

FRA DATA SOM LEDELSESINFORMATION TIL DATAINFORMERET LEDELSE

– INDSIGTER FRA DET BORGERNÆRE DRIFTSNIVEAU

VOL#3 Vinter 2022

Publiceret: 7. december 2022

Af: Niels Borch Rasmussen, Jonathan Jagd Hermansen, Irina Papazu og Kasper Friis Rasmussen

ABSTRACT

Der er i disse år en stigende interesse for at datainformere velfærdsarbejdet i den offentlige sektor. Mens data i årtier er blevet anvendt som ledelsesinformation, er fokus nu på, at data skal anvendes til at understøtte og udvikle det borgernære driftsniveau, og at ledere skal bedrive fagligt lederskab med data som omdrejningspunkt. På det praktiske plan fremstår ambitionerne imidlertid ganske ukonkrete, og på trods af ambitioner om at datainformere velfærdsopgaven, er det fortsat uklart, hvordan data kan skal understøtte den professionelle opgaveløsning. Formålet med artiklen er at undersøge, hvordan professionelle anvender data i praksis, og hvilke former for data, som professionelle efterspørger i mødet med borgeren. Til dette formål undersøger vi arbejdet med diabetesrehabilitering i et kommunalt sundhedscenter. Casen er baseret på interview med ledere og medarbejdere om anvendelse og forestillinger om data i kontakten med diabetespatienter. Vi finder i analysen, at arbejdet med diabetesrehabilitering bygger på en tæt relation til borgeren, hvor data om resultat og effekt ikke umiddelbart er understøttende for opgaveløsningen. Derimod finder medarbejderne andre veje til at indsamle og bearbejde data til at understøtte arbejdet på det borgernære driftsniveau. Casestudiet bidrager til at konkretisere den nuværende diskussion om datainformeret ledelse med indsigter fra arbejdet med data på det borgernære driftsniveau.

INDLEDNING

I et kommunalt sundhedscenter, der blandt andet råder over tilbud om rygestop og diabetesrehabilitering, er centerlederen optaget af, hvordan data kan skabe nye muligheder i samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere om måden at løse opgaver på:

Det med, at man kan tale ind i deres faglighed og oprigtig interesseret ind i deres arbejde, betyder noget for deres arbejdsmiljø. Jeg kan jo godt sige, at det er en dejlig måde, de møder borgerne på, når de kommer, og at de er søde, når de taler med borgerne. Og det er da også godt. Men det er ikke det, der motiverer en klinisk diætist eller en rygestoprådgiver. Det er, at de er smadder gode til at få folk til at holde op med at ryge eller til at tage sig... Man kan lave en mere oprigtig anerkendelse af deres arbejde... Jeg oplever i hvert fald meget engagerede medarbejdere, når de arbejder med data på den her måde. Jeg synes ikke, det giver engagement at tælle, hvor mange borgere, de har haft igennem. Men når det handler om kvalitet og effekt, kan jeg virkelig se et fagligt engagement... Det har jeg på rygestop og på diabetes. Det er noget af det, der tømmer teamet sammen. At de har noget fagligt sammen at løbe efter. En faglig stolthed i teamet. At det nytter noget, det, de gør. (Interview med leder af et kommunalt sundhedscenter)

Citatet fra centerlederen kan forstås i lyset af de seneste års nytænkning af, hvordan data skal anvendes i den offentlige sektor. Nytænkningen bygger på en tanke om, at data ikke blot skal bruges som ledelsesinformation på forvaltnings- og politisk niveau, men også til at udvikle af velfærdsorganisationers opgaveløsning. Ledere og medarbejdere skal med andre ord være datainformeret ved at "integrere data" i måden at løse velfærdsopgaver på (KL 2020). En sådan nytænkning af måden at anvende data stiller samtidig nye forventninger til lederes rolle i velfærdsorganisationer. Selve begrebet data har efterhånden så mange konnotationer, at denne artikel har til formål at undersøge de forskellige forståelser af data som begreb, hvorfor flertydigheden i sig selv kan være en pointe. Almindeligvis vil begrebet data henvise til nøjagtige oplysninger af relevans for opgaveløsningen, men derved bliver konteksten også afgørende for, hvorvidt en oplysning kan betragtes som data. Betegnelsen datainformeret (datadrevet eller databaseret) ledelse, udtrykker ideen om, at data skal være omdrejningspunktet for dialog og læring i samarbejdet mellem decentrale ledere og medarbejdere på det borgernære driftsniveau (Høyer 2019; Holm m.fl. 2020). Det centrale i at arbejde datainformeret er, at ledelse og medarbejdere sammen reflekterer over, hvordan data kan tolkes og bruges til at udvikle organisationen måde at arbejde på (Juul Rasmussen 2018), og i betegnelsen ligger en

forestilling om, at data kan åbne for nye perspektiver, der kan udfordre den eksisterende måde at løse opgaver på (Væksthus for Ledelse 2021; Wiedemann 2021).

Det fælles mantra for ideer som datainformeret ledelse er, at arbejdet med data skal "give mening" for medarbejdere på det borgernære driftsniveau. Det centrale i at arbejde datainformeret er, at der udvikles en fælles datakultur i organisationen, hvor ledere og medarbejder sammen er optaget af at indsamle og tolke data, der giver indblik i organisationens effekter i forhold til målgruppen (Fløjborg 2018). Data skal derfor ikke blot skubbes opad i forvaltningen og bruges som ledelsesinformation, men skal være til nytte for de medarbejdere, der udfører velfærdsstatens kerneopgaver. I denne forståelse af data ligger også implicit en forventning om, at indsatser og tilbud kan gøres målbare. Denne tilgang til brugen af data blev tydelig i Ledelseskommisionens rapport fra 2018, hvor det fremgår, at forvaltninger har en "*særlig forpligtelse*" til at arbejde med data for at bidrage med viden om effekter af velfærdsydelser og "*præsentere dem for det borgernære driftsniveau med henblik på refleksion over, hvad der kan gøres for at forbedre resultaterne for borgerne*" (s. 43). Kommunernes seneste Datastrategi (KL 2022) fremhæver endvidere vigtigheden af at opbygge en "*datakultur*" og at "*data skal kunne... styrke medarbejdernes opgaveløsning*".

Denne artikel sætter derfor fokus på forbindelsen mellem data og opgaveløsning på det borgernære driftsniveau i den offentlige sektor. Forudsætningen for datainformeret ledelse er således, at medarbejdere på det borgernære driftsniveau oplever data som meningsfulde og anvendelige i deres arbejde. Det springende punkt i datainformeret ledelse er derfor, hvilke typer af data, der kan understøtte opgaveløsningen, og hvordan disse data indgår i opgaveløsningen. Men på trods af interessen for at arbejde datainformeret, er der et bemærkelsesværdigt fravær af formidlede erfaringer med at anvende data på det borgerbære driftsniveau. Den akademiske styrings- og ledelseslitteratur har længe beskæftiget sig med tilsigtede og utilsigtede følger af mål- og performancestyring (Pollitt 2013; Dahler-Larsen 2013; Wadmann et al. 2019), men har sjældent haft fokus på data, der indgår som en del af professionelles vidensgrundlag i opgaveløsningen (Moynihan et al. 2019). Høybye-Mortensen og Ejbye-Ernst (2019) undersøger i denne forbindelse hvordan performance information opleves fra sagsbehandleres perspektiv og finder, at afstanden til ledelsen har betydning for, hvorvidt sagsbehandlere finder formålet med performance information meningsfuld. I et andet bidrag undersøger de samme forfattere (2018) praksis for sagsbehandleres brug af digitale fagsystemer i socialt arbejde, og hvordan data fra fagsystemer anvendes som ledelsesinformation i organisationen. Mens disse studier peger på distinktionen mellem forvaltningens og professionelles forskellige behov for data og giver et interessant indblik i, hvordan professionelle producerer ledelsesinformation i eksisterende fag- og performancesystemer, så er der et fravær

af studier af, hvor data produceres med det formål at understøtte professionelles opgaveløsning.

Hverken den akademiske eller øvrige litteratur råder således over konkrete, empiriske cases for, hvordan data anvendes i praksis til at understøtte den professionelle opgaveløsning. De manglende empiriske eksempler betyder, at ideen om datainformeret ledelse fremstår som en abstrakt vision, uden konkrete anvisninger til, hvordan data kan bidrage til at kvalificere opgaveløsningen på det borgernære driftsniveau. Et studie af Hoyer (2019) om personlig medicin peger sågar på en tendens til at tale om data i et mere eller mindre ukendt fremtidsperspektiv, hvor "løftet" om data udskyder udviklingen, indtil den rette data er til rådighed. Med manglen af formidlede erfaringer med at arbejde datainformeret, så står det hen i det uvisse, om datainformeret ledelse er udtryk for et lignende "løfte" om fremtiden eller allerede en del af virkeligheden i den offentlige sektor.

Vores artikel er en undersøgelse af, hvad det indebærer at arbejde datainformeret på det borgernære driftsniveau. Vi undersøger dette med interviewdata fra medarbejdere i et kommunalt sundhedscenters diabetesindsats ud fra spørgsmålet; *hvordan anvendes data i arbejdet med diabetesrehabilitering, og hvilke data oplever hhv. ledere og medarbejdere som meningsfulde i opgaveløsningen?* Analysen bidrager med viden om, hvilket behov for data, som medarbejdere efterspørger på det borgernære driftsniveau, og hvordan dette behov adskiller sig fra data som ledelsesinformation. Derudover bidrager artiklen med overvejelser om, hvad ledere og medarbejdere skal være opmærksomme på i udvikling af en datainformeret opgaveløsning.

Efter denne indledning præsenteres først den empiriske kontekst for diabetesindsatsen i det kommunale sundhedscenter. Derefter præsenteres den analytiske ramme samt metoder for indsamling og bearbejdning af interviewmateriale. I analysen præsenteres først de centrale empiriske fund i interviewmaterialet og herefter en fortolkning på baggrund af den analytiske ramme. Artiklen afsluttes med en diskussion af, hvilke empiriske fund der kan bidrage til forståelsen af at arbejde datainformeret på det borgernære driftsniveau og en konklusion.

EMPIRISK KONTEKST

De kommunale sundhedscentre er til dels opstået som resultat af Kommunalreformen i 2007, hvor opgavefordelingen på sundhedsområdet blev ændret (se også Due et al. 2008). De kommunale sundhedscentre er dermed tilbud, der ligger uden for sygehusene i de enkelte regioner. Sundhedscentrene har ofte fokus på aktiviteter rettet mod sundhedsfremme og forebyggelse. Desuden kan sundhedscentrene have aktiviteter såsom projektudvikling og udarbejdelse af sundhedsprofiler.

Organiseringsformen samt typen af aktiviteter i sundhedscentrene kan variere betydeligt på tværs af kommuner (Mathiasen & Møller 2015).

Det kommunale sundhedscenter, som undersøges i denne artikel, er i det seneste årti vokset med omkring det tredobbelte antal ansatte. Sundhedscentrets vokseværk kan forstås som et led i en igangværende national omstrukturering af det danske sundhedssystem, der går ud på at lette presset på hospitaler ved at overføre opgaver til kommunale sundhedssystemer, hvor flere ressourcer prioriteres til forebyggende indsatser. Type 2 diabetes er en af de livstilssygdomme, der fylder meget i omstillingen til forebyggende indsatser. Antallet af borgere, der får diagnosticeret type 2 diabetes er næsten fordoblet i det sidste årti, og dertil skal regnes et stort skyggetal af borgere, der lever med sygdommen uden at være klar over det (Sundhedsstyrelsen 2017, 2021). Indsatsen for patienter med type 2 diabetes er en vigtig brik i kommunens forebyggende arbejde, fordi diabetespatienter er i risiko for at udvikle behandlingskrævende følgesygdomme, hvis sygdommen ikke er under kontrol. Hvis diabetespatienter derimod lever en sund livsstil med sund kost, fysisk aktivitet og korrekt medicinering, er det muligt at leve et langt og sundt liv med diabetes.

Formålet med sundhedscentrets diabetesindsats er således at *”at styrke borgerens egen evne til at leve et sundt liv med diabetes.”* (Internt dokument i Sundhedscentret), så diabetikere ikke udvikler unødvendige følgesygdomme såsom hjertekarsygdom, nervesygdom, nyresygdom og øjensygdom (Sundhedsstyrelsen 2017). En sådan forebyggelsesindsats medvirker både til, at kommunens borgere får et bedre liv med diabetes, mens det økonomiske rationale på længere sigt er, at kommunen sparer den omkostningstunge behandling af følgesygdomme. Det afgørende for, at borgere kan mestre eget liv, er, at borgerne får en bedre forståelse af, hvordan en sund livsstil indvirker på følgevirkningerne af diabetes.

I 2017 udgav sundhedsstyrelsen (ibid.) en række anbefalinger til, hvordan kommuner kan tilrettelægge diabetesindsatsen, og i det kommunale sundhedscenter har diabetesteamet, der består af en diætist, to sygeplejersker og to fysioterapeuter, valgt at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Indsatsen for diabetesrehabilitering består således af tre trin i borgerens diabetesforløb; den afklarende samtale, aktiviteter i forløbet og den afsluttende samtale.

En borgers diabetesforløb starter med en afklarende samtale med koordinatoren i diabetesindsatsen. På baggrund af samtalen sammensætter koordinatoren og borgeren en konkret handleplan, der består af aktiviteter for borgerens diabetesforløb.

En central aktivitet i diabetesindsatsen er at formidle viden om diabetes, og hvad diabetikere kan gøre for at leve med sygdommen. Til dette formål tilbyder sundhedscentret undervisningsforløb i både grupper, som diabetesteamet diætist har ansvaret for. Foruden kost og medicin er fysisk træning en hjørnesten i behandling af borgere med diabetes. I indsatsen tilbydes træningsforløb med henblik på at gøre

borgerne træningsvante og præsentere dem for så mange forskellige træningsformer som muligt. Endelig har diabetikere, der ryger, mulighed for at følge et kursus i rygestop i Sundhedscentret.

Når borgeren har gennemført aktiviteterne i diabetesforløbet, afholdes en afsluttende samtale. Det er som udgangspunkt den koordinator, der har haft den afklarende samtale med den pågældende borger, der også gennemfører den afsluttende samtale. Til samtalen foretager koordinatoren sammen med borgeren en evaluering af de mål og ønsker, som blev fastlagt til den afklarende samtale. Fokus i samtalen er dels på, om borgeren har brug for yderligere støtte, og hvorvidt borgeren fremover vil kunne fastholde de vaner, som er opnået igennem forløbet.

TEORI OG METODE

Formålet med artiklen er at undersøge, hvordan data anvendes på det borgernære driftsniveau til at understøtte opgaveløsningen. Vi ønsker med andre ord at træde et skridt tilbage fra de mange ideer og ambitioner, der tales frem i forbindelse med datainformeret ledelse for dermed at undersøge, hvordan arbejdet med data rent faktisk foregår i praksis. Til denne eksplorative undersøgelse har vi gjort brug af litteraturen om kritiske datastudier til at konstruere en teoretisk ramme. I det følgende præsenteres først tre indsigter fra litteraturen om kritiske datastudier som udgør artiklens teoretiske ramme. Derefter forklarer vi, hvordan vi har anvendt denne teoretiske ramme til at indsamle og bearbejde artiklens empiri.

Den første indsigt er fra Gitelman og Jackson (2013), der fremhæver, at forestillingen om objektive (eng. "raw") data, som et slags objektivt blik på virkeligheden, er forfejlet. Deres pointe er, at data altid er produceret og fortolkning i en kulturel kontekst, som er farvet af normer, værdier og intentioner. Hvis vi betragter data som en rå repræsentation af "virkeligheden", vil disse kulturelle træk være slørede. Data er altid "tilberedt" og bearbejdet gennem metoder for indsamling, opbevaring og videreformidling (Gitelman & Jackson 2013; 3). Denne indsigt kalder på empiriske undersøgelser af praksis, der udfolder hvordan data er produceret, tolket og anvendt, og dermed også hvordan data er en afspejling af det sociale liv.

I forlængelse heraf står begrebet mening centralt i kritiske datastudier. Data optræder altid i et narrativ, der tillægger data en sammenhæng, form og betydning, der gør det muligt for os at begribe, hvad data fortæller om virkeligheden. Data indeholder altså ikke i sig selv mening, men det er mennesker, der tolker mening i data, når de skaber et narrativ. Narrativer bliver til i en proces, hvor data bearbejdes i et forsøg på, at få det til at give mening i en given kontekst (Dourish & Cruz 2018; 1). Artiklens analyse bygger på den forståelse af, at data først giver mening, når vi tilskriver dem mening. Interessen i denne artikel er på at undersøge, hvilke narrativer der opstår i arbejdet

med data, og hvilken indflydelse disse narrativer har for opgaveløsningen (Dourish & Cruz 2018; 5).

I forlængelse heraf er den tredje indsigt i den analytiske ramme, at data bliver til i kraft af vores forestillinger (imagination) om data (Gitelman & Jackson 2013). Data bliver produceret i tilknytning til bestemte forestillinger om det formål, som data skal have. Dette betyder, at aktørers forestillinger om måder at anvende data har særlig interesse i empiriske undersøgelser, eftersom det er disse forestillinger, der bliver materialiseret. Et fokus på aktørers forestillinger om datas anvendelsesmuligheder kan bruges til at belyse de underliggende rationaler, som aktører kan have i arbejdet med data. I undersøgelsen har vi et særligt blik på hhv. ledere og medarbejderes forestillinger om at arbejde datainformeret.

Indsamling og bearbejdning af empiri

Formålet med studiet har fra begyndelsen været at foretage en eksplorativ undersøgelse af arbejdet med data på det borgernære driftsniveau. Da vi begyndte med at indsamle empiri, havde vi derfor ikke et særligt kendskab til, hvordan data blev anvendt i det kommunale sundhedscenter. Efter en række møder med sundhedscentrets ledelse, aftalte vi at gennemføre interview med i alt otte medarbejdere, der arbejdede med hhv. diabetikere og demente borgere, der boede i eget hjem, mens vi samtidig har indsamlet dokumenter i form af arbejdsgangbeskrivelser, retningslinjer og projektbeskrivelser. Det er på baggrund af dette empiriske materiale om sundhedscentrets aktiviteter, at vi har valgt diabetesindsatsen som case for denne artikel. Valget faldt på diabetesindsatsen som case fordi medarbejderne i diabetesteamet udtrykte en særlig interesse for at arbejde med data. Motivationen for at tage udgangspunkt i en enkelt organisation er ikke, at oplevelserne eller praksisserne er repræsentative for andre sundhedscentre (Ruddin 2006). Til gengæld bidrager analysen med en forståelse af, hvad ledere og medarbejdere oplever, der kan give perspektiver til at forstå, hvordan de overordnede ambitioner med datainformeret ledelse i den offentlige sektor bliver omsat til handlinger, samt hvilke barrierer der kan opstå i den forbindelse. Dermed er formålet med casestudiet at bidrage med indsigter i de særlige egenskaber for fænomener som datainformeret ledelse og professionsudøvelse.

Det empiriske grundlag for analysen af sundhedscentrets diabetesindsats er baseret på interview med lederen af sundhedscentret samt tre medarbejdere i diabetesteamet. Valget af interview som empirisk grundlag for analysen gjort ud fra et ønske om, ikke blot at beskrive sundhedsprofessionelle praksis, men også at indfange deres intentioner med- og forestillinger om data. Interviewene blev gennemført hen over foråret 2021 som onlineinterview på grund af coronarestriktioner og havde en varighed på mellem én og halvanden time. Interviewene blev foretaget af enten to eller tre af

artiklens forfattere, hvoraf én blev udpeget som primær interviewer, mens øvrige interviewere skrev notat og kunne supplere med spørgsmål. Derudover blev et enkelt interview foretaget med diabetesteamets koordinator i foråret 2022. Fokus i interviewet med diabeteskoordinatoren var, hvordan diabetesteamet havde udviklet arbejdet med data i praksis. Alle interview blev optaget og efterfølgende transskriberet og kodet i Nvivo.

Interviewene er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, der er bygget op om den analytiske ramme fra kritiske datastudier. Derudover blev dokumenter om arbejdsgange i diabetesindsatsen blev baggrund og ramme for den semistrukturerede interviewguide. Intentionen med interviewene er således at indfange interviewpersonernes egne udlægninger af deres arbejdsopgaver, samt brug- og forestillinger om data. Den første del af interviewguiden handler om den professionelle opgaveløsning, hvor vi bad interviewpersonerne om at beskrive de centrale træk ved deres arbejde så praksisnært som muligt. Intentionen med disse spørgsmål var at indfange, hvad medarbejderne opfatter som det centrale i deres arbejde for dermed at forstå, hvad det er for en praksis, som data skal understøtte. Den anden del handler om, hvad interviewpersonerne opfattede som data, og hvilke former for data, der understøttede opgaveløsningen. Intentionen med disse spørgsmål var at få en forståelse af, hvad det var for et videns- og informationsbehov, som medarbejderne skulle bruge i opgaveløsningen. Den tredje del vedrører interviewpersonernes forestillinger om data. Vi spurgte ind til, hvordan medarbejdere ønskede at arbejde med data for at understøtte diabetesindsatsen. Intentionen med disse spørgsmål var at kunne undersøge, hvilke formål og rationaler, der lå bag interviewpersonernes forestillinger om data.

Bearbejdning af empiri er foretaget ad tre omgange. Først har vi foretaget en kodning af kategorier, som den semistrukturerede interviewguide er bygget op omkring. Dette omfatter en kodningskategori for, hvad interviewpersonerne oplever som det centrale i arbejdet med diabetesrehabilitering, en kodningskategori for, hvordan medarbejdere indsamlede data, som lå til grund for faglige vurderinger, samt en kodningskategori for, hvilke forestillinger og muligheder interviewpersonerne så i arbejdet med diabetesrehabilitering. Derefter har vi undersøgt hhv. centerlederen og medarbejderne forestillinger om data for dermed at stille skarpt på, hvilke forskelle der var i forståelse af, hvordan data giver mening i opgaveløsningen. Endelig har vi behandlet det interview med diabetesteamets koordinator, der blev foretaget et år efter de øvrige interview. Interessen er på processen for, hvordan der i diabetesteamet blev udvikling en praksis for at arbejde med data i løbet af foråret 2022. Interviewet er kodet efter hvordan nye ideer blev udviklet i diabetesteamet.

ANALYSE

I analysen præsenteres først de empiriske fund i form af transskriberede interviewcitater og derefter en tolkning af de centrale empiriske fund på baggrund af den analytiske ramme.

Empiriske fund

De empiriske fund fra analysen er præsenteret i tre afsnit. Først undersøges centrale træk ved det professionelle arbejde i diabetesteamet for dermed at udfolde, og hvad det er for en opgaveløsning som data skal understøtte i en datainformeret ledelsespraksis. Derefter præsenteres centerleders og medarbejderes forestillinger om, hvordan data kan anvendes i opgaveløsning. Det tredje afsnit følger op på, hvordan arbejdet med data blev udviklet i det efterfølgende år.

Arbejdet med diabetes rehabilitering

Som diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker har alle medarbejdere i diabetesteamet en sundhedsfaglig baggrund. Når vi i interviewene har spurgt ind til det centrale i arbejdet med diabetikere, nævner interviewpersonerne imidlertid ikke deres sundhedsfaglige baggrund, men derimod den borgernære kontakt som det primære. I denne forbindelse er det tydeligt, at det er den personlige kontakt og udgangspunktet i den enkelte borger, der er det faglige udgangspunkt i diabetesindsatsen.

Som en erfaren rotte efterhånden, så har jeg fundet ud af, at det, der har den største betydning, det er, at du kan tilpasse din viden til den person, du sidder med. Det handler ikke kun om, hvilke næringsstoffer, de skal have, men at du kan gøre det borgernært. Og så at finde ud af, hvordan man bedst møder den enkelte. Det med livsstil er rigtig svært for mange, der gentagne gange taber sig og tager på igen, så det handler om at tænke over; 'hvordan skal man møde dem denne gang og sætte sig lidt i deres sted?' For diabetespatienter fylder det meget, at nu har de pludselig fået en sygdom, som de nu skal jeg tage seriøst. Så bliver de ofte meget forvirrede, fordi de hører og læser meget. Så det handler om at få det kogt ned til, hvad de kan gå hjem og gøre uden at skulle give afkald på deres livskvalitet. (Diætist)

Det centrale i det professionelle arbejde handler således om at imødekomme den enkelte borger, for at kunne ændre borgerens livsstil. I citatet giver diætisten udtryk for, hvor vigtigt det er at kunne sætte sig ind i borgerens livssituation og motivation for at kunne ændre deres livsstil. Opgaven handler således ikke blot om at formidle viden om kost, motion og diabetes, men om hvordan den enkelte borger kan finde motivationen til at ændre sine vaner. Det er således kendetegnende for alle

interviewpersoner, at de er optagede af forstå hver enkel borgers livssituation, hvor derefter at kunne støtte dem i at ændre livsstil.

Samtidig er denne forståelse af den professionelle opgave bestemmende for, hvilke data der kan understøtte opgaveløsningen. I interviewene spurgte vi alle medarbejdere, hvad de opfattede som relevant data i arbejdet med diabetesrehabilitering. Som det fremgår af nedenstående interview med koordinatoren i diabetesindsatsen, består data af oplysninger om borgerens hverdag og trivsel.

Hvem er det, jeg taler med? Det er meget vigtigt for mig at få et billede af. Oplysninger om, hvad de spiser, hvis de ønsker at tabe sig meget. Er det nogen, der kun spiser to gange om dagen og kun fastfood, eller er de allerede tæt på det, vi ville anbefale dem. Hvordan er deres trivsel i hverdagen? Det kan også være, at vi kommer frem til, at man har egentlig meget brug for rehabilitering, men man har måske ikke selv fået øje på, at man er tæt på at ligge ned af stress. Så kan vi stille alt muligt op, men kommer ikke rigtig nogle vegne. Så det er noget med at fokusere på, hvordan er deres generelle trivsel i forhold til at ændre noget i hverdagen (diabeteskoordinator)

For koordinatoren er disse data centrale for at kunne sammensætte et diabetesforløb som bedst muligt kan ændre borgerens livssituation. Foruden borgerens generelle trivsel, er det vigtigt for koordinatoren at få et indblik i borgerens motivation for at starte i et diabetesforløb. Det er først og fremmest til afklaringssamtalen, at koordinatoren får en forståelse af borgerens livssituation, mens borgerens henvisning fra egen læge som regel ikke indeholder væsentlige oplysninger i opgaveløsningen.

Da medarbejderne første gang blev interviewet i foråret 2021, var der ikke udviklet en egentlig praksis for at indsamle og anvende systematisk data til at understøtte opgaveløsningen. Det fandtes enkelte opgørelser af antallet af diabetesforløb i løbet af et år, men disse data fremgik blot i sundhedscentrets årlige afrapportering og havde ingen betydning i selve opgaveløsningen.

Forestillinger om data

I foråret 2021 blev interviewpersonerne desuden spurgt, hvordan de forestillede sig, at data kunne anvendes til at understøtte arbejdet med diabetesrehabilitering. I den forbindelse kom det frem, at sundhedscentret for så vidt allerede havde gjort sig erfaringer med at arbejde systematisk med data i sundhedscentrets rygestopindsats. Rygestopindsatsen var del af et tværkommunalt samarbejde i Region Hovedstaden om en fælles database, der sammenligner rygestopindsatser på en række fælles vedtagne målepunkter. Med et sammenligneligt datasæt har det været muligt at udveksle erfaringer og reflektere over rygestopindsatsen på tværs af kommuner, mens ledere har haft mulighed for gå i dialog med rygestoprådgivere om indsatsens resultater.

Særligt var målepunktet, om borgeren har fastholdt rygestoppet seks måneder efter afsluttet forløb, centralt for at sammenligne effekten af rygestopindsatsen.

I interviewet med centerlederen var det tydeligt, at centerlederen anså rygestopindsatsen som løftestang for, hvordan arbejdet med data kunne udvikles i sundhedscentrets øvrige indsatser. Centerlederens forestillinger om at arbejdet med data handlede derfor i høj grad om at overføre erfaringer og praksis fra rygestopindsatsen til sundhedscentrets diabetesindsats.

Jeg vil gerne kunne måle, hvor mange der forbedrer deres aktivitetsniveau. Men også noget med at få dem ringet op efter et halvt år, som vi gør med rygestop, og spørge: 'er du kommet i gang med noget motion i en forening?' eller 'hvor tit dyrker du motion?', sådan så vi får noget at vide om, hvorvidt de holder fat i de sunde vaner, de har fået hos os. Der er forskning på området, der viser, at det gør folk ikke. Det, synes jeg, er for fjollet, at folk kommer i kommunale tilbud - er der i 8 ugers tid og forbedrer ganske vist deres fysiske funktionsniveau - men efter et halvt eller helt år, så er de tilbage i kageform igen. Det er ikke derfor, vi er sat i verden. Vi ændrer ikke nogens livslange sundhed ved, at vi har givet dem et kommunalt tilbud i 8 uger. Det lever de næppe meget længere af. (Leder af Sundhedscentret)

Som det fremgår af citatet, er centerlederen interesseret i at måle effekten af diabetesindsatsen ved at følge op på borgeres aktivitetsniveau et halvt år efter afsluttet diabetesforløb. De muligheder, som centerlederen ser i at arbejde med data i diabetesindsatsen er således i overensstemmelse tankegangen i datainformeret ledelse, hvor opmærksomheden er på at undersøge velfærdsydelsers resultater i forhold til målgruppen (se Ledelseskommisionen 2018).

Det springende punkt er imidlertid, hvorvidt centerlederens forestillinger om data harmonerer med medarbejdernes i diabetesindsatsen. Et centralt fund i analysen er her, at medarbejderne gav udtryk for en noget anden forestilling om, hvilke data der gav mening i opgaveløsningen. I denne sammenhæng hæftede flere medarbejdere sig ved, at rygestopindsatsens havde nogle oplagte målepunkter, som ikke kunne overføres til diabetesindsatsen. Forskellen mellem de to indsatser bestod i, at diabetesforløbene ikke er ens for alle borgere, men individuelt sammensat, hvilket betyder, at succeskriterierne i hvert enkelt diabetes forløb er forskellige. Formålet med diabetesindsatsen er derfor ikke helt så entydigt at måle på som på rygestopindsatsen, hvor det binære målepunkt, rygestop/ikke rygestop, er et entydigt, kvantitativt mål. Diætisten i diabetesindsatsen reflekterer her over denne udfordring i forhold til at opstille specifikke målepunkter for indsatsen.

Du kan jo godt have borgere, som ikke nødvendigvis får forbedret vægt eller diabetes, men det kan være, at de alligevel har fået det bedre. Og det er jo

kvalitative ting, der er rigtig svære at måle på... Og det har jeg tænkt over har været udfordringen i forhold til at arbejde med livsstil, at det faktisk er svært at måle på... Det er i forhold til deres trivsel, når de starter, hvordan er deres trivsel på humøret og aktivitetsniveau mentalt, når de stopper. Så det er noget, vi prøver at bruge. Vi prøver også at bruge nogle fysiske test til at starte og slutte med. Men det her kvalitative, om hvordan man har det, kunne jeg godt tænke mig, at der var mere fokus på. Et er at kigge på vægt og blodprøver, men det har endnu større betydning, at du får noget mere livskvalitet i din dag. (Diætist)

For diætisten og øvrige medarbejdere i diabetesindsatsen er det ikke så enkelt at opstille kvantitative mål for, hvad borgerne får ud af et diabetesforløb, eftersom "livskvalitet" er en subjektive størrelse for den enkelte borger. Denne opfattelse skal forstås i lyset af, at den borgernære kontakt og udgangspunktet i den enkelte borger er kernen i det professionelle arbejde i diabetesindsatsen. Selvom medarbejderne i diabetesindsatsen gav tydeligt udtryk for, at de gerne ville arbejde med data, så havde de i foråret 2021 vanskeligt at forestille sig, hvordan systematiske data ville kunne understøtte arbejdet med diabetesrehabilitering.

Spørgsmålet er derfor, hvad der kan forklare denne markante forskel på centerleders og medarbejders forestillinger om brug af data i diabetesindsatsen. Her kan det være relevant at henvise til centerlederens og medarbejdernes rolle i sundhedscentret. Mens medarbejdernes opgave er på det borgernære driftsniveau, har centerlederen i sin rolle behov for at balancere flere hensyn. Af interviewet fremgår det, at centerlederen har flere formål med at anvende data i sundhedscentret. Foruden ambitionen om at bedrive datainformeret ledelse i samarbejde med sine medarbejdere har centerlederen samtidig et behov for at legitimere sundhedscentrets aktiviteter over for kommunens politiske ledelse.

Der er en sårbarhed i det og en brændende platform i at få data til at fortælle de gode historier. Det er derfor, jeg løber sådan efter det... Mit område er afhængigt af at fortælle den gode historie for at overleve, og ved et kommunalvalg kan der jo komme nogle andre ind og synes noget andet. Så jeg kan ikke hvile på laurbærrene. Jeg er nødt til hele tiden at fortælle de gode historier. (Leder af Sundhedscentret)

For centerlederen er det vigtigt at kunne dokumentere den værdi, som sundhedscentrets indsatser har for kommunens borgere. I interviewet fremgår det, at det, centerlederen forstår ved den "gode historie", er, når det er muligt at dokumentere den værdi, som sundhedscentret har for kommunens borgere. De gode historier står således mest tydeligt frem, når det data kan dokumentere effekten af sundhedscentrets indsatser. Forventningerne fra omgivelserne til, at centerlederen "er nødt til hele tiden at fortælle de gode historier" kan være medvirkende til, at centerlederen også i relation til medarbejderne har fokus på data, der dokumenterer

effekten af arbejdet med diabetesrehabilitering. Centerlederen giver således udtryk for to forskellige rationaler for at arbejde med data på driftsniveauet. Det ene handler om at udvikle opgaveløsningen i tråd med ideen om datainformeret ledelse, og det andet rationale handler om at legitimere sundhedscentrets aktiviteter for politiske udvalg. Det fremgår imidlertid ikke i interviewet, om centerlederen ser disse to rationaler som modstridende eller komplementære.

I interviewmaterialet finder vi desuden ikke, at forskellene på centerlederens og medarbejdernes forestillinger om data i diabetesindsatsen var genstand for egentlige uenigheder eller spændinger i sundhedscentret. Årsagen til dette kan være, at leder og medarbejdere endnu ikke var begyndt på arbejdet med at udvikle data til diabetesindsatsen i foråret 2021.

Udvikling af arbejdet med data

Selvom centerlederen og medarbejdere længe havde haft et ønske om at arbejde med systematiske data, var det først i løbet af foråret 2022, at et sådant arbejde begyndte at tage form. I diabetesteamet havde medarbejderne i forvejen ført statistik med borgere i indsatsen med henblik på at skabe overblik ved årets udgang, men ved årsskiftet begyndte teamet at arbejde med, hvordan data kunne anvendes løbende i diabetesindsatsen. Det interessante ved udviklingsarbejdet er, at medarbejdere ikke fra starten havde en klar ide om, hvordan data skulle anvendes. Derimod fortæller koordinatoren i interview, at teamet besluttede sig at komme i gang for at se, hvor det førte hen.

Og så tænkte vi nej, nu må vi fra årsskiftet dykke ned i noget. Og så må vi bare starte et sted. Det var vores udgangspunkt. Og så er der det med, hvor meget data man skal have. Det snakkede vi vist også lidt om sidste gang. Men altså, hvor meget og hvor lidt? For det skal ikke være så meget, at man ikke kan se, hvor det starter og slutter. Men man er jo også nødt til at udvide med et eller andet. Så prøvede vi at give os lidt i kast med det. (Koordinator)

Medarbejderne i teamet begyndte således at udbygge det eksisterende datasæt med data om borgere på baggrund af den afklarende samtale. Dette bestod i, at medarbejderne definerede nye kategorier ud fra deres fornemmelse af, hvilke oplysninger der fremadrettet kunne være relevante. Efter de afklarende samtaler registrerede teamets koordinators således data om borgere i indsatsen under kategorier som civilstatus, hjemmeboende børn, alder, køn, hvor længe borgere havde været bekendt med sygdommen, den praktiserende læger, der henviser til indsatsen, tilknytning til arbejdsmarkedet og hvilke aktiviteter, borgerne henvises til.

Sideløbende med, at dette registreringsarbejde pågik, arbejdede medarbejderne videre med, hvordan dette datasæt kunne anvendes i indsatsen. Dette løbende refleksionsarbejde med at finde formål og retning i arbejdet med data førte teamet igennem en række overvejelser: Opmærksomheden var indledningsvist på at skabe et

samlet overblik over borgere i indsatsen fordelt på alder, køn og antallet af såkaldte "komplekse" borgere, der har særlig udfordringer, som gjorde det vanskeligt at profitere af et diabetesforløb. På baggrund af disse data blev opmærksomheden ledt hen på de borgere, der ikke ønskede at deltage i holdundervisning ud fra spørgsmålet; *"hvis man ikke vil have undervisning, er det så fordi, man ved alt om diabetes, eller om der ligger noget andet i det?"* (Koordinator).

Endelig gav spørgsmålet om til- og fravalg af holdundervisning anledning til refleksioner over, hvordan sammensætningen af borgere i holdundervisningen kunne gentænkes. Hidtil var holdene blevet sammensat mere eller mindre tilfældigt af borgere på indsatsens venteliste, men i løbet af foråret 2022 begyndte medarbejderne i diabetesteamet at interessere sig for, hvordan fremmødet til undervisningen kunne sikres ved at sammensætte bestemte grupper af borgere og tilpasse undervisningsmaterialet. I følgende citat reflekterer koordinatoren over, hvordan data om borgersammensætningen gav anledning til diskussioner om holdkonstellationer.

For eksempel det med, at vi trods alt har fat i en relativt stor del af mændene, det er noget vi snakker om ift. hvilken undervisning, vi giver og hvordan. Altså helt ned til, at vores materiale ikke kun skal appellere til kvinder, men også til mænd. Lige pt har vi ingen mænd ansat, så det er også vigtigt, at vi husker på, at vi er et tilbud til alle. Så det skal vores materiale give udtryk for. Igen, det der med aldersgruppen, og hvem vi har fat i. Hvis du sidder som 33 årig, med diabetes som din første sygdom, og livet bare kører derudaf. Der er børn, man sover ikke om natten osv., og du så også sidder med en på 75 år. Det er bare to meget forskellige steder i livet, man er. Det er også noget, vi snakker om i forhold til at planlægge. Det er ikke altid muligt, men vi har snakket om fordele og ulemper ved at have helt blandede hold til voksne, eller skal man fokusere på at have de yngste sammen. Måske en gruppe som hedder 30-60år? I en periode med mange henvisninger, kan man så lave et formiddagshold til 65+, så? Det er sådan noget, vi prøver at have med, så alle får mest muligt med. Men omvendt, så er det en svær diskussion, da forskellige aldersklasser også giver noget. Der kan de unge lære af dem, der har haft det i flere år. (Koordinator)

Et interessant aspekt ved koordinatorens refleksioner er, at data i sig selv ikke giver anvisninger til, hvordan opgaven skal løses. Derimod bidrager data til at kaste lys over problemstillinger i opgaveløsningen, som medarbejderne ikke tidligere har været opmærksomme på. Eksempelvis var det en løbende diskussion i teamet, om det er bedst at sammensætte hold med borgere med samme køn, alder og livssituation eller om forskellighed på holdene kan bidrage til, at borgerne lærer af hinanden. Koordinatoren er åben for begge rationaler, men det er tydeligt, at konstellationer af hold og undervisningsmateriale først blev et opmærksomhedspunkt i diabetesteamet efter nytår, hvor systematiske data blev indsamlet efter den afklarende samtale.

Et væsentligt fund i interviewmaterialet er således, at data ikke anviser konkrete måder at gribe opgaveløsningen an. Arbejdet er i stedet kendetegnet ved, at data indgår

som grundlag for medarbejderes vurdering. Dette ses i følgende citat hvor koordinatoren reflekterer over, hvordan teamet skal forholde sig, når der sker frafald i holdundervisningen.

Hvis vi nu ser, at gennemførslen på holdet falder, er det så noget, de gør, eller vi gør?... Så vi kigger på, om vi kan gøre noget. Hvis vi kommer med noget, der ikke er interessant for dem, så skal vi jo justere. Men vi skal ikke justere det, hvis det er fordi, borgeren er et helt andet sted. Vi kan ikke ramme alle 12 i en gruppe præcist. Der er vi nødt til at trække på noget mere generelt... Hvis den gruppe ændrer sig, skal vi justere os efter det, men vi kan jo ikke lave 12 individuelle forløb i et gruppeforløb... Nogle gange som underviser, kan man blive lidt frustreret over, hvorfor man ikke kan fastholde en person. Man peger jo altid på sig selv og tænker; 'hvad man gør forkert, eller kan gøre bedre?' (Koordinator)

Koordinatorens overvejelser handler om, hvor meget underviseren skal justere materialet efter borgernes behov. Her giver data et generelt indblik i, hvordan holdet er sammensat, hvilket giver et grundlag for at vurdere, om frafaldet skyldes enkelte borgere, der ikke passer i gruppen, eller om frafaldet skyldes, at undervisningsmaterialet ikke tilpasset gruppen som helhed. Medarbejdernes var således opmærksomme på, at data ikke anviser konkrete løsninger, men at det i stedet er op til medarbejdere selv at tolke data og foretage egne vurderinger i den konkrete situation.

Erfaringen, som diabetesteamet gjorde i arbejdet med data var således ikke, at systematiske data bidrog med nye perspektiver (Væksthus for Ledelse 2021) på indsatsens målgruppe. I stedet bidrog data til at bekræfte det billede, som diabetesteamet i forvejen havde af målgruppen.

Når man underviser og holder afklarende samtaler, har man en fornemmelse af, hvem vi får henvist. Det er måske ikke overraskende, men mere en rar fornemmelse, at tingene er, som vi tænker dem. Så ikke overrasket på den måde i forhold til tallene, men det er lige så meget det med at komme væk fra at fornemme, at vi for eksempel har godt fat i mændene, men med tallene kan vi sige, at vi faktisk har så og så mange. Kan det blive bedre? Ja, men det er ikke bare noget med, at jeg synes eller mener noget. Der er bevis. (Koordinator)

I citatet giver koordinatoren udtryk for, at det er en "*rar fornemmelse*" at have et sikkert grundlag at stå på. På interviewtidspunktet havde diabetesteamet arbejdet systematisk mere data i nogle måneder, og i modsætning til året tidligere, havde koordinatoren gjort sig en række overvejelser om, hvordan de i teamet kunne indsamle og understøtte opgaveløsningen med diabetesrehabilitering, og at arbejdet med data foråret 2022 derfor først lige var begyndt.

Det tyder imidlertid ikke på, at nærmeste eller øvrige ledelse var involveret i dataarbejdet i løbet af foråret 2021. I interviewet fortalte koordinatoren, at arbejdet

med data var afgrænset til diabetesteamet, hvor der var brug for data, mens ledelse som hidtil efterspurgte *"hvad der kommer ind, og hvad vi leverer"* (koordinator). Koordinatoren mente dog ikke, at det var meningsfuldt at involvere ledelsen i det konkrete arbejde med data i diabetesindsatsen. Dertil havde den decentrale leder for mange ansvarsområder og kunne ikke prioritere tiden til at gå ind i det konkrete arbejde. Det er ikke desto mindre indtrykket fra det samlede interviewmateriale, at det i høj grad var ledelsen, der havde drevet ambitionen om at arbejde datainformeret frem og på den måde skabt fokus og plads til udvikling i løbet af foråret.

Meningen med data på det borgernære driftsniveau

Efter denne præsentation af fund i interviewmaterialet vil vi foretage en tolkning af arbejdet med diabetesrehabilitering og hhv. ledere og medarbejdere forestillinger af data i opgaveløsningen. Analysen bevæger sig over tre tematikker. Først undersøger vi de forskelle, der var i centerlederens og medarbejderes forestillinger om data, derefter, hvordan der blev udviklet en datainformeret praksis i efteråret 2022, og endelig udfolder vi centrale træk ved måden, data indgik i opgaveløsningen.

I interviewmaterialet finder vi en forskel på centerlederens og medarbejderes forestillinger om at arbejde med data i diabetesrehabilitering. Centerlederens opmærksomhed var rettet mod at måle effekten af diabetesindsatsen eller med centerlederens egne ord, *"hvor mange [borgere], der har fået noget ud af vores tilbud"*. For medarbejderne, derimod, var effektspørgsmålet i foråret 2021 vanskeligt at forfølge med data, fordi opgaven med diabetesrehabilitering rummer en sådan kompleksitet, at det er vanskeligt at opstille kvantitative målepunkter, der kan indfange den værdi, som indsatsen har for målgruppen. Medarbejderne fremhævede den nære borgerkontakt, som det centrale opgaveløsningen, hvor de relevante oplysninger om borgerens livssituation blev indsamlet under samtaler med borgeren. Dermed var det i foråret 2021 ikke tydeligt for medarbejderne, at kvantitative data ville kunne understøtte deres arbejde med diabetesrehabilitering. Centerlederen havde derimod et behov for at kunne *"fortælle de gode historier"* for at legitimere sundhedscentrets aktiviteter. Vi mener, at disse forskelle kan forstås som udtryk for, at ledere og medarbejdere på det borgernære driftsniveau har forskellige funktioner i den kommunale forvaltning og dermed producerer forskellige opfattelser af, hvilke data der er meningsfulde. Ledere og medarbejderes forskellige positioner i velfærdsorganisationen tilbyder hvert sit perspektiv på opgaveløsningen. Hvis datainformeret ledelse skal realiseres, så er det afgørende, at aktører i forskellige organisatoriske roller ikke blot reflekterer over, hvordan data giver mening, men også hvorvidt forskellige behov for data kan forenes eller må prioriteres i udviklingsarbejdet. I foråret 2022 var ledelsen i sundhedscentret imidlertid afkoblet fra udviklingsarbejdet, og derfor viser analysen ikke, hvordan forskellige forestillinger blev forhandlet i udviklingsarbejdet.

Medarbejderne gav i foråret 2021 alle udtryk for et ønske om at arbejde datainformeret i diabetesindsatsen, men havde samtidig vanskeligt ved at forestille sig, hvordan data skulle anvendes til at understøtte opgaveløsningen. I løbet af foråret 2022 lykkedes det ikke desto mindre diabetesteamet at finde måder at indsamle- og anvende data til at informere sammensætningen af undervisningshold i diabetesindsatsen. Det bemærkelsesværdige er dog, at medarbejderne påbegyndte udviklingsarbejde uden at de havde en klar idé om, hvordan data kunne indgå i opgaveløsningen. Fokus var i første omgang på at udvikle det eksisterende datasæt om indsatsens borgere, og undervejs i arbejdet udsprang ideer til, hvordan data kunne anvendes til at sammensætte undervisningshold. En central pointe er således, at det først var i arbejdet med at udvikle et konkret datasæt, at medarbejderne kunne forestille sig, hvordan data kunne understøtte opgaveløsningen. I diabetesteamet krævede det en håndgribelig fornemmelse for både den professionelle opgave og et konkret datasæt for at kunne udvikle ideer til at arbejde datainformeret. Det tyder samtidig på, at diabetesteamet efter det første gennembrud med, hvordan data kunne give mening i opgaveløsningen, fik flere ideer til at udbygge datasættet. I den forstand understøtter caseanalysen betydningen af at skabe en "datakultur" i organisationen, hvor medarbejdere løbende arbejder med, hvordan data kan informere opgaveløsningen.

Endelige er der spørgsmålet om den måde, data understøttede opgaveløsningen i foråret 2022. Litteraturen om kritiske datastudier bygger på, at data aldrig er rå repræsentationer af virkeligheden, men altid produceret og tolket af aktører i en kulturel kontekst. Kategorierne i det datasæt, som blev udviklet i diabetesteamet i foråret 2022, tog udgangspunkt i de forskelle, som medarbejdere i forvejen havde opmærksomhed på. Mønstrene i datasættet gav ingen særlige overraskelser i diabetesteamet, eftersom kategorierne var skabt på baggrund af medarbejdernes egen forståelse af afgørende forskelle i målgruppen. Arbejdet med data i diabetesteamet kan således ikke betragtes som et udefrakommende perspektiv, men snarere en metode i forlængelse af den eksisterende måde at arbejde på. Datasættet i diabetesteamet anviste derfor ikke løsninger, der kunne erstatte professionelle vurderinger i opgaveløsningen, men et informationsgrundlag i den faglige vurdering, som understøttede faglige vurderinger i den konkrete situation. Derfor handlede arbejdet ikke kun om, hvordan data *gav mening*, men også hvordan medarbejdere i diabetesteamet *tillagde* data mening ved at konstruere narrativer om, hvordan data understøttede opgaveløsningen.

Diskussion og bidrag

I denne diskussion vendes blikket mod, hvordan analysen kan bidrage med viden om datainformeret ledelse. Analysen finder, at den borgernære tilgang, som er kernefagligheden i diabetesindsatsen, ikke nødvendigvis er meningsfuld at understøtte med effektmålinger. Selvom diabetesrehabilitering naturligvis har visse konkrete

egenskaber, er det vores forventning, at tilsvarende kompleksitet kendetegner mange velfærdsydelser på det borgernære driftsniveau på tværs af den offentlige sektor. Vi ønsker derfor at rejse spørgsmålet, om det dominerende fokus på resultater og effekter på policy-niveau (Ledelseskommisionen 2018; KL 2022) er meningsfuld, når indsatserne er rettet mod det borgernære driftsniveau generelt. Vores analyse kunne tyde på, at der i tænkningen om datainformeret ledelse mangler et blik for forskelle mellem data, der anvendes som ledelsesinformation og data, der skal understøtte de professionelles opgaveløsning. Med dette bidrag ønsker vi derfor at skærpe blikket i debatten om datainformeret ledelse på, at det er de professionelles oplevelse af mening, der bør være omdrejningspunktet, såfremt de overordnede ambitioner skal indfries. Der er brug for flere af sådanne erfaringer, hvis ideen om datainformeret ledelse skal omsættes fra en abstrakt vision til have fodfæste i den offentlige sektor, når det drejer sig om komplekse indsatser.

Som afslutning præsenteres en række opmærksomhedspunkter, som decentrale ledere med fordel kan notere sig i udviklingsarbejdet med dataunderstøttet opgaveløsningen på det borgernære driftsniveau.

- Arbejdet med data bør tage udgangspunkt i en analyse af, hvad der er kernefagligheden i opgaveløsningen
- Reflektér kritisk over, hvilke forestillinger og rationaler om datas anvendelse, der findes i organisationen, og tag en fælles diskussion om, hvorvidt disse rationaler kan understøtte hinanden.
- Udviklingen af formålet med at anvende data går hånd i hånd med det konkrete arbejde med at indsamle og bearbejde data.
- Data skal ikke nødvendigvis kunne anviser handling, men bidrage til at understøtte det professionelle skøn.

KONKLUSION

Formålet med artiklen er at undersøge, hvordan data anvendes i arbejdet med diabetesrehabilitering, og hvilke data som hhv. ledere og medarbejdere oplever som meningsfulde i opgaveløsningen. I analysen viser vi, at det centrale i arbejdet med diabetesrehabilitering er den borgernære kontakt, der tager udgangspunkt i diabetikerens livssituation. I modsætning til centerlederen finder medarbejdere i diabetesteamet ikke, at data om resultater og effekt vil kunne anvendes til at understøtte opgaveløsningen. I stedet udvikler medarbejderne deres egen måde at arbejde med data i diabetesrehabilitering, da de udbyggede et eksisterende datasæt til at understøtte sammensætningen af indsatsens undervisningshold.

LITTERATUR

- Dahler-Larsen, P. (2013). Constitutive Effects of Performance Indicators: Getting beyond unintended consequences. *Public Management Review*, 16(7), 969–986.
- Dourish, P., & Gómez Cruz, E. (2018). Datafication and data fiction: Narrating data and narrating with data. *Big Data and Society*, 5(2).
- Due, T. D., Waldorff, S. B., Aarestrup, A. K., Laursen, B., & Curtis, T. (2008). Sundhedscentre i Danmark-organisering og samarbejdsrelationer. *Health Care Centers in Denmark-organization and cooperation*. Copenhagen, Denmark: København Statens Institut for Folkesundhed Syddansk Universitet.
- Fløjborg, A. (2018): Vi skal prioritere de indsats, som har effekt. Offentlig Ledelse, 3. marts 2018.
- Gitelman, L., & Jackson, V. (2013). Introduction. In "Raw Data" is an Oxymoron. Edited by Lisa Gitelman. Cambridge: MIT Press.
- Høybye-Mortensen, M., & Ejbye-Ernst, P. (2018). The long road to data-driven decision-making: how do casework registrations become management information? In *Sts Encounters - Dasts Working Paper Series* (Vol. 10).
- Høybye-Mortensen, M., & Ejbye-Ernst, P. (2019). What is the purpose? Caseworkers' perception of performance information. *European Journal of Social Work*, 22(3).
- Høyer, C. L. (2019): Brug af data i det offentlige skal skabe læring, ikke kontrol og ekstraarbejde, *Information*, 12. juni 2019.
- Høyer, K. (2019). Hvem skal bruge sundhedsdata - og til hvad? (Moderne id). Informations Forlag.
- KL (2020): FORANALYSE OM EN TVÆRGÅENDE DATASTRATEGI.
- KL (2022): Data - en nøgleressource i et bæredygtigt velfærdssamfund. Kommunernes Datastrategi. 1. udgave 1. oplag.
- Ledelseskommisionen (2018): Sæt borgerne først - Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften. Ledelseskommisionens rapport. 2. udgave.
- Katrine, A., Mathiasen, F., & Møller, Ø. (2015). Sundhedscentres forskellige liv og rammer. *Sundhed og sundhedspolitik i velfærdsstaten*, 70.
- Moynihan, D. P., Baekgaard, M., & Jakobsen, M. L. (2019). Tackling the Performance Regime Paradox: A Problem-Solving Approach Engages Professional Goal-Based Learning. *Public Administration Review*.
- Pollitt, C. (2013). The logics of performance management. *Evaluation*, 19(4), 346–363.

Ruddin, L. P. (2006). You can generalize stupid! Social scientists, Bent Flyvbjerg, and case study methodology. *Qualitative inquiry*, 12(4), 797-812.

Sundhedsstyrelsen (2021). Sund aldrig. Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Ida Kyvsgaard, Kaare Christensen og Anne Illemann Christensen

Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Udgivet af Sundhedsstyrelsen. April 2017.

Væksthus for ledelse (2021): Fra data til dialog - Chefens vigtigste opgaver i dataunderstøttet ledelse.

Wadmann, S., Holm-Petersen, C., & Levay, C. (2019). We don't like the rules and still we keep seeking new ones': The vicious circle of quality control in professional organizations. *Journal of Professions and Organization*, 6(1).

Wiedemann, F. (2021): Datadreven ledelse: Fordele og ulemper. Lederweb.dk. 1. juli, 2021.