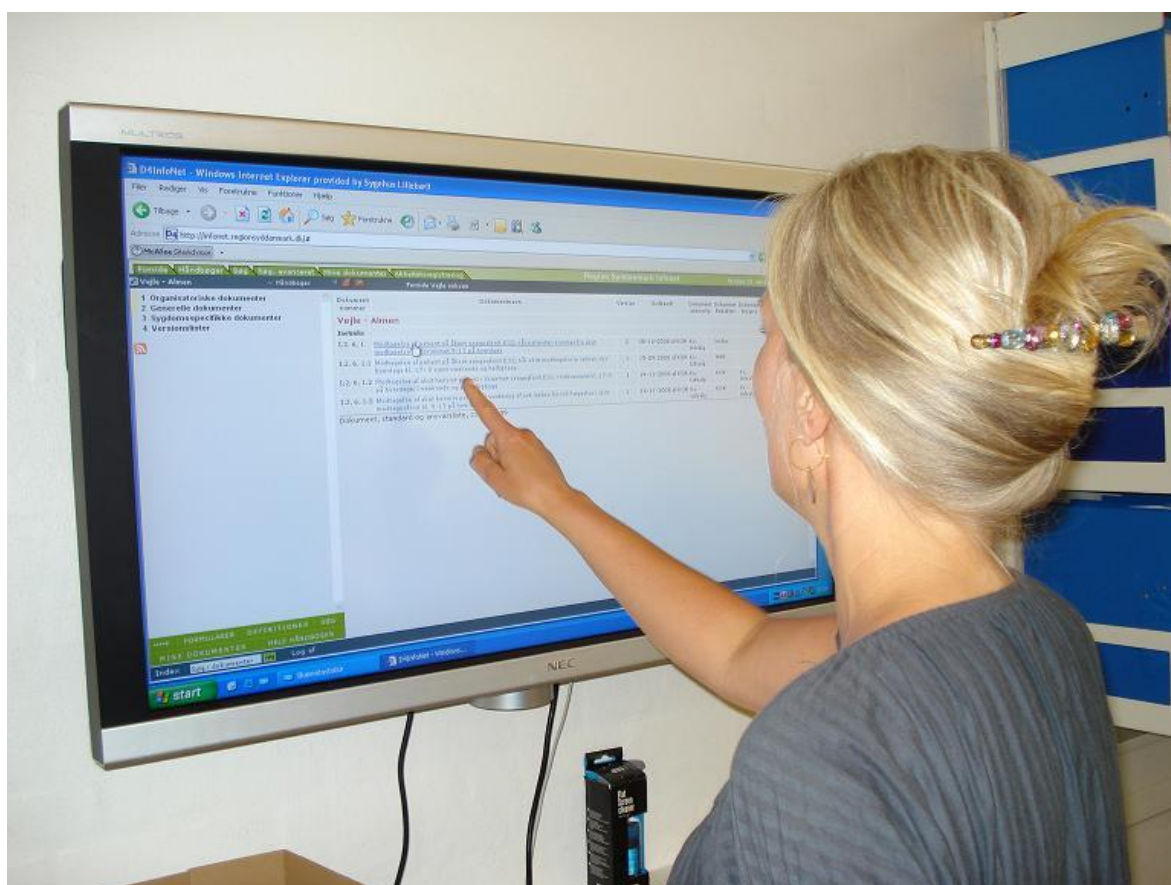


Elektronisk viden på væggen

- adgang til elektroniske retningsgivende dokumenter i en psykiatrisk afdeling



Hanne S. Bjerrum og Simone Behr

Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik
Efter- og Videreuddannelse, Aalborg Universitet
Masterprojekt 2009

Vejleder John Stoltze Madsen

Indholdsfortegnelse

FORORD	6
RESUMÉ	7
INDLEDNING	8
DEL 1- PROBLEMANALYSE OG PROBLEMFORMULERING	9
PROBLEMBAGGRUND	9
PERSONALEMANGEL OG – FLOW I SUNDHEDSVÆSENET	9
AFBRYDELSER I PRAKSISFELTET OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER	10
KVALITETSORGANISERING PÅ NATIONALT NIVEAU	11
KVALITETSORGANISERING PÅ REGIONALT OG LOKALT NIVEAU	13
DOKUMENTSTYRING I REGION SYDDANMARK.....	15
D4INFONET™	16
ERFARINGER MED GUIDELINES OG DOKUMENTSTYRING FRA IND- OG UDLAND	22
KULTUREN I EN PSYKIATRISK AFDELING	24
RESULTAT AF UNDERSØGELSE AF BRUGERES ANVENDELSE AF INTRANET	25
IMPLEMENTERINGSPROCES FOR ”PROJEKT STORSKÆRM”	26
PROBLEMAFGRÆNSNING	29
PROBLEMFORMULERING	30
UNDERSØGELSESPØRGSMÅL	30
PROJEKTETS PRAKSISFELT	30
DEL 2 – METODE OG EMPIRI	33
METODISK PERSPEKTIV	33
VURDERING AF IT-LØSNINGENS LIVSCYKLUS-STATUS	33
BESKRIVELSE AF INFORMATIONSBEHOVET	34

VALG AF METODOLOGI	35
VALG AF METODE	35
METODE TIL FORSTUDIE	37
DOKUMENTANALYSE	38
PROJEKTGRUPPENS FORVENTNINGER	38
OBSERVATIONSSTUDIE	39
INTERVIEW MED NØGLEPERSON VED IHOSPITAL	42
DATAPRÆSENTATION AF PROJEKTGRUPPENS FORVENTNINGER	42
RESULTAT AF FORSTUDIE	43
INTERVIEW SOM METODE	44
TEMATISERING	44
DESIGN - VALG AF METRIKKER, MÅLEPUNKTER OG INTERVIEWGUIDE	44
INTERVIEW	46
TRANSSKRIBERING	47
ANALYSE	48
VERIFICERING	49
RAPPORTERING	49
UDFØRELSE AF METODEN	49
FORTOLKNING AF RESULTATER	49
LITTERATURSØGNING	50
<u>DATAPRÆSENTATION FRA INTERVIEW</u>	50
SAMMENFATNING AF DATAPRÆSENTATION	72
<u>EMPIRI KOMMENTERET VED AFDELINGENS PROJEKTGRUPPE</u>	73
<u>DEL 3 - ANALYSE OG KONKLUSION</u>	76
<u>TEORETISK ANALYSERAMME – ISTA</u>	76
<u>TEORETISK ANALYSERAMME – AKTØR-NETVÆRK-TEORI</u>	78
<u>DATAANALYSE UD FRA EN INTERAKTIV SOCIO-TEKNISK ANALYSEMODEL (ISTA)</u>	83
INTERAKTIONSTYPE 1	83
INTERAKTIONSTYPE 2	86
INTERAKTIONSTYPE 3	90
INTERAKTIONSTYPE 4	91

INTERAKTIONSTYPE 5	94
FUND DER IKKE KAN PLACERES I ISTA-MODELLEN	95
<u>DATAANALYSE UD FRA EN AKTØR-NETVÆRK-POSITION (ANT)</u>	95
OPLÆRING AF NYT PERSONALE SET FRA EN ANT-POSITION	95
KOLLEGIALT SAMARBEJDE SET FRA EN ANT-POSITION.....	97
AFBRYDELSER SET FRA EN ANT-POSITION	98
KVALITETEN I PLEJEN OG BEHANDLINGEN SET FRA EN ANT-POSITION.....	98
<u>SAMMENFATNING AF ANALYSEN</u>	99
<u>DISKUSSION</u>	101
<u>KONKLUSION</u>	105
<u>REFLEKSIONER OVER PROCES OG METODE</u>	108
<u>PERSPEKTIVERING</u>	109
ANBEFALINGER	110
STANDARDISERINGENS BEGRÆNSNING.....	111
<u>DEL 4 – LITTERATURLISTE OG BILAG</u>	115
<u>LITTERATURLISTE</u>	115
<u>BILAGSOVERSIGT</u>	119
BILAG 1 - EKSEMPLER PÅ RETNINGSGIVENDE DOKUMENTER I PSYKIATRIEN I REGIONSYDDANMARK, VEJLE.	120
BILAG 2 - KOMMISSORIET FOR "PROJEKT "STORSKÆRM"	123
BILAG 3 - DATAPRÆSENTATION FRA FORSTUDIE	125
DATA FRA MØDER I "PROJEKT STORSKÆRM"	125
HIDTIDIGE ERFARINGER MED AT ANVENDE RETNINGSGIVENDE DOKUMENTER	125
PLACERING AF ST-SKÆRMENE	126
INFORMATION OG OPLÆRING I BRUG AF ST-SKÆRMENE OG INFONET	126
ORGANISATIONEN OMKRING INFONET	126
PRAKTISKE FORHOLD	126

ANVENDELSE AF TOUCHSKÆRME PÅ REGIONSHOSPITALET, HORSENS	127
PRÆSENTATION AF OBSERVATIONSDATA FRA FELTSTUDIE	128
BILAG 4 - OBSERVATIONSSKEMA	132
BILAG 5 - BREV TIL AFDELINGSSYGEPLEJERSKER	133
BILAG 6 - BREV TIL INFORMANTER	135
BILAG 7 - INTERVIEWGUIDE OG BAGGRUNDSDATA	136
BILAG 8 - EKSEMPELOVERSIGT OVER MENINGSKONDENSERINGSPROCESSEN	143
BILAG 9 - FORKORTELSER ANVENDT I PROJEKTET	147
BILAG 10 – ENGELSK RESUMÉ	148

Forord

Dette projekt er et 3. års masterprojekt, udarbejdet i forbindelse med studiet Master of Information Technology med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet. Rammen for projektet er beskrevet i studieordningen og lyder: "Informationsteknologi i sundhedssektoren set i et videnskabeligt perspektiv".

Projektet tager udgangspunkt i et studie af klinisk personales holdning til anvendelsen af store touch skærme samt anvendelsen af elektroniske retningsgivende dokumenter i en psykiatrisk praksis.

Vi vil gerne udtrykke en stor tak til afdelingsledelsen for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle, fordi de gav os mulighed for at skrive dette projekt med udgangspunkt i Psykiatrisk Afdeling i Vejle.

Den velvillighed og tålmodighed personalet har vist os i forbindelse med indsamling af data, er vi meget taknemlige for, og især vil vi gerne takke informanterne for deres imødekommenhed, og fordi de har afsat tid, midt i en travl hverdag, til vores undersøgelse. Uden deres bidrag var dette projekt ikke blevet. I samme åndedrag må vi nævne, at den tid personalet har brugt på vores projekt, har patienterne måttet undvære. Dette etiske dilemma er et vilkår ved undersøgelser i det kliniske felt.

En stor tak skylder vi også de sekretærer i afdelingen, der har stillet op til at transskribere vores interview. Vi ved, det har været en tidskrævende opgave og en udfordring for tålmodet. Vi er dem meget taknemlige.

Endelig vil vi gerne takke vores vejleder for at have fulgt processen og givet os inspiration undervejs.

Som studerende har vi bidraget med forskellige vinkler på projektet, qua vores forskellige uddannelsesmæssige og arbejdsmæssige baggrunde. Vi er ansat i to forskellige regioner, i henholdsvis administration og klinisk enhed, med ansvar for henholdsvis implementering og ikke-teknisk drift af elektronisk patientjournal. Vi oplever, at disse forskelle har beriget vores diskussioner og udvidet vores perspektiv på projektet.

Vi ønsker læseren god fornøjelse.

Hanne Schmidt Bjerrum og Simone Behr

Resumé

Baggrund

En tiltagende mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet, og en tiltagende tendens til jobshopping og ansættelse ved private vikarbureauer, skaber et større flow i ansættelser i det offentlige sundhedsvæsen. Denne tendens er en udfordring for den enkelte afdeling, hvor det bliver sværere at fastholde kompetencerne, og tiden til oplæring og deling af viden reduceres. Samtidig med dette udsættes sundhedspersonale for stadig stigende kvalitetskrav til behandling og til dokumentation af denne. I dette perspektiv giver det mening at undersøge, om denne videndeling kan understøttes sundhedsinformatisk, og hvordan dette vil påvirke det berørte personale.

Formål

Formålet med dette projekt har været at undersøge, hvordan personalet i en lokal psykiatrisk praksis oplever, at adgang til elektroniske retningsgivende dokumenter via en stor touch skærm påvirker deres hverdag i forhold til oplæring af nyt personale, kollegialt samarbejde, afbrydelser og kvalitet i plejen og behandlingen.

Metode

Undersøgelsesfeltet er Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle. Vi har foretaget et forstudie for at opnå kendskab til feltet og forberede den egentlige dataindsamling. Forstudiet har fulgt fire spor – dokumentanalyse, observationsstudie, telefon-interview samt forventningerne hos den implementeringsgruppe, der stod for implementeringen af touch-skærmene.

På baggrund af forstudiet er der gennemført 10 kvalitative interviews med informanter fra de to psykiatriske afsnit i Vejle. Interviewene er transskriberet og efterfølgende meningskondenseret. De kondenserede data er analyseret i et socio-teknisk perspektiv ud fra 2 positioner. Der er anvendt Interactive Sociotechnical Analysis (ISTA), der er udviklet indenfor en sundhedsinformatisk ramme, samt Aktør-Netværk-Teori (ANT), der er udviklet inden for en sociologisk ramme.

Resultat

Undersøgelsen har resulteret i, at vi har identificeret både ventede og uventede konsekvenser af teknologiens påvirkning af den kliniske praksis. Konsekvenserne har primært været positive. Vi kommer med forslag til en modificering af ISTA-modellen, idet vi mener, at modellen med fordel kunne tilføjes 2 dimensioner – omverdensforhold og en interaktion mellem det sociale system og den tekniske og fysiske infrastruktur. Hvor ISTA-modellens struktur har været hjælpsom til at analysere empirien, kan strukturen samtidig virke begrænsende. ANT har tilføjet et mere bredt perspektiv, som har nuanceret tilgangen til data, men har samtidig været svær at operationalisere.

Konklusion

Overordnet kan vi konkludere, at elektroniske retningsgivende dokumenter, der tilgås via stor touch skærm, kan medføre, at oplæring af nyansatte lettes, at kollegialt samarbejde styrkes og at kvaliteten af patientbehandlingen bedres. Afbrydelsesbegrebet er ikke tilstrækkeligt udfoldet i denne undersøgelse, men denne teknologi ser ikke ud til at kunne forhindre afbrydelser i psykiatrisk praksis. Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering er problematiseret i forhold til den kliniske værdi.

Indledning

”Det er rigtig svært at få en afdeling til at fungere optimalt, når personaleudskiftningen betyder, at afdelingen konstant drænes for faglige kompetencer. I løbet af et halvt år blev ca. 40 % af personalegruppen udskiftet, det betyder rigtig meget for opgaveløsningen, og også for kulturen i afdelingen, som forandres hele tiden, når nyansatte er med til at oplære nyansatte.”

Sådan udtaler en afdelingssygeplejerske i psykiatrien i Region Syddanmark sig om den udfordring det er, at lede en afdeling i en tid, hvor personaleudskiftningen er stor. Det har stor betydning, siger hun, både for opgaveløsningen og for kulturen i afdelingen. Da vi må forvente, at oplæring bliver en endnu større opgave i sundhedsvæsenet en del år fremover, synes vi det vil være interessant – og ikke mindst vigtigt – at se på om sundhedsinformatikken kan bidrage til at løse denne udfordring.

Vi har valgt at lade vores projekt tage udgangspunkt i den afdeling, som ovenstående citerede afdelingssygeplejerske præsenterer. Dvs. projektets kontekst er Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle, hvor man valgt at elektronificere alle kliniske retningslinjer og gøre disse tilgængelige via store touch skærme i afdelingen. Vi vil undersøge, hvordan disse skærme påvirker personalet i dagligdagen i forhold til samarbejdet i afdelingen og i forhold til oplæring af nyt personale.

Læsevejledning

Projektet falder i fire dele.

- Første del omhandler problembaggrunden og problemformuleringen
- Anden del omhandler det metodiske perspektiv og præsentation af empiri
- Tredje del præsenterer analyse, diskussion, konklusion, metodekritik og perspektivering
- Fjerde del indeholder en oversigt over referencer, forkortelser og bilag. Referencerne er håndteret i det elektroniske referencesystem Reference Manager

Vi har valgt at præsentere hele den meningskondenserede empiri med citater i projektet, med en efterfølgende sammenfatning.

Del 1- Problemanalyse og problemformulering

Problembaggrund

I det følgende vil vi beskrive konsekvenserne af mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og se på dette i forhold til at overbringe viden om plejen og behandlingen af patienterne til nyansatte kolleger i en travl hverdag. Vi vil dernæst introducere de nationale og regionale krav vedr. kvalitet i sygehusbehandlingen og beskrive hvordan disse krav håndteres i en lokal psykiatrisk afdeling, i forventning om, at denne teknologisk understøttede håndtering kan støtte personalets behov for viden.

Personalemangel og - flow i sundhedsvæsenet

På baggrund af afdelingssygeplejerskens udtalelse citeret i indledningen har vi foretaget en indledende litteratursøgning. Via Google er der søgt bredt på fænomenet mangel på arbejdskraft i det offentlige sundhedsvæsen og deraf følgende brug af vikarer fra private bureauer.

Der er en tiltagende mangel på kvalificeret arbejdskraft i sundhedsvæsenet. På Danske Regioners hjemmeside kan man læse: *"Mangel på arbejdskraft er en af de vigtigste udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for i disse år."* (Danske Regioner 2007)

Ifølge en analyse, som Folketingets økonomigruppe udarbejdede i 2007, fremgår det, at social- og sundhedspersonale vil udgøre 35.500 af de 77.000 ansatte, som kommuner og regioner kommer til at mangle i 2021 (Folketingets Økonomigruppe 2007).

Samtidig med den stigende mangel på arbejdskraft ses der en tiltagende flugt af personale fra de offentlige sygehuse til de private vikarbureauer. *"Tal fra Det Centrale Erhvervsregister viser, at antallet af vikarbureauer, der har aftaler med Dansk Sygeplejeråd, er steget fra 52 bureauer i 2005 til 103 virksomheder medio 2008. I samme periode er de offentlige sygehuses forbrug af sygeplejerskevikarer steget med 26 pct., viser et estimat fra Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling."* (Christensen 2008)

De mange ledige stillinger i sundhedsvæsenet gør det lettere at skifte job indenfor systemet. Erfaring med flere specialer belønnes ofte kontant, ligesom det primært er i forbindelse med nyan sættelser, at der foregår en egentlig lønforhandling, hvilket yderligere kan være en motiverende faktor til hyppigere jobskifte.

De tre faktorer: Stigende mangel på kvalificeret arbejdskraft, flere vikaransatte fra private bureauer og ovenfor nævnte "jobshopping" betyder færre medarbejdere med et solidt kendskab til afdelingens rutiner, og dermed færre til at bære og formidle viden om specialet videre til nyansatte. I en analyse, som ASE¹ og Megafon² gennemførte i 2007, svarer 39 procent af de adspurgte lønmodtagere, at de oplever, at den hyppige udskiftning af kolleger påvirker stemningen negativt. Blandt de adspurgte arbejdsgivere svarer 35 procent, at de deler denne opfattelse. Undersøgelsen peger på et stigende arbejdspress som forklaring på den negative stemning (ErhvervsBladet.dk 2007).

Der bliver altså flere og flere medarbejdere, der skal introduceres og oplæres, der bliver færre til at gøre det og mængden af viden, den nye medarbejder skal tilegne sig, stiger med en ukendt faktor. Med disse udsigter kan det synes uholdbart at tillægge det traditionelle mesterlæreprincip for megen vægt i den fremtidige oplæring af nye medarbejdere i en sygehusafdeling. Det bliver vigtigt, at nye medarbejdere kan tilegne sig den nødvendige viden fleksibelt og hurtigt uden at være for afhængige af erfarne kolleger. Om det tiltagende omfang af viden, som personalet skal tilegne sig, siger Coiera:

"Individual health workers, unable to ever read or master the growing biomedical literature or "bibliome", will be ever more reliant on contacting others with special expertise, or using intelligent computational systems to retrieve, synthesise and then act upon the distributed human knowledge base." (Coiera 2006)(p. 99).

Afbrydelser i praksisfeltet og utilsigtede hændelser

I sygehusenes praksisfelt er der en tendens til, at hospitalspersonale fortrækker at vende sig mod hinanden for at søge støtte til deres beslutninger om behandling og pleje af patienterne i stedet for at søge støtten i andre medier. Den måde at kommunikere på medfører en lang række af afbrydelser i det kliniske arbejde. Dette kommunikationsmønster har bl.a. Enrico Coiera, som er professor på Centre for Health Informatics ved University of New South Wales i Sydney, studeret. Han beskriver, hvordan det kliniske kommunikationsrum er karakteriseret ved at være præget af afbrydelser, og at disse afbrydelser påvirker personalets opmærksomhed og øger deres glemsomhed, hvilket dermed øger risikoen for, at der opstår utilsigtede hændelser i patientbehandlingen. Han peger på, at 50-60 % af de informationstransaktioner, der finder sted i det kliniske felt, sker ansigt til ansigt i den direkte kommunikation mellem kolleger (Coiera 2000).

¹ ASE = Arbejdsløshedskassen for Selvstændige Erhvervsdrivende i Danmark

² Megafon = Analyse- og rådgivningsfirma i Danmark

“The biggest information repository in health care lies in the people working in it, and the biggest information system is the web of conversations that link the actions of these individuals.” (Coiera 2000)(p.279).

Coiera refererer til en undersøgelse fra 1995 af 14.000 hospitalsdødsfald, hvor kommunikationsfejl, dobbelt så hyppigt som manglende færdigheder, viste sig at være hovedårsagen til den utilsigtede hændelse (Coiera 2000).

Ampt et al. beskriver en række faktorer, der medvirker til utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet herunder afbrydelser, manglende adgang til viden, stress og mange nyansatte (Ampt & Westbrook 2007).

Der synes således at være god grund til at forsøge at reducere antallet af afbrydelser og øge adgangen til viden i det kliniske felt. Coiera peger blandt andet på, at man i den enkelte organisation bør forholde sig til den kommunikative adfærd, som en professionel adfærd, der kan retningsgives for, i stedet for, som det ofte er tilfældet, at betragte den kommunikative adfærd som et spørgsmål om personlig stil (Coiera 2000).

Det vil dermed sige, hvis hospitalsvæsenet kan nedbringe afbrydelser og kommunikationsfejl i plejen og behandlingen af patienterne samt øge adgangen til viden, vil dette medføre færre utilsigtede hændelser og dermed øge kvaliteten af de ydelser, patienterne modtager i hospitalsvæsenet. Vi vil i det følgende komme nærmere ind på den fokusering på kvalitet, som de offentlige myndigheder arbejder med i disse år.

Kvalitetsorganisering på nationalt niveau

Op gennem halvfemserne var historier om dårlig sygehusbehandling og dårlig kommunikation i sundhedsvæsenet ofte mediestof i danske aviser. På den baggrund blev Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) etableret i 2005, med det formål at udvikle et nationalt kvalitetsudviklingssystem, der skal omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser i det danske samfund, og sikre en ensartet høj kvalitet af ydelserne (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009). Instituttet er et samarbejde mellem staten, regionerne, kommunerne og Dansk Erhverv og skal stå for planlægning og udvikling af det nationale kvalitetsudviklingssystem, der bærer navnet Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Visionen er, at DDKM skal:

- *”fremme samarbejde mellem sektorerne*
- *skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb*
- *skabe løbende kvalitetsudvikling*
- *inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis*
- *dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet*
- *sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer*

- *forebygge, at den dybe kvalitetstallerken skal opfindes forfra hver gang*
- *gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden*
- *forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer”*

(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009)

I maj 2008 godkendte bestyrelsen for IKAS den første version af DDKM for sygehusene. Modellen består af 104 akkrediteringsstandarder³, som skal lægges til grund for en akkrediteringsproces⁴ på de enkelte sygehuse. Akkrediteringsstandarden beskriver den kvalitet indenfor det pågældende område, som sygehuset efterfølgende vil blive akkrediteret i forhold til. Standarderne inddeles i tre hovedområder: Organisatoriske, generelle og sygdomsspecifikke standarder.

- *”De organisatoriske aktiviteter omfatter akkrediteringsstandarder for de tværgående, organisatoriske aktiviteter, der er nødvendige forudsætninger for gode patientforløb. Formålet med de organisatoriske temaer er at fastsætte de overordnede kvalitetskrav, der er styrende og gennemgående for institutionens kvalitetsudvikling.”*
- *”De generelle patientforløbsstandarder omhandler aktiviteter og processer, der har betydning for de fleste patientforløb. Disse indeholder temaer fra henvisning til institutionen, diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering og udskrivelse”*
- *”Sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder vedrører aktiviteter, der er rettet mod afgrænsede patientgrupper, og som har direkte klinisk betydning for de omfattede patienter. Formålet med de sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder er at sikre høj faglig kvalitet i patientbehandlingen. De inkluderede sygdomsgrupper er udvalgt på baggrund af hyppighed, alvorlighed og kompleksitet i patientforløbet. Der foreligger for en lang række af sygdommene et nationalt udarbejdet referenceprogram eller nationale kliniske retningslinjer, der beskriver den bedste evidensbaserede praksis - ofte tværfagligt.”*

(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009)

Standarderne er blevet til i et samarbejde mellem udpegede eksperter og sendt i høring hos samtlige institutioner, som selv har håndteret hvordan de vil inddrage brugerne i høringsfasen. Herefter har der været en pilotfase, hvor forskellige sygehuse og psykiatrien i Esbjerg og Vejle har deltaget. På baggrund af de forskellige standarder udarbejder den enkelte afdeling egne retningsgivende dokumenter, der viser nøjagtigt, hvordan det forventes, at afdelingen og den enkelte med-

³ **Akkrediteringsstandard:** En standard, der beskriver krav, som lægges til grund for akkreditering. (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009)

⁴ **Akkreditering:** Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre deres opgaver. (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009)

arbejder lever op til standarden. De retningsgivende dokumenter kan udfærdiges på tre forskellige niveauer:

- *”En politik beskriver, hvilke intentioner institutionen/kommunen/organisationen har i forhold til et specifikt emne/område, og afspejler de overordnede mål, samt hvordan der arbejdes på at nå målene”*
- *”Retningslinjer, der beskriver formål, omfang, organisation og ansvar samt fremgangsmåder for løsning af opgaver.”*
- *”Procedure/instruks/vejledning, der på baggrund af en retningslinje beskriver specifikke anvisninger til, hvorledes personer skal udføre specifikke opgaver.”*

(Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009)

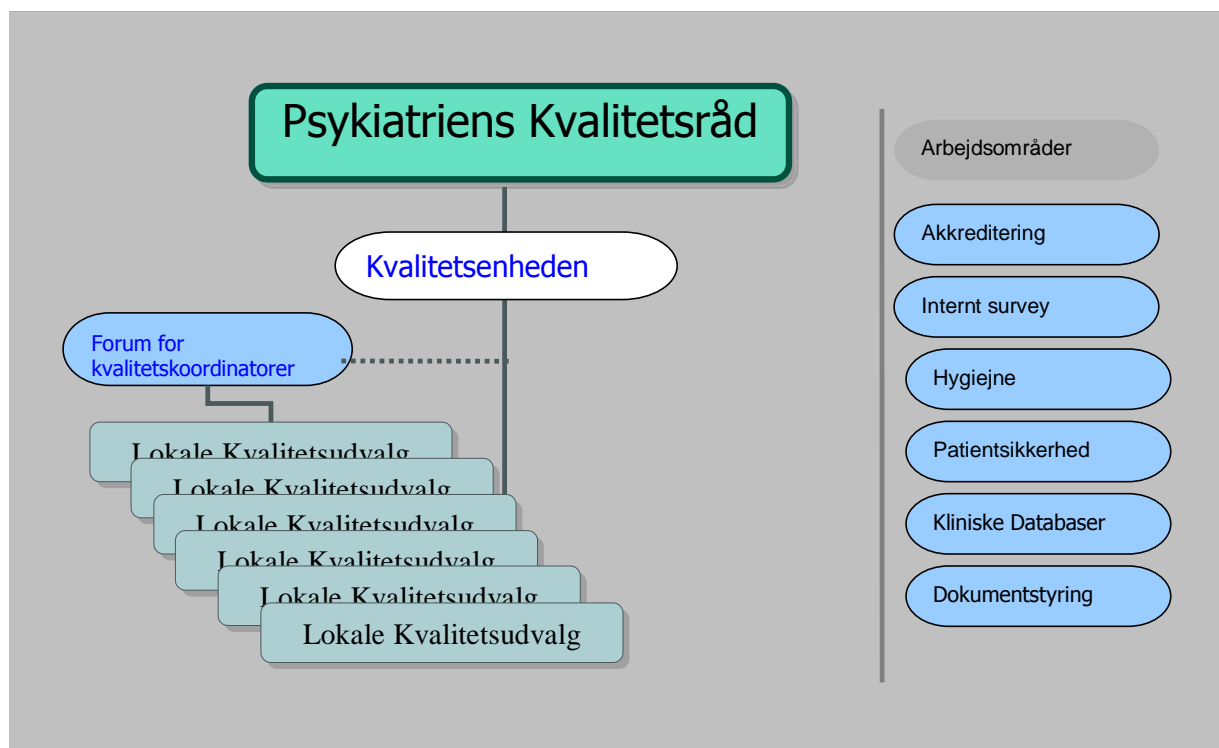
Sygehusene skulle akkrediteres efter disse standarder i 2008, men pga. overenskomstkonflikten på sygehusområdet i foråret 2008 og de deraf afledte konsekvenser, har regionerne og staten besluttet at udskyde overdragelsen af standarderne til sygehusene et år, hvilket betyder, at de danske sygehuse først skal indføre modellen den 15. august 2009.

Kvalitetsorganisering på regionalt og lokalt niveau

I det følgende vil vi beskrive, hvordan de nationale fordringer i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel er udmøntet i en kvalitetsorganisation på regionalt og lokalt niveau i Psykiatrien i Region Syddanmark.

Psykiatrien i Region Syddanmark består af ét psykiatrisk sygehus, fordelt på fire hovedområder, der geografisk er placeret på flere matrikler i regionen. Sygehusledelsen består af en direktør for psykiatrien, hvorunder der sidder en 3-delt ledelse: En administrerende sygehusdirektør, en lægefaglig direktør og en sygeplejefaglig direktør.

Kvalitetsorganisationen indeholder følgende elementer: Psykiatriens Kvalitetsråd, Kvalitetsenheden og Lokale Kvalitetsudvalg, som skitseret i nedenstående organisationsdiagram (figur 1).



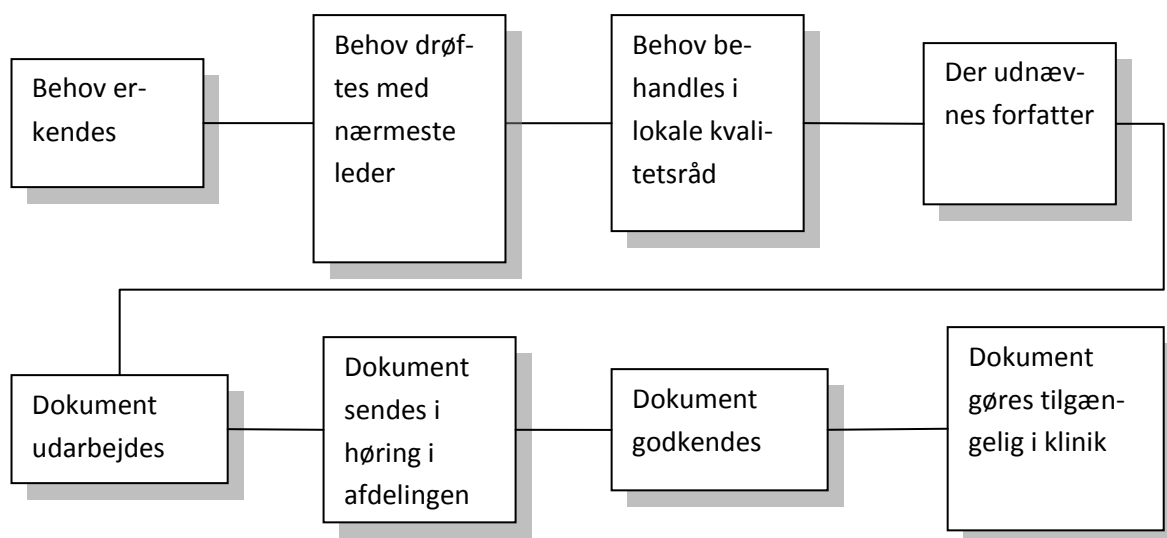
Figur 1 – organisationsdiagram for kvalitetsorganisationen i Psykiatrien i Region Syddanmark - (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

Kvalitetsrådet refererer entydigt til Sygehusledelsen og er ansvarlig for den overordnede kvalitetsudvikling i sygehuset. Kvalitetsrådet består af en repræsentant for Sygehusledelsen, afdelingsledelsesrepræsentanter fra de fire hovedområder (Odense, Vejle, Sønderborg og Esbjerg), en repræsentant fra børne- og ungdomspsykiatrien, en repræsentant fra Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT) og kvalitetsenheden. Kvalitetsenheden består af administrative medarbejdere, der varetager den daglige drift og koordinering af kvalitetsarbejdet og er tilknyttet de psykiatriske afdelinger. På hver afdeling findes et Lokalt Kvalitetsudvalg, der består af en repræsentant fra afdelingsledelsen, en kvalitetskoordinator samt et antal udpegede medlemmer fra forskellige faggrupper. Det Lokale Kvalitetsudvalg er ansvarligt for den løbende kvalitetsforbedring og vurdering i henhold til overordnede strategier og kvalitetspolitikker (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009).

Udarbejdelse af dokumenter

Dokumenterne bliver til efter en model, hvor der erkendes et behov for et nyt retningsgivende dokument eller ændring af eksisterende. Det kan være udløst af en standard fra DDKM, men også af et behov hos den enkelte medarbejder. Erkendelsen behandles af den nedsatte kvalitetsorganisation – det lokale kvalitetsråd, hvor der tages stilling til behovet. Hvis behovet tages til efterretning, udnævnes en forfatter, som har spidskompetencer på det område, det retningsgivende dokument handler om, og denne får ansvaret for at udfærdige dokumentet. Dokumentet sendes i

høring hos en kreds af medarbejdere, som arbejder med det pågældende område og godkendes herefter på lederniveau og stilles til rådighed for klinikken. Dette flow af handlinger har vi skitseret nedenfor (figur 2).



Figur 2 – flowdiagram over et retningsgivende dokumentets tilblivelse

De retningsgivende dokumenter er ikke statiske dokumenter, men skal opdateres i takt med, at organisationen og det kliniske arbejde udvikler sig. Dette understøttes i Infonet med versionering af dokumenter. Se eksempler på retningsgivende dokumenter i bilag 1.

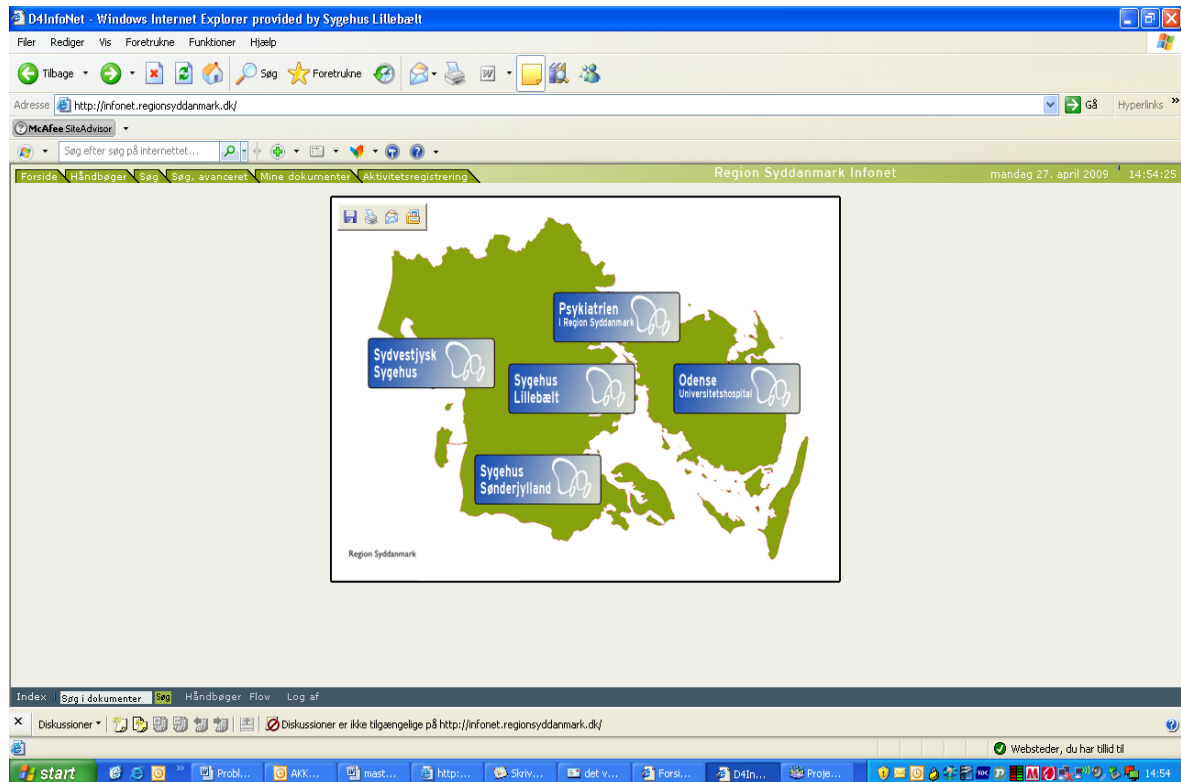
Dokumentstyring i Region Syddanmark

På regionalt plan blev det primo 2008 besluttet at indføre et fælles dokumentstyringssystem til håndtering af retningsgivende dokumenter. Afdelingen, der danner ramme for dette projekts undersøgelse, stod samtidig overfor udskiftning af det eksisterende intranet til et nyt intranet. På det gamle intranet var en del retningsgivende dokumenter tilgængelige, mange af ældre eller helt uden dato, samt referater fra diverse møder og meget andet. Da det gamle intranet skulle afløses af det nye, blev de enkelte dokumenter vurderet i forhold til deres fremtidige placering. Dokumenter, der havde karakter af at indeholde viden om psykiatrisk pleje og behandling og som var retningsgivende for den indsats personalet skulle yde patienten, skulle fremover placeres i dokumentstyringssystemet. I Region Syddanmark er det besluttet, at D4 Enterprise Solutions skal levere applikationen *D4infoNet™*, som skal håndtere de retningsgivende dokumenter i sygehusvæsenet i Region Syddanmark. Dette system gennemgås i det følgende, som det anvendes i psykiatrien i Region Syddanmark.

D4Infonet™

På D4 Enterprise Solutions hjemmeside nævnes det, at *”relevant viden frigør ressourcer”*, og det oplyses endvidere, at Infonet er en videnbase, som medarbejderne kan trække på. *”D4InfoNet™ skaber mulighed for, at megen viden om virksomheden kan forankres ét sted og blive tilgængelig for den enkelte medarbejder, når behovet opstår.”* (D4 Enterprise Solutions 2500)

Herunder præsenteres den forside til Infonet, som medarbejderne mødes af, når de vil tilgå Infonet (figur 3). Forsiden er sat op af Region Syddanmarks kvalitetsorganisation.



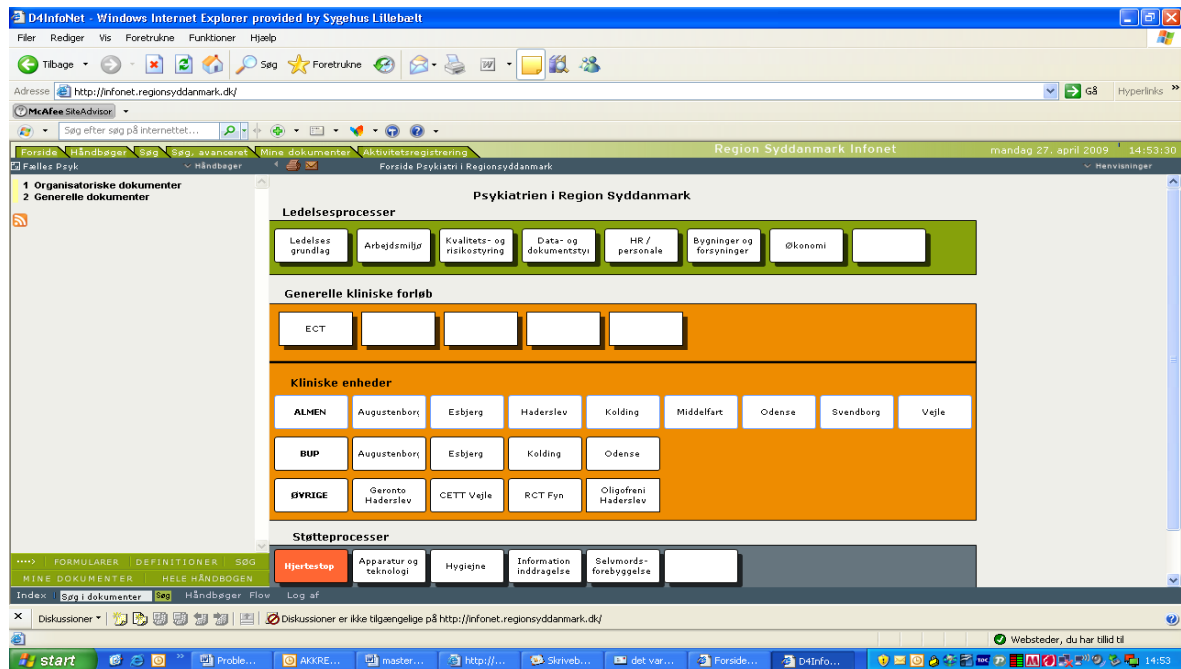
Figur 3 – forside til Infonet i Region Syddanmark (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

D4 Enterprise Solutions omtaler applikationen som nem at anvende for brugerne: *”Dine medarbejdere behøver ikke at blive trænet i programmet, da opbygningen er logisk, og brugerfladen og kommandoerne er de samme som dem, man kender fra fx Microsoft-programmer og Internettet”*. Infonet er en samling af viden og informationer, som kan tilgås via søgefunktion. Der er ligeledes versionsstyring, sporbarhed og historik, som også er en vigtig del i forbindelse med anvendelsen af informationerne i sygehusvæsenets hverdag til dokumentation af beslutningsgrundlaget på behandlingstidspunktet.

Infonet giver mulighed for at gøre medarbejderne opmærksomme på løbende opdateringer ved *”advisering om nye dokumenter og rettelser af systemet, tilpasset efter deres (red.: medarbejderne) jobfunktion og med mulighed for aktiv modtagekontrol”* (D4 Enterprise Solutions 2500). Dette

kræver, at den enkelte bruger logger sig personligt på Infonet, men denne funktion har man ikke valgt at benytte sig af i psykiatrien i Region Syddanmark.

Anvendelse af Infonet



Figur 4 – flowdiagram for psykiatrien i Region Syddanmark (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

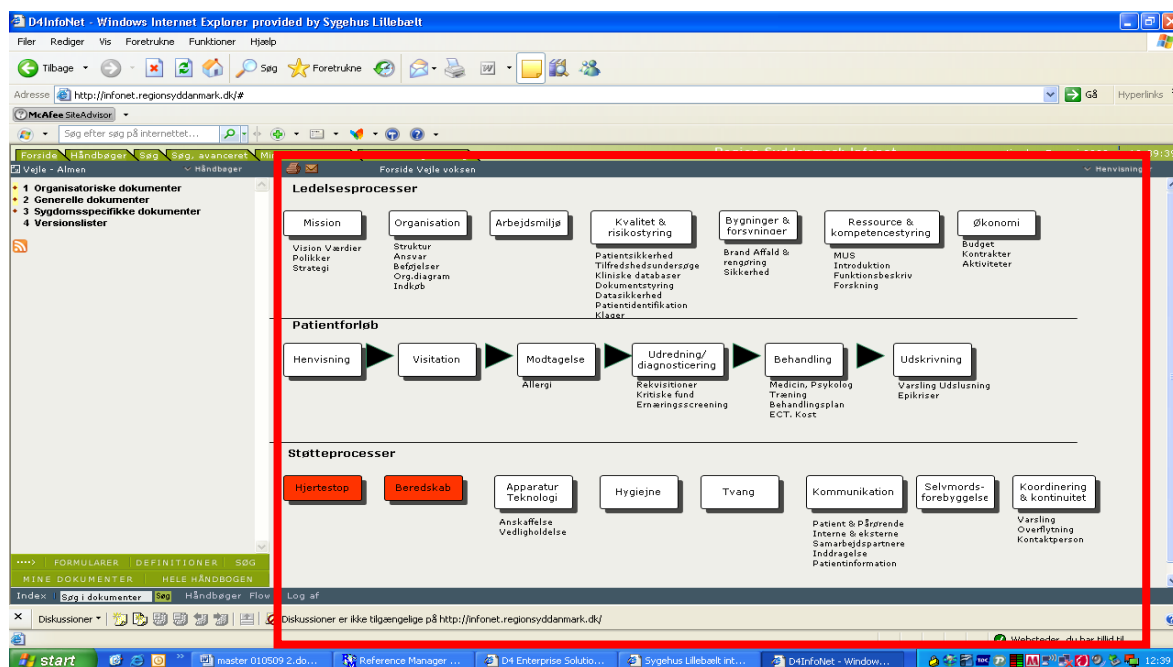
Via Infonet kan alle retningsgivende dokumenter fra de 4 somatiske og det psykiatriske sygehus i Region Syddanmark tilgås. Ovenfor er vist det psykiatriske sygehus forskellige kliniske enheder, hvor medarbejderne har mulighed for at se på tværs af de kliniske enheder (figur 4).

Brugerne har 4 muligheder for at finde retningsgivende dokumenter i Infonet, dette kan foregå via:

- flow diagram
- træstruktur
- søgefunktionalitet
- oversigt over det samlede antal retningsgivende dokumenter

Ovennævnte muligheder kan understøtte brugeres forskellige præferencer for at fremfinde retningsgivende dokumenter, idet de hver især anskuer processen på forskellig måde.

Flowdiagrammet i Infonet



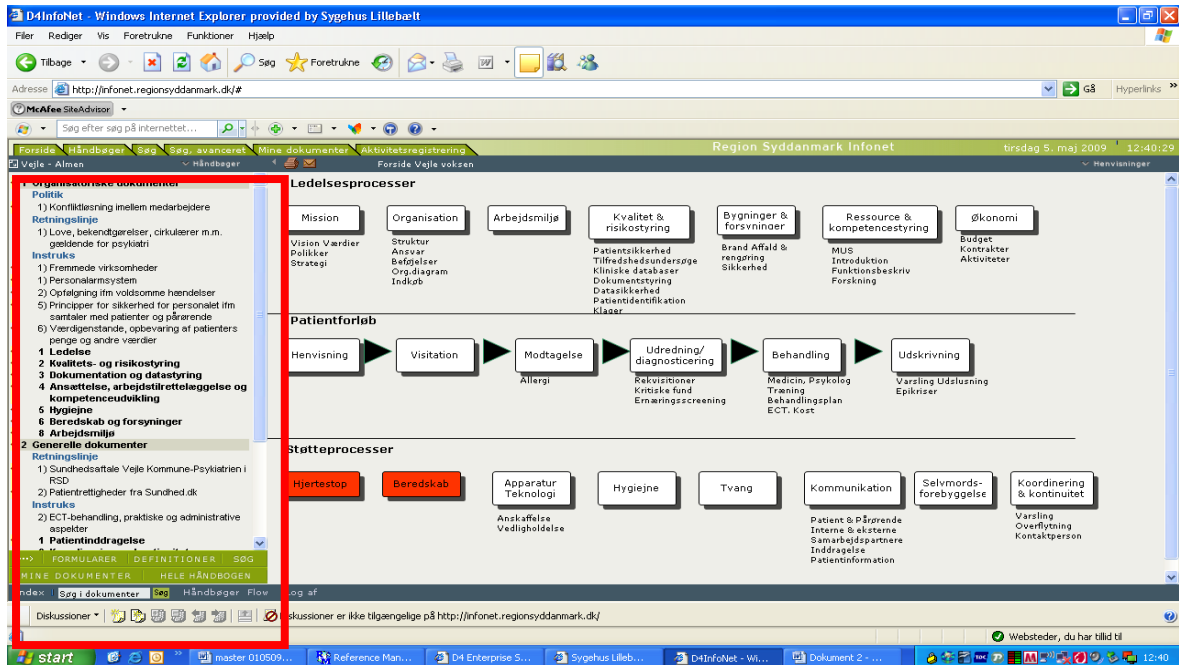
Figur 5 – flowdiagram for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

Via flowdiagrammet i Infonet er der mulighed for at klikke på de forskellige kasser, der hver kan repræsentere faser i et patientforløb, ledelsesprocesser eller mere fragmenterede støtteprocesser i patientbehandlingen og – plejen (figur 5). De retningsgivende dokumenter er knyttet til de kasser, hvor de logisk hører hjemme. Det er en visuel fremstilling af strukturen i Infonet og der er kort vej til selve dokumentet, hvis brugeren vælger at entrene med den rigtige kasse.

Træstrukturen i Infonet

Træstrukturen i Infonet fungerer som en almindelig stifinder kendt fra Windows. Strukturen er bygget op over DDKM's 3 forskellige typer af standarder:

- Organisatoriske dokumenter
- Generelle dokumenter
- Sygdomsspecifikke dokumenter

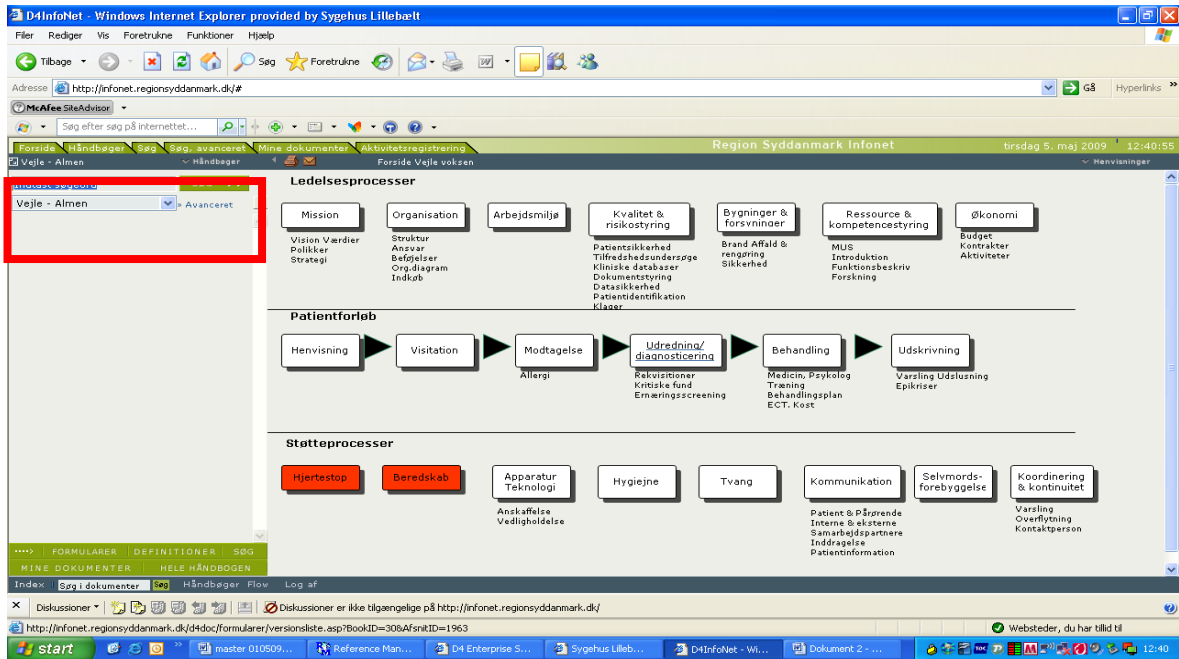


Figur 6 – træstrukturen i Infonet for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

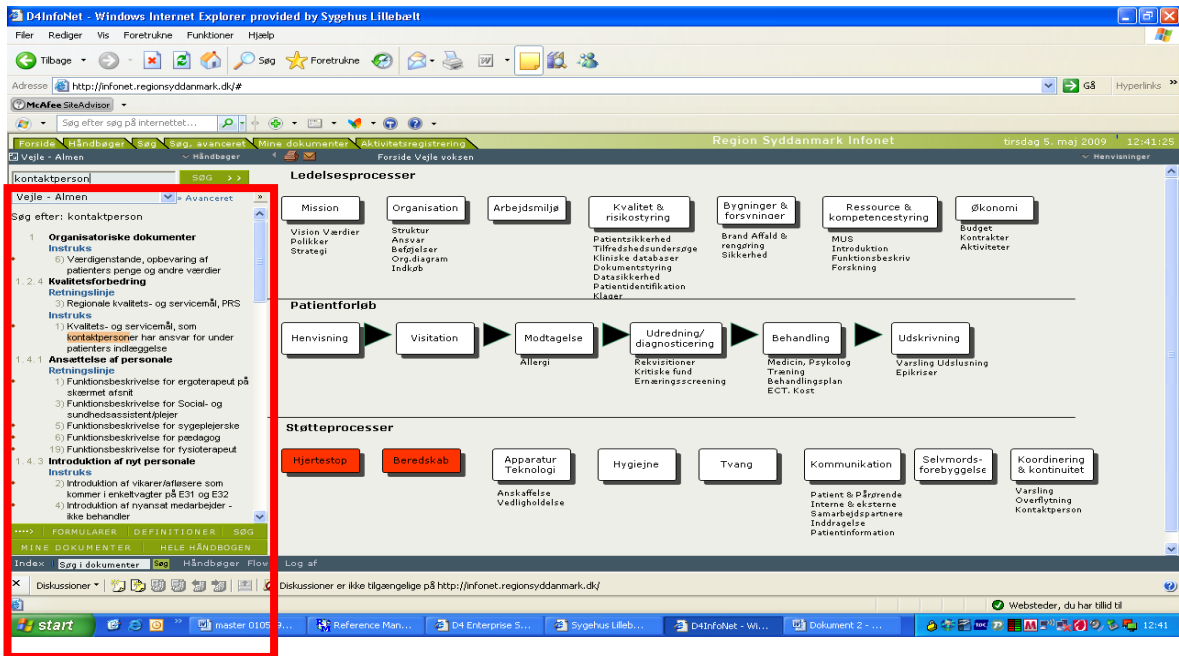
Under disse overskrifter kan brugeren tilgå dokumenterne på en hierarkisk måde, hvor man åbner træet, så overskrifterne bliver mere og mere specifikke, som vi kender det fra mappestrukturen i Windows-stifinderen (figur 6).

Søgefaciliteten i Infonet

Dokumenterne kan ligeledes tilgås via søgefunktionalitet. Infonet søger både i dokumenternes overskrifter og som fritekst søgning i indholdet. Nedenfor vises i det første eksempel søgefeltet (figur 7) og i næste eksempel søgeresultatet på 'kontaktperson' (figur 8).



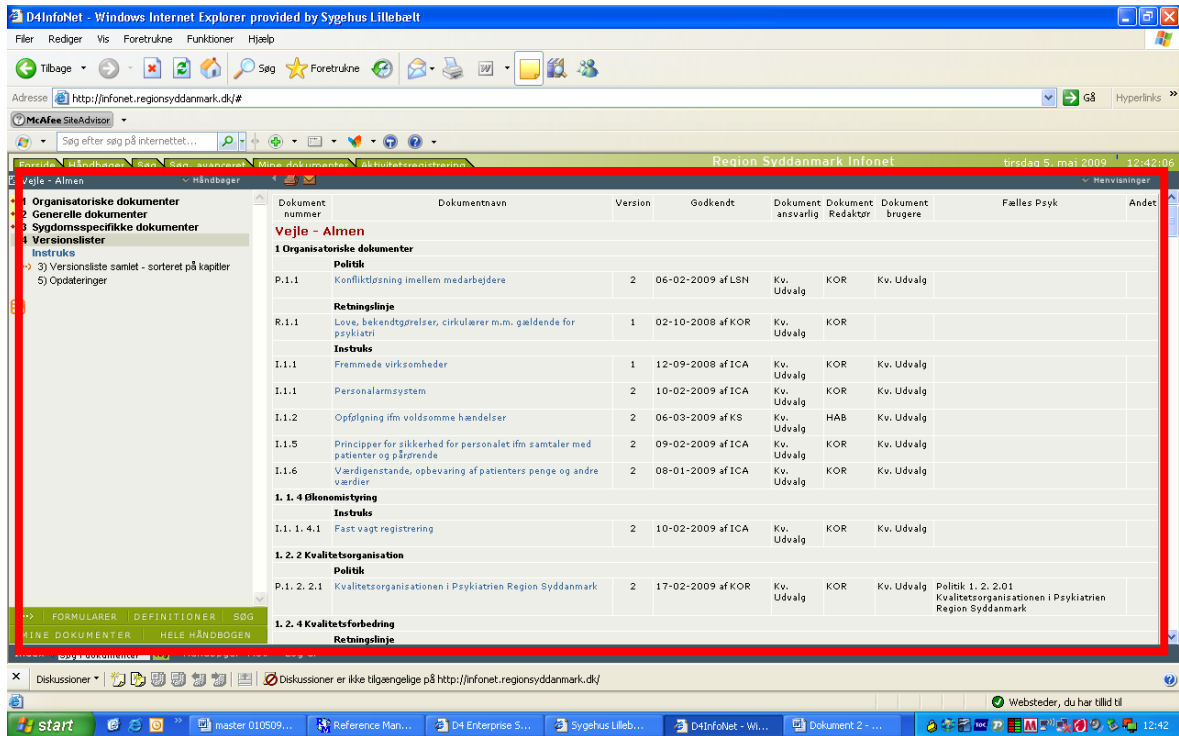
Figur 7 – søgefunktion i Infonet for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)



Figur 8 – søgefunktion, hvor der er søgt på kontaktperson i Infonet for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

Versionsoversigt i Infonet

Den sidste mulighed, brugerne har for at tilgå dokumenterne, er via en samlet versionsliste med alle dokumenterne. Dokumenterne præsenteres her sorteret på kapitler (figur 9).



Figur 9 – samlet versionsliste i Infonet for Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

Yderligere funktionalitet – opdateringsliste

Siden implementeringen er det i Infonet blevet muligt at tilgå en liste med alle dokumenter sortert på godkendelsesdato. Det er her muligt for brugerne at følge med i de opdateringer og nye dokumenter, der løbende udgives i Infonet (figur 10).

Dokument nummer	Dokumentnavn	Version	Dato	Revisionsdato	Dokument ansvarlig	Dokument Redaktør	Dokument brugere
Vejle - Almen							
2.1.7. 3.1	Sundhedsaftale, færdigbehandlingskema, varslings	1	23-04-2009 af ICA	23-04-2012	Vejle	KOR	Vejle
P.1. 8.1	Stresspolitik	1	22-04-2009 af ICA, KS	22-04-2012	Vejle	KOR	Vejle
R.1. 4. 4.1	Åben Afdeling, samarbejde med behandlere	2	22-04-2009 af DQ, KS	22-04-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg
I.1. 4. 3.4	Introduktion af nyansat medarbejder - ikke behandler	3	22-04-2009 af KOR	22-04-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg
I.1. 8.1	De ti bud om stress	1	22-04-2009 af ICA, KS	22-04-2012	Vejle	KOR	Vejle
R.1. 4. 1.2	Funktionsbeskrivelse for socialrådgiver	2	20-04-2009 af ICA	20-04-2012	Kv. Udvalg	LMY	Kv. Udvalg
R.1. 4. 3.1	Uniformsetikette - Dresskode	1	17-04-2009 af KOR	17-04-2012	Kv. Udvalg	KOR	Vejle
R.1. 4. 1.1	Funktionsbeskrivelse for ledende ergoterapeut	2	06-04-2009 af ICA	06-04-2012	Kv. Udvalg	LMY	Kv. Udvalg
R.1. 4. 1.4	Funktionsbeskrivelse for lægesekretærer	3	06-04-2009 af ICA	06-04-2012	Kv. Udvalg	LMY	Kv. Udvalg
I.2. 7. 3.1	Skriftlig orientering ved anvendelse af tvangsforanstaltning: personlig skærmming	3	26-03-2009 af KOR	26-03-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg
I.2. 7. 3.1	Skriftlig orientering ved tvangsforanstaltning: fysisk fastholdelse	3	26-03-2009 af KOR	26-03-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg
I.2. 9.1	Udlevering af medicin fra Dagbehandling	2	26-03-2009 af KOR	26-03-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg
R.1. 2. 4.3	Regionale kvalitets- og servicemål, PRS	1	11-03-2009 af KOR	11-03-2012	Vejle	KOR	Vejle
I.2. 1.1	Samtykke til behandling og til udveksling af oplysninger	3	10-03-2009 af KOR	10-03-2012	Kv. Udvalg	AGW	Kv. Udvalg
I.1. 2. 4.1	Kvalitets- og servicemål, som kontaktpersoner har ansvar for under patienters indlæggelse	3	09-03-2009 af KOR	09-03-2012	Kv. Udvalg	KOR	Kv. Udvalg

Figur 10 – opdateringsliste med dokumenter sorteret på godkendelsesdato i Infonet i Psykiatrien i Region Syddanmark, Vejle – vi har markeret med rød ramme (Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark 2009)

Erfaringer med guidelines og dokumentstyring fra ind- og udland

I dette afsnit vil vi beskrive erfaringer med klinisk anvendelse af guidelines fra ind- og udland.

I England har N. Mitchell et al. undersøgt, hvor udbredt anvendelsen af knowledge management systemer er blandt sygeplejersker. Blandt knowledge management systemerne regnes systemer, som giver elektronisk adgang til informationer som protokoller og guidelines inkl. Map of Medicine. Kun 11 % af tilbagemeldingerne fra områderne tilkendegav, at sygeplejerskerne havde adgang til knowledge management systemer, der kunne understøtte sygeplejerskernes beslutninger (Mitchell et al. 2007).

Map of Medicine vil i løbet af 2009 blive oversat til dansk og testet i klinikken på Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus (Nielsen 2009). Dette sker i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD). Testen er en pilotafprøvning i forhold til om danske klinikere kan drage nytte af Map of Medicines elektroniske retningslinjer i deres daglige arbejde.

NEL er en forkortelse for Norsk Elektronisk Legehåndbok og er et medicinsk opslagsværk, som er udviklet for at give sundhedspersonale i Norge let adgang til opdateret og forskningsbaseret medicinsk viden. Formålet er at øge kvaliteten i det Norske Sundhedsvæsen og sikre, at patienter får et ensartet tilbud i sundhedsvæsenet, samt øge samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet og med patienterne.

I udviklingen af NEL er der lagt vægt på, at det er let og hurtigt for klinikerne at bruge systemet:

”NEL er med sin strenge struktur og hensigtsmæssige funktionalitet udviklet for å kunne brukes i en travel klinisk hverdag.” (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2500)

NEL drives af Norsk Helseinformatikk AS, som i et kontraktligt samarbejde med, og med økonomisk støtte fra, Social- og helsedepartementet i Norge har udviklet det elektroniske opslagsværk.

På NEL's hjemmeside kan man desuden læse følgende om NEL i Danmark:

”Det er inngått en avtale med Danske Regioner om leveranse av NEL til alt helsepersonell og borgere i Danmark. Det er nå etablert en dansk redaksjon som har startet arbeidet med å oversette og tilpasse innholdet til danske forhold. Den danske redaksjonen vil etter hvert utvikle også nye dokumenter. Det vil bli et nært samarbeid mellom den danske og den norske redaksjonen med mulighet for utveksling av oppdaterte og nye dokumenter. Den forbedrede kvalitetssikringen av innholdet i NEL/DEL er noe som vil komme både norske og danske brukere til gode.” (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2500)

Det danske sundhedspersonale kan tilgå NEL fra Sundhed.dk, her kaldes opslagsværket: Lægehåndbogen.

I masterprojektet ”På sporet af Sund Viden – evaluering af et elektronisk dokumentstyringssystem” fra 2006, Aalborg Universitet beskrives evaluering af dokumentstyringssystemet ”Sund Viden” i Frederiksborg Amt 1 år efter ibrugtagningen. Projektets formål er at undersøge årsagen til manglende brug af det elektroniske dokumentstyringssystem samt undersøge hvilke problemer det giver i forhold til akkreditering (Hansen, Petersen, & Gommesen 2006). Undersøgelsen bygger på spørgeskemaundersøgelser ved slutbrugerne samt interviews af centrale personer i henholdsvis kvalitets- og implementeringsorganisationen i Frederiksborg Amt. Konklusionen fra projektet er, at der før indførelsen af elektroniske vejledninger (i følge projektet dækker begrebet vejledninger alt inden for procedurer, vejledninger, instrukser, retningslinjer osv.) og Sund Viden, var en række problemer i forhold til:

- At udarbejdelsen af vejledninger var mere eller mindre tilfældig og kvaliteten derefter
- Alle kunne skrive en vejledning om det, de havde lyst til
- Der var ingen godkendelses- eller reviewprocedure
- Vejledningerne kunne være forældede
- Der kunne være problemer med læseligheden
- Distributionen var tilfældig
- Vejledningerne var trods ovennævnte problemer et vigtigt redskab for slutbrugerne, der ikke kan være alvidende, men har brug for hjælperedskaber

Efter implementeringen af Sund Viden og elektroniske vejledninger beskrives det i masterprojektet, at der blev rettet op på nogle af disse punkter. Analysen klarlagde endvidere, at overgangen til den elektroniske håndtering af vejledninger betød en række nye aktører, idet de elektroniske vejledningers udarbejdelse indgår i en kvalitetsorganisation, som indebærer forfattere, akkrediteringsstyregruppe og godkendelsesprocedurer. Masterprojektet noterer sig, at det er en kvalitetsmæssig forbedring, der er sket med den ændrede procedure for udarbejdelsen af vejledninger og at disse er elektroniske, hvis de relevante vejledninger vel at mærke bliver udarbejdet og gjort tilgængelige. Dette har vist sig ikke at være tilfældet i Frederiksborg Amt, hvor slutbrugerne oplever at mangle vejledninger i Sund Viden, hvorfor slutbrugerne er nødsaget til at bruge de gamle papirbaserede vejledninger. Kvalitetsorganisationen har ikke været i stand til at løfte opgaven med udarbejdelsen af de elektroniske vejledninger på tilstrækkelig vis. Det angives endvidere, at sygehusenes akkreditering i forhold til DDKM har været et af de store incitament for at indføre Sund Viden og ”... at indførelsen af Sund Viden primært er sket ud fra et politisk perspektiv og ikke ud fra et slutbruger perspektiv.” (Hansen, Petersen, & Gommesen 2006)(p. 98). Konklusionen i masterprojektet er, at slutbrugerne efter 1 års drift ikke anvender de elektroniske vejledninger i særligt stor udstrækning, og at man derfor ikke kan betragte Sund Viden som implementeret endnu.

Som ovenfor nævnt har danske klinikere flere muligheder for at anvende elektroniske retningslinjer – både NEL, Map of Medicine og egne elektroniske retningslinjer, som er udviklet med udgangspunkt i DDKM. Sundhedsstyrelsen er med i projekt om Map og Medicine, mens Danske Regioner er involveret i NEL og sideløbende er begge institutioner involveret i DDKM. Dette virker umiddelbart som om, der er usikkerhed på, hvilken retning klinikerne skal se, men dette er ikke i fokus i vores projekt, omend ikke uinteressant.

Kulturen i en psykiatrisk afdeling

John Damm Scheuer beskriver et konfliktfyldt og langstrakt forløb (april 1997 til december 2000) med beskrivelse af patientforløb i Psykiatrisk afdeling, Frederiksberg Hospital: ”Arbejdet med patientforløb i Psykiatrisk afdeling tog meget længere tid end i Ortopædkirurgisk Klinik. Arbejdet var præget af flere konflikter ligesom form og indhold af de fysiske patientforløbs-beskrivelser var meget forskellige.” (Scheuer 2005)(p. 8). Scheuer noterer sig, at der kunne ”... observeres meget forskelligartede typer af processer.” (Scheuer 2005)(p. 8). Der var i Psykiatrisk afdeling nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation af forskellige faggrupper i afdelingen (psykolog, psykiater, sygeplejersker, ergoterapeut osv.). Arbejdsgruppen var nedsat som en del af et projekt til planlægning af en omorganisering af Frederiksberg Hospitals Psykiatriske afdeling, og arbejdsgruppen skulle konkret planlægge patientforløb i afdelingen. Arbejdsgruppens grundlæggende, tværfaglige diskussioner om bl.a. de behandlingsideologiske forudsætninger gjorde, at forløbet blev langstrakt. Det var svært at skabe konsensus om en ligestilling af den bio-, psyko- og sociale tilgang til behandling og patientforløb i afdelingen.

Når denne grundlæggende forudsætning ikke er på plads i en afdeling, kan det være svært at udarbejde, og ikke mindst arbejde efter, retningsgivende dokumenter. Forløbet i den somatiske af-

deling forløb anderledes hurtigere og mere glat. Her var der en anden kultur med en mere ensartet opfattelse af de behandlingsideologiske forudsætninger og tilgangen til patientforløb.

Som afdelingssygeplejersken påpeger i indledningen, er kulturen i denne afdeling, som er genstand for vores undersøgelse, udsat for konstant forandring. Dette må have betydning for den behandlingsideologiske diskussion og konsensus om denne, og dermed også for holdningen til at efterleve retningsgivende dokumenter.

Resultat af undersøgelse af brugeres anvendelse af intranet

I det følgende redegøres kort for indholdet i 2.årsprojektet "Indsamling af viden og information via intranettet – en undersøgelse i en udvalgt sygehusafdeling" på Masteruddannelsen i Sundhedsinformatik (Bjerrum & Wengler 2008) idet dette projekt fungerer som et udgangspunkt for nuværende masterprojekt. Ét af 2.års-projektets løsningsforslag har givet anledning til nedsættelse af projektgruppe i den afdeling, hvor 2. års projektet blev gennemført.

I 2.års-projektet deltog den ene af nuværende projekts medlemmer i en undersøgelse af personalets indsamling af viden og information via intranettet på en udvalgt sygehusafdeling. Udgangspunktet for undersøgelsen var det faktum, at personalet ofte efterspurgte viden hos kolleger, selv om denne allerede tidligere var formidlet ud via elektroniske medier som fx intranettet. Projektets hypotese var, at personalet havde vanskeligheder med at bruge intranettet. Hypotesen blev undersøgt via en spørgeskemaundersøgelse om personalets brug af og holdninger til intranettet. Undersøgelsens resultat var overraskende, idet personalet generelt var meget tilfreds med intranettet og ingen vanskeligheder havde med at bruge det. Der var dog en markant forskel på, hvilke af intranettets sider personalet brugte, idet siderne, der indeholdt retningsgivende viden om den aktuelle afdelings praksis, var de mindst anvendte. En forklaring på dette blev forsøgt forstået i lyset af den måde Enrico Coiera beskriver, at klinisk personale kommunikerer og arbejder på:

***"Synchronous bias.** People seem to favor interruptive communication mechanisms, such as face-to-face discussion, paging, and the telephone, over less interruptive methods that are available to them. This may be because, in busy environments, tasks need to be "ticked off the list" once completed, to reduce cognitive load. For example, asking someone directly to complete a task produces immediate acknowledgment that the hand-over has occurred, but asynchronous channels like e-mail, voicemail, or notes are usually not designed to deliver the appropriate acknowledgment of message receipt and task acceptance.*

***Information seeking from humans.** The reliance of clinicians on discussion to resolve information needs has suggested to some that this is in response to poor printed or computer-based information sources. Another hypothesis is that communication is actually the preferred mechanism for information gathering. Clinical problems are often poorly defined, and clarification can be obtained through conversation. Thus, clinical staff may opportunistically interrupt each other because face-to-face discussion is highly valued but difficult to schedule, and any opportunity is avidly seized."*

Failure to reason about the impact of individual behavior. *Most clinicians seek to maximize their personal efficiency in serving their patients but do not seem to consider the consequences of their behavior on the overall operational efficiency of their organizations. However, the consequence of interrupting colleagues to satisfy individual needs may be a far more inefficient organization overall."*

(Coiera 2000)(p. 281-282)

2. års-projektet foreslog, at man må forsøge at bringe den sociale og interaktive proces, der hjælper klinikerne frem til en handling, sammen med et medie, der indeholder opdateret klinisk viden, som er nødvendig for den kliniske beslutning. Der peges på, om centralt placerede storskærme med finger-touch-funktion kan være det medie, der bringer den retningsgivende viden og klinikerens interaktive og sociale proces sammen.

Efter 2.-års-projektets afslutning blev dette løsningsforslag forelagt afdelingsledelsen i afdelingen. Ledelsen søsatte et projekt med det formål at understøtte implementeringen af retningsgivende dokumenter i sengeafsnittene (se kommissoriet i bilag 2). Projektet fik navnet "Projekt Storskærm" og beskrives nærmere i det følgende afsnit.

Implementeringsproces for "Projekt Storskærm"

Som led i "Projekt Storskærm" har afdelingsledelsen bevilliget 100.000 kr. til indkøb af storskærme med touch-funktion til opsætning på begge sengeafsnit. Der blev nedsat en projektgruppe, som bestod af 3 medarbejdere fra hvert sengeafsnit, afdelingens kvalitetskoordinator samt en projektformand. Projektformanden var projektets initiativtager via det tidligere beskrevne 2.års-projekt samt den ene af nærværende projektrapports forfattere. Medarbejderne er udpeget af afsnittenes afdelingssygeplejersker, ud fra deres interesse for projektet og deres gennemslagskraft i personalegruppen. Desuden er det tilstræbt, at medarbejderne bør repræsentere forskellige faggrupper og de 3 vagttyper – dag-, aften- og nattevagt, idet afdelingen til dels benytter faste aften- og nattevagter. Disse kriterier er valgt i et forsøg på at sikre projektet fortsat bæredygtighed efter endt implementering i afdelingen.

Ifølge kommissoriet for "Projekt Storskærm" var projektets formål:

- *"At medvirke til implementeringen af D4Infonet på sengeafsnittene*
- *At sikre plejepersonalets kendskab til D4Infonet*
- *At plejepersonalet opnår fortrolighed i anvendelsen af D4Infonet*
- *At øge tilgængeligheden til/at gøre det nemt at få adgang til - de retningsgivende dokumenter*
- *At øge plejepersonalets motivation for at anvende retningsgivende dokumenter*

- *At stimulere personalets brug af retningsgivende dokumenter i deres daglige praksis*
- *At skabe rum for interkollegial refleksion og kommunikation om best practice*
- *At reducere personalets oplevelse af stress grundet afbrydelser i arbejdet*

(bilag 2)

Afdelingens projektgruppe har haft frie hænder til at arbejde med implementeringsprocessen og de forskellige opgaver f.eks. vedr. skærmenes placering i sengeafsnittene og personalets oplæring i og motivation for brug af skærmene og D4Infonet.

Der blev, efter aftale med mødedeltagerne, foretaget båndoptagelser af gruppemøderne med henblik på dokumentation af mødets forløb og aftaler.

Indledningsvist havde afdelingens projektgruppe fokus på historikken i forhold til at anvende retningsgivende dokumenter i praksis (se bilag 3).

Afdelingens projektgruppe har anvendt metoden Six Thinking Hats® udviklet af Edward de Bono i arbejdsprocessen for at imødegå alt for kultur- og traditionsbundne holdninger, og i stedet understøtte en kreativ og åben tilgang til opgaven ved at opfordre til en anderledes tænkning, som de Bono kalder lateral tænkning:

"....."lateral thinking", which involves disrupting an apparent thinking sequence and arriving at the solution from another angle."

"Six Thinking Hats® *"It is a simple, effective technique that helps them (red.: mødedeltagerne) become more productive. You and your team members can learn how to separate thinking into six distinct categories. Each category is identified with its own coloured metaphorical thinking hat." By mentally wearing and switching "hats," you can easily focus or redirect thoughts, the conversation, or the meeting."*

(de Bono 2008)

Med de forskellige farver tænkes der ud fra forskellige nærmere definerede perspektiver: kreativt, kritisk, optimistisk, følelsesbetonet, hvad ved vi og hvilken viden mangler vi og opsummerende og konkluderende.

På nedenstående billeder er de to sengeafsnit afbilledet, inkl. den forskellige placering af skærmene, som projektgruppen kom frem til (figur 11 og 12).



Figur 11 – billede af kontoret på afsnit E32 – st-skærmen hænger på sidevæggen



Figur 12 – billede fra afsnit E31 – st-skærmen hænger på endevæggen

Skærmene er af mærket "NEC MULTEOS M40 with DST Touch" ®. Screen size er 102 cm, og skærmen vejer 32,3 kg. Den er fastmonteret på væggen, kan ikke hæves, sænkes eller drejes. Skærmen er, ifølge leverandøren, ufølsom overfor overfladesnavs.

Trods D4 Enterprise Solutions tilkendegivelse om, at det ikke er nødvendigt at træne medarbejderne i programmet, så har afdelingen valgt at tilbyde alle brugere 1 times introduktion til Infonet og de retningsgivende dokumenter ved afdelingens kvalitetskoordinator. Brugere skal ikke melde sig til introduktionen, men kan blot møde op på annoncerede tidspunkter. Der bliver ikke holdt regnskab med, om alle gennemgår introduktionen, men afsnittenes tovholdere vil løbende opfordre kollegerne til at deltage i introduktionsseancerne.

Projektgruppen inviterede til indvielse af skærmene den 2. december 2008. Efterfølgende har projektgruppen mødtes med et par måneders mellemrum for at følge op på processen. På møderne diskuteres status på projektet: hvordan bruges skærmene, er der opstået uventede konsekvenser, er der behov for opfølgning, er der behov for ændringer, er der behov for mere undervisning.

Problemafgrænsning

På baggrund af ovenstående beskrivelse af baggrund og implementeringsproces, kunne der vælges mange forskellige fokusområder for et projekt. Vi kunne rette blikket mod applikationens brugervenlighed eller mod storskærmens design. Vi kunne fokusere på selve implementeringsprocessen "Projekt storskærm" eller på begrebet beslutningsstøtte, og hvordan dette kan understøttes i en informationsteknologisk sammenhæng. Vi kunne også have valgt en organisatorisk vinkel på projektet, men vi har valgt at tage tråden op fra kommissoriet til "Projekt storskærm", og forfølge afdelingsledelsens formål med projektet. De formål vi vil fokusere på er følgende:

- *"At øge tilgængeligheden til/at gøre det nemt at få adgang til - de retningsgivende dokumenter"*
- *At øge plejepersonalets motivation for at anvende retningsgivende dokumenter*
- *At stimulere personalets brug af retningsgivende dokumenter i deres daglige praksis*
- *At skabe rum for interkollegial refleksion og kommunikation om best practice*
- *At reducere personalets oplevelse af stress grundet afbrydelser i arbejdet"*

(bilag 2)

Vi afgrænser projektet til plejepersonalet, idet det er den personalegruppe, der i første omgang har været involveret i implementeringen af "Projekt Storskærm", og det er plejepersonale, der har storskærme til rådighed.

Vi anlægger en socio-teknisk tilgang til projektet. Denne vinkel udtrykkes på fornemste vis af en udtalelse af en af delingens psykologer, der i forbindelse med ledergruppens drøftelse og beslutning om at indkøbe 2 store touch skærme stiller spørgsmålet: *"Hvad sker der med den anerkendelse, der foregår mellem to mennesker, der ser hinanden i øjnene, mens de deler viden. Hvad sker der, når vi går glip af den, fordi det er en skærm, vi ser på i stedet?"*.

Problemformulering

Afdelingsledelsen har på baggrund af anbefaling fra 2.års-projektet besluttet at indkøbe 2 storskærme i en forventning om at facilitere tilgængeligheden til den store mængde information og viden. Som en konsekvens af det stigende personaleflow, mange vikarer og en meget stor uddannelsesmæssig opgave er der et stort behov for at sikre videndeling. Samtidig med dette ønsker ledelsen at støtte personalet i implementeringen af DDKM og den efterfølgende akkreditering. Dette fører os frem til følgende problemformulering:

Hvordan oplever plejepersonalet i en lokal psykiatrisk praksis, at store touchskærme og elektroniske retningsgivende dokumenter påvirker deres hverdag i forhold til oplæring af nyt personale, kollegialt samarbejde, afbrydelser og kvalitet i plejen og behandlingen?

Undersøgelsesspørgsmål

Med udgangspunkt i problembaggrund, problemafgrænsning og problemformulering har vi opstillet følgende undersøgelsesspørgsmål, som danner rammen for projektet:

- Hvordan oplever plejepersonalet det overhovedet at anvende procedurer eller retningslinjer for patientplejen?
- Hvordan oplever plejepersonalet anvendelsen af den nye teknologi – både storskærmen og Infonet?
- Hvordan oplever plejepersonalet introduktion og oplæring af nye medarbejdere i forhold til procedurerne i afdelingen?
- Hvordan oplever plejepersonalet det kollegiale samarbejde om plejen og behandlingen i forhold til at efterleve afdelingens procedurer?
- Hvordan oplever plejepersonalet afbrydelser i deres hverdag?
- Hvordan oplever plejepersonalet kvaliteten i plejen og behandlingen i forhold til at efterleve de retningsgivende dokumenter?

Projektets praksisfelt

I dette afsnit beskrives undersøgelsens genstandsfelt samt eksempler på kliniske situationer, hvor det kan være relevant at søge viden i Infonet.

Feltet er en psykiatrisk afdeling med døgnfunktion, dagfunktion samt ambulansfunktion. Døgnfunktionen er delt på to sengeafsnit, et åbent afsnit med plads til 30 patienter og et lukket afsnit med plads til 10 patienter. Afdelingen består desuden af et ambulatorium, der har 5-600 patienter i behandling, og et dagbehandlingsafsnit, hvor der er indskrevet 30 patienter. Desuden findes der et oligofreniteam, hvor der behandles ca. 400 patienter samt et gerontopsykiatrisk team, hvor der er 235 patienter i behandling. Målgruppen er voksne patienter med sindslidelser, primært af psykotisk karakter. Sengeafsnittene ledes af hver sin afdelingssygeplejerske og en eller to souschefer. I afsnittene er der ansat følgende faggrupper: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og pædagoger samt en sekretær, der betjener begge afsnit. I begge afsnit er der en ugentlig timenormering på 718 timer, hvilket giver en daglig tilstedeværelse af personale på hverdage på 6 personer i dagvagt, 4 i aftenvagt og 3 i nattevagt. Udover det faste personale, er der 12 uddannelsessøgende fordelt på de to afsnit. Udover disse faggrupper har en del andre faggrupper deres gang i afsnittene i forbindelse med patientbehandlingen. Det drejer sig om læger, psykologer, socialrådgivere, distriktssygeplejersker og fysioterapeuter.

Afdelingen har gennem de sidste 6 år anvendt en EPJ, som bruges af samtlige klinikere, som dermed er IT-vante.

De praksissituationer, hvor det kan være relevant at søge efter retningslinjer, er mange og alsidige. Med udgangspunkt i egen empiri beskrives i det følgende et antal forskellige, hverdagsagtige situationer fra praksis, hvor det implicerede personale kunne have brug for at søge efter viden og/eller finde støtte til sin beslutning.

Situation 1: Vagthavende læge melder en akut patient til indlæggelse på det lukkede afsnit. Den nyligt ansatte sygeplejerske har brug for viden om, hvordan man på dette afsnit modtager en akut patient.

Situation 2: 2 kontaktpersoner samarbejder om plejen af en tvangsfikseret patient. Patienten er overvægtig og immobil. Kontaktpersonerne drøfter patientens tilstand og har brug for viden om forebyggelse af skader i forbindelse med fikseringen.

Situation 3: Introduktion til nyt personale i forhold til genoplivning

Situation 4: En patient har været tvangstilbageholdt i afdelingen. Kontaktpersonen er bekendt med det lovmæssige krav om eftersamtale med patienten, men har brug for viden om, hvordan det håndteres i denne afdeling, af hvem og hvordan det dokumenteres.

Situation 5: En patient indlægges med alkoholabstinenser. Sygeplejersken og lægen vurderer patientens tilstand, og lægen har brug for støtte til at beslutte hvilken abstinensbehandling patienten behøver.

I første del af projektet har vi nu redegjort for vores bevæggrund for valg af fokus for projektet, problembaggrund samt problemformulering. I efterfølgende del 2 vil vi beskrive metoden for indsamling af empiri samt præsentere empirien.

Del 2 – Metode og empiri

Metodisk perspektiv

Ifølge Jytte Brender er der en række forhold i det metodiske perspektiv, man skal gøre sig klart, når man vil vurdere en it-løsning (Brender 2004). Brender beskriver en række trin i processen, som vi i det følgende vil redegøre for i forhold til vores projekt:

- Vurdering af livscyklus-status: i hvilket stadium af udviklings- eller implementeringsforløbet befinder it-løsningen sig.
- Beskrivelse af informationsbehovet
- Valg af metodologi
- Valg af metode
- Valg af metrikker og målepunkter
- Udførelse af metoden
- Fortolkning af resultater

Vurdering af IT-løsningens livscyklus-status

Ifølge Brender er der fire faser i en IT-løsningens levetid (Brender 2004). Først den eksplorative fase, som er en planlægningsfase, hvor organisationen vurderer og planlægger, om den påtænkte løsning vil kunne indfri organisationens behov. Denne fase har fundet sted i styregruppen for elektronisk dokumenthåndtering i Region Syddanmark. I denne styregruppe har deltaget repræsentanter for sygehuse i Region Syddanmark, herunder det psykiatriske sygehus. Denne fase blev afsluttet med beslutningen om at indføre Infonet på alle organisationens sygehuse i juni 2008 (Styregruppen for elektronisk dokumenthåndtering i Region Syddanmark 2008).

Den næste fase er den tekniske implementeringsfase. Her skal det vurderes om det kontraktmæssige er opfyldt, dvs. om alle funktioner er helt og fuldt til stede og fungerer korrekt. Der har været flere opfølgende møder mellem leverandør og Region Syddanmark, hvor netop dette er til diskussion. Disse møder pågår stadig, og som Brender også beskriver, er gangen gennem faserne ikke en lineær proces, men faserne fletter sig ind i hinanden med både feed-forward-sløjfer og feed-back-sløjfer.

Den tredje fase er ibrugtagningsfasen, hvor formålet er at få tilpasset organisation og it-løsning til hinanden. Dvs. en vurdering af de ergonomiske og kognitive problemer, der er blevet tydelige efter at systemet er sat i drift. Infonet blev som tidligere beskrevet sat i drift den 2. december 2008. Der har været et opfølgende møde i den lokale projektgruppe den 22. december, hvor det af referatet ses, at der netop var fokus på ergonomiske og kognitive problemer, idet eksempelvis følgende var på dagsordenen: introduktion og oplæring af personale, rengøring af skærme og arbejdsstillinger ved betjening af skærme (Projekt Storskærm-gruppen 2008).

På det tidspunkt hvor de ovenstående problemer i ibrugtagningsfasen er ved at være løst, glider systemet gradvist over i den fjerde og sidste fase: videreudviklingsfasen. I denne fase har systemet opnået en vis stabilitet, og det er først i denne fase, at vurderingsaktiviteter i forhold til om systemet har haft den ønskede virkning i organisationen kan udføres: er formålet med systemet blevet opfyldt, herunder evt. effektmål, er der opstået evt. uønskede virkninger med systemet, hvordan har det påvirket kompetencer og struktur i organisationen.

Vi vurderer, at implementeringen af Infonet og storskærmene er på vej ind i fase 4, med fortsatte feed-back-sløjfer til både implementeringsfasen og ibrugtagningsfasen.

Beskrivelse af informationsbehovet

Det er spørgsmålet, der bestemmer metoden. Ifølge Brender skal man gøre sig klart, hvad det egentligt er, man har behov for at få viden om, og dernæst hvad resultatet skal bruges til. Om det sidste kan gælde, at resultatet fx skal skabe grundlag for en beslutning i organisationen af politisk, administrativ eller teknisk karakter, eller måske resultatet skal publiceres i et videnskabeligt tidsskrift (Brender 2004). For vores projekt gælder, udover at det er et uddannelsesprojekt, at formålet er af forskningsmæssig karakter, idet vi ønsker at få personalets holdninger til anvendelsen af Infonet og storskærme belyst. Vi forventer, resultatet vil kunne bruges i organisationen efterfølgende, når der skal tages stilling til, om der også skal indføres st-skærme andre steder i afdelingen.

Vi har tidligere beskrevet vores undersøgelsesspørgsmål, der alle tager udgangspunkt i personalets oplevelse af forskellige forhold i organisationen, og disse spørgsmål danner basis for informationsbehovet:

- Hvordan oplever plejepersonalet det overhovedet at anvende procedurer eller retningslinjer for patientplejen?
- Hvordan oplever plejepersonalet anvendelsen af den nye teknologi – både storskærmen og Infonet?
- Hvordan oplever plejepersonalet introduktion og oplæring af nye medarbejdere i forhold til procedurerne i afdelingen?
- Hvordan oplever plejepersonalet det kollegiale samarbejde om plejen og behandlingen i forhold til at efterleve afdelingens procedurer?
- Hvordan oplever plejepersonalet afbrydelser i deres hverdag?
- Hvordan oplever plejepersonalet kvaliteten i plejen og behandlingen i forhold til at efterleve de retningsgivende dokumenter?

Det er dermed en kvalitativ undersøgelse af personalets oplevelser og vi vil ikke forholde os kvantitativt til undersøgelsesfeltet.

Valg af metodologi

For at opnå en veltilrettelagt undersøgelse er der nogle aspekter, der skal vurderes, fra man har stillet sine undersøgelsesspørgsmål, og til man har tilrettelagt sin metode for undersøgelsen. Brender beskriver, at man skal gøre sig klart, om den undersøgelse, man ønsker at foretage, er af konstruktiv eller summativ karakter, og man skal foretage en vurdering af de etiske forhold og konsekvenser af undersøgelsen (Brender 2004).

En konstruktiv vurdering har til formål *"... at levere beslutningsgrundlaget for styring af en dynamisk foranderlig udviklingsproces."* (Brender 2004)(p. 21), hvor den summative vurdering *"... har til formål at bidrage med en status i een eller anden sammenhæng."* (Brender 2004)(p. 20).

Vores formål med projektet er at undersøge, hvordan personalet oplever, at st-skærmen og ERD påvirker deres hverdag efter implementeringen, altså en summativ vurdering. Samtidig håber vi, set i lyset af projektets unge livscyklusstatus, at vores undersøgelse kan bidrage med input til den videre udviklingsproces omkring st-skærm og anvendelsen af Infonet. Her tænker vi på evt. videreudvikling af arbejdsgange omkring introduktion og oplæring, afbrydelser og kollegialt samarbejde.

Der vil altid være mange etiske overvejelser i forhold til at lave en undersøgelse i en klinisk sygehusafdeling. Der er et naturligt modsætningsforhold mellem dataindsamlingen og hensynet til afdelingens daglige drift. Feltet vil blive påvirket af undersøgernes tilstedeværelse, og undersøgelsen vil være et forstyrrende element i den i forvejen uforudsigelige, kliniske hverdag. Vi vil med vores undersøgelse tage tid fra et i forvejen fortravlet personale, tid der uvægerligt vil gå fra patienterne. Personalet kan måske opleve et vist ubehag ved at blive "kigget i kortene", uanset hvordan dataindsamlingen måtte foregå. Her er det vigtigt at have det formelle vedr. undersøgelsen på plads, altså tilladelsen fra afdelingens ledelse, og opnå en forståelse blandt afdelingens personale for projektets formål. Det kræver gennemsigtighed i processen og informationen. Vi har haft kontakt med afdelingens ledelse og de to afdelingssygeplejersker om undersøgelsen, desuden har vi beskrevet formålet med undersøgelsen i afdelingens "Sidste nyt - bøger".

Valg af metode

Herunder fremkommer den formelle beskrivelse af proceduren for, hvordan vi kan få indsamlet data til vores undersøgelse. Ifølge Brender skal metoden harmonere med målsætningen, dette gælder også de tidsmæssige og budgetmæssige forudsætninger, og man bør vælge en metode der er valideret i litteraturen og beskrevet i forhold til fordele og ulemper (Brender 2004).

Vores målsætning kan beskrives ved vores problemformulering:

Hvordan oplever plejepersonalet i en lokal psykiatrisk praksis, at store touchskærme og elektroniske retningsgivende dokumenter påvirker deres hverdag i forhold til oplæring af nyt personale, kollegialt samarbejde, afbrydelser og kvalitet i plejen og behandlingen?

Da dette projekt har en utvetydig deadline, sætter det klare grænser for undersøgelsens længde, ligesom dette projekt ikke er budgetteret, men skal afvikles omtrent omkostningsfrit.

Ved valg af metode har vi overvejet de forhold, som Riis beskriver:

”et studie af en persons handlinger kan omfatte flere elementer:

- 1) *Hvad personen faktisk gør*
- 2) *hvad personen mener, han gjorde*
- 3) *hvad personen ville gøre*
- 4) *hvad personen mener, man burde have gjort.*

Der er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem disse elementer”. (Riis 2005)(p. 79).

Vi er optaget af personalets oplevelser og holdninger, som kræver dialog med informanten, hvorfor interview vil være uomgængeligt. Det optimale ville være at komme i dialog med informanten på baggrund af observerede handlinger. Så ville vi kunne tilgodese alle ovennævnte 4 punkter om en persons handlinger. Vi vurderer dog, at det etisk vil være svært at forsvare at gennemføre observationsstudie, idet vores tilstedeværelse ville bringe en urimelig forstyrrelse ind i afdelingens og dermed patienternes dagligdag. Denne vurdering bygger på et mangeårigt kendskab til, hvordan forstyrrelser kan påvirke miljøet i en psykiatrisk afdeling uhensigtsmæssigt til ulempe for skrøbelige patienter.

Ved fravalg af observationsstudie afskærer vi os fra at få viden om, hvad personen faktisk gør, men det vigtigste for projektet er at høre til informanternes holdninger og oplevelser.

Brender skriver at interviews er, frem for andre metoder, specielt velegnede når man ønsker at undersøge individers meninger, holdninger og opfattelser af fænomener. Især gælder dette, hvis der vælges teknikker hvor en dynamisk interaktion i interviewet kan gennemføres, dvs. interviewet må ikke være for stramt struktureret (Brender 2004).

Steinar Kvale har i sin bog *”InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview”*, (Kvale 1994) en grundig gennemgang af alle metodiske overvejelser gennem de forskellige faser i et interview (Kvale 1994). Denne metode er valideret i litteraturen, og fordele og ulemper er nøje gennemgået.

Ud fra ovenstående har vi valgt at tilrettelægge dataindsamlingen som en række interviews. Vi har valgt det semi-strukturerede interview for at give dynamikken plads i interviewet. Vi er opmærksomme på den manglende ligestilling mellem interviewer og informant, og den manglende neutralitet hos den projektmager, der er ansat i den organisation, hvor undersøgelsen finder sted. Det grundige kendskab til organisationen er en fordel i forhold til at kende sproget og kulturen i undersøgelsesfeltet, men en ulempe i forhold til neutraliteten overfor feltet. Vi forsøger at anvende vores forskellige perspektiver i forhold til neutraliteten ved, at vi begge deltager i alle interviews,

som enten interviewer eller observatør, og forsøger på denne måde at dække både et insider og et outsider perspektiv, som Bourdieu kalder det:

”Bourdieu forsøger at overskride dualismen mellem insider- og outsiderperspektiver ved at hævde, at enhver positionering er relativ og rationel. Verden ifølge Bourdieu er ikke todimensionel, og positionering i felten er ikke et spørgsmål om at være indenfor eller udenfor. Idealet om at trænge ind i en anden kultur er lige så fiktivt som idealet om at observere den objektivt og på afstand” (Wilken 2006)(p. 21-22).

Ifølge Wilken mener Bourdieu endvidere, at undersøgeren bør forsøge at identificere et fællesskab med undersøgelsesfeltet:

”Ifølge Bourdieu har outsider-perspektivet en fordel, fordi det sikrer, at etnografen kan få adgang til forskellige – og uforenelige – insiderperspektiver, men det bør også kombineres med et insiderperspektiv. Derfor bør etnografen forsøge at identificere et fællesskab med det samfund, der studeres.” (Wilken 2006)(p. 27).

Inden vi fordyber os mere i interview som metode, vil vi i det næste afsnit beskrive den metode til et forstudie, vi vil bruge for at identificere et fællesskab med undersøgelsesfeltet samt danne basis for at kunne gennemføre den egentlige dataindsamling.

Metode til forstudie

Med henblik på at indsamle empiri til at belyse problemstillingen og opnå kendskab til undersøgelsesfeltet og dermed danne grundlag for den egentlige undersøgelse er der gennemført et forstudie, som består af 4 områder:

- dokumentanalyse
- afdelingens projektgruppes forventninger til indførelsen af Infonet og st-skærme
- observationsstudie
- interview med nøgleperson ved iHospital

Hvert af de 4 moduler bidrager til at opnå viden og forståelse af undersøgelsesfeltet, som Riis skriver: *”Jo mere kendskab forskeren har til partnerens sprog, tanker og holdninger, desto lettere kan hun eller han etablere en meningsfuld samtale” (Riis 2005)(p. 101). ”Intervieweren må lære sprogbrugen for at kunne forstå meningen med svaret”. (Riis 2005)(p. 102).*

Dokumentanalysen giver os mulighed for at opnå historisk kendskab til forløbet omkring beslutningen om at implementere Infonet og st-skærme, spørgsmål til afdelingens projektgruppes forventninger vil sammen med afdelingsledelsens formål skabe en referenceramme for, hvad man kunne forvente af implementeringen, observationsstudiet kan give os som undersøgere kendskab til dagligdagen i undersøgelsesfeltet og interviewet med nøgleperson fra iHospital ved Regionshospitalet, Horsens kan give os indblik i en hverdag i sundhedsvæsenet med anvendelse af st-

skærme. Som Launsø og Rieper udtrykker det: *"I kvalitativ forskning skal vi, som forskere, indfange og beskrive rammen/rammerne for de fænomener, vi udforsker."* (Launsø & Rieper 2005)(p. 128), og Launsø og Rieper fortsætter: *"Det, der skal være fokus på i det kvalitative forskningsinterview, er netop at få beskrevet og forstået koblingen mellem personens udsagn og meninger og de materielle og/eller immaterielle strukturer/betingelser, som disse udsagn og meninger er dannet inden for"*. (Launsø & Rieper 2005)(p. 129).

Ovenstående viser, at det er vigtigt, at forskeren kender undersøgelsesfeltet for at kunne stille kvalificerede spørgsmål til informanten.

Dokumentanalyse

Launsø og Rieper beskriver, at man med fordel kan søge viden via dokumentarmetoder, idet de kan bidrage med historisk indsigt, samt de kan være billigere at anvende end, hvis vi selv skulle indsamle primære data: *"Dokumentarmetoder omfatter alle former for anvendelse af skriftlige, billedmæssige og andre materialer, som er tilvejebragt med andet formål for øje end den aktuelle undersøgelse. Mødereferater, dagbøger, breve, videooptagelser, elektronisk post, hjemmesider, sagsdokumenter, strateginotater, journaler og radioprogrammer er eksempler på mangfoldigheden af dokumentarmaterialer"*. (Launsø & Rieper 2005)(p. 115-116).

Forud for implementeringen af Infonet og st-skærme i afdelingen har der ligget et forberedelsesarbejde. Dette har vi søgt information om via referater fra diverse møder, både på afdelings- og regionalt niveau, samt søgt information på Internettet, hvor faktuel viden om Den Danske Kvalitetsmodel og Infonet er indhentet via de respektive hjemmesider.

Der har været afholdt 3 projektgruppemøder, hvor 3 repræsentanter fra hvert sengeafsnit samt projektlederen har været til stede. Møderne har haft det formål at tilrettelægge implementeringen af elektroniske retningsgivende dokumenter på st-skærmene. Projektlederen har til møderne forberedt en dagsorden og har taget referat af møderne samt optaget dele af møderne på bånd med henblik på dokumentation af vigtige passager i møderne. Dialogen fra demonstrationer af Infonet er således ikke optaget på bånd, mens f.eks. diskussioner om placering af skærme er blevet dokumenteret på bånd. Referaterne er blevet udsendt til mødedeltagerne bl.a. med henblik på kommentarer efter møderne og båndoptagelserne er blevet gennemlyttet med henblik på transskribering af holdninger og forventninger til de elektroniske retningsgivende dokumenters betydning for dagligdagen i forhold til undersøgelsesspørgsmålene. Mødereferater er "spor" af adfærd og beslutninger. *"Disse kilder er egnede til orientering og idégivning i tidlige faser af en undersøgelse, men også som endeligt kildemateriale."* (Launsø & Rieper 2005)(p. 117)

Regionale referater har bidraget med information om beslutningstagere og beslutningstidspunkt i forhold til anskaffelsen af Infonet som dokumenthåndteringssystem i Region Syddanmark.

Projektgruppens forventninger

Afdelingsledelsen har, som beskrevet i kommissoriet for "Projekt Storskærm", forventninger om hvad Infonet og st-skærmene kan bidrage med til afdelingens hverdag. For at afdække afdelingens

projektgruppens forventninger til implementeringen af Infonet og st-skærme har deltagerne på mail fået udsendt 2 spørgsmål, som de har svaret skriftligt tilbage på via mail. Spørgsmålene er udformet, så de giver mulighed for at svare kvalitativt. Der er således ikke tale om et struktureret mini-spørgeskema, idet vi gerne vil spørge til holdninger og forventninger (attitudemæssige spørgsmål) og ikke er interesserede i kvantitative data. Ifølge Riis svarer dette til at stille standardiserede spørgsmål, men svarene er åbne (Riis 2005).

Observationsstudie

Kvale beskriver 6 kvalitetskriterier for et interview (Kvale 1994). Tre af disse handler om at forstå det, den interviewede siger undervejs i interviewet på en sådan måde, at det sagte så vidt muligt gøres til genstand for en fortolkning under selve interviewet, hvor interviewerens forsøger at få sin fortolkning verificeret undervejs. Kvale skriver videre, at for at kunne gøre dette, er det nødvendigt, at interviewerens ved, hvad hun interviewer om. Udover at psykiatrisk praksis er et ukendt felt for den ene af projektdeltagerne, er den teknologi, der er placeret i denne praksis og anvendelsen af denne, ikke noget nogen af projektdeltagerne før har haft erfaring med. Ud over ovennævnte vil vi også gerne fremme en god interaktion mellem interviewer og informant, derfor har vi vurderet, at der er behov for et observationsstudie forud for selve dataindsamlingen, som skal foregå ved hjælp af interview. Ligesom kendskab til informanternes kontekst vil øge vores mulighed for at stille uddybende, kvalificerende spørgsmål under interviewene.

Observationsstudierne gennemføres som observationer af få timers varighed i felten. Det vil sige, at vi vil observere deltagerne i deres naturlige omgivelser, mens de udfører deres daglige arbejde. Observationsstudiet er et åbent studie, idet deltagerne er informerede om vores besøg og vi vil sidde sammen med deltagerne i afdelingskontoret og observere deltagernes hverdag. Vi er tilskuere (vi står udenfor og iagttager) til hverdagen og vil kun stille spørgsmål, hvis der er noget, vi ikke forstår og hvis vi vurderer, at dette ikke forstyrrer unødigt. Vi er dog deltagende på den måde, at vores tilstedeværelse er kendt og vi kan dermed komme til at påvirke feltet med vores blotte tilstedeværelse. Brender beskriver dette som Hawthorne-effekten, hvor mennesket af psykologiske årsager har en tendens til at ændre opførsel og præstation, når det bliver observeret (Brender 2004)(p. 108). Endvidere er vi der som fremmede. Vi er ikke en naturlig del af deltagernes hverdag, hvilket i sig selv uvægerligt vækker opmærksomhed. Vi vil gennemføre en beskrivende observation (Kristiansen & Krogstrup 1999)(p. 164).

Observationsstudierne afgrænses til at foregå på de 2 sengeafsnits kontorer. Det vil sige, vi følger ikke med deltagerne, når de udfører handlinger uden for kontoret. Dels vil vi forstyrre patienterne i afdelingen og måske gøre dem utrygge ved vores tilstedeværelse, og dels hænger genstanden (st-skærmene) for observationerne på afdelingskontorerne. Det er netop den eventuelle interaktion med disse st-skærme og personalets interaktion i forbindelse med anvendelse af elektroniske retningsgivende dokumenter, interkollegiale afbrydelser og brug af papirprocedurer (mapper), der er fokus for observationerne.

Vi vælger begge at gennemføre observationsstudier, idet vores forforståelse og baggrunde er forskellige. Vi har dermed forskellige indgangsvinkler og forudsætninger for at se og iagttage for-

skellige aspekter af hverdagen. Derudover har vi umiddelbart 2 tilgangsvinkler til feltet – den ene en insider tilgang, idet observationerne foregår i egen afdeling og dermed i eget ”samfund”, mens den anden har en outsider tilgang, idet feltet ikke er kendt og feltets talte og tavse sprog dermed først skal læres. (Riis 2005)(p. 81-82).

Der udarbejdes et observationsskema, der skal understøtte observationerne og delvist strukturere disse inden for følgende overskrifter:

- Tid
- Initialer/fag-gruppe/kendetegn
- Aktivitet
- Indhold i aktiviteten
- Hvem er i øvrigt til stede
- Hvordan er situationen i øvrigt i forhold til stress
- Observatørens noter

Overskrifterne er identificeret ud fra en grundstruktur, der bestemmer hvor, hvem, hvad og hvornår man observerer (Riis 2005).

Pilotafrøvning af observationsskema

Vi udfører en pilotafrøvning af observationsskemaet med henblik på, at teste om observationsskemaet er anvendeligt i praksis, og om skemaet indeholder de relevante felter til observationerne.

Vi gennemfører pilotafrøvningen af observationsstudiet samt observationsskemaet ved, at vi begge er til stede, så vi foretager samtidige observationer af det samme felt. Dette for, at vi kan kontrollere vores beskrivelser og observationer og dermed opnå aftale om en ensartet måde at notere og observere på (Riis 2005).

Pilotafrøvningen foregik den 22. december 2008 på det lukkede afsnit. Vi placerede os, hvor vi fandt det mest hensigtsmæssigt i forhold til at kunne overskue rummet, have frit udsyn til stor-skærmene og ikke sidde i vejen for personalet. Det sidste viste sig hurtigt at være vanskeligt, så vi måtte indimellem flytte os, for at personalet kunne manøvrere uhindret på kontoret.

I løbet af 10 minutters observation var der 11 mennesker, der enten kom ind på kontoret, eller forlod det, nogle flere gange. Udover det plejepersonale, der tilhørte afsnittet, kom og gik også

andre medarbejdere fra afdelingen og fra sygehusets servicefunktioner. Der var tale om en patientrådgiver⁵, en tekniker, en overlæge, en afdelingslæge, en patient og afdelingssygeplejersken. Så selv om afsnittet på forhånd var orienteret om vores tilstedeværelse, var der alligevel flere der så undrende på os, hvorfor en præsentation og forklaring på vores tilstedeværelse var nødvendig.

Der foregik flere samtaler samtidigt på kontoret, inkl. telefonsamtaler, der blev dokumenteret i EPJ ved flere af pc-arbejdspladserne, og der blev hældt medicin op i et tilstødende medicinrum. To gange lød der høje og vrede råb fra gangen, og man kunne høre noget blive smidt, hvor der løb henholdsvis tre og anden gang to af de tilstedeværende ud af kontoret.

Den korte pilottest gav anledning til følgende:

Vi skal have en tydelig identifikation på tøjet, så det fremgår hvem vi er, og hvorfor vi er her.

Det var svært at følge med på observationsskemaet, hændelserne sker parallelt, og det er svært at nå at opfange indholdet af samtalerne. Derfor er aktiviteterne og indholdet i aktiviteterne kodet, så det er hurtigere at dokumentere, det samme gælder den følelsesmæssige reaktion (se bilag 4).

De vandrette streger i observationsskemaet "holder ikke", da hændelserne sker parallelt. Vi vurderer dog, det har en vis lav-praktisk betydning at fastholde en vis inddeling, idet det gør det nemmere at skrive i skemaet.

Det var svært ikke at sidde i vejen for personalet, men den bedst mulige placering er valgt til observationsstudiet.

Det var vanskeligt at overskue de mange forskellige mennesker og deres aktiviteter. Vi overvejede, om vi skulle begrænse observationen til et bestemt antal, en bestemt faggruppe eller et bestemt fysisk område, fx i en radius målt fra storskærmen. Vi har fastholdt, at observationsfeltet er hele kontoret, og alt hvad der sker dér, idet vi vurderer, at det er vigtigere at fange interaktioner med storskærmen og afbrydelser, der kan sættes i relation til den viden, der er på Infonet, end det er at dokumentere alle detaljer minutiøst, jævnfør formålet.

Som udgangspunkt vil vi ikke søge dialog med personalet under observationsstudiet, men hvis vi skønner et spørgsmål kan stilles uden at virke forstyrrende, og vil have en betydningsfuld opklarende funktion for observatøren, vil spørgsmålet blive stillet.

⁵ Patientrådgiver: I forbindelse med tvang skal en patientrådgiver vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling. <http://www.statsforvaltning.dk/site.aspx?p=1820>

Det egentlige observationsstudie gennemføres med det tilrettede observationskema. Der observeres i 4 x 1 timer fordelt således:

- 1 time på hvert afsnit i dagvagt af første projektmanager
- 1 time på hvert afsnit i aftenvagt af anden projektmanager

Resultatet af observationerne er 4 sæt observationsskemaer med mange notater, som efterfølgende transskriberes i referatform, som en deskriptiv redegørelse for sekvenser af hændelser eller typiske interaktionsmønstre (Kristiansen & Krogstrup 1999) - med angivelse af aktører og aktiviteter, som relaterer sig til anvendelse af st-skærme, interkollegiale, faglige samtaler, telefonsamtaler og andre aktiviteter på kontoret, som kunne være relevante i forhold til anvendelsen af ERD. Som Kristiansen et al. skriver, så repræsenterer data på trods af den rent deskriptive fremstilling: "... udtryk for observatørens konstruktioner og refleksioner. Men denne type af analyse forsøger ikke at udlede nogen omfattende og generel teori, teorien forbliver på et forholdsvis implicit og uorganiseret niveau. Dette betyder ikke, at sådanne analyser ikke er værdifulde. De kan ofte lære os om hidtil upåagtede livsformer eller kulturer og dermed bidrage til en generel videnskabelig erfaringsopsamling." (Kristiansen & Krogstrup 1999)(p. 161). Dette afspejler udmærket det formål, vi har med at observere, derfor er denne analysemetode valgt.

Interview med nøgleperson ved iHospital

For at indhente information og erfaringer andre steder fra, hvor der har været benyttet st-skærme, har vi gennemført et interview med nøgleperson fra iHospital-projektet på Regionshospitalet, Horsens. Dette for at få belyst om selve teknologien – anvendelsen af st-skærmene har haft betydning for brugerne i hverdagen.

Interviewet er gennemført som et telefoninterview med en interviewguide, som fokuserer på teknologien st-skærme og i mindre grad de arbejdsopgaver, som skærmene anvendes til i forbindelse med iHospital, hvor skærmene anvendes i forbindelse med overblik over og afvikling af operationsprogrammerne. Spørgsmålene afspejler nogle af de diskussioner og uklarheder, der er kommet frem under afdelingens projektgruppemøder. Interviewet er blevet transskriberet som et referat af interviewet og er efterfølgende valideret og godkendt af informanten uden kommentarer.

Datapræsentation af projektgruppens forventninger

Datapræsentation fra forstudiet er placeret i bilag 3, bortset fra det følgende, som er en præsentation af projektgruppens udtrykte holdninger og forventninger til at anvende st-skærmene og Infonet i praksis – her følger spørgsmål og svar:

Hvilken betydning vil Infonet og storskærmene få for samarbejdet i afdelingen?

"Det burde ensrette vores pleje og evt. hæve kvaliteten af plejen i alle vagtskift. Idet vi altid har opdateret procedure og retningslinjer lige ved hånden. Vi vil med let tilgængelighed finde retningslinjer til en given situation og uden at skulle igennem en diskussion om, hvad vi plejer at gøre. Det

burde lette samarbejdet, da retningslinjerne bliver mere synlige og vi alle arbejder inden for de samme rammer."

"Jeg tror og håber, at det måske giver et tættere samarbejde, idet det er nyt for alle og vi skal hjælpe hinanden med at finde rundt i det. Også på tværs, idet skærmene findes i afdelingen og behandlerne/vagthavende dermed er "nødt" til at komme hertil".

"Jeg tror, at storskærmen og Infonet bliver en hjælp ift. samarbejdet i afdelingen.

Jeg forestiller mig, at vi alle, på tværs af faggrupper, bliver mere opmærksom på "hvem, hvornår og hvordan" ift. en procedure. Vi får en større viden om hinandens kompetencer, arbejdsområder og forskellige måde at håndtere patienter og situationer på, fordi vi diskuterer en procedure, mens vi står foran skærmen!!!!

Tror, at samarbejdet på en måde bliver nemmere, hvis vores relationer og "sagen" = patienter og procedurer bliver tydeligt for alle!

Og tydelig faglighed (som vi jo helt sikkert får med Infonet tilgængeligt!) giver bedre samarbejde, tror jeg, der bliver måske mindre personligt i samarbejdet!"

Hvilken betydning vil Infonet og storskærmene få for den daglige praksis i afdelingen?

"Det vil betyde mindre afbrydelser for det erfarne personale, idet alle retningslinjer vil blive let tilgængelige for alt personale. Det vil betyde en tidsbesparelse for personalet, da man ikke skal søge i forskellige ringbind efter en bestemt retningslinje. Der vil være en øget opmærksomhed på de gældende retningslinjer."

"I den daglige praksis kan jeg håbe, at det giver en større ensartethed, idet dokumenterne nu vil være meget mere tilgængelige og dermed en større lyst til at følge dem og ikke sine egne retningslinjer. Det kan for nogle dog måske give et pres, da man måske har sine egne små rutiner."

"Mere fokus på vores praksis; hvad er det for en sygepleje vi udøver? Og hvad står der i proceduren? Faglige diskussioner om, hvordan patienterne kan håndteres, hvilken sygepleje er der brug for i hvilken situation?"

Medarbejderne opdager, at fokus på faglighed i form af diskussioner og refleksioner medfører mere og bedre kvalitet samt øget kompetence!"

Resultat af forstudie

Med forstudiet har begge projektmagere opnået større indsigt i hverdagen i den psykiatriske praksis samt givet os en baggrundsviden, så vi er i stand til at gå videre med at opstille kriterier for valg af informanter samt at forberede den egentlige dataindsamling og gennemføre denne.

Interview som metode

Efter at vi nu har beskrevet forstudieforløbet, vil vi fortsætte beskrivelsen af interview som metode, og de overvejelser vi har gjort os om dette.

Kvale beskriver 7 stadier i en interviewundersøgelse (Kvale 1994). En del af disse trin har vi allerede været inde på, så vi vil i det følgende lægge særlig vægt på de områder vi endnu ikke har beskrevet.

Tematisering

Kvale beskriver at undersøgelsens, *hvad og hvorfor*, bør være afklaret før undersøgelsens *hvordan* beskrives. Undersøgelsens *hvad og hvorfor* har vi beskrevet i afsnittene valg af metodologi og metode, hvor også undersøgelsens temaer fremgår.

Design - Valg af metrikker, målepunkter og interviewguide

I dette afsnit vil vi beskrive og argumentere for kriterier for udvælgelsen af informanter, samt beskrive interviewerens og observatørens rolle i interviewet.

Gennem dokumentanalysen har vi fået kendskab til projektdeltagernes oplevelse af forskelle i medarbejdergruppens motivation for at skulle anvende retningsgivende dokumenter. Der peges på en sammenhæng mellem den vagttype, den enkelte medarbejder bestrider, og motivationen for at bruge Infonet. Denne mulige forskel i anvendelsen vil vi gerne give mulighed for kan komme til udtryk ved at sørge for, at der er informanter fra alle vagtlag.

Fra dokumentanalysen ved vi også, at der peges på forskelle i behovet for at kunne tilgå retningsgivende dokumenter, alt efter medarbejderens anciennitet i afdelingen. Dette perspektiv vil vi gerne give mulighed for at blive belyst ved at få informanter med både kort og lang anciennitet i afdelingen.

Forstudiet viser, at der er forskelle på implementeringsprocessen på de to afsnit:

- forskel på placeringen af st-skærme
- kriterier for at være tovholder (meldt sig eller udpeget)
- introduktion og oplæring

og at der kan være forskel på miljøerne i det åbne og skærmede afsnit. På baggrund af dette ønsker vi informanter fra begge sengeafsnit.

I observationsstudiet så vi henholdsvis en afdelingssygeplejerske og 2 sygeplejersker, som samtidig er nøglemedarbejdere (kvalitetsmedarbejdere) anvende st-skærmene. "Almindelige" medarbejdere kommenterede og havde en holdning til, men brugte ikke st-skærmene under observationen. Vi vil gerne give mulighed for, at forskellige holdninger og oplevelser i forbindelse med at anvende elektroniske, retningsgivende dokumenter kan komme til udtryk, også disse, der evt. kan

tilskrives, at informanten har en nøglefunktion i afdelingen. Derfor ønsker vi både informanter med og uden nøglefunktioner i afdelingen, samt repræsentation fra flere faggrupper.

Ifølge Danmarks Statistik har alder en afgørende betydning for anvendelsen af IT (Danmarks Statistik 2008). Derfor vil vi gerne have, at informanterne repræsenterer forskellige aldersgrupper, herunder vil vi gerne, at informanterne også repræsenterer unge uddannelsessøgende i afdelingen.

Ovenstående gav anledning til følgende liste over kriterier til udvælgelse af informanter:

- Alle vagttyper repræsenteres fra hvert afsnit: Dagvagt: 2, aftenvagt: 2 og nattevagt: 1
- Repræsentation fra følgende anciennitetsgrupper: Påbegyndt ansættelse i tidsrummet 01.12.08-01.02.09, ½-2 års ansættelse og over 2 års ansættelse
- Ligeligt antal informanter fra hvert afsnit: 5
- Følgende faggrupper repræsenteres: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, uddannelsessøgende og ergoterapeuter. Repræsentation af medarbejdere med og uden nøglefunktioner. Følgende nøglefunktioner ønskes repræsenteret: Kvalitetsmedarbejder samt vejleder for uddannelsessøgende
- Repræsentation af følgende aldersgrupper: under 30, 30-50, over 50
- En informant kan meget vel dække flere af kriterierne og hvert afsnit behøver ikke selv at dække alle kriterier.

Listen blev, sammen med et følgebrev, afleveret til de to afdelingssygeplejersker med henblik på forslag til informanter (Bilag 5). Herefter blev der sendt et brev til informanterne (Bilag 6), hvoraf det fremgår, at vi gerne vil interviewe vedkommende i forbindelse med nærværende masterprojekt, samt at vi gerne vil træffe nærmere aftale for dette.

Kvale argumenterer for, at man skal blive ved med at interviewe til man ikke hører noget nyt, men vi vælger at gennemføre alle 10 planlagte interviews, idet vi gerne vil have mulighed for at afdække alle informanters synspunkter jf. ovennævnte overvejelser for informanter.

Vi vil fordele interviewene imellem os på den måde, at vi tager hensyn til om insider- projektmanageren har haft et arbejdsfællesskab med informanten, i så tilfælde vil insider-projektmanageren optræde som observatør under disse interviews.

Intervieweren styrer og strukturerer forløbet ud fra interviewguiden og observatøren styrer teknikken, holder øje med tiden og sikrer, at alle målepunkter berøres.

På baggrund af vores undersøgelsesspørgsmål og den empiri vi har indsamlet i vores forstudie, har vi udarbejdet en interviewguide (Bilag 7), hvor vi har ladet undersøgelsesspørgsmålene danne temaer/metrikker i guiden:

- Hvordan oplever plejepersonalet det overhovedet at anvende procedurer eller retningslinjer for patientplejen?

- Hvordan oplever plejepersonalet anvendelsen af den nye teknologi – både storskærmen og Infonet?
- Hvordan oplever plejepersonalet introduktion og oplæring af nye medarbejdere i forhold til procedurerne i afdelingen?
- Hvordan oplever plejepersonalet det kollegiale samarbejde om plejen og behandlingen i forhold til at efterleve afdelingens procedurer?
- Hvordan oplever plejepersonalet afbrydelser i deres hverdag?
- Hvordan oplever plejepersonalet kvaliteten i plejen og behandlingen i forhold til at efterleve de retningsgivende dokumenter?

Hvert tema er suppleret med en række tillægsspørgsmål/målepunkter. Hensigten er at lade informanten tale ud fra temaet, så vidt dette er muligt, og kun hvor informanten "løber tør" eller "løber af sporet" vil tillægsspørgsmålene blive stillet.

Inden der tages hul på første tema i guiden, vil interviewereren informere om projektets formål, vores forberedelse til interviewet, interviewets forløb og forhold vedr. undersøgelsens resultat. Herefter vil en række baggrundsspørgsmål åbne interviewet. Disse spørgsmål skal sikre konteksten af den måde den pågældende informant er involveret i organisationen og med systemet på. Efter dette vil de egentlige temaer introduceres.

Tema 1 har til formål at afklare informantens holdning til det overhovedet at anvende retningslinjer for plejen. Vi spørger ikke til, om disse anvendes i forbindelse med IT, men vil gerne høre mere grundlæggende om deres holdning. Hvis de overhovedet ikke kan lide at arbejde efter retningslinjer, så forventer vi, at dette vil skinne igennem i deres senere besvarelser. De resterende temaer tager udgangspunkt i den aktuelle situation, hvor retningslinjerne forventes at tilgås elektronisk.

Interview

Interviewene vil blive gennemført ud fra en interviewguide. Kvale beskriver seks analysetrin, hvoraf de første tre foregår under selve interviewet (Kvale 1994).

- Som det første trin fortæller informanten spontant om sin holdning til emnet, det vil vi prøve at imødekomme ved at stille vores overordnede tema som et meget åbent spørgsmål, og først lade informanten "tømme sig" i forhold til dette, før vi evt. supplerer med underspørgsmål.
- Under det andet trin vil informanten, på baggrund af egne beskrivelser, opdage nye sammenhænge i sin livsverden. Dette vil vi give plads ved at afbryde mindst muligt, og give plads til andre emner under hvert hovedspørgsmål og desuden afslutte hvert interview med et åbent spørgsmål, om der er andet, informanten er kommet i tanke om undervejs.

- Det tredje trin handler om, at intervieweren kondenserer og fortolker undervejs ved at sende den kondenserede mening tilbage, så informanten kan af- eller bekræfte meningen.

Informanten vil, inden interviewet begynder, blive informeret om, at deltagelsen er frivillig, og at interviewet kan afbrydes når som helst.

Forud for det første interview foretager vi et pilotinterview for at gennemgå og øve alle interviewets faser og facetter i forhold til teknik, varighed, spørgemåde og transskribering.

Pilotinterviewet gav anledning til følgende:

- Den indledende præsentation med information om projektet med mere skal ikke optages, men nedskrives i baggrundsskema af observatøren, så dette ikke skal transskriberes af sekretæren
- Under "Præsentationen" tydeliggøres, hvilken funktion observatøren har
- Under "Hvordan forløber interviewet?" tydeliggøres hvad de 6 temaer omhandler
- 4 af de 6 hovedtemaer er omformuleret, så de er mere mundrette at "læse op". Vi vurderer, det er vigtigt, at alle hovedtemaer præsenteres ens for deltagerne, da selv en mindre omskrivning/omformulering kan ændre betydningen af det sagte, erfarede vi i piloten. Derfor er de nu nøje formuleret, så vi præsenterer dem for informanten, direkte som de står skrevet.
- Interviewet tog 45 min, pilotinformanten var meget og spontant talende, havde meget på hjerte, hvorfor vi vurderer, at den fastsatte interviewramme på ca. 30 min. er passende.
- Unødig støj i interviewrummet skal undgås, også fra indkomne mails, telefoner osv.
- Der skal sættes en seddel på døren med teksten: "Optaget – der afvikles interview"
- Teknikken fungerede fint, men det besluttes at sikre de fremtidige interview med back-up på PDA
- Til baggrundstemaet er tilføjet 2 nye under-spørgsmål:
 - Afsnit
 - Har du modtaget introduktion til Infonet ved kvalitetskoordinatoren?

Efter gennemførelsen af de første interviews, tilrettede vi interviewguiden igen - ikke indholdsmæssigt, men vi ændrede formuleringen af et par af spørgsmålene i retning af talesprog, så det flød mere naturligt.

Transskribering

Vi vil optage interviewene via Speechmax, et dikterings- og afskrivningssystem, der er integreret i afdelingens elektroniske patientjournal. Her er det muligt at optage interviewet som et såkaldt "administrativt notat", der ikke er koblet til et cpr-nummer. Når det enkelte interview afsluttes, sendes lydfilen til en sekretær, der straks begynder afskrivningen. Derved bliver det ikke muligt for andre at aflytte filen, inden den slettes fra databasen efter afskrivningen. Dette betyder, at vi ikke vil kunne lytte interviewet igennem og tjekke transskriberingen, men sekretærgruppen er rutinerede og vant til at transskribere lægernes diktater af journalnotater og er dermed også

kendte med afdelingens terminologi. Sekretærerne er informeret om at afskrive interviewene med samme nøjagtighed som journalnotater samt at interviewet skal behandles fortroligt og anonymt. Der deltog 3 sekretærer i transskriberingen.

For at sikre interviewet i forhold til et evt. nedbrud af EPJ, vil vi sikre os en back-up ved at optage hvert interview på en PDA. Denne back-up slettes, når lydfilen fra EPJ er transskriberet.

Analyse

Ifølge Kvale findes der ingen hovedveje til beskrivelse af interviewenes betydninger, men han beskriver 5 mulige måder at gribe analysen an på, fra det kategoriserende over det meningskondenserende til det fortolkende (Kvale 1994). Der er tale om et kontinuum mellem beskrivelse og fortolkning af temaer i den interviewedes livsverden. Vi vil vælge den meningskondenserende analyseform. Kvale skriver, at *"Meningskondensering medfører, at de interviewedes udtrykte meninger trækkes sammen til kortere formuleringer. Lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen af det, der er sagt, om formuleres i få ord. Meningskondensering medfører således, at lange interviewtekster reduceres til kortere, mere koncise formuleringer"* (Kvale 1994)(p. 190). Følgende 9 faser beskriver denne proces (se eksempeloversigt i bilag 8):

1. Inden vi begynder på analysen af data, koder vi alle de forskellige interviews, så vi let kan identificere, hvorfra udtalelserne kommer. Alle informanterne tildeles derfor et ID fra A til og med J, således at alle informanter kan identificeres unikt ved hjælp af ID.
2. Herefter farvelægges alle interviews. Vi farvelægger den transskriberede tekst fra hvert interview med hver sin farve. Vi tildeler alle transskriberede interviews med dagvagter blå nuancer, interview med aftenvagter grønne nuancer, og interview med nattevagter røde nuancer. Disse farver har gennem tiden været anvendt til hurtigt at identificere de forskellige vagtlags notater i sygeplejekardex, hvorfor dette valg af farver var naturligt for os. Farvelægningen betyder, at vi umiddelbart kan se, hvilket vagtlag udtalelsen kommer fra.
3. Alle udsagn indenfor ét tema i interviewguiden samles i ét dokument, dvs. vi får 6 dokumenter
4. De enkelte dokumenter gennemgås, hvor informanternes citater trækkes ud og placeres i kondenseringskema, som indeholder 3 kolonner. Første kolonne viser metrikker (temaer) og målepunkter (underspørgsmål) fra interviewguiden, anden kolonne indeholder informanternes citater placeret under relevant metrik eller målepunkt
5. Citaterne meningskondenseres og placeres i højre kolonne ud for det pågældende citat. Vi kondenserer hver især 3 temaer.
6. Vi validerer hinandens meningskondenseringskemaer og indfører med rødt vores ændringer/tilføjelser i højre kolonne. Disse ændringer valideres herefter igen, indtil konsensus.
7. Vi flytter højre kolonne fra meningskondenseringskemaet til et nyt dokument. Vi tematiserer herefter meningskondenseringerne og samler disse under relevante overskrifter på tværs af temaet. Overskrifterne i talesættes med citater hentet fra meningskondenseringskemaet.

8. Vi fletter de 6 temaer og sammenlægger overskrifter, således at dubletter fjernes. Overskrifterne går nu på tværs af de oprindelige temaer. Således står vi tilbage med de empiriske overskrifter, som samtidig er et udtryk for informanternes holdning.
9. De empiriske overskrifter samles i en række empiriske temaer og disse er ikke udtryk for en holdning, men er en gruppering af overskrifterne af praktiske hensyn i forhold til overblikket.

Verificering

Vi er begge tilstede under alle interviews og vi fordeler interview-rollen mellem os under hensyntagen til arbejdsrelationer med henblik på at mindske bias. Med samme formål forsøger vi at være hinandens kontrollører undervejs i interviewene og gennem analysen for at imødegå en ensidig subjektivitet i analysen.

Vi tager udgangspunkt i problemformuleringen, når vi udarbejder interviewguiden. Undervejs i interviewene hjælper observatøren med at holde øje med, at vi får svar på det ønskede.

Undersøgelsen foretages i en psykiatrisk praksis på en enkelt afdeling. Undersøgelsens resultat kan dermed ikke umiddelbart forventes overført til andre afdelinger, med andre kulturer og organiseringer.

Vi vil præsentere datafundene for afdelingens projektgruppe for at høre, om de kan genkende vores fund ud fra deres daglige kendskab til praksis.

Rapportering

Udover denne projektrapport er det vores hensigt at formidle undersøgelse og resultat for den undersøgte afdelings ledelse og medarbejdere. Derudover vil kvalitetsafdelinger i Region Syddanmark og Region Midt blive orienteret om undersøgelsen og dens resultater. Endelig vil vi udarbejde et notat til et nyhedsbrev for psykiatrien i Region Syddanmark.

Udførelse af metoden

Her mener Brender, at man skal holde et vågent øje med alt hvad der foregår i organisationen, mens undersøgelsen står på, så der tages højde for evt. ændringer undervejs, der kan påvirke éns undersøgelse (Brender 2004). Undersøgelsen strækker sig over en forholdsvis kort periode i forhold til dataindsamlingen, hvorfor vi ikke vurderer, at dette kan afstedkomme væsentlige problemer for vores undersøgelse. Den ene projektmager har derudover sin daglige gang i afdelingen og kan derfor følge med, i forhold til eventuelle ændringer i organisationen.

Fortolkning af resultater

Med dette punkt vil Brender gøre opmærksom på, at man som undersøger skal være selvkritisk og vise, at man har øje for metodiske svagheder i sit projekt (Brender 2004). Vi vil vende tilbage til dette i afsnittet om vores refleksioner i forhold til metodikken.

Litteratursøgning

Vi har igennem hele projektet ladet os inspirere af den pensum-litteratur, vi har fået kendskab til under dette 3-årige studieforløb. Herudover har vi søgt litteratur i flere faser af projektet. Vi har indledningsvist søgt bredt på Google og Google Scholar for at lade os inspirere i projektets startfase. Vi har undervejs suppleret pensumlitteratur og den brede søgning via søgemaskiner, med specifik søgning i PubMed på søgeord og vha. søgestrengene. Vi er også derigennem stødt på en del af vores pensumlitteratur. At vi ikke er lykkedes med at opspore specifik litteratur om anvendelse af storskærme med touch-funktion på en klinisk sygehusafdeling til håndtering af retningsgivende dokumenter, kan vi ikke afvise skyldes mangelfuld søgning, men vi tillader os dog at mene, at emnet endnu ikke er velbeskrevet i litteraturen.

Datapræsentation fra interview

Vi har valgt at præsentere empirien under en række overskrifter, som er naturlige overskrifter der er dukket frem gennem bearbejdningen, og går på tværs af de oprindelige 6 temaer. Empirien er kondenseret på baggrund af 5½ timers interview og 108 siders transskriberet materiale. Informanternes baggrundsdata ses i bilag 7.

Nyt personale

I det følgende har vi samlet udtalelser, der vedrører det forhold, at nyansatte har mest brug for RD, samt at introduktion af nyt personale til skærm og Infonet ikke er skemalagt.

Nyansatte har god hjælp af retningslinjer

Når man starter som nyansat i afdelingen, siger flere informanter, er det en stor hjælp at kunne tilgå afdelingens retningslinjer og procedurer. B siger ”... min holdning er sådan, og specielt fordi jeg er ny, at det har jeg brug for, fordi jeg selvfølgelig gerne vil vide, hvad er det for nogle retningslinjer vi arbejder efter” og C siger ”... det er en rigtig stor hjælp for de nyansatte og dem får vi altså mange af, at der sådan er instrukser og retningslinjer for, hvordan vi gør tingene”. Endvidere mener C, at ”... hovedsageligt for de nye der kommer ind, fordi det er jo klart, selvom vi har et oplæringsprogram og vi fortæller mange ting og sådan noget, så vil der jo altid være nogle ting, som vi ikke får med og når vi så lige pludselig står selv i vagterne og sådan noget, da er det rigtig godt at kunne hente det frem”. Ved oplæring af nyansatte mener G, at det er en fordel at arbejde med RD, idet det giver en ensartet oplæring: ”... jeg tror det er godt at have. Det tror jeg. Også for en vis ensartethed i oplæringen må det være en fordel.” Ved et stort personaleflow vil der være færre erfarne til at formidle viden om specialet til nyansatte og her vil RD understøtte oplæringen. Det er rart i tvivlstilfælde at kunne slå retningslinjerne op. Det er med til at fjerne tvivl og kan være med til at give en tryghed, når man selv står i vagterne.

Studerende og elever i afdelingen anvender retningslinjerne til at læse om de handlinger, som de ikke selv kan være med til i afdelingen og dermed opsøge viden og reflektere over denne. Det kan f.eks. dreje sig om en tvangshandling, F siger ”... altså nu som elev, der går jeg jo ikke ind i en

tvangshandling, men derfor kan det være meget rart, når der sker noget nede på afdelingen at vide, jamen hvad er retningslinjerne for den enkelte tvangshandling, og så at man sådan hvad hedder det, reflekterer over det og går ind og undersøger, hvad er retningslinjerne for, at nu gør de som de gør". F mener, som ny elev i afdelingen, at det er mere anvendeligt at anvende skærmene til at søge efter viden, end at skulle tilgå denne via mapper. Hun mener, at hun har nemmere ved at søge viden på denne måde "... hvorfor så ikke lige gå hen og bruge den, den står tændt og klar, i stedet for at skal til at hive en mappe ned og sidde og bladre for at finde det. Så har jeg i hvert fald personligt, så har jeg nemmere ved at prøve at søge mig frem derinde. "

Efterhånden som de nyansatte har været i længere tid i afdelingen, får man mindre og mindre brug for at konsultere retningslinjerne. Denne holdning giver B udtryk for "... jeg tror som ny giver det endnu mere mening, fordi efterhånden som man så får det læst igennem nogle gange og ser og ved, hvor man skal finde det, jamen så bliver det mindre og mindre jeg har brug for, og forhåbentlig kommer noget af det jo efterhånden til at sidde på ryggraden, efterhånden som jeg får de konkrete dokumenter brugt, om jeg så må sige".

Introduktionen af nyansat personale til st-skærm og Infonet sker ad hoc

De forholdsvis nyansatte fortæller om, hvordan de har oplevet at blive godt introduceret i afdelingen. Det er et grundigt introduktionsprogram, som introducerer til sygdommene i afdelingen. St-skærmen og Infonet er ikke en del af det officielle introduktionsprogram. Om dette siger A "... egentlig bliver de (red.: nyansatte) meget fyldt, så det bliver sådan hen ad vejen, det bliver ikke en del af det officielle introduktionsprogram, men de kan jo komme ud med nogen spørgsmål, hvor vi tænker, ja, men her kunne det lige være fint at vise dem hvordan". Ældre personale tænker på at bruge skærmen til at slå retningsgivende dokumenter op om emner, som de kender svaret på, sammen med en nyansat for at vise de nyansatte mulighederne med skærmen. Dette har C gjort i konkret tilfælde "... jeg havde en med i dag, som er nystartet i går, og da skulle vi så finde det her om tromboseprofylakse, da tænker jeg da på at være opmærksom på at slå op, også selvom jeg måske havde vidst det, så ville jeg da nok slå op alligevel for netop at vise, at her kan man finde retningslinjer". C giver endvidere udtryk for, at hun ellers ikke tror, at oplæringen og introduktionen af nyt personale til retningslinjerne er anderledes med skærmene og Infonet end med retningslinjerne i mapper "Ellers tror jeg ikke, jeg har tænkt så meget over at det skulle være anderledes".

Introduktionen til de elektroniske retningsgivende dokumenter vil komme til at ske naturligt hen ad vejen i de konkrete situationer, hvor personalet har brug for svar på et emne. D siger "... det bliver vel, at man når man snakker om et eller andet emne, hov vi kan lige gå ind og se, om der lige står noget her om det og så gøre det tilgængeligt på den måde i hverdagen".

Informant I mener, at det er dagvagterne, der må introducere nyt personale til skærme og Infonet "... storskærmen har jeg så ikke taget mig af i forhold til nyt personale, ud over, nej jeg tror der er nogen der gør det, det tror jeg faktisk der er, noget dagpersonale der introducerer dem til den der storskærm".

Faglighed

Herunder har vi samlet holdninger, der vedrører RD's betydning for plejepersonalets faglighed, mulighed for at kunne agere med større sikkerhed, følge med i ny viden osv.

Skriftlige retningslinjer øger personalets faglige sikkerhed

I forbindelse med det at arbejde med og efter retningslinjer og procedurer i patientplejen gives der udtryk for, at de er med til at fjerne tvivl og giver mulighed for kortere vej til information, som A udtrykker det *"Det, synes jeg er OK med den begrundelse, at det nogle gange kan fjerne noget tvivl og vejen til egentlig at få den information er kortere, synes jeg"* og adgangen til informationen er ubegrænset mener B, som siger *"... at jeg i princippet kan finde hvad som helst, tror jeg på indtil nu da"*.

Det, at retningslinjerne er skrevet ned, gør, at man som personale kender holdningen til de forskellige problemer i afdelingen. Om dette siger D *"At det er skrevet ned, så jeg ligesom kan bruge det i min praksis. Så det ser jeg som en god ting, og forbedring af den praksis jeg er i, at der er lavet procedurer."* B mener, at skriftlige procedurer understøtter systematisk arbejdende personer: *"... så er jeg nok også sådan en meget systematisk én, så jeg synes det er vældig, vældig at det hele er sådan nedskrevet..."*. Der kan også ske en faglig udvikling ved at se på tværs af afdelinger og hospitaler – hvordan gør man andre steder. Dette understøttes af D, som godt kan blive nysgerrig og tjekke, hvordan man gør andre steder *"Jeg kan også være nysgerrig på, om noget skal gøres på en anden måde, så kan jeg lige gå ind og søge, hvordan gør man f.eks. i Odense og på den måde blive klogere på, om jeg kan gøre det her bedre, end jeg gør i forvejen i min afdeling"*. H mener, at hun vil få mere dybtgående indsigt i reglerne omkring tvang, og det er på grund af indførelsen af Infonet *"... jeg tror jeg vil blive meget bedre til at sætte mig meget mere dybtgående ind i reglerne omkring tvangen og det der efterfølger papirmæssigt osv. for der er også mange læger, der er utrygge og meget usikre, når de kommer, så for fremtiden vil jeg lige gå hen og sige det, det kan du lige læse det"*. Samtidig mener H, at hun vil involvere andre faggrupper i anvendelsen af Infonet – f.eks. lægerne, som hun vil introducere til Infonet.

Personalet skal følge med i ny viden

Som omtalt i afsnittet om kvalitetsorganisering på nationalt plan foreligger der for en lang række sygdomme et nationalt udarbejdet referenceprogram eller nationale kliniske retningslinjer, der beskriver den bedste evidensbaserede praksis. Én af visionerne med DDKM er *"... inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis"* (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009). RD er dynamiske, idet de skal afspejle den til enhver tid gældende best practice (gerne evidensbaseret praksis), hvilket hele tiden kan udvikle sig. Dermed kan der ske ændringer i RD og disse ændringer skal man som personale forholde sig til og følge med i – også som erfarent personale. Dette udtrykker I således *"... jeg kan heller ikke forvente at gå her et helt arbejdsliv og bare regne med, at alt plejer at være sådan. Jeg må også regne med at der kommer nye ting, så det synes jeg, jeg er meget med på, at der sker en udvikling"*. Disse ændringer skal det være muligt at tjekke både for personalets og for patienternes skyld. A me-

ner, at "... der sker også ændringer, så er det rart for en selv, at man lige kan få det tjekket, og også for patienterne, at det sker som det skal". Der er tillid til, at den viden, der findes i ERD er korrekt og opdateret viden, om det siger B: "... man ikke skal ikke hen og rode i nogle mapper, hvor man måske kan være i tvivl om, jamen er det her opdateret. Her da må vi formode, at jamen det har det er friske vare, det kan vi gå ud fra, at det kan vi bruge. Det er sandfærdig viden vi har det." En enkelt informant giver udtryk for, at man nu som medarbejder er pligtig til at holde sig orienteret, i forhold til hvad der ligger på Infonet. Hun udtrykker det således: "Man er jo pligtig til at gå ind og orientere sig, det er man jo. Hvis der kommer en eller anden situation så er det jo ikke særlig heldigt ikke at have orienteret sig." I denne udtalelse ligger en antagelse om at blive draget til ansvar for sin eventuelle ikke-viden. Tidligere blev personalet orienteret om nye procedurer og retningslinjer ved afdelingssygeplejersken. Med Infonet bliver det i højere grad den enkelte medarbejder selv, der bliver ansvarlig for at ajourføre sin viden.

Der var tidligere problemer med at holde procedurebøgerne opdaterede fortæller I: "... hun spurgte mig om jeg ville hjælpe hende med at gennemgå nogen håndbøger, vi skulle vurdere, hvad vi skulle smide væk og vi havde brug for plads til storskærmen, så vi skulle faktisk ha nogen af de der gamle håndbøger væk og det var jo gulnede blade og jeg skal komme efter jer og det var noget der slet ikke havde aktualitet og derfor kan jeg da sagtens godt forstå det, noget der ikke var opdateret, det dur jo ikke...".

I, som er nattevagt, mener, at personalet har pligt til at følge med udviklingen, så nattevagterne ikke bliver et vagtlag, som ikke kan finde ud det. Til det brug er Infonet godt, mener I "... jeg var godt klar over, at jeg skal selv gøre en indsats med alt nyt, fordi ellers har jeg et seriøst problem ved at være nattevagt og ha specialiseret mig på den måde, jeg skal faktisk gøre meget ekstra for at følge med så det ikke bare er en nattevagt der går og ikke kan finde ud af tingene, det dur jo ikke, så det synes jeg er helt fint, jeg ser den (red.: skærmen) ikke som en fjende".

Kvaliteten af plejen og behandlingen har betydning for afdelingens omdømme og fremtid

Kvalitet er vigtig ikke bare for patienterne, men også for personalet og dermed afdelingen og dens omdømme, og i den sammenhæng nævnes også afdelingens fremtid, om dette siger I: "... der er visse krav til os om, at vi skal opfylde nogen kvalitetskrav i forhold til patientplejen ... det er jo det vi arbejder med og det er jeg også helt med på, fordi jeg regner med, det er til gavn, selvfølgelig både for personalet, for patienterne og for afdelingen og for vores omdømme og vores fremtid, sådan er det". Retningslinjer medvirker til, at der bliver strammet op omkring nogle ting og det kan f.eks. være hjertestop-proceduren og det gør, at man ikke bliver sløv og ligeglad, mener I "... så det er godt at man bliver strammet op på nogen ting tror jeg, man falder ikke i søvn i hvert fald og bliver sløv og ligeglad" – dette sker f.eks. i forbindelse med, at der kommer vikarer i afdelingen, som skal informeres om procedurerne, så personalet kan føle sig trygge ved, at vikaren kan varetage funktionen.

Storskærmen stimulerer faglig nysgerrighed og dialog

Alle dagvagter lægger vægt på, at storskærmen stimulerer den faglige nysgerrighed og medvirker til at skabe mere dialog i fagkollegiet, om dette siger D: *"... det bliver mere tydeligt, hvad det er man slår op på, hvis det er sådan, at man er inde på kontoret og det er spændende, så bliver man nysgerrig og går hen og kigger med og siger, hvad er nu det for noget, det har jeg ikke set før, nå er det det, vi skal her nu og på den måde er det medvirkende til, at man også får snakket om noget nyt, der er kommet i afdelingen og som skal bruges i afdelingen ... vi får mere grund til undervisning af hinanden eller mere læring ..."* På spørgsmålet om, hvorvidt der er forskel i forhold til de drøftelser, der kunne opstå, hvis man søgte viden i mapper, svarer informanten videre: *"ja ... så var det ikke sikkert, at jeg så det. Så ville hun selv sidde med det, den kollega, og problemet er også med de mapper, vi har haft, det var at de var forældet. De havde ikke den sidste nye viden. Det var det, vi fandt ud af, at det var ikke altid, at vi havde fået det sat ind. Det er vi i hvert fald sikre på nu, at det er ajourført, så det gælder, det der står. Og det er i hvert fald en kæmpe fordel."* E pointerer, at den faglige dialog kan medvirke til, at man kan gøre tingene endnu bedre: *"... vi får ligesom snakket tingene igennem, hvad kan man gøre godt, hvad kan man gøre endnu bedre i en situation"*.

Også A lægger vægt på, at storskærmen er med til at skabe mere dialog i personalegruppen: *"Det har haft den betydning, at det sparer tid i forhold at skulle rode og lede i mapper og der kommer noget mere dialog, for man ser hvad den anden lige står og søger efter."*

Ved akut behov for viden spørges mere erfarene kollega til råds

Hvordan man søger sin viden, når man har behov for at orientere sig om et område, afhænger bl.a. af om behovet er akut eller ikke. Hvis man har akut behov for viden, vil B først spørge en kollega til råds for efterfølgende måske at søge uddybning på Infonet: *"... det første jeg vil gøre, det er selvfølgelig lige at spørge en kollega, men alt efter hvad for en situation jeg er i, hvis jeg har tid til selv at finde ud af noget, så er det nok også det jeg vil gøre, og en ting er at spørge en kollega, men derfor kan det godt være, at man godt vil have noget uddybet..."* På samme måde vil tiden være en afgørende faktor for, hvor A vil søge sin viden: *"Det kommer an på om det er noget jeg skal handle rigtig hurtigt på, hvis det er noget jeg har tid til at lede efter, så bruger jeg igen søgeord søg og prøver at se om jeg kan finde det på skærmen, hvis det er noget der skal være nu og her, så spørger jeg en af mine kolleger der har større fagligt kendskab til det end mig."* Informant I, der arbejder om natten, vil også vælge en kollega, hvis vidensbehovet var akut, hun siger: *"... hvis jeg stod i en situation, hvor der skulle handles, så ville jeg nok ikke vælge at skulle gå ind og begynde at finde det på storskærmen, for jeg ved at jeg godt kunne løbe i problemer med det lige akut, så ville jeg ringe på det andet afsnit som første bud. Hvis det var noget somatisk, så ville jeg ringe over på en afd. på en somatisk afd. og spørge om råd, det tror jeg, jeg ville gøre..."* Der kan dog også være grænser for selv den erfarne kollegas viden, og her er det en hjælp at kunne få afklaret tingene på Infonet, om dette siger en nyansat sygeplejerske B: *"... det er altså ikke sådan, at mine kolleger, de er alvidende, selvom de har været der i mange år, så vil man gerne sådan være sikker, ... så har man brug for at blive opdateret, ... og der kan jo være sket noget nyt, siden man har haft den situation sidst, og der er jo meget jura nede hos os, specielt på vores afdeling, så*

at det er godt at vide, at det man så bruger... er frisk opdateret for ikke at få ørene i den lovmæssige maskine."

Det er et positivt signal at stå foran storskærmen og søge efter viden

Vi spurgte informanterne, om det at være videnssøgende foran skærmen, kunne opfattes som en måde at udstille sin uvidenhed på. Her er alle informanter enige om, at det er ok ikke at vide, bare man søger efter den viden, man ikke har, fx siger en erfaren medarbejder A om dette: *"... det er OK ikke at vide noget, hvis man bare interesserer sig for at finde ud af det"*, og den nye elev F i afdelingen siger: *"Jeg synes, det er rigtig godt til at ja lære ved at holde sig opdateret i forhold til at lære de ting, vi skal lære i den her praktik. Så nej det føler jeg ikke."* Og en meget erfaren medarbejder I, siger: *"Nej slet ikke... for det duer jo ikke at gå og lade som om man ved noget, man er nødt til at klarhed over om det er korrekt, det er jeg slet ikke bange for."* Og der udtrykkes positiv accept i forhold til, at kolleger diskuterer foran skærmen, om dette siger E fx: *"Andre gange vil man jo godt være med, for hvad er det egentlig der bliver snakket om?"*, det samme mener I: *"... det fremmer da også, man bliver da virkelig nysgerrig..."*.

Informant I føler, at kollegerne griner lidt af hende, når hun står og trykker på skærmen, fordi de mener, at hun arbejder lidt klodset med skærmen, men hun synes, at det er rigtigt spændende at gå til skærmen *"Jeg synes det er rigtig spændende at gå hen og trykke. De griner godt nok lidt af mig fordi jeg åbenbart er lidt klodset når jeg gør det, men der er da ikke sket nogen skade på den endnu, skærmen..."*.

Ny teknologi

Herunder fremstilles de data, der omhandler, at ny teknologi kan være svær, men at øvelse gør mester.

Ny teknologi kræver øvelse

Når der kommer ny teknologi i en afdeling, så kræver det tilvænning. D udtrykker, at det vil være en proces og at det vil tage tid at vænne sig til det nye. Det drejer sig ikke specielt om Infonet, men om al ny teknologi. Dette var også tilfældet, da afdelingen skulle ibrugtage EPJ. D siger om dette, at *"... jeg tænker, at det er en proces, altså alt nyt er altid svært. Det var det også i sin tid, da vi startede med bare at få EPJ frem for at have papirudgave af journalen. Da tænkte vi, at det lærer vi aldrig, men det gjorde vi jo og sådan er det jo lidt nu her, at det handler bare om at gå i gang og jo mere man gør det, jo mere fortrolig bliver man jo med det. Så det tænker jeg ikke er anderledes end de andre. Og jeg synes også lige så stille og roligt at den bliver brugt mere og mere i afdelingen."* Kollegerne er ikke bange til at gå til den nye teknologi. H oplever, at Infonet og st-skærme allerede virker integreret i afdelingens hverdag *"... på en eller anden måde så er det jo allerede noget, der allerede bare er i afdelingen, det er som om det altid har været der..."*. Informant I lægger vægt på, at hun ikke er bange for at få til skærmene og anvende disse, hvilket hun giver udtryk for er et godt udgangspunkt *"... der kan jo ikke ske noget ved det, der kan jo ikke ske*

noget ved at jeg går hen og prøver mig lidt frem med de forskellige ikoner eller hvad det nu er, der er der oppe for oven, altså der er jeg jo ikke bange, for der sker jo ikke noget ved det”.

B fortæller, at hun kan være heldig, at nattevagten er rolig og så benytter hun sig af at få tid til at tage st-skærmen og de elektroniske retningsgivende dokumenter lidt mere i øjesyn. Så føler hun ikke, at hun står en halv dag foran skærmen ”... når jeg nu har haft nattevagt, så er det nogen gange, at man kan være så heldig, at der er ro og man kan få tid til at kigge lidt mere på det, fordi det kan da mere være det, og det er selvfølgelig også en personlig ting, man kan ikke stå der og bruge det halve af dagen på den, altså det kan være meget godt det der med at have nattevagt for så har du mere tid til at sætte dig ind i det, og det har jeg da brugt noget tid på at finde nogen af de ting, som var relevant for mig”.

Under devisen øvelse gør mester bruger informanterne Infonet. J siger ”... jeg tror, det er et godt og samlet program og det kan også blive, ja, men med tiden bliver det jo hurtigt at slå op for os, øvelse gør mester”.

A udtrykker denne holdning således ”Det har da taget noget tid for lige at finde vej og der er da også noget, jeg ikke er sikker i endnu, men jeg tænker, det er et godt redskab, så det er bare at blive ved med at bruge det og finde ud af, hvordan det er”. Dette afspejler den generelle holdning til Infonet. B siger ”... i princippet tror jeg, det er let, men det er så også noget med, at man ligesom skal få lært sig nogle gode vaner, hvordan er det man gør...”. I prøver sig også frem ”... jeg mener også, at jeg kan opnå noget ved bare at prøve mig frem også, ja, men så kommer jeg måske så også ind på noget andet, men det gør jo ikke noget, så ser jeg også det” og J mener, at Infonet er kommet for at blive ”Men det er ikke noget jeg står og hænger ved, men igen det der, når man ved, at det skal du bruge og der er ikke alle de der procedurer, bøger, mapper osv. så tror jeg også på, at man lærer at bruge det”.

Infonet er et fælles system til håndtering af de retningsgivende dokumenter for hele sygehusvæsenet i Region Syddanmark. Det betyder for brugerne, at de kan komme til at fremsøge dokumenter på den forkerte logistiske enhed – f.eks. Esbjerg. Dermed har informanterne ikke kunnet finde det eller de ønskede dokumenter. B har ledt efter et konkret dokument, men kunne ikke finde det. Det viste sig ved nærmere eftersyn, at B var kommet på psykiatrien i Esbjergs segment af Infonet. B fortæller ”... jeg søgte først selv og kunne ikke finde det, jeg nu skulle finde og kunne simpelthen ikke forstå, at det kunne jeg ikke finde, for det var et relevant dokument i hvert fald, og så skal man jo lære at læse, hvad der står på den skærm, og så var det henne i Esbjerg jeg stod og søgte, og det var der så heller ikke nogen af mine kolleger, der sådan lige umiddelbart fangede...” Informanter benytter sig generelt af søgemuligheden i Infonet, men der efterlyses den samme søgeteknik, som informanterne er vant til på Internettet. Informant I har også prøvet at søge forgæves og mener, at det godt kan være lidt vanskeligt, men at man må blive ved med at øve sig og spørge kollegerne til råds ”Man må spørge dem, der har været med i arbejdet, men jeg har hørt at det er blevet kritiseret lidt for, at det kan være en lille bitte smule vanskeligt engang imellem. Det er ikke så logisk. Vi prøvet faktisk at skrive det i søgelinjen, der kunne vi desværre ikke få det frem, men vi skrev de to første ord – det var ikke nok og det er jo bare ærgerligt”.

D fortæller, at intranettet i Vejle blev ændret næsten samtidig med indførelsen af Infonet og har afstedkommet lidt forvirring omkring, hvor er det nu lige, man finder de forskellige dokumenter, men igen bemærkes det, at man jo lige skal vænne sig til det elektroniske system og blive fortrolig med det. Det udtrykkes således af D ”... intranettet her i huset blev ændret næsten samtidig med, så jeg tror, at mange og det var jeg da også selv lidt forvirret over, hvor finder jeg nu lige de forskellige ting, fordi billedet så anderledes ud, men jeg tænker bare, at det handler om tid, før man lige bliver fortrolig med den”. Men D har ellers ikke nogle ændringer til Infonet.

Afbrydelser

I det følgende fremstilles de data, der omhandler afbrydelser og personalets syn på disse.

Afløsere og nye medarbejdere afbryder mere end det faste og erfarne personale, og afbrydelser trætter og stresser

Det er en udbredt opfattelse, at afbrydelser trætter og stresser personalet. Det udtrykkes af de fleste informanter, men fx ikke af den nye elev og den nyansatte sygeplejerske. Afbrydelsesmønstret opfattes at hænge sammen med uddannelse, erfaring og anciennitet. Jo mindre erfaring og uddannelsesniveau, og jo kortere ansættelse i afdelingen jo mere afbryder man sine kolleger. Det udtrykkes sådan af en sygeplejerske, D, med 8 års anciennitet i afdelingen: ”... og så i kraft af, at jeg er ved at være én af de gamle i afdelingen, så bliver jeg meget afbrudt, når der kommer nye i afdelingen,...”. Samme sygeplejerske siger videre: ”Men det er da også noget af det, der trætter én og stresser én, at man bliver afbrudt hele tiden. Men altså sådan har det været alle de år, jeg har arbejdet som sygeplejerske i mere eller mindre grad.” En anden erfaren medarbejder, H, siger følgende om en vagt med flere afløsere: ”... da jeg kom til kl. 15 den tredje dag, jeg kunne ikke engang give rapporter, jeg kunne ikke snakke rent om aftenen, fordi de spørger så meget... det er dig, der skal have overblikket, så der kan jeg sige, jeg kunne simpelt hen ikke holde ud at blive afbrudt mere, jeg blev fuldstændig, jeg kan næsten ikke beskrive hvordan, jeg kunne ikke lide mit job, jeg kunne ikke gøre det godt nok,...” Der gives samtidig også udtryk for, at det er vigtigt at tage godt imod nye medarbejdere, hvilket bl.a. betyder at de skal kommes i møde med deres spørgsmål, det udtrykker D således: ”... det er vigtigt for os, at nye skal føle sig velkomne i afdelingen, at man prøver på ligesom at give tid til det og ikke blive irritabel over at man nu bliver afbrudt igen, men prøver at give et svar til den der nu spørger, fordi vi har haft en del nyansættelser her inden for det sidste år.”

Dette falder i tråd med vores indledende problembaggrund, at der er tre faktorer, der i den kommende tid vil påvirke den kliniske sygehushverdag: Stigende mangel på kvalificeret arbejdskraft, flere vikaransatte fra private bureauer og ”jobshopping”. Det betyder færre medarbejdere med et solidt kendskab til afdelingens rutiner, og dermed færre til at bære og formidle viden om specialet videre til nyansatte.

At arbejde som sygeplejerske har altid været forbundet med afbrydelser og afbrydelser accepteres og opleves som uundgåelige

Der gives udtryk for, at afbrydelser er uundgåelige, og de accepteres til en vis udstrækning. En nyansat, men erfaren, sygeplejerske B, oplever afbrydelser som et vilkår, der er forbundet med at være sygeplejerske, hun siger: ” ... *det har jeg levet med i hele mit arbejdsliv, så nej, det generer mig ikke, altså jeg kan godt vende tilbage og så fange tråden igen.*” En erfaren sygeplejerske G, med mange års anciennitet i denne afdeling siger: ”*Så at jeg bliver afbrudt for at skulle give et svar eller noget, det synes jeg, at det er okay.*”

Nogle patienter reagerer på nye medarbejdere på en sådan måde, at der opstår tilspidsede situationer, på spørgsmålet om hvorvidt informanten kunne forestille sig, at Infonet kunne afhjælpe dette svarer H: ”*Nej, det kunne jeg ikke. Hvis vi først skulle til at sætte dem ind i det, og det de spørger om, det er alligevel ikke noget de kan hente derinde (red: i Infonet), fordi det er noget ptt. siger, altså ligeså snart at ptt. de mærker, at der er to nye inde, så prøver de jo nogle andre ting. Alt det der ikke er lavet som plejeplan, det går de udover, og det er der det bliver stressende.*”

Afbrydelser øger risikoen for en utilsigtet hændelse

At afbrydelser øger risikoen for en utilsigtet hændelse påpeges på flere måder. Der gives fx udtryk for, at afbrydelser bliver sværere at håndtere, jo ældre man bliver, og at det kan føre til forglemmelser, en sygeplejerske på over 50 år udtrykker det således: ”... *jeg tror også at jo ældre man bliver jo sværere bliver det altså med afbrydelser. Ja, man kan jo komme ud for noget, f.eks. glemme at man skulle ind til en pt. og give noget smertestillende, det synes jeg ikke er sjovt sådan noget, det synes jeg bestemt ikke er sjovt el. man får splittet sit arbejde op i så mange bidder, at det næsten ikke er til at samle sig til sidst og det tror jeg bestemt bliver værre med alderen den slags ting.*”

Afbrydelser er værst i dagvagt

Der gives udtryk for, at mængden af afbrydelser er værst i dagvagten, hvorimod nattevagten ikke er så afbrydelsespræget. En medarbejder I, der arbejder om natten siger: ”... *hvis jeg havde været der om dagen, så havde jeg sagt noget helt andet. Jeg synes, det var skrækkeligt med alle de afbrydelser og det var skrækkeligt med alt støjen på kontoret og det var simpelthen forfærdelig at være der om dagen, virkelig. Jeg var meget, meget træt når jeg gik hjem fra arbejde.*”

Nogle afbrydelser kan forebygges - storskærmen opleves ikke som en væsentlig faktor til dette

Der kommer flere udtalelser frem om handlinger, der i en vis grad kan forebygge afbrydelser i afdelingen. Disse udtalelser kommer fra medarbejdere i dagvagt. En social - og sundhedsassistent siger: ”*Jeg synes ikke så tit, at man lige har brug for at afbryde en kollega i noget, fordi man prøver på storskærmen først. På den måde har det givet lidt mere ro.*” En sygeplejerske siger om sine studerende: ”... *når jeg har studerende ... prøver jeg også at sige, at de så ligesom kan samle spørgsmålene og så kan vi snakke om det senere.*” Og en elev udtrykker det således: ”... *at jeg måske ikke lige skal spørge den samme 10 gange, men ligesom henvende mig lidt til de andre, så der ikke er en, der bliver afbrudt konstant.*”

Aften- og nattevagterne giver samstemmende udtryk for, at storskærmen ikke har forandret afbrydelsesmønsteret.

Storskærme

I det følgende fremstilles de data, der omhandler holdningen til st-skærmene.

Storskærmen øger tilgængeligheden af RD

Det elektroniske medie betyder en let tilgængelighed til de skriftlige RD. Det er hurtigt at konsultere RD via de ophængte st-skærme. Når personalet sidder og arbejder med EPJ og bliver i tvivl om et eller andet fagligt, da mener A *"For sidder vi og arbejder i EPJ journalen, så skal vi et eller andet sted hen der, da kan vi lige rejse os og trykke op på skærmen og lade det stå" ... "Det synes jeg er godt og det er hurtigt"*. Den samme information ville personalet også kunne tilgå fra IT-arbejdspladsen, hvor der arbejdes med EPJ, men alligevel benyttes de dedikerede st-skærme til formålet.

Vi spurgte informanterne, hvad de synes om at have storskærmen hængende på kontoret. Informanterne er helt overvejende positive i deres udtalelser om dette, fx siger C: *"Jeg synes, det er super og fint og det er rigtig godt, at vi er så langt fremme på den front og det kan man da også tydeligt høre, hvis man fortæller om det, at det er der i hvert fald ikke mange der har den mulighed, i stedet for at have de her støvede ringbind stående, hvor vi så kunne finde ud, da vi skulle rydde op i dem, hov der var nok 3 forskellige af den samme instruks, som var blevet lavet igennem årene..."*. B: *"Jamen, man ser den jo også hele tiden ... Jeg tror da på, at jeg egentlig får noget viden lidt nemmere, end jeg ellers ville have fået, fordi det er meget tilgængeligt."* En enkelt informant, der arbejder om aftenen, siger: *"... den generer mig da ikke..., men jeg er sådan ret lige glad med den"*.

Touchfunktionen driller

Skærmen med touch-funktionen har drillet flere af informanterne i forbindelse med deres anvendelse af skærmen i form af tryk på skærmen med fingrene. Informanterne oplyser, at det er blevet justeret, som B siger *"... det har jeg lidt problemer med, synes jeg, altså vi har haft nogle problemer med, at selve skærmen ikke var kalibreret ordentligt, men det har jeg indtryk af, at det er blevet justeret..."* og C siger *"... jeg synes selve touchfunktionen godt kan drille lidt. Jeg ved ikke, om det er mine pølsefinger ... det skal være sådan meget præcist, hvad man trykker, men det kommer, når man har øvet sig lidt og jeg synes egentlig, det fungerer OK"*. H mener, at netop touchfunktionen er det smarte ved storskærmene, men også synes, at det kan være svært at bruge fingrene til at trykke med. Hun har derimod set i sit fitnesscenter, at nogle bruger deres kort til at ramme med *"... det er jo det, der er det smarte ved det, synes jeg, så det øver jeg mig da meget i at bruge det. Jeg har set et andet sted, fordi nogen gange er det svært at få den til at fungere med fingrene, og da har jeg faktisk set et sted i mit fitnesscenter, at man bruger sit kort, så rammer du bedre med kanten af kortet, så det kunne man da godt lige tænke over, om der er noget man kan bruge lige til at ramme med"*. I har korte negle og derfor mener hun, at det kan være lidt vanskeligt for

hende at betjene touchfunktionen ” ... der har jeg lidt problemer, fordi jeg har enormt korte negle og det er meget neglene folk bruger, tror jeg, men jeg har jo ikke lange negle, fordi de flækker, hvis jeg har det og det hører sig jo heller ikke til nede hos os at have lange negle ... jeg ved ikke, om jeg nogle specielle pølsefingre eller hvad det er, men jeg må bare arbejde lidt hårdere på det”.

J har haft en skærm hjemme privat med touch-funktion, som hun ikke var tilfreds med, men hun siger selv, at det kan være fordi hun ikke gav sig tid til at lære det. Hun købte i stedet en mus og bruger den i stedet ”Jeg havde også en computer derhjemme, hvor jeg også skulle touche og det synes jeg var rigtig irriterende, men det var nok, fordi jeg ikke gav mig tid til at lære det, jeg ville have en mus i stedet og købte så sådan en trådløs mus, men jeg kan så mærke også, at jeg blev lidt irriteret da jeg prøvede dernede, men altså det er jo noget man skal vænne sig til”.

Informanterne mener, at det bliver lettere at anvende st-skærmens touch-funktion, når man har øvet sig lidt.

Ved interviewet med iHospitalet i Horsens tilkendegav informanten, at man ikke dér oplever problemer med anvendelse af skærmens touch-funktion.

Informanterne anvender fysisk tastatur og mus

Måske netop på grund af den ovenfor nævnte oplevelse af problemer med touchfunktionen anvender informanterne nogle gange det fysiske tastatur og mus, som er tilgængeligt i forbindelse med skærmen. F siger, at hun ligefrem kan glemme at bruge touchfunktionen, fordi der forefindes fysisk tastatur og mus ”Nogle gange så glemmer jeg det faktisk lidt, at den har den der touch-funktion, fordi at der er mus ved siden og tastatur og det hele”.

Skærmen kan opleves for stor at stå og læse ved

Skærmen opleves af flere informanter som for stor at stå og læse ved. B udtrykker det således ” ... jeg synes faktisk den er for stor den skærm, altså det er næsten ligesom at se tennis, når man skal læse, og jeg synes jeg får nærmest sådan flimmer for øjnene, hvis jeg skal stå at læse det der, så skal jeg jo gå langt væk fra det og jeg tænker, at så står jeg der midt i kontoret og flander...”, men samtidig mener B, at det er godt, at der hænger en skærm, som man kan gå til, hvis de andre konventionelle IT-arbejdspladser er optaget på kontoret ”... men jeg synes det er godt den er der, det er ikke altid man kan få en arbejdsplads at sætte sig ved, så hvis jeg har akut brug for et eller andet og synes jeg lige har tid til at kigge et eller andet, så har jeg muligheden”. F er enig med B. Når touchfunktionen skal anvendes, så står man som bruger meget tæt på skærmen og også for tæt, siger F ”... man står rigtig tæt på skærmen, for tæt vil jeg faktisk sige, når man skal stå der”.

Det er godt at stå op og arbejde ved skærmen

Alle informanterne oplever det som positivt at skulle stå op og arbejde foran skærmen. De sidder nok ned i varetagelsen af deres øvrige arbejde, mener de og dette udtrykkes f.eks. sådan af A ”Vi sidder jo meget i løbet af dagen og det er godt vi skal stå op når vi skal der hen og skifter arbejdsstilling.” Flere gør opmærksom på, at ved anvendelse af fysisk tastatur og mus, så står brugerne

akavet for skærmen. Et hæve-sænkebord kunne givetvis løse problemet, mener H, som siger "... jeg tænker, at hvis man skal bruge tastaturet, så skal der måske hæve/sænkebord til". C oplever det som en god ting, at de kan diskutere faglige ting omkring skærmen og så er det rart, at den hænger på væggen, så man ikke skal stå bøjet over en lille skærm. C siger "... når man så har fundet et dokument, så kan man lige sige, prøve lige at komme herhen og så, her står det og så er det rart at kunne se, at man kan læse det ordentlig i stedet for at man står bøjet ned over en lille skærm, det synes jeg er behageligt".

Infonet

I det følgende fremstilles de data, der omhandler holdningen til og anvendelsen af Infonet.

Infonet er overvejende hurtigt og let at anvende

Det er nemt og hurtigt at anvende Infonet mener A, men hvis der alligevel er problemer med anvendelsen, så hjælper kollegerne hinanden med at bruge Infonet. Som A siger "Det er nemt og hurtigt og vi er jo mange, så er man i tvivl, så er der altid nogen, der kan noget, jeg ikke kan". Og C mener ligeledes, at det er ligetil at anvende Infonet "... jeg synes egentlig det er rimeligt lige til når man kommer ind og man har det her basisbillede, hvor man så kan klikke ind først og fremmest på om det er behandling eller tvang eller hvad det er og så er der en søgefunktion og når man har de muligheder så kommer man egentlig ret langt. Så jeg synes det virker lige til". De forskellige informanter fremfinder de retningsgivende dokumenter på forskellige måder. Ofte bliver søgefunktionaliteten anvendt, men også muligheden for at klikke på procesdiagrammet benyttes, som C giver udtryk for.

I, som har været til undervisning i Infonet, siger, at hun kan huske, at det til tider var lidt vanskeligt at finde ud af, men at hun så prøver sig frem "... jeg får jo lært noget ved også bare at stå der, for jeg kan ikke bare i min hjerne huske fuldstændig fra den undervisningsdag, fordi jeg kunne jo se den dag også, at det sommetider var lidt vanskeligt at finde ud af det, så man skal også prøve sig lidt frem synes jeg", men samtidig siger hun, at hun så prøver sig frem, så det er altså ikke så vanskeligt at anvende Infonet, så hun helt opgiver det.

Da H prøvede at anvende Infonet via st-skærmen, så syntes hun, at det var nemt at anvende "... og det synes jeg egentlig var smadder nemt, at jeg skulle ikke til at pille bind ned, jeg skulle ikke sidde og lede, jeg kunne bare lige gå ind og så stod det der, og det synes jeg var rigtig flot, så det er jeg helt overbevist om, at det vil jeg bruge meget mere..."

Også muligheden for at fremfinde dokumenter via procesdiagrammet anvendes. Dette gør blandt andet E, som trykker på de kasser, som omhandler det ønskede emne, som kan være tvang eller hjertestop. E siger "... så lukker jeg jo D4 op og så går jeg ind søger på det jeg vil, tvang, behandling eller hjertestop og trykker der". Informant F giver udtryk for det samme på denne måde "Jeg finder for det meste det, jeg søger. Men ellers, der står jo også hovedoverskrifterne i forhold til, hvad det måske lige er du søger, og så kan man sådan lidt regne ud, at så går man der ind under, og ja. Så jeg synes, egentlig det giver et godt overblik".

4 ud 10 informanter har modtaget introduktion til ERD og Infonet ved afdelingens kvalitetskoordinator. Informanterne angiver forskellige begrundelser af praktisk karakter for den manglende introduktion.

Indretning af kontor

I det følgende fremstilles de data, der omhandler kontorernes indretning og dennes betydning for anvendelsen af Infonet.

Placering af st-skærme på kontorerne er forskellig, men overvejende god

De 2 afsnit har valgt forskellige placeringer til st-skærmene trods de overordnede ens kontorer. St-skærmen er på det åbne afsnit hængt op midt på sidevæggen. Om dette mener E, at det kan knibe for personalet at stå ved skærmen samtidig og at den, der anvender st-skærmen via touch-funktionen, står for tæt på *"... det er både godt og skidt, altså godt, at man kan ligesom se lidt, men man skal helt hen til vinduet for at alle andre kan være med, men den der står og har med skærmen at gøre synes jeg, da står man for tæt på skærmen, men selvfølgelig sådan er det jo med touch jo, men ellers kunne man godt have indrettet det sådan, at den var helt henne for enden af kontoret, så der kunne være flere rundt omkring og med mere plads rundt om, mere plads til at stå ved skærmen, men også at alle kan være med til ligesom at læse, hvis der er flere der skal læse".* G derimod mener ikke, at skærmen kan være placeret andre steder ellers vil patienterne kunne se, hvad der står på skærmen, da den er så stor *"... det synes jeg er godt. Jeg synes stort set ikke, den kunne være andre steder, fordi vi har glasvinduer og glasdøre og den er sådan placeret, at patienterne, der sidder lige udenfor ikke kan se, for det er trods alt så stort, at det ville de kunne næsten på de andre vægge".*

A kommenterer placeringen af skærmen i forhold til patienterne på det åbne afsnit på sidevæggen således: *"... der er så meget computer værk derinde, så det, vi hører da egentlig patienterne sige, at vi bruger meget tid derinde, så hvis vi nu også skal have en storskærm, så er der i hvert fald nogen, der kan misforstå det, hvad er det nu for noget, og vores rigtig syge patienter kan mistolke, hvad den nu er til".* Flere informanter fra det åbne afsnit mener, at det kunne være lidt uhensigtsmæssigt, hvis patienterne kunne læse med, når dokumentet vedr. tvang blev læst af personalet, hvilket blandt andet G giver udtryk for *"... det ved jeg ikke, men jeg tror ikke måske, jeg tror ikke, det ville være hensigtsmæssigt, begrundet i at f.eks. om tvang, det tror jeg ikke alle ptt. ville have det godt med, hvis en stod og læste det op, det kan godt være nogen kunne ha det fint med det og så kunne der være andre, der bestemt ikke ville ha det godt med det".* Dette synspunkt deler J, som siger *"kan jo ikke kigge ind fra vinduet af, hvad der står på skærmen, det synes jeg er rigtig godt... jeg kunne forestille mig, at der kunne komme en hel masse ud af det, altså det kunne være simpel nysgerrighed og det kunne være ting, der ikke vedkom dem og det kunne være samtalemne for dem (red.: patienterne)".* D mener, at skærmen hænger godt på sidevæggen, fordi det så stadig er muligt at følge med i hvad der sker f.eks. på gangen *"... jeg synes faktisk, at det er udmærket, at den hænger der, fordi den hænger sådan, at jeg kan se ud af kontoret samtidig med – så jeg er ikke ligesom lukket inde og bliver så optaget at kigge op i en skærm, så jeg ikke lige ved, om der kommer nogen og banker på, på kontoret og måske vil spørge om et eller andet*

eller om der måske sker noget ude på gangen, som jeg skal være opmærksom på". Det betyder noget for personalet ikke at blive for fokuseret på st-skærmen, men at fokus skal rettes mod patienterne. St-skærmene er ikke det primære, men er et redskab i behandlingen. D mener endvidere, at st-skærmens fysiske tilstedeværelse er med til at markere, at det nu ikke længere er mapperne, der skal anvendes til at finde retningsgivende dokumenter, men at de er blevet elektroniske via Infonet "Så den har jeg det fint nok med, der hvor den hænger. Og så også ligesom for at tydeliggøre det lidt, at det er i stedet for ringbind, at så er det altså storskærmen, I skal bruge, tænker jeg om det".

På det skærmede afsnit mener H, at st-skærmen er godt placeret på endevæggen "... er OK, det er som om den hele tiden har været der" og I mener også, at den hænger fint på endevæggen "Den er meget synlig for os i hvert fald kan man sige. Den kommer os jo lige i møde, når vi går ind på kontoret". C siger, at det er vigtigt at kunne komme nemt til st-skærmen og det hænger den godt for "Der er fri adgang til at komme til den og det er rigtig vigtigt man ikke skal rundt om en masse for lige at komme hen i et hjørne og komme til storskærmen så på den måde synes jeg den hænger godt".

Om skærmens placering i forhold til patienterne på det skærmede afsnit siger B, at "... vi er så heldige om man så må sige, at patienterne kommer ikke ind på vores kontor, så derfor tænker jeg ikke, at der er nogen interessekonflikt der, og der, hvor den er placeret, jamen der generer det ikke nogen, altså det er jo heller ikke sådan, at vi slår journalen op der, det er jo fint nok, jeg har heller ikke hørt noget, der kommenterer det overhovedet, hverken patienter eller kolleger, at det skulle være et problem". Dog mener C, at hvis der skulle nævnes en ulempe med placeringen for endevæggen, så kan det være, at personalet står med ryggen til døren, hvis der kommer nogen om man er alene på kontoret "... altså man står med ryggen til pt., hvis man skulle ske at stå selv derinde, så står man med ryggen til ptt., hvis – det skulle være en ulempe tænker jeg, men ellers så i forhold til at ptt. skulle kunne se, hvad der stod på skærmen, så tænker jeg egentlig den hænger fint nok". I forhold til om patienterne kan læse med på skærmen, så mener H, at det ikke gør noget, hvis patienterne er i stand til at læse med. Der er ikke noget, de ikke må vide "... patienterne kan jo kigge ind af vores glasrude og de kan kigge henne fra stolene, men så tænker jeg, hvad er det lige patienterne kan bruge det til, altså der står jo ikke noget de ikke må vide derinde, altså hvis jeg står og læser noget om tvang, så må de jo også godt vide det, i realiteten, så kan man selvfølgelig tale om det er det rette tidspunkt de skal vide det på eller ej, men det er jo ikke noget der direkte de ikke må vide".

Introduktion kan sagtens foregå ved skærmen, men på kontoret vil det kunne virke forstyrrende for det øvrige personale

H mener, at hvis skærmene skal anvendes til introduktion af personalet, vil denne aktivitet kunne være forstyrrende for resten af det tilstedeværende personale på kontoret. Dette skyldes, som H siger, at kontoret er meget lille, men det er typisk for sundhedsvæsnet, at personalets fysiske betingelser ikke er optimale. Dette, håber H, vil blive bedre ved nybyggeri på sigt "... så tænker jeg bare, at den sidder forkert, for det kan godt gribe meget forstyrrende ind, det er et lille lokale med alle de mennesker vi er, og det er jo så typisk for vores, ikke kun for psykiatrien også for somatik-

ken, at der hvor personalet skal blive, som jo egentlig er grundstenen i det hele, der er det usle forhold, og da tænker jeg, at sådan en storskærm, at hvis der skulle stå, nu har vi lige fået en ny ansat og hvis nu f.eks. det var NN, der skulle introducere og hun skulle stå og gå igennem alt det, det ville være meget forstyrrende, det synes jeg det er i forhold til, så da kunne man da godt håbe, at når de engang bygger noget nyt, at de forkælede personalet lidt med nogle bedre forhold”.

De fysiske rammers begrænsning giver B ikke udtryk for. B mener, at hun godt kan forestille sig, at nye kolleger introduceres via skærmene. B mener, at skærmen er et godt og nemt arbejdsredskab til at finde svar på sine spørgsmål *”... det kan jeg da ikke forestille mig andet, fordi når jeg personlig synes, det er et godt arbejdsredskab, så vil jeg da gerne introducere en ny kollega til det og prøve at tale varmt for, at det faktisk er en god og en nem måde at finde det, man mangler”.*

Kvaliteten af dokumenter

I det følgende fremstilles de data, der omhandler kvaliteten af ERD.

Dokumentkvaliteten opleves som tilfredsstillende

9 af de 10 informanter giver udtryk for at kvaliteten af det enkelte dokument er tilfredsstillende, fx siger B: *”... synes vældig godt om dem, og jeg er sådan en rigtig fru dansklærer, så det glæder jeg mig over, at det både er stavet rigtigt og så det der med, at man sådan meget følger den der skabelon, for det synes jeg er rigtig godt i forhold til sådan nogle dokumenter, for det gør det nemmere at finde det, så man ikke behøves at læse fra Adam og Eva hver gang...”* F som er elev i afdelingen siger: *”... jeg synes det er let læseligt og det er forståeligt...”*.

De egenskaber, som informanterne mener, skal fremgå af dokumentet, hvis det skal være et godt dokument, er: dato, forfatter, godkender og hvilke referencer der er brugt, desuden lægges der vægt på at dokumentet er læsevenligt og hurtigt at overskue. C siger: *”... nogen ref. så man ved at det ikke bare er grebet ud af den blå luft, gerne noget evidens baseret...”* D: *”Jeg kan godt lide, at det er sådan meget anvendelsesorienteret, altså lidt som en opskrift, jeg kan følge – nå det er sådan, at jeg skal gøre her. Det giver mig mening.”* *”... jeg kigger selvfølgelig efter, hvornår det er blevet godkendt... Det har da også betydning for, om jeg tænker, hvor relevant det er. Jeg kigger også lige efter hvem der har godkendt det.”* G siger: *”Det skal være let tilgængeligt og så skal det være fyldestgørende nok ... det skal være ret hurtigt at finde, så man ikke skal bruge for meget tid på det.”* E fremhæver, det er vigtigt at kende forfatteren, hvilket man ikke kan være sikker på, når man surfer på Google, hun siger: *”Fx med Google hvor du går ind og søger, da ved du jo ikke om det er rigtigt eller hvad på den måde. Hvem har egentligt skrevet det her...”* Om læsevenligheden siger H: *”... visuelt skal det jo også stå sådan, at det er nemt at læse, ikke for kringlet, og det synes jeg lige det dér dokument gjorde...”*.

Ikke papirløst

I det følgende fremstilles de data, der omhandler, at ikke alle retningslinjer kun findes i elektronisk form.

Der findes stadig retningslinjer på papir

Der er eksempler på, at retningslinjerne ligger dobbelt – både elektronisk og i papirform og dette siger I – "... deres funktionsbeskrivelse står jo også der inde, men vi har det jo også i en mappe og den giver vi også vikaren, og siger den må du gerne skimme her i løbet af natten, så vi har lidt dobbelt, dobbelt. Sådan er det jo nok i starten, men mange vil nok synes det var alle tiders at gå hen på skærmen og læse det frem for at sende en mappe. De yngre vil nok være vældig begejstrede for det".

Vagtlag

I det følgende fremstilles de data, der omhandler vagtlagenes holdninger til ERD.

Storskærmen bruges mest om dagen

J: "... jeg ved en jeg var i nattevagt med, hun var godt nok træt af, at procedurebogen var væk. Jeg tror de fleste nattevagter har det som mig. For den der med lysten til at gå hen og stille sig og finde ud af det hele, den er nok lidt nedsat i nattevagten."

Der er forskel på i hvilket omfang de forskellige vagtlag i afdelingen anvender Infonet. Aften- og nattevagterne anvender ikke Infonet så meget. J siger "Det er ikke så meget i nattevagten det bruges..." og G siger, at "... vi bruger den ikke om aftenen stort set". G mener, at grunden til, at aftenvagterne ikke bruger Infonet så meget, er, at de måske føler, at de ikke har så meget brug for det "... det ved jeg faktisk ikke. Ja, men jeg er nok lidt tilbøjelig til at sige, at jeg føler ikke, jeg har haft brug for den". Hvis G bruger Infonet, så er det mere af nysgerrighed, hvilket G udtaler sig således om "... så er det mere ved nysgerrighed og det var det faktisk netop om tvang, nysgerrighed for at se, hvad har de puttet ind i den i det hele taget. Selvfølgelig er der procedurer, jeg ville kunne gå ind og have glæde af, men jeg kan ikke lige komme i tanke nogen og det er nok rigtigt det er jo også en ny måde og altså en ny ting at skulle til at bruge og det tager tid og jeg synes mange gange om aftenen så er tiden knap, meget knap og så er det måske hurtigere lidt at snakke med ens kolleger, er det ikke sådan vi gør det, jo, jo osv. Men jo mere dus man blev med den, jo hurtigere vil det jo også gå". Det ses også, at G mener, at på grund af travlhed om aftenen, så er det hurtigere at spørge en kollega, men G siger også, at jo mere man får øvet sig i at bruge Infonet, jo hurtigere vil man kun finde svar på sine spørgsmål. G mener også, at ancienniteten spiller ind og at de nye vil komme til at anvende Infonet mere "... jeg tror da bestemt de yngre vil komme til at bruge den meget mere og de nyansatte, jeg tror de vil få megen mere gavn af den. Så er teknik jo også nemmere for de unge". Derudover mener G, at det vil være en naturlig for de nyansatte at anvende Infonet "... jeg tror også, det bliver en naturlig ting fra de starter på afdelingen og den har vi så og den bruger vi sådan og sådan og så bliver det en naturlig ting".

Nogle af de nyansatte i afdelingen indgik i projektgruppen, der skulle forestå implementeringen af st-skærme og Infonet. Dette mener D er en god ide, fordi det er med til at forankre retningslinjerne i afdelingen – både i dag-, aften og nattevagten "... nogle af de nye, som er blevet ansat i afdelingen har været med i det her projekt storskærm. Og det tænker jeg har været godt, fordi det på

den måde ligesom bliver indkodet fra starten af, at det er noget af det, vi bruger i afdelingen, også for nyansatte og de så på den måde ligesom er med til at videresprede det i dag- aften og nat”.

Informanterne vurderer, at kollegerne er både positive og skeptiske i forhold til ERD

Under interviewet valgte vi at spørge informanterne om, hvordan de vurderer, at deres kollegers holdning er til ERD. Informanterne vurderer generelt, at kollegerne er positive overfor at anvende ERD, men påpeger oplæringsaspektet, som A siger: *”Jeg tror de synes det er et godt arbejdsredskab, men at det koster tid at skulle lære at bruge det, og sådan er det jo med alt nyt”,* og D siger *”... jeg tror, at den er blandet. Det er ikke noget, at vi snakker så meget om, men jeg har bare sådan en fornemmelse af, at nogen synes, at det er frygteligt meget nyt og tror, at de skal have en masse undervisning...”.* E, som er både ung og ny, tror følgende om sine kolleger: *”Den tror jeg er god. Altså, du har nemmere ved at søge i stedet for, at du bruger rigtig meget tid for at skulle finde bøger og du skal finde alverdens mapper for at finde de forskellige ting ...”.* At en kollega kan være mindre positiv, forklares af de informanter, der arbejder om aftenen, med traditioner og fastlåsthed. G udtrykker sin vurdering af kollegers holdning til ERD således *”Overvejende positiv vil jeg sige. ... mit indtryk er, at flertallet er positivt, men jeg tror også, der er nogen, der er mindre positive ... hvad skal man sige lidt fastlåst i gammel tradition.... eller det behøver jeg ikke at konsultere for det ved jeg!”* og H har følgende vurdering: *”Af erfaring vil jeg sige, at der er altid nogen, dem som ikke er gode til elektronik eller EDB, eller ikke interesserer sig for det eller hvad skal man sige dem, der måske føler, de har fået trukket det ned over hovedet, at de skal det, der er altid nogen, der er negative, sådan vil det altid være, jeg har ikke hørt det, men det er sådan min erfaring, der er altid nogen, der siger: ”hvad skal man også med det””.*

Kvalitet

I det følgende fremstilles de data, der omhandler kvalitet i bred forstand.

Patientbehandling kan være svær at standardisere

Alle er enige om, at det er godt at arbejde efter RD, men nogle udtrykker et dilemma mellem standardisering og patientens individualitet, fx siger D: *”Fordi så har jeg det sådan lidt, at de procedurer, ligger ligesom til grund for, hvorfor jeg så handler, så kan jeg altid i min praksis justere handlingerne efter nogle andre ting.”* Holdningen til, at det er mennesker, personalet arbejder med, underbygges af D, som siger, at procedurer er grundlæggende for den måde, som personalet handler i sin praksis, men at den enkelte justerer sine handlinger efter nogle andre ting. Det enkelte personale justerer altså på procedurerne i forhold til den konkrete situation. Dette understøttes af G, som lægger stor vægt på, at det hedder retningsgivende, idet hun ikke mener, at personalet blindt skal følge retningslinjerne til punkt og prikke *”Jeg synes, det er en stor fordel, at man har, som du siger retningsgivende dokumenter, det synes jeg absolut, men jeg opfatter dem som retningsgivende, sådan at man også, hvad skal man sige, selv har lov at tænke og ikke behøver punktvist bare at følge dem. Har man nu f.eks. fra en anden afdeling lavet noget, som man ved, det der virker bare godt, så mener jeg ikke, at den retningsgivende gør, at man ikke må højne niveauet”.* Som et eksempel nævner G, at en specialafdeling kan have et højere niveau og det kan

f.eks. dreje sig om en øjenafdelings måde at drypper øjne på. Dette taler imod den tidligere nævnte fordel med, at patienterne får en mere ens behandling qua retningslinjer i afdelingen. Hvis personalet "tolker" på retningslinjerne og efter egen overbevisning hæver kvaliteten, så bliver der jo netop divergerende fremgangsmåder og opfattelser af god praksis.

Der er flere informanter, der gør opmærksom på, at alle dokumenter ikke er lagt ind i Infonet endnu, ligesom enkelte informanter udtrykker den holdning, at RD har sin begrænsning ift. at dække alle aspekter af et patientforløb. H udtrykker det på denne måde: *"Jeg tænker, at i det felt, vi arbejder i, da er det altid svært at følge retningslinjer til fulde, fordi at mennesker er forskellige, både os og de syge, og jo mere syge de er, jo sværere er det at følge retningslinjer."* B udtrykker det således: *"... vi skal jo ikke glemme at tænke selv, men det er jo lige som nogle ting, hvor der ikke sådan er frit valg,... Det er klart det juridiske, det er som det, der har vi nogle love vi skal rette os efter, og så er det fint, at det står der, ..."*

Informanterne har et begrænset kendskab til DDKM

Flere informanter ved ikke noget om DDKM eller har ikke gjort sig særlige tanker om DDKM. Som G siger *"... jeg har da hørt om det og jeg har da også læst om det, men sådan lige at komme med noget klogt her, det kan jeg simpelthen ikke"*.

Kvalitetsmedarbejderne udtrykker et større kendskab til DDKM, fx siger C, at det er godt at få lagt et niveau for, hvad sundhedsvæsnet som minimum skal tilbyde *"... jeg synes egentlig som udgangspunkt, at det er en god ting og ligesom at få lagt et niveau for, hvad er det vi som minimum skal kunne tilbyde"*. D, som også er kvalitetsmedarbejder mener, at DDKM afstedkommer nogle faglige diskussioner og at det er godt *"... man diskuterer det i det forum, man nu er i, så er det også, om det giver mening og om det virker fagligt og godt"* og videre, at *"kan det være med til at have fokus på andre områder, vi så får opprioriteret og udfører en bedre sygepleje i"*. Så DDKM kan altså være med til at sætte kvalitet på dagsordenen og være med til at sikre patienterne den bedst mulige behandling og at denne bliver mere ens, ser C som en fordel *"... så bidrager det jo (red.: positivt) til sådan en, hvad skal man sige, at vi kommer til at gøre tingene mere ens, at ptt. får forhåbentlig en ensartet god behandling"*.

DDKM er bureaukratisk og giver ikke nødvendigvis klinisk værdi

På den anden side tilkendegiver flere, at det også kan dreje sig mere om overvågning, hvilket C nu ikke er enig i *"... nogen mener, at det handler for meget om overvågning, men det tænker jeg egentlig ikke"*. C ser i stedet muligheden for at få et mål for, hvad afdelingen skal kunne tilbyde. På baggrund af disse mål kan man så diskutere, hvad der skal til for at kunne leve op til disse – hvilke resurser, skal der til. Så C ser også nogle proaktive muligheder i DDKM *"... jeg tænker også, at man kan se det som en hjælp til, hvad er der vi skal kunne tilbyde og hvilke ressourcer er det vi har brug for at vi kan leve op til den her standard, så jeg tænker det egentlig positivt"*. Afdelingerne skal på baggrund af DDKM akkrediteres, hvilket kan opfattes som at skulle til en test, hvor man *"... måles og vejes i forhold til..."* DDKM, siger D. D kan samtidig godt være lidt bekymret over, at en afdelings personale forholder sig aktivt til gennemførelsen af en bestemt test i vurderingen af

patienterne, men at denne ikke er den rigtige i forhold til DDKM og derfor "... bonger man negativt ud". Derfor kan DDKM godt være lidt dobbeltsidet. Samtidig kan det godt være et problem for en afdeling, at personalet følger retningslinjerne, men ikke når at få dette dokumenteret, D fortsætter "... det er heller ikke alt, vi får dokumenteret og det er problemet i afdelingen, fordi vi gør nok tingene, men vi har bare ikke lige fået det skrevet nogle steder, at vi har gjort det og så bonger vi jo negativt ud. Det er et stort problem, ser jeg." Så manglende dokumentation er ikke nødvendigvis lig med manglende kvalitet og det kan godt blive opfattet lidt som dokumentation for dokumentationens skyld "Man føler sig lidt løbet over ende af alle de krav, der bliver stillet der, at man skal huske det hele tiden. Og det kan godt virke som et lidt ensformigt arbejde, fordi man synes, at det går fra noget andet, fordi man så skal bruge tid på at sidde ved skærmen og få skrevet de ting og i en travl hverdag, bliver det det, man ikke får gjort" siger D. Der er også informanter, der giver udtryk for, at der stilles andre krav til personalet i dag, fx siger I: "... når der kommer eksperter, der skal vurdere vores afdeling, så er det lavet sådan, det er tilpasset de eksperter, der kommer og skal vurdere vores afd. Også, at det er korrekt, for det skulle jo laves en gang for alle og så har man vel også ment, at det var rimeligt at lave efter disse procedurer som kvalitetsfolkene kommer og forlanger af os" og samme medarbejder udtrykker: "Vi ved jo alle sammen godt, at vi skal stramme op, det ved vi jo godt, det er blevet lidt andre tider, synes jeg. Hver eneste tabl., der bliver givet på afd., bliver jo registreret, sådan var det jo ikke før i tiden, da var det lynhurtigt lige at skrive sin signatur ud for at pt. havde fået sin medicin, altså det er bare lige et eksempel, altså hver eneste tabl. skal der tages stilling nu, hver eneste tabl. pt. ikke tager, skal der også tages stilling til og sådan er det bare i dag..."

Informant I mener, at det kan være svært og stift at implementere DDKM og vil nødig skulle stå for det tunge og slidsomme arbejde "... jeg kan forstå det er noget meget svært at implementere, det siger alle mennesker jo, det er noget stift noget at implementere. Jeg vil da nødig være den der skal stå for det. ... Jeg tænker, det er et tungt og slidsomt arbejde". På den anden side mener I også, at personalet og afdelingerne er nødt til det. De har ikke noget valg og som I siger "... det er vi jo bare nødt til og det er jo ikke for at irritere os, at det skal implementeres, det er jo sådan set, fordi de skal sikre, at patienterne får den bedst mulige behandling", men som nattevagt er det meget bekvemt, at man bliver fritaget for f.eks. at udføre eftersamtaler efter tvang hos patienter, idet man jo ikke kan gøre dette om natten. I lighed med dette er der andre ting, som man som nattevagt ikke indgår i, men det er ikke derfor, at I har valgt at blive nattevagt "Og da er det jo vældig bekvemt, at jeg er nattevagt, fordi jeg på den måde ikke så, jeg kan jo ikke gå ud f.eks. og udføre eftersamtaler efter tvang hos ptt., det kan jeg jo ikke gøre om natten, altså der er mange ting jeg ligesom bliver fritaget for, her i mine sidste arbejdsår, men det er nu ikke derfor jeg har valgt nattevagt i øvrigt".

Informanterne har begrænset kendskab til kvalitetsorganisationen og hvordan et dokument bliver til

Vedrørende udarbejdelsen af de elektroniske retningsgivende dokumenter ved de fleste informanter umiddelbart ikke hvilken organisation, der håndterer udarbejdelsen af ERD i afdelingen og hvordan de som personale skal forholde sig, hvis de mener, at der mangler et retningsgivende

dokument. De to kvalitetsmedarbejdere C og D udtrykker som de eneste et klart billede af kvalitetsorganisationen og et dokumentets tilblivelse. Overvejende mener informanterne, at de vil kontakte én af de kolleger, der har været med til at implementere st-skærmen i afdelingen og få vedkommende til at bringe ønsket videre, som A udtrykker det: *"... ville kontakte en af mine kolleger, der har været med til at implementere systemet og få dem måske til at gå videre med det (red.: ønsket om et retningsgivende dokument)"*. Ud over projektgruppen nævnes kolleger af flere som en indgangsvinkel til en drøftelse af ønskerne, før de bringes videre i afdelingen.

Centrale personer i afdelingen som kvalitetskoordinator og EPJ-koordinator nævnes også som muligheder for at få behandlet ønsket om konkrete RD, men flere informanter nævner nærmeste leder som den person, de vil kontakte, hvis de ønsker stillingtagen til manglende RD. Dette udtrykkes blandt andet af en erfaren personale I *"... jeg går ud fra, at det er til kvalitetskoordinator eller måske til min afdelingssygeplejerske i første omgang måske, så hun kan bringe det videre"* og H siger *"... hvis nu jeg manglede en procedure, så ville jeg i første omgang gå til min souschef eller min leder ... og sige sådan og sådan og så kunne jeg forestille mig, at vi måske ville tale mere om det i en gruppe, om det er noget andre, jeg tror ikke på, at man lægger noget ind på det net eller andre steder, bare fordi jeg har en idé, jeg tror vi vil diskutere det først, og hvis så alle synes det er OK, jamen så vil afdelingssygeplejersken gå videre med, og det jeg sådan kan forstå, da jeg var til det der intro, det var, at skulle man henvende sig til kvalitetskoordinatoren og så går hun videre med det"*.

Der udtrykkes forskellige holdninger til, hvordan man som personale er forpligtet til og ansvarlig for at gøre opmærksom på evt. manglende retningslinjer i afdelingen. G mener ikke, at vedkommende vil gøre opmærksom på en manglende retningslinje *"... det må jeg nok tilstå, at det ville jeg nok ikke gøre"*, mens I mener, at man som personale er forpligtet til dette *"... så hvis man ser et eller andet eller finder noget, der mangler, så er man jo også forpligtiget til det"*. Begge er erfarne personale i afdelingen.

Flere informanter ved ikke umiddelbart, hvor de kunne henvende sig med deres ønske om oprettelse af manglende elektroniske retningsgivende dokumenter eller korrigerende af eksisterende. B, som er ny i afdelingen, siger *"... jeg ved faktisk ikke, hvordan jeg kunne hjælpe med at udbygge det..."*.

På spørgsmålet om hvordan man som personale opdager, at der er nye eller opdaterede dokumenter, svarer B *"... det er jeg ikke sikker på, at jeg ved ... Ikke andet end at nogen gange er der jo snak om, oversygeplejersken sagde en dag, at hun vidste, at hun lige havde godkendt en hel masse nye dokumenter, så der var i hvert fald lagt meget nyt ind."*

RD sikrer at patienterne får ensartet behandling

Retningsgivende dokumenter medvirker til en mere ens behandling af patienterne, som det nævnes af C *"... det hjælper patienten i form af, at der er sådan nogle retningsgivende linjer i forhold til, at de (red.: patienterne) bliver behandlet nogenlunde ens"*. Personale er individuelt som personer og dermed kan patientplejen nemt blive anarkistisk, hvis ikke der findes retningslinjer for

plejen og dette især inden for psykiatrien. F udtrykker det på denne måde "... det er nødvendigt, ellers kan vi nemt blive anarkistiske, og jeg tænker i særdeleshed i det område, vi arbejder i som psykiatri, at hvis ikke vi har retningslinjer, vi er jo individuelle som personer" og J siger samme "... det skal der være simpelthen, ellers så tror jeg da det hele går i skudder mudder, hvis der ikke var noget, der hed procedure, så vil man gøre det på bedste beskub og så var der aldrig nogen, der vidste noget ellers tror jeg". Samtidig mener F, at "det er ikke papirer, vi arbejder med jo vel, det er mennesker". Psykiatrisk praksis er meget præget af jura og paragraffer f.eks. i forbindelse med tvang og netop tvang nævnes ofte som eksempel på, hvornår personalet konsulterer retningslinjerne, fordi der er så mange regler knyttet til denne situation. Det er samtidig præget af personalets holdninger og grænser for brug af tvang, hvilket kan give anledning til divergerende opfattelser og handlemåder. E nævner, at "... det er en rar måde at arbejde på, for så har man noget at gå efter i forhold til, hvad kan vi gøre der, så er det rart lige at have nogle retningslinjer at gå efter. Eksempelvis sådan noget som tvang, hvad gør vi i sådan en situation, for det er ikke så tit, at man udøver tvang her på vores afdeling, så er det rart at kunne gå efter noget, fordi man lægger det lidt bag sig nogen gange med gule og røde papirer, så rart lige at kunne gå ind og læse om de forskellige ting, hvad betyder det, hvad er det vi gør i sådan en situation". Det er altså rart at have procedurer for ikke-dagligdags situationer til at understøtte personalets tackling af disse situationer. Om dette siger C "... især i meget i forhold til, når vi har diverse tvangsforanstaltninger, at der er nogen retningslinjer for, hvad er det vi gør, hvornår skal vi ringe til en læge og hvornår skal vi ringe til patientrådgiver og hvilke klokkeslæt skal der vurderes osv. osv. Især i forhold til det, synes jeg, det er rigtig vigtigt, fordi det er jo sådan lidt, nogen gange svært med de her, som jo er imod folk vilje, og det tænker jeg, det skal gøres ordentlig og det skal gøres som loven foreskriver det og det tænker jeg, det er vigtigt, det er der, man let kan sådan sige, så gør man lige sådan... man skal altså gøre det efter bogen".

Overvejende forventning om at kvaliteten af patientplejen øges med ERD

Når der spørges til ERDs indflydelse på kvaliteten af den pleje og behandling, der ydes, svares der overvejende positivt. Informanterne er overvejende af den opfattelse, at kvaliteten vil påvirkes positivt af ERD. En erfaren medarbejder D, med flere års anciennitet giver udtryk for at opdateret viden vil påvirke kvaliteten således: "... når vi nu rigtigt får brugt de her skærme med de ting, der er lagt ind, så vil det da forbedre kvaliteten, fordi vi så gør det sidste nye og får ligesom den sidste nye viden ud i afdelingen." En anden erfaren medarbejder A giver udtryk for, at ERD vil gøre personalet i stand til at forberede sig bedre ift. et patientforløb, og dermed skabe mere sikkerhed omkring plejen: "... man kan forberede sig lidt bedre, inden man går ind til en pt., til forløbet og man kan svare ud fra de retningslinjer, der nu er givet, der kan man sparre med sine andre kolleger. Kvaliteten er jo også højnet ved, at ptt. også mærker, at vi ikke er usikre, som er en rigtig vigtig del for dem jo?"

En ny medarbejder B kan ikke vurdere om ERD vil øge kvaliteten: "... jeg kan jo ikke mærke forskellen, om det har højnet niveauet, fordi som ny der synes jeg egentlig, at der er et højt fagligt niveau." En medarbejder C med 3 års anciennitet er i tvivl om kvaliteten vil påvirkes, men ser alligevel mulighed for, at der kan ske færre utilsigtede hændelser, hun udtrykker det således: "Jeg er

usikker på, om det har påvirket kvaliteten meget, fordi jeg synes jo, vi i langt tid har været rigtig, rigtig opmærksom på kvaliteten ... så jeg har nok svært ved at se, om det har gjort den store forskel med storskærmen. Man kan så håbe på, at der er nogen, der har brugt den sådan i forhold til, at der sker færre fejl, fordi de går ind og tjekker først, inden de gør tingene, hvis de er i tvivl om noget. Og vis det er tilfældet, så skulle det jo gerne bidrage til en højere kvalitet.” J der har 5 års anciennitet i afdelingen siger ”... at der ikke er 100 forskellige meninger om, hvordan tingene skal gøres, ja det synes jeg er godt.” E der er nyansat i afdelingen siger: ”... det betyder jo, at ptt. får et bedre forløb ved indlæggelsen, at der ligesom er noget at gå efter og det betyder også, at vi som plejepersonale vi har noget at gå efter, idet vi ved, at ptt. faktisk skal igennem nogen ting og ptt. faktisk har ret til en læge, ret til at snakke med læge og ret til at klage...”

Savner papir

I det følgende fremstilles de data, der omhandler det forhold, at det kan være svært at undvære et stykke papir i hånden.

Savner at have et stykke papir i hånden

Det, at de retningsgivende dokumenter nu er blevet elektroniske og skal tilgås via Infonet, omtales som en omvæltning. Om dette siger D ”... jeg kan mærke, at jeg har savnet det med at have en papirudgave, fordi det var rart lige at kunne gemme det og hov hvad var det lige, der stod der og vise det til en kollega, fordi når jeg lukker så er det væk igen og det kan jeg lige mærke, at det skal jeg lige vænne mig til. Men ellers så tænker jeg ikke, at det er så anderledes, hvis jeg ser på EPI f.eks. i journalen”. Dog mener D, at hun ikke ser det som så meget anderledes, end at patientjournalen også er elektronisk.

Behovet for at have et stykke papir i hånden udtrykkes også af informant I, som f.eks. printer instruksen ud for abstinensbehandling for at anvende det som huskeseddel, når hun er hos patienten ”... hvis jeg nu var ny på afdelingen, så vil det jo absolut være en af de ting, jeg ville logge mig ind på, men jeg er ikke ny på afd. og jeg ved, hvordan abstinensbehandling er og jeg ved også, hvis jeg skal ind til en patient, så skal jeg have en seddel med mig, for jeg kan altså ikke huske fuldstændig programmet udenad, fordi så tit går vi ikke ind til en patient, det er mere på åben afd., de gør det. Så i det tilfælde har jeg altså et stykke papir med mig, der er printet ud”. Det kan altså være svært at være svært at undvære fysiske retningsgivende dokumenter. I fortsætter ”Jeg kan ikke huske alle de underpunkter (red.: i abstinensbehandlingen) og det er meget kedeligt at skulle gå ind til patienten flere gange, det virker jo ikke særligt overbevisende for en patient, der har det skidt, da må man altså gøre sig færdig, når man er derinde... Ikke at have papir i hænderne, det er jo ganske forfærdeligt.”

Kun plejepersonale bruger skærm

Storskærmen anvendes ikke af andre faggrupper end plejegruppen

Ingen af informanterne har erfaring med at anvende st-skærmen i samarbejdet med de andre faggrupper i afdelingen. Den anvendes udelukkende af plejepersonalet i afdelingen.

Sammenfatning af datapræsentation

I det følgende vil vi kort sammenfatte de fund vi har præsenteret i det ovenstående. Vi vil præsentere mangfoldigheden af holdninger, der er givet udtryk for, uden at skele til kvantiteten af tilkendegivelserne i forhold til de enkelte holdninger. Vi har valgt at dele sammenfatningen på baggrund af vores problemformulering.

Hvilke oplevelser udtrykker informanterne om teknologiens påvirkning af deres hverdag i forhold til oplæring af nyt personale

Det opleves, at især nyansatte har god hjælp af RD, og det opleves som positivt at kunne henvise nyansatte til teknologien. Selv om man forestiller sig, at oplæring til RD godt kunne foregå ved st-skærmen, er dette ikke praksis, bl.a. fordi kontorindretningen gør, at det kan opleves forstyrrende for det øvrige personale, hvis gennemgang af RD skal forgå foran skærmen.

Hvilke oplevelser udtrykker informanterne om teknologiens påvirkning af deres hverdag i forhold til kollegialt samarbejde

Teknologien stimulerer personalet til at indgå i dialog med hinanden foran st-skærmen, og det opleves som en positiv konsekvens af teknologiens tilstedeværelse. At søge efter viden foran st-skærmen opleves som positiv adfærd, der stimuleres af teknologiens tilstedeværelse, og holdningen er, at personalet skal følge med i ny viden. Der er forskel på, hvordan det opleves fysisk at stå ved st-skærmen, nogle oplever det ubehageligt at stå tæt ved st-skærmen. Informanterne oplever en positiv påvirkning af teknologien i forhold til, at de skal op at stå, når de skal arbejde med st-skærmen. Informanterne vurderer, at der blandt kollegerne er både positive og negative oplevelser ift. teknologien, som bruges mest om dagen. Teknologien kræver tid at lære, og tid som den enkelte selv må finde sig i samarbejdet med kollegerne. Placering af teknologien på kontorerne er forskellig på de to afsnit, men begge steder opleves placeringens påvirkning overvejende positiv i samarbejdet. Der gives eksempler på, at man vælger at printe RD ud, når der fx samarbejdes med vikarer.

Hvilke oplevelser udtrykker informanterne om teknologiens påvirkning af deres hverdag i forhold til afbrydelser

Afbrydelser accepteres og opleves som uundgåelige. Nye medarbejdere afbryder mere end det erfarne personale, og afbrydelserne trætter og stresser og beskrives som en risikofaktor i forhold til utilsigtede hændelser. Afbrydelsesfrekvensen opleves værst i dagvagten, og selv om der gives udtryk for, at nogle afbrydelser kan forebygges via andre rutiner, opleves teknologien ikke som en væsentlig faktor til dette. Især vil afbrydelser i forbindelse med akutte situationer ikke kunne afhjælpes vha. teknologien. Her vil man spørge kollega til råds.

Hvilke oplevelser udtrykker informanterne om teknologiens påvirkning af deres hverdag i forhold til kvaliteten i plejen og behandlingen

Informanterne oplever generelt, at retningslinjer er en nødvendighed, og at de er med til at øge personalets faglige sikkerhed og øge kvaliteten af plejen og behandlingen, og det opleves, at tek-

nologien øger tilgængeligheden til retningsgivende dokumenter. Infonet opleves overvejende hurtigt og let at anvende. Informanterne oplever, at patientbehandling kan være svær at standardisere, men at ERD alligevel vil medvirke til at sikre, at patienterne får en mere ensartet behandling. Det opleves, at kvaliteten af den behandling, der ydes, har betydning for afdelingens omdømme og fremtid. Kvaliteten af det enkelte ERD opleves som god, men der gives også udtryk for savnet af papir, at det er svært at undvære papir til at støtte hukommelsen, når man er sammen med patienten. Ikke at kunne huske det, man skal, kan påvirke kvaliteten af plejen og den faglige stolthed negativt, opleves det.

Den nye teknologi præsenterer RD udarbejdet på forskellige niveauer. Informanterne har begrænset kendskab til, hvordan dokumenterne bliver til, ligeså til kvalitetsorganisationen lokalt og regionalt og til DDKM. Teknologien bliver et medie for disse instanser, som påvirker personalet indirekte gennem teknologien. Som nævnt gives der udtryk for, at ERD udgør en positiv påvirkning af kvaliteten, men der gives samtidig udtryk for skepticisme ift., om det altid er til patientens bedste, at personalet skal leve op til stadig mere konkrete og detaljerede krav.

Touchfunktionen opleves ikke præcis, hvorfor flere anvender fysisk tastatur og mus, der ikke fungerer ergonomisk optimalt og således har en negativ påvirkning på brugeren.

Empiri kommenteret ved afdelingens projektgruppe

Som omtalt i afsnittet med datapræsentationen har vi tildelt de meningskondenserede data holdningstilkendegivende overskrifter. Disse overskrifter er samlet i hovedgrupper og er herefter præsenteret for afdelingens projektgruppe, som er en del af samme virkelighed som informanterne, med henblik på kommentering af vores fund. Afdelingens projektgruppe kan naturligvis ikke udtale sig om, om informanterne har formuleret sig, som vi angiver, eller hvorfor, men vi vil gerne præsentere fundene med henblik på, om disse svarer til den opfattelse, der efter projektgruppens mening, eksisterer i de 2 sengeafsnit.

Vi har valgt at gennemføre datakommenteringen som del af et planlagt møde i afdelingens projektgruppe knap 2 måneder efter interviewenes gennemførelse. Afdelingens projektgruppe består af 3 repræsentanter fra hvert sengeafsnit – 6 i alt. Fra det ene afsnit deltager 2 personer, mens der fra det andet afsnit deltager 1 person.

Vi præsenterer afdelingens projektgruppe for holdningstilkendegivelser via power point, hvor gruppen præsenteres for en overskift ad gangen og de kommenterer hver enkelt holdning i temaet. Resultatet ses herunder.

Tema	Kommentarer fra afdelingens projektgruppe
Faglighed	
<ul style="list-style-type: none"> • Skriftlige retningslinjer øger personalets faglige sikkerhed 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> • St-skærmen øger muligheden for faglig sparring 	

<ul style="list-style-type: none"> • Personalet skal følge med i ny viden 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kvaliteten har betydning for afdelingens om-dømme og fremtid 	
<ul style="list-style-type: none"> • Storskærmen stimulerer faglig nysgerrighed og dialog 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ved akut behov for viden spørges mere erfarede kollega til råds 	
<ul style="list-style-type: none"> • Det er et positivt signal at stå foran st-skærmen og søge efter viden 	
Nyt personale	
<ul style="list-style-type: none"> • Nyansatte har god hjælp og retningslinjer 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne, men påpeger, at ældre kolleger også vil kunne have gavn af at anvende Infonet for at øge fagligheden
<ul style="list-style-type: none"> • Introduktion af nyansat personale til skærm og Infonet sker ad hoc 	
<ul style="list-style-type: none"> • Nye kolleger har større behov for ERD end ældre kolleger 	
Ny teknologi	
<ul style="list-style-type: none"> • Ny teknologi er altid svært, men giver også nye muligheder 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> • Øvelse gør mester 	
Afbrydelser	
<ul style="list-style-type: none"> • Afløsere og nye medarbejdere afbryder mere end det faste og erfarne personale, og afbrydelser trætter og stresser 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> • At arbejde som sygeplejerske har altid været forbundet med afbrydelser, og afbrydelser accepteres og opleves som uundgåelige 	
<ul style="list-style-type: none"> • Afbrydelser øger risikoen for en utilsigtet hændelse 	
<ul style="list-style-type: none"> • Afbrydelser er værst i dagvagt 	
<ul style="list-style-type: none"> • Nogle afbrydelser kan forebygges 	
Storskærme	
<ul style="list-style-type: none"> • St-skærmen øger tilgængeligheden af RD 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> • Touch-funktionen driller 	
<ul style="list-style-type: none"> • Informanterne anvender også fysisk tastatur og mus 	
<ul style="list-style-type: none"> • Skærmene kan opleves for store at stå og læse ved 	
<ul style="list-style-type: none"> • Det er godt at stå op og arbejde med skærmene 	
Infonet	
<ul style="list-style-type: none"> • Infonet er umiddelbart hurtigt og let at anvende 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne – og kommenterer, at det er mærkeligt at Infonet ikke bruges noget mere, når nu der er enighed om at det er hurtigt og let at anvende
Indretning af kontorer	

<ul style="list-style-type: none"> Placering af st-skærmene på kontorerne er forskellig, men overvejende god 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> Introduktion kan sagtens foregå ved st-skærmen, men i det lille kontor vil det kunne virke forstyrrende for det øvrige personale 	
Kvalitet	
<ul style="list-style-type: none"> Standardisering har sin begrænsning 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne, kommenterer ordet ensartet – ville foretrække ordet "ordentlig" i stedet.
<ul style="list-style-type: none"> Informanterne har et begrænset kendskab til DDKM 	
<ul style="list-style-type: none"> DDKM er bureaukratisk og giver ikke nødvendigvis klinisk værdi 	
<ul style="list-style-type: none"> RD sikrer, at patienterne får ensartet behandling 	
<ul style="list-style-type: none"> Overvejende forventning om, at kvaliteten af patientplejen øges med ERD 	
<ul style="list-style-type: none"> Dokumentkvaliteten opleves som tilfredsstillende 	
Ikke papirløst	
<ul style="list-style-type: none"> Der findes stadig retningslinjer på papir 	Projektgruppen er enig med resultatet af meningskondenseringerne
<ul style="list-style-type: none"> Savner at have et stykke papir i hånden 	
Kun plejepersonale bruger st-skærm	
<ul style="list-style-type: none"> St-skærmen anvendes ikke af andre faggrupper end plejegruppen 	Projektgruppen har set, at læger har anvendt skærmen
Vagtlag	
<ul style="list-style-type: none"> St-skærmen bruges mindre i aften- og nattevagterne end om dagen 	Projektgruppen vurderer, at nattevagter bruger st-skærmen mindst
<ul style="list-style-type: none"> Informanterne vurderer, at kollegerne er overvejende positive ift. ERD – eller mere positive om dagen end aften-nat 	

Figur 13 – skemaet er en kondensering af afdelingens projektgruppes verificering af empiri

Af ovennævnte figur 13 fremgår, at informanter og afdelingens projektgruppe helt overvejende har samme opfattelse af hverdagen med st-skærme og Infonet.

Med denne undersøgelse af projektgruppens kommentarer mener vi ikke, at det giver anledning til at genoverveje meningskondenseringerne. I del 3 vil vi fortsætte med analysen af vores empiri.

Del 3 - Analyse og konklusion

Synet på teknologi har ændret sig gennem de sidste årtier. Dette afspejles, når man ser på værdierne i de designteorier, der har været fremherskende i samme periode. Før 1980'erne blev teknologien designet og testet af udviklere i laboratoriemiljøer, og når systemet var helt færdigt, blev det ført ind i organisationen, hvor brugerne måtte lære at tilpasse sig teknologien. Udviklingen siden har været præget af en tiltagende involvering af brugere, først i implementeringsfasen, men siden også i både udviklings- og testfasen. Tidligere blev teknologien betragtet som en eksogen faktor, der kunne implementeres hvor som helst, når som helst og med samme resultat. Denne myte gør Marc Berg op med, når han skriver: *"The unpredictability of PCIS implementation requires that its management resembles a careful balancing between initiating organizational change, and drawing upon IT as a change agent; between steering towards implementation targets and stimulating the learning processes that will inevitably transform these"* (Berg 2004a)(p. 173)

Den position, Marc Berg indtager, har sin rod i STS, som de sidste år har fået stadig større bevågenhed i Danmark.

Forkortelsen STS dækker over Science and Technology Studies eller Science-Technology-Society studies. STS er ikke én teori eller én tilgang til det forskningsfelt, der handler om videnskab, teknologi og samfund, men udtryk for en række positioner i feltet. Alle positionerne har det til fælles, at de prøver at opnå en forståelse for hvordan *"... organisatorisk, teknologisk eller videnskabelig virkelighed konstrueres igennem en konkret, materiel og symbolsk aktivitet."* (Jensen, Lauritsen, & Olesen 2007) (p. 11). I det følgende vil vi præsentere en analysemodel, ISTA, som ud fra et organisatorisk perspektiv tager afsæt i den socio-tekniske tilgang. Dernæst vil vi præsentere en af positionerne i STS-feltet, aktør-netværk-teorien (ANT).

Teoretisk analyseramme – ISTA

Harrison et al. mener, at ledere og klinikere alt for ofte skyder skylden for uventede konsekvenser af en it-implementering på dårlig performance (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007). Selv om skavanker i systemet også ofte giver problemer, mener de, at mange harmfulde og uønskede konsekvenser i virkeligheden kommer fra socio-tekniske interaktioner, forstået som samspillet mellem den nye teknologi og de eksisterende sociale og tekniske systemer. Harrison et al. har studeret disse konsekvenser gennem litteraturstudier, og har på baggrund af dette, samt med referencer til fem forskellige forskningsområder, udviklet en model til forståelse af de processer, der opstår når ny informationsteknologi indføres i sundhedsvæsenet. Kort om de fem forskningsområder, der danner baggrund for den model Harrison et al. har udviklet kan siges:

- den socio-tekniske tilgang advokerer for deltagende design, for at undgå et snævert, mekanistisk syn på implementering, der overser den forbundne natur af systemer og organisationer

- ergonomien, som undersøger hvordan arbejdsteknologier og det fysiske set up i miljøet påvirker stress og performance for den enkelte medarbejder.

Harrison et al. mener at både traditionel STS og ergonomi-undersøgelser har en tendens til at se på teknologien som en uforanderlig størrelse der påvirker folk og det sociale system, men ikke fokuserer på hvordan sociale systemer former teknologien og dens brugere, det gør derimod de følgende:

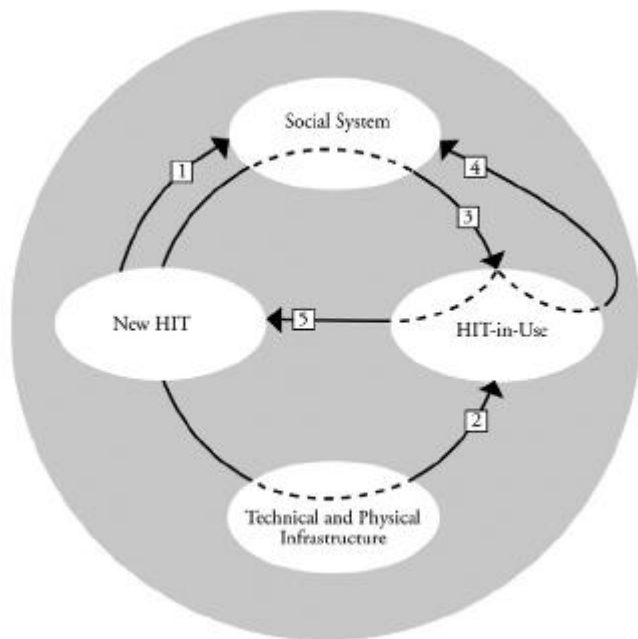
- social konstruktivisme, der peger på at klinikere og ledere både vælger, genfortolker, modificerer og skaber teknologien over tid, og skaber forbindelser mellem teknologien og den sociale kontekst
- teknologi-i-praksis der fokuserer på at teknologi også medierer praksis
- social informatik, der fokuserer på at næsten identisk teknologi kan anvendes meget forskelligt pga. mange komplekse interaktioner mellem mennesker og teknologien

Modellen kalder Harrison et al. for ISTA: Interactive Sociotechnical Analysis (figur 14), og de beskriver fem typer af interaktioner der foregår når der indføres ny informationsteknologi i sundhedsvæsenet:

1. *“New HIT changes existing social system.*
2. *Technical & physical infrastructures mediate HIT use—Interaction of new HIT with existing technical and physical conditions affects HIT-in-use.*
3. *Social system mediates HIT use—Interaction of new HIT with the social system affects HIT-in-use.*
4. *HIT-in-use changes social system—Interaction of new HIT with the social system affects HIT-in-use, which then further changes the social system.*
5. *HIT-social system interactions engender HIT redesign—Interaction of new HIT with the social system affects HIT-in-use, which then leads to changes in HIT properties.”*

(Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007)

Harrison et al. vil med denne model understrege vigtige forbindelser mellem ny IT, workflows, klinikere og organisationer, og de understreger den iterative natur af disse forbindelser og deres potentiale for at producere uventede konsekvenser.



Figur 14 – ISTA-modellen der illustrerer de 5 interaktionstyper - (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007)

Harrison et al. mener, at modellen kan bruges af designere, undersøgere og praktikere, og mener der kan foretages formative evalueringer vha. ISTA modellen, som kan hjælpe designere til at undgå uheldige implementeringer og patientskade, så man kan fremme sikkerhed, kvalitet og nytte for patienten.

I det næste afsnit vil vi uddybe vores forståelse af de fem interaktionstyper, og forsøge at placere vores empiri indenfor denne kontekst. Vi har valgt at placere både de uventede og ventede konsekvenser af implementeringen af den nye teknologi i modellen, idet vi vil antage et mere overordnet socio-teknisk perspektiv på empirien og ikke kun beskrive de negative og uventede konsekvenser af den nye teknologi.

Teoretisk analyseramme – Aktør-netværk-teori

Vi har valgt at supplere ISTA-modellens måde at strukturere analysen på, ved også at anvende en anden socio-teknisk tilgang – aktør-netværk-teori (ANT), som anskuer empirien fra aktørernes vinkel og dermed ikke på forhånd lægger sig fast på strukturer, så som organisationsstrukturer. Blandt andet Bruno Latour, der er uddannet inden for humanistiske felter som filosofi og antropologi, har siden starten af 1980'erne beskæftiget sig med denne position inden for STS. ANT er et opgør med, hvad Latour kalder det sociales sociologi repræsenteret ved Durkheim. Latour betegner sin egen retning for associationssociologi, hvor det sociale konstant skabes som nye forbindelser eller sammenføjninger (Latour 2005a).

Latour beskriver en tilgang til det sociale, hvor man skal følge aktørerne og deres handlinger og lade dem tale deres eget sprog for at opspore det sociale. I sin rendyrkede form kan denne tilgang synes "religiøs" at gå til og ikke særligt operationel.

Hvis vi skal illustrere ovennævnte med en metafor, ser vi Latours tilgang til ANT som den haut couture, vi kan se på podiet ved modedesignernes præsentationer af kollektionerne i Paris. Denne mode kan ikke direkte bruges af den lokale skrædder eller konfektionsindustrien. Den er for upraktisk og virkelighedsfjern og bliver dermed oversat til en mere anvendelig og fremkommelig udgave, som flere kan bruge. Vi fascineres af Latours "haut couture", men vil samtidig vende os mod "konfektionsindustrien" og har derfor valgt også at tage udgangspunkt i en mere pragmatisk tilgang, som beskrives af Olesen og Kroustrup, som har forsøgt at operationalisere ANT-positionen.

De centrale begreber i ANT gennemgås nedenfor med den terminologi, som Olesen og Kroustrup anvender, men suppleres med Latours beskrivelser af samme. Ifølge Latour betyder socius: "... 'en person, der følger en anden', 'en følgesvend', 'en associeret'" (Latour 2005a)(p. 132). Man skal således følge andre for at opspore det sociale. Latour siger endvidere, at "Hvis ikke det, der skal stykkes sammen, først åbnes, defragmenteres og inspiceres, kan det ikke bagefter sammenføjes igen." (Latour 2005b)(p. 290). Vi skal altså prøve at nedbryde virkeligheden i delelementerne for at forstå sammenhængene. Olesen og Kroustrup siger, at ANT drejer sig om, at der er "... tale om at identificere de entiteter, eller aktanter, der får en selvstændig rolle i at opretholde eller udvide et netværk." (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 63). Også her tales der om, at vi skal dykke ned i materialet og finde elementerne frem.

Vi mener, at vi med ANT kan analysere empirien på et større detailniveau end vha. ISTA-tilgangen, der som vi ser det, bevæger sig på et mere generelt niveau, hvorfor disse tilgange supplerer hinanden i deres anskuelse, men dog har det samme grundlæggende udgangspunkt i den socio-tekniske tankegang.

Begreber i Aktør-Netværk-Teori (ANT)

Aktører

Aktører kan både være mennesker og ikke-mennesker, og de har hver for sig en selvstændig rolle i at opretholde et netværk eller udvide et netværk. Man skal behandle alle aktører symmetrisk. Det betyder, at man skal behandle menneske og ikke-menneske-aktører ens. I Olesen og Kroustrups fremlæggelse betegner de aktør og aktant som synonyme og siger, at "'Aktant' skal forstås som funktioner eller opgaver, fortællingens personer kan have, en slags roller, de udfylder" (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 84).

"I ANT's tilgang undersøges både, hvem og hvad der spiller aktive roller i at vedligeholde eller udvikle netværk set som kæder af forbindelser" (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 85). Aktører skal altså være aktive for at være interessante at analysere. Aktive aktører beskrives af Latour som mediatorer: "Deres input kan aldrig bruges som pålidelig forudsigtelse om deres output; deres specificitet skal tages i betragtning i hvert enkelt tilfælde. Mediatorer transformerer, oversætter, forvrider og modificerer den betydning eller de elementer, som det er meningen, de skal transportere." (Latour 2005a)(p. 62). Det er disse handlingsinstanser, som gør, at man kan følge deres spor, som Latour siger, og som gør dem interessante at følge.

I vores projekt kan man f.eks. opfatte st-skærm, Infonet og brugerne, som aktører. St-skærm og Infonet er aktører i denne nye fase i anvendelsen, hvor brugerne ikke nødvendigvis får det output som de forventede på baggrund af deres input. Samtidig kan skærmen betyde ændringer i f.eks. samarbejds mønstre. Senere vil der ikke være tvivl om input og output, hvor denne aktør ikke er relevant at følge mere. Det bliver mere til en anden slags aktør, nemlig en formidler, som gennemgås senere i afsnittet.

"Aktører må bygge nogle "forbindelser" (associations), der holder længere og bedre end de mange konkrete interaktioner." (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 81), hvilket leder over til at se på netværk.

Netværk

Når man vil studere aktører og de netværk, som de indgår i, skal man som forsker *"... studere dannelsen af heterogene netværk, hvor aktører af enhver tænkelig art indgår i indbyrdes alliancer for at opnå nogle resultater, de kan tilslutte sig og have gavn af"*, siger Olesen og Kroustrup (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 72). Man skal således ikke gøre sig nogen forud definerede tanker om, hvordan verden ser ud, og videre: *"Netværk dannes gennem en vedvarende sammenvævning af menneskelige og ikke-menneskelige aktører i knuder og forbindelser"* (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 72). Man skal ikke forstå netværk som et fysisk netværk eller som en struktur. Dette formulerer Latour således: *"Netværket angiver altså ikke en ting et sted derude, der omtrentligt har form af indbyrdes forbundne punkter – lidt ligesom en telefon, et system af vejudfletninger eller et kloaksystem. Et netværk er ikke andet end en indikator for en teksts kvalitet i forhold til en given opgave. Netværket kvalificerer sin objektivitet, dvs. hver enkelt aktørs mulighed for at få andre aktører til at gøre uventede ting. En god tekst fremkalder et netværk af aktører, når den gør det muligt for forfatteren at opspore et sæt relationer, der defineres som lige så mange translationer."* (Latour 2005a)(p. 155-156). Netværk er aktørernes associationer, som kan *"... generere transformationer, der manifesterer sig i de mange uventede begivenheder..."* (Latour 2005a)(p. 131). Det er altså relationer, der påvirker aktørerne til at gøre noget andet end forventet.

I vores projekt kunne plejepersonale, læger, uddannelsessøgende, ledere, IT-arbejdspladser, Infonet, RD, patienter, DDKM, Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS), IT-afdelingen, lokale kvalitetsorganisation, regionale kvalitetsorganisation, nyansatte osv. være aktører og indgå i et eller flere netværk.

Inskriptionsapparater

Inskriptionsapparater omsætter materiel substans til figurer, tal, tekst, diagrammer og kan være alt lige fra simple apparater til institutter: *"De (red.: inskriptionsapparater) defineres som (sammensætninger af) apparater, der kan transformere en materiel substans til en figur eller et diagram, som forskere direkte kan gøre brug af, mens de sidder ved deres skriveborde og skriver artikler og rapporter til videnskabelige artikler"*. (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 68).

Inskriptionsapparaterne formidler forskningens resultater til noget håndgribeligt, mens det, der har ledt hen til resultatet, ikke er synligt for modtageren. Resultatet bliver således tilgængeligt i et netværk på en fremkommelig måde. Herefter vil det være inskriptioner, der diskuteres og sam-

menlignes og ikke den oprindelige substans egenskaber. En etnografisk tilgang til inskriptionsapparater gør det muligt for forskeren at finde ud af, ”... hvor og hvornår apparater medvirker til at producere forskellige typer af inskriptioner.” (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 69). Apparaterne kan således indgå i forskellige netværk og have forskellige roller i dette eller disse. Vi kan ikke finde, at Latour direkte taler om begrebet inskriptionsapparater i sin bog ”En ny sociologi for et nyt samfund”, men nævner skripter ”I den særlige forbindelse, objekterne indtræder til mennesker i, skifter de hurtigt fra at være mediatorer til at blive formidlere og tæller derefter for en eller ingen, lige meget hvor kompliceret deres indre nu end måtte være. Dette er grunden til, at man må opfinde specielle måder, hvorpå man kan få dem til at tale, dvs. fremkomme med beskrivelser af sig selv, dvs. fremstille skripter af, hvad det er, de får andre – mennesker eller ikke-mennesker – til at gøre.” (Latour 2005a) (p. 103)

I vores projekt forstår vi IKAS som et inskriptionsapparat, idet myndigheden leverer standarder, som er resultatet af et forudgående arbejde, hvor evidensbaseret viden er forsøgt udtrykt i en standard. Dette tilgrundliggende arbejde er ikke synligt for dem, der ikke har været med i processen med udarbejdelse af standarderne.

Translation

Et centralt begreb i ANT er translation, som betyder oversættelse, siger Olesen og Kroustrup. Her er der tale om, at man kan begynde med en ulighed i form af f.eks. forskellige interesser, men slutter af med en tilstræbt lighed. Derud over beskrives en translation som et passagedsted, som en aktør nødvendigvis må passere og dermed styrkes oversætterens interesser. Til sidst kan translation også forstås som det ”... at skabe entydighed og orden i verden” hvor Olesen og Kroustrup henviser til Latour (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 77). ”... de involverede aktørers identiteter, de mulige former for interaktion samt handlingsrammernes omfang bliver forhandlet og afgrænset.” (Olesen & Kroustrup 2007)(p.77). Her kan man tale om, at reglerne og banen bliver kridtet op. Translation omhandler endvidere, at der kan udpeges en talsmand for netværket, som udtaler sig på netværkets vegne. Denne talsmand kan blive så stærk, at han bliver et obligatorisk passagedsted, hvilket yderligere vil styrke hans position. ”Translation opfattes som enhver form for forhandling, intrige, manipulation, overtalelse, voldshandling etc., hvorigennem en aktør kommer til at fremstå som berettiget til at tale på vegne af en eller flere andre aktører, hvad enten de er mennesker eller ikke-mennesker.” (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 79). Om translation siger Latour, at det er ”... en forbindelse, der så at sige transporterer transformationer.” (Latour 2005a)(p. 133).

I vores projekt kan der finde en translation sted, hvis en gruppe brugere er enige om at forstå en instruks på samme måde. Selve det at omsætte en standard til en instruks er en translation, hvor en gruppe ansatte har formuleret instruks på baggrund af en fælles opnået forståelse af standarden. Afdelingssygeplejersken kan være et obligatorisk passagedsted, hvis personalet mener, at der mangler et RD, idet hun kan gå videre i organisationen og advokere for, at der skal oprettes eller ændres i et RD.

Black box

Med black box menes jf. Olesen og Kroustrup, at *"Hvad der på et tidligere tidspunkt har været centrum for forskningsaktiviteter, bliver i en senere forskning, med black boxen, gjort til et trivielt eller uproblematisk element. Den oprindelige kompleksitet er ikke længere relevant."* (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 82). Man behøver ikke længere tænke over black boxens indhold, men kun dens in- og output. Hvis black boxen går i stykker eller skal ændres, så skal denne åbnes og problemet skal evt. afhjælpes af specialister. Black boxen kan være *"tankebaner, vaner, kræfter og genstande"*. Latour omtaler black boxe som *"I mit vokabularium er en formidler det, der transporterer betydning eller kraft uden en transformation: Det er tilstrækkeligt at definere dens input for at definere dens output. Man kan, i alle praktiske henseender, forstå en formidler ikke blot som en black box, men som en black box, der tæller for én, også selv om den internt måtte være sat sammen af mange dele"*. (Latour 2005a)(p. 62). Latours begreb formidler er altså en aktør, der ikke transformerer noget. Der er således god overensstemmelse mellem Latours og Olesen og Kroustrups definition af black box.

I vores projekt kan Infonet være en black box, idet brugerne ikke nødvendigvis ved, hvordan Infonet teknisk fungerer, men kan koncentrere sig om at anvende softwaren. De behøver heller ikke tænke på, hvordan dokumenterne kommer ind i Infonet. Det tager andre sig af. Det er først, når der mangler dokumenter eller Infonet ikke virker, at brugerne vil bekymre sig om black boxen Infonet.

Generaliseret symmetri

Et kardinalpunkt i ANT er, at man skal behandle alle aktører og netværk symmetrisk. Med dette mener Olesen og Kroustrup at forskeren *"... ikke ændrer sprogbrug eller begreber, når hun skifter mellem at beskrive kontroverser på det sociale, det tekniske eller det naturlige område."* (Olesen & Kroustrup 2007)(p. 75). Man skal altså ikke forholde sig til de forskellige aktører og netværk med forskellige tilgange, begreber eller teorier. Om dette siger Latour: *"At være symmetrisk betyder for os ganske enkelt, at man ikke a priori nedfælder en eller anden falsk asymmetri mellem på den ene side en forsættelig menneskelig handling og på den anden side en materiel verden af kausale relationer. Det er spaltninger, man aldrig bør forsøge at komme over, bevæge sig hinsides, forsøge at bemestre dialektisk."* (Latour 2005a)(p.99).

Dette betyder for os, at vi skal anvende det samme syn på alle slags aktører og "behandle" dem ens i forhold til analyse og terminologi. Teknologien st-skærm og Infonet skal altså tilgås med samme perspektiv som f.eks. personalet.

Produktet af analysen med ANT

Produktet af en ANT-analyse vil være en tekst eller redegørelse for de identificerede aktører og de netværk, de indgår i. Igen vil et inskriptionsapparat blive inddraget, så redegørelsen og resultaterne kan formidles til interessenter. Dette skriver Olesen og Kroustrup ikke specifikt om, men Latour nævner det således: *"I vores definition af samfundsvidenskaben er en tekst således en prøve på, hvor mange aktører forfatteren er i stand til at forholde sig til som mediatorer, og for omfanget af,*

hvor tæt han eller hun kommer det sociale". (Latour 2005a)(p. 155), og videre: "Netværk er således et udtryk, der registrerer, hvor meget energi, bevægelse og specificitet vores egne rapporter er i stand til at indfange. Netværk er et begreb, ikke noget ude i verden. Det er et redskab, vi bruger til at beskrive noget – ikke det, der bliver beskrevet." (Latour 2005a)(p. 158).

I det følgende afsnit vil vi anvende ovenstående tilgange fra ISTA og ANT til at øge forståelsen af den indsamlede empiri.

Dataanalyse ud fra en interaktiv socio-teknisk analysemodel (ISTA)

I præsentationen af empirien har vi tildelt overskrifter for de forskellige holdninger og tilkendegivelser. Disse overskrifter har vi herunder indføjet i ISTA-modellen fordelt på de forskellige interaktionstyper. For hver interaktionstype har vi samlet overskrifterne i forskellige temaer. Vi analyser først data i forhold til interaktionstypen og præsenterer herefter overskrifterne i hver interaktionstype i et skema.

Interaktionstype 1

Der er med st-skærmen og Infonet indført ny teknologi i psykiatrisk afdeling. Denne nye IT-løsning (st-skærme og Infonet) kan ifølge den socio-tekniske tankegang og ISTA-modellen medføre ændringer i tidligere arbejds-, kommunikations- eller forbindelsesmønstre mellem klinikere (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007). Dette ser vi i empirien i forhold til:

- Nyt personale
- Faglighed
- Ny teknologi
- Afbrydelser

Det er især nyt personale, som skønnes at have brug for at kunne tilgå RD og dette understøttes på en positiv måde med den nye teknologi. De erfarne medarbejdere vil dermed kunne blive aflastet i forhold til afbrydelser. Kommunikationsmønstret kan dermed blive ændret, så "de nye" måske forventes at opsøge viden selv, før de spørger en ældre kollega. Introduktion af nyt personale vil ske ad hoc i forhold til ERD ved at benytte de konkrete, kliniske situationer til at introducere. ERD er ikke en del af det officielle introduktionsprogram. Det at introducere til afdelingens retningslinjer bliver dermed noget, der skal ske løbende i forhold til de konkrete situationer og det konkrete behov. Men vil det erfarne personale også få sig holdt ajour med gældende retningslinjer, eller vil det nye personale være de bedst opdaterede? Dette kan give en ny situation i forhold til magtstrukturerne i afdelingen. Hvordan vil det erfarne personale fastholde deres status i afdelingen som de alt-vidende og dermed dem som alle spørger? Lorenzi og Riley er refereret af Høstgaard og Nøhr, hvor det beskrives, at modstand mod forandring kan vokse ud af frygten for at miste professionel status (Høstgaard & Nøhr 2004). Alle informanter er enige om, at det at blive afbrudt samt at afbryde er et vilkår for sygeplejersker, men at det samtidig kan være meget stres-

sende og trættende. Så på den ene side kunne det være rart ikke at blive afbrudt så meget, men på den anden side taber man måske den magt, man har som den meget vidende – den man altid spørger. Dette kan ændre forbindelsesmønstrene mellem klinikere i afdelingen og dermed den eksisterende magtbalance.

De uddannelsessøgende bruger at opsøge viden selv. De kan ikke være med i alle situationer i plejen, men de nævner, at de så på egen hånd søger viden om den givne situation i Infonet. De tager dermed hånd om egen uddannelse og er proaktive i forhold til denne. Vejlederne "skånes" dermed for afbrydelser, men igen kan de måske opleve det som at miste status, at de uddannelsessøgende vender sig andre steder hen for at få svar på deres spørgsmål.

Man kan stille spørgsmålstegn ved, om det er det nye personale, der har mest brug for at tilgå ERD. Det er det måske umiddelbart, men hvis ikke det erfarne personale følger med i udviklingen i afdelingen, så har afdelingen et problem med sin faglighed. Informanterne giver udtryk for, at personalet skal følge med i ny viden. Tidligere blev ændrede retningslinjer bekendtgjort via afdelingssygeplejerskerne. Dette sker ikke længere. Via Infonet kan den enkelte bruger selv se, hvilke nye retningslinjer er kommet til og hvilke er ændrede. Dette sker via en versionsliste, hvor opdateringerne står i kronologisk orden. Denne funktionalitet er der ingen af informanterne, der efter spørger. Personalet bliver nu selv ansvarlig for at opsøge ny og opdateret viden, hvor de før fik den serveret. Der bliver lagt noget ansvar over på medarbejderne, som ledelsen før tog sig af, og kommunikations- og forbindelsesmønstrene ændres mellem medarbejdere og ledere.

At der arbejdes efter opdateret viden, vil være med til at sikre kvaliteten i patientbehandlingen. Samtidig er der enighed blandt informanterne om, at der allerede inden indførelsen af ERD er høj faglig kvalitet i det udførte arbejde. Kvalitet nævnes af én af informanterne som betydende for afdelingens omdømme og fremtid. Personalet selv ønsker høj kvalitet, men også afdelingens eksistensberettigelse afhænger af den ydede kvalitet. Ud over den faglige stolthed, som presser den enkelte medarbejder, så er der også et pres fra omverdenen, som via akkreditering osv. holder øje med afdelingens udførelse af patientbehandlingen. Det er dermed ikke kun interne kræfter, der driver "Projekt Storskærm", men det kan samtidig være et led i en højere sammenhæng, om det overhovedet at kunne få lov til at fortsætte som afdeling. Dette ses også i forbindelse med Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, hvor "*Specialeplanlægning drejer sig om planlægning af sundhedsvæsenet og herunder opgavefordelingen mellem forskellige sygehustyper og sygehusniveauer*" (Sundhedsstyrelsen 2500). Afdelingernes fremtid afhænger således af centrale beslutninger om, hvordan opgaverne i sundhedsvæsenet skal fordeles. Her kan kvalitet være en faktor i vurderingen.

Informanterne giver udtryk for, at st-skærmene tilbyder let adgang til ERD. Dette kan for personalet betyde, at den faglige sikkerhed øges og dermed gøre den enkelte mere sikker i sin udførelse af jobbet. Den lette adgang betyder igen, at kolleger måske forventer, at spørgeren har konsulteret Infonet, inden der spørges. Dette vil ændre samarbejdet og kommunikationen i afdelingen. Der er forskel på de situationer, hvor personalet får brug for at søge sparring med kollega eller ERD. Akutte situationer vil ikke kunne håndteres ved hjælp af Infonet. Det uforudsete, komplekse og ad hoc-prægede arbejde er netop karakteristisk for komplekse organisationer, som sundheds-

væsnet er, og én af udfordringerne for IT-anvendelsen, som Marc Berg beskriver (Berg 1999). Netop det akutte gør, at man har brug for hjælp her og nu, og da vil mere erfarne kolleger være den korteste og/eller eneste vej til hjælp i psykiatrisk praksis. Der kan heller ikke tilgås IT-arbejdspladser andre steder end på kontoret, hvorfor man altid vil skulle befinde sig dér, for at bruge Infonet.

Informanterne nævner, at man skal vænne sig til den nye teknologi. Det skulle brugerne også, da de gik fra papirjournal til elektronisk patientjournal. Der er ikke noget at være bange for, siger informanterne, men man skal øve sig og selv give sig tid til dette. Det bliver personalet, der skal tage sig tiden til det og ikke ledelsen, der eksplicit prioriterer dette valg. Personalet må selv tage ansvaret for egen læring, hvilket også flere informanter siger. Men hvem skal hjælpe den enkelte bruger med at finde tid til det i hverdagen? Dette kan ses som en ændring i arbejdsmønstre.

Informanterne er enige om, at st-skærmene faciliterer den faglige sparring og de interkollegiale faglige diskussioner. Man bliver som personale stimuleret af at se kolleger stå og søge efter viden, og flere oplever, at kolleger kommer til og tager del i denne handling. Dette er en ny måde at arbejde sammen på og fornyr personalets måde at kommunikere med hinanden på. Ingen føler, at de udstiller deres uvidenhed ved at stå og søge efter viden. Tværtimod opfattes det som et positivt signal at stå foran st-skærmen og dermed vise, at man følger med og måske endda er proaktiv i sin udførelse af arbejdet. Men taber man så nogle IT-svage brugere, som ikke har lyst til dette. De vil kunne være lige så viden-søgende, men ser måske IT som en hindring for dette? Flere informanter nævner også, at de ikke er så stærke i anvendelsen af IT, men her er der hjælp at hente ved kolleger. Kolleger virker i det hele taget til at være en stor støtte i hverdagen og så anvender afdelingen også EPJ, så helt IT-uvante er personalet ikke.

Kollegernes store støtte til hinanden i hverdagen vil uvægerligt resultere i afbrydelser og synes at være en accepteret betingelse for at kunne fungere som sygeplejerske. Informanterne vil på den ene side gerne undgå afbrydelser og dermed evt. utilsigtede hændelser, men på den anden side er afbrydelser et vilkår. Det nævnes, at afbrydelser kan være mest udtalt i dagvagten. Om st-skærmen kan afhjælpe og ændre afbrydelsesmønstret, mener informanterne, er tvivlsomt.

I figur 15 herunder opsummeres overskrifterne for de empiriske fund.

Interaktionstype	Vores fund
<p>Type 1: New HIT changes existing social system</p> <p>Denne type fanger processer hvor it ændrer tidligere arbejds-, kommunikations-, eller forbindelsesmønstre mellem</p>	<p>Nyt personale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyansatte har god hjælp af retningslinjer • Introduktionen af nyansat personale til st-skærm og Infonet sker ad hoc <p>Faglighed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skriftlige retningslinjer øger personalets faglige sikker-

<p>klirikere</p>	<p>hed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalet skal følge med i ny viden • Kvaliteten af plejen og behandlingen har betydning for afdelingens omdømme og fremtid • St-skærmen stimulerer faglig nysgerrighed og dialog • Ved akut behov for viden spørges mere erfarne kollega til råds • Det er et positivt signal at stå foran st-skærmen og søge efter viden <p>Ny teknologi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny teknologi kræver øvelse • Informanterne har begrænset kendskab til kvalitetsorganisationen og hvordan et dokument bliver til <p>Afbrydelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afløsere og nye medarbejdere afbryder mere end det faste og erfarne personale, og afbrydelser trætter og stresser • At arbejde som sygeplejerske har altid været forbundet med afbrydelser, og afbrydelser accepteres og opleves som uundgåelige • Afbrydelser øger risikoen for en utilsigtet hændelse • Afbrydelser er værst i dagvagt • Nogle afbrydelser kan forebygges – st-skærmen opleves ikke som en væsentlig faktor til dette
------------------	--

Figur 15 – de empiriske fund til ISTA-modellens interaktionstype 1

Interaktionstype 2

Interaktionstype 2 omhandler utilsigtede følger ved indførelse af nyt IT i sundhedsvæsenet, når det nye passer dårligt sammen med de eksisterende fysiske og tekniske infrastrukturer, hvilket er en ofte oplevet konsekvens. Disse kan ifølge Harrison et al. føre til dårlige beslutninger, forsinkelser, tab af data, fejl og unødvendig aftenstning. Derudover nævnes, at fastholdelse af papir-teknologien kan være yderligere en konsekvens af dårligt match mellem den nye IT samt de eksisterende fysi-

ske og tekniske infrastrukturer. Dårlig sammenhæng mellem HIT og de fysiske rammer vil kunne føre til workarounds, som vil påvirke sikkerheden, kvaliteten eller effektiviteten. (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007).

Vi har her valgt at placere de temaer, som omhandler selve teknikken – skærme og software, indretning af kontorerne og ERD, som tilgås fra st-skærmen.

- St-skærme
- Infonet
- Indretning af kontorer
- Kvaliteten af dokumenter

St-skærmene er hængt op på væggen med faste beslag, så de ikke kan indstilles til den enkelte bruger. Dette er der ingen informanter, der nævner som et problem, men flere informanter nævner, at skærmens touch-funktion kan drille, trods flere forsøg på kalibrering af disse, hvorfor flere informanter vælger at anvende fysisk tastatur og mus. Dette kan opfattes som en workaround, idet skærmene har touch-funktion med virtuelt tastatur. De fysiske artefakter (tastatur og mus) er ikke placeret ergonomisk optimalt, og det påvirker brugerne negativt i anvendelsen af ERD, hvorved sikkerheden og effektiviteten kan nedsættes. Hvis både kalibreringen og den fysiske indretning med mus og tastatur er dårlig, kan dette resultere i en reduceret anvendelse af st-skærmen og dermed ERD. Problemer med touch-funktionen oplevedes ikke i iHospital, Regionshospitalet, Horsens, jf. vores forstudie.

Skærmens størrelse giver anledning til kommentarer fra flere informanter, idet de mener, at den er for stor at stå og læse ved. Man får ondt i øjnene, og det kan føles, som at være tilskuer til en tenniskamp, hvor ikke blot øjne, men hele hovedet skal bevæge sig for at kunne læse på skærmen. På den anden side gør skærmens størrelse netop, at der kan stå flere personaler omkring skærmen og alle kan stadig læse med, hvilket har været én af de fordele, som afdelingen har ventet sig meget af – den interkollegiale diskussion. Det er et dilemma, som ingen informanter har en løsning på.

I forbindelse med at anvende st-skærmene er det nødvendigt at stå op. Dette opleves af informanterne som en positiv gevinst, idet flere udtrykker, at de sidder nok ned og arbejder i dagligdagen. Den skiftende arbejdsstilling vejer således på positivsiden og tilgodeser dermed personalets arbejdsmiljø.

Det, at der hænger dedikerede st-skærme til anvendelsen af Infonet, opleves også som positivt. Det er med til at rette fokus på anvendelsen af ERD, fordi de hænger så synligt og dermed gør opmærksom på sig selv og minder personalet om, at retningslinjerne er blevet elektroniske. Tilgængeligheden af ERD øges med st-skærmene, idet dokumenterne er hurtige og lette at komme til. Dette kan få positive konsekvenser for kvaliteten af patientbehandlingen. Der er dog også in-

formanter, der udtrykker den holdning, at st-skærmene da ikke generer dem. Så de er nærmest ligeglade med dem.

Infonet, som håndterer ERD og stiller disse til rådighed for brugerne, giver ikke umiddelbart anledning til mange kommentarer fra informanterne. Det omtales som nemt og hurtigt at anvende. Der nævnes dog eksempler på, at brugere ikke har kunnet finde ønskede dokumenter, hvilket var fordi, de ikke havde tilgået den korrekte institution (Vejle) i Infonet, men i stedet var kommet ind på Esbjergs domæne. Der ud over havde nogle informanter svært ved at bruge søgefunktionaliteten, som ikke altid tilbød de forventede resultater af søgningen. I stedet tilbyder flowdiagrammet informanterne et bedre overblik over ERD, idet det hurtigt tilbyder de klinisk mest anvendte ERD på en let tilgængelig måde.

De 2 afsnit har valgt at indrette de 2 ens kontorer forskelligt. St-skærmen er på det åbne afsnit ophængt på sidevæggen, så patienterne ikke kan læse med fra gangarealet, når der findes ERD frem. Endvidere udtrykkes det også, at patienterne på det åbne afsnit godt kan kommentere, at personalet opholder sig meget på kontoret og at der er meget computerværk derinde. Den nye st-skærm ville blot bidrage til disse kommentarer. Det er vigtigt for personalet, at patienterne ikke oplever, at personalet altid sidder med næsen i skærmen. Med placeringen på sidevæggen kan man samtidig have en fornemmelse af, hvad der sker på gangen. Samtidig med, at hensynet til patienterne er tilgodeset, så gives der udtryk for, at det kan være svært at stå flere omkring st-skærmen, idet den hænger midt på sidevæggen, hvor gangarealet er smalt på grund af skriveborde. Dette gør, at det kan være svært af passere hinanden, hvis der står nogle og arbejder ved st-skærmen. Hvis der skal være flere med i drøftelserne, kan det være, at nogle skal stå helt ovre ved vinduerne for at kunne være med. Så på den ene side er patienternes tarv tænkt ind, mens personalets arbejdsvilkår måske ikke er helt optimale med den valgte placering, idet placeringen kan påvirke personalets lyst til sparring foran st-skærmen i negativ retning.

På det skærmede afsnit hænger st-skærmen på endevæggen. Forud for ophængningen af st-skærmen gik en oprydning på kontorerne og i mapperne samt ommøblering af kontoret, som personalet udtrykker tilfredshed med. Der gives ligeledes udtryk for, at det er en god placering, hvor der uden problemer kan stå flere deltage i dialog, og det er en positiv konsekvens af den nye teknologiske placering. Som en ulempe nævnes, at man kommer til at stå med ryggen til døren og dermed ikke umiddelbart kan følge med i, hvem der kommer og går. På det skærmede afsnit gives der udtryk for, at det ikke gør noget, at patienterne evt. kan læse med på st-skærmen. Der står ikke noget, som de ikke må vide, er holdningen her. Der er således forskel på holdningen til patienterne og deres evt. inddragelse på de 2 afsnit og dette har afspejlet sig i den måde som kontorerne er indrettet på. Det kunne se ud som om, at der inden for samme afdeling er forskel på kulturen i de 2 sengeafsnit. Vi kan se, at informanterne på begge afsnit støtter afsnittes projektdeltageres beslutning om placeringen af st-skærmene. Forskellen i placeringen af st-skærme kan ikke forklares med patienternes sygdomstilstand, hvorfor vi mener, at forklaringen måske kan findes i et sæt af forskellige normer på de 2 afsnit. Jacobsen og Thorsvik skriver i forbindelse med organisationskultur, at normer ifølge Schein betyder "*Normer angiver, hvad der er passende adfærd for*

forskellige personer i forskellige situationer” og kan dermed sætte principper, retningslinjer og begrænsninger for adfærden (Jacobsen & Thorsvik 2002)(p. 132).

Informanterne giver udtryk for, at det godt kunne lade sig gøre at introducere nyt personale til RD i afdelingen foran st-skærmen. Den forskellige placering af st-skærmene vil give forskellige muligheder for dette. På det afsnit, hvor st-skærmen er placeret på sidevæggen, vil det kunne virke forstyrrende for de andre på kontoret.

St-skærm og Infonet medierer kun anvendelse af ERD, mens selve indholdet af ERD er noget andet. Kvaliteten af det enkelte RD er der stor tilfredshed med. Det er rart, at dokumenterne er bygget ens op på baggrund af en skabelon, så man ikke skal læse fra Adam og Eva hver gang. De er let læste og let forståelige og omtales positivt som en slags opskrift at gå til. Hvis det modsatte havde været tilfældet, ville anvendelsen af st-skærm og Infonet blive påvirket i negativ retning. Nu får kvaliteten af det enkelte dokument en positiv betydning for brugen af den nye teknologi.

Ingen informanter stiller spørgsmålstejn ved, at de kun kan tilgå Infonet på kontorerne. Der findes ikke IT-arbejdspladser andre steder i afsnittene end i kontorfaciliteterne. Dette kan også påvirke anvendelsen af Infonet og ERD. Bardram et al. beskriver, at der er forskel på det arbejde, der foregår på et kontor og på en sygehusafdeling. På en sygehusafdeling arbejder klinikerne som en nomade og IT skal kunne understøtte denne måde at arbejde på. IT er traditionelt udviklet med baggrund i kontortankegangen. (Bardram, Baldus, & Favela 2007)

I figur 16 herunder opsummeres overskrifterne for de empiriske fund.

Interaktionstype	Vores fund
<p>Type 2: Technical and physical infrastructures mediate HIT use</p> <p>Dårlig tilpasning mellem ny sundheds-IT og eksisterende teknisk og fysisk infrastruktur er en almindelig kilde til utilsigtede konsekvenser</p>	<p>St-skærme</p> <ul style="list-style-type: none"> • St-skærmen øger tilgængeligheden af RD • Touchfunktionen driller • Informanterne anvender fysisk tastatur og mus • St-skærmen kan opleves for stor at stå og læse ved • Det er godt at stå op og arbejde ved st-skærmen <p>Infonet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infonet er umiddelbart hurtigt og let at anvende <p>Indretning af kontorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placering af st-skærme på kontorerne er forskellig, men overvejende god

	<ul style="list-style-type: none"> • Introduktion kan sagtens foregå ved st-skærmen, men på kontoret vil det kunne virke forstyrrende for det øvrige personale <p>Kvaliteten af dokumenter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentkvaliteten opleves som tilfredsstillende
--	---

Figur 16 – de empiriske fund til ISTA-modellens interaktionstype 2

Interaktionstype 3

Den tredje interaktionstype handler om, at det sociale system medierer brugen af IT-systemet, forstået på den måde, at der kontinuerligt sker en genfortolkning og en genforhandling af det nye IT-system, så den faktiske brug af teknologien bliver forskellig fra det oprindeligt designede (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007).

Dette ser vi i empirien i forhold til

- Ikke papirløst
- Vagtlag

Det ser ud til, at der er en forskel på, hvordan man i de forskellige vagtlag bruger Infonet og st-skærmen. Informanterne udtrykker, at systemet bruges mest om dagen. Da de handlinger, der skal foretages, ikke forandres døgnet igennem, kan det handle om, at det sociale system, forstået som kulturen i de tre vagtlag, er forskellig, og påvirker brugen af systemet forskelligt. Dette fund bekræfter den forventning flere af "Projekt Storskærms"-deltagere gav udtryk for inden projektets start, nemlig at implementeringen i aftenvagten kunne vise sig at blive vanskelig (se bilag 3). Og det bekræftes under interviewet af informanter, der forklarer forskellen med traditioner og fastlåsthed i aftenvagten. Der er også en erfaren medarbejder i aftenvagten, der udtrykker, at hun ikke føler behov for systemet, men samtidig siger, at der nok kunne være noget at hente derinde. Ingen af informanterne taler om, hvordan de følger med i nye RD. D4 Enterprise Solutions siger om deres system, at det kan advisere om: "*... nye dokumenter og rettelser af systemet, tilpasset efter deres (red.: medarbejderne) jobfunktion og med mulighed for aktiv modtagekontrol*" (D4 Enterprise Solutions 2500). Da der ligger over tusind RD i Infonet, og der kommer nye til hver uge, må alle have brug for løbende at opdatere sig og følge med i den nye viden. Holdningen i vagtlagene er forskellig i forhold til at ajourføre sig, hvilket medierer brugen af teknologien, som bliver forskellig over døgnet.

Som nævnt på side 16 siger D4 Enterprise Solutions om deres system, at det "*... skaber mulighed for, at megen viden om virksomheden kan forankres ét sted og blive tilgængelig for den enkelte medarbejder, når behovet opstår.*" (D4 Enterprise Solutions 2500). Hensigten er altså at samle alt på ét sted. Det ser dog ud til, at papirudgaver ikke er helt afskaffede endnu. Det nævnes fx, at der fortsat eksisterer en arbejdsgang, hvor en vikar får en beskrivelse på papir, af de opgaver hun skal varetage, selv om dokumentet ligger tilgængeligt på Infonet. Arbejdsgange som denne, hvor man

har et dobbelt-bogholderi, strider altså mod designerens formål med systemet, men den sociale kontekst medierer en anden anvendelse – eller nærmere: ingen anvendelse af systemet.

Vi har ikke fået kendskab til udsagn, der direkte viser en anden anvendelse af systemet end den til formålet designede. Afdelingen har besluttet at anvende fælles login, hvorfor det ikke er muligt at udnytte Infonets funktionalitet til aktiv modtagekontrol. Dette kan ses som en genforhandling, hvor teknologien anvendes forskelligt fra det oprindeligt designede. Med beslutningen om fælles login undgår man nogle af de problemer, som Bardram et al. beskriver, der opstår pga. kombinationen af nomadisk arbejde i hospitalsvæsnet og brugen af personligt login (Bardram, Baldus, & Favela 2007). Konventionel brugerautentifikation understøtter ikke det faktum, at klinisk arbejde ofte er teamwork.

I figur 17 herunder opsummeres overskrifterne for de empiriske fund.

Interaktionstype	Vores fund
<p>Type 3: Social system medieres HIT use</p> <p>Genfortolkninger og forhandlinger om ny it leder ofte til forskellig brug og praksis ift. det designeren oprindeligt havde tænkt</p>	<p>Ikke papirløst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der findes stadig retningslinjer på papir <p>Vagtlag</p> <ul style="list-style-type: none"> • St-skærmen bruges mest om dagen • Informanterne vurderer, at kollegerne er både positive og skeptiske i forhold til ERD

Figur 17 de empiriske fund til ISTA-modellens interaktionstype 3

Interaktionstype 4

Hvor den tredje interaktionstype påpegede, at det sociale system medierer brugen af IT-systemet, handler den fjerde interaktion om, at selve brugen af systemet også fører til forandringer i det sociale system. Harrison et al. giver eksempler fra litteraturen hvor brugen af teknologien har medført forandringer i magtstrukturen, en overafhængighed af teknologien og forandringer af kommunikationsmønstret (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007).

Dette ser vi i empirien i forhold til:

- Kvalitet
- Savner papir
- Kun plejepersonale bruger st-skærm

Når der tidligere var behov for at nedskrive en retningslinje eller instruks, var det en lokal sag, forstået på den måde, at det kunne holdes indenfor plejegruppens egne vægge. Nu er der kommet indtil flere nye aktører på banen, herunder det Lokale Kvalitetsudvalg, Kvalitetsenheden og Psykiatriens Kvalitetsråd, jf. Figur 1, som alle er med til at fjerne noget af den selvforvaltning, der hidtil har været i afdelingen vedr. oprettelse af nye RD. Der er en vis usikkerhed blandt informanterne om, hvordan et dokument bliver til, flere muligheder nævnes for at sætte en sådan proces i gang: kvalitetsmedarbejderen i afsnittet, deltagere i ”Projekt Storskærm”, afdelingssygeplejersken og EPJ-koordinatoren. Opfattelsen af Kvalitetsorganisationen er diffus, ligesom informanterne udtrykker forskellige holdninger til, hvorvidt de føler ansvar for at gøre opmærksom på manglende retningslinjer. Den magt kvalitetsorganisationen får, medfører en mere formel og bureaukratisk arbejdsgang i forhold til udarbejdelsen af RD. Det kan måske risikere at fjerne oplevelsen af ansvar fra den enkelte, da en reduceret indflydelse på tilvejebringelsen af RD må formodes at kunne medføre tilsvarende reduktion i ansvarsfølelse for samme proces.

DDKM er endnu en ny indflydelsesrig aktør i organisationen, der kommer indirekte til udtryk gennem ERD. Der udtrykkes generelt enighed om, at RD er et gode og en nødvendighed for patientbehandlingen, men samtidig udtrykkes også bekymring for den nye aktør. Der tales om, at der dokumenteres for dokumentationens skyld, for at undgå at fremstå med dårlige resultater ifm. kvalitets- og service-målinger, og der gives udtryk for stigende krav til dokumentation, og at kravene måske mere er tilpasset dem, der skal vurdere afdelingen end afdelingens klinik. Dermed bliver ERD og Kvalitetsorganisationen, samt de mennesker, der skal udføre audit, aktører med en aktiv indflydelse på klinikernes adfærd, og dermed en ændret magtstruktur i afdelingen. Selv om der er en forventning om, at kvaliteten af patientbehandlingen øges med ERD, lægges der vægt på, at handlinger i praksis ofte justeres ind efter andet end ERD, der justeres altså på procedurerne i den konkrete situation, fordi det er mennesker, det handler om, og her kan retningslinjer ikke altid passe til alle, argumenteres der. Der gives også udtryk for, at jo mere syg patienten er, jo sværere kan det være at følge RD. Jo mere syg patienten er jo mere får arbejdet karakter af akut, komplekst og ad hoc arbejde, og jo mindre kan standardiserede retningslinjer understøtte arbejdet. Dette udtrykkes af Marc Berg på følgende måde:

”The work of doctors and nurses, on the other hand, happens to be the organizational sociologists’ prototypical example of the work of a professional that is too complex and variable to be standardized in this way. On the medical workfloor, the coordination of their work is achieved, first of all, through constant supervision and communication.” (Berg 2004b)(p. 47). Supervision og kommunikation er måske netop nogle af de faktorer, sygeplejehandlingerne justeres ind efter i den konkrete situation, hvor Berg videre siger: *”A core feature of this work is that it is a social, collective process.”* (Berg 2004b)(p. 50), og han stiller spørgsmålet *”... whether the professional work of doctors and nurses can be standardized without hampering the very quality of that work.”* (Berg 2004b)(p. 61).

En informant udtrykker den holdning, at RD opfattes som vejledende og ikke obligatoriske, fordi hun vil højne kvaliteten af gældende praksis efter egen overbevisning. Denne praksis kan nu påvirkes af, at der med st-skærmen er let tilgængelige ERD og kollegers viden på området kan der-

med være opdateret, og kollegerne kan gøre informanten opmærksom på, at det ikke er gældende praksis i afdelingen. Dette kan påvirke informantens selvforståelse og dermed en påvirkning af det sociale system, som teknologien dermed forandrer.

Tidligere havde de erfarne sygeplejersker en vis status i afdelingen qua den viden, de havde oparbejdet gennem årene. De blev brugt som opslagsværk for nyansatte og uddannelsessøgende, som efterspurgte deres kompetencer, og lurede deres kropsbundne viden af ved at følge dem i afdelingen. Hvis personalet fremover vil frekventere Infonet som vidensbase, vil denne brug af teknologien kunne tænkes at forskyde en magtstruktur i afdelingen, så de erfarne og kompetente sygeplejersker ikke vil blive brugt på samme måde som hidtil og måske miste magt og indflydelse i det sociale system. Som det blev udtrykt af en psykolog i afdelingen i forbindelse med "Projekt Storskærms" opstart: *"Hvad sker der med den anerkendelse, der foregår mellem to mennesker, der ser hinanden i øjnene, mens de deler viden. Hvad sker der, når vi går glip af den, fordi det er en skærm vi ser på i stedet"*.

I en kognitiv analyse af lægers og sygeplejerskers samarbejde i forbindelse med medicineringsprocessen identificeres der forskellige afgørende forhold i sygeplejerskernes muligheder for at administrere medicinen (Beuscart-Zéphir et al. 2007). Der peges på, at den sygeplejerske, der arbejder i en organisation karakteriseret ved primært asynkron kommunikation, lider under manglen på viden fra selve den kontekst, hvor medicineringen besluttet. Det at mangle viden fra beslutningsprocessens kontekst kommer til at betyde, at sygeplejersken ikke kan bruge den mentale model der kaldes "contextual knowledge" i sin administration af medicinen, men må forlade sig på andre modeller, som "tasks mental models" (f.eks. standardløsning af en opgave) eller "mental models of self and of others" (kunne f.eks. være en persons egne eller kollegas kompetencer og strategier). I vores undersøgelsesfelt kan personalet opleve en stigende grad af asynkron kommunikation, hvor den enkelte selv søger sin viden i stedet for at spørge en kollega. Dialog foran st-skærmen ser vi som en måde at understøtte den synkron kommunikation, der giver den enkelte medarbejder større mulighed for at udforske og kontekstualisere den baggrund, hvorpå RD er udarbejdet.

"Ikke at have papir i hænderne, det er jo ganske forfærdeligt" siger en informant. Flere informanter oplever, at det er en omvæltning ikke at have papir ved hånden, at de ofte mangler det inde hos patienten. Personalet kan føle egen faglighed og autoritet i forhold til patienten reduceret, hvis de ikke har styr på, hvad de eksempelvis skal observere i en konkret situation. Derudover kan det sociale system påvirkes, hvis personalet bliver mere usikre, fordi de mangler deres håndgribelige huskeseddel. Det kognitive load kan være stort, hvis personalet skal huske på diverse tjeklister fra st-skærmen og ind til patienten. Dette load kompenseres der så for ved at printe observationskemaer og tjeklister og bringe disse med til patienten.

At st-skærmene ikke anvendes af andre faggrupper kan tilskrives flere grunde. Alle læger og tværfaglige behandlere kan tilgå Infonet fra egen pc, så det, at de ikke bruger st-skærmen i afdelingen, behøver ikke at betyde, at de ikke bruger Infonet. Dog er der eksempler fra observationsstudiet, der viser, at lægerne ikke er fortrolige med Infonet, men vælger at søge efter en mappe i stedet. Hvis ikke alle faggrupper anvender Infonet, kan det medføre en forandring i kommunikations-

mønstret og magtstrukturerne, idet der så kan blive en forskel i vidensniveauet i afdelingen, og det kan vi forudse vil afstedkomme flere afbrydelser.

Ingen informanter har problematiseret, hvad manglende adgang til Infonet, f.eks. i forbindelse med nedbrud på netværket, vil betyde for det kliniske arbejde. Hvis systemet bryder ned, kan det vise sig, at der er opstået en afhængighed af teknologien, som man ikke var opmærksom på inden.

I figur 18 herunder opsummeres overskrifterne for de empiriske fund.

Interaktionstype	Vores fund
<p>Type 4: HIT-in-use changes social system</p> <p>Den anvendte IT fører til ændringer i det sociale system</p> <p>Herunder magtstrukturer</p>	<p>Kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientbehandling kan være svær at standardisere • RD sikrer at patienterne får ensartet behandling • Overvejende forventning om at kvaliteten af patientplejen øges med ERD <p>Savner papir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savner at have et stykke papir i hånden <p>Kun plejepersonale bruger st-skærm</p> <ul style="list-style-type: none"> • St-skærmen anvendes ikke af andre faggrupper end plejegruppen

Figur 18 - de empiriske fund til ISTA-modellens interaktionstype 4

Interaktionstype 5

Den sidste interaktionstype 5 omhandler brugernes reaktioner på det nye IT-system, så dette kan resultere i ændringer i IT-systemets funktionalitet (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007). Vi foretager vores undersøgelse efter et kvartals brug af systemet og efter den forholdsvis korte anvendelsesperiode, har der ikke været indført systemændringer endnu. Ingen informanter ytrer ønsker om systemændringer under interviewet (figur 19). Dog er nogle informanter stødt på uforklarlige problemer med søgefunktionen, hvor de ikke fundet det ønskede dokument. Efter interviewrunden erfares det, at der ikke kan søges i pdf-filer, som nogle af dokumenterne er lagt ind som. Dette er ved at blive ændret.

Interaktionstype	Vores fund
<p>Type 5: HIT-social system interactions engender HIT rede-</p>	<p>Der er på undersøgelsestidspunktet ingen ændringer til systemet.</p>

<p>sign</p> <p>Ledelser og it-designere kan blive tvunget til at ændre på dele af IT-funktionaliteten</p>	
--	--

Figur 19 - de empiriske fund til ISTA-modellens interaktionstype 5

Fund der ikke kan placeres i ISTA-modellen

- DDKM er bureaukratisk og giver ikke nødvendigvis klinisk værdi
- Informanterne har et begrænset kendskab til DDKM

Ud over de 2 kvalitetsmedarbejdere, har informanterne generelt ikke meget kendskab til DDKM. En informant med nøglefunktion som kvalitetsmedarbejder mener, at DDKM giver mulighed for et fagligt løft samt en stærkere argumentation for ressourcetildeling for at opnå den kvalitet, som DDKM fordrer. Den anden kvalitetsmedarbejder er optaget af DDKM's anden side nemlig akkrediteringen. Hun mener, at man som afdeling kan risikere at få en dårligere karakter i akkrediteringen, end afdelingen faktisk fortjener. Holdningen til DDKM vil givetvis påvirke anvendelsen af teknologien i positiv eller negativ retning, alt efter hvordan man forholder sig til det værdigrundlag, DDKM repræsenterer.

Ovenstående fund har vi ikke umiddelbart kunnet placere i modellens fem interaktionstyper. DDKM præsenterer omverdenens administrative og politiske krav til sundhedspersonale, og manifesteres gennem teknologien Infonet og st-skærme og påvirker således indirekte personalet. Vi kunne tilsvarende forestille os andre omverdensforhold, der indirekte kunne influere på personalet gennem teknologien, hvilke man heller ikke ville kunne placere i ISTA-modellen. Modellen kunne med fordel tilføjes en 6. interaktionstype, som tager højde for omverdenens indflydelse på anvendelsen af IT-systemer. Vi vender tilbage til dette i diskussionsafsnittet.

Dataanalyse ud fra en aktør-netværk-position (ANT)

Idet vi vælger at tage udgangspunkt i problemformuleringens områder har vi afgrænset os til at se på de områder, som vi initialt ville undersøge. Dette kan stride mod ANT-tankegangen, idet den plæderer for, at vi skal følge aktørerne i deres netværk. Vi lod ISTA-modellen strukturere analysen af empirien i første omgang, og nu vil vi lade problemformuleringen være ramme for at se på empirien fra en ANT position. Vi er bevidste om, at vi forbyrder os mod den grundlæggende tanke i ANT, når vi på forhånd vælger en ramme for at kunne håndtere vores empiri i en ANT-tilgang.

Oplæring af nyt personale set fra en ANT-position

I baggrundsanalysen redegjorde vi for, at der er et stort personaleflow pga. jobshopping og private vikarbureauers fremgang. Dette medfører øget ressourcetræk i forhold til introduktion og op-

læring af nyt personale. Samtidig med det stigende personaleflow sker der også en udvikling i forhold til, hvor meget den enkelte medarbejder skal oplæres og introduceres til.

Vi kan vælge at betragte den teknologi, der er implementeret for at lette oplæring og introduktion af nyt personale – st-skærm og Infonet – som en black box med hele det netværk af aktører (IT-organisation, lokale og regionale kvalitetsorganisation, DDKM, afdelingsledelse osv.), som sørger for, at denne fungerer og stiller de relevante RD til rådighed for personalet. I dette netværk, hvor fokus er på nyansatte, kan teknologien forstås som en black box. Black box-anskuelsen vælges i dette netværk af nyansatte mhp. at betragte det nye personale i en oplærings- og introduktionssituation, uden at den komplekse teknologi, som black boxen er, skal løbe med al opmærksomheden. Det nye personale skal kunne betragte det som en teknologi, man går hen til, uden at skulle bekymre sig over, hvordan denne opdateres og vedligeholdes. Jf. ANT er det netop black boxens force at gøre det komplicerede enkelt, så når man kender inputtet vil man også som aktør have en begrundet forventning om outputtet – søger man efter oplysninger om abstinensbehandling, så får man også svar på dette. Black boxen er accepteret og anerkendt i hverdagen som en selvfølge.

ERD beskrives i empirien som let læselige og let tilgængelige. Dette er en fordel for det nye personale, mener informanterne. Det nye personale har måske ikke den samme baggrundsviden for at kunne forstå ERD, idet de godt nok er en del af netværket i afdelingen, men samtidig er de i en periode en del af netværket af nyansatte, som ikke har den samme erfaring og ballast inden for specialet som de ansatte med længere anciennitet i afdelingen. De nye skal altså arbejde på, at blive en del af netværket med de erfarne kolleger. Denne proces kan understøttes af ERD, da de nye aktivt kan tage delansvaret for at speede processen op i forhold til det faglige ved hjælp af ERD. Mht. optagelsen i det sociale netværk kan black boxen st-skærm og Infonet også bidrage, idet informanterne giver udtryk for, at den faglige dialog stimuleres pga. st-skærmen og Infonet i forhold til tidligere, hvor RD skulle tilgås fra mapper. "Integreringen" af nyt personale i afdelingen, altså optagelsen i det faglige og sociale netværk, bedres med den nye black box. Sammen med black boxen danner det erfarne personale og de nyansatte et heterogent netværk, som black boxen er med til at facilitere. Den nyansatte har gavn af den viden, som black boxen stiller til rådighed og det erfarne personale vil måske med tiden blive aflastet i forhold til at oplære nyt personale, men black boxen vil ikke kunne erstatte personalet. Oplæring er en proces, der sker ad hoc, ses der i empirien. Black boxen har en stærk position i netværket med nyansatte, idet aktørerne i netværket anvender den.

Nyansatte er ikke vidende om en afdelings praksis og retningslinjerne for denne. Her kan ERD bidrage til at skabe entydighed og orden i verden, som Olesen og Kroustrup siger. Dette omtales i ANT som en translation. Når nyansatte konsulterer ERD er det for at få skabt entydighed og orden i verden. ERD skal i givet fald være let læselige, anvendelige og som en slags opskrift, for at nyansatte uden videre kan anvende disse. Ellers vil de være nødt til at forhandle og tolke på disse, hvorefter de selv forhandler eller manipulerer ERD i forhold til den opfattelse, de kan ræsonnere sig frem til. Selve produktionen af ERD er også foregået gennem en translation, idet de er fremkommet på baggrund af en ulighed, hvor der under en forhandling tilstræbes en lighed, som re-

sulterer i et ERD, som tilkendegiver den måde, som personale skal agere på i en given situation. De nyansatte kommer med nogle vaner og tankebaner, som kan være en black box for dem. Det er ikke noget, de tænker over, men de agerer automatisk på vante hændelser. Denne black box skal ERD være med til at åbne og ændre, således at det nye personale ender med en ny black box, der afspejler det nye ansættelsessteds RD.

Kollegialt samarbejde set fra en ANT-position

Når empirien fortæller os, at st-skærmen stimulerer personalet til at gå i dialog foran skærmen, kan st-skærmen her forstås som en handlende aktør, en mediator, der får noget til at ske, som påvirker andre aktører = personalet. St-skærmen er altså ikke at betragte som en neutral teknologi, som personalet kan vælge at gøre noget ved eller med, men den er selv en aktiv handlende aktør. Den får noget til at ske i aktør-netværket. Den har kompetencer knyttet til sig. Som en informant udtrykker det: *"Den er meget synlig for os i hvert fald kan man sige. Den kommer os jo lige i møde når vi går ind på kontoret"*. I et ANT-perspektiv har hverken menneske- eller ikke-menneske-aktører forrang, de skal betragtes symmetrisk i det heterogene netværk. Empirien viser, at der på nuværende tidspunkt ikke er en helt enig holdning til st-skærmen, hvor skærmen indtil videre bruges mest om dagen. Dvs. den translation, der foregår i det heterogene netværk, omkring holdningen til st-skærmen, er endnu skrøbelig, netværket har ikke fået en talsmand, der kan udtale sig entydigt på det samlede netværks vegne. Alle aktører er interesserede i at være en del af et stærkt netværk, fordi det sikrer den enkelte aktørs overlevelse, så alle aktører vil forsøge at opnå konsensus, om det de er fælles om, via forhandlinger. Hvis det med tiden lykkes en aktør, at overbevise de øvrige aktører, så der opstår så meget enighed, at det ikke er omkostningerne værd at forsøge at omstøde enigheden, har der fundet en oversættelse – en translation – sted. Det netværk vil så opnå en stabilitet, uanset om st-skærmen bliver tilvalgt eller fravalgt som aktør. Vi mener, at ledelsen og kvalitetsorganisationen må have en naturlig interesse i stabile netværk og at aktøren st-skærm skal blive til en black box med en forhandlet translation om, at st-skærmen er anvendelig. Samtidig viser empirien, at den tid, der skal til for at lære den nye teknologi at kende, skal den enkelte medarbejder selv finde. Det kan påvirke translationen i negativ retning, og dermed udsætte tiden for, hvornår teknologien bliver til en black box. Set på denne måde kan ledelsen og kvalitetsorganisationen påvirke translationen frem mod en black box ved at give medarbejderne tid til at lære den nye teknologi at kende.

Medlemmerne af "Projekt Storskærm" formulerede deres forventninger til st-skærmen forud for implementeringsprocessen. Som beskrevet i afsnittet "Datapræsentation af projektgruppens forventninger" blev der om samarbejde bl.a. formuleret:

"Det burde lette samarbejdet, da retningslinjerne bliver mere synlige og vi alle arbejder inden for de samme rammer." "Jeg tror og håber, at det måske giver et tættere samarbejde, idet det er nyt for alle og vi skal hjælpe hinanden med at finde rundt i det." Der udtrykkes altså en positiv forventning til aktøren st-skærm om, at den vil øge synligheden af RD, og at det vil lette samarbejdet. Der er også en forventning om, at netop det, at det er nyt, kan påvirke samarbejdet i positiv retning, som noget man skal være fælles om at lære. En projektdeltager siger: *"Jeg forestiller mig, at vi alle, på tværs af faggrupper, bliver mere opmærksom på "hvem, hvornår og hvordan" ift. En*

procedure. Vi får en større viden om hinandens kompetencer, arbejdsområder og forskellige måde at håndtere patienter og situationer på, fordi vi diskuterer en procedure, mens vi står foran skærmen!!!!". Ud fra en ANT-position kan dette opfattes som udtryk for en forventning om, at der vil starte en ny forhandling, igangsat af den nye teknologi, en forhandling hvor kompetencer og faglighed er i centrum.

Afbrydelser set fra en ANT-position

Informanterne giver udtryk for, at afbrydelser er uundgåelige og et vilkår for personalet i sundhedsvæsnets hverdag, samt at st-skærm og Infonet ikke synes at kunne afhjælpe dette. Afbrydelser som vilkår accepteres dermed, men på den anden side udtrykker empirien også, at det kan være trættende og stressende. Hvis informanterne oplever afbrydelser som et vilkår, så har de dermed ingen intentioner om at åbne den black box, som afbrydelserne kan opfattes som. Måske afbrydelser – ud over at håndtere en konkret klinisk situation – kan være med til at opretholde og vedligeholde netværk, som både kan være af social og faglig karakter. Dette forhold udtrykkes også af én af afdelingens psykologer som en kommentar til at starte "Projekt Storskærm": *"Hvad sker der med den anerkendelse, der foregår mellem to mennesker, der ser hinanden i øjnene, mens de deler viden. Hvad sker der, når vi går glip af den, fordi det er en skærm, vi ser på i stedet?"*. Er dette netværk så stærkt, at det kan være svært at svække og skal man det? Har afbrydelser en anden betydning for det socialfaglige netværk, som teknologien ikke kan erstatte? Kan det få uforudsete konsekvenser ikke at få taget vare på hinanden, som afbrydelsen ellers ville have faciliteret?

Empirien viser, at det ofte kan være nyt personale og uddannelsessøgende, der afbryder, og her kan st-skærmen dog godt hjælpe på nogle områder, hvis det ikke har akut karakter. Hvis afbrydelsen er foranlediget af en akut situation i psykiatrisk praksis, har denne ofte en kompleks karakter, som ligger uden for standardiseringens muligheder, idet det drejer sig om situationer, der udvikler sig i hele afdelingen, som del af samspelet mellem patienter. Afbrydelser kan initieres, fordi der spørges til konkrete kliniske situationer. Afbrydelsen kan dermed tvinge den adspurgte til at reflektere over ting, som er givet i afdelingen og dermed udfordre svareren til at svare fagligt begrundet og ikke blot, "sådan har vi altid gjort".

Afbrydelsens "fysiologi" kunne med fordel undersøges nærmere med en ANT-tilgang. Det kunne gøre os klogere på denne black box, som ikke nødvendigvis er så indlysende, som vi først antog i vores projekt, og som vi ikke har tilstrækkelig empiri til at belyse nærmere.

Kvaliteten i plejen og behandlingen set fra en ANT-position

Empirien angiver flere positive holdninger til, hvordan teknologien kan påvirke kvaliteten af arbejdet i afdelingen: Det kan øge personalets faglige sikkerhed og øge kvaliteten af plejen og behandlingen og sikre patienterne en mere ensartet behandling. Samtidig udtrykkes der også nogle negative holdninger i forhold til, om den standardisering, RD er udtryk for, altid vil gavne patienten, ligesom de stigende krav til dokumentation problematiseres. Den sociale proces, der er gået forud for tilblivelsen af standarderne i DDKM, er ukendt for de fleste medarbejdere. Vi mener, at IKAS som institut, er at betragte som et inskriptionsapparat, der har transformeret en række pro-

cesser i kvalitetsarbejdet til en række skriftlige standarder. Det, der har ledt frem til standarderne, er ikke synligt for brugerne af systemet. Brugeren trækker den færdige standard ud af systemet, men alle de sociale forhandlinger, der er gået forud er ikke længere tilgængelige, når først standarden er gjort tilgængelig for brugerne. Dette inskriptionsapparat, IKAS, udgør dermed en indirekte påvirkning af brugerne. Man kan forestille sig, at opfattelsen af inskriptionen og den teknologi, der præsenterer inskriptionen, i et vist omfang kan glide sammen. Det er vigtigt at få afdækket netværket med aktører, inskriptionsapparater og black boxe for at blive klar over, om det er den fysiske teknologi eller om der er andre sammenhænge, der har betydning for netværkets stabilitet og styrke.

Empirien udtrykker, at afdelingens omdømme og fremtid kan afhænge af den kvalitet afdelingen yder i patientbehandlingen. Informanterne giver udtryk for, at afdelingen allerede inden DDKM blev introduceret, har ydet en høj kvalitet i behandlingen. Empirien viser, at kvalitet i patientbehandlingen ikke opfattes som en entydig størrelse, men kvalitetsbegrebet opfattes tosidet: på den ene side den kvalitet der faktisk ydes i patientbehandlingen i afdelingen, som opfattes som høj, på den anden side den kvalitet DDKM og ERD fordrer, som har politiske undertoner og konsekvenser for afdelingens fremtid. Kvalitetsbegrebet opfattes altså ikke som en forhandlet orden, som en fælles måde at anskue emnet på. Aktør-netværket er således ikke stærkt i forhold til kvalitetsopfattelsen, man kan måske sige, at transformationen i forhold til kvalitet ikke er tilendebragt. St-skærmen kan både påvirke og påvirkes af transformationen. Om der opnås konsensus om kvalitetsbegrebet vil tiden vise, indtil da pågår der en forhandling for at skabe entydighed og orden i verden.

Sammenfatning af analysen

På baggrund af de 10 interviews og den efterfølgende meningskondensering havde vi ca. 22 siders meningskondenseret empiri. Valget af ISTA-modellen gav en struktur at anskue fundene på, set i et socio-teknisk perspektiv. Infonet og st-skærmene er ikke et klinisk system til understøttelse af den direkte patientbehandling, men en form for administrativt beslutningsstøttesystem, der ikke er integreret med EPJ. Alligevel finder vi nogle af de samme fund ved vores analyse, som Harrison et al. finder på baggrund af internationale studier af uventede konsekvenser af IT i sundhedsvæsenet (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007). Disse har vi markeret med understregninger i det følgende.

Vi kan genfinde, at Infonet og st-skærm kan mediere en ny måde at kommunikere på i afdelingen. Nyansatte og uddannelsessøgende har nu et hurtigt alternativ til at søge viden hos mere erfarne kolleger. Den uformelle kommunikation kan derfor måske blive ændret/reduceret.

Kommunikations- og interaktionsmønstrene ændres, når personale står og leder efter viden ved st-skærmen. Informanterne udtrykker, at de ofte bliver nysgerrige og bliver deltagende i denne videndeling. Dette er ændret i forhold til tidligere, hvor proceduremapperne kunne studeres, uden at dette betød deltagelse af kolleger. Det er et positivt signal til omverdenen at holde sig ajour med den opdaterede viden, som st-skærmen og Infonet stiller til rådighed.

Vi kan genfinde, at det kan være svært for brugerne at blive papirløse, idet papiret i nogle situationer kan være det artefakt, der i den direkte kontakt med patienten kan understøtte brugeren i at gennemføre f.eks. en score-vurdering i forbindelse med en abstinensbehandling. Det kognitive overload bliver større ved ikke at have nogen ting på papir. Det ikke at have et stykke papir i hånden føles af nogle informanter som et tab.

Det øgede fokus på DDKM betyder ikke nødvendigvis et klinisk løft, men bliver af nogle informanter opfattet som dokumentation for dokumentationens skyld. Dermed er det blot merarbejde for klinikerne, uden at det giver værdi for personalet, patienten eller afdelingen.

Den strukturering og standardisering, som DDKM uvægerligt fører med sig, kan ikke alle informanter bifalde. På den ene side er det godt med en ensartet behandling af patienterne og en ens holdning til handlinger og situationer i afdelingen, men på den anden side er patienter ikke ens og skal måske heller ikke behandles ens. Samtidig kan situationerne i afdelingen ikke betragtes som standarder, som man altid vil kunne læse sig til en løsning på. Derudover gives også udtryk for, at der skal plads til den individuelle fortolkning af bedre kvalitet.

Magtstrukturerne kan også ændre sig. St-skærmen og Infonet tildeles en magt i forhold til den position erfarent personale havde i afdelingen – og også har endnu, men den kan udfordres i forhold til, at der er let adgang til den nyeste viden, som det erfarne personale måske ikke har tilegnet sig, fordi de ikke finder det nødvendigt. De nyansatte bliver måske hurtigere vidende og mere opdateret, så disse hurtigere opnår et magtposition.

De fysiske rammer for personalets anvendelse af st-skærm og Infonet spiller også ind. St-skærmene er let tilgængelige, men kalibreringen kan drille. Skærmene kan opleves for store at stå og læse ved tæt på, men på den anden side er det godt, når der skal være plads til flere omkring st-skærmen. Personalet har kun adgang til informationerne fra kontoret – der er ikke IT-arbejdspladser på patientstuerne.

Der er ikke nogen nødprocedure for adgang til RD, hvis IT-infrastrukturen fejler. Dette kan skabe en afhængighed af IT-systemerne, som dog ikke udtrykkes af informanterne p.t.

Derudover mener vi, at omverdenen kan have indflydelse på holdningen til IT-systemet og anvendelsen af dette, men det er ikke omfattet af ISTA-modellen.

I resten af dette afsnit vil vi præsentere hovedtrækkene fra analysen af empiren set fra ANT-positionen. Vi vil primært præsentere de træk, som vi ikke allerede har fremstillet ved ISTA-gennemgangen.

Oplæringsituationen af nyt personale drejer sig ikke kun om oplæring, men også om aflæring, idet nyt personalet ud over ikke-viden kommer med en anden viden, som først skal aflæres. De nyansatte skal have åbnet deres black box (vaner og tankebaner) og have justeret en række ting i forhold til praksis på den nye afdeling. Teknologien bidrager både til oplæring og aflæring og er derfor en fordel for både nyansatte og afdelingen.

Teknologien med ERD understøtter, at nyansatte bliver en del af netværket med erfarne kolleger i afdelingen og dermed ”integreret” i afdelingen, da den faglige diskussion faciliteres af teknologien. De nyansatte bliver tydeligt videnssøgende, hvilket empirien viser fanger kollegers opmærksomhed. De nyansatte finder det naturligt at anvende black boxen – den nye teknologi. Generelt viser empirien, at teknologien medvirker til, at kollegers nysgerrighed stimuleres, når en kollega står og søger efter viden ved st-skærmen. Dette opleves som meget positivt og udviklende for afdelingens faglighed og samarbejde.

ERD opleves let tilgængelige og let læselige, hvilket gør tilegnelsen af den nye praksis lettere og mere ensartet, idet personalet ikke behøver at bruge energi på at fortolke det læste, men ERD opleves som ”opskrifter”, som er til at gå til. Relevant viden kan tilgås af alle.

Der er forskellige netværk i netværket. Bl.a. repræsenterer vagtlagene forskellige netværk med forskellige holdninger til, hvor stærk en aktør teknologien opfattes som. Opfattelsen af teknologien som en stærk aktør er størst i dagvagten, hvor teknologien anvendes mest.

Generelt giver informanterne udtryk for, at det tager tid at lære at bruge ny teknologi. Det opleves som eget ansvar at finde tiden til dette i forhold til st-skærmen i hverdagen.

Afbrydelser er et mere komplekst begreb, end vi først antog. Hvor forstyrrende en afbrydelse opleves afhænger af den kontekst, som afbrydelsen er foranlediget af og af hvem, der afbryder. Når fast personale afbryder pga. kliniske her og nu situationer, accepteres det i højere grad. Afbrydelser opleves generelt som et vilkår for plejepersonale.

Der er en forventning blandt informanterne om, at teknologien vil bidrage til en øget faglig sikkerhed, øget kvalitet og mere ensartethed i patientbehandlingen. Teknologien sikrer, at ERD er opdaterede og kan tilgås ét sted.

Diskussion

Ovenfor har vi analyseret vores empiri ud fra to perspektiver, interaktiv socio-teknisk teori og aktør-netværk-teori. Vi vil fastholde denne opdeling i udgangspunktet for diskussionen, idet vi først vil se på de fordele og ulemper vi kan identificere for de to perspektiver, inden vi efterfølgende vil sætte dem overfor hinanden i diskussionen og se på, hvad de har bidraget med til vores forståelse af empirien.

Vi fandt, at ISTA-modellen var forholdsvis enkel at gå til, at den besidder en egen indre logik, som ikke faldt os fremmed eller kunstig at arbejde med. Det gav mening at følge interaktionerne rundt i modellen og placere de påvirkninger vi fandt, som modellen foreslår, selv om vores undersøgelsesobjekt har været et andet end i Harrison et al.s refererede studier. Harrison et al. opfatter utilsigtede konsekvenser som både de konsekvenser, der er uventede og de der er uønskede. I de internationale studier, der refereres i artiklen fremkommer kun uønskede konsekvenser, der er ingen beskrivelser af uventede, men positive konsekvenser (Harrison, Koppel, & Bar-Lev 2007). I vores arbejde med ISTA-modellen identificerer vi også overvejende uønskede konsekvenser fra

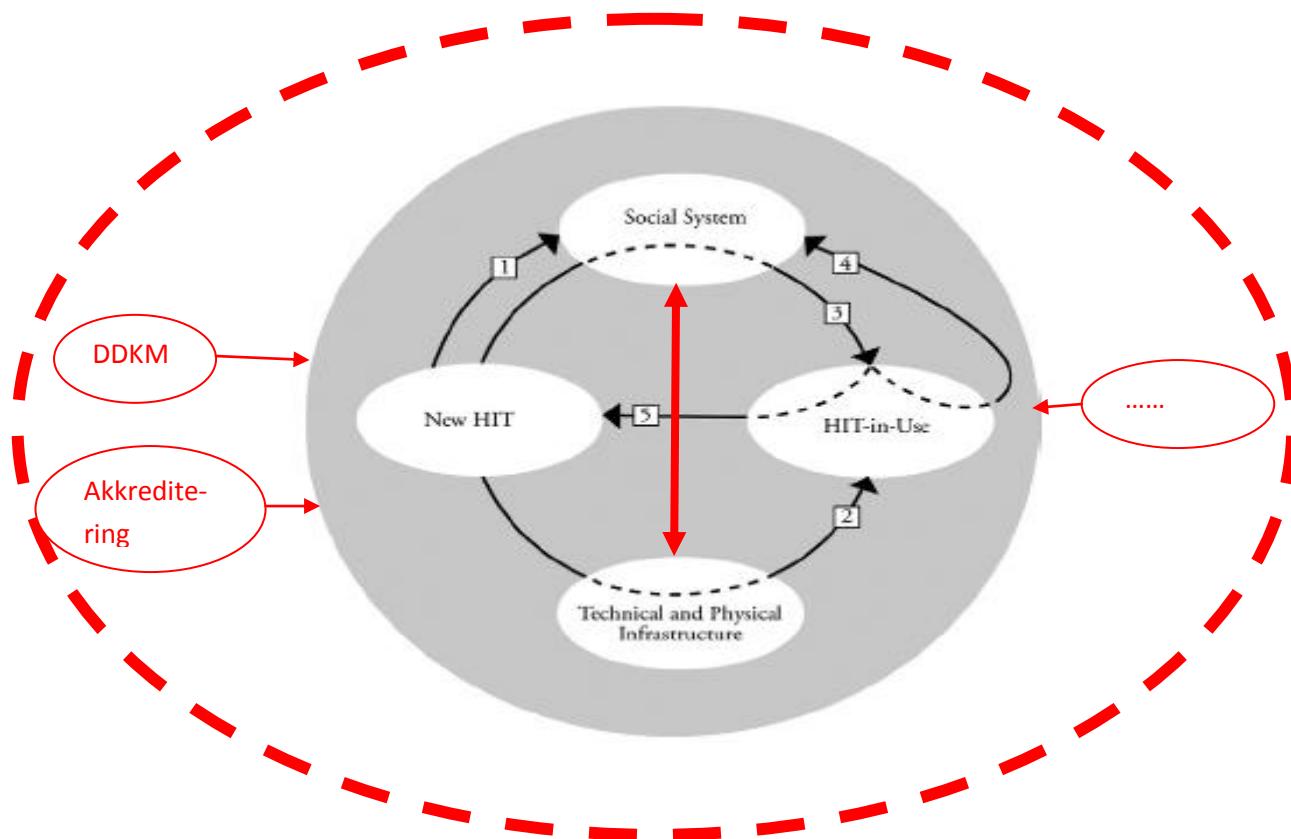
vores empiri. Som beskrevet nedenfor er dette ikke dækkende for vores empiriske materiale, hvorfor vi vurderer, at vi har fokuseret på uønskede virkninger som beskrevet i litteraturen, og således ikke har været helt åbne i vores tilgang til modellen, men i stedet for at udfordre den i højere grad er kommet til at bekræfte den. Om dette alene kan tilskrives os, eller også vedrører selve modellen kan vi ikke vurdere.

Coiera argumenterer for, at det socio-tekniske felt skal påtage sig et større ansvar, end alene at kritisere design og implementering af informationsteknologier (Coiera 2006). Han mener, at det ikke er nok at kritisere de utilfredsstillende teknologier og deres implementeringer. Han beskriver en fire-lags model, hvor hvert lag har egne væsentlig egenskaber, som vil påvirke artefaktet i det næste lag og evt. skabe uventede konsekvenser. Artefaktet vil altid være begrænset af hvad der er blevet konstrueret i det tidligere lag. Coiera advokerer for, at det socio-tekniske felt skal være mere konstruktive og påtage sig mere ansvar også for de tekniske forhold.

Som beskrevet i analysen finder vi, at ISTA-modellen ikke kan rumme alle vores fund. I interaktionstype 2 med fysisk og teknisk infrastruktur peger vi på, at der kan være kulturelt betingede forskelle, der afgør den fysiske infrastruktur (placering af st-skærme på kontorer). Kultur er ikke et begreb Harrison et al. opererer med i deres fremstillinger af interaktionerne i ISTA-modellen. Vi oplever, at der burde være en interaktion mellem det sociale system og den tekniske og fysiske infrastruktur, hvor bl.a. kulturen i det sociale system kan påvirke infrastrukturen, som set i vores empiri.

Den påvirkning, forhold udenfor organisationen kan ramme både det sociale system, New HIT, HIT-in-Use og Technical and Physical Infrastructure med, kan ikke umiddelbart placeres i modellen. I vores empiri mener vi, at den påvirkning, der kommer via DDKM og det værdigrundlag den bygger på, falder udenfor modellen, men i høj grad er medbestemmende for, hvordan den nye teknologi vil blive accepteret og anvendt.

Vi vil derfor pege på, at modellen med fordel kunne suppleres med 2 ekstra dimensioner. Dette kunne evt. se ud som i figur 20:



Figur 20 – modificeret ISTA-model med indtegning af omverdensforhold samt interaktion mellem det sociale system og den tekniske og fysiske infrastruktur – indtegnet med rødt

Harrison et al. påpeger selv, at modellen ikke medtager forhold på individniveau, men på organisationsniveau. Vi mener, at organisationsniveauet ikke kan ses uafhængigt af de forhold, der planlægger og lovgiver for organisationen, og at disse omverdensforhold også skal medtænkes i design og udvikling.

ANT-positionen lægger op til at følge aktørerne og fortælle deres historie med deres egne ord. Man skal ikke fortolke og lede efter årsager og virkningsforhold. Dette er svært tilgængeligt for novicer, idet vi ofte kommer til at omskrive og forholde os til informanternes udtalelser, i stedet for at beskrive deres livsverden med egne ord. Latour beskriver forskeren som en aktør, idet vi ikke kan undgå at påvirke undersøgelsesfeltet. Dette oplevede vi tydeligt, idet de fleste informanter gav udtryk for, at de havde "øvet" sig lidt inden interviewet, forstået på den måde, at de havde anvendt st-skærmen og Infonet som forberedelse. Dette var ikke nødvendigvis sket, hvis ikke de skulle indgå i vores undersøgelse som informanter.

Derudover blev vi også i en konkret interview-situation opmærksomme på, hvordan vi som observatør og interviewer kan virke på informanten som de personligheder, vi hver især er. Det er ikke altid, at man opnår den fortrolighed og gode stemning, man som undersøger stræber efter. Ikke, at der direkte kan sættes en finger på noget, men det forløber blot ikke så godt. Her er vi igen aktører, idet vi påvirker informanten til måske at blive irriteret. Vi har ikke nogle konkrete løsningsforslag til denne problematik, men er klar over, at man skal være opmærksom på dette og vil

dog alligevel foreslå, at en god introduktion og indledning ved et møde med en informant (om det så er observation, interview eller andet) kan være utroligt godt givet ud.

ANT-perspektivet i vores undersøgelse har bidraget med et bredere perspektiv end ISTA-tilgangen. Vi føler, at vi går med mere åbent sind ind i empirien og dermed også får bedre blik for de positive aspekter ved den nye teknologi, de positive sider, som også informanterne giver udtryk for. Der er nogle konsekvenser ved at indføre en ny teknologi, og de kan også være positive.

ANT bidrog konkret med at tænke mere detaljeret og nuanceret og f.eks. havde vi ikke set vaner og tankebaner som en black box, der også skal åbnes og ændres ift. af- og oplæring af nyt personale, hvis ikke vi havde anvendt ANT.

Den mere åbne tilgang, tænker vi, kan måske være en rigtig god tilgang til en før-undersøgelse, for at klarlægge, hvad sker der lige her. Ved at antage en ikke-foruddefineret struktur er det muligt at lade sig lede af aktørerne og dermed afdække sider, som ellers ikke ville synliggøres. At anvende aktørernes egne ord virker som en god mulighed for at få et indblik i aktørernes livsverden og forstå dens sammenhænge (netværk).

Vi oplever ANT som svær at gå til. I sin rendyrkede version, kan det være svært at få startet og afsluttet analysen. Vi savner som novicer en slags opskrift – et retningsgivende dokument – som kan guide os i dette første forsøg med teorien. Vi er bevidste om, at forhåndsstrukturering er at forbyde sig mod ANT, men for os gav det god mening at prøve at tage udgangspunkt i problemformuleringens 4 områder og ad den vej få afgrænset det netværk af aktører, der uvægerligt vil være. Vi forbrød os også i forhold til ikke altid at lade aktørerne tale deres eget sprog. Hver gang empirien kondenseres, mistes noget af informanternes tale. På den anden side er det ikke muligt at håndtere empirien uden kondensering. Resultatet af en ANT-analyse er en redegørelse eller tekst. Denne tekst skal være god – men skal man blot fortælle en god historie? Det siger Latour, at man ikke skal, men hvordan operationaliserer man disse gode tanker? Vi vil ikke påstå, at vores tekst er helt i tråd med den ”gode tekst”, her er Latour ikke let tilgængelig.

Verden er foranderlig og det er aktør-netværkene også. Det vil således altid være et snapshot – et øjebliksbillede, når aktører og netværk spores og beskrives. Det er netop det foranderlige og ikke det statiske, man skal undersøge med ANT, hvilket vil gøre en efterundersøgelse vanskelig.

Den kvalitative tilgang til projektet kan, i vores optik, lede forskellige steder hen. Andre teorier og tilgange (f.eks. usability) kunne se på andre aspekter af empirien. Det kunne have været interessant at lade en anden projektgruppe arbejde med det samme sæt af empiriske data og se, hvilke fund og konklusioner denne ville have fundet. Vores forforståelse vil uvægerligt have en indflydelse på projektet. Forforståelsen har vi forsøgt at lægge fra os ved ANT-tilgangen. Det vil nok være for teoretisk at tro, at dette kan lade sig gøre, hvilket Latour også påpeger ved at sige, at forskeren er en aktør og dermed påvirker feltet.

I kraft af at vi har anvendt begge perspektiver opdager vi, at vi måske er blevet forført af ISTA, hvor ANT er mere åben i sit perspektiv. Men ISTA har givet os som novicer en nødvendig struktur til analysen af vores empiri. En struktur, vi har savnet i ANT. Vi ser dog også, at jo mere struktur, jo

mere begrænset bliver vi i vores syn på empirien. Der forsvinder noget i strukturen – det der ikke passer ind i strukturen, risikerer man at overse. Til gengæld er den strukturløse ANT langt mere vanskelig at gå til. Vi mener, det kræver et større teoretisk forarbejde og indsigt i ANT, når denne position skal anvendes på empirien.

Vi synes, at tilgangene supplerer hinanden på et henholdsvis overordnet (ISTA) og et mere brugercentreret niveau (ANT). Vi mener, at undersøgelsen er styrket ved, at vi har anvendt begge tilgange.

Under forstudiets observationsstudie ser vi, at dagvagterne anvender st-skærme og Infonet i forskellige sammenhænge. Vi ser også, at aftenvagterne ikke anvender st-skærmen overhovedet. Der kan være mange grunde til denne forskel, større erfaring blandt aftenvagterne, ked af at dumme sig over for observatøren, ønske om at please insider-observatøren osv., men det svarer på den anden side til de udtalelser, informanterne fremkommer med under interviews. Derudover ses det under observationsstudiet, at lægerne ikke anvender st-skærmen, men i stedet søger i mapper. Dette findes også i informanternes tilkendegivelser under interviews. Adspurgt om hvorfor st-skærmen ikke bruges, svarer en læge, at han ikke kan finde ud af det. "Projekt Storskærm" har ikke involveret andre personalegrupper end plejepersonalet, men alle personalegrupper er dog generelt introduceret til Infonet, som kan tilgås fra enhver IT-arbejdsplads. Afdelingens projektgruppe forventede, at samarbejdet på tværs af faggrupper ville blive påvirket positivt. Denne forventning ser ikke ud til at være indfriet endnu, idet interview samt observation viser, at det kun er plejepersonalet, der indtil videre anvender st-skærmene.

Vi har fået svar på, hvordan informanterne oplever, at teknologien vil påvirke kvaliteten, oplæringen og samarbejdet. Derimod synes vi ikke, at vi har fået afbrydelsesfænomenet tilstrækkeligt belyst i vores empiri. Afbrydelser er ikke et entydigt begreb. Det var vi som udgangspunkt ikke opmærksomme på, hvorfor vi ikke får afbrydelsesbegrebet udfoldet og defineret med informanten. Vi forstår nu afbrydelses-begrebet som et "wicked problem", som sundhedsvæsenet er karakteriseret ved. Med "wicked problem" mener Westbrook et al., at det er dårligt definerede problemer, der er flertydige og forbundet med stærke moralske og professionelle spørgsmål. Løsninger på disse skaber ofte nye problemer i organisationen (Westbrook et al. 2007).

Konklusion

Indledningsvist har vi problematiseret en række forhold i sundhedsvæsenet vedr. personalemangel og -flow, afbrydelser i praksisfeltet samt kvalitetsorganisering på forskellige niveauer. Disse problemer har dannet baggrund for nedenstående problemformulering, der har været styrende for vores projektforløb:

Hvordan oplever plejepersonalet i en lokal psykiatrisk praksis, at store touchskærme og elektroniske retningsgivende dokumenter påvirker deres hverdag i forhold til oplæring af nyt personale, kollegialt samarbejde, afbrydelser og kvalitet i plejen og behandlingen?

I det følgende besvares problemformuleringen på baggrund af det analytiske perspektiv, vi har lagt på empirien ved hjælp af Aktør-Netværk-Teori og Interactive Sociotechnical Analysis samt den efterfølgende diskussion.

Oplæring af nyansatte lettes

Teknologien har tilført en ny måde at kommunikere på i afdelingen, hvor nyansatte og uddannelsessøgende kan søge viden på en let tilgængelig måde via st-skærm og Infonet og dermed har et alternativ til at afbryde erfarne kolleger. Nyansatte og erfarne kolleger er enige om, at st-skærmen og Infonet i særlig grad er til støtte for nyansatte. Erfarne medarbejdere skal også være opmærksomme på at følge med i opdaterede retningsgivende dokumenter, idet magtbalancen mellem erfarne og uerfarne medarbejdere ellers kan forskydes. Det vil kunne øge modstanden mod den teknologiske forandring, hvis de erfarne oplever at miste professionel status, den status de besidder i kraft af at være de levende opslagsværker, de hidtil har været. Oplæringen af nye medarbejdere drejer sig ikke kun om ny viden, men kan også være aflæring af eksisterende viden. Denne proces kan st-skærm og Infonet understøtte.

Kollegialt samarbejde styrkes

Det social-faglige netværk i afdelingen kan styrkes med st-skærmen og Infonet, idet teknologien faciliterer samarbejde og interkollegiale faglige diskussioner foran st-skærmen. Det er et positivt signal i afdelingen at være videnssøgende foran st-skærmen, og det vækker ofte kollegers interesse. Er der tekniske vanskeligheder rådfører kollegerne sig med hinanden.

Der er forskel på anvendelsesgraden i de forskellige vagtlag, hvor st-skærmen og Infonet anvendes mest om dagen og mindst om natten. Det kan betyde, at nogle brugere – måske hele vagtlag – bliver marginaliseret i forhold til opdatering af deres vidensniveau.

Afbrydelser kan ikke undgås

Der var en forventning om, at st-skærme og Infonet kunne afhjælpe afbrydelser og dermed reducere personalets oplevelse af stress. Dette har undersøgelsen ikke kunnet vise, idet afbrydelsesbegrebet er mere komplekst, end vi antog som udgangspunkt, hvorfor vi mangler data for at kunne belyse dette. Der er forskel på afbrydelser og den kliniske kontekst, der nødvendiggør afbrydelsen. Nyansatte afbryder mere end det erfarne personale og afbrydelser opleves generelt som et vilkår for plejepersonalet og accepteres i høj grad. Samtidig trætter og stresser afbrydelser og kan være en medvirkende årsag til utilsigtede hændelser. Det er tvivlsomt, om st-skærm og Infonet kan afhjælpe dette, men det kan evt. bidrage til at reducere afbrydelserne. Det kunne være interessant at få udfoldet afbrydelsesbegrebet i en ny undersøgelse i det kliniske felt.

Kvaliteten i patientbehandlingen bedres

Der er tilfredshed med kvaliteten af det enkelte dokument og strukturen gør dokumentet let læseligt. Det er positivt for personalet, at indholdet i dokumenterne er operationaliseret. Kvaliteten af plejen og behandlingen øges, idet retningsgivende dokumenter er opdaterede, let tilgængelige,

let læselige og samlet ét sted. Personalet oplever at yde en høj kvalitet i patientbehandlingen allerede, men føler samtidig, at den faglige sikkerhed yderligere styrkes af at kunne konsultere elektroniske retningsgivende dokumenter.

Retningsgivende dokumenter danner grundlag for en mere ens behandling og tilgang til patienterne, men personalets handlinger justeres også efter andre forhold end retningsgivende dokumenter, idet ikke alle kliniske situationer kan understøttes af standardiserede retningslinjer. Samtidig problematiseres kvalitetsmålingen i forhold til, om den gavner patienten, og der udtrykkes skepsis i forhold til den kliniske værdi af selve akkrediteringen.

Der er et pres fra omverdenen, som via akkreditering følger afdelingens kvalitet i patientbehandlingen, og resultatet af akkrediteringen forventes at have indflydelse på afdelingens omdømme og fremtid.

Det er nu personalets eget ansvar at holde sig orienteret om nye eller opdaterede retningsgivende dokumenter, hvor dette tidligere i højere grad har været et ledelsesansvar.

Kvalitetsorganisationen og DDKM er ikke tydelig for informanterne, og der er forskel på, i hvilket omfang personalet føler ansvar for at gøre opmærksom på manglende retningsgivende dokumenter.

Tekniske og fysiske forhold

St-skærmens touch-funktion fungerer ikke optimalt, og den fysiske mus og det fysiske tastatur er ikke placeret ergonomisk korrekt. Det er rart at stå op og arbejde foran skærmen. St-skærmen tiltrækker sig opmærksomhed, hvilket øger fokus på anvendelsen af elektroniske retningsgivende dokumenter. St-skærmens størrelse er en fordel i forhold til en diskussion foran st-skærmen, men kan være en ulempe for den person, der skal touche. Det kan være anstrengende for øjnene at stå så tæt på en stor skærm.

Infonet er nemt og hurtigt at anvende, men søgefunktionen tilbyder ikke altid de forventede resultater. Det kan være svært at undvære papir som tjeklister og lignende, når man er hos patienten, og det kan øge et i forvejen belastet kognitivt load.

St-skærmenes placering på kontorerne er forskellig. Fordelen ved endevægsplaceringen er, at der er god plads til faglig sparring foran skærmen. Sidevægsplaceringen gør det umuligt for patienterne at læse med fra gangen. Holdningen til patienternes mulighed for at læse med på st-skærmen er forskellig på de 2 afsnit, og der, hvor man har valgt sidevægsplaceringen, vægter man, at patienterne ikke får mulighed for at læse med. Ulempen ved endevægsplaceringen er, at personalet står med ryggen til kontorets dør og dermed ikke kan følge med i, hvem der kommer ind på kontoret. Placeringen af st-skærmene har betydning for i hvilket omfang, oplæring af nyt personale kan foregå ved skærmen uden at forstyrre det øvrige personale.

Refleksioner over proces og metode

At foretage undersøgelser i egen baghave er altid forbundet med bias. Vi er bevidste om, at det også har været tilfældet med denne undersøgelse. I det følgende vil vi præsentere de kritiske refleksioner, vi har gjort os under og efter processen.

Vi har forsøgt at reducere bias ved at begge projektmagere har deltaget i pilot-observationsstudie, pilotinterview og interviews. Efter pilotobservationsstudiet foretog vi en samrøring for at sikre størst mulig overensstemmelse i observationsmetoden. Vi har begge deltaget i samtlige interview, med mulighed for at evt. hjemmeblindhed hos den ene projektmager kunne udfordres af den anden. Vi kan dog alligevel ikke afvise, at informanterne har været påvirkede af kendskabet til den ene projektmager og dennes involvering i "Projekt Storskærm", og har fået informanten til at "... svare socialt ønskværdigt frem for at være ærlig. Dette kaldes prestige-bias" (Kruuse 2007)(p. 161) og Riis siger: "Det er vanskeligt at efterprøve, om forskeren har opnået den fornødne tillid, og om informanten svarer ærligt" (Riis 2005)(p. 206-207). At vores resultat kan være påvirket af disse forhold, kan vi ikke afvise.

Hvilken metode, vi skulle anvende til dataindsamling har været genstand for megen drøftelse. Vi synes det ville være ideelt at foretage et længerevarende observationsstudie i feltet, hvor vi kunne få kendskab til anvendelsen af st-skærmen og Infonet relateret til en række forskellige kliniske situationer. Udover projektets tidsmæssige ramme, ville vores tilstedeværelse i afdelingen have u hensigtsmæssige konsekvenser for det kliniske arbejde, som vi ikke synes vi kan forsvare ved dette projekts formål. Interviewet blev vores valg, idet vi var ude efter informanternes holdninger og livsverden.

Vi har også drøftet, hvordan det at fjerne informanterne fra deres kliniske hverdag, og interviewe i et set up, der mere har karakter af en kontorarbejdsplads, har påvirket resultatet. Det kunne tænkes at informanterne i denne sammenhæng reflekterer mere teoretisk over fordelene ved ERD og st-skærmens muligheder, end den kliniske praksis kan indfri når travlhed og forstyrrelser indtager scenen. Måske ville et observationsstudie i praksis med videooptagelse, suppleret med interviews, kunne give svar med færre bias, her vil informanterne heller ikke blive udvalgt, men træde frem på scenen som naturlige aktører gennem observationen. Denne undersøgelsesmetode ville også forbundet med bias, idet observationer og videooptagelser heller ikke kan gennemføres uden at påvirke både de observerede og observatøren.

Vedr. udvælgelsen af informanter siger Riis: "Man kan spørge, om forskeren har udvalgt de bedste informanter eller blot har valgt de mest bekvemme eller bekræftende." (Riis 2005)(p. 207). Vi har netop derfor overladt udvælgelsen til afdelingssygeplejerskerne, ud fra en række kriterier. Men så kan man jo spørge videre, om afdelingssygeplejerskerne kan have en særlig interesse i, at få belyst feltet ved særlige informanter, og udvælgelsen så alligevel har været forbundet med bias. Det kan vi ikke afvise, om end vi ikke mener, at dette har været tilfældet, da praktiske arbejdstidshensyn har stor indflydelse på planlægning af fravær i en klinisk afdeling.

Vi har erfaret, at det er vanskeligt at lære en interviewguide udenad, og vi har erfaret at ordlyden i guiden har stor betydning. Vi måtte tilrette guiden undervejs, så sproget blev mere dagligdags talesprog, end det skrift-sprog guiden først blev udformet i. Om det har haft betydning for informanternes forståelse i interviewet kan vi ikke afvise, ligesom den rutine og sikkerhed der udviklede sig undervejs, kan have haft en betydning for afviklingen af interviewene. At undgå opfølgingsfejl i interviewene er svært, siger Kruuse, både når det gælder ledende uddybninger og manglende uddybninger (Kruuse 2007)(p. 162), og vi vil ikke påstå at det er lykkedes fuldstændigt for os.

Det viser sig, at nogle af informanterne har "øvet sig" i at anvende Infonettet og st-skærmen, inden de skulle interviewes. Det vil sige, at bevidstheden om undersøgelsen påvirker anvendelsen af det undersøgte. Dette behøver selvfølgelig ikke i sig selv at være en bias, der forstyrrer resultatet, dvs. informantens holdning til teknologien, men det er et udtryk for en adfærdsændring, der opstår, i kraft af den interesse der udvises for den udvalgte informant, også kaldet Hawthorne-effekten.

Idet vi lader andre transskribere vores materiale, mister vi den ekstra dimension, man kan få ved at lytte interviewene igennem igen. Sekretærene er vant til at afskrive med stor medicinsk nøjagtighed, og transskriberingen blev foretaget i umiddelbar tilknytning til interviewene, med mulighed for at få opklaret eventuelle utydeligheder ved projektmagerne. At lydfileerne efterfølgende blev slettet har betydet, at vi ikke har kunnet vende tilbage og lytte igen. At dette behov ikke er opstået, kan vi ikke afvise skyldes bevidstheden om, at det ikke har været muligt.

Vi har valgt at anvende en for os ny metode i analysen af data. Harrison et al. illustrerer ISTA-modellens anvendelsesmuligheder ved at præsentere en række fund af uventede konsekvenser opstået efter implementering af sundhedsinformatiske systemer. De studier, der indgår i illustrationen, bygger primært på konsekvenser opstået efter implementering af elektroniske medicinmoduler. Trods det, finder vi det alligevel stort set relevant, at placere vores fund i de fem interaktionstyper, og vi finder mange af de samme uventede konsekvenser, som er beskrevet i litteraturen. At bruge en model, tvinger uvilkårligt brugerens syn ind i modellens univers, så det bliver nemmere at se strukturer, der svarer til modellen, end at få øje på strukturer, der falder udenfor modellen. Vi kan ikke afvise at modellen således også har styret vores placering af data. I det hele taget, at bryde data op i sådanne teoretiske strukturer er grundlæggende i modstrid med tankegangen i ANT, men har været en nødvendighed for os, for at få overblik over data. Det skal også nævnes at vores undersøgelse fandt sted et kvartal efter implementeringen af teknologien. I forhold til ISTA-modellen betyder det, at det kan være svært at afgøre, hvornår et fund hører under interaktionstype 1 og hvornår det hører under interaktionstype 4, hvornår bliver New HIT til HIT-in-use?

Perspektivering

I det følgende kommer vi med anbefalinger til i forhold til vores projekt og problematiserer ideen om kvalitet, standardisering og akkreditering.

Anbefalinger

På baggrund af vores undersøgelse vil vi anbefale, at implementering af st-skærme til håndtering af retningsgivende dokumenter overvejes, dér hvor man i det kliniske arbejde anvender retningsgivende dokumenter. Én af de store gevinster, der nævnes af alle, er muligheden for øget faglig sparring foran st-skærmen. I det psykiatriske speciale er traditionen og behovet for faglig sparring muligvis anderledes end i andre specialer. Derfor kan vi ikke vide, om denne gevinst vil være den samme ved implementering i andre specialer, men må nøjes med at anbefale, at implementering af st-skærme overvejes og drøftes mellem medarbejdere og ledere. Vi mener, der er et stort og løbende behov for fremover at se på, hvordan personalet bedst støttes i at håndtere den tiltagende mængde viden i sundhedsvæsenet. Vi kan anbefale, at man, lige som i denne afdeling, undlader at forlange personligt log-in, idet personligt log-in kan være en barriere i anvendelsen af ERD.

Vi vil anbefale, at afdelingen forholder sig til den skævvridning, der tilsyneladende sker i forhold til anvendelsen af den nye teknologi, hvor teknologien ikke bruges lige meget af alle vagtlag og alle faggrupper. Vi anbefaler fokus på dette for at undgå, at der opstår en marginalisering, hvor ikke alt personale søger efter ny og opdateret viden. Desuden vil vi gøre opmærksom på, at for det enkelte personalemedlem er opgaven med at holde sig opdateret stadigt voksende, og ledelsen skal være opmærksom på at sikre personalet gode betingelser for at håndtere denne opgave.

Kvalitetsorganiseringen lokalt, regionalt og nationalt er ikke særligt tydelig for personalet. Vi anbefaler, at der bliver taget fat på værdibaserede diskussioner af kvalitetsbegrebet og akkreditering i afdelingen.

Der er tekniske og fysiske forhold vedr. st-skærmen, som vi vil anbefale, at der bliver taget hånd om. Touch-funktionens funktionalitet skal optimeres, og det fysiske tastatur med mus skal placeres ergonomisk korrekt i forhold til skærmene.

Vi vil opfordre afdelingen til at være opmærksom på, hvordan den faglige sparring foran st-skærmene udvikler sig. Hvis der viser sig en forskel på de 2 forskellige afsnit, anbefaler vi, at man overvejer, om skærmenes placering kan have en betydning for en evt. forskel.

For at undgå, at problemerne med fremsøgning af dokumenter vil blokere for personalets anvendelse af Infonet, anbefaler vi, at afdelingen prioriterer den igangværende udskiftning af pdf-dokumenterne med dokumenter i word-format, således der kan søges i hele dokumentet.

I Region Midtjylland er ERD offentligt tilgængelige via dokumentstyringsystemet e-Dok. Kunne man forestille sig, at patienterne med tiden orienterer sig om, hvilken kvalitet de kan forvente og har krav på, i mødet med sygehusvæsenet. I så fald kunne man forestille sig, at medarbejderne kunne dele st-skærmene med patienterne på gangarealer og patient-stuer. I det psykiatriske speciale kan der være visse praktiske problemer i dette, men som et fremtidsperspektiv er tanken vel ikke uhørt, også set i tråd med den tendens, der er i tiden, i forhold til at patienten tager mere ansvar for egen sygdom, bliver tiltagende videnssøgende og aktiv i behandling af egen lidelse. Vi finder det oplagt, at patientens perspektiv på dette felt inddrages i fremtidige undersøgelser.

Standardiseringens begrænsning

Formålet med at implementere Infonet og st-skærme er bl.a. at stimulere personalets brug af retningsgivende dokumenter i deres daglige praksis, og derigennem forberede organisationen til den kommende akkreditering, hvor kvaliteten vil blive sat under lup. Og i denne sammenhæng er der ingen tvivl om, hvad kvalitet er, det er nøje beskrevet i DDKM, som danner baggrund for akkrediteringen. Vi mener, man i vores undersøgelse, kan se på teknologien, som en mediator for nogle overordnede politiske og administrative idéer, nemlig kvalitetsidéen, standardiseringsidéen og akkrediteringsidéen. Derfor finder vi det meningsfuldt at udfordre disse idéer i denne perspektivering.

Flere informanter giver under interviewene udtryk for, at DDKM kan være med til at give et kvalitetsløft i sundhedsvæsenet. Det er godt, at der kommer øget fokus på kvaliteten. Med standarderne bliver der mulighed for en operationalisering af kvaliteten, idet der bliver nogle pejlemærker at styre efter, som er fælles på nationalt plan. Akkreditering er den anden side af DDKM – det skal tjekkes og vurderes af eksterne auditører, om organisationen lever op til de satte standarder. Dette kan opleves af nogle informanter som en slags "politibetjente" og at organisationen kan føle, at de arbejder for at tilfredsstille de eksterne "politibetjente" og ikke for patienternes skyld. Hvorfor akkrediterer vi – for patientens, personalets, organisationens eller systemets skyld – eller er det af en helt anden grund? Kunne man forestille sig DDKM uden akkrediteringsdelen? Er det i virkeligheden ikke DDKM, der giver værdien og arbejdet med denne og ikke selve akkrediteringen? Det opleves som en eksamen at skulle igennem en akkreditering. Er en eksamen det eneste, som får arbejdet med DDKM, standarder og retningslinjer i gang? Hvad er det som driver os?

Det er åbenlyst ikke entydigt for personalet, hvorfor der skal akkrediteres. Både på nationalt, regionalt og lokalt plan har det været forsømt at gøre dette tydeligt for personalet. Der er en klar opfattelse blandt informanterne, at der allerede i dag ydes en høj kvalitet i afdelingen. Kotter beskriver en ottetrinsproces til at skabe større forandringer, hvor man initialt skal etablere en oplevelse af nødvendighed (Kotter 1997). Nødvendigheden af akkrediteringen er ikke åbenlys for informanterne.

ISO-certificerede virksomheder (som kan sidestilles med et akkrediteret hospital) anvender aktivt denne certificering, når virksomheden promoverer sig selv og sit produkt. Vi kender det også fra smily'er, der pryder forretningers og restauranternes facader. Er det fremtiden for det danske sygehusvæsen – at hospitalerne skal kæmpe om patienterne på basis af f.eks. at kunne pryde sig med en akkreditering? Jf. masterafhandling fra 2006 fra CBS "Akkreditering i H:S – Oversættelser og stabilisering" beskrives det, at én af lægernes indvendinger mod akkreditering er, at der ikke er evidens for, at en akkreditering i sig selv giver højere kvalitet (Antonsen, Rasmussen, & Friis 2006). Så det er heller ikke her, vi kan finde svaret. I masterafhandlingen indgår blandt andet interviews med 8 informanter (læger og sygeplejersker), som var ansat i H:S under mindst 1 akkreditering. Siden da har de skiftet arbejdsplads til et ikke-akkrediteret sygehus og de giver nu alle 8 udtryk for, at de helst vil være ansat på et akkrediteret sygehus.

De 8 informanter svarer blandt andet på: Forskellen fra akkrediteret sted til ikke-akkrediteret sted. Her følger de i masterafhandlingen noterede svar:

“Læger

- *Forskel i strukturen og opbygningen af afdelingen*
- *Den daglige planlægning*
- *Mindre faste procedurer i ikke-akkrediteret sted*
- *Lidt friere arbejdsbetingelser i et ikke-akkrediteret sygehus*
- *Mere forvirring om det enkelte patientforløb i ikke-akkrediteret sted*
- *Svært at finde vejledningerne på ikke-akkrediteret sted*
- *Ingen forskel i sikkerheden ved arbejdet i akkrediteret sted og ikke akkrediteret sted*
- *Tvivl om rutinerne i ikke-akkrediteret sted*

Sygeplejersker

- *Mangler nogle gange vejledninger på ikke-akkrediteret sted*
- *Basere mere arbejde på tro end viden i ikke-akkrediteret*
- *Mere evidensbaseret arbejde i akkrediteret sted*
- *Personalet udfører arbejdet mere forskelligt i ikke-akkrediteret*
- *Sværere at ændre procedurer i ikke-akkrediteret sted”*

(Antonsen, Rasmussen, & Friis 2006)(side 91)

Det ser således ud til, at der er noget at opnå ved en akkreditering. Berg beskriver, arbejdet i sundhedsvæsnet er meget præget af uforudsigelighed og kompleksitet (Berg 2004b), hvilket taler imod en standardisering. Men her har vi så 8 klinikere, som har erfaringer fra både akkrediterede og ikke-akkrediterede arbejdspladser og alle 8 foretrækker at være ansat et akkrediteret sted. Som forskel nævnes bl.a., at der er tvivl om rutinerne og at personalet udfører arbejdet forskelligt på ikke-akkrediterede steder.

Fordelene ved en akkreditering nævnes også af Gerdes et al., der beskriver, at de kliniske biokemiske afdelinger er blevet akkrediteret efter ISO-standarder og der er meget få ulemper ved dette, mens fordelene nævnes som især orden og overskuelighed (Gerdes, Hilsted, & Jørgensen 2007). Dette passer fint i tråd med de forskelle, som de 8 informanter i masterafhandlingen nævner oven for.

Sidste år udkom bogen ”Kvalitetens Beskaffenhed”, hvor Peter Dahler-Larsen ser på hvordan kvalitetsbegrebet har udviklet sig over tid, og problematiserer den kommunikation, der foregår i det offentlige rum i forhold til kvalitet. Han beskriver tre forskydninger, som han mener kvalitet er udsat for i vores tid: *”... kvaliteten er blevet allestedsnærværende, offentlig og organisatorisk.”* (Dahler-Larsen 2008)(p. 9). Vi vil se nærmere på den tredje forskydning, den organisatoriske. Her mener Dahler-Larsen, at når kvaliteten bliver bureaukratiseret, og bureaukratiet fokuserer på at undgå kritisable fejl, mister kvaliteten sin betydning som noget efterstræbelsesværdigt, og kvalitetsbegrebet skifter karakter fra et offensivt til et defensivt begreb, hvor kvaliteten formuleres mere ud fra et styringshensyn end et varsomhedshensyn. (Dahler-Larsen 2008).

Dahler-Larsen skriver, at det ofte er truslen om offentlig udhængning og dermed en rigtig kedelig sag under opsejling, der sætter skub i standardiseringsprocessen. Det kan fx være pårørendes klager over en dårlig behandling, hvilket får det politiske og administrative system til at svare igen med standarder:

”Standarder skal så virke forebyggende mod tilsvarende tilfælde i fremtiden, eller, hvad der er lige så godt, sikre at det ledelsessystem, der har indført standarden, ikke vil blive holdt op på et ansvar for tilsvarende tilfælde i fremtiden. Møgsagernes logik fører derved til en stadig bølge af standarder, om ikke andet, så rent forebyggende”(Dahler-Larsen 2008)(p. 114).

Når medarbejderne fremover, igennem teknologien og ikke via afdelingssygeplejersken eller personalemøder, selv skal holde sig orienteret i forhold til en stadig strøm af nye og ajourførte standarder, kan teknologien, set i ovenstående perspektiv, således komme til at gå et ærinde for *”Møgsagernes logik”*. Dahler-Larsen skriver, at omkostningerne ved standardisering ofte sniger sig usynligt ind i det daglige arbejde, hvilket vi genfinder, når en informant udtrykker, at man selv skal finde sig tiden til at følge med i den nye viden. Overfor dette står den synlige risiko lederen løber, hvis man ikke indfører standarder. Dahler-Larsen ser sådan på alternativet: *”Alternativt kan ledelsen selvfølgelig vælge kun at gribe ind overfor den enhed, hvor der er opstået et givet problem, men det kræver information, opmærksomhed og mandshjerte, alt sammen meget knappe ressourcer. Og det eliminerer ikke den principielle risiko for kritik af, at man ikke har forebygget noget tilsvarende i alle involverede enheder.”* (Dahler-Larsen 2008)(p. 114-115). Og derfor mener Dahler-Larsen at standarder spredes, og at standardisering næsten bliver *”... en slags politisk og administrativ jernlov”* (Dahler-Larsen 2008)(p. 115). Når en informant taler om det stigende krav til dokumentation ifm fx medicinudlevering, kan det med Dahler-Larsen’s perspektiv på standardisering netop være et udtryk for en defensiv præget kvalitetstankegang, *”... som standardperspektivet kropsliggør, og er led i større spil om risiko og syndebukning, som det aktuelle dokumentations- og kvalitetspres er sat i gang af og sætter gang i.”* (Dahler-Larsen 2008)(p. 116). Hermed kan teknologien st-skærm og Infonet blive mediator for et sådan standardperspektiv.

Dahler-Larsen påstår at der er sket en lobotomering af vores værdsættelse og dømmekraft i forhold til kvalitetsarbejdet. Det synspunkt mener vi også, en informant giver udtryk for, når hun siger, at standarderne er til for dem, der skal akkreditere afdelingen. Hvis han har ret, mener vi det udfordrer sundhedsinformatikken, som må stilles det spørgsmål: hvordan sikrer vi, at teknologien understøtter kvalitetsarbejdet, så det bliver *”... en støtte til udøvelse af kyndig dømmekraft, ikke en erstatning herfor”* (Dahler-Larsen 2008)(p. 177).

I vores undersøgelsesfelt har ledelsen ikke valgt at tage Infonets mulighed for aktiv modtagerkontrol i anvendelse. Infonet-applikationen giver mulighed for registrering af, om den enkelte bruger har modtaget/læst et nyt eller ajourført dokument, under forudsætning af at der anvendes personligt log-in. Den værdi der ligger bag funktionaliteten *”aktiv-modtagerkontrol”*, kan ses som en del af systemets indlejrede filosofi, og vil få betydning for anvendelsen af systemet. Det er vores vurdering, at den helt overvejende positive holdning blandt informanterne og afdelingens projektgruppe til Infonet og st-skærm, ville have været kompromitteret hvis ledelsen havde valgt at

anvende systemets kontrol-funktion. Der hvor empirien viser tomten nedad, eller udtrykker en vis skepticisme, er ved omtale af standardisering og kvalitetsmåling. Et ønske om at registrere brugernes adfærd i forhold til modtagelse af ERD, kunne af brugerne opleves som standardiseringsidéens forlængede arm, hvor det ledelsessystem der har indført standarderne, kunne forsøge at frigøre sig fra ansvaret i tilfælde af utilsigtede hændelser, eller mangelfuld kvalitet i ydelserne.

Vi mener, at for at få det professionelle bureaukrati som medspiller i kvalitetsarbejdet, kræver det faglige argumenter og et varsomhedshensyn, hvor kvalitet er værd at stræbe efter for patientens skyld.

Del 4 – Litteraturliste og bilag

Litteraturliste

Ampt, A. & Westbrook, J. I. 2007, "Measuring Nurses' Time in Medication Related Tasks Prior to the Implementation of an Electronic Medication Management System", *Information Technology in Health Care* pp. 157-167.

Antonsen, Kristian, Rasmussen, Helle, and Friis, Janne. Akkreditering i H:S - Oversættelser og stabilisering, Masterafhandling. Institut for Produktion og Erhvervsøkonomi CBS 2006 [cited 22-5-2009]; Available from: URL:

<https://theses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/157/073356%20akkreditering.pdf?sequence=1>

Bardram, J. E., Baldus, H., & Favela, J. 2007, "Pervasive computing in hospitals," in *Pervasive Computing in Healthcare*, J. E. Bardram, A. Mihailidis, & D. Wan, eds., Taylor & Francis Group, LLC, Boca Raton, pp. 50-77.

Berg, M. 1999, "Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach", *International Journal of Medical Informatics*, vol. 55, pp. 87-101.

Berg, M. 2004a, "Implementing information systems in health care organizations - Myths and challenges," in *Health Information Management*, M. Berg, ed., Routledge, Abingdon, Oxon, pp. 173-191.

Berg, M. 2004b, "Health care work and patient care information systems," in *Health Information Management*, M. Berg, ed., Routledge, Abingdon, Oxon, pp. 45-64.

Beuscart-Zépher, M.-C., Pelayo, S., Anceaux, F., Maxwell, D., & Guerlinger, S. 2007, "Cognitive analysis of physicians and nurses cooperation in the medication ordering and administration process", *International Journal of Medical Informatics* pp. 65-77.

Bjerrum, H. & Wengler, B. 2. årgangsprojekt, SI, Aalborg Universitet: Indsamling af viden og information via intranettet - en undersøgelse på en udvalgt sygehusafdeling. 2008.

Ref Type: Unpublished Work

Brender, J. 2004, *Metodehåndbog i teknologivurdering af it-baserede løsninger inden for sundhedssektoren* Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Aalborg.

Christensen, K. B. 2008, "Sygeplejerskemanglen fordobler antallet af vikarbureauer", *Sygeplejersken, Danish Journal of Nursing*, vol. 21, pp. 16-20.

Coiera, E. 2006, "Putting the technical back into socio-technical systems research", *International Journal of Medical Informatics*, vol. 76S, pp. 98-103.

Coiera, E. 2000, "When Conversation Is Better Than Computation", *Journal of the American Informatics Association, JAMIA*, vol. 7, pp. 277-286.

D4 Enterprise Solutions. D4 Enterprise Solutions. Hjemmeside 1-1-2500 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.d4.dk/>

Dahler-Larsen, P. 2008, *Kvalitetens Beskaffenhed* Syddansk Universitetsforlag, Odense.

Danmarks Statistik. Statistiske efterretninger - Befolkningens it-færdigheder 2007. Danmarks Statistiks hjemmeside 11-9-2008 Available from: URL: <http://www.dst.dk/upload/befolkningensitfaerdigheder2007.pdf>

Danske Regioner. Mangel på arbejdskraft. Hjemmeside 6-7-2007 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/Nyheder%202008/Nyheder%20august%202008/Mangel%20p-aa-%20arbejdskraft%20udfordrer%20det%20offentlige%20sundhedsvaesen.aspx>

de Bono, Edward. Six Thinking Hats®. Hjemmeside 2008 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.debonothinkingsystems.com/home.htm>

ErhvervsBladet.dk. Jobshopping skaber dårlig stemning. Hjemmeside 17-7-2007 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.erhvervsbladet.dk/article/20070718/news01/70717011/>

Folketingets Økonomigruppe. Analyser af mangel på arbejdskraft i fremtiden. Hjemmeside 6-7-2007 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.eu-oplysningen.dk/upload/application/pdf/d7a1fe6a/note%20juli-arb%20kraft.pdf>

Gerdes, U., Hilsted, L. M., & Jørgensen, H. L. Akkreditering af kliniske biokemiske afdelinger. Ugeskrift for Læger 12. 2007.
Ref Type: Magazine Article

Hansen, A. S., Petersen, F., & Gommessen, L. B. 2006, *På sporet af Sund Viden - Evaluering af et elektronisk Dokumentstyringssystem* Aalborg Universitet.

Harrison, M. I., Koppel, R., & Bar-Lev, S. 2007, "Unintended consequences of information technologies in health care--an interactive sociotechnical analysis", *J.Am.Med.Inform.Assoc.*, vol. 14, no. 5, pp. 542-549.

Høstgaard, A. M. & Nøhr, C. 2004, "Modstand mod forandring," in *Metodehåndbog i forandringsparathed*, EPJ-Observatoriet, Aalborg, pp. 17-22.

Infonet - Psykiatrien i Region Syddanmark. Infonet, dokumentstyringssystem til håndtering af kliniske retningslinjer i Psykiatrien i Region Syddanmark. Psykiatrien i Region Syddanmark 2009

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. IKAS. Hjemmeside 27-4-2009 [cited 22-5-2009]; Available from: URL: <http://www.ikas.dk/>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. 2002, "Organisationskultur," in *Hvordan organisationer fungerer : indføring i organisation og ledelse*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 118-158.

Jensen, C. B., Lauritsen, P., & Olesen, F. 2007, "Introduktion," in *Introduktion til STS - Science, Technology, Society*, C. B. Jensen, P. Lauritsen, & F. Olesen, eds., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 7-15.

Kotter, J. P. 1997, *I spidsen for forandringer* Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s, København.

Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. 1999, "Faser og trin i deltagende observation," in *Deltagende Observation - Introduktion til en forskningsmetodik*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 131-169.

Kruuse, E. 2007, "Det kvalitative forskningsinterview 1 og 2," in *Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og beslægtede fag*, Gyldendals Bogklubber, København, pp. 139-189.

Kvale, S. 1994, "Tredje del: Interviewundersøgelsens syv stadier," in *InterView - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 91-207.

Latour, B. 2005a, "Første del: Om at drage fordel af kontroverser om den sociale verden," in *En ny so cio lo gi for et nyt samfund*, Akademisk Forlag, 2008, København, pp. 41-188.

Latour, B. 2005b, "Konklusion: Fra samfund til kollektiv - kan det sociale atter føjes sammen?," in *En ny so cio lo gi for et nyt samfund*, Akademisk Forlag, København, pp. 286-304.

Launsø, L. & Rieper, O. 2005, "Forskningsprocessen - dataindsamlingsmetoder," in *Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp. 106-156.

Mitchell, N., Randell, R., Foster, R., Owens, R., Dowding, D., & Thompson, C. Decision support technology and nurses: a survey of NHS Trusts in England. *Healthcare Computing*, 191-203. 2007.
Ref Type: Magazine Article

Nielsen, S.-M. B. Svendborg skal teste Map of Medicine. *Dagens Medicin*. 14-1-2009. 22-5-2009.
Ref Type: Magazine Article

Norsk Elektronisk Legehåndbok, Helsebiblioteket. Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). Norsk Helseinformatikk AS 1-1-2500 [cited 22-5-2009]; Available from: URL:
<http://www.legehandboka.no/>

Olesen, F. & Kroustrup, J. 2007, "ANT - Beskrivelse af heterogene aktør-netværk," in *Introduktion til STS - Science, Technology, Society*, C. B. Jensen, P. Lauritsen, & F. Olsen, eds., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 63-92.

Projekt Storskærm-gruppen. Referater fra møder i "Projekt Storskærm"-gruppen. 2008.
Ref Type: Unpublished Work

Riis, O. 2005, "Hvordan kan man observere? Hvordan kan man interviewe?," in *Samfundsvidenskab i Praxis - Introduktion til anvendt metode*, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 77-120.

Scheuer, John Damm. Oversættelsesperspektiver på idéers møde med praksis. Roskilde Universitet, Denmark - Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi 2005 Available from: URL:
<http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/1678/1/nr%206.pdf>

Styregruppen for elektronisk dokumenthåndtering i Region Syddanmark. Referater fra møder i styregruppen for elektronisk dokumenthåndtering i Region Syddanmark. 2008.

Ref Type: Unpublished Work

Sundhedsstyrelsen. Kort om specialeplanlægning. Sundhedsstyrelsens hjemmeside 1-1-2500 [cited 22-5-2009]; Available from: URL:

<http://sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Kort%20om%20specialeplanlaegning.aspx>

Westbrook, J. I., Braithwaite, J., Georgiou, A., Ampt, A., Creswick, N., Coiera, E., & Iedema, R. 2007, "Multimethod Evaluation of Information and Communication Technologies in Health in the Context of Wicked Problems and Sociotechnical Theory", *J.Am.Med.Inform.Assoc.*, vol. 14, pp. 746-755.

Wilken, S. 2006, "Outsideren," in *Pierre Bourdieu*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, pp. 13-35.

(I tilfælde af at en hjemmeside ikke har opgivet seneste opdateringsdato, har vi valgt at skrive 01-01-2500 i Reference Manager Biblioteket, da systemet kræver en dato i feltet: Last Update.)

Bilagsoversigt

Bilag 1 - Eksempler på retningsgivende dokumenter i Psykiatrien i Regionsyddanmark, Vejle

Bilag 2 - Kommissoriet for "Projekt Storskærm"

Bilag 3 - Datapræsentation fra forstudie

Bilag 4 - Observationsskema

Bilag 5 - Brev til afdelingssygeplejersker

Bilag 6 - Brev til informanter



Bilag 7 - Interviewguide

Bilag 8 - Eksempeloversigt over meningskondenseringsprocessen

Bilag 9 - Forkortelser anvendt i projektet

Bilag 10 – Engelsk resumé

Bilag 1 - Eksempler på retningsgivende dokumenter i Psykiatrien i Regionsyddanmark, Vejle

	Vejle - Almen Emne:Vejle - Almen Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret. Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter				Niveau:  Instruks Godkendt af: KOR 25.06.2008
	Dokumentbrugere: Kv. Udvalg	Redaktør: KOR	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.2. 9.1	Version: 1

1) Formål

At forhindre trombo-emboliske komplikationer ved patienter underlagt tvangsfiksering

2) Definitioner

3) Fremgangsmåde

Ved bæltefiksering ud over 1 døgn bør man have fokus på forebyggelse af tromboemboliske komplikationer.

- Patienten mobiliseres mest muligt, skal regelmæssigt op at stå på benene, og tilbydes øvelsesprogram fra fysioterapeut + eventuelt støttestrømper
- Patienten bør altid løsnes til toiletbesøg, dels som led i mobiliseringen, dels for at sikre patientens værdighed og selvfølelse. Efter hver løsning bør det vurderes om fikseringen kan ophøre umiddelbart
- Der tilbydes sveskejuice 150 ml x 1 dagligt
- Hos patienter, der er fyldt 40 år og/eller er overvægtige, dvs. BMI over 27. BMI = vægt(kg) / højde x højde(m) overvejes en af nedenstående:

Inj. Klexane(enoxaparin) 0,4 ml = 40 mg s.c. x 1 dagligt.

Inj. Innohep(tinzaparin) 4500 IE s.c. x 1 dagligt.

Inj. Fragmin(dalteparin) 5000 IE s.c. x 1 dagligt.

- Som 2. valg kan i stedet gives tab. acetylsalicylsyre 300 mg 1. dag, efterfulgt af 75 mg. x 1 dagligt indtil fikseringen ophører.
- Der skal dokumenteres på bæltefikseringsjournal.



4) Dokumentation

5) Indikator

6) Referencer

Lægemiddelkataloget 2007, Infomatum, afsnit om lavmolekylære hepariner side 148.

Desuden udarbejdet efter råd fra ledende overlæge, dr. Med. Steen Husted, medicinsk kardiologisk afdeling, Århus Sygehus, THG.

		Vejle - Almen Emne:Vejle - Almen Udskrivet er dokumentet ikke dokumentstyret.			 Niveau: Instruks
		Kvalitets- og servicemål, som kontaktpersoner har ansvar for under patienters indlæggelse			Godkendt af: KOR 09.03.2009
Dokumentbrugere: Kv. Udvalg	Redaktør: KOR	Dokumentansvarlig: Kv. Udvalg	Dokumentnummer: I.1. 2. 4.1	Version: 3	
Anvendelsesområde:					

1) Formål

2) Fremgangsmåde

Alle patienter skal have en navngiven [kontaktperson](#), der er direkte involveret i behandling (Sundhedsloven). Kontaktperson(er) tildeles indenfor **24 timer** og navne dokumenteres og opdateres for hver indlæggelse (tidstro) i Stamanamnesen (Sta) og på den folder der udleveres til patienten. Patienten skal **skriftligt og mundtligt orienteres om hvad kontaktpersonordningen indebærer**. (Står også i folder, der udleveres til patienten ved modtagelsen) Dokumenteres i Checkliste (ved modtagelse) (Che).

Der gennemføres opfølgningssamtale efter tvangsanvendelse (Psykiatriloven). **Alle patienter** der udsættes for tvangsanvendelse skal tilbydes en **opfølgende eftersamtale** hvor begrundelser for tvangsanvendelsen forelægges, og hvor patienten får lejlighed til at fortælle om sine oplevelser og forståelser af tvangen. Dokumenteres i Checkliste ved tvang under Eftersamtale – vha de hjælpetekster, der findes der og evt. yderligere vha de kommentarer, der stammer fra loven, og som findes under Admin > kom-

mentar

Der spørges ind til børn i familier med psykisk syge (regionalt krav). Børn af psykisk syge er særligt udsatte og har behov for bevågenhed. Derfor skal der spørges ind til, om der bor eller færdes børn i den syges omgang - dvs vi skal kere os om ikke alene biologiske børn, men også om stedbørn, børnebørn, pap og bonusbørn, der evt kan være påvirket af at være en del af en psykisk syg's familie. Dokumenteres i Stamanamnese (Sta), social anamnese, børn under 18 år.

I fald der er børn, udfærdiges et notat om hvert enkelt barn (navn) i Mindreårige børn notat (MBØ).

Børn i familier med psykisk syge tilbydes en opfølgningssamtale ([familiesamtale](#)) (Regionalt krav). I forlængelse af samtalen, handles der på indhentet viden. Samtalen dokumenteres i Mindreårige børn notat (MBØ)

3) Dokumentation

4) Referencer

Bilag 2 - Kommissariat for "Projekt "Storskærm"

Projekt Storskærm

Kommissorium for Projekt Storskærm

Baggrund

Udgangspunktet for dette projekt er den undersøgelse, der blev foretaget i afdelingen i februar 2008, som led i en medarbejders 2. års - projekt på Sundhedsinformatikuddannelsen.

Der blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse i den samlede personalegruppe, for at afdække personalets anvendelse af, og holdning til, intranettet. Der blev i undersøgelsen peget på nye muligheder for at sikre en højere grad af kendskab til, og anvendelse af, retningsgivende dokumenter. Én af de muligheder der blev peget på, var anskaffelse af storskærme med fingertouch-funktion, placeret centrale steder i afdelingen. Dette for at kunne tilgodese den interkollegiale dialog samtidig med en let adgang til et it-medie, som indeholder den nyeste og opdaterede viden i forhold til afdelingens praksis.

Målgruppe

Gruppen af plejepersonale på de to sengeafsnit: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pædagoger og uddannelsessøgende i sengeafsnittene.

Formål

- At medvirke til implementeringen af D4Infonettet på sengeafsnittene
- At sikre plejepersonalets kendskab til D4Infonettet
- At plejepersonalet opnår fortrolighed i anvendelsen af D4Infonettet
- At øge anvendelsen af retningsgivende dokumenter i afdelingens praksis
- At øge tilgængeligheden til/at gøre det nemt at få adgang til - de retningsgivende dokumenter
- At øge plejepersonalets motivation for at anvende retningsgivende dokumenter
- At stimulere personalets brug af retningsgivende dokumenter i deres daglige praksis
- At skabe rum for interkollegial refleksion og kommunikation om best practice
- At reducere personalets oplevelse af stress grundet afbrydelser i arbejdet

Styregruppen

Projektets styregruppe består af afdelingsledelsen (og projektgruppens formand???)

Styregruppens ansvar

Styregruppen stiller de nødvendige rammer til rådighed for projektgruppens arbejde, og holder sig orienteret om projektet. Tager på et senere tidspunkt stilling til om projektet skal udvides til resten af psykiatrisk afdeling.

Projektgruppen

Projektgruppen ledes af formanden, som er afdelingens sundhedsinformatikstuderende. Der deltagere 3 medarbejdere fra hvert sengeafsnit, udpeget af afsnittes afdelingssygeplejerske. Medar-

bejderne vælges ud fra deres interesse for projektet og deres gennemslagskraft i personalegruppen, de bør desuden repræsentere forskellige faggrupper og vagttyper i det omfang, dette er muligt.

Desuden deltager afdelingens kvalitetskoordinator i gruppen.

Projektgruppens ansvar

Projektgruppen skal i fællesskab tage stilling til placering af skærmene i afsnittene, samt foranstalte deres montering.

Projektgruppen skal planlægge og gennemføre motivering og oplæring af plejepersonalet i brug af skærmene og D4Infonet, så ovenstående formål imødekommes.

Projektgruppens formand skal mundtligt og skriftligt holde styregruppen orienteret om forløbet, samt foretage en evaluering af projektet, når skærmene har været i brug nogle måneder.

Finansiering

Afdelingen finansierer indkøb af 2 storskærme med fingertouch-funktion, samt tilhørende computere, værdi ca. kr. 100.000.

I det omfang projektgruppens medarbejdere deltager i møder udenfor arbejdstiden (kan især være aktuelt for aften- og nattevagter), aflønnes dette med time-til-time-betaling.

Der forventes en begrænset mødeaktivitet.

Evaluering

Der skal udfærdiges en skriftlig evalueringsrapport, senest sommeren 2009. Efter aftale med styregruppen formidles resultatet til relevante interessenter.

Afdelingsledelsen den 18. sept. 2008

Psykiatrisk afdeling Vejle

Bilag 3 - Datapræsentation fra forstudie

I dette bilag præsenteres data fra de områder fra forstudiet: Møder i afdelingens projektgruppe, interview med iHospital Horsens og observationsdata fra feltstudie.

Data fra møder i "Projekt Storskærm"

I det følgende vil vi præsentere den viden/ de statements vi har uddraget fra referaterne fra møderne i projektgruppen "Projekt Storskærm". Det drejer sig om tre referater, fra henholdsvis den 30/10-08, den 20/11-08 og den 22/12-08. Udover disse tre skriftlige referater, er en del af projektgruppemøderne optaget på bånd. Disse har vi, med projektgruppens accept, lyttet igennem, og suppleret den viden der fremgår af referaterne med den vi har "lyttet os til". Vi har valgt at præsentere denne viden i de emner der naturligt hører sammen.

Hidtidige erfaringer med at anvende retningsgivende dokumenter

Ved det første projektgruppemøde drøftedes afdelingens hidtidige erfaringer med anvendelse af retningsgivende dokumenter, som har været placeret i fysiske proceduremapper eller på intranettet. Drøftelsen tog udgangspunkt i nedenstående 4 spørgsmål, hvorunder vi har præsenteret de fremkomne temaer.

"I hvilke situationer er de dokumenter, der lå på det gamle intranet eller i procedurebogen blevet brugt?"

- Når man vil friske noget op og leder efter noget praktisk
- Man griber proceduremappen, når den står der i stedet for at anvende intranettet
- Når man finder noget fra 1987 eller 1992 bliver man helt i tvivl, så ender det med, at man alligevel spørger en kollega
- Det var svært at bruge søgefunktionen på det gamle intranet, hvor oplevelsen var, at man ikke kunne finde det, man leder efter
- En ny i afdelingen har meget spurgt sine kolleger om procedurer i stedet for at anvende intranet eller proceduremapper. Dialogen har været vigtig.

Hvilke retningslinjer har oftest været brugt?

- Hyppigt anvendte retningsgivende dokumenter er procedurer vedr. tvang, modtagelse af akutte patienter og abstinensbehandling
- Et afsnit har udarbejdet en lokal proceduremappe, som også indeholder refleksioner over praksis og afspejler afsnittets kultur og holdninger ("Vores mappe")

Hvor stor betydning har det haft, at der var retningsgivende dokumenter for plejen?

- Kvaliteten øges som følge af fælles retningsgivende dokumenter. Afdelingen har erfaring med, at så længe der måles på kvaliteten i forbindelse med et projekt, er der stor opbakning omkring at følge retningslinjerne, men når projektet ophører og man ikke længere bliver målt, så falder efterlevelsen. Ligesom et stort personaleflow i afdelingen påvirker efterlevelsen af retningslinjerne negativt.

- Det kan give sammenstød mellem kolleger, når praksis ikke efterleves som foreskrevet.
- Hvis ikke der er retningsgivende dokumenter bliver plejen funderet på personalets individuelle vurderinger og holdninger.

Hvem har mest glæde af retningsgivende dokumenter?

- Retningsgivende dokumenter er et godt udgangspunkt for en faglig dialog mellem kolleger i afdelingen og man bliver anderledes opmærksom på dilemmaer og problemstillinger
- Patientbehandlingen skulle blive bedre.

Placering af st-skærmene

Det fremgår, at man i første omgang beslutter en ens placering af st-skærmen på de to sengeafsnit. Begge steder peges der på en placering på endevæggen, hvor der vil kunne skabes bedst plads foran skærmen, uden at man vil være til gene for trafikken på kontoret. Begge steder vil det give anledning til ommøblering på kontorerne, nedtagning af hylder, og dermed en oprydning i gamle ringbind, hvilket omtales som en sidegevinst. På E32 omgøres denne placering senere under et personalemøde i sengeafsnittet, og det beslutes i stedet at placere st-skærmen på venstre sidevæg ud fra den begrundelse, at patienter ellers vil kunne stå og følge med på skærmen, fra vinduet mod gangen. Det diskuteres efterfølgende på projektmødet, om det giver anledning til problemer, at patienterne "ser med" fra gangen, når der fremfindes dokumenter. Det mener projektgruppens deltagere ikke, men beslutningen om at ændre placering til sidevæggen fastholdes.

Information og oplæring i brug af st-skærmene og Infonet

På begge afsnit vælger man en model med sidemandsoplæring af personalet, både ift. st-skærmen og ift. Infonet. Hver projektdeltager påtager sig ansvaret for at sidemandsoplære en defineret gruppe af personalet. På E31 vil man desuden bruge mediet "Sidste nyt-bogen", samt afholde små fællesseancer ved projektdeltagerne. På E32 vil man bruge personalemøder til at orientere og introducere. Desuden vil man på begge afsnit aktivt opfordre personalet til at deltage i en grundlæggende introduktion til Infonet ved kvalitetskoordinatoren, som udbyder dette løbende for hele afdelingen. Det drøftes, at der kan være forskel på, hvor stor opgaven med sidemandsoplæringen vil blive, bl.a. nævnes, at gruppen af aftenvagter måske i højere grad følger egne rutiner, og ikke vil være motiverede for at bruge de retningsgivende dokumenter.

Organisationen omkring Infonet

Hvad gør man, hvis man støder på noget, der er forældet eller man mangler en procedure for noget. Er organisationen klar for brugerne? Procedurerne er dynamiske og foranderlige og brugerne har indflydelse på dette. Der skal være faglig argumentation og ledelsesopbakning, hvis der skal ændres noget.

Erfarne folk har tavs viden og det skal vi være åbne overfor. Alle er selv en del af organisationen og har dermed et ansvar for at bidrage til Infonet.

Praktiske forhold

Begge afsnit beslutter, at skærmene altid skal stå tændte, og Infonet være åbent på siden, hvor flowdiagrammet vises, og nattevagterne hver nat genstarter computerne i lighed med afsnittets øvrige computere.

Det besluttes at afholde en indvielsesceremoni af st-skærmene i begge afsnit, med rød snor, der skal klippes over og en indvielsestale. Projektdeltagerne beslutter selv, hvem der holder talen.

Der anskaffes rengøringsmiddel til skærmene.

E31 vil anskaffe og afprøve en arm til tastaturet, da placeringen på et bord under st-skærmen giver en uhensigtsmæssig arbejdsstilling.

Det drøftes, at det er uheldigt at der ikke er placeret dokumenter i alle flowbokse endnu, da det virker demotiverende for personalet, når der trykkes forgæves på en boks, men projektgruppen beslutter at fortsætte implementeringen som planlagt og så rykke for opdateringen af flowbokse. Det er kun regionens kvalitetschef, der har adgang til denne funktionalitet. Projektgruppen ved, at alle procedurer er lagt over i Infonet uden, at det har været udsat for revidering og godkendelse. Dette er gjort ud fra princippet – det der var gældende i går gælder også i dag – indtil nye er lavet. Hvad der evt. måtte ligge på papir eller personlige drev har ikke kunnet findes på intranet eller i mapper, hvorfor dette ikke rutinemæssigt er lagt i Infonet.

Anvendelse af touchskærme på Regionshospitalet, Horsens

Interview den 19.12.08 med innovationskonsulent Birgitte Bigom Nielsen, Afdelingen for Kvalitet og Sundheds-IT, Regionshospitalet, Horsens.

På Regionshospitalet, Horsens, har personalet (sygeplejersker, læger, lægesekretærer, serviceassistenter, laboranter, sterilcentral osv.) siden 2005 anvendt store touchskærme til afviklingen af iHospital, som er et IT-system, hvor afviklingen af operationsprogrammet kan følges og dermed støtter personalets overblik og samarbejde.

I dag anvendes touchskærme også i den fælles akutte modtagelse til at visualisere overblikket over patienterne som en del af FAME-projektet.

De mange personaler anvender fingrene og ikke en pen til at håndtere funktionerne på skærmene og det sker skønsmæssigt 300-500 gange pr. time pr. skærm. Der skal ikke skrives meget via skærmene, idet en del kan håndteres via standardtekster, som kan tilvælges. Hvis der en sjælden gang skal skrives mere, så anvendes fysisk tastatur.

Skærmene er fastmonteret på væggen og dette har angiveligt ikke givet anledning til ergonomiske gener for brugerne. Skærmene rengøres 1 gang i døgnet med skærmrens.

Skærmene anvendes 24 timer i døgnet alle ugens dage. Der er ikke pauseskærm slået til og der er angiveligt ikke problemer med, at skærmbilledet brænder fast.

Der anvendes fælles login på skærmene og skærmene står altid klar til brug. Personalet oplever angiveligt, at touchskærme er en hurtig og let adgang til information og til at komme af med information. Man er hurtigt videre med sit arbejde via touchfunktionen. Den interaktive måde at arbejde på fungerer godt og det er rart for personalet at undgå anvendelse af mus.

Der har ikke været oplevet problemer for personalet at anvende den nye teknologi og der har ikke været gennemført en særlig forberedelse til teknologien blandt personalet. Alle faggrupper har

taget godt imod teknologien. Skærmene blev hængt op og så anvendte personalet blot skærmene. Der har ikke været tilkendegivelser om, at personalet oplever det som et problem, at kolleger ser over skulderen, mens man arbejder.

Det oplyses endvidere, at man ved indkøb at skærmene skal tænke sig godt om, så man er bevidst om, hvad skærmene skal anvendes til – hvilke opgaver skal skærmene anvendes til at løse. Der tænkes her på, at det ikke er hensigtsmæssigt at skulle scrolle for meget.

Ud over at det opleves som positivt at arbejde med touchskærme, så har applikationen – iHospital – betydet en stor, positiv indvirkning på samarbejdet og bedret arbejdsmiljøet i afdelingen og med samarbejdende afdelinger. Kommunikationen bliver målrettet de rigtige modtagere og det har også betydet, at der opleves færre afbrydelser i hverdagen. Som illustration af dette sendes 2200-2300 chatbeskeder via skærmene om måneden, som tidligere ville have været formidlet via telefonopringninger.

Præsentation af observationsdata fra feltstudie

I råmaterialet er alle hændelser under observationen noteret i observationskemaet. Ved transkribering af observationsdata er hændelser, som ikke umiddelbart relaterer sig til forsknings-spørgsmålene, sorteret fra (f.eks. A kommer ind og sætter sig ved bord 1 og arbejder ved skærmen, og indbyrdes kliniske dialoger, som ikke relaterer sig til anvendelse af procedurer eller at en patient banker på ruden og B går ud til patienten).

Menneskeaktører er benævnt ved bogstaver. Det er ikke de samme aktører, der går igen i de 4 observationsstudier.

Observationsdata fra skærmet afsnit E31 – dagvagt

Under observationsstudiet indgår følgende menneske-aktører:

- A - sygeplejerske
- B - sygeplejestuderende
- C - social- og sundhedsassistent
- D - læge
- E - afdelingssygeplejerske
- F - sygeplejerske
- G - læge
- H - læge
- I - nyansat plejepersonale
- J - patient
- K - kvalitetschefen (ikke fysisk til stede)

Startscenarie:

Skærmen er tændt, viser Infonet med flowdiagram og det virtuelle tastatur.

Afdelingssygeplejerske E introducerer nyansat plejepersonale I til afdelingens procedurer via retningsgivende dokumenter fra Infonet ved st-skærm. Fremfinder dokumenter via flowdiagram. Dobbeltklikker flere gange med fingeren på en flowboks uden at få fremvist et dokument. Herefter forsøges i samme flowboks via fysisk tastatur. Ligeledes forgæves. Afdelingssygeplejerske E må bøje sig og række meget til højre for at nå musen, samtidig med at hun holder øje med, hvor på skærmen hun trykker. Mus og tastatur er placeret på et lille bord ca. 30 cm. under st-skærmen. Afdelingssygeplejerske E konkluderer herefter, at nogle bokse er tomme i flowdiagrammet, idet kvalitetschefen K ikke er færdig med at placere alle dokumenter i de relevante bokse. Under in-

troduktionen står en patient J uden for på gangen ved glasdør og iagttager hændelsen. Afdelings- sygeplejerske E vinker til patient J, som fortsætter med at se på. Eksempler på nogle af de dokumenter, der fremfindes er:

- ”Visitation af patient og pårørende og deres ejendele, Skriftlig orientering ved anvendelse af tvangsforanstaltning: personlig skærmning”
- ”Genoplivning, instruks for ikke lægefaglige medarbejdere”
- diverse dokumenter om misbrug og tvangsforanstaltning

Introduktionen begynder kl. 10.55 og er ikke afsluttet ved observationens afslutning kl. 11.30.

Læge G og læge H sidder ved bord 1, hvor læge G introducerer læge H til procedurer ifm. tvangsforanstaltninger og ”Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien”. Læge G tager et ringbind på hyl- den bag sig med retningsgivende dokumenter og bladrer heri. Observatør spørger læge G, hvorfor han anvender mappen i stedet for st-skærmen, hvortil han svarer, at han ikke tror, at netop disse dokumenter er på skærmen og efter en lille pause tilføjer han med et smil, at han heller ikke kan finde ud af at bruge skærmen.

Læge D sidder ved bord 1 og tager et ringbind fra hylden bag sig og finder et tvangsskema mhp. udfyldelse til efterregistrering ved sekretær. På observatørens spørgsmål forklarer læge D, at det er afdelingens procedure vedr. tvangsindberetninger til SST, hvor det er sekretæren, der efterfølgende indberetter tvangsforanstaltningen elektronisk til Sundhedsstyrelsen.

E31 – aftenvagt

Under observationsstudiet indgår følgende menneske-aktører

- | | |
|------------------------------------|---|
| • A – erfaren sygeplejerske | • F – læge |
| • B – yngre sygeplejerske | • G – patient |
| • C – vikar og sygeplejestuderende | • H – pårørende |
| • D – erfaren sygeplejerske | • I – patient, der ikke er indlagt (ikke fysisk tilstede) |
| • E – ergoterapeut | |

Startscenarie: Skærmen er tændt og slået op på intranettet visende booking af biler.

Sygeplejerske D, som mest arbejder om natten, fortæller, at hun ikke har brugt st-skærmen endnu. Hun siger, at hun har forsøgt, men oplevede så, at noget var rødt og gået i stykker og så virkede Infonet ikke.

Alarm lyder og alle personaler på kontoret, undtagen læge F, der taler i telefon, forlader kontoret og løber efter alarmerne. Det drejer sig om patient G, der har skåret i sig selv med skår fra et krus ude på et toilet i afsnittet, fordi hun hørte stemmer. Ingen giver udtryk for usikkerhed i forhold til håndtering af episoden og ingen konsulterer Infonet. Vikar C spørger ergoterapeut E, hvor skårene må smides ud. Sygeplejerske B og vikar C taler om, hvordan sygeplejerske B har håndteret episoden med patient G, der havde skåret sig. Vikar C vil vide, hvad sygeplejerske B gjorde, som fortæller, at det var overfladiske sår ellers skulle læge have været tilkaldt.

Sygeplejerske A taler i telefonen med pårørende H til en kendt patient I i afdelingen. Patient I er p.t. ikke indlagt, men pårørende H ringer og er bekymret for patient I, der er forsvundet. Pårørende H ved ikke, hvad vedkommende skal gøre. Efter telefonsamtalen taler de tilstedeværende personer om situationen. Er patienten suicidal og skal politiet indblandes. Sygeplejerske D mener, at der skal gå 24 timer, inden politiet vil involveres. Sygeplejerske A har senere konsulteret afdelingens læge og pårørende H ringes herefter op og informeres om, at politiet skal kontaktes, hvis patient I ikke dukker op. Telefonnummer til politi gives.

Sygeplejerske A fortæller, at hun bruger Infonet fra it-arbejdspladsen, hvor hun også arbejder med EPJ, hvis der lige er noget, hun skal have tjekket. Rejser sig ikke fra stolen for at anvende st-skærm. Endvidere fortæller sygeplejerske A, at hvis man ikke er garvet, så har man mere brug for at konsultere retningsgivende dokumenter. Sygeplejerske A giver endvidere udtryk for, at der mangler en arm, som det fysiske tastatur kan hænge på.

St-skærmen eller mapper har ikke været konsulteret under observationen.

E32 – dagvagt

Under observationsstudiet indgår følgende menneske-aktører

- A - sygeplejestuderende
- B - sygeplejerske og kvalitetsmedarbejder
- C - social rådgiver
- D - sygeplejestuderende
- E - sygeplejerske
- F - sygeplejerske og kvalitetsmedarbejder
- G - sygeplejerske
- H - sygeplejerske
- I - souschef
- J - afdelingssygeplejerske

Startscenarie: St-skærmen tændt, viser "skrivebordet", Infonet ikke åbnet.

Sygeplejerske E går hen til st-skærmen, dobbeltklikker med fingeren på Infonet-ikonet flere gange uden at applikationen åbnes, virker irriteret og siger at det ofte er svært at åbne med finger touch. Åbner herefter vha. det fysiske tastatur, der er placeret på en hylde under st-skærmen. Observatøren spørger hvorfor Infonet er lukket ned og sygeplejerske E svarer at det ved hun ikke, tror at det bare ikke er blevet åbnet siden den rutinemæssige nedlukning om natten. Taler om at de skal have en fast procedure om dette. Forlader st-skærmen med Infonet åbent.

Sygeplejestuderende D sidder ved bord 4, sygeplejerske E kommer ind på kontoret og afbryder sygeplejestuderende D. Afbrydelsens indhold er klinisk, relateret til vejledningsrollen ift sygeplejestuderende. Sygeplejerske F kommer ind på kontoret og deltager i samtalen.

Sygeplejerske G kommer ind på kontoret, afbryder sygeplejestuderende D, sygeplejerske E og sygeplejerske F ved bord 4. Afbrydelsens indhold handler om rengøring af sengestue.

Souschef I + afdelingssygeplejerske J kommer ind på kontoret. Souschef I fortæller observatøren at hun er glad for at der er koblet printer til st-skærmen, da hun ofte ifm introduktion af nyt personale, har brug for at printe retningsgivende dokumenter ud, fx funktionsbeskrivelsen for den nyansatte.

Sygeplejerske B + sygeplejerske F går til st-skærm. Leder sammen efter instruks om modtagelse af patient udenfor modtagelsens åbningstid, for at se hvad der står, da de skal ajourføre instruks. Finder frem til hvad der skal ajourføres. Fremfinder herefter et andet dokument vedr. revurdering af tvang, som de diskuterer.

E32 – aftenvagtt

Skærm er tændt og slået op på acrobat reader – ikke noget dokument hentet frem. Infonet og virtuelt tastatur ligger i proceslinjen.

Under observationsstudiet indgår følgende menneske-aktører

- A – sygeplejestuderende
- B – erfaren social- og sundhedsassistent
- C – erfaren sygeplejerske
- D – fast vagt
- E – erfaren social- og sundhedsassistent
- F – erfaren social- og sundhedsassistent
- G – portør
- H – patient
- I – vagtlæge (ikke fysisk til stede)
- J – vagthavende læge (ikke fysisk til stede)
- K – akut patient

Akut patient K modtages af social- og sundhedsassistent B. Anvendte ikke st-skærm eller mapper med procedurer. Social- og sundhedsassistent B fortæller sygeplejerske C, at patient K ikke er blevet vist rundt i afdelingen, idet vedkommende tidligere har gjort rent i afdelingen.

Social- og sundhedsassistent B kommenterer, at det er svært at anvende Infonet-ikonet og at det kan være svært at søge på ord.

Social- og sundhedsassistent B og sygeplejerske C taler om en episode en anden dag, hvor en potentiel patient blot mødte op og ville indlægges. Denne blev afvist og bedt om at henvende sig ved vagtlæge I. Personalet kunne se fra vinduerne, at der blev ringet fra nærmeste telefonboks og kort efter ringede vagtlæge I til vagthavende læge J og får indlagt patienten – uden at nogen har set patienten og forholdt sig til denne. Dette mener social- og sundhedsassistent B og sygeplejerske C strider mod afdelingens procedurer.

Sygeplejerske C og social- og sundhedsassistent E samarbejder om at optælle en patients kontakter, som er låst inde i afdelingen. De underskriver begge resultatet.

Bilag 4 - Observationsskema

5							
Tid	Initialer /fag-gruppe/kend-tegn	Aktivitet <ul style="list-style-type: none"> • Dialog • Afbrydelser • Telefonsamtale • PC • Storskærm • Andet 	Indhold i aktiviteten <ul style="list-style-type: none"> • Administrativ • Teknisk • Klinik • Privat • Interaktion med it • Andet 	Følelsesmæssig Reaktion <ul style="list-style-type: none"> • Glad • Ked • Neutral • Irriteret • Vred • Andet 	Hvem er i øvrigt til stede	Hvordan er situationen i øvrigt ift stress? <ul style="list-style-type: none"> • Neutralt • Skærpet • Kritisk 	Observatorens noter (F.eks. opklarende spørgsmål eller noget vi ikke kan komme af med andre steder)
Opstartsscenario							

Bilag 5 - Brev til afdelingssygeplejersker

Vejle den 16. januar 2009

Afdelingssygeplejersker

Psykiatrisk afdeling

Psykiatrien i Region Syddanmark

Vedr. dataindsamling til masterprojekt

Kære XXX

Undertegnede er sundhedsinformatikstuderende ved Aalborg Universitet. I forbindelse med vores masterprojekt vil vi gerne undersøge anvendelsen af elektroniske, retningsgivende dokumenter i psykiatrisk praksis og har i den forbindelse fået positivt tilsagn fra afdelingsledelsen om, at vi må få adgang til at samle data ind fra psykiatrisk afdeling i Vejle. Vi har som bekendt allerede foretaget et mindre observationsstudie som forberedelse til en interviewundersøgelse.

For at gennemføre interviewundersøgelsen har vi brug for din hjælp. Vi har brug for hjælp til at få valgt de medarbejdere ud, der skal inviteres til et interview.

Vi har udarbejdet følgende, som vi håber, du vil udvælge medarbejderne efter.

- Alle vagttyper repræsenteres: Dagvagt: 2, aftenvagt: 2 og nattevagt: 1 (fra hvert afsnit)
- Repræsentation fra følgende anciennitetsgrupper: ansat mellem 01.12.08-01.02.09, ½-2 års ansættelse og over 2 års ansættelse
- Følgende faggrupper repræsenteres: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, uddannelsessøgende og ergoterapeuter. Repræsentation af medarbejdere med og uden nøglefunktioner. Følgende nøglefunktioner ønskes repræsenteret: kvalitetsmedarbejder samt vejleder for uddannelsessøgende
- Repræsentation af følgende aldersgrupper: under 30, 30-50, over 50
- En informant kan meget vel dække flere af kriterierne og hvert afsnit behøver ikke selv at dække alle kriterier.

Interviewene vil vare ca. 30 min. og disse vil blive optaget på bånd, som efterfølgende transskriberes. Deltagerne vil være anonyme i projektet.

Vi håber, at du og din afdelingssygeplejerskekollega vil udfylde og returnere vedlagte skema. Når skemaet er udfyldt, vil vi træffe aftale med informanterne om tid og sted for interviewet, som vi gerne vil gennemføre i uge 10.

Har du spørgsmål i forbindelse med ovenstående, er du velkommen til at kontakte os på nedenstående mail eller telefon.

Venlig hilsen

Simone Behr

Hanne Bjerrum

Tlf.: 89 49 23 40 / 20 72 98 38

Tlf.: 79 40 58 98 / 22 64 82 77

Mail: simobehr@rm.dk

Mail: hanne.bjerrum@slb.regionsyddanmark.dk

Sundhedsinformatikstuderende

Sundhedsinformatikstuderende

Aalborg Universitet

Aalborg Universitet

Nr.	Afsnit	Navn	Fag-gruppe	Alder	Vagtlag	Anciennitet i afd.
1	E31				Dag	
2	E31				Dag	
3	E31				Aften	
4	E31				Aften	
5	E31				Nat	
6	E32				Dag	
7	E32				Dag	
8	E32				Aften	
9	E32				Aften	
10	E32				Nat	

Bilag 6 - Brev til informanter

Vejle den 16. januar 2009

Kære

Vi er glade for, at du vil stille dig til rådighed for et interview vedr. brug af storskærmen i jeres afdeling.

Vi er studerende ved Aalborg Universitet og er i gang med vores afsluttende masterprojekt. Vi studerer anvendelsen af informatiksystemer i sundhedsvæsenet og undersøger i dette projekt anvendelsen af storskærme med touch-funktion og anvendelse af elektroniske retningsgivende dokumenter i klinisk praksis.

Vi forventer, at interviewet tager ca. en halv time. Interviewene med dig og dine kolleger forventes gennemført i uge 10 og så vidt muligt inden for normal arbejdstid efter aftale med afdelingsledelsen.

Interviewet vil blive optaget på bånd og efterfølgende renskrevet. Båndene vil blive slettet. Du og dine kolleger vil være anonyme i projektet og du er velkommen til at læse projektet, når vi er færdige.

Vi kontakter dig i uge 8 for at træffe nærmere aftale om tidspunkt for interviewet. Vi har ingen forventning om, at du forbereder dig på interviewet.

Har du spørgsmål er du velkommen til at kontakte os på nedenstående mail eller telefon.

Venlig hilsen

Simone Behr

Hanne Bjerrum

Tlf.: 89 49 23 40 / 20 72 98 38

Tlf.: 79 40 58 98 / 22 64 82 77

Mail: simobehr@rm.dk

Mail: hanne.bjerrum@slb.regionsyddanmark.dk

Sundhedsinformatikstuderende

Sundhedsinformatikstuderende

Aalborg Universitet

Aalborg Universitet

Bilag 7 - Interviewguide og baggrundsdata

Indledning

- tak fordi du vil deltage, det har stor betydning for os

Præsentation

- præsentation af informant
- sundhedsinformatikstuderende
 - o interviewer – gennemfører primært interviewet
 - o observatør – holder øje med tid, teknik, tager noter om ting, som vi skal huske og tjekker om vi har været rundt om temaet

Hvad er projektets formål

At undersøge anvendelsen af retningsgivende dokumenter på storskærm med touch-funktion (vi vil bare bruge ordet storskærm her i interviewet, det er det ord personalet bruger om skærmen til daglig).

Vi er optaget af, hvad det betyder for jer og for afdelingen at få denne teknologi ind på kontoret.

Masterprojekt

Hvordan har vi forberedt os på at interviewe jer

Vi har indsamlet data på forskellig vis:

- referater fra den overordnede beslutning i Region Syddanmark om at indføre Infonet, referater fra projektstorskærm-gruppen, deltagelse i gruppemøder
- interviewet én, der arbejder med lignende skærme, men andet indhold, i Horsens
- materiale om Infonet og DDKM
- observationsstudie fra begge afsnit

Hvordan forløber interviewet?

- vi har opstillet 6 temaer, som vi gerne vil høre din holdning til. Vi vil undervejs sige til, når vi går over til et nyt tema.
- varighed ca. ½ time
- du kan når som helst stille spørgsmål eller afbryde/afslutte det
- der findes ingen forkerte svar
- vi er interesserede i din uforbeholdne mening og holdning til de spørgsmål, vi stiller dig
- du taler kun for dig selv, også selv om du evt. bestrider en særlig post i afdelingen
- dine svar vil blive behandlet anonymt, hvis vi bliver i tvivl, om en udtalelse vil kunne tilbageføres til dig, vil vi sløre den – eller vi vil tale med dig om det

- nogle spørgsmål kan synes overflødige, fordi du synes du har svaret på det, men det vil være et forsøg fra vores side på, at afdække perspektivet hele vejen rundt

Hvad gør vi med data

Interviewet optages via administrativt notat i EPJ og umiddelbart efter interviewet vil lydfilen blive sendt til en sekretær, som har tavshedspligt og som straks begynder afskrivning, herefter slettes interviewet fra databasen.

Hvad med undersøgelsens resultat

Hvis du er interesseret i at læse projektet i sin helhed kan vi sende det til dig efter eksamen i juni

Forskningsspørgsmål/metrikker?	Undersøgelsesspørgsmål/målepunkter?
<p>Første tema handler om at anvende retningslinjer i plejen:</p> <p>Det er jo ikke noget nyt, at skulle forholde sig til procedurer og retningslinjer indenfor sygeplejen.</p> <p>Hvordan er din holdning til det overhovedet at anvende procedurer eller retningslinjer for patientplejen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Giver det mening for dig at anvende retningsgivende dokumenter? • Prøv at fortælle om, hvordan du mener, retningsgivende dokumenter bliver til her i afdelingen? • Hvis vi siger den danske kvalitetsmodel – hvad er din holdning denne?
<p>Andet tema handler om anvendelsen af dén nye teknologi I har fået ind på kontoret:</p> <p>Hvordan oplever du anvendelsen af den nye teknologi – her tænker vi både på storskærmen og på Infonet, det system, hvor du finder de retningsgivende dokumenter?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er det at arbejde med storskærme med touch funktion? • Hvordan er ergonomien, når du arbejder med storskærmene? • Hvordan er det at arbejde med Infonet? (f.eks. er det let at lære, let at få overblik og let at huske, let at søge) • Vil du fortælle om din holdning til Infonet som system, til at opbevare retningsgivende dokumenter i? • Hvordan oplever du placering af skærmen i forhold til den øvrige kontorindretning? • Hvordan oplever du placering af skærmen i forhold til patienterne?
<p>Tredje tema handler om introduktion og om oplæring, hvor vi med introduktion tænker på den strukturerede introduktion i begyndelsen af en ansættelse, og oplæring som den</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan introduceres nyt personale til procedurerne i afdelingen? • Hvordan oplæres nyt personale til procedurerne i afdelingen? • Hvordan anvendes storskærmen ved introduktionen

<p>mere langvarige proces, som alle kolleger i et eller andet omfang tager del i:</p> <p>Hvordan oplever du introduktion og oplæring af nye medarbejdere i forhold til procedurerne i afdelingen?</p>	<p>og oplæringen af nye medarbejdere?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan bidrager storskærmen til introduktionen og oplæringen af nye medarbejdere? • Synes du der er nogen forskel på introduktion og oplæring til retningsgivende dokumenter i dag, i forhold til før I fik storskærm og elektroniske dokumenter?
<p>Fjerde tema handler om det kollegiale samarbejde:</p> <p>Hvordan oplever du det kollegiale samarbejde om plejen og behandlingen i forhold til at efterleve afdelingens procedurer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan arbejder I med retningsgivende dokumenter i hverdagen? • Hvordan er samarbejdet med de andre faggrupper, der kommer i jeres afdeling, omkring de retningsgivende dokumenter? • Hvad gør du, hvis du er i tvivl om en procedure i en given situation? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvorfor • Er I altid enige om gældende procedurer? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvis ikke – hvad gør I så? • Hvordan har du det med storskærmen? <ul style="list-style-type: none"> ○ at den overhovedet hænger der ○ udstiller man sin uvidenhed ved at stå der ○ interkollegial diskussion foran skærmen – 2 der står og diskuterer et retningsgivende dokument foran skærmen – hvad synes du om det? • hvordan vurderer du at holdningen til elektroniske retningsgivende dokumenter er blandt dine kolleger? • Synes du der er nogen forskel på holdningen til retningsgivende dokumenter i dag, i forhold til før I fik storskærm og elektroniske dokumenter?
<p>Femte tema handler om afbrydelser i hverdagen:</p> <p>Hvordan oplever du afbrydelser i din hverdag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vil du fortælle lidt om afbrydelser i dagligdagen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvad betyder afbrydelser for dig ○ For dit psykiske arbejdsmiljø ○ Hvordan påvirker det dit arbejde? • Hvordan kan afbrydelsesmønstret ændres? • Synes du der er nogen forskel på afbrydelsesmønsteret i dag, i forhold til før I fik storskærm og elektroniske dokumenter?

<p>Sjette tema handler om kvaliteten i den pleje og behandling patienterne modtager i din afdeling:</p> <p>Hvordan oplever du kvaliteten i plejen og behandlingen i forhold til at efterleve de retningsgivende dokumenter?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad har du anvendt elektroniske retningsgivende dokumenter til? – i hvilke situationer og til hvilket formål? Hvis NEJ i baggrund: <ul style="list-style-type: none"> ○ Du sagde i starten, at du ikke har anvendt ERD – hvorfor ikke det? ○ Hvad gør du i stedet? ○ Hvad skal der til for, at du vil bruge ERD? • Hvordan ser du på sammenhængen mellem kvalitet og retningsgivende dokumenter? • Hvordan er kvaliteten af de tilbudte retningsgivende dokumenter? • Hvad skal der til for at du synes kvaliteten af et retningsgivende dokument er i orden? • Hvordan ser du retningsgivende dokumenter i forhold til kvaliteten af den pleje du yder? • Når/hvis du har behov for at konsultere et retningsgivende dokument - kan du finde svar på dine spørgsmål? • Synes du der er nogen forskel på den kvalitet i patientplejen du yder i dag, i forhold til før I fik storskærm og elektroniske dokumenter?
Afrunding	<ul style="list-style-type: none"> • Er der noget du gerne vil sige inden vi afslutter? noget som vi ikke har været inde på i relation til retningsgivende dokumenter eller storskærm?

Baggrundsspørgsmål ved interview

Dato	
Navn	
Afsnit	
Alder	
Anciennitet i afdelingen	

Faggruppe	
Vagtlag	
Specialfunktion/rolle i afdelingen	
Har du været involveret i implementering af Infonet?	
Har du været til introduktion til Infonet ved kvalitetskoordinator Karen Ottosen? Hvis nej – hvorfor ikke?	
Har du anvendt elektroniske retningsgivende dokumenter siden opstarten 02.12.08? hvis ja – hvor længe	
Hvordan vil du beskrive dit anvendelsesniveau ift. at kunne finde ud af at bruge Infonet? højt, medium eller lavt?	

Informanter og baggrundsspørgsmål – side 1

Interviewets varighed	22 min	37 min	27 min	31 min	28 min
Informant	A	B	C	D	E
Afsnit	Åben	Skærmet	Skærmet	Åben	Åben
Alder	30-50	>50	<30	30-50	<30
Anciennitet i afdelingen	>2 år	<½ år	>2 år	>2 år	<½ år
Faggruppe	SSA	Sygeplejerske	Ergoterapeut	Sygeplejerske	SSA
Vagtlag	Dag	Dag	Dag	Dag	Dag
Specialfunktion/rolle i afdelingen	Vejleder SSA-elever	Nej	kvalitetsmedarbejder	Vejleder for studerende Kvalitetsmedarbejder	Nej

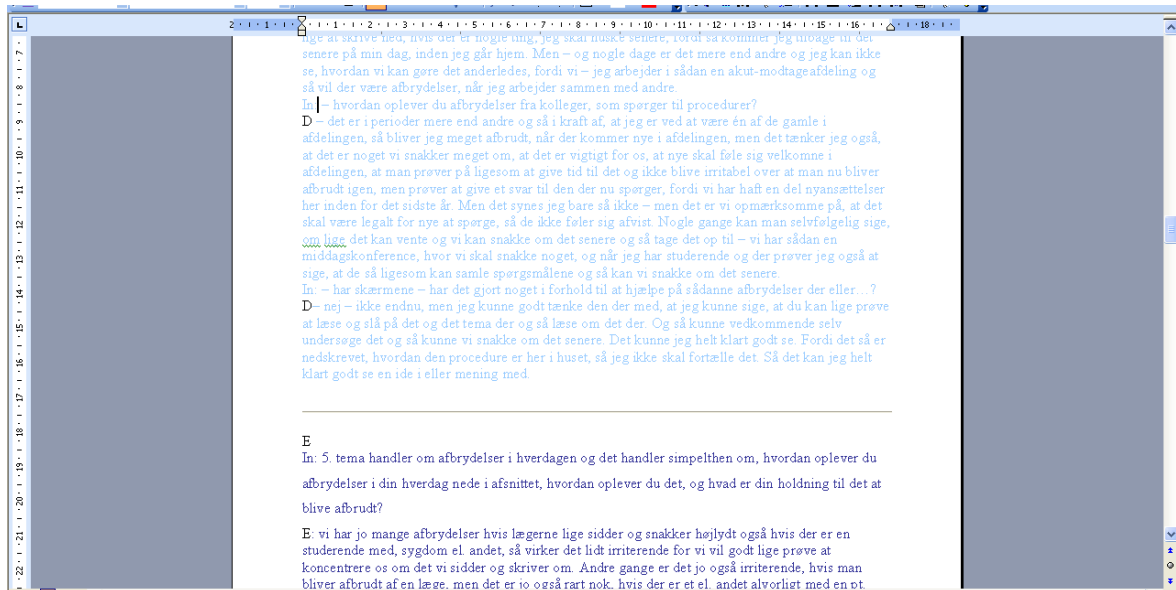
				EPJ-superbruger	
Har du været involveret i implementering af Infonet?	Nej	Nej	Nej	Ryddet op i ringbind og smide dem ud	Nej
Har du været til introduktion til Infonet Hvis nej – hvorfor ikke?	Nej – andre aftaler eller ikke på job	Nej – talt med afdelingssygeplejerske. Ikke del af intro-program	Nej – lokale kvalitetsudvalgsmøde har givet kendskab	Ja	Nej – ikke mulighed de tilbudte dage
Har du anvendt elektroniske retningsgivende dokumenter siden opstarten 02.12.08? hvis ja – hvor længe	Ja – med jævne mellemrum fra start – det var jo lidt spændende	Ja – hele tiden	Ja – hurtigt efter opstarten	Ja	Ja – omkring opstart
Hvordan vil du beskrive dit anvendelsesniveau ift. at kunne finde ud af at bruge Infonet? højt, medium eller lavt?	Medium	Højt	Højt	Medium	Medium – bedres for hver gang

Informanter og baggrundsspørgsmål – side 2

Interviewets varighed	? min (ca. 30)	39 min	30 min	44 min	30 min
Informant	F	G	H	I	J
Afsnit	Skærmet	Åben	Skærmet	Skærmet	Åben
Alder	<30	>50	>50	>50	>50
Anciennitet i afdelingen	<½år	>2 år	½-2 år	>2 år	>2 år
Faggruppe	SSA-elev	Sygeplejerske	SSA	Sygeplejerske	SSA
Vagtlag	Dag	Aften	Aften	Nat	Nat
Specialfunktion/rolle i afdelingen	Nej (læringsperiode)	Nej/ansvarshavende	Nej	EPJ-superbruger	Nej
Har du været involveret i implementering af Infonet?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Har du været til introduktion til Infonet Hvis nej – hvorfor ikke?	Nej – ikke hørt om det	Nej – alle kunne ikke nå det. Var aftalt men blev syg. Heller ikke sidemandsop-læring	Ja	Ja – første seance	Ja
Har du anvendt elektroniske retningsgivende dokumenter siden opstarten 02.12.08? hvis ja – hvor længe	Snust lidt – især op til interviewet	Ja – for nylig	Har lige anvendt Infonet (fordi til intro – var dog klinisk relevant)	Ja – siden opstart	Ja – for nylig
Hvordan vil du beskrive dit anvendelsesniveau ift. at kunne finde ud af at bruge Infonet? højt, medium eller lavt?	Medium-høj	Medium	Højt	Mellem lavt og medium	Mellem lavt og medium

Bilag 8 - Eksempeloversigt over meningskondenseringsprocessen

Alle udsagn indenfor ét tema i interviewguiden samles i ét dokument, dvs. vi får 6 dokumenter



De enkelte dokumenter gennemgås, hvor informanternes citater trækkes ud og placeres i kondenseringskema, som indeholder 3 kolonner. Første kolonne viser metrikker (temaer) og målepunkter (underspørgsmål) fra interviewguiden, anden kolonne indeholder informanternes citater placeret under relevant metrik eller målepunkt

Citaterne meningskondenseres og placeres i højre kolonne ud for det pågældende citat. Vi kondenserer hver især 3 temaer.

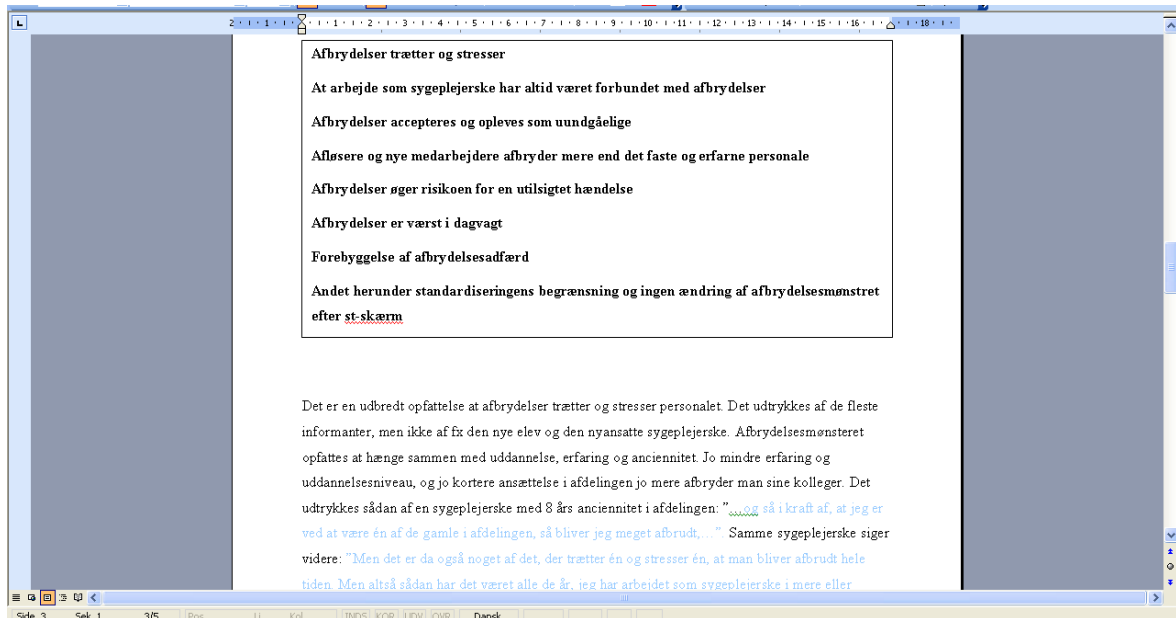
Skema til meningskondenserende analyse af data – tema 5		
Forskningsspørgsmål/metrikker?	Citater	Meningskondensering
Oplevelsen af afbrydelser i hverdagen?	<p>A: "Jeg synes ikke så tit, at man lige har brug for at afbryde en kollega i noget, fordi man prøver på storskærmen først. På den måde har det givet lidt mere ro."</p> <p>D: "Men det er da også noget af det, der trætter én og stresser én, at man bliver afbrudt hele tiden. Men altså sådan har det været alle de år, jeg har arbejdet som sygeplejerske i mere eller mindre grad."</p> <p>F: "det er ikke noget, der sker ret tit vil jeg sige, at jeg bliver afbrudt." (elev)</p> <p>G: "Jeg oplever dem nok som det kan man ikke undgå" "Så at jeg bliver afbrudt for at skulle give et svar eller noget, det synes jeg, at det er okay."</p> <p>H: "... når der er to afløsere og to faste, så flytter det sig ... har spurgt uafbrudt (red: afløserne), og jeg kan godt sige dig, at da jeg kom til kl. 15 den tredje dag, jeg kunne ikke engang give rapporter, jeg kunne ikke snakke rent om aftenen, fordi de spørger så meget... det er dig, der skal have overblikket, så der kan jeg sige, jeg kunne simpelt hen ikke holde ud at blive afbrudt mere."</p>	<ul style="list-style-type: none"> • søger først på storskærm før afbryde • afbrydelser trætter og stresser • elev ikke så udsat for afbrydelser • ok at blive afbrudt (ansvarshavende) • afløsere afbryder mere • afbrydelser trætter og stresser • afbrydelser medfører svigtende overblik

Vi validerer hinandens meningskondenseringskemaer og indfører med rødt vores ændringer/tilføjelser i højre kolonne. Disse ændringer valideres herefter igen, indtil consensus.

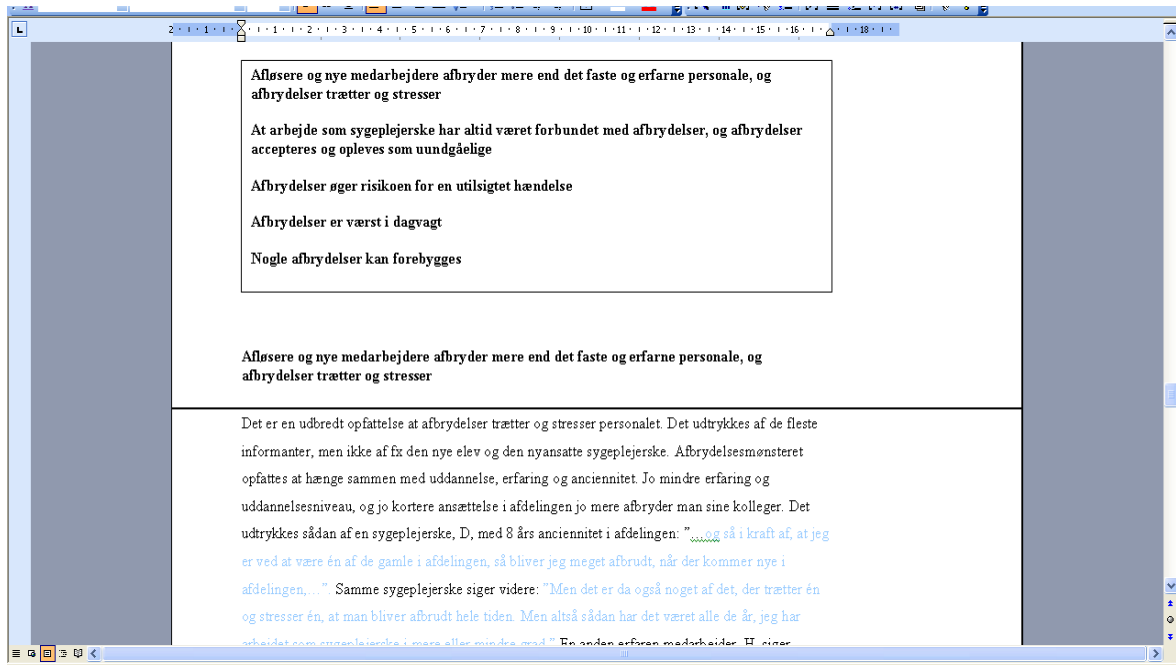
Skema til meningskondenserende analyse af data – tema 5		
Forskningsspørgsmål/metrikker?	Citater	Meningskondensering
Oplevelsen af afbrydelser i hverdagen?	<p>A: "Jeg synes ikke så tit, at man lige har brug for at afbryde en kollega i noget, fordi man prøver på storskærmen først. På den måde har det givet lidt mere ro."</p> <p>D: "Men det er da også noget af det, der trætter én og stresser én, at man bliver afbrudt hele tiden. Men altså sådan har det været alle de år, jeg har arbejdet som sygeplejerske i mere eller mindre grad."</p> <p>F: "det er ikke noget, der sker ret tit vil jeg sige, at jeg bliver afbrudt." (elev)</p> <p>G: "Jeg oplever dem nok som det kan man ikke undgå"</p> <p>"Så at jeg bliver afbrudt for at skulle give et svar eller noget, det synes jeg, at det er okay"</p> <p>H: "... når der er to afløserne og to faste, så flytter det sig ... har spurgt uafbrudt (red: afløserne), og jeg kan godt sige dig, at da jeg kom til kl. 15 den tredje dag, jeg kunne ikke engang give rapporter, jeg kunne ikke snakke rent om aftenen, fordi de spørger så meget... det er dig, der skal have overblikket, så der kan jeg sige, jeg kunne simpelt hen ikke holde ud at blive afbrudt mere,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • søger først på storskærm før afbryde – giver på den måde lidt mere ro • afbrydelser trætter og stresser • sådan har det altid været som spl. • elev ikke så udsat for afbrydelser • ok at blive afbrudt (ansvarshavende) • kan ikke undgå afbrydelser • afløser afbryder mere • afbrydelser trætter og stresser • afbrydelser medfører svigtende overblik • kunne i konkret situation med 2 afløser efter endt vagt ikke lide sit job – kunne ikke holde ud at blive

Vi flytter højre kolonne fra meningskondenseringskemaet til et nyt dokument. Vi tematiserer herefter meningskondenseringerne og samler disse under relevante overskrifter på tværs af temaet. Overskrifterne i talesættes med citater hentet fra meningskondenseringskemaet.

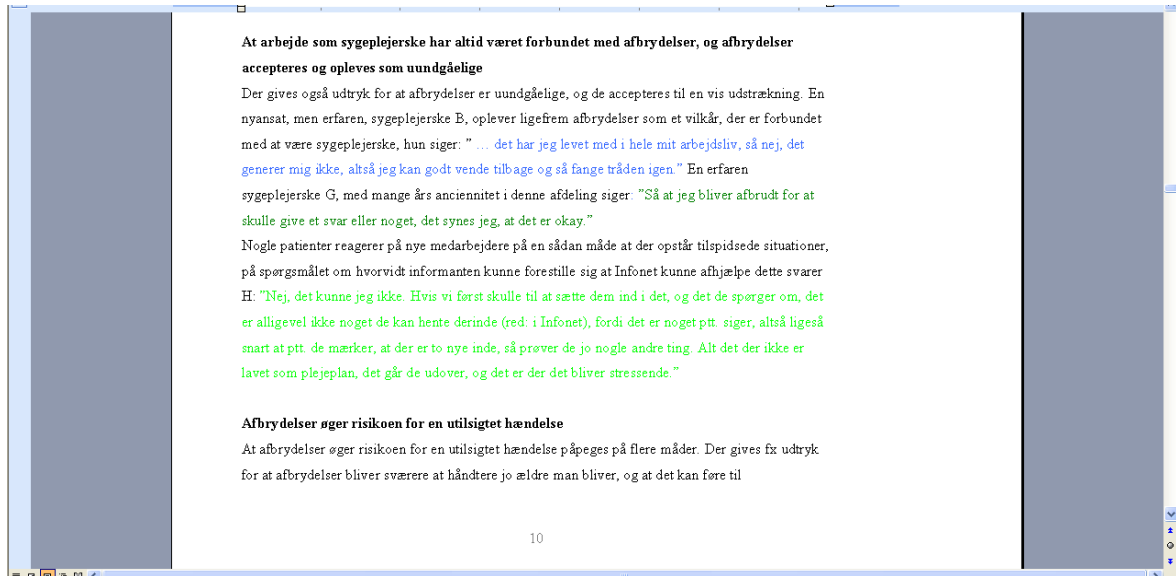
<p>Afbrydelser trætter og stresser</p> <ul style="list-style-type: none"> • afbrydelser trætter og stresser • afbrydelser trætter og stresser • afbrydelser trætter • trætt når hun gik hjem • jo ældre man er – jo sværere bliver det med afbrydelser • ikke sjovt at få splittet sit arbejde op i så mange bidder, så det næsten ikke er til at samle sig til sidst – værre med alderen • afbrydelser i patientarbejdet stresser • afbrydelser ved en patientrelation stresser – ellers kan A vende tilbage til sit arbejde • hvis det samme personale spørger for 10. gang i stedet for at slå op på ifonet så stresser det • afbrydelser stresser • bliver i perioder stresset af afbrydelser <p>At arbejde som sygeplejerske har altid været forbundet med afbrydelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • sådan har det altid været som spl. • vænnet sig til afbrydelser gennem et langt arbejdsliv • kan fange tråden igen. Bliver ikke stresset på arbejde <p>Afbrydelser accepteres og opleves som uundgåelige</p> <ul style="list-style-type: none"> • ok at blive afbrudt (ansvarshavende) • kan ikke undgå afbrydelser • til hverdag sammen med kolleger ikke noget problem med afbrydelser – kan dog blive irriteret • stress afhænger af, hvad der spørges om • i det store hele ok at blive afbrudt, og afbryde (nattevagt) <p>Afløser og nye medarbejdere afbryder mere end det faste og erfarne personale</p> <ul style="list-style-type: none"> • elev ikke så udsat for afbrydelser • afløser afbryder mere • kunne i konkret situation med 2 afløser efter endt vagt ikke lide sit job – kunne ikke holde



Vi fletter de 6 temaer og sammenlægger overskrifter, således at dubletter fjernes. Overskrifterne går nu på tværs af de oprindelige temaer. Således står vi tilbage med de empiriske overskrifter, som samtidig er et udtryk for informanternes holdning.



De empiriske overskrifter samles i en række empiriske temaer og disse er ikke udtryk for en holdning, men er en gruppering af overskrifterne af praktiske hensyn i forhold til overblikket.



Bilag 9 - Forkortelser anvendt i projektet

Afd.: Afdeling

DDKM: Den Danske Kvalitetsmodel

D4Infonet™: Dokumenthåndteringssystem leveret af D4 Enterprise Solutions

EPJ: Elektronisk patientjournal

ERD: Elektroniske retningsgivende dokumenter

HIT: Healthcare information technologies

IKAS: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Infonet: Region Syddanmarks anvendte D4Infonet™

Patientbehandling: Vi skelner ikke mellem pleje og behandling i dette projekt

Pt.: Patient

Ptt.: Patienter

RD: Retningsgivende dokumenter

St-skærm: Storskærm med touch-funktion

Tabl.: Tablet

Bilag 10 – Engelsk resumé

Background

The increasing difficulty of attracting manpower, combined with an increasing tendency for workers to “job-shop” or for freelance working via private employment agencies has the effect of increasing staff turnover in the public Health Service. This tendency is a challenge for individual employers, who find it increasingly difficult to retain the necessary experience and skills in the workplace, as well as reducing the opportunities for passing on these skills to less experienced colleagues. At the same time health care workers are faced with a demand for continual improvements in quality and the increased documentation this requires. It is therefore relevant to investigate whether the sharing of knowledge and passing-on of skills can be facilitated by health informatics, and how this will affect the involved workers.

Purpose

This investigation has focussed on the experiences of the staff at a local psychiatric practice regarding the availability of electronically stored guidelines accessible via a large touch-screen; how this affects their work practices, training of new staff, cooperation between colleagues, interruptions and the quality of care and treatment.

Method

A preliminary study was undertaken of the psychiatric services of Region Syddanmark, Vejle, in order to acquire knowledge of the area and to enable preparation for data collection. The preliminary study consisted of the following: document analysis, observation, telephone interviews and the implementation group’s expectations of the project.

Based on the preliminary study, ten qualitative interviews with subjects from the two psychiatric wards in Vejle were carried out. The interviews were transcribed verbatim and thereafter meaning-condensed. The condensed data were analysed from a socio-technical perspective using two methods from two different fields: an Interactive Socio-technical Analysis (ISTA) (health informatics angle) and using the Actor-Network Theory (ANT) (sociological angle).

Result

Both expected and unexpected effects of the technology on clinical practice have been identified, and these have been mainly positive. We suggest that the ISTA model could be improved by the addition of two dimensions - the context of the surroundings, and the interaction between the social system and the technical and physical infrastructure. The ISTA model’s structure is both an advantage and restrictive when analysing the data. The ANT model gives a wider perspective which has enabled a more subtle analysis, but at the same time is difficult to use.

Conclusion

The availability of electronically stored guidelines accessible via a large touch-screen can facilitate the introduction and teaching of new staff, improve cooperation within the team and the quality of care and treatment of patients. The problem of interruption was not assessed in depth, but the technology does not appear to prevent interruption in psychiatric practice. The Danish Quality Model and accreditation are identified as a problem area in relation to clinical values.