston Greenwood, Christine Oliver, Kerstin Sahlin & Suddaby, Roy (red.): *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Griffith, Allison og Smith, Dorothy (2005). *Mothering for Schooling*. New York: Routledge.
- Gustavsson, Klas (2011). *Det vardagliga och det vetenskapliga. Om sociologins begrepp*. Ph.D.-dissertation, Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet, Sociologiska institutionen.
- Johansson, Roine (2009). Vid den institutionella analysens gränser: Institutionell organisationsteori i Sverige. *Nordiske organisasjonsstudier*, vol. 11, nr. 3:5–22.
- Johnson, Gerry (1998). Book Review of Translating Organizational Change. *Organization Studies* 19(3):518–522.
- Kraatz, Matthew S. (2011). Two cheers for institutional work. *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, nr. 1:59–61.
- Latour, Bruno (1987). *Science in Action*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the Social. An introduction to actor-network-theory*, Oxford: University Press.
- Latour, Bruno og Woolgar, Steven (1986). *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Lawrence, Thomas B., Suddaby, Roy og Leca, Bernard (2009) (red.). *Institutional Work: Actors and agency in institutional studies of organization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lawrence, Thomas B., Roy Suddaby og Bernard Leca (2011). Institutional work: Refocusing institutional studies of organization. *Journal of Management Inquiry*, vol. 20, nr. 1:52–58.
- Lillrank, Paul (1995). The transfer of management innovations from Japan. *Organization Studies*, 16(6):971–989.
- Lindberg, Kajsa og Erlingsdottir, Gudbjörg (2003). Översättning – från idé till handling till idé. *17th Scandinavian Academy of Management (NFF)*, Reykjavik.
- Livingstone, D.W., Smith, Dorothy og Smith, Warren (2011). *Manufacturing Meltdown: Reshaping steel work*. Nova Scotia: Fernwood publishing co Ltd.
- Luken, Paul og Vaughan, Suzanne (2006). Standardizing childrearing through housing. *Social problems*, vol. 53, nr. 3:299–231.
- Lund, Rebecca (2012). Publishing to become an «ideal academic»: An institutional ethnography and a feminist critique. *Scandinavian Journal of Management*, vol. 28:218–228.
- Lundberg, Kjetil G. (2012). *Uforutsigbare relasjoner. Brukererfaringer, Nav-reformen og levd liv*. Ph.D.-avhandling, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Lundberg, Kjetil G. og Liv Johanne Syltevik (2013). Brukererfaringer med Nav i reformperioden: Kompleks organisasjon, bakkebyråkrati og ustabile relasjoner. *Fontene Forskning*, nr. 2:19–30.
- Lægreid, Per (2007). Organization theory – the Scandinavian way. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 9(1):77–82.
- McCoy, Liza (1998). Producing ‘What the Deans Know’: Cost Accounting and the Restructuring of Post-Secondary Education. *Human Studies*, 21:395–418.
- McKenley, William (2007). The March of History: Juxtaposing Histories. *Organization Studies*, 28, Issue1:31–36.

- Morris, Timothy og Lancaster, Zoë (2006). Translating Management Ideas. *Organization Studies*, 27(2), s. 207–233.
- Nielsen, Jeppe Agger og Borup Jacobsen, Sarah (2012). Besnærende teknologi. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 14(2):3–26.
- Nilsen, Elin Anita (2007). Oversettelsens mikroprosesser. Om å forstå møtet mellom en global idé og lokal praksis som dekontekstualisering, kontekstualisering og nettverksbygging. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø.
- Nilsen, Elin Anita (2008). Status om nyinstitusjonelle tilnærminger til studier av organisasjonsideers livssyklus: styrker, svakheter og fremtidige løsninger. *NEONdagene 2008: Nordlys over norsk organisasjonsforskning*. Tromsø, 26.–27. November 2008.
- Olsvold, Nina (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Ph.D.-avhandling, Institutt for helse- og samfunn, Universitetet i Oslo.
- O'Neill, Brian (1998). Institutional ethnography: Studying institutions from the margins. *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 25, nr. 44:127–144.
- Parada, Henry (2002). The Restructuring of the Child Welfare System in Ontario: A Study in the Social Organization of Knowledge. Ph.D.-dissertation University of Toronto.
- Rankin, Janet (2001). Texts in Action: How Nurses are Doing the Fiscal Work of Health Care Reform. *Studies in Cultures, Organizations, and Societies*, 7:251–67.
- Rankin, Janet og Campbell, Marie (2006). *Managing to Nurse: Inside Canada's health care reform*. Toronto: University of Toronto press.
- Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sahlin-Andersson, Kerstin og Lars Engwall (2002). *The Expansion of Management Knowledge*. Stanford, CA: Stanford Business Books.
- Scheuer, John Damm (2003). *Patientforløb i praksis – en analyse af en idées oversættelse i mødet med praksis*. Ph.D.-dissertation, Institut for organisation og Arbejdssociologi. København, Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet.
- Scott, Richard W. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Scott, Richard W. (2003). *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, (5. utg.), New Jersey: Prentice Hall.
- Scott, Richard W. og Meyer, John W. (mfl.) (1994). *Institutional Environments and Organizations: Structural complexity and individualism*. Thousand Oaks: Sage.
- Selznick, Phillip (1957). *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. Berkeley: University of California Press.
- Smith, Dorothy (1987). *The Everyday World as Problematic. A feminist sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- Smith, Dorothy (1990). *Texts, Facts, and Femininity: Exploring the Relations Of Ruling*. London: Routledge.
- Smith, Dorothy (1999). *Writing the Social: Critique, theory and investigations*. Toronto: University of Toronto press.
- Smith, Dorothy (2002). Institutional ethnography. I: May, Tim (red.) *Qualitative research in Action*. London: Sage.
- Smith, Dorothy (2005). *Institutional ethnography. A sociology for people*. Oxford: AltaMira Press, Rowman & Littlefield Publishers.
- Smith, Dorothy (red.) (2006). *Institutional Ethnography as Practice*. Laham: Rowman and Littlefield.

- Sorge, Arndt og van Witteloostuijn, Arjen W. (2004). The (Non)sense of Organizational Change: An Essai about Universal Management Hypes, Sick Consultancy Metaphors, and Healthy Organizational Theories. I: *Organization Studies*, 25 (7):1205–1231.
- Swift, Karen og Callahan, Marilyn (2009). *At Risk: Social justice in child welfare and other human services*. Toronto: University of Toronto press.
- Syltevik, Liv Johanne (1993). Å ta de utforskede perspektiv. *Sosiologisk tidsskrift*, vol. 1, nr. 1:51–68.
- Syltevik, Liv Johanne (1997). *Fra relasjonelt til individualisert alenemoderskap: En studie av alenemødre som mødre, lønnsarbeidere og klienter i velferdsstaten*. Bergen: Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Taber, Nancy (2010). Institutional ethnography, autoethnography and narrative: an argument for incorporating multiple methodologies. *Qualitative research*, vol. 10, No. 1:5–25.
- Townsend, Elisabeth (1997). *Good intentions overruled: A critique of empowerment in the routine organization of mental health services*. Toronto: University of Toronto press.
- Turner, Susan (2001). Texts and the Institutions of Municipal Planning Government: The Power of Texts in the Public Process of Land Development. *Studies in Cultures, Organizations, and Societies*, 7:297–325.
- Widerberg, Karin (2007). Institusjonell etnografi – en ny mulighet for kvalitativ forskning? *Sosiologi i dag*, 2007 (2) Vol 37:7–28.
- Willmott, Hugh (2011). «Institutional work» for what? Problems and prospects of Institutional theory. *Journal of management inquiry*, vol. 20, nr. 1:67–72.

## SAMANDRAG

Utgangspunktet for denne artikkelen er den dominerande posisjonen til den nyinstitusjonelle teorien i organisasjonsforskninga. Teorien har mellom anna bidrege til å forstå symbolske og kulturelle aspekt ved organisasjonar og deira omgjevnader, og korleis idear og konsept blir spreidde og omsette. Samtidig har teorien blitt kritisert for å ha dårleg grep om aktørar, makt, og praksissida av idéspreiing. I lys av nyinstitusjonell teori presenterer vi institusjonell etnografi (IE). Vi diskuterer korleis IE kan gje impulsar til betre å forstå kva som skjer i samtidas organisasjonar når desse er gjenstand for endring. Særleg drøftar vi moglegheitene for at IE kan bidra til å gripe den nyinstitusjonelle ideen om organisasjonsidears spreieing gjennom ein gjennomtenkt metodologi som utnyttar aktørnivået til å utforske organisasjonsidear som styrande relasjonar.

## ABSTRACT

At the core of this article is neo-institutional theory's dominance in contemporary organizational research. This theory has, among other things, contributed to the understanding of symbolic and cultural aspects of organizations and their surroundings, and how ideas and concepts travel and translate. At the same time, the theory has been criticized for having unclear concepts of actors and power, and that practical aspects of how ideas travel is under-theorized. As a possible inspiration for neo-institutional theory, we

present institutional ethnography (IE). We argue that IE can give impulses to a deeper understanding of processes of change within contemporary organizations. In particular, we discuss how IE can provide an alternative to the neo-institutional concepts of travel and translation. This is done through a rich conceptual methodology where the level of actors is utilized in order to understand organizational ideas as part of the ruling relations.

### FORFATTARINFORMASJON

*Kjetil G. Lundberg* har doktorgrad i sosiologi frå Universitetet i Bergen (2012), med ei avhandling om brukarrøynsler i NAV med utgangspunkt i ein stor reformkontekst. Lundberg er forskar 2 v/Uni Rokkansenteret, har særleg kompetanse innan velferdsforskning, og arbeider for tida med forskingsprosjekt relatert til samhandlingsreforma, helse- og omsorgstenester for eldre, samt arbeidsmigrasjon.

Uni Rokkansenteret  
Nygårdsgt. 5  
5015 Bergen  
E-post: [kjetil.lundberg@uni.no](mailto:kjetil.lundberg@uni.no)

*Hogne Lerøy Sataøen* har doktorgrad i sosiologi frå Universitetet i Bergen (2011), med ei avhandling om kommunikasjonsarbeid i norske sjukehus. Sataøen har jobba som forskar ved Uni Rokkansenteret, og er no postdoktor ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitskap, UiB. Forskingsinteressene hans handlar om endring og reform i offentlege organisasjonar innan sektorar som helse, utdanning og energi.

Universitetet i Bergen  
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitskap  
Christiesgt. 17  
5007 Bergen  
E-post: [Hogne.Sataoen@uni.no](mailto:Hogne.Sataoen@uni.no)

# Akkreditering i sundhedsorganisationer – effekter på struktur, proces og outcome



Accreditation in health-care organisations – effects on structure, process, and outcome

ERIK RIISKJÆR, LINDA SCHUMANN SCHEEL OG VIOLA BURAU

**Nøgleord:** Akkreditering, effekt, programteori, virkningsmekanismer, motivation, institutionel teori

**Keywords:** Accreditation, effect, program theory, mechanisms, motivation, institutional theory

## INDLEDNING

Et stigende antal fejl på hospitalerne har kaldt på en reaktion fra sundhedsmyndighederne, og i mange lande har svaret været at indføre akkrediteringsprogrammer. Ikke mindre end 70 lande anvender i dag akkrediteringsprogrammer på sundhedsområdet (Greenfield og Braithwaite 2009). Akkreditering er rettet mod både hospitaler, praksissektoren, apoteker og kommunale plejehjem. Spørgsmålet er blot om akkreditering er det rette organisatoriske svar i forhold til hospitalernes problemstillinger?

Der findes flere review om, hvorvidt akkreditering virker, men de har forskellige konklusioner. Cochrane-Instituttet konkluderer fx, at der ikke er randomiserede studier nok til at konkludere noget (Flodgren mfl. 2011). I modsætning hertil konkluderer Alkhenizan og Shaw (2011), at der er beviser på, at akkreditering virker. Herimellem ligger Greenfield og Braithwaite (2008a), som viser blandede resultater, alt efter hvilket akkrediteringstema der fokuseres på.

Vores ambition med denne artikel er at bidrage til forståelsen af akkrediteringsprocessens programteori (Rogers 2008). Vi søger efter studier, der i bred organisatorisk forstand behandler organisatoriske mekanismer, som

initieres af akkreditering, idet vi samtidig er opmærksomme på kontekstforhold, der henholdsvis fremmer og hæmmer tilsigtede positive effekter af akkreditering. Artiklen tager udgangspunkt i den danske akkrediteringsmodel, men trækker mest på internationale erfaringer med akkreditering.

I Norden er det på landsplan kun Danmark, der anvender akkreditering på hospitalsområdet, hvor sygehusejerne i 2001 besluttede at danske sygehuse skulle akkrediteres (Nordisk Ministerråd 2007). Det skete på baggrund af en rapport om internationale akkrediteringserfaringer (Frölich mfl. 2000). Det var en forsigtig rapport, som på baggrund af en litteraturgennemgang pegede på, at der ikke forelå dokumentation for positiv virkning. Indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skete da også først i 2009 efter flere udsættelser (IKAS 2009; Hundborg 2009). Ved lanceringen af DDKM var den danske akkrediteringsinstitution, IKAS, ikke tilsvarende beskeden: *»der er tale om en beslutning, som over tid forventes at få store positive konsekvenser for såvel patienter som sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen«* (IKAS, 2009:3).

Første akkrediteringsrunde blev afsluttet i efteråret 2011, hvor alle offentlige danske hospitaler, blev akkrediteret. Hvad dette har betydet for de danske hospitalers praksis, er der ingen, der ved. Til gengæld har der været livlig debat om virkningen i fag- og dagspressen (Mainz, Jensen og Poulsen 2011; Plessen og Ørskov 2011; Munch 2011). Debatten har ikke mindst drejet sig om, hvorvidt der er evidens for akkreditering (Kristensen 2011; Poulsen Götke og Jensen 2013).

## TEORI

Akkreditering er defineret som »kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder« (begrebsbasen.sst.dk). Bag denne generiske beskrivelse ligger rige muligheder for at variere den praktiske udformning af akkrediterings-systemer, fx ved antallet af standarder, ved frivillighed eller tvang, ved betoning af proces eller outcome, ved heltids- eller deltidssurveyors, ved graden af offentlighed og ved graden af patientinddragelse (Scrivens 1996).

Når akkrediterings virkningsmekanismer skal belyses, er der brug for at opstille en programteori. Altså en logisk model, der kan tjene som grundlag for evaluering, herunder hvordan akkreditering virker i forhold til opstillede mål (Rogers 2008).

Det officielle formål med DDKM er, at modellen skal »fremme kvaliteten af patientforløb, fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet og synliggøre dette«. I DDKM hedder det videre: »Det er kendetegnende ved DDKM, at der ikke alene er fokus på kvaliteten i sundhedsydelserne, men også fokus på de processer og strukturer, der



understøtter patientbehandlingen« (IKAS 2012: 8). Akkrediteringens overordnede programteori synes således at være todelt. For det første bygger den på, at akkreditering har fokus på struktur, proces og outcome, og for det andet, at der er en sammenhæng mellem de tre dele, der beskrives ved kvalitetscirklen: plan–do–control–act (PDSA) (IKAS 2009: 11). Se tabell 1.

Tabell 1. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og kvalitetscirklen

DDKM bygger på den grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling, som tager udgangspunkt i kvalitetscirklen. Nedenfor vises kvalitetscirklen, også kaldet PDSA-cirklen, der indeholder 4 trin:

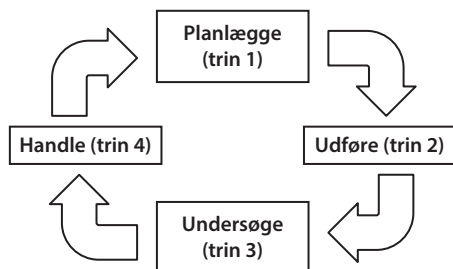
**Planlægge** (»Plan«), som i DDKM betyder, at der i institutionen skal foreligge retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås (vurderes med indikatorerne på trin 1).

**Udføre** (»Do«), som betyder, at institutionen skal sikre implementeringen af de retningsgivende dokumenter (vurderes med indikatorerne på trin 2).

**Undersøge** (»Study«), som betyder, at institutionen skal overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer samt de leverede ydelser (vurderes med indikatorerne på trin 3).

**Handle** (»Act«), som betyder, at institutionen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist (vurderes med indikatorerne på trin 4).

Kvalitetsudvikling er en læringsproces, og kvalitetscirklen er en del af dagligdagens redskaber i kvalitetsudvikling i den enkelte institution. DDKM skal understøtte, at kvaliteten i alle institutionens ydelser systematisk udvikles efter principperne i kvalitetscirklen.



Kilde: IKAS, 2009

Med andre ord kan DDKM's formelle programteori udledes til at være: ved at formulere standarder og ved at fastlægge en akkrediteringsproces for hele sundhedsvæsenet vil man ved tilbagevendende lokale gennemløb af PDSA-cirklen skabe sammenhængende patientforløb af ensartet høj kvalitet i det samlede sundhedsvæsen.

Programteoriens tre begreber, struktur, proces og outcome, går tilbage til Donabedian (1966). Det er en sondring, som i årevis har været brugt som grundlag for kvalitetsarbejde i sundhedssektoren. Med *struktur* menes stabile forhold i organisationen, fx regler og formelle beslutninger. Med *proces* menes handlinger og aktiviteter, der udfolder sig over tid. Med *outcome* menes det, der kommer ud af processerne. Det kan fx være målopfyldelse i forhold til kvalitetsstandarder, såsom patienttilfredshed eller mortalitet. Derimod diskuteres det ikke nærmere, hvad det er, der kan skabe kvalitet, og hvilken organisationsforståelse der ligger bag modellen.

DDKM's formelle programteori er en enkel programteori, der hviler på et rationelt perspektiv på organisation. Når der har været diskussioner om virkningen af akkreditering, afspejler det, at akkreditering i praksis må ses som en både kompleks og kompliceret intervention i et komplekst og kompliceret organisatorisk system (Rodgers 2008).

Lidt forsimplet kan man sige, at vi har set en tilsvarende teoretisk paradigmatisk udvikling i det organisationsteoretiske perspektiv fra *scientific management* (Taylor), over *human relations*, over *contingency teori* (Mintzberg 1983) og senest til *den institutionelle organisationsteori* (Scott og Davis 2007). Human relation-paradigmet satte et fokus på motivation og ledelse, contingency-paradigmet satte fokus på, at organisationer skal organiseres forskelligt i henhold til gældende omgivelseskrav, og den institutionelle teori satte fokus på betydningen af legitimitet og på, at regler ikke kan forklare praksis alene. Den institutionelle organisationsteoris strukturbegreb adskiller sig således væsentligt fra både Donabedians og Taylors begreb ved, at struktur og proces er vanskelige at adskille, og ved, at strukturbegrebet også må have fokus på normer og værdier (Scott 2008). Organisationer ses således i dag som komplicerede adaptive systemer, som kan påvirkes på mange måder, der ligger ud over påvirkning via standarder, fx ved at arbejde direkte med kultur og normer (Schein 1994).

I den institutionelle organisationsteori ses praksis som resultatet af oversættelser af udefrakommende ideer (Sahlin & Wedlin 2008; Czarniawska & Joerges 1996; Oliver 1991). De italesættes, de kobles eventuelt sammen med ny teknologi og »oversættes« i kamp med konkurrerende logikker. Den akkreditering, vi kender i dag, har således været formet af institutionelle logikker og givne magtforhold på sundhedsområdet. Der er således al mulig grund til at vente, at indførelse af akkreditering vil vise langt mere nuancerede effekter og virkninger end det, der ligger i den officielle programteori, herunder ikke mindst forekomst af emergente fænomener på grund af høj grad af organisatorisk kompleksitet på hospitalerne (Rodgers 2008; Dannemark 2002).

Scott (2004) har med et åbent institutionelt organisationsteoretisk udgangspunkt argumenteret for tre forskellige aktive og konkurrerende

logikker på sundhedsområdet. Megen indflydelse ses at være gået fra den professionelle logik over den politisk administrative logik til markedslogikken. Disse værdimæssige kontekstændringer har præget sygehusfeltets styringsformer. Konkret kan disse udviklinger relateres til tre teoretiske modeller for akkreditering.

Tabel 2. Tre teoretiske akkrediteringsmodeller.

	Akkreditering i en professionslogik	Akkreditering i en politisk-administrativ styringslogik	Akkreditering i en markedslogik
<b>Rettet imod</b>	Struktur og proces	Struktur, proces og outcome	Struktur, proces og outcome
<b>Formål</b>	Intern professionskontrol	Ekstern kontrol	Kontraktoverholdelse
<b>Dominerende aktør</b>	De professionelle	Det politiske administrative system.	Forsikringselskaber/ andre tredjeparter
<b>Deltagelse</b>	Frivillig	Tvungen.	Frivillig, tvungen – afhængig af kontrakt.
<b>Patientens rolle</b>	Ingen indflydelse	Evt. aktive roller som bestyrelsesmedlemmer og surveyors.	Kunde, der vælger udbyder
<b>Akkrediteringsinstitutionens rolle</b>	Rådgiver med fortrolighedsforhold til sundhedsorganisationen.	Kontrollant med åbenhed over for offentligheden	Garant for overholdelse af kvalitetsstandarder i forhold til indkøbsorganisation
<b>Detaljeringsgrad</b>	Fagspecifik	Generisk	Fagspecifik/generisk

De tre modeller kan dog ikke ventes at genfindes i deres rene form, da den institutionelle orden på sundhedsområdet består af en blanding af professionelle, politiske og markedsstyringslogikker.

*En professionel akkrediteringsmodel* er forankret i de lægefaglige eller plejefaglige miljøer. Professionel akkreditering har primært et internt organisationsfokus. Den bygger på fortrolighed mellem akkrediteringsorganisationen og sundhedsorganisationen. Akkreditering er frivillig og kan ses som en intern kontrolfunktion udøvet af de sundhedsprofessionelle over for egen generisk eller specialiseret praksis. Akkrediteringsstandarderne er dannet ved iterative processer, der kan leve op til evidenskrav eller vinde gehør blandt de professionelle. Typisk vil der være tale om et specialiseret fokus.

*En politisk akkrediteringsmodel* udspringer af et ønske om at legitimere organisationen i forhold til dennes omgivelser. I takt med forekomst af mere aktive patienter og i takt med, at skandalesager tilbagevendende optager medierne på sundhedsområdet, kan det være et vigtigt signal for sundhedsvæsenet at sende, at der arbejdes systematisk med kvalitet (Munk og Foster 2011). I denne model er transparens over for omverdenen det centrale. Man kan i dette perspektiv se akkreditering som en del af en kontrolkultur, der afspejler en faldende tillid over for professionelle (Power 1997).

*En markedsorienteret akkrediteringsmodel* kan spille en vigtig rolle i forhold til opfyldelse af kontraktlige aftaler, hvor patienten ses som en forbruger. I denne model indgår forsikringselskaber typisk som et ekstra led mellem patient og udbyder, og akkrediteringskrav kan være med til at sikre, at der konkurreres på pris ud fra definerede kvalitetsniveauer. Modellen anbefaler regulering ved organisationsopskrifter, performancemål og kontraktudformning (Hood 1991). Akkreditering kan i markedslogikken ses som en kvalitetsmæssig blåstempling for den patient, som søger på nettet efter udbyderen med de bedste performanceresultater. Markedsorienteret akkreditering er imidlertid ikke uproblematisk, da det er kendt, at evaluering også inviterer problemer indenfor, idet evaluering ofte skaber målfor skydning og konstitutive virkninger – fænomener kendt fra den omfattende accountability- og evalueringsslitteratur (Power 1997; Werner og Asch 2005).

Årsagen til, at regelstyring stadig spiller en så betydelig rolle i akkreditering, kan søges i historien. En akkrediteringslignende praksis var allerede kendt i tyverne (Alkhenizan og Shaw 2011), og denne udviklede sig til den første egentlige akkreditering på sundhedsområdet i USA ved Joint Commission i 1951. Akkrediteringens lange historie kan således ses som udtryk for *imprinting*, hvilket betyder, at selvom materielle og værdimæssige rammer omkring organisationer eller institutioner skifter, vil oversættelsen af organisationsideer være præget af, hvordan organisationer eller organisationsideer historisk set blev tænkt og konstrueret (Scott og Davis 2007).

Akkreditering vil således ifølge den institutionelle organisationsteori både have rødder i en helt anden tid og samtidig være formet af institutionelle udviklinger siden. Det er således ikke overraskende, at der har været problemer med at formulere en generisk programteori for akkreditering, der kan gøres til genstand for evaluering. Jaafari-pooyan mfl. (2011) har fx vist, at der ikke findes teoretiske standarder for, hvornår en akkreditering kan siges at være vellykket. Konklusionen var, at valget af succeskriterium skal ses i sammenhæng med det konkrete akkrediteringsprogram og den kontekst det skal fungere i.

## METODE

Artiklen bygger på en gennemgang af akkrediteringslitteratur fra 2000 til 2013, hvor vi ønsker at belyse virkningsmekanismer af akkreditering i sundhedsorganisationer ud fra en bredere organisatorisk tilgang. Tidspæriodens start er år 2000, fordi den rapport, som ligger til grund for den danske beslutning om akkreditering, stopper i 1999 (Frölich mfl. 2000).

I udgangspunktet blev søgt på ordkombinationer af »accreditation« og »effect«. I PUBMED gav det 606 resultater. Herefter blev abstract gennemlæst. Det enkelte studie blev vurderet og udvalgt ud fra, om det rummede et bidrag til forståelsen af akkrediteringens organisatoriske mekanismer. Vi fandt 17 originalartikler via den elektroniske søgeproces.

Den elektroniske artikelsøgning har været suppleret med håndsøgning via referencelister og lister over relateret litteratur, hvilket gav yderligere 15 studier, herunder tre danske studier, som fremkom ved at følge den danske debat. Artiklen er således baseret på i alt 32 originalstudier fra 2000 til 2013.

Tabel 3. Anvendt litteratur opstillet efter årstal

Studie/land	Formål	Design	Resultat
Aiken mfl., 2000 USA	Har akkreditering til magnetegenskaber effekt på jobtilfredshed?	Professionel akkreditering og sammenligning med kontrolgruppe. Deltagelse frivillig.	Akkreditering påvirkede jobtilfredshed og tendenser til udbrændthed positivt.
Fairbrother og Gleeson, 2000 Australien	Vurdering af nytten af et akkrediteringssystem blandt ledere.	Spørgeskema til 88 professionelle og administrative ledere.	Systemet oplevedes besværligt, ressourceforbrugende, og oplevedes kun at bidrage lidt til patientbehandling.
Scott mfl., 2000 USA	At se på institutionelle udviklingstræk i et sundhedsvæsen over tid.	Tidsstudie 1945–1995, registerdata, interviews, historiske data.	Akkreditering betød noget positivt for sygehusoverlevelse.
Griffith mfl., 2002 USA	Sammenhæng mellem Joint Commissions struktur og procesvariable og 7 outcomemål.	Originalartikel. Korrelationsanalyse af registerdata på 742 hospitaler over en periode på tre år.	Ingen sammenhæng. Nogle sammenhænge var endda modsat det forventede. anbefaler øget vægt på outcomemål.
Mehrotra mfl., 2003 USA	At undersøge de kræfter, der driver offentliggørelse af kvalitetsmål.	Originalstudie. Interview blandt 44 personer fra 34 »koalitioner« vedrørende offentliggørelse af kvalitetsmål.	Meget varierende virkning på kvalitetsudvikling. Præget af uenighed om mål, metoder, offentliggørelse og sammenhæng til økonomiske incitament.
Chen mfl., 2003	Undersøge forskel på dødelighed.	Originalstudie. Af hjertepatienters overlevelse på akkrediterede og ikke akkrediterede sygehuse.	Lavere dødelighed på akkrediterede hospitaler, men stor variation mellem akkrediterede hospitaler.

Studie/land	Formål	Design	Resultat
Daucourt og Michel, 2003 Frankrig	At beskrive de fejl og mangler, der synliggøres i akkreditering, og sammenholde dem med hospitalsstatus og størrelse.	Originalstudie. Gennemgang af 100 akkrediteringsrapporter.	Tendens til at større universitetshospitaler har de alvorligste mangler. Problematisk sammenhæng mellem påpegede fejl og konklusion. Surveyorprocessen problematiseres for ikke at være reliabel.
Qvist mfl., 2004 Danmark	At undersøge om gentagne audits viser bedre performance i forhold til opstillede standarder.	Originalstudie over tid af frivillig tværprofessionel selvregulering på 82 sengeafsnit.	Flere signifikante forbedringer over tid.
Heuer, 2004 Tyskland	At undersøge, om der er sammenhæng mellem akkrediteringsscores og patienttilfredshed.	Originalartikel rettet mod 41 akutafdelinger. Multipel regressionsanalyse anvendt.	Der ses ingen sammenhæng.
Miller mfl., 2005 USA	Sammenhæng mellem akkrediteringsresultater og performancemål.	Originalartikel . Korrelationsanalyse af registerdata.	Ingen signifikante sammenhænge. Behov for at genvurdere performancemål.
Pomey mfl., 2005 Frankrig	Fokus på paradokser i det kontrolstyrede franske akkrediteringssystem.	Case-studie af det franske akkrediteringssystem. Review.	Karakter af inspektion med de mekanismer, der følger heraf. Strategiske overvejelser, når akkreditering blandes med ressourceallokering. Kvalitetsudvikling bliver til akkreditering.
VanSuch mfl., 2006 USA	Sammenhæng mellem informationskvalitet ved udskrivning og effekt på genindlæggelse og mortalitet.	Originalstudie. 782 patienters information ved udskrivelse, sammenlignet med genindlæggelse og mortalitetsrater.	Sammenhæng bekræftet for genindlæggelse, men ikke for mortalitet.
Pitches mfl., 2007 England	Sammenhæng mellem justeret mortalitetsrate og leveret kvalitet.	Systematisk review af 36 studier.	Sammenhængen ses ikke at være pålidelig og konsistent. 51 % bekræftede sammenhængen. 31 % viste ingen sammenhæng. 18 % viste den modsatte sammenhæng.
Greenfield mfl., 2008b Australien	Afdækning af forskellige surveyortypologier.	Observationsstudier af et surveyteam og teoretisering på baggrund heraf.	Fire surveyortypologier bestemmes: integratoren, udforskeren, den diskuterende og den udspørgende. Rollerne synes at have betydning for indstillingen til akkreditering. Rollerne kan anvendes til selvrefleksion hos surveyorne.

Akkreditering i sundhedsorganisationer – effekter på struktur, proces og outcome

Studie/land	Formål	Design	Resultat
Paccioni mfl., 2008 Canada	Effekter på akkreditering i forhold til organisatorisk kontrol og kvalitetsstyringspraksis.	Case-studie af 2 sundhedsorganisationer i forbindelse med akkreditering. Fulgt over tid.	Skaber en kultur omkring selvevaluering. Påvirker måderne at evaluere praksis på. De, der ikke er direkte deltagere i processen, påvirkes ikke og ser akkreditering som noget negativt.
El-Jardali mfl., 2008 Libanon	Sygeplejerskers syn på en gennemført akkrediteringsproces.	Spørgeskema til 1048 ansatte efter et akkrediteringsforløb – 59 hospitaler.	Sygeplejerskerne ser akkreditering som et godt redskab til kvalitetsforbedring.
Tehewy mfl., 2009 Egypten	Effekt på patientoplevelser af akkreditering.	Patientoplevelser på 30 akkrediterede hospitaler og 30 ikke-akkrediterede matchede hospitaler.	Mest positive vurderinger på de akkrediterede hospitaler: personalevurdering, rengøring, venterum, ventetid og samlet vurdering.
Touati og Pomey, 2009 Canada	Vurderer to systemers evne til at fremme henholdsvis kontrol og læring.	Kvalitativt metastudie af franske og canadiske studier 1996 til 2006. I alt 17 studier.	Generelt positive effekter i begge lande af akkreditering. De to systemer konvergerer, hvor udviklingen kan resultere i trussel i forhold til selve grundideen i akkreditering.
Sunol mfl., 2009 Spanien	Sammenhæng mellem strategi og output?	Outcomedata sammenholdt med syv kvalitetsstrategier på 389 akuthospitaler i otte EU-lande.	Både eksterne og interne kvalitetsstrategier synes at have positive effekter på outcome.
Greenfield mfl., 2009b Australien	I hvilken grad kan man sige, at akkrediteringsprocessen er reliabel?	Fokusgrupper, interviews og spørgeskemaer blandt involverede i akkreditering.	Surveyprocessen blev set som en reliabel aktivitet. Nogleområder med følsomhed udpeget.
Pomey mfl., 2010 Canada	Hvordan kan akkrediteringsprocessen føre til bedre kvalitet og sikkerhed.	Case-studie på 5 forskellige hospitaler. Interviews, fokusgrupper, gennemgang af selvevalueringssrapporter og akkrediteringsrapporter.	Konteksten stor betydning. God stimulering ved fusioner. Støtter indførelse af kontinuert kvalitetsudviklingssystemer. Stimulerer skabelse af netværk. Effekten aftagende over tid.
Shaw mfl., 2010 England	Virkingen af forskellige styringssystemers effekt på seks dimensioner af kvalitetsledelse.	Site-besøg af 89 hospitaler med forskellige kvalitetsstyringssystemer.	Forskel på hospitaler med og uden system. Ingen forskel mellem ISO og akkrediterede hospitaler. Vanskeligheder med at udsondre effekter fra kultur og kontekst.
Braithwaite mfl., 2010 Australien	Er der sammenhæng mellem organisatoriske variable og akkrediteringsresultater.	Akkrediteringsresultater sammenholdes med uafhængig vurdering af organisationsforhold. 19 organisationer.	Akkrediteringsresultater synes at kunne forudsige noget om lederskab og kultur. Tendens til sammenhæng med klinisk adfærd.



Studie/land	Formål	Design	Resultat
Elkins mfl., 2010 England	Har akkreditering nogen virkning på oplevet stressniveau?	100 plejepersoner modtog et spørgeskema før og efter akkreditering.	Dokumenteret sammenhæng mellem akkreditering og oplevet stressniveau.
Sack mfl., 2010 Tyskland	Er der sammenhæng mellem patientens anbefaling af et hospital og akkrediteringsstatus?	Akkrediteringsstatus på 25 kardiologiske afsnit sammenholdt med patienternes tilbøjelighed til at anbefale hospitalet.	Der ses ingen sammenhæng. Akkreditering ses som et muligt kvalitetsforbedringsredskab, men uden impact på patientoplevelser.
Greenfield mfl., 2011 Australien	Hvad motiverer de professionelle til at indgå i akkreditering?	30 semistrukturerede interviews blandt organisationsdeltagere med forskellige roller.	Professionelle har et grundlæggende ønske om at deltage i processer omkring læring og validering af deres praksis. Akkreditering kan fremme en sikkerhedskultur for de, der deltager.
Sack mfl., 2011 Tyskland	Er der sammenhæng mellem akkrediteringsstatus og patienttilfredshed?	Multivariat analyse af 37.000 patienter på 73 hospitaler med forskellig akkrediteringsstatus.	Akkrediteringsstatus viser ingen sammenhæng med patienttilfredshed. Heller ikke når der ses på underliggende specialeområder.
Schmaltz mfl., 2011 USA	Kan akkreditering associeres med mere positive udviklinger i performancemål?	Originalt kvantitativt studie, der over tid sammenholder akkrediteringsdata med performancemål. Design med sammenligning af akkrediterede og ikke akkrediterede hospitaler.	Akkrediterede hospitaler havde både bedre resultater i udgangspunktet og bedre udvikling i performancemål over tid. Studiet stiller spørgsmålet, om akkreditering medfører bedre resultater, eller om akkreditering er en markør for bestemte hospitalstyper.
Jaafaripooyan mfl., 2011 England	At finde valide mål for, hvad et succesfuld akkrediteringsystem kan være.	Interview med eksperter, e-mailinterviews og tematisk indholdsanalyse.	Succeskriterier må vælges i forhold til det konkrete akkrediteringsystem og den kontekst, det skal fungere i.
Knudsen, 2011 Danmark	At undersøge grænserne for kvalitetsteknologier.	Analyse af skriftligt og historisk materiale om den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).	Påpeger vigtigheden af, at kvalitetsteknologier erkender deres begrænsninger og giver plads til at andre logikker kan bidrage.
Wagner mfl., 2012 USA	At måle effekter af akkreditering på antallet af tilsynspåtaler.	Effekten af frivillig akkreditering af plejehjem.	Der er ændringer målt på antallet af påtaler. Holdbar effekt over tid.
KORA, 2013 Danmark	Afdække ledelses- og medarbejderoplevelser af akkreditering.	Enkeltinterviews og fokusgruppeinterviews med 33 informanter.	Tidskrævende proces, som vurderes at have givet systematik og ensartethed i kvalitetsarbejdet. Udskyder og erstatter andet kvalitetsudviklingsarbejde.

Metodiske er der tale om et studie, der kvalitativt søger at bidrage til forståelsen af akkrediteringsprocessens programteori. Besvarelsen af forskningsspørgsmålet er baseret på både kvantitative og kvalitative studier. I analysen af de udvalgte artikler har vi anvendt en kvalitativ tilgang, hvor interessen er rettet mod virkningsmekanismer og ikke mod fænomenernes udbredelse. De enkelte studier i artiklen ses således som observationer i forhold til akkrediteringsinstitutionens forskellige praktiske udtryksformer. Der er i resultatfremlæggelsen sket en emnemæssig underopdeling i temaer, som har hentet inspiration fra gennemgangen af den læste litteratur og fra Hinchcliff mfl. (2012). De valgte temaer og undertemaer er fastlagt ved konsensus mellem artiklens forfattere på baggrund af læsningen af studierne. Som resultat af gennemgangen vises det, hvordan de specifikke påvirkningsmekanismer påvirker de forskellige sider i kvalitetscirklen.

## RESULTATER

Institutionel organisationsteori søger at identificere de generelle organisatoriske mekanismer, som ligger bag akkrediteringens programteori. Mekanismerne handler om forskellige former for oversættelser. Samtidig erkender den institutionelle organisationsteori, at disse organisatoriske mekanismer er meget kontekstafhængige og derfor kun kan specificeres til et vist konkretiseringsniveau. Derfor har vi valgt en induktiv tilgang til analysen, for at få specificeret, hvori de organisatoriske mekanismer, som her står for »oversættelse«, kan bestå. Resultatet af litteraturgennemgangen fremlægges i tre delafsnit, nemlig resultater som relateres til påvirkning af struktur, proces eller outcome. Resultaterne af gennemgangen er sammenfattet i tabel 4.

### a) Akkreditering og struktur

Følgende temaer vedrørende strukturelle forhold behandles i afsnittet: regeludformning, kultur, fejlkilder og lokale strukturelle forhold?

*Regeludformning.* Shaw mfl. (2010) sammenlignede regelforekomst på udvalgte områder på tværs af hospitaler, der var karakteriseret ved akkreditering, certificering og hospitaler uden eksternt initierede kvalitetssikrings-systemer. Undersøgelsen omfattede 89 hospitaler i 7 lande. Resultatet var, at hospitaler, som anvendte akkreditering eller certificering, havde de mest vidtgående regelsæt i forhold til patientrettigheder, klinisk organisering, medicinsikkerhed og infektionskontrol. Forfatterne fandt dog ikke resultatet overraskende, fordi de udvalgte kriterier netop afspejler de kriterier, der anvendes i akkrediteringsprogrammer. Også KORA (2013) beskriver, at kravet om akkreditering rydder op i retningslinjer, og at mængden af retningslinjer øges. Der opbygges omfattende dokumentstyringssystemer for at holde overblik over det omfattende regelgrundlag, og der er også stillet spørgsmål ved, om detaljeringsniveauet er for stort (KORA 2013).

Tabel 4. Akkrediteringens organisatoriske temaer i forhold til struktur, proces og outcome

	Tema	Fund	Mest relation til
<b>Struktur</b>	Regeludformning	Akkreditering understøtter udformning af regelgrundlag (patientrettigheder, klinisk organisering, medicinsikkerhed og infektionskontrol).	<i>at planlægge og handle</i>
	Kultur	Akkreditering har sammenhæng med sygehusets kultur, men kausalitet ukendt.	<i>at handle og følge op</i>
	Fejlkilder	Akkreditering afdækker potentielle fejlområder (fx vedr. patientinformation).	<i>at kontrollere og følge op</i>
	Lokal struktur	Lokal organisatorisk struktur definerer, hvad akkreditering vil indebære. Forskel på specialers egnethed til akkreditering.	<i>at følge op</i>
<b>Proces</b>	Ledelse & motivation	Akkreditering kan befordre brug af støttende ledelse og har også en vis effekt på motivation.	<i>at planlægge, at handle, at kontrollere og at følge op</i>
	Professionel accept	Akkreditering fremkalder skepsis blandt de professionelle og resulterer i afkobling.	<i>at handle og følge op</i>
	Kontrol/læring	Opmuntrer både til autonomi og kreativitet og rummer træk af standardisering og kontrol.	<i>at handle og følge op</i>
	Surveyprocessen	Akkreditering kan understøtte de ansattes organisatoriske læring, hvis surveyors er lyttende, og hvis surveyors og surveys ses som troværdige.	<i>at følge op</i>
<b>Outcome</b>	Performancemål	Akkreditering påvirker ikke performance på ventede måder, men der er positive effekter på enkelte standarder.	<i>at handle, at kontrollere og at følge op</i>
	Patientoplevelser	Akkreditering fører ikke til mere positive patientoplevelser.	<i>at handle, at kontrollere og at følge op</i>
	Sygehus-overlevelse	Akkreditering bidrager til sygehusets overlevelse ved at beskytte i forhold til ekstern kritik.	<i>at planlægge, at handle, at kontrollere og at følge op</i>
	Økonomi	Der er næsten ingen studier på området.	<i>at planlægge, at handle, at kontrollere og at følge op</i>

Knudsen (2011) argumenterer i en analyse af DDKM for, at selve akkrediteringsteknologien er karakteriseret af en grænseløs selvforståelse, der betyder, at alle dele af organisationen bliver gjort til genstand for overvejelser om opstilling af standarder og indikatorer. Troen på, at denne ene teknologi skulle være velegnet til at dække alle dele af en organisations udvikling, indebærer ifølge Knudsen, at nogle områder sættes ind i rammer, som ikke er egnet til styring i kvalitetscirkelns logik, og at dette kan være årsag til at disse områder ikke udvikles, fordi andre logikker på grund af akkrediteringens dominerende opmærksomhed ikke kan komme i spil.

*Kultur.* Sammenhængen mellem akkrediteringsperformance og organisatoriske karakteristika er belyst af Braithwaite mfl. (2010). Der indgik 19 organisationer i studiet. Et af de væsentligste resultater var, at kultur havde en sammenhæng med akkrediteringsresultater. Årsagssammenhængen var derimod ikke klar, hvilket betyder, at man ikke kan sige, om akkreditering kun virker de steder, hvor man har en bestemt kultur og ledelsesform, eller om akkreditering er med til at skabe en bestemt kultur.

*Fejlkilder.* Daucourt og Michel (2003) identificerede de områder, hvor akkreditering mest gav anledning til påtale. Det viste sig, at der tilbagevendende var bestemte standarder, som gav flest påtaler. Det gjaldt fx i forhold til patientinformation om forskellige procedurers fordele og risici. Der manglede en klar beskrivelse i journalen af, hvad klinikerne havde anbefalet. Undersøgelsen viste flere afvigelser fra standarderne på store sygehuse.

*Lokale strukturer.* Sundhedsorganisationer er heterogene med hensyn til historiske traditioner, lokal kultur og specialers karakter. En forskellighed, der kan være afgørende for, hvad akkreditering kommer til at indebære (Shaw 2003). Det enkelte sygehuses unikke situation synes således at være en kilde til at påvirke indholdet og resultatet af akkrediteringsprocessen. Pomey mfl. (2010) gennemgik fem konkrete sygehuses akkrediteringsforløb. Sygehuse var udvalgt, så de var forskellige mht. organisatoriske rammer og erfaringer med akkreditering. Det viste sig, at sygehuse gjorde meget forskellig brug af akkreditering. For ét af de undersøgte sygehuse drejede det sig blot om at få akkrediteringsbeviset og komme videre med egen kvalitetsdagsorden. Et andet havde en dagsorden helt i akkrediteringens ånd, idet man gerne ville sammenligne sig med andre og lære. På et tredje hospital blev akkreditering brugt som et redskab til at fremme en igangværende fusionsproces. På et fjerde hospital blev akkreditering brugt som et internt kulturpåvirkningsredskab, der skulle danne bånd mellem forskellige afdelinger og faggrupper. I det femte eksempel havde akkrediteringen været anledningen til at genoplive nogle kvalitetsudviklingsprojekter, som tidligere var stoppet af økonomiske årsager.

Samlet viser analysen, at akkreditering har effekt på sygehuses struktur via regeludformning og ved at afdække, hvor formulerede retningslinjer

ikke følges. Men det er ikke alene et spørgsmål om, hvordan akkreditering kan påvirke strukturer, det er også et spørgsmål om, hvordan organisationens strukturer og processer påvirker, hvad akkreditering kommer til at indebære.

b) *Akkreditering og proces*

Følgende temaer vedrørende proces behandles i afsnittet: ledelse og motivation, de professionelle accept i forhold til akkreditering, organisatorisk læring/kontrol og surveyprocessen.

*Ledelse og motivation.* Paccioni, Sicotte og Champagne (2008) viste i et tidsstudie, at der kan være en association mellem akkreditering og en anerkendende ledelse/kultur. Studiet viser, at akkreditering skaber en unik anledning til, at ledelse og medarbejdere kollektivt kan udtrykke forventninger. Akkrediteringsprocessen øgede selvevalueringsgruppers kontakthypighed vedrørende kvalitetsspørgsmål. Alligevel konkluderer studiet, at akkreditering kun havde ringe påvirkning af processerne i organisationen, fordi mange ansatte ikke havde en aktiv rolle i akkrediteringsforløbet. For de, der ikke var aktive i akkrediteringsprocessen, blev akkreditering set som et eksternt bureaukratisk kontrolinstrument.

Går man længere ned i organisationen for at klarlægge, hvordan akkreditering påvirker processer, er erfaringerne blandede. Elkins mfl. (2010) beskæftigede sig specifikt med akkrediteringens påvirkning af arbejdsmiljøet i et før- og efterstudie. Studiet fandt, at akkreditering kunne ses som en kilde til stress for nogle ansatte. Det er imidlertid et resultat, som modsiges af 1.048 libanesiske sygeplejersker, der fandt, at akkreditering var et godt grundlag for kvalitetsudvikling (El-Jardali mfl. 2008).

Pomey mfl. (2010) vurderer, at den mest omfattende påvirkning af organisatoriske processer opnås efter de første runder. Akkreditering synes at blive mindre udfordrende som tiden går, og udfordringen består i at finde på relevant nyt efter hver runde – enten fra akkrediteringsorganisationen eller fra det enkelte sygehus, så akkreditering ikke bliver til en mekanisk repeterende proces, der taber ledelsesmæssig bevågenhed.

*De professionelle accept.* Litteraturen er fyldt med kritiske vurderinger af akkreditering set fra et professionelt perspektiv. Det gælder særligt lægegruppen. Touati og Pomey (2009) beretter om, at man både i Canada og Frankrig oplever vanskeligheder med at sikre lægernes aktive deltagelse, og man oplever vanskeligheder med at holde systematisk gang i selvevaluerings-teams mellem de eksterne surveys. Alkhenizan og Shaw (2012) konkluderer, at de professionelle ser akkreditering som krævende, bureaukratisk og dyr. Noget tyder dog på, at det ikke er akkrediteringsinstrumentet som sådan, man er imod, men at det mere er den logik, som den er tolket ind i der giver

modstand. Der er således flere eksempler på, at akkreditering anvendes og støttes af de professionelle, men at dette synes at hænge sammen med, om ideen er udformet og styret af de professionelle selv, herunder om den er frivillig (Wagner McDonalds og Castle 2012; Aiken, Havens og Sloane 2000).

Akkreditering er også kædet sammen med magtforskydninger mellem personalegrupper. Specielt synes sygeplejerskerne styrket (Touati og Pomey 2009).

Et dansk studie viste, at en akkrediteringslignende proces godt kan vinde accept af flere grupper af professionelle. Der var tale om et tværfagligt frivilligt projekt styret og ledet af de professionelle selv. Projektet omfattede 70 medicinske sengeafdelinger, hvor man pga. fælles formulerede faglige standarder var i stand til via en gentagen audit efter to år at vise markante ændringer i forhold til opfyldelse af de formulerede standarder (Qvist mfl. 2004). Dette studie viser også, at de professionelle, selvom de selv havde været med til at formulere standarderne, alligevel prioriterede meget i, hvilke standarder man efterlevede (Hansen og Albæk 2004).

*Kontrol/læring.* Touati og Pomey (2009) konkluderer, at beslutningstagerne omkring akkreditering må gøre sig bevidst om, om de presser på for standardisering, eller om de opmuntrer til autonomi og kreativitet. Der peges på, at denne balance kan flyttes over tid, og der berettes om positive procesmæssige effekter af akkreditering, herunder bedring i det tværfaglige samarbejde og bedre styr på den skriftlige dokumentation for politikker og standarder. Positive effekter som også er nævnt i en dansk sammenhæng (KORA 2013).

Der er også beretninger om uønskede effekter af akkreditering. Pomey mfl. (2005) beskriver, hvordan det franske akkrediteringssystem i et 8-årigt perspektiv synliggjorde tre uheldige effekter: 1) Det tvangsmæssige aspekt førte processen ind i noget inspektionslignende, der forvandlede kvalitetsudvikling til kontrol. 2) Akkrediteringsrapporter kom til at indgå i et strategisk spil om ressourcetilførsel. 3) Akkreditering kom til at blive dagsorden-sættende for, hvad kvalitetsudvikling handlede om, hvorved nogle områder gled ud af fokus. Disse dysfunktionelle effekter er også refereret i en dansk kontekst, hvor det konstateres, at ønsket om at blive akkrediteret skubber andre vigtige kvalitetsinitiativer i baggrunden, ligesom det blev set, at afdelinger med kvalitetsbrist blev kompenseret med flere midler (KORA 2013).

*Surveyprocessen.* Surveyorne er akkrediteringsinstitutionens øjne, ører og hænder. Surveyprocessen og dens karakter synes at have stor betydning for de muligheder, de ansatte har for at lære af akkrediteringsprocessen. Tanken om, at nogen udefra kommer og diskuterer praksis, er velset af de professionelle (Greenfield mfl. 2008b). Noget af det, der motiverer ledelse og medarbejdere under den eksterne survey, er når surveyorne i en afslappet atmosfære lytter og kommenterer på de svar, der bliver givet. Det er værd at bemærke, at ansatte i frontlinjen udtrykte angst for at komme til at sige

»de forkerte ting« (Greenfield mfl. 2011). I en dansk sammenhæng er der også eksempler på lignende reaktioner. Det kan give sig udtryk i en meget mekanisk træning til surveyprocessen: »Hvis de spørger om det, så svarer i ...« (Kora 2013). Et kontrollerende akkrediteringssystem lægger op til at der må skelnes mellem, at »klare akkrediteringen« og at få retningslinjerne implementeret i hverdagen.

Surveyprocessen er afhængig af troværdige surveyors (Greenfield, Pawsey og Braithwaite 2011). Manglende troværdighed undergraver de ansattes tillid til selve akkrediteringsinstitutionen og interessen for at deltage, lære og forbedre. Den afsatte tid blev ofte oplevet for kort til en ordentlig faglig informationsudveksling. Tidspresset påvirkede også surveyorne, som anvendte lukkede spørgsmål, når de var pressede, hvilket ikke gav ledere og medarbejdere mulighed for uddybende svar.

Den eksterne survey opleves ikke så rationelt, som det forudsættes i instruktionsgrundlaget til akkrediteringssystemer (IKAS 2009). Daucourt og Michel (2003) dokumenterede, at konklusioner og anbefalinger var så lidt sammenhængende, at der kunne stilles spørgsmål ved selve surveymetodens validitet og reliabilitet. En konklusion, som dog er modereret af Greenfield mfl. (2009), der peger på, at processen har en række mekanismer, som øger reliabiliteten: undervisning af surveyorne, mødevirksomheden, surveyorne optræder parvis, der anvendes standardskemaer/rapportskabeloner og surveyprocessen er presset af forskellige interesser.

Samlet set viser gennemgangen, at akkreditering præger organisatoriske processer på sygehuse. Det gælder især ledelse og motivationsprocesser, hvor der ses en grundlæggende spænding imellem opmuntring til autonomi og kreativitet på den ene side og oplevelse af kontrol og standardisering på den anden. Akkrediteringen kan understøtte (organisatorisk) læring, men det afhænger af surveyprocessens karakter. Til gengæld konstaterer litteraturen, at akkreditering generelt fremkalder skepsis blandt de professionelle.

### c) Outcome og akkreditering

Følgende outcome-temaer behandles i afsnittet: performancemål, patientoplevelser, sygehusenes overlevelse og økonomi.

*Performancemål.* Ønsket om at skabe øget transparens på sundhedsområdet opstod i 90'erne (Mainz mfl. 2001; Groene, Skau og Frölich 2008) og er således relativt nyt i akkreditering. En udvikling, der har betydet en jagt efter mål for, hvad der er kvalitet i den kliniske praksis, og en udvikling, der har været med til at flytte akkrediteringens traditionelle fokus fra struktur og proces til også at omfatte outcome. Altså lægger det op til at spørge, hvad der kommer ud af arbejdet med strukturerne og processerne. Akkrediteringssucces anses af Jaafaripooyan mfl. (2011) som akkrediterings evne til at



skabe transparens i forhold til en offentlighed uden samtidig at skabe dysfunktionelle organisatoriske effekter.

Antallet af studier, der systematisk belyser sammenhængen mellem bestemte performancemål og akkrediteringsstatus, er begrænsede. Går man specifikt til værks, findes der mange eksempler på positive effekter af at opfylde enkeltstandarder, som indgår i akkreditering. Det skyldes, at akkrediteringsstandarder ofte udspringer af evidensbaserede undersøgelsesresultater. Van Such mfl. (2006) viste fx, at opfyldelse af standarderne for udskrivning gav anledning til færre genindlæggelser, dog uden påvirkning af mortalitet. Mere bredt viser lokale studier af akkrediteringseffekter, at selvom standarder hviler på evidensbaserede sammenhænge, er resultaterne ikke pålidelige og konsistente (Pitches, Mohammed og Lilford 2007). 51 % af studierne bekræftede sammenhæng. 31 % viste ingen sammenhæng. 18 % viste modsat sammenhæng.

Det synes altså at være i den brede organisatoriske ramme, at akkrediteringseffekter udfordres. Griffith, Knutzen og Alexander (2002) viste således i et studie af 3 000 hospitaler gennem en treårig periode, at der ikke var en ventet sammenhæng mellem akkrediteringsstatus målt ved Joint Commissions kriterier og en række performancemål. De anvendte performancemål var indtjening, mortalitetsrater, komplikationsindex, omkostninger pr. enhed, liggetider og ambulatorieaktivitet. Studiet stillede således et grundlæggende spørgsmålstejn ved akkrediteringens antagelse om, at den rette struktur giver den rette proces og det rette outcome. Studiet pegede på, at fokus i højere grad burde rettes direkte imod forbedring af outcome.

Miller mfl. (2005) havde i et studie med 2 116 hospitaler fokus på 100 outcomemål, fx mortalitetsmål for udvalgte patientgrupper, anvendelsesrater på procedurer relateret til overforbrug, underforbrug eller misbrug og procedurer, der er kendt for at være forbundet med lavere dødelighed. Der var ingen sammenhæng mellem akkrediteringsstatus og performance og kun få indikationer på sammenhæng mellem akkrediteringsscores og performancemål.

Et studie af 389 europæiske akuthospitaler konkluderede, at forekomst af en overordnet kvalitetsstrategi havde betydning for outcome (Sunol mfl. 2009). Det gjaldt både for interne og eksterne kvalitetsstrategier. Studiet kunne dog ikke udsondre at positive effekter var specielt knyttet til akkreditering, men det pegede på, at der var en positiv effekt knyttet til det, at der kom en udefrakommende part ind i kvalitetsudviklingsprocessen. Omvendt pegede studiet også på, at kvalitetsudvikling på et helt specifikt fagområde med fordel kan tage hensyn til specifikke opgaver, mål og kontekst.

Chen mfl. (2003) så specifikt på hjertepatienters overlevelseshæfter på tværs af hospitaler med og uden akkreditering. Højeste overlevelseshæfter fandtes på akkrediterede hospitaler. Studiet konstaterede dog, at spredning

gen i gruppen af akkrediterede hospitaler var så stor, og at akkrediteringens resultat ikke kunne skelne mellem hospitalers forskellige kvalitet. Et tilsvarende studie af Schmaltz mfl. (2011) viste, at akkrediterede hospitaler havde bedre resultater på performancemål i udgangspunktet og bedre udvikling over tid. Studiet stillede imidlertid det metodiske spørgsmål, om akkreditering medfører bedre resultater, eller om akkreditering er en markør for bestemte hospitaler. Studiet mangler således en sikker forklaring på de positive resultater.

Der findes også eksempler på, at akkrediteringen kan føre til konflikt omkring, hvad der er positive og negative resultater (Touati og Pomey 2009). Professionelle kan fx ikke altid se den samme entydighed i resultater som politikerne og den administrative ledelse, hvilket kan give anledning til konflikter. De professionelle ser problemer i at omforme en nuanceret og kompleks klinisk virkelighed til enkle og reduktionistiske mål (Mehrota, Bodenheimer og Dudley 2003; Pitches mfl. 2007), hvor målforskydning og konstitutive effekter konstant må vurderes. Ofte er det vanskeligt at finde relevante outcomemål, og ofte er outcomemål i realiteten procesmål. Her kan professionslogikken støde imod en alliance mellem den administrative styringslogik og markedsløkken.

*Patientoplevelser.* En amerikansk undersøgelse af 41 akuthospitaler viste, at akkrediteringsscores og patienttilfredshed i en multipel regressionsanalyse ikke havde samvariation (Heuer 2004). I et tysk studie af 25 kardiologiske afdelinger var der heller ikke sammenhæng mellem akkrediteringsscores og patienternes vilje til at anbefale stedet (Sack mfl. 2010). Endelig viste et studie med 73 hospitaler og 37 000 patienter, at der ikke var sammenhæng mellem akkrediteringsstatus og patienternes tilfredshed. Analysen var kontrolleret for patientsammensætning og suppleret med specifikke analyser på underliggende specialeområder, alt sammen uden at kunne påvise sammenhæng (Sack mfl. 2011). Der synes således at være tale om en undtagelse, når et studie af Egyptiske hospitaler viste fremgang på patientoplevelser før og efter akkreditering (Tehewy mfl. 2009).

*Sygehusoverlevelse.* Mens der er vanskeligheder med at dokumentere, at akkrediteringsprogrammer påvirker kerneydelserne, er der omvendt dokumentation for, at akkreditering kan virke som en beskyttelse for sygehuse i forhold til ekstern kritik. Således viser Scott mfl. (2000), at både faglig, teknisk og ledelsesmæssig akkreditering er positivt associeret med hospitalsoverlevelse. Resultatet stammer fra et studie af hospitaler i San Francisco Bay Area i perioden 1945 til 1995. Der er i studiet taget højde for strukturelle og omgivelsesmæssige forskelle. Undersøgelsens resultat rejser dog spørgsmålet om, hvad det er for mekanismer, der virker og hvordan de virker. Er det akkreditering, der skaber bedre funktionalitet, eller er det akkreditering, der blot skaber højere grad af legitimitet, som beskytter mod nedlæggelse?

*Økonomi.* Økonomisk outcome af akkreditering er stort set ikke behandlet i litteraturen (Greenfield og Braithwaite 2008a; Sack mfl. 2011). Med andre ord: der kan ikke gives noget svar på, hvad akkreditering koster samfundet og hvad der kommer ud af anstrengelserne? Fairbrother og Gleeson (2000) gennemførte som en af undtagelserne et kvalitativt studie af professionelle og administrative leders opfattelse af balancen mellem de ressourcer, man investerede i akkreditering, i forhold til det, der kom ud af det for patienterne. Ledelsen oplevede i dette tilfælde et ringe udbytte i forhold til de investerede ressourcer.

Det nærmeste, man kommer en konkret besvarelse af spørgsmålet, er et skøn, der siger, at akkreditering koster cirka 1 % af de samlede sundhedsomkostninger (Frölich mfl. 2000). Den manglende økonomiske interesse for akkreditering falder således godt i tråd med den interesse, der generelt er udvist over for økonomi og kvalitetsudvikling. Et omfattende review af kvalitetsprojekter på sundhedsområdet viste fx, at kun 18 ud af 1968 projekter rummede en tilfredsstillende business-case (Kilpatrick mfl. 2005). Der er dog initiativer i gang med sigte på at råde bod på denne mangel på akkrediteringsområdet (Mumford mfl. 2013).

Samlet viser outcomeanalysen, at akkreditering ikke har nogen systematisk (positiv) association i forhold til sygehusenes faglige outcome og patientoplevelser. Vi ved heller ikke, hvad den betyder økonomisk. Til gengæld fremhæver litteraturen, at akkreditering kan bidrage til sygehusenes overlevelse.

## DISKUSSION

Artiklens overordnede formål er at afdække akkredieringens organisatoriske mekanismer, nemlig hvordan akkreditering påvirker sygehusenes struktur, proces og outcome. På denne baggrund gennemførtes en gennemgang af litteraturen om akkreditering. Der berettes om oplevelse af succesfuld brug af akkreditering, når akkrediteringssystemer viser respekt for lokale behov og kontekster, når lokal ledelse bruger processen som udviklingsanledning, og når de sundhedsprofessionelle føler sig inddraget. Der berettes om kritiske effekter, når akkreditering bliver et våben i ressourcekampen, til noget, som udøves af få nøglepersoner, til et ritual med stilstand mellem de eksterne surveys, til noget, der bare skal overstås som et signal udadtil, eller til noget, der fremmer en regel- og kontrolkultur. Tabel 4 sammenfatter analysens resultater.

Samlet viser gennemgangen af akkrediteringsstudier fra 2000 til 2013 altså, at akkreditering i overensstemmelse med opsamlede erfaringer før 2000 (Frölich mfl. 2000) stadig ikke synes at kunne dokumentere en systematisk effekt på outcome. Det er selvom akkreditering aktiverer en bred vifte

af påvirkningsmekanismer i kvalitetscirklen. Hermed udfordres akkrediteringens formelle og enkle programteori om sammenhæng mellem struktur, proces og outcome.

Resultaterne fra effektstudier af akkreditering kan umiddelbart virke nedslående. Det rejser spørgsmålet, hvad der kan forklare den manglede effekt af akkreditering på sygehusenes outcome. Vi ser fem forklaringer, nemlig at akkrediteringen er en kompleks intervention, at akkreditering skaber konflikter med de professionelle, at akkrediteringen påvirker kulturen på ukendte måder, at akkreditering er indlejret i mange og stærke interesse-mæssige krydspres, og endelig, at akkreditering ikke fremmer prioritering af kvalitetsudviklingsressourcerne.

For det første er akkreditering *en kompleks intervention*, som foregår i komplekse organisationer. Samspillet mellem organisation og akkreditering består af mere komplicerede processer end det, der forudsættes i »kvalitetscirklen«. Evidente resultater fra specifikke organisationer med ildsjæle kan ikke nødvendigvis overføres til andre organisationer. Det skyldes blandt andet, at organisationer må ses som åbne og ikke rationelle systemer, hvorfor de lokale reaktioner ikke er forudsigelige. Det er altså en forenklet forestilling, at organisatoriske evidensbaserede standarder og retningslinjer over en bred kam vil føre til bedre outcome. Et forhold, som også er påpeget af Herald mfl. (2008) i et omfattende review af kvalitetsudviklingsprojekter, nemlig at sammenhængen mellem struktur, proces og outcome på sundhedsområdet ofte ses i et for snævert teoretisk perspektiv. Effekter af kvalitetsinterventioner kan aftegne sig i flere forhold, til forskellig tid og på forskellige organisatoriske niveauer. Akkreditering kan sætte gang i processer, der ikke er forudsigelige (emergente) (Greenhalgh mfl. 2009; Rodger 2008; Danermark mfl. 2002).

For det andet må akkreditering ses som »en fremmed logik« i sundhedsvæsenet. Akkreditering har altid haft et kontrolelement indbygget. Også da de professionelle var styrende i akkreditering. Men den oprindelige kontrolkultur i den professionelle akkrediteringsmodel blev imidlertid et problem, da akkreditering vendte sin loyalitet mod offentligheden og de politiske administrative systemer. Herved afkoblede de professionelle støtte til akkreditering (Alkhenizan og Shaw 2012), og bedre blev det ikke, da akkrediteringsorganisationerne i markedslogikkens ånd indarbejdede elementer fra det private erhvervslivs kvalitetsudviklingskultur (Scrivens 1996). At DDKM også er genstand for professionel skepsis blev illustreret, da der i efteråret 2011 blev indsamlet mere end 2 500 underskrifter fra danske læger i protest mod de generelt stigende registreringskrav på sygehusene (Dagens Medicin 2011). De professionelle nødråb er siden bakket op af fem hospitalsledelsesrepræsentanter: »Resultaterne bruges ikke af hospitalerne, og målingerne udføres alene, fordi det er et krav fra DDKM« (Mainz mfl. 2013).

Det er selvsagt problematisk, fordi motivation generelt må ses som nøglen til kvalitetsudvikling (Pomey mfl. 2010). Det kan således ses som en central problemstilling for akkreditering at designe akkrediteringssystemer, der kan motivere de sundhedsprofessionelle, så de tager aktivt del i processen (Greenfield, Pawsey og Braithwaite 2011). Modsat kan akkreditering blive til en afkoblet og dyr institutionel aktivitet (Oliver 1991).

For det tredje har akkrediteringsmodeller ikke kendt *effekt på kulturen* i sundhedsvæsenet. Ideelt set skulle akkreditering skabe en sikkerheds- og kvalitetskultur til gavn for patienterne. Men selvom patientsikkerhedsarbejdet og akkreditering kan ses som to sider af samme sag, er der afgørende forskelle i deres virkningsmekanismer. Evidensbaserede standarder og retningslinjer i en akkrediteringssammenhæng synes ikke i sig selv at være nok til at skabe ny praksis, også fordi erfaringen er, at det kun er en lille del af organisationen, der for alvor er aktivt inddraget i akkrediteringsarbejdet. Patientsikkerhedsarbejdet peger i modsætning hertil på, at der skal arbejdes direkte på at skabe en patientsikkerhedskultur for herved at skabe vedvarende ændringer (Lipitz-Snyderman mfl. 2011). Der er en uløst konflikt imellem, at akkrediteringsinstitutioner opmuntrer til autonomi og kreativitet på den ene side, og at det opleves, at der samtidig udøves kontrol og standardisering. I DDKM taler man om, at modellen ikke skal være »unødigt normativ«, men i praksis er der meget, der tyder på, at akkreditering mere resulterer i en kulturpåvirkning i retning af øget tro på regelens nytte som grundlag for kvalitetsudvikling. Der tales om, at der kan ske en »overimplementering« af akkrediteringsmodeller blandt de, der er genstand for akkreditering (Christensen, 2013).

For det fjerde er udformning og implementering af akkrediteringssystemer underkastet *mange interesser*, hvilket kan betyde, at modellen på mange måder bliver et kompromis med uvirksomme og »ufarlige« krav. Manglende effekter af akkreditering kan således også forklares som afspejling af stabilitet i eksisterende magtforhold, hvor mange standarder på samme tid søges sat i fokus (Miller mfl. 2005). I den forbindelse er det iøjnefaldende, hvor ringe en rolle patienterne fx spiller i forhold til akkreditering, både ved tilblivelsen af systemet og i akkrediteringsprocessen. Patienter i aktive roller kunne måske være det, der bragte afbalancerede interesser ind i nye forløb. En anbefaling, som allerede blev givet i Danmark, inden man besluttede at indføre DDKM (Frölich 2000).

For det femte kan akkreditering spille en problematisk rolle i forhold til, at der sker en *prioritering* i kvalitetsudviklingsprocessen. Akkreditering foregiver i sin retorik at være organisatorisk altdækkende, hvor alle problemstillinger synes at kunne angribes med samme metode. Noget, der kan komme til at virke negativt ind på andre logikkens evne til at bidrage til kvalitet. Meget generelle områder som ledelse og kommunikation vil normalt

blive angrebet ud fra andre tilgange end den logik, der ligger i akkreditering (Knudsen 2011). Og selv på områder, som faktisk er egnet til akkreditering, bidrager modellen ikke til prioritering, da alle standarder ud fra en godkendelsessituation må betragtes som lige vigtige. På den baggrund kan der argumenteres for, at en så voldsom satsning som akkreditering med fordel bør følges af tæt evaluering og ikke bare bør baseres på en optimistisk tro (Brunsson 2006). Evaluering bør udfordre akkreditering og sætte fokus på grænsen for, hvor akkreditering er til nytte.

Det gode spørgsmål er, hvordan man kan forklare den fortsatte vækst i brugen af akkreditering, når der mangler vægtige funktionelle forklaringer på effekt? Den institutionelle organisationsteori synes at give den bedste forklaring, nemlig at akkreditering er et stærkt kort at spille for at sikre eksternt legitimitet. Et kort, der dog kan være problematisk i det omfang, det ikke tager hensyn til de virkningsmekanismer, der aktiveres. Akkreditering har endnu ikke grundlæggende evnet at forholde sig til motivationsproblematikken og til den forskellighed, der ligger i organisationers kvalitetsudviklingsbehov. Til gengæld udfylder akkreditering et væsentligt behov for legitimering af den samlede sundhedssektor over for omverdenen. Men akkreditering kan uden lokal forankring blive en Potemkin-kulisse, bag hvilken en funktionel lokal kvalitetsudvikling kan blive bremsed, fordi ressourcerne til kvalitetsudvikling er optaget af at holde liv i en proces, der sender positive eksterne signaler. Usystematiske tegn på effekt i forhold til outcome kunne tyde på dette.

Selv om der er gode grunde til, at akkreditering kan mangle effekt på outcome, er denne mangel problematisk for akkrediteringsinstitutionen. Et fortsat fokus på outcome vil gøre det synligt, at der ikke eksisterer en kendt vej fra standarder og retningslinjer til bedre performance. På sigt vil selve akkrediteringsinstitutionen med eksterne surveys herved kunne miste sin legitimitet, og fokus vil gå i retning af kun at interessere sig for performance-måleresultater, hvor de lokale organisationer i stedet bliver udfordret til at finde egne veje til at opnå bedre resultater (Hansen og Albæk 2004).

Akkreditering er både et svagt og et stærkt organisationsredskab. Svagt, fordi redskabet har så mange forskellige og skiftende udtryksformer, der slører, hvad akkreditering faktisk indebærer, og hvornår det faktisk er nyttigt. Men også stærkt, fordi det har fået en så stor udbredelse på tværs af landegrænser, at det i sig selv skaber legitimitet at sige, at noget er akkrediteret. Det gælder ikke mindst, når verdens førende hospitaler bruger akkreditering, og når akkreditering løbende italesættes som værende effektivt af ressourcestærke akkrediteringsinstitutioner, som har deres helt egen dagsorden.

Grundlæggende er akkreditering bygget op med udgangspunkt i et lukket og rationelt organisationsperspektiv. Det giver problemer, når akkreditering møder et åbent, ikke-rationelt organisationsmiljø. At akkreditering



alligevel stadig vinder udbredelse, synes bedst at forstås i en institutionel organisatorisk forståelsesramme, hvor legitimitet er blevet det egentlige mål. Skal det være anderledes må akkrediteringsinstitutionen bringes i bedre overensstemmelse med de sundhedsprofessionelles og patienternes opfattelse af, hvad der kan betegnes som nyttig akkreditering.

## REFERENCER

- Aiken, L.H., Havens, D.S. & Sloane, D.M. (2000). The magnet nursing service recognition program. A comparison of two groups of magnet hospitals. *American Journal of Nursing*, 100(3): 26–36.
- Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2011). Impact on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4): 407–416.
- Alkhenizan, A. & Shaw, C. (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(2): 74–80.
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., mfl. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Quality and Safety in Healthcare*, 19: 14–21.
- Brunsson, N. (2006). Reforms, organizations, and hope. *Scandinavian Journal of Management*, 22(3): 253–255.
- Chen, J., Rathore, S.S., Radford, M.J., mfl. (2003). JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs*, 22(2): 243–254.
- Christensen, J.G (2013). *Tvinger DDKM sundhedspersonalet til at bruge tid på værdilos dokumentation?* Set på [www.IKAS.dk](http://www.IKAS.dk), 19. november 2013.
- Czarniawska, B. & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. I: B. Czarniawska & G. Sevón (red.), *Translating Organizational Change*, 13–37. Berlin: Walter de Gruyter.
- Dagens Medicin*. (2011). Protest over registrering deler vandene. Set på nettet 21. november 2011. [www.dagensmedicin.dk](http://www.dagensmedicin.dk).
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen L., mfl. (2002). *Explaining Society. Critical realism in the social sciences*. London: Routledge.
- Daucourt, V. & Michel, P. (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6): 463–471.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3): 166–206.
- El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., mfl. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5): 363–371.
- Elkins, G.C., Dove, J., Markova, D., mfl. (2010). Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical Nursing Research*, 19(4): 376–86.
- Fairbrother, G., Gleeson, M. (2000). EQUiP accreditation: Feedback from a Sydney teaching hospital. *Australian Health Review*, 23: 153–161.
- Flodgren, G., Pomey, M.P., Taber S.A., mfl. (2011). Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes (Review). *The Cochrane Library*, 11:1–43.
- Frölich, A., Schiøler, T., Lippert, S., mfl. (2000). *Akkreditering af hospitaler. Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada*. København: DSI.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. (2008a). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3): 172–183.



- Greenfield, D. & Braithwaite, J. (2009). Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Quality and Safety in Healthcare*, 18(3): 162–163.
- Greenfield, D., Braithwaite, J. & Pawsey, M. (2008b). Health care accreditation surveyor styles typology. *International Journal of Health Care Assurance*, 21(5): 435–443.
- Greenfield, D., Pawsey, M. & Braithwaite, J. (2011). What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1): 8–14.
- Greenfield, D., Pawsey, M., Naylor, J., mfl. (2009). Are accreditation surveys reliable? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(2): 105–116.
- Greenhalgh, T., Humphrey, C., Huges, J., mfl. (2009). How do you modernize a Health service? A realist evaluation of whole-scale transformation in London. *The Milbank Quarterly*, 87(2): 391–416.
- Griffith, J.R., Knutzen, S.R. & Alexander, J.A. (2002). Structural versus outcomes measures in hospitals: A comparison of Joint Commission and Medicare Outcomes Scores in Hospital. *Quality Management in Health Care*, 10(2): 29–38.
- Groene, O., Skau, J.K.H. & Frølich, A. (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3): 162–171.
- Hansen, M.B., Albæk, J. (2004). *Klinisk kvalitet og den komplicerede organisation – et samspil. Medarbejdernes og lederes tolkninger på fire medicinske afsnit tilmeldt DGMA*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Hearld, L.R., Alexander, J.A., Fraser, I., mfl. (2008). How do Hospital Organizational Structure and Processes Affect Quality of Care? *Medical Care Research and Review*, 65(3): 259–299.
- Heuer, A. J. (2004). Hospital accreditation and patient satisfaction: Testing the relationship. *Journal for Healthcare Quality*, 26(1): 46–51.
- Hinchcliff, R., Greenfield, D., Moldovan, M., mfl. (2012). Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Quality and Safety*, 21:979–991.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(Spring 1991): 3–19.
- Hundborg, Karsten. 2009. Den danske kvalitetsmodel. *Ugeskrift for Læger*, 171(20): 1660–1663.
- IKAS. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2012). *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2. version*. Aarhus: IKAS.
- IKAS. Institut for Kvalitetsudvikling og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2009). *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse*. Aarhus: IKAS.
- Jaafaripooyan, E., Agrizzi, D. & Akbari-Haghighi, F. (2011). Healthcare accreditation systems: Further perspectives on performance measures. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(6): 645–656.
- Kilpatrick, K.E., Lohr, K.N., Leatherman, S., mfl. (2005). The insufficiency of evidence to establish the business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(4): 347–355.
- Knudsen, M. (2011). Om grænser for kvalitetsteknologier – og hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem. *Tidsskrift for Forskning i sygdom og samfund*, 15: 121–148.
- KORA. Det Nationale Institut for Kommunernes og Regionernes Analyse og Forskning. Madsen M. H., Christensen, I. E. (2013). *Den danske kvalitetsmodel i praksis. Et pilotstudie af implementering på tre nordjyske hospitaler*. København: KORA.

- Kristensen, E. (2011). Ingen solid evidens for akkreditering. *Ugeskrift for Læger*, 173(18): 1309.
- Lipitz-Snyderman, A., Steinwachs, D., Needham, D.M., mfl. (2011). Impact of a statewide intensive care unit quality improvement initiative on hospital mortality and length of stay: Retrospective comparative analysis. *BMJ*, 342:d219.
- Mainz, J., Bartels, P., Laustsen, S., mfl. (2001). Det nationale indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. *Ugeskrift for Læger*, 163: 6401–6406.
- Mainz, J., Jensen, J.W. & Poulsen, J. 2011. Skal den danske kvalitetsmodel skrottes? *Ugeskrift for Læger*, 173(33): 1996.
- Mainz, J., Sørensen, P.L., Kjølbjerg, M., mfl. (2013). Vi bruger alt for megen tid på registrering. *Kroniken i Politiken*, 18. november 2013.
- Mehrota, A., Bodenheimer, T. & Dudley, R.A. (2003). Employers' effort to measure and improve hospital quality: Determinants of success. *Health Affairs*, 22(2): 60–71.
- Miller, M.R., Pronovost, P., Domithan, M., mfl. (2005). Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient and safety. *American Journal of Quality in Medical Care*, 20: 239–252.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing effective organizations*. New York: Prentice Hall.
- Mumford, V., Greenfield, D., Hinchcliff, mfl. (2013). Economic evaluation of Australian acute care accreditation (ACCREDIT-CBA (Acute)): Study protocol for a mixed-method research project. *BMJ Open*, 3: doi: 10.1136/bmjopen-2012-002381.
- Munch, E. (2011). Akkreditering skal give mening. *Ugeskrift for Læger*, 173(26): 1902.
- Munk, P.L. & Forster, B.B. (2011). Accreditation: Problem or Opportunity? *Canadian Association of Radiologists Journal*, 62: 88–89.
- Nordisk Ministerråd (2007). *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet i Norden*. København: Nordisk Ministerråd.
- Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16:145–179.
- Paccioni A., Sicotte, C. & Champagne, F. (2008). Accreditation: a cultural control strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(2): 146–158.
- Pitches, D.W., Mohammed, M.A. & Lilford, R.J. (2007). What is the empirical evidence that hospital with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 7(91) doi: 10.1186/1472-6963-7-91
- Plessen, C. & Ørskov, B. (2011). Akkreditering er et godt sted at starte. Kvalitet og patientsikkerhed kan hjælpes på vej med akkreditering. *Ugeskrift for Læger*, 173(33): 1995.
- Pomey, M.P., Francois, P., Contandriopoulos, A.P., mfl. (2005). Paradoxes of French accreditation. *Quality and Safety in Healthcare*, 14: 51–55.
- Pomey, M.P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., mfl. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organisations. *Implementation Science*, 5(31).
- Poulsen, J., Götke, I., Jensen, P.Ø. (2013). *Er der evidens for kørekort?* *Ugeskrift for Læger*, 175(10): 684.
- Power, M. (1997). *The Audit Society Rituals of Verification*. New York: Oxford University Press.
- Qvist, P., Rasmussen, L., Bonnevie, B., mfl. (2004). Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2): 141–148.

- Rogers, P.J. (2008). Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*, 14(29): 29–48.
- Sack, C., Lütkes, P., Günther, W., mfl. (2010). Challenging the holy grail of hospital accreditation: A cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. *Health Services Research*, 10(120).
- Sack, C., Scherag, A., Lütkes, P., mfl. (2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3): 278–283.
- Sahlin, K. & Wedlin, L. (2008). Circulating ideas: Imitation, translation and editing. I R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin & R. Suddaby (red.). *Handbook of organizational institutionalism* (s. 218–242). London: Sage.
- Schein, E.H. (1994). *Organisationskultur og ledelse*. (2. utg.). Holte: Valmuen.
- Schmaltz, S.P., Scott, C.W., Chassin, M.R., mfl. (2011). Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association with Joint Commission Accreditation. *Journal of Hospital Medicine*, 6(8): 454–461.
- Scott, R.W. (2004). Competing Logics in Healthcare: Professional, State, and Managerial. I Dobbin, F. *The Sociology of the Economy*. New York: Russell Sage Foundation.
- Scott, R.W., Ruef, M., Mendel, P.J., mfl. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations – From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, W.R. & Davis, G.F. (2007). *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives*. New Jersey: Pearson.
- Scrivens, E. (1996). A taxonomy of the dimensions of accreditation system. *Social Policy & Administration*, 30(2): 114–124.
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N., mfl. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6): 445–451.
- Shaw, C.D. (2003). Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3): 455–456.
- Sunol, R., Vallejo, P., Thompson, A., mfl. (2009). Impact of quality strategies on hospital outputs. *Quality and Safety in Health Care*, 18(Suppl. 1): i62–i68.
- Tehewy, M., Salem, B., Habil, I., mfl. (2009). Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: Short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3): 183–189.
- Touati, N. & Pomey, M. (2009). Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy*, 90(2–3): 156–165.
- VanSuch, M., Naessens, J.M., Stroebel, R.J., mfl. (2006). Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care?, *Quality and Safety in Health Care*, 15: 414–417.
- Wagner, L.M., McDonalds, S.M. & Castle, N.G. (2012). Impact of voluntary accreditation on deficiency citations in U.S. nursing homes. *The Gerontologist*, 52(4): 561–570.
- Werner, R.M. & Asch, D.A. (2005). The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *Journal of American Medical Association*, 293(10): 1239–1244.

## RESUME

Studiet bidrager til forståelsen af akkrediteringsprocessens programteori. Den enkle programteori om sammenhæng mellem struktur, proces og outcome kvalificeres med de organisatoriske mekanismer, som i følge den empiriske organisationslitteratur aktiveres, når akkreditering møder den komplekse sygehusorganisering. Artiklen tager udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), men trækker hovedsageligt på internationale studier om effekter af akkreditering. Artiklen har en induktiv tilgang, som tager udgangspunkt i en gennemgang af 32 artikler fra 2000–2013 om akkrediteringens effekter på sundhedsorganisationer. Analysen viser, at akkreditering har effekt på struktur og proces, men en meget blandet effekt på outcome. Dermed er der ingen dokumentation for en programteori om, at bedre outcome følger af dokumenterede, bedre strukturer og processer. Grundlæggende er akkreditering tænkt med udgangspunkt i et lukket og rationelt organisationsperspektiv. Noget der giver problemer, når akkreditering møder et åbent ikke-rationelt organisationsmiljø med mulighed for emergent outcome. At akkreditering alligevel stadig vinder udbredelse, synes bedst at kunne forstås i en institutionel organisationsteoretisk forståelsesramme, hvor legitimitet er blevet det dominerende mål. Skal det være anderledes, må akkrediteringsinstitutionen bringes i bedre overensstemmelse med de sundhedsprofessionelles og patienternes opfattelse af, hvad der kan betegnes som nyttig akkreditering.

## ABSTRACT

The study contributes to our understanding of programme theory of accreditation. The simple programme theory about the causal link between structure, process, and outcome is qualified by identifying organizational mechanisms. These are taken from the empirical literature on accreditation in the context of complex hospital organization. The study takes as its starting point the Danish Healthcare Quality Programme (DDKM), but mainly draws on international studies of effects from accreditation. The article has an inductive approach, drawing on 32 articles from 2000–2013 about organizational effects from accreditation. Accreditation has an effect on structure and process, but mixed effects on outcome. Thus, there is no documentation for a program theory claiming that better structures and processes lead to better outcome. Fundamentally, accreditation is built on an organizational idea of closed and rational organizations. This is problematic when accreditation meets open and not rational organizations with possibilities for emergent outcomes. To explain why accreditation nevertheless is used, we draw on institutional theory, where legitimacy emerges as the dominant goal. If we want to change this, the accreditation institution must be translated in a way that better corresponds to the views of professionals and patients about useful accreditation.

## FORFATTERPRÆSENTATION

*Erik Riiskjær* er økonom med særlig interesse for organisationsteori. Han har ledet projektet: Patienttilfredshed – set i et organisatorisk udviklingsperspektiv på Aarhus Universitet. Han er forfatter til flere internationalt publicerede artikler om patientens oplevelser i kontakten med sygehusets mange forskellige »institutioner«. I hvilken grad spiller disse institutioner med eller imod en mere individuel patientbehandling? Erik Riiskjær er i dag chefkonsulent i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, og er tilknyttet Institut for Økonomi, Business School and Social Sciences, Aarhus Universitet.

Chefkonsulent Erik Riiskjær  
CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
Olof Palmes Alle 17  
8200 Århus N  
Danmark  
E-mail: erik.riiskjaer@stab.rm.dk

*Linda Schumann Scheel* er ph.d., MBA, cand.pæd. og sygeplejerske. Hun har mange års erfaring med akkreditering og kvalitetsudvikling og har bl.a. stået for udviklingen og den daglige ledelse af et tværsektorielt akkrediteringsprojekt for sygehuse, kommune og praktiserende læger i Danmark i perioden 2000–2004. Hun har endvidere i samarbejde med kommuner udviklet tilsynskoncepter for hjemmeplejen, plejecentre og sociale institutioner, plejecentre og hjemmeplejen og stået for gennemførelsen af disse. Hun er forfatter til flere artikler og publikationer inden for akkreditering og tilsyn. Linda Schumann Scheel er i dag prodekan i Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Professionshøjskolen Metropol i København.

Prodekan, ph.d., MBA Linda Schumann Scheel  
Professionshøjskolen Metropol  
Tagensvej 18  
2200 København N  
Danmark  
E-mail: liss@phmetropol.dk

*Viola Burau* er politolog med særlig interesse for sundhedsvæsenet og dets politik og organisering, også i et landekomparativt perspektiv. Hun er forfatter til en lang række artikler i internationale tidsskrifter og bidrag til redigerede bøger på engelsk, bl.a. om: sundhedsreformer, sygehusledelse, prioritering af sundhedsydelse, kliniske retningslinjer og sundhedsprofessionernes rolle. Hendes bog *Comparative Health Policy* (med Robert H. Blank hos

Palgrave Macmillan) udkom i fjerde udgave i 2013. Viola Burau er ansat som seniorforsker i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, og er lektor på Institut for Statskundskab på Aarhus Universitet.

Seniorforsker, ph.d. Viola Burau  
CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling  
Olof Palmes Alle 17  
8200 Århus N  
Danmark  
E-mail: Viola.Barau@stab.rm.dk

### TAKK TIL VÅRE FAGFELLER I 2013

Redaksjonen for Nordiske Organisasjonsstudier (NOS) ønsker å takke alle dem som er listet nedenfor og som har vurdert manuskripter for tidsskriftet i løpet av 2013. Vi ønsker å takke våre fagfeller for den grundige og viktige innsatsen de har gjort for NOS, og for å ha gitt av sin tid og ekspertise.

På vegne av redaksjonen,  
Jacob Aars  
Ansvarlig redaktør

Finn Borum	Dag Ingvar Jacobsen
Oddbjørn Bukve	Morten Knudsen
Tom Christensen	Jill Loga
Anna Cregård	Gigliola Nyhagen Mathiesen
Henrik Johannsen Djuus	Simon Neby
Erik Døving	Elin Anita Nilsen
Per-Erik Ellström	Jeppe Agger Nielsen
Ole Andreas Engen	Ove Njås
Knut Fossestøl	Jon Pierre
Jan Froestad	Heidi Houlberg Salomonsen
Nicoline Frølich	Janne Seemann
Carsten Greve	Knut H. Sørensen
Tor Grenness	Inger Lise Teig
Hanne Foss Hansen	Dag Olaf Torjesen
Peter Hasle	Kjell Tryggestad
Antoinette Hetzler	Ewa Wikström
Thomas Hoholm	



## Informasjon til bidragsytere

*Nordiske Organisasjonsstudier (NOS)* er et akademisk tidsskrift rettet mot studiet av organisasjoner. Tidsskriftet er flerfaglig, der bidrag kan komme fra disipliner som for eksempel økonomi, statsvitenskap, sosiologi, antropologi og psykologi. Bidragsytere kommer fra nordiske forskningsmiljøer eller tar opp tema knyttet til Norden. Bidrag er primært på skandinaviske språk.

### Bedømmelse av artikler

Bedømmelse og oppfølging av innsendte artikler skjer også på nordisk nivå. Innsendte artikkelutkast vil bli bedømt anonymt av to eller tre personer etter prinsippet for «double blind review». Beslutninger om publisering tas av ansvarlig redaktør eller eventuelt gjesteredaktør(er). Vi legger vekt på at en bedømmelse ikke bare er et grunnlag for beslutning om publisering, men at den også er til hjelp for forfattere i videre arbeid.

### Forfatteres ansvar og rettigheter

Bidrag som sendes inn til NOS, skal ikke være under vurdering andre steder. Artikler kan imidlertid være presentert tidligere på konferanser eller forelegge som arbeidsnotat. Forfattere er selv ansvarlige for at materialet som publiseres i NOS, ikke innebærer brudd på noen opphavsrettigheter. Dette gjelder tekst, figurer og bilder. En artikkel i NOS kan ikke publiseres andre steder uten gjensidig enighet mellom forfatter(e) og Fagbokforlaget. Ved innsending av bidrag samtykker forfatter(e) i at Fagbokforlaget kan publisere bidrag digitalt på tidsskriftets passordbeskyttede nettsider. Forfattere er også ansvarlige for at deres bidrag ikke inneholder skrivefeil, er i galt format eller har andre faktiske feil. Bidrag som er antatt for publisering, vil sendes til forfattere for gjennomgang og korrigering.

### Innsending av artikler

Vanlige artikler skal sendes til redaksjonen som vedlagt fil til e-post (nos.rokkansenteret@uni.no), mens artikler til temanummer skal sendes til gjesteredaktør(er). Alle artikler skal være skrevet i Microsoft Word med dobbel linjeavstand og skrifttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12. Merk følgende:

- Forfatteren(e)s navn, adresse, telefon, faks og e-postadresse må oppgis i separat fil og ikke på første side av selve artikkelen.
- Legg ved kort sammendrag (inntil 200 ord) av artikkelen, ett på artikkelspråket og ett på engelsk. Det skal også oppgis fem til seks nøkkelord på originalspråket samt tilsvarende fem til seks «keywords» på engelsk. Legg dessuten ved en kort presentasjon av forfatter(e)s institusjonstilhørighet, stilling, akademisk grad og interesseområder.
- Artikkelen bør være på mellom 6000 og 8000 ord.
- Artikkelen bør ikke ha mer enn tre overskriftsnivåer.
- Tabeller og figurer leveres på separate sider, og merk av i brodteksten hvor hver enkelt skal inn. De gis fortløpende nummerering: tabell 1, 2, 3 osv; figur 1, 2, 3 osv.

- Eventuelle noter plasseres bakerst i teksten (sluttnoter).
- Litteraturlisten gis overskriften «Referanser». Flere referanser av samme forfatter(e) listes opp kronologisk med den eldste referansen først. Referanser av samme forfatter(e) og år merkes a, b, c bak årstallet.

### Kronikker, debattinnlegg og bokmeldinger

Utkast til kronikk eller debattinnlegg bør være på 1000–3000 ord og skal sendes til redaksjonen. Dersom du har forslag til bokmelding (litteraturgranskning), ta kontakt med redaksjonen.

### Referanser settes opp på følgende måte:

(Bok)

Brunsson, Nils (2007). *The Consequences of Decision-Making*. Oxford: Oxford University Press.

(Artikkel i tidsskrift)

DiMaggio, Paul J. & Walter W. Powell (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48 (2):147–160.

(Kapittel i bok)

Furusten, Staffan (2000). The Knowledge Base of Standards. I: Nils Brunsson & Bengt Jacobsson (red.): *A World of Standards*. Oxford: Oxford University Press.

### Referanser i teksten

Bruk forfatter(e)s etternavn, kildens årstall og også sidenummer hvor det er nødvendig, for eksempel Czarniawska (2008:770), eller hvor kilden står i parentes: (Czarniawska 2008:770).

Når flere forfattere er opphavet til samme kilde, oppgis alle forfatteres navn hvis det er fra én til tre forfattere. Hvis det er flere enn tre, skrives navnet på første forfatter, fulgt av «mfl.», i løpende tekst kan man for eksempel skrive «forfatternavn og medforfattere», slik: «Czarniawska og medforfattere hevder at [...]».

### Retningslinjer for vurdering av artikler til

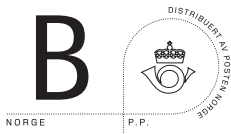
#### *Nordiske Organisasjonsstudier*

Hovedmålet med artikler som antas for publisering i NOS, er at de belyser nye og interessante sider ved organisasjoner eller organisasjonsforskningen. Bidrag skal ha en klar adresse til organisasjonsteoretiske problemstillinger. Vi vektlegger at artikkelen representerer et håndverksmessig høyt nivå på metode, argumentasjon og bruk av teori. Empiriske undersøkelser skal knyttes til teoretiske problemstillinger som har en bredere aktualitet enn det empiriske området som artikkelen gjelder. Bidragsytere kommer fra Norden eller tar opp tema knyttet til Norden. Der det er relevant, belyser de den nordiske versus den øvrige internasjonale forskningen på området.

For mer informasjon, se tidsskriftets hjemmeside:

<http://rokkan.uni.no/nos/>,

<http://www.fagbokforlaget.no/NOS>



## Nordiske OrganisasjonsStudier

# Innhold

Redaksjonelt: Ny redaksjon for NOS 3  
Jacob Aars

### ARTIKLER

Entreprenørskap eller institusjonaliseringsprosessar?  
Om mekanismer i organisasjonsendring 5  
Oddbjørn Bukve og Einar Hovlid

Institusjonell etnografi – ei inspirasjonskjelde  
for den skandinaviske organisasjonsteorien? 30  
Kjetil G. Lundberg og Høgne Lerøy Sataøen

Akkreditering i sundhedsorganisationer  
– effekter på struktur, proces og outcome 51  
Erik Riiskjær, Linda Schumann Scheel og Viola Burau